DAS
magazin
01 | 2019

BEHANDLUNG FORSCHUNG · LEHRE

TIEFER BLICK INS HERZ

BILDGEBUNG IN DER KARDIOLOGIE

Außerdem in dieser Ausgabe:

- **Wenn die Angst überhandnimmt**
- **Vorboten eines Schlaganfalls**
- **Den Kopfschmerz wegoperiert**

und vieles mehr ...

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

INHALT

EDITORIAL SEITE 3

TIEFER BLICK INS HERZ SEITE 4
Kardiologen und Radiologen arbeiten Hand in Hand

DAS AUGE HÖRT MIT SEITE 8
Neue Räume und Methoden in der Musikermedizin

DER VORBOTE EINES SCHLAGANFALLS SEITE 11
Kurzfristige Beschwerden unbedingt ernst nehmen

MITREDEN, MITDENKEN, MITENTSCHEIDEN SEITE 14
Gute Ideen für bessere Arbeitsabläufe in der Pflege

GEWINNSPIEL SEITE 16

GEGEN DIE ZEITBOMBE IM BAUCH SEITE 17
Ultraschall deckt gefährlich geweitete Bauchaorta auf

TRAINIEREN FÜR DEN ERNSTFALL SEITE 18
Simulierte Schockraum-Szenarien und komplizierte Eingriffe

DIGITALISIERUNG IM OP SEITE 20
Computergestützte OP-Planung rettet einen Unterkiefer

WENN DIE ANGST ÜBERHANDNIMMT SEITE 22
Ursachen und Therapien bei Angsterkrankungen

MIT HOCHDRUCK GEGEN PROSTATABESCHWERDEN SEITE 24
Schonende Behandlungen bei gutartig vergrößerter Prostata

„EIN NEUGIERIGER, RESPEKTVOLLER DIALOG“ SEITE 27
Interview zur Systemischen Familientherapie

DEN KOPFSCHMERZ WEGOPERIERT SEITE 30
Unterdruck im Hirn nachhaltig heilen

IMPRESSUM
DAS magazin
BEHANDLUNG · FORSCHUNG · LEHRE
Ausgabe 1/2019 | Auflage 10.000 Exemplare

Herausgeber Universitätsklinikum Freiburg

Verantwortlich Benjamin Waschow | Leiter Unternehmenskommunikation

Redaktion Hanna Lippitz

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe Simon Blunck, Johannes Faber, Claudia Füßler, Hanna Lippitz, Samira Strauß

Redaktionsadresse DAS magazin | Breisacher Straße 153 | 79110 Freiburg | Telefon 0761 270--20060 | Fax 0761 270-9619030 | redaktion@uniklinik-freiburg.de | www.uniklinik-freiburg.de

Gestaltung und Produktion Ketchum Pleon | Käthe-Kollwitz-Ufer 79 | 01309 Dresden

Fotografie Britt Schilling/Universitätsklinikum Freiburg; Klaus Polkowski/Musikermedizin/Universitätsklinikum Freiburg; Patrick Seeger/Universitätsklinikum Freiburg (S. 18); Universitäts-Herzzentrum Freiburg · Bad Krozingen (S. 17); Universitätsklinikum Freiburg; © shutterstock.com: piick (S. 1, 4-7); © iStock.com: yarn (S. 8); © stock.adobe.com: peterschreiber.media (S. 11); © iStock.com: HYWARDS, © iStock.com: mikimad, (S. 12); © iStock.com: pseudodaemon (S. 14-15); © iStock.com: Eshma (S. 5, 20-21); © iStock.com: KatarzynaBialasiewicz (S. 22-23); © iStock.com: pepmiba (S. 24-26); © iStock.com: invincible_bulldog/MicrovOne (S. 27-29); © iStock.com: jstan2 (S. 30-31)

Druck burger)(druck GmbH | August-Jeanmaire-Straße 20 | 79183 Waldkirch

DAS magazin im Abo
Abonnieren Sie kostenlos **DAS magazin** des Universitätsklinikums Freiburg und erhalten Sie regelmäßig per Post die neueste Ausgabe mit spannenden Einblicken in Behandlung, Forschung und Lehre: Registrieren Sie sich unter **www.uniklinik-freiburg.de/das-magazin** oder per Mail an **redaktion@uniklinik-freiburg.de**.

FSC www.fsc.org MIX Paper from responsible sources FSC® C095332

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser,

die deutschen Universitätsklinika stehen in den nächsten Jahren großen Herausforderungen gegenüber. Es gehört zu ihren Verpflichtungen, Wissen zu generieren, zu teilen und mithilfe translationaler Forschung die Medizin von morgen zu gestalten. Das Universitätsklinikum Freiburg setzt auf modernes Qualitätsmanagement sowie konstante Aus-, Fort- und Weiterbildung, um auch in Zukunft qualitätszentrierte universitäre Spitzenmedizin zu leisten. Gleichzeitig muss die Wertschätzung der geleisteten Arbeit in allen Bereichen sichtbar und spürbar sein, um motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten. Hierzu zählen transparente Entscheidungen und ein offenes Ohr für Probleme ebenso wie moderne Kommunikationsformen über alle Hierarchien hinweg.

Ein schonender Umgang mit Ressourcen ist ebenfalls unabdingbar. Energieeffizienz, Abfallvermeidung und der sorgsame Umgang mit medizintechnischen Geräten und Instrumenten zählt dazu ebenso wie intelligente Behandlungskonzepte, die die Behandlungsqualität verbessern und Kosten sparen. Zu den großen Herausforderungen gehört auch die Digitalisierung. Mit ihr können Befunde und Abläufe messbar gemacht, in Echtzeit verglichen und bewertet werden. Zudem bietet sie die Chance, bestehende Prozesse neu zu durchdenken und sich weiträumig zu vernetzen: innerhalb des Klinikums, mit Krankenhäusern und niedergelassenen Kollegen – und den Patienten selbst. Das Universitätsklinikum Freiburg wird die Digitalisierungsinitiative des Landes nutzen, um hier zukunftsentscheidend voranzuschreiten.

Doch ohne zeitgemäße Neubauten ist eine patientenorientierte Spitzenmedizin nicht möglich. Bei allen laufenden und geplanten Bau- und Sanierungsprojekten des Universitätsklinikums stehen neben optimaler Patientenversorgung und Forschungsumgebung sowie niedrigen Bewirtschaftungskosten auch gute bauliche Arbeitsbedingungen im Fokus.

Als neuer Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Freiburg freue ich mich auf diese Herausforderungen. Ich bin zuversichtlich, dass wir in Freiburg auch in den kommenden Jahren gemeinsam Grenzen überwinden und die Zukunft gestalten werden.

Professor Dr. Frederik Wenz
Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
des Universitätsklinikums Freiburg

KARDIOVASKULÄRE BILDGEBUNG

TIEFER BLICK INS HERZ

Fast 50.000 Menschen sterben in Deutschland jährlich an einem Herzinfarkt. Dabei lässt sich die Gefahr meist gut bannen, wenn sie rechtzeitig erkannt wird. Dafür arbeiten Kardiologen und Radiologen in Freiburg und Bad Krozingen Hand in Hand.

Ein Engegefühl in der Brust, Atemnot bei Belastung und manchmal auch Halsschmerzen können auf einen drohenden Herzinfarkt hindeuten. „Diese Beschwerden müssen sofort vom Arzt abgeklärt werden", betont Professor Dr. Dr. h.c. Christoph Bode, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie I des Universitäts-Herzzentrums Freiburg · Bad Krozingen (UHZ). Beim Herzinfarkt verstopfen die Herzkranzgefäße, die den Herzmuskel mit sauerstoffhaltigem Blut versorgen. „Patienten, bei denen ein Verschluss der Herzkranzgefäße sehr wahrscheinlich ist, untersuchen wir in der Regel mit einer Katheteruntersuchung. Stellen wir dabei eine Engstelle fest, können wir sie sofort weiten", sagt Professor Dr. Franz-Josef Neumann, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie II des UHZ.

Vermuten die Kardiologen für die Beschwerden eher einen anderen Grund als eine Verengung der Herzkranzgefäße, versuchen sie ihren Patienten den Katheretereingriff zu ersparen. Dann nehmen die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem Computertomografen (CT) von Professor Dr. Fabian Bamberg Platz. Der Radiologe leitet die Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Freiburg, die auch die radiologische Abteilung des Universitäts-Herzzentrums leitet. „Dank enormer technischer Fortschritte können wir heute mit dem CT sehr präzise Bilder vom Herz und seinen Gefäßen machen", sagt Bamberg. »

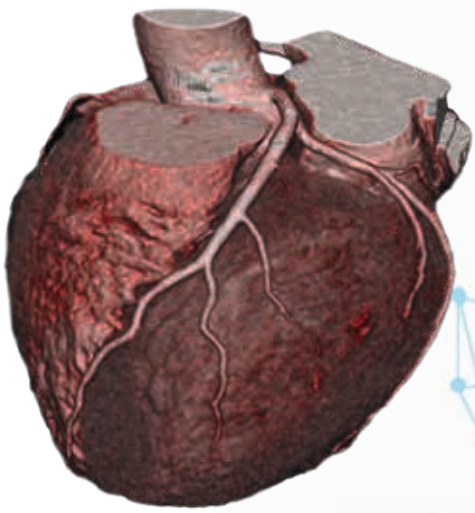
„Weil eine CT-Herzuntersuchung sehr schonend ist, eignet sie sich auch für ältere Menschen“

Nur **0,25**

Sekunden dauert eine CT-Aufnahme

„Dank enormer technischer Fortschritte können wir heute mit dem CT sehr präzise Bilder vom Herz und seinen Gefäßen machen“

Nur eine Viertelsekunde benötigen die CT-Geräte für eine Aufnahme. „Wir haben das Glück, sowohl in Freiburg als auch in Bad Krozingen einen der schnellsten und zugleich strahlungsärmsten Computertomografen der Welt zu haben, der speziell für die Herz- und Gefäßbildgebung optimiert wurde“, sagt Privatdozent Dr. Christopher Schlett, der den Bereich kardiovaskuläre Bildgebung leitet. Gemeinsam beurteilen Radiologen und Kardiologen die Bilder und entscheiden dann, ob ein Eingriff, etwa ein Stent oder ein Bypass, tatsächlich notwendig ist oder vermieden werden kann.



Moderne Computertomografie kann das Herz in all seinen Details abbilden. So lässt sich feststellen, ob verstopfte Gefäße der Grund für Herzprobleme sind.

Aber auch für die Planung einer minimalinvasiven Herzklappen-Operation oder vor der Korrektur einer Fehlbildung an Herz oder Gefäßen ist das Herz-CT mittlerweile unersetzlich geworden. Dank der hochauflösenden Bilder können Kardiologen und Herzchirurgen komplexe Operationen optimal planen und durchführen. „Weil eine CT-Herzuntersuchung sehr schonend ist, eignet sie sich auch für ältere Menschen, die oft neben Herzproblemen noch weitere Krankheiten haben“, sagt Bamberg.

Professor Dr. Fabian Bamberg ist Facharzt für Radiologie und seit Oktober 2018 Ärztlicher Direktor der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Freiburg. Zuletzt war er stellvertretender Ärztlicher Direktor der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie am Universitätsklinikum Tübingen. Sein Medizinstudium absolvierte er in Hannover, Witten-Herdecke und an der Harvard University und war klinisch am Massachusetts General Hospital in Boston, USA, sowie am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig.

SCHNELL, PRÄZISE, DIGITAL

Herr Professor Bamberg, welche Schwerpunkte setzen Sie in der Radiologie?

Neben der kardiovaskulären Bildgebung werden wir die interventionelle Radiologie ausbauen, um immer die modernste Tumortherapie anbieten zu können. Außerdem werden wir uns strukturell so aufstellen, dass Patienten noch schneller einen Termin erhalten. Gleichzeitig werden wir die bestehenden Schwerpunkte in der Gynäkologie, in der Onkologie und in der Notfallversorgung ausbauen.

Digitalisierung ist auch in der Medizin ein großes Thema. Welchen Beitrag kann die Radiologie leisten?

Unsere gesamten Bilddaten sind ja bereits digital, insofern sind wir Vorreiter für viele Prozesse, die uns in den nächsten Jahren am Klinikum beschäftigen werden. Neben der Auswertung der Bilder arbeiten wir intensiv daran, unsere Daten schneller und besser den behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen. Außerdem forschen wir an Auswertungsmethoden, die auf Künstlicher Intelligenz (KI) basieren. Um die immer größeren Datenmengen verarbeiten zu können, sind wir auf KI angewiesen. Es scheint so, dass in Einzelfällen die Methoden schon heute der ärztlichen Auswertung ebenbürtig werden. Bei diesen Entwicklungen wollen wir vorne dabei sein und beginnen, diese in unsere klinischen Abläufe zu integrieren.

Sie leiten unter anderem den Bereich Bildgebung in der großen Bevölkerungsstudie NAKO. Was versprechen Sie sich hiervon?

In der NAKO werden rund 30.000 Menschen in ganz Deutschland untersucht. Hier interessiert uns vor allem die Frage: Was ist noch gesund, was schon krank? Das ist sehr spannend und wird uns künftig tiefe Einsichten in die Krankheitsentstehung liefern und Grundlage für eine deutlich verbesserte Früherkennung sein.

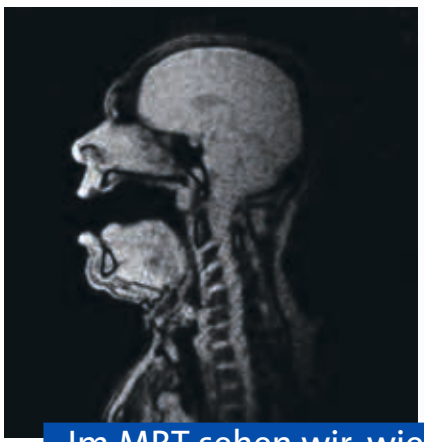
DAS AUGE HÖRT MIT

Im Freiburger Institut für Musikermedizin am Universitätsklinikum Freiburg können Ärzte und Forscher Töne und Klänge nicht nur hören, sondern auch sehen. In neuen Räumen präsentieren sich die Musikermediziner mit modernen Methoden, die Diagnosen genauer machen und Therapien unterstützen.

TIEFE EINBLICKE IN DEN ENTSTEHUNGSORT DER STIMME

Was passiert beim Beatboxen im Körper? Diese und andere Fragen aus dem Forschungsbereich der Stimmphysiologie beantwortet Professor Richter, indem er sich im Magnetresonanztomographen (MRT) die Tonbildung im Körperinnern anschaut. „Im MRT sehen wir, wie und wo Vokale gebildet werden und wie sich der Vokaltrakt bei einer Arie oder beim Beatboxen bewegt“, sagt Professor Richter. „So können wir wichtige Rückschlüsse ziehen, wie wir Gesangsschülern die Klangformung noch besser vermitteln können.“ Auch für die Prävention seien die Studienergebnisse wichtig: Von ihnen profitierten auch Lehramtsstudierende, deren Hauptinstrument im Berufsalltag die Stimme ist.

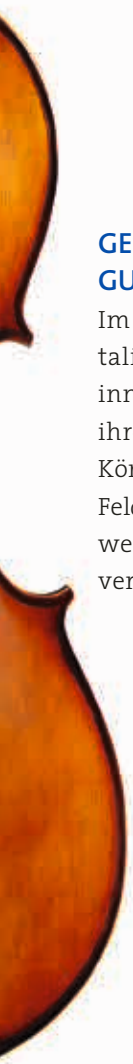
MRT-Aufnahme eines Sängers



„Im MRT sehen wir, wie und wo Vokale gebildet werden und wie sich der Vokaltrakt bei einer Arie oder beim Beatboxen bewegt“

STRICHMÄNNCHEN UND „TIERISCHE“ KLARINETTENSPIELER

Sensoren und spezielle Kameras, die Patienten vor schwarzen Vorhängen filmen, erstellen am Computer Strichmännchen-Animationen. An ihnen erkennen Musikermediziner beispielsweise Bewegungsmuster bei Klarinettenspielern. Häufige Bewegungstypen heißen Baum, Känguru und Vogel: Während der Baum ohne große Körperbewegungen in die Klarinette bläst, geht das Känguru in die Knie und der Vogel macht starke Ellenbogenbewegungen. „Mit der Bewegungsanalyse erkennen wir Gründe für die Beschwerden des Patienten“, sagt Professor Dr. Claudia Spahn, Leiterin des Freiburger Instituts für Musikermedizin. Die moderne Technik unterstütze Musikermediziner. „Am allerwichtigsten ist aber das eigene, spezifisch ausgebildete Sensorium des Arztes“, sagt Spahn.

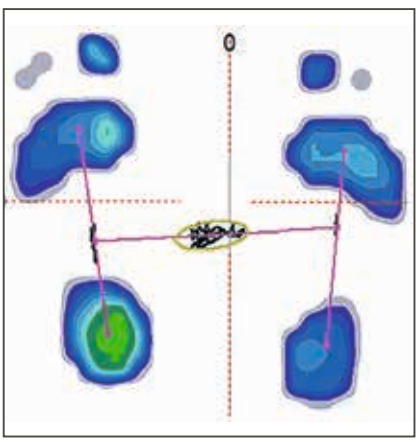


GESUNDE KÖRPERHALTUNG, GUTE TÖNE

Im neu eingerichteten Instrumentalistenzimmer werden Musikerinnen und Musiker beim Spielen ihres Instruments untersucht. Körperorientierte Übungen wie die Feldenkrais-Methode können helfen, wenn Fehlhaltungen Schmerzen verursachen. »

DREIDIMENSIONALER DURCHBLICK

Wenn Sänger heiser sind, können Schwellungen und Zysten im Kehlkopfbereich der Grund sein. Um diese besser verorten zu können, wird ein 3-D-Stroboskop eingesetzt. Dabei tragen Ärzte und Patient eine 3-D-Brille. „Nachdem wir exakt lokalisiert haben, was der Grund für die Heiserkeit ist, können wir zielgenaue Therapien planen“, sagt Professor Bernhard Richter, Leiter des Freiburger Instituts für Musikermedizin. „Dies erweitert unsere diagnostischen Möglichkeiten ungemein. Moderne Technik und die Erfahrung des Arztes bilden Synergieeffekte.“



IMMER IM GLEICHGEWICHT BLEIBEN

Wer viel Geige oder Querflöte spielt, kann ein einseitiges Gleichgewichtsmuster ausbilden. Um dieses Muster zu verstehen, werden die Musiker auf eine Platte gestellt, welche die Gewichtsverteilung auf beiden Füßen sichtbar macht. Gezielte Therapien können Fehlhaltungen entgegenwirken.

DER VORBOTE EINES SCHLAGANFALLS

Er kommt ohne Vorwarnung und ist meistens schnell wieder vorbei. Die Rede ist von einem Mini-Schlaganfall. Auch wenn die Beschwerden verschwinden, sollten Betroffene sofort den Notarzt rufen.

Der Mini-Schlaganfall, in der medizinischen Fachsprache „transitorische ischämische Attacke“ (TIA) genannt, äußert sich bei jedem Menschen auf eine andere Art. Die Symptome sind dabei dieselben wie bei einem „großen“ Schlaganfall, nur die Dauer ist kürzer. Während die Beschwerden bei einem richtigen Schlaganfall länger als 24 Stunden anhalten, dauern die Symptome bei einer TIA meist nur wenige Minuten an. Am Universitätsklinikum Freiburg behandeln Spezialisten die Betroffenen, denn er bringt oftmals gefährliche Folgen mit sich.

„Ein Mini-Schlaganfall wird wie ein großer Schlaganfall durch eine Durchblutungsstörung ausgelöst, die aber keinen eigentlichen Hirninfarkt hinterlässt. Das heißt, es stirbt kein Gehirngewebe ab“, sagt Professor Dr. Jürgen Bardutzky, Leiter der als Stroke Unit bezeichneten Schlaganfallspezialstation und Oberarzt an

„Die Symptome sind dieselben wie bei einem großen Schlaganfall, nur die Dauer ist kürzer“

der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie des Universitätsklinikums Freiburg. Allerdings zeigen neuere Untersuchungen mit der Kernspintomographie, dass ab 60 Minuten Dauer oftmals doch ein kleiner Hirninfarkt nachweisbar ist. »

„Ein Mini-Schlaganfall wird wie ein großer Schlaganfall durch eine Durchblutungsstörung ausgelöst“

PLÖTZLICHE SYMPTOME: LÄHMUNGEN, SEH- UND SPRACHSTÖRUNGEN

Die Symptome einer „TIA“ entsprechen den klassischen Schlaganfallsymptomen: plötzlich auftretende Sehstörungen, kurzzeitige Erblindung auf einem Auge, vorübergehende halbseitige Lähmungserscheinungen von Körperteilen wie Hände, Arme, Beine oder einer Gesichtshälfte sowie Sprachstörungen, verwaschene Sprache, Schwindel und Doppelbilder.

Der Neurologe Bardutzky warnt davor, die Symptome zu unterschätzen: „Nach solch einer Attacke kommt es bei zehn Prozent der Patienten innerhalb der nächsten sieben Tage zu einem richtigen Schlaganfall. Deshalb – und weil man anfangs ja auch gar nicht weiß, ob die Symptome wieder von alleine zurückgehen – ist es enorm wichtig, dass Betroffene und Beteiligte sofort handeln und die Notrufnummer 112 wählen.“ Bilden sich die Symptome von alleine zurück, liegt eine „TIA“ vor.

„Es ist enorm wichtig, dass Betroffene und Beteiligte sofort handeln und die Notrufnummer 112 wählen“

Eine unmittelbare stationäre Abklärung der Ursachen auf der Schlaganfallspezialstation (Stroke Unit) ist dennoch zwingend notwendig. Auf der Stroke Unit des Universitätsklinikums Freiburg beobachten Spezialisten die Krankheitsentwicklung des TIA-Patienten für drei bis vier Tage. Dabei untersuchen sie mittels Ultraschall Hirngefäße und Herz, betrachten das Gehirn anhand einer Schichtbilddarstellung und analysieren etwaige Herzrhythmusstörungen, um nach „Hochrisikoursachen“ für einen Schlaganfall zu fahnden.

RASCHE ABKLÄRUNG HILFT

„Eine TIA hinterlässt keine bleibenden Schäden. Trotzdem ist sie gefährlich und stellt für Neurologen einen medizinischen Notfall dar“, sagt der Freiburger Schlaganfall-Spezialist. Eine umfassende, rasche Abklärung der

Symptome und Ursachen kann das Risiko eines nachfolgenden richtigen Schlaganfalls um rund 80 Prozent reduzieren, indem die Ärzte mit darauf abgestimmten Medikamenten vorsorgen oder aber zum Beispiel auch eine verengte Halsschlagader operieren. Deswegen sei die Sofortdiagnose so wichtig. Manchmal verwechseln Patienten die Symptome einer schweren Migräne oder eines taubgewordenen Beins mit einer „TIA“ und kommen zur Station, aber „das ist besser, als gar nicht zu handeln – so lässt sich Schlimmeres vermeiden“, sagt Bardutzky.

80 %

Eine rasche Abklärung der Symptome und Ursachen kann das Risiko eines nachfolgenden richtigen Schlaganfalls um rund 80 Prozent reduzieren.

Bei der Schlaganfallprophylaxe spielen aber auch die Lebensgewohnheiten eine wichtige Rolle: Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung leisten ihren Beitrag zu den gefährlichen Durchblutungsstörungen. Diese Risikofaktoren sollten in erster Linie reduziert werden. Je nach Fall entscheiden die Neurologen, welche Kombination von Medikamenten und Vorsorgemaßnahmen am sinnvollsten ist.

KENNEN SIE SCHON UNSEREN NEWSLETTER?

Die neuesten Nachrichten aus dem Universitätsklinikum Freiburg

» hilfreiche Gesundheitstipps
» moderne Behandlungsmethoden
» spannende Forschungsprojekte
» aktuelle Veranstaltungen

JETZT ANMELDEN
www.uniklinik-freiburg.de/newsletter

MITREDEN, MITDENKEN, **MITENTSCHEIDEN**

Am Universitätsklinikum Freiburg sammeln Pflegefachkräfte gemeinsam Ideen, was sie an ihren Arbeitsabläufen verbessern möchten. Ein Projekt, das bei allen Beteiligten gut ankommt.

Oft sind es Kleinigkeiten, mit denen Pflegende bei ihren Kolleginnen und Kollegen für große Erleichterung sorgen. Zum Beispiel mit einer speziellen Unterlage, die Nachblutungen nach Operationen im Hals-Nacken-Bereich zuverlässig auffängt. Ein aufwendiges Umbetten entfällt. Seit die Pflegenden im Operationsbereich der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde am Universitätsklinikum Freiburg frisch operierten Patienten diese Unterlage mit ins Bett legen, haben es ihre Kollegen auf der Intensivstation deutlich leichter.

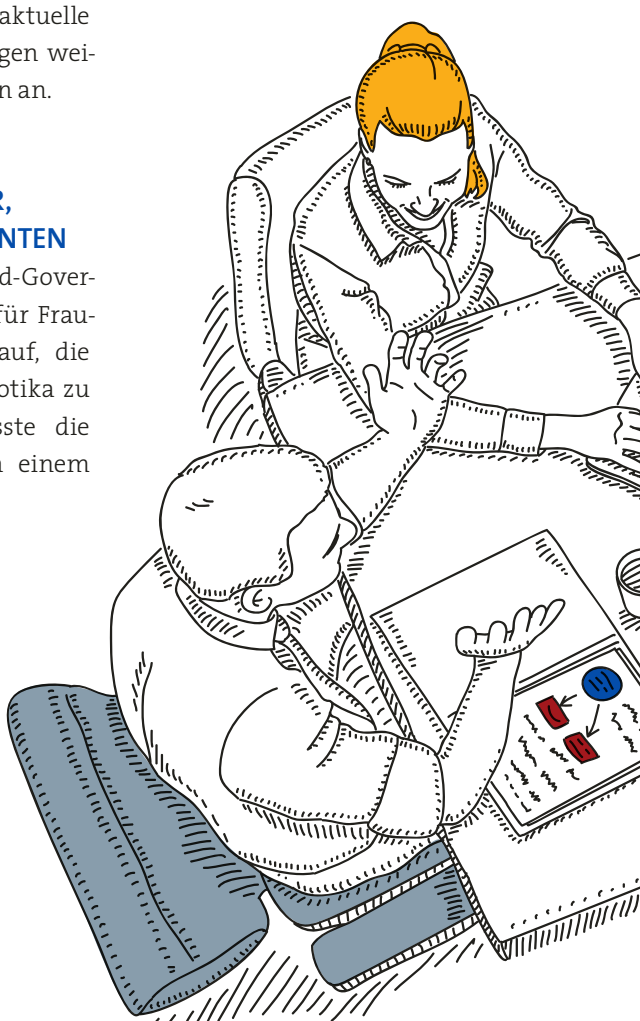
VIELE KLEINE SCHRITTE FÜHREN ZU GUTEN LÖSUNGEN

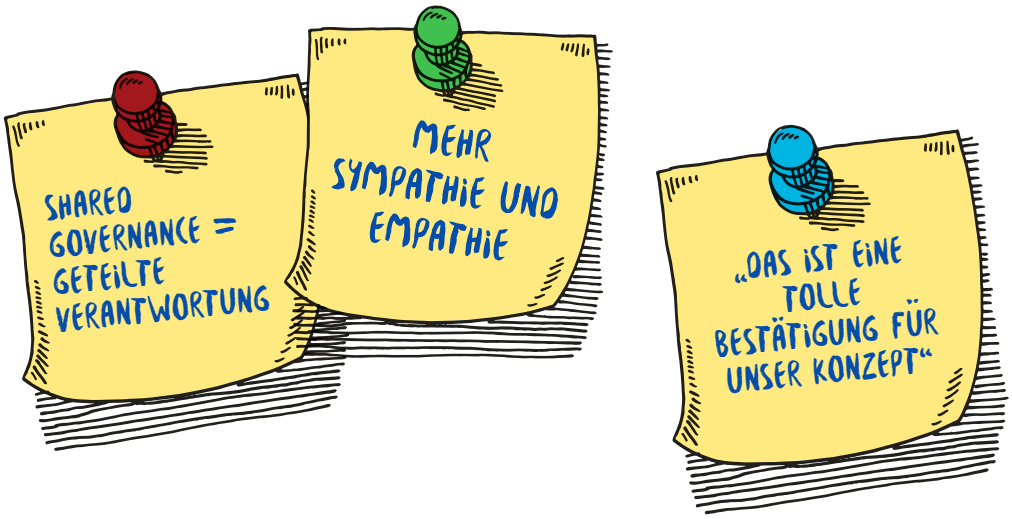
Die Idee zu dieser Umstellung entstand bei einem Projekt, bei dem Pflegende am Universitätsklinikum Freiburg Ideen für bessere Arbeitsabläufe sammeln. Unter dem Motto „Shared Governance" – in etwa: geteilte Verantwortung – besprechen Pflegefachkräfte als Vertreter ihrer Ambulanzen, OP-Bereiche und Stationen regelmäßig, wie die Prozesse in ihrer Klinik ablaufen und wo sie Bedarf für Veränderungen sehen. „Wir wollen vom problemorientierten Denken hin zu einem zielorientierten Miteinandersprechen", sagt Jorun Thoma, die die beiden Shared-Governance-Runden in der Klinik für Frauenheilkunde sowie in den Kliniken für Augenheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im Auftrag der Pflegedirektion koordiniert. Auch im Neurozentrum treffen sich Abgeordnete aller Stationen, geben aktuelle Informationen an ihre Kollegen weiter und stoßen neue Vorhaben an.

„Wir wollen vom problemorientierten Denken hin zu einem zielorientierten Miteinandersprechen"

ZUFRIEDENE MITARBEITER, SICHER VERSORGTE PATIENTEN

So kam bei einer Shared-Governance-Runde in der Klinik für Frauenheilkunde der Wunsch auf, die Regeln zur Gabe von Antibiotika zu ändern. Ursprünglich musste die erste Antibiotika-Dosis von einem Arzt verabreicht werden. Stand der behandelnde Arzt jedoch gerade im OP, warteten die Patienten länger als nötig auf ihr Medikament. Nach Rücksprache mit allen Beteiligten können jetzt Pflegefachpersonen das Antibiotikum ohne Verzögerung geben. „Diese Umstellung sichert die zeitnahe Versorgung der Patienten und trägt zu ihrer Zufriedenheit bei", erklärt André Doherr, Pflegedienstleiter und Initiator der Shared-Governance-Runden in den Kliniken

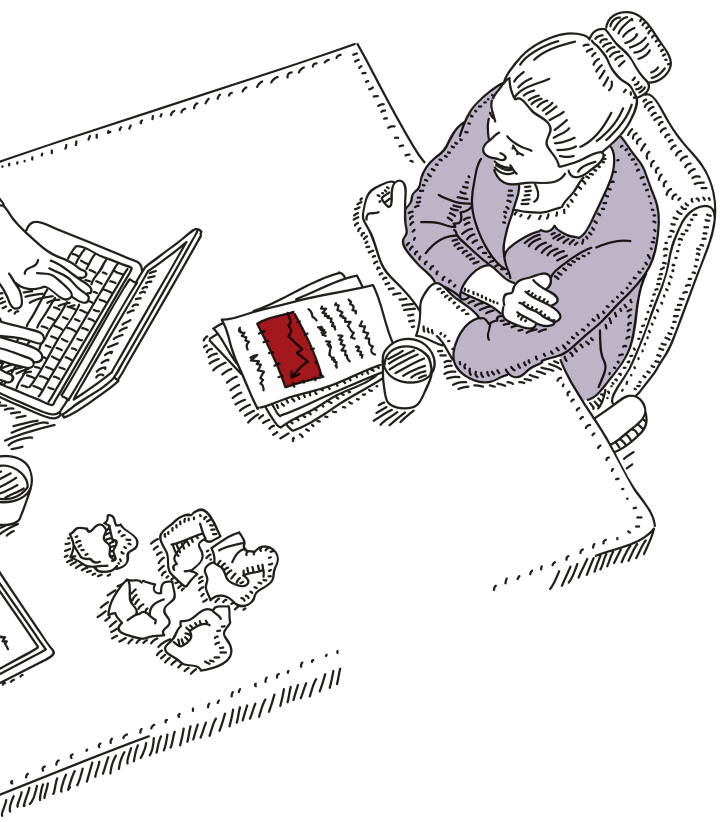




für Frauenheilkunde, Augenheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. „Genau diese Anregungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind sehr wertvoll, damit wir unsere Abläufe noch effizienter gestalten können.“

POSITIVES FEEDBACK

Das Projekt „Shared Governance“ läuft in den Kliniken für Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde seit zwei Jahren, in der Klinik für Frauenheilkunde seit einem Jahr. Im Neurozentrum tagt das Koordinationsgremium seit zehn Jahren. Die Rückmeldungen der Pflegenden sind durchweg positiv: Empathie und Sympathie füreinander seien durch die Besprechungen gewachsen, hört Jorun Thoma immer wieder. „Das ist eine tolle Bestätigung für unser Konzept“, freut sich die Projektkoordinatorin. ❙



VORBILD MAGNET-KRANKENHAUS

Das Konzept der Shared Governance stammt aus den sogenannten Magnet-Krankenhäusern, die vor allem in den USA verbreitet sind. Kliniken mit dem Qualitätssiegel „Magnet Hospital“ stärken gezielt die Pflegefachkräfte und entwickeln eine hohe Anziehungskraft auf Mitarbeiter. Der Erfolg des Konzepts basiert auf drei Säulen: Patientinnen und Patienten werden zügig und sicher behandelt und entlassen, Komplikationen werden vermieden, kompetentes Personal wird dauerhaft ans Haus gebunden. 2016 besuchten Pflegefachkräfte des Neurozentrums und der Stabsstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege am Universitätsklinikum Freiburg mehrere Magnet-Krankenhäuser im US-Bundesstaat Florida. Sie waren vom Teamgeist in den Kliniken beeindruckt: „Die meisten Beschäftigten arbeiten seit vielen Jahren in den Magnet-Krankenhäusern. Pflegeneulinge, die gerade ihren Berufsabschluss gemacht haben, warten manchmal sogar bis zu einem Jahr, bis sie in einem Magnet Hospital starten können. Sie wissen, es erwartet sie ein Arbeitsumfeld, in dem ihre Stimme zählt“, berichtet Dr. Johanna Feuchtinger von der Stabsstelle Qualität und Entwicklung in der Pflege.

In welchem Institut können Forscher und Ärzte Töne sichtbar machen?

GEWINNSPIEL

Ihre Lösung schicken Sie bitte an das
Universitätsklinikum Freiburg
Redaktion DAS magazin
Breisacher Straße 153 | 79110 Freiburg
oder per Mail an redaktion@uniklinik-freiburg.de
Betreff: DAS magazin Rätsel

Buchhandlung Rombach

Gewinnen können Sie einen 50-Euro-Gutschein der Buchhandlung Rombach, Freiburg. Einsendeschluss ist der 22. März 2019.

Beim Gewinnspiel 2/2018 gewonnen hat Christine Guist aus Freiburg. Herzlichen Glückwunsch!

BL T.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Ohne Dich fehlt das Wesentliche! Blut spenden = Leben spenden.

Öffnungszeiten:
Montag | Dienstag 8 bis 15 Uhr
Mittwoch | Donnerstag 12 bis 19 Uhr
Freitag | Samstag 8 bis 13 Uhr

Blutspendezentrale, Haus Langerhans
Hugstetter Straße 55
Universitätsklinikum Freiburg
Telefon 0761 270 44444
E-Mail blutspende@uniklinik-freiburg.de

www.blutspende-uniklinik.de

blutspende
Universitätsklinikum Freiburg

GEGEN DIE ZEIT-BOMBE IM BAUCH

Viele Männer tragen eine tickende Zeitbombe in sich, ohne es zu merken. Ihre Bauchschlagader ist gefährlich geweitet und kann jederzeit reißen. Dann droht akute Lebensgefahr. Mit einem neuen Screening können Ärzte die Gefahr erkennen und bannen.

Mit dem Alter steigt die Gefahr, dass die Hauptschlagader im Bauch Schaden nimmt. Im schlimmsten Fall, bei einem Bauchaorten-Aneurysma, dehnt sich das Hauptgefäß im Bauch so weit, bis es reißt. Vier bis acht Prozent aller Männer über 65 Jahren sind gefährdet. Kommt es zum Riss, fließt innerhalb von Sekunden viel Blut in den Bauchraum und der Betroffene stirbt oft, noch bevor er im Krankenhaus ist. „Bislang wurden Aneurysmen meist zufällig entdeckt, weil sie zunächst kaum Beschwerden machen“, sagt Professor Dr. Friedhelm Beyersdorf, Ärztlicher Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des Universitäts-Herzzentrums Freiburg · Bad Krozingen.

Mit einer einfachen Vorsorgeuntersuchung kann die Gefahr rechtzeitig entdeckt werden. Dabei vermisst der Arzt mit einem Ultraschallgerät den Durchmesser der Bauchaorta. Ist dieser kleiner als 2,5 Zentimeter, gilt der Befund als unauffällig. Ist die Aorta mehr als drei Zentimeter dick, muss der Patient alle sechs Monate mit Ultraschall kontrolliert werden. Ab fünf Zentimeter Dicke sprechen Mediziner von einem behandlungsbedürftigen Aneurysma. Das Screening kann jeder Arzt mit Ultraschallgerät durchführen. Seit 2018 wird es für Männer ab 65 Jahren von den Krankenkassen gezahlt.

„Die Bauchaorta kann bei 80 Prozent der Patienten minimalinvasiv behandelt werden“

An der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des Universitäts-Herzzentrums Freiburg · Bad Krozingen werden jährlich rund 400 Patienten wegen eines drohenden Aortenrisses behandelt. „Die Bauchaorta kann bei 80 Prozent der Patienten minimalinvasiv behandelt werden, bei den anderen ist eine offene Operation notwendig“, sagt der Gefäßchirurg Beyersdorf.

Patienten werden nach einer Behandlung regelmäßig in der Aortenambulanz untersucht. Ein Aortenpass beinhaltet Informationen über die Erkrankung und stattgefundene Eingriffe, eine individuelle Skizze der Hauptschlagader, das Datum der nächsten Kontrolle sowie die wichtigsten Ansprechpartner. So lässt sich sicherstellen, dass die Zeitbombe im Bauch nicht unbemerkt wieder zu ticken droht.

Ein Drahtgeflecht, das Ärzte über die Leistenvene bis an den Ort der Schlagader vorschieben, kann einen lebensgefährlichen Riss der Aorta verhindern. Geplant und kontrolliert wird der Eingriff mittels Computertomografie.

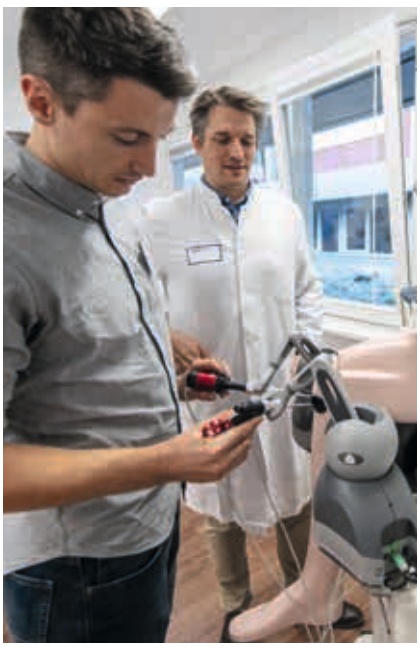
TRAINIEREN FÜR DEN ERNSTFALL

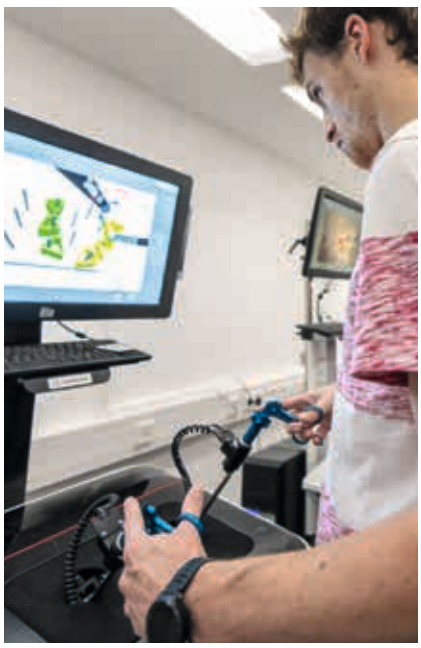
Mit dem Rettungshubschrauber wird ein verunglückter Motorradfahrer eingeliefert. Er ist nicht ansprechbar und braucht dringend Hilfe. Was ist in welcher Abfolge zu tun und wie kommuniziert man in einer solchen Situation richtig im Team? Solche Schockraum-Szenarien können Medizinstudierende im Universitätsklinikum Freiburg an lebensgroßen, künstlichen Patienten üben. Im 380 Quadratmeter großen „Freiburger Anästhesiologie- und Chirurgie-Trainings- und Simulationszentrum für Studierende“, kurz FACTS-S, trainieren sie in vier Übungsräumen Extremsituationen wie die Versorgung von schwerstverletzten Notfallpatienten. Aber auch minimalinvasive Eingriffe wie Kniespiegelungen oder das Entfernen von Gallenblasen lassen sich an der umfangreichen medizintechnischen Ausstattung erproben. FACTS-S wird gemeinsam von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie geleitet und genutzt.

Kritische Situationen wie die Intubation und Beatmung von Unfallopfern lassen sich am künstlichen Patienten angstfrei trainieren (linkes Bild).

Aus der Schaltzentrale steuern die Übungsleiter den Zustand des künstlichen Patienten sehr genau und können sogar durch die Simulationspuppe sprechen (rechtes Bild).

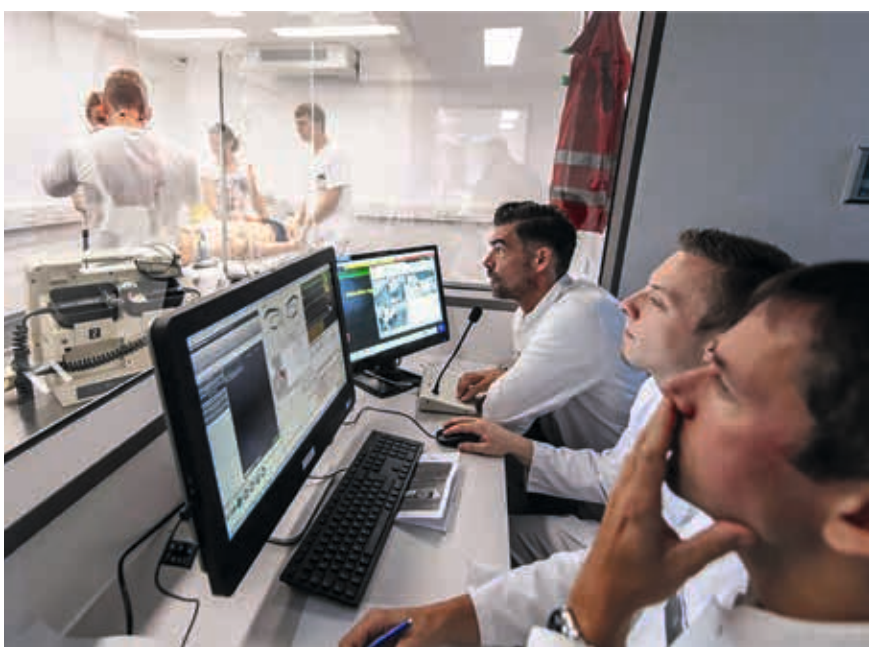
Mit Nadel und Faden versuchen sich die Nutzer von FACTS-S hier am endoskopiegestützten Nähen.





Auch Kniespiegelungen proben die Nachwuchsmediziner an realitätsnahen Simulatoren (linkes Bild).

Virtuelle Realität unterstützt die Studierenden beim Einüben der Hand-Gerät-Auge-Koordination während minimalinvasiver Eingriffe (rechtes Bild).



DIGITALISIERUNG

Dreißig Jahre lang wuchs eine Knochenneubildung am Unterkiefer eines Patienten, bis sie so groß wie ein zweiter Kopf war. Am Universitätsklinikum Freiburg wurde sie mithilfe computergestützter Planung und 3-D-Datenfusion erfolgreich entfernt.

Rund 30 Jahre lang hatte sich am Unterkiefer von Manfred S.* immer mehr Knochengewebe gebildet. Schlussendlich war es so groß wie ein zweiter Kopf und wog etwa vier Kilogramm. Die Spezialisten der Abteilung für Ästhetische und Plastische Gesichtschirurgie an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entfernten die Knochenneubildung Ende 2018. Sie planten den Eingriff unter Anwendung modernster Röntgenverfahren sowie digitaler Methoden anhand virtueller Vormodelle. Dann trugen sie die Wucherung mittels piezochirurgischer Verfahren schrittweise schonend ab und retteten so den Kiefer.

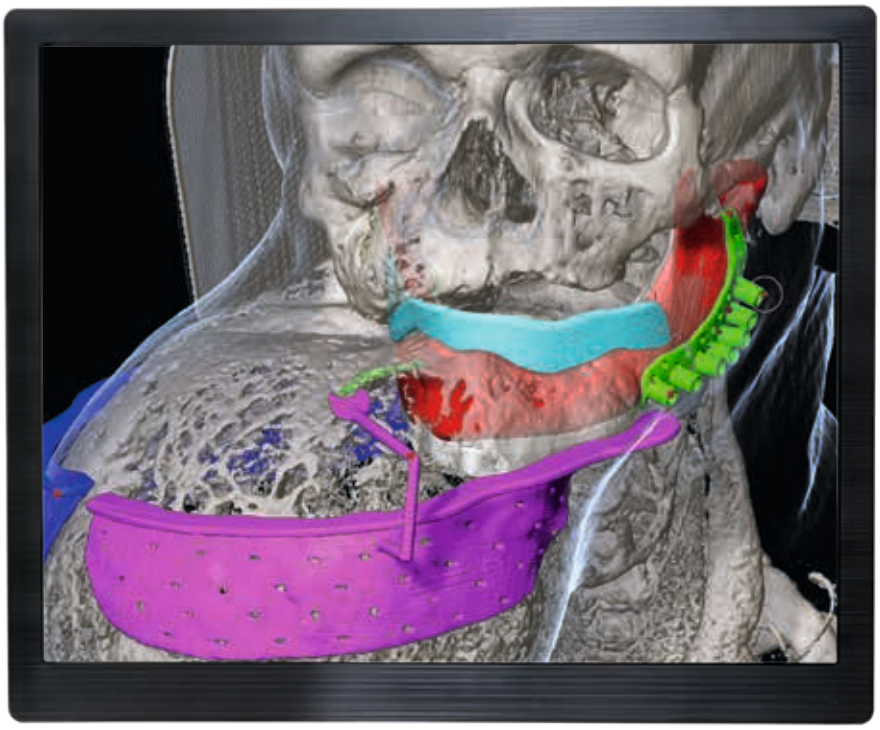
LANGER WEG ZUR OP

„Eine so ausgeprägte Wucherung habe ich zuvor in meiner mehr als 30-jährigen chirurgischen Laufbahn nicht gesehen“, erklärt Professor Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Ärztlicher Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Freiburg. Die Ursache für die jahrzehntelang kontinuierlich wachsende Geschwulst: Fibröse Dysplasie, eine seltene Erkrankung, bei der Knochen Auswüchse an verhärtetem Bindegewebe bilden. Operieren lassen wollte sich Manfred S. aus Angst vor einer möglichen Amputation lange nicht. Erst als er seinen Kopf beim Fahrradfahren nicht mehr weit genug für einen Seitenblick drehen konnte, wagte der heute 60-Jährige den Weg zum Chirurgen. Professor Schmelzeisen führte die mehrstündige Operation gemeinsam mit Privatdozent Dr. Pit Jacob Voss, Oberarzt an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Freiburg,

„Die Ursache für die jahrzehntelang kontinuierlich wachsende Geschwulst: Fibröse Dysplasie“

Computertomografische Aufnahme des Kopfes – die krankhafte Knochenneubildung ist rot eingefärbt

IM OP



Digitale Simulation des Kiefers mit farbigen Schnittschablonen

durch. „Alternativ hätte man sich in dieser Situation für das vollständige Entfernen des größten Teils des Unterkiefers mit Gewebeersatz von einem anderen Knochen entscheiden können“, sagt Dr. Voss. „Uns war es aber wichtig, den Kiefer mit seinen Funktionen zu erhalten. Dies war möglich aufgrund des extrem langsamen Wachstums der Veränderung.“

DIGITALE OPERATIONSPLANUNG

Die Spezialisten glichen Röntgenbilder und digitale Simulationen von Manfred S. Kiefer vorab mittels statistischer Vormodelle mit zahlreichen „gesunden“ Kiefern ab. So ließ sich – trotz der enormen Wucherung – feststellen, welches Gewebe entfernt werden konnte, ohne wichtige Nerven und Blutgefäße zu verletzen. Digitale Computersimulationen dienten auch als Vorlage für spezielle Schnittschablonen aus dem 3-D-Drucker. „Schneidet man an so einer Schablone entlang, wird das Ergebnis in der Regel präziser“, so Dr. Voss. „So lässt sich das Risiko für Komplikationen wie beispielsweise Nervschädigungen und für spätere Nachoperationen heute relativ gering halten“, erklärt der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg. Um Nerven und Blutgefäße zusätzlich zu schonen, wendeten die Chirurgen die minimalinvasive Piezo-Technologie an. Das Gerät schneidet mithilfe von Ultraschallvibrationen Knochengewebe, ohne dabei empfindliches Weichgewebe zu zerstören.

WUCHERUNG ENTFERNT, KIEFER GERETTET

Die Kombination aus virtueller Planung, intraoperativer Kontrollverfahren und langjähriger chirurgischer Erfahrung hat sich gelohnt: Heute kann Manfred S. wieder ein normales Leben führen. Die Operation ist gut verlaufen, die Narbe verheilt – und auch der Seitenblick ist für ihn heute kein Problem mehr.

*Name von der Redaktion geändert.

WENN DIE ANGST ÜBERHANDNIMMT

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Eine Expertin des Universitätsklinikums Freiburg erklärt, wie sie ausgelöst werden, was Betroffene tun können und wie man sich langfristig vor ihnen schützt.

Das Herz schlägt schneller, der Atem wird flacher, nervöses Schwitzen setzt ein: Angst ist ein Gefühl, das jeder Mensch kennt. Als Alarmsystem kann sie in bedrohlichen Situationen überlebensnotwendig sein. „Wenn die Angst jedoch überhandnimmt, das heißt sehr lang, häufig oder ohne konkreten Anlass auftritt und die Betroffenen im alltäglichen, sozialen oder beruflichen Leben einschränkt, kann sie behandlungsbedürftig werden“, erklärt Professor Dr. Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg.

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen – allein in Deutschland sind Studien zufolge mehr als zehn Millionen Menschen betroffen.

„In etwa 50 Prozent der Fälle treten Depressionen und Angststörungen gemeinsam auf“

ANGST HAT VIELE GESICHTER

Es gibt sehr unterschiedliche Formen von krankhaften Ängsten. So spricht man von einer Phobie, wenn Menschen sich unangemessen stark und lange vor einem bestimmten Objekt oder einer Situation fürchten, beispielsweise vor Spinnen, dem bevorstehenden Zahnarztbesuch oder dem Vortrag vor Kollegen. Eine weitere Form von Angst ist die sogenannte Panikstörung, bei der eine körperlich spürbare Angst die Betroffenen plötzlich und ohne äußerlichen Anlass übermannt. „Diese Angstattacken können sehr heftig sein und bei den Patienten bis zur Todesangst führen, da sie zum Beispiel fürchten, einen Herzinfarkt zu erleiden“, sagt Domschke. Häufig ist auch die generalisierte Angststörung. Hier beziehen sich die Ängste und Sorgen der Patienten nicht auf einen konkreten Anlass, sondern auf verschiedenste Lebensbereiche und vor allem das Wohlergehen von nahestehenden Personen.

Auch der Zusammenhang von Ängsten mit anderen psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren zunehmend ins Interesse der Forschung gerückt, beispielsweise das

EPIGENETIK DER ANGST

Ein Schwerpunkt von Professor Dr. Katharina Domschkes Forschung ist das relativ junge Fachgebiet der „Epigenetik der Angst“, das die Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg unter anderem im Rahmen des von der DFG geförderten Sonderforschungsbereichs „Furcht, Angst, Angsterkrankungen“ und des BMBF-geförderten Psychotherapieverbunds „PROTECT-AD“ bearbeitet. In ihrer Arbeitsgruppe beschäftigt Domschke sich mit biochemischen „An- und Ausschaltern“ von bestimmten Angst-Genen. Diese können beispielsweise durch Stress, besondere Lebensereignisse, Hormone, Ernährung und auch Psychotherapie oder Medikamente betätigt werden. So kommt der Epigenetik eine Schlüsselfunktion bei Angsterkrankungen zu, da sie eine Art Dolmetscher im Zusammenspiel von biologischen Risikofaktoren und Umwelteinflüssen darstellt. Sie könnte in Zukunft dabei helfen, ein erhöhtes Krankheitsrisiko zu erkennen und frühzeitig präventive Maßnahmen anzubieten.

Zusammenspiel mit depressiven Symptomen. „In etwa 50 Prozent der Fälle treten Depressionen und Angststörungen gemeinsam auf“, erklärt Domschke.

VIELFÄLTIGE URSACHEN

Doch wodurch entwickeln Menschen Angststörungen? „Das hat vielfältige Ursachen“, so Professor Domschke. Zum einen weiß man von einer gewissen genetischen Veranlagung sowie neurobiologischen Risikofaktoren, beispielsweise Störungen in der Funktionsweise der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin. Aber auch traumatische Erlebnisse, starker und langanhaltender Stress, belastende Erlebnisse in der Kindheit oder Drogen können Ängste auslösen.

Zudem scheint das Geschlecht ein Faktor bei der Entwicklung von Angsterkrankungen zu sein. Sie werden bei Frauen etwa zwei- bis dreimal so häufig festgestellt wie bei Männern. „Hierbei ist jedoch nicht ganz sicher, ob Angstsymptome bei Frauen tatsächlich häufiger auftreten oder ob Frauen sich lediglich häufiger professionelle Hilfe holen“, so Domschke.

ERFOLGVERSPRECHENDE THERAPIEN

Die gute Nachricht ist, dass sich Angsterkrankungen gut behandeln lassen. „Mit einer Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten erzielen wir sehr gute Ergebnisse“, so Domschke. Vor allem die kognitive Verhaltenstherapie habe sich als sehr wirksam erwiesen. Bei der medikamentösen Behandlung kommen Antidepressiva wie Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) zum Einsatz, die gut verträglich sind und nicht abhängig machen. „So können wir mehr als 80 Prozent der Patienten bereits ambulant sehr gut helfen. Bei ausgeprägten Symptomen kann sich eine tagesklinische oder stationäre Therapie anbieten“, erläutert die Psychiaterin.

Und wie lässt sich vorbeugen? „Wichtige Schutzfaktoren sind gute soziale Kontakte, regelmäßig Sport, ausreichend Schlaf und Entspannung, wenig schlechter Stress und viel guter Stress beispielsweise in Form einer befriedigenden Arbeit“, so Domschke.

MIT HOCHDRUCK GEGEN PROSTATABESCHWERDEN

Jeder dritte Mann über 65 Jahre hat Probleme beim Wasserlassen. Oft ist die Prostata schuld. Doch viele Männer verdrängen das Problem. Dabei gibt es heute viele schonende Verfahren, wie Professor Dr. Christian Gratzke, Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie, erklärt.

Herr Professor Gratzke, welche Aufgabe hat die Prostata und was passiert, wenn sie wächst?

Die Prostata ist eine etwa kastaniengroße Drüse. Sie liegt direkt zwischen Harnblase und Schließmuskel und umgibt die Harnröhre. Ihre Aufgabe ist es, einen großen Teil der Samenflüssigkeit zu produzieren. Wird die Prostata mit dem Alter größer, wächst sie häufig „nach innen“ und die Harnröhre wird in diesem Bereich enger. Das kann die Blase, die letztlich ein Muskel ist, zunächst kompensieren. Später allerdings verbleibt ein Teil des Urins in der Blase nach dem Wasserlassen zurück – es bildet sich Restharn – und ein unangenehmer Harndrang kann entstehen. Viele Betroffene leiden im Alltag sehr darunter, schämen sich aber darüber zu sprechen.

„Diese Verfahren entfernen zunächst kein Gewebe, sondern können die prostatische Harnröhre mechanisch weiten“

Gerade Patienten mittleren Alters haben Angst, eine Behandlung könnte ihre Sexualität beeinträchtigen. Stimmt das immer?

Nein, es gibt viele Patienten, bei denen die Sexualität erhalten werden kann. Bei leichten bis mittleren Beschwerden lassen sich die Beschwerden mit Medikamenten behandeln. Einige dieser Medikamente lassen die Prostata schrumpfen, andere entspannen die Harnröhre, weswegen der Harnstrahl wieder stärker wird. Manche Patienten möchten keine Medikamente nehmen oder sie fürchten die Nebenwirkungen. Bei diesen Patienten können sogenannte minimalinvasive Techniken eingesetzt werden. Diese Verfahren entfernen zunächst kein Gewebe, sondern können die prostatische Harnröhre mechanisch weiten (Urolift-Verfahren), die Prostata durch Hitze verkleinern (Rezum) oder die Harnröhre durch Einschneiden vergrößern (iTind). Bei diesen Methoden besteht kaum ein Risiko für die Sexualität. Dazu gehört auch, dass der Samenerguss weiterhin nach außen erfolgen kann.

Bei stärkerem Prostatawachstum muss Gewebe entfernt werden. Welche neuen Entwicklungen gibt es hier?

Die neueste Entwicklung ist das sogenannte Aquablationsverfahren. Dabei wird mit einem kalten Hochdruckwasserstrahl Prostatagewebe entfernt, sodass die Harnröhre stärker geöffnet wird. Weil bei der Methode keine Hitze entsteht, nehmen auch die für eine Erektion wichtigen Nerven keinen Schaden. Auch ein Samenerguss ist oft weiterhin möglich. Der robotergestützte Eingriff selbst dauert gerade einmal 20–30 Minuten und kann sehr präzise geplant werden. Darum sind die Chancen auf eine unveränderte Sexualität gut.

Professor Dr. Christian Gratzke hat in München und Wien studiert und war zuletzt als Leitender Oberarzt an der Urologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig. Seit Oktober 2018 ist er Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Freiburg. Zu seinen Schwerpunkten gehört die minimalinvasive Diagnostik und Therapie von Prostatakarzinomen.

Wie lässt sich eine stark vergrößerte Prostata behandeln?

In solchen Fällen ist die in Freiburg bestens etablierte Holmium-Laser-Methode (HoLEP) das Mittel der Wahl. Dabei wird das gesamte Adenom (der Drüsenanteil der Prostata) entfernt und der Patient ist dauerhaft beschwerdefrei. Diese Operation gilt als Referenz-Verfahren oder sogenannter Gold-Standard. Die meisten Patienten profitieren von dieser Methode. Das Universitätsklinikum Freiburg ist einer der größten Anbieter dieser Technik in Deutschland. Aber auch die Resektion der Prostata (im Volksmund oft als „Hobeln“ bezeichnet) ist bei kleineren Prostaten eine sehr gute Möglichkeit, Abhilfe der Beschwerden zu schaffen. Hier kann häufig sogar der Samenerguss erhalten bleiben.

Wie entscheiden Sie, welche Methode angewendet wird?

Neben der Stärke der Beschwerden und der Größe der Prostata ist vor allem der Wunsch des Patienten ausschlaggebend: Ist ihm eine dauerhafte Beschwerdefreiheit wichtig oder eine unveränderte Sexualität? Deshalb sprechen wir mit jedem Patienten ausführlich über die jeweiligen Vor- und Nachteile. Die Verfahren, die Gewebe abtragen (HoLEP, Resektion), verschaffen in der Regel über viele Jahre eine deutliche Besserung der Beschwerden. Alle anderen minimalinvasiven Verfahren haben in der Regel eine kürzere Wirkdauer. »

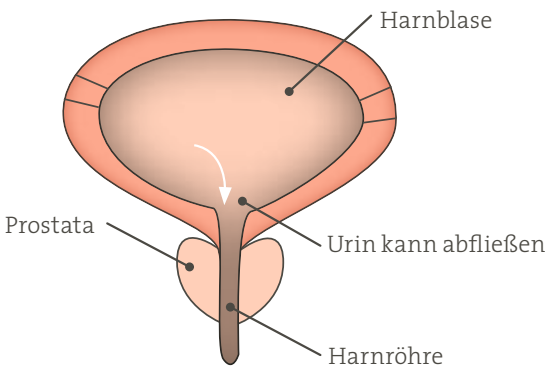
„Der Wunsch des Patienten zählt: Ist ihm eine dauerhafte Beschwerdefreiheit wichtig oder eine unveränderte Sexualität?“

PROSTATA-BEHANDLUNG PER WASSERSTRAHL

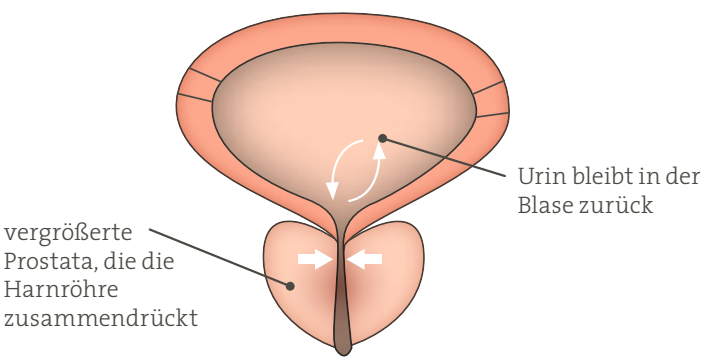
INKONTINENZ NACH OP

Eine kurzzeitige Inkontinenz ist nach einer Prostata-Operation nicht selten. Zuvor hatte die vergrößerte Prostata zum Kontinenzmechanismus beigetragen und der Schließmuskel war zwar nicht „arbeitslos“, musste aber deutlich weniger stark funktionieren. Nach der Operation muss er wieder lernen, seine volle Stärke zu entwickeln. „Mit gezieltem Beckenbodentraining erlangen viele Betroffene die Kontrolle wieder“, macht Oberarzt Dr. Arndt Katzenwadel Mut. Er ist Koordinator des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums am Universitätsklinikum Freiburg. Hier werden Männer und Frauen ausführlich zu konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten bei Inkontinenz beraten.

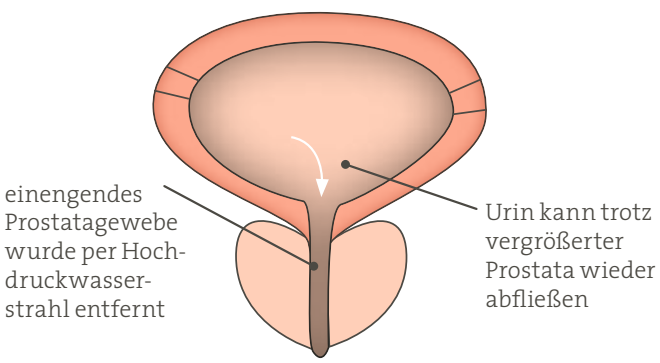
Gesunde Prostata



Vergrößerte Prostata



Nach Aquablation-Behandlung



„EIN NEUGIERIGER, RESPEKTVOLLER DIALOG“

Ob Aggression, Depression oder Magersucht: Psychische Symptome galten lange als Ausdruck innerseelischer Konflikte. Warum die systemische Therapie das gesamte Umfeld des Betroffenen einbezieht, erklärt Professor Dr. Stefan Schmidt.

Herr Professor Schmidt, Sie haben seit Juli 2018 die erste Professur für Systemische Familientherapie in Deutschland inne. Was ist an dieser Therapieform besonders?

Aus der systemischen Perspektive wird auffälliges Verhalten nicht als Problem einer einzelnen Person gesehen, sondern als eine Reaktion auf das soziale Umfeld des Betroffenen. Die Systemische Familientherapie nimmt daher die Beziehungen und die Kontexte in den Blick, in denen die Einzelnen leben: als Partner oder Partnerin in einer Paarbeziehung, als Familienmitglied, aber auch als Person mit besonderem kulturellem und/oder religiösem Hintergrund. Individuelle Symptome werden im Zusammenhang mit krankheitserzeugenden und -aufrechterhaltenden Beziehungsmustern gesehen. So hat ein Jugendlicher, der die Schule schwänzt, nicht unbedingt Probleme mit dem Lernen. Möglicherweise kann das Verhalten auch aus der familiären Situation zu Hause sinnvoll erklärt werden. Da gibt es vielleicht eine depressive Mutter, die nicht gerne alleine ist – oder das Schulproblem kann vom Ehestreit der Eltern ablenken. »

SYSTEMISCHE THERAPIE WIRD KASSENLEISTUNG

Im November 2018 bestätigte der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie für Erwachsene und schuf damit eine wichtige Voraussetzung, damit die Kosten der systemischen Psychotherapie künftig von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden können. Im Lauf des Jahres 2019 sollen die Richtlinien des G-BA entsprechend angepasst und Einzelheiten der praktischen Anwendung geregelt werden.

Wenn das soziale Umfeld krank macht – wo kann die Therapie konkret ansetzen?

Als systemischer Therapeut möchte ich die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten erweitern. Durch besondere Frage- und Gesprächstechniken regt der Therapeut an, dass Annahmen über die Beziehungen und Motive der Familienmitglieder ausgesprochen und hinterfragt werden. Ich sehe mich als Therapeut dabei nicht als Experte, der eine fertige Lösung vorgibt. Ich führe vielmehr einen neugierigen, respektvollen Dialog mit den Beteiligten und unterstütze sie darin, neue Perspektiven und befriedigendere Muster des Zusammenlebens zu entwickeln.

„Therapeut und Klienten legen gemeinsam fest, wie häufig und in welcher Form die Therapie stattfinden soll“

Wie läuft eine Systemische Therapie ab?

Therapeut und Klienten legen gemeinsam fest, wie häufig und in welcher Form die Therapie stattfinden soll. In den einzelnen Sitzungen wird mit allen Mitgliedern des betroffenen sozialen Systems gearbeitet, idealerweise mit zwei Therapeuten. Es kann aber auch mit einzelnen Personen systemisch gearbeitet werden. Es gibt dazu verschiedene Möglichkeiten, nicht anwesende Personen zu repräsentieren und die Beziehungen im System sichtbar zu machen.

Und bei welchen Problemen empfehlen Sie diese Therapieform?

Immer dann, wenn die Fähigkeiten der Familienmitglieder zur gegenseitigen Unterstützung verbessert werden sollen. Dies gilt insbesondere bei schwierigen Lebenssituationen, schweren psychischen oder physischen Krankheiten oder beim Tod eines Familienangehörigen. Viele Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik leiden an Symptomen, für die sich keine organischen Ursachen finden lassen und die mit Stress in sozialen Systemen zusam-

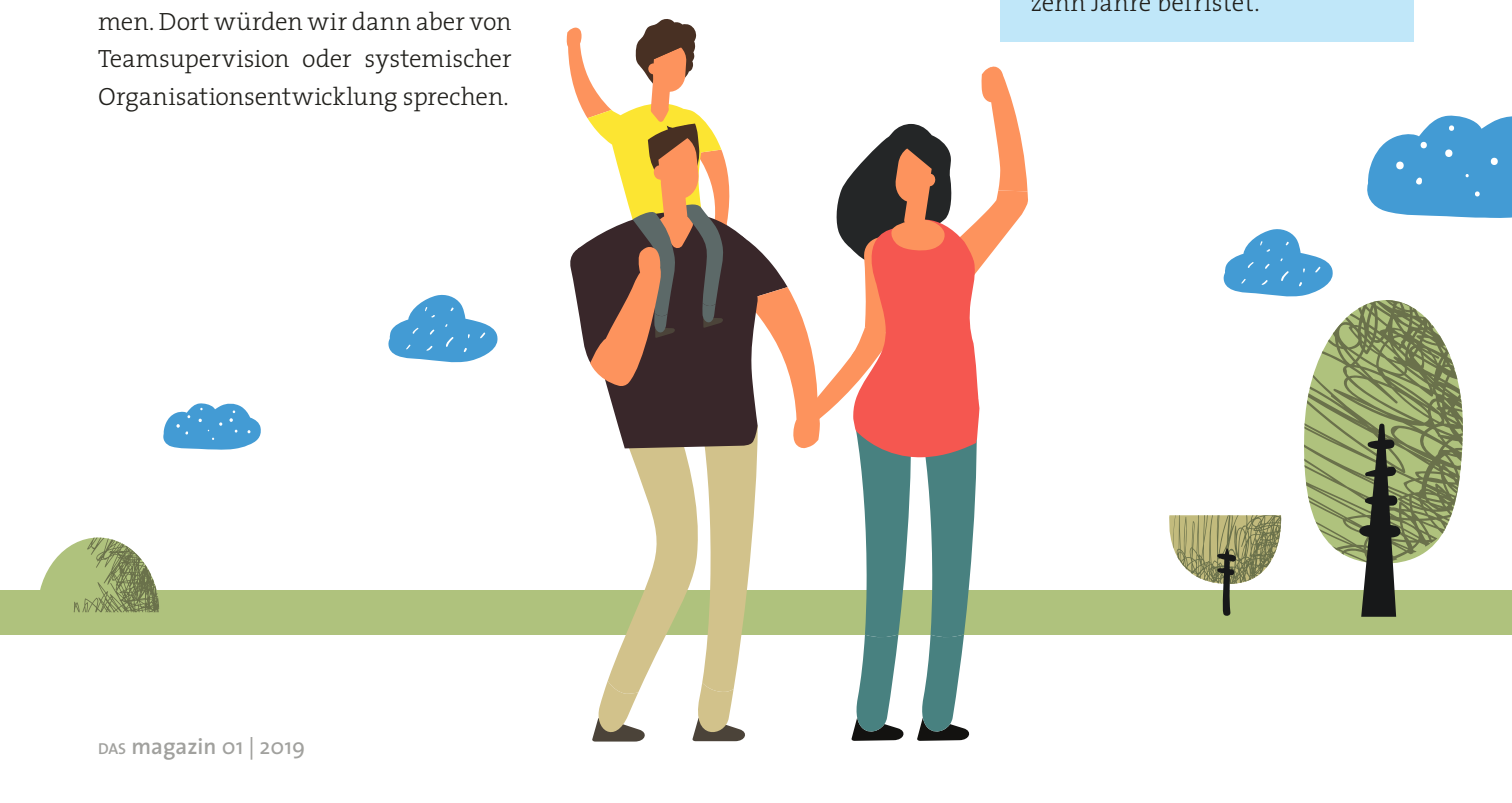
menhängen. Hier kann die Systemische Therapie den Blick für die soziale Einbettung öffnen. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass die Systemische Therapie auch bei auffälligem oder kriminellem Verhalten, Drogenmissbrauch, Essstörungen, Depression und Schizophrenie sehr wirksam eingesetzt werden kann.

„Ziel der Therapie ist es, die Fähigkeiten zur gegenseitigen Unterstützung zu verbessern“

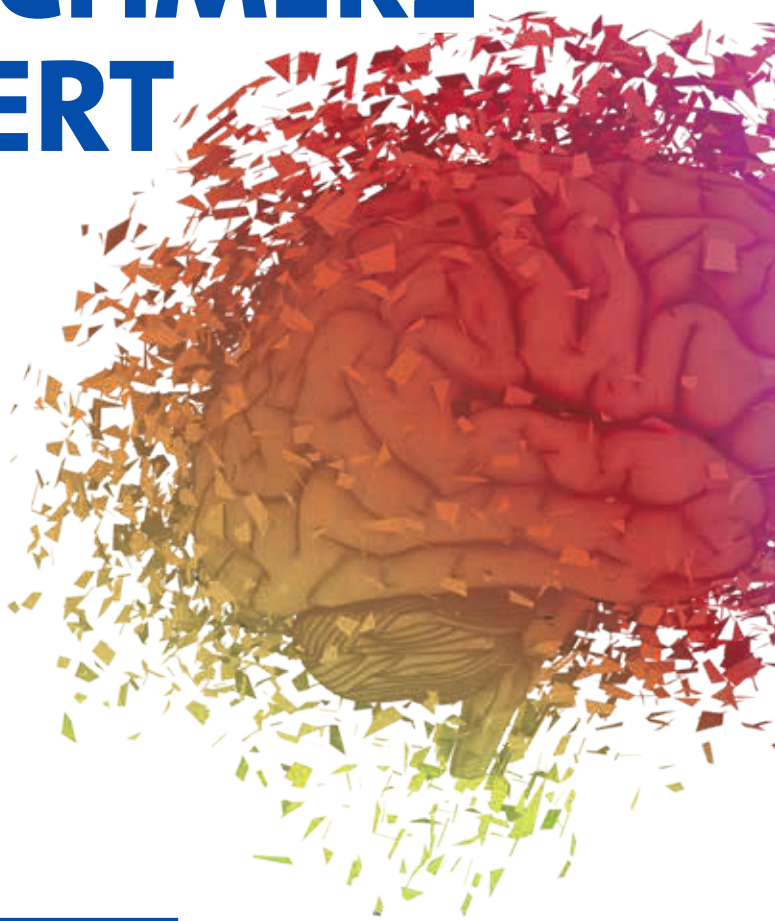
Lässt sich der systemische Ansatz auch außerhalb von Familien anwenden?
Definitiv. Die Systemische Perspektive lässt sich überall anwenden, wo Menschen in ihren Beziehungsmustern auf Probleme stoßen, beispielsweise auch innerhalb von Unternehmen. Dort würden wir dann aber von Teamsupervision oder systemischer Organisationsentwicklung sprechen.

Sie haben in den zurückliegenden Jahren viel zum Thema Achtsamkeit geforscht. Lässt sich das Prinzip der Achtsamkeit mit dem systemischen Ansatz kombinieren?
Durchaus. Die beiden Ansätze stammen zwar aus völlig unterschiedlichen Kontexten: Die Systemische Therapie ist in Italien und den USA entstanden, die Praxis der Achtsamkeit ist von der buddhistischen Philosophie geprägt. Dennoch weisen beide Ansätze vor allem in ihren theoretischen Grundlagen verblüffende Übereinstimmungen auf, zum Beispiel bezüglich der Selbstorganisation von Systemen. Die in der Achtsamkeitsmeditation erworbene Grundhaltung der Akzeptanz, Offenheit und Neugier ist auch für das systemische Arbeiten ein idealer Ausgangspunkt, weshalb wir diese beiden Herangehensweise in der Therapieausbildung kombinieren.

Professor Dr. Stefan Schmidt hat 2002 in Freiburg in Psychophysiologie promoviert. Er war Stiftungsprofessor an der University for the Humanities in Utrecht/Niederlande und Juniorprofessor für Transkulturelle Gesundheitswissenschaften an der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt (Oder). Seit Juli 2018 leitet er den Bereich Systemische Gesundheitsforschung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg und hat die Stiftungsprofessur für Systemische Familientherapie inne. Die Professur wurde von der Luisenklinik Bad Dürrheim gestiftet und ist zunächst auf zehn Jahre befristet.



DEN KOPFSCHMERZ WEGOPERIERT



Schwerste Kopfschmerzen im Stehen, die im Liegen wieder verschwinden: Hinter diesen Beschwerden steckt oft ein Unterdruck im Gehirn. Ärzte des Universitätsklinikums Freiburg haben die Ursache gefunden und können viele Betroffene heilen.

Der Kopfschmerz von Katharina P. war überwältigend. Er kam beim Aufstehen und war so stark, dass es die 29-jährige Psychologin nur wenige Minuten im Sitzen oder Stehen aushielt. Im Liegen verschwanden die Beschwerden wieder. Doch Ärzte in Wien, Paris und Straßburg nahmen sie nicht ernst oder konnten ihr nicht helfen. Professor Dr. Jürgen Beck, Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Freiburg, glaubte ihr und begab sich auf die Suche nach der Ursache. „Solche Lage-Kopfschmerzen, auch als orthostatische Schmerzen bezeichnet, sind extrem belastend und können die Betroffenen im alltäglichen Leben sehr stark einschränken“, sagt Beck.

GEHIRN AUF DEM TROCKENEN

Der häufigste Grund für diese Beschwerden ist das sogenannte Liquorverlustsyndrom. Dabei fließt

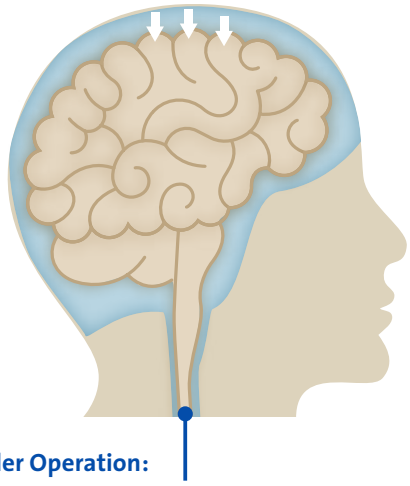
„Dadurch entsteht ein Unterdruck und das Gehirn liegt buchstäblich auf dem Trockenen“

Liquorflüssigkeit, die eigentlich das Gehirn und das Rückenmark entlang der Wirbelsäule umspült, aus dem geschlossenen System aus. „Dadurch entsteht ein Unterdruck und das Gehirn liegt buchstäblich auf dem Trockenen“, erklärt der Neurochirurg. Auch Ohrgeräusche, Lichtscheu, Übelkeit sowie Wahrnehmungsstörungen können auftreten. Dazu kommen unspezifische Beschwerden wie eine erhöhte Herzfrequenz, Konzentrationsstörungen und Schwindel, die im Liegen nachlassen.

Hinweise auf das Vorliegen des Liquorverlustsyndroms liefert häufig die MRT-Bildgebung. Ob und wo das Leck liegt, muss mit weiteren Untersuchungen geklärt werden. In etwa der Hälfte der Fälle lässt sich das Liquorleck durch einen sogenannten Blutpatch verschließen. Professor Dr. Horst Urbach, Ärztlicher Direktor der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Freiburg, und sein Team haben damit sehr viel Erfahrung. „Dabei wird dem Patienten ein wenig körpereigenes Blut entnommen und unter Durchleuchtungs- oder CT-Kontrolle direkt ans Liquorleck gespritzt. Das Blut verklumpt und dichtet so das Loch ab“, erklärt er.

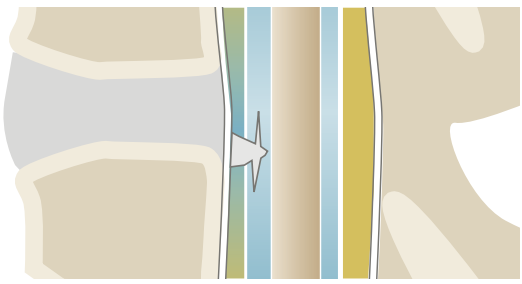
STICH IN DIE HIRNHAUT

Manchmal ist das Liquorleck schwer zu finden. Bei Katahrina P. hatte sich an einem Wirbel aus Ablagerungen ein winziger Knochensporn gebildet und wie eine Nadel ein Loch in die Hirnhaut gerissen. Mit einem Blutpatch ließ sich das Leck nicht



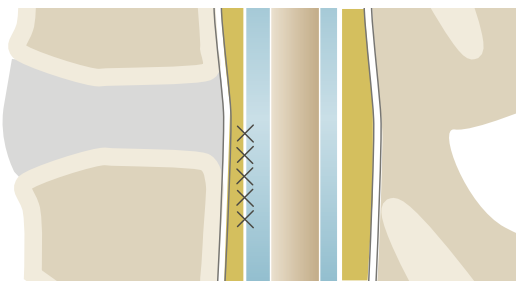
Ist zu wenig Hirnflüssigkeit vorhanden, sackt das Gehirn im Sitzen oder Stehen leicht nach unten und die Betroffenen haben heftigste Kopfschmerzen.

Vor der Operation:



Wie ein Rasiermesser schneidet ein Knochensporn in die Haut, die Gehirn und Rückenmark umgibt.

Nach der Operation:



In einer einzigen Operation kann der Sporn entfernt und das Leck genäht werden. Die Patienten sind dann geheilt.

90 %

Mehr als 90 Prozent der Patienten mit Knochensporn können geheilt werden.

abdichten. Als Beck das Problem erkannt hatte, entwickelte er ein komplexes mikrochirurgisches Verfahren, das gleichzeitig sehr wirksam und schonend ist. In einer einzigen Operation entfernt das Team den Sporn und näht das Leck mit einem Stich. Mittels Ultraschall, spezieller Farbstoff-Techniken und einer Nervenmessung wurde der Eingriff jederzeit genauestens kontrolliert.

„Erstmals können wir die Betroffenen heilen, und zwar mehr als 90 Prozent der Patienten mit Knochensporn", sagt Beck. Mittlerweile wurden weltweit rund 300 Menschen auf diese Weise operiert. Doch der Neurochirurg schätzt, dass mit dem Verfahren viel mehr Betroffenen geholfen werden könnte: „Die Dunkelziffer unerkannter Fälle ist mit Sicherheit sehr hoch."

Üblicherweise verspüren die Patienten sofort nach dem chirurgischen Eingriff eine Besserung der Symptome. Auch Katharina P. ist nach der Operation geheilt. Sie hat keine Kopfschmerzen mehr und ist in ihren Beruf zurückgekehrt. Nach Freiburg muss sie nur noch einmal im Jahr – zur Kontrolle.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

IGOR
RETTUNGSSANITÄTER

ELMA
GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERIN

BIRTE
ÄRZTIN UND WISSENSCHAFTLERIN

CHRISTIAN
ARZT UND WISSENSCHAFTLER

HOCHLEISTUNGSMEDIZIN BEGINNT MIT EINEM GUTEN TEAM

Jetzt bewerben unter
uniklinik-freiburg.de/karriere

© Britt Schilling Fotografie