UNI.KLINIK



Tagesklinik Damit Ältere nicht vereinsamen In der Neurogerontopsychiatrischen Tagesklinik arbeiten die Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie unter einem Dach. Das macht die Klinik bundesweit einzigartig.





Hirntod Wann der Mensch tot ist Professor Wolfgang Müllges spricht über die Fortschritte der Transplantationsmedizin, mögliche Organspender und die Sicherheit der Hirntoddiagnostik.

Ernährung Fatale Fette Buchstäblich in aller Munde sind derzeit die Trans- und Cis-Fettsäuren. Warum diese Fette so ge-

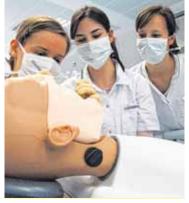




Mukoviszidose Wenn dem Körper die Luft ausgeht Mukoviszidose ist unter den seltenen Erkrankungen eine der häufigeren. Auch wenn sie noch nicht heilbar ist - man kann viel tun, um die Lebensqualität zu verbessern.

Nieren Reinigungszentrale des Körpers Wenn die Nieren nicht mehr richtig funktionieren, wirkt sich das auch auf andere Organe aus. Die meisten Nierenerkrankungen betreffen daher den ganzen Körper.





Zahnmedizin Bohren am Phantompatienten Am Würzburger Universitätsklinikum lernen angehende Zahnärzte in speziellen Kursen Fertigkeiten, die sie in der Praxis später jeden Tag brauchen werden.

Transplantationen Wie die Organe verteilt werden Der Leberspezialist Professor Ingo Klein spricht über das große Misstrauen gegenüber Organtransplantationen nach den Skandalen und qualitätsorientierte Kontrollen.





Klinikküche 4000 Mahlzeiten an jedem Tag Die Küche des Universitätsklinikums ist fast rund um die Uhr zugange. Frische und Regionalität spielen dabei eine große Rolle, und das Prinzip lautet:

"Cook & Serve".

Weitere Themen

Zertifizierung: Für das Patientenwohl und noch mehr Qualität Seite 3 Tabuthema: Wenn der Darm falsch angelegt ist Küchen-Kunst: Die neue Ausbildung zum Koch Seite 22 Rückenschmerzen: Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule Seite 23 Herzschwäche: Tag der offenen Tür und Radtour Seite 24

IMPRESSUM: Das Patientenmagazin UNI.KLINIK ist eine Publikation der Mediengruppe Main-Post Würzburg in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Würzburg. Verlag und Druck: Main-Post GmbH & Co KG. Persönlich erin: Main-Post Verwaltungs GmbH, Registergericht: AG Würzburg HRB 109977; Geschäftsführer David Brandstätter. Chefredaktion: Michael Reinhard. Redaktion: Thomas Brandstetter. Gesamtleitung Media Verg: Holger Seeger. Logistik: Main ZustellService GmbH. Postanschrift/Kontakt: Main-Post, Berner Straße 2, 97084 Würzburg, Telefon (0931) 6001-535, Fax (0931) 6001-599, red.journal@i

Zertifiziert im Sinne des Patienten

Das Universitätsklinikum Würzburg hat sich der KTQ-Zertifizierung gestellt



hat sich das Universitätsklinikum Würzburg einer aufwendigen Zertifizierung nach den Kriterien der "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" (KTQ) gestellt, von der alle Beteiligten – Patienten genauso wie Krankenhausmitarbeiter oder auch externe Partner - profitieren. Davon ist Dr. Gerhard Schwarzmann überzeugt, der am Würzburger Universitätsklinikum in der Verwaltung den Geschäftsbereich 1 für Planung und Entwicklung leitet. Von Haus aus ist Dr. Schwarzmann Mediziner mit Zusatzstudium Gesundheitsökonom. Er weiß deshalb, um was es ganz praktisch

lich befristetes Zertifikat.

Patientenwohl und Optimierung von Arbeitsabläufen und Klinikstrukturen verbirgt. Als Qualitätsmanagementbeauftragter ("QMB") ist er seit 2002 für sämtliche übergeordneten Qualitätsmanagement-Belange im Uniklinikum geht und was sich hinter Begriffen wie zuständig. Unter Qualitätsmanagement

werden allgemein Tätigkeiten auf der Führungsebene einer Organisation oder eines Betriebes verstanden, die die Qualität der Dienstleistungen oder Produkte verbessern. Die Qualitätssicherung ist dabei ein essentieller Teil des Qualitätsmanagements. Dies betrifft

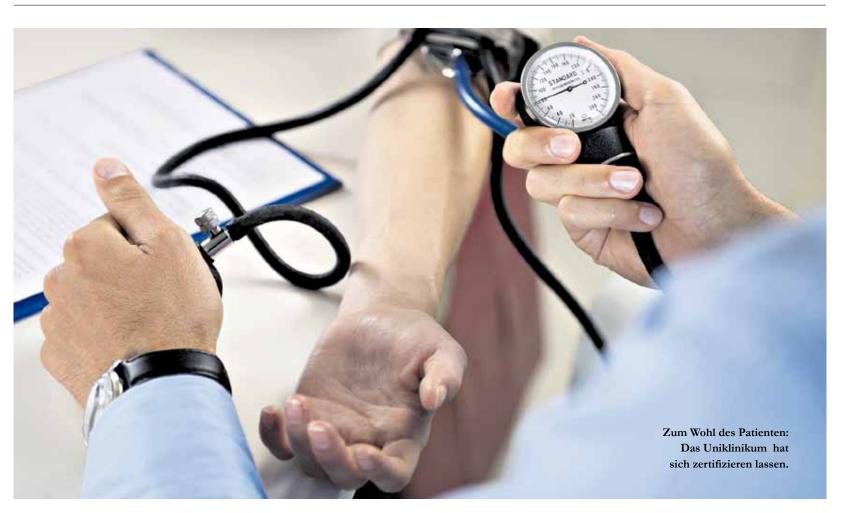
demzufolge in einem Krankenhaus sämtliche Strukturen und Prozesse in pflegerischen und ärztlichen bis hin zu sämtlichen administrativen Bereichen.

Für Qualitätsmanagement inklusive Qualitätssicherung gibt es gesetzliche Vorschriften. Wer sich - wie das Uniklinikum Würzburg – noch zusätzlich einer Zertifizierung unterzieht, tut dies aktuell noch freiwillig. Es ist nach Dr. Schwarzmanns Einschätzung davon auszugehen, dass es auch in diesem Bereich bald verbindliche gesetzliche Regelungen geben wird.

"Es geht uns nicht um das KTQ-Zertifikat an sich", sagt Dr. Schwarzmann, "sondern um das, für das ein KTQ-Zertifikat steht, und um das, was der Prozess der Zertifizierung an kurzfristigen, vor allem aber langfristigen und nachhaltigen Verbesserungen für das Unternehmen Uniklinikum und damit auch für die Patienten und für die Mitarbeiter bringt." Eine wichtige Besonderheit des KTQ-Verfahrens ist nach Dr. Schwarzmanns Worten, dass in der KTQ GmbH als Gesellschafter sämtliche wichtigen Vertreter des Gesundheitswesens beteiligt sind, die sonst bei gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen nicht immer gemeinsame Positionen vertreten. Dieser Umstand gewährt echte Unabhängigkeit und verlässliche Qualität bei der Zertifizierung. So wurden die Kriterien für die KTQ-Zertifizierung gemeinsam von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deut-

2

TAGESKLINIK UNIKLINIK GESUNDHEITSMAGAZIN DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS WÜRZBURG AUSGABE 1/2014



schen Pflegerat und dem Hartmannbund erarbeitet.

Eine weitere, nicht minder wichtige Besonderheit des KTQ-Modells ist laut Dr. Schwarzmann, dass - anders als bei anderen Zertifizierungsverfahren – nicht einzelne Teilbereiche eines Klinikums aus der Zertifizierung herausgenommen werden können. "Ein KTQ-Zertifikat kann immer nur dem Gesamtklinikum verliehen werden", so Dr. Schwarzmann.

Dementsprechend groß ist die personelle und strukturelle Herausforderung für ein Unternehmen. Und so ist das Besondere beim KTQ-Modell, dass im Zertifizierungsprozess sämtliche Krankenhausbereiche mit eingebunden sind. "Diese Gesamtdurchdringung im Zuge der Zertifizierung ist besonders charakteristisch und wichtig für das KTQ-Modell", erklärt Dr. Schwarzmann. So sind etwa in der für das KTQ-Zertifizierungsverfahren am Uniklinikum Würzburg wichtigen Projektgruppe von der Klinikleitung bis zur unteren Ebene alle Klinik-Hierarchien einbezogen.

Darüber hinaus aber gibt es in sämtlichen Kliniken und Abteilungen mindestens zwei KTQ-Beauftragte, von denen immer einer aus dem ärztlichen Bereich, der andere aus dem für den jeweiligen Klinikbereich charakteristischen Tätigkeitsfeld kommt, etwa der Pflege, der Naturwissenschaft oder dem medizinisch-technischen Bereich. Auf diese

Weise durchdringt das KTQ-Modell personell und strukturell das Uniklinikum vertikal von der Spitze bis zur Basis und horizontal auf der jeweiligen fachlichen Arbeitsebene. "Es handelt sich also um einen ganzheitlichen Ansatz", betont Dr. Schwarzmann. Der Geschäftsbereichsleiter unterstreicht

"Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz."

die hervorragende Arbeit, die alle Beteiligten und insbesondere die KTQ-Beauftragten geleistet haben und noch Vom Beschluss des Universitätskli-

stoßen wurden, so

Dr. Schwarzmann

nikumsvorstands, ein KTQ-Zertifizierungsverfahren durchzuführen, bis zu der Erstausstellung des Zertifikats vergingen zwei Jahre. Und der Prozess ist damit nicht abgeschlossen. Denn das Wichtigste ist nicht das bloße Erhalten des Zertifikats, das alle drei Jahre erneuert werden muss, sondern es sind vor allem jene Prozesse, die durch das Zertifizierungsverfahren ange-

Kriterien (zum Beispiel Warte-

Mitarbeiter und Patienten wurden und werden über die ieweiligen aktuellen Qualitätsmanagement-Aktivitäten auf Infoveranstaltungen, mit Flyern und Sonderpublikationen informiert. Bei ihrem mehrtägigen KTQ-Zertifizierungs-Besuch nahmen die externen Visitoren nach den strengen KTQ-Kriterien die Strukturen und Prozesse in sämtlichen Klinikbereichen unter die Lupe.

Dazu gehörten speziell die Kategorien Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informations- und Kommunikationswesen, Führung und Qualitätsmanagement. Entscheidend sind aus Sicht von Dr. Schwarzmann die Impulse, die sich aus dem stets präsenten Qualitätsansatz und -bestreben ergeben. Prinzip ist allgegenwärtig der "Plan-Do-Check-Act"-Zvklus, abgekürzt: PDCA. Bei "Plan", also "Planen", geht es darum, für einen mittelfristigen Zeitraum festzulegen, welche Qualitätsziele man bezogen auf bestimmte

> zeiten) anstrebt und wie man dies erreichen will. Bei "Do" ("Tun") ist man dazu aufgefordert, die Planungen entsprechend konsequent umzusetzen und dabei gleichzeitig die Rahmenbedingungen im finanzi-

> > Dr. Gerhard

ellen, strukturellen und personellen Bereich stets im Blick zu behalten. "Check" – "Überprüfen" – zielt darauf ab, den Wirkungsgrad der Umsetzung nachvollziehbar zu messen, anhand von Kennzahlen (zum Beispiel Wartezeit in Minuten). Bei "Act" ("Handeln") geht es darum, dem gegebenenfalls im "Check" gefundenen Korrekturbedarf durch entsprechende Feinanpassungen, Ergänzungen oder Änderungen nachzukommen, um das im "Plan" gesteckte Ziel noch erreichen zu können. Dies setzt jedoch eine Kultur der stetigen kritischen und konstruktiven Auseinandersetzung mit selbst gesteckten Zielen und bereits beschlossenen Maßnahmen

Konkret geht es momentan darum, die festgestellten Verbesserungspotenziale auszuschöpfen und in Maßnahmenkataloge umzuarbeiten. Bei allem Engagement gilt es dabei, das Risiko zu beherrschen, nicht in Aktionismus oder Frustration zu verfallen, das heißt, ohne Ziele oder ohne die erforderlichen Ressourcen zu agieren.

So ist die KTQ-Projektgruppe aktuell dabei, sinnvolle und erfolgversprechende Maßnahmen aus dem Visitationsbericht abzuleiten und diese in eine Projektskizze zu überführen. "Und so laufen die dafür erforderlichen Diskussionen, Abstimmungen und Aktivitäten im Sinn des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses stets weiter", sagt Dr. Schwarzmann.

Damit ältere Patienten nicht vereinsamen

In der Neurogerontopsychiatrischen Tagesklinik arbeiten die Fachgebiete Psychiatrie und Neurologie unter einem Dach. Das macht die Klinik zu einer bundesweit einzigartigen Einrichtung. Sie richtet sich an ältere Patienten.

er Blick von Dr. Christine Leonhard fällt durchs große Fenster auf den stattlichen Park zwischen den historischen Häuserblöcken von Semmel- und Ludwigstraße in Würzburg. "Bevor ich hier angefangen habe, wusste ich gar nicht, dass es diesen Park überhaupt gibt", sagt die Psychiaterin, die zusammen mit der Neurologin Dr. Christine Daniels die Neurogerontopsychiatrische Tagesklinik des Würzburger Uniklinikums leitet. In der Zusammensetzung der Klinikleitung mit zwei Oberärztinnen aus unterschiedlichen Fachgebieten drückt sich ein hervorstechendes Merkmal der Einrichtung aus. Es ist ein gemeinschaftliches Projekt der Kliniken für Psychiatrie und Neurologie in Kooperation mit der Geriatrischen Rehaklinik des Bürgerspitals. Angeregt wurde es vom Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Professor Dr. Jürgen Deckert, der mit seinem Anliegen bei Professor Volkmann, dem Direktor der Neurologischen Uniklinik, und Dr. Schwab, dem Leiter der Geriatrischen Rehaklinik, sofort auf offene Ohren stieß.

Es herrscht eine helle und freundliche Atmosphäre in den Räumen, die das Uniklinikum als eine Art Außenposten im Gebäudekomplex des altehrwürdigen Bürgerspitals mitten in der Stadt angemietet hat. Warme Farben bestimmen die Flure und Zimmer dieser Einrichtung, die es seit gut zwei Jahren gibt und deren Angebot sich an ältere Patienten richtet, deren Krankheitsbild in eine oder auch in beide Disziplinen - Psychiatrie und Neurologie - fällt.

Dass beide Fachgebiete unter einem Dach sind, macht die Tagesklinik bundesweit zu einer einzigartigen Einrichtung. Es handelt sich um eine Akutklinik für ältere Menschen mit dem Behandlungsschwerpunkt affektive Störungen wie Depressionen und Parkinsonsyndromen, wobei auch Patienten mit anderen psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen aufgenommen werden. Das Angebot der Tagesklinik richtet sich an Patienten etwa ab dem 60. Lebensjahr, bei denen ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen, bei denen ferner keine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht und die keine schweren kognitiven Beeinträchtigungen haben. Patienten sollten eigenständig anreisen können. Die Einweisung erfolgt durch den Haus- oder Facharzt und die Aufnahme nach einem ambulanten Vorgespräch.

Die Akutklinik hat 18 Therapieplätze. "Aber darunter muss man sich nun nicht etwa 18 Patientenbetten vorstellen", sagt Dr. Leonhard. Natürlich gibt es Rückzugsmöglichkeiten und Ruheräume. Aber die meiste Zeit sind die Patienten auf den Beinen oder auf dem Stuhl, gemeinsame Aktivitäten stehen im



Dr. Christine Leonhard (links) und Dr. Christine Daniels im Gespräch mit einer Patientin an der Neurogerontopsychiatrischen Tagesklinik.

terschiedliche Angebote für Patienten der Psychiatrie mit Psychotherapiegruppen und der Neurologie mit intensiverer Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie. Ihren besonderen Charakter bekommt die Tagesklinik durch die gemeinsamen Therapiegruppen von Psychiatrie- und Neurologiepatienten. In diesen Gruppen geht es unter anderem um Stressbewältigung, kognitives Training und Aspekte des guten und erfüllten Lebens im Alter.

Besonders im Blick hat die Klinikleitung neben der Behandlung von an Depression erkrankten älteren Menschen die Therapie von an Parkinson Erkrankten. weil sich bei ihnen oft zur Bewegungsstörung zusätzlich eine psychische Störung oder Gedächtnisstörung entwickelt. Für Patienten mit einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz ist das Angebot der Tagesklinik hingegen nicht geeignet, erläutert Dr. Leonhard. Bei neu aufgetretenen Gedächtnisstörungen, die oft mit einer depressiven Verstimmung einhergehen, müsse jedoch geklärt werden, ob es sich um eine Depression

oder um eine zusätzlich beginnende Demenz handelt. Die Therapieangebote der Würzburger Tagesklinik richten sich an eine Personengruppe, die immer größer des Bürgerspitals zurück. wird: an ältere und oft auch einsame Menschen, die psychisch erkranken. Bei den Gruppentherapien kann der einsame Mensch die Erfahrung machen, dass es zur Anmeldung für ambulante Vorgespräche: (09 31) Mittelpunkt. Freilich gibt es gruppenspezifisch un- anderen ähnlich geht wie ihm, und so können alle 201-76062

voneinander etwas lernen, sagt Dr. Daniels: "Der eine kann vielleicht nicht gehen, der andere kann vielleicht nicht Treppen steigen, und wieder ein anderer kann beiden helfen." Jeder bringe so seine Probleme und Potenziale mit, sagt Dr. Leonhard. Die Vorteile einer teilstationären Behandlung liegen für die Klinikleitung auf der Hand. Ein vollstationärer Aufenthalt wird vermieden oder zumindest verkürzt. Der Patient kann das, was er in der Tagesklinik erlernt hat, gleich im Alltag erproben. Da es sich um eine Tagesklinik handelt, verbringt er den Abend und die Nacht zu Hause in seinem gewohnten Umfeld.

Zwei Behandlungsziele stehen im Zentrum: Die Patienten sollen, soweit dies möglich ist, ein selbstbestimmtes Leben führen. Darüber hinaus sollen die Therapien für mehr Wohlbefinden und Lebensqualität im Alter sorgen. Dabei arbeiten neben den beiden Oberärztinnen zwei Assistenzärzte, fünf Pflegekräfte, ein Psychologe sowie eine Sozialpädagogin und ein Logopäde zusammen. Bei den Angeboten in den Bereichen Physio- und Ergotherapie greift die Tagesklinik auf das Personal der Geriatrischen Rehaklinik

Öffnungszeiten: Mo. - Fr. 8.30 bis 16 Uhr. Telefon

Fotos: Thinkstock, Frank Kupke Text: Frank Kupke, Foto: Theresa Müller





Fatale Fette

Warum Transfettsäuren so gefährlich sind

Tett ist in der Ernährung eine zweischneidige → Angelegenheit. Wie Dr. Walter Burghardt erläutert, braucht der menschliche Körper Fette nicht nur zur Energiezufuhr, sondern auch, um bestimmte Stoffe für den Organismus herzustellen. Dies gilt nach den Worten des Oberarztes an der Medizinischen Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Würzburg und Leiters der Staatlichen Berufsfachschule für Diätassistenten beispielsweise mit Blick auf die Synthese von Vitamin D, Gallensäuren und verschiedenen Hormonen aus Choleste-

Das Problem: "Fett schmeckt gut", so Dr. Burghardt. Nachdem in Japan, so der Ernährungsmediziner und Gastroenterologe weiter, Mediziner schon vor längerer Zeit festgestellt haben, dass es neben den bekannten Geschmackswahrnehmungen sauer, süß, bitter und salzig noch den Geschmack "umami" (fleischig) gibt, wurde zuletzt eine sechste Geschmacksqualität festgestellt: "fettig".



Dr. Walter Burghardt

"Wenn man zu viel Fett isst, hat man ein Abbau-Problem."

Fette gehören neben Kohlenhydraten und Eiweißen zu den Grundbestandteilen der menschlichen Ernährung. Komplett auf Fette zu verzichten, geht nicht. Aber zu viel Fett ist schlecht. Und da gibt es laut Dr. Burghardt nach dem heutigen Stand der Forschung und gemäß den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) recht klare Richtlinien. So sollte die Energiezufuhr nicht über 30 Prozent aus Fetten erfolgen. Aber sogar bei einer Energiezufuhr, die nur zu 20 Prozent aus Fett besteht, wie dies bei manchen Veganern der Fall ist, ist der menschliche Körper hinreichend mit Fett versorgt. Unter 15 bis 20 Prozent Fett wird es jedoch problematisch. Generell sollte die Kalorienzufuhr zu 55 Prozent aus Kohlenhydraten und zu 15 Prozent aus Eiweiß bestehen.

Allerdings gibt es bei Fetten recht unterschiedliche Sorten, die sich von der chemischen Struktur der Fettsäuren her unterscheiden, was auch ernährungsphysiologische Unterschiede ausmacht. Als ernährungsphysiologisch eher ungünstig gelten nach Dr. Burghardts Worten die gesättigten Fettsäuren, wie sie insbesondere in Fetten tierischer Herkunft enthalten sind. "Pflanzliche Fette gelten als besser", erklärt Dr. Burghardt. Denn sie enthalten oft mehrfach oder einfach ungesättigte Fettsäuren. Deshalb ist bei der Essenszubereitung beispielsweise insbesondere Rapsöl zu bevorzugen. Als Standardfett empfiehlt

Dr. Burghardt außer Rapsöl noch Olivenöl. Grundsätzlich sollten die 30 Prozent Kalorienzufuhr durch Fette aus zehn bis 15 Prozent einfach ungesättigten Fettsäuren und jeweils sieben bis zehn Prozent mehrfach ungesättigten beziehungsweise gesättigten Fett-

Wer bei der Fettzufuhr ständig deutlich über der empfohlenen Menge von 30 Prozent der Kalorienaufnahme liegt, läuft nach den Worten des Mediziners Gefahr, schwer zu erkranken. Der Grund: "Wenn man zu viel Fett isst, hat man ein Abbau-Problem mit den Fetten." Die Fette werden im Körper abgelagert, wo sie zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Am bekanntesten ist die Adipositas oder Fettleibigkeit mit all ihren Belastungen für das Herz-Kreislaufsystem. Denn die nicht abgebauten, dann oft oxidierten Fettsäuren werden beispielsweise in den Blutgefäßwänden abgelagert, wo sie Arteriosklerose und andere Gefäßerkrankungen nach sich ziehen können. Die überschüssigen, im Körper abgelagerten Fette können zudem – insbesondere als Bauchfett – eine immer stärkere Insulin-Unempfindlichkeit mit verursachen, was bis hin zur Erkrankung an Diabetes vom Typ 2 gehen kann.

Darüber hinaus, so Dr. Burghardt weiter, kann übermäßige Fettzufuhr zu Störungen der Blutgerinnung führen und ist ferner für Menschen mit einer Veranlagung zu Rheuma ungünstig. Rheuma-Patienten Fischöl gilt als günstig, weil es wertvolle Omega-3-Fettsäuren enthält. Bei Schilddrüsen- und schweren Nierenerkrankungen können Störungen des Fettstoffwechsels vorkommen, was bei der Ernährung zu berücksichtigen ist.

Buchstäblich in aller Munde sind derzeit die Trans- und Cis-Fettsäuren. Transfettsäuren sind ungesättigte Fettsäuren, die in Naturprodukten nur sehr selten vorkommen. Man hat sie, so Dr. Burghardt, beispielsweise im Pansen von Rindern nachgewiesen. Transfettsäuren entstehen bei der industriellen Herstellung teilweise gehärteter pflanzlicher Fette. Diese enthalten nämlich, chemisch gesehen, Fettsäureester, deren Verzehr als mitverursachend bei der Entstehung von Arteriosklerose und Herzinfarkt gilt. Transfettsäuren gelten als dafür mitverantwortlich, wenn im Blutserum der Spiegel des HDL abfällt (HDL steht für High Density Lipoprotein, das auch als "gutes Cholesterin" bezeichnet wird) und der LDL-Spiegel (Low Density Lipoprotein, das als "schlechtes Cholesterin" bezeichnet wird) steigt.

Beim LDL-Cholesterin gelten, soweit keine anderen gesundheitlichen Risiken bestehen, Werte unter 160 mg/dl (Milligramm pro Deziliter) als "gesund", erklärt Dr. Burghardt. Besser ist ein Wert unter 130 mg/dl, bei Herzinfarktpatienten liegt der Zielwert unter 100 mg/dl. Richtschnur beim HDL-Cholesterin sind mindestens 50 mg/dl. Die Gesamtmenge an verzehrtem Cholesterin sollte nicht über 300 mg pro

Tag liegen. Das ist in etwa so viel, wie ein Hühnerei

Allerdings reagieren Menschen je nach genetischer Veranlagung ganz unterschiedlich auf erhöhte Cholesterinzufuhr. Manche Menschen könnten mehrere Hühnereier pro Tag essen, ohne dass sich das im Cholesterinwert niederschlägt. Bei anderen liegt der Cholesterinwert trotz strenger Diät im kritischen

Das Fatale bei den Trans- und Cis-Fettsäuren ist nun, dass gerade in bestimmten beliebten, vermeintlich gesunden leichten Pflanzenmargarinen die Fettsäureester in sogenannter Cis-Form enthalten sind. Werden diese erhitzt, wandeln sich die Cis-Fettsäuren in die ernährungsphysiologisch ungünstigen Transfettsäuren. Je häufiger diese Fette erhitzt werden, desto größer ist der Anteil der Transfettsäuren.

Das kann ganz praktische Konsequenzen haben, wenn es um den Verzehr von frittierten Nahrungsmitteln geht, die freilich ohnehin nicht zu häufig gegessen werden sollten. Denn in der Fritteuse kommen genau diese teilweise gehärteten Pflanzenfette zum Einsatz. Und weil an den Imbissbuden in der Regel zweimal am Tag neues Fett in die Fritteuse kommt - nämlich am Morgen und am Mittag - empfiehlt es sich, die Pommes frites eher morgens oder am frühen Nachmittag zu kaufen, weil da das Frittierfett noch nicht so viele Transfettsäuren enthält wie empfiehlt er, beim Öl auf Fischöl umzusteigen. am späten Vormittag und gegen Abend, empfiehlt Gastroenterologe Dr. Burghardt. Im Übrigen sind die ungünstigen Transfettsäuren beispielsweise auch im Blätterteiggebäck enthalten.

> Aber, so der Ernährungsmediziner, eine gesunde Ernährungsweise müsse immer mit einem gesunden Lebensstil verbunden sein. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt eine vollwertige und abwechslungsreiche Kost. Ferner sollten dazu reichlich Getreideprodukte sowie Obst, Gemüse, Milch- und Milchprodukte gehören. Salz und Zucker sollte man nur in Maßen, Fleisch nicht oft essen. Fisch ist einbis zweimal in der Woche sinnvoll.

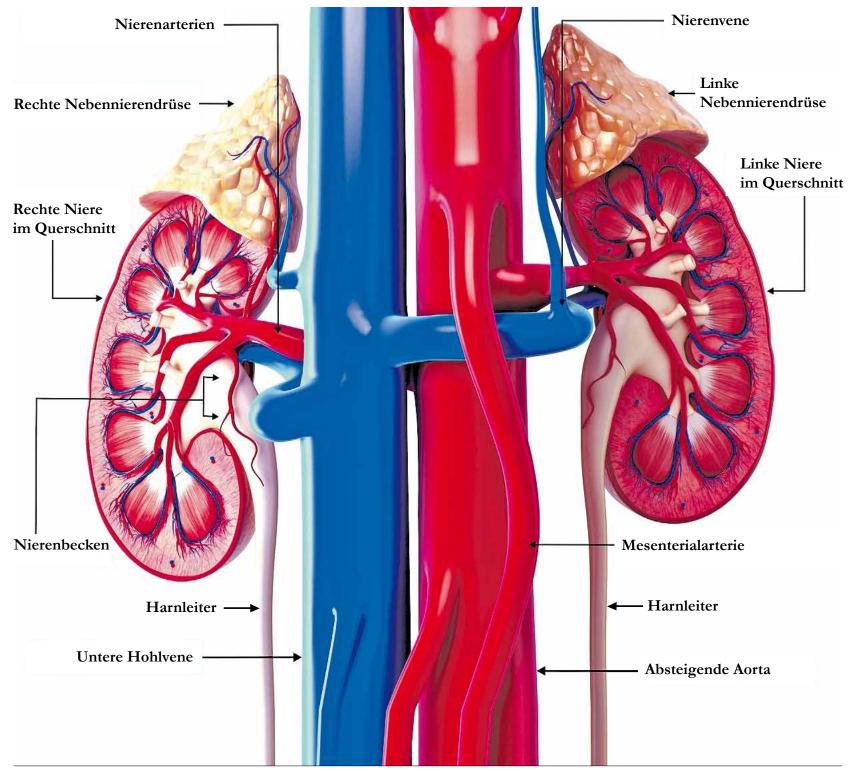


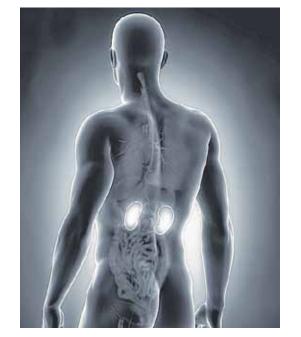
Ein gutes Standardfett: Olivenöl.

Die Reinigungszentrale

GESUNDHEITSMAGAZIN DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS WÜRZBURG AUSGABE 1/2014

Wenn die Nieren nicht mehr richtig funktionieren, wirkt sich das auch auf andere Organe aus. Die meisten Nierenerkrankungen betreffen daher nicht nur die Nieren selbst, sondern den ganzen Körper.





"Nierenkranke altern doppelt so schnell", sagt der Experte.

"Schwache

Herzleistung führt

oft zu schwacher

Nierenleistung."

uf Herz und Nieren prüfen – das Sprichwort legt nahe, dass die Nieren ein ebenso wichtiges Körperorgan sind wie das Herz. Und tatsächlich: Ohne Nieren können wir nicht leben. Sie entgiften nicht nur den Körper, regeln seinen Wasser- und Elektrolythaushalt, den Blutdruck und den Säure-Basen-Haushalt, die Bildung roter Blutkörperchen und den Knochenstoffwechsel. Wenn die Nieren nicht mehr richtig funktionieren, wirkt sich das auch auf andere Organe aus. Die meisten Nierenerkrankungen betreffen daher nicht nur die Nieren selbst, sondern den ganzen Körper. "Nierenkranke altern doppelt so schnell", sagt Professor Christoph Wanner, Leiter des nephrologischen Schwerpunkts der Medizinischen Klinik I des Würzburger Uniklinikums. Und auch bei der Volkskrankheit Bluthochdruck spielen die Nieren eine wichtige Rolle.

Hauptaufgabe der Nieren ist es, das Blut zu filtern und Schadstoffe auszuscheiden. Die beiden Nieren, rechts und links der Wirbelsäule gut geschützt direkt unter dem Zwerchfell liegend, sind über die Nierenarterien direkt mit der Hauptschlagader verbunden. 1500 Liter Blut durchströmen die Nieren jeden Tag, durch ein kompliziertes Filtersystem werden sie dort gereinigt. Glomeruli nennt man die Nierenkörperchen, in denen winzige, knäuelartige Blutgefäße das Filtern des Blutes übernehmen. Blutkörperchen und Eiweißstoffe werden von diesem Filter von vornherein abgefangen. Wasser und einige im Blut enthaltene Stoffe - die sogenannten harnpflichtigen Substanzen – passieren jedoch das Filtersystem und landen in den Harnkanälchen (Tubuli). Dort wird in einem zweiten Schritt die gefilterte Flüssigkeit, der Primärharn, eingedickt. Wasser und andere Stoffe, die der Körper noch braucht, werden zurückgewonnen und wieder dem Blut zugeführt. Aus 180 Litern Primärharn werden so eineinhalb Liter pro Tag, die letztendlich in der Blase landen und tatsächlich ausgeschieden werden. Dieses Entgiften ist lebensnotwendig. Fallen die Nieren aus, setzen innerhalb kürzester Zeit Vergiftungserscheinungen ein. Wanner: "Diese äußern sich in Müdigkeit, mangelndem Appetit und Übelkeit."

Doch die Nieren sind mehr als nur ein Filter, sie sind die Reinigungszentrale des Körpers. Sie sorgen auch dafür, dass der Wassergehalt des Körpers – unabhängig von der Trinkmenge – konstant bleibt.

Genauso regulieren sie den Salzhaushalt des Körpers, den pH-Wert des Blutes, und sie sind über die Bildung wichtiger Hormone an der Einstellung des Blutdrucks beteiligt. Das Hormon Erythropoetin, das die Bildung roter Blutkörperchen anregt, wird genauso in der Niere gebildet wie das Vitamin D, das beim Kalzium- und Knochenstoffwechsel eine wichtige Rolle spielt und unter anderem der Entstehung von Osteoporose entgegenwirkt.

"An der Entstehung von Nierenerkrankungen sind vor allem Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Arteriosklerose, also Gefäßverkalkung, beteiligt", sagt Wanner. Entzündungen der Filterkörperchen spielen vor allem bei jüngeren Menschen eine Rolle. "Und auch Medikamente, vor allem Schmerzmittel und Antirheumatika, können, im Übermaß genommen, die

Nieren schädigen", so Wanner weiter. Dabei unterscheidet man ein akutes Nierenversagen, das sich sehr schnell bemerkbar macht, von einem chronischen, das sich über Jahre hinweg und manchmal unbemerkt entwickelt. Wanner: "Zu den häufigen Urner:

sachen eines akuten Nierenversagens, das oft eine intensivmedizinische Überwachung nötig macht, zählen etwa die Austrocknung bei alten Menschen, eine Hantavirus-Infektion und ein Harnverhalt bei vergrößerter Prostata." Lassen sich die Ursachen nicht schnell wieder beheben, ist eine Dialyse nötig – zumindest so lange, bis die Nieren wieder "anspringen" und ihre Funktion übernehmen.

Anders ist es beim chronischen Nierenversagen. Am häufigsten liegt dabei ein Diabetes mellitus zugrunde, bei dem die Niere über eine Schädigung der Blutgefäße angegriffen wird. Aber auch Bluthochdruck, Nierenentzündungen und die langfristige Einnahme von Schmerzmitteln können zu einer schleichenden Schädigung der Niere führen. Das Tückische dabei: Die Schädigung tut nicht weh und verursacht auch sonst lange Zeit keine Beschwerden. Viele Patienten wissen daher gar nichts von ihrer Erkrankung. Erst wenn mehr als die Hälfte des Nierengewebes ausfällt, macht sich der Schaden bemerkbar.

Wer ein erhöhtes Risiko für eine Nierenschädigung hat, sollte deshalb regelmäßig die Nierenfunk-

tion checken lassen. Das geschieht in erster Linie durch Laboruntersuchungen von Blut und Urin, auch ein Ultraschall kann Aufschluss geben. Aufpassen müssen vor allem Menschen mit Bluthochdruck und Diabetiker: Nach 25 Jahren fällt bei jedem fünften Diabetiker die Nierenfunktion komplett aus. Ursache dafür ist in beiden Fällen eine Schädigung der feinen Blutgefäße in der Niere, die sich nur verhindern lässt, wenn Diabetes oder Bluthochruck optimal eingestellt sind. Entscheidend ist dabei eine Änderung des Lebensstils, betont Wanner: "Nierenkranke sollten sich regelmäßig bewegen – am besten 10 000 Schritte am Tag." Außerdem wichtig: eine gesunde salzarme Ernährung im Sinne einer mediterranen Kost und ein gleichbleibendes Gewicht zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Sind die Nieren einmal geschädigt,

> kommt Rauchen als weiterer ungünstiger Faktor hinzu.

Wer eine fortgeschrittene Nierenerkrankung hat, muss regelmäßig zum Nephrologen. Vor allem Niere und Herz hängen eng zusammen, erklärt Wanner: "Eine schwache Herzleistung führt oft zu einer

schwachen Nierenleistung." Umgekehrt beeinträchtigt auch eine Niereninsuffizienz die Funktion des Herzens. "Das Risiko für eine Herzerkrankung steigt mit schlechter Nierenleistung um das Zwanzigfache an", so der Nephrologe.

Beschwerden wie Müdigkeit, Atemnot, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen treten spätestens dann auf, wenn die Nierenfunktion auf zehn Prozent der Norm abgesunken ist. Eine Dialyse kann die Ausscheidungsfunktion der Nieren ersetzen, sodass – wenn auch mit Einschränkungen – noch über Jahrzehnte eine gute Lebensqualität erreicht werden kann. In der Regel müssen die Patienten dreimal pro Woche zur Dialyse gehen, was jeweils vier, besser fünf Stunden in Anspruch nimmt. Zusätzlich kommen Medikamente zum Einsatz. Auch wenn die Dialyse eine große Einschränkung bedeutet: Immerhin überleben durch sie die Hälfte der Patienten in Deutschland mit dieser lebensbedrohlichen Erkrankung zehn Jahre und 25 Prozent sogar 20 Jahre und mehr. Oft ist die Dialyse auch eine Überbrückung, bis ein passender Spender für eine Nierentransplantation gefunden wurde.

Wenn eine neue Niere nötig ist

Jedes Jahr werden in Deutschland 2500 Menschen dialysepflichtig, für viele von ihnen ist die Transplantation eine sinnvolle Alternative. Am Uniklinikum steht heuer die tausendste Nierenübertragung an.



👅 n diesem Jahr wird am Würzburger Uniklinikum die tausendste Nierentransplantation durchgeführt. "Wir machen das jetzt im dreißigsten Jahr", sagt Dr. Kai Lopau, der als Nierenspezialist für das Transplantationsprogramm zuständig ist. 1,5 Millionen Menschen leben im Einzugsgebiet des Zentrums, das sich von Thüringen bis Hessen erstreckt. Von ihnen befinden sich derzeit 250 Patienten auf der Warteliste für eine neue Niere, weil ihre eigenen nicht mehr ausreichend funktionieren. 66 Monate dauert das Warten im Schnitt und die Tendenz ist steigend. Lopaus Wunsch: "Nicht jeder muss Organspender sein, aber jeder sollte über Organspende nachdenken und mit seinen Angehörigen darüber reden. Und zwar so früh wie möglich."

Pro Jahr werden in Deutschland 2500 Menschen dialysepflichtig, für viele von ihnen ist die Nierentransplantation eine sinnvolle Alternative. Nur in wenigen Fällen – etwa wenn zusätzlich eine Krebserkrankung vorliegt, die man nicht im Griff hat – ist keine Transplantation möglich. Ansonsten bedeutet eine neue Niere nicht nur mehr Lebensqualität, sondern sie verlängert auch das Leben der Betroffenen. Deshalb muss die Möglichkeit einer Transplantation bei jedem Dialysepatienten bedacht werden. Oder besser noch: bereits bevor es zur Dialyse kommt. "Ab einem gewissen Grad der Nierenschwäche kann man davon ausgehen, dass der Patient dialysepflichtig wird", so Lopau. Idealerweise transplantiert man noch vor der Dialysepflicht.

Eine Schwester, eine administrative Kraft und zwei Ärzte betreuen die Patienten im Würzburger Nierentransplantationszentrum. "Wir sind ein familiäres Zentrum, wo die Patienten immer einen Ansprechpartner haben, sowohl vor der Transplantation als auch danach", sagt Lopau. Ihm geht es weniger um die Masse als vielmehr um Qualität. In manchen Jahren ging die Zahl der Transplantationen im Zentrum gegen 50, in anderen waren es nur an die 30. Dass die Versorgung dennoch auf sehr hohem Niveau erfolgt, zeigen die Zahlen: "Ein durchschnittliches Transplantatüberleben von 93 Prozent im ersten Jahr ist im nationalen und internationalen Vergleich ein exzellentes Ergebnis", sagt Professor Hubertus Riedmiller. Er ist der Direktor der Urologischen Klinik, die bei den Transplantationen den operativen Part übernimmt.

Die Operation selbst sei kein besonders schwieriger Eingriff, so der Urologe. Nierenarterie, -vene und Harnleiter müssen angeschlossen werden, die körpereigenen Nieren lässt man in der



Dr. Kai Lopau

"Je besser der Patient informiert ist, desto besser läuft es dann auch."

Regel an ihrem ursprünglichen Ort, während die neue Niere einen anderen Platz bekommt, Zwei Stunden dauert das im Normalfall. Eine Besonderheit in Würzburg: Wenn beispielsweise eine Fehlbildung der Blase vorliegt oder aber der gesamte Harntrakt aufgrund eines Krebsleidens entfernt werden muss, können die Urologen diesen in zwei Sitzungen komplett ersetzen. Aus dem Darm wird dann eine Ersatzblase geformt, und in einer zweiten Operation eine neue Niere implantiert. Bei 20 Patienten hat Riedmiller das Verfahren bereits durchgeführt.

Mit der neuen Niere verbessert sich die Lebensqualität für die Patienten enorm. Völlig sorgenfrei lebt es sich aber auch dann nicht. Die größte Gefahr vor allem in der Anfangszeit ist, dass der Körper das fremde Organ abstößt. Deshalb müssen zeitlebens Medikamente eingenommen werden, die das Immunsystem bremsen, sodass es sich nicht gegen das fremde Organ richtet. Noch im Krankenhaus wird der Patient auf die Medikamente eingestellt und mit der neuen Lebenssituation vertraut gemacht.

Denn vor allem an die Beeinträchtigung seiner Immunabwehr muss der Patient sich erst gewöhnen: Um Infektionen zu vermeiden, soll er am Anfang etwa keine Blumen umtopfen, keinen Salat essen, an dem Reste von Erde sein könnten, und den Kontakt mit erkälteten Mitmenschen meiden. Auch die Kontrolle von Blutdruck und Urinmenge muss trainiert werden.

In dieser Zeit wird der Grundstein gelegt für eine neue Lebensphase, in der Patient und Ärzte möglichst gut

zusammenarbeiten müssen. Lopau: "Je besser der Patient informiert ist, desto besser läuft es dann auch." Nach etwa 20 Tagen geht es nach Hause, anschließend muss der Patient noch ein- bis zweimal pro Woche zur Nachbetreuung kommen, im Laufe der Zeit versucht man die Intervalle auf vier Wochen auszudehnen. Während am Anfang die Gefahr einer Abstoßungsreaktion am größten ist, rücken später andere Risiken in den Vordergrund: Durch die langfristige Unterdrückung der Immunabwehr drohen nicht nur Infektionen. Auch bösartige Tumoren entwickeln Im Durchschnitt überlebt eine

transplantierte Niere elf Jahre. Lebendspenden schneiden hier deutlich besser ab als sogenannte postmortale Spenden, wo das Organ einem hirntoten Spender entnommen wurde. Auch sonst hat diese Form der Organspende viele Vorteile: Denn man kann die Operation auf lange Sicht planen und den Patienten optimal vorbereiten. Zwei Teams arbeiten parallel in zwei Operationssälen. Eine nach dem Tod gespendete Niere ist zwölf bis 16 Stunden unterwegs, bevor sie eingesetzt wird, bei der Lebendspende sind es gerade mal ein paar Minuten, erläutert Riedmiller: "Diese Nieren springen in der Regel schneller an und haben eine bessere Funktion." Und auch Nierenspezialist Lopau sagt: "Die beste Therapie ist die Lebendnierentransplantation.

Vor allem aber sind die Lebendspenden ein Weg, um den zunehmenden Organmangel zumindest teilweise auszugleichen. Laut Gesetz sollte die postmortale Transplantation

der Lebendspende zwar vorgezogen werden. In der Realität bedeutet das aber, dass die Patienten sechs bis zehn Jahre auf eine neue Niere warten müssen. Deshalb überprüfen Lopau und seine Kollegen bei jedem Patienten, ob eine Lebendspende für ihn infrage kommt. Spenden dürfen in Deutschland grundsätzlich nur enge Verwandte, Ehepartner oder Verlobte – oder Personen, die dem Empfänger besonders nahe stehen. "Wir nehmen das sehr ernst", sagt Lopau, "es muss eine persönliche Beziehung vorhanden sein."

Als Spender scheidet außerdem aus, wer beispielsweise Bluthochdruck oder Diabetes mellitus hat. Zwar ist das Risiko für den Spender gering, auch mit einer Niere kann man gut leben. Aber Lopau betont auch, dass die Auswahl sehr sorgfältig durchgeführt werden muss: "Wir sind da ausgesprochen pingelig, denn das Schlimmste wäre, wenn dem Spender etwas zustoßen würde."

Über 600 Nierentransplantationen hat Lopau schon begleitet. Routine ist es trotzdem nicht, wenn einem seiner Patienten heute Nachmittag eine neue Niere einpflanzt wird. Richtig spannend wird es dann morgen früh bei der Visite: Wenn der Patient Urin ausscheidet, bedeutet das, dass die neue Niere ihre Arbeit aufgenommen hat. "Das ist das Highlight", so der Nephrologe. Für ihn ist das auch der Grund, warum er sich auf Nierentransplantationen spezialisiert hat: "Das Leben des Patienten kann sich grundlegend ändern. Das ist das Schöne." Aber: "Wenn ein Patient eine Niere bekommt, denken wir immer auch an die 249 anderen, die keine bekommen haben."

Deegenbergklinik

für Innere Krankheiten / Kardiologie / Diabet Angiologie und Orthopädie AHB- und Reha-Klinik

Burgstraße 21

97688 Bad Kissingen

(0971) 821-0 - Fax (0971) 821-8460 e-mail: klinik@deegenberg.de Internet: www.deegenberg.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Peter Deeg FA für Innere Medizin / Kardiologie



Chefärzte

Dr. med. Wolfgang Reif

Dr. med. Gerhard-W. Schmeisl FA für Innere Medizin / Angiologie Diabetologe DDG

Die Deegenbergklinik bietet eine umfassende, fachübergreifende Rehabilitation / Anschlußheilbehandlung von Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes sowie mit Zustand nach Operation an der Wirbelsäule und an den Gelenken (Endoprothesen)

11

Wie die wenigen Spenderorgane verteilt werden

Leberspezialist Professor Ingo Klein über das große Misstrauen gegenüber Organtransplantationen und qualitätsorientierte Kontrollen

Frage: Die Organspendezahlen sind im Jahr ßer, die Qualität des Spenderorgans muss sehr gut 2013 erneut gesunken und befinden sich da-Skandale um die Organvergabe in der letzten Zeit haben viele das Vertrauen verloren. Können Sie die Leute verstehen?

Professor Ingo Klein: Natürlich. Dazu muss man de Leber überleben? aber auch sagen, dass die Zahlen schon in den letz- Klein: Wenn die Leber gar nicht mehr funktioniert, ten Jahren kontinuierlich zurückgegangen sind. Durch die Richtlinienverstöße, die es in einigen Zentren gab, hat sich das natürlich nochmals deut- Und wie kommt es zum Funktionsausfall? lich verstärkt, aber die Tendenz ist in Deutschland schon vorher da gewesen. Wenn solche Verstöße

bekannt werden, ist es klar, dass es Misstrauen gibt – übrigens nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch bei den Ärzten. die potenzielle Organspender betreuen.

Es gibt aber noch andere Gründe für den Rückgang der Spendenbereitschaft?

Klein: Früher gab es eine richtige Kultur des Spendens, da war man zum Beispiel stolz darauf, langjähriger Blutspender zu sein, heute scheint das in der Bevölkerung nicht mehr so wichtig zu sein. Die Organspendezahlen gehen außerdem in allen westlichen Industrienationen zurück, weil es glücklicherweise weniger Verkehrstote gibt. Die machen in Deutschland nur etwa 15 Prozent der Organspender aus.

Oft geht es bei Ihren Pati-

Klein: Die meisten Patienten wissen das, wir sagen das auch so. Man muss sich auch um alternative Strategien wie die Lebendleberspende Gedanken machen. So wie bei der Niere, wo die Lebendspende inzwischen bis zu 50 Prozent der Transplantati- Klein: Das ist nicht nur ein medizinisches, sondern onen ausmachen kann, wird es das bei der Leber ein gesellschaftliches Problem: Wie verteilt man

sein, Begleiterkrankungen spielen eine größere Rolmit auf einem Rekordtief seit 1997. Durch die le. Deshalb macht die Lebendspende bei der Leber nur sieben bis zehn Prozent aus.

Wie lange kann man denn ohne funktionieren-

nur wenige Tage oder Stunden.

Klein: In zehn bis 15 Prozent der Fälle durch ein akutes Leberversagen, zum Beispiel durch eine

> Medikamentenvergiftung. Da kommt es entweder zur Transplantation, oder der Patient stirbt daran. In 60 Prozent der Fälle ist das Leberversagen chronisch, zum Beispiel durch Virushepatitis, Fettleber- oder alkoholische Leberzirrhose, wo sich die Funktion langsam über Jahre hinweg verschlechtert. Wenn es dann irgendwann endlich ein passendes Organ gibt, ist häufig auch der Allgemeinzustand der Patienten sehr schlecht, manchmal zu schlecht, um noch zu operieren. Das ist dann zwar besonders schlimm für den Patienten, aber wir müssen auch darauf achten, dass die wenigen Organe, die wir zur Verfügung haben, nicht Patienten transplantiert werden, die die Prozedur gar nicht überstehen können. Das könnte man auch den Spenderfamilien nicht



vermitteln. Ob ein Patient, der enten um Leben und Tod. Wie geht man damit auf der Warteliste steht, es schafft oder nicht, ist allerdings oft schwer vorherzusagen. Das ist momentan eine der großen Herausforderungen in der Transplantationsmedizin.

aber nicht geben. Der Eingriff ist wesentlich grödiese wenigen Organe, die zur Verfügung stehen?

Laut Gesetz soll die Verteilung nach Dringlichkeit, aber auch nach Erfolgsaussichten erfolgen. Diese beiden Vorgaben lassen sich nur ganz schwer miteinander vereinbaren. Soll man lieber fast gesunde Menschen transplantieren, weil sie die besseren Überlebensaussichten haben, oder aber sehr kranke, weil bei ihnen die größte Dringlichkeit vorliegt?

Wie viele von Ihren Patienten warten auf eine

Klein: Momentan sind 30 Patienten auf der War-

Und wie viele von ihnen können dieses Jahr auf eine neue Leber hoffen?

Klein: In den letzten beiden Jahren hatten wir jeweils zehn Transplantationen, wie es in diesem Jahr aussehen wird, hängt von den Organspenden vor allem in Bayern ab, aber auch vom Gesundheitszustand der Patienten auf der Warteliste.

Würzburg darf als eines von drei Zentren in Bayern weitermachen, zwei Leberzentren werden geschlossen. Finden Sie das richtig?

Klein: Grundsätzlich finde ich es sinnvoll, dass man die Zentren im Sinne einer Regionalisierung abgestimmt auf die Bevölkerung und auf die Flächendeckung konzipiert. Die Zentren sollten auch so viele Transplantationen durchführen, dass die Abläufe eingespielt sind. Viel wichtiger aber ist, dass es eine Qualitätskontrolle gibt. Bisher wurden die Zentren in Deutschland vor allem danach beurteilt, wie viele Transplantationen sie durchgeführt haben. Die Überlebens- und Komplikationsraten hat sich niemand angeschaut. In den USA ist das ganz anders. Und da müssen wir in Deutschland auch hinkommen: Wir brauchen eine qualitätsorientierte Überwachung der Zentren.

Also mehr Kontrolle?

Klein: Ja. Wir brauchen verstärkte und auch effizigenommen. In Deutschland sieht man das deutlich

negativer. Wenn dann noch kriminelle Machenschaften hinzukommen, potenziert sich das natürlich.

Es hat mit der deutschen Mentalität zu tun?

Klein: Das ist ein Faktor von vielen. Das Verschulden, dass das so negativ wahrgenommen wird, liegt in erster Linie in der Transplantationsmedizin selbst: Dass man es in 40 Jahren nicht geschafft hat, ein transparentes System zu etablieren und der Bevölkerung klarzumachen, dass mit den Organen etwas Sinnvolles gemacht wird. Da ist ein großes Misstrauen da, auch nicht ganz ungerechtfertigt.

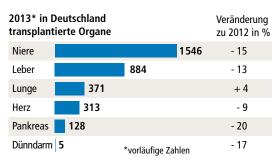
Wird in Ihren Augen zu viel oder immer noch zu wenig über das Thema gesprochen?

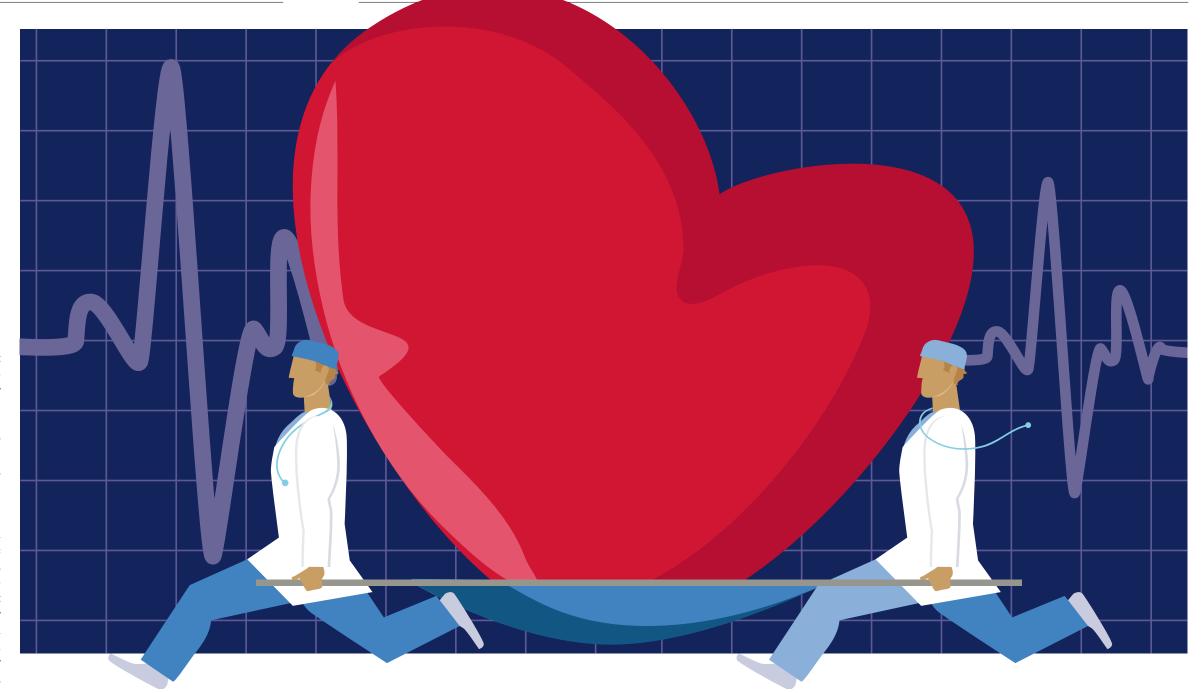
Klein: In der Zeit vor den Skandalen wurde wahrscheinlich zu wenig darüber gesprochen. Aber was die Zeit nach den Skandalen angeht, muss man auch sagen, dass die negativen Meldungen zu stark in den Vordergrund gerückt wurden. Die Verstöße haben sich ia auf wenige Zentren beschränkt. Der Skandal ist dann groß auf Seite zwei, und die Meldung, dass etwa in Würzburg alles richtlinienkonform abgelaufen ist, nur auf Seite fünf. Das müsste mehr in Relation zueinander gesetzt werden.

Weniger Organspender

Zahl der Organspender (ohne Lebendspende)







IÄTSKLINIKUMS WÜRZBURG AUSGABE 1/2014

Im Einzelfall ist das oft sehr schwer zu entscheiden.

GESUNDHEITSMAGAZI

entere Kontrollen. In den USA werden die Zentren zweimal im Jahr besucht und die Akten kontrolliert. Daran werden auch wir nicht vorbeikommen, wenn wir wieder mehr Vertrauen in das Transplantationswesen aufbauen wollen. In den USA gibt es aber auch eine andere gesellschaftliche Basis, dort werden Spender wie Empfänger als Helden wahr-

13 Interview: Martina Häring, Foto: Uniklinik, Illustration: Thinkstock, Grafik: dpa

ORGANSPENDE ORGANSPENDE GESUNDHEITSMAGAZIN DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS WÜRZBURG AUSGABE 1/2014 GESUNDHEITSMAGAZIN DES UNIVERSITÄTSKI INIKUMS WÜBZBURG AUSGABE 1/2014

Frage: Herr Professor Müllges, Sie sitzen in verschiedenen Gremien, die sich mit dem Thema Organspende auseinandersetzen. Wie häufig sind Sie im Klinikalltag damit konfrontiert? Professor Wolfgang Müllges: Im Klinikum hatten wir im letzten Jahr 17 Organspenden, persönlich war ich in zwölf Spenden involviert. Dass man über eine mögliche Organspende nachdenkt, ist allerdings sehr viel häufiger. Daran zu denken, ist die Aufgabe aller Intensivärzte und -oberärzte. Danach wird gegebenenfalls gemeinsam geprüft, ob die Spenderkriterien erfüllt werden. Wir haben hier auf der Ebene der Intensivstationen eine sehr gute Zusammenarbeit, sodass die Aufmerksamkeit für potenzielle Organspender ziemlich hoch ist. Viele glauben, um für Organspende infrage zu kommen, darf nur ein isolierter Schaden am Gehirn vorliegen. Das ist nicht der Fall. In den letzten Jahren kamen auch vermehrt Organspenden aus Intensivstationen der Inneren Medizin und der Anästhesie.

Als Paradebeispiel für den potenziellen Organspender haben viele immer noch den jungen Motorradfahrer im Kopf. Entspricht das der

"Es ist viel schwieriger, von einem Hirntoten Abschied zu nehmen als von einem Menschen, dessen Herz nicht mehr schlägt."

Müllges: Das entspricht überhaupt nicht der Realität. Diese Patienten machen inzwischen sogar die wenigsten Organspender aus. Die Transplantationsmedizin hat extreme Fortschritte gemacht, sodass es heute möglich ist, auch die Organe von älteren Menschen zum Beispiel mit einem Schlaganfall zu transplantieren – und zwar so, dass diese dann auch lange funktionieren. Selbst die Organe von über 70-Jährigen können nutzbringend transplantiert werden. Auch die Intensivmedizin selber ist besser geworden. Das Kranksein kann häufig auf das Gehirn beschränkt bleiben und andere Organe erhalten werden, das war vor 20 Jahren noch anders. Es ist allerdings eine politische Fehlannahme, dass die Zahl der potenziellen Organspender auf den Intensivstationen unendlich hoch sei. Ein Intensivpatient hat heute eine etwa 90-prozentige Chance, die Station lebend zu verlassen.

Damit ein Patient als Organspender in Frage kommt, müssen die Ärzte bei ihm den Hirntod feststellen. Wie funktioniert das?

Müllges: Zunächst schließt man alle Ursachen aus, die zu einer vorübergehenden Ausschaltung der Hirnfunktionen führen, zum Beispiel Vergiftungen oder noch im Körper vorhandene Narkosemittel. Danach muss man durch klinische und technische Untersuchungen den Ausfall aller Großhirn- und

Mensch tot ist Professor Wolfgang Müllges über mögliche Organspender und die Sicherheit der Hirntoddiagnostik

Wann der

Hirnstammfunktionen nachweisen. Und drittens muss man ausschließen, dass das Gehirn sich wieder erholen könnte. Das kann man durch mehrere zeitlich gestaffelte klinische Untersuchungen machen oder durch technische Zusatzuntersuchungen

ist die Hirntoddiagnose eine der sichersten Diagno-

- heute sind das vorzugsweise Durchblutungsmes-

Hirntoddiagnostik nicht berücksichtigt wurden. Wir haben hier in der Uniklinik den Vorteil, dass wir ein immer präsentes Team von Neurologen und Neurochirurgen haben, die Erfahrung mit dieser Diagnostik haben und alle Fallstricke kennen.

Ein großes Problem für Angehörige und Betreuungspersonen ist, dass ein Hirntoter nicht anders aussieht als jemand, der im Koma liegt. Müllges: Der Hirntod selber ist nur mit dem Verstand zu begreifen, denn dem Intensivpatienten sieht man das nicht an, er wird künstlich beatmet, das Herz schlägt, er ist rosig und gut durchblutet. In dem Moment allerdings, wo man die lebenserhaltenden Geräte ausschaltet, ist der Mensch genauso tot, als hätte zunächst das Herz aufgehört

Tod ist leibnah und sinnlich: der Mensch, der nicht mehr atmet und dessen Herz nicht mehr schlägt. Wir können naturwissenschaftlich und medizinisch sagen: Die Hirnfunktionen kehren nicht wieder und sind so vollständig ausgefallen, dass alles, was wir als kommunikatives Wesen des Menschen auffassen, nicht mehr zurückkehren wird. Das ist die Hirntoddiagnose. Der zweite Schritt, diesen Ausfall aller Hirnfunktionen mit dem Tod gleichzusetzen, ist letzten Endes eine gesellschaftliche Konvention, die davon ausgeht, dass der Mensch ein denkendes und soziales Individuum ist und dass genau das sein Menschsein ausmacht. Geht man allerdings von dem Standpunkt aus, dass man auch ohne jegliche

spiel jede Körperzelle das ganze individuelle Leben enthält, dann kann man dem Hirntodkonzept nicht folgen. In unserem westlichen Kulturkreis geht die Allgemeinheit aber davon aus: Ich denke, also bin ich – das individuelle Sein hat seinen Sitz im Gehirn.

Ist der potenzielle Spender schon tot?

Diagnosen überhaupt.

Wenn sie sachgemäß durchgeführt wird,

ist die Hirntoddiagnose eine der sichersten

Haben sich die meisten Angehörigen schon mit dem Thema befasst?

Müllges: Die Hirntoddebatte ist in den letzten Jahren bei der Bevölkerung angekommen. Früher musste man den Angehörigen ausgiebig erklären, was der Hirntod ist. Diese Frage ist heute selten. Eher erläutern muss man, warum der Hirntod den Tod des Menschen bedeutet. Es ist viel schwieriger, von einem Hirntoten Abschied zu nehmen als von einem Menschen, dessen Herz nicht mehr

schlägt. Die Hirntodfeststellung ergibt sich erst im Zuge einer intensivmedizinischen Behandlung. Das gibt Zeit, die Angehörigen an die Möglichkeit eines Hirntodes und auch an eine denkbare Organspende heranzuführen, sie vorzubereiten und mitzunehmen. Auf unserer Station teilen wir es den Angehörigen schon vorher mit, dass wir eine Hirntoddiagnostik machen werden. So haben diese Zeit für eine innere Vorbereitung, Fragen und Auseinandersetzung mit dem Thema.

Was ist, wenn jemand eine Patientenverfügung hat? Schließt das eine Organspende aus?

Müllges: Nein, überhaupt nicht. Man kann auch eine organschützende Therapie als Behandlungsoption in die Patientenverfügung einsetzen. Dann kann der Mensch im Hirntod sterben, und eine Organspende kann stattfinden. Das Thema, das Sie ansprechen, ist sehr wichtig. Es gibt einen starken Trend, gerade bei älteren Menschen, in der Patientenverfügung viele lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Das kann dazu führen, dass bei Schwerkranken, bei denen ein Behandlungserfolg unsicher ist oder eine schwere Hirnschädigung auch im Falle des Überlebens anzunehmen ist, von einer begonnenen Maximal- auf eine Palliativtherapie umgeschwenkt wird. Eine Palliativbehandlung verhindert dann regelmäßig die Möglichkeit einer Organspende, weil kein isolierter Hirntod, sondern ein Multiorgantod eintritt. Diese Ablehnung von intensivmedizinischen Maßnahmen ist aktuell ein ganz starker Gegenläufer gegen die Rekrutierungsmöglichkeit von Organspendern.

Wie kann man der nachlassenden Bereitschaft zur Organspende beikommen?

Müllges: Die Organspende muss von der Bevölkerung gewollt werden, sie muss eine gewisse Selbstverständlichkeit sein, und sie darf auch kein Tabuthema sein. Nur dann werden sich mehr Spender finden. Ich persönlich glaube, dass wir gute Argumente für die Organspende liefern können, und in Umfragen findet die Mehrheit der Menschen die Organtransplantation auch eine gute Sache. Die Frage darf aber nicht lauten: "Wie finden Sie Organspende?" Sie muss lauten: "Würden Sie im Fall des Falles dafür sein, dass Nieren, Leber, Lunge, Herz Ihres Ehepartners gespendet werden?" Das ist eine völlig andere, sehr persönliche Frage. Und die muss man beantworten. Am besten jeder für sich selber mit einem Organspendeausweis.



15

Professor Wolfgang Müllges

Wie sicher ist die Hirntoddiagnose?

sungen oder Hirnstromableitungen.

Müllges: Wenn sie sachgemäß durchgeführt wird, sen überhaupt. Es gibt ja manchmal spektakuläre Berichte, dass Hirntote wieder aufgewacht seien. In all diesen Fällen hat man festgestellt, dass entweder die Diagnostik nicht sachgerecht durchgeführt wurde, oder dass wichtige Ausschlusskriterien für eine

zu schlagen. Unsere allgemeine Assoziation mit Denkfunktion ein Mensch ist und dass zum Bei-

Interview: Martina Häring, Fotos: dpa, Uniklinik

Wenn dem Körper die Luft ausgeht Auch wenn Mukoviszidose noch nicht heilbar ist – man kann mittlerweile viel gegen die Krankheit tun, um die Lebensqualität zu verbessern. Probleme mit der

ukoviszidose ist unter den seltenen Erkrankungen eine von den häufigeren. Man schätzt, dass in Deutschland 8000 Menschen davon betroffen sind. Zwar gibt es bislang keine Heilung, aber die Lebenserwartung ist in den letzten Jahrzehnten enorm gestiegen. "Vor 75 Jahren, als die Erkrankung erstmals beschrieben wurde, sind Kinder mit Mukoviszidose meist im ersten Lebensjahr gestorben", sagt Professor Helge Hebestreit von der Kinderklinik des Würzburger Uniklinikums Inzwischen betreut die Mukoviszidose-Ambulanz der Klinik mehr Erwachsene als Kinder. Und wer heute mit der Krankheit geboren wird, hat gute Chancen, das Rentenalter zu erreichen. Ein Grund für die Entwicklung: Von den seltenen Krankheiten ist die Mukoviszidose wohl die mit den besten Versorgungsstrukturen. Das wirkt sich positiv auf die Betreuung der Patienten aus.

Bei manchen Menschen mit Mukoviszidose geht es schon im Mutterleib los: Das Kindspech oder auch Mekonium, der erste Stuhl, den ein Neugeborenes nach der Geburt absetzt, ist so zäh, dass es den Darm verstopft und durch eine Operation entfernt werden muss. Ursache dafür ist ein genetischer Defekt. Ein Protein, ein sogenannter Chloridkanal, der für den Salz- und Wassertransport in verschiedenen Körpergeweben verantwortlich ist, funktioniert nicht richtig. Die Folge: Es bildet sich zäher Schleim, der lebenswichtige Organe verstopft. Vor allem Lunge, Leber, Darm und Bauchspeicheldrüse sind betroffen.

Die Probleme mit der Lunge stehen bei den meisten Patienten im Vordergrund. Der zähe Schleim, der der Krankheit den Namen gab (lat. mucus = Schleim, viscidus = zäh), wird auch in den Bronchien gebildet und blockiert die natürliche Reinigungsfunktion der Lunge. Das zähflüssige Sekret kann nicht ausreichend abtransportiert werden, und es entsteht ein idealer Nährboden für Krankheitserreger. Häufige Bronchitiden und Lungenentzündungen schädigen die Lunge auf Dauer so, dass diese ihre Aufgabe nicht mehr richtig erfüllen kann.

Dem Körper geht die Luft aus, in den Geweben fehlt der Sauerstoff. Aber auch die Verdauung ist beeinträchtigt. So führt etwa die Fehlfunktion der Bauchspeicheldrüse dazu, dass die Nahrung nicht richtig verdaut und Nährstoffe nicht ausreichend aufgenommen werden können. Durchfälle, Gewichtsabnahme und eine sogenannte Gedeihstörung bei Kindern sind die

Bei vielen Patienten wird die Mukoviszidose im Säuglings- oder Kleinkindalter entdeckt. In den meisten Fällen bringt ein einfacher Schweißtest Klarheit. Allerdings: Da es sich um eine seltene Erkrankung handelt, denkt nicht jeder Arzt gleich an die Diagnose. Manchmal wird sie deshalb auch erst im Teenager- oder Erwachsenenalter gestellt. Eine routinemäßige Untersuchung aller Neugeborenen, ein sogenanntes Screening, wie man es auch für Stoffwechselerkrankungen macht, hält Hebestreit daher für sinnvoll. "Damit hätte man die Diagnose innerhalb der ersten vier Lebenswochen", so der Kinderarzt und Lungenspezialist. In anderen Ländern ist das bereits Routine, in Deutschland tut man sich damit noch schwer. Dabei wäre es wichtig, so früh wie möglich mit der Behandlung anzufangen. Denn auch wenn es noch keine ursächliche Therapie gibt, kann



kostet sehr viel Kraft."

man heute viel gegen die Krankheit tun.

"Die

Therapie

Physiotherapie, Inhalationen, Antibiotika, Enzymtabletten, Vitamine, richtige hochkalorische Ernährung und "Mukoviszidose e.V.". Dieser ist nicht sportliche Aktivität sind momentan die wichtigsten Säulen der Mukoviszidose-Therapie. Das erfordert viel Mitarbeit von den Patienten und, wenn diese noch Kinder sind, auch von deren zidose schon viele Strukturen, die bei Eltern. Bei manchen Patienten nimmt die Therapie "nur" eine halbe oder eine Stunde pro Tag in Anspruch, bei manchen aber auch drei Stunden oder mehr. "Das kostet sehr viel Kraft", sagt Hebestreit. Vor allem, wenn man das für die Krankheit Mukoviszidose lang fortgesetzt werden muss.

Und auch bei guter Mitarbeit des Patienten wird es oft schleichend schlechter. "Das führt oft zu Frust", so Hebestreit. Die Infekte erfordern immer wieder die Einnahme von Antibiotika, länger und höher dosiert als üblich, zum Teil auch als Infusionen über die Vene. Dabei versucht man Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden, indem auch die Infusionen zu Hause verabreicht werden. So ist heute für viele Betroffene ein relativ normales Leben möglich. Sie bekommen Kinder.

die Würzburger Ambulanz derzeit in viel Hoffnung."



Röntgenbild der Lunge eines Mukoviszidose-Patienten: zäher Schleim beeinträchtigt die Atmung.

Betreuung. Die meisten werden in der Kinderklinik versorgt, oft werden aber auch Kollegen aus anderen Fachdisziplinen hinzugezogen: zum Beispiel bei besonderen Problemen mit der Lunge, dem Magen-Darm-Trakt, Diabetes oder in der Schwangerschaft. Dabei wirkt sich die Versorgung in einem multidisziplinären Zentrum wie in Würzburg positiv auf die Gesundheit der Patienten aus, das belegen viele Studien. Und neben dem medizinischen Personal hilft in Würzburg zusätzlich eine psychosoziale Beratungsstelle. Hebestreit: "Wir unterstützen die Patienten in vielen Lebenslagen, wenn gewünscht auch bei der Familien- und der Urlaubsplanung. Wir versuchen immer, soweit verantwortbar, alles möglich zu machen."

Eine gute Vernetzung ist gerade bei seltenen Krankheiten wichtig. Dass die bei der Mukoviszidose so gut funktioniert, liegt vor allem an dem Verein nur ein Zusammenschluss von Patienten, sondern auch von Eltern und Therapeuten. Dank des gut organisierten Vereins existieren bei der Mukovisanderen seltenen Krankheiten fehlen. So gibt es in Deutschland relativ viele Mukoviszidose-Zentren, eine gute Qualitätssicherung und Studienstrukturen.

1989 hat man das Gen identifiziert,

bedenkt, dass die Therapie ein Leben verantwortlich ist. Seitdem gibt es auch die Hoffnung, sie durch eine Gen-Therapie heilen zu können. In Großbritannien gibt es derzeit große Studien, die genau darauf abzielen. Für erfolgversprechender hält Hebestreit allerdings einen anderen Ansatz: Dabei versucht man den Defekt nicht in den Genen, sondern beim Zusammenbauen des Eiweißmoleküls zu beheben. Für einen kleinen Teil der Patienten funktioniert das bereits. Nun suchen die Wissenschaftler nach weiteren Medikamenten. die für eine größere Patientengruppe infrage kommen. Auch in Würzburg haben einen Beruf, gehen auf Reisen, laufen dazu Studien. "Das wäre ein Durchbruch für einen Großteil der 110 Mukoviszidose-Patienten hat Patienten", sagt Hebestreit. "Es gibt

Morbus Fabry? **Dubowitz-Syndrom?** Terminale 6q-Deletion?

Seltene Erkrankungen – die Waisenkinder der Medizin

Von Morbus Fabry, Dubowitz-Syndrom und terminaler 6q-Deletion haben Sie noch nie etwas gehört? Dann sind Sie damit nicht alleine. Es handelt sich um seltene Erkrankungen. Derzeit sind mehr als 5000 Krankheiten bekannt, die maximal fünf von 10 000 Menschen betreffen und damit als selten eingestuft werden. Insgesamt sind die "Waisenkinder der Medizin", im englischen Sprachgebrauch auch "orphan diseases" genannt, aber gar nicht so selten. Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer Krankheit, die nicht nur den meisten Laien unbekannt ist, sondern auch viele Ärzte vor eine Herausforderung stellt.

die Betroffenen oft hart und langwierig, da selbst Fachärzte wenig oder keine Erfahrung mit den Krankheitsbildern haben. Und wenn die Diagnose gestellt ist, gibt es oft keine wirksamen Medikamente oder Therapien. Zu all diesen Problemen kommt bei vielen Betroffenen das Gefühl, mit den Herausforderungen, die die seltene Krankheit mit sich bringt, allein dazustehen. Um die Lobby der seltenen Krankheiten zu stärken, um ein Forum zu haben, Interessen

Der Weg zur richtigen Diagnose ist für

zu vertreten und die Öffentlichkeit aufmerksam zu machen, haben sich inzwischen 110 Selbsthilfeorganisationen in dem Verein "ACHSE e.V." (Allianz chronischer seltener Erkrankungen) zusammengeschlossen.

Immer am letzten Tag im Februar wird seit sieben Jahren der "Tag der seltenen Erkrankungen" begangen. Unter dem diesiährigen Motto "Gemeinsam für eine bessere Versorgung" schließen sich weltweit betroffene Menschen und ihre Angehörigen, Freunde sowie Ärzte, Forscher und Politiker zusammen, um seltene Erkrankungen ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken, zu informieren und sich auszutauschen. In mehr als 60 Ländern finden rund um diesen Tag Veranstaltungen statt. In Würzburg wird am 8. März 2014 nachmittags eine Veranstaltung im Kino Cinemaxx mit Informationen zu seltenen Erkrankungen stattfinden. Die Schirmherrschaft der Veranstaltung hat Landtagspräsidentin Barbara Stamm übernommen. Als Hauptpunkt wird kostenlos ein Film

www.achse-online.de www.rarediseasedav.org



Telefon 09 31/27 08 00 · Fax 09 31/2 70 80 70 www.schraud-und-baunach.de

Ieden zweiten

Tag wird in

Deutschland

ein Kind mit

Fehlbildungen

am Darmaus-

gang geboren.

Wenn der Darm falsch angelegt ist

Anorektale Fehlbildungen sind Erkrankungen, die mit einem großen Tabu belegt sind. Wir brechen das Tabu.

■ s ist nicht nur eine seltene Erkrankung, ist das eben so: Man muss erst viel sondern es ist auch eine, die in unserer Ge
Seellschaft mit sie auch eine, die in unserer Ge
Erfahrung sammeln und von und mit ✓ sellschaft mit einem großen Tabu belegt ist. Etwa jeden zweiten Tag wird in Deutschland ein Kind mit einer anorektalen Fehlbildung geboren. Das bedeutet, dass das Neugeborene keinen oder ben. Wie wichtig Aufklärung und Nachsorge sind, hat die Kinderchirurgin Dr. Sabine Grasshoff-Derr tion kontinent zu werden, die restlichen 25 Prozent

durch ihre Arbeit mit den Kindern und Erwachsenen gelernt. Sie ist an der Chirurgischen Klinik I (Direktor Professor Christoph Thomas Germer) und in der Abteilung für Kinderchirurgie (Leiter Professor Thomas Meyer) tätig und engagiert sich seit einigen Jahren für die Patienten, deren Probleme viele andere lieber gar nicht sehen wollen.

Gleich nach der Geburt fällt es in der Regel auf, wenn einem Kind der Darmausgang fehlt - oder

wenn der Enddarm an einer falschen Stelle mündet. "In etwa 90 Prozent der Fälle ist das auf den ersten Blick zu sehen", sagt Grasshoff-Derr. Allerdings handelt es sich dabei nicht um eine, sondern um ein eine einzige Operation. Ist die Fehlbildung schwerwiegender, sind beispielsweise Harnröhre, Blase oder zurückverlagert werden kann.

Im Einzugsgebiet des Würzburger Uniklinikums anorektalen Fehlbildung zur Welt. Tatsächlich sehen die Kinderchirurgen aber viel mehr Patienten. Denn inzwischen hat Grasshoff-Derr so viele Erfahrungen mit dem Krankheitsbild gesammelt, dass Patienten von weit her kommen, um ihr Kind in Würzburg holen oder die Nachsorge durchführen zu lassen. Was sie über die Krankheit weiß, hat sie vor allem durch ihre Arbeit mit den Patienten gelernt. "Das steht in keinem Buch", sagt sie. "Bei seltenen Erkrankungen

den Patienten lernen."

Und gerade das ist vielen ihrer Kollegen zu mühsam. Viele machen die Operation, aber danach sind die Patienten alleingelassen. Oft nur einen unzureichend ausgebildeten Darmaus- wissen sie noch nicht einmal Bescheid über die Notgang hat. Durch eine oder mehrere Operationen wendigkeit der Nachsorge. Die Operation ist nur der lässt sich dieser zwar in der Regel rekonstruieren. Anfang. Ist der Darmausgang durch den Eingriff an Aber der chirurgische Eingriff allein ermöglicht den die richtige Stelle verlagert worden, sind damit noch meisten Betroffenen noch längst kein normales Le- lange nicht alle Probleme gelöst. Etwa 75 Prozent der Betroffenen haben die Chance, nach der Opera-

haben aufgrund des Schweregrads ihrer Fehlbildung keine Chance auf Kontinenz. Doch auch sie können eine sogenannte "soziale Kontinenz" erreichen – sprich: mit ihrem Problem so umgehen, dass sie sich ungehindert in der Öffentlichkeit bewegen können. Eine Ausbildung machen, einen Beruf

ergreifen, Familie haben. Doch dazu braucht es vor allem die richtige Nachsorge.

"Man muss

von und mit

den Patienten

lernen."

Da ist zum Beispiel der neunjährige Junge, der eines Tages zu Sabine Grasshoff-Derr in die Klinik kam. Als sie ihn untersuchen wollte, äußerte er den Wunsch, sich erst zu duschen. Als er sich auszog, wusste die Ärztin, warum. Er hatte seinen Stuhl nicht ganzes Spektrum von Fehlbildungsformen. Manche halten können. Auf Nachfrage stellte sich heraus, sind relativ leicht zu korrigieren, teilweise reicht dann dass ihm das etwa achtmal am Tag passierte. Nach nur zwei Wochen Kontinenztraining hatte der Neunjährige gelernt, durch regelmäßige Darmspülungen Geschlechtsorgane mit betroffen, legt man in einigen auf die Toilette zu gehen und den Stuhl bis dahin zu Fällen einen künstlichen Darmausgang an, der schon halten. Und das ist nur einer von vielen ähnlichen acht Wochen nach der Korrekturoperation wieder Fällen, denen Grasshoff-Derr in der Nachsorge begegnet ist. Manche waren sogar in der Psychiatrie gelandet, bevor sie zu ihr kamen, weil die Probleme kommen im Schnitt drei Kinder pro Jahr mit einer mit der Inkontinenz bei ihnen zu Depressionen oder Verhaltensstörungen geführt hatten. "Vielen Eltern fehlt das Verständnis für den Körper ihres Kindes, weil es ihnen nie erklärt worden ist", so die Chirurgin.

Keine Lobby zu haben, ist das Schicksal vieler Patienten mit einer seltenen Erkrankung. Dazu komoperieren zu lassen, sich eine zweite Meinung einzu- men Ungewissheit und das Gefühl, mit dem Problem allein zu sein. Und bei den anorektalen Fehlbildungen werden diese Probleme noch verschärft durch das Tabu, das über ihnen liegt. Weil das Thema als unappetitlich, als nicht salonfähig gilt, gibt es auch keine

Prominenten, keine Charity-Organisationen, die sich dafür einsetzen. SoMA e.V. (Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalen Fehlbildungen) heißt der Verein, in dem sich Patienten und Angehörige zusammengeschlossen haben. Grasshoff-Derr gehört seit Jahren zum wissenschaftlichen Beirat des Vereins. Im vergangenen Jahr wurde sie mit SoMA e.V. mit dem

Preis "Beste Kooperation 2013" des Kindernetzwerkes (INSOPA-Stiftung) ausgezeichnet, weil sie Seminare für Kinder mit anorektalen Fehlbildungen hält, in denen die Heranwachsenden lernen, sich selbst zu versorgen und unabhängig von den Eltern zu werden.

Bei einigen Fehlbildungsformen leiden die Betroffenen unter häufigen Durchfällen. Wenn sie zudem nicht oder nicht vollständig kontinent sind, kann es eine Lösung sein, einmal täglich eine Darmspülung zu machen. Für die nächsten 24 Stunden haben sie dann keinen Stuhlgang mehr und müssen sich in dieser Zeit auch keine Sorgen mehr um ihre Kontinenz machen. Während dies in den ersten Jahren mit Hilfe der Eltern geschehen muss, wird den Kindern das mit Beginn der Pubertät zunehmend unangenehm. In dem Seminar "Das schaffst du alleine" lernen Acht- bis Neunjährige, die Darmspülungen selbstständig durchzuführen. Das dauert gerade mal drei Tage, und dass ein Kind es nicht geschafft hätte, den Mut aufzubringen und sich dazu zu überwinden, hat Grasshoff-Derr bisher nicht erlebt. "Diese Kinder haben bis zu 25 Operationen hinter sich, mussten immer wieder Schmerzen und Klinikaufenthalte über sich ergehen lassen", erzählt sie. Schön sei es. zu sehen, wie stolz die Kinder und auch die Eltern nach den Seminaren sind.

"Man muss den Kindern den Rücken stärken, sie brauchen das Gefühl, dass sie etwas Besonderes sind", ist Grasshoff-Derr sich sicher. Viele landeten später in sozialen Berufen, nicht zuletzt, weil sie ein großes Feingefühl mitbrächten. Auch die ehrenamtliche Arbeit von Müttern, betroffenen Jugendlichen und anderen im Verein hält sie für sehr wichtig. "Gemeinsam geht es immer besser." Für seltene Erkrankungen gilt das ganz besonders.

Dr. Sabine Grasshoff-Derr: Grasshoff S@ukw.de SoMA e.V.: www.soma-ev.de; info@soma-ev.de

Bohren am Phantom

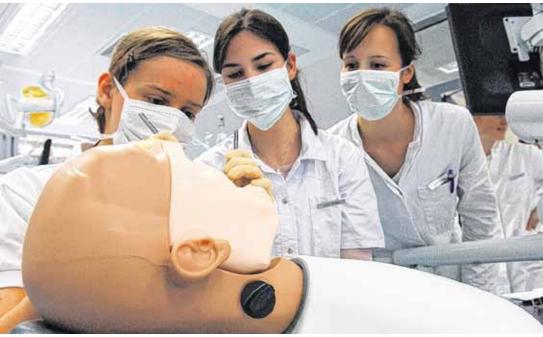
Am Würzburger Uniklinikum lernen angehende Zahnärzte in speziellen Kursen Fertigkeiten, die sie in der Praxis später jeden Tag brauchen werden.

ller Anfang ist schwer. Das gilt auch für die Zahnmedizinstudenten, die sich im sechsten Semester zum ersten Mal mit Bohrer und Spiegel an echte Zähne wagen. Allerdings gehören diese Zähne keinem echten Patienten, sondern einem sogenannten Phantom. Im "Phantomkurs" lernen die angehenden Zahnärzte Fertigkeiten, die sie in der Praxis später jeden Tag brauchen werden: bohren, Inlays und Teilkronen anfertigen, Wurzelkanalbehandlungen durchführen. Und damit es möglichst realistisch ist, liegen die Zähne nicht auf dem Labortisch, sondern sitzen im Mund einer Puppe, die den Patienten imitieren soll. "Das ist für die Studenten ein völlig neues Feld", sagt Professor Bernd Klaiber, der kürzlich in den Ruhestand getretene Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Uniklinikums. "Das ist essenziell, denn danach geht es direkt an den Patienten."

Phantomkurs – klingt ein bisschen komisch. Heute würde man wohl eher "Skills Lab" sagen. Auch Studenten der Humanmedizin üben heute an Phantomen, wie man Infusionsnadeln legt oder Blut abnimmt. In der Zahnmedizin gibt es das aber schon deutlich länger. "Piloten fliegen auch nicht gleich in einem Flugzeug, sondern sie üben erst in einem Flugsimulator", so Klaiber. Und so wie man beim Fliegen keinen Anfänger ans Steuer setzen kann, ist es auch bei den Zahnmedizinern und den echten Zähnen. "Schließlich geht es um den Umgang mit abtragenden Instrumenten", sagt Klaiber. Wenn man nur einmal mit dem Bohrer abrutscht, kann schon der Nachbarzahn beschädigt sein. Macht man beim Patienten etwas falsch, ist das irreversibel. Im Phantomkurs dagegen darf noch aus Fehlern gelernt werden.

Übungen an echten Zähnen

Hell ist es in dem Saal, der sich im Gebäude der ehemaligen alten Chemie am Röntgenring befindet. 55 Studenten sitzen hier und arbeiten konzentriert an ihren "Patienten". Die bestehen aus einem Plastikkopf mit angedeutetem Rumpf, der – ähnlich wie der Patient auf dem Zahnarztstuhl – in eine aufrechte, horizontale oder schräge Lage gebracht werden kann. Statt eines Kiefers sitzt im Inneren des Phantommunds ein Modell aus Kunststoff. Alles aus Plastik? Nein. Die Zähne im Phantomkopf sind echt. "Das ist schon das Ende des Semesters, die Studenten üben schon alle an echten Zähnen", erklärt Klaiber. Der große Teil der Übungen wird jedoch an Plastikzähnen gemacht. Woher die echten Zähne stammen? Aus Zahnarztpraxen, die die gezogenen Zähne für die Studenten aufheben, anstatt sie wegzuwerfen. Wenn es auf den Phantomkurs zugeht, muss sich jeder Student selbst darum kümmern, dass er die Zähne für sein Modell rechtzeitig zusammenbekommt. "Vor allem die Prämolaren waren schwer zu kriegen", erzählt einer von ihnen.



Arbeiten am Phantom: Bevor Studenten der Zahnmedizin echte Patienten behandeln dürfen, lernen sie an Plastikpuppen, die allerdings echte Zähne haben, die Handgriffe.

Präparieren, also Teile des Zahns mit dem Bohrer abtragen, dann Füllungen aus Amalgam und Komposit anfertigen, Inlays und Teilkronen aus Gold und schließlich Wurzelkanalbehandlungen – all das steht auf dem Lehrplan. Was sie schon erledigt haben, wird in ein Testatheft eingetragen. Die Kursbetreuer begutachten die Ergebnisse und zeichnen sie im Heft ab. Doch die Herausforderung besteht nicht nur im Erlernen der Techniken. Auch wenn Speichel, Zunge und Bewegungen beim Phantom fehlen - dass sich die Zähne in einem Mund befinden, erschwert schon vieles. So mancher Student versucht sich zu helfen, indem er mit dem Gesicht möglichst nahe ans Phantom herangeht. Keine gute Lösung, denn beim echten Patienten geht das natürlich nicht.

Wie kommt man mit dem Bohrer an den hinteren Backenzahn? Wie stützt man sich am besten ab? In welcher Körperhaltung kann man am besten arbeiten? Nicht umsonst haben viele Zahnärzte Haltungsschäden. Auch an die schwierigen Sichtverhältnisse und das Arbeiten mit dem Spiegel muss man sich erst gewöhnen. "Man braucht viel Feingefühl, dreidimensionales Vorstellungsvermögen und eine gute Orientierung im Raum", so Klaiber. Die einzelnen Arbeitsschritte müssen immer wieder trainiert werden, damit sie in Fleisch und Blut übergehen. Und das Arbeiten mit den Händen fällt nicht jedem gleich leicht. Manch einer merkt erst jetzt, dass ihm der Beruf eigentlich nicht so liegt, so Klaibers langjährige Erfahrung. "Für die Studenten ist das das härteste Semester."

Vor dem sechsten, dem ersten "klinischen" Semester, machen die Studenten das Physikum, also die zahnärztliche Vorprüfung. In den ersten fünf Seme-

stern lernen sie alles über Anatomie, Physiologie und Biochemie – sowie natürlich Zahntechnik. Ab dem siebten Semester stehen die praktischen Kurse an, in denen unter Anleitung und Aufsicht von approbierten Zahnärzten in der Klinik Patienten behandelt werden. Je zwei Studenten teilen sich einen Behandlungsstuhl. Einer von beiden behandelt den Patienten, der andere assistiert ihm. Die Zahnärzte, die die Studentenkurse betreuen, überwachen dabei jeden Schritt und übernehmen letztendlich auch die Verantwortung.

Wer als Patient in die Klinik kommt, wird gefragt, ob er mit einer Behandlung im Rahmen des Studentenkurses einverstanden ist. Möchte er lieber von einem fertigen Zahnarzt behandelt werden, ist das grundsätzlich zwar möglich, die Kapazitäten sind aber begrenzt. Die Behandlung durch die Studenten bringt zudem den Vorteil, dass diese sich sehr viel Zeit nehmen und man ohne hohe Kosten in den Genuss modernster Behandlungstechniken kommt. Allerdings muss man auch deutlich mehr Zeit mitbringen. "Das ist nicht für jeden das Richtige", weiß auch Klaiber. "Aber gerade die älteren Patienten schätzen das oft und fühlen sich sehr wohl."

An seinen eigenen Phantomkurs kann Klaiber sich noch gut erinnern. Das war 1970. Seitdem seien viele neue, zum Teil minimalinvasive Techniken dazugekommen, die für die Patienten viele Vorteile bringen. Allerdings bedeuten sie auch, dass angehende Zahnärzte mehr lernen müssen als früher. Klaiber plädiert daher dafür, den praktischen Übungen im Studium mehr Raum zu geben. Vielleicht bringt die neue Approbationsordnung für Zahnärzte das mit sich. Wann genau die kommen wird, ist aber noch nicht sicher.

4000 Mahlzeiten an jedem Tag

Die Küche des Universitätsklinikums ist fast rund um die Uhr zugange. Frische und Regionalität spielen dabei eine große Rolle, und das Prinzip an 365 Tagen im Jahr lautet: "Cook and Serve".

tätsklinikums Würzburg. Die energisch wirkende, das, was hier geleistet wird.

Pro Tag werden 4000 Mahlzeiten "Ich liebe es, zubereitet, alleine 1500 Mittagessen. Der Rest verteilt sich etwa je zur Hälfte auf Frühstück und Abendessen, erklärt Zeitler. Auf diese und Arbeits-Weise werden die Patienten in dem rund 1300 Betten großen Unikliprozesse zu nikum mit qualitätsvollem Essen versorgt. So gibt es für alle Beteilioptimieren" gten in der Großküche rund um die Uhr etwas zu tun. Beschäftigt sind

Küchenbereich und rund 60 Hilfskräfte in einer Servicegesellschaft.

Geschafft wird von Montag bis Sonntag. Und los geht's bereits morgens um 4 Uhr, wenn die Lieferanten die Frischware bringen. Ab 5 Uhr wird das Frühstück portioniert, das die Patienten ab 7 Uhr bekommen.



kums Würzburg kommt schon mal großes Küchengerät zum Einsatz. Küchenleiterin Katja Zeitler (links) und Ausbildungsleiter Martin Sinnstein.

spülendem Geschirr und Besteck seinen Weg durch

die Spülstraße gemacht hat, wird es später Abend. Um etwa 21.30 Uhr beendet der letzte Spüldienst seine Arbeit. Und dann sind es nur noch wenige Stunden, bis schon wieder die frischen Nahrungsmittel für den nächsten Tag angeliefert werden. Das Ganze ist mit einem großen organisatorischen und logistischen Aufwand verbunden, erläutert Küchenleiterin Katja

die Zubereitung und Kühlung bis zur Auslieferung und zum Spülen "müssen präzise ineinanderlaufen", so Zeitler. Großer Wert wird bei der Ernährung auf die individuellen Wünsche der Patienten gelegt. Sie freie Komponentenwahl bei der Zusammenstellung. Die Menübestellung erfolgt über ein spezielles EDVgestütztes Essensbestellsystem von den Stationen aus.

Eine große Lagerhaltung gibt es nicht im Uniklinikum, sagt die Küchenleiterin. Die Mahlzeiten werden nach dem Prinzip "Cook and Serve" zubereitet. Täglich werden nur jene Mengen an Frischware angeliefert, die für die Tagesproduktion benötigt werden. Frische und Regionalität spielen dabei eine große Rolle.

Das Angebot im Frischwarenbereich wird naturgemäß von der Saison bestimmt. Bei den Rohstoffen wird neben Hochwertigkeit und Regionalität auch - sofern ökonomisch möglich – auf Bio-Qualität geachtet. Der finanzielle Aspekt ist dabei freilich nicht

Wer glaubt, dass es in einem Krankenhaus nur eine sehr begrenzte Auswahl an Speisen gibt, sieht sich bei dem, was das Uniklinikum auf der Speisekarte hat, eines Besseren belehrt. Grundprinzip bei allen Angeboten ist zunächst, dass auf ernährungsphysiologische Aspekte geachtet wird. Der Patient kann sich für alle

drei Tagesmahlzeiten sein Wunschmenü zusammenzusätzliche Wahlmöglichkeiten gibt.

kenhausküche etwas anderes als eine Küche in der Gastronomie, wo der Kunde à la carte und spontan bestellt. Eine Krankenhausküche in dieser Größenordnung bedarf natürlich einer anderen Vorbereitungszeit. Aber obwohl es bei der Speisenauswahl – im Vergleich zum Restaurant – natürlich eine begrenztere Auswahl gibt, hat die Küche des Uniklinikums doch eine wesentlich breitere Palette an Menümöglichkeiten zu bieten, als so mancher erwartet.

Ein weiterer Unterschied zur Gastronomieküche ergibt sich einfach aus der enormen Menge an Mahlzeiten, die in einer Gemeinschaftsverpflegung zubereitet werden müssen. Im Uniklinikum wird nicht in Pfannen, Töpfen und am Herd gekocht, sondern in großen Gebinden. Und weil es sich um eine Krankenhausküche handelt, die Mahlzeiten für Patienten mit ganz unterschiedlichen Ernährungsbedürfnissen zubereitet, gibt es zwei grundsätzlich verschiedene Produktionsbereiche. Zum einen den Produktionsbereich für Vollkost und leichte Vollkost. Zum anderen den Bereich der Diätküche.

In der Diätküche werden rund 150 verschiedene Diätkostformen zubereitet. Neben einer stetigen Verbesserung der Arbeitsabläufe, die einerseits hohen Zertifizierungsstandards genügen müssen und andererseits möglichst effizient und reibungslos ablaufen sollen, ist – wie natürlich im gesamten Universitätsklinikum – Hygiene oberstes Gebot. Dies war ein wich-

tiger Aspekt bei den Modernisierungsmaßnahmen, die jüngst nach dreijährigem Umbau zum Abschluss kamen. Die nunmehr moderne Krankenhausküche, die den aktuellsten Standards entspricht – was kürzlich erst durch die erfolgreiche Zertifizierung zur EU-Zulassung bestätigt wurde -, befindet sich im denkmalgeschützten, knapp hundert Jahre alten Baukomplex des einstigen Luitpoldkrankenhauses.

Die Krankenhausküche wurde ab den frühen 1920er Jahren von Klosterschwester betrieben. Bereits 1927 wurde eine Diätküche gegründet, die in die damalige Küche integriert wurde. Seit den 70er Jahren wird die Krankenhausküche nicht mehr von Ordensschwestern, sondern von weltlichem Personal betrieben. Bei den jetzt abgeschlossenen Maßnahmen standen neben Hygiene und Wirtschaftlichkeit auch Logistik, Qualität und Ergonomie im Mittelpunkt. Angeschafft wurde unter anderem eine neue, energie- und wassersparende Bandspülstraße. Ferner

ging es in puncto Hygiene darum, die reinen von den unreinen Bereichen noch strikter zu trennen. Die unreinen Bereiche sind jetzt allesamt durch roten Fußboden gekennzeichnet. Dies ist der Bereich, wo es um Transport, Lagerung, Spülen und Entsorgung geht. Großformatfliesen und Epoxidharzböden sorgen für noch größere Sauberkeit. Statt mehrerer, über die Gebäudekomplexe verteilter Umkleiden gibt es nun eine zentrale für das Küchenpersonal. Alle Maßnahmen wurden bei laufendem Küchenbetrieb durchgeführt.

Viele Köche

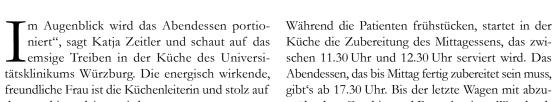
einer Groß

verderben

den Brei?

Nicht in

Das Ziel ist laut Zeitler, den Krankenhausaufenthalt für den Patienten so angenehm zu gestalten wie möglich. "Ich liebe es, zu organisieren und Arbeitsprozesse zu optimieren", sagt die Küchenleiterin. Und noch für dieses Jahr ist die Zertifizierung der Küche nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung anvisiert. Denn bei allem Organisatorischen und allem Optimieren gehe es um das Wohl des Patienten, so Zeitler.



etwa 120 Mitarbeiter, davon 15 ausgebildete Köche, Zeitler. "Wir sind für 86 Stationen zuständig", sagt sieben Diätassistenten sowie etwa 40 Hilfskräfte im sie. Und alle Stationen werden an 365 Tagen im Jahr dreimal täglich mit Speisen versorgt.

Die Arbeitsabläufe von der Warenanlieferung über werden nach ihren Essenswünschen befragt und haben

stellen. So gibt es beispielsweise zum Frühstück und Abendessen allein schon bei Brot und Brötchen eine reiche Auswahl von Roggen- über Misch- bis Vollkornbrot sowie eine Vielzahl an Brotbelägen, Getränken und vielem mehr. Dasselbe gilt auch für das Mittagessen, bei dem es neben der Möglichkeit von Vollkost, leichter Vollkost und fleischfreier Kost viele

Freilich, so Küchenleiterin Zeitler, ist eine Kran-

Kochen kann Kunst sein

Am Uniklinikum kann man sich auch zum Koch ausbilden lassen – und ist dann nicht nur qualifiziert für die Gemeinschaftsverpflegung, sondern auch für À-la-carte-Küche.

Tochen kann viel mehr sein als lediglich die Zubereitung von Essen. Davon ist Katja Zeitler überzeugt. Natürlich hat die Leiterin der Krankenhausküche des Universitätsklinikums Würzburg viel mit Organisatorischem und den Strukturen von Arbeitsabläufen zu tun. Aber wenn sie von dem erzählt, was ihren Beruf eigentlich ausmacht, dann gerät sie ins Schwärmen.

"Kochen", sagt sie, "das hat viel mit Gefühl zu tun, es hat beinahe etwas Künstlerisches an sich." Und deshalb sei es umso schöner, dass es seit vergangenem Jahr am Universitätsklinikum Würzburg die Möglichkeit gibt, eine Ausbildung zum Koch zu machen. Ausbildungsleiter Martin Sinnstein unterstreicht: "Es ist ein Beruf für die Zukunft." Küchenleiterin Zeitler betont, dass im Bereich Koch oder Köchin gerade eine Krankenhausküche besondere Möglichkeiten bietet. Denn hier beinhaltet die Ausbildung neben dem

"Koch ist im Gesundheitsbereich ein besonders verantwortungsvoller Beruf."

Berufsbild des Kochs in der Gastronomie zusätzlich noch das Wissen und Können, wie es von einem Koch in einer Gemeinschaftsverpflegung gefordert wird. Ausbildungsleiter Sinnstein hebt den speziellen Wert hervor, der sich aus dieser Kombination zweier Betätigungsfelder ergibt.

"Aber Koch ist sowieso kein Beruf wie jeder andere", sagt Küchenleiterin Zeitler. Man muss ein Gespür für Menschen haben. "Und natürlich muss man Freude an gutem Essen haben." Und wer dann noch ein paar andere Qualifikationen mitbringt wie Teamfähigkeit. Flexibilität und vor allem Freundlichkeit im Umgang mit anderen Menschen, für den bietet der Ausbildungsberuf Koch "ganz tolle Möglichkeiten", so Zeitler. Diese Eigenschaften sind für sie auch wichtiger als der Schulabschluss und die Zeugnisse.

Ganz wichtig sei, dass man als Koch neugierig und offen ist für neue Trends, so Zeitler. Deshalb kommt es darauf an, möglichst viele Erfahrungen zu sammeln. Das geht in diesem Beruf kaum, wenn man lange an einem Ort verweilt. Will heißen: Als Koch sollte man auch zu häufigeren Ortswechseln bereit sein. Die Bandbreite des Berufs Koch, der aus Zeitlers Sicht für einen echten Koch mehr Berufung als Beruf ist, ist dementsprechend groß. Was auch für die Ausbildung selbst gilt. Das ergibt sich am



Kleine Kunstwerke: Kochen hat viel mit Gefühl zu tun.

Uniklinikum schon allein daraus dass man in Sachen Gemeinschaftsverpflegung und Diätetik komponiert ausbilden kann, was für den weiteren beruflichen Werdegang von Vorteil ist.

Wer sich am Universitätsklinikum zum Koch ausbilden lässt, erwirbt in dreijähriger Lehrzeit umfangreiche Kenntnisse in der Zubereitung von Nahrungsmitteln in Theorie und Praxis, ferner zur Präsentation der Produkte sowie zur Beachtung und Einhaltung der Hygienevorschriften. Neben den Ausbildungsfeldern in der Klinik gehören Einheiten an der Franz-Oberthür-Schule dazu. Wer die Ausbildung erfolgreich abschließt, ist für die Tätigkeit sowohl in der Patienten- und Gemeinschaftsverpflegung wie auch in der À-la-carte-Küche qualifiziert. Dadurch, dass die Ausbildung in einer Krankenhausküche erfolgt, bekommt der Auszubildende zusätzliche Einblicke

in Tätiokeiten wie sie im Gesundheitswesen charakteristisch und wichtig sind, das sich stets verändert und auf neue gesellschaftliche Situationen reagiert. "Der Beruf Koch ist stets und im Gesundheitsbereich ein besonders verantwortungsvoller Beruf", sagt Küchenleiterin Zeitler.

Eine auf den Patienten abgestimmte Ernährung spielt eine immer größere Rolle. Fachkräfte würden vielfach gesucht. "Der Beruf des Kochs", sagt Küchenleiterin Zeitler, "ist schon längst kein reiner Männerberuf mehr." In den modernen Küchen sei lange schon nicht mehr so viel Muskelkraft nötig. Entscheidend sei, dass jemand wirklich eine Passion für den Beruf Koch habe. "Diese Motivation ist das Allerwichtigste", so Zeitler. Ausbildungsleiter Sinnstein betont, dass er den Beruf Koch jederzeit wieder

ückenschmerzen: Praktisch jeder ist irgendwann einmal davon betroffen. 80 Prozent wann einmal davon peutorien oo lood der Deutschen gehen mindestens einmal im Leben wegen eines Rückenleidens zum Arzt. Und mehr als ein Drittel leidet sogar häufig darunter. "Degenerative, also verschleißbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule sind eine Volkskrankheit", sagt Professor Dr. Ralf-Ingo Ernestus, Direktor der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik am Würzburger Uniklinikum. Die Abnutzung ist ein normaler Alterungsprozess, der sich nur schwer aufhalten lässt. Zur Krankheit wird er erst, wenn er Symptome macht. Wie man sich davor schützen kann, erklärt Ernestus gemeinsam mit den Wirbelsäulenspezialisten der Klinik, Dr. Paul Pakos und Privatdozent Dr. Thomas Westermaier.

Die Wirbelsäule hat einerseits die Aufgabe, die Nervenstrukturen zu schützen, die von den einzelnen Wirbeln umschlossen werden. Dass sie dabei trotzdem noch beweglich bleibt, wird durch eine Vielzahl von Gelenken gewährleistet. Auch die 23 Bandscheiben spielen eine wichtige Rolle: Sie federn Stöße ab und dienen als Puffer zwischen den Wirbelkörpern. Gerade die Lendenwirbelsäule ist durch den aufrechten Gang des Menschen stark belastet. Mit dem Alter verlieren nicht nur die Bandscheiben an Elastizität und Volumen, auch die Gelenke nutzen sich ab. Die dadurch verloren gegangene Stabilität versucht der Körper zurückzugewinnen: Die an den Wirbelkörpern und -gelenken entlang verlaufenden Bänder verdicken sich ebenso wie die knöchernen Anteile der Gelenke selbst. Dadurch geraten das Rückenmark (nur im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule) sowie die austretenden Spinalnerven in Bedrängnis. Die Bandscheiben leiden oft als Erstes unter der Beanspruchung. Kommt es zum Bandscheibenvorfall, muss das nicht immer Beschwerden hervorrufen. "Die meisten, die einen Bandscheibenvorfall haben, wissen nichts davon und laufen munter durch die Stadt", sagt Westermaier. Drückt er jedoch aufs Rückenmark oder eine Nervenwurzel, kann es zu Schmerzen oder sogar zu neurologischen Ausfällen kommen.

Zeit für die Untersuchung des Patienten

Dass viele Patienten dem Thema Bandscheibenvorfall mit großer Angst begegnen, weiß Ernestus aus Erfahrung: "Das ist ein Stigma, viele sehen sich schon im Rollstuhl, wenn sie die Diagnose hören." Tatsächlich ist das aber kein Grund zur Panik. Und das, was man auf dem Röntgen- oder Kernspinbild sieht ist auch nicht immer die Ursache der Beschwerden, erklärt Westermaier: "Es gibt Rücken, die wehtun, aber auf dem Röntgenbild oder im Kernspintomogramm (MRT) sieht man keine Veränderung. Und umgekehrt sieht man manchmal einen massiven Befund im Computertomogramm (CT) oder MRT mit mehreren Bandscheibenvorfällen, und trotzdem haben die Patienten schon keine Beschwerden mehr, wenn sie zu uns in die Klinik kommen."

Röntgenbefund und Symptome miteinander in Verbindung zu bringen – das ist entscheidend für die weitere Behandlung. "Das Beschwerdebild ist wie ein Mosaik", sagt Pakos. Nur durch die Zusammenschau einer ausführlichen Anamnese und einer eingehenden körperlichen Untersuchung zusammen mit den Röntgen- oder MRT-Befunden lässt sich das weitere Vorgehen festlegen. Denn nicht nur Verände-



Von Rückenschmerzen ist fast jeder mal betroffen.

Wenn Wirbel gleiten

Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule lassen sich praktisch nicht verhindern. Aber der Verschleiß muss keine Beschwerden verursachen. Man kann vorbeugen.

rungen der Wirbelsäule, auch Muskelverspannungen oder Fehlhaltungen können hinter den Schmerzen von seinen Beschwerden. Kommen die Patienten stecken. "Dass man sich Zeit für die Untersuchung mit Rückenbeschwerden zum Arzt, sei die Erwardes Patienten nimmt, ist entscheidend", so Ernestus.

Glück eher selten erforderlich: "Zwei Drittel unserer lungsverlauf: "Die muskelkräftigenden Übungen sind Patienten werden einer konservativen Therapie zuentscheidend." Idealerweise sollte man die Übungen geführt", sagt Ernestus. Nur wenn diese nicht den gewünschten Erfolg bringt - oder aber wenn neurologische Ausfälle vorliegen – dann besteht eine Operationsindikation. "Wenn akute Lähmungserscheinungen oder gar Entleerungsstörungen von Blase oder Mastdarm vorhanden sind, muss man notfallmäßig operieren", sagt Pakos. Fehlen solche neurologischen um die Ursachen herauszufinden. Fällt die Entscheidung gegen eine Operation, ist es wichtig, dass der Patient mit seinem Problem nicht alleingelassen wird brauchen die Motivation und die Kontrolle."

Spätestens nach sechs bis zwölf Wochen sollte sich die akute Schmerzproblematik auch bei konservativer Therapie gelöst haben. "Kommt der Patient mit den Beschwerden trotz der konservativen Behandlung nicht dauerhaft zurecht, ist eine Operation tatsächlich der beste Weg, die Beschwerden zu behandeln", erklärt Ernestus. Anders als beim Bandscheibenvorfall, der häufig zu einem plötzlichen Beschwerdebeginn führt, verhält es sich bei der Spinalkanalstenose. Verschleißbedingt wird der knöcherne Kanal, in dem die Nervenstrukturen verlaufen, immer enger. Im Bereich der Lendenwirbelsäule werden die Nerven, die in die Beine ziehen, zusammengedrückt. Die Betroffenen leiden nicht nur unter Rückenschmerzen, sondern haben auch Probleme beim Gehen: Nach einer gewissen Strecke bekommen sie Schmerzen in den Beinen müssen stehenbleiben, sich nach vorn beugen und mit den Händen abstützen. Vor allem ältere Menschen sind von der "Claudicatio spinalis" betroffen. "Wenn ein 80-Jähriger noch 500 Meter gehen kann, kann er sich noch selber versorgen, bei 50 Metern geht das nicht mehr. In so einem Fall profitieren die Patienten sehr von einer Operation", sagt Ernestus

Auch im Alter aktiv bleiben

Eine weitere Folge der Wirbelsäulendegeneration ist das sogenannte Wirbelgleiten. Dabei sind die Wirbelgelenke geschädigt, was zu Instabilität führt. Auch dadurch wird der Wirbelkanal verengt, sodass manchmal eine entlastende und stabilisierende Operation notwendig wird. In der Uniklinik stehen alle operativen Techniken, von der endoskopischen über die mikrochirurgische Dekompression bis zur 3-D-Bildwandler- und navigationsgestützten Stabilisierung, zur Verfügung. "Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule sind ein physiologischer Alterungsprozess", sagt Ernestus. Ihr Auftreten ist überwiegend anlagebedingt und lässt sich praktisch nicht verhindern. Aber dass der Verschleiß Beschwerden verursacht, dem kann man sehr wohl vorbeugen: Wer sich viel bewegt, regelmäßig Rücken- und Bauchmuskulatur trainiert und auch im Alter aktiv bleibt, hat die besten Chancen, ohne oder mit nur geringen Rückenproblemen alt zu werden.

Ob Bandscheibenvorfall, Spinalkanalverengung oder Wirbelgleiten: Wer regelmäßig in Bewegung ist, hat nicht nur ein geringeres Risiko für die Erkrankungen, sondern er erholt sich auch schneller tungshaltung oft sehr hoch, sagt Pakos. Dabei sei die Eine Operation des Bandscheibenvorfalls ist zum aktive Mitarbeit des Patienten wesentlich für den Heiaus der Physiotherapie täglich 15 bis 20 Minuten lang machen. Als bester Sport gilt das gelenkschonende Schwimmen: "Am besten macht man abwechselnd Brust- und Rückenschwimmen", rät Ernestus.

Dass Bandscheibenoperationen in die Kritik geraten sind, hält Ernestus teilweise für berechtigt. "In einigen Fällen wird zu früh operiert. Aber man kann Symptome, sollte der Arzt sich hingegen Zeit nehmen, auch zu spät operieren." Die richtige Indikation zur richtigen Zeit für die richtige Operationsweise zu stellen, sei eben die Kunst, meint auch Westermaier. Und hier ist man in der Uniklinik nicht nur apparaund regelmäßig zum Arzt geht. Pakos: "Die Patienten tiv und personell, sondern vor allem auch dank der Interdisziplinarität optimal aufgestellt.

Aktiv gegen die Volkskrankheit Herzschwäche

Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs diese Krankheiten kennt und fürchtet fast jeder. Eher weniger bekannt ist dagegen die Herzschwäche (Herzinsuffizienz), obwohl sie die häufigste Ursache für eine Krankenhauseinweisung in Deutschland ist. Bei einer Herzinsuffizienz pumpt das Herz nicht mehr richtig und kann deshalb Körper und Organe nicht ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgen. Typische Symptome sind Luftnot, Erschöpfung, Wassereinlagerungen und Rhythmusstörungen. Herzschwäche ist gefährlich: Zwei bis drei Millionen Deutsche sind betroffen. Deshalb ist es wichtig, Herzschwäche frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Um die Bevölkerung besser über die Krankheit aufzuklären, wurde der "Europäische Tag der Herzschwäche" (HFA-Day) ins Leben gerufen, der 2014 vom 9. bis 11. Mai stattfindet. In Deutschland koordiniert das Kompetenznetz Herzinsuffizienz (KNHI) die bundesweiten Aktionen. Partner ist die Deutsche Herzstiftung. In Zusammenarbeit mit vielen Kliniken wurde für das Aktionswochenende ein umfassendes Programm auf die Beine gestellt. Mit dabei sind Kliniken unter anderem in Berlin, Bremen, Erlangen, Freiburg, Hamburg, Jena, Kiel, Lübeck, Mün-



Tag der offenen Tür Wann und wo? Samstag, 10. Mai, 10 – 16 Uhr im ZIM. Infos unter: www.knhi.de und www.dzhi.de

chen, Sindelfingen, Straubing, Tübingen auch das Würzburger Universitätsklinikum, das am Samstag, 10. Mai, von 10 – 16 Uhr zum Tag der offenen Tür einlädt. Die Veranstaltung im Zentrum für Innere Medizin (ZIM) umfasst Vorträge, Seminare, Gesundheitschecks, Kochvorführungen, Ernährungsberatung und praktische Gesundheitstipps für den Alltag. Sie wird vom Kompetenznetz Herzinsuffizienz (KNHI) und dem Deutschen Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI) durchgeführt.

Radfahren gehört zu einem gesunden Lebensstil. Laut Angabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann durch regelmäßiges Radeln das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung um das 20fache verringert werden. Auch die erfolgreiche Schauspielerin Michaela May schwört auf das Fahrrad als ideales, gesundheitsförderndes Verkehrsmittel im Alltag. Deshalb engagiert sich die Schauspielerin, die 2013 als "Fahrradfreundlichste Persönlichkeit" ausgezeichnet wurde, als Schirmherrin der "Tour mit Herz", die im Vorfeld des Europäischen Tages der Herzschwäche in zehn deutschen Städten - von Hamburg bis München - stattfindet. Initiiert wurde die Fahrradkampagne vom Kompetenznetz Herzinsuffizienz (KNHI) am Uniklinikum Würzburg, Partner sind der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club (ADFC) und verschiedene Kliniken vor Ort. In Würzburg startet die "Tour mit Herz" am Samstag, den 03. Mai 2014, um 10 Uhr an den Mainwiesen. Partner sind das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI), der ADFC Würzburg und die Stadt Würzburg. Vorgesehen sind verschiedene Touren mainaufwärts und -abwärts. Mitradeln können alle, die über ein verkehrssicheres Fahrrad verfügen und Spaß an Bewegung



Radtour: Tour mit Herz Wann und wo? Samstag, 3. Mai, 10 Uhr, Treffpunkt: Mainwiesen Würzburg, Brücke der Deutschen Einheit Infos unter: www.knhi.de



in der Natur haben. Das Niveau ist leicht und auch für weniger Geübte sowie Familien geeignet. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Geleitet werden die Radtouren von geschulten ADFC-Tourenleitern. Die Teilnehmer erhalten zudem Infos über Herzschwäche und deren Vorbeugung sowie zum Europäischen Tag der Herzschwäche.

Ausstellung: Harmonie der Farben

Kunst von Margrit Radermacher Wo? ZOM, bis 30. Juni Infos: www.margrit-radermacher.de



Margrit Radermacher

"Harmonie der Farben" – unter dieses Motto hat Margrit Radermacher ihre Ausstellung im Uniklinikum gestellt. Mehrere Jahre malte sie mit Kreiden und Aquarellfarben vor allem Blumen und Landschaften. Mit der Entdeckung der Acrylfarben und deren Möglichkeiten begann sie, ihre Kunst zu wandeln, vom Gegenständlichem hin zu Abstraktem, zudem nutzt sie nun große Leinwände. Kraftvolle Bilder fertigt Radermacher spontan und mit Spachteltechnik. Aktuell beschäftigt sie sich insbesondere mit der Leuchtkraft und Intensität von Farben. Konsequent werden Bilder beinahe monochrom gehalten, lediglich Farbnuancen sind erlaubt.Einen Einblick in ihre Arbeiten ermöglicht die aktuelle Ausstellung im ZOM.

Margrit Radermacher, geboren 1954 in Würzburg, ist ausgebildete Heilpädagogin. Künstlerisch tätig in verschiedenen Bereichen ist sie seit 1974. Ihre Werke hat sie seit 2003 in zahlreichen Ausstellungen präsentiert, vor allem in Würzburg. In Frankreich hat sie am "Utopian Art Prize 2006" in Caen teilgenommen. Die Ausstellung dauert bis 30. Juni im Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum Operative Medizin, Oberdürrbacher Straße 6. Weitere Infos: www.margrit-radermacher.de

Konzert: Gospel-Rock-Pop in der Neubaukirche

Konzert mit dem Chor Voices Wann? Sonntag, 30. März, 18 Uhr Infos: Tel.: 0931-717308



Das Vokalensemble Voices.

Am Sonntag, 30. März, tritt der Chor Voices in der Neubaukirche in Würzburg auf – es ist ein Benefizkonzert zugunsten der Würzburger Schlaganfallstiftung. Das Repertoire des Chors reicht von Gospels über bekannte Pop-Titel bis hin zu Rock-Klassikern. Einen Namen gemacht hat sich das regionale Vokalensemble vor allem durch teils eigenwillige, teils überraschende, stets unterhaltsame Interpretationen.

Die Einnahmen des Abends kommen vollständig der Würzburger Hentschel-Stiftung "Kampf dem Schlaganfall" zugute. Das Konzert beginnt um 18 Uhr. Karten gibt es ab sofort im Vorverkauf für 15 Euro im Weltladen (Plattnerstraße 14, Würzburg, Tel: 0931/717308), an der Pforte des ZOM und im Internet (unter www.voices-wuerzburg.de), an der Abendkasse kosten die Tickets 18 Euro. Schüler/innen, Studierende und Menschen mit Behinderung zahlen sieben Euro sowohl im Vorverkauf als auch an der Abendkasse.

Spendenkonto der Hentschel-Stiftung: "Kampf dem Schlaganfall", HypoVereinsbank Würzburg, BLZ 790 200 76, Konto-Nr. 347 390 402. Spenden an die Stiftung sind steuerlich absetzbar.