

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin an der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Komm. Geschäftsführer: Prof. Dr. phil. J. Vögele

Die Geschichte der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
vorgelegt von

Tim Koenen

2009

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr.med. Joachim Windolf
Dekan

Referent: Prof. Dr.phil. Jörg Vögele
Korreferent: Prof. Dr.med. Peter Albers

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	I
Vorwort.....	III
1 Einleitung.....	1
2 Geschichte der Urologie.....	2
2.1 Entwicklung der Urologie als Spezialgebiet	4
2.1.1 Urologische Eckdaten des zwanzigsten Jahrhunderts	14
2.2 Die Urologie im Wandel	16
2.2.1 Entwicklung der Urologie in Düsseldorf	16
2.2.2 Entwicklung als universitäres Fach	21
2.2.3 Wandel in der Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Urologie.....	23
2.2.4 Geschichte der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität zu Düsseldorf	25
3 Gründung und Entwicklung der Urologischen Universitätsklinik in Düsseldorf	27
3.1 Lehrstuhlinhaber	29
3.1.1 Ernst Derra	29
3.1.2 Hermann Dettmar	33
3.1.3 Rolf Ackermann	35
3.2 Mitarbeiterzahlen.....	38
3.3 Patientenzahlen	42
3.4 Im Wandel	40
3.4.1 Nierenchirurgie im Wandel.....	44
3.4.2 Harnblasentherapien im Wandel	44
3.4.3 Hodentumorthherapie im Wandel	45
3.4.4 Prostatatherapien im Wandel.....	46
3.4.5 Etablierung der Laparoskopie.....	50
3.4.6 Entwicklung der Inkontinenzchirurgie	51
3.4.7 Andrologie und Therapien erektiler Dysfunktionen	52
3.4.8 Entwicklungen in der Anästhesiologie	61
3.5 Wandel des Aufgabenspektrums der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf	62

3.6	Forschungsschwerpunkte und wissenschaftliche Veröffentlichungen	66
3.7	Akademische Lehre und deren Wandel.....	69
4	Bauliche Gegebenheiten der Klinik	78
4.1	Medizinisches Inventar.....	92
4.1.1	Radiologische Bildgebung	92
4.1.2	Endoskopie.....	94
4.1.3	Nierenlithotripter.....	95
4.1.4	Lasertherapie	99
5	Zusammenfassung / Fazit	105
6	Quellen	108
6.1	Literaturnachweis	111
6.2	Bildnachweis	126
6.3	Abkürzungsverzeichnis	127
7	Anhang	128

VORWORT

Die vorliegende Arbeit wurde im Sommersemester 2008 von der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität zu Düsseldorf als Dissertation angenommen. Literatur und Quellen konnten bis zum Oktober 2007 berücksichtigt werden.

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Themenkomplexes „100 Jahre Hochschulmedizin in Düsseldorf“ unter Förderung der Medizinischen Fakultät sowie des Universitätsklinikums Düsseldorf erstellt.

Mein Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. *Jörg Vögele*, der die Anregung zu diesem Thema gab und die Fertigstellung der Arbeit in vielfältiger Weise gefördert hat. Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. *Peter Albers*, Herrn Prof. Dr. *Rolf Ackermann*, Herrn Prof. Dr. *Peter Rathert*, Herrn Dr. *Volker Müller-Mattheis* sowie Herrn Prof. Dr. *Hubert Frohmüller* für die freundliche Unterstützung und stete Gesprächsbereitschaft während der Entstehung der vorliegenden Arbeit.

Bei Herrn *Thorsten Halling* M.A. bedanke ich mich für seine umfassenden Korrekturhilfen. Er hat mir während meines gesamten Dissertationsvorhabens immer wieder wertvolle Hinweise geben können.

Ich danke meiner lieben Freundin *Manuela* für ihre herzliche Unterstützung. Sie hat durch ihr Verständnis und ihre Ermunterungen zur Fertigstellung der Arbeit beigetragen.

Besonders herzlicher Dank gebührt meinen Eltern, denen ich diese Arbeit widme. Ihre uneingeschränkte Förderung meiner Ausbildung und ihre liebevolle Unterstützung hat die Anfertigung der vorliegenden Arbeit erst ermöglicht.

Düsseldorf, den 05.03.2009

1 EINLEITUNG

Im Kontext des einhundertjährigen Bestehens der Universitätsklinik Düsseldorf im Jahre 2007, befasst sich die hier vorliegende Dissertation mit der Geschichte der Klinik für Urologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ihrer Loslösung als eigenständige Fachdisziplin aus der allgemeinen und viszeralen Chirurgie sowie ihrem Werdegang zu dem heute vorherrschenden Bild als operatives Fach auf der einen und, der der Onkologie verwandten Disziplin - mit gleichermaßen prophylaktischen wie auch kurativ-therapeutischen Aspekten - auf der anderen Seite. Die Urologische Klinik soll im Kontext ihrer vitalen Netzwerke, das heißt deren äußere und innere Einflüsse im Hinblick auf Gesellschaft, Politik, Wissenschaft und Forschung, Patientenversorgung, sowie Klinikleitung und akademische Lehre beleuchtet werden. Zunächst werden allgemeine Aspekte der Urologie und deren Entwicklung untersucht werden, um sich dann anschließend dezidiert mit der Düsseldorfer Universitätsklinik für Urologie auseinanderzusetzen. Von der Ausgliederung des Faches aus der allgemeinen Chirurgie als solches, der Einführung eines eigenen Lehrstuhles inklusive deren Lehrstuhlinhaber - sowie deren weitere Ämter - erfolgen ebenso Analysen des Wandels der Lehre im Verlaufe der vergangenen Jahrzehnte. Die Frage, ob der Wechsel der Lehrstuhlinhaber zu grundsätzlichen Änderungen in Lehre, Forschung und Patiententherapie geführt hat, wird ebenfalls aufgeworfen werden. Ein besonderes Augenmerk wird darüber hinaus auf die baulichen Gegebenheiten des Hauses gerichtet werden, um auch die hier stattgehabten Veränderungen darzulegen. Im Fazit dieser Arbeit sollen noch einmal die akademische Lehre und Forschung sowie die Behandlung der Patienten des Hauses hervorgehoben werden, um die konkreten Veränderungen über die Zeit abschließend zu diskutieren.

2 GESCHICHTE DER UROLOGIE

Die Urologie ist ein Fachgebiet innerhalb der Medizin, dass sich mit Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen der Niere, der ableitenden Harnwege und auch der männlichen Geschlechtsorgane (Andrologie) beschäftigt. Die Grenze zwischen der Urologie und der Nephrologie als Spezialdisziplin der Inneren Medizin ist fließend, wobei der Urologie traditionell die Therapie der postrenalen Ursachen und Folgen urogenitaler Erkrankungen obliegt. Entsprechend der stark operativen Prägung des Faches zählen sämtliche chirurgische Therapieformen in diesem Bereich zum Aufgabengebiet der Urologie.¹ Darüber hinaus befasst sich dieses Fach mit der Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane, mit der Kinderurologie, der urologische Onkologie und der Andrologie.²



Abb. 1: Grafton Elliot Smith (Anatom und Anthropologe),
Quelle: David R, Archbold R, Wenn Mumien erzählen, München 2000, S. 53ff.

Die Geschichte der urologischen Erkrankungen und der - dem heutigen Bild dieser Fachdisziplin entsprechenden - Beschwerden, Leiden und Krankheitsbilder sind sicherlich so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Als erstes „urologisches Dokument“ gilt der 1907 von Grafton Elliot Smith in einem Grab in El Amrah, Ägypten, gefundene Harnblasenstein aus der prädynastischen Zeit um 3000 v. Chr.³

In vielen altertümlichen Hochkulturen finden sich urologisch bedeutende Funde: Ein Beweis für die Tatsache, dass Erkrankungen der Urogenitalorgane auch im alten Ägypten von Bedeutung waren, belegen diverse Mumienfunde mit entsprechenden Pathologien. Bereits im Jahre 1910 konnte Marc Armand Ruffer bei genauer Untersuchung von sechs ägyptischen Mumien bei zweien derer Nierenkelchsteine, Harnleitersteine sowie Nierenatrophie dokumentieren.⁴ Neben

¹ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, Vorwort.

² Gemäß der Definition der Bundesärztekammer mit Stand des Jahres 2006:
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/05MWBO/MWBO073.html>

³ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 2. David R, Archbold R, Wenn Mumien erzählen, München 2000, S. 52.

⁴ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 5f.

Funden aus Ägypten liegen Daten über urologisch relevante, archäologische Errungenschaften aus Mesopotamien (Ende des vierten Jahrtausends v. Chr.) vor. In dieser Ära war in Mesopotamien die Medizin noch sehr religiös geprägt. Priester und deren Helfern - häufig Barbieri - praktizierten den Heilberuf.⁵ Selbstverständlich finden sich reichhaltigste Ausgrabungen medizinischer Relevanz im antiken Griechenland: Da dies einen Zeitraum von etwa eintausend Jahren umfasst, sind diese Funde denkbar vielfältig: Überlieferungen von Hippokrates von Kos (460-375 v. Chr.)⁶, sowie Ammonius (geb. 275 v. Chr.) geben Einblicke in die Prinzipien damaliger Diagnostik, Therapie und Vorstellungen der Pathologie.

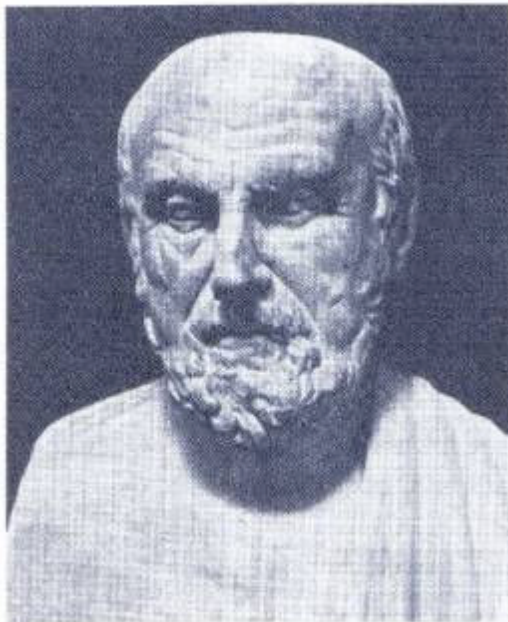


Abb.2: Hippokrates der Große (460-375 v.Chr.).
Rom Kapitolin-Museum⁸



Abb.3: Galenos von Pergamon (129-199 n.Chr.)⁷

Die Urologie der römischen Medizin fand auch vielerorts Erwähnung: Galenos aus Pergamon (129-199 n. Chr.)⁹ - bekannt als Galen - bereicherte die medizinische Wissenschaft durch diverse Tierversuche, in denen unter anderem zum ersten Mal die Nieren als Harn filterndes und die Blase als Harn sammelndes Organ Erwähnung fanden. Darüber hinaus prägte Galen erstmalig den Begriff der

Ruffer MA, Note of the presence of Bilharzia Haematobia in Egyptian mummies of the twentieth dynasty, in: British Medical Journal, Ausg. 1 1910, S. 16.

⁵ Köcher F, Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen Bd.1, Berlin 1963, S. 52ff.

⁶ Schipperges H, Hippokrates, Galenos. Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern, München 1991, S. 48-60.
Dimopoulos C, Giales A, Likourinas M, Hippokrates. Founder and pioneer of urology, in: British Journal of Urology, Ausg. 52 1999, S. 73f.

⁷ Engelhardt DV, Hartmann F, Klassiker der Medizin. Von Hippokrates bis Hufeland, Bd.1, München München 1991, S. 76f.

⁸ Kapferer R, Stricker G (Hrsg), Die Werke des Hippokrates, 1. Aufl., Bd. 2, Anger 1995.

⁹ Schipperges H, Hippokrates, Galenos. Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern, München 1991, S. 61-77.

Nephritis.¹⁰ Die Zeit zwischen dem siebten und dreizehnten Jahrhundert wurde vor allem durch die arabisch-islamische Medizin bestimmt. Abu Ali al-Hussain ibn Abdulla ibn Sina al-Quanuni, genannt Avicenna, geboren im Jahre 980, nahm durch sein weltberühmtes Werk „Canon medicinae“ maßgeblich Einfluss auf die Entwicklung der Medizin zu seinen Tagen.¹¹ Etwa zeitgleich (5.-12. Jh.) entwickelte sich im Mittelmeerraum die so genannte ‚Klostermedizin‘, in welcher Priester als Mediziner fungierend heilend ihren Mitmenschen zur Seite standen. Allen voran



Abb.4: Behandlung eines Klosterschülers durch einen Mönchsarzt. Miniatur aus der Gallus-Vita, 1452.
Quelle: St. Gallen, Schriftsbibliothek, Codex 602, S. 146, zitiert nach: Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 35.

sei hier Benedikt von Nursia (480-547) zu nennen, welcher in seiner dreiundsiebzig Kapitel umfassenden Sammlung von Ordensregeln - der „Regula Benedikt“ - in Kapitel sechsunddreißig die „Cura corporis“ formulierte: „Die Sorge für die Kranken [muß] vor und über allem stehen [...]“.¹² Zunächst galt diese medizinische Fürsorge exklusiv für Klosterinsassen, später jedoch wurde sie auch - gemäß des St. Galler Klosterplans - der übrigen Bevölkerung zuteil. Einer der wohl berühmtesten Mönchsärzte aus St. Gallen war sicherlich Notker, welcher sich als einer der begnadetsten Diagnostiker seiner Zeit einen Namen machte.¹³

2.1 Entwicklung der Urologie als Spezialgebiet:

Versucht man die Entwicklung einer neuen Spezialdisziplin innerhalb des Faches der Humanmedizin zu hinterfragen, so muss man - nach Cay-Rüdiger Prüll - die historische Wissenschaftssoziologie als möglichen Erklärungsansatz heranziehen.¹⁴ Es gilt die Medizin aus einer sozialgeschichtlichen Perspektive zu betrachten. Prüll

¹⁰ Baumann ED, Über die Erkrankungen der Nieren- und Harnblase im klassischen Altertum, Leyde 1933, S. 19.

¹¹ Hierbei handelt es sich um eine in der Hauptsache an Galen angelehnte Gesamtdarstellung der Heilkunde, die in lateinischer Übersetzung die medizinische Literatur des Mittelalters und der ersten Jahrhunderte der Neuzeit autoritativ beherrschte.

Diepgen P, Goerke H, Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 7. Aufl., Berlin Göttingen Heidelberg 1960.

Toellner R (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 2, Salzburg 1990, S. 602.

¹² Frohn B, Klostermedizin, München 2001. Harig G, Wiench P (Hrsg.), Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern, München 1992, S. 27-47.

Hafemann G, Benedikt von Nursia, in: Urologe-B, Ausg. 28 1988, S. 39f.

¹³ Duft J, Notker als Arzt. Klostermedizin und Mönchsarzt im frühmittelalterlichen St. Gallen, St. Gallen 1972, S. 146ff.

¹⁴ Prüll CR, „Disziplinen: Entwicklungsmöglichkeiten der Medizingeschichte als Disziplinen- und Wissenschaftsgeschichte“ in: Paul N, Schlich T, Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt/Main 1998, S.224-235.

differenziert hierbei zwischen zwei wesentlichen Untersuchungsebenen: Dem „makrosoziologischen“¹⁵ und dem „mikrosoziologischen“¹⁶ Blickwinkel. Als zentraler Aspekt ist beiden Gedankenkonstrukten der „Personenverband“¹⁷ gemein, welcher schlussendlich eine Zusammenführung beider Untersuchungsebenen erforderlich macht.

Unter dem Terminus der ‚makroskopisch-soziologischen Betrachtung‘ wird die allgemeine Betrachtung der ‚scientific community‘ verstanden. Hierbei handelt es sich um personales Wissen von Forschern, wodurch es möglich ist Erkenntnisse über eine Disziplin selbst, deren Veränderung in wissenschaftlicher Methodik und Zielsetzung sowie deren Phasen der eigenen Entwicklung zu erlangen. Gerade im Bereich wissenschaftlicher Theorien gilt die Arbeit ‚The Structure of Scientific Revolutions‘ von Thomas S. Kuhn aus dem Jahre 1962 hinsichtlich „wissenschaftlicher Revolutionen“ durch Paradigmenwechsel als wegweisend.¹⁸ Gerade hieraus lässt sich die zentrale Stellung des Personenverbandes innerhalb einer medizinischen Fachdisziplin, die Bedeutung verschiedener Schulen sowie Hierarchie- und Machtfragen als zentrales Moment des Wechsels inhaltlicher Prämissen maßgeblich ableiten.

Als weitere Dimension des makroskopisch soziologischen Ansatzes der Disziplinenforschung führt Prüll den gesellschaftlichen Kontext an. Dieser zeigt die Abhängigkeit der Disziplinenentwicklung von Einflussfaktoren wie allgemeinen und örtlichen Verhältnissen im Bezug auf Politik, Ökonomie usw. auf. Gerade die Vernetzung einzelner Forschergruppen an verschiedenen Instituten führt dazu, dass innerhalb dieses „Personenverbandes“ ausgehandelt wird worüber und wie Forschung betrieben wird. Dieses Netzwerk von Wissenschaftlern arbeitet gleichwohl aber nicht isoliert, sondern in Wechselbeziehung mit Politik und Wirtschaft. Diese lenken gerade durch die Vergabe von finanziellen Mitteln die Entwicklung mit. Der Erwerb wissenschaftlicher Erkenntnisse befindet sich also immer in einem Fließgleichgewicht.¹⁹

Die mikrosoziologische Blickweise hingegen sucht nicht den Gesamtüberblick der medizinischen Fachdisziplin, sondern vielmehr das Detail. Im Mittelpunkt befindet

¹⁵ ebd., S.224-227.

¹⁶ ebd., S.228-235.

¹⁷ ebd., S.235.

¹⁸ Kuhn TS, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt/Main 1962.

¹⁹ Prüll CR, „Disziplinen: Entwicklungsmöglichkeiten der Medizingeschichte als Disziplinen- und Wissenschaftsgeschichte“ in: Paul N, Schlich T, Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt/Main 1998, S.227.

sich der „Personenverband“ einer einzelnen Forschergruppe innerhalb eines Institutes oder Einrichtung in welcher Forschung betrieben wird. Im Focus steht also die forschende Kleingruppe, z.B. innerhalb eines Laboratoriums. Der Mikrobiologe Ludwik Fleck hat in seiner Arbeit *„Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv.“* beschrieben, dass innerhalb einzelner Forschergruppen, so genannte ‚Denkkollektive‘, ein bestimmter, für diese Gemeinschaft typischer ‚Denkstil‘ vorherrscht.²⁰ Dieser gilt für die Gruppe als Verpflichtung, kann gleichwohl aber auch die Entwicklung zu einem Denkwang durchlaufen. Fleck weist hier auf die relative Unfreiheit der Forschung im „Personenverband“ und die interessengelenkte Wissensproduktion innerhalb der Forschergruppe - als Keimzelle der Erkenntnisse - hin.

Die Verbindung zwischen makro- und mikrosoziologischer Blickweise zeigt laut Prüll auf, dass der Gewinn medizinischer Erkenntnisse zum einen abhängig ist von Personenverbänden innerhalb einer Forschergruppe, aber zum anderen auch von der Interaktion mit anderen Arbeitsgemeinschaften, bis hin zu denen einer zusätzlichen, weiteren medizinischen Fachdisziplin. Ebenso nimmt die Weitergabe des erworbenen Wissens durch Mitglieder einer forschenden Fachrichtung eine zentrale Stellung ein.²¹

Laut Theodor Meyer-Steinegg und Karl Sudhoff gilt eine neue medizinische Fachdisziplin erst dann als eine solche, wenn sie über eine ganze Reihe diverser Anforderungen verfügt. Diese sind im Nachfolgenden angeführt:²²

Sie muss zunächst eine eigene spezifische Geschichte aufweisen, aus welcher sich die Entstehung ihrer selbst herleitet. Der Exklusivität einer neuen medizinischen Fachdisziplin muss natürlich auch durch eine eigene Namensgebung Rechnung getragen werden. Das Aufgabengebiet sollte sich auf ein klar umrissenes Organsystem beschränken und eigene Instrumentarien und Behandlungsansätze sind der Verselbstständigung zudem hilfreich. Später muss die Option einer eigenen Facharztweiterbildung ermöglicht werden, welche natürlich nur in Krankenhäusern mit eigenen, dieser Fachdisziplin zugehörigen Abteilungen, erteilt

²⁰ Fleck L, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, Frankfurt/Main 1935.

²¹ Prüll CR, „Disziplinen: Entwicklungsmöglichkeiten der Medizingeschichte als Disziplinen- und Wissenschaftsgeschichte“ in: Paul N, Schlich T, Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt/Main 1998, S.235f.

²² Meyer-Steinegg T, Sudhoff K, Illustrierte Geschichte der Medizin, Stuttgart 1965, S. 106.
Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 217.

werden kann. Weitere Anforderungen an ein neues medizinisches Fachgebiet sind darüber hinaus eigenständige Vertretungen an den medizinischen Fakultäten der Universitäten, eigene wissenschaftliche Publikationsorgane sowie wissenschaftliche und berufspolitische Organisationen. Diese von Meyer-Steinegg und Sudhoff formulierten Anforderungen an eine im Entstehen begriffene neue medizinische Fachdisziplin deckten sich demnach in wesentlichen Aspekten mit den Prämissen Prülls.

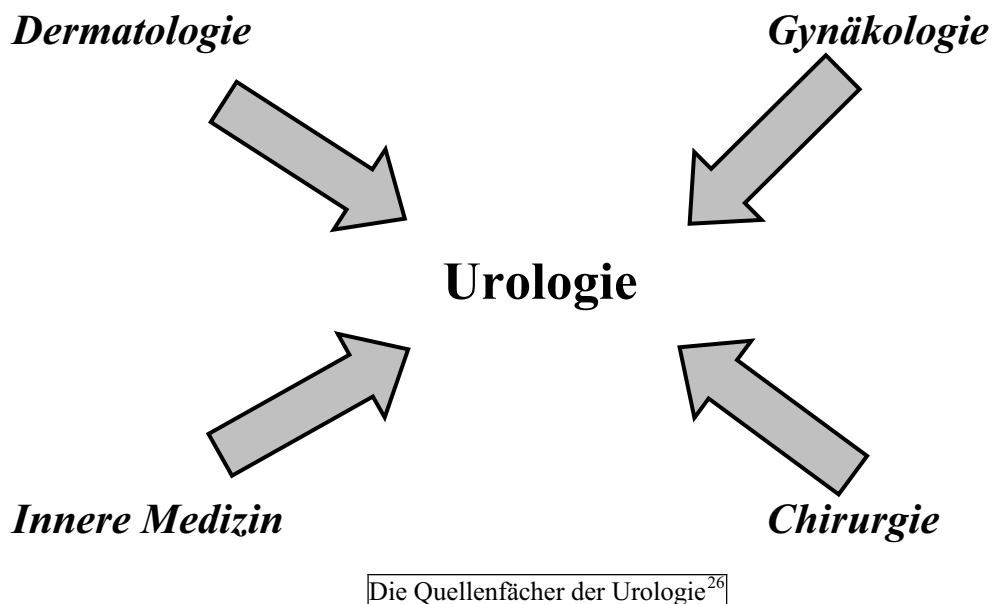
Bei der Entwicklung - zunächst im Kleinen - gilt als maßgebliche Keimzelle ein einzelner Personenverband oder eine einzelne Forschergruppe. Hier findet sich die mikrosoziologische Sichtweise Prülls wieder.

Von Willard E. Goodwin (1915-1998) stammt die scheinbar paradoxe Aussage: „Die Urologie ist eines der ältesten und gleichzeitig eines der neuesten chirurgischen Spezialgebiete“.²³ Eine Beschreibung der Hintergründe der urologischen Entwicklung findet man 1923 bei T.D. Moore: *„Wir haben gesehen, [daß] die Urologen vor dem 20 Jahrhundert gewöhnlich vor allem Chirurgen waren, und zu früheren Zeiten waren sie auch gelegentlich [Friseure] und Mönche, doch kann man feststellen, [daß] der Urologe seit Anfang des letzten Jahrhunderts mehr Zeit benötigt, um sich vorzubereiten und um sich zunächst mit Krankheiten im Allgemeinen und dann mit ihrer Beziehung zum Urogenitaltrakt vertraut zu machen, um mit dem Zystoskop und dem Harnleiterkatheter umzugehen; um sich mit Mitteln vertraut zu machen, anhand derer man zufrieden stellende Röntgenaufnahmen sowie eine korrekte Interpretation erhalten kann; um sich für solche Verfahren der physiologischen Chemie zu schulen, die sich als so wertvoll herausgestellt haben; und schließlich, doch keineswegs zuletzt, um die modernen Techniken der Urinuntersuchung und Bestimmung der Nierenfunktion zu erlernen, alles, was allgemein für die diagnostische Präzision erforderlich ist. Beherrscht er all diese Techniken, [muß] er sich entsprechend ausrüsten, damit er in der Lage ist, die rationalen, therapeutischen Maßnahmen durchzuführen, seien sie medizinischer, intravesikal-operativer oder hauptsächlich chirurgischer Art. Die Urologie hat sich wirklich zu einem Spezialgebiet entwickelt, und dies hat sich in das Gedächtnis der heute Lebenden eingegraben.“*²⁴

²³ Goodwin WE, The development of urology as a scientific and clinical discipline, in: American Journal of kidney diseases, Aug. 14 1990, S. 563-567.

²⁴ Moore TD, A history of the development of urology as a speciality, in Journal of Urology, Aug. 1 1923, S. 99-120.

Ebenso mikrosoziologisch entscheidend für die Entwicklung der Urologie als Spezialdisziplin gilt der im Jahre 1826 in Paris zum ersten Mal in Erscheinung getretene Lithotriktor. Entwickelt wurde dieses Instrument durch den Franzosen Jean Civale (1792-1867) und dessen Forschergruppe. Mit diesem Gerät konnten erstmals innerhalb der Harnblase Harnsteine zertrümmert werden. Fünfzig Jahre später wurde erstmalig die Endoskopie zur Spiegelung der Blase beschrieben: Als führende Persönlichkeiten sind hier Joseph Grünfeld (1840-1910) und Max Nitze (1848-1906) zu nennen. Nur wenig später ermöglichte die sich entfaltende Labormedizin, Stoffwechsel- und Nierenerkrankungen durch biochemische Untersuchungsmethoden des Harns zu erkennen und deutlich voneinander abzugrenzen.²⁵



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Urologie ihren Ursprung sowohl in der Chirurgie als auch in der Inneren Medizin (Nephrologie) und Dermatologie (Venerologie) gefunden hat.²⁷ Sie emanzipierte sich erst relativ spät zu einem selbstständigen Fachgebiet innerhalb der Medizin.²⁸ Verbesserte urochirurgische Methoden, wie die perineale Prostatektomie, die Nephrektomie und die operative Urolithiasisbehandlung führten jedoch auch in Deutschland, später als in anderen

²⁵ Ackerknecht EH, Geschichte der Medizin, Berlin 1992, S. 143.

²⁶ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 216 (nachgestellte Abb.).

²⁷ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, Vorwort der Herausgeber.

²⁸ Eulner HH, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, in: Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 4, Stuttgart 1963, S. 25.

Ländern, zu einer wissenschaftlichen und klinisch wohl ausgebauten Spezialdisziplin.²⁹ Neue Operationsmethoden wurden in Deutschland vor allem durch James Israel (1848-1926) und Carl Posner (1854-1948) ausgearbeitet. Die Uretersondierung und die Einführung eines speziellen Operationszytoscops gehen auf Leopold Casper (1859-1959) zurück. Mit der durch Alexander von Lichtenberg (1880-1948) eingeführten Ausscheidungsurographie (1910) begann die moderne urologische Funktionsdiagnostik, die er 1929 durch die intravenöse Urographie weiterentwickelte.



Abb.5: Alexander von Lichtenberg (1880-1949)³⁰



Abb.6: James A. Israel (1848-1926)³¹

Im Rahmen der Emanzipation einer neuen medizinischen Fachdisziplin nimmt die „wesentliche, eigene Aufgabenstellung“ eine zentrale Position ein: Diese neuen Aufgabenstellungen können durch aktuelle Instrumentarien, innovative Methoden oder aber auch die Beschränkung auf ein dezidiert umrissenes Organsystem definiert sein.³² Eben gerade in diesem eng umrissenen Organsystem sah auch Prof. Dr. Hans Rubritius (1876-1943) - Ordinarius der Urologischen Universitätsklinik Wien - 1935 ein ausschlaggebendes Argument für die Emanzipation der Urologie:

²⁹ Eulner HH, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, in: Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 4, Stuttgart 1963, S. 27.

³⁰ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 167.

³¹ Dietrich H, James Israel (1848-1926). Mitbegründer der Urologie in Deutschland, Leipzig 1996, S. 125-128.

³² Laitko H, Erkenntnistheoretische und reproduktionstheoretische Gesichtspunkte zur Bestimmung des Disziplinbegriffes, in: Die Herausbildung wissenschaftlicher Disziplinen in der Geschichte, 1978, S. 25ff.

„Weil die Harnorgane ein innig gefügtes System von Organen bilden, welche sich physiologisch sowohl als noch viel mehr in ihrem pathologischen Geschehen gegenseitig weitgehend beeinflussen (...).“³³

Die Tatsache der Beschränkung auf das Urogenitalsystem, also die Diagnostik und Therapie dessen, begründet in sich bereits die Entwicklungen spezifischer Instrumentarien; so gilt das durch Maximilian Nitze eingeführte Zystoskop als „die Geburtsstunde der modernen Urologie“³⁴. Durch dieses war es erstmals möglich Einblick in die ableitenden Harnwege zu erhalten, ohne invasiv z.B. durch eine Laparotomie zu Werke gehen zu müssen. Darüber hinaus stellt auch die extrakorporale Stoßwellentherapie - ebenfalls ein non-invasives Verfahren - zur Behandlung urogenitaler Steinleiden ein Meilenstein in der Verselbstständigung der Urologie dar.³⁵

Bedeutend schwieriger als die oben aufgeführte formale Verselbstständigung gestaltete sich in der Folgezeit die Etablierung der eigentlichen - laut Prüll makrosoziologischer - Merkmale eines neuen, medizinischen Fachgebietes: Die Begründung einer eigenen Facharztweiterbildung, die Errichtung von selbstständigen Abteilungen und später von Kliniken sowie die Institutionalisierung an den Universitäten mit Gründung eigener Lehrstühle inklusive der Anerkennung als Prüfungsfach im Rahmen des Studiums der Humanmedizin.³⁶ Dieser Gesamtprozess verlief in Deutschland nur sehr schleppend und umfasste fast einhundert Jahre: Zunächst waren in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts in Deutschland die so genannten Urochirurgen dominierend, welche de facto Fachärzte für Allgemein- oder Visceralchirurgie waren und ihr Hauptaugenmerk auf Eingriffe an den Urogenitalorganen richteten.³⁷ Seinerzeit äußerten sich diese Mediziner gegen eine vollständige Loslösung aus der Allgemeinchirurgie, und verzögerten den Prozess der Verselbstständigung der Urologie beträchtlich. Des Weiteren stellten die Jahre vor, während und auch nach dem Zweiten Weltkrieg eine wissenschaftliche Isolierung des damaligen Deutschlands dar, die den bis dato verfolgten Weg der Unterordnung der Urologie

³³ Rubritius H, In welche Bahnen sollen wir die weitere Entwicklung unseres Faches lenken?, in: Zeitung für Urologie, Ausg. 29, 1935, S. 1-10.

³⁴ Lutzeyer W, Die Entwicklung der Urologie seit 1945, in: Urologe-B, Ausg. 23, 1983, S. 272ff.

³⁵ Rathert P, Urologie: Integration durch Innovation, in: Urologe-B, Ausg. 28, 1988, S. 377ff.
Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

³⁶ Maier J, Der historische Ablauf der Emanzipation neuer Fächer aus der Chirurgie, Med. Diss. Uni Kiel, 1963, S. 44-48.

³⁷ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 167.

im Schatten der Allgemeinchirurgie weiter verfestigte.³⁸ Im Jahre 1945 befand sich das deutsche Gesundheitssystem vor den Trümmern seiner selbst: Besonders die Urologie war, als kleine, noch nicht voll etablierte Fachdisziplin besonders betroffen: Abgesehen von umfangreichen Verlusten medizinischen Materials, welches während des Krieges in Form von Instrumenten der Traumatologie zur Behandlung von Kriegsoptionen zugute kam, zeigten sich bald personelle Probleme. Obschon die nationalsozialistische Diktatur großes Interesse an unterschiedlichsten Fachdisziplinen der Medizin zeigte, galt dies nicht für die Urologie. Nach Kriegsende praktizierten in den vier vorherrschenden Besatzungszonen somit lediglich fünfundsiebzig Mediziner mit urologischem Schwerpunkt.³⁹ Nur noch an vereinzelt Krankenhäusern war das Fach überhaupt präsent. Obwohl bereits im Jahre 1924 der Titel „Facharzt für Urologie“ durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie eingeführt worden war⁴⁰, gilt es festzuhalten, dass sich die, bis zur Bildung dieses Facharztes auf „Harnkrankheiten“ spezialisierten Mediziner in den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in ihre ursprünglichen Fachgebiete zurückzogen und nicht eben diese neu eingeführte Facharztbezeichnung erwarben. Auch namhafte Operateure - wie Friedrich Voelcker (1872-1955), selbst Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie - sprach sich gegen eine Verselbstständigung dieses Faches aus:

„(...) Und nun lassen sie mich noch eine wichtige Frage berühren, die von verschiedenen Seiten ausgehenden Bestrebungen, die Chirurgie in Teilgebiete aufzusplittern. Wenn wir diese Bestrebungen ablehnen, so geschieht das nicht aus egoistischen Gründen, sondern aus Sorge um die Zukunft unserer Wissenschaft. Ich fühle die Pflicht, in dieser Frage ein Glaubensbekenntnis abzugeben. (...) ...[daß] gerade von der Chirurgie schon mehrfach sich Sondergebiete abgezweigt haben. Zu einem beträchtlichen Teil wurde die Entwicklung durch die Erfindung neuer diagnostischer Methoden eingeleitet. Versuchen wir aber einmal, etwas schärfer durch die Dinge hindurchzuschauen, dann werden wir finden, dass es sich bei den meisten Absplittierungsbestrebungen nicht darum handelt, die operative Chirurgie durch ein weniger gefährliches Verfahren zu ersetzen, sondern darum, die Operation aus der Hand des Chirurgen wegzunehmen und in die Hand eines

³⁸ Leeh HJS, Dates in urology, o.O. 2000.

³⁹ Engel RM, 1902-2002, 100 years of progress, o.O. 2002.

⁴⁰ Schultze-Seemann F, Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1906-1986, Berlin 1988. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

Spezialisten überzuführen. Aus diesen Bestrebungen heraus ist eine neue Sorte Arzt, oder besser gesagt, eine neue Arztbezeichnung entstanden, ein Mittelding zwischen einem Chirurgen und einem Spezialisten. Ich meine damit die Bezeichnung orthopädischer Chirurg, urologischer Chirurg usw. Man könnte diese neue Spezialsorte als Adjektiv- oder Bindestrichchirurgen bezeichnen, wie die Amerikaner einen Teil ihrer Landsleute, die [Deutsch-Amerikaner] usw. als [Bindestrich-Amerikaner] bezeichnen. (...) Aber meine Herren, sind diese Bindestrichchirurgen wirklich etwas Neues? Nein, und abermals nein! Sie waren immer in den Reihen der Chirurgen zu finden und sie sind auch heute noch da. (...) Sind diejenigen, welche sich ein Adjektivum als Amtsbezeichnung vor den Chirurgen setzen, deshalb größere und berufenere Spezialisten?“⁴¹

In den Wirren des Nationalsozialismus verlor die Urologie noch zunehmender an Bedeutung und im Jahre 1945 fand die Facharztbezeichnung des Urologen kaum noch Anwendung.⁴² Erst 1953 erfuhr die Urologie in der Bundesrepublik Deutschland, sowie später auch in der damaligen Deutschen Demokratischen Republik eine gesetzliche Regelung ihrer Facharztausbildung und Anerkennung.

Dies macht deutlich, dass die Entwicklung der eigenständigen Urologie in Deutschland und der Prozess ihrer Verselbstständigung annähernd einhundert Jahre umfassten. Die in der Frühphase dieses Fachbereiches praktizierenden „Urochirurgen“ waren an einer weiterführenden Emanzipation des Faches nicht interessiert. Durch die Kriegswirren abgeschnitten von internationalen Kontakten zu auswärtigen Forschergruppen und den dortigen bereits bestehenden makrosoziologischen Strukturen, stagnierte die Entwicklung des Faches. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war der Stand der deutschen Urologie zehn Jahre hinter dem internationalen zurück. Ihr Weg begann in der zweiten Hälfte des Zwanzigsten Jahrhunderts fast wieder von vorn.⁴³

Heute ist die Urologie in fast allen Ländern der Welt vertreten. In den Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland ist die Zahl praktizierender Urologen - sowohl in Kliniken als auch niedergelassen - zahlreich. Im Jahre 2001 waren in der Bundesrepublik 5145 Urologen registriert, von denen 2625 als Niedergelassene

⁴¹ Voelcker F, Eröffnungsrede auf dem 56. Deutschen Chirurgenkongress, Arch klin Chir, Berlin 1932, S. 173.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

⁴² Sigel A, Bornhof C, Selbstverständnis, Inhalte und Fragwürdigkeiten des Faches Urologie, in: Urologe-B, Aug. 21, 1987, S. 71ff.

⁴³ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 94ff.

praktizierten.⁴⁴ In England und den skandinavischen Ländern hingegen ist deren Dichte vergleichsmäßig niedrig.⁴⁵

⁴⁴ Berthold J, Achtung Männer: Die Urologie, Berlin 2003, S. 1f.

⁴⁵ Sigel A, Bornhof C, Selbstverständnis, Inhalte und Fragwürdigkeiten des Faches Urologie, in: Urologe-B, Ausg. 27, 1987, S. 71-79.

2.1.1 Urologische Eckdaten des Zwanzigsten Jahrhunderts:⁴⁶

Betrachtet man die Entwicklung des Faches der Urologie innerhalb der letzten einhundert Jahre, so sind einige Novellierungen in Diagnostik und Therapie anzuführen, welche nachhaltig für die Entwicklung und Verselbstständigung des Faches Sorge getragen haben:

Im Jahre 1906 wurde durch Prof. Dr. F. Voelker erstmalig eine Chromozystoskopie zu diagnostischen Zwecken durchgeführt. Hierbei handelte es sich um eine zystoskopische Betrachtung des durch Einnahme von Indigkarmin blaugefärbten, in der Blase austretenden Harnstrahls der Ureteren, zur Feststellung verschiedener Funktion beider Nieren. Bei der retrograden Pyelographie nach Prof. Dr. Alexander von Lichtenberg - erstmals im Jahre 1910 angewandt - bestand das Vorgehen in einer Iod-Kontrastmittel-Applikation via Harnleiter ins Nierenbecken zur radiologischen Bildgebung. Die 1929 eingeführte Ausscheidungsurographie ist eine Röntgenuntersuchung zur Darstellung der ableitenden Harnwege. Mit Hilfe von Kontrastmitteln wird der komplette Harntrakt, von den Nieren über die Harnleiter bis zur Blase, dargestellt. 1940 erfolgte das erste Nierenersatzverfahren in Form einer Hämodialyse. Hier wird nach dem Prinzip des Konzentrationsausgleichs kleinmolekularer Substanzen zweier Flüssigkeiten verfahren, die durch eine semipermeable Membran getrennt sind (Osmose). Von der Filtermembran getrennt befindet sich auf der einen Seite das Blut mit Nephrotoxinen, Elektrolyten, wie Kalium, Phosphat und harnpflichtigen Substanzen. Auf der anderen Seite der Membran befindet sich eine keimfreie, umkehrosmotisch aufbereitete Lösung, die natürlich keine Abfallprodukte enthält und einen an den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten orientierten Anteil an Elektrolyten aufweist. Die semipermeable Filtermembran zwischen Blut und der Dialyselösung besitzt Poren, die kleine Moleküle wie Wasser, Elektrolyte und harnpflichtige Substanzen (z.B. Harnstoff, Harnsäure) durchlassen, aber große Moleküle wie Eiweiße und Blutzellen zurückhalten. Grundvoraussetzung für die Durchführung einer Hämodialyse ist eine ausreichende Kreislaufstabilität und ein ausreichendes Blutangebot beim Patienten. Letzteres wird durch die operative Anlage einer arteriovenösen Fistel, heute in der Regel Ciminofistel am Unter- oder Oberarm, in seltenen Fällen am Oberschenkel, mit oder ohne Verwendung von

⁴⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

künstlichen Gefäßen, meist bei einer schlechten Eigengefäßsituation (Spätschäden Diabetes mellitus) erreicht. Alternativ kann die Dialyse durch das Einbringen eines Katheters in eine entsprechend große Körpervene sichergestellt werden. Die Blutbestandteile, die durch die Poren passen, strömen in die Dialyselösung, die sich auf der anderen Filterseite befindet. Ständig durchströmt frische Lösung den Filter. Das so gereinigte Blut wird wieder in den Körper hineingeleitet. Die erste Nierentransplantation führte R.H. Lawler im Jahre 1950 im Presbyterian Hospital in Chicago/ USA erfolgreich durch. Hierbei transplantierte er bei einem Patienten mit zwei insuffizienten Nieren eine gesunde in den Bauchraum. Nach sechs Monaten wurde aber auch diese durch Abstossungsreaktionen zerstört.

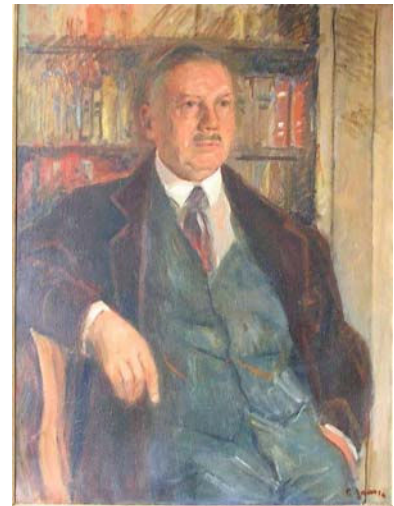
Zur Innovation bei der palliativen Therapie des Prostatakarzinoms zählt die 1941 durch Charles Brenton Huggins begründete östrogenbasierte Hormontherapie. Diese führt de facto beim Patienten zu einer chemischen Kastration infolge einer Supression der endogenen Testosteronproduktion. Huggins erhielt hierfür im Jahre 1966 den Nobelpreis für Medizin. 1980 führten erstmals Ärzte des Universitätsklinikums München-Großhadern, sowie Ingenieure und Techniker der Firma Dornier Systems aus Friedrichshafen die Behandlungsmethode der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie erfolgreich durch. Das verwendete Gerät HM2 („Human Modell 2“) war eine Badewanne, in deren Boden ein Stoßwellengenerator eingelassen war. Der Patient wurde an einer speziellen Liege unter Vollnarkose in die Wanne gebracht. Zur Ortung des Steins dienten zwei Röntgengeräte, deren Zentralstrahlen sich im Fokus des Stosswellengenerators kreuzten und dadurch die präzise dreidimensionale Positionierung des Steins erlaubten. Das Nachfolgemodell der „Dornier-Badewanne“, der Lithotripter HM3, erfuhr ab 1983 weltweiten Vertrieb. Bis 1986 exportierte Dornier 122 ESWL-Geräte zu einem Stückpreis von ca. 4 Millionen DM (2,05 Millionen Euro). Einige dieser Geräte sind bis heute in Betrieb. Neuere technische Entwicklungen führten zur Aufgabe der Badewanne zugunsten einer wassergefüllten Kunststoffblase, dem Koppelbalg. Außerdem hat man bei neueren Geräten die Röntgenkameras durch Ultraschallkameras ersetzt. Etablierte Methoden zur Stoßwellenerzeugung sind elektrohydraulische, elektromagnetische und piezoelektrische Generatoren. Durch mehr als 3.000 weltweit eingesetzte Lithotriptoren, werden etwa 90 % aller Nierensteine in den Industrieländern auf schonende Art zertrümmert. 1985 gab es in Westdeutschland rund 16.504 ESWL-Behandlungen.

2.2 Die Urologie im Wandel⁴⁷:

Blickt man auf den Wandel der Urologie in einigen herausragenden Gesichtspunkten, so gilt es festzuhalten, dass die Etablierung der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) zur Ablösung maximalinvasiver, chirurgischer Eingriffe führte. Die Begründung der Hämodialyse und die erstmalige Durchführung einer Nierentransplantation verhalf einer Vielzahl von Patienten zum langfristigen Überleben bei intakter Lebensqualität und in der Therapie der benignen Prostatahyperplasie stellte der Einstieg in die medikamentöse Therapie - zumindest in Teilen - ein Unnötigwerden chirurgischer Interventionen dar.

2.2.1 Entwicklung der Urologie in Düsseldorf:

Die Fachdisziplin der Urologie etablierte sich in Düsseldorf schon Jahrzehnte vor Gründung des Lehrstuhls an der heutigen Heinrich-Heine-Universität. Nachhaltig durch Herrn Professor Dr. med. Peter Janssen - welcher als Sohn des Direktors der Düsseldorfer Kunstakademie Professor Dr. med. h.c. Peter Janssen (1844-1908) am 24.10.1874 in Düsseldorf geboren wurde - mitgeprägt, war dieser einer der ersten Mediziner im damaligen Deutschland, welcher sich auf das Fachgebiet der Urologie spezialisierte.⁴⁸ Als Mitglied der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin veröffentlichte er neunzehn wissenschaftlicher Arbeiten, von denen sich elf mit urologisch relevanten Studien befassten.



Prof. Dr. med. Peter Janssen (der Vater des Künstlers), Künstler: Peter Janssen, 1938 / Öl auf Leinwand, 100 x 75 cm, Privatbesitz: Stephan Kotthaus.

Hierunter fallen „Die Technik der Amputatio penis“, „Extirpation des Penis mit Resektion des Skrotum“, „Die Versorgung des Blase nach Sectio alta“ und andere mehr.⁴⁹

⁴⁷ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 308.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

⁴⁸ Fischer I, Voswinckel P, Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Berlin und Wien 2002, S.720.

Caspers HP, 80 Jahre Klinik Golzheim, Akutklinik Düsseldorf Golzheim, Düsseldorf 2006, S.1f.

⁴⁹ Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Jörg Vögele, Inst. G. d. Med. Uni Düsseldorf, Personalakte Prof. Dr. Peter Janssen, Medizinische Akademie Düsseldorf, lose Blattsammlung.

Im Jahre 1923 wurde zwischen Janssen und der Stadt Düsseldorf ein Privat-Dienst-Vertrag bezüglich dessen Tätigkeit als Leiter der urologischen Abteilung der chirurgischen Klinik der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin geschlossen.

Im Rahmen dieser Position hielt er auch die Lehrveranstaltungen „Chirurgische Urologie I und II“ gehalten. 1926 war er der erste ärztliche Direktor des Klinikums Golzheim in Düsseldorf, welches sich ausschließlich mit der Behandlung urologischer Patienten befasste. Noch heute zählt das Paracelsus-Klinikum in Düsseldorf Golzheim zur größten urologischen Fachklinik in der Bundesrepublik Deutschland.⁵⁰

Im Zuge des „*Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums*“ vom 7. April 1933 wurde Janssen am 22. September desselben Jahres die Lehrbefugnis an der Medizinischen Akademie Düsseldorf entzogen. Als Begründung hierfür wurde Janssen auf Paragraph 3 des Gesetzes verwiesen (s.Abb.60)⁵¹. Im Berliner Bundesarchiv findet sich in Janssens Akte der Zusatz: „*Evang.; Mischling I. Grades*“.⁵² Janssen - wie auch dessen Gattin Martha - waren Halbjuden.⁵³ Im Paragraphen 3, Absatz 1 des von Adolf Hitler und Weiteren erlassenen Gesetzes war festgelegt, das „*nicht-arische*“ Beamte in den Ruhestand zu versetzen seien. Hier hieß es: „*Beamte, die nicht arischer Abstammung sind, sind in den Ruhestand (...) zu versetzen; soweit es sich um Ehrenbeamte handelt, sind sie aus dem Amtsverhältnis zu entlassen.*“⁵⁴

Ob Janssen während der Kriegsjahre noch weitere Repressionen erfahren musste ist nach Aktenlage nicht ersichtlich. Die Leitung des Klinikums Düsseldorf Golzheim oblag ihm noch bis ins Jahre 1939. Am 30. März 1947 verstarb Janssen in seiner Wohnung in der Rotterdamer Str. 40 in Düsseldorf.⁵⁵

⁵⁰ Caspers HP, 80 Jahre Klinik Golzheim, Akutklinik Düsseldorf Golzheim, Düsseldorf 2006, S.1f.

⁵¹ Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Jörg Vögele, Inst. G. d. Med. Uni Düsseldorf, Personalakte Prof. Dr. Peter Janssen, Medizinische Akademie Düsseldorf, lose Blattsammlung.

⁵² Fischer I, Voswinckel P, Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Berlin und Wien 2002, S.720.

⁵³ Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Jörg Vögele, Inst. G. d. Med. Uni Düsseldorf, Personalakte Prof. Dr. Peter Janssen, Medizinische Akademie Düsseldorf, lose Blattsammlung.

⁵⁴ Quelle: <http://www.documentarchiv.de/ns/beamtenenges.html> (Stand: 09/2007)

⁵⁵ Fischer I, Voswinckel P, Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Berlin und Wien 2002, S.720.

Peter Janssen muss als ein Vorreiter der praktizierenden Urochirurgen im damaligen deutschsprachigen Raum sowie als einer der Gründungsväter der Düsseldorfer Urologie angesehen werden.

Reichsgesetzblatt

Teil I

1933

Ausgegeben zu Berlin, den 7. April 1933

Nr. 34

Inhalt: Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 7. April 1933. S. 175

Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums. Vom 7. April 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Zur Wiederherstellung eines nationalen Berufsbeamtentums und zur Vereinfachung der Verwaltung können Beamte nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen aus dem Amt entlassen werden, auch wenn die nach dem geltenden Recht hierfür erforderlichen Voraussetzungen nicht vorliegen.

(2) Als Beamte im Sinne dieses Gesetzes gelten unmittelbare und mittelbare Beamte des Reichs, unmittelbare und mittelbare Beamte der Länder und Beamte der Gemeinden und Gemeindeverbände, Beamte von Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie diesen gleichgestellten Einrichtungen und Unternehmungen (Dritte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung der Wirtschaft und Finanzen vom 6. Oktober 1931 — Reichsgesetzbl. I S. 537 —, Dritter Teil Kapitel V Abschnitt I § 15 Abs. 1). Die Vorschriften finden auch Anwendung auf Bedienstete der Träger der Sozialversicherung, welche die Rechte und Pflichten der Beamten haben.

(3) Beamte im Sinne dieses Gesetzes sind auch Beamte im einstweiligen Ruhestand.

(4) Die Reichsbank und die Deutsche Reichsbahn-Gesellschaft werden ermächtigt, entsprechende Anordnungen zu treffen.

§ 2

(1) Beamte, die seit dem 9. November 1918 in das Beamtenverhältnis eingetreten sind, ohne die für ihre Laufbahn vorgeschriebene oder übliche Vorbildung oder sonstige Eignung zu besitzen, sind aus dem Dienste zu entlassen. Auf die Dauer von drei Monaten nach der Entlassung werden ihnen ihre bisherigen Bezüge belassen.

(2) Ein Anspruch auf Wartegeld, Ruhegeld oder Hinterbliebenenversorgung und auf Weiterführung der Amtsbezeichnung, des Titels, der Dienstkleidung und der Dienstabzeichen steht ihnen nicht zu.

(3) Im Falle der Bedürftigkeit kann ihnen, besonders wenn sie für mittellose Angehörige sorgen, eine jederzeit widerrufliche Rente bis zu einem Drittel

des jeweiligen Grundgehalts der von ihnen zuletzt bekleideten Stelle bewilligt werden; eine Nachversicherung nach Maßgabe der reichsgesetzlichen Sozialversicherung findet nicht statt.

(4) Die Vorschriften der Abs. 2 und 3 finden auf Personen der im Abs. 1 bezeichneten Art, die bereits vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Ruhestand getreten sind, entsprechende Anwendung.

§ 3

(1) Beamte, die nicht arischer Abstammung sind, sind in den Ruhestand (§§ 8 ff.) zu versetzen; soweit es sich um Ehrenbeamte handelt, sind sie aus dem Amtsverhältnis zu entlassen.

(2) Abs. 1 gilt nicht für Beamte, die bereits seit dem 1. August 1914 Beamte gewesen sind oder die im Weltkrieg an der Front für das Deutsche Reich oder für seine Verbündeten gekämpft haben oder deren Väter oder Söhne im Weltkrieg gefallen sind. Weitere Ausnahmen können der Reichsminister des Innern im Einvernehmen mit dem zuständigen Finanzminister oder die obersten Landesbehörden für Beamte im Ausland zulassen.

§ 4

Beamte, die nach ihrer bisherigen politischen Betätigung nicht die Gewähr dafür bieten, daß sie jederzeit rufhaltlos für den nationalen Staat eintreten, können aus dem Dienst entlassen werden. Auf die Dauer von drei Monaten nach der Entlassung werden ihnen ihre bisherigen Bezüge belassen. Von dieser Zeit an erhalten sie drei Viertel des Ruhegeldes (§ 8) und entsprechende Hinterbliebenenversorgung.

§ 5

(1) Jeder Beamte muß sich die Verlegung in ein anderes Amt derselben oder einer gleichwertigen Laufbahn, auch in ein solches von geringerem Rang und planmäßigem Dienst Einkommen — unter Vergütung der vorchriftsmäßigen Umzugskosten — gefallen lassen, wenn es das dienstliche Bedürfnis erfordert. Bei Verlegung in ein Amt von geringerem Rang und planmäßigem Dienst Einkommen behält der Beamte seine bisherige Amtsbezeichnung und das Dienst Einkommen der bisherigen Stelle.

(Werscheiter Tag nach Ablauf des Ausgabestags: 21. April 1933)
Reichsgesetzbl. 1933 I

51

Der Preussische Minister
für Wissenschaft, Kunst und
Volksbildung

Regierung

22. SEP. 1933

Düsseldorf

in W 8 den 14. September 1933.
- Postfach -

U I Nr 8350

Auf Grund von § 3 des Gesetzes zur Wiederherstellung
des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933 entziehe ich Ihnen
hiermit die Lehrbefugnis an der ~~Universität~~ Medizinischen
Akademie Düsseldorf.

Berlin den 14. September 1933.

(Siegel)

Der Preussische Minister für Wissenschaft,
Kunst und Volksbildung

In Vertretung

gez. S t u c k a r t.

An den nichtbeamteten außerordentlichen Professor
Herrn Dr. Peter J a n s s e n , Düsseldorf, Rotter-
damerstr. Nr. 40.

Gef. 17. Sept. 1933

17. Sept. 1933

17. Sept. 1933

[Handwritten signature]

Abschrift zur Kenntnisnahme.

In Vertretung

gez. S t u c k a r t.

An

den Herrn Rektor der Medizinischen
Akademie

in

Düsseldorf

d. d. Herrn Regierungsräsidenten in
Düsseldorf



Beglaubigt.

[Handwritten signature]
Stellvertreter: Kanzlei-Beamter

Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Jörg Vögele, Inst. G. d. Med. Uni Düsseldorf, Personalakte Prof. Dr. Peter Janssen, Medizinische Akademie Düsseldorf, lose Blattsammlung.

2.2.2 Entwicklung als universitäres Fach:

Bis hinein in die 1960er Jahre war die Urologie als eigenständige Fachdisziplin kaum an deutschen Universitäten etabliert.⁵⁶ Eigene Lehrstühle fanden sich zu dieser Zeit nur in Würzburg - Professor Dr. Hubert Frohmüller -, Mainz - Professor Dr. Rudolf Hohenfellner -, Aachen - Professor Dr. Wolfgang Lutzeyer - sowie in München unter Herrn Professor Dr. Egbert Schmied.⁵⁷ Darüber hinaus wurde sie zumeist nur als Urochirurgie innerhalb des Rahmens der chirurgischen Universitätskliniken, teils auf abgetrennten Stationen, von einem Assistenten unter der Anleitung eines urologisch operativ erfahrenen Oberarztes betrieben.⁵⁸ Die Verantwortung, Präsentation in Hochschulgremien, Vorgabe wissenschaftlicher Forschungsschwerpunkte sowie die Bereitstellung von Geldern lag jedoch in der Hand des chirurgischen Ordinarius, der in der Regel andere fachliche und persönliche Schwerpunkte verfolgte.⁵⁹ Einsicht und Initiative der chirurgischen Lehrstuhlinhaber für eine Ausgliederung der Urologie an den Hochschulen beider deutschen Staaten war nicht ausgeprägt. Sie vertraten eher einen integralistischen Standpunkt und beharrten auf der Einheit des Fachgebietes der Chirurgie.⁶⁰ Einer der ersten urologische Lehrstuhlinhaber, der in der heutigen Bundesrepublik Deutschland durch seinen chirurgischen Chef - Prof. Dr. Ernst Derra, bei dem er sich auch im Jahre 1952 zum Thema „Untersuchungen über die Serumphosphatasen und ihre klinische Bedeutung“ habilitierte - als selbstständiger Hochschullehrer im Fach Urologie eingesetzt wurde, war Hermann Dettmar (1918-1995) in Düsseldorf.⁶¹ Neben Dettmar war Professor Carl Erich Alken welcher sich an der Pariser Universität Sorbonne habilitierte⁶² bereits am urologischen Lehrstuhl in Homburg/Saar tätig, der sich bis zum 1. Januar 1957 noch unter französischer Regierung befand.⁶³ Die erste urologische Klinik in der damaligen DDR wurde am 15. November 1963 in Jena unter Professor E. Hientzsch gegründet.⁶⁴

⁵⁶ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 296.

⁵⁷ Schultheiss B, Rathert P, Jonas U, Streiflichter aus der Geschichte der Urologie, Berlin 2000, S. 84 - 96.

⁵⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Schultheiss B, Rathert P, Jonas U, Streiflichter aus der Geschichte der Urologie, Berlin 2000, S. 84 – 96. Schulze-Seemann S, Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1906 – 1986, Berlin 1986, S. 57f.

⁵⁹ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.296f.

⁶⁰ Jutzler GA, Die Geschichte der Dialyse, o.O. 1986, S. 287ff.

⁶¹ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.296.

⁶² Farco-Pharma Gedächtnisschrift, Bedeutende Urologen, Köln 2005, S. 1.

⁶³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

⁶⁴ Schubert J, Urologische Universitätsklinik Jena- 40 Jahre Klinikentwicklung im Wandel der Urologie, Jena 2006, S.1ff.

In Düsseldorf hatte Professor Ernst Derra ebenfalls erkannt, dass es Zeit für eine Verselbstständigung des Fachgebietes der Urologie war, und zwar nicht nur an den Hochschulen. Er ergriff die Initiative und erreichte in den Folgejahren in Düsseldorf unter anderem eine Separierung der Kliniken für Neurochirurgie, Radiologie und Anästhesiologie. Bedingt durch die Neustrukturierung und Reformierung der westdeutschen Universitäten Mitte der 1960er und Anfang der 1970er Jahre erfolgte dann der weitere Ausbau urologischer Lehrstühle an anderen Universitäten.⁶⁵

Vielfach erhielten die Ordinarien ihre Ausbildung im Ausland, da eine eigenständige urologische Weiterbildung in den 1950er und frühen 1960er Jahren in der damaligen Bundesrepublik kaum möglich schien. Zu nennen sind an dieser Stelle spätere Lehrstuhlinhaber wie Professor Hubert Frohmüller (Würzburg), früherer Chef, Freund und Förderer Professor Rolf Ackermanns welcher wiederum in der Folgezeit Chefarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf wurde. Frohmüller absolvierte seine Facharztweiterbildung in den 1950er Jahren an der Mayo-Klinik in den USA, wo Ackermann später auch verschiedene Forschungsaufenthalte vornahm.⁶⁶

Weitere vielfältigen Kontakte auf europäischer und internationaler Ebene von Professor Rudolf Hohenfellner (Mainz), Professor Wolfgang Lutzeyer (Aachen) sowie Professor Egbert Schmiedt (München) gaben der deutschen Urologie ihr internationales Renommee zurück, das, durch die Isolation während des nationalsozialistischen Diktatur und des Zweiten Weltkrieges, darniederlag. Schon Anfang der 1960er Jahre hatte Professor Peter Bischoff (1904-1976) in einer Denkschrift den enormen Nachholbedarf der deutschen Urologie hervorgehoben. Viele urologische Fachabteilungen an außeruniversitären Krankenhäusern wurden im Rahmen der Studienreform zu Beginn der 1970er Jahre als akademischen Lehrkrankenhäusern in den aktiven universitären Unterricht für patientennahe Ausbildung und die Examination einbezogen. Dies führte zu einer Zunahme der Facharztdichte in der Bundesrepublik. In Nordrhein-Westfalen verdoppelte sich

⁶⁵ Bichler KH, Mattauch B, Andree LVU, Zur Geschichte der Urologie in Südwestdeutschland, Publikation des südwestdeutschen Urologenkongresses 1996.

⁶⁶ Schultheiss B, Rathert P, Jonas U, Streiflichter aus der Geschichte der Urologie, Berlin 2000, S. 59. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.
Telefonat mit Herrn Prof. Hubert Frohmüller vom März 2007.

zwischen 1952 und 1969 die Zahl der Fachärzte, die der Urologen vervierfachte sich und lag noch vor der Zahl der Anästhesisten.⁶⁷

2.2.3 Wandel in der Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Urologie:⁶⁸

Ein wichtiges Kennzeichen der Verselbstständigung einer eigenen Fachdisziplin ist die Anerkennung eines eigenen Facharztes.⁶⁹ Vor dem Festlegen des geschützten Begriffes des Facharztes für Urologie in Deutschland im Jahre 1924 (DGU 1924), bestand der Pool urologisch tätiger Mediziner aus interessierten Chirurgen, Internisten, Gynäkologen oder Dermatovenerologen, welche sich selbst vornehmlich als ‚Ärzte für Harnkrankheiten‘ titulierte.⁷⁰ Mit dem Wandel in der Weiterbildungsordnung für das Fach der Urologie im Jahre 1953 hat es erstmalig eine eindeutig formulierte Reglementierung gegeben. Diese Neuformulierung wurde auf dem fünfzehnten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie - neben der Gründung des Berufsverbandes Deutscher Urologen - beschlossen und verkündet. Von der Fokussierung interessierter Operateure ohne eine einheitliche Spezialisierung auf dieses Fach ist es seit Festlegung der Fachweiterbildung 1953 zu einer immer klarer umrissenen Weiterbildungsordnung gekommen.⁷¹ Die Rahmenbedingungen der Weiterbildung sind mit den Jahren stetig umfassender geworden und geforderte Tätigkeiten sind in Quantität und Qualität klar vorgegeben. Als Abschluss der Weiterbildungszeit steht nun zwingend die fachärztliche Prüfung, nach deren Bestehen man zum Führen der Bezeichnung „Facharzt / -ärztin für Urologie“ berechtigt ist.

Zurzeit besteht die Weiterbildungsdauer - laut Bundesärztekammer - aus fünf Jahren, von denen vier in der Urologie und ein weiteres Jahr im chirurgischen Stationsdienst zu leisten sind. Eines dieser Jahre kann auch bei einem niedergelassenen Mediziner absolviert werden. Nach der fünfjährigen Weiterbildungsdauer gilt es den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der speziellen Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmakologie, der Diagnostik und Therapie des urologischen Fachgebietes

⁶⁷ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 296 f.

⁶⁸ Quelle: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/05MWBO/MWBO073.html> (Stand: Sept. 2005)

⁶⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

⁷⁰ Maier J, Zur Geschichte der Nierentransplantation, Med. Diss. Uni Heidelberg, 1999, S. 66.

⁷¹ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 221f.

einschließlich der Indikationsstellung, der Durchführung und Nachbehandlung urologisch-operativer, endoskopischer und instrumenteller Eingriffe in einer mündlichen Facharztprüfung nachzuweisen. Die Zulassung zu dieser Prüfung ist nur zu erlangen, wenn man innerhalb der Weiterbildungsjahre die selbstständige Durchführung üblicher nichtspezieller urologischer Eingriffe, der Lokal- und Regionalanästhesie des urologischen Gebietes, der Sonographie und der Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes, der Wiederbelebung und Schockbehandlung sowie urologiespezifische, mikrobieller Laboruntersuchungen nachzuweisen vermag. Die einzelnen Fertigkeiten sind dezidiert festgelegt und in einem Leistungskatalog nachzuweisen: Der Prüfling hat auf dem Themengebiet der Diagnostik Kenntnisse der Sonographie, hierzu gehört eine Mindestzahl selbstständig durchgeführter sonographischer Untersuchungen und sonographisch gesteuerter Interventionen, der Methodik und Durchführung des Grundleistungslabors des Gebietes sowie der Bewertung der Befunde, der Probenentnahme und sachgerechten Probenbehandlung von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen für das allgemeine Labor sowie in der Einordnung der Befunde in das Krankheitsbild nachzuweisen. In diesem Zusammenhang muss die Kenntnis der Methodik und Durchführung des speziellen Labors, sowie der Bewertung der erhobenen Befunde belegt werden. Auch die Indikationsstellung und Durchführung von Röntgendiagnostik und die Indikationsstellung zur Strahlentherapie bei urologischen Erkrankungen - einschließlich des Strahlenschutzes - ist prüfungsrelevant und muss in der Weiterbildungszeit erlernt werden. Zu den weiteren Spezifikationen der Facharztweiterbildung zählen selbstständige Durchführungen von verschiedene Biopsieverfahren, Lasertherapien, endoskopischen Interventionen, Steinmetaphylaxe und Tumornachsorge, parenteralen und enteralen Ernährungstherapien sowie der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) und der Isotopendiagnostik.

Diese nunmehr klar umrissenen Vorgaben zur Weiterbildung spiegeln die Emanzipation der Urologie aus ihren Ursprungsfächern und deren Etablierung im medizinischen Alltag wider.

2.2.4 Geschichte der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität zu Düsseldorf:

Die Gründung der heutigen medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität zu Düsseldorf erfolgte am 01.07.1907. Die damalige Bezeichnung des Hauses lautete „Akademie für praktische Medizin“ und die Befugnis zur akademischen Ausbildung von Medizinstudenten bestand noch nicht. Hier umfasste das Aufgabenspektrum lediglich die Ausbildung nichtärztlichen Personals, später auch militärischen Sanitätspersonals, sowie die Weiter- und Fortbildung von Ärzten.⁷² Ebenso bestand noch keine Rektoratsverfassung. Diese erhielt die Akademie gleichzeitig mit der Berechtigung zur klinischen Lehre für Medizinstudenten erst am 24./25.04.1923. Am 08.06.1923 wurde das Haus - nun unter der novellierten Bezeichnung „Medizinische Akademie Düsseldorf“ - offiziell eröffnet. Nach Beginn der Lehre für Zahnheilkunde im Wintersemester 1931/1932, sowie dem Erhalt des Promotionsrechtes wurde nach kriegsbedingter Unterbrechung auch die humanmedizinische Ausbildung der Studenten - zunächst lediglich auf den klinischen Teil beschränkt - wieder aufgenommen. Im Januar 1960 erfolgte die Empfehlung des Wissenschaftsrates die medizinische Akademie in drei Stufen um die vorklinischen Fächer, eine Naturwissenschaftlich-Biologische Fakultät und schließlich weitere Wissenschaftsgebiete zu ergänzen. Auch der Medizinische Fakultätentag willigte dem Ausbau der Medizinischen Akademie Düsseldorf zu einer Vollfakultät mit vorklinischer Ausbildung ein.⁷³ Die Miteinbeziehung des vorklinischen Studienabschnittes wurde schlussendlich im Wintersemester 1961/1962 vollführt. Herrn Prof. Dr. Anton Kieselbach oblag hier die Aufgabe der Grundlagenlehre die allgemeine Anatomie betreffend. Er leitete den ersten akademischen Präparierkurs an Körperspendern und trug somit zur Grundsteinlegung der Düsseldorfer Vorklinik bei. Am 01.01.1962 wurde die Verantwortung und Fürsorge der medizinischen Fakultät Düsseldorf der Regierung des Landes Nordrhein-Westfalen übertragen, wobei die allgemeinen Krankenanstalten der Stadt noch bis zum 01.01.1973 in deren Besitz und unter deren Supervision blieben. Eine erneute Umbenennung erfuhr die Akademie am 16.11.1965. Von nun an lautete - durch die Landesregierung beschlossen und

⁷² Quelle: http://lex.izynews.de/de_1/Heinrich-Heine-Universit%C3%A4t_D%C3%BCsseldorf (Stand 05/2005)

⁷³ Vermerke und Stellungnahmen zur Frage des Ausbaues der Medizinischen Akademie Düsseldorf, Bd. 1, 1060-1961, in HStAD, NW 181/64, vgl. auch Hüttenberger P, Die Gründung der Universität Düsseldorf, in: Universität Düsseldorf. Festschrift zum 20jährigen Bestehen. 16. November 1985, Düsseldorf 1986, S. 18-24.

verkündet - deren offizielle Bezeichnung „Universität Düsseldorf“, deren Gründung im Rahmen eines Festaktes am 14. Februar 1966 im Düsseldorfer Schauspielhaus öffentlich vollzogen wurde.⁷⁴ Im Jahre 1988 erfolgte dann durch Senatsbeschluss der Zusatz „Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf“, welcher noch heute Gültigkeit hat. Am 01.01.2001 wurde die Universität sowie deren Universitätsklinik eine Anstalt des öffentlichen Rechts.⁷⁵

Die Zahl der ordentlich immatrikulierten Studierenden der Humanmedizin in Düsseldorf war zunächst starken Schwankungen unterworfen: Im Anschluss an die Weltwirtschaftskrise bis 1934 lag die Zahl der Studierenden mit ca. 900 im nationalen Trend.⁷⁶ Mit der Neueröffnung nach Ende des Zweiten Weltkrieges sind die Zahlen rapide - von unter 200 auf über 700 - angestiegen, um jeweils anschließend durch Einführung eines Numerus Clausus nicht nur gebremst, sondern vielmehr rückläufig zu werden (ca. 300 Studierende). Erst Mitte der 1950er Jahre ist dann ein stetiger Anstieg zu verzeichnen, allerdings wurde im gesamten Betrachtungszeitraum die 1.000er Grenze nicht überschritten. Heute liegt die Anzahl der ordentlich immatrikulierten Medizinstudierenden bei über 3.100.⁷⁷ Die Anzahl medizinischer Staatsexamina und Promotionen folgte weitgehend diesen Trends. Eine Ausnahme stellt das Jahr 1952 dar. Hier kam es sogar zu einer Umkehrung der bisherigen Verhältnisse: Es wurden einmalig mehr Examina abgenommen, als Studierende im Mittel während des Sommer- und Wintersemesters eingeschrieben waren. In gleicher Größenordnung bewegten sich die Promotionen. Hieraus wird die strukturelle Bedeutung der überwiegend fortgeschrittenen klinischen Semester und der Forschungsarbeiten an dieser Medizinischen Akademie ersichtlich.⁷⁸

⁷⁴ Woelk W, Sparing F, Bayer K, Esch M (Hrsg), Nach der Diktatur. Die Medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945, Essen 2003, S.400f.

⁷⁵ Ackermann R, Reform der Medizinischen Einrichtungen. Neue Rechtsform und strukturelle Fragen, Düsseldorf 2006, S.1ff.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

⁷⁶ Grundmann K, Die Marburger Medizinstudentenschaft, in: Gerhard Aumüller u.a. (Hg.), Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, München 2001, S. 325-370; Titze H, Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte, Bd. 1-1: Das Hochschulstudium in Preußen und Deutschland 1820-1944, Göttingen 1987, zur Medizin S. 112ff.; Bd. 1-2: Wachstum und Differenzierungen der deutschen Universitäten 1830-1945, Göttingen 1995, zu Düsseldorf detailliert, S. 145-147.

⁷⁷ Jahresbericht der Heinrich Heine Universität Düsseldorf 2005.

⁷⁸ Koppitz U, Vögele J, Wissen B, Personalbewegung und Vergangenheitspolitik an der Medizinischen Akademie Düsseldorf, in: Woelk W, Sparing F, Bayer K, Esch M (Hg.), Nach der Diktatur, Die Medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945, S. 207f.

3 GRÜNDUNG DER UROLOGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK IN DÜSSELDORF⁷⁹

1945 folgte Ernst Derra dem Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf. Bis dato war er Chefchirurg am Marienhospital in Bonn - in dem er nach der Zerstörung im Jahre 1944 einen, in einem Bunkerstollen ausgelagerten, Klinikteil leitete und hierbei unter schwierigen Umständen sein Organisations-, Improvisations- und Motivations-Talent unter Beweis zu stellen vermochte. Am 1. September 1946 ernannte man ihn zum Nachfolger Herrn Professor Max Madleners als Direktor der Chirurgischen Klinik.⁸⁰ Laut Operationsbuch nahm Professor Derra am 10. September 1946 seine operative Tätigkeit auf. In der noch durch Kriegswirren auch hier teilweise zerstörten Klinik für Chirurgie standen für Derra zunächst erneut Organisations- und Sanierungsprobleme im Vordergrund.

Neue Entwicklungen in der Chirurgie, Thorax- und Herzchirurgie sprengten den Rahmen der alten Klinik, sodass 1953 bei der Stadt Düsseldorf ein Neubau für die Chirurgie durchgesetzt werden konnte. Sicherlich ist es diesem Umstand auch zu verdanken, dass Professor Derra jeweils einen Ruf nach Tübingen und nach Bonn (als Nachfolger seines Lehrers Professor von Redwitz) ablehnte und somit Düsseldorf erhalten blieb. Die Neue Chirurgische Klinik wurde nach Plänen der Architekten Gutschow und Nissen und unter erheblicher Einflussnahme von Professor Derra und seinen engsten Mitarbeitern am 26. Juni 1958 mit 320 Betten, 6 Operationssälen und einer separaten Intensiv-Behandlungs-Station errichtet. Zusätzlich wurde die Position eines Haus-Kardiologen für die prä-, und postoperativen Kontrollen der ständig zunehmenden Zahl von Herz-Patienten in der Klinik eingerichtet.⁸¹

Nach der anstehenden Neueröffnung der Chirurgischen Klinik strebte Derra eine Ausgliederung der Abteilungen für Urologie und Neurochirurgie aus seinem bisherig bestehenden Klinikbereich angestrebt.⁸² Dieses Anliegen wurde erstmalig in der Sitzung des Kuratoriums der Medizinischen Akademie in Düsseldorf unter

⁷⁹ Humboldt-Gesellschaft für Wissenschaft, Kunst und Bildung: Laudatio zu Ehren E. Derra vom 01.05.1965 in Köln (Ac7853).

⁸⁰ Woelk W, Sparing F, Bayer K, Esch M (Hrsg), Nach der Diktatur. Die Medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945, Essen 2003, S. 103.

⁸¹ UnivA Düsseldorf; 1/5 423 S. 2.

⁸² Moll F, Zur Entwicklung der Urologie in Köln und im Rheinland, o.O. o.J., S. 1-5.

der Anwesenheit des Oberstadtdirektors Dr. Dr. Hensel, des Bürgermeisters Dr. Vomfelde, des ärztlichen Direktors Prof.Dr. Schmidt-Elmendorff und Weiterer am 04. Dezember 1957 formuliert.⁸³ Zur Begründung hieß es, die Bettenkapazitäten der beiden auszugliedernden Fachdisziplinen seien unzureichend, aufgrund dessen eine vorübergehende Unterbringung von jeweils siebzig Betten innerhalb des Hauses der Chirurgie wünschenswert sei.⁸⁴ Am 26. Juni 1958 wurde dieses Bestreben dann schlussendlich in die Tat umgesetzt.⁸⁵

Während des neunzehnten Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie am 4. September 1961 in Köln unter der Leitung von Professor Carl Erich Alken (Homburg / Saar) äußerte sich Derra als geladener Ehrengast und Gastredner zu seinem Vorhaben an der damaligen medizinischen Akademie Düsseldorf:

„ (...) [Daß] ich mir in den letzten Jahren Gedanken gemacht habe über die Einordnung der Urologie in den Gesamtrahmen der Medizin bei uns zu Lande, betrachte ich als keine Leistung. Sie ergaben sich von ganz selbst angesichts der gewichtigen Ausweitung der medizinischen Erkenntnisse in den Dezennien, die aufgenommen, ausgewertet und weiter entwickelt werden wollen und müssen. Ich habe Zweifel bekommen, ob die Intelligenz eines einzelnen Menschen, mag sie so groß sein, wie sie will, noch ausreicht, um die Unzahl von Aufgaben und Problemen, vor die uns die neueste Zeit in einer stürmischen Entwicklung gestellt hat, bestmöglich zu erfüllen oder gar die äußerst komplexen Gebiete, die sich in vieler Hinsicht aufgetan haben, forschersich vorwärts zu treiben. Aus diesen Tatsachen resultiert mein Eintreten für eine vernünftige Spezialisierung und Arbeitsverteilung. (...) Ich bekenne für meine Person: Es wäre eine Selbsttäuschung, wollte ich mich in dem Glauben wiegen, die aseptische Chirurgie im klassischen Sinne, die plastische, die Gesichts-, die Kiefer-, die Knochen-, die traumatologische, die orthopädische, die Neuro-, die thorakale, die vasculäre, die endokrinologische, die urologische und die septische Chirurgie in gleicher Weise bis zur Vollendung zu beherrschen. (...) Ich habe aus dieser Einsicht und Erkenntnis die Konsequenzen gezogen. Die Sprossen, die mir lebensfähig erscheinen, habe ich abgegeben, die Neurochirurgie, die Gesichts-, die plastische Chirurgie und die Urologie, und in Lehrstühle, verbunden mit Klinikdirektoraten,

⁸³ UnivA Düsseldorf; 1/5 423 S. 2.

⁸⁴ ebd., S. 3.

⁸⁵ Moll F, Zur Entwicklung der Urologie in Köln und im Rheinland, o.O. o.J., S. 1-5.

*umwandeln lassen. (...) Grundsätzlich bin ich der Meinung, [daß] die Neurochirurgie, die Gesichts-, die plastische Chirurgie und die Urologie so wohlfundierte Arbeitsgebiete sind, [daß] sie ihre Eigenständigkeit verdienen und beanspruchen dürfen. (...)*⁸⁶

Des Weiteren separierte er - wie oben angeführt - die Klinik für Neurochirurgie (1957), sowie die Diagnostische Radiologie (1958) und später auch die anästhesiologische Klinik (1962) als selbstständige Einheiten. Darüber hinaus wurden die Positionen der jeweiligen Abteilungsleiter in Ordinariate umgewandelt.⁸⁷

3.1 Lehrstuhlinhaber:

3.1.1 Ernst Derra:

Professor Ernst Derra wurde am 6. März 1901 in Passau/ Niederbayern geboren, besuchte das dortige Gymnasium und begann im Jahre 1921 das Studium der Humanmedizin an der Ludwig Maximilians Universität in München. Nach dem Physikum 1923 setzte er das klinische Studium in Heidelberg, Wien und später erneut in München fort.⁸⁸ Zum Dr. med. promovierte er mit einer Arbeit über die Ausscheidung von Aminosäuren bei Patienten mit Lebererkrankungen in Leipzig unter Paul Morawitz. 1929 wechselte Professor Derra an die Chirurgische Universitätsklinik in Bonn unter Prof.Dr.med. Erich von Redwitz. Hier erhielt er eine breite chirurgische Ausbildung in der klassischen Organ- und Unfallchirurgie. Seine spätere Habilitationsschrift behandelt das Thema des chirurgischen Traumas und dessen Einfluss auf die Atmung, den kapillaren Gasaustausch und das zirkulierende Blutvolumen (1936).⁸⁹ Diese Arbeit fand große Beachtung in der fachlichen Öffentlichkeit und wurde anschließend in vier Teilen in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie veröffentlicht.⁹⁰ Bald darauf stieg Professor Derra zum Oberarzt auf und wurde 1943 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Als Praktiker entwickelte Derra zur Verbesserung und Erleichterung der Anastomosen-Technik bei den Säuglingen und Kleinkindern eine spezielle Klemme, die sogenannte Derra-

⁸⁶ Mauermayer W.; Schultze-Seemann F. „Deutsche Gesellschaft für Urologie 1907-1978“ „Eröffnungsansprache E. Derras am ersten Sitzungstag des 19. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 04.09.1961“ S. 227 ff.

⁸⁷ UnivA Düsseldorf, 1/2 198.

⁸⁸ Franke H; Irmer W, Ernst Derra zum 65. Geburtstag in: Zentralblatt für Chirurgie, Ausg. 91 (10), 1966, S. 313ff. Kremer K, Ernst Derra zum 70. Geburtstag, in: Deutsche medizinische Wochenschrift, Ausg. 71(10), 1971, S. 437ff. Bircks W; Kremer K; Schmitt W; Wiecke K, Ernst Derra zum 75. Geburtstag, in: Deutsches Zentralblatt für Chirurgie, Ausg. 101 (5), München 1975, S. 302f.

⁸⁹ Derra E, Habilitationsschrift, Bonn 1936, Einleitung in: Deutsches Zentralblatt für Chirurgie, Bonn 1937

⁹⁰ ebd.

Klemme.⁹¹ Diese zeichnet sich besonders durch ihre atraumatischen Eigenschaften bei Gefäßneuanschlüssen aus.

1945 wurde er Chefarzt der Chirurgie am Marienhospital in Bonn. Dort erhielt er den Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und wurde am 1. September 1946 zum Direktor der Chirurgischen Klinik ernannt.

Seine operative Tätigkeit nahm Derra am 01.09.1946 in Düsseldorf auf.⁹²

Trotz seiner Ausbildung als Allgemeinchirurg mit einer Spezialisierung für kardiovaskuläre- und thorakale Chirurgie verfolgte Derra das Ziel, eine weiterführende Ausdifferenzierung einzelner Fachdisziplinen des Hauses aus der Chirurgie umzusetzen.

Ob Derra selbst als Operateur auf dem Gebiet der Urologie tätig wurde ist nicht bekannt. Auch wenn dies in Einzelfällen sicherlich nicht auszuschließen ist, hat Derra keine wissenschaftlichen Veröffentlichungen oder Lehrbücher zum Themenkomplex der Urologie verfasst.

Im Jahre 1958 wurde auf sein Betreiben die bis dato zur dortigen Allgemeinchirurgie zählende Urologie als einen eigenständigen Fachbereich ausgegliedert. Am 04. Juli 1958 erfolgte die Bildung zweier Extraordinariate im Rahmen der Sitzung des Krankenhausausschusses, nämlich für die Urologie sowie für die Neurochirurgie thematisiert, bis zu deren Verwirklichung durch die Berufung Herrn Professor Dettmars für die Urologische Klinik, Herr Professor Derra weiterhin formell die Verantwortung getragen hat.⁹³ Hierdurch sollte später einer der ersten urologischen Lehrstühle in der damaligen Bundesrepublik Deutschland ins Leben gerufen werden.⁹⁴ Als urologischer Extraordinarius wurde durch Professor Derra Herr Professor Dr. med. Hermann Dettmar eingesetzt,



Abb.7:
ProfesorDr.med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra.
Quelle: Bircks W, History of cardiac surgery
in Germany. In consideration of her relation
to the German Cardiac Society, München
2002, S. 3.

⁹¹ Derra E, Handbuch der Thoraxchirurgie, Düsseldorf 1958.

⁹² Operationsbuch der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf, 1946.

⁹³ UnivA Düsseldorf; 1/5 423, Vita Professor Ernst Derra, S. 3ff.

⁹⁴ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 296 f.

welcher von dort an als Chefarzt der Abteilung - zunächst noch im Gebäude der Chirurgie - fungierte.⁹⁵

Obschon Derra zahlreiche Ehrungen und Ämtern zuteil wurden - unter anderem die Ernennung zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung als 1. Chirurg überhaupt im Jahre 1957, sowie die Tagungspräsidentschaft der Europäischen Gesellschaft für Kardiovaskuläre Chirurgie in Düsseldorf (1958)⁹⁶ - waren diese nie urologiespezifisch. Er sah in der Fülle der chirurgischen Spezialisierungen seinen Platz in der Herz-Kreislauf-Chirurgie, wodurch sicherlich die Ausgliederung der Urologie in Düsseldorf unter anderem ihre Begründung fand.

Zu den weiteren Höhepunkten seiner Laufbahn zählte die Wahl zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1962 und die Ausrichtung der 80. Jahrestagung in München vom 17.-21. April 1963.⁹⁷ Von 1962 bis 1972 war Derra Schriftleiter des Zentralblattes für Chirurgie. Darüber hinaus wurde Derra Ehrenmitglied in sechs nationalen und neun internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften und Akademien und erhielt eine Reihe von ehrenvollen Auszeichnungen wie neben weiteren die Goldene Medaille der Humboldtgesellschaft und das große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland zu seinem 65. Geburtstag.⁹⁸ Nach seiner Emeritierung am 31. März 1970 lebte er auf seinem Ruhesitz, der Weihermühle, in der Nähe von Haag/Bayern.⁹⁹

Sein Wirken in Düsseldorf wurde im Rahmen eines Festaktes und Symposiums anlässlich der 30. Wiederkehr der ersten kardiovaskulären Operation in Düsseldorf nach dem Kriege am 3. Mai 1979 gewürdigt und herausgestellt.

Nach seiner Heimkehr von dieser Veranstaltung verstarb Ernst Derra plötzlich und völlig unerwartet am 8. Mai 1979.¹⁰⁰ In seinem Nachruf hat Professor Dr. med. Wolfgang Bircks, einer seiner langjährigen Mitarbeiter, die Persönlichkeit und das Wirken in Düsseldorf sehr treffend und eindrucksvoll zusammengefasst:

⁹⁵ UnivA Düsseldorf; 1/5 423 S. 3ff.

⁹⁶ Internat.Biogr.A 26/1979, 1979.

⁹⁷ ebd.

⁹⁸ Kremer K, In memoriam Ernst Derra, o.O. 1979.

⁹⁹ Internat.Biogr.A 26/1979, 1979.

¹⁰⁰ In memoriam Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Dr. med. h.c. Ernst Derra 6. 3. 1901--9. 5.1979, 1979. In memoriam Dr. Ernst Derra, 6 March 1901-9 May 1979, in: Fortschritte der Medizin, Aug. 97 (27), S. 1197f, 1979.

"...Derra war ein hervorragender Chirurg, ein Pionier, ein Lehrer und ein Mann von großer persönlicher Ausstrahlung. Seine Studenten, seine Mitarbeiter, seine Patienten, seine Kollegen und die gesamte Welt der Thoraxchirurgie erinnern sich an ihn mit großer Zuneigung. Er war eine große Persönlichkeit in dieser Welt und er wird vermisst werden. Alle, die mit Ernst Derra zusammengelebt und zusammengearbeitet haben, stimmen darin überein, [daß] es an geeigneten Worten fehlt, ihre Dankbarkeit zum Ausdruck zu bringen."¹⁰¹

¹⁰¹ Bircks W, Nachruf für Prof. Dr. med. Ernst Derra, Düsseldorf 1979, in: Thoracal Cardiovascular Surg., Dezember 1979, Ausg. 27(6), S. 345f.

3.1.2 Hermann Dettmar:

Professor Herrmann Dettmar wurde am 17.03.1918 in Dortmund geboren. Er studierte Humanmedizin in Münster, München, Innsbruck, Hamburg und Freiburg, wo er im Jahre 1941 zu Wehrmacht eingezogen wurde. Im Jahre 1942 setzte Dettmar seine Studien in München fort; 1943 schlossen sich dort Examen und Promotion an. Es folgte eine Tätigkeit im Luftwaffenlazarett in Brüssel und eine Truppenarztstätigkeit in Italien bis zum Kriegsende. Urologische Kenntnisse erwarb Dettmar unter Professor May in München. 1950 nahm er eine Oberarztstelle an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf unter Professor Derra an. Zwei Jahre später habilitierte er sich in Chirurgie und Urologie, wurde im Jahre 1958 - nicht zuletzt durch die Fürsprache Herrn Derras - zum außerplanmäßigen Professor ernannt und erfuhr schließlich 1959 seine Ernennung zum Direktor der Urologischen Klinik der Medizinischen Akademie in Düsseldorf als Extraordinarius. Dieses Extraordinariat wurde im Jahre 1963 in ein Ordinariat umgewandelt. 1965 wurde Dettmar zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie und zum Vorsitzenden der nordrheinwestfälischen Gesellschaft für Urologie ernannt.¹⁰² Seine Präsidentschaft Herrmann Dettmar war von 1958 bis zum Wintersemester des Jahres 1983/1984 als Lehrstuhlinhaber und Chefarzt der Urologie im Düsseldorfer Universitätsklinikum tätig und begann bereits im Jahre 1958 mit dem Aufbau eines eigenen Curriculums zur Vermittlung urologischer Inhalte. Dieser beinhaltete zunächst klinische Visiten sowie dortige Praktika. Darüber hinaus machte er sich über den systematischen Ausbau der urologischen Diagnostik und Therapien mit zahlreichen operativen Modifikationen und Verbesserungen bestehender Operationsmethoden,



Abb.8: Professor Dr. med. Hermann Dettmar.
Quelle: Mauermayer W, Schultze-Seemann F, Deutsche Gesellschaft für Urologie. 1907-1978, Düsseldorf 1978, S. 238.

¹⁰² Mauermayer W, Schultze-Seemann F, Deutsche Gesellschaft für Urologie. 1907-1978, Düsseldorf 1978, S. 239.
Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

der Kinderurologie, der Nierentransplantation und der Nebennierenchirurgie - in enger Zusammenarbeit mit der Endokrinologie - einen Namen.¹⁰³

Ab dem Wintersemester 1970/71 wurde erstmalig die klinische Hauptvorlesung der Urologie gehalten.¹⁰⁴ Des Weiteren hielt im Jahr darauf die radiologische Bildgebung Einzug in die Ausbildung der damaligen Medizinstudenten.¹⁰⁵ Im Sommersemester des Jahres 1973 übernahm Dettmar das Amt des ersten Stellvertreters des Vorsitzenden - Herr Prof. Dr. med. Joachim Haase, Physiologisches Institut/Lehrstuhl 2 - des Prüfungsausschusses für die ärztliche Hauptprüfung. Im Sommersemester 1978 wurde das urologische Praktikum für die Studierenden der Humanmedizin durch Professor Dettmar begründet. Emeritiert wurde er im Wintersemester 1983/84.

Während eines persönlichen Gespräches am 28. Februar 1983 mit seinem Nachfolger, Herrn Professor Ackermann, bemängelte Dettmar die baulichen Gegebenheiten am Gebäude unter denen die Patientenversorgung gelitten habe, sowie vielfältige Unstimmigkeiten mit der Geschäftsführung des Hauses bezüglich nicht erfolgter Sanierungen an der Klinik welches es ihm unmöglich gemacht hätten, seine Tätigkeit weiter auszuüben¹⁰⁶ (siehe Kapitel 3). Nach diesem Dialog übergab Dettmar Professor Ackermann seinen Generalschlüssel und verschiedene Patientenakten welche ihm besonders am Herzen lagen, wünschte ihm viel Glück und Erfolg, und verließ im Anschluss daran das Gelände der heutigen Universitätsklinik, welches er danach zeitlebens nicht mehr betreten haben soll.¹⁰⁷ Die Herren Professoren Dettmar und Ackermann führten in den Folgejahren in unregelmäßigen Abständen Telefonate und trafen sich gelegentlich auf Fachtagungen, wobei Dettmar niemals einen Hehl daraus gemacht habe, wie enttäuscht er von der damaligen Klinikleitung und -verwaltung bezüglich gemachter und nicht eingehaltener Versprechungen im Zusammenhang mit der Sanierung der Urologischen Universitätsklinik war. 1995 verstarb Dettmar überraschend.¹⁰⁸

Die Nachfolge Dettmars trat Professor Ackermann im Wintersemester 1983/84 an.

¹⁰³ Mauermayer W, Schultze-Seemann F, Deutsche Gesellschaft für Urologie. 1907-1978, Düsseldorf 1978, S. 239.
Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹⁰⁴ Vorlesungsverzeichnisse / Jahrbücher der medizinischen Akademie / Heinrich Heine Universität Düsseldorf

¹⁰⁵ Vorlesungsverzeichnisse / Jahrbücher der medizinischen Akademie / Heinrich Heine Universität Düsseldorf 1970/71.

¹⁰⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁰⁷ ebd.

¹⁰⁸ ebd.

3.1.3 Rolf Ackermann:

Professor Dr. med. Rolf Ackermann studierte Humanmedizin in Würzburg und Wien. Seine Promotion erfolgte im Jahre 1968, woran sich eine zweijährige Assistenzzeit in der Schweiz und Ulm anschloss. Von 1970-1977 war Ackermann wissenschaftlicher Assistent an der Urologischen und Chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg. Während dieser Zeit hatte er im Jahre 1973 ein Stipendiat an der Universität von Kalifornien (USA) inne und erlangte 1975 seine Facharztanerkennung für Urologie in Würzburg. Die Habilitation Ackermanns - unter Professor Frohmüller - schloss sich im Jahr 1977 zum Thema der Antigenität des Prostatakarzinoms an.¹⁰⁹ 1980 folgte die Ernennung zum C3-Professor für Urologie an der Universität in Würzburg, von wo er im Jahre 1983 an den Lehrstuhl für Urologie an die Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf berufen wurde. Von 1988-1994 war Ackermann Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie,¹¹⁰ deren Vizepräsident er dann 1995 wurde.¹¹¹ 1993 war er für die Dauer von zwei Jahren auch zugleich Prorektor für Finanzen der Heinrich-Heine-Universität. 1996 schloss sich die einjährige Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie an.¹¹² Von 1995 bis 2003 belegte Ackermann das Amt des Ärztlichen Direktors des Universitätsklinikums Düsseldorfs, welches zu der Zeit eintausendvierhundert Betten und fünftausend Mitarbeiter innehatte. Unter der Leitung Ackermanns konnte für die Chirurgische Klinik des Universitätsklinikums Düsseldorf der Neubau eines Operationstraktes sowie einer Intensivstation realisiert werden. Die Frauenklinik und seine eigene Klinik erhielten einen neuen Anbau, außerdem wurde die Teilsanierung der Neurochirurgie fortgeführt.¹¹³ Darüber



Abb.9: Professor Dr. med.
Rolf Ackermann.
Quelle: Magazin der Heinrich
Heine Universität Düsseldorf,
Ausg. 1-2004, 2004, S.12.

¹⁰⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹¹⁰ ebd. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹¹¹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹¹² ebd.

¹¹³ UnivA Düsseldorf 3/9 515; Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

hinaus erfuhr die Universitätsklinik Düsseldorf die Realisation des Zentrums für ambulante Chemotherapie,¹¹⁴ die Neuschaffung des Lehrstuhls für Unfallchirurgie und Traumatologie,¹¹⁵ die Differenzierung der Institute für Mikrobiologie und Virologie¹¹⁶ sowie die Eröffnung des Brustzentrums in der Gynäkologischen Universitätsklinik Düsseldorf.¹¹⁷ Im Jahre 2001 wurde das Düsseldorfer Universitätsklinikums in eine Anstalt des öffentlichen Rechts umgewandelt.¹¹⁸

Zu den Würdigungen und Anerkennungen Ackermanns zählen der Wissenschaftliche Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie in den Jahren 1979 und 1980,¹¹⁹ der Heinrich Warner Preis im Jahre 1980,¹²⁰ der Wissenschaftliche Filmpreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1983¹²¹ sowie die Verleihung der Maximilian-Nitze-Medaille für Urologie im Jahre 2000. 2004 erhielt Ackermann den Förderpreis der Klüh-Stiftung Düsseldorf.¹²² Ehrenmitgliedschaften in nationalen und internationalen Fachverbänden bestehen bei der Nationalen Urologischen Gesellschaft, der Amerikanischen Urologischen Gesellschaft - welcher nur noch Professor Richard Hautmann (Ulm) als weiterer Deutscher angehört - sowie weiteren europäischen urologischen Vereinigungen, zum Beispiel die der Slowakei, Polens und der Schweiz. Weiterhin ist Ackermann Mitglied der ‚European Association of Urology‘.¹²³

Zu dem Unterfangen der Integration der klinische Forschung in den Arbeitsalltag seines Hauses, äußerte sich Ackermann im Rahmen seiner Eröffnungsrede als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie im Jahre 1996 durchaus kritisch: In seinem Vortrag *„Klinische Forschung im Spannungsfeld zwischen Krankenversorgung und theoretischer Wissenschaft“* machte er die Diskrepanz zwischen ärztlich-klinischer und ärztlich-forschender Tätigkeit deutlich und bemängelte die nur geringe Anzahl prospektiv-randomisierter, klinischer Studien im Gegensatz zu den häufiger praktizierten Retrospektivanalysen, deren

¹¹⁴ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹¹⁵ ebd.

¹¹⁶ ebd.

¹¹⁷ ebd.

¹¹⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Aug. 1-2004, 2004, S. 12f.

¹¹⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹²⁰ Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Düsseldorf), o.O.; o.J.

¹²¹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹²² Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Düsseldorf), o.O.; o.J.

¹²³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

wissenschaftlicher Wert umstritten sei.¹²⁴ Er sprach sich für eine weitergehende Verzahnung von Klinik und theoretischer Wissenschaft zum Zwecke der Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage aus, und äußerte die Hoffnung, dass klinisch tätige Mediziner alsbald nicht mehr nur als „Problemlieferanten“ angesehen würden. Ein großes Problem sei auch die a priori bereits hohe Beanspruchung der Kliniker.¹²⁵ Aufgrund dieser käme es nicht selten dazu, dass diese zulasten der wissenschaftlichen Forschung und umgekehrt ginge.¹²⁶

Abschließend formulierte Ackermann drei Anforderungen an die Verbesserung der klinischen Forschungssituation. Zunächst müsse die Förderung junger Nachwuchsmediziner durch Ältere gewährleistet werden. Dies gehe von der Erstellung einer Arbeitshypothese bis hin zur Evaluation der Ergebnisse. Darüber hinaus müssten Forschungsaufenthalte - die regelhaft auf Stipendiaten beruhten - von einem auf zwei Jahren ausgeweitet werden. Nur dies entspräche den Erfordernissen unsere Zeit.¹²⁷ Des Weiteren sprach er sich für ein forschungsfreundliches Umfeld, welches die Räumlichkeiten, Gerätschaften sowie die übrige Grundausstattung beinhalte aus. Abschließend führte Professor Ackermann an: *„(...) Es war das Anliegen meines Beitrages Ihnen die Probleme der klinischen Forschung vor Augen zu führen aber auch die Konditionen zu beschreiben, die für ihr Gedeihen erforderlich sind. Klinische Forschung stellt eine [essentielle] Voraussetzung für die akademische Existenz eines Fachgebietes, auch für die Urologie, dar. Die dabei gewonnen Erkenntnisse haben in der Vergangenheit viel zur Eigenständigkeit unseres Faches beigetragen. Unser innovatives [Potential] bestimmt unsere Zukunft. Ungeachtet des zunehmenden Wettbewerbs um die Ressourcen, sollten wir die Herausforderungen engagiert annehmen. Es wäre stimulierend, wenn wie in den USA Forschung bei uns durch Mediziner selbst, höher geschätzt würde.“*¹²⁸

¹²⁴ Ackermann R, Eröffnungsrede zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1996, Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Düsseldorf), Düsseldorf 1996.

¹²⁵ ebd.

¹²⁶ ebd.

¹²⁷ Ackermann R, Eröffnungsrede zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1996, Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Düsseldorf), Düsseldorf 1996.

¹²⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Ackermann, R, Klinische Forschung im Spannungsfeld zwischen Krankenversorgung und theoretischer Wissenschaft, Antrittsrede zur Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1996, Sitzungsprotokoll aus Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Düsseldorf 1996.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Seit Dienstantritt Professor Ackermanns in Düsseldorf, wurden ihm nur zwei neue Stellen für wissenschaftliche Assistenten bewilligt.¹²⁹

Professor Ackermann trat zum 31. August 2007 in den Ruhestand. Die vorübergehende kommissarische Leitung des Hauses übernahm dessen langjähriger Oberarzt Dr. med. Volker Müller-Mattheis.

3.2 Mitarbeiterzahlen:¹³⁰

Die Zahl der Mitarbeiter innerhalb des ärztlichen Kollegiums der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf - seit Beginn der Dokumentationen im Jahre 1969 - war im Verlauf der Jahrzehnte auch einem immerwährenden Wandel unterworfen. Begann Professor Dettmar noch mit einem Oberarzt und acht Assistenten, nahm die Zahl der Mitarbeiter in den frühen 70er Jahren stetig auf bis zu dreizehn Assistenten und bis zu drei Oberärzten zu, um dann gegen Ende dieses Jahrzehnts wieder auf Ausgangsstärke abzunehmen. Einen weiteren Zuwachs erfuhr die personelle Stärke der Klinik in den späten 80er und frühen 90er Jahren unter Herr Professor Ackermann mit bis zu fünfzehn Mitarbeitern. Während der Amtszeit von Ackermann als ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Düsseldorf Professor Ackermanns von 1995-2003 blieb die Anzahl der Oberärzte mit zwei bis drei Mitarbeitern weitestgehend konstant. Die Menge an Assistenzärzten - ausgehend von acht Mediziner im Jahre 1995 - erreichte ihren Höhenpunkt mit zwölf Kollegen im Jahre 2002, um dann bis 2003 wieder auf neun abzunehmen. Darüber hinaus wurde ab dem Jahre 1995 die klinische Forschung - mit zunächst zwei hierfür geschaffenen Stellen - gefördert.

In den Jahren 1970, 1973, 1976, 1977, 1991, 1992 und 1995 übernahmen bisherige Assistenzärzte der Klinik - an der sie sich teilweise auch habilitierten - eine dortige Oberarztposition.

Aus einer belegten Oberarztposition an der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf erhielten eine Reihe von Mediziner - teilweise auch habilitiert - eine Chefarztstelle an anderen Häusern. Allerdings ging weder aus den Oberärzten

¹²⁹ ebd.

¹³⁰ Vorlesungsverzeichnisse der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, 1969-2006.

Professor Dettmars, noch aus denen Professor Ackermanns ein Ordinarius einer anderen medizinischen Fakultät hervor.

Zu den aus der Urologischen Universitätsklinik erwachsenen Chefärzten zählt Professor Dr. med. Wolfgang Wagner. Er trat seine Assistenzarztstellen im Sommer 1971 unter Professor Dettmar an. Seine Habilitation erfolgte im Sommer 1976, mit welcher sich eine Oberarztstelle im Hause ergab. Ende 1978 ging Professor Wagner als Chefarzt in das St. Josef Krankenhaus in Krefeld-Uerdingen. Diese Position hatte er bis zu seinem Ruhestand im August 2006 inne.¹³¹

Professor Dr. med. Frank Boeminghaus war langjähriger Chefarzt der urologischen Abteilung des Lukas-Krankenhauses in Neuss. Im Vorfeld hatte auch er sich während seiner Assistenzarztzeit unter Professor Dettmar habilitiert und wurde im Sommer 1973 zum Oberarzt. Fünf Jahre später wechselte er nach Neuss.¹³²

Professor Dr. med. Schmitz schied im Jahre 1971 als habilitierter Oberarzt aus der Urologischen Universitätsklinik aus und übernahm eine Chefarztstelle im städtischen Krankenhaus in Detmold.¹³³

Leiter der urologischen Klinik im Prosper-Hospital in Recklinghausen wurde Professor Dr. med. Reinhard Meridies. Professor Meridies habilitierte sich im Sommer 1970 und hatte ab da eine Oberarztstelle bis zum Ende des Jahres 1975 inne. Im Anschluss erfolgte der Wechsel nach Recklinghausen.¹³⁴

Professor Dr. med. Klaus Maar, welcher zwischen 1978 und 1985 Oberarzt an der Urologischen Universitätsklinik in Düsseldorf war, ließ sich im Jahre 1985 in Krefeld nieder, betrieb dann ab 1991 eine Praxis in Düsseldorf und wurde im Anschluss hieran Leiter des Biologischen Krebszentrums in Bielefeld, welches mittlerweile eine Verlegung nach Düsseldorf - in Form einer Tagesklinik - erfahren hat.¹³⁵

Ausschließlich auf die Forschung beschränkte Stellen wurden erst im Jahre 1995 durch Ackermann eingeführt. Diese neu geschaffenen Stellen - mit diplomierten

¹³¹ Gespräch mit Herrn Dr. Volker Müller Mattheis (Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf) vom 7. Mai 2007.

Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1973; S. 144. Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1978; S. 250.

¹³² Gespräch mit Herrn Dr. Volker Müller Mattheis (Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf) vom 7. Mai 2007. Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 72/73; S. 130.

Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1978; S. 250.

¹³³ Gespräch mit Herrn Dr. Volker Müller Mattheis (Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf) vom 7. Mai 2007.

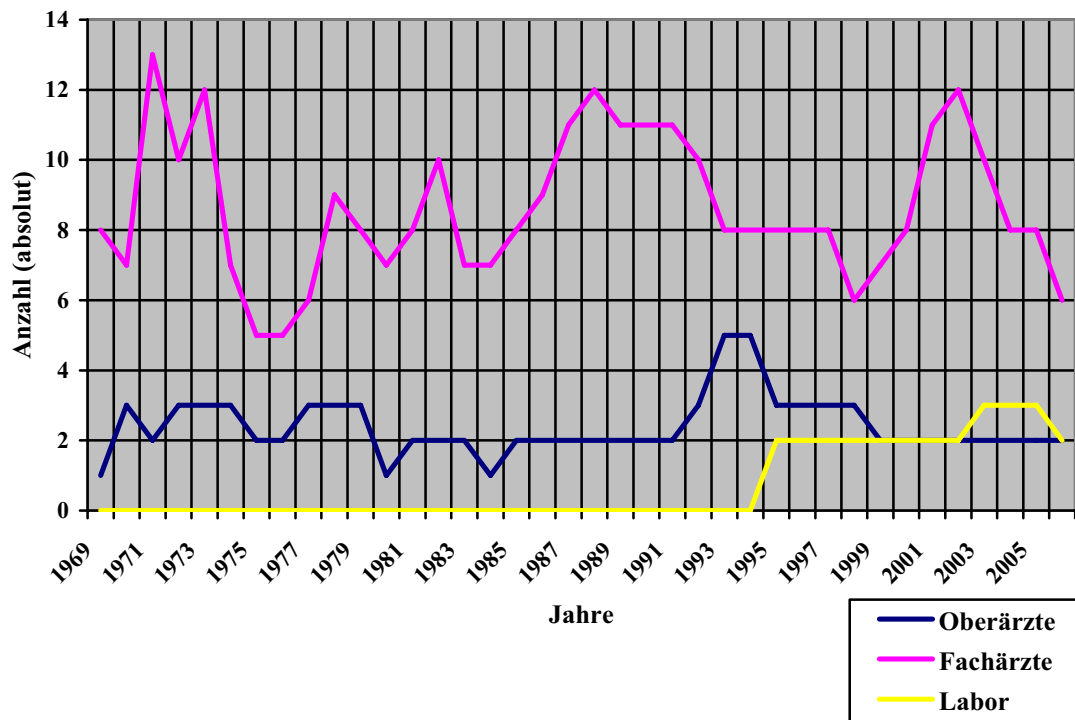
¹³⁴ ebd.

¹³⁵ ebd.

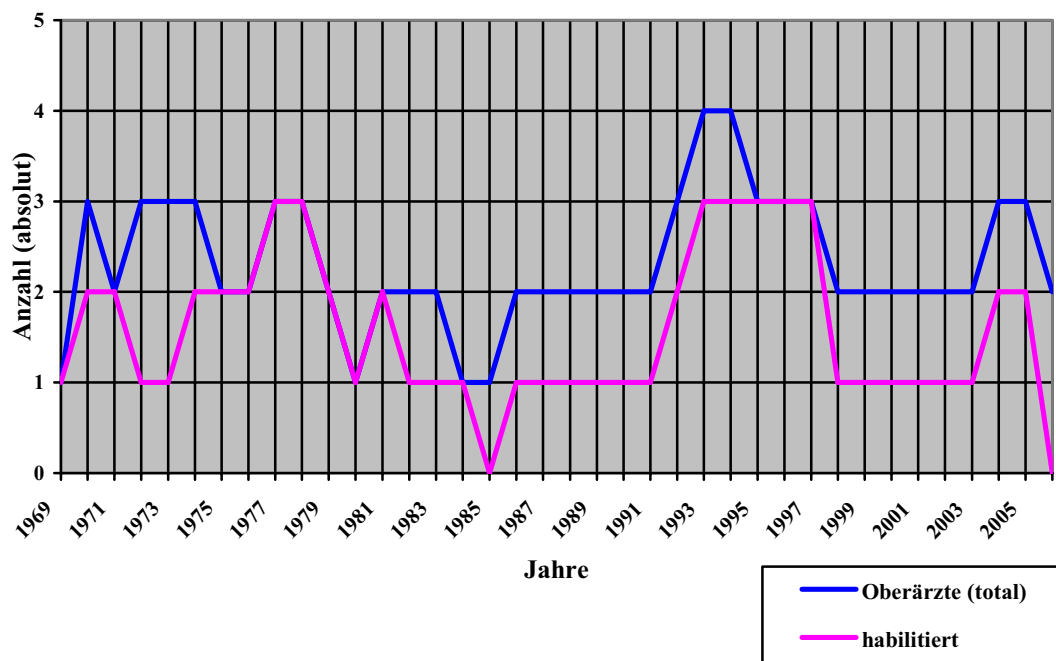
Biochemikern besetzt - brachten die klinische Forschung innerhalb des Hauses auf neue Pfade, die noch bis zum heutigen Tage beschritten werden und für eine Vielzahl der wissenschaftlichen Publikationen maßgeblich sind.¹³⁶

¹³⁶ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1995; S. 220.

Mitarbeiterstatistik 1969-2006



Mitarbeiterstatistik der Oberärzte 1969-2006



3.3 Patientenzahlen:

Betrachtet man die Entwicklung der Behandlungs- und Patientenzahlen der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf - ausgehend von deren Gründung bis zum Jahre 2004 - so wird deutlich, das nach einer Phase der anfänglichen Etablierung dieser damals noch neuen Fachdisziplin, ein fast konstant-proportionales Verhältnis zu den Zahlen der Allgemein- und Visceralchirurgie im Verlaufe der Jahre vorherrschte.¹³⁷ Die Zeitspanne der Ausgliederung urologisch Erkrankter aus dem Patientenkollektiv der Allgemeinchirurgie dauerte kaum zwei Jahre.¹³⁸ Die Tatsache der absolut höheren Zahlen der Allgemeinchirurgie ist sicherlich durch den Terminus „Allgemein“ hinreichend erklärlich: In dieser Fachdisziplin werden Patienten mit den verschiedensten Erkrankungen der unterschiedlichsten Organsystemen therapiert, wohingegen die Urologie - als damals neu etabliertes Spezialgebiet innerhalb der Chirurgie - deutlich spezifischere Erkrankungsbilder des klar definierten Organkomplexes „Harnbildende und Harnableitende Organe, sowie männliche Geschlechtsorgane“ im Zentrum der Aufgabenstellung hat.¹³⁹

Die Liegezeiten der Patienten haben sich im Mittel in beiden Disziplinen - seit der Etablierung minimalinvasiver Verfahren Anfang der 1990er Jahre - nachhaltig reduziert.¹⁴⁰ Außerdem können heute diverse Interventionen, für die in der Vergangenheit ein stationärer Aufenthalt von Nöten war, nunmehr ambulant umgesetzt werden.¹⁴¹ Auch diese Tatsache trägt zur Reduktion der absoluten Liegezeiten und nicht zuletzt einer Kompression der Kostenfaktoren bei.

¹³⁷ Jahresabschlussberichte der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf 1978 - 2004.

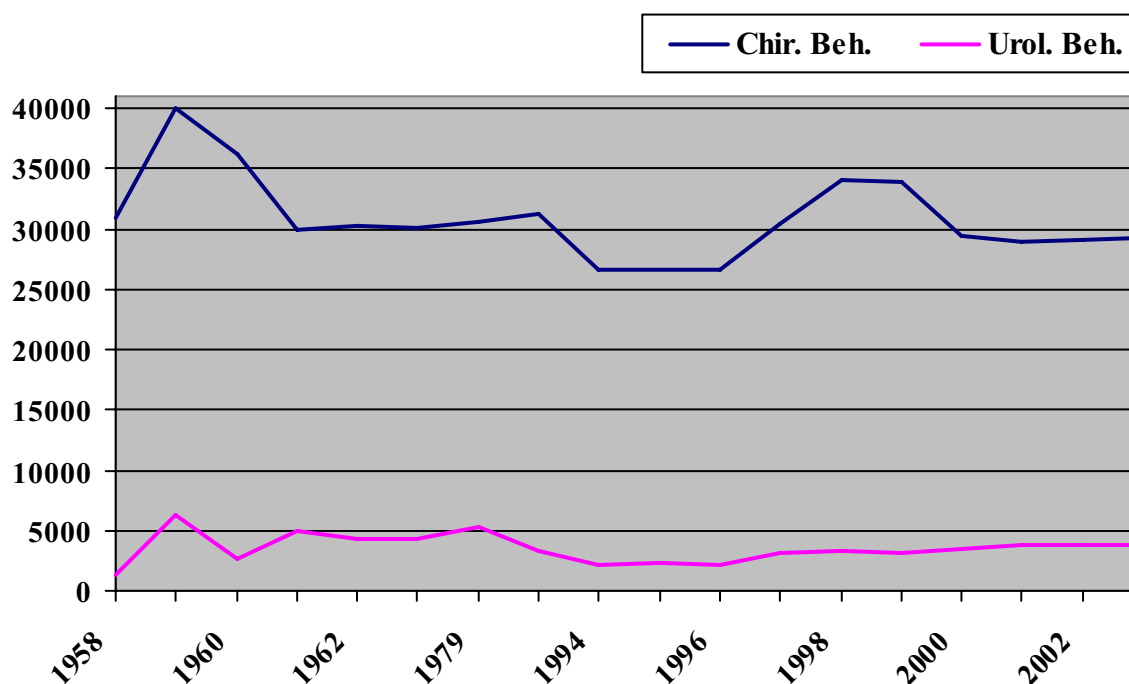
¹³⁸ Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1958, S. 171f.

¹³⁹ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, S. 18.

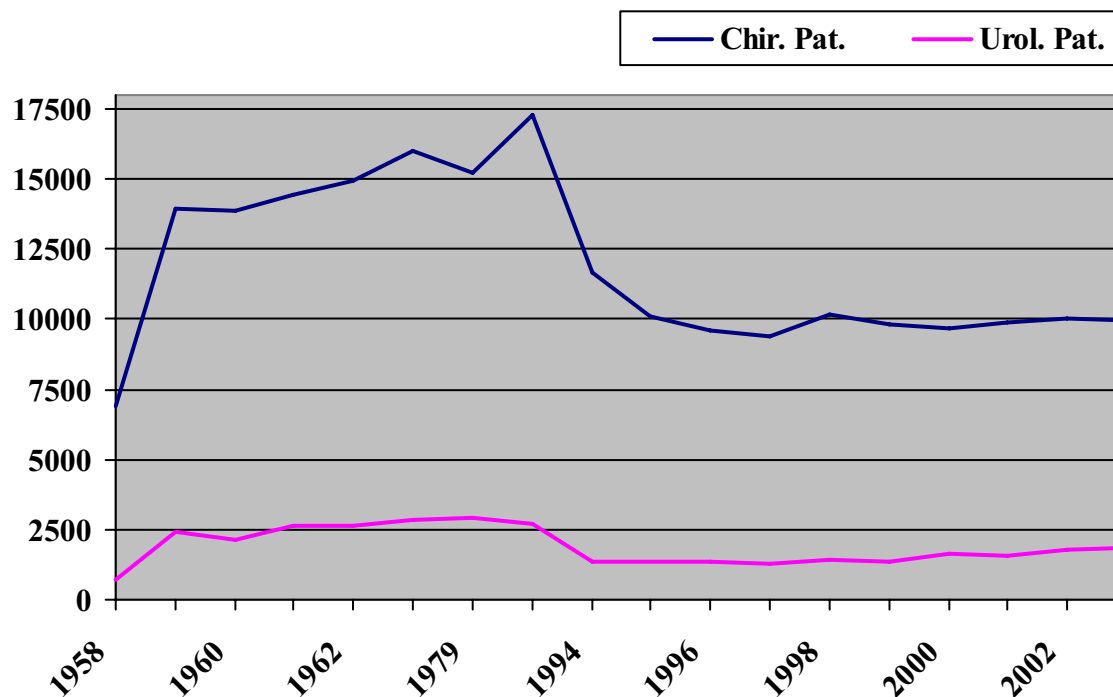
¹⁴⁰ Jahresabschlussberichte der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf 1983 - 2004.

¹⁴¹ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 181-190.

Behandlungszahlen – Vergleich:¹⁴²



Patientenzahlen – Vergleich:¹⁴³



¹⁴² Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1958, S. 171f. Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1959/1960, S. 224.

Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1961/1962, S. 190f.

Jahresabschlussberichte/Geschäftsberichte der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf 1978 - 2004.

¹⁴³ Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1958, S. 171f. Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1959/1960, S. 224.

Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1961/1962, S. 190f. Jahresabschlussberichte / Geschäftsberichte der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf 1978 - 2004.

3.4 Im Wandel

3.4.1 Nierenchirurgie im Wandel:

Bis hinein in die fünfziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts war die Indikationsstellung in der Nierenchirurgie durch eine primär chirurgisch dominierte Sichtweise mit einem organbezogenen, lokalistischen Denken behaftet. Erst die Ausdifferenzierung der diagnostischen Methodik löste die bis dato vorherrschende Angiographie zur Tumordiagnostik ab.¹⁴⁴

Zu nennen sind hier die Einführung der Ausscheidungsurographie, sowie die Infusionsurographie in der Mitte der sechziger Jahre¹⁴⁵ und die Etablierung der Schnittbildanatomie im Sinne der Computertomographie - gegen Ende der siebziger Jahre -, welche eine präoperative Organdarstellung deutlich verbesserte. Die Einführung der bildgebenden Diagnostik mittels Sonographie Mitte der siebziger Jahre führte schließlich dazu, dass immer weniger fulminante Nierentumore mit der klassischen Trias Flankenschmerz, Hämaturie und palpablem Tumor¹⁴⁶ operiert wurden, und eine immer größer werdende Anzahl von sonographisch gesicherten Zufallsbefunden bereits vor Auftreten klinischer Symptome therapiert werden konnten. Ab Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts konnte nun zunehmend organerhaltend - im Sinne von Nierenteilresektionen - operiert werden, wobei auch eine deutliche Verbesserung der onkologischen Prognosen zu konstatieren war.¹⁴⁷

3.4.2 Harnblasentherapien im Wandel:

Gegen Ende der neunzehnhundertfünfziger Jahre stand bei den eher selten praktizierten Zystektomien die Harnleiter-Darm-Implantation im Vordergrund, bei der eine kontinente Harnableitung durch den Intestinaltrakt erfolgte.¹⁴⁸ Im darauf folgenden Jahrzehnt setzte sich nach bahnbrechenden Arbeiten von Eugene Bricker

¹⁴⁴ Boeminghaus H, Urologie. Operative Therapie-Indikation-Klinik, o.O. 1971.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹⁴⁵ Maier J, Zur Geschichte der Nierentransplantation, Med. Diss. Med. Uni Heidelberg, 1999 Heidelberg.

¹⁴⁶ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, S. 195f.

¹⁴⁷ Maier Maier J, Zur Geschichte der Nierentransplantation, Med. Diss. Med. Uni Heidelberg, 1999 Heidelberg.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹⁴⁸ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 288f.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

(1908-2000) und Richard Übelhör (1901-1977) nun jedoch auch in Düsseldorf das Ileum-, sowie das Colon-Conduit als standardisiertes Verfahren der supravasikulären Harnableitung durch. Auch die perkutane Nephrostomierung nach Goodwins, bei der unter zu Hilfenahme von DJ-Stents aus Silikon oder Polyurethan selbsthaltende, versenkte Harnleiterkatheter die Harnableitung ermöglichten, manifestierten sich Mitte der achtziger Jahre zusehens. Da gerade eben dieser letztgenannte Ansatz die offenen chirurgischen Drainagetechniken zunehmend verdrängte, erfolgte auch alsbald eine drastische Reduktion der Liegezeiten innerhalb des Hauses.¹⁴⁹

3.4.3 Hodentumorthherapie im Wandel:

Bis zur Einführung der in den siebziger Jahren ausgebauten, chemotherapeutischen Ansätze zur Behandlung von Hodentumoren durch Professor Dettmar an der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf,¹⁵⁰ verstarb noch jeder zweite Patient an seinem Krebsleiden trotz der bis dato angewandten Strahlentherapie nach Béchère. Erst die Chemotherapie mit platinhaltigen Präparaten, sowie die Möglichkeiten der Lymphknotendissektion ermöglichte definitive Heilungschancen dieser Geschwulsterkrankung des Mannes.¹⁵¹

Fast immer wird operativ zunächst die Orchidektomie durchgeführt und der befallene Hoden über einen Schnitt in der Leiste entfernt. Zusätzliche Operationen können notwendig werden, um Lymphknoten im Abdomen oder Metastasen in einzelnen Körperorganen zu extirpieren. Eine Chemotherapie wird bei Hodenkrebs in der Regel dann eingesetzt, wenn sich die Erkrankung im Körper des Mannes ausgebreitet hat. Oft ist eine Kombination von Operation, Bestrahlung und/oder Chemotherapie notwendig. Lassen sich beim Seminom nach Orchidektomie keine Metastasen nachweisen, oder liegen nur kleine Metastasen in den Lymphknoten des Abdomens vor, wird eine Bestrahlung der Lymphknoten des Bauchraumes durchgeführt.

Sind größere Lymphknotenmetastasen vorhanden, oder ist die Erkrankung in Körperorgane wie Lunge, Leber oder knöchernes Skelett vorgedrungen, muss in

¹⁴⁹ ebd.

¹⁵⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹⁵¹ Porst H, Penile Disorders, Hamburg 1997, S. 5.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

jedem Fall und möglichst rasch eine Chemotherapie begonnen werden. Die Chemotherapie erfolgt zumeist stationär. Die Nebenwirkungen sind je nach Ausmaß und Dauer der Chemotherapie unterschiedlich. Beim Nichtseminom erfolgt nach Orchidektomie entweder eine operative Entfernung der Lymphknoten des Bauchraumes, es wird eine begrenzte Chemotherapie durchgeführt, oder eine Operation wird mit einer begrenzten Chemotherapie kombiniert. Nur bei den sehr frühen Tumorstadien kann in Ausnahmefällen die Orchidektomie als alleinige Behandlung ausreichen.

Sind größere Lymphknotenmetastasen vorhanden, oder ist die Erkrankung in Körperorgane wie Lunge, Leber oder knöchernes Skelett vorgedrungen, muss in jedem Fall und möglichst rasch eine Chemotherapie durchgeführt werden. Diese Chemotherapie ist dann intensiver und wird über eine längere Zeit durchgeführt als dies bei den früheren Tumorstadien der Erkrankung der Fall ist. Oft wird nach einer solchen intensiveren Chemotherapie noch eine operative Entfernung von Tumorresiduen angeschlossen.

3.4.4 Prostatatherapien im Wandel:

Die benigne Prostatahyperplasie im Besonderen zeigt die Bedeutung der so genannten Endourologie auf: Gerade die transurethrale Prostataresektionstechnik (TUR), unter Anwendung elektrischer Schneideelektroden, machte den Weg von der invasiven Chirurgie hin zu minimal invasiven, urologischen Interventionen deutlich.¹⁵² Diese Novellierung wurde von Wolfgang Mauermayer (1919-1994), München, in dem Kapitel „*Ausstattung des Operationssaales*“ seines Lehrbuches von 1981 angeführt,¹⁵³ und galt ab dem Jahre 1981 annähernd für die gesamte damalige Bundesrepublik und somit auch für die Urologische Universitätsklinik in Düsseldorf.¹⁵⁴ Besonders die Entwicklungen der Glasfasertechnik durch Hirschowitz (1958), des Kaltlichtes durch Cohen (1970) und hochleistungsfähiger Stablinsen durch Hopkins (1966)¹⁵⁵ brachten die Miniaturisierung der Endoskopie deutlich voran. Im Zuge dessen zählte die transurethrale Prostataresektion auch an der urologischen Universitätsklinik in Düsseldorf ab den siebziger Jahren zu einem

¹⁵² Nesbit R, Transurethral prostatectomy, o.O. 1943.

Mauermayer W, Die transurethralen Operationen, München 1962.

Schulheiß T, Der unfreiwillige Harnabgang, o.O. 1951, S.7.

¹⁵³ Mauermayer W, Die transurethralen Operationen, München 1962. Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof.Dr.med.

Ackermann, Gespräch vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁵⁴ UnivA Düsseldorf; 1/5 423 S. 2f des Finanzierungsberichtes.

¹⁵⁵ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 290f.

angewandten Standardverfahren. Als ein Meilenstein in der Weiterentwicklung des Diagnostik des Prostatacarcinoms gilt die Entdeckung des prostataspezifischen Antigens (PSA). Hara beschrieb es zuerst im Jahre 1971 als validen Marker in der Samenflüssigkeit und zehn Jahre später lief es den bis dato etablierten Tumormarkern saure und alkalische Phosphatase den Rang ab. Das prostataspezifische Antigen ist auch heute noch ein Standarddiagnostikum des Prostatazuwuchses.¹⁵⁶ Als ein bildgebendes Diagnostikum der Prostataveränderung gilt der sonographische Ansatz im Sinne der transrektalen Ultraschalluntersuchung (TRUS)¹⁵⁷ in Assoziation mit der rektalen Tastbefundung. Alle diese Untersuchungs- und Diagnostikansätze haben die Früherkennung der bösartigen Prostataveränderung deutlich optimiert und den Vormarsch der apparativen und laborchemischen Diagnostik auch in der Düsseldorfer Urologie vorangetrieben. Aber auch die Therapie dieses Krankheitsbildes unterlag einer stetigen Weiterentwicklung: So wurde - aufbauend auf den Arbeiten von Patrick Walsh, Baltimore - auch in Düsseldorf die modifizierte Operation der radikalen Prostatektomie unter Schonung des dorsalen Nervenbündels zur Erektionsprotektion praktiziert.¹⁵⁸ Darüber hinaus kamen in den neunziger Jahren - neben konservativen, pharmakologischen Therapieansätzen wie Alphablockern und dem Finasterid - auch die Hyperthermie, die transurethrale Mikrowellentherapie, die transurethrale Thermoablation¹⁵⁹ sowie die hochfokussierte Ultraschalltherapie auf, welche aufgrund nachhaltiger iatrogenen Nebenwirkungen nur zum Teil bis heute weiter angewendet werden.

Als neuester Ansatz zur Therapie der benignen Prostatahypertrophie verfügt die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf seit Oktober des Jahre 2003 über einen so genannten „Greenlight-Laser“ zur Behandlung eben dieser gutartigen Vergrößerung der Prostata. Als erste Klinik in Deutschland erwarb sie diesen neuartigen Laser, so dass mittlerweile seit über zweieinhalb Jahren Erfahrungen mit dieser Technik vorliegen. Der Klinikaufenthalt verkürzt sich durch die neue

¹⁵⁶ Weining C; Semjonow A, Patientengefährdung durch unterschiedliche Meßverfahren für PSA, in: Deutsches Ärzteblatt 93, Ausgabe 26 vom 28.06.1996, Seite A-1779 / B-1503 / C-1403.

¹⁵⁷ Hartung R, Barba M, Instrumentelle Therapie der benignen Prostatahyperplasie, in: Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 15 vom 14.04.2000, Seite A-989 / B-819 / C-767.

Schmid HP, Altwein JE, Faul P, Wirth M, Screening und Früherkennung des Prostatakarzinoms. Zwischen Szylla und Charybdis, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Ausgabe 12 vom 26.03.1999, Seite A-772 / B-634 / C-594.

Loch T, Computergestützter transrektaler Ultraschall (C-TRUS) in der Diagnostik des Prostatakarzinoms, in: Der Urologe, Ausgabe 43 (11), 2004, S. 1377.

¹⁵⁸ Albers P, Jakse G, Qualitätssicherung der radikalen Prostatektomie. Outcome measurement in radical prostatectomy, in: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 51-52 vom 26.12.2005, Seite A-3582 / B-3033 / C-2538.

¹⁵⁹ Gravas S, Laguna P, de la Rosette J, Thermotherapy and thermoablation for benign prostatic hyperplasia in: Current opinion in urology, Ausg. 13 (1), 2003, S. 45-90.

komplifikationsarme, für alle Patienten ohne Zuzahlung verfügbare Technik, deutlich.¹⁶⁰

Die präzise Diagnostik des benignen Prostata-Syndroms (BPS) steht vor einer erfolgreichen konservativen oder operativen Therapie.¹⁶¹ Hierbei ist die Erfassung der Symptome und Beschwerden des Patienten vordergründig. Wichtige Informationen werden über einen Patientenfragebogen erhoben (IPPS-Bogen zur Symptomatik und Einschränkung der Lebensqualität). Bei der Abtastung der Prostata über den Enddarm (rektale Untersuchung) kann die Beschaffenheit und ungefähre Größe der Prostata bestimmt werden. Die exakte Größenbestimmung erfolgt mittels einer Ultraschalluntersuchung über den Enddarm (transrektaler Ultraschall/TRUS). Als urologische Basisuntersuchung werden bei jedem Patienten mit benigner Prostatahypertrophie eine Harnstrahlmessung sowie eine Ultraschallmessung des Restharns durchgeführt (Uroflow).¹⁶² In komplexeren Fällen von Blasenentleerungsstörungen kann eine Druckmessung der Blase, die so genannte urodynamische Untersuchung, notwendig werden.

In jedem Falle sollte bei Patienten, die zur Therapie einer Prostatavergrößerung anstehen, das prostataspezifische Antigen (PSA) im Blut bestimmt werden. Dieser Blutwert ist zur frühzeitigen Erkennung einer eventuell bestehenden bösartigen Erkrankung der Prostata unerlässlich.¹⁶³ Nach Ausschöpfung von medikamentösen Therapien kann je nach Größe der Prostata eine Operation meist über die Harnröhre - also transurethral - erforderlich werden. Diese transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) stellt das oben angeführte, bisherige Standardverfahren dar:¹⁶⁴

Mit einem durch die Harnröhre eingeführten Instrument wird das störende Adenomgewebe mit einer Schlingenelektrode mittels Hochfrequenzstrom ausgeschält. Die anfallenden Gewebespäne werden ausgespült und zur feingeweblichen Untersuchung in die Pathologie des Hauses übersandt. Zur



¹⁶⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik I
Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Kliniken/Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

¹⁶¹ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, S.230ff.

¹⁶² Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik I
Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Kliniken/Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

¹⁶³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Kliniken/Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

¹⁶⁴ Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997, S. 230ff.

möglichst schonenden und blutungsarmen Abtragung von überschüssigem Prostatagewebe steht nun neben der bereits etablierten transurethralen Resektion die Laservaporisation mit dem KTP-Laser oder "Greenlight-Laser" (s. Abb. Rechts) zur Verfügung:¹⁶⁵

Mithilfe des an der Mayo Klinik in Amerika entwickelten Lasers ist es möglich eine erhebliche Reduktion des vergrößerten Prostatagewebes nahezu blutungsfrei zu erzielen.

Ein wichtiges Merkmal des GreenLight PVP™ -Lasers der Firma Laserscope ist die Wellenlänge von 532 nm, die sich auf Grund einer sehr hohen Absorption durch Oxyhämoglobin auszeichnet. Die Verdampfung des Prostatagewebes (Vaporisation) durch das GreenLight PVP™ System erfolgt schnell, die Lichtenergie wird insbesondere von Blutgefäßen im Prostatagewebe aufgenommen. Hieraus resultiert die Blutungsarmut des Verfahrens, die auch die Behandlung von Patienten mit Blutverdünnungsmedikamenten wie Marcumar oder Heparin erlaubt. Weiterhin scheint die Beeinträchtigung der Potenz durch diesen Eingriff im Vergleich mit einer konventionellen Ausschälung der Prostata geringer auszufallen.¹⁶⁶

Die in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf zum Thema „Greenlight-Laser“ durchgeführten wissenschaftlichen Studien sind unter „Forschungsschwerpunkte und wissenschaftliche Veröffentlichungen“ aufgeführt.¹⁶⁷

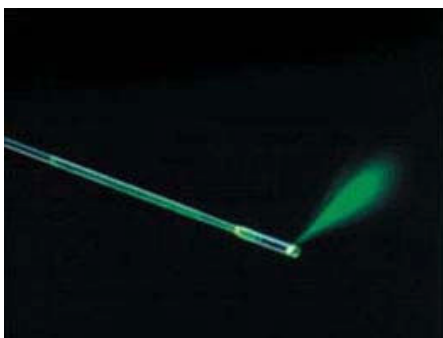


Abb.11: Der Austritt des grünen Laserlichtes aus dem Glasfaserkabel erfolgt seitlich als so genannter "side-fire-laser"
Quelle: <http://www.laserscope.com/surgical/administrators/index.html> (Stand 04/2006)

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

158 Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

¹⁶⁷ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006).

3.4.5 Etablierung der Laparoskopie:

Noch bis in die neunziger Jahre hinein kam der diagnostischen Laparoskopie in den Fächern Chirurgie, Innerer Medizin aber auch der Urologie allenfalls eine Nischenposition zu, welche von nur wenigen Medizinern beherrscht wurde.¹⁶⁸

Auch in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf wurde seitens Ackermanns stets großen Wert auf die Ausbildung seiner Mitarbeiter in diesem operativen Gebiet gelegt.¹⁶⁹ Maßgeblich beteiligt an der Entwicklung der Endoskopie waren die Düsseldorfer Raimund Wittmoser und Karl Storz. Beide führten die so genannte Gliederoptik ein, welche die bis dato vorherrschende Glasfasertechnik revolutionierte.¹⁷⁰

Cortez hatte die Endoskopie bereits im Jahre 1976 für den nicht deszendierten Hoden als urologische Indikation beschrieben.¹⁷¹ Smith hatte 1986 eine Beckennierensteinextraktion auf laparoskopischem Wege vollführt und in den folgenden Jahren etablierte sich dieser

minimal invasive Zugang für vielerlei Indikationen, wie zum Beispiel die Nephrektomie, die Adrenalektomie oder sogar der Spendernephrektomie¹⁷² im

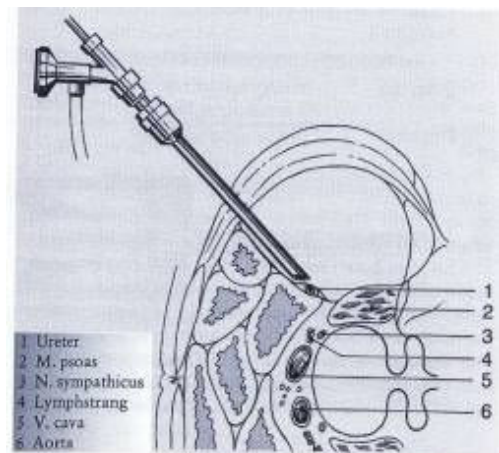


Abb.12: Retroperitoneoskopie nach Wittmoser (1965).
Quelle: Reuter HJ (Hrsg.), (1980-1988) Atlas der urologischen Endoskopie, Bd.2, Berlin 1988.

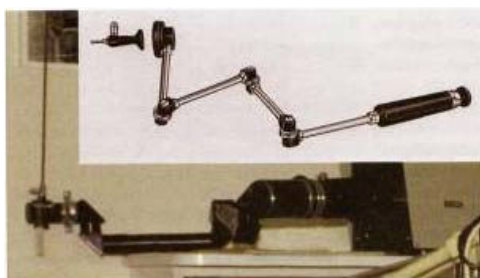


Abb.13: Mehrarmiger artikulierter Beobachtungsadapter nach Wittmoser .
Quelle: Wittmoser R, Die Retroperitoneoskopie als neue Methode der lumbalen Sympathicotomie. Fortschritte der Endoskopie, Aachen 1973, S. 219ff. (1969)

Rahmen von Nierentransplantationen auch in Düsseldorf.

¹⁶⁸ Marlovits H, Lange J, Die Geschichte der Laparoskopie. The history of laparoscopy, in: Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique, Aug. 54 (9), 1997, S. 489ff.

¹⁶⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁷⁰ Ottenjann R, Fortschritte der Endoskopie, Bd.2, Stuttgart 1970.

¹⁷¹ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

¹⁷² Wittmoser R, Die Retroperitoneoskopie als neue Methode der lumbalen Sympathicotomie. Fortschritte der Endoskopie, Aachen 1973, S. 219ff.

¹⁷² Litynski Grzegorz S, Highlights in the history of laparoscopy, Frankfurt am Main 1996.

3.4.6 Entwicklung der Inkontinenzchirurgie:

In der Entwicklung der Inkontinenzchirurgie wurden auch in der Düsseldorfer Universitätsklinik für Urologie in den siebziger Jahren unter Dettmar neue Verfahren und Materialien eingeführt: So etablierte sich auch dort die Harnblasenhalsunterpolsterung mittels Teflon zum Zwecke der Wiederherstellung der Kontinenz.¹⁷³ Des Weiteren wurde - nach Arbeiten von Ulmsten in Skandinavien - alsbald das so genannte TVT-Band popularisiert.¹⁷⁴ Die Stressharninkontinenz (Blasenschwäche bei Husten, Niessen, Springen etc.) ist bei Frauen ein häufig vorkommendes Problem. Nach einer vaginalen Geburt kann eine Schwächung des Beckenbodens auftreten. Dadurch kann es bei Einwirkung von "Stressfaktoren" wie Husten, Niessen, Springen, Sportaktivitäten etc. zu unwillkürlichen Urinabgang kommen, weil die Blase und die Harnröhre nicht mehr ausreichend gestützt werden. Wenn eine Frau unter unwillkürlichen Urinverlust leidet, wurde bis Mitte der neunziger Jahre die ‚Aufhänge-Operation‘ favorisiert. Durch einen Bauchschnitt oberhalb des Schambeines (Operation nach Burch) erfolgte ein invasiver Zugang mit Fixation der Harnröhre. Das TVT Verfahren benötigt jedoch keinen Bauchschnitt mehr und lässt sich in örtlicher Betäubung durchführen.

Hierbei werden die Bauchdecken, die Region hinter dem Schambein und das Gewebe um die Harnröhre mit Lokalanästhesie umspritzt. Alternativ kann die Operation auch in Spinalanästhesie durchgeführt werden. Das Band wird hinter dem Schambein hochgezogen und soweit angezogen, bis die Patientin beim Husten-Test keinen Urin mehr verliert. Das TVT-Band wird um die Harnröhre geführt und hinter dem Schambein hochgezogen. Das Einführinstrument wird durch zwei kleine Einstiche zur Bauchdecke herausgeführt. Das Band braucht nicht angenäht zu werden und verwächst mit den Schichten der Bauchwand. Die Harnröhre wird durch das TVT Band unterstützt und kann sich bei Stress nicht mehr senken.¹⁷⁵

¹⁷³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/084-001.htm> (Stand 04/2006).

¹⁷⁴ Tunn R, Wildt B, Rohne J, Gauruder-Burmester, A Management of postoperative objectified intravesical position of the TVT tape - two case reports . Management bei postoperativ diagnostizierter intravesikaler TVT-Bandlage anhand zweier Kasuistiken, in: Der Urologe, Aug. 45 (3), 2006, S. 347-350

¹⁷⁵ Quelle: <http://www.villarsgyn.ch/tvt.htm> (Stand 12/2007).

3.4.7 Andrologie und Therapien erektiler Dysfunktionen:

Die Andrologie ist die Wissenschaft von der Sexualfunktion des Mannes und kann somit auch zu recht als „Männerheilkunde“ tituiert werden die in gewisser Hinsicht das Äquivalent zur Gynäkologie der Frau darstellt. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um ein noch sehr junges Fachgebiet, welches sich erst in den letzten zwei Jahrzehnten im Kontext der Urologie - auch in der Düsseldorfer Universitätsklinik - etablierte. Die Schwerpunkte dieser Disziplin stellen die Fortpflanzungsfunktion des Mannes dar. Neben Störungen der männlichen Zeugungsfähigkeit beschäftigt sie sich auch mit der fehlerhaften Ausreifung und Funktion männlicher Geschlechtsorgane, sowie der dysfunktionalen Erektionsfähigkeit des männlichen Genitales. Im Besonderen die letztere Problematik findet zusehens Bedeutung und bewirkt somit auch wesentlich den Ausbau der Andrologie bei.¹⁷⁶

Die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf trägt dem immer wachsenden Stellenwert dieses Fachbereiches mit zwei Sprechstunden, der Andrologie- und der Erektile Dysfunktions-



Abb.14: Sildenafil (Viagra).
Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Viagra> (Stand 04/2006).

Sprechstunde innerhalb ihres Hauses Rechnung.¹⁷⁷ Durch die Einführung der als „Wunderpille“ propagierten - Viagra im März des Jahres 1998 in den Vereinigten Staaten und wenige Monate darauf in der Bundesrepublik - wurden erst die Dimensionen der erektilen Dysfunktionen innerhalb der männlichen Bevölkerung sichtbar.¹⁷⁸ Viele betroffene Männer nutzten die wachsende öffentliche Thematisierung dieses Leidens um fachärztlichen Beistand zu suchen. Das Präparat selber wurde initial durch die Firma Pfizer als weiteres Antihypertensivum in klinischen Studien erforscht, bis die selektive Wirkung auf die Phosphodiesterase 5

¹⁷⁶ Schirren C, Geschichte der Andrologie in der Dermatologie unter spezieller Berücksichtigung der Situation in Deutschland, Hamburg 1989.

¹⁷⁷ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Sprechstunden/index_3.html (Stand 04/2006).

¹⁷⁸ Burnett AL, Erectile dysfunction, in: The Journal of urology, Ausg. 175 (3 Pt 2), 2006, S. 25-31.
Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

der männlichen Schwellkörper deutlich wurde und somit ein Nutzen im Rahmen der erektilen Dysfunktionen in den Vordergrund trat.¹⁷⁹

¹⁷⁹ Stief CG, Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion, Berlin 2002, S. 4-18.

Neben der Pharmakotherapie mittels Viagra (Sildenafil) und weiteren Präparaten aus der Gruppe der PDE5-Inhibitoren (Sadalafil, Tadalafil und andere) fanden zunächst auch in den siebziger Jahren entwickelte Penisprothesen und -Implantate, welche auf operativem Weg in das männliche Genitale eingebracht werden müssen, Anwendung. Diese Penisprothesenchirurgie ermöglichte in vielen Fällen auch Männern eine suffiziente Erektion, die auf medikamentösem Wege keine Besserung zu erlangen vermochten. Diese

invasiven Eingriffe werden in Düsseldorf mittlerweile nicht mehr durchgeführt, da Ackermann in Anbetracht der immer weiter steigenden Preise solcher Implantate davon Abstand genommen hat. Diese Entscheidung seinerseits hat sich im



Abb.15: Beispiel eines hydroflexiblen Schwellkörperimplantates (Ultrax von AMS).
Quelle: Sommer F, Ultima Ratio bei Erektionsstörungen, in: Uro News, Ausg. 1-2004, 2004, S. 46-52.

Nachhinein als richtig bewiesen.¹⁸⁰ Die vormals eingesetzten Implantate beziehungsweise Prothesen

unterschieden teilweise deutlich: Zum Arsenal der Möglichkeiten zählten halbstarre, biegsame, sowie zwei- bis dreiteilige, aufblasbare - so genannte hydraulische - Prothesen.¹⁸¹ Eine weitere - in Düsseldorf nicht mehr regelhaft angebotene - Behandlung der erektilen Dysfunktion nimmt die so genannte Vakuumtherapie ein, bei der mittels Vakuumpumpen, welche auf das äußere Genitale des



Abb.16: a.p. Röntgenaufnahme eines implantierten hydraulischen Systems (AMS 700) bei entleerten Zylindern (Füllung mit verdünntem Kontrastmittel).
Quelle: Sommer F, Ultima Ratio bei Erektionsstörungen, in: Uro News, Ausg. 1-2004, 2004, S. 49.

¹⁸⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁸¹ ebd.

Sperling H, Schreiter F, Indikation zur [Schwellkörperprothetik] bei erektiler Dysfunktion, in: Der Urologe-B, Ausg. 41 (2), 2001, S. 125-127.

Park JK, Jang SW, Lee SW, Cui Y, Rare complication of multiple revision surgeries of penile prosthesis, in: The journal of sexual medicine, Ausg. 2 (5), 2005, S. 735ff.

Mannes aufgesetzt werden und durch einen Unterdruck eine Füllung der Corpora cavernosi herbeiführen.¹⁸² Darüber hinaus bietet man hier auch die Schwellkörper-Selbstinjektion, sowie die Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT)¹⁸³ an, wobei unter Zuhilfenahme



Abb.17: Injektionsset zur SKAT-Therapie.
Quelle: Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 302.

ultrafeiner Kanülen - durch den Patienten selbst - Pharmaka in die Schwellkörper injiziert werden, die dann eine Erektion des Penis initiieren. Im Gegensatz zu den PDE5-Inhibitoren, welche oral appliziert werden, besteht bei den Injektionsansätzen der erhebliche Nachteil darin, dass eine Peniserektion libidounabhängig, das heißt zwangsläufig erfolgt, welche für ca. zwanzig bis dreißig Minuten anhält.¹⁸⁴

¹⁸² Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁸³ Herkommer K, Niespodziany S, Zorn C, Gschwend JE, Volkmer BG, Versorgung der erektilen Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie in Deutschland, in: Der Urologe-A, Ausg. 45 (3), 2004, S. 336ff.

¹⁸⁴ Derouet H, Osterhage J, Sittinger H, Erektile Funktionsstörungen - Epidemiologie, Physiologie, Aetiologie, Diagnostik und Therapie, in: Der Urologe-A, Ausg. 43 (2), 2004, S.197-209.
Truss MC, Becker AJ, Schultheiss D, Machtens S, Jonas U, Stief CG, Medical treatment of erectile dysfunction. Current status and prospects.[Medikamentöse] Therapie der erektilen Dysfunktion - Gegenwärtiger Stand und Ausblick, in: Reproduktionsmedizin - Fortführung von Fertilität, Ausg. 15 (3), 1999, S. 212-219.

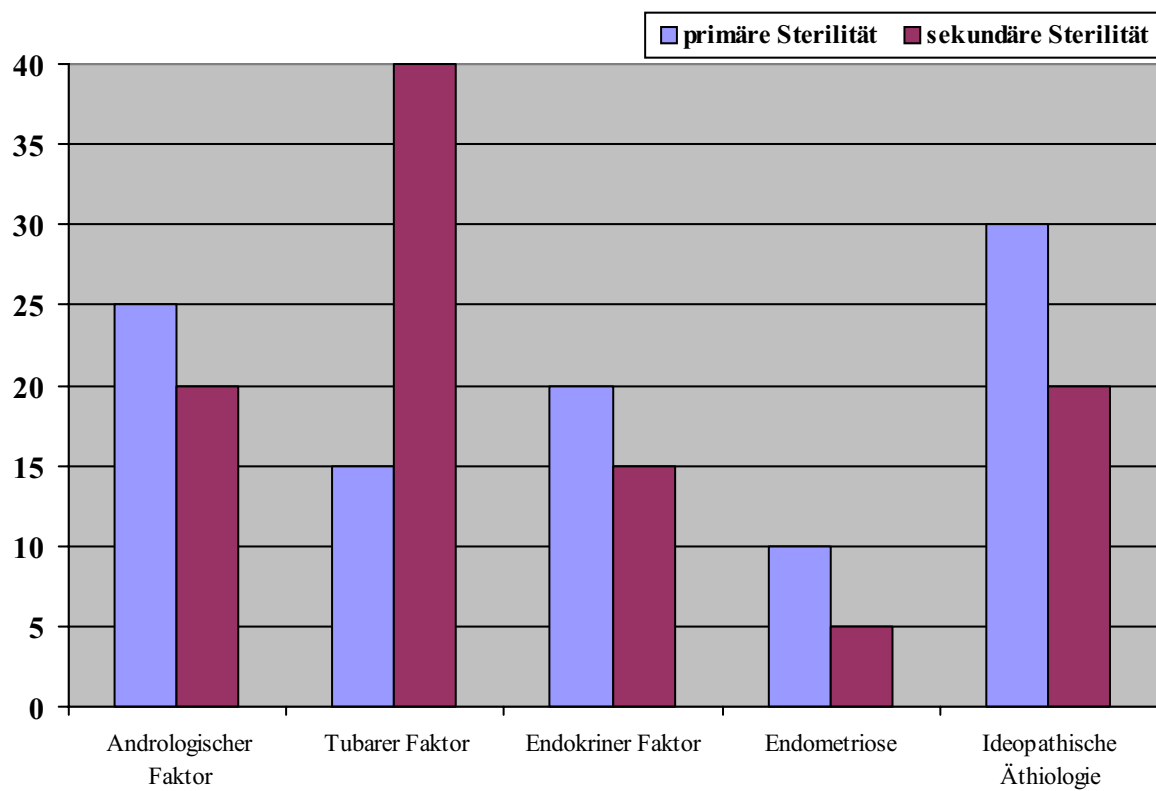
Von den isolierten erektilen Dysfunktionen des Mannes ist im Besonderen die Fortpflanzungsfähigkeit abzugrenzen. Bei diesem Krankheitsbild, der so genannten Infertilität, ist der Patient sehr wohl noch in der Lage den Coitus in befriedigender Weise zu vollführen. Die Problematik hierbei liegt in der Tatsache, dass er es aufgrund vielerlei möglicher Ursachen nicht vermag, dem Kinderwunsch im Sinne der Fortpflanzung nachzukommen. Hiermit beschäftigt sich der Teilbereich der Reproduktionsmedizin. Im wesentlichen Fokus steht hier die dysfunktionale Samenproduktion des Mannes. Selbst bei einer gänzlich fehlenden Samenproduktion besteht für den Urologen in Einzelfällen die Option, mittels Microsurgical epididymal sperm aspiration (MESA)¹⁸⁵ oder der testicular sperm aspiration (TESE), operativ Spermien aus dem Hodenparenchym zu evakuieren, um diese im Folgenden in die Eizelle der Frau zu impfen. Besonders für diese Verfahren ist die andrologische Vorarbeit essenziell. Auch dieser Therapieansatz wird in der Urologischen Universitätsklinik in Düsseldorf verfolgt. Darüber hinaus vermag man hier die Samenwege bereits sterilisierter Männer in vielen Fällen wieder zurück zu verlegen und somit erneut eine Zeugungsfähigkeit herzustellen. Zu diesem Zwecke arbeitet die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf eng mit anderen Fachdisziplinen des Hauses unter dem Projektnamen „UniKid“ (Universitäres, interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf) zusammen.

Zu den Fächern, welche an der Behandlung ungewollt kinderloser Paare beteiligt sind, zählen außerdem noch die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, die Andrologie, sowie die Psychosomatik und die Humangenetik. Als wichtiges Merkmal von UniKid ist die Personalausstattung der Ambulanz anzuführen, welche stets zehn Ärzte der unterschiedlichen Disziplinen, einen Biologen als Laborleiter sowie weitere Mitarbeiterinnen zur Verfügung hat. Dieses Projekt bietet nach eigenen Angaben *„alle sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten des unerfüllten Kinderwunsches, die in Deutschland erlaubt sind“* an.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Sperling H, Operative sperm retrieval - the urological aspects. Operative Spermientnahme aus urologischer Sicht, in: Der Urologe-A, Ausg. 38 (6), 1999, S. 563-568.

¹⁸⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Frauenklinik/UNIKID/index_2.html (Stand (04/2006).

Verteilung der spezifischen Ursachen der Sterilität:¹⁸⁷



¹⁸⁷ Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung, Themenheft 20, Abb. 2, 2007.

Betrachtet man die Verteilung möglicher spezifischer Ursachen für eine ungewollte Kinderlosigkeit, so wird ersichtlich, dass Erkrankungen aus dem urologischen Formenkreis eine durchaus bedeutende Rolle einnehmen.

Stellt man diese andrologischen Faktoren sowie die endokrinen Faktoren, welche gleichwohl auch den Mann betreffen können, den rein gynäkologischen Ursachen wie tubare Sterilität und Endometriose gegenüber und betrachtet man ebenfalls in Rechnung, dass unter der Position ideopathische Äthiologie durchaus auch Somatisierungsstörungen im Kontext der erektilen Dysfunktion mit einhergehen - die durch die Einführung selektiver PDE5-Inhibitoren nachhaltig verbessert werden konnten - so nimmt das Fach der Urologie einen erheblichen Stellenwert bei der Therapie der Patienten ein, die ihren Kinderwunsch bis dato noch nicht realisieren



Abb.18: Hier finden alle für die künstliche Befruchtung erforderlichen Labormaßnahmen statt: Aufbereitung des Spermas, Insemination der Eizellen bei der in-vitro Fertilisation, die Eizell- und Embryokultur, die intrazytoplasmatische Spermiuminjektion und das Einfrieren und Auftauen der Vorkernstadien.

Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Frauenklinik/UNIKID/Bilder%20aus%20dem%20UniKiD/IVF-Labor/index_3.html

(Stand 04/2006).

Im Folgenden reihen sich tabellarische Übersichten an, die die Entwicklung der einzelnen Therapien bei erektiler Dysfunktion aufzeigen:

Entwicklung der Penisprothesen¹⁸⁸		
Jahr	entwickelt von	Penisprothese
1950	Scardino	Semirigide, Acryl
1951	Goodwin u. Scott	Semirigide, Acryl
1967	Pearman	Semirigide, Silastic
1973	Small-Carrion	Semirigide, Silikon
1973	Jonas	Silikon-Silberdraht-gestützt
1983	Scott	Aufblasbare, hydraulische Prothese
1985	Firmenentwicklung	Semiflexible hydraulische Prothese

Entwicklung der Vakuumtherapie¹⁸⁹		
Jahr	entwickelt von	Vakuumtherapie
1874	John Kling	Kleine „exhausting pump“ zur Durchblutungsverbesserung der penilen Gefäße
1917	Otto Ledere	US-Patent für eine Vakuumpumpe
1960	Deddings D. Osbon	Vakuumpumpe zum Eigengebrauch
1982	Deddings D. Osbon	FDA-Zulassung
1986	Perry Nadig	Erste wissenschaftliche Publikation
1989	Roy Witherington	Erste Publikation einer Studie zur Patientenzufriedenheit

¹⁸⁸ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 301.

¹⁸⁹ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 301.

<i>Entwicklung von vasoaktiven Pharmaka¹⁹⁰</i>			
<i>Jahr</i>	<i>entwickelt von</i>	<i>Zeitschrift</i>	<i>Vasoaktives Pharmakon</i>
1884	Merck	Lieb Ann Phys	Papaverin
1921	Pal	Berl Klin Wochenschr.	Papaverin
1932	Fleischer	MMW	Papaverin, Yohimbin
1982	Virag	Lancet	Papaverin
1983	Brindley	Br J Psychiatr	Phenoxybenzamin
1985	Zorgniotti	J Urol	Papaverin, Phentolamin
1986	Ishii	2nd World Meeting on Impotence	Prostaglandin E1
1990	Goldstein	J Urol	Papaverin, Phentolamin PGE 1
1998	Pfizer	Drug and therapeutics Bulletin Vol.36 ¹⁹¹	Sildenafil (Viagra)
2003	Lilly	Deutsches Ärzteblatt ¹⁹²	Tadalafil (Cialis)

¹⁹⁰ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S. 302.

¹⁹¹ Sildenafil for erectile dysfunction, in: Drug and therapeutics bulletin, Aug. 36, London 1998, S. 81ff.

¹⁹² Erektile Dysfunktion: Tadalafil erweitert die Substanzpalette, in: Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 20 vom 16.5.2003, Seite A-1381.

3.4.8 Entwicklungen in der Anästhesiologie:

Auch die Errungenschaften der Anästhesiologie und der operativen Intensivmedizin haben maßgeblich zur Realisation Urologischer Operationsansätze beigetragen.

Die Fortschritte in diagnostischen und therapeutischen Ansätzen in der Urologie wären ohne diese in dieser Form nie möglich gewesen. Die Relevanz der sich stetig weiterentwickelnden Narkosemöglichkeiten - auch für die Urologie - liegt auf der Hand:

Gerade im Zusammenhang mit diesem schneidenden Fach spielten, neben der klassischen Intubationsnarkose, schon früh geringer invasive Optionen eine Rolle. Im Besonderen sind hier die Lokalanästhesie sowie die Periduralanästhesie zu nennen, welche - gerade in der, sich entwickelnden, Endoskopie - eine immer bedeutendere Position einnahmen.¹⁹³

Im Jahre 1950 setzte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie eine "Narkosekommission", bestehend aus zwei Chirurgen, Professor Derra und Professor Bauer, sowie zwei Pharmakologen Professor Weese und Professor Lendle mit dem Auftrag ein, ein Ausbildungsvorhaben zu entwickeln, um kurzfristig Narkosefachärzte verfügbar zu machen. In den darauf folgenden Jahren wurden 1952 die "Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Anästhesie" und 1953 die "Deutsche Gesellschaft für Anästhesie" gegründet.

Die Düsseldorfer Anästhesie hatte sich bereits in ihren Anfangsjahren einen besonderen Ruf erworben. An der damaligen Chirurgischen Klinik wurde von Professor Zindler die Oberflächenhypothermie für Herzoperationen mit



Abb.19: Professor Dr. Ernst Derra am 9.2.1955.
Quelle: Tarnow J, Spektrum des Querschnittsfaches Anästhesiologie in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre, in: Jahrbuch der Universität Düsseldorf, Düsseldorf 2002, S. 131ff.

¹⁹³ Milles D, Die Geschichte der Anästhesie, Düsseldorf 1999, S. 13ff.

Kreislaufunterbrechung eingeführt und am 9. Februar 1955 wurde von Professor Derra der erste Eingriff mit diesem Hilfsmittel auf dem europäischen Kontinent gewagt.¹⁹⁴

Mit der Inbetriebnahme des Neubaus der Chirurgischen Klinik, der Verselbstständigung der Neurochirurgischen und Urologischen Klinik sowie der späteren Untergliederung der Chirurgischen Klinik in Herzchirurgie, Allgemeine und Unfallchirurgie, Kinderchirurgie sowie Gefäßchirurgie und Nierentransplantation erweiterte sich das Aufgabenspektrum des Instituts für Anästhesiologie erheblich und erforderte eine kontinuierliche Aufstockung des Personalbestandes sowie eine zunehmende Spezialisierung der wissenschaftlichen Mitarbeiter. Professor Zindler trug dieser Entwicklung unter Anderem dadurch Rechnung, dass er an zwei Tagen der Woche strukturierte Fortbildungsveranstaltungen einrichtete und regelmäßig Symposien sowie Kongresse auch für die überregionale Weiterbildung von Anästhesisten veranstaltete. Darüber hinaus erkannte er früh die Notwendigkeit, auch Anästhesie-Pflegepersonal regelmäßig zu schulen. Er gründete 1970 eine Weiterbildungsstätte für die Fachkrankenpflege "Anästhesie und Intensivmedizin", die eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung nach den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft anbot und neun überregionale Pflegekongresse organisierte.¹⁹⁵ Mit der Inbetriebnahme des Neubaus der Chirurgischen Klinik im Jahre 1958 nahm auch die Intensivmedizin in Düsseldorf ihren Anfang.

3.5 Wandel des Aufgabenspektrums der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf:

In den vergangenen fünf Jahrzehnten war das Aufgabenspektrum der Urologischen Universitätsklinik einem stetigen Wandel unterworfen. Die Hauptursache hierfür liegt in den Veränderungen der Inzidenzen und Prävalenzen der relevanten Krankheitsbilder. Beim Harnsteinleiden haben epidemiologische Erhebungen ergeben, dass die Zahl erkrankter Patienten progredient ist. Bereits nach dem Zweiten Weltkrieg wurde parallel zum wirtschaftlichen Aufschwung eine Zunahme der Urolithiasis mit Prävalenzdaten von zwei bis zwanzig Prozent festgestellt. Für

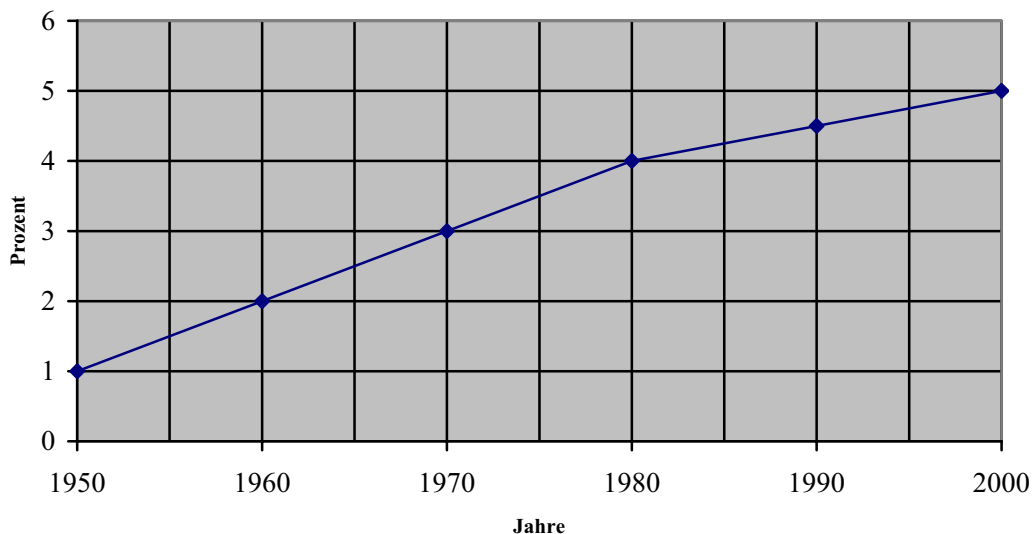
¹⁹⁴ Tarnow J, Spektrum des Querschnittsfaches Anästhesiologie in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre, in: Jahrbuch der Universität Düsseldorf, Düsseldorf 2002, S. 131 ff.

¹⁹⁵ Tarnow J, Spektrum des Querschnittsfaches Anästhesiologie in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre, in: Jahrbuch der Universität Düsseldorf, Düsseldorf 2002, S. 131 ff.

die Bundesrepublik Deutschland ermittelte man 1979 in einer repräsentativen Studie mit Infas Bonn, eine Prävalenz der Urolithiasis von 4,0 Prozent und eine Inzidenz von 0,54 Prozent.¹⁹⁶

In einer weiteren Untersuchung für das wiedervereinigte Deutschland im Jahr 2000 wurde ein Anstieg der Prävalenz auf fünf Prozent, also eine Steigerung um 25 Prozent innerhalb von circa 20 Jahren, festgestellt. Bei den Männern in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen hatten 9,7 Prozent Harnsteine, bei den Frauen waren es 5,9 Prozent. Die Inzidenz beträgt nach dieser Erhebung für das Jahr 2000 1,47 Prozent und liegt damit erheblich über den Daten von 1979. Die aktuellen epidemiologischen Daten rechtfertigen die Einordnung des Harnsteinleidens unter die großen Volkskrankheiten. Bei nahezu 70 Prozent der Harnsteinpatienten ist für die Akutversorgung von Koliken und die Steinentfernung eine stationäre Behandlung erforderlich.¹⁹⁷

Veränderung der Prävalenz der Urolithiasis in Deutschland seit 1950



Quelle: Müller SC, Hofmann R, Köhrmann KU, Hesse A, Epidemiologie, instrumentelle Therapie und Metaphylaxe des Harnsteinleidens, aus: Deutsches Ärzteblatt 101, Ausg. 19 vom 07.05.2004, Seite A-1331 / B-1101 / C-1065.

¹⁹⁶ Hesse A, Brändle E, Wilbert D, Köhrmann KU, Alken P, Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000 in Eur. Urol. 2003, Ausg. 44, S. 709–713.
Schumann HJ, Die Häufigkeit der Urolithiasis im Sektionsgut des Pathologischen Instituts St. Georg, 1963 Leipzig, S. 88–94.
¹⁹⁷ Berg W, Schanz H, Eisenwinter B, Schorch P, Häufigkeitsverteilung und Trendentwicklung von Harnsteinsubstanzen, Auswertung von 210.000 Harnsteinanalysedaten. aus: Urologe Ausg.: 31, 1992, S. 98–102.

Die Urologische Klinik in Düsseldorf gehörte zu den ersten Kliniken in Nordrhein-Westfalen, die einen modernen Nierenlithotripter zur Durchführung der berührungsfreien Steinzerstörung einsetzen konnte. Steine, die auf diese Weise nicht oder nicht vollständig zerstört werden können, werden mittels modernster Endoskope im Harnleiter oder im Hohlraum der Niere erreicht und durch gewebeschonende Techniken wie Ultraschall und elektrohydraulische oder mechanische Verfahren zerlegt. Verbleibende Steinpartikel werden entweder spontan ausgeschieden oder mit Hilfe von Miniatur-Drahtkörbchen endoskopisch entfernt. Durch die Anwendung dieser Verfahren wird den Patienten eine offene Operation erspart.¹⁹⁸

Bei Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane richtet die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf ein weiteres Hauptaugenmerk auf urologische Tumorerkrankungen und die Behandlung von Störungen der Zeugungsfähigkeit - respektive erektile Dysfunktionen - beim Mann.

Im engen kausalen Zusammenhang hiermit ist die Zubildung der Prostata zu sehen, welche neben frühzeitiger Diagnostik auch eine suffiziente Therapie verlangt. Trotz annähernd gleich bleibenden Letalitätszahlen - bei früher Manifestation - ist die Inzidenz auf das mittlere Lebensalter der Patienten bezogen deutlich ansteigend. Eine mögliche Gefahr einer invasiven Therapie der Prostatahyperplasie ist die iatrogene erektile Dysfunktion.¹⁹⁹

Zur effektiven Behandlung des Prostatakrebses im Frühstadium werden neben der operativen Entfernung der Prostata (Prostatektomie) - in enger Zusammenarbeit mit den Radiotherapeuten des Klinikums - auch neuere Formen der Strahlenbehandlung wie Radiotherapie und Brachytherapie angewandt.²⁰⁰

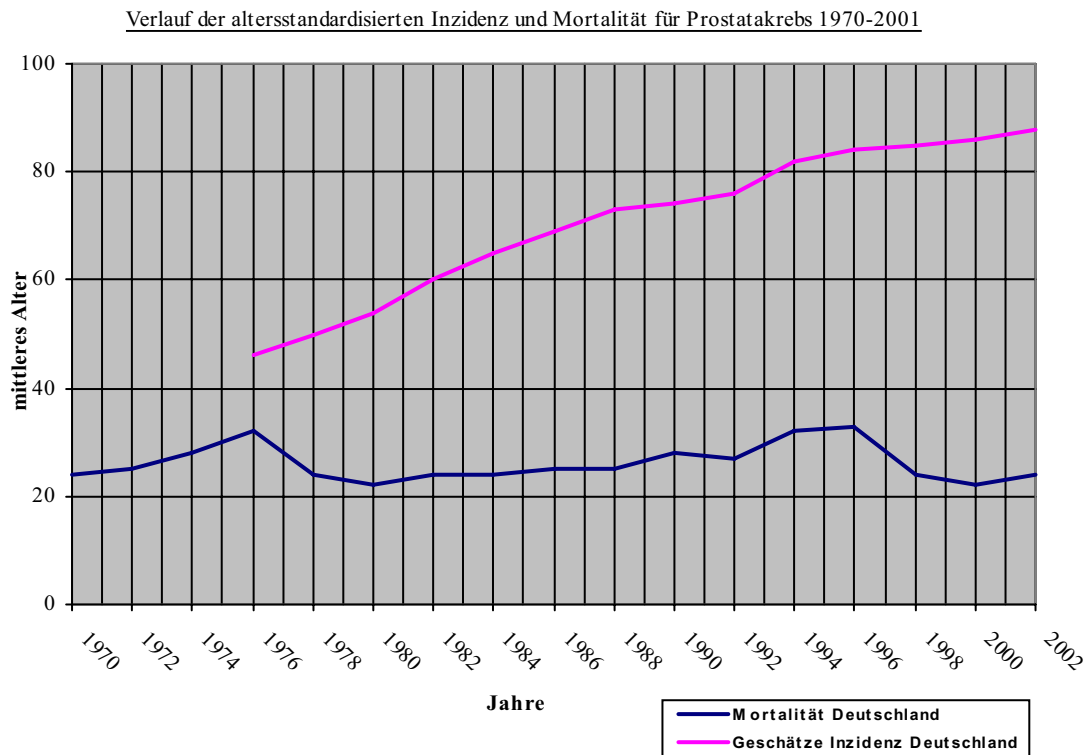
Ebenso gehört die Therapie sämtlicher weiterer Tumorarten, wie die der Niere und Nebenniere, der Harnleiter, der Blase sowie der Hoden zum Aufgabengebiet der Urologischen Klinik. Dabei kann die operative Entfernung der tumorös entarteten Organe, eine unterstützende Chemotherapie oder eine Immuntherapie durchgeführt werden. Die Urologische Universitätsklinik verfügt über das gesamte wissenschaftlich fundierte, diagnostische und therapeutische Spektrum zur Behandlung von Erkrankungen des Urogenitaltraktes. Für Patienten mit Tumoren

¹⁹⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

¹⁹⁹ Statistisches Bundesamt, Themenheft der Gesundheitsberichterstattung, Heft 36/2007, S. 3-8.

²⁰⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

des Urogenitaltraktes bietet die Urologische Klinik mehrere Spezialsprechstunden an. Um dem rasch zunehmenden Wissensstand Rechnung zu tragen, werden diese Spezialsprechstunden von Fachärzten geleitet, die sich schwerpunktmäßig mit einzelnen Tumoren, beispielsweise der Prostata oder der Blase beschäftigen. Diese Fachärzte übernehmen überwiegend auch die medizinische Betreuung der Patienten während eines stationären Aufenthaltes.²⁰¹



Bei Tumorerkrankungen der Harnblase, die deren vollständige Entfernung erforderlich machen, kann die Lebensqualität der Patienten durch kontinente Formen des Blasenersatzes weitgehend erhalten werden.²⁰²

Für die Eltern von urologisch erkrankten Kindern gibt es in der Urologischen Klinik eine wöchentliche Sprechstunde. Sollte das Kind stationär behandelt werden müssen, besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson in den Zimmern der neu errichteten Kinderklinik mit aufzunehmen. Die urologische Betreuung in der Kinderklinik wird durch regelmäßige konsiliarische Visiten des für die Kinderurologie zuständigen Oberarztes gewährleistet. Eine pädiatrische Intensivstation und die Präsenz anderer kinderärztlicher Disziplinen wie

²⁰¹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²⁰² ebd.

Kinderkardiologen, Neuropädiater und pädiatrische Stoffwechselspezialisten ermöglichen alle notwendigen urologischen Eingriffe auch bei Neugeborenen oder Risikokindern.²⁰³

Auch für Patienten mit Erektions- und Fertilitätsstörungen bietet die Klinik eine Spezialsprechstunde an. Ungewollt kinderlosen Ehepaaren wird gemeinsam mit der Abteilung für Dermatologie eine andrologische Sprechstunde (Männerheilkunde) offeriert. Sie soll dem Ehepaar zur Vorbereitung auf eine künstliche Befruchtung dienen, welche in der Frauenklinik erfolgt. Sterilisierte Männer haben die Möglichkeit einer mikrochirurgischen Rekonstruktion der Samenwege, um die Zeugungsfähigkeit zurückzuerlangen.²⁰⁴

Für die Versorgung ambulanter und stationärer Patienten stehen mehrere Räume mit modernsten Geräten zur Verfügung. Kleinere Eingriffe wie beispielsweise ultraschallgesteuerte diagnostische Gewebeentnahmen, endoskopische Maßnahmen, Röntgenuntersuchungen oder Chemotherapien können so häufig ambulant durchgeführt werden. Für die Untersuchung der weiblichen Harninkontinenz steht eine hochmoderne digitale Video-Urodynamik-Einheit zur Verfügung.²⁰⁵

3.6 Forschungsschwerpunkte und wissenschaftliche Veröffentlichungen:

Gilt die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf heute als feste Größe in der nationalen und internationalen klinischen sowie experimentellen Forschung, so waren ihre Beiträge hierzu in den ersten Jahren nach ihrer Gründung noch deutlich überschaubarer. Sicherlich begründet in der zunächst notwendigen Etablierung des Hauses und Schaffung eines klinischen Alltages, kam dem Forschungsvorhaben unter Professor Dettmar eine eher untergeordnete Rolle zu.²⁰⁶ Eine seiner Veröffentlichungen erschien unter dem Titel „Unspezifische Entzündungen“ im

²⁰³ ebd.

²⁰⁴ ebd.

²⁰⁵ ebd.

²⁰⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Jahre 1964.²⁰⁷ Dettmar selbst hatte im Kollegenkreis den Ruf eines exzellenten Operateurs und Praktikers.²⁰⁸

Die heutige Urologische Universitätsklinik Düsseldorf unter Professor Ackermann zeichnet sich durch exzellente Kontakte zu renommierten Wissenschaftlern und internationalen Krebszentren aus, welche auch in komplizierten Fällen durch einen aktuellen wissenschaftlichen Austausch die Einleitung einer optimalen individuellen Therapie gewährleisten. Anzuführen sind hier vor allem Kooperationen mit Professor Dr. Michael Stöckle von der Urologischen Klinik der Universität des Saarlandes (Homburg/Saar), Professor Dr. Markus Hohenfellner von der Urologischen Universitätsklinik der Ruprecht Karls Universität Heidelberg und Professor Dr. Dr. Manfred Wirth, Chefarzt der Urologischen Universitätsklinik der Carl Gustav Carus Universität in Dresden. Zu den weitreichenden internationalen Kontakten zählen Zusammenarbeiten mit Kliniken und Instituten in Großbritannien, Australien und Japan. Gastwissenschaftler vom „National Defense Medical College“ (Saitama / Japan), zu dem ein ausgesprochen enger Kontakt gepflegt wird, befanden sich im Jahre 2006 zu Forschungsaufenthalten an der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.²⁰⁹

Ein wesentlicher Forschungsschwerpunkt in Düsseldorf ist die Untersuchung der Entstehung von Tumorerkrankungen des Urogenitaltraktes, sowie die Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Methoden.²¹⁰ Dazu wird ein molekularbiologisches Labor für die Grundlagenforschung unter der Leitung Herrn Professor Schulz und eine Studienzentrale für die Durchführung klinischer Forschung unterhalten. Diese bietet Studien bei Nieren-, Blasen-, Prostata- und Hodenkrebs an.²¹¹

Im wissenschaftlichen Labor der Klinik untersuchen Herr Professor Schulz - Diplom-Biochemiker - und seine Mitarbeiter, sowie wissenschaftlich interessierte Ärzte, genetische Veränderungen, die für die Entstehung sowie das Fortschreiten von Tumorerkrankungen (Metastasierung) von Bedeutung sind. Hierfür steht ein breites Spektrum modernster zell- und molekularbiologischer Techniken zur

²⁰⁷ Dettmar H, Niederhäusern, von W Bickel, Georges, Unspezifische Entzündungen, Berlin 1964.

²⁰⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

²⁰⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²¹⁰ ebd.

²¹¹ ebd.

Verfügung. Insbesondere werden Veränderungen zellulärer Signalwege sowie der DNA-Methylierung untersucht. In Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Grundlagenforschern sollen grundlegende Erkenntnisse über molekulare Veränderungen genutzt werden, um Diagnostik und Therapie von Tumoren des Urogenitaltraktes im klinischen Alltag zu verbessern.²¹²

Trotz der durch Professor Ackermann weiter ausgebauten Forschungsansätze, gab es seit dessen Anfängen an der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf, nur zwei weitere bewilligte Stellen für wissenschaftliche Assistenten.²¹³

Zu den aktuell durchgeführten Studien zum Thema immunologischer und molekulargenetisch basierte Untersuchungen im Bereich der urologischen Onkologie zählen unter anderem:²¹⁴

Bedeutung von p53 beim hormonrefraktären Prostatakarzinom (Burchardt, Cronauer), Mechanismen der chromosomalen Instabilität bei urologischen Malignomen (Florl, Schulz, Seifert), Rolle der Metastasen-Suppressor-Gene CD9 und KAI-1 beim urothelialen Harnblasenkarzinom (Grimm), Langzeitergebnisse der transurethralen Blasentumor-Nachresektion (Grimm, Vögeli), Untersuchungen zur lokalen und systemischen Progression urothelialer Harnblasenkarzinome unter Verwendung von cDNA-Arrays (Grimm, Vögeli), klinisch prognostische Faktoren beim Prostatakarzinom (Müller), Evaluation des Weiterempfehlungsverhaltens von Patienten, interne Qualitätssicherung (Müller), Korrelation zwischen Stein- und Schmerzfreiheit nach ESWL (Müller), Ganzkörper-Positronen-Emissionstomographie (PET) zur Erfassung von Metastasen bei Keimzelltumoren des Hodens und Prostatakarzinomen sowie Monitoring bei Chemotherapie: Vergleich verschiedener Tracer (Müller-Mattheis), DNA-Methylierung in urologischen Tumoren (Schulz), Proliferationssignale in Urothelzellen und Urotheltumoren (Seifert, Schulz), Klinische Erprobung von Ultraschallithotropsie-Sonden (Vögeli), Expressionsmuster oberflächlicher und invasiver Blasentumoren mit DNA-Chip-Technik (Vögeli, Bojar, Grimm) und Entwicklung geeigneter Vektor- und Transfektionssysteme für die Gentherapie; ein Verbundantrag von Neurochirurgie, Urologie und Gynäkologie (Vögeli, Dall).

²¹²ebd.

²¹³ebd.

²¹⁴ebd.

Durch ihre Teilnahme an klinischen Studien kann die Urologische Klinik Patienten neue Therapieformen und Medikamente in der Behandlung von Krebserkrankungen anbieten, die sich bisher in Erprobung befinden und daher nicht allgemein zur Verfügung stehen. Die Studien erfüllen den Standard der „Guten Klinischen Praxis“ (GCP – Good Clinical Practice). Da alle Studienprotokolle durch nationale oder internationale Gremien begutachtet werden, ist eine Behandlung auf dem aktuellsten verfügbaren Niveau gewährleistet.²¹⁵ Unter Professor Ackermann erfolgten acht Habilitationen innerhalb der Urologischen Klinik.²¹⁶

(Publikationen der letzten Jahre siehe Anhang)

3.7 Akademische Lehre und deren Wandel:

Die akademische Lehre an der medizinischen Fakultät der heutigen Heinrich Heine Universität in Düsseldorf war in den letzten vier Dekaden einem stetigen Wandel und Fortschritt unterworfen, welcher nicht zuletzt in der Loslösung des Faches Urologie aus der allgemeinen Chirurgie, Dermatologie und Venerologie begründet ist. Es ist deutlich zu konstatieren, dass sich der wissenschaftliche Werdegang und die zunehmende Eigenständigkeit der Urologie auch in den Schwerpunkten der Wissensvermittlung an die Studierenden widerspiegeln:

Zunächst hielt Derra noch die Hauptvorlesung im Rahmen der Ausbildung der Düsseldorfer Medizinstudenten. Diese behandelte im Wesentlichen die Klinik der Allgemeinchirurgie.²¹⁷ Auf seine Hauptvorlesung legte Derra stets besonderen Wert, und ließ im Rahmen dieser auch regelmäßig vorbereitete und themenorientierte Patientenvorstellungen einfließen.

Erst in den Folgejahren erfolgte - nach Einsetzen Dettmars - eine urologiespezifische Lehre: Im Wintersemester der Jahre 1969/1970 fanden zunächst nur drei urologische Schwerpunktveranstaltungen des Faches im Curriculum der Fakultät ihren Platz, nämlich die klinische Visite (einmal wöchentlich), das urologische Praktikum (ebenfalls einmal wöchentlich) und die

²¹⁵ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²¹⁶ Gespräch mit Herrn Dr. Volker Müller Mattheis (Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf) vom 7. Mai 2007.

²¹⁷ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Vorlesung der speziellen Urologie,²¹⁸ in Abgrenzung zur allgemeinen Chirurgie. Im Sommersemester des Jahres 1972 ergänzte Dettmar diese um die Vorlesung „Klinik der Chirurgie“ in Kooperation mit anderen chirurgisch tätigen Fächern.²¹⁹

Ab dem Wintersemester 1970/71 wurde dann auch erstmalig die klinische Hauptvorlesung der Urologie gehalten.²²⁰ Darüber hinaus etablierte Dettmar im Wintersemester 1972/73 die bildgebende Diagnostik im Rahmen der Urologie innerhalb der Lehre. Die Veranstaltung mit dem Titel „Urologie im Röntgenbild“ fand ebenfalls vierzehntägig statt und wurde laut Vorlesungsverzeichnis von Herrmann Dettmar persönlich geleitet.²²¹

Da Dettmar um eine weitergehende Etablierung seines Faches im Rahmen der akademischen Lehre bemüht war, bot er auch freiwillige Seminare für interessierte Studierende an. Im Sommersemester 1973 handelte es sich hierbei um „Differenzialdiagnosen urologischer Erkrankungen“.²²²

Eine weitere optional angebotene Veranstaltung war die erstmalig im Sommersemester 1975 stattfindende „Einführung in urologische Untersuchungstechniken“, welche ebenfalls neben anderen Dozenten durch Professor Dettmar geleitet wurde.²²³

Im Sommersemester 1978 wurde das Praktikum der Urologie zum ersten Mal in Zusammenarbeit mit der Chirurgie durchgeführt, trotzdem blieb Dettmar maßgeblich an diesem beteiligt.²²⁴

Als weitere freiwillige Veranstaltung initiierte ehemaliger Mitarbeiter Dettmars innerhalb des Städtischen Klinikums in Krefeld, Herr Dr. Asbach, im Wintersemester 1980/81 die Vorlesung „Fehlbildungen des Urogenitaltraktes und ihre klinische Relevanz“. Im Neusser Lukas-Krankenhaus unterrichtete Boeminghaus zum Thema „Urologische Erkrankungen im Kindesalter“.²²⁵ Im darauf folgenden Wintersemester organisierte Asbach das Seminar „Ausgewählte

²¹⁸ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 69/70; S. 65.

²¹⁹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1972; S. 94.

²²⁰ Vorlesungsverzeichnisse / Jahrbücher der medizinischen Akademie / Heinrich Heine Universität Düsseldorf.

²²¹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 72/73; S. 130.

²²² Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1973; S. 144.

²²³ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1975; S. 214.

²²⁴ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1978; S. 250.

²²⁵ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 80/81; S. 258.

Kapitel aus der Urologie“ im Städtischen Klinikum Krefeld, in das er mittlerweile gewechselt hatte.²²⁶

Als weitere namhafte Gastdozenten - neben Herrn Dr. Asbach - gilt es sicherlich, die beiden Nobelpreisträger Herrn Professor Gerhard Domagk (1895-1964), dessen Entdeckungen der Sulfonamide als wirksame Behandlung bakterieller Infektionen des Urogenitaltraktes, und Herrn Professor Werner Forssmann (1904-1979), der für die Herzkatheterisierung unter pathologischen Kreislaufverhältnissen ausgezeichnet wurde, anzuführen. Beide waren immer mal wieder als Gastprofessoren der urologischen Universitätsklinik Düsseldorf tätig und lasen zu verschiedenen Themen dieser Fachdisziplin.²²⁷

Im Wintersemester der Jahre 1982/83 hielt erstmals die Bildgebung mittels Sonographie Einzug in die Ausbildung Studierender. Zu diesem Zwecke wurde die bis dato schon seit Jahren bestehende Veranstaltung „Urologie im Röntgenbild“ in „Urologie im Röntgen- und Ultraschallbild“ umbenannt²²⁸ und der Wissensinhalt dieser nicht Strahlen belastenden und schnell durchführbaren Untersuchungstechnik mit eingeführt.

Im Jahr darauf zog sich Dettmar vollends aus der Lehre der medizinischen Fakultät Düsseldorfs zurück²²⁹ und gab diese schlussendlich im Sommersemester des Jahres 1984 in die Hände seines Nachfolgers, Herrn Professor Ackermann. Dieser behielt die bevorstehenden Veranstaltungen zur Gänze bei. Darüber hinaus rief er die Praxisorientierung, wie das dreimal wöchentliche verpflichtende „Urologische Operationen“- Praktikum, ins Leben.²³⁰

Des Weiteren schuf Professor Ackermann im Wintersemester 1985/86 die optionale Veranstaltung „Urologische Onkologie“, welche einmal mehr deutlich macht, wie nun auch die Urologie im Rahmen von Krebserkrankungen eine stetig wachsende Rolle einzunehmen begann.²³¹

²²⁶ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 81/82; S. 290.

²²⁷ Urologische Nachrichten 09/2001; S.20f.

²²⁸ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 82/83 ; S. 294.

²²⁹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²³⁰ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 83/84; S. 298.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²³¹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1984; S. 300f.

ebd.

²³¹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 85/86; S.297.

ebd.

Im Sommer 1986 folgte das Seminar „Urologie - Klinische und praxisbezogene Aspekte bezüglich Diagnose und Therapie“, welches einmal wöchentlich in der Bibliothek des Hauses stattfand.²³² Das Kolloquium „Pathogenese, Diagnostik und Therapie des Harnsteinleidens“, welches im Wintersemester 1986/87 erstmalig stattfand, macht die zunehmende Bedeutung dieser Erkrankung im Curriculum der Urologie deutlich.²³³ Diese Veranstaltung währte allerdings nur ein Jahr und wurde in der Folgezeit in die „Hauptvorlesung der Urologie“ integriert. Erst im Sommersemester 1989 trat sie erneut isoliert in Erscheinung und blieb zunächst in dieser Form erhalten.²³⁴

Im Sommer 1990 fand das optionale Seminar „Urologie in Praxis und Tagesklinik“ Eingang in den Lehrplan der Düsseldorfer Urologie, welches durch den dortigen Chefarzt, Herrn Dr. Asbach geleitet und nach Vereinbarung einmal wöchentlich in der Urologischen Tagesklinik in Remscheid durchgeführt wurde.²³⁵ Hierbei handelte es sich um einen ehemaligen Mitarbeiter Professor Ackermanns, der die Lehre des Hauses in enger Absprache mit der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf zusätzlich für Studenten der Heinrich-Heine-Universität anbot. Dr. Asbach hielt im Vorfeld dessen auch unter Herrn Professor Dettmar einige Veranstaltungen.²³⁶

Durch den stetig zunehmenden Stellenwert der Bildgebung mittels Sonographie wurde im Wintersemester 1990/91 neben der unterdessen etablierten Lehrveranstaltung „Urologie im Röntgen- und Ultraschallbild“, die freiwillige Zusatzoption „Sonographiekurs der Urogenitalorgane“²³⁷ durch Professor Ackermann und dessen Mitarbeiter angeboten. Dieser vierzehntägige Praxiskurs legte seinen Schwerpunkt vornehmlich auf das Erlernen der zur Sonographie notwendigen Fertigkeiten. Besonders auf die Ausbildung der Doktoranden des eigenen Hauses abzielend, bot die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf ab

²³² Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1986; S.314.
ebd.

²³³ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 86/87; S.312.
ebd.

²³⁴ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1989; S.326.
ebd.

²³⁵ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1990; S.332.

²³⁶ ebd.

²³⁷ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 90/91; S.340.
ebd.

dem Wintersemester 1991/92 das Seminar „Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten“²³⁸ an.

Im darauf folgenden Wintersemester schloss sich die Schwerpunktlehrveranstaltung „Pädiatrische Urologie“²³⁹ sowie die „Klinische Visite für Examenssemester“²⁴⁰ an. Darüber hinaus wurden die Vorlesungen, welche die urologische Bildgebung betrafen, in die „Bildgebende Diagnostik der Urologie“²⁴¹ subsummiert.

Im Sommer des Jahres 1993 begründete Ackermann und dessen Mitarbeiter die neue Veranstaltung „Urologische Tumore: Grundlagen, Diagnostik und Therapie“, welche neben der Option „Urologische Onkologie“²⁴² angeboten wurde. Auch dies zeigt den zunehmenden Stellenwert dieses Teilbereichs auf.

Des Weiteren bot man in Kooperation mit dem Heiligen Geist Krankenhaus in Kempen „Moderne Verfahren der Prostatabehandlung“²⁴³ an, was auf freiwilliger Basis stattfand. „Immuntherapie in der urologischen Onkologie“²⁴⁴ wurde erstmalig im Sommersemester 1995 eingeführt und stand im engen inhaltlichen Kontext zu den weiteren onkologisch relevanten Themen. Als einmal im Monat stattfindendes Kolloquium initiierte Professor Ackermann „Tumorstabilisierung und Gentherapie“²⁴⁵ erstmalig im Wintersemester 1997/98.

In der Folgezeit wurden durch Ackermann auch zunehmend krankheitsbezogene Themen in den Lehrplan integriert. So zum Beispiel „Urolithiasis – Behandlung und Diagnostik“²⁴⁶; erstmalig im Winter der Jahre 1998/99, sowie des Weiteren „Aktuelle Diagnostik und Therapie des Urothelkarzinoms“²⁴⁷. Zu dieser Zeit begann man ebenfalls damit, die Fülle der angebotenen Lehrveranstaltungen, unter Anderem auch durch die Zusammenarbeit mit anderen Häusern innerhalb des

²³⁸ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 91/92; S.364.
ebd.

²³⁹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 92/93; S.391.
ebd.

²⁴⁰ ebd.

²⁴¹ ebd.

²⁴² Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1993; S. 389.
Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²⁴³ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1993; S. 389.
Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²⁴⁴ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1995; S. 220
ebd.

²⁴⁵ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 97/98; S. 215.
ebd.

²⁴⁶ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 98/99; S. 222.
ebd.

²⁴⁷ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 98/99; S. 221.
ebd.

Einzugsgebietes der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität, aufzustocken: Als solche seien an dieser Stelle „Bildgebende Diagnostik in der Urologie“ und „Vergleichende Anatomie in Ultraschall und operativem Situs“ gehalten durch Herrn Dr. Miller am Klinikum Bergmannsheil in Gelsenkirchen, „Urologische Erkrankungen des Kindesalters“ mittlerweile gehalten durch Herrn Dr. Boeminghaus am Klinikum Neuss, sowie „Urologie im Röntgen- und Ultraschallbild“ - Herr Dr. Meridies - nun am Prosperhospital Recklinghausen anzuführen.²⁴⁸

Da Herr Professor Ackermann stets an einer weitergehenden Einbindung der molekular-medizinischen Forschungen innerhalb seines Hauses gelegen war, wurde im Jahr 1995 ein wissenschaftliches Labor innerhalb seiner Klinik unter der Leitung von Herrn Professor Schulz errichtet. Dieser hielt nun - der immer größer werdenden Bedeutung der Molekularmedizin Rechnung tragend - eine stetig wachsende Anzahl von Vorlesungen. Anzuführen seien hierzu „Anleitung zum selbstständigen wissenschaftlichen Arbeiten in der Molekularen Medizin und Tumorforschung“, „Molekulare Biologie menschlicher Tumoren“ und „Analyse genetischer und epigenetischer Veränderungen in urologischen Tumoren“²⁴⁹.

Im Zuge der neuen Approbationsordnung für Ärzte vom April des Jahres 2002²⁵⁰ und dem damit verbundenen Modulunterricht für Studierende der Medizin, bei welchem generalisierte Symptome wie zum Beispiel „Blut im Urin“, „Rückenschmerzen“ oder „Kohabitationsbeschwerden“ im Vordergrund stehen, erfuhr auch die Lehre der Urologischen Universitätsklinik in Düsseldorf einen Wandel. Bis dato vorherrschende Großveranstaltungen für das gesamte Semester gab es nur noch im Rahmen der einmal wöchentlich stattfinden, chirurgischen Hauptvorlesung. Konkret urologische Lehrinhalte wurden ab dann im Kleingruppenunterricht im Zusammenhang mit den einzelnen einwöchigen Modulen vermittelt. Die Prüfung dieser Inhalte wurde in einer so genannten Blockklausur, zusammen mit allgemein-, unfall- und gefäßchirurgischen, sowie orthopädischen Inhalten durchgeführt. Die Wissensvermittlung via „Bedsideteaching“ werde - laut Professor Ackermann - zu Gunsten des Modulunterrichts nur noch ausgesprochen selten angewandt.

²⁴⁸ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 98/99; S. 221f. ebd.

²⁴⁹ Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 03/04; S. 244.

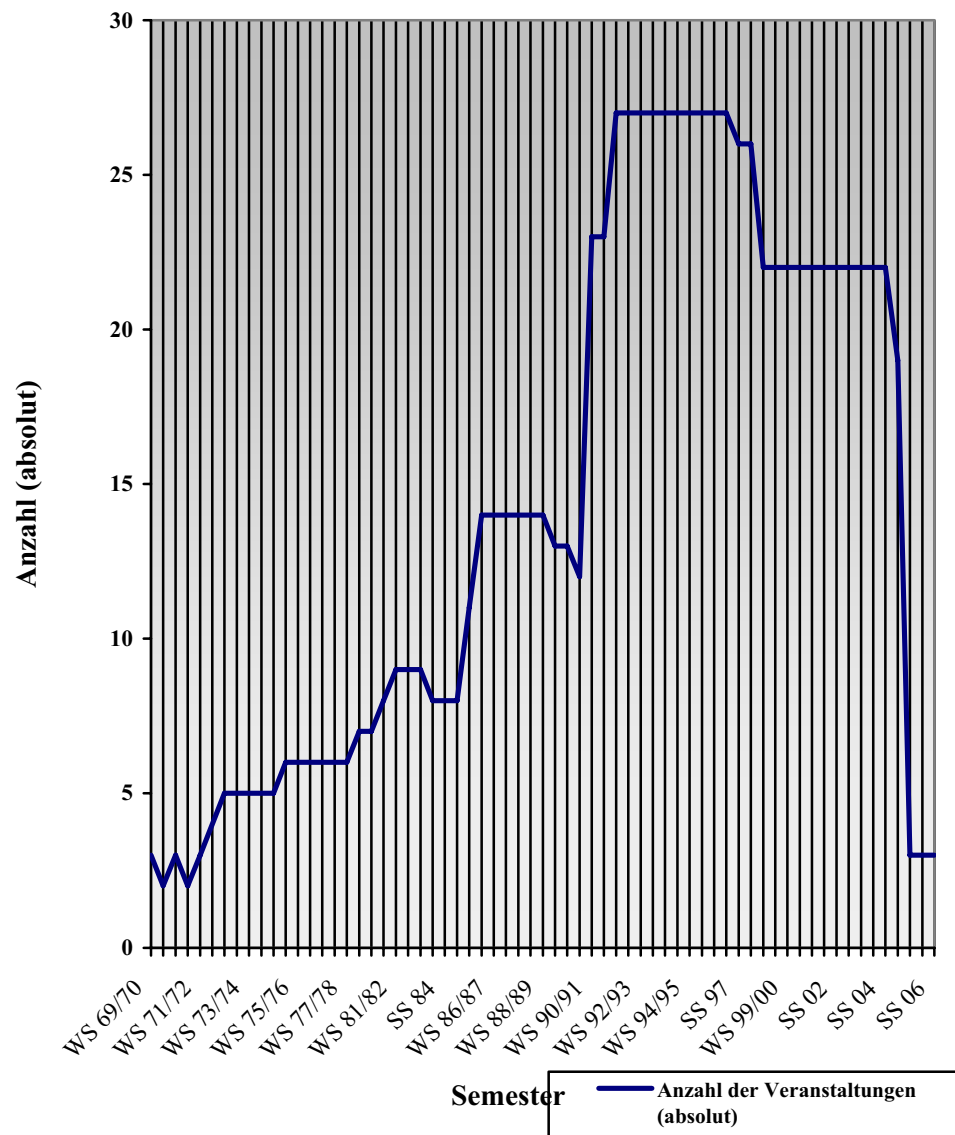
Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²⁵⁰ Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28.-31. Mai 2002 in Rostock; S. 27ff.

Unangetastet hiervon sei es eine unumstößliche Tatsache, dass die häufigste Entzündung des menschlichen Körpers die Harnwegsinfektion und der meistvorkommende Tumor des Mannes derjenige der Prostata wäre. Darüber sei die Inzidenz von Steinerkrankungen mit circa fünf Prozent in etwa so hoch wie die des Diabetes-Mellitus. Betrachte man all dies, werde offensichtlich, dass jeder fünfte Patient innerhalb des Gesundheitssystems ein urologisches Problem habe. In der Lehre ginge es nicht um die Vermittlung urologischer Kuriositäten - welche selbst ein Urologe zeitlebens nur wenige Male zu Gesicht bekommt - sonder vielmehr um die Schaffung eines fundierten Basiswissens, welches auch in der Praxis eines zukünftigen Allgemeinmediziners unverzichtbar sei.²⁵¹

²⁵¹ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Anzahl der Lehrveranstaltungen 1969-2006



Quelle²⁵²

²⁵² Vorlesungsverzeichnisse der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, 1969 - 2006.

Eckdaten der urologischen Lehre in Düsseldorf unter Dettmar:²⁵³

WS 1969/70	-	<i>Klinische Visite</i> <i>Urologisches Praktikum</i> <i>Spezielle Urologie</i>
WS 1970/71	-	<i>Urologie im Röntgenbild</i>
WS 1972/73	-	<i>Differenzialdiagnose urologischer Erkrankungen</i>
SS 1975	-	<i>Einführung in die urologischen Untersuchungstechniken</i>
SS 1978	-	<i>Praktikum der Urologie</i>
WS 1980/81	-	<i>Fehlbildungen des Urogenitaltraktes und ihre klinische Relevanz</i>
WS 1981/82	-	<i>Urologie im Ultraschall</i> <i>Urologische Erkrankungen d. Kindesalters (Lukas Krankenhaus Neuss)</i> <i>Ausgewählte Kapitel aus der Urologie (Städtisches Krankenhaus Krefeld)</i>

Eckdaten der urologischen Lehre in Düsseldorf unter Ackermann:²⁵⁴

WS 1983/84	-	<i>Urologische Tumore: Grundlagen, Diagnose, Therapie</i> <i>Urologische Onkologie</i> <i>Urologische Falldemonstration (Urologische Tagesklinik Remscheid)</i>
WS 1986/87	-	<i>Urologische Operationstechniken</i> <i>Pädiatrische Urologie</i>
SS 1988	-	<i>Bildgebende Diagnostik in der Urologie</i>
WS 1990/91	-	<i>Vergleichende Anatomie in Ultraschall und operativem Situs</i> <i>Aktuelle Diagnose und Therapie des Urothelkarzinoms</i> <i>Moderne Verfahren bei benigner Prostatahyperplasie</i> <i>Molekulare Biologie menschlicher Tumoren</i> <i>Urolithiasis: Diagnose und Behandlung</i> <i>Molekulare Medizin an urologischen Beispielen</i> <i>Tumorstabilisatoren und Gentherapie</i>

²⁵³ Jahrbücher und Vorlesungsverzeichnisse der heutigen Heinrich Heine Universität Düsseldorf

²⁵⁴ Jahrbücher und Vorlesungsverzeichnisse der heutigen Heinrich Heine Universität Düsseldorf.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Urologische Universitätsklinik in Düsseldorf in den vergangenen Dekaden stets den Entwicklungen und Wissensständen innerhalb ihrer Fachdisziplin im Sinne der Wissensvermittlung an die Studierenden Rechnung getragen hat; sei es der Wandel in der Bildgebung, der onkologischen Grundlagen inklusive deren Diagnostik oder Therapie, sowie die immer stärker werdenden Einflüsse der pädiatrischen Urologie. Trends und Etablierungen wurden durch die ärztlichen Direktoren, Herr Professor Dettmar und später Herr Professor Ackermann, stets in die akademische Lehre eingebunden und weitergegeben.

Eine Vielzahl der Lehrveranstaltungen bot Ackermann als optionale, nicht verpflichtende Zusatztermine für Interessierte an. Diese Tatsache ist, im sicherlich immer zeitintensiver werdenden Arbeitsalltag der Mediziner, zu würdigen. Es ist bedauerlich, dass das Fach der Urologie in der Lehre im Zuge des ‚Modulunterrichts‘ immer mehr zurückgeht.²⁵⁵

²⁵⁵ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

4. BAULICHE GEGEBENHEITEN DER KLINIK:



Abb.20: Haupteingang der heutigen Universitätsklinik für Urologie und Neurochirurgie

1906 gebaut, beherbergt das Klinikgebäude heute die Urologie und die Neurochirurgie. Für insgesamt 18,5 Millionen Euro wurden die Kliniken mit der altherwürdigen Fassade über mehrere Jahre renoviert und saniert. Ursprünglich beherbergte es die Chirurgie. Wo sich heute der Nierensteinertrümmerer befindet, operierte Ernst Derra 1949 ein siebenjähriges Mädchen am offenen Herzen. Es war der erste Eingriff dieser Art in Deutschland, Derra schrieb damit Medizingeschichte.²⁵⁶ Die Klinik war damals nach Bombentreffern während des zweiten Weltkrieges nur notdürftig wieder in Stand gesetzt worden. In der Nacht vom 3. auf den 4. November 1943 gab es starke Bombenangriffe der Alliierten, die im gesamten Gelände der damaligen Städtischen Krankenanstalten schwere Schäden verursacht haben. In ausnahmslos jedem Gebäude der Klinik brachen durch direkte oder indirekte Bombentreffer Brände aus.²⁵⁷ Während dieser Kampfhandlungen hatte auch der Dachstuhl der heutigen Urologischen Universitätsklinik schwere Schäden erlitten, als ein abstürzendes, englisches Spitfire-Jagdflugzeug brennend den Dachstuhl des Gebäudes beschädigte und dann schlussendlich vor der heutigen Frauenklinik zu liegen kam.²⁵⁸

²⁵⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; Aug. 1-2004; S.12.

²⁵⁷ StadtA Düsseldorf: 0-1-23-577/1.
ebd.

²⁵⁸ StadtA Düsseldorf: 0-1-23-577/1.
Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; 1-2004; S. 12.



Abb.21: Spitfire Absturz.
Quelle: Inst. Gesch. d. Med. Uni Düsseldorf. / StadtA
Düsseldorf: 125-530-002.



Abb.22
Quelle: Zur Verfügung gestellt vom Inst. Gesch. d. Med.
Uni Düsseldorf. / StadtA Düsseldorf: 125-530-004.

Im Rahmen der Sitzung des Krankenhausausschusses vom 29. April 1958 wurde festgehalten, dass eine vorübergehende Unterbringung der Urologischen, aber auch der Neurochirurgischen Klinik im Hause der Chirurgie - zunächst unter der Gesamtleitung Herrn Professor Derras - unumgänglich sei. Der bauliche Zustand der technischen Versorgungsanlagen zeigten bei dem Gebäude der Chirurgie dieselben Alterserscheinungen und Störanfälligkeiten wie die anderen Kliniken der Städtischen Krankenanstalten, die sich zum damaligen Zeitpunkt bereits seit über fünfzig Jahren in Betrieb befanden.²⁵⁹ Interessant ist diese Aussage vor allem vor dem Hintergrund, dass erhebliche Kriegsschäden immer noch nicht behoben waren und zum Beispiel der Dachstuhl immer noch nur notdürftig repariert worden war.²⁶⁰ Nichts desto trotz sei es möglich gewesen, die Chirurgische Klinik im Rahmen

²⁵⁹ UnivA Düsseldorf, 1/2 198 „Denkschrift zur Ausgliederung der Urologie und Neurochirurgie“ S. 7ff.

²⁶⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

eines vertretbaren Kostenaufwandes baulich und technisch so herzurichten und zu unterhalten, dass eine Unterbringung der Urologie und der Neurochirurgie für die Dauer von nicht mehr als fünf Jahren vertretbar gewesen sei. Eben diese Dauer des Provisoriums habe explizit vier bis fünf Jahre nicht überschreiten dürfen.²⁶¹ Begründung fand dieser Schritt unter Anderem darin, dass sich die Fachdisziplin der Urologie in den letzten Jahren zunehmend als selbstständiges Fach herausgebildet habe. Besonderer Wert wurde in diesem Zusammenhang auf das Vorhandensein einer Urologischen Ambulanz, sowie einer fachspezifischen Radiologie und Endoskopie gelegt.²⁶² Um eben diese Fachspezifität sicherzustellen, sind eine neue Röntgenanlage, sowie neue Endoskopiegeräte - mit Beschluss vom 27.01.1959 - angeschafft worden.²⁶³

Für die konkrete Unterbringung der Urologie wurde der südliche Haupttrakt der chirurgischen Klinik gewählt,²⁶⁴ den man durch die seitlichen Treppenhäuser gut erreichen konnte.²⁶⁵ Der Urologie wurden zusammen mit der Neurochirurgie eine Bettenzahl von rund 140 zur Verfügung gestellt, welche bezüglich der Patientenzimmer nur geringfügiger Modifikationen bedurften. Im Anschluss an die radiologische Abteilung brachte man zunächst die Urologische Ambulanz unter, was lediglich einen überschaubaren, baulichen Arbeitsaufwand verlangte.²⁶⁶ Am 04. Juli 1958 beschloss man zwei Extraordinariate für die Urologie sowie für die Neurochirurgie zu bilden. Bis zu deren Verwirklichung durch die Berufung HerrmannDettmars für die Urologische Klinik trug Ernst Derra weiterhin formell die Verantwortung.²⁶⁷

Auch nach Jahren des Praktizierens Dettmars war der vorherrschende bauliche Zustand des Hauses nur kaum verbessert worden. Seines Erachtens litt die Patientenversorgung in den alten Gemäuern außerordentlich.²⁶⁸

In der Sitzung des Krankenhausausschusses vom 15. Februar 1967 wurde die Wiederherstellung des Dachgeschosses - vierzehn Jahre nach dessen Zerstörung -, sowie eine räumliche Trennung von Pflege- und Funktionsbereichen erstmalig

²⁶¹ UnivA Düsseldorf, 1/2 198 S. 4f.

²⁶² UnivA Düsseldorf, 1/2 198, Denkschrift zur Ausgliederung der Urologie und Neurochirurgie, S. 9f.

²⁶³ StadtA Düsseldorf, IV 37102.

²⁶⁴ UnivA Düsseldorf, 1/2 198, Denkschrift zur Ausgliederung der Urologie und Neurochirurgie, S. 9.

²⁶⁵ ebd.

²⁶⁶ ebd.

²⁶⁷ UnivA Düsseldorf, 1/2 198, S. 7.

²⁶⁸ UnivA Düsseldorf, 1/5 423, S. 2f. Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

thematisiert. Als weitere Ziele wurde die Beibehaltung der bis dato siebzig Betten, sowie deren Aufteilung in eine Männer-, eine Frauen- und Kinder-, sowie eine Privatstation formuliert, wobei der Privatstation auch Kinderbetten zugeteilt werden könnten.²⁶⁹

Die Instandsetzung des Dachgeschosses - dann über fünfzig Jahre später - erlebte Professor Dettmar während seiner dortigen Tätigkeit nicht mehr.

²⁶⁹ ebd.

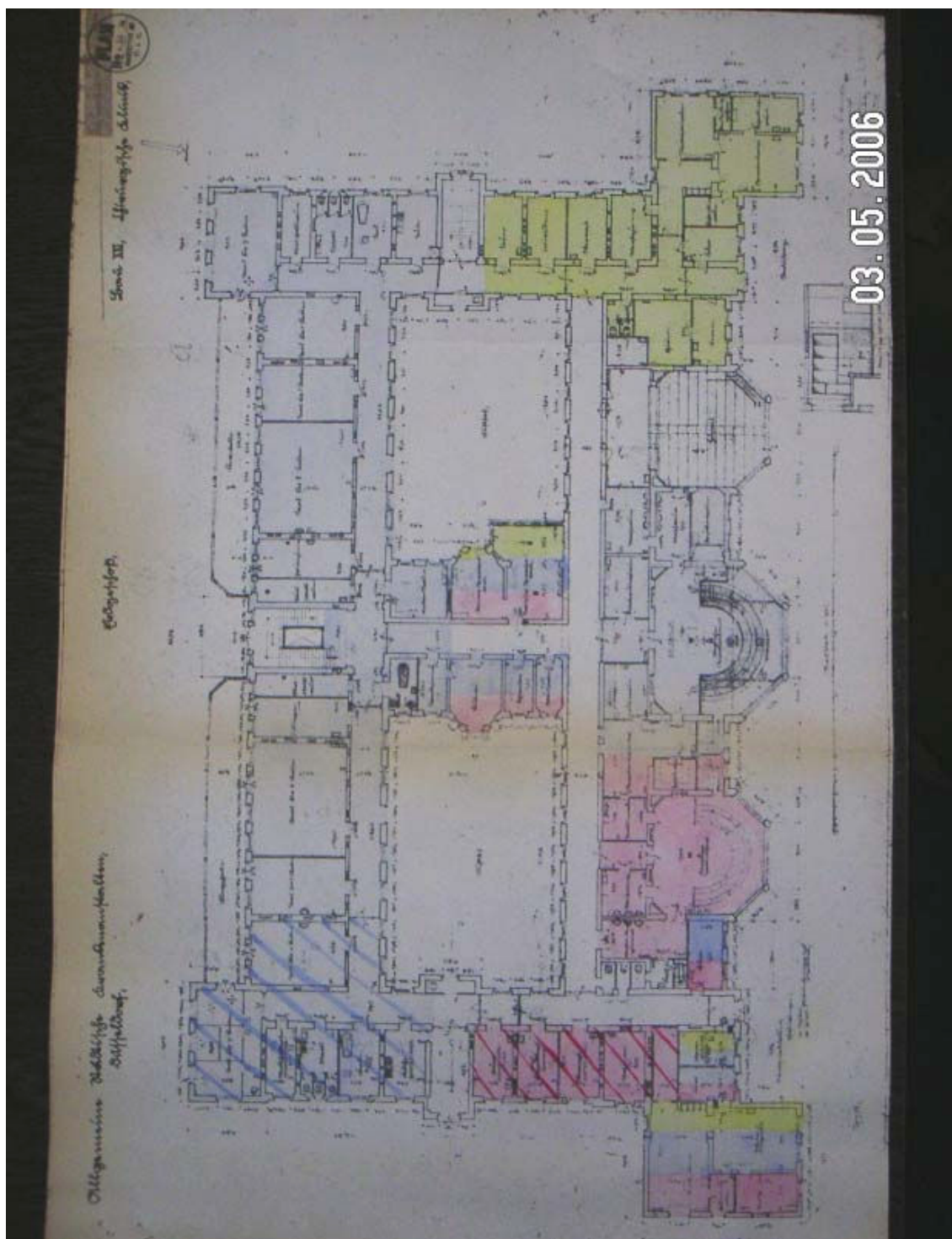


Abb.23: Grundriss der Urologischen Klinik; Planungsstand 1967 ²⁷⁰

²⁷⁰ UnivA 1/2 198; Architekturunterlagen.

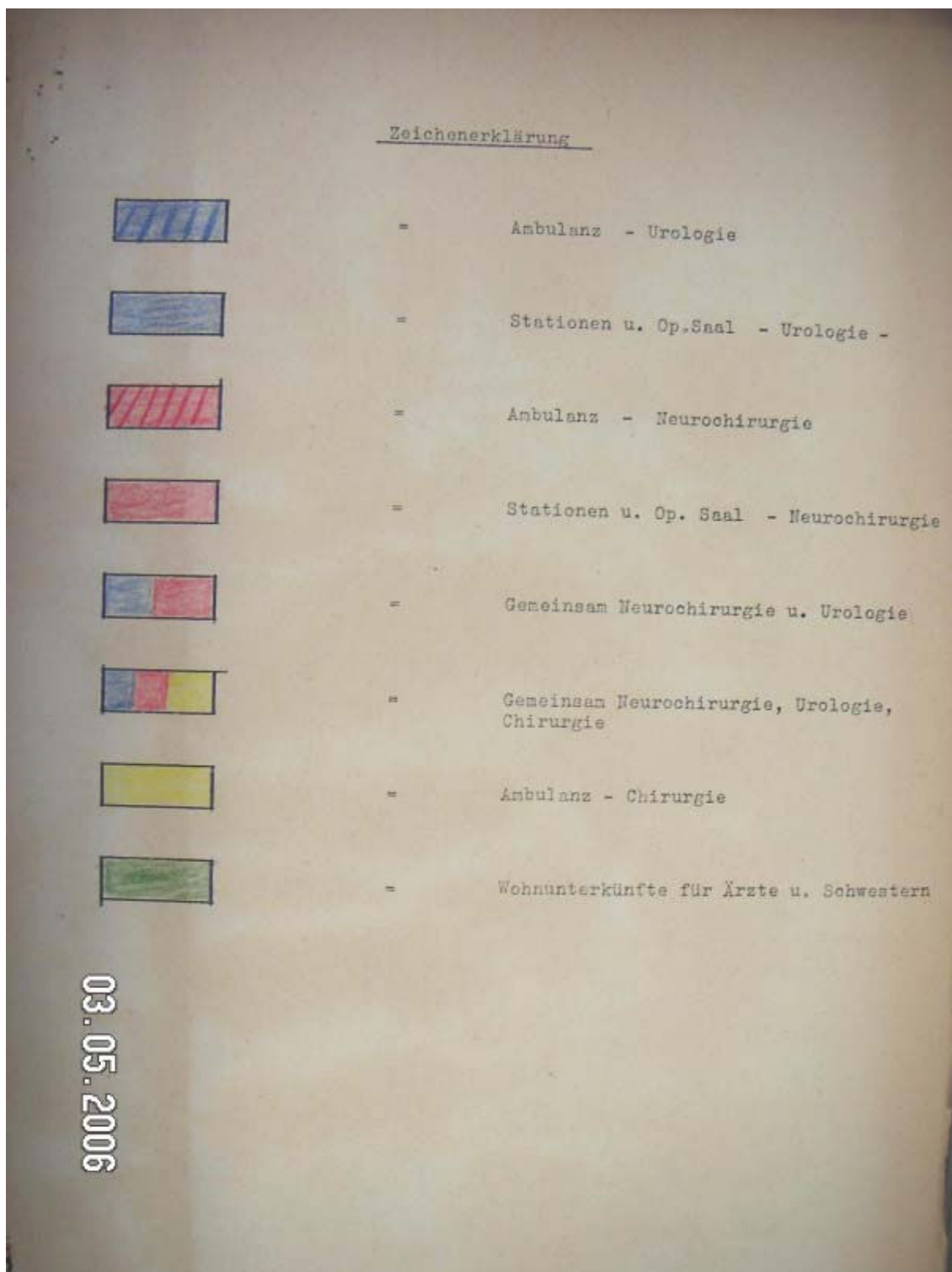


Abb.24: Legende zum Grundriss der Urologischen Klinik; Stand 1967 ²⁷¹

²⁷¹ UnivA 1/2 198; Architekturunterlagen.

Darüber hinaus wurden innerhalb dieser Sitzung konkrete Vorstellungen bezüglich der Raumaufteilungen erörtert, welche schlussendlich folgendermaßen beantragt wurden:

Röntgenabteilung:²⁷²

1 Röntgenraum (Multiplanigraph)	rd. 30qm
1 Röntgenraum (Bucky)	rd. 25qm
1 Röntgenraum (Bucky)	rd. 25qm
1 Schallraum	rd. 12qm
1 Patienten-Warteraum	rd. 16qm
1 Archiv	rd. 16qm
1 Arzt- und Untersuchungszimmer	rd. 16qm
1 Dunkelkammer	rd. 12qm

Ambulanz:²⁷³

1 Warteraum	rd. 16qm
1 Arztraum	rd. 14qm
1 Schreibraum (zugleich Anmeldung und Archiv)	rd. 20qm
1 Oberarztzimmer	rd. 14qm
1 großer Untersuchungsraum	rd. 20qm
1 kleiner Untersuchungsraum	rd. 16qm

Im Stationsbereich:²⁷⁴

1 Raum für Isotopennephrographie	rd. 16qm
----------------------------------	----------

²⁷² UnivA Düsseldorf; 1/5 423, S. 2f.
StadtA Düsseldorf IV 37560.

²⁷³ ebd.

²⁷⁴ UnivA Düsseldorf; 1/5 423, S. 2f.

Jede Station sollte zwei Arztzimmer erhalten. Außerdem sollte im Bereich der Stationen ein „Arzt-vom-Dienst-Zimmer“ vorgesehen werden.

Sonstige Funktionsräume:²⁷⁵

1 Bereitschaftsraum für MTAs	rd. 12qm
1 wissenschaftliches Laboratorium	rd. 40qm
1 Konferenzzimmer mit Bibliothek	rd. 30qm
5 Schwesternzimmer für Oberschwester und Operationsschwestern	

Im Januar 1973 sah das Dekanat eine Erhöhung der Aufnahmekapazitäten der Medizinischen Fakultät von 240 auf nunmehr 350 Studienanfängern vor, woraufhin im Folgemonat dieses Jahres - im Rahmen der anstehenden Modernisierung des Hauses - der Antrag an das Staatshochbauamt des Landes Nordrhein-Westfalen mit dem Wunsch auf Realisierung eines geeigneten Kursraumes in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf erfolgte. Ein Raum in der Größenordnung von etwa 40 qm wurde als zweckdienlich angenommen.²⁷⁶ Am 06. Februar 1973 erfolgte die Zusage des Staatshochbauamtes für einen integrierten Kursraum für die Neurochirurgie und Urologie mit einer Größe von rund 63 qm.²⁷⁷

Der weitreichende Umbau und die Erweiterung der Urologie - sowie der Neurochirurgie - an der Universität Düsseldorf wurde vom Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen am 26. Juli 1973 begutachtet und an das Regierungspräsidium mit folgenden Auflagen vorstellig gemacht:²⁷⁸

„[...]

- 1.1 *Ich gehe davon aus, [daß] die jetzt vorhandenen siebzig Bettplätze für jede der beiden vorgenannten Kliniken auch nach dem Um- und Erweiterungsbau nicht erhöht werden.*
- 1.2 *Die Anordnung einer separaten Toilette für das Personal der aseptischen Intensivpflege erscheint mir aus hygienischen Gründen erforderlich. Ich bitte daher, diese zusätzliche WC-Anlage noch in den [Grundriß] einzufügen.*

²⁷⁵ ebd.

²⁷⁶ UnivA Düsseldorf; 1/5 423.

²⁷⁷ ebd.

²⁷⁸ UnivA Düsseldorf; 1/5 423.

[...]

- 1.4 *Einbauschränke sind nur in dem unbedingt notwendigen Umfang, d.h. soweit sie aus hygienischen Gründen und zur Sicherung eines guten innerbetrieblichen Ablaufs erforderlich sind, anzuordnen.*
- 1.5 *Der geplante erdgeschossige Anbau zur Unterbringung des Warteraumes für die ambulanten Patienten in der Neurochirurgischen Klinik entfällt. Der Raumbedarf für die ambulante Behandlung kann in dem vorhandenen Gebäudeteil untergebracht werden; [...]*
- 2.1 *Bei der Klimaanlage der Intensivpflegestation sind die Gebläse mit einem zusätzlich aufgeflanschten Reservemotor auszustatten, [so daß] bei Ausfall eines Motors der Klinikbetrieb ohne Störung aufrechterhalten werden kann.*
- 2.2 *Für die Intensivpflegestation ist eine Installationsschiene mit je zwei Medienanschlüssen vorgesehen. Ich bitte, die Notwendigkeit dieser Doppelausstattung durch den Klinikdirektor begründen zu lassen.*
- 2.3 *Die neu zu versorgenden Anlagen sind an neue Stränge beziehungsweise neue Übergabestationen anzuschließen.*
- 2.4 *Dampf und Korrosionsschutz (z. B. Hydrazin) zur Befeuchtung in Klimaanlage ist nicht zulässig.*
- 2.5 *Bei der Herstellung der Dampfleitung sind sämtliche Schweißnähte einer Prüfung zu unterziehen. Fehlerhafte Schweißnähte müssen vom Auftragnehmer erneuert und nochmals geprüft werden. Vor Montagebeginn hat der Auftragnehmer ein Prüfzeugnis der Schweißer nach DIN 8560 der örtlichen Bauleitung vorzulegen.*

[...]

Die Gesamtkosten sind auf 6.300.000 DM veranschlagt. (...) Ich bitte darauf zu achten, [daß] innerbetriebliche Funktionen der Klinik durch die Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen nicht gestört werden; hierbei ist es erforderlich, die Klinikleitung rechtzeitig über Art und Zeitpunkt der durchzuführenden Arbeiten zu unterrichten.“²⁷⁹

²⁷⁹ UnivA Düsseldorf; 1/5 423.

Schlussendlich wurden die Gesamtkosten der anstehenden Baumaßnahmen im konkret formulierten Kostenvoranschlag vom 18. Dezember 1973 auf eine Summe von 5.600.000 DM reduziert, welche sich aus 1.155.801 DM für die Urologie und 4.441.632 DM für die Neurochirurgie zusammensetzten.²⁸⁰

Im Rahmen der Haushaltsplanbesprechung am 13. März 1973 wurde unter Vorbehalt ein Anteilsbetrag in Höhe von 5.000.000 DM im Entwurf des Landeshaushaltes des Jahres 1975 eingestellt.²⁸¹ Die weiter ausstehenden 600.000 DM erfuhren im Haushaltsplan des Jahres 1976 Berücksichtigung. Weitere Punkte wurden innerhalb dieser Konferenz festgehalten:

I Erläuterung der Beschaffungsmaßnahme und Kostenschätzung:²⁸²

Der Umbau und die in Zusammenhang damit stehenden Einrichtungsmaßnahmen diene den dringend notwendigen hygienischen und medizinisch-technischen Verbesserungen des Untersuchungs- und Behandlungsbereiches in den vorbestehenden Altkliniken. Eine wesentliche Vergrößerung der Hauptnutzfläche war mit diesen Umbaumaßnahmen nicht verbunden. Im Hinblick auf die Einrichtung nahmen die Arzträume einen relativ breiten Raum ein. Im Vorfeld der Umbauten waren diese nur unzureichend ausgestattet. Ebenso war ein hoher Beschaffungsaufwand für die Intensivpflegeeinheiten für Urologie und Neurochirurgie zu veranschlagen. Im konkreten Fall der Urologischen Klinik beliefen sich die Kosten unter Einbeziehung eines Dialyseraumes auf rund 113.000 DM. Die notwendige Novellierung der radiologischen Einrichtungen des Hauses schlug mit 200.000 DM zu Buche. Darüber hinaus fielen Kosten für die Mobiliarerneuerungen des Hörsaales in Höhe von rund 160.000 DM an.

II Zeitplan:²⁸³

Das Staatshochbauamt hat für die Dauer der Bauarbeiten rund zweieinhalb Jahre veranschlagt. Nach Baubeginn im Januar 1974 wurde mit einem Abschluss der Maßnahmen Mitte des Jahres 1976 gerechnet. Ein weiterer Punkt von baulicher Relevanz war die Ausschreibung von radiologischen Gerätschaften in Höhe von

²⁸⁰ ebd., S. 1 des Kostenvoranschlages. UnivA Düsseldorf; 1/5 423, S. 2 ff des Kostenvoranschlages.

²⁸¹ ebd., S. 1 des Finanzierungsberichtes.

²⁸² UnivA Düsseldorf; 1/5 423, S. 1f des Finanzierungsberichtes.

²⁸³ ebd., S. 2 des Finanzierungsberichtes.

insgesamt 2.100.000 DM, da die Konkretisierung der Baumaßnahmen von der Wahl der jeweiligen Geräte abhing.

III Folgekosten:²⁸⁴

In Anbetracht des Einrichtungsaufwandes von insgesamt rund 5.600.000 DM war - unter Berücksichtigung des hohen Anteils an medizinisch-technischen und röntgenologischen Geräten - auf Basis einer Unterhaltungs- und Ersatzquote von ca. 7,5% mit jährlichen Folgekosten von schätzungsweise 420.000 DM zu rechnen.

Alle Bau- und Einrichtungsmaßnahmen wurden zum Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetzes angemeldet.²⁸⁵

IV Berufung Professor Ackermanns:

Im Zusammenhang mit der Berufungsverhandlungen Rolf Ackermanns - nach Ausscheiden Herrmann Dettmars - wurde von Seiten des Hauses versucht auf dessen konkret formulierte Wünsche einzugehen. In einem am 27. April 1983 geführten Telefonat formulierte Herr Professor Ackermann folgende bauliche, die Einrichtung betreffende Wünsche:

Erdgeschoss²⁸⁶

1. *Der Raum 120, heute Röntgenarzt, soll Urinlabor werden*
2. *Der Raum 105, Sekretariat, soll Untersuchungsraum werden*
3. *Der Raum 103, Arzttraum, soll Warteraum werden*
4. *Der Raum 102, Besprechungsraum, soll einvernehmlich mit Herrn Prof. Dr. Bock geteilt werden. Im dann für die Urologie entstehenden Raum sollen Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden.*

Erstes Obergeschoss²⁸⁷

Der Raum 223, Chefzimmer, soll zum Sekretariatsraum 224 eine Tür erhalten und die Zwischenwand zum Warteraum 222 soll abgebrochen werden.

²⁸⁴ ebd., S. 2f des Finanzierungsberichtes.

²⁸⁵ UnivA Düsseldorf; 1/5 423, S. 3 des Finanzierungsberichtes.

²⁸⁶ UnivA Düsseldorf 3/9 515, S.1 des Telefonprotokolls.

²⁸⁷ ebd., S.2 des Telefonprotokolls.

Im Rahmen der möglichen Finanzierung wurden auf jeden Fall der Untersuchungsraum, das Urinlabor, der Durchbruch der Tür zugesagt. Die Abteilung des Besprechungsraumes und das Herausbrechen der Wand im Chefizimmer wurde von Kosten und statischen Aspekten abhängig gemacht. Gegebenenfalls reicht im Chefarztzimmer auch eine groß heraus gebrochene Tür.

Des Weiteren wurden in einem persönlichen Gespräch mit Herrn Professor Ackermann folgende Punkte bezüglich dessen Berufung formuliert:

Da die bis dato tätige Sekretärin mit Herrn Professor Dettmar ausscheidet, bittet Herr Professor Ackermann um sofortige Wiederbesetzung dieser Stelle. Im Gegensatz hierzu könne die freie Stelle einer Röntgenassistentin gesperrt werden.²⁸⁸ Eine frühzeitige Besetzung dreier freier OP-Schwestern-Stellen wurde ebenfalls zugesagt.²⁸⁹

Da zum damaligen Zeitpunkt- die Frauenstation im Mittel nur zu 25% belegt war, bat Herr Professor Ackermann um Belegung dieser zu Hälfte mit männlichen Patienten. In Zusammenhang hiermit sei eine Erweiterung der vorherrschenden Toilettenanlagen anzustreben.²⁹⁰

Herr Professor Ackermann wünschte weiter eine Kälteisolierung der Böden für die Stationen aus medizinischen Gründen. Ein entsprechender PVC-Bodenbelag sei hierfür ausreichend.²⁹¹

Für sein Chefarztzimmer bat Herr Professor Ackermann um einen Röntgenlichtkasten in der Größe 60x120cm.²⁹²

V Endgültige Sanierung der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf:

Die Zeit der Provisorien und Umbauten hatte Anfang 2003 ein Ende. Durch die Initiative und den Einsatz Professor Ackermanns als ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Düsseldorf wurden umfangreiche Instandsetzungs- und Neubaumaßnahmen mit einem Gesamtvolumen von achtzehneinhalb Millionen Euro realisiert. Für die Urologie bedeutete dies, dass nun wieder alle Stationen

²⁸⁸ UnivA Düsseldorf 3/9 515, S.2 des Besprechungsprotokolls.

²⁸⁹ ebd.

²⁹⁰ UnivA Düsseldorf 3/9 515, S.3 des Besprechungsprotokolls.

²⁹¹ ebd.

²⁹² ebd.

in einem Gebäude untergebracht sind. Insgesamt gibt es in der Klinik 55 Betten, obgleich auch der Ambulanzbetrieb in der nächsten Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen dürfte.²⁹³

Im Gegensatz zu den Anfangstagen Ackermanns im Jahre 1983, in denen die Zimmer mitunter durch bis zu vierzehn Patienten belegt worden waren, liegt der jetzige Standard - nach Inbetriebnahme des Operativen Zentrums II - in der Regel bei Zweibettzimmern.²⁹⁴ Planung und Durchführung dieser Sanierung lagen beim Bau- und Liegenschaftsbetrieb NRW. Zu den dringend notwendigen Sanierungsarbeiten zählte - neben der lange überfälligen Aufarbeitung des Dachstuhls - auch die Aufwertung der Patientenzimmer. Hier sind vor allem die Toiletteneinrichtungen sowie Dusche, eine sichergestellte Sauerstoffversorgung und die Absaugmöglichkeit an jedem Patientenbett ins Feld zu führen.²⁹⁵

Darüber hinaus erfolgte die Einrichtung von Arztzimmern und Seminarräumen - nicht zuletzt für die akademische Lehre - im neu errichteten Dachgeschoss.

²⁹³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

²⁹⁴ ebd.

²⁹⁵ ebd.



Abb.25: Universitätsklinik für Urologie (Geb. 13.72) und Neurochirurgie (Geb. 13.71) in Düsseldorf



Abb.26: Wartezimmer



Abb.27: Stationsflur



Abb.28: Sitzecke

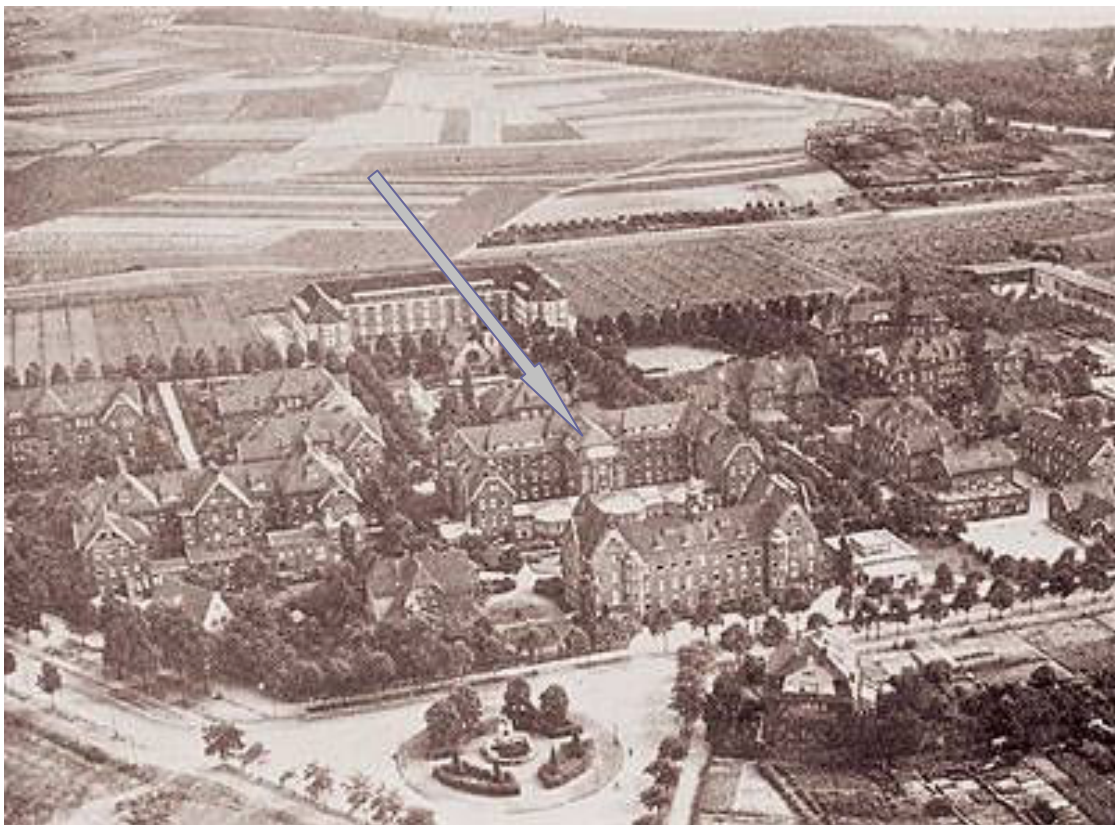


Abb.29: Das Klinikgelände um 1920. Mit dem Pfeil markiert: Heutige Urologische/Neurochirurgische Klinik.

4.1 Medizinisches Inventar

4.1.1 Radiologische Bildgebung:

Während der Unterbringung der Urologischen, sowie der Neurochirurgischen Universitätsklinik in der damaligen Chirurgie, legte man besonderen Wert auf das Vorhandensein einer Urologischen Ambulanz, sowie einer fachspezifischen Radiologie und Endoskopie.²⁹⁶ Um eben diese Diagnostika vorhalten zu können und somit eine zeitgemäße Patientendiagnostik gewährleisten, wurde eine neue Röntgenanlage, sowie neue Endoskopiegeräte - mit Beschluss vom 27.01.1959 - angeschafft.²⁹⁷ Hierdurch wurden den Patienten längere Fußwege in andere radiologische Untersuchungsabteilungen erspart. Die Begründung lag für ihn in der Tatsache, dass es sich bei urologischen Notfallpatienten mitunter häufiger um solche handele, deren Klinik mit einem ausgeprägten Schmerzgeschehen einherginge und jedwede Bewegung für diese Leid bedeute habe.



Abb.30: Prospekt des „Müller DA 250“ Röntgenapparates, Anfang der 1960er Jahre ²⁹⁸

²⁹⁶ UnivA Düsseldorf, 1/2 198, Denkschrift zur Ausgliederung der Urologie und Neurochirurgie, S.9f.

²⁹⁷ StadtA Düsseldorf, IV 37102.

²⁹⁸ StadtA Düsseldorf, IV 37102.

Da gerade die radiologische Bildgebung damals die einzige Option in der Diagnostik darstellte, war es unumgänglich sich diesbezüglich auf dem aktuellen Stand der Technik zu befinden. Als wesentliche Indikationen zur radiologischen Diagnostik sind hier die Standard-Röntgenaufnahme im anterior/posterioren sowie lateralen Strahlengang zur Übersichtsaufnahme, die Darstellung der ableitenden Harnwege mittels Kontrastmitteln - die so genannte Urographie - und die retrograde Pyelographie zur präoperativen Abklärung im Rahmen von Nephrektomie zu nennen.²⁹⁹

Weitere wesentliche, aber Strahlen belastende- Diagnostika waren in der Folgezeit die Nuklearmedizin zur Kenntlichmachung verschiedener Stoffwechselvorgänge (Phosphorstoffwechsel u.a.) und der renalen Perfusion beziehungsweise des renalen Abflusses. Das heutige Standardverfahren der Computertomographie folgte erst Mitte der siebziger Jahre.

Im Zusammenhang mit der Berufungsverhandlung Ackermanns im Jahre 1982/1983 legte dieser großen Wert auf die Anschaffung eines neuen intraoperativen Röntgengeräts des Typs ‚Renodor‘. Die Begründung hierfür sah Ackermann in dem Umstand, dass die bis dato vorhandene Röntgenkugel in ihrer Leistung zu schwach und *„für die erforderlichen Zwecke völlig ungeeignet sei“*.³⁰⁰ Er erbat in diesem Zusammenhang eine Anfrage bei der Firma Siemens nach einem gebrauchten ‚Renodor‘, beziehungsweise ein äquivalentes Gerät mit Fokussierung und Lichtblende. Studien über die intraoperative Röntgendiagnostik mit dem Renodor-Gerät zeigten bei einer signifikanten Anzahl von Patienten mit komplizierter Nephrolithiasis gegenüber den konventionellen Röntgenaufnahmen deutliche Vorteile. Nach vermeintlicher Steinfreiheit konnten mit Hilfe der intraoperativen Aufnahmetechnik des ‚Renodors‘ in fast 50% Residualkonkremente diagnostiziert werden. Die Studien zeigten erfolgreiche Reststeinextraktion in über der Hälfte dieser Fälle als möglich auf.³⁰¹

²⁹⁹ Rathert P, Die Ausscheidungsurographie. Kontroversen ihrer historischen Entwicklung, Berlin 1992, S.131ff.
Roseno A, Die intravenöse Pyelographie, in: Klinischer Wochenschrift, 1929.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

³⁰⁰ UnivA Düsseldorf 3/9 515, S.2f des Telefonprotokolls.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

³⁰¹ Latal D, Kuber W, Powischer G, X-ray diagnosis in complicated nephrolithiasis before and during the operation, in: European Surgery, Aug. 12/1 Februar 1980, S.1-5.

4.1.2 Endoskopie:

Auch die Ende der fünfziger Jahre aufkeimende ‚Schlüsselloch-Technik‘ im Zusammenhang mit der laparoskopischen Endoskopie, die geringer Liegezeiten für die Patientenschaft bedeutete, wurde früh in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf angewandt und gefördert. Gerade das nur noch geringe Blutungsrisiko und die beschleunigte Wundheilung waren Argumente, welche ins Feld geführt wurden und noch heute Gültigkeit



Abb.31: Endoskop nach Mauermayer, Anfang der 1960er Jahre.
Quelle: StadtA Düsseldorf, IV 37102.
StadtA Düsseldorf IV 37980.

besitzen. Das grundlegende Prinzip besteht in einem operativen Zugang aus mehreren kleinen Schnitten. Durch diese werden Kohlenstoffdioxid, sowie eine Optik/Kamera und Instrumentarien in den Bauchraum eingeführt.³⁰² Nur noch in komplizierten Einzelfällen wurde der Situs im Sinne einer Laparotomie eröffnet.

³⁰² Mauermayer W, Die transurethralen Operationen, München 1962, S.17.

Mauermayer W, Der Steinbruch, ein neues Prinzip zur Stichelthotripsie, in: Der Urologe, Ausg. 15/76, 1976.

Mauermayer W, Operative Komplikationen bei transurethralen Operationen. Analyse von 10.000 transurethralen Eingriffen und ihre Vermeidung und Behandlung, in: Urologie, Ausg. 24/85, 1985, S.180ff.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

4.1.3 Nierenlithotripter:

Eine Errungenschaft in der Therapie der Steinleiden war die Anschaffung des Lithotripters im Juni des Jahres 1986 durch Herrn Professor Ackermann dar, welcher zum damaligen Zeitpunkt der fünfte in Nordrhein-Westfalen war und in vielen Fällen dieser Erkrankung die operative Therapie für obsolet erklärte.³⁰³ Die Anschaffungskosten umfassten alles in allem rund fünf Millionen D-Mark.³⁰⁴



Abb.32

Quelle: Stadt A Düsseldorf aus „Rheinische Post“ vom 28.06.1986.

³⁰³ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

³⁰⁴ Stadt A Düsseldorf aus „Rheinische Post“ vom 28.06.1986.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.



Abb.33

Quelle: Stadt A Düsseldorf aus „Rheinische Post“ vom 28.06.1986.

1967 führten Mauermayer und Hartung (München) das bis in die heutigen Tage angewandte Konstruktionsprinzip ein. Hierbei handelt es sich um die so genannte „Punchlithotripsie“, bei der Schallwellen einer definierten Länge selektiv Harn- und Nierensteine in Schwingung versetzen, bis diese zerbersten.³⁰⁵ In der Bundesrepublik Deutschland wurde dieses Verfahren erstmalig von Professor Frohmüller - ein ehemaliger Chef Ackermanns aus Würzburger Zeiten - angewandt, welcher dieses bei Professor Emmet in der kalifornischen Mayo-Klinik im Jahre 1962 erlernte.³⁰⁶ Dieses Vorgehen wird noch heute zur Zertrümmerung kleinerer Steine (0,5-2cm) praktiziert. Im Falle größerer Konkremeente kommt die „Presslufthammerlithotripsie“ als Ansatz der Wahl zum Zuge. Das grundlegende physikalische Prinzip bleibt hierbei aber unverändert.

³⁰⁵ Mauermayer W, Die transurethralen Operationen, München 1962, S.17.

Mauermayer W, Der Steinbruch, ein neues Prinzip zur Stichelithotripsie, in: Der Urologe, Ausg. 15/76, 1976.

Mauermayer W, Operative Komplikationen bei transurethralen Operationen. Analyse von 10.000 transurethralen Eingriffen und ihre Vermeidung und Behandlung, in: Urologie, Ausg. 24/85, 1985, S.180ff.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

³⁰⁶ Frohmüller H, Thompson GJ, Transurethrale Prostata-Resektion mit dem Thompson-Resektoskop, in: Der Urologe, Ausg. 1/62, 1962, S.171ff.

Überschattet wurde die am 27. Juni des Jahres 1986 stattfindende Einweihungsfeier des Nierenlithotripters durch einen Zeitungsartikel der Düsseldorfer Zeitung „Express“ vom gleichen Tag.³⁰⁷ In diesem wurden die damals vorherrschenden, logistischen Probleme im Bezug auf die Abfallentsorgung thematisiert. Der Autor Günther Classen bemängelte darin den nur unzureichenden Abtransport von Abfällen, gebrauchter Wäsche, medizinische Einwegartikel sowie Kanülen und Spritzen. Classen wurde durch eine/einen Patienten/in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf auf diese Umstände aufmerksam gemacht.³⁰⁸

Seite 20 Dü EXPRESS Freitag, 27. Juni 1986

Dreckige Wäsche und alte Spritzen türmen sich vor den Eingängen

Hygiene-Skandal in der Uni-Klinik

Professor Ackermann: „Uns fehlt das Personal“

Von GÜNTHER CLASSEN
exp Düsseldorf – Die Uni-Klinik, Düsseldorfs Vorzeigekrankenhaus, hat nichts zu verbergen. Auch nicht die hygienischen Zustände. Jeder Besucher kann sie sehen: Vor den Klinik-Eingängen stapeln sich bergeweise die durchsichtigen und teilweise aufgerissenen Müllsäcke voller Krankenhaus-Abfall. Darin: Alte Spritzen, gebrauchte Verbände, Pflaster, Kanülen, Infusionsflaschen und dreckige Bettwäsche.

Am Montag markierte EXPRESS fünf Müllsäcke an verschiedenen Orten – sie lagen gestern morgen immer noch da.

Prof. Dr. Rolf Ackermann, Leiter der Urologie: „Das Problem ist mir seit drei Jahren bekannt. Uns fehlt das Personal, Wagen und Container.“ Bei seiner Abteilungsleiter, am rechten Eingang, sei es sauber. An den anderen Eingängen „wird sich Ende diesen Jahres oder Anfang nächsten Jahres etwas ändern“, verspricht der Professor. okay

Doch damit allein ist es nicht getan, unerklärlich ist auch ein weiterer Müllstand.

Per Elektrokarren werden von der Uni-Apotheke bergehoch die Medikamente auf die einzelnen Kliniken verteilt. Vor der Urologie lädt ein Arbeiter die brisante Fracht mit Infusions-Lösungen, Einweg-Spritzen, intra-

venösen und tablettenförmigen Medikamenten ab. Keiner kümmert sich mehr darum.

EXPRESS sah sich den Medikamentenberg eine Stunde an, hätte ihn einladen können – niemand erschien vor der Klinik-tür. Für Arznei-Jäger ein Selbstbedienungsladen, und das gleich kartonweise.

Davon will Professor Ackermann nichts wissen. „Das sind ja nur Spritzen, keine Betäubungsmittel dabei.“ Gestern stellte der Professor stolz die neue Nierenstein-Zertrümmungsmaschine in der Uni-Klinik vor. Ein Fortschritt der Medizin. Wichtig wäre allerdings auch eine Müll-Zertrümmungsmaschine. Ein Fortschritt auf hygienischem Gebiet!

Denn: Wie sieht es in anderen Kliniken aus? Das Personal der Uni-Klinik: „Bei denen sieht es doch genau so aus, die haben ihren Müll auch rumliegen.“

Keineswegs – EXPRESS sah sich um, nichts war zu sehen. Der Müll verschwindet in Containern, wird schon morgens abgeholt. Von Medikamenten-Fuhren außerhalb der Häuser war nichts zu bemerken.



An der Uni-Klinik liegen die Müllberge lang – an einigen Stellen bis zu drei Tagen. Ein Uni-Arbeiter: „Viel Arbeit, kein Personal, keine Zeit.“

Abb. 34

Quelle: Archiv des „Düsseldorfer Express“, Ausgabe vom 27.06.1986. UnivA Düsseldorf, 3/9 423.

³⁰⁷ Archiv des „Düsseldorfer Express“, Ausgabe vom 27.06.1986.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

³⁰⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.



Abb.35
Quelle: Archiv des "Düsseldorfer Express", Ausgabe vom 27.06.1986. UnivA Düsseldorf, 3/9 423.

Durch diese Berichterstattung alarmiert und aufgrund von befürchteten Fragen durch die im Rahmen der Lithotriptereinweihung anwesenden Reporter, wurde intern die Verwaltungsabteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf um Stellungnahme gebeten. In dieser wurde der Zustand prinzipiell als zutreffend, obschon die Darstellung des „Express“ als „*insgesamt überzogen*“ gewertet wurde, beschrieben. Der Kernpunkt dieses Problems wurde in dem eklatanten Mangel an Entsorgungsflächen gesehen. Es wurde ausdrücklich festgehalten, dass man dieser Gesamtsituation nicht allein durch Umstrukturierungen in der Organisation der Müllentsorgung Herr

werden könne. Es sei nicht möglich beide Kliniken - die Urologie und die Neurochirurgie - in kurzen Zeitintervallen zwecks Müllentsorgung anzufahren. Dringend sei die Umsetzung des Operativen Zentrums II notwendig, um auch diesen Problemen habhaft zu werden.³⁰⁹

Heute betrachtet Professor Ackermann die Logistik des Hauses zwar als deutlich optimiert, aber dennoch verbesserungswürdig. Auch wenn es solche Zustände wie damals sicherlich nicht mehr geben werde, gäbe es mitunter Einiges, das nicht so Anwendung fände, wie es wünschenswert sei.³¹⁰

³⁰⁹ UnivA Düsseldorf, 3/9 423.

Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

³¹⁰ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

4.1.4 Lasertherapie:

Schon der berühmte Albert Einstein vermutete in seiner Arbeit „Light amplification by stimulated emission of radiation“ die theoretische Existenz von Laserstrahlung.³¹¹

In den sechziger Jahren wurde dann von Maiman das Laserprinzip des Rubinkristalls, mit welchem Gewebe geschnitten, aber auch koaguliert werden konnte erstmals beschrieben.³¹² Selbstverständlich bedeutete dieser neue Ansatz für viele Fachdisziplinen, wie die Ophthalmologie, die Allgemeinchirurgie aber auch die Urologie ein vielversprechendes Novum zu sein. Gerade der transurethrale Zugang zur Laserkoagulation und -Resektion der Prostatahyperplasie ist seit wenigen Jahren über das experimentelle Stadium hinaus:³¹³

Als eine der jüngsten Neuanschaffungen im Bereich dieser Therapie des Prostatazuwuchses ist der ‚Greenlight-Laser‘ aus den Vereinigten Staaten anzuführen, welcher in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf erstmalig auf deutschem Boden Anwendung fand. Das Gerät ist seit Oktober des Jahres 2003 im Einsatz und gewährleistet eine möglichst schonende und blutungsarme Abtragung von überschüssigem Prostatagewebe.³¹⁴

2003 war Professor Ackermann der erste Urologe in der Bundesrepublik, der diesen innovativen Laser, der an der Mayo Klinik in Amerika entwickelten worden ist, eingesetzt hat.

Durch den ‚Greenlight-Laser‘ kann eine erhebliche Reduktion des hypertrophierten Prostataparenchyms annähernd



Abb.36: „Greenlight-Laser“.
Quelle: Product Brochure „Greenlight – a Laserscope Innovation“, S.4.

³¹¹ Einstein A, Light amplification by stimulated emission of radiation, o.O. 1917.

³¹² Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

³¹³ Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.184ff.

³¹⁴ Dretler SP, Laserlithotripsy for uretral calculi, in: Journal of Endourology, Ausg. 1/86, 1986, S.13f. Dretler SP, Laserlithotripsy, a review of research and clinical applications, in: Laser Surgeon Medicine, Ausg. 8/88, 1988, S.547. Mulvaney WP, Beck CW, The laser beam in urology, in: Journal of Urology, Ausg. 99, 1968, S112ff. Müssiggang H, Die Entwicklung der Lasertherapie in der Urologie, München 1983.

³¹⁴ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.
Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006)

blutungsfrei erzielt werden. Aus diesem Grunde ist auch die Behandlung von Patienten mit blutverdünnenden Medikationen wie Marcumar oder Heparin nicht mehr kontraindiziert.³¹⁵

Außerdem scheint der Prozentsatz iatrogenen, erektilen Dysfunktion aufgrund dieses Eingriffs - im Vergleich mit einer konventionellen Ausschälung der Prostata - geringer auszufallen.³¹⁶

V Weiteres OP-Inventar:

Weitere Neuerungen erfuhr darüber hinaus der Urologische Operationssaal in Form einer neuen OP-Lampe - genehmigt am 24.11.1960 -, einem neuen Operationstisch - am 19.4.1960 bewilligt -, sowie einem Elektromesser, -koagulator - 2.4.1960.³¹⁷

Auch die Elektrokoagulation stellte eine wegbereitende Neuerung dar, da es mit ihr möglich war auch kleinste Blutungsherde zu verschließen ohne diese unterbinden zu müssen. Dieser Umstand bedeutete ebenfalls ein dezimiertes Blutungsrisiko und damit kürzere Liegezeiten für die zu Operierenden.³¹⁸ Obwohl dieser Ansatz erstmals bereits Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts durch den Ingenieur Tesla und den Physiologen d'Arsonval beschrieben wurde,

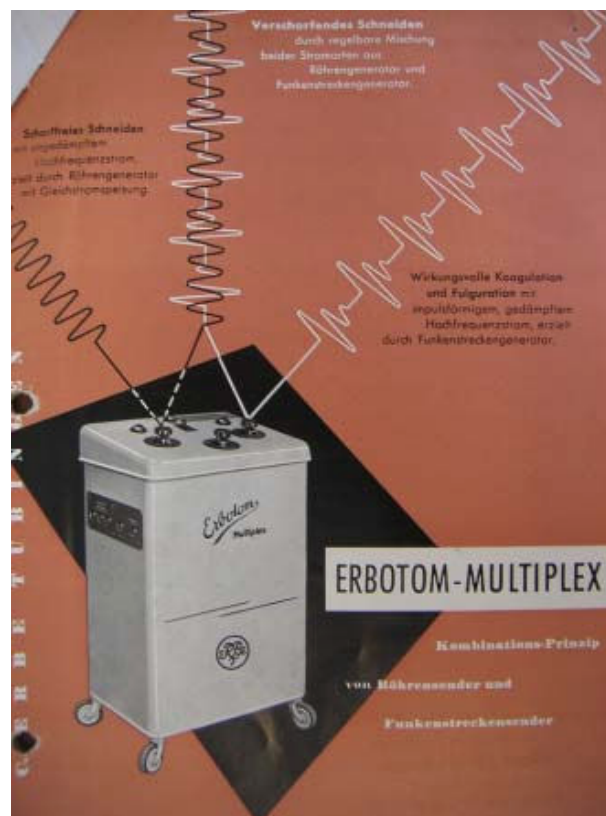


Abb.37: „Erbotom Multiplex“, Anfang der 1960er Jahre .
Quelle: StadtA Düsseldorf, IV 37102.

³¹⁵ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006.

³¹⁶ Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf. Quelle: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006)

³¹⁷ StadtA Düsseldorf, IV 37102.

³¹⁸ Gespräch mit Herrn Prof. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie vom Februar 2006. Gespräch mit Herrn Prof. Ackermann vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.

dauerte es noch einige Jahre, bis er standardisiert in Operationssälen Anwendung fand.³¹⁹

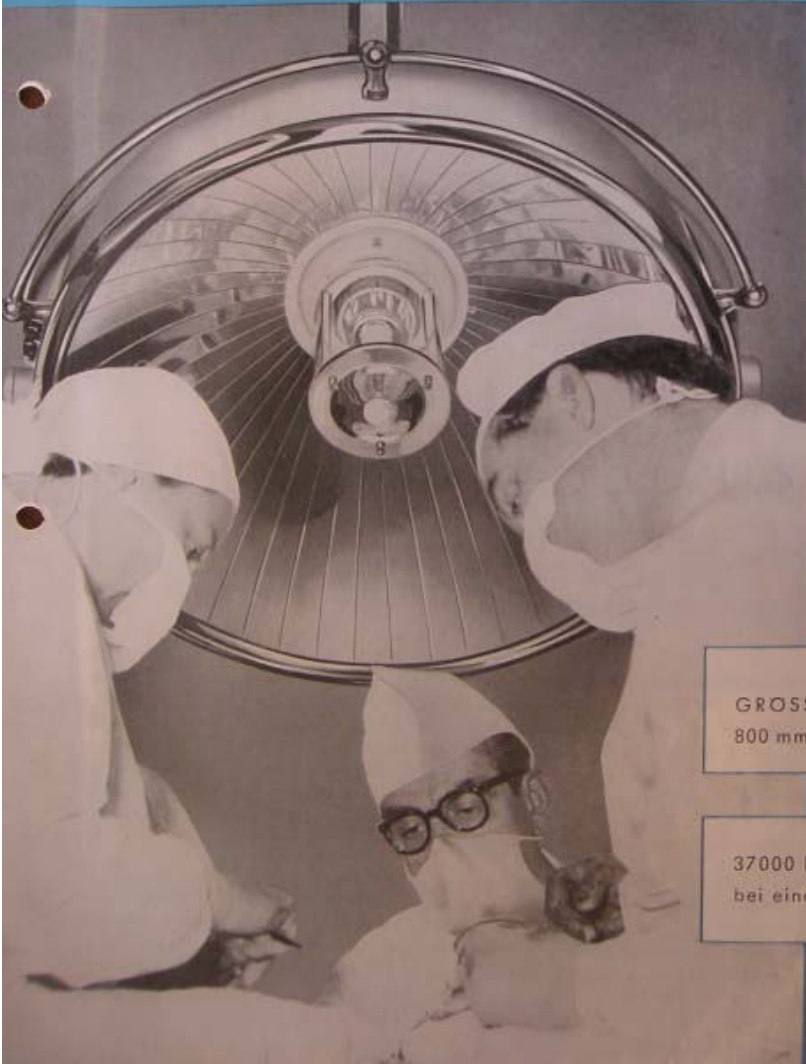
³¹⁹ Seemen H, Elektrochirurgie, Berlin 1932.
Keyser F, Die Elektrochirurgie, Leipzig 1931.

Warum bevorzugt der Chirurg

CHROMOPHARE

OPERATIONSLEUCHTEN?

Er kennt und schätzt ihre Vorzüge!



- Große Schattentfreiheit
- Kaltes Licht
- Aseptische Vollkommenheit
- Spielend leichte Beweglichkeit
- Unübertroffene Lichtintensität
- Unerreichte Tiefenausleuchtung
- Bewegungssteuerung vom Beleuchter
- Seitliche Fokus- und Operationslichteinstellung
- Stufenlose Intensitätsregulierung

GROSSE **A**
800 mm Spiegeldurchmesser

37000 N-Lux
bei einem Abstände von 1 m

Abb.38: „Chromophare“ Operationslampe, Anfang der 1960er Jahre.
Quelle: Stadt A Düsseldorf, IV 37102.

Neuer Urologischer Operations- und Behandlungstisch Modell „Brückenau“ mit Kreislüftung

speziell für transurethrale operative Eingriffe: Elektro-Resektion, Lithotripsie u. s. f.



1170 mm Aufrichten
+ 15°

1030 mm Heben

— AUFLAGEFLÄCHE

780 mm Senken
— 15°

640 mm Neigen

Armstützen
seitlich abklappbar
Beinhalter
nach vorn kippbar

Elektrische Steuerung
Zentimeterweise
verstellbare Becken-
Hoch- und Tieflagerung

Plexi-Spülschale
mit Siebauffang
für Coagula

Strahlendurchlässige Sitzfläche zwecks Verwendung des Bildwandlers z. B. bei der Steinextraktion

Ellbogenstützen - Handfessel-Klemmbacken - Schulterstützen - verlängerte Beinplatten

Plastikpolsterauflage abnehmbar

LIBORIT-Endoskopie-Potentiometer - Cystoskop-Halter bzw. Kabelstützvorrichtung flexibel

Hängespüle mit NR-Schraubtülle

DURCH LIBORIT-GERÄT ERHÖHTE STERILITÄT



Nr. 519

Abb.39: Operationstisch „Brückenau“, Anfang der 1960er Jahre.
Quelle: Stadt A Düsseldorf, IV 37102.

Wenngleich es sicherlich kaufmännisch nicht vertretbar erscheint, ausnahmslos alle Novellierungen und Modifikationen auf dem Sektor der Medizintechnik dem Patientenkollektiv des Hauses zukommen zu lassen, lässt sich dennoch festhalten, dass Professor Dettmar, und danach Herr Professor Ackermann, stets bemüht waren weitestgehend die diagnostischen und therapeutischen Geräte und Instrumentarien des aktuellen Standes der Technik vorzuhalten, um eine hochqualitative und zeitgemäße Patientenversorgung sicher zu stellen.

5 ZUSAMMENFASSUNG / FAZIT:

Betrachtet man die Entwicklung der heutigen Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf seit ihrer Gründung im Jahre 1958, so werden vielfältige Veränderungen, Fortschritte und Novellierungen deutlich. Diese beziehen sich nicht nur auf bauliche Gegebenheiten der Klinik, sondern vielmehr auch auf Entwicklungen in den Sektoren Therapie, klinische Forschung, akademische Lehre und angewandte Medizintechnik:

Zum Zeitpunkt der Gründung der Medizinischen Akademie Düsseldorf im Jahre 1907 fand die Fachdisziplin Urologie keinerlei spezifische Berücksichtigung. Dies liegt sicherlich in der Tatsache begründet, dass es Anfang des Zwanzigsten Jahrhunderts zwar Schwerpunkte diesbezüglich gegeben hat, der Urologie als solche innerhalb der Medizin aber lediglich eine Nischenposition zukam. Obschon die Deutsche Gesellschaft für Urologie im Jahre 1924 erstmals den Begriff des Facharztes für Urologie eingeführt hat, dauerte es noch weitere vierunddreißig Jahre, bis in Düsseldorf die heutige Urologische Universitätsklinik ihre Gründung erfuhr. Die Ausgliederung des Faches durch Ernst Derra, welcher hierfür als Initiator und Realisator gelten muss, nahm zum damaligen Zeitpunkt eine Mit-Vorreiterstellung ein. Sicherlich durch Professor Alken (Homburg / Saar) inspiriert, handelte es sich in Düsseldorf um einen der ersten Lehrstühle für Urologie in der damaligen Bundesrepublik Deutschland.

Herrmann Dettmar, der erste Ordinarius seines Faches in Düsseldorf, hat maßgeblich zur Etablierung der Urologischen Klinik innerhalb des späteren Universitätsklinikums beigetragen. Er war derjenige, der das Fach in die akademische Ausbildung der Düsseldorfer Medizinstudenten eingeführt hat und dieses - Zeit seines Schaffens - auch weiterverfolgte. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie in den Jahren 1964 – 1967 verschaffte sich Professor Dettmar die Anerkennung des nationalen Kollegiums.

Dettmar - enttäuscht durch nicht realisierte Bausanierungen und weitere Diskrepanzen mit der Klinikverwaltung - soll nach Antritt seines Ruhestandes niemals wieder den Kontakt zum Universitätsklinikum Düsseldorf gesucht haben.

Unter Rolf Ackermann wurden vielfältige Kooperationen mit Instituten und Kliniken in der gesamten Welt geschaffen. Wissenschaftlicher Veröffentlichungen in allen bedeutenden Fachzeitschriften sowie Ackermanns Mitgliedschaften und

Ehrenmitgliedschaften in einer Vielzahl nationaler und internationaler Fachgesellschaften haben zum Ruf des Hauses ihren Beitrag geleistet. Darüber hinaus haben die Maßnahmen Ackermanns als ärztlicher Direktor des Hauses, ob in baulichen Belangen, in Fragen der Klinikumsstrukturierung oder Initiation und Realisation neuer Therapieeinrichtungen für die Patientenschaft, nachhaltigen Nutzen bewiesen.

Im Laufe der vergangenen achtundvierzig Jahre hat sich auch ein nachvollziehbarer Wandel in der Therapie der Patientenschaft der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf ergeben. Der Weg zu minimalinvasiven Therapieansätzen hat einen enormen Einfluss auf die Reduktion der Liegezeiten der Patienten. Hierzu zählen die Entwicklungen in der Laparoskopie, der Endoskopie und die Initiation neuer Verfahren wie der ‚Laserscope Greenlight-Laser‘. Außerdem sind Großteile der urologisch notwendigen Eingriffe in den vergangenen Jahren merklich ärmer an Nebenwirkungen geworden. Im Besonderen die Therapie der benignen Prostatahyperplasie geht heute nur noch selten mit einer iatrogenen, erektilen Dysfunktion einher.

Ebenso sind Fortschritte in der Diagnostik, sei es apparativ - Radiologie, Computertomographie, Sonographie u.a. - oder laborchemisch - Entdeckung des prostataspezifischen Antigens u.v.a. -, für die Prophylaxe und Früherkennung unterschiedlichster Pathologien als essenziell zu werten.

Die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf war, was Diagnostika betrifft, im Wesentlichen immer auf dem aktuellen Entwicklungsstand und - in einigen Fällen - auch maßgeblich an deren Entwicklungen beteiligt.

Im Hinblick auf die klinische Forschung innerhalb des Hauses gilt es zu konstatieren, dass die Präsenz von vielen Arbeiten der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf in fachrelevanten Zeitschriften des In- und Auslandes, während der Zeit Ackermanns erfolgte. Während der Ära Dettmar gab es nur wenige Veröffentlichungen mit der Ausnahme von Beiträgen in deutschsprachigen Lehrbüchern. So ist Ackermann, mit seinen Ambitionen zur Etablierung der klinischen Forschung innerhalb des Hauses, als Wegbereiter dessen zu sehen.

Auch in puncto akademischer Lehre erfolgte erst spät eine vollständige Einbeziehung des Faches Urologie in das Curriculum. Während unter Derra

urologische Lehrinhalte noch im Rahmen der chirurgischen Hauptvorlesung vermittelt wurden, kam es ab 1958 unter Dettmar zur Loslösung aus dem Kontext der Chirurgie und zur Initiation eigener fachspezifischer Veranstaltungen. Gerade hierbei wurden den Studierenden wesentliche Inhalte, im Besonderen im Hinblick auf onkologische Aspekte, aber auch im Bezug auf die sich entwickelnde Bildgebung vermittelt. Ackermann setzte diese Bestrebungen dann ab dem Jahre 1983 nahtlos fort und kreierte neben Grundlagenwissen vermittelnden Lehrveranstaltungen auch solche, die stets Zeitgemäßes und aktuelle Novellierungen beinhalteten. Im Zusammenhang mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte und dem sich daraus ergebenden Unterricht in Modulform, kommt dem Fach der Urologie an der Heinrich Heine Universität heute nur noch eine Nischenposition innerhalb der chirurgischen Lehre zu. Dies ist aus Sicht der Urologie sicherlich als Rückschritt zu werten.

Im Zusammenhang baulicher Veränderungen des Hauses muss festgehalten werden, dass nach schweren Schäden infolge des Zweiten Weltkrieges die Sanierung viele Jahrzehnte auf sich warten ließ. Die endgültige Wiederherstellung des Gebäudes wurde im Jahre 2003 vollendet. Neben dem zerstörten Dachstuhl und weiteren Bauфälligkeiten wurden alle relevanten Bereiche auf den aktuellen Stand gebracht. Gerade medizinische Einrichtungen wie die Patientenzimmer, Gerätschaften zur Diagnostik und Therapie sowie Forschungseinrichtungen wurden realisiert. Herrmann Dettmar bedauerte die Tatsache, dass diese Sanierungsarbeiten bis zu seinem Ausscheiden aus der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf keine Realisation fanden.

Während Rolf Ackermanns Wirken als ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Düsseldorf wurden die erforderlichen, zuvor begonnen Arbeiten dann zum Abschluss geführt. Heute stellt die Urologische Universitätsklinik Düsseldorf auch in baulichen Belangen eines der führenden Häuser in der Bundesrepublik Deutschland dar.

6. QUELLEN:

- Archiv des “Düsseldorfer Express”, Ausgabe vom 27.06.1986.
- Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28.-31. Mai 2002 in Rostock.
- Caspers HP, 80 Jahre Klinik Golzheim, Akutklinik Düsseldorf Golzheim, Düsseldorf 2006.
- Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Dr. med. Ackermann, Gespräch vom 12.09.2006 in der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf.
- Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Professor Dr. med. Hubert Frohmüller, Gespräch vom März 2007.
- Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Dr. med. Volker Müller Mattheis (Oberarzt der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf), Gespräch vom 7. Mai 2007.
- Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Prof. Dr. med. Rathert, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Gespräch vom Februar 2006.
- Ich verdanke diesen Hinweis Herrn Professor Dr. phil. Jörg Vögele, Inst. G. d. Med. Uni Düsseldorf, Personalakte Prof. Dr. Peter Janssen, Medizinische Akademie Düsseldorf, lose Blattsammlung.
- Jahrbücher und Vorlesungsverzeichnisse der heutigen Heinrich Heine Universität Düsseldorf.
- Product Brochure, Greenlight – a Laserscope Innovation.
- http://lex.izynews.de/de_de_1/Heinrich-Heine-Universit%C3%A4t_D%C3%BCsseldorf (Stand 05/2005)
- http://www.anaesthesie.medizin.uni-mainz.de/475_DEU_HTML.php (Stand: 08/2006)
- <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/05MWBO/MWBO073.html> (Stand: Sept. 2005)
- <http://www.laserscope.com/surgical/administrators/index.html> (Stand (04/2006)
- <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/084-001.htm> (Stand 04/2006)
- http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Sprechstunden/index_3.html (Stand 04/2006)
- http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten-Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006)
- http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Frauenklinik/UNIKID/index_2.html (Stand (04/2006)

-
- http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Frauenklinik/UNIKID/Bilder%20aus%20dem%20UniKiD/IVF-Labor/index_3.html (Stand 04/2006)
 - <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Klinik> (Stand 08/2006)
 - <http://www.villarsgyn.ch/tvt.htm> (Stand 12/2007).
 - Jahresabschlussberichte/Geschäftsberichte der Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf 1978 - 2004.
 - Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Universität Düsseldorf.
 - St. Gallen, Schriftsbibliothek, Codex 602.
 - Stadtarchiv Düsseldorf aus „Rheinische Post“ vom 28.06.1986.
 - Stadtarchiv Düsseldorf IV 37560.
 - Stadtarchiv Düsseldorf IV 37980.
 - Stadtarchiv Düsseldorf, IV 37102.
 - Statistisches Bundesamt, Themenheft der Gesundheitsberichterstattung, Heft 36/2007.
 - Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung, Themenheft 20, Abb. 2, 2007.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf 3/9 515, Telefonprotokoll.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf, 1/2 198 „Denkschrift zur Ausgliederung der Urologie und Neurochirurgie“.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf, 1/2 198.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf, 3/9 423.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf, A 1/2 198, Architekturunterlagen.
 - Universitätsarchiv Düsseldorf; 1/5 423.
 - Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1958.
 - Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1959/60.
 - Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf 1961/62.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 2003/04.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1973.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1975.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1978.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1984.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1986.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1989.

-
- Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1990.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1993.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1993.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1995.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1972/73.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1980/81.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1981/82.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1982/83.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1983/84.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1985/86.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1986/87.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1990/91.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1991/92.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1992/93.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1997/98.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1998/99.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1972.
 - Vorlesungsverzeichnis der medizinischen Fakultät Düsseldorf 1969/70.
 - Vorlesungsverzeichnisse / Jahrbücher der medizinischen Akademie / Heinrich Heine Universität Düsseldorf.

6.1 Literaturnachweis:

- Ackerknecht EH, Geschichte der Medizin, Berlin 1992.
- Ackermann R, Altwein JE, Faul P, Aktuelle Therapie des Prostatakarzinoms, Berlin 1991
- Ackermann R, Eröffnungsrede, aus dem Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Düsseldorf), 1996 Düsseldorf
- Ackermann R, Grimm M-O, Bender HG, Dall P, Hohenberger W, Göhl J, Merkel S, Operative Interdisziplinarität. Kleines Becken und Retroperitoneum, in: Chirurg, Ausg. 75, 2004, S.379-389.
- Ackermann R, Klinische Forschung im Spannungsfeld zwischen Krankenversorgung und theoretischer Wissenschaft. Antrittsrede zur Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1996, Sitzungsprotokoll aus dem Archiv der Deutschen Gesellschaft für Urologie Düsseldorf
- Ackermann R, Prostatic hyperplasia, Düsseldorf 1989
- Ackermann R, Reform der Medizinischen Einrichtungen. Neue Rechtsform und strukturelle Fragen, Düsseldorf 2006
- Ackermann R, Therapie urologischer Tumoren, Düsseldorf 1990
- Ackermann R, Malignancies of the genitourinary tract, Düsseldorf 1993
- Ackermann R, Uroonkologie, Düsseldorf 2001
- Adorján P, Distler J, Lipscher E, Model F, Müller J, Pelet C, Braun A, Florl AR, Gütig D, Grabs G, Howe A, Kursar M, Lesche R, Leu E, Lewin A, Maier S, Müller V, Otto T, Scholz C, Schulz WA, Seifert HH, Schwöpe I, Ziebarth H, Berlin K, Piepenbrock C, Olek A, Tumour class prediction and discovery by microarray-based DNA methylation analysis, in: Nucleic Acids Research, Ausg. 30, S. 21.
- Akt Urol 2001, Ausg. 32, Düsseldorf 2001, S. 38ff.
- Albers P, Jakse G, Qualitätssicherung der radikalen Prostatektomie. Outcome measurement in radical prostatectomy, in: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 51-52 vom 26.12.2005, Seite A-3582 / B-3033 / C-2538
- Anastasiadis A, Lemm I, Radzewitz A, Lingott A, Ebert T, Ackermann R, Ryffel GU, Schulz WA, Loss of function of the tissue-specific transcription factor HNF1alpha in renal cell carcinoma and clinical prognosis, in: Anticancer Research, Ausg. 3A, S.2105-2110.
- Anastasiadis AG, Calvo-Sanchez D, Franke KH, Ebert T, Heydthausen M, Schulz WA, Burchardt M, Gerharz CD, p27KIP1-expression in human renal cell cancers: implications for clinical outcome, in: Anticancer Research, Ausg. 23, 2003, S.217-222.

-
- Anastasiadis AG, Ebert T, Gerharz CD, Ackermann R, Simultaneous diagnosis of a metanephric adenoma and a clear cell carcinoma of the contralateral kidney, in: European Journal of Urology, Aug. 39, 2001, S.236-239.
 - Anastasiadis AG, et al., Epididymal metastasis of a prostatic carcinoma, in: Urol Int., Aug. 60 (2), 1998, S.124f.
 - Bachmann A, Ruszat R, Wyler S, Reich O, Seifert HH, Muller A, Sulser T, Photoselective vaporization of the prostate: the basel experience after 108 procedures, in: European Journal of Urology, Aug. 47(6), 2005, S.798-804.
 - Bachmann A, Schurch L, Ruszat R, Wyler SF, Seifert HH, Muller A, Lehmann K, Sulser T, Photoselective Vaporization (PVP) versus Transurethral Resection of the Prostate (TURP). A Prospective Bi-Centre Study of Perioperative Morbidity and Early Functional Outcome, in: European Journal of Urology, Aug. 48(6), 2005, S.965-972.
 - Bandhauer K, Ackermann R, Urologie in der Praxis, Weinheim 1986.
 - Baumann ED, Über die Erkrankungen der Nieren- und Harnblase im klassischen Altertum, Leyde 1933, S.19.
 - Bendack ML, Grimm MO, Vögeli TA, Ackermann R, Primary treatment of ureteral stones by new lithotripter multiline, in: Journal of Endourology, 1998, im Druck.
 - Bendhack ML, Vögeli T, Schrotten H, Gerharz CD, Ackermann R, Chronic granulomatous disease masquerading as a bladder tumor: A potential source of diagnostic error, in: Eur Urol, Aug. 32, 1997, S.380-384.
 - Berg W, Schanz H, Eisenwinter B, Schorch P, Häufigkeitsverteilung und Trendentwicklung von Harnsteinsubstanzen, Auswertung von 210.000 Harnsteinanalysedaten. aus: Urologe Aug.: 31, 1992, S. 98–102.
 - Berthold J, Achtung Männer: Die Urologie, Berlin 2003, S. 1f.
 - Betz B, Florl AR, Seifert HH, Dall P, Schulz WA, Niederacher D, DHPLC as a reliable high-throughput pre-screening method for aberrant promoter methylation in cancer, in: Human Mutations, Aug. 23, 2004, S.612-620.
 - Bichler KH, Mattauch B, Andree LVU, Zur Geschichte der Urologie in Südwestdeutschland, o.O. 1996.
 - Bircks W, History of cardiac surgery in Germany. in consideration of her relation to the German Cardiac Society, München 2002.
 - Bircks W, Nachruf für Prof.Dr.med. Ernst Derra, Düsseldorf 1979, in: Thoracal Cardiovascular Surg., Dezember 1979, Aug. 27(6), S. 345f.
 - Bircks W; Kremer K; Schmitt W; Wiecke K, Ernst Derra zum 75. Geburtstag, in: Zentralblatt für Chirurgie Aug. 101(5), München 1976.
 - Boeminghaus H, Urologie, Operative Therapie-Indikation-Klinik, o.O. 1971.
 - Boeminghaus H, Verhandlungsbericht der Urologentagung in Düsseldorf vom 15. - 17. September 1948, Düsseldorf 1949.

-
- Borner AR, Langen KJ, Herzog H, Hamacher K, Muller-Mattheis V, Schmitz T, Ackermann R, Coenen HH, Whole-body kinetics and dosimetry of cis-4-[18F]fluoro-L-proline, in: Nucl. Med. Biol., Aug. 28, 2001, S.287-292.
 - Bruch J, Schulz WA, Melzner I, Kemmerling R, Brüderlein S, Möller P, Vogel W, Hameister H, Concurrent gain of chromosomes 5p, 6p, and 20q in bladder carcinoma cell lines: Delineation of the 6p22 amplification unit, in: Cancer Research, Aug. 60, 2000, S.4526-4530.
 - Burchardt M, Burchardt T, Kiss AJ, Baer L, Pawar RV, de la Taille A, Shabsigh A, Shabsigh R, Sexual dysfunction is overlooked in female patients with hypertension , in: J Sex Marital Ther, Aug. 28, 2002, S.17-26.
 - Burchardt M, Burchardt T, Shabsigh A, Ghafar M, Chen MW, Anastasiadis A, de la Taille A, Kiss A, Buttyan R, Reduction of wild type p53 function confers a hormone resistant phenotype on LNCaP prostate cancer cells, in: Prostate, Aug. 48, 2001, S.225-230.
 - Burnett AL, Erectile dysfunction, in: The Journal of urology, Vol. 175 (3 Pt 2), S.25-31, 2006
 - Caspers HP, 80 Jahre Klinik Golzheim, Akutklinik Düsseldorf Golzheim, Düsseldorf 2006, S.1f.
 - Chen MW, Vacherot F, de la Taille A, Gil-Diez-de-Medina S, Shen R, Friedmann RA, Burchardt M, Chopin DK, Buttyan R, The emergence of protocadherin-PC expression during the acquisition of apoptosis-resistance by prostate cancer cells, in: Oncogene, Aug. 21, 2002, S.7861-7871.
 - Clasen S, Schulz WA, Gerharz C-D, Grimm M-O, Christoph F, Schmitz-Dräger BJ, Frequent and heterogenous expression of cyclin-dependent kinase inhibitor WAF1/p21 protein and mRNA in urothelial carcinoma, in British Journal of Cancer, Aug. 77, 1997, S.515-521.
 - Claussen G, Beitrag zur Geschichte des Baues der ehemaligen Krankenanstalten des jetzigen Gebäudes 14.79 der Universität Düsseldorf (Zugl.: Düsseldorf, Univ. Diss., 1987), Düsseldorf 1987
 - Cronauer MV, Schulz WA, Burchardt T, Ackermann R, Burchardt M, Inhibition of p53 function diminishes androgen receptor-mediated signaling in prostate cancer cell lines, in: Oncogene, Aug. 23, 2004, S.3541-3549.
 - David R, Archbold R, Wenn Mumien erzählen, München 2000.
 - De la Taille A, Rubin MA, Vacherot F, Chen MW, Vacherot F, de Medina SGD, Burchardt M, Buttyan R, Chopin D, β -Catenin-related anomalies in apoptosis resistant and hormone-refractory prostate cancer cells, in: Clinical Cancer Research, Aug. 9, 2003, S.1801-1807.
 - Der Urologe-B, Aug. 41 (2), S. 125-127.

-
- Derouet H, Osterhage J, Sittinger H, Erektile Funktionsstörungen. Epidemiologie, Physiologie, Aetiologie, Diagnostik und Therapie, in: Der Urologe A, Vol. 43 (2), S.197-209, 2004.
 - Derra E , Handbuch der Thoraxchirurgie, Düsseldorf 1958.
 - Derra E,Habilitationsschrift von 1936, in: Deutsches Zentralblatt für Chirurgie, Bonn 1937.
 - Dettmar H, Niederhäusern von W, Bickel G, Unspezifische Entzündungen, Berlin 1964.
 - Deutsches Ärzteblatt 93, Ausgabe 26 vom 28.06.1996, Seite A-1779 / B-1503 / C-1403, 1996.
 - Die Universität in Zahlen 2005/2006, Düsseldorf 2006.
 - Diepgen P, Goerke H, Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 7.Aufl., Berlin 1960.
 - Dietrich H, James Israel (1848-1926). Mitbegründer der Urologie in Deutschland, Bd.2, Leipzig 1996.
 - Dimopoulos C, Giales A, Likourinas M, Hippokrates. Founder and pioneer of urology, in: British Journal of Urology, Ausg. 52 1999, S. 73f.
 - Dretler SP, Laserlithotripsy, a review of research and clinical applications, in: Laser Surgeon Medicine 8/88 S.547, 1988
 - Dretler SP,Laserlithotripsy for uretral calculi, in: Journal of Endourology 1/86 S.13f, 1986.
 - Duft J, Notker als Arzt. Klostermedizin und Mönchsarzt im frühmittelalterlichen St. Gallen, St. Gallen 1972.
 - Einstein A, Light amplification by stimulated emission of radiation, o.O. 1917.
 - Engel RM, 1902-2002. 100 years of progress, o.O. 2002.
 - Engelhardt DV, Hartmann F, Klassiker der Medizin. Von Hippokrates bis Hufeland, Bd.1, München 1991.
 - Erektile Dysfunktion: Tadalafil erweitert die Substanzpalette, in: Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 20 vom 16.5.2003, 2003, Seite A-1381.
 - Esch MG, Die Medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus, Düsseldorf 1997.
 - Eulner HH, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, in: Studien zur Medizingeschichte des 19.Jahrhunderts, Bd.4, Stuttgart 1963.
 - F. Christoph, B. Schmidt, B.J. Schmitz-Dräger, W.A. Schulz, Overexpression and amplification of the c-myc gene in human urothelial carcinoma, in: Intenational Journal of Cancer, Ausg. 84, 1999, S.169-173.

-
- Fischer I, Voswinckel P, Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre, Berlin und Wien 2002.
 - Fleck L, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, Frankfurt/Main 1935.
 - Florl AR, Franke KH, Niederacher D, Gerharz CD, Seifert HH, Schulz WA, DNA methylation and the mechanisms of CDKN2A inactivation in transitional cell carcinoma of the urinary bladder Lab., in: Investigastion, Aug. 80, 2000, S.1513-1522.
 - Florl AR, Loewer R, Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA, DNA methylation and expression of L1 LINE and HERV-K provirus sequences in urothelial and renal cell carcinoma, in: British Journal of Cancer, Aug. 80, 1999, S.1312-1321.
 - Florl AR, Schulz WA, Peculiar structure and location of 9p21 homozygous deletion end-points in human cancer cells, in: Genes Chromosomes Cancer, Aug. 37, 2003, S.141-148.
 - Florl AR, Steinhoff C, Müller M, Seifert HH, Hader C, Engers R, Ackermann R, Schulz WA, Coordinate hypermethylation at specific sites in prostate carcinoma precedes LINE-1 hypomethylation, in: British Journal of Cancer, Aug. 91, 2004, S.985-994.
 - Franke H, Irmer W, Ernst Derra zum 65. Geburtstag, in: Zentralblatt für Chirurgie, Aug. 91(10), 1966.
 - Franke KH, Miklosi M, Goebell P, Clasen S, Steinhoff C, Anastasiadis AG, Gerharz CD, Schulz WA, Cyclin-dependent kinase inhibitor p27KIP1 is expressed preferentially in early stages of urothelial carcinoma, in: Urology , Aug. 56, 2000, S.689-695.
 - Frohmüller H, Thompson GJ, Transurethrale Prostata-Resektion mit dem Thompson-Resektoskop, in: Der Urologe 1/62 , 1962.
 - Frohn B, Klostermedizin, München 2001.
 - Geddert H, Kiel S, Iskender E, Florl AR, Krieg T, Vossen S, Gabbert HE, Sarbia M, Correlation of hMLH1 and HPP1 hypermethylation in gastric, but not in esophageal and cardiac adenocarcinoma, in: International Journal of Cancer, Aug. 110, 2004, S.208-211.
 - Ghafar MA, Anastasiadis AG, Chen MW, Burchardt M, Olsson LE, Xie H, Benson MC, Buttyan R , Acute hypoxia increases the aggressive characteristics and survival properties of prostate cancer cells, in: Prostate, Aug. 54, 2003, S.58-67.
 - Goodwin WE, The development of urology as a scientific and clinical discipline, in: American Journal of kidney diseases, Aug. 14, 1990.
 - Gravas S, Laguna P, de la Rosette J, Thermotherapy and thermoablation for benign prostatic hyperplasia, in: Current opinion in urology, Vol. 13 (1), S.45ff, 2003.

-
- Grimm MO, Hartmann FH, Schulz WA, Microarrays: Technik und Potenzial beim Prostatakarzinom, in: Urologe, Ausg. 43, 2004, S.653-658.
 - Grimm M-O, Kamphausen S, Hugenschmidt H, Stephan-Odenthal M, Ackermann R, Vögeli TA, Clinical outcome of patients with lymph node positive prostate cancer after radical prostatectomy versus androgen deprivation, in: European Journal of Urology, Ausg. 41, 2002, S.628-634.
 - Grimm M-O, Spiegelhalder P, Heep H, Röher H-D, Ackermann R, Penile metastasis secondary to a follicular thyroid carcinoma, in: Scandinavian Journal of Urological Nephrology, Ausg. 38, 2004, S.253-255.
 - Grimm M-O, Steinhoff C, Simon X, Spiegelhalder P, Ackermann R, Vögeli TA, Effect of routine repeat transurethral resection for superficial bladder cancer. A long-term observational study, Journal of Urology, Ausg. 170, 2003, S.433-437.
 - Grimm MO, Stern A, Makri D, Schumacher G, Vögeli TA, On the molecular mechanism of lackring paraneoplastic erythrocytosis in renal cell carcinoma patients with elevated erythropoetin serum concentration veröffentlicht, 1998.
 - Grundmann K, Die Marburger Medizinstudentenschaft, in: Gerhard Aumüller u.a. (Hg.), Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, München 2001.
 - Titze H, Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte, Bd. 1-1: Das Hochschulstudium in Preußen und Deutschland 1820-1944, Göttingen 1987, zur Medizin. Bd. 1-2: Wachstum und Differenzierungen der deutschen Universitäten 1830-1945, Göttingen 1995, zu Düsseldorf detailliert.
 - Hafemann G, Benedikt von Nursia, in: Urologe-B, Ausg. 28 1988.
 - Harig G, Wiench P (Hrsg.), Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern, München 1992.
 - Hartung R, Barba M, Instrumentelle Therapie der benignen Prostatahyperplasie, in: Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 15 vom 14.04.2000, Seite A-989 / B-819 / C-767, 2000.
 - Hautmann RE, Huland H, Urologie, Hamburg 1997.
 - Herkommer K, Niespodziany S, Zorn C, Gschwend JE, Volkmer BG, Versorgung der erektilen Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie ohne Hormonentzug. Ergebnis einer Befragung unter deutschen Urologen, in: Journal urologischer Urogynäkologie, Sonderheft April 2004, 2004.
 - Hernandez A, Zöller K, Enczmann J, Ebert T, Schmitz-Dräger BJ, Ackermann R, Wernet P, Differential transfection efficiency rates of the GM-CSF gene into human renal cell carcinoma lines by lipofection, in: Cancer Genetic Therapy, Ausg. 4, 1997.
 - Hesse A, Brändle E, Wilbert D, Köhrmann KU, Alken P, Study on the prevalence and incidence of urolithiasis in Germany comparing the years 1979 vs. 2000 in Eur. Urol. 2003, Ausg. 44, S. 709–713.

-
- Horst-Stoeckel-Museum für die Geschichte der Anästhesiologie, Uniklinik Bonn, Bonn 2006.
 - Hossli et al, o.O. 1987.
 - Hüttenberger P, Die Gründung der Universität Düsseldorf, in: Universität Düsseldorf. Festschrift zum 20jährigen Bestehen. 16. November 1985, Düsseldorf 1986.
 - Internat.Biogr.A 26/1979, 1979.
 - Jackson P, Grimm M-O, Kingsley EA, Brosius U, Normyle J, Antalis T, Yardley G, Russell PJ, Relationship between expression of KAI1 metastasis suppressor gene, mRNA levels and p53 in human bladder and prostate cancer cell lines, in:Urological Oncology, Ausg. 7, 2002.
 - Jutzler GA, Die Geschichte der Dialyse, o.O. 1986.
 - Kapferer R, Stricker G (Hrsg),Die Werke des Hippokrates, 1.Aufl., Bd.2, Anger 1995.
 - Keyser F, Die Elektrochirurgie, Leipzig 1931.
 - Kimura F, Florl AR, Seifert HH, Louhelainen J, Maas S, Knowles MA, Schulz WA, Destabilisation of chromosome 9 in transitional cell carcinoma of the urinary bladder, in: British Journal of Cancer, Ausg. 85, 2001, S.1887-1893.
 - Kimura F, Florl AR, Steinhoff C, Golka K, Willers R, Seifert HH, Schulz WA, Polymorphic methyl group metabolism genes in patients with transitional cell carcinoma of the urinary bladder, in: Mutat. Res., Ausg. 458, 2001, S.49-54.
 - Kimura F, Franke KH, Steinhoff C, Golka K, Roemer HC, Anastasiadis AG, Schulz WA, Methyl group metabolism gene polymorphisms and susceptibility toward prostatic carcinoma, in: Prostate, Ausg. 45, 2000, S.225-231.
 - Kimura F, Seifert HH, Florl AR, Santourlidis S, Steinhoff C, Swiatkowski S, Mahotka C, Gerharz CD, Schulz WA, Decreased DNA methyltransferase 1 expression relative to cell proliferation in transitional cell carcinoma, in: International Journal of Cancer, Ausg. 104, 2003, S.568-578.
 - Köcher F, Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen, Bd.1, Berlin 1963.
 - Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004.
 - Konert J, Vom Steinschnitt zur Nierentransplantation, Berlin 2002.
 - Koppitz U, Vögele J, Wissen B, Personalbewegung und Vergangenheitspolitik an der Medizinischen Akademie Düsseldorf, in: Woelk W, Sparing F, Bayer K, Esch M (Hg.), Nach der Diktatur, Die Medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945.
 - Kremer K, Ernst Derra zum 70. Geburtstag in: Deutsche medizinische Wochenschrift, Ausg. 71(10), 1971.
 - Kremer K, In memoriam Ernst Derra, o.O. 1979.
 - Kremling H, Geschichte der gynäkologischen Urologie, München 1987.

-
- Kuhn TS, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt/Main 1962.
 - Laitko H, Erkenntnistheoretische und reproduktionstheoretische Gesichtspunkte zur Bestimmung des Disziplinbegriffes, in: Die Herausbildung wissenschaftlicher Disziplinen in der Geschichte, 1978.
 - Langen KJ, Borner AR, Muller-Mattheis V, Hamacher K, Herzog H, Ackermann R, Coenen HH, Uptake of cis-4-[18F]fluoro-L-proline in urologic tumors, in: Journal of Nuclear Medicine, Ausg. 42, 2001, S.752-754.
 - Latal D, Kuber W, Powischer G, X-ray diagnosis in complicated nephrolithiasis before and during the operation, in: European Surgery, Ausg. 12/1 Februar 1980.
 - Laudatio zu Ehren E. Derra vom 01.05.1965 in Köln, Archiv der Humboldt-Gesellschaft für Wissenschaft, Kunst und Bildung, (Ac7853), Köln 1965.
 - Leeh HJS, Dates in urology, o.O. 2000.
 - Lemm I, Lingott A, Pogge v. Strandmann E, Zoidl C, Bulman MP, Hattersley AT, Schulz WA, Ebert T, Ryffel GU, The loss of HNF1alpha function in human renal cell carcinoma: Frequent mutations in the VHL gene but not in the HNF1alpha gene, in: Mol. Carcinogen., Ausg. 24, 1999, S.305-314.
 - Leube P, Drechsler M, Mühlmann K, Schäfer R, Schulz WA, Santourlidis S, Anastasiadis AG, Ackermann R, Visakorpi T, Müller W, Royer-Pokora B, Refined mapping of allele loss at chromosome 10q23-26 in prostate cancer, in: Prostate, Ausg. 50, 2002, S.135-144.
 - Lingmann H, Die Geschichte der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Düsseldorf von 1907 bis 1965, Med. Diss. Uni Düsseldorf, 1968.
 - Litynski Grzegorz S, Highlights in the history of laparoscopy“, Frankfurt am Main 1996.
 - Loch T, Computergestutzter transrektaler Ultraschall (C-TRUS) in der Diagnostik des Prostatakarzinoms, in: Der Urologe-A, Ausg. 43(11), 2004, S.1377.
 - Lutzeyer W, Die Entwicklung der Urologie seit 1945, in: Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf (01/2004), 2004.
 - Maas S, Warskulat U, Steinhoff C, Mueller W, Grimm MO, Schulz WA, Seifert HH, Decreased FAS expression in advanced stage bladder cancer is not related to p53 status, in: Urology, Ausg. 63, 2004, S.392-397.
 - Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf (1/2004), 2004.
 - Maier J, Der historische Ablauf der Emanzipation neuer Fächer aus der Chirurgie, Promot, Med. Diss. Uni Kiel, 1963.
 - Maier J, Zur Geschichte der Nierentransplantation, Med. Diss. Uni Heidelberg, 1999.
 - Makri D, Schulz WA, Grimm M-O, Clasen S, Bojar H, Schmitz-Dräger BJ, WAF1/p21 regulates proliferation, but does not mediate p53-dependent apoptosis in

-
- urothelial carcinoma cell lines, in: International Journal of Oncology, Aug. 12, 1998, S.621-628.
- Marlovits H, Lange J, Die Geschichte der Laparoskopie. The history of laparoscopy, Frankfurt am Main 1997.
 - Marreiros, Dudgeon K, Dao V, Grimm M-O, Czolij R, Crossley M, Jackson P, KAI1 promotor activity is dependent on p53, junB and AP2: evidence for a possible mechanism underlying loss of KAI1 expression in cancer cells , in: Oncogene Online publiziert 06.12.04 (doi:10.1038/sj.onc.1208216), 2004.
 - Mauermayer W, Der Steinbruch, ein neues Prinzip zur Stichlithotripsie, in: Der Urologe 15/76 (1976), 1976.
 - Mauermayer W, Die transurethralen Operationen, München 1962.
 - Mauermayer W, Operative Komplikationen bei transurethralen Operationen. Analyse von 10.000 transurethralen Eingriffen und ihre Vermeidung und Behandlung, in: Urologie 24/85, 1985.
 - Mauermayer W, Schultze-Seemann F, Deutsche Gesellschaft für Urologie 1907-1978, Düsseldorf 1979.
 - Methylenetetrahydrofolate reductase C677T polymorphism and predisposition towards esophageal squamous cell carcinoma in a German Caucasian and a northern Chinese population, in: J. Cancer Res. Clin. Oncol., Aug. 130, 2004, S.574-580.
 - Meyer A, Hernandez A, Florl AR, Enczmann J, Gerharz CD, Schulz WA, Wernet P, Ackermann R, Novel mutations of the von Hippel-Lindau tumor suppressor gene and rare DNA hypermethylation in renal cell carcinoma cell lines of the clear cell type, in: International Journal of Cancer, Aug. 87, 2000, S.650-653.
 - Meyer-Steinegg T, Sudhoff K, Illustrierte Geschichte der Medizin, Stuttgart 1965.
 - Milles D, Die Geschichte der Anästhesie, Düsseldorf 1999.
 - Modlich O, Prisack H-B, Pitschke G, Ramp U, Ackermann R, Bojar H, Vögeli TA, Grimm MO, Identifying superficial, muscle invasive and metastasizing transitional cell carcinoma of the bladder. use of cDNA array analysis of gene expression profiles, in: Clinical Cancer Research, Aug. 10, 2004, S.3410-3421.
 - Moll F, Zur Entwicklung der Urologie in Köln und im Rheinland, o.O. o.J.
 - Moore TD, A history of the development of urology as a speciality, in: Journal of Urology, Aug. 1, 1923.
 - Müller-M, Müller-Mattheis-V, Seitz-RJ*, Ackermann-R, "Piriformis-Syndrom" - Ein ungewöhnlicher Weg bis zur Diagnose eines Nierenbeckensteins in einer kaudal dystopen Niere, in: Aktuelle Urologie, Aug. 32, 2001, S.38-41.
 - Müller SC, Hofmann R, Köhrmann KU, Hesse A,
 - Epidemiologie, instrumentelle Therapie und Metaphylaxe des Harnsteinleidens, aus:

-
- Deutsches Ärzteblatt 101, Ausg. 19 vom 07.05.2004, Seite A-1331 / B-1101 / C-1065.
 - Mulvaney WP, Beck CW, The laser beam in urology, in: Journal of Urology Ausgabe 99, S.112ff, 1968.
 - Murphy LJT, The history of urology, o.O. 1972.
 - Müschen M, Schmidt B, Warskulat U, Schulz WA, Häussinger D, Regulation of CD95(Apo1/Fas) Ligand and Receptor expression in embryonal carcinoma cells by interferon γ and retinoic acid, in: Biol. Chem., Ausg. 379, 1998, S.1083-1091.
 - Müssiggang H, Die Entwicklung der Lasertherapie in der Urologie, München 1983.
 - Nesbit R, Transurethral prostatectomy, o.O. 1943.
 - Nixdorf S, Grimm M-O, Loberg R, Marreiros A, Russell PJ, Pienta KJ, Jackson P, Expression and regulation of MIM (Missing in Metastasis), a novel putative metastasis suppressor gene, and MIM-B, in bladder cancer cell lines, in: Cancer Lett., Ausg. 215, 2004, S.209-220.
 - Oncogene Online publiziert 06.12.04, doi:10.1038/sj.onc.1208216.
 - Operationsbuch der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf, 1946.
 - Operative Spermienentnahme aus urologischer Sicht, in: Der Urologe Ausgabe. 38 (6), S. 563-568.
 - Ottenjann R, Fortschritte der Endoskopie, Bd.2, Stuttgart 1970.
 - Oya M, Schmidt B, Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA, Expression of G1/S transition regulatory molecules in human urothelial cancer, in: Japanese Journal of Cancer Research, Ausg. 89, 1998, S.719-726.
 - Oya M, Schulz WA, Decreased expression of p57KIP2 in human bladder cancer, in: British Journal of Cancer, Ausg. 83, 2000, S.626-631.
 - Park JK, Jang SW, Lee SW, Cui Y, Rare complication of multiple revision surgeries of penile prosthesis, in: The journal of sexual medicine, Vol. 2 (5), S. 735ff, 2005.
 - Porst H, Penile Disorders, Hamburg 1997.
 - Prüll CR, „Disziplinen: Entwicklungsmöglichkeiten der Medizingeschichte als Disziplinen- und Wissenschaftsgeschichte“ in: Paul N, Schlich T, Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt/Main 1998.
 - Rathert P, Die Ausscheidungsurographie. Kontroversen ihrer historischen Entwicklung, Berlin 1992.
 - Rathert P, Urologie: Integration durch Innovation, in: Urologe-B, Ausg. 28.
 - Reinhardt M, Müller-Mattheis V, Gerharz C-D, Vosberg H, Ackermann R, Müller-Gärtner HW, FDG-PET evaluation of retroperitoneal metastasis of testicular cancer before and after chemotherapy, in: Journal of Nuclear Medicine, Ausg. 38, 1997, S.99-101.

-
- Reuter HJ (Hrsg.), (1980-1988) Atlas der urologischen Endoskopie, Bd.2, Berlin 1988.
 - Roseno A, Die intravenöse Pyelographie, in: Klinischer Wochenschrift, 1929.
 - Rubritius H, In welche Bahnen sollen wir die weitere Entwicklung unseres Faches lenken?, in: Zeitung für Urologie, Ausgabe 29, 1935.
 - Ruffer MA, Note of the presence of Bilharzia Haematobia in Egyptian mummies of the twentieth dynasty, in: British Medical Journal, 1910.
 - Santourlidis S, Florl AR, Ackermann R, Wirtz HC, Schulz WA, High frequency of alterations in DNA methylation in adenocarcinoma of the prostate, in: Prostate, Aug. 39, 1999, S.166-174.
 - Santourlidis S, Kimura F, Fischer J, Schulz WA, Suppression of clonogenicity by the PCNA-binding domain of mammalian Dnmt1 Biochem., in: Cellular Biology, Aug. 82, 2004, S.589-596.
 - Santourlidis S, Warskulat U, Florl AR, Maas S, Pulte T, Fischer J, Müller W, Schulz WA, Hypermethylation of the tumor necrosis factor receptor superfamily 6 (APT1, Fas, CD95/Apo-1) gene promoter at rel/nuclear factor kappaB sites in prostatic carcinoma, in: Mol. Carcinog., Aug. 32, 2001, S.36-43.
 - Schipperges H, Hippokrates, Galenos. Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern, München 1991.
 - Schirren C, Geschichte der Andrologie in der Dermatologie unter spezieller Berücksichtigung der Situation in Deutschland Hamburg 1989.
 - Schmandt Werner, Ohnhaus MW, Geschichte der Urologie in Nordrhein-Westfalen, o.O. 1997.
 - Schmid HP, Altwein JE, Faul P, Wirth M, Screening und Früherkennung des Prostatakarzinoms: Zwischen Szylla und Charybdis, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Ausgabe 12 vom 26.03.1999, Seite A-772 / B-634 / C-594, 1999.
 - Schmidt B, Ackermann R, Hartmann M, Strohmeyer T, Alterations of the metastasis suppressor gene nm23 and the proto-oncogene c-myc in human testicular germ cell tumors, in: Journal of Urology, Aug. 158, 1997, S.2000-2005.
 - Schmidt B, Anastasiadis AG, Seifert HH, Franke KH, Oya M, Ackermann R, Detection of circulating prostate cells during radical prostatectomy by standardized PSMA RT - PCR - Association with positive lymph nodes and high malignant grade, in: Anticancer Research, Aug. 23, 2003, S.3991-3999.
 - Schmidt BA, Rose A, Steinhoff C, Strohmeyer T, Hartmann M, Ackermann R, Up-regulation of cyclin-dependent kinase 4/cyclin D2 expression but down-regulation of cyclin-dependent kinase 2/cyclin E in testicular germ cell tumors, in: Cancer Research, Aug. 61, 2001, S.4214-4221.

-
- Schmitz-Dräger BJ, Kushima M, Goebell P, Jax TW, Gerharz C-D, Bültel H, Schulz WA, Ebert T, Ackermann R, P53 and mdm-2 in the development and progression of bladder cancer, in: Eur Urol Aug. 32, 1997, S.487-493.
 - Schmitz-Dräger BJ, Müller M, Palliativtherapie beim Nierenzellkarzinom, in: Urologe-B, Aug. 38, 1998, S.258f.
 - Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA, Jürgens B, Gerharz CD, van Roeyen CRC, Bültel H, Ebert T, Ackermann R, C-myc in bladder cancer - clinical findings and analysis of mechanism, in: Urol. Res., Aug. 25 (Suppl. 1), 1997, S.45-S49.
 - Schubert J, Urologische Universitätsklinik Jena- 40 Jahre Klinikentwicklung im Wandel der Urologie, Jena 2006.
 - Schulheiß T, Der unfreiwillige Harnabgang, o.O. 1951.
 - Schultheiss B, Rathert P, Jonas U, Streiflichter aus der Geschichte der Urologie, Berlin 2000.
 - Schultheiss D, Rathert P, Jonas U, Streiflichter aus der Geschichte der Urologie, Berlin 2000.
 - Schultze-Seemann F, Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1906-1986, Berlin 1986.
 - Schulz WA, DNA methylation in urological malignancies (review), in: International Journal of Oncology, Aug. 13, 1998, S.151-167.
 - Schulz WA, Elo JP, Forl AR, Pennanen S, Santourlidis S, Engers R, Burchardt M, Seifert HH, Visakorpi T, Genome-wide DNA hypomethylation is associated with alterations on chromosome 8 in prostate carcinoma, in: Genes Chromosomes Cancer, Aug. 35, 2002. S.58-65.
 - Schulz WA, Jankevicius F, Gerharz CD, Kushima M, van Roeyen C, Bültel H, Göbell P, Schmitz-Dräger BJ, Predictive value of molecular alterations for the prognosis of urothelial carcinoma Cancer, in: Det. und Prev., Aug. 22, 1998, S.422-429.
 - Schulz WA, Krummeck A, Rösinger I, Eickelmann P, Neuhaus C, Ebert T, Schmitz-Dräger BJ, Sies H, Increased frequency of a null-allele for NAD(P)H:quinone oxidoreductase in patients with urological malignancies, in: Pharmacogenetics, Aug. 7, 1997, S.235-239.
 - Schulz WA, Krummeck A, Rösinger I, Schmitz-Dräger BJ, Sies H, A role for the NQO1 null-allele in predisposition toward urolithiasis, in: Pharmacogenetics, Aug. 8, 1998, S.453f.
 - Schumann HJ, Die Häufigkeit der Urolithiasis im Sektionsgut des Pathologischen Instituts St. Georg, 1963 Leipzig.
 - Schutt S, Florl AR, Shi W, Hemberger M, Orth A, Otto S, Schulz WA, Fundele RH, DNA methylation in placentas of interspecies mouse hybrids, in: Genetics, Aug. 165, 2003, S.223-228.

-
- Seemen H, Elektrochirurgie, Berlin 1932.
 - Shabsigh A, Ghafar MA, de la Taille A, Burchardt M, Kaplan SA, Anastasiadis AG, Buttyan R, Biomarker analysis demonstrates a hypoxic environment in the castrated rat ventral prostate gland, in: Journal of Cellular Biochemistry, Ausg. 81, 2001, S.437-444.
 - Sigel A, Bornhof C, Selbstverständnis, Inhalte und Fragwürdigkeiten des Faches Urologie, in: Urologe-B, 21, S. 71ff, 1987.
 - Sigel A, Bornhof C, Selbstverständnis, Inhalte und Fragwürdigkeiten des Faches Urologie, in: Urologe (B), 27, 1987.
 - Sildenafil for erektile dysfunction, in: Drug and therapeutics bulletin, Ausg. 36, London 1998.
 - Sommer F, Ultima Ratio bei Erektionsstörungen, in: Uro News, Ausg.1-2004, 2004, S.46-52.
 - Sorg RV, Özcan Z, Brefort T, Fischer J, Ackermann R, Müller M, Wernet P, Clinical-scale generation of dendritic cells in a closed system, in: J Immunother, Ausg. 26, 2003, S.374-383.
 - Sperling H, Operative sperm retrieval - the urological aspects, in: Urologe-A, Ausg. 38(6), 1999, S.563-568.
 - Sperling H, Schreiter F, Indikation zur Schwellkörperprothetik bei erektiler Dysfunktion, Essen 2001.
 - Spindler S, Zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Med. Diss. Uni Würzburg, 1989.
 - Stallmach A, Wittig BM, Kremp K, Goebel R, Santourlidis S, Zeitz M, Menges M, Raedle J, Zeuzem S, Schulz WA, Downregulation of CD44v6 in colorectal carcinomas is associated with hypermethylation of the CD44 promoter region, in: Experimental Molecular Pathology, Ausg. 74, 2003, S.262-266.
 - Steiner M, Bastian M, Schulz WA, Pulte T, Franke KH, Röhring A, Wolff JM, Seiter H, Schuff-Werner P, Phenol sulphotransferase SULTA1 polymorphism in prostate cancer: lack of association Arch., in: Toxicology, Ausg. 74, 2000, S.222-225.
 - Steinhoff C, Franke KH, Golka K, Thier R, Römer HC, Rötzel C, Ackermann R, Schulz WA, Glutathione transferase isozyme genotypes in patients with prostate and bladder carcinoma, in: Arch. Toxicol., Ausg. 74, 2000, S.521-526.
 - Steinhoff C, Prior A, Reichmann G, Seifert HH, Schulz WA, Activity of E2F-dependent promoters in bladder carcinoma cells and their use for tumor-specific targeting of p53-induced apoptosis, in: International Journal of Oncology, Ausg. 21, 2002, S.1033-1040.
 - Steinhoff C, Schulz WA, Transcriptional regulation of the human LINE-1 retrotransposon L1.2B, in: Molecular Genetic Genomics, Ausg. 270, 2003, S.394-402.

-
- Stief CG, Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion, Berlin 2002.
 - Swiatkowski S, Seifert HH, Steinhoff C, Prior A, Thievensen I, Schliess F, Schulz WA, Activities of MAP-kinase pathways in normal uroepithelial cells and urothelial carcinoma cell lines, in: Experimental Cell Research, Aug. 282, 2003, S.48-57.
 - Tarnow J, Spektrum des Querschnittsfaches Anästhesiologie in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre, in: Jahrbuch der Universität Düsseldorf, Düsseldorf 2002.
 - Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique, Aug. 54 (9), S.489-491.
 - Thiel R, Kahn T, Vögeli TA, Idiopathic partial thrombosis of the corpus cavernosum, in: Urol int., Aug. 60, 1998, S.178-180.
 - Thiele HHF, Zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Med. Diss. Uni Würzburg, 1988.
 - Thievensen I, Seifert HH, Swiatkowski S, Florl AR, Schulz WA, E-cadherin is involved in inactivation of WNT/β-catenin signalling in urothelial carcinoma and normal urothelial cells, in: British Journal of Cancer, Aug. 88, 2003, S.1932-1938.
 - Toellner R (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd.2, Salzburg 1990.
 - Truss MC, Becker AJ, Schultheiss D, Machtens S, Jonas U, Stief CG, Medical treatment of erectile dysfunction. Current status and prospects. Medikamentöse Therapie der erektilen Dysfunktion - Gegenwärtiger Stand und Ausblick, in: Reproduktionsmedizin - Fortführung von Fertilität, Vol. 15 (3),1999, S.212-219.
 - Tunn R, Wildt B, Rohne J, Gauruder-Burmester, A Management of postoperative objectified intravesical position of the TVT tape - two case reports. Management bei postoperativ diagnostizierter intravesikaler TVT-Bandlage anhand zweier Kasuistiken, in: Der Urologe, Aug. 45 (3), 2006, S.347-350.
 - Urologe 43, S.653-658, 2004.
 - Urologe A 41: S.120-122.
 - Urologe A 41: S.470-474.
 - Urologe-B, 23, S. 272ff.
 - Urologe-B, 28, S. 377ff.
 - Vermerke und Stellungnahmen zur Frage des Ausbaues der Medizinischen Akademie Düsseldorf, Bd. 1, 1060-1961, in HStAD, NW 181/64
 - Voelcker F, Eröffnungsrede auf dem 56. Deutschen Chirurgenkongress, in: Arch klin Chir, Berlin, 1932.
 - Vögeli TA, Burchardt M, Fornara P, Rassweiler J, Sulser T, Current laparoscopic practice patterns in Urology. Results of a survey among urologists in Germany and Switzerland, in: European Journal of Urology, Aug. 42, 2002, S.441-446.

-
- Vögeli TA, Burchardt M, Sulser T, Fornara P, Rassweiler J, Ergebnisse der bundesweiten Datenerhebung über die urologische Laparoskopie, in: Urologe-A, Ausg. 41, 2002, S.120-122.
 - Vögeli TA, Grimm M-O, Simon X, Ackermann R, Prospektive Studie zur Wertigkeit: Nachresektion (ReTUR) beim oberflächlichen Blasenkarzinom, in:Urologe-A, Ausg. 41, 2002, S.470-474.
 - Vögeli TA, Peinemann F, Bedack S, Ackermann R, Urological treatment and clinical course of BK-Polyomavirus associated Hemorrhagic cystitis in children after bone marrow transplantation, in: Eur. Urology, 1998, im Druck.
 - Vögeli TA, Stellungnahme zur Indikation zur Operation bei Kryptochismus, in: Urologe-B, Ausg. 2, 1998, S.182f.
 - Voswinckel P, Der schwarze Urin, Heidelberg 1993.
 - Weber W, Ackermann R, Urologie in der Praxis, Düsseldorf 1986.
 - Weining C, Semjonow A, Patientengefährdung durch unterschiedliche Messverfahren für PSA, in: Winter K, Winter P, Zur Epidemiologie urologischer Erkrankungen und zur gesundheitspolitischen Bedeutung der Urologie, Leipzig 1977.
 - Wittmoser R, Die Retroperitoneoskopie als neue Methode der lumbalen Sympathicotomie. Fortschritte der Endoskopie, Aachen 1973.
 - Woelk W, Sparing F, Bayer K, Esch M (Hrsg), Nach der Diktatur. Die Medizinische Akademie Düsseldorf nach 1945, Essen 2003.

6.2 Bildnachweis:

- Archiv des “Düsseldorfer Express”, Ausgabe vom 27.06.1986 (Abb.35+36).
- Bircks W, History of cardiac surgery in Germany. In consideration of her relation to the German Cardiac Society, München 2002, S. 3 (Abb.7).
- David R, Archbold R , Wenn Mumien erzählen, München 2000, S.53 (Abb.1).
- Die Universität in Zahlen 2005/2006, Düsseldorf 2006.
- Dietrich H, James Israel (1848-1926). Mitbegründer der Urologie in Deutschland, Leipzig 1996, S.125-128 (Abb.6).
- Engelhardt DV, Hartmann F, Klassiker der Medizin. Von Hippokrates bis Hufeland, Bd.1,München München 1991, S.76 (Abb.3).
- Horst-Stoeckel-Museum für die Geschichte der Anästhesiologie, Uniklinik Bonn
- Inst. Gesch. d. Med. Uni Düsseldorf (Abb.21,22+23).
- Titel: Prof. Dr. med. Peter Janssen (der Vater des Künstlers), Künstler: Peter Janssen, 1938 / Öl auf Leinwand , 100 x 75 cm, Privatbesitz: Stephan Kotthaus.
- Kapferer R, Stricker G (Hrsg), Die Werke des Hippokrates, 1.Aufl., Bd.2, Anger 1995 (Abb.2).
- Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.167 (Abb.5).
- Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.216.
- Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.301.
- Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.302 (Abb.17).
- Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Ausg. 1-2004, 2004, S.7f.
- Magazin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Ausg. 1-2004, 2004, S.12 (Abb.9).
- Mauermayer W, Schultze-Seemann F, Deutsche Gesellschaft für Urologie. 1907-1978, Düsseldorf 1978, S. 238 (Abb.8).
- Product Brochure „Greenlight – a Laserscope Innovation“ S.4 (Abb.37).
 - <http://de.wikipedia.org/wiki/Viagra> (Stand 04/2006) (Abb.14).
 - <http://www.laserscope.com/surgical/administrators/index.html> (Stand (04/2006) (Abb.11).
 - http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Frauenklinik/UNIKID/Bilder%20aus%20dem%20UniKiD/IVF-Labor/index_3.html (Stand 04/2006) (Abb.18).
- <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/deutsch/Unternehmen/Kliniken/Urologische%20Klinik/Patienten->

Infos/Greenlight-Laser/index_2.html?anchor=Greenlight-Laser (Stand 04/2006)
(Abb.10).

- Reuter HJ (Hrsg.), (1980-1988) Atlas der urologischen Endoskopie, Bd.2, Berlin 1988 (Abb.12).
- Sommer F, Ultima Ratio bei Erektionsstörungen, in: Uro News, Ausg. 1-2004, 2004, S.46-52 (Abb.15+16)
- St. Gallen, Schriftsbibliothek, Codex 602, S.146, zitiert nach: Konert J, Illustrierte Geschichte der Urologie, Berlin 2004, S.35 (Abb.4).
- Stadt A Düsseldorf aus „Rheinische Post“ vom 28.06.1986 (Abb.33+34).
- StadtA Düsseldorf, IV 37102 (Abb.31+32, 38, 39+40).
- StadtA Düsseldorf: 125-530-002 (Abb.21).
- StadtA Düsseldorf: 125-530-004 (Abb.22).
- Tarnow J, Spektrum des Querschnittsfaches Anästhesiologie in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre, in: Jahrbuch der Universität Düsseldorf, Düsseldorf 2002, S.131 (Abb.19).
- UnivA 1/2 198; Architekturunterlagen (Abb.24+25).
- UnivA Düsseldorf, 3/9 423.
- Wittmoser R, Die Retroperitoneoskopie als neue Methode der lumbalen Sympathicotomie. Fortschritte der Endoskopie, Aachen 1973, S. 219 (Abb.13).

6.3 Abkürzungsverzeichnis :

Ausg. : Ausgabe

StadtA : Stadtarchiv

UnivA : Universitätsarchiv

7 ANHANG

Publikationen:

1997

- Bendhack ML, Vögeli T, Schroten H, Gerharz CD, Ackermann R Chronic granulomatous disease masquerading as a bladder tumor: A potential source of diagnostic error.
- Clasen S, Schulz WA, Gerharz C-D, Grimm M-O, Christoph F, Schmitz-Dräger BJ Frequent and heterogenous expression of cyclin-dependent kinase inhibitor WAF1/p21 protein and mRNA in urothelial carcinoma.
- Hernandez A, Zöller K, Enczmann J, Ebert T, Schmitz-Dräger BJ, Ackermann R, Wernet P
Differential transfection efficiency rates of the GM-CSF gene into human renal cell carcinoma lines by lipofection.
- Schulz WA, Krummeck A, Rösinger I, Eickelmann P, Neuhaus C, Ebert T, Schmitz-Dräger BJ, Sies H
Increased frequency of a null-allele for NAD(P)H:quinone oxidoreductase in patients with urological malignancies.
- Reinhardt M, Müller-Mattheis V, Gerharz C-D, Vosberg H, Ackermann R, Müller-Gärtner HW
FDG-PET evaluation of retroperitoneal metastasis of testicular cancer before and after chemotherapy.
- Schmidt B, Ackermann R, Hartmann M, Strohmeyer T
Alterations of the metastasis suppressor gene nm23 and the proto-oncogene c-myc in human testicular germ cell tumors.
- Schmitz-Dräger BJ, Kushima M, Goebell P, Jax TW, Gerharz C-D, Bültel H, Schulz WA, Ebert T, Ackermann R
P53 and mdm-2 in the development and progression of bladder cancer.
- Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA, Jürgens B, Gerharz CD, van Roeyen CRC, Bültel H, Ebert T, Ackermann R
C-myc in bladder cancer - clinical findings and analysis of mechanism.

1998

- Anastasiadis AG, et al. Epidymal metastasis of a prostatic carcinoma.

-
- Schulz WA, Jankevicius F, Gerharz CD, Kushima M, van Roeyen C, Bültel H, Göbell P, Schmitz-Dräger BJ
Predictive value of molecular alterations for the prognosis of urothelial carcinoma.
 - Schulz WA, Krummeck A, Rösinger I, Schmitz-Dräger BJ, Sies H
A role for the NQO1 null-allele in predisposition toward urolithiasis.
 - Oya M, Schmidt B, Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA
Expression of G1/S transition regulatory molecules in human urothelial cancer.
 - Müschen M, Schmidt B, Warskulat U, Schulz WA, Häussinger D
Regulation of CD95(Apo1/Fas) Ligand and Receptor expression in embryonal carcinoma cells by interferon γ and retinoic acid.
 - Schulz WA
DNA methylation in urological malignancies (review).
 - Makri D, Schulz WA, Grimm M-O, Clasen S, Bojar H, Schmitz-Dräger BJ
WAF1/p21 regulates proliferation, but does not mediate p53-dependent apoptosis in urothelial carcinoma cell lines.
 - Vögeli TA, Peinemann F, Bedack S, Ackermann R
Urological treatment and clinical course of BK-Polyomavirus associated Hemorrhagic cystitis in children after bone marrow transplantation.
 - Thiel R, Kahn T, Vögeli TA
Idiopathic partial thrombosis of the corpus cavernosum.
 - Grimm MO, Stern A, Makri D, Schumacher G, Vögeli TA
On the molecular mechanism of lacking paraneoplastic erythrocytosis in renal cell carcinoma patients with elevated erythropoietin serum concentration.
 - Bendack ML, Grimm MO, Vögeli TA, Ackermann R
Primary treatment of ureteral stones by new lithotripter multiline.
 - Vögeli TA
Stellungnahme zur Indikation zur Operation bei Kryptorchismus.
 - Schmitz-Dräger BJ, Müller M
Palliativtherapie beim Nierenzellkarzinom.

1999

- F. Christoph, B. Schmidt, B.J. Schmitz-Dräger, W.A. Schulz
Overexpression and amplification of the c-myc gene in human urothelial carcinoma.

-
- Lemm I, Lingott A, Pogge v. Strandmann E, Zoidl C, Bulman MP, Hattersley AT, Schulz WA, Ebert T, Ryffel GU
The loss of HNF1alpha function in human renal cell carcinoma: Frequent mutations in the VHL gene but not in the HNF1alpha gene.
 - Santourlidis S, Florl AR, Ackermann R, Wirtz HC, Schulz WA
High frequency of alterations in DNA methylation in adenocarcinoma of the prostate.
 - Florl AR, Loewer R, Schmitz-Dräger BJ, Schulz WA
DNA methylation and expression of L1 LINE and HERV-K provirus sequences in urothelial and renal cell carcinoma.
 - Anastasiadis A, Lemm I, Radzewitz A, Lingott A, Ebert T, Ackermann R, Ryffel GU, Schulz WA
Loss of function of the tissue-specific transcription factor HNF1alpha in renal cell carcinoma and clinical prognosis.

2000

- Steinhoff C, Franke KH, Golka K, Thier R, Römer HC, Rötzel C, Ackermann R, Schulz WA
Glutathione transferase isozyme genotypes in patients with prostate and bladder carcinoma.
- Meyer A, Hernandez A, Florl AR, Enczmann J, Gerharz CD, Schulz WA, Wernet P, Ackermann R
Novel mutations of the von Hippel-Lindau tumor suppressor gene and rare DNA hypermethylation in renal cell carcinoma cell lines of the clear cell type.
- Franke KH, Miklosi M, Goebell P, Clasen S, Steinhoff C, Anastasiadis AG, Gerharz CD, Schulz WA
Cyclin-dependent kinase inhibitor p27KIP1 is expressed preferentially in early stages of urothelial carcinoma.
- Bruch J, Schulz WA, Melzner I, Kemmerling R, Brüderlein S, Möller P, Vogel W, Hameister H
Concurrent gain of chromosomes 5p, 6p, and 20q in bladder carcinoma cell lines: Delineation of the 6p22 amplification unit.
- Oya M, Schulz WA
Decreased expression of p57KIP2 in human bladder cancer.
- Steiner M, Bastian M, Schulz WA, Pulte T, Franke KH, Röhring A, Wolff JM, Seiter H, Schuff-Werner P

Phenol sulphotransferase SULTA1 polymorphism in prostate cancer: lack of association Arch.

- Kimura F, Franke KH, Steinhoff C, Golka K, Roemer HC, Anastasiadis AG, Schulz WA
Methyl group metabolism gene polymorphisms and susceptibility toward prostatic carcinoma.
- Florl AR, Franke KH, Niederacher D, Gerharz CD, Seifert HH, Schulz WA
DNA methylation and the mechanisms of CDKN2A inactivation in transitional cell carcinoma of the urinary bladder Lab.

2001

- Anastasiadis AG, Ebert T, Gerharz CD, Ackermann R
Simultaneous diagnosis of a metanephric adenoma and a clear cell carcinoma of the contralateral kidney.
- Borner AR, Langen KJ, Herzog H, Hamacher K, Müller-Mattheis V, Schmitz T, Ackermann R, Coenen HH
Whole-body kinetics and dosimetry of cis-4-[18F]fluoro-L-proline.
- Burchardt M, Burchardt T, Shabsigh A, Ghafar M, Chen MW, Anastasiadis A, de la Taille A, Kiss A, Buttyan R
Reduction of wild type p53 function confers a hormone resistant phenotype on LNCaP prostate cancer cells.
- Kimura F, Florl AR, Steinhoff C, Golka K, Willers R, Seifert HH, Schulz WA
Polymorphic methyl group metabolism genes in patients with transitional cell carcinoma of the urinary bladder.
- Kimura F, Florl AR, Seifert HH, Louhelainen J, Maas S, Knowles MA, Schulz WA
Destabilisation of chromosome 9 in transitional cell carcinoma of the urinary bladder.
- Langen KJ, Borner AR, Müller-Mattheis V, Hamacher K, Herzog H, Ackermann R, Coenen HH
Uptake of cis-4-[18F]fluoro-L-proline in urologic tumors.
- Müller-M, Müller-Mattheis-V, Seitz-RJ*, Ackermann-R
"Piriformis-Syndrom" - Ein ungewöhnlicher Weg bis zur Diagnose eines Nierenbeckensteins in einer kaudal dystopen Niere.
- Santourlidis S, Warskulat U, Florl AR, Maas S, Pulte T, Fischer J, Müller W, Schulz WA
Hypermethylation of the tumor necrosis factor receptor superfamily 6 (APT1, Fas,

CD95/Apo-1) gene promoter at rel/nuclear factor kappaB sites in prostatic carcinoma.

- Schmidt BA, Rose A, Steinhoff C, Strohmeyer T, Hartmann M, Ackermann R
Up-regulation of cyclin-dependent kinase 4/cyclin D2 expression but down-regulation of cyclin-dependent kinase 2/cyclin E in testicular germ cell tumors.
- Shabsigh A, Ghafar MA, de la Taille A, Burchardt M, Kaplan SA, Anastasiadis AG, Buttyan R
Biomarker analysis demonstrates a hypoxic environment in the castrated rat ventral prostate gland.

2002

- Vögeli TA, Grimm M-O, Simon X, Ackermann R Prospektive Studie zur Wertigkeit: Nachresektion (ReTUR) beim oberflächlichen Blasenkarzinom.
- Vögeli TA, Burchardt M, Fornara P, Rassweiler J, Sulser T Current laparoscopic practice patterns in Urology: Results of a survey among urologists in Germany and Switzerland.
- Vögeli TA, Burchardt M, Sulser T, Fornara P, Rassweiler J Ergebnisse der bundesweiten Datenerhebung über die urologische Laparoskopie.
- Steinhoff C, Prior A, Reichmann G, Seifert HH, Schulz WA Activity of E2F-dependent promoters in bladder carcinoma cells and their use for tumor-specific targeting of p53-induced apoptosis.
- Schulz WA, Elo JP, Forl AR, Pennanen S, Santourlidis S, Engers R, Burchardt M, Seifert HH, Visakorpi T Genome-wide DNA hypomethylation is associated with alterations on chromosome 8 in prostate carcinoma.
- Burchardt M, Burchardt T, Kiss AJ, Baer L, Pawar RV, de la Taille A, Shabsigh A, Shabsigh R
Sexual dysfunction is overlooked in female patients with hypertension.
- Grimm M-O, Kamphausen S, Hugenschmidt H, Stephan-Odenthal M, Ackermann R, Vögeli TA Clinical outcome of patients with lymph node positive prostate cancer after radical prostatectomy versus androgen deprivation.
- Leube P, Drechsler M, Mühlmann K, Schäfer R, Schulz WA, Santourlidis S, Anastasiadis AG, Ackermann R, Visakorpi T, Müller W, Royer-Pokora B
Refined mapping of allele loss at chromosome 10q23-26 in prostate cancer.

-
- Jackson P, Grimm M-O, Kingsley EA, Brosius U, Normyle J, Antalis T, Yardley G, Russell PJ
Relationship between expression of KAI1 metastasis suppressor gene, mRNA levels and p53 in human bladder and prostate cancer cell lines.
 - Chen MW, Vacherot F, de la Taille A, Gil-Diez-de-Medina S, Shen R, Friedmann RA, Burchardt M, Chopin DK, Buttyan R
The emergence of protocadherin-PC expression during the acquisition of apoptosis-resistance by prostate cancer cells.
 - Adorján P, Distler J, Lipscher E, Model F, Müller J, Pelet C, Braun A, Florl AR, Gütig D, Grabs G, Howe A, Kursar M, Lesche R, Leu E, Lewin A, Maier S, Müller V, Otto T, Scholz C, Schulz WA, Seifert HH, Schwöpe I, Ziebarth H, Berlin K, Piepenbrock C, Olek A
Tumour class prediction and discovery by microarray-based DNA methylation analysis.

2003

- Florl AR, Schulz WA
Peculiar structure and location of 9p21 homozygous deletion end-points in human cancer cells.
- Grimm M-O, Steinhoff C, Simon X, Spiegelhalder P, Ackermann R, Vögeli TA
Effect of routine repeat transurethral resection for superficial bladder cancer: A long-term observational study.
- Kimura F, Seifert HH, Florl AR, Santourlidis S, Steinhoff C, Swiatkowski S, Mahotka C, Gerharz CD, Schulz WA
Decreased DNA methyltransferase 1 expression relative to cell proliferation in transitional cell carcinoma.
- Steinhoff C, Schulz WA
Transcriptional regulation of the human LINE-1 retrotransposon L1.2B.
- Swiatkowski S, Seifert HH, Steinhoff C, Prior A, Thievensen I, Schliess F, Schulz WA
Activities of MAP-kinase pathways in normal uroepithelial cells and urothelial carcinoma cell lines.
- Thievensen I, Seifert HH, Swiatkowski S, Florl AR, Schulz WA
E-cadherin is involved in inactivation of WNT/ β -catenin signalling in urothelial carcinoma and normal urothelial cells.
- Schmidt B, Anastasiadis AG, Seifert HH, Franke KH, Oya M, Ackermann R
Detection of circulating prostate cells during radical prostatectomy by standardized

PSMA RT - PCR - Association with positive lymph nodes and high malignant grade.

- Anastasiadis AG, Calvo-Sanchez D, Franke KH, Ebert T, Heydthausen M, Schulz WA, Burchardt M, Gerharz CD
p27KIP1-expression in human renal cell cancers: implications for clinical outcome.
- De la Taille A, Rubin MA, Vacherot F, Chen MW, Vacherot F, de Medina SGD, Burchardt M, Buttyan R, Chopin D β-
Catenin-related anomalies in apoptosis resistant and hormone-refractory prostate cancer cells.
- Ghafar MA, Anastasiadis AG, Chen MW, Burchardt M, Olsson LE, Xie H, Benson MC, Buttyan R
Acute hypoxia increases the aggressive characteristics and survival properties of prostate cancer cells.
- Schutt S, Florl AR, Shi W, Hemberger M, Orth A, Otto S, Schulz WA, Fundele RH
DNA methylation in placentas of interspecies mouse hybrids.
- Sorg RV, Özcan Z, Brefort T, Fischer J, Ackermann R, Müller M, Wernet P
Clinical-scale generation of dendritic cells in a closed system.
- Stallmach A, Wittig BM, Kremp K, Goebel R, Santourlidis S, Zeitz M, Menges M, Raedle J, Zeuzem S, Schulz WA
Downregulation of CD44v6 in colorectal carcinomas is associated with hypermethylation of the CD44 promoter region.

2004

- Betz B, Florl AR, Seifert HH, Dall P, Schulz WA, Niederacher D
DHPLC as a reliable high-throughput pre-screening method for aberrant promoter methylation in cancer.
- Cronauer MV, Schulz WA, Burchardt T, Ackermann R, Burchardt M
Inhibition of p53 function diminishes androgen receptor-mediated signaling in prostate cancer cell lines.
- Florl AR, Steinhoff C, Müller M, Seifert HH, Hader C, Engers R, Ackermann R, Schulz WA
Coordinate hypermethylation at specific sites in prostate carcinoma precedes LINE-1 hypomethylation.

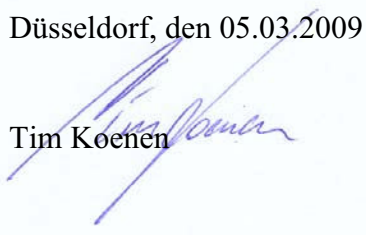
-
- Geddert H, Kiel S, Iskender E, Florl AR, Krieg T, Vossen S, Gabbert HE, Sarbia M Correlation of hMLH1 and HPP1 hypermethylation in gastric, but not in esophageal and cardiac adenocarcinoma.
 - Grimm M-O, Spiegelhalder P, Heep H, Röher H-D, Ackermann R Penile metastasis secondary to a follicular thyroid carcinoma.
 - Maas S, Warskulat U, Steinhoff C, Mueller W, Grimm MO, Schulz WA, Seifert HH Decreased FAS expression in advanced stage bladder cancer is not related to p53 status.
 - Modlich O, Prisack H-B, Pitschke G, Ramp U, Ackermann R, Bojar H, Vögeli TA, Grimm M-O Identifying superficial, muscle invasive and metastasizing transitional cell carcinoma of the bladder: use of cDNA array analysis of gene expression profiles.
 - Nixdorf S, Grimm M-O, Loberg R, Marreiros A, Russell PJ, Pienta KJ, Jackson P Expression and regulation of MIM (Missing in Metastasis), a novel putative metastasis suppressor gene, and MIM-B, in bladder cancer cell lines.
 - Santourlidis S, Kimura F, Fischer J, Schulz WA Suppression of clonogenicity by the PCNA-binding domain of mammalian Dnmt1.
 - Methylenetetrahydrofolate reductase C677T polymorphism and predisposition towards esophageal squamous cell carcinoma in a German Caucasian and a northern Chinese population.
 - Ackermann R, Grimm M-O, Bender HG, Dall P, Hohenberger W, Göhl J, Merkel S Operative Interdisziplinarität – Kleines Becken und Retroperitoneum.
 - Grimm MO, Hartmann FH, Schulz WA Microarrays: Technik und Potenzial beim Prostatakarzinom.
 - Marreiros, Dudgeon K, Dao V, Grimm M-O, Czolij R, Crossley M, Jackson P KAI1 promotor activity is dependent on p53, junB and AP2: evidence for a possible mechanism underlying loss of KAI1 expression in cancer cells.
 - Bachmann A, Schurch L, Ruszat R, Wyler SF, Seifert HH, Muller A, Lehmann K, Sulser T. Photoselective Vaporization (PVP) versus Transurethral Resection of the Prostate (TURP): A Prospective Bi-Centre Study of Perioperative Morbidity and Early Functional Outcome.
 - Bachmann A, Ruszat R, Wyler S, Reich O, Seifert HH, Muller A, Sulser T. Photoselective vaporization of the prostate: the basel experience after 108 procedures.

Erklärung:

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde, und dass ich außer der von mir angegebenen Literatur keine weitere benutzt habe. Die wörtlich übernommen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Düsseldorf, den 05.03.2009

Tim Koenen



Lebenslauf

Persönliche Daten

Tim Koenen
geb. am 03.11.1978 in Oberhausen,
evangelisch, ledig, keine Kinder

Schulbildung

1989-1998
1998

Freiherr-vom-Stein Gymnasium Oberhausen
Abitur

Zivildienst

1998-1999

Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Oberhausen

Berufsausbildung

2000-2001

Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bochum;
Ausbildung zum Rettungsassistenten

Hochschulstudium

2001-2008

Studium der Humanmedizin
(Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

2004

Ärztliche Vorprüfung / Physikum

2007-2008

Praktisches Jahr: Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

2008

Ärztliche Prüfung / Approbation

seit 2008

Assistenzarzt am Institut für Anästhesiologie, operative
Intensivmedizin und Schmerztherapie am
Evangelischen Krankenhaus Mülheim an der Ruhr

Düsseldorf, den 05.03.2009

Tim Koenen

Abstract / Zusammenfassung:

„Die Geschichte der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf“

Betrachtet man die Entwicklung der heutigen Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf seit ihrer Gründung im Jahre 1958, so werden in allen Sektoren Veränderungen, Fortschritte und Novellierungen deutlich.

Gründung: Obschon im Jahre 1924 erstmals der Begriff des Facharztes für Urologie eingeführt wurde, dauerte es noch weitere vierunddreißig Jahre, bis in Düsseldorf die heutige Urologische Universitätsklinik ihre Gründung erfuhr. Die Ausgliederung des Faches in Düsseldorf wurde durch Ernst Derra initiiert.

Ordinarien: Derras ehemaliger Oberarzt Herrmann Dettmar, der erste urologische Ordinarius in Düsseldorf, hat maßgeblich zur Etablierung der Klinik innerhalb des späteren Universitätsklinikums beigetragen. Er war derjenige, der das Fach in die akademische Ausbildung der Düsseldorfer Medizinstudenten eingeführt hat und dieses - Zeit seines Schaffens - auch weiterverfolgte. Unter Rolf Ackermann wurden vielfältige Kooperationen mit Instituten und Kliniken in der gesamten Welt geschaffen. Wissenschaftlicher Veröffentlichungen in allen bedeutenden Fachzeitschriften sowie Ackermanns Mitgliedschaften und Ehrenmitgliedschaften in einer Vielzahl nationaler und internationaler Fachgesellschaften haben zum Ruf des Hauses ihren Beitrag geleistet.

Patientenversorgung: Im Laufe der vergangenen achtundvierzig Jahre hat sich auch ein nachvollziehbarer Wandel in der Therapie der Patientenschaft der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf ergeben. Der Weg zu minimalinvasiven Therapieansätzen hat einen enormen Einfluss auf die Reduktion der Liegezeiten der Patienten. Ebenso sind Fortschritte in der Diagnostik, sei es apparativ - Radiologie, Computertomographie, Sonographie u.a. - oder laborchemisch - Entdeckung des prostataspezifischen Antigens u.v.a. -, für die Prophylaxe und Früherkennung unterschiedlichster Pathologien als essenziell zu werten.

Klinische Forschung: Im Hinblick auf die klinische Forschung innerhalb des Hauses gilt es zu konstatieren, dass die Präsenz von vielen Arbeiten der Urologischen Universitätsklinik Düsseldorf in fachrelevanten Zeitschriften des In- und Auslandes, während der Zeit Ackermanns erfolgte.

Akademische Lehre: Auch in puncto akademischer Lehre erfolgte erst spät eine vollständige Einbeziehung des Faches Urologie in das Curriculum. Ab 1958 unter Dettmar erfolgte die Loslösung aus dem Kontext der Chirurgie im Sinne eigener fachspezifischer Veranstaltungen. Ackermann setzte diese Bestrebungen dann ab dem Jahre 1983 nahtlos fort. Im Zusammenhang mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte kommt dem Fach der Urologie an der Heinrich Heine Universität heute erneut nur noch eine Nischenposition innerhalb der chirurgischen Lehre zu.

Bauliche Gegebenheiten: Im Zusammenhang baulicher Veränderungen des Hauses muss festgehalten werden, dass nach schweren Schäden infolge des Zweiten Weltkrieges die Sanierung viele Jahrzehnte auf sich warten ließ. Die endgültige Wiederherstellung des Gebäudes wurde im Jahre 2003 vollendet.