

Huber beerbt Hofmann: Urologie-Neustart am Uniklinikum Marburg

Franz-Günter Runkel

Am 1. Februar hat der 41-jährige Urologe und Familienvater Prof. Johannes Huber den Ruf als Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Marburg sowie Lehrstuhlinhaber der Fakultät der Marburger Philipps-Universität angenommen. Er beerbte den 67-jährigen Prof. Rainer Hofmann, der nach über 20 Jahren emeritiert wurde. Huber wechselte aus dem Universitätsklinikum Dresden, wo er stellvertretender Klinikdirektor war, nach Marburg. Seine medizinische Expertise ist breit; seine Bindungen an Medizinethik und Patientenkommunikation sind tief. UroForum sprach mit dem frischgebackenen Klinikdirektor über seine Aufgabe.

Wie verträgt sich Ihr Anspruch mit der privatwirtschaftlichen Struktur eines Universitätsklinikums der Rhön-Klinikum AG?

Huber: Die Trennung zwischen der Universität und dem Klinikum ist schärfer als in einer staatlichen Einrichtung. Es ist sicher schöner, wenn diese Verbindung homogener ist, aber man kann sich damit arrangieren. Der ökonomische Aspekt der medizinischen Versorgung unterscheidet sich nicht sehr, weil alle Uniklinika heute Rechenschaft über ihre wirtschaftliche Bilanz ablegen müssen. Letztlich sind Defizite für keine Sozialgemeinschaft auf Dauer tragbar. Es liegen schwierige Zeiten hinter dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg. Der Investitionsstau existiert unter anderem deshalb, weil das Bundesland versucht hat, sich aus den Investitionskosten herauszuziehen. Ich hoffe, dass das zugesagte Investitionspaket den Investitionsstau abbauen kann. Eigentlich müsste dem Klinikum ein Prozentsatz des Umsatzes zusätzlich als Investitionsmittel zustehen; alternativ sind höhere DRG-Pauschalen denkbar. Es ist ein Manko in Deutschland, dass sich niemand an die Bedarfsplanung herantraut.

Was müsste sich ändern?

Huber: Die Krankenhausplanung muss an der Bevölkerungsdichte und

der Erreichbarkeit der Kliniken orientiert werden. Dann könnte man in Deutschland überlegen, welche Krankenhäuser im Netz bleiben oder wie die klinischen Schwerpunkte besser organisiert werden können.

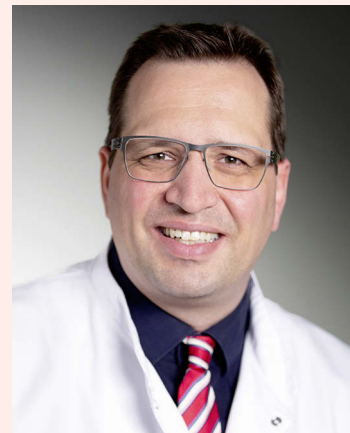
Wie fühlen Sie sich in Marburg?

Huber: Ich bin gut in Marburg angekommen und sehr positiv aufgenommen worden. Schon während der Berufungsverhandlungen war deutlich, dass die Universitätsklinik dafür kämpft, dass ich guten Gewissens nach Marburg kommen kann. Es gab die Problematik, die notwendigen Investitionen in die Klinik sicher finanziert zu bekommen. In der Klinik für Urologie gibt es einen Investitionsstau von gut zehn Jahren. Alles Notwendige wurde schließlich zugesagt und für die kommenden drei bis fünf Jahre gibt es einen sehr dichten Plan. Am Ende werden alle sanierungsbedürftigen Bereiche der Klinik für Urologie auch saniert sein. Die Station wurde vor vier Jahren kernsaniert; der Rest der Klinik folgt jetzt. Die Arbeiten im Direktionstrakt beginnen im Mai, sodass ich im Moment ein provisorisches Büro habe.

Marburg statt Halle – warum?

Huber: In Halle und in Marburg hatte ich gute Chancen, einen Ruf zu erhalten. Am Ende habe ich mich bewusst für Marburg entschieden, weil das

Steckbrief



Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber ist 41 Jahre alt und wuchs in Süddeutschland auf. Der Familienvater hat Medizin und Philosophie in München sowie berufsbegleitend Betriebswirtschaftslehre studiert. Seine urologische Ausbildung hat er an den Unikliniken Heidelberg und Dresden absolviert. Am Universitätsklinikum Dresden war er als Leitender Oberarzt und Stellvertretender Klinikdirektor tätig; er koordinierte das Prostatakarzinomzentrum sowie das Nierentransplantationsprogramm. (Foto: UKGM)

Gesamtpaket optimal war. Das gab den Ausschlag, weil der Standort für mein Team und mich das bessere Entwicklungspotenzial hat. Außerdem bietet die Stadt für eine Familie mit kleinen Kindern ein wunderbares Lebensumfeld.

Was sind die Top-Investitionen?

Huber: Der größte Teil fließt in die Sanierung und Modernisierung der Hochschul-Ambulanz. Das ist zentral, weil die Hälfte der stationären Erlöse im Augenblick aus der Endourologie stammen. Anfang 2023 geht es deshalb mit der Hochschulambulanz wei-

ter, die auch für den chirurgischen Betrieb aufgerüstet wird. Wir werden dann auch einen voll ausgestatteten Operationssaal haben, in dem wir bis zur Zystektomie alles operieren können. Dort werden auch ein endourologischer Saal und ein Eingriffsraum mit einem Lithotripter entstehen. Im letzten Schritt wird dann der zentrale Operationstrakt kernsaniert. Ein wohlhabender Marburger Bürger hatte dem Klinikum 2014 einen Roboter gespendet, der interdisziplinär von Gynäkologie, Chirurgie und Urologie genutzt wird. 2023 wird das Klinikum dieses Gerät durch einen Operationsroboter der neuesten Generation ersetzen. Schließlich wird auch das Forschungslabor eine Sanierung mit neuer technischer Ausstattung erhalten.

Wie bewerten Sie die apparative Ausstattung?

Huber: Ich habe die nötige Ausrüstung für offene Eingriffe und zwei High-End-Sonografiegeräte bereits angeschafft. Dadurch können wir MRT-fusionierte Prostatabiopsien transperineal in Lokalanästhesie durchführen. Den transrektalen Zugang haben wir verlassen, weil das Infektionsrisiko so viel geringer ist. Die Lokalanästhesie ist perfekt, um OP-Kapazität zu gewinnen. Das zweite Sonografie-Gerät hat eine laparoskopische Ultraschall-Sonde, mit der man auch komplexe Nierentumore sehr sicher robotisch operieren kann. Das Gerät ist auch multifunktional für die Endourologie einsetzbar.

Wen bringen Sie aus Dresden mit?

Huber: Ich habe vier ärztliche Kollegen und einen wissenschaftlichen Mitarbeiter aus Dresden mitgebracht. Dr. Aristidis Zacharis ist ein versierter Operateur und Transplanteur, der die Aufgabe des stellvertretenden Klinikdirektors übernommen hat. PD Dr. Christer Groeben ist mein leitender Oberarzt und ein erfahrener Urologe mit den Fokussen Uroonkologie und

Andrologie. Wissenschaftlich arbeiten wir schon lange zusammen. Dr. Luka Flegar ist Oberarzt mit der Zuständigkeit für die Nierentransplantation. Zudem ist er versiert in den fokalen Therapieverfahren. Dr. Cem Aksoy ist ein fortgeschrittener Assistenzarzt und wissenschaftlich aktiv. Vier weitere Oberärzte konnte ich übernehmen: Dr. Selim Sevinc ist geschäftsführender Oberarzt, Dr. Christian Keil ist Sektionsleiter Endourologie, Dr. Hendrik Heers betreut die konservative Uroonkologie und Dr. Brüning wird der Klinik auch nach seiner geplanten Niederlassung als Belegarzt verbunden bleiben. Dr. Philipp Karschuck unterstützt mich als Klinikkoordinator und wissenschaftlicher Mitarbeiter. Insgesamt umfasst das Team 17 Ärztinnen und Ärzte sowie 42 Pflegekräfte.

Wie schätzen Sie die Wirtschaftlichkeit der Klinik ein?

Huber: Der Case-Mix-Index lag zuletzt bei 0,9, aber wir arbeiten an einer Verbesserung. Vom ersten Tag an habe ich Behandlungsstandards z. B. bei der radikalen Prostatektomie und der Zystektomie optimiert. Ich weiß aus meiner Erfahrung, dass ein rechtzeitiges Ende der Hospitalisierung auch den Patienten gut bekommt.

Welche operativen Schwerpunkte wollen Sie setzen?

Huber: Uroonkologie, rekonstruktive Chirurgie, Endourologie und Nierentransplantation werden im Vordergrund stehen. Marburg hat einen sehr guten Ruf in der Endourologie sowie eine hohe Fallzahl. Der Sektionsleiter Dr. Christian Keil und mein Stellvertreter Dr. Zacharis beherrschen die Thulium-Laser-Enukleation der Prostata wirklich exzellent. Das Ziel ist ein breites Spektrum offener, endourologischer, laparoskopischer und robotischer Prozeduren. Dabei kommen spezielle Operationen wie die Anlage kontinenter Pouches nicht zu kurz.

Wie steht es um die Nierentransplantation?

Huber: Es ist ganz großartig, dass wir die Nierentransplantation in die Urologie zurückholen konnten. Seit Februar vertrete ich den operativen Teil des Marburger Nierentransplantationsprogrammes und wir haben seitdem überdurchschnittlich viele Nieren transplantiert. Die Kooperation mit der Nephrologie und den anderen beteiligten Fächern ist sehr gut. Entsprechend der Ausschreibung haben wir die Kinderurologie für Patienten bis 15 Jahre an die Kinderchirurgie abgegeben – mit einer Ausnahme: Die Steintherapie der Kinder findet weiterhin in der Urologie statt. Das Transplantationszentrum und das Prostatakarzinomzentrum sind zertifiziert.

Wird sich in der interdisziplinären Kooperation des Comprehensive Cancer Centers etwas ändern?

Huber: Ich bin ein großer Fan von guten Kooperationen. Wenn das fair und auf Augenhöhe praktiziert wird, kommen alle Seiten in den Genuss der Vorteile. Für die Weiterbildung und das Selbstverständnis der Urologie ist es wichtig, die medikamentöse Tumorthherapie verantwortlich durchzuführen. Die Örtlichkeit ist sekundär. Wir sind auch weiterhin ein Zweitmeinungszentrum für Hodentumore.

Wie ist die medikamentöse Tumorthherapie organisiert?

Huber: Das Klinikum hat eine interdisziplinäre Chemotherapie-Ambulanz, in der die i.v.-Therapien verabreicht werden. Sprechstunde und Patientenbetreuung laufen komplett urologisch. Seit 1. Mai haben wir eine Study Nurse bei uns, sodass wir auch verstärkt systemtherapeutische Studien durchführen können.

Wird die Steintherapie ihre Bedeutung behalten?

Huber: Ja unbedingt. Als Sektionsleiter kümmert sich Dr. Christian Keil

sehr gut um die endourologischen Eingriffe. Perkutane Steintherapie, Ureterorenoskopien und Thuliumlaser-Enukleationen der Prostata sind wirkliche Stärken meiner Klinik, die einen ausgezeichneten überregionalen Ruf in diesen Behandlungsfeldern genießt.

Welche Schwerpunkte wollen Sie in der Forschung setzen?

Huber: Mein persönlicher Schwerpunkt ist die Versorgungsforschung. Die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ und auch unsere Publikationsserie zur deutschen Versorgungsrealität werden weiterentwickelt. PD Dr. Christer Groeben hat einen Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft eingereicht, in dem es um die Prähabilitation vor radikaler Zystektomie geht. Wir wollen ältere Betroffene gezielt auf den Eingriff vorbereiten. Das soll in eine randomisierte Multicenter-Studie münden, um die Effekte der Prähabilitation zu evaluieren. Primärer Endpunkt wäre die Senkung der Mortalität. Heute sterben 10 % der über 70-jährigen Zystektomie-Patienten innerhalb von 90 Tagen. Im Laufe des Jahres wollen wir noch einen Antrag zu Online- bzw. Präsenz-Selbsthilfe beim Prostatakarzinom einreichen. In Vorbereitung ist außerdem ein Studienprotokoll zur strukturierten Selbsthilfe bei Hodentumoren. Hierbei geht es um PATE e. V., einen Verein, in dem ehemalige Hodentumorpatienten ihre Erfahrungen an Neubetroffene weitergeben. Dr. Aksoy hat PATE e. V. gegründet.

Sie sind auch ehrenamtlich in der Fachgesellschaft aktiv...

Huber: Ich bin Vorsitzender des Arbeitskreises „Versorgungsforschung, Qualität und Ökonomie“ und habe lange die „Patienten Akademie“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie geleitet. Außerdem bin ich einer der Geschäftsführer der

Urologischen Stiftung Gesundheit, die sich gemeinnützig für die Information und Aufklärung über urologische Erkrankungen einsetzt.

Und wie sieht es in der klinischen Forschung aus?

Huber: In der grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Forschung ist es am interessantesten, die Systemtherapien in Verbindung mit unseren Erfahrungen in der operativen Therapie zu bringen. Was kann man immunonkologisch, chemotherapeutisch oder anti-hormonell im Umfeld von Krebsoperationen erreichen? Das ist ein sehr wichtiges Feld, wenn man sich z. B. die Rezidivraten nach Zystektomie anschaut. 30 % der Patienten versterben zwei bis drei Jahre nach dem Eingriff aus onkologischen Gründen. Ein weiteres Studienprojekt will Infektiologie und Onkologie aus beiden Standorten zusammenbringen, weil es ähnliche immunonkologische Pathways und Mechanismen gibt.

In der Lehre setzen Sie auf Hands-on-Training?

Huber: Ich arbeite seit sechs Jahren mit einem Unternehmen zusammen. Ich hatte eine Förderung in der Lehre für Hands-on-Kurse im Rahmen des Block-Praktikums erworben. Daraufhin haben wir Trainer für die perkutane Steintherapie, die Ureterorenoskopie und die transurethrale Resektion gekauft. Die Studenten nahmen an einem „Zirkeltraining“ teil, bei dem sie an allen Stationen selbst Hand anlegen konnten. Es gibt nichts Besseres für die Vermittlung der Faszination für die Urologie, als wenn man selbst ein Resektoskop in der Hand haben und damit in einer Simulation arbeiten kann. Die Simulatoren sind nicht geeignet, operative Expertise zu sammeln. Sie sind aber ideal, um das Handling mit dem Instrument zu lernen und ein Gefühl dafür zu erwerben.

In Marburg haben wir auch einen URS- und einen Resektions-trainer angeschafft. Die Hands-on-Trainer lassen sich nicht nur für die studentische Lehre einsetzen, sondern auch für unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

Wie ergänzen sich Medizin und Geisteswissenschaften in Ihrem Leben und in Marburg?

Huber: Die Marburger Universität hat eine lange geisteswissenschaftliche Tradition, auch eine medizinethische Expertise. Fragen des Patienten-Empowerment und der partizipativen Entscheidungsfindung sind sehr wichtig und profitieren gerade in Marburg von der geisteswissenschaftlichen Fundierung. Die Patientenkommunikation ist mir persönlich wichtig. Dabei kommt es auf eines ganz besonders an: Wir müssen hier unseren unverständlichen Mediziner-Duktus ablegen und einfache Worte und Bilder finden.

Werden Sie das „Mauerblümchen-Dasein“ im Schatten von Gießen beenden?

Huber: Sie sind ein guter Journalist, daher verstehe ich Ihre provokative Formulierung richtig. Inhaltlich sehe ich das aber ganz anders! Die komplementären Schwerpunkte der beiden Standorte Marburg und Gießen sind ein großer Glücksfall. Wir haben Endourologie, Onkologie und Nierentransplantation und Prof. Florian Wagenlehner hat Andrologie und Infektiologie als Schwerpunkte. Wir haben beide unsere Wurzeln in Straubing und verstehen uns sehr gut. Unsere erste gemeinsame Fortbildung findet im Juni statt. Ein gemeinsamer Drittmittelantrag ist schon in Vorbereitung. Wir sind auf einem guten Weg zu einer gelebten Kooperation.

Was ist das große Ziel?

Huber: Ich möchte Marburg zu einer akademischen Urologie mit überregional gutem Ruf entwickeln. ■