

UNI.KLINIK

Das Gesundheitsmagazin des Universitätsklinikums Würzburg

Ausgabe 03/2014



Gegen den Schlaganfall

Das Uniklinikum leitet ein neues Netzwerk

>> Neue Therapien

Erfolgreiche Suche nach
Behandlungsmethoden

>> ALS

Die Krankheit hinter der
„Ice Bucket Challenge“

>> Partnerschaften

Die Krankenhauslandschaft
befindet sich im Wandel

3

Schlaganfall I

Es kommt auf jede Minute an
Unter Federführung der Neurologie des Uniklinikums haben sich zwölf Kliniken zum TRANSIT-Stroke-Netzwerk zusammengeschlossen.



Kooperationen

„Es geht um Partnerschaften“
Anja Simon, die Kaufmännische Direktorin des Uniklinikums, spricht im Interview über eine Krankenhaushauslandschaft im Wandel.

12

5

Schlaganfall II

Von Symptomen und Risikofaktoren
Bei welchen Anzeichen Sie auf der Stelle den Rettungsdienst alarmieren sollten, und wie Sie einem Schlaganfall sogar vorbeugen können.



Recht

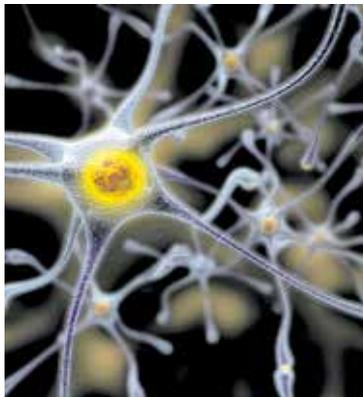
Mehr Transparenz für den Patienten
Martin Kroker, Leiter der Stabsstelle Recht am Uniklinikum, erklärt, ob sich durch das Patientenrechtegesetz tatsächlich etwas geändert hat.

14

8

Neurobiologie I

Forschung an den Nerven
Das Würzburger Institut für Klinische Neurobiologie erforscht ALS. Die Erkenntnisse helfen, auch andere Nervenkrankheiten besser zu verstehen.



Frauenklinik

Der neue Chef
Wie Professor Achim Wöckel die Uni-Frauenklinik modernisieren will – vor allem die Onkologie und die Geburtshilfe liegen ihm am Herzen.

16

10

Neurobiologie II

Das Tragische an der Krankheit ALS
Weltweit kippen sich Menschen Eiswasser übern Kopf. Ein Gespräch mit Dr. Stephan Klebe über die Krankheit hinter der „Ice Bucket Challenge“.



Onkologie

Dem Brustkrebs keine Chance
Dass Brustkrebs heute gut behandelbar ist, ist nicht nur den immer besser werdenden Therapien zu verdanken, sondern auch der Diagnostik.

18

Weitere Themen

- Gicht:** Warum der Verzicht auf Hähnchenhaut gut ist Seite 20
- Medizin-Controlling:** Ein Berufsbild mit Zukunft Seite 21
- Therapien:** Die Suche nach neuen Behandlungsmethoden Seite 22
- Termine:** Patienten-Seminare und Vorträge Seite 24

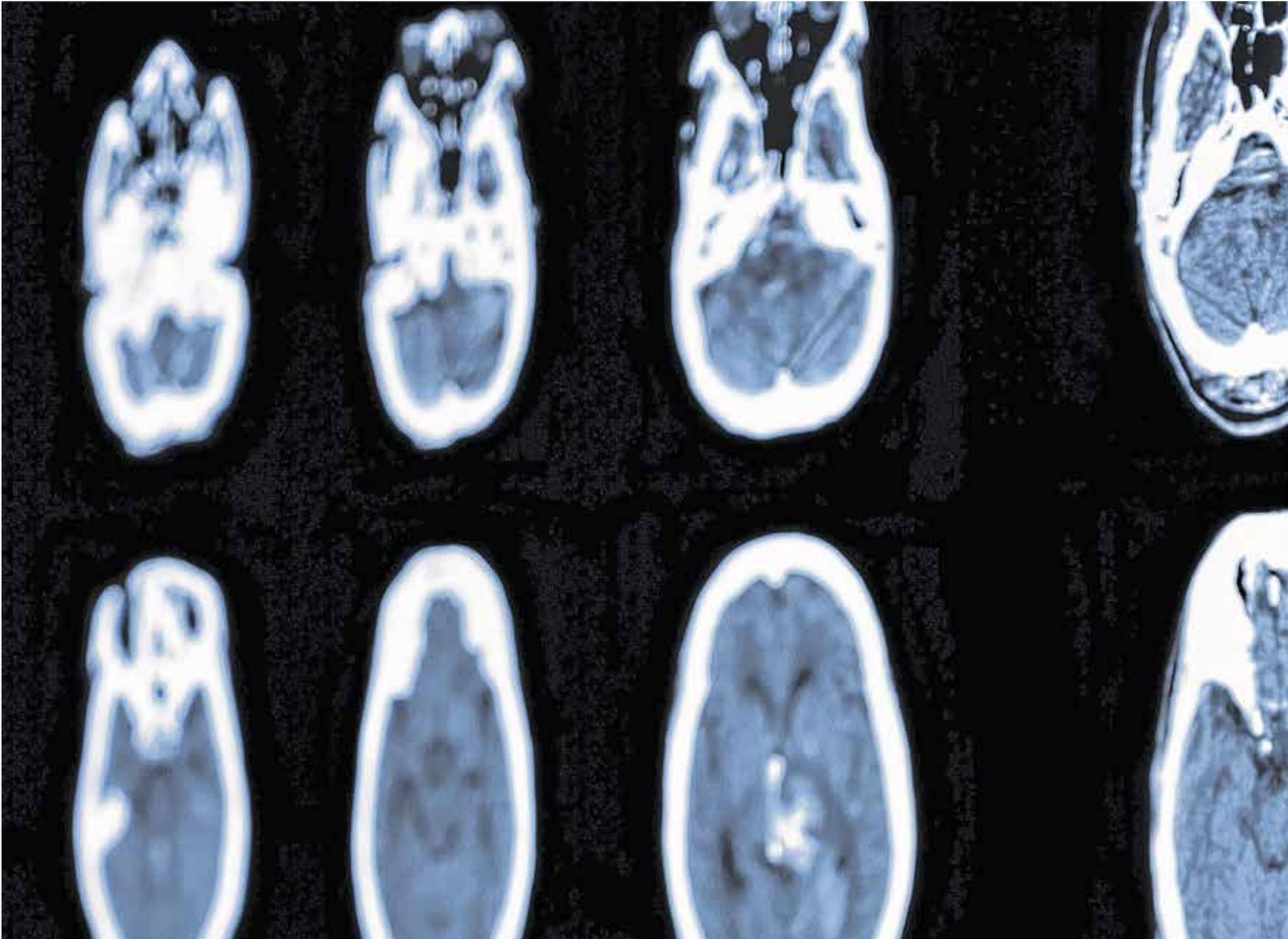
Zeit ist Hirn

Bei einem Schlaganfall kommt es auf jede Minute an. Auch deshalb haben sich nun unter Federführung der Neurologie des Uniklinikums zwölf Kliniken zum TRANSIT-Stroke-Netzwerk zusammengeschlossen.



Schlaganfallpatienten müssen so schnell wie möglich in eine Klinik gebracht und behandelt werden. Zu den besten Ergebnissen führt die Behandlung auf einer sogenannten Stroke Unit – das haben Studien gezeigt. Doch nicht jedes Krankenhaus verfügt über eine solche Schlaganfall-Einheit mit spezialisierten Ärzten und Pflegekräften und einer optimalen Versorgung nach modernen Therapiestandards rund um die Uhr. Vor allem in ländlichen Regionen hapert es noch an der flächendeckenden Versorgung – auch in Unterfranken. Um diesem Problem beizukommen, haben sich unter der Leitung der Neurologie des Würzburger Universitätsklinikums (UKW) zwölf Kliniken zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, dem Transregionalen Netzwerk für Schlaganfallintervention mit Telemedizin, kurz TRANSIT-Stroke. Das Netzwerk hat zum 1. September seinen Betrieb aufgenommen.

Wenn ein Blutgerinnsel eine Schlagader im Gehirn verstopft, wird das empfindliche Nervengewebe nicht mehr mit Sauerstoff versorgt. Je länger die Unter-



versorgung anhält, desto schwerer die Schäden. Eine sogenannte Thrombolyse, wie sie manchmal auch noch beim Herzinfarkt eingesetzt wird, kann das Ausmaß der Hirnschädigung verringern. Dabei kommt ein Enzym zum Einsatz, das das Blutgerinnsel auflösen soll. Das Medikament, das man in der Regel über eine Infusion verabreicht, darf jedoch nur innerhalb von vier bis fünf Stunden nach Beginn der Schlaganfall-Symptome eingesetzt werden. „Die Akuttherapie des Schlaganfalls ist sehr zeitkritisch“, sagt Professor Christoph Kleinschnitz von der Neurologischen Klinik des UKW. Nach etwa viereinhalb Stunden lässt der Nutzen der Behandlung stark nach, und die Risiken – vor allem Blutungen im Gehirn oder an anderen Stellen im Körper – treten in den Vordergrund. Dann ist der Einsatz der Thrombolyse nicht mehr sinnvoll.

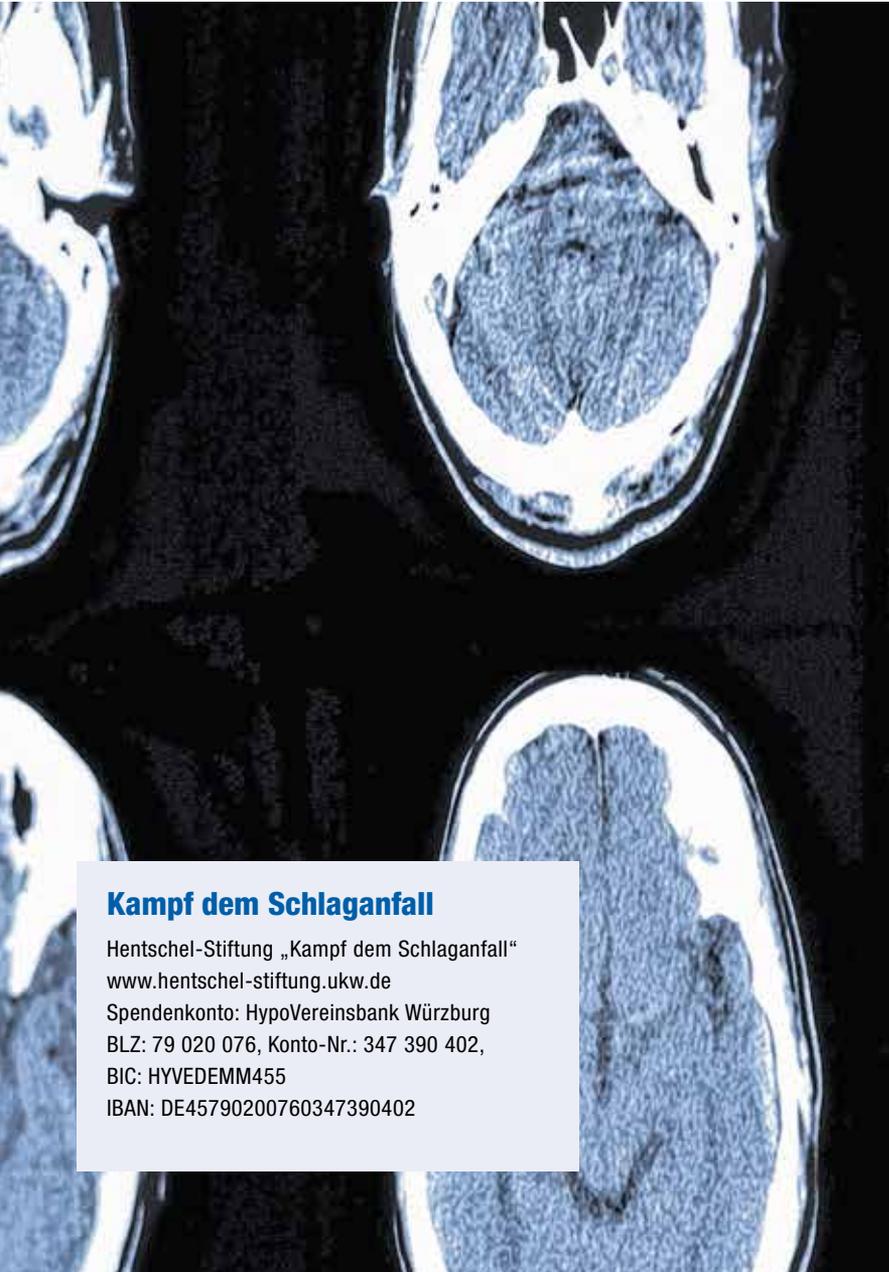
Etwa 260 000 Patienten erleiden jedes Jahr in Deutschland einen Schlaganfall. In der Regel handelt es sich um eine verstopfte Schlagader, selten steckt aber auch eine Blutung im Gehirn oder an der Oberfläche des Gehirns (Subarachnoidalblutung) dahinter, die die gleichen Symptome verursachen kann. Mit 63 000 Todesfällen ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Etwa die Hälfte der Betroffenen sind Frauen, das mittlere Alter bei einem erstmaligen Schlaganfall liegt bei 75 Jahren. Um die Behandlungserfolge zu optimieren, wurden Mitte der 90er Jahre nach amerikanischem Vorbild Stroke Units eingerichtet. Heute existieren in Deutschland rund 250 solcher Schlaganfall-Zentren, in denen 70 bis 80 Prozent aller akuten Schlaganfälle behandelt werden. Dass die Versorgung auf den Stroke Units besser ist als in Krankenhäusern ohne eine solche Einrichtung, haben Studien gezeigt: „Die Behandlungsqualität ist besser, die Thrombolyseraten sind höher und die Komplikationsraten niedriger“, sagt Kleinschnitz. Doch gerade in ländlichen Regionen lässt die Versorgung mit Stroke Units noch zu wünschen übrig. „Hier kommt die Telemedizin ins Spiel“, so der Neurologe.

Um die Situation in Unterfranken zu verbessern, haben sich zwölf Kliniken zu einem Netzwerk zusammengeschlossen. „Solche Schlaganfall-Netzwerke gibt

es bereits in anderen Regionen Bayerns, Unterfranken war der letzte weiße Fleck auf der Landkarte“, sagt Kleinschnitz, der als geschäftsführender Oberarzt der Neurologischen Klinik einer der Koordinatoren des TRANSIT-Stroke-Netzwerks ist. Kern von TRANSIT-Stroke bilden drei Kliniken mit überregionaler Stroke Unit in Würzburg, Schweinfurt und Bad Neustadt. Wird ein Patient mit einem Schlaganfall in ein kooperierendes Krankenhaus ohne Stroke Unit eingeliefert, können die dortigen Ärzte rund um die Uhr mit einer der drei Kliniken in Kontakt treten und den Patienten einem Spezialisten vorstellen. Über ein High-tech-System mit Kameraeinheit am Krankenbett und Bildschirmterminal in der Neurologischen Klinik können die Schlaganfall-Experten in Echtzeit mit dem Patienten kommunizieren, sich ein Bild von seinem Zustand machen und aus der Ferne neurologische Untersuchungen durchführen. Zusätzlich werden radiologische Befunde und andere medizinische Daten ausgetauscht. Je nach Schwere des Krankheitsbilds wird der Patient dann an Ort und Stelle weiterbehandelt oder in eine Klinik mit Stroke Unit verlegt.

„Die Akuttherapie des Schlaganfalls ist sehr zeitkritisch.“

Die zwölf Kliniken, die nicht nur unterfrankenweit, sondern auch aus den hessischen und baden-württembergischen Grenzregionen Patienten aufnehmen können, sind in ein Drei-Stufen-System eingeteilt: Neben vier Stufe-III-Kliniken mit überregionaler Stroke Unit gibt es zwei Partnerkliniken mit regionaler Stroke Unit. „Die Stufe-II-Kliniken brauchen uns nicht, um eine normale Thrombolyse durchzuführen“, erläutert Kleinschnitz. In speziellen Situationen können aber auch sie die telemedizinische 24/7-Hilfe anfordern: zum Beispiel, wenn ein operativer neuroradiologischer oder neurochirurgischer Eingriff in Erwägung



Kampf dem Schlaganfall

Hentschel-Stiftung „Kampf dem Schlaganfall“
www.hentschel-stiftung.ukw.de
 Spendenkonto: HypoVereinsbank Würzburg
 BLZ: 79 020 076, Konto-Nr.: 347 390 402,
 BIC: HYVEDEMM455
 IBAN: DE45790200760347390402

gezogen wird. „Dann muss der Patient eventuell verlegt werden“, sagt Kleinschnitz. Die restlichen Kooperationskliniken sind Krankenhäuser der Stufe I ohne eigene Stroke Unit. Sie setzen sich in jedem Fall telemedizinisch mit einem Krankenhaus der Stufe III in Verbindung, schwer betroffene Patienten können bei Bedarf in eine Klinik der Stufe II oder III verlegt werden.

Neben der akuten Versorgung der Patienten hat die Würzburger Neurologische Klinik als Projektzentrum noch andere Aufgaben. Dazu gehört vor allem die Etablierung eines einheitlichen Qualitätsmanagements, für das das hiesige Institut für Klinische Epidemiologie verantwortlich ist und das regelmäßige Fortbildungen für das Personal der Kliniken sowie eine systematische Evaluierung des Netzwerks beinhaltet. „In diesem Punkt sind wir den bestehenden Schlaganfall-Netzwerken voraus“, so Kleinschnitz. Drei Monate nach dem Ereignis werden alle Patienten noch einmal befragt. Neben dem Stand der Genesung stehen dabei Reha-Maßnahmen und Sekundärprävention im Fokus der Mediziner. Denn wer einmal einen Schlaganfall hatte, hat dafür auch in Zukunft ein erhöhtes Risiko. Vor allem bei Bluthochdruck, Diabetes und Herzrhythmusstörungen ist es wichtig, die Grunderkrankung zu behandeln. Doch man weiß, dass viele Patienten auch nach einem Schlaganfall ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen. Das zu verbessern, ist genauso ein Ziel der Ärzte wie die Aufklärung der Bevölkerung.

Wie man sich vor Schlaganfällen schützt, welche Symptome auf einen Schlaganfall hindeuten, was der Notarzt macht, was auf einer Stroke Unit passiert – all das und mehr sind Themen beim Welt-Schlaganfall-Tag am 29. Oktober. Neben einer Reihe von Vorträgen wird bei der Veranstaltung im Uniklinikum auch der Hentschel-Preis verliehen – ein Preis der Hentschel-Stiftung „Kampf dem Schlaganfall“, der jährlich für eine herausragende wissenschaftliche Arbeit zum Thema Schlaganfall an jüngere Wissenschaftler vergeben wird und mit 5000 Euro dotiert ist. In diesem Jahr geht der Preis an die Initiatoren des neuen TRANSIT-Stroke-Netzwerks.



Professor Christoph Kleinschnitz, Oberarzt der Neurologischen Klinik und einer der Koordinatoren des TRANSIT-Stroke-Netzwerks

www.bechtle.com

In Bechtle steckt mehr, als Sie glauben: über 65 IT-Systemhäuser in Deutschland, Österreich und der Schweiz, IT-E-Commerce in 14 europäischen Ländern. Die intelligente Verzahnung beider Geschäftsfelder. 75.000 Kunden und mehr als 6.400 exzellente Mitarbeiter. Kunden-nähe, Partnerschaft, maßgeschneiderte IT-Lösungen. Herstellerneutrale Beratung, Beschaffung, Integration, Managed Services und Schulungen. 58.000 IT-Produkte und kundenindividuelle Online-Shops.

Das ahnt ja kein Mensch.

Dazu kommen die Bechtle Werte, die Sie in der täglichen Zusammenarbeit spüren: Bodenhaftung, Beharrlichkeit, Zuverlässigkeit und Begeisterungsfähigkeit. Und unser Anspruch, Sie immer wieder aufs Neue zu verblüffen.

Bechtle GmbH IT-Systemhaus Nürnberg
 Fürther Straße 244c, 90429 Nürnberg
 Telefon +49 911 58075-0, nuernberg@bechtle.com

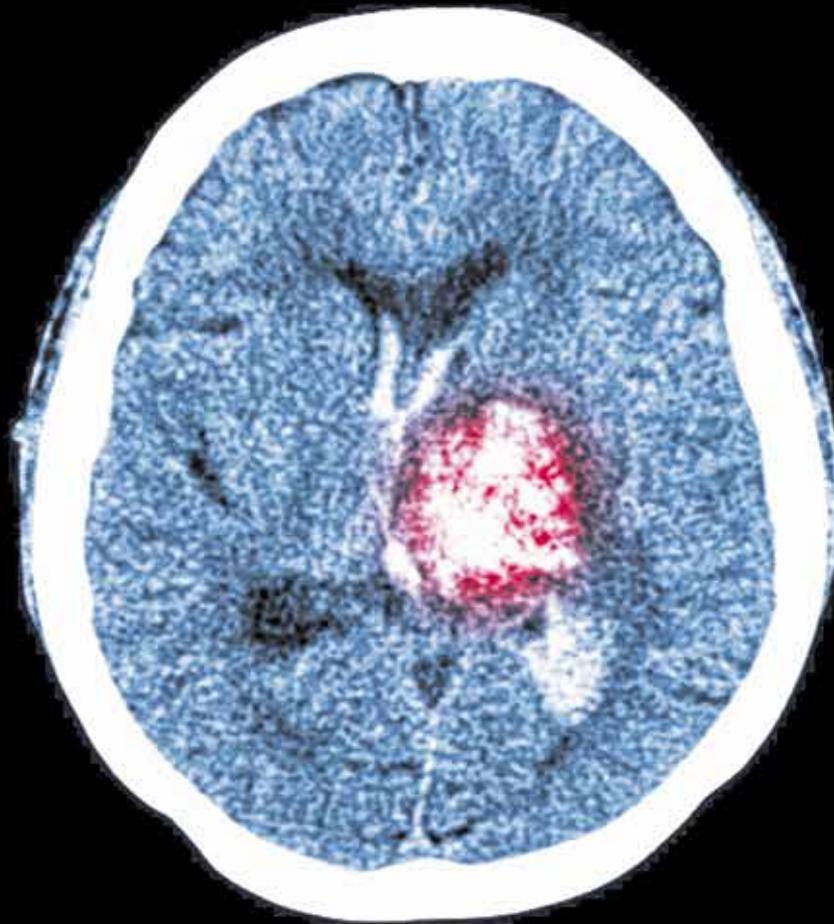


Ihr starker IT-Partner.
 Heute und morgen.

BECHTLE

So können Sie einem Schlaganfall vorbeugen

*Von Symptomen und Risikofaktoren:
Bei welchen Anzeichen man sofort den Rettungsdienst alarmieren sollte.*



In der Regel steckt hinter einem Schlaganfall der Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn. Der betroffene Bereich wird nicht mehr durchblutet und mit Sauerstoff versorgt, dadurch kommt es zu neurologischen Ausfallserscheinungen. Seltener werden die Symptome durch eine Blutung im Gehirn oder an dessen Oberfläche hervorgerufen. Da man Blutung und Gefäßverschluss anhand der klinischen Symptome nicht unterscheiden kann, spricht man in beiden Fällen von einem Schlaganfall. In jedem Fall ist eine sofortige Therapie nötig, um zu vermeiden, dass es in der Folge zu Behinderungen kommt. Entscheidend ist dabei eine schnelle Reaktion der Betroffenen. „Im Gegensatz zum Herzinfarkt geht ein Schlaganfall nicht mit Schmerzen einher und wird daher nicht als so vernichtend empfunden“, erläutert Professor Christoph Kleinschnitz. Daher würden manche Patienten erst zum Hausarzt gehen, der sie dann in ein Krankenhaus einweist. „Dabei verliert man wertvolle Zeit“, warnt der Neurologe.

Bei den folgenden, plötzlich auftretenden Zeichen sollte man an einen Schlaganfall denken und sofort den Rettungsdienst (Telefonnummer 112) verständigen:

- Lähmung einer Körperhälfte oder einer Extremität (Arme, Beine): plötzlich auftretende Schwäche, Störung der Feinmotorik, Ungeschicklichkeit, Stolpern
- einseitig hängender Mundwinkel: Auch wenn das Gesicht beim Lächeln einseitig verzogen ist, deutet das auf einen Schlaganfall hin
- Gefühlsstörungen an einer Körperhälfte: pelziges Gefühl, Kribbeln

- Sprach- und Sprechstörungen: undeutliche oder verwaschene Sprache bis hin zur Sprachlosigkeit, fehlendes Sprachverständnis
- Sehstörungen: Gesichtsfeldausfall, Doppelbilder, Verschwommensehen, plötzliche Erblindung auf einem Auge
- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- Bewusstlosigkeit
- Bei Hirnblutungen: ungekannt starke, plötzlich einsetzende Kopfschmerzen mit vernichtendem Charakter

Auch wenn die Symptome nach kurzer Zeit wieder verschwinden, sollte man unmittelbar einen Arzt aufsuchen. Dann steckt womöglich eine TIA dahinter – eine transitorisch-ischämische Attacke, die das Gewebe zwar selbst nicht schädigt, aber einen Schlaganfall mit dauerhafter Schädigung nach sich ziehen kann.

Wie beuge ich einem Schlaganfall vor?

Etwa 260 000 Menschen erleiden pro Jahr in Deutschland einen Schlaganfall. Tritt er zum ersten Mal auf, sind die Betroffenen im Schnitt 75 Jahre alt. Trotzdem ist der Schlaganfall keine Alterskrankheit. Auch junge Menschen bis hin zu Säuglingen und Kindern kann er treffen. Neben dem Alter spielt auch die genetische Belastung eine Rolle. Und: Wer einmal einen Schlaganfall hatte, hat ein hohes Risiko, dass ein solches Ereignis erneut auftritt, und sollte dringend



Risikofaktoren für einen Schlaganfall: Hoher Blutdruck, falsche Ernährung, Rauchen.

darauf achten, Risikofaktoren zu minimieren und eventuelle Grunderkrankungen konsequent behandeln zu lassen.

„Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes mellitus und bestimmte Herzrhythmusstörungen, das sogenannte Vorhofflimmern, sind die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren“, sagt Christoph Kleinschnitz. Wichtig sind die konsequente Behandlung der Grunderkrankung sowie regelmäßige Blutdruckkontrollen aber auch ausreichend Bewegung und Reduktion von Übergewicht.

Experte Kleinschnitz: „Studien zeigen, dass eine Ernährung im Sinne der sogenannten Mittelmeerdiät – also viel Obst und Gemüse, Nüsse, Olivenöl – einen gewissen Schutz vor kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall bietet.“

Wichtige Risikofaktoren, die das Auftreten eines Schlaganfalls begünstigen:

- Alter
- genetische Belastung
- Bluthochdruck
- Rauchen
- Übergewicht/Bewegungsmangel
- Diabetes mellitus
- Vorhofflimmern
- erhöhte Blutfettwerte

Einen kostenlosen und anonymen Schlaganfall-Risikotest bietet zum Beispiel die Website der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft DSG an: www.dsg-info.de

Gemeinsam den Schlaganfall schlagen!

Symposium zum Weltschlaganfalltag

Symposium zum Weltschlaganfalltag

Über 250 000 Deutsche erleiden jährlich einen Schlaganfall, der nicht selten zu bleibender Behinderung oder gar zum Tod führt. Obwohl in den letzten 20 Jahren deutliche Fortschritte in der Diagnostik und Therapie gemacht wurden, stellt der Schlaganfall nach wie vor eine schwere Erkrankung dar. Anlässlich des diesjährigen Weltschlaganfalltages soll auch das Symposium der Uniklinik am Mittwoch, 29. Oktober, von 13 bis 18 Uhr auf das Krankheitsbild aufmerksam machen.



Mittwoch, 29. Oktober 2014 · 13.00–18.00 Uhr

Rudolf-Virchow-Zentrum für Experimentelle Biomedizin
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2 · Haus D15
97080 Würzburg

Eintritt frei – keine Anmeldung erforderlich!

Schwerpunkt des Symposiums ist das schnelle Erkennen eines Hirnschlags anhand der typischen Symptomatik. Außerdem werden das TRANSIT-Stroke Telemedizin-Netzwerk und aktuelle Forschungsprojekte in Würzburg vorgestellt. Von der Hentschel-Stiftung „Kampf dem Schlaganfall“ wird eine wissenschaftliche Arbeit des letzten Jahres prämiert. Nach dem Vortragsteil wird ein Imbiss angeboten, und Besucher haben die Möglichkeit, sich an Aktionsständen zu informieren und mit Schlaganfall-Experten ins Gespräch zu kommen.



Deegenbergklinik

für Innere Krankheiten / Kardiologie / Diabetologie / Angiologie und Orthopädie

AHB- und Reha-Klinik

Akad. Lehrereinrichtung der Julius-Maximilians-Universität Würzburg - Bereich Rehabilitation

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
FA für Orthopädie / Neurochirurgie

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).

Wenn Nervenzellen ihre Kontakte verlieren

Das Würzburger Institut für Klinische Neurobiologie erforscht die Nervenkrankheit ALS. Die Erkenntnisse können nicht nur helfen, ALS besser zu verstehen, sondern auch Alzheimer, Parkinson oder Multiple Sklerose.

Wenn sich in den letzten Wochen zahlreiche Prominente eimerweise Eiswasser über den Kopf schütteten, dann wollten sie damit auf die Krankheit ALS aufmerksam machen. Etwa 8000 Menschen in Deutschland sind an der Amyotrophen Lateralsklerose, kurz ALS, erkrankt. Trotzdem wissen nur die wenigsten über die Krankheit Bescheid, die mit einer fortschreitenden Muskellähmung einhergeht und gegen die es noch keine heilende Therapie gibt. Das Würzburger Institut für Klinische Neurobiologie erforscht seit vielen Jahren die Ursachen der Krankheit. Die Ergebnisse der Forschung können nicht nur helfen, ALS besser zu verstehen, sondern auch Erkrankungen wie Alzheimer, Parkinson oder Multiple Sklerose.

„Wenn ein Mensch an ALS erkrankt, verschwindet er meist recht schnell aus dem öffentlichen Leben“, sagt Professor Michael Sendtner, der das Institut für Klinische Neurobiologie leitet. Wenn ALS diagnostiziert wird, sind die Betroffenen im Schnitt 50 bis 70 Jahre alt, nur wenige erkranken vor dem 40. Lebensjahr. Zwar können die Mediziner den Verlauf der Krankheit nicht vorhersagen, im Allgemeinen ist die Prognose jedoch schlecht: Im Schnitt haben Erkrankte nach der Diagnosestellung noch drei bis fünf Jahre zu leben. Nach einem schleichenden Beginn mit Schwäche in den Armen und Händen lässt die Kraft nach und nach im ganzen Körper nach. Zum Schluss ist auch das Atmen und Schlucken beeinträchtigt, Todesursache ist häufig eine Lungenentzündung.

Die Muskeln sind dabei nicht das eigentliche Problem. Vielmehr sind die Nervenzellverbindungen zwischen Gehirn und Muskulatur unterbrochen. Die betroffenen Zellen, sogenannte Motoneuronen, stehen im Fokus der Forschung von Sendtner und seinen Mitarbeitern. Auch bei der spinalen Muskelatrophie (SMA), die ähnlich wie ALS verläuft und bereits im Kindesalter beginnt, leiten die Motoneurone die Impulse aus dem Gehirn nicht an die Muskeln weiter,



Veränderungen der Verzweigung motorischer Nervenendigungen in der Muskulatur.

Muskelschwäche und -schwund sind die Folgen. Jedoch gibt es bei der SMA unterschiedliche Verlaufsformen, bei denen die Lebenserwartung zum Teil deutlich, bei anderen aber nur gering oder gar nicht reduziert ist.

Warum die Motoneurone ausfallen, weiß man nicht. Sendtner und seine Kollegen sind jedoch dabei, die komplexen Krankheitsmechanismen nach und nach zu entschlüsseln. Bis zu den 80er Jahren dachte man noch, bei ALS und SMA sei ein verfrühtes Absterben der Nervenzellen die Ursache. Heute weiß man, dass lange vor dem Absterben die Funktion der Zellen gestört ist. Erst in der Folge werden die unnütz gewordenen Nervenzellen eliminiert.

Im gesunden Zustand bekommt eine Nervenzelle Signale von anderen Nervenzellen und von den Muskeln, die sie darin bestärken, sich zu stabilisieren und weiter zu wachsen. Gibt eine Nervenzelle jedoch von sich aus keine Signale mehr weiter, bleibt auch die „positive Verstärkung“ durch andere Zellen aus. Sendtner: „Der Muskel sagt dann: ‚Dich brauche ich nicht mehr, du wirst eliminiert.‘“ Und das gilt nicht nur für Motoneuronen, sondern auch für andere Nervenzellen im Gehirn – beispielsweise solche, die für das Gedächtnis wichtig sind. Was Sendtner und seine Kollegen an den Motoneuronen erforschen, lässt sich damit auch auf Krankheiten wie Alzheimer oder Parkinson übertragen.

Als Nebenschauplatz forscht das Institut auch in Richtung Multiple Sklerose (MS) – denn auch hier sind die Mechanismen, die zu einer Stabilisierung der beteiligten Nervenfasern führen, ähnlich. Ein Beispiel dafür ist das Protein CNTF, ein sogenannter neurotropher Faktor, der bei zwei Prozent der Bevölkerung fehlt. Offenbar ist CNTF mit dafür verantwortlich, warum Krankheiten wie ALS bei manchen Patienten langsamer und bei anderen schneller verlaufen. „Wenn Menschen, denen CNTF fehlt, an ALS erkranken, sind sie besonders schwer betroffen“, erläutert Sendtner. Das Interessante daran: Gelingt es, ein Medikament zu entwickeln, das eine ähnliche Wirkung hat wie CNTF, könnte dieses nicht nur gegen ALS und spinale

Professor Michael Sendtner (55) forscht seit 1995 in Würzburg. Seit 2000 leitet er das Institut für Klinische Neurobiologie.





Nervenzellen besitzen eine erstaunliche Wandlungsfähigkeit in ihren Verbindungen.

Muskeltrophie wirksam sein, sondern auch gegen Parkinson, Alzheimer und Multiple Sklerose. Daher wurde Sendtner für diese Entdeckung 2007 mit einem Multiple-Sklerose-Forschungspreis ausgezeichnet.

Auf der Erforschung neurotropher Faktoren wie CNTF liegt der Fokus der Würzburger Wissenschaftler. „Das sind Signalmoleküle, die einer Nervenzelle sagen, ob sie weiterwachsen soll, oder ob sie unnötig ist und eliminiert werden soll“, erklärt Sendtner.

Denn auch wenn sich Nervenzellen nicht teilen und komplett erneuern können, besitzen sie eine erstaunliche Wandlungsfähigkeit. Die längsten Motoneurone des Menschen sind über einen Meter lang und teilen sich an ihren Enden in Tausende Verästelungen auf. Eine einzelne Nervenfasern kann so für die Erregung von bis zu 10 000 Muskelfasern zuständig sein.

Wie flexibel das menschliche Nervensystem ist, erklärt Sendtner am Beispiel eines Muskelkaters oder Muskelfaserrisses: „Wenn man im Fitnessstudio zu schwer gehoben hat, können auf einen Schlag Hunderte Muskelfasern absterben.“ Damit werden auch die dazugehörigen motorischen Nervenendigungen überflüssig, und mit dem Nachwachsen neuer Muskelfasern müssen zeitgleich Hunderte neuer Nervenenden

mit den dazugehörigen Synapsen gebildet werden. Für ein gesundes Nervensystem ist das kein Problem. „Bei Krankheiten wie ALS oder Parkinson sind diese Mechanismen jedoch verändert“, so Sendtner.

Nicht nur Motoneurone sind anpassungsfähig, sondern auch Nervenzellen im Gehirn. „Der Plastizität seines Nervensystems hat der Mensch seine Anpassungsfähigkeit und letztlich auch die Evolution zu verdanken“, gibt Sendtner zu bedenken. „Aber sie macht ihn auch vulnerabel für neurodegenerative Erkrankungen wie ALS oder Alzheimer.“ Die Krankheitsmechanismen erst einmal an einem relativ einfachen Modell wie dem Motoneuron zu betrachten, ist sinnvoll. Denn bei ALS und SMA ist nur die Funktion der Muskulatur beeinträchtigt, Denken und Fühlen dagegen nicht. Und die Erregbarkeit von Muskelfasern lässt sich durch Tests sehr leicht messen – im Gegensatz zum Verlust kognitiver Fähigkeiten, die etwa die Alzheimersche Krankheit mit sich bringt.

Auch wenn es für ALS und SMA noch kaum wirksame Therapien gibt – die Mechanismen, die zu den Krankheiten führen, kennt man heute besser als noch vor einigen Jahren. „Heute kennen wir über 30 Gene, die bei der familiären Form der ALS mutiert

sein können“, so Sendtner. „Das lässt den Schluss zu, dass auch viele verschiedene Mechanismen in der Zelle verändert sein können.“ Für die Forscher interessant sind vor allem die gemeinsamen Endstrecken dieser zellulären Veränderungen, die letztlich zur Destabilisierung der Nervenzelle führen. „Hier könnten neue Medikamente ansetzen“, hofft Sendtner. Um die veränderten Zellmechanismen und mutierte Gene aufzuspüren, kommen modernste Methoden zum Einsatz. Die Vorgänge in der Zelle beobachtet man unter Hightech-Mikroskopen, und sogenannte Genexpressionsprofile werden mittels modernster DNA-Sequenzierungsmethoden ermittelt.

Wichtig ist Sendtner, der selbst Mediziner ist, dass in den Labors Mediziner, Biologen und Chemiker eng zusammenarbeiten, und auch mit der neurologischen Ambulanz stehen die Wissenschaftler in engem Kontakt. „Wir machen vernetzte Forschung“, so der experimentelle Neurologe. Etwa die Hälfte seiner Mitarbeiter wird später einmal in die Pharmaindustrie gehen. Sendtner hofft, dass sie mit dem an seinem Institut erlangten Wissen einmal aussichtsreiche Medikamente entwickeln werden.

„Es geht um Partnerschaften“

Anja Simon, Kaufmännische Direktorin des Uniklinikums, über eine Krankenhauslandschaft im Wandel



Anja Simon, Kaufmännische Direktorin des UKW.



Kostendruck und eine älter werdende Gesellschaft stellen die Krankenhäuser vor enorme Herausforderungen. Davon betroffen sind große und kleine, kommunale, kirchliche und private Krankenhäuser genauso wie Unikliniken. Wir sprachen mit der Kaufmännischen Direktorin des Universitätsklinikums Würzburg, Anja Simon, über die aktuelle und sich wandelnde Krankenhauslandschaft und darüber, wie die Uniklinik damit umgeht.

Frage: Frau Simon, hat es aus Ihrer Sicht in der Krankenhauslandschaft wichtige neuere Entwicklungen gegeben?

Anja Simon: Ja, da gab es ganz aktuell vor wenigen Wochen die Bekanntgabe der Kooperation zwischen dem Julius-Spital Würzburg und der Missionsärztlichen Klinik. Das ist schon ein bemerkenswerter Schritt gewesen, der so nicht wirklich zu erwarten gewesen ist. Das ist aber ein Zeichen dafür, wohin die Reise in der Krankenhauslandschaft geht. Wir haben nämlich die Situation, dass sich durch den wirtschaftlichen Druck immer mehr Krankenhaus-Verbünde bilden müssen, damit nicht jedes Krankenhaus alles anbieten muss, sondern jedes bestimmte Spezialitäten hat.

Was ist da der Hintergrund?

Simon: Die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen ständig. Um diese Kostensteigerungen in den Griff zu bekommen, hat man das Pauschalierungssystem eingeführt und zudem die frühere Praxis der Budgetdeckelungen beibehalten. Man dachte, der Markt regelt sich selbst. Man ging davon aus, dass man die Leistungen dann wieder freigeben kann. In der Zeit vor der Pauschalierung hatten die Budget-Deckelungen

zu sehr langen Patienten-Wartelisten geführt. Die Folge des Pauschalierungssystems war, dass man die Wartelisten etwas abgebaut hat. Ansonsten haben Pauschalierung und Deckelung dazu geführt, dass die Krankenhäuser nicht mehr das refinanziert bekommen, was an Tarifsteigerungen tatsächlich anfällt. Das ist die berühmte Tarifschere. Und diese setzt alle Krankenhäuser enorm unter Druck, weil mindestens 60 Prozent der Kosten eines Krankenhauses Personalkosten sind. Natürlich hat man gewisse Effizienzsteigerungen durchgeführt. Aber irgendwann ist das Ende der Möglichkeiten erreicht.

Was hat das für Konsequenzen?

Simon: Die Folge ist, dass nicht jedes Krankenhaus die ganze Bandbreite anbieten kann. Aber auf dem Land haben die Krankenhäuser die Herausforderung, trotzdem diese Leistungen anbieten zu müssen, weil sie vor Ort der einzige Anbieter sind. Und auf diese Situation kann man nur reagieren, indem man Verbünde schafft...

... wie sie jetzt in Würzburg das Julius-Spital und das Missio eingegangen sind?

Simon: Ja, oder wie wir es seit einem Jahr mit dem Klinikum Main-Spessart machen – also so, dass man vor Ort wirklich Unterstützung leistet, um die Versorgung zu gewährleisten. Schauen Sie: Man hat bei Einführung des Pauschalierungssystems gedacht, dass die Zahl der Krankenhäuser – und wir haben in Deutschland rund 2000 Krankenhäuser – signifikant nach unten geht. Das ist dann aber nicht geschehen. Und das ist ein Thema, mit dem die gesamte Gesellschaft zu kämpfen hat. Denn es braucht die gute Versorgung.

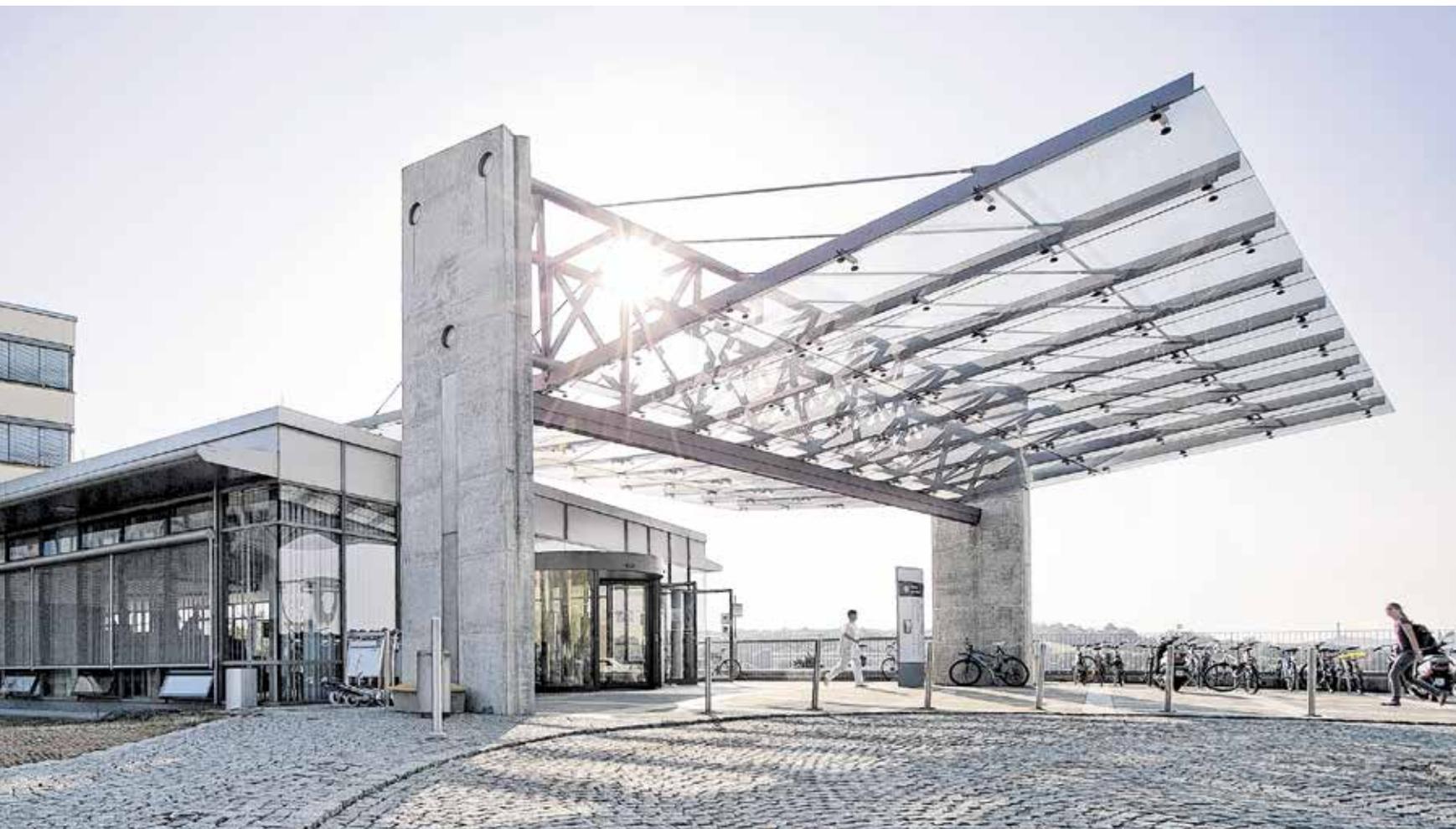
Die Frage ist: Was heißt gute Versorgung? Braucht es eine bestimmte Konzentration, um die Leistungen gut anbieten zu können?

Und wo sehen Sie in dieser Entwicklung die Rolle der Uniklinik?

Simon: Wir sehen uns als das Zentrum, das über seine vielen Fachrichtungen und über die große Interdisziplinarität eine hohe Expertise anbietet. Wir verstehen uns im Umkreis von etwa 100 Kilometern als der Maximalversorger und als das Versorgungszentrum. Und wir sehen unsere Verantwortung, dass die Bevölkerung über diese Expertise gut versorgt ist.

Bedeutet das, dass sich an der Ausrichtung des Uniklinikums nichts Wesentliches ändert?

Simon: Nein. Wir haben einen sehr großen Zustrom an Behandlungsfällen. Es waren im vergangenen Jahr 62 000 Behandlungsfälle, und wir haben auch dieses Jahr bereits erneut einen überdurchschnittlichen Zuwachs. Das ist auf die vielen überregionalen Expertisen zurückzuführen. So haben wir zum Beispiel das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz und das Comprehensive Cancer Center (CCC). Andererseits sehen wir aber, dass unsere Kapazitäten begrenzt sind. Außerdem ist es so, dass nicht jeder Patient die volle Bandbreite unseres Klinikums erfordert. Das war ein Grund, weshalb wir die Kooperation mit dem Klinikum Main-Spessart eingegangen sind. Unser Ziel ist es, dass dort, wo es möglich ist, die Patienten wohnortnah versorgt werden. Bei der Kooperation mit Main-Spessart haben wir zwei Schwerpunkte. Der eine ist Lohr, wo unser Allgemein- und Viszeralchirurg Professor Christoph-Thomas Germer die Leitung



Die Krankenhauslandschaft in Deutschland befindet sich im Wandel (im Bild der Eingang des ZOM).

der Allgemein Chirurgie innehat. Dann haben wir in Karlstadt das Haus, wo die Hauptabteilung Chirurgie entstanden ist, dort hat unser Unfallchirurg Professor Rainer H. Meffert die Leitung übernommen. Da geht es in erster Linie um Wiederherstellungschirurgie, insbesondere um Handchirurgie. Besonders in Lohr gibt es weitere Ärzte von uns, die mit vor Ort tätig sind. Ergänzend gibt es noch in Lohr die Kooperation aus der Abteilung Allgemein Chirurgie-Gefäßchirurgie. Dort ist es unser Professor Richard Kellersmann, der dort regelhaft an einem Tag pro Woche tätig ist.

Und worin bestehen die weiteren Ziele dieser und zukünftiger Kooperationen?

Simon: Es geht um die Vernetzung in die Region hinein, um damit die Versorgung zu gewährleisten. Aber es geht auch darum, am Universitätsklinikum Würzburg eine Kapazitätsentlastung für innovative High-End-Medizin zu schaffen.

Mit Entlastung meinen Sie die Zahl der Betten?

Simon: Ja. Und wir sehen das als Symbiose. Denn auf der anderen Seite gibt es Krankenhäuser in der Peripherie, die bisher nicht den großen Zuspruch haben. Das heißt, da gibt es in diesem Bereich Kapazitäten. Und dadurch, dass wir diese Kooperationen eingehen, stellen wir für beide Seiten eine Win-win-Situation her. Das hat natürlich insbesondere für die dortigen Patienten einen Mehrwert. Die Patienten wissen: Aha, es gibt diese Expertisen. Und so können sie in der Nähe bleiben. Unser Ziel ist, dass wir dieses Netz weiter spannen. Ganz neu ist gerade das Kliniknetz TRANSIT-Stroke. Dabei handelt es sich um ein großes unterfränkisches, mehrstufiges telemedizinisches Netz

im Bereich der Schlaganfallversorgung. Beteiligt sind derzeit insgesamt zwölf Kliniken wie etwa Häuser in Schweinfurt, Aschaffenburg, Ochsenfurt und das Julius-Spital. Dabei geht es – vereinfacht gesagt – darum, mittels Vernetzung die Verbesserung der Schlaganfallversorgung in einer ländlich geprägten Region zu erreichen. Und dabei innovative akute Therapieverfahren vorzuhalten. Auf diese Weise wollen wir unser Know-how in die Fläche bringen. In der Ausbaustufe ist geplant, das Netz bundesländerübergreifend in die Regionen Tauberfranken und Hessen auszuweiten.

Und wie sieht es mit anderen Kooperationen aus, zum Beispiel mit Kitzingen oder Volkach?

Simon: Wir haben mit Kitzingen bereits eine enge Zusammenarbeit im Herzbereich. Und eine Kooperation im Bereich Schlaganfall ist ebenfalls angedacht. Die Klinik Kitzinger Land ist derzeit Teil des Erlanger Kliniknetzes. Mit der Helios Klinik in Volkach gibt es ebenfalls eine Kooperation, die allerdings nicht so formell gefasst ist wie beispielsweise die mit dem Klinikum Main-Spessart.

Was bedeuten diese Kooperationen für die Situation in Würzburg mit Blick auf die Mitarbeiterzahlen?

Simon: Derzeit ist es so, dass die Zahl der Mitarbeiter stets steigt – ganz einfach, weil unsere Leistungen immer mehr werden. Unser Ziel ist es, die Zahl der Mitarbeiter zu halten. Vor dem Hintergrund der Kostendiskussionen gehe ich davon aus, dass wir die Bettenzahl nicht weiter steigern können. Das ist – obwohl wir der Magnet in Sachen medizinischer Versorgung für die Region sind – auch nicht erforder-

lich. Das gilt aber nur dann, wenn wir es schaffen, dass wir durch gute Kooperationen die richtigen Patienten bei uns behandeln und dass jene Patienten, für die es auch woanders möglich ist, eben vor Ort versorgt werden. Denn erfolgreich sind wir über unser großes Netzwerk. Das ist ein Punkt, der zum Beispiel den internationalen Gutachtern der Deutschen Krebshilfe jüngst bei ihrer Begehung des Comprehensive Cancer Centers auch besonders gut gefallen hat: dass wir durch unsere Kooperationen so gut aufgestellt sind.

Es geht also bei den Kooperationen um Partnerschaften?

Simon: Ja, und über Vernetzung wollen wir die Partner beteiligen, wie dies beispielsweise bei der Pneumologie der Missionsärztlichen Klinik und dem Julius-Spital oder dem Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim der Fall ist, das ja auch Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg ist. Unsere Kooperationen reichen bis zum Kreisklinikum Bad Neustadt. Zudem gibt es schon seit langem Kooperationen mit dem Bezirk Unterfranken und der Diakonie. In Würzburg besteht ganz automatisch die Kooperation mit dem König-Ludwig-Haus, weil dort der Lehrstuhl für Orthopädie angesiedelt ist. Wir wollen diese Kooperation zukünftig noch etwas vertiefen. Dasselbe gilt auch für die Kooperationen mit dem Bezirk. Wichtig ist uns, dass wir die Partner mit ins Boot holen. Das heißt, es geht hier nicht um Verdrängung, sondern um wirkliche Kooperation. Wir wollen dafür sorgen, dass es auch unseren Partnern in der Region gut geht. Unser Ziel ist, dass alle Krankenhäuser leben können.



„Ice Bucket Challenge“: Menschen schütten sich Eiswasser über den Kopf, um auf die Nervenkrankheit ALS aufmerksam zu machen, die auch am Uniklinikum erforscht wird.

Das Tragische an der Krankheit ALS

Der Würzburger Neurologe Dr. Stephan Klebe über das durchs Eiswasserduschen bekannt gewordene Nervensterben.

Weltweit kippen sich derzeit Menschen Eiswasser übern Kopf. Was zu einem Internet-Jux wurde, war vor ein paar Wochen in den USA als „Ice Bucket Challenge“ erfunden worden, um auf die tödliche Krankheit ALS aufmerksam zu machen und Geld für die Forschung zu bekommen. Aber was genau steckt hinter den drei Buchstaben? Ein Gespräch mit Privatdozent Dr. Stephan Klebe, dem Leiter der ALS-Sprechstunde an der Klinik für Neurologie des Würzburger Uniklinikums, über die tragische Erkrankung Amyotrophe Lateralsklerose und Therapiemöglichkeiten.

Was halten Sie von der „Ice Bucket Challenge“?

Dr. Stephan Klebe: Dass eine seltene Krankheit wie die Amyotrophe Lateralsklerose durch diese Aktion eine so große Aufmerksamkeit bekommt, ist erst mal gut, und wenn das Spendenaufkommen dadurch gesteigert werden kann, ist das natürlich auch schön.

Aber ist der Jux dem tragischen Hintergrund dieser tödlichen Erkrankung überhaupt angemessen?

Klebe: Es ist ein zweischneidiges Schwert. Wenn der Spaß zu sehr in den Vordergrund tritt und die Krankheit deshalb zurücksteht, wäre es natürlich schade. Es sollten bei diesen Aktionen auch immer Hintergründe zu der Erkrankung erläutert werden, was oft nicht geschieht.

Angeblich soll die Lebenserwartung lediglich bei um die drei Jahre nach der Erstdiagnose liegen ...

Klebe: Das ist das statistische Mittel. Ich habe immer Schwierigkeiten damit, konkrete Zahlen zur Lebenserwartung zu nennen, da dies für den individuellen Patienten nicht genau vorherzusagen ist. Es gibt ganz unterschiedliche Krankheitsverläufe. Wir hatten schon sehr junge Patienten, bei denen die Krankheit sehr schnell vorangeschritten ist und die innerhalb kurzer Zeit gestorben sind. Aber es gibt auch Verläufe, die sich durch die Therapie verlangsamen lassen. Auch wenn wir noch ziemlich wenig über die genauen Ursachen wissen, geht die Medizin heute davon aus, dass es mehrere ALS-Formen gibt.

Bei Physikgenie Stephen Hawking wurde ALS schon 1963 diagnostiziert, der 72-Jährige lebt und arbeitet dank Sprachcomputer, den er mit den Augen steuert, heute noch. Künstler Jörg Immendorff dagegen starb 2007 mit 61 zehn Jahre nach der Erstdiagnose ...

Klebe: Ich habe beide nicht untersucht und habe auch keine Arztbriefe gelesen. Aber nach allem, was man mitbekommen hat, leidet Hawking offenbar unter

einer besonderen Form der Amyotrophe Lateralsklerose, die durch einen besonders langsamen Verlauf gekennzeichnet ist.

ALS ist eine sehr seltene Erkrankung.

Klebe: Die Prävalenz, also die Krankheitshäufigkeit, wird mit drei bis acht pro 100 000 angegeben, je nach Studie. Das hieße, dass wir zwischen 2400 bis 6400 Betroffene haben müssten. Ich glaube aber, dass 8000 Betroffene nicht übertrieben sind. In nur zehn Prozent aller Fälle geht man von einer genetischen Ursache aus. Beim Rest kennt man die Gründe, warum die Erkrankung beginnt, einfach nicht.

Welche Frühsymptome sind typisch.

Klebe: Zu uns kommen Menschen, die an Muskelzuckungen oder Schwächung der Muskulatur leiden und oft eine Odyssee an Arztbesuchen hinter sich haben, bis ein ALS-Verdacht erwogen wird.

„In nur zehn Prozent aller Fälle geht man von einer genetischen Ursache aus.“

Was passiert bei ALS?

Klebe: Es kommt zu einer fortschreitenden und irreversiblen Schädigung beziehungsweise Degeneration der Nervenzellen, der Neuronen, die für die Muskelbewegungen verantwortlich sind. Es können Nervenzellen in der Hirnrinde betroffen sein ebenso wie bestimmte Nervenzellen im Rückenmark oder in den Hirnnervenkernen. Durch die Degeneration kommt es zur zunehmenden Muskelschwäche, die mit Muskelschwund oder einem erhöhten Muskeltonus, einer sogenannten Spastik, einhergeht. Durch die Schwäche der Muskulatur kommt es unter anderem zu Gang- und Sprechstörungen, viele Patienten haben mit der Zeit auch große Schwierigkeiten mit dem Schlucken.

Was kann die Medizin dagegen tun?

Klebe: Wir können leider noch nicht die Ursachen, sondern nur die Symptome der Erkrankung behandeln. Es gibt ein einziges Medikament mit dem Wirkstoff Riluzol, das durch Studien erwiesen den Verlauf verlangsamen kann. Das Medikament soll den Untergang der Nervenzellen hemmen und so die Le-

bensdauer der Patienten verlängern. Leider können wir die Erkrankung mit diesem Medikament nicht heilen.

Warum eigentlich? Wird zu wenig geforscht, oder nimmt die Pharmaindustrie einfach nicht das Geld in die Hand, um Medikamente zu entwickeln, weil sie bei so wenigen Betroffenen fürchtet, nicht genügend daran zu verdienen?

Klebe: Ich bin durchaus auch pharmaindustriekritisch, aber in diesem Fall kann man den Firmen, glaube ich, keinen großen Vorwurf machen. Es wird viel an ALS geforscht, nicht zuletzt im von Professor Michael Sendtner geleiteten Institut für Klinische Neurobiologie hier am Uniklinikum. Aber die Medizin hat die genauen Mechanismen der Krankheit einfach noch nicht herausgefunden. Deshalb kann die Therapie derzeit nur eine symptomatische sein, bei der im Idealfall ein interdisziplinäres Team zusammenarbeitet.

Wie viele Betroffene behandeln Sie in Würzburg?

Klebe: Pro Woche im Schnitt zwei Patienten in der Sprechstunde, wobei stationär auch meist ein, zwei zusätzlich behandelt werden.

Warum hat ausgerechnet das Würzburger Uniklinikum eine solche Spezialsprechstunde?

Klebe: Das hat mit den neurologischen Forschungsschwerpunkten einer Klinik zu tun. Ich bin erst drei Jahre in Würzburg, ein Schwerpunkt der Würzburger Neurologie war schon lange ALS. Außerdem sitzt die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke bei uns im Haus, auf deren Unterstützung wir zurückgreifen können. Sie hilft bei der Behandlung von ALS-Patienten.

Motivation für die „Ice Bucket Challenge“ war es, mehr Spenden für die ALS-Forschung zusammenzubekommen. Kann man auch für die Würzburger ALS-Forschung spenden?

Klebe: Auch unsere Klinik, die noch andere Forschungsschwerpunkte hat, hat ein Konto, auf das gespendet werden kann. Das Geld kommt dann zwar nicht ausschließlich, aber selbstverständlich auch der ALS-Forschung hier zugute. Außerdem kann man der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke spenden.

Dr. Stephan Klebe, Leiter der ALS-Sprechstunde am Uniklinikum





Mehr Transparenz für den Patienten

*Vor gut eineinhalb Jahren ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten – aber hat sich dadurch tatsächlich etwas für die Krankenhäuser hierzulande und für die Patienten geändert?
Martin Kroker, Leiter der Stabsstelle Recht am Würzburger Universitätsklinikum, klärt auf.*



Im Februar 2013 ist unter großer Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Anlass genug, um einmal nachzufragen, ob sich für den Patienten wie auch für die Krankenhäuser hierdurch tatsächlich Änderungen ergeben haben.

Geregeltes Rechtsverhältnis auch schon vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes

Aus Sicht des Juristen, so Martin Kroker, Leiter der Stabsstelle Recht am Würzburger Universitätsklinikum, gab es zwischen Krankenhaus und Patienten auch vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes ein geregeltes Rechtsverhältnis. Nur war es so, dass sich viele Grundsätze aus der jahrzehntelangen Rechtsprechung ergeben haben und diese nunmehr im Rahmen des Patientenrechtegesetzes erstmals als Gesetz formuliert wurden.

Auch wenn es dem einen oder anderen Patienten nicht bewusst war: Schon immer schloss er, wenn

er sich zur Behandlung in ein Krankenhaus begab, einen Vertrag mit dem Krankenhausträger ab – mit gegenseitigen Rechten und Pflichten. Genauer gesagt handelt es sich um eine Sonderform des Dienstvertrages, in dem das Krankenhaus dem Patienten das Bemühen um Heilung entsprechend der üblichen medizinischen Standards verspricht, wohingegen die Verpflichtung des Patienten darin liegt, die Behandlung zu bezahlen (sofern nicht ein Kostenträger wie eine Krankenkasse dafür eintritt) sowie die nötigen Mitwirkungshandlungen zu erbringen, konkret die ärztlichen und pflegerischen Anweisungen zu befolgen, damit es möglichst zum Erfolg der Behandlung kommt.

Dies hatten Gerichte bereits in den letzten 50 Jahren immer wieder so entschieden. Neu ist nun, dass der ärztliche Behandlungsvertrag als Spezialform des Dienstvertrages ausdrücklich als eine der verschiedenen Vertragsformen im Bürgerlichen Gesetzbuch aufgeführt ist. Es steht nun also im Gesetz, dass der Arzt beziehungsweise die Klinik zwar die bestmög-

liche Behandlung schuldet, nicht aber für den Behandlungserfolg garantiert. Umgekehrt bedeutet die Einstufung als Spezialform des Dienstvertrages, dass der Patient selbstverständlich auch eigene Ansprüche an seinen Vertragspartner, den „Dienstleister“, hat.

Der Patient kann Recht auf Information einfordern

Aus Sicht des Patienten betont das Patientenrechtegesetz insbesondere seinen Anspruch, vor Beginn der Behandlung über sämtliche wesentlichen Umstände der Behandlung informiert zu werden, und zwar insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung und die therapeutischen Maßnahmen.

Und der Patient hat dabei den Anspruch, dies so erklärt zu bekommen, dass er es auch ohne medizinische Fachkenntnisse als medizinischer Laie verstehen kann. Dies bedeutet aber auch, dass der Patient unbedingt nachfragen soll, wenn er etwas nicht verstanden hat

Das neue Patientenrechtegesetz ist am Uniklinikum Würzburg positiv aufgenommen worden und hat sich im alltäglichen Umgang mit den Patienten bewährt.

<<

oder sich unzureichend informiert fühlt. Das Dienstleistungsverhältnis kann nur dann richtig funktionieren, wenn beide Seiten offen kommunizieren. Leider kommen Vorwürfe von Patientenseite, sie seien nicht hinreichend informiert worden, immer erst hinterher. Absolut sinnvoll wäre demgegenüber ein sofortiges Nachhaken beim behandelnden Arzt, der den Patienten als Partner im Rahmen des Dienstleistungsvertrags zu behandeln hat.

Aber auch all dieses ist inhaltlich nichts Neues, sondern ist nur jetzt erstmals als Gesetz niedergeschrieben worden.

Keine Zunahme von Rechtsstreitigkeiten

Es verwundert Stabsstellenleiter Kroker daher auch nicht, dass sich infolge dieses neuen Gesetzes kaum Änderungen in seiner täglichen Arbeit im Zusammenhang mit möglichen Behandlungsfehlern ergeben haben. Kroker bearbeitet für das Würzburger Uniklinikum sämtliche Fälle, in denen sich Patienten (selbst oder vertreten durch Anwälte oder Krankenkassen) melden und eine fehlerhafte Behandlung geltend machen. Dies kommt nach Angaben von Martin Kroker in rund 60 bis 80 Fällen pro Jahr vor. In zirka zehn bis 15 Fällen pro Jahr führt dies sogar zu einem Rechtsstreit vor Gericht.

Bei 55 000 stationären Patienten sowie etwa 230 000 ambulanten Patienten pro Jahr ist diese Zahl eigentlich nicht sehr hoch, wenngleich natürlich jeder Fall eines tatsächlichen Behandlungsfehlers einer zu viel ist. Aber weder an der Zahl der Verfahren noch an den inhaltlichen Vorwürfen hat sich seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes etwas Nennenswertes geändert.

Mehr Transparenz: Anspruch auf Einsicht in Unterlagen

Dass der Patient Anspruch auf Einsicht in die über ihn angelegten Behandlungsunterlagen hat und sogar Anspruch darauf, gegen Kopierkostenerstattung vollständige Kopien der Behandlungsunterlagen zu bekommen, hatten Gerichte schon zuvor festgestellt. Neu ist, dass erstmals festgelegt wurde, dass die Behandlungsunterlagen zehn Jahre aufbewahrt werden müssen. Bei den Aufbewahrungsfristen gab es früher immer wieder Unklarheiten, sodass diese Regelung sehr zu begrüßen ist, meint Kroker. Neu ist in diesem Zusammenhang auch, dass ausdrücklich elektronisch geführte Behandlungsunterlagen, wie sie heute schon zu weiten Teilen in Krankenhäusern üblich sind, als ausreichende Dokumentation akzeptiert werden.

Neu ist schließlich auch die Regelung, dass dem Patienten die Dokumentation über die medizinische Aufklärung beziehungsweise die Einwilligung in die medizinische Behandlung auszuhändigen ist. Dies bedeutet zwar für die Ärzte einen nicht unerheblichen Mehraufwand, es hilft aber vielleicht auch, unnötige rechtliche Auseinandersetzungen über den Inhalt der medizinischen Aufklärung zu vermeiden und ist daher positiv zu bewerten, so Kroker.

Keine generelle Beweislastumkehr zu Lasten der Ärzte

Alles in allem ist das neue Gesetz aus Krokers Sicht zu begrüßen, da der Gesetzgeber die Rechtslage, wie sie durch die Rechtsprechung im Lauf der Zeit entwickelt wurde, als Gesetzeslage bestätigt und damit für weitere Rechtssicherheit in diesem heiklen Rechtsgebiet gesorgt hat. Kritiker werfen dem Gesetzgeber vor, er habe dabei die Interessen des Patienten nicht ausreichend verfolgt, indem er die Forderung nach einer generellen Beweislastumkehr nicht grundsätzlich umgesetzt hat. Tatsächlich ist es bei dem von den Gerichten schon bisher praktizierten Grundsatz geblieben, dass im Prinzip der Patient beweisen muss, wenn er behauptet, die Behandlung sei fehlerhaft gewesen (einige Ausnahmen beziehungsweise Beweiserleichterungen gibt es allerdings im neuen Gesetz zum Beispiel in Zusammenhang mit groben Behandlungsfehlern).

Patientenverbände hatten gefordert, es sollten umgekehrt jeweils die Ärzte beziehungsweise die Krankenhäuser beweisen müssen, dass sie alles richtig gemacht haben. Dabei gibt Kroker zu bedenken, dass dies letztlich nicht wirklich im Sinne der Patienten gewesen wäre. Denn der Patient muss auch erwarten

können, dass ein Arzt – wenn nötig – beherzt zupackt und etwas wagt, um ihm zu helfen. Gerade im Bereich der Universitätsmedizin, wo Patienten Hilfe erhoffen, bei denen altbekannte und bewährte Behandlungen versagt haben, ist die Kreativität der Ärzte ein besonderes Qualitätsmerkmal.

Diese aber würde man im Keim ersticken, wenn die bloße, ohne weitere Begründung erhobene Behauptung, eine Behandlung sei falsch gewesen, von einem Gericht als richtig bewertet werden müsste, sofern der Arzt keine plausible Rechtfertigung vorträgt, zum Beispiel in dem Sinne, die durchgeführte Behandlung sei anerkannte ärztliche Praxis und würde überall so durchgeführt. Dies würde gerade nicht der besseren Patientensicherheit dienen, sondern dazu führen, dass Ärzte zwangsläufig vorrangig darauf bedacht sein müssten, sich auf gar keinen Fall angreifbar zu machen und somit den Fortschritt der Medizin behindern. Das könne aber nicht im Sinne der Patienten und der Gesellschaft sein.

Keine Probleme mit dem neuen Gesetz

Zusammenfassend könne – meint Jurist Kroker – festgestellt werden, dass das neue Patientenrechtegesetz am Uniklinikum Würzburg positiv aufgenommen wurde und sich im alltäglichen Umgang mit den Patienten bewährt hat.

Zu einer zunächst befürchteten Zunahme von Rechtsstreitigkeiten hat es am Uniklinikum nicht geführt. Allerdings war die Reaktion von Patientenverbänden auf das neue Gesetz eher zurückhaltend, während die Bundesärztekammer es ausdrücklich begrüßte.



Martin Kroker, Leiter der Stabsstelle Recht am Uniklinikum.

Der neue Chef der Frauenklinik

Wie der Brustkrebspezialist Professor Achim Wöckel die Uni-Frauenklinik modernisieren will – die Onkologie und die Geburtshilfe liegen ihm dabei besonders am Herzen.

Im April dieses Jahres ging Professor Johannes Dietl in den Ruhestand, nachdem er 18 Jahre lang die Würzburger Frauenklinik geleitet hatte. Sein Nachfolger heißt Professor Achim Wöckel. Der 39-Jährige, der vor seiner Berufung nach Würzburg als Geschäftsführender Oberarzt am Ulmer Uniklinikum tätig war, freut sich über die gute Atmosphäre, die unter den Mitarbeitern der Frauenklinik herrscht. „Wir haben hier einen sehr routinierten Personalstamm und kaum Fluktuation, das ist ein sehr gutes Zeichen.“ Was sich unter seiner Direktion ändern wird? Der leidenschaftliche Operateur und Brustkrebspezialist will die Klinik modernisieren – vor allem in den Bereichen Onkologie und Geburtshilfe.

Von der Geburt über die gynäkologischen Erkrankungen im Jugendalter, von Kinderwunsch, Schwangerschaft und Entbindung bis hin zum Krebs und zu den gynäkologischen Erkrankungen der hochbetagten Frau: „Wir verstehen uns als Klinik für alle Lebensphasen der Frau“, sagt Wöckel. All diese Bereiche abdecken zu können, ist für ihn gerade das Spannende an der Frauenheilkunde – und das Besondere an der Würzburger Frauenklinik. Denn hier befinden sich alle frauenheilkundlichen und geburtshilflichen Einrichtungen unter einem Dach und unter einer Direktion.

Das ist keineswegs selbstverständlich: In vielen anderen Universitätskliniken seien etwa Gynäkologie und Geburtshilfe getrennt organisiert und zögen nicht immer an einem Strang. In Würzburg sei das anders. Für Wöckel war das letztendlich ein Grund, sich für Würzburg zu entscheiden – und nicht für Mainz, wohin er ebenfalls einen Ruf bekommen hatte. Zudem fühlt sich Wöckel, der in Rothenburg ob der Tauber aufwuchs, in Halle und Berlin studierte und zuletzt in Ulm tätig war, mit der Stadt Würzburg, die er aus seiner Jugend gut kennt, verbunden. Was er darüber hinaus am Standort Würzburg schätzt, sind die kollegiale Fakultät und die wirtschaftlichen Bedingungen: „Wir können hier noch mit positiven

Bilanzen arbeiten und investieren, anstatt nur über Einsparungen nachzudenken.“

Investieren will Wöckel in erster Linie in eine Stärkung der Gynäkologie und der Onkologie – denn aufgrund der demografischen Entwicklung wird das Thema Krebs in den nächsten Jahren immer wichtiger werden. „Brust- und Genitalkrebs sind in erster Linie Erkrankungen der älteren Frau“, erläutert Wöckel. Vor allem will er noch mehr Patientinnen aus der Region nach Würzburg holen: „Viele Patientinnen mit Krebserkrankungen der Brust oder der Genitalorgane fahren weite Wege ins Rhein-Main-Gebiet oder nach Mittelfranken. Das muss nicht sein, denn wir können diese Erkrankungen sehr gut hier in der Frauenklinik behandeln.“

Seit Wöckels Antritt wurde das operative Spektrum ergänzt, komplettiert und modernisiert: Auf dem Gebiet der plastischen Rekonstruktion und bei den minimalinvasiven Verfahren wurden in den letzten Monaten einige neue Geräte und Techniken eingeführt.

„Wir verstehen uns als Klinik für alle Lebensphasen der Frau.“

Die neue Schlüsselloch-Chirurgie kommt unter anderem bei der In-vitro-Fertilisation bei Kinderwunsch, bei Endometriose oder bei Myomen zum Einsatz. Für Operationen an der Brust, minimalinvasive Verfahren und Eingriffe an mehreren Organen wurde jeweils ein Spezialist an die Frauenklinik geholt, der sein Know-how weitergibt und den ärztlichen Nachwuchs ausbildet. „Wir decken inzwischen das gesamte operative Spektrum der Gynäkologie ab“, stellt Wöckel fest. In einigen Fällen, etwa wenn sich Tumoren im Bauchraum

bereits weiter ausgebreitet haben, müssen die Frauenärzte die Chirurgen und Urologen mit hinzuziehen. „Auch diese Zusammenarbeit funktioniert sehr gut“, so Wöckel.

Ebenfalls wichtig ist Wöckel die fächerübergreifende Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Onkologie. „Erste Patientinnen werden in Kürze in unseren interdisziplinären Sprechstunden betreut“, erläutert der Gynäkologe. Hier arbeiten Frauenärzte und Hämatonkologen – also auf Krebs und Chemotherapie spezialisierte Internisten – im Rahmen einer gemeinsam abgehaltenen Sprechstunde Hand in Hand. „Wir arbeiten momentan daran, Kompetenzen zu bündeln und Schnittstellen zu definieren.“ Denn für eine optimale Tumorbehandlung, ist Wöckel überzeugt, muss man heutzutage interdisziplinär aufgestellt sein: „Das ist der Weg der Zukunft, wir müssen uns öffnen, um voneinander profitieren zu können.“ Eine weitere Neuerung: Damit Krebspatientinnen nicht den Überblick verlieren, soll ein Lotsensystem etabliert werden, das ihnen den Weg durch die Frauenklinik erleichtert. Im Comprehensive Cancer Center (CCC) wurde das System bereits mit Erfolg getestet, zwei weitere Lotsen soll es bald auch in der Gynäkologie geben.

Ein dritter Bereich, der dem neuen Frauenklinik-Direktor am Herzen liegt, ist die Geburtshilfe. Diese will er noch familienfreundlicher und bindungsorientierter gestalten. Dazu gehört einerseits ein komplettes Rooming-in, das es Müttern ermöglicht, kontinuierlich mit ihrem Kind in einem Zimmer zu sein. „Dafür müssen wir unser Personal noch stärker sensibilisieren“, sagt Wöckel. Darüber hinaus werden auch bauliche Veränderungen angestrebt, um zum Beispiel zeitgemäße Familienzimmer schaffen. Dadurch kann nicht nur die Mutter, sondern auch der Vater von der ersten Stunde an mit seinem Kind zusammen sein. Die Bedeutung einer solchen Bindungsförderung, die auch den Vater mit einbezieht, hebt Wöckel hervor: Väter täten sich erwiesenermaßen leichter, die Signale des



**Professor Achim Wöckel,
Brustkrebspezialist und
Chef der Uni-Frauenklinik.**

Kindes zu deuten, mit ihm zu kommunizieren und sich in ihre Vaterrolle zu finden, wenn sie die Ereignisse rund um die Geburt miterleben könnten. „Man legt hier den Grundstock für vieles, was danach kommt.“

Als exzellent und einzigartig bezeichnet Wöckel die Kooperation mit der Kinderklinik im Rahmen des Mutter-Kind-Zentrums. Ach hier sind bauliche Veränderungen geplant, die die beiden Bereiche auch räumlich noch stärker zusammenbringen sollen. „Wir wollen eine Tür-an-Tür-Lösung finden“, sagt Wöckel. Die Kombination von größtmöglicher medizinischer Sicherheit, die eine Uniklinik mit sich bringt, und einer familienfreundlichen und bindungsfördernden Geburtshilfe, die allen Bedürfnissen gerecht wird, bezeichnet er als geradezu optimal. „Das kann man hier sehr gut verwirklichen.“

Insgesamt gilt in der Frauenklinik das Prinzip der kurzen Wege: Gerade für Patientinnen mit Brustkrebs bietet die Klinik den Vorteil, dass die komplette Behandlung unter einem Dach erfolgt – sei es die Dependence der Klinik für Strahlentherapie, die sich im Untergeschoss der Frauenklinik befindet, die Radiologie mit Brust-Diagnostik, die Chemotherapie- oder die Schmerzzambulanz. Weitere gynäkologische Zentren, die Wöckel in der nächsten Zeit aufbauen will, sind ein Beckenboden- und ein Endometriosezentrum. „Diese Zertifizierungen werden kommen.“



Frauenklinik: Es gilt das Prinzip der kurzen Wege.

Dem Brustkrebs keine Chance

Dass die heimtückische Krebserkrankung heute in der Regel gut behandelbar ist, ist nicht nur den immer besser werdenden Therapien zu verdanken, sondern auch der Diagnostik, bei der das Mammographie-Screening hilft.

Im Laufe ihres Lebens wird jede achte Frau mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. Wie wichtig es ist, dass Brustkrebs-Patientinnen gut über ihre Krankheit und die Therapie informiert sind, weiß Professor Achim Wöckel. „Je besser die Patientinnen die Therapieentscheidung verstehen, desto besser ist auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin“, sagt der neue Direktor der Universitäts-Frauenklinik. Um Fragen zu beantworten, für die im klinischen Alltag kein Platz ist, hat er das Würzburger Brustkrebs-Forum ins Leben gerufen. Es findet am 1. Oktober erstmals statt und richtet sich an Betroffene, Angehörige und Interessierte.

Diese Erfahrung machen die Gynäkologen in der Brustkrebsprechstunde immer wieder: Patientinnen informieren sich im Internet über ihre Krankheit. Und schnell landen sie bei ihrer Recherche auf der Seite eines Pharmaunternehmens. „Oft haben Patientinnen zum Beispiel etwas über einen neuen Antikörper gelesen, in den sie große Hoffnungen setzen“, sagt Wöckel. Wenn die Ärzte ihnen dann sagen müssen, dass dieses Medikament nur bei bestimmten Tumoren eingesetzt wird und in ihrem Fall nicht infrage kommt, sind sie erst einmal enttäuscht. Bei Brustkrebs muss die Therapie exakt auf die jeweilige Situation abgestimmt werden. Ob und in welcher Kombination Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Antihormon- oder andere Therapien zum Einsatz kommen, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Nach dem Zusammentragen aller Befunde wird der Behandlungsplan in einer Tumorkonferenz von allen beteiligten Fachärzten besprochen, um nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen eine Therapieempfehlung zu geben.

Die Leitlinien, denen die Ärzte dabei folgen, hat Wöckel, der vor seiner Berufung nach Würzburg Geschäftsführender Oberarzt am Uniklinikum in Ulm war, mit entwickelt. Wichtig ist ihm dabei, dass sich diese sogenannten S3-Leitlinien nicht nur an Ärzte richten, sondern dass auch eine für Patientinnen und Patienten – etwa jeder hundertste Brustkrebsfall betrifft einen Mann – verständliche Version der Leitlinien erstellt wurde. Denn je besser eine Patientin über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten Bescheid weiß, desto besser kann sie mit der Situation umgehen. „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich Patientinnen wohler fühlen, wenn sie aktiv an der Behandlung ihrer Krankheit teilnehmen. Unsere Aufgabe ist es, sie in eine aktive Rolle zu bringen“,

erläutert Wöckel. Aus dem Wunsch heraus, selbst aktiv zu werden, interessierten sich auch viele Frauen für alternative medizinische Verfahren. Doch da rät Wöckel zur Vorsicht. „Einige dieser Therapien bringen nicht nur keinen Nutzen, sondern können sogar schaden“, warnt er. Wer alternative Heilmethoden in Erwägung zieht, sollte dies daher immer vorher mit dem behandelnden Arzt besprechen.

„Es gibt Indizien, dass das Mammographie-Screening einen Vorteil bringt.“

Dass Brustkrebs heute in der Regel gut behandelbar ist, ist nicht nur den immer besser werdenden Therapien zu verdanken, sondern auch der Diagnostik. Je früher ein Tumor entdeckt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Immer noch umstritten ist dabei die Rolle des Mammographie-Screenings. Um abschließend sagen zu können, wie viel die Untersuchung tatsächlich bringt, fehlen zwar noch Langzeitdaten. „Aber es gibt erste Indizien, dass das Mammographie-Screening einen Vorteil bringt“, so der Brustkrebsexperte. Denn die vorhandenen Daten zeigen, dass man durch das Screening, das derzeit für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren im zweijährlichen Rhythmus empfohlen wird, vermehrt Vorstufen und frühe Krebserkrankungen entdeckt. Oft seien solche Tumoren nur wenige Millimeter groß, so Wöckel: „Das sind prognostisch günstigere Tumore, die weniger intensive Therapien erfordern.“ Nach dem heutigen Wissensstand sei das Screening daher durchaus als sinnvoll anzusehen.

Was der Gynäkologe ebenfalls empfiehlt, ist das regelmäßige Abtasten der Brust – einmal im Jahr durch den Frauenarzt und einmal im Monat durch die Frau selbst. Dabei sei es wichtig, sich die Technik richtig zeigen zu lassen. „Viele Frauen machen den Fehler, dass sie beim Abtasten den Arm nach oben strecken“, so Wöckel. Dadurch wird aber das Gewebe in Brust und Achselhöhle so gestrafft, dass es nicht mehr gut abgetastet werden kann. Besser sei es, den Arm seitlich in der Taille abzustützen.

Außerdem wichtig: Frauen sollten sich ihre Brust regelmäßig im Spiegel anschauen, um Warnsignale wie eine vergrößerte oder eingezogene Brustwarze, Hautveränderungen oder eine Absonderung aus der Brustwarze möglichst früh zu erkennen und dann zum Arzt zu gehen. Viele Frauen hätten Hemmungen, weil sie sich das Abtasten nicht zutrauen würden, so Wöckels Erfahrung. Doch das sei falsch: „Frauen sind Expertinnen für ihre eigene Brust, vor allem wenn sie gut informiert sind.“

Wie bei den meisten Krebsarten kennt man auch beim Brustkrebs die Ursachen noch nicht genau. Aber es gibt Risikofaktoren, die eindeutig mit seiner Entstehung in Verbindung stehen. Dazu gehören auch die Gene. In den meisten Fällen jedoch tritt der Brustkrebs sporadisch, also ohne familiäre Häufung, auf. Die sogenannte familiäre Form, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für Brust- und Eierstockkrebs einhergeht, stellt mit fünf bis zehn Prozent eine Ausnahme dar. Trotzdem ist die Angst vor einer solchen erblichen Belastung groß. „Wir sprechen auch von dem Angelina-Jolie-Syndrom“, sagt Wöckel. Denn seitdem die Schauspielerin sich vor gut einem Jahr vorsorglich beide Brüste abnehmen ließ, sind viele Frauen verunsichert und treten mit ihrer Sorge an ihren Frauenarzt heran. Doch Wöckel gibt Entwarnung: Ob die seltene Form von familiärem Brustkrebs vorliegt, ermittelt der Arzt durch die Familienanamnese und gegebenenfalls einen Gentest. Wer davon betroffen ist, sollte sich in einem Zentrum für familiären Brustkrebs beraten lassen. Eines von den zwei Zentren in Bayern befindet sich in der Würzburger Frauenklinik. Für die betroffenen Frauen wird hier ein intensives Vorsorgeprogramm angeboten, bei dem unter anderem Brust-MRTs zum Einsatz kommen. „Diese Untersuchungsmethode kann auch bei Patientinnen mit sehr dichter oder großer Brust sinnvoll sein“, erläutert Wöckel.

Wer sich aktiv vor Brustkrebs schützen will, sollte Risikofaktoren minimieren. Dazu gehört vor allem Rauchen, Übergewicht und mangelnde Bewegung. Dass Sport und gesunde Ernährung im Sinne einer mediterranen Kost etwas bringen, haben Studien gezeigt. „Hier kann man etwas tun“, sagt Wöckel. Und auch Stillen schützt vor Brustkrebs: Vier bis sechs Monate voll zu stillen empfiehlt die WHO. „Was den Brustkrebs angeht gilt wohl: je länger, desto besser“, so der Gynäkologe.



„Frauen sind Expertinnen für ihre Brust“, sagt der Experte.

Sie war eine der größten Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen: die Einführung des Vergütungssystems auf Grundlage von Fallpauschalen – das war im Jahr 2003. „Eine der Veränderungen, die damit einhergingen, ist die Entstehung des Medizin-Controllings und des Berufsbildes des Medizin-Controllers“, erläutert Dr. Christoph Schuster. Seit 2004 ist es verpflichtend, dass die Vergütung von Leistungen im Gesundheitswesen auf Basis des Systems der Diagnosebezogenen Fallgruppen (englisch: Diagnosis Related Groups, kurz: DRGs) erfolgt, erklärt der Leiter der Abteilung Medizin-Controlling des Universitätsklinikums Würzburg. Vor Einführung des DRG-Systems fand die Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen und nach Sonderentgelten statt. „Damit ging ein zunehmend größer werdender Verwaltungsaufwand einher“, so Schuster.

Heute erfolgt die Abrechnung der Leistung mit dem Kostenträger dergestalt, dass ein Patient bei der Entlassung aus dem Krankenhaus einer DRG zugeordnet wird. In die Berechnung fließen neben Hauptdiagnose und Nebendiagnose Faktoren wie Schwere der Krankheit, Alter, Aufenthaltsdauer, Geschlecht sowie die fallbezogenen medizinischen Prozeduren (Operationen, Beatmung) mit ein. Um den jeweiligen Behandlungsfall einer DRG zuzuordnen, werden die Daten verschlüsselt und mit einer Software die Fallpauschale ermittelt.

Das Medizin-Controlling spielt dabei in zwei unterschiedlichen Aufgabenfeldern eine bedeutende Rolle. Nach Schusters Worten wird zwischen operativem und strategischem Medizin-Controlling unterschieden. Das operative Medizin-Controlling ist für die Dokumentation, Kodierung und Abrechnung der Krankenhausbehandlungen und die Auseinandersetzung mit den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verantwortlich. „Wir haben jedes Jahr über 10 000 Krankenkassen-Anfragen“, sagt Schuster. „Pro Woche gibt es drei bis vier Begehungen in den Kliniken und Instituten, bei denen der MDK seinem gesetzlichen Auftrag nachkommt, die Qualität der Kodierung zu überprüfen.“ Alleine für die Kodierungstätigkeiten sind fast zwei Dutzend Kodier-Assistentinnen im Uniklinikum tätig.

„Das strategische Medizin-Controlling beschäftigt sich vor allem mit der inhaltlichen Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, der Prozessoptimierung und der systematischen Unternehmensentwicklung durch Analyse der Leistungsdaten und Bereitstellung der Auswertungen in enger Zusammenarbeit mit dem betriebswirtschaftlichen Controlling, sowie dem Qualitäts- und Prozessmanagement“, sagt Schuster. Ziel ist es, die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zu verbessern. Dazu beraten die Medizin-Controller die Klinik-Ärzte in betriebswirtschaftlicher Hinsicht und die Betriebswirte der Verwaltung in medizinischen Fragen.

„Medizinisches Know-how ist da natürlich wichtig“, sagt Schuster, der von Haus aus Herzchirurg ist und der schon immer ein Faible für betriebswirtschaftliche Abläufe hatte. Mit ihm arbeiten der



Ein Beruf mit Zukunft

Medizin-Controller werden in der deutschen Krankenhauslandschaft immer wichtiger

Strahlenmediziner und Betriebswirt Dr. Markus Kotas, die Ärztin Dr. Charlotte Fischer sowie der Diplom-Pflegewirt und Diplom-Sozialwirt Rüdiger Ehrhardt.

Ein gutes Medizin-Controlling kommt nicht nur der Wirtschaftlichkeit des Klinikums zugute. „Wenn die Abläufe verbessert werden, dann spürt das jeder Patient“, sagt Schuster. „Beispielsweise kann ein gutes Bettenmanagement dazu führen, dass Patienten nicht mehr so lange auf Termine warten müssen.“

„Medizin-Controller ist ein Beruf mit Zukunft“, ist sich Schuster sicher. Wie am Universitätsklinikum Würzburg sind es auch an anderen Kliniken zumeist Fachärzte, Mitarbeiter aus der Pflege oder Ökonomen, die als Medizin-Controller arbeiten. Viele der Mediziner absolvieren dafür ein betriebswirtschaftliches Zusatzstudium oder verfügen über eine Weiterbildung an einem privaten Institut. Medizin-Controller benötigen in der Regel eine medizinische Hochschulausbildung beziehungsweise eine pflegerische Ausbildung oder eine krankenhausbetriebswirtschaftliche Zusatzausbil-

dung (oder ein Vollzeit-Studium der Gesundheitsökonomie). Wichtig sind gute Kenntnisse im Bereich des Krankenhausrechts und der Betriebswirtschaftslehre. Man sollte eine mehrjährige berufliche Praxis im Krankenhausbereich, qualifizierte Fort- und Weiterbildungen, bestenfalls eine Facharztqualifikation sowie umfassende Kenntnisse im Bereich der Software für das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) vorweisen können. „Man muss sowohl mit Medizinern als auch mit Ökonomen in ihrer Sprache reden können“, sagt Schuster.

Zurzeit gibt es rund 800 angestellte Medizin-Controller in Deutschland. Angesichts von etwa 2200 Krankenhäusern gebe es noch reichlich Entwicklungspotenzial für Stellen, so Schuster. „So bieten sich derzeit Berufseinsteigern durchaus Chancen, auch wenn sie noch nicht die erforderliche Berufserfahrung mitbringen“, sagt der Abteilungsleiter.

Die Arbeitszeiten sind meistens sehr familienfreundlich gestaltet und stellen insbesondere für (geschulte und erfahrene) Ärzte und Pflegekräfte nach der Elternzeit eine attraktive Alternative zu den Wochenend- und Nachtdiensten dar. „Es lohnt sich, ab und zu einen Blick auf die ausgeschriebenen Stellenanzeigen zu werfen“, rät Dr. Schuster. Am Universitätsklinikum Würzburg ist nach seinen Worten aktuell eine (Teilzeit-)Stelle als Medizin-Controller zu besetzen.



Dr. Christoph Schuster, Leiter der Abteilung Medizin-Controlling.



Besser auf die Hähnchenhaut verzichten

Ernährungsmediziner Dr. Walter Burghardt über die Rolle der Ernährung bei Gicht



Wenn es einen trifft, dann ist es meist wie ein Blitz aus heiterem Himmel. „Ein Gichtanfall tut höllisch weh“, sagt Dr. Walter Burghardt. „Oft handelt es sich um eine regelrechte Entzündungsattacke“, so der Internist und Gastroenterologe an der Medizinischen Klinik und Poliklinik II des Universitätsklinikums Würzburg. Betroffen sind meistens die Gelenke an Armen und Beinen, bevorzugt an Händen und Füßen. Am häufigsten ist ein einzelnes Gelenk betroffen – das Großzehen-Grundgelenk. Ist dies der Fall, verwenden Mediziner dafür die lateinische Bezeichnung Podagra. Neben sehr starken Schmerzen, die ohne erkennbaren äußeren Einfluss auftreten, gehört zu den wichtigsten Symptomen eines Gichtanfalls, dass das betroffene Gelenk hochrot ist. Meist ist auch das umgebende Gewebe stark angeschwollen. Ein anderes Gelenk, an dem typischerweise ein Gichtanfall auftreten kann, ist das Ellenbogengelenk.

Charakteristisch für einen Gichtanfall ist, dass er oft nur eine Körperseite betrifft. Die akute Behandlung des Gichtanfalls erfolgt – da es sich um eine Entzündung handelt – mit entzündungshemmenden Mitteln. Auch das Hormon Cortisol zeigt eine sehr effiziente Wirkung.

Bis die Entzündung komplett abgeklungen ist, kann es nach Burghardts Worten „zwei bis drei Wochen“ dauern. Ursache eines solchen Gichtanfalls ist eine Stoffwechselerkrankung, die in über 90 Prozent der Fälle erblich bedingt ist. Grund ist – vereinfacht gesagt – eine Ausscheidungsstörung der Nieren, die zur Folge hat, dass zu viel Harnsäure im Blut ist. Werte bis zu sieben Milligramm Harnsäure pro Deziliter Blutserum gelten als in Ordnung. Eine weitere Ursache kann eine Störung des Purin-Stoffwechsels selbst sein. Purin kommt vom Lateinischen „purus“ für „rein“ und „acidum uricum“ für „Harnsäure“. Es wird beim Menschen zu Harnsäure verstoffwechselt.

Gibt es zu viel Harnsäure im Blut, lagert sich diese in kristalliner Form vorzugsweise in oder an Gelenken ab. Der Körper reagiert darauf, indem er

die Fremdkörper beseitigen möchte und deshalb Entzündungszellen auf den Weg schickt, die die starken Schmerzen verursachen, erklärt Oberarzt Burghardt. Nach der Akutbehandlung muss eine dauerhafte Therapie erfolgen, damit das Leiden nicht chronisch wird, was schlimmstenfalls bis zur Zerstörung des Gelenkes führen kann. „Grundsätzlich ist ein einmaliger Gichtanfall nicht lebensbedrohlich, außer wenn es im Hintergrund um eine zunehmende Niereninsuffizienz des Patienten geht“, erklärt der Fachmann. Einer Gichterkrankung kann darüber hinaus auch ein Tumorleiden mit spontan oder behandlungsbedingt hohem Zellumsatz zugrunde liegen, was aber selten der Fall ist. „Generell kann man in den letzten Jahren eine

„Grundsätzlich ist ein einmaliger Gichtanfall nicht lebensbedrohlich.“

deutliche Zunahme an Krankheitsfällen beobachten“, sagt Burghardt. Auffallend sei zudem, dass Männer häufiger von Gicht betroffen sind als Frauen.

Ein erster Gichtanfall tritt zwar meist völlig unerwartet auf, sagt Burghardt. Aber wenn man beim Patienten nachfrage, was er zuvor gegessen habe, bekomme man nicht selten die Antwort, dass sich der Betroffene üppigem Fleischgenuss hingegeben hat, nicht selten in Verbindung mit kräftigem Alkoholkonsum. Tierische Lebensmittel enthalten viele Purine, die im menschlichen Blut zu einem erhöhten Harnsäurespiegel führen können. Purine sind insbesondere im Erbgut in den Zellkernen der tierischen Lebensmittel enthalten. Besonders viele Purine sind in Innereien enthalten. Aber auch das tierische Muskelfleisch enthält viele Purine. Besonders ungünstig sei die Haut von Grillhähnchen, die sehr viele Zellen

und somit Zellkerne mit Purinen enthält. „Wenn es denn schon das Grillhähnchen sein muss, dann sollte man zumindest auf die Haut verzichten“, rät Burghardt. Aus Sicht des Ernährungsmediziners spricht ernährungsphysiologisch nichts dagegen, sich rein vegetarisch – also ohne Fleisch – zu ernähren. Allenfalls bei den Eisenwerten müsse man darauf achten, dass sie nicht zu niedrig werden. Bei veganer Ernährung sei das anders. Veganer müssten schon darauf achten, dass sie keine lebensnotwendigen Stoffe wie beispielsweise manche Vitamine bei der Ernährung vergessen.

Bemerkenswert ist, dass hinsichtlich der Purin-Belastung auch bei rein pflanzlicher Ernährung nicht alle Gemüse gleichwertig sind. So gelten Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen), einige Kohlsorten (Rosenkohl, Blumenkohl, Brokkoli) wie auch Spargel und Spinat als purinreich. Für die Purin-Belastung spielt zudem die Zubereitung eine Rolle. Aber grundsätzlich ist – natürlich nicht nur hinsichtlich der Purin-Belastung – eine abwechslungsreiche Roh- und Vollkornkost mit viel Obst und Gemüse positiv.

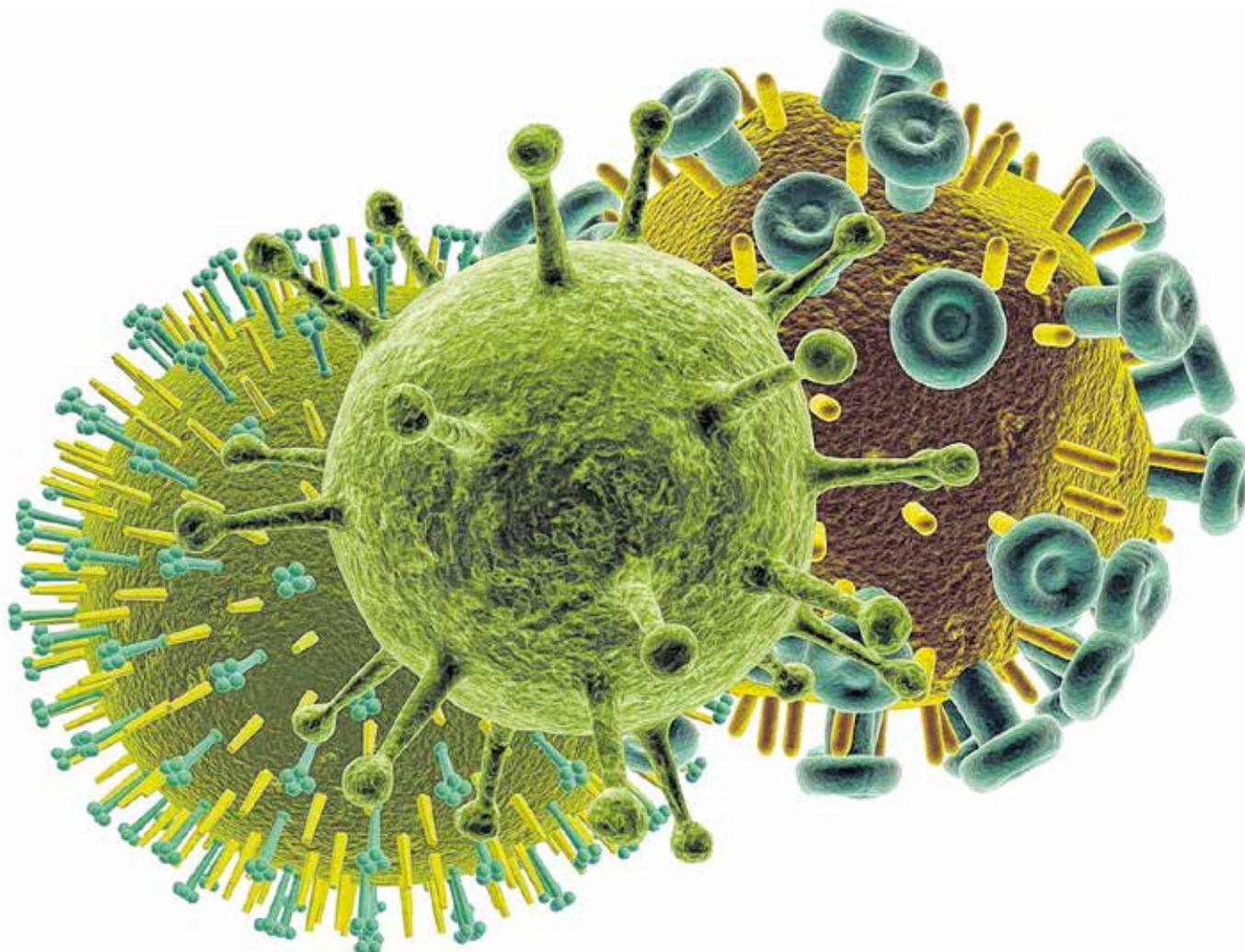
Ein Phänomen, auf das die Medizin erst in jüngster Zeit aufmerksam wurde, ist, dass auch Lebensmittel, die von der Harnsäurebelastung an sich eher positiv zu beurteilen sind – wie etwa sämtliche Milchprodukte –, dadurch problematisch werden, dass sie mit Fructose gezuckert werden. Die Fructose wird unter hohem Umsatz von Adenosintriphosphat verstoffwechselt, was für den Körper vermehrt anfallendes Purin bedeutet. Was bei vielen Krankheiten gilt, die zumindest zum Teil auf eine falsche Ernährung zurückzuführen sind, gilt auch für die Gicht. „Es sind Wohlstandskrankheiten“, so Ernährungsmediziner Burghardt.

Ernährungsmediziner
Dr. Walter
Burghardt



Für zukünftige Therapien

Wie die Würzburger Uniklinik bei der internationalen Suche nach neuen Behandlungsmethoden für schwere Krankheiten hilft – beispielsweise gegen Chorea Huntington oder Cytomegalie.



Die Huntington-Krankheit ist selten, vererbbar und fortschreitend. In Deutschland sind etwa 8000 Menschen davon betroffen. Sie tragen den zugrunde liegenden Gendefekt von Geburt an in sich, die Erkrankung bricht jedoch meist erst zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr aus. Zu den Symptomen zählen unwillkürliche „Bewegungsstürme“, die den gesamten Körper durchziehen, sowie Persönlichkeitsveränderungen und ein Rückgang der intellektuellen Fähigkeiten.

„Über unsere Spezialsprechstunde für Chorea Huntington beraten und betreuen wir zur Zeit etwa 40 Patienten und deren Familien zum Teil aus einem Einzugsradius von bis zu 100 Kilometern um Würzburg“, berichtet Privatdozent Dr. Stephan Klebe, Oberarzt an der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Würzburger Uniklinikums. Diese vergleichsweise große Gruppe sowie die wissenschaftliche Expertise von Klebe und seinen Kollegen waren Voraussetzungen dafür, dass das Klinikum vor kurzem zu einem Zentrum der internationalen Beobachtungsstudie Enroll-HD ernannt wurde. „Wir sind jetzt eine von weltweit 100 Einrichtungen, die mithelfen, in einem standardisierten, exakt kontrollierten Rahmen eine Datenbank über Huntington-Patienten aufzubauen“, schildert Klebe. Diese klinische Faktensammlung soll im Wesentlichen dazu dienen, mehr über den Verlauf der Erkrankung zu lernen. Außerdem wird sie dabei helfen, für die zukünftige Erprobung von Medikamenten und Therapien die erforderliche hohe Anzahl an passenden Patienten zusammenzubekommen, trotz der Seltenheit der Krankheit.

Gefragt sind Huntington-Patienten mit Symptomen, Genträger ohne Beschwerden und ungetestete Risikopersonen. Auch Angehörige oder Freunde

können unter bestimmten Umständen als Kontrollprobanden an der Studie mitwirken. Für ein möglichst umfassendes Bild werden die freiwilligen Studienteilnehmer zunächst neurologisch untersucht. Hinzu kommt die Beantwortung eines umfangreichen Fragenkatalogs. Die Angaben werden anschließend unter Berücksichtigung aller Datenschutzaspekte anonymisiert und online an die Studienzentrale übertragen.

Dort können Forscherinnen und Forscher bei einem wissenschaftlichen Komitee einen Antrag auf Datenzugriff stellen. „Es gibt beispielsweise einen vielversprechenden gentechnischen Therapieansatz, der darauf abzielt, die schadhafte Gensequenz bei Huntington-Trägern quasi ‚abzuschalten‘. Am besten, bevor die Krankheit ausbricht“, erklärt Klebe. „Mit der hochpräzisen Enroll-HD-Datenbank wird es möglich sein, hier die jeweils exakt passende Probandengruppe zu identifizieren – und das weltweit.“

Ein Virus als Massenphänomen

Im Vergleich zum seltenen Gendefekt der Huntington-Krankheit ist das Cytomegalievirus ein Massenphänomen: Bis zu 60 Prozent der Erwachsenen in Deutschland haben sich irgendwann einmal körperlich mit ihm auseinandergesetzt. Allerdings verläuft die Erstinfektion in den allermeisten Fällen ohne Krankheitssymptome, sie wird von den Betroffenen in der Regel gar nicht bemerkt. „Das Virus bleibt danach latent im Körper und wird vom Immunsystem in Schach gehalten“, erläutert Professor Andrew Ullmann, zertifizierter Infektologe an der Medizinischen Klinik und Poliklinik II. „Gefährlich kann es jedoch werden, wenn das Immunsystem ausgeschaltet oder zumindest stark heruntergefahren ist“, erläutert der Experte

für Viren- und Pilzinfektionen. Dies ist etwa bei Knochenmark-, Stammzell- oder Organtransplantierten der Fall. Bei diesen Patienten kann das mit den Windpocken verwandte Virus wieder aktiv werden. Es kann dann die Netzhaut oder die Lunge befallen – es drohen Blindheit oder Tod.

„Bisher auf dem Markt verfügbare Medikamente gegen das Cytomegalievirus haben schädigende Nebenwirkungen auf das Knochenmark oder die Nieren. Deshalb forschen deutsche und US-amerikanische Wissenschaftler seit einigen Jahren an einem neuen Wirkstoff mit dem Namen Letermovir“, berichtet Ullmann. Er arbeitet seit sechs Jahren an der Entwicklung und Erprobung der vielversprechenden Substanz mit, die an einer anderen Stelle im Vermehrungszyklus des Virus ansetzt als bisherige Arzneien.

Als einer der bislang letzten Entwicklungsschritte fand eine Dosisfindungsstudie statt, die zu wesentlichen Teilen von der Medizinischen Klinik des Uniklinikums getragen wurde. Teilnehmer in Würzburg waren Patienten, bei denen eine Knochenmarktransplantation anstand. Bei ihnen wurde über DNA-Untersuchungen geklärt, ob sie das Virus in sich tragen. Die Betroffenen erhielten dann prophylaktisch Letermovir in unterschiedlichen Dosierungen. Es zeigte sich, dass mit der höchsten Gabe von 240 Milligramm pro Tag das Virus sehr sicher und praktisch nebenwirkungsfrei unterdrückt werden kann.

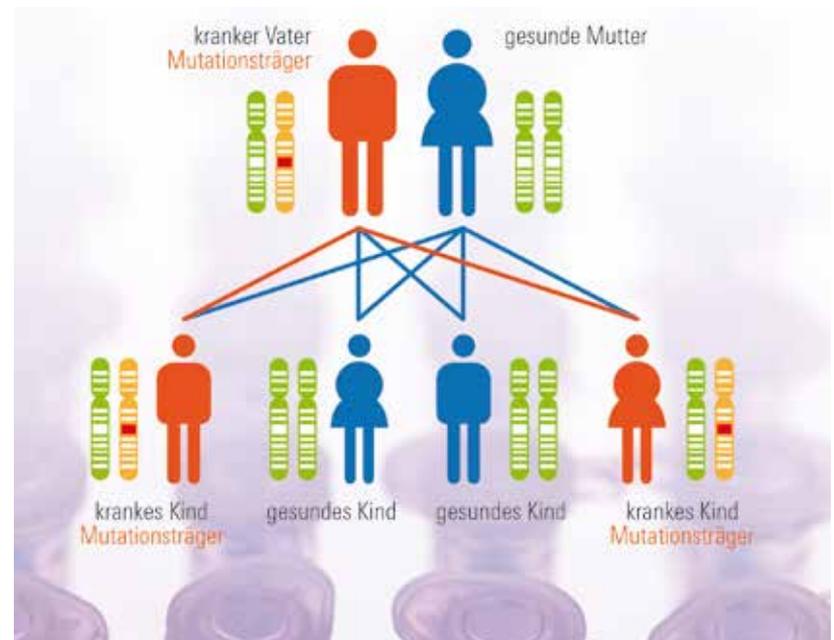
„Mit den überaus positiven Ergebnissen dieser Phase-II-Studie ist jetzt der Weg frei für die Erprobung in einer noch größeren Patientengruppe, bevor das Medikament dann sehr gute Chancen hat, bald offiziell zugelassen zu werden“, freut sich Ullmann.

Hilfreiche Strukturen in Würzburg

„Dass wir bei dieser und anderen bedeutenden Studien dabei sein können, liegt nicht nur an der Initiative von Forschern wie Professor Ullmann, sondern auch an hilfreichen Strukturen, die in den letzten Jahren am Universitätsklinikum geschaffen wurden. Dazu zählen eine große Studienzentrale und die Early Clinical Trial Unit“, berichtet Professor Hermann Einsele, Direktor der Medizinischen Klinik

II. Im Fall der Letermovir-Studie habe sich außerdem ausgezahlt, dass das UKW eines der größten Stammzelltransplantationsprogramme in Deutschland unterhält.

Ullmann und Einsele haben zusammen mit weiteren Autoren die Ergebnisse der Letermovir-Phase-II-Studie in einem Artikel zusammengefasst, der im „New England Journal of Medicine“ erschienen ist. Die US-amerikanische Publikation ist eine der angesehensten medizinischen Fachzeitschriften der Welt.



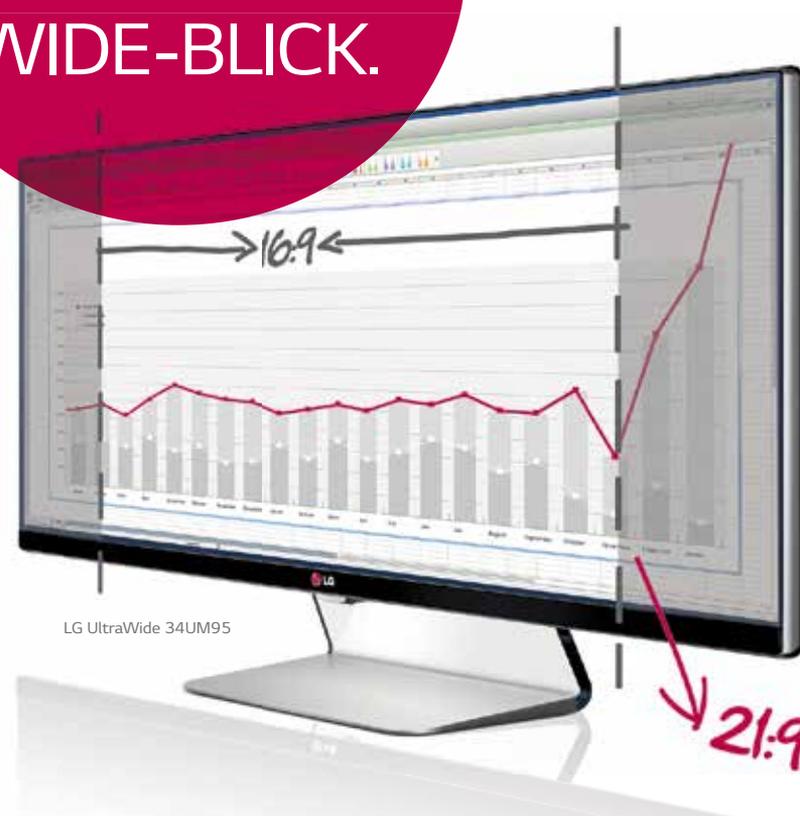
Der Chorea Huntington zugrundeliegende Gendefekt vererbt sich nach diesem Schema.

MR Datentechnik - Ihr IT-Partner!

ERFOLG
BRAUCHT
WIDE-BLICK.



persönlich. // kompetent. // ein Team.



LG UltraWide 34UM95

Haben wir Ihr **Interesse** geweckt?

Unser Ansprechpartner für LG-Monitore, **Sebastian Zimmermann**, berät Sie gerne*:
 Per Telefon: **+49 (931) 3 59 60 17**
 Per E-Mail: **s.zimmermann@mr-daten.de**

*Leider können nur Anfragen von gewerblichen Anwendern oder öffentlichen Auftraggebern berücksichtigt werden.






21:9 UltraWide Monitore von LG bieten Ihnen das perfekte Bildformat für professionelles Multitasking. Überlegene IPS-Panel, 4-Screen-Split, Dual Link-up, Mac®-Kompatibilität und viele Ausstattungsfeatures mehr machen sie zur optimalen Lösung selbst für anspruchsvollste Office-Anwendungen. www.lg.de/business-monitore

It's All Possible.



LG

Life's Good



Patienten-Seminar zu den Herzwochen 2014

Patienten-Seminar zu den Herzwochen 2014:
„Aus dem Takt – Herzrhythmusstörungen:
Sie fragen, Experten antworten“

Veranstalter: Deutsches Zentrum für
Herzinsuffizienz

Im Rahmen der Herzwochen 2014 veranstaltet das
Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz, das seinen
Sitz am Würzburger Uniklinikum hat, ein Patien-
tenseminar zum Thema Herzrhythmusstörungen.
Im Mittelpunkt stehen die Fragen der Teilnehmer.
Nach einem kurzen Einführungsvortrag von Pro-

fessor Georg Ertl können die Teilnehmer Fragen zu
Herzrhythmusstörungen und anderen Herzerkran-
kungen stellen. Die Ansprechpartner auf dem Podi-
um sind Herz-Experten verschiedener Fachgebiete
wie Kardiologie, Herzchirurgie, Psychologie und
Neurologie. Die Deutsche Herzstiftung wird mit
einem Infostand vertreten sein.

Termin: 8.11.2014 von 11 bis 13 Uhr

Ort: Zahnklinik – Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kiefergesundheit, Großer Hörsaal, Pleicherwall 2,
Würzburg

Essstörungen

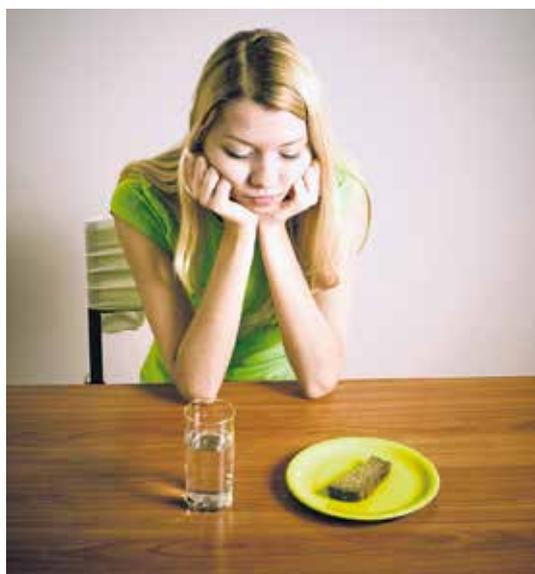
Vortrag „Lust und Frust des Essens – Essstörungen
und ihre Behandlung“

Referent: Dr. Bodo Warrings

Veranstalter: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Termin: 5.11.2014 von 19 bis 20.30 Uhr

Ort: Barockhäuser (ehemalige Greisinghäuser), Neu-
baustraße 12, Würzburg



Essstörungen sind weit verbreitet.

Deutscher Lungentag

Patientenveranstaltung zum 17. Deutschen Lungentag
„Gesunde Lunge – Grundlage des Lebens“ mit Vor-
trägen, Infoständen und Mitmachmöglichkeiten.

Veranstalter: Interdisziplinäres Thoraxzentrum
Mainfranken

Termin: 20.09.2014 von 9 bis 13.30 Uhr

Ort: Hörsaal & Magistrale des Zentrums für Operative
Medizin (ZOM), Oberdürrbacher Str. 6, Würzburg

KIWI-Vorträge

„Das Spiel im Kleinkind- und Vorschulalter“

Referentinnen: Tanja Dindorf (Dipl.-Psychologin) und
Sarah Braunreuther (Ergotherapeutin) vom Frühdia-
gnosezentrum der Kinderklinik

Termin: 9.10.2014 um 20 Uhr

„Erste Hilfe im Säuglings- und Kleinkindesalter“

Referent: PD Dr. Johannes Wirbelauer

Termin: 21.10.2014 um 20 Uhr

„Mein Kind ist andauernd krank – wieviel Infekte
sind eigentlich noch normal?“

Referent: Prof. Johannes Liese

Termin: 11.11.2014 um 20 Uhr

Veranstalter: KIWI e.V., Ort: Hörsaal Kinderklinik,
Josef-Schneider-Straße 2, Haus D31, Würzburg

Weltschlaganfalltag



Arzt-Patienten-Seminar
zum Weltschlaganfalltag
mit Verleihung des dies-
jährigen Hentschel-Preises
der Stiftung „Kampf dem
Schlaganfall“, mit Vorträ-
gen, Infoständen und einem
Schlaganfall-Risiko-Test
Veranstalter: Netzwerk
TRANSIT-Stroke

Termin: 29.10.2014 von 13 bis 18 Uhr

Ort: RVZ Rudolf-Virchow-Zentrum,
Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg, Haus D15

Tag der offenen Tür in der Augenklinik

Tag der offenen Tür in der Augenklinik.

Termin: 15. Oktober 2014 von 13.30 bis 16 Uhr
mit Sehtests, Augendruckmessungen, individuellen
Infogesprächen, Infoständen der Partnerorganisati-
onen und einer einstündigen Vortragsreihe.

Ort: Augenklinik des Universitätsklinikums Würz-
burg, Josef-Schneider-Str. 11, Würzburg

Weitere Infos unter:

www.augenklinik.ukw.de/veranstaltungen

Weitere Meldungen und Veranstaltungen unter <http://www.ukw.de/aktuelles.html>