



Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz

Klinikum Konstanz

Konsil im Konzil – Moderne Medizin im Dialog



Herausgeber:
Klinikum Konstanz
www.glkn.de

Impressum

„Konsil im Konzil“ – Das Büchlein zur Reihe

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

Klinikum Konstanz, Mainaustraße 35, 78467 Konstanz

Ausgabe 1 / 2021, Auflage: 2.000 Expl.

V.i.s.d.P.: Marcus Schuchmann

Text und Konzept: Kerstin Conz, E-Mail: conz@freitek.com

Lektorat: Regine Weisbrod, Fotos: Ulrike Sommer

Gestaltung und Titel: Werner Merk, Unternehmenskommunikation GLKN

Druck: www.winz-druck.de

Inhalt

- 7** **Willkommen mit Blaulicht** – Zentrale Notaufnahme
- 13** **Bitte einschlafen – Abflug im OP** – Operationsaal
- 19** **Alles, nur kein Bergamo** – Die Corona-Pandemie erreicht das Klinikum Konstanz
- 25** **Kleiner Schnitt, große Wirkung** – Minimalinvasive Chirurgie
- 31** **Wenn jede Sekunde zählt** – Herzinfarkt und Schlaganfall
- 37** **Neue Hoffnung bei Krebs** – Krebszentrum Konstanz
- 43** **Warum Pathologen nicht im Tatort mitspielen dürfen** – Pathologie
- 49** **Blutvergiftung – die unterschätzte Gefahr** – Intensivmedizin
- 55** **Neue Chancen für die Leber** – Leberzentrum Konstanz
- 61** **Wenn plötzlich die Luft wegbleibt** – Lungenzentrum Bodensee
- 67** **Zähne, Hautkrebs, Leoparden** – Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 73** **Dem Kropf an den Kragen** – Schilddrüsenzentrum Bodensee
- 79** **Harmlose Krampfadern gibt es nicht** – Klinik für Gefäßchirurgie
- 85** **Wenn's nicht mehr rundläuft** – Orthopädie
- 91** **Das Kreuz mit dem Kreuz** – Rückenzentrum
- 97** **Wenn die Pfunde nicht purzeln** – Adipositaszentrum Bodensee
- 103** **Hoppla, jetzt komm ich** – Kreißaal
- 109** **Abschied ist immer traurig** – Palliativstation
- 115** **Übersicht der Fachabteilungen am Klinikum Konstanz**

Zum Geleit

Liebe Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Konstanz,

die Corona-Pandemie hat uns eindrücklich gelehrt, wie wichtig es für uns alle ist, eine leistungsfähige und funktionierende Gesundheitsversorgung vor Ort zu wissen. Wir sind froh um den Gesundheitsverbund, der es erlaubt, unsere Krankenhäuser im Landkreis im Sinne der Bedürfnisse unserer Bürgerinnen und Bürger zu führen. Das gilt im Besonderen in ernstesten Belastungssituationen, wie wir sie derzeit erleben.

Ich nutze die Gelegenheit, um mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsverbunds für ihr überragendes Engagement in der Corona-Krise zu bedanken.

Das vorliegende Büchlein soll Ihnen das Klinikum Konstanz und einige dort arbeitende Menschen und ihre Fachdisziplinen vorstellen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre.

Herzliche Grüße und bleiben Sie gesund!

Landrat Zeno Danner
Aufsichtsratsvorsitzender GLKN

Vorwort

Liebe Konstanzerinnen und Konstanzer, liebe Patienten, Angehörige und Interessierte,

bereits elfmal durften wir Sie in den vergangenen fünf Jahren zum Konsil ins Konzil einladen. Über den Zuspruch zur Veranstaltungsreihe haben wir uns sehr gefreut. Die Abende boten Raum, Ihnen Entwicklungen in der Medizin vorzustellen, und erlaubten uns, Ihnen einige der Menschen zu präsentieren, die am Klinikum für Ihre medizinische Versorgung verantwortlich sind. Nun hat das Corona-Virus natürlich auch uns an dieser Stelle einen dicken Strich durch unsere Planung gemacht. Wir melden uns deshalb nach dem ersten Jahr der Pandemie mit einem Büchlein, damit wir in Kontakt bleiben.

Im Krankenhaus beschäftigt uns die Pandemie weiterhin, aber wir sind froh, dass wir inzwischen parallel wieder in gewohnter Weise allen Patientinnen und Patienten zu Verfügung stehen. Wir sind froh um die Unterstützung unserer kommunalen Gesellschafter und dankbar, dass wir auch unter den aktuell schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen eine breite medizinische Versorgung vorhalten können, die auch höchsten Ansprüchen gerecht wird.

Wir hoffen, Ihnen gefällt unser Büchlein, und wünschen Ihnen eine interessante und unterhaltsame Lektüre.

Ihnen danken wir für die anhaltende Unterstützung unseres Klinikums und wünschen Ihnen persönlich alles Gute.

Bleiben Sie gesund!

Prof. Dr. Marcus Schuchmann
Ärztlicher Direktor
Klinikum Konstanz

Dipl.-Vw. Bernd Sieber
Vors. der Geschäftsführung
GLKN

Dipl.-Verww. Rainer Ott
Geschäftsführer
GLKN

Zentrale Notaufnahme



„Die Patientenzahlen der Notaufnahmen steigen deutschlandweit seit Jahren dramatisch“, sagt Ivo Quack, Leiter der Zentralen Notaufnahme am Konstanzer Klinikum. Rund 60 Menschen werden hier jeden Tag behandelt.

Zentrale Notaufnahme

Willkommen mit Blaulicht

Die Zahl der Patienten in Notaufnahmen steigt seit Jahren dramatisch. Dabei könnte die Hälfte auch von niedergelassenen Ärzten oder in der ärztlichen Notfallpraxis versorgt werden. Bei bestimmten Beschwerden sollte man jedoch nicht zögern, die 112 zu wählen, sagt der Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Prof. Dr. Ivo Quack.

„Blaulicht und Martinshorn gehören in der Notaufnahme zum Alltag. Trotzdem sind wir immer in Alarmbereitschaft, wenn der Rettungswagen kommt oder der Hubschrauber bei uns landet. Wenn eine verunglückte Patientin oder ein verunglückter Patient eintrifft, stehen Unfallchirurg, Narkoseärztin, Allgemeinchirurg und die Pflegenden in der Regel schon bereit. Seit 2021 bekommen wir sogar über einen Monitor angezeigt, wer eingeliefert wird. Dann sind wir schon mit einem Blick im Bild und können noch besser planen.

Da wir rund um die Uhr auch Herzinfarkte und Schlaganfälle behandeln können und über einen Hubschrauberlandeplatz verfügen, haben wir hier in Konstanz den

höchsten Level der Notfallversorgung erhalten. Unsere Notaufnahme im Neubau ist nicht nur sehr modern ausgestattet, sondern auch interdisziplinär. Früher gab es an vielen Häusern eine chirurgische und eine internistische Ambulanz. Im schlimmsten Fall wurden die Patienten dann zwischen den Abteilungen hin- und hergefahren. Hier bei uns kommen die Ärzte und Ärztinnen aus den verschiedenen Fachrichtungen zum Patienten. Das ist sehr viel besser. Rund um die Uhr sind immer zwischen drei und fünf Ärzte auf Abruf. Hinzu kommen vier Pflegekräfte.

Eigentlich müsste die Arbeit bei uns immer weniger werden, denn die Zahl der Verkehrstoten ist seit 1970 um 82 Prozent

zurückgegangen, und bei den Herzinfarkten haben wir seit 1998 einen Rückgang um rund ein Drittel. Auch bei den Arbeitsunfällen hat sich durch Schutzkleidung und Schutzbrillen vieles verbessert. Trotzdem steigen die Patientenzahlen der Notaufnahmen deutschlandweit seit Jahren dramatisch.

Auch in der Konstanzer Notaufnahme behandeln wir immer mehr Menschen, pro Jahr etwa 20 000. Das macht etwa 60 am Tag. Gut ein Drittel der Patienten sind über 70 Jahre alt, etwa fünf Prozent sind sogar über 90.

Der Ablauf in einer Notaufnahme ist streng geregelt. Jeder Patient erhält direkt eine standardisierte Ersteinschätzung, die die Behandlungsdringlichkeit festlegt. Wir kümmern uns immer erst um die lebensgefährlichen Symptome wie Atem- oder Kreislaufbeschwerden. Auch ein Verdacht auf Schlaganfall oder Hirnblutung hat oberste Priorität. Danach schauen wir, ob etwas gebrochen ist, versorgen die Wunden, machen Röntgenaufnahmen und ein CT. Nach der Erstversorgung beginnen wir mit der Ursachensuche, warum jemand zum Beispiel gestürzt ist. Ist er oder sie einfach nur gestolpert, oder liegt eine Blutvergiftung, Herzrhythmusstörungen oder ein Schlaganfall zugrunde? Ein klassischer Notfall ist ein Patient, der zu Hause gestürzt ist und vom Rettungsdienst geborgen wird, weil er nicht mehr alleine hochkommt.

Nur jeder fünfte Patient in der Notaufnahme ist schwer oder gar lebens-

gefährlich verletzt. Aber immerhin ein Drittel muss dringend behandelt werden. Jeder zweite Patient könnte auch von niedergelassenen Ärzten versorgt werden. Die Patienten sind allerdings oft unsicher, wie schwer ihre Erkrankung wirklich ist. So kommen zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund wie in ihrem Herkunftsland üblich direkt in die Klinik. Viele kennen auch die Nummer des ärztlichen Notfalldienstes nicht und wenden sich daher abends oder am Wochenende mit einer Erkältung an uns.

**„Bei Atemnot, starken Schmerzen, Brustschmerzen, Lähmungen oder einem Unfall ruft man den Notarzt unter 112.“
Ivo Quack, Zentrale Notaufnahme.**

Als Faustregel kann man sich merken: Bei Atemnot, starken Schmerzen, Brustschmerzen, Lähmungen oder einem Unfall ruft man den Notarzt unter 112. Mit einer Erkältung, Fieber, Brechdurchfall, leichten Bauch- oder Rückenschmerzen ruft man die Nummer 116 117 an oder sucht die ärztliche Notfallpraxis auf, die am Wochenende und an Feiertagen bei uns in der Zentralen Notaufnahme untergebracht ist. Unter der Woche wird man außerhalb der Sprechzeiten unter der 116 117 mit dem Bereitschaftsdienst verbunden, der bei Bedarf sogar Hausbesuche macht.

Eine Gruppe, die uns zunehmend beschäftigt, ist die ‚Generation Blaulicht‘. Diese 18- bis 39-Jährigen haben oft gar keinen Hausarzt. Bei Beschwerden googeln sie nach den Symptomen und stoßen dann schnell auf ernste Krankheitsbilder. Und so ruft man mal eben den Rettungsdienst, nur weil man erbrochen hat.

Das Problem ist bekannt. Inzwischen gibt es sogar Überlegungen aus der Politik zu mehr Gesundheitserziehung. Aber die Leute haben wirklich Angst. In unserem Kulturkreis wird das nur häufig nicht ausgesprochen. Die Patienten oder Angehörigen werden dann eher aggressiv. Das erleben wir regelmäßig. Manchmal gibt es auch ein Vorereignis, das Ängste hervorruft. Letzte Woche hatten wir einen Patienten, der fürchtete, eine Gräte verschluckt zu haben. Der Hals-Nasen-Ohren-Arzt konnte aber keine entdecken. Da wir keine stationäre HNO-Abteilung haben, wollten wir ihn zu weiteren Untersuchungen des Kehlkopfs nach Villingen-Schwenningen überweisen. Seine Frau hatte wahnsinnige Angst. Als ich dann mit ihr gesprochen habe, kam heraus, dass ihr Kind an einer eingeatmeten Erdnuss erstickt war. Da war uns natürlich sofort klar, weshalb sie solche Angst hatte. Aber man muss erst einmal herausfinden, was hinter dem Verhalten der Menschen steckt.

Drehstühle und Stolperfallen

40 Prozent unserer Patientinnen und Patienten kommen mit Brüchen, Verstauchungen, Platz- oder Schnittwunden

in die Unfallchirurgie. Ursache sind häufig Fahrrad-, Motorrad- oder Autounfälle, aber auch Sportunfälle. Viele Unfälle passieren auch zu Hause. Etwa, wenn man hektisch beim Kochen mit dem Messer hantiert. Teppiche sind klassische Stolperfallen. Nicht gesicherte Leitern, Drehstühle und aufgetürmte Kartons sind beim Draufsteigen ebenfalls gefährlich. Wir hatten schon den Fall, dass jemand beim Fensterputzen über die Balkonbrüstung gestürzt ist. Bei Arbeitsunfällen hat sich durch Helm, Sicherheitsschuhe und Augenschutz vieles verbessert. Beim Arbeiten mit Axt oder Motorsäge sollte man spezielle Hosen tragen und darauf achten, was um einen herum passiert. Schwere Unfälle beim Kitesurfen sind exotisch, kamen allerdings auch schon vor. Da merkt man, dass wir hier am See wohnen. Zum Glück sind diese Unfälle bislang gut ausgegangen. Regelmäßig haben wir Unfälle mit E-Bikes. Wichtig ist, dass man ein Rad kauft, das man sicher beherrscht und das nicht zu schwer ist. Vor allem plötzliches Bremsen sollte man gut üben, damit man nicht unfreiwillig absteigt.

Weitere 40 Prozent unserer Patientinnen und Patienten leiden unter Atemnot, Brustschmerz, starkem Infekt, Verdacht auf Schlaganfall oder Schwindel. Regelmäßig sehen wir Menschen in psychischen Ausnahmezuständen wie Panikattacken. Um diese gut zu betreuen, pflegen wir eine enge Kooperation mit dem Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZfP). Wir haben hier am Klinikum auch einen Stützpunkt des ZfP für Psychosomatik, denn wir sehen auch psycho-

somatische Beschwerden, die sich als Bauchschmerzen oder Brustschmerzen äußern können. Ebenfalls im Haus haben wir eine Thoraxchirurgie, die wir bei Lungen- oder Brustkorbverletzungen konsultieren, sowie eine Gefäßchirurgie, die wir insbesondere bei Durchblutungsstörungen von Diabetikern und Rauchern hinzuziehen. Für komplizierte Kopfverletzungen haben wir Frank Palm und sein Team aus der Mund- und Kieferchirurgie. Sie können diese Patienten sehr versiert versorgen. Das gibt es nicht an vielen Häusern. Die nächsten Standorte sind Ulm, Freiburg oder Donaueschingen.

Kinder kommen zum Spezialisten

Verletzte Kinder werden in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik behandelt. Häufige Verletzungen sind Knochenbrüche nach Stürzen vom Hochbett oder Klettergerüst. Verbieten würde ich das Klettern trotzdem nicht. Schließlich sollten sich die Kinder sicher bewegen lernen. Auch Reitunfälle erleben wir immer wieder, meistens endeten sie zum Glück nur mit Knochenbrüchen oder Gehirnerschütterungen. Verbrühungen sehen wir ebenfalls relativ häufig.

Wenn ein Kind lebensgefährlich verletzt ist, Atemnot oder Kreislaufprobleme hat, wird es hier im sogenannten Schockraum behandelt. Im Schockraum arbeiten alle Fachdisziplinen eng zusammen, um das Kind zu stabilisieren. Wenn ein Kind ‚nur‘ eine Gehirnerschütterung hat, wird es zur Überwachung in der Kinderklinik aufgenommen. Ein Kind mit Bauchschmerzen

kommt ebenfalls direkt in die Kinderklinik. Für diese kleinen Patienten brauchen wir Spezialisten, die sich gut mit Kindern auskennen. Patientinnen mit gynäkologischen Beschwerden wie vorzeitigen Wehen oder Blutungen werden direkt in der Gynäkologie aufgenommen. Dort ist auch der Kreißaal nicht weit. Der Rettungsdienst weiß das.

Als ich 2018 von Düsseldorf nach Konstanz kam, habe ich schnell gemerkt, dass hier am Klinikum ein besonderer Geist herrscht. Wir haben einen topmodernen Klinikneubau und sehr innovative Kolleginnen und Kollegen. So wie hier habe ich das noch nirgends erlebt. Natürlich gibt es trotzdem auch schlechtere Tage. Zum Beispiel, wenn man einem Menschen nicht mehr helfen kann. Am besten geht es uns, wenn wir das Gefühl haben, dass wir den Patienten gut versorgen konnten. Dafür haben wir hier alle Voraussetzungen. Denn im Notfall zählt wirklich jede Minute.“

Prof. Dr. Ivo Quack stammt aus Offenburg und leitet seit 2018 die Zentrale Notaufnahme am Klinikum Konstanz. Zuvor war er unter anderem an der Uniklinik Freiburg und am Universitätsklinikum Düsseldorf tätig. Ivo Quack ist Internist und Nephrologe, also Spezialist für Nierenerkrankungen. In Düsseldorf hat er sich dann auf die Notfallmedizin fokussiert. Er besitzt die Zusatzweiterbildung für Klinische Akut- und Notfallmedizin und ist in diesem Bereich auch als Prüfer und Fachgutachter bestellt.



Operationssaal



„Operieren ist echte Teamarbeit“, sagen der Anästhesist Christian Elbe, die Care-Managerin Senta Heyne und der Chirurg Thomas Kiefer (von links). Für die Patientensicherheit sind gute Kommunikation und standardisierte Abläufe zentral.

Operationssaal

Bitte einschlafen – Abflug im OP

Flugreisen und Operationen haben eins gemeinsam: Wenn etwas schiefläuft, gibt es schnell Tote. Doch gemessen an den hohen Passagierzahlen ist die Luftfahrt in den vergangenen Jahren sehr viel sicherer geworden. Die Medizin hat von den Airlines gelernt und damit die Patientensicherheit entscheidend verbessert.

„Es gibt ein schönes Beispiel aus der Luftfahrt“, sagt der Chirurg Thomas Kiefer. Die Geschichte ist unter Piloten ein Klassiker. Sie handelt von einer Flugbegleiterin, die ihren Piloten auf eine Störung aufmerksam machte. Das Problem: Der Pilot war ein Despot, der sich von seiner Flugbegleiterin nichts sagen lassen wollte. „Er hat sie zusammengestaucht, dass sie sich nicht in Dinge einmischen soll, die sie nichts angehen“, sagt Kiefer. Die Flugbegleiterin sollte Recht behalten. „Am Ende waren alle tot.“ Kiefer erzählt die Geschichte als Beispiel für schlechte Kommunikation, die am Ende allen schadet. „Wenn jemandem etwas auffällt, muss er das sagen“, betont Thomas Kiefer, der als Thoraxchirurg auf

Lungen-OPs und Operationen im Brustraum spezialisiert ist. Der Chirurg als Halbgott in Weiß sei inzwischen passé. „Wir haben einen respektvollen Umgang im OP und lösen die Dinge gemeinsam. Wenn die OP-Schwester sagt: ‚Das geht nicht!‘, dann geht das auch nicht. Im OP ist jeder auf seinem Gebiet ein Profi. Nur so lassen sich Fehler vermeiden.“

Die falsche Seite operieren, das falsche Bein amputieren oder eine Schere im Bauch vergessen, sind solche Klassiker. „Zum Glück ist mir das in über 30 Jahren noch nie passiert“, sagt Kiefer. „Einmal hatte ich schon das Messer in der Hand. Im letzten Augenblick hat aber etwas in mir Halt geschrien.“

Fehler passieren in der Medizin immer wieder. Bereits 2005 habe der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Matthias Rothmund, auf die Bedeutung einer Fehlerkultur zur Verbesserung der Patientensicherheit hingewiesen und die Fluggesellschaften als Vorbilder herangezogen. Das Risiko, abzustürzen, liegt heute laut Lufthansa bei 0,00001 Prozent. Kurz: Fliegen ist extrem sicher.

„Auch wir hier haben von der Luftfahrt viel gelernt.“ Chirurg Thomas Kiefer.

Das war nicht immer so. Aber obwohl die Passagierzahlen zwischen 1970 und 2018 kontinuierlich gestiegen sind, gingen die Todesfälle runter. Der Grund seien genaue Checklisten und standardisierte Prozesse, sagte Rothmund. „Seine These, dass in deutschen Kliniken mehr Menschen durch unerwünschte Zwischenfälle sterben als auf deutschen Straßen, hat damals zu einem riesigen Aufschrei geführt“, sagt Kiefer. „Aber mittlerweile bieten sogar Piloten in Krankenhäusern Seminare dazu an. Auch wir haben von der Luftfahrt viel gelernt.“

Genau wie der Pilot sich mit Copilot und Flugbegleiter abstimmt, muss auch das OP-Team miteinander kommunizieren, sagt der Anästhesist und OP-Manager Christian Elbe. Wenn der Chirurg der Pilot ist, ist der Anästhesist am ehesten der Copilot. Mit den vielen Bildschirmen sehe sein Arbeitsplatz auch ein bisschen aus

wie das Cockpit eines Flugzeugs, sagt Elbe. „Wir sind hier im Neubau top ausgestattet und haben uns kontinuierlich verbessert. Gute Kommunikation und standardisierte Abläufe sind zentral. Denn jeden Tag arbeiten im OP unterschiedliche Teams miteinander. Das muss auch jeden Tag funktionieren. Da kann man nicht einfach mal was ausprobieren“, erklärt der Anästhesist. Insgesamt sei bei jeder Operation ein halbes Dutzend Fachleute beteiligt. Und der Anästhesist muss mit Chirurgen aller Fachrichtungen zusammenarbeiten, von der Augenärztin bis zum Gynäkologen.

Auch für die Arbeitsabläufe ist die Luftfahrt Vorbild. In nur zwei Stunden wird ein doppelstöckiger A380 mit 600 Passagieren abgefertigt. Und das bei höchster Sicherheit. Möglich ist dies durch Checklisten, die in Konstanz auch für den OP eingeführt wurden.

Für die Operation selbst gibt es heute standardisierte Prozessabläufe, ganz ähnlich wie beim Starten oder Landen eines Flugzeugs. Die sogenannte Patientenreise beginnt bereits mit der Aufnahme im Krankenhaus. Ähnlich wie beim Einchecken für den Flug bekommt der Patient ein Armband mit Barcode. Darauf sind alle wichtigen Patientendaten gespeichert. „Das Armband lässt sich nur mit einer Schere entfernen“, sagt Elbe. Am OP-Tag selbst werden Identität und Art des Eingriffs mehrmals überprüft. Das beginnt schon im Zimmer. „An der Schleuse vor dem OP wird nochmals die Identität des Patienten kontrolliert, damit nicht der richtige Patient in den falschen

OP-Saal fährt“, sagt Elbe. „Manche Patienten wundern sich, dass sie so oft das Gleiche gefragt werden, aber dieser Doppelcheck ist unser Weg zur Patientensicherheit.“

Fester Bestandteil der Patientensicherheit ist das sogenannte Team-Time-Out. Bevor die OP-Schwester oder der OP-Pfleger dem Chirurgen oder der Chirurgin das Skalpell reicht, hält das komplette Team einen Moment inne. Dabei wird der Patient nochmals identifiziert, die Besonderheiten des Eingriffs besprochen und der Eingriffsort ein weiteres Mal wiederholt und bestätigt. „Dieses sogenannte Team-Time-Out wurde 2006 als Maßnahme in der Chirurgie eingeführt und hat die Sterblichkeit nachweislich gesenkt“, erklärt Elbe.

„Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen ist wichtig.“ Care-Managerin Senta Heyne.

Auch für den Fall eines plötzlichen Triebwerksausfalls, also eines Herzstillstands oder Problemen mit der Atmung, gibt es im Konstanzer Klinikum Checklisten, an die sich das OP-Personal strikt hält. „Wichtig ist, dass man gleich am Anfang Hilfe holt und nicht erst, wenn die Situation sich dramatisch zugespitzt hat“, sagt Elbe. Außerdem müsse man das Szenario für sich selbst vorab durchgespielt haben,

damit man im Ernstfall nicht überrascht ist. „Allen muss klar sein, um welchen Notfall es sich handelt und was zu tun ist.“ Eine wichtige Rolle für den reibungslosen Ablauf spielen die OP-Schwester oder der OP-Pfleger. Sie bereiten das Material für die Operation vor und sind ähnlich wie die Flugbegleiter für die Sicherheit zuständig. Wenn etwas fehlt oder nicht stimmt, können sie den ganzen Prozess stoppen. „Mein Platz ist im dritten Stock des Neubaus“, sagt OP-Schwester Senta Heyne. Der sogenannte Sterilflur ist rund 100 Meter lang und liegt genau unter dem Hubschrauberlandeplatz. Die Materialien werden jeweils am Vortag für den ganzen OP-Tag vorbereitet. Neun Wagen sind es insgesamt – für jeden OP-Saal einer.

Ein bis drei Container braucht man für eine Standard-OP, sagt Senta Heyne. Bei einem orthopädischen Eingriff werden wesentlich mehr Instrumente benötigt. „Rund 1 000 Container stehen im Sterilflur zur Verfügung. Wir haben hier auch ganz seltene OPs“, erklärt sie. „Bei Prothesenwechseln fordern wir Leihinstrumente direkt bei den Herstellern an. Das ist für jeden von uns sehr aufwändig, ist aber für die Versorgung unserer Patienten notwendig.“

Auch für die Instrumenten-Container und alle Materialien, die für eine Operation benötigt werden, gibt es Checklisten. Mittlerweile sind sie alle übers iPad abrufbar. „Es darf absolut nichts fehlen, aber das gehört zur OP-Planung“, sagt Senta Heyne. Die Checklisten geben auch ihr Sicherheit.

„Im OP haben wir keine Zeit zu diskutieren.“ Vor der Narkose wird überprüft, ob das OP-Material komplett ist. „Es darf nicht sein, dass der Patient aufwacht und gar nicht operiert werden konnte, weil etwas gefehlt hat“, sagt die OP-Schwester. Am Ende gibt es nach dem Vier-Augen-Prinzip eine Zählkontrolle. Das Klinikum richtet sich damit nach den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Nichts darf im Körper zurückbleiben. „Sogar die Nadeln werden gezählt. Wenn etwas fehlt, wird das OP-Gebiet systematisch abgesucht. Ist etwas nicht auffindbar, wird der Patient geröntgt“, sagt Senta Heyne. In der Regel würden sich Materialien wie Tupfer aber auf dem Boden finden, oder sie sind versehentlich im Müll gelandet. Dass eine Schere im Bauch zurückbleibt, ist dank der heutigen Standards kaum mehr möglich. In der Thoraxchirurgie am Klinikum Konstanz werden rund 80 Prozent der Operationen ohnehin minimalinvasiv, also mit winzigen Schnitten, vorgenommen. Auch das hat neben den Checklisten, der Fehlerkultur und einer besseren Kommunikation in den vergangenen Jahren zur Patientensicherheit beigetragen.

Wichtige technische Geräte sind im OP mehrfach vorhanden. Einmal im Monat wird ein Stromausfall simuliert. All diese Maßnahmen haben dazu beigetragen, dass die Patientensicherheit in den vergangenen Jahren signifikant gestiegen ist, sagt Anästhesist Christian Elbe. 19 von 20 Patienten würden sich im Klinikum sicher fühlen. Ganz an die Luftfahrt herangekommen ist die Medizin allerdings nicht.

„Die Luftfahrt hat den Faktor Mensch minimalisiert. Das können wir nicht“, sagt Chirurg Thomas Kiefer. „Natürlich wäre es schön, wenn es auch bei Operationen praktisch keine Komplikationen mehr geben würde. Aber anders als ein Airbus sind Menschen nicht immer gleich gebaut“, sagt Kiefer. „Unser ‚Flugzeug‘ ist immer anders. Es ist vielleicht 80 Jahre alt und hat leichte Gebrauchsspuren.“ Zudem würden die Krankheiten in unterschiedlichen Stadien vorliegen. Auch Vorerkrankungen sind keine Seltenheit. „Kein Pilot wird wissentlich mit einem nicht intakten Flugzeug losfliegen“, sagt Kiefer. Und anders als ein Wetterradar im Flugzeug liegt das wichtigste System beim Menschen nicht doppelt vor. „Der Patient hat nur ein Herz. Wenn das ausfällt, gibt es keinen Ersatz.“ Bei der Patientensicherheit werde man daher nie auf dem unglaublich hohen Sicherheitsniveau der Luftfahrt ankommen. „Der menschliche Faktor ist einfach zu groß. Aber wir stehen im Klinikvergleich gut da. Und wir werden immer besser“, sagt Thomas Kiefer.

Dr. Thomas Kiefer ist Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie im Lungenzentrum Bodensee. Oberarzt Dr. Christian Elbe ist Facharzt für Anästhesiologie und arbeitet als OP-Manager im Zentral-OP an der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit. Senta Heyne ist Care-Managerin im Zentral-OP. Sie ist pflegerische Gesamtleitung für die OP- und Anästhesiepflege. Die Ziele der OP-Organisation sind die Patientensicherheit, die optimale medizinische Versorgung und ein gutes Arbeitsklima für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Corona-Pandemie



Gegen Covid-19 gibt es kein Wundermittel. Mit entscheidend ist die Betreuung durch Pflegende. In der Krise habe ihnen vor allem der Teamgeist geholfen, sagen Katharina Gerwig, Stationsleitung der Intensivstation (links), und Michelle Müller von der Station Diedamskopf.

Corona-Pandemie

Alles, nur kein Bergamo

Wird Konstanz das nächste Bergamo? Die Zustände dort zu Beginn der Corona-Krise waren ein Szenario, das man unbedingt vermeiden wollte, sagt der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. Marcus Schuchmann. Doch Covid-19 hat auch gezeigt, dass in der Medizin nicht nur Medikamente zählen. Für die Heilungschancen entscheidend sind genügend Pflegekräfte wie Michelle Müller und Katharina Gerwig.

Sie wurden zum Symbol für die Corona-Krise: italienische Militärfahrzeuge, die über Nacht die Verstorbenen abtransportierten. Die Bilder gingen im März 2020 um die Welt. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums waren die Bilder ein Schock und eine Zäsur, erinnert sich Marcus Schuchmann. „Bergamo war für uns der Inbegriff des absoluten Grauens und ein Schreckensszenario, das es um jeden Preis zu verhindern galt. Dafür haben wir alle Register gezogen.“

Kriegsähnliche Zustände in einem deutschen Krankenhaus hätte sich am Klinikum Konstanz bis dahin niemand vorstellen können. Doch als kurz darauf die ersten Patienten aus dem Elsass mit dem Rettungshubschrauber nach

Konstanz kamen, war die Bedrohung plötzlich ganz nah. Der „Frontbericht“ der Ärztin aus Mulhouse habe bei ihm ein Gefühl echter Bedrohung ausgelöst, aber auch viel Energie freigesetzt, sagt Schuchmann.

„Wir haben uns auf die Triage vorbereitet. Das war schon ein furchtbares Gefühl“, berichtet Katharina Gerwig, Stationsleitung der Intensivstation. Die ersten beiden französischen Patienten seien mit nur wenigen Minuten Abstand eingeflogen worden, erinnert sie sich. „Alle sind gerannt.“

Drei Wochen später gab es in baden-württembergischen Kliniken einen Aufnahmestopp für Patienten aus dem

Ausland. „Die Patienten hatten wirklich Glück, hier noch aufgenommen zu werden“, sagt Katharina Gerwig. Auch Landrat Zeno Danner meinte hinterher, dass die Aufnahme vielleicht über Leben und Tod entschieden hat. Der Vorsitzende der Geschäftsführung des Gesundheitsverbands, Bernd Sieber, betonte, dass in der Krise Zusammenhalt und Solidarität mit den Nachbarn wichtiger seien denn je. Auch künftig werde der Verbund Menschen aus den Nachbarländern behandeln – sofern die Kapazitäten es erlauben.

**„Bergamo war für uns der Inbegriff des absoluten Grauens und ein Schreckensszenario, das es um jeden Preis zu verhindern galt.“
Marcus Schuchmann,
Ärztlicher Direktor.**

Die Berichte aus Bergamo verschafften dem Konstanzer Team Zeit, sich auf die Welle am Bodensee vorzubereiten. Bereits zuvor war der normale Betrieb heruntergefahren und Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und Beatmungsgeräte eingekauft worden. „Alles war plötzlich knapp und teuer“, erinnert sich Schuchmann. Gerettet habe das Klinikum in dieser Phase der Chefapotheker des Klinikums, Peter Buchal, der sich bereits ganz zu Beginn der Pandemie mit Schutzausrüstung eingedeckt hatte, so dass das Klinikum teilweise auch das Abstrichzentrum und niedergelassene

Ärzte versorgen konnte. „In dieser Situation hat man gesehen, wie gut es ist, ein öffentliches Krankenhaus zu haben“, sagt Schuchmann. Ein privatwirtschaftliches Krankenhaus hätte die Hausärzte und das Abstrichzentrum sicher nicht in diesem Ausmaß unterstützen können. „Aber wir sind zum Glück nicht irgendwelchen anonymen Shareholdern verpflichtet, sondern der Gesundheit unserer Bevölkerung vor Ort.“ Doch die hat ihren Preis: Am Ende des ersten Corona-Jahrs braucht der Gesundheitsverbund einen Zuschuss in Millionenhöhe. Eine schwere Belastung.

Das Geld ist aber nur das eine. „Uns ist schnell klar geworden, dass bei Covid-19 nicht die Geräte das Entscheidende sind, sondern das Personal, das sie bedienen und die Menschen versorgen kann“, sagt der Ärztliche Direktor. Der entscheidende Faktor für die Überlebenschancen bei diesem Virus sei die Betreuung auf der Intensivstation. „Je überlasteter die Station, umso höher die Sterblichkeit.“

„Jeder Patient ist anders, und der Zustand der Patienten kann sich jederzeit drastisch verändern, daher muss die Therapie besonders engmaschig überwacht und angepasst werden“, erklärt Katharina Gerwig, Stationsleitung der Intensivstation. Das Zusammenspiel zwischen Pflegenden, Arzt und Atemtherapeut sei extrem wichtig. „Wir haben hier durch unseren Status als Lungenzentrum ohnehin schon einen sehr guten Standard und viel Erfahrung, doch Corona stellte uns vor komplett neue Herausforderungen.“ Vor der Aufnahme der ersten

Corona-Patienten seien die Mitarbeiter alle noch einmal geschult worden. Denn bei Covid-19 müssten die Maschinen anders eingestellt werden als bei einer normalen Lungenentzündung, sagt Katharina Gerwig. „Die Schäden an der Lunge sind nicht vergleichbar mit dem, was wir sonst kennen.“

„Corona stellte uns vor komplett neue Herausforderungen.“ Stationsleitung Katharina Gerwig.

Damit der Gasaustausch überhaupt wieder funktioniert, müsse die Luft mit viel mehr Druck in die Lunge gepresst werden, und wenn es ein Mensch dann trotz aller Bemühungen nicht schafft, sei das sehr belastend. Vor allem für die Angehörigen sei es schwierig, dass sie aufgrund der Hygienevorschriften den Sterbeprozess nicht wirklich begleiten können, so Katharina Gerwig. „Ein würdevolles Abschiednehmen ist praktisch unmöglich. Damit konfrontiert zu sein und die Verzweiflung der Angehörigen zu erleben, war auch für uns eine sehr bedrückende Erfahrung. Auf einer Intensivstation ist das Thema ‚Sterben‘ zwar allgegenwärtig, doch in dieser Zeit erlebten wir viel Neues an Emotionen.“

Weniger schwere Corona-Fälle werden auf der Station Diedamskopf behandelt. Fast 30 Covid-Patienten und Verdachtsfälle wurden dort zeitweise gleichzeitig medizinisch versorgt, sagt die Pflegekraft

Michelle Müller. Hinzu kamen die Patientinnen und Patienten mit Krankheiten wie Tuberkulose oder Norovirus. Auch diese Krankheiten seien sehr ansteckend, sagt Michelle Müller. Aber Corona sei noch einmal anders. „Am Anfang waren Millionen von Fragen: Wie geht man mit den Patienten und Patientinnen um? Wie schützen wir uns? Wie zieht man die Schutzanzüge an? Unser Hygienebeauftragter Alexander Prall hat uns aber gut geschult, und inzwischen haben wir im An- und Ausziehen der Schutzausrüstung natürlich Routine.“ Dennoch sei es sehr mühsam, den ganzen Tag unter den besonderen Schutzmaßnahmen zu arbeiten. Die Anzüge sind so heiß, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ständig schwitzen, und die Masken und Brillen sitzen so eng, dass man im Gesicht Abdrücke bekommt. Hinzu kam vor allem zu Beginn der Krise die Unsicherheit, doch etwas falsch zu machen oder sich selbst zu infizieren. „Aber unsere Ärztinnen und Ärzte haben uns gut vorbereitet und nicht ins kalte Wasser geschmissen“, sagt Michelle Müller.

Explosionsartiger Wissenszuwachs

„Am Anfang hat man noch nicht viel über die Krankheit gewusst, aber dann war der Wissenszuwachs explosionsartig“, sagt Marcus Schuchmann. Dass die Übertragung über Schmierinfektionen praktisch keine Rolle spielt, dafür aber umso mehr die Aerosole, wurde beispielsweise erst nach und nach in Studien nachgewiesen. „Bei jeder Einsatzsitzung haben wir im Ärzteteam diskutiert, welche

neuen Therapien es gibt und was man übernehmen sollte“, so Schuchmann. Dann habe man sich im Gesundheitsverbund an den Standorten Singen und Konstanz abgestimmt und die Therapien umgesetzt.

Bei weiter fehlender ursächlicher Behandlung gibt es mittlerweile immerhin ein standardisiertes Vorgehen zur Versorgung der Patienten, die Belastung durch die Pandemie bleibt dennoch hoch. „Alle sind erschöpft“, sagt Schuchmann. Hinzu kommt, dass praktisch alles, was Mitarbeiter aufbaut und guttut, gestrichen ist – von gemeinsamen Pausen bis zur Weihnachtsfeier. Viele Pflegende hätten sich auch mehr Anerkennung durch die Politik gewünscht.

**„Am Ende kommt es darauf an, dass man an einem Strang zieht.“
Pflegerkraft Michelle Müller.**

Doch Corona hat auch Positives bewirkt. „Durch Corona ist die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Ärzten noch viel besser geworden“, findet Michelle Müller. Zwar habe man bereits vorher im Rahmen des Projekts „Lean Management“ daran gearbeitet, doch Corona habe den Prozess intensiviert. Auch innerhalb des Pflgeteams sei man auf der Station Diedamskopf zusammengewachsen. „Wir haben uns in dieser Extremsituation viel stärker gegenseitig unterstützt. Am Ende des Tages kommt es darauf an, dass man an einem Strang zieht, damit trotz der vielen Arbeit alle

noch mit einem Lächeln nach Hause gehen können.“

Dieses gestärkte Gemeinschaftsgefühl teilt auch der Ärztliche Direktor. „Zumindest am Anfang standen alle unter dem Eindruck einer Naturgewalt, der man nur gemeinsam widerstehen kann“, sagt Schuchmann. „Die Bedrohung durch Corona hat uns zusammenrücken lassen. Nicht nur im Klinikum, sondern auch mit der Stadt, dem Landratsamt und den niedergelassenen Ärzten.“

Katharina Gerwig ist gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin und seit Anfang 2020 Stationsleitung auf der Intensivstation mit rund 60 Pflegekräften. Zu Beginn der Corona-Krise hat sie vor allem die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und Atemtherapeuten koordiniert.

Michelle Müller arbeitet seit 2014 als Pflegekraft am Klinikum Konstanz auf der Station Diedamskopf. Auf der Station werden nicht nur leichtere Covid-19-Fälle behandelt, sondern auch andere Erkrankungen wie Lungenentzündungen, Tuberkulose oder Infektionen mit multi-resistenten Keimen.

Prof. Dr. Marcus Schuchmann ist seit 2014 Ärztlicher Direktor am Klinikum Konstanz. Während der Corona-Krise hat er gemeinsam mit Bernd Sieber, Vorsitzender der Geschäftsführung des GLKN, und Prof. Dr. Frank Hinder, Ärztlicher Direktor des Hegau-Bodensee-Klinikums in Singen, die medizinischen Vorbereitungen geleitet und die Zusammenarbeit im Klinikum, innerhalb des GLKN sowie mit der Stadt Konstanz und dem Landkreis koordiniert.

Minimalinvasive Chirurgie



Je kleiner der Schnitt, desto schneller ist die Heilung. Der Chirurg Jörg Glatzle und die OP-Teams des Konstanzer Klinikums sind spezialisiert auf Schlüsselloch-Operationen. Sogar der gefürchtete Bauchspeicheldrüsentumor kann in Konstanz operiert und behandelt werden.

Minimalinvasive Chirurgie

Kleiner Schnitt, große Wirkung

Das Klinikum Konstanz ist internationales Ausbildungszentrum für minimalinvasive 3D-Chirurgie. Die Schlüssellochchirurgie hat für Patientinnen und Patienten enorme Vorteile, sagt Prof. Dr. Jörg Glatzle, Leiter des Krebszentrums Konstanz und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Auch die Zusammenarbeit im interdisziplinären Bauchteam trägt zum Behandlungserfolg bei.

„Schmetterlinge im Bauch kennt jeder. Aber wir hatten hier im Klinikum vor ein paar Jahren einen Patienten mit einem handballgroßen Tumor im Bauch. Ungewöhnlich daran war, dass niemand den Tumor erkannt hatte. Der damals 63-Jährige wurde mit Verdacht auf Leistenbruch zu uns überwiesen. Die Diagnose ‚Lebertumor‘ war für den Patienten daher natürlich ein Schock. Ich dachte auch erst: ‚Oh je, das wird schwierig.‘

Die Problematik war, dass der Tumor unter anderem in den Dickdarm eingewachsen war. Dennoch war seine Leber noch gesund. Das gibt es bei einem Lebertumor nur ganz selten. Aber das war auch seine Chance. Denn bei einer gesunden Leber kann man deutlich mehr

Gewebe entfernen, und die restliche Leber wächst trotzdem wieder zur gleichen Größe heran. Bei unserem Patienten konnten wir daher den Tumor mit dem im Dickdarm eingewachsenen Gewebe im Block entfernen. Der Eingriff war anspruchsvoll. Wir haben fast fünf Stunden operiert. Aber es hat zum Glück wenig geblutet, und der Tumor ließ sich gut entfernen.

Schneller OP-Termin

Wichtig bei so einer OP ist, dass die Leber hinterher noch ihre Funktion erfüllt. Daher ist es gut, wenn man als ganzes Team draufschaut. In unserem sogenannten Bauchteam haben wir zum Glück sehr erfahrene Mediziner. Zusammen mit

unserem Leberspezialisten Marcus Schuchmann und unserem Radiologen Markus Juchems haben wir dann eine OP-Strategie ausgearbeitet. Die kurzen Wege hier im Klinikneubau erleichtern uns die Zusammenarbeit enorm, denn gerade bei einer Krebsdiagnose muss schnell diagnostiziert und gehandelt werden. Wie immer bei einer schweren Krebserkrankung bekam der Patient innerhalb kürzester Zeit einen Behandlungsplan und einen OP-Termin.

Besonders gefährlich ist Bauchspeicheldrüsenkrebs. Genau wie Magen, Darm und Leber wird in Konstanz auch die Bauchspeicheldrüse häufig in Schlüssellochtechnik operiert. Die Operation wird also nicht offen, wie bei dem Patienten mit dem großen Lebertumor, sondern nur mit winzig kleinen Schnitten vorgenommen. Für die Patientin oder den Patienten bietet die Methode enorme Vorteile, denn ein großer Schnitt in der Bauchdecke verursacht Schmerzen und mitunter auch Verwachsungen. Bei kleinen Schnitten hat der Patient weniger Schmerzen, kann schneller wieder essen und auch schneller wieder nach Hause.

Operieren in 3D

Die Chirurginnen und Chirurgen des Konstanzer Klinikums sind auf diese OP-Methode spezialisiert und ein internationales Referenz- und Ausbildungszentrum für minimalinvasive 3D-Chirurgie. Aus der ganzen Welt kommen Chirurgen, um unseren OP-Teams über die Schulter zu schauen. Nicht nur mir, sondern zum Beispiel auch dem Gynä-

kologen Andreas Zorr oder Thomas Kiefer aus der Thoraxchirurgie. Ähnlich wie bei OP-Robotern kann der Chirurg mithilfe einer 3D-Brille das OP-Umfeld um ein Vielfaches vergrößern und auch extrem feine Strukturen räumlich darstellen lassen. Dadurch erkennt man beim Operieren die Blutgefäße und die räumliche Beziehung des Tumors und der Gefäße viel genauer und kann zum Beispiel eine präzisere Naht machen. Bei der normalen Laparoskopie mit zweidimensionalem Bild fehlt diese Tiefenwahrnehmung.

„Bei kleinen Schnitten hat der Patient weniger Schmerzen, kann schneller wieder essen und auch schneller wieder nach Hause.“
Chirurg Jörg Glatzle.

Ursprünglich wurde die Laparoskopie – oder auch Endoskopie – für die Diagnostik entwickelt. Auch hier profitieren die Patienten enorm. Die streichholzdünnen Endoskope können über den Gallengang bis in die Leber vordringen und Bilder von Gallensteinen oder Tumoren liefern. Bei Darmspiegelungen können Polypen gleich an Ort und Stelle entfernt werden. Das ist wichtig, denn bei diesen Polypen handelt es sich bereits um eine Krebsvorstufe.

Als internationales Ausbildungszentrum steht den Konstanzer OP-Teams immer die neueste Technik zur Verfügung, denn wir arbeiten bei der Weiterentwicklung

der Instrumente eng mit den Herstellern zusammen. Wir haben aber nicht nur top Material. Auch bei den Ergebnissen wie Langzeitüberleben und Komplikationsrate kann sich Konstanz mit universitären Zentren messen lassen.

Die Zusammenarbeit in unserem interdisziplinären Bauchteam funktioniert hier wirklich super. Oft komme ich schon während der Endoskopie des Magen-Darm-Trakts, also der Magen- oder Darmspiegelung, dazu, um die Befunde exakt zu erheben und die nächsten Schritte zu beraten. Je nach Lage des Tumors muss anders operiert werden. Das kann man viel einfacher vor Ort erkennen als hinterher anhand von Bildern. Ein oder zwei Zentimeter machen für den Chirurgen oft schon einen großen Unterschied.

Krebsvorstufen erkennen

Am besten behandelt man den Krebs, bevor er überhaupt entstanden ist, nämlich als Krebsvorstufe. Im Darm sind das meist Polypen, die endoskopisch abgetragen werden können. Diese Verhinderung der Krebserkrankung in der Vorstufe war in den vergangenen Jahren eine große Errungenschaft in der Krebstherapie. Gut, dass auch entsprechende Vorsorgeprogramme aufgelegt wurden. Leider werden sie von den Versicherten nicht immer in Anspruch genommen. Spätestens ab 50 sollte jeder eine Darmspiegelung gemacht haben. Wenn man nichts findet, hat man immerhin fünf oder zehn Jahre seine Ruhe und eine gewisse Sicherheit.

Bauchspeicheldrüsenkrebs wird leider meistens nur zufällig entdeckt. Für flächendeckende Vorsorgeprogramme tritt der Krebs zu selten auf. Umso wichtiger ist es, sofort zum Hausarzt zu gehen und sich zum Spezialisten überweisen zu lassen, wenn sich Gesicht und Augen ohne Schmerzen gelb verfärben. Das ist immer ein Alarmsymptom, dass etwas an der Bauchspeicheldrüse nicht stimmt.

„Bauspeicheldrüsen-OPs sind bei uns Chefsache.“
Jörg Glatzle.

Damit keine unnötige Wartezeit entsteht, diagnostizieren wir solche Patienten in der Bauchsprechstunde als Notfall. Denn wenn sich tatsächlich ein Bauchspeicheldrüsenkrebs herausstellt, muss der Patient schnellstmöglich operiert werden. Hier geht es wirklich um Leben und Tod. Bauspeicheldrüsen-OPs sind bei uns Chefsache. Ob Kassen- oder Privatpatient spielt für uns keine Rolle. Auch bei komplizierten Bauchspeicheldrüsen-OPs haben wir genügend Expertise, um mit den Universitätskliniken mitzuhalten.

Ob Brust-, Darm- oder Leberkrebs, im Krebszentrum Konstanz wird bis auf Leukämie praktisch jede Krebsart behandelt. Bei Prostatakrebs arbeiten wir mit dem Krebszentrum Singen zusammen, das zu unserem Gesundheitsverbund gehört.

Meine Vision als Chirurg und Leiter des Krebszentrums Konstanz ist, dass wir

Patienten aus der Region optimal versorgen. Dazu gehört eine gute, fein abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialisten. Im Rahmen des Krebszentrums findet genau dieser Austausch statt, wo jede Patientin und jeder Patient individuell besprochen und die bestmögliche Therapie festgelegt wird.

Mich freut es immer riesig, wenn ich meine Patienten Jahre später bei der Nachkontrolle untersuche und sehe, dass die Behandlung Erfolg hatte. Auch bei dem Patienten mit dem Handball im Bauch ist die Therapie geglückt. Mehr als fünf Jahre nach der OP ist er immer noch tumorfrei. Bei den meisten Krebsarten gilt man dann als geheilt. Inzwischen ist der Mann im Ruhestand und genießt die Zeit mit seinen Enkeln. Sogar ein Haus hat er renoviert. An seine schwere OP erinnern ihn nur noch eine feine Narbe und zwei kleine Punkte.“

Prof. Dr. Jörg Glatzle leitet das Krebszentrum Konstanz und ist Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Bevor der Stellvertretende Ärztliche Direktor 2015 ans Klinikum Konstanz kam, war er am Universitätsklinikum Tübingen geschäftsführender Oberarzt für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie. Auch in den USA war Glatzle zeitweise tätig. Der Chirurg ist spezialisiert auf minimalinvasive Operationen an Leber, Bauchspeicheldrüse und Darm.

Herzinfarkt und Schlaganfall



„Bei Verdacht auf Schlaganfall oder Herzinfarkt sollte man schnell den Notarzt rufen“, sagen die Neurologin Kristin Binek, der Kardiologe Stephan Paulowitsch und der Intensivmediziner Ansgar Reising (von links).

Kardiologie – Neurologie – Intensivmedizin

Wenn jede Sekunde zählt

Ein Herzinfarkt kündigt sich oft über Schmerzen in der Brust oder im linken Arm an. Vor allem bei Frauen treten jedoch häufig untypische Symptome auf. Auch kleine Schlaganfälle sind nur schwer zu erkennen. Betroffene warten daher oft zu lange, bis sie den Notarzt rufen. Das kann fatal sein, sagen der Kardiologe Dr. Stephan Paulowitsch, die Neurologin Dr. Kristin Binek und der Intensivmediziner Dr. Ansgar Reising.

Man muss kein Arzt sein, um bei plötzlichen starken Schmerzen im linken Arm einen Herzinfarkt zu vermuten. Viele Menschen rufen dann schnell den Notarzt oder gehen in die Klinik. Doch oft kündigt sich ein Infarkt mit untypischen Symptomen an, sagt Stephan Paulowitsch, Sektionsleiter der Kardiologie im Klinikum Konstanz. „Manche Menschen sind nur außer Atem, haben plötzlich Schweißausbrüche, Bauch- oder Rückenschmerzen. Bei einigen Schmerzen Hals, Kiefer und sogar die Ohren. Da kommt man nicht unbedingt auf den Herzinfarkt“, sagt der Kardiologe. Selbst wenn man überlebt, bleiben oft schwere Folgeschäden. „Wir sind deshalb froh, wenn die Leute schon bei einem Verdacht zu uns kommen oder den Notarzt rufen. Auch

nachts“, sagt Paulowitsch. „Je schneller, desto besser.“

Um immer erreichbar zu sein, trägt Paulowitsch wie die anderen Kardiologen am Klinikum sein Handy 365 Tage Tag und Nacht bei sich. „Als Familienvater kann ich, wenn ich Bereitschaft habe, nichts planen, wo ich nicht innerhalb von 15 Minuten in der Klinik sein kann.“ Spätestens 60 Minuten nach Diagnose muss das Gefäß wieder offen sein. „Manchmal habe ich die Anlage im Herzkatheterlabor schon hochgefahren, bevor der Patient eingeliefert ist.“

Im Herzkatheterlabor wird ein Katheter durch die Arterien bis zu den Herzkranzgefäßen vorgeschoben, um Verengungen

der Herzkranzgefäße zu erkennen. Erste Hinweise liefern die Blutwerte, die sich bereits im Frühstadium verändern. „Den kleinen Herzinfarkt sehen wir so sehr genau – auch wenn sich im EKG noch keine Auffälligkeit ergibt“, sagt Paulowitsch. Der Rückgang der Sterblichkeit bei Herzinfarkten zählt zu den eindrucksvollsten Erfolgen der modernen Herzmedizin. Laut der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauforschung verringerte sich die Sterbeziffer hierzulande zwischen den 1990er-Jahren und 2015 bei Männern um knapp 70 Prozent, bei Frauen um fast 60 Prozent.

Bessere Diagnostik

„In den 1980er-Jahren haben wir nur die sogenannten großen Herzinfarkte gesehen, heute erkennen wir einen Infarkt viel früher“, erklärt der Kardiologe. Den Durchbruch brachte die Herzkatheter-Technik, die in den 1970er-Jahren erstmals in Zürich erprobt und seit den 1990er-Jahren in der Breite eingesetzt wird. Dramatisch ist nach wie vor der Herzstillstand. „Wenn wir das Herz nicht mehr zum Schlagen bringen, können wir den Patienten oft auch nicht mehr retten“, sagt Paulowitsch.

Ein klassisches Alter für den Herzinfarkt gibt es nicht. „Vor kurzem hatten wir einen Patienten mit 41. Das ist aber die Ausnahme“, sagt Paulowitsch. „Ab 50 geht es los, je älter, desto häufiger.“ Dass Herzerkrankungen Männersache seien, gilt inzwischen als widerlegt. „Frauen haben nicht seltener einen Herzinfarkt, sie erkranken im Schnitt nur zehn Jahre

später und haben eher atypische Beschwerden wie Atemnot, Übelkeit, Schweißausbrüche oder Schmerzen im Oberbauch. Manchmal leiden sie auch nur unter Schwäche.“ Ärztinnen seien für diese frauenspezifischen Symptome in der Regel besser sensibilisiert, sagt Paulowitsch. In Zukunft werde die sogenannte Gendermedizin immer wichtiger werden.

Sofort den Notarzt rufen

Nicht nur beim Herzinfarkt ist der Faktor Zeit entscheidend. Auch bei Verdacht auf Schlaganfall sollten Betroffene so schnell wie möglich in die Klinik kommen und nicht erst zum Hausarzt zu gehen, rät die Neurologin Kristin Binek. Falls doch, sollte der Hausarzt oder die Hausärztin den Patienten oder die Patientin nur kurz untersuchen und dann sofort der Klinik zuweisen. „Wir erleben immer wieder, dass Patienten erst noch nach Hause und ihre Sachen packen wollen. Manche legen sich mit einem lahmen Arm auch schlafen und hoffen, dass am nächsten Morgen alles gut ist“, so die Neurologin. „Das ist tragisch, denn dann ist es zu spät.“ Spätestens viereinhalb Stunden nach den ersten Symptomen müssen blutverdünnende Medikamente gegeben werden. „Danach ist das Hirngewebe so beschädigt, dass es unter Blutverdünnung einbluten kann und wir die Therapie nicht mehr geben können.“ Zurück bleibt oft eine halbseitige Lähmung.

Vor allem leichte Schlaganfälle sind schwer zu erkennen. Bei Verdacht auf Schlaganfall wird im Klinikum daher

immer ein Neurologe hinzugezogen, auch abends, nachts und am Wochenende. „Manchmal zeigen sich nur ganz leichte Symptome wie Taubheitsgefühle, Seh- oder Sprachstörungen. Es kann auch sein, dass die Lähmung nach einer Weile wieder verschwindet“, sagt die Neurologin. Die Symptome unterscheiden sich auch je nachdem, in welchem Teil des Gehirns das Gefäß verstopft ist. Relativ leicht erkennbar sei der Schlaganfall, wenn die vordere Gehirnhälfte betroffen ist. „Das äußert sich dann in einer halbseitigen Lähmung und hängendem Mundwinkel. Auch die Sprache kann betroffen sein.“ Ein Schlaganfall im Stamm- oder Kleinhirn sei schwieriger zu diagnostizieren. Er äußert sich eher durch Schwindel, verwaschene Sprache und Bewusstseinsstörung wie Doppelbilder.

Seit 2015 können Gerinnsel im vorderen Teil des Blutkreislaufs auch mechanisch durch eine sogenannte Thrombektomie entfernt werden. Das Verfahren gilt als Revolution der Schlaganfall-Therapie, da es die Einschränkungen durch den Schlaganfall deutlich reduziert. Allerdings haben nur etwa zehn Prozent einen Gefäßverschluss, den man wieder öffnen kann, sagt Kristin Binek. Immerhin 20 Patienten werden aber jährlich für diese Therapie aus Konstanz ans Universitätsklinikum Freiburg geflogen.

200 bis 250 Schlaganfälle werden jedes Jahr im Klinikum Konstanz behandelt, das sind mehrere Fälle pro Woche. Etwa zwei Drittel der Patienten behalten körperliche Einschränkungen zurück, ein Teil davon ist zumindest vorübergehend pflegebe-

dürftig. Betroffen sind meist Menschen über 60. Vor allem Raucher oder Menschen mit Bluthochdruck, Diabetes oder hohen Cholesterinwerten. Sie sollten darauf achten, dass sie medikamentös gut eingestellt sind und einen guten Lebensstil pflegen, rät die Neurologin. Bei jungen Menschen ab 30 führen meist unerkannte Gefäßkrankheiten zum Schlaganfall.

Alle Herzinfarkt- und Schlaganfall-Patienten werden nach der Diagnose mindestens 72 Stunden auf der Intensivstation überwacht. „In dieser Zeit ist das Risiko für einen erneuten Schlaganfall am größten“, sagt Ansgar Reising, Oberarzt auf der Station. Vor allem Kreislauf und Blutdruck werden kontrolliert. „Wir schauen aber auch, ob der Patient Schluckstörungen entwickelt, die eine Lungenentzündung hervorrufen können, und geben Medikamente, um einen erneuten Schlaganfall zu verhindern.“ Auch das Herz wird untersucht, denn Vorhofflimmern gilt als eine häufige Ursache für Schlaganfall. „Spätestens am nächsten Morgen beginnen wir mit Physiotherapie und Ergotherapie, um die Sprache und Motorik zu verbessern“, sagt Reising.

Die Intensivstation verfügt über 22 Betten. „Nicht selten betreuen wir Patientinnen oder Patienten, von denen wir nicht wissen, ob sie ihre Erkrankung überstehen“, sagt Reising. Trotz aller professionellen Distanz seien solche Schicksale manchmal schwierig. Umso mehr freue er sich, wenn sich die Menschen erholen und verlegt werden können. „Vielen Patienten und Patientin-

nen können wir hier helfen. Allerdings ist die Gratwanderung zwischen sinnvollen intensivmedizinischen Therapien und lebensverlängernden Maßnahmen, die unseren Patienten ein fürchterliches Siechtum bescheren können, manchmal schwierig.“ Ziel sei es, die Menschen so weit wiederherzustellen, dass sie ins Leben zurückfinden und Freude daran gewinnen können. Hier den richtigen Weg zu finden, sei manchmal nicht leicht. „In der Intensivmedizin gibt es kein Schwarz-Weiß“, sagt Reising. Man muss jeden Patienten und jede Patientin genau ansehen und sich mit Kollegen besprechen. Es sei nicht so, dass Patienten im Koma nichts mitbekommen oder keine Schmerzen haben. „Manchen Menschen geht so eine Erfahrung noch lange nach – bis hin zur posttraumatischen Belastungsstörung.“ Die meisten seien aber am Ende nur froh, die Zeit auf der Intensivstation gut überstanden zu haben.

Rauchen verdoppelt das Risiko

Auch wenn die Heilungschancen bei einem Schlaganfall oder Infarkt deutlich besser sind als vor ein paar Jahren, lohnt es sich, das Risiko durch regelmäßige Bewegung und ausgewogene Ernährung zu minimieren. Wer unter Bluthochdruck oder Diabetes leidet, sollte die Erkrankung frühzeitig durch den Hausarzt oder Spezialisten behandeln lassen, um Langzeitfolgen zu vermeiden, rät der Kardiologe Stephan Paulowitsch. „Rauchen verdoppelt das Risiko eines Herzinfarkts.“ Dennoch würden es nur knapp die Hälfte seiner Patienten und Patientinnen schaffen, damit aufzuhören. Die Mühe

lohnt sich. „Patienten, die nach einem Infarkt aufhören, halbieren ihr Risiko bereits in den ersten sechs Monaten“, so der Kardiologe.

Der Kardiologe Dr. Stephan Paulowitsch ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie sowie der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Er arbeitet seit 2015 am Klinikum Konstanz und ist verantwortlicher Arzt der Sektion Kardiologie. Seit 2016 ist Paulowitsch zudem als niedergelassener Kardiologe am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) der Spitalstiftung tätig.

Dr. Kristin Binek ist seit 2018 Neurologin am MVZ. Zusammen mit ihren Kollegen betreut sie auch die Schlaganfall-Patienten am Klinikum Konstanz. Kristin Binek stammt aus Berlin und hat ihren Facharzt bei den Kliniken Schmieder in Allensbach und in der Schweiz gemacht.

Dr. Ansgar Reising stammt aus Lörrach und hat in Freiburg studiert. Der Oberarzt ist Internist, Nephrologe (Arzt für Nierenheilkunde) und Intensivmediziner und betreut seit 2017 die internistische Intensivstation des Klinikums Konstanz. Vorher war Reising 14 Jahre lang an der Medizinischen Hochschule in Hannover tätig.

Krebszentrum Konstanz



„Krebs ist kein Schicksal mehr, mit dem man sich abfinden muss“, sagt der Radiologe Markus Juchems. Das Krebszentrum Konstanz ist spezialisiert auf Krebserkrankungen des Bauches und kooperiert mit dem Krebszentrum Singen, das auch zum Gesundheitsverbund GLKN gehört.

Krebszentrum Konstanz

Neue Hoffnung bei Krebs

Die Heilungschancen bei Krebs haben sich stark verbessert. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Radiologen. Sie machen nicht nur Bilder bei der Diagnostik, sondern haben auch hochwirksame Behandlungsmöglichkeiten. Viele Menschen können den Krebs damit besiegen oder ihn zumindest in den Griff bekommen, sagt Prof. Dr. Markus Juchems, Chefarzt der Radiologie.

„Was eine Krebsdiagnose bedeutet, habe ich schon als kleiner Junge gelernt. Mein Opa war Landarzt, und ich habe noch heute seine Praxis vor Augen. Damals war Krebs praktisch noch ein Todesurteil, vor allem auf dem Land. Mit so einer Diagnose ging man erst einmal in die Kirche zum Beten. ‚Krebs ist Schicksal‘, hat mein Opa dann immer gesagt.

Heute finden wir uns mit so einem Schicksal nicht mehr einfach ab. Das muss man zum Glück auch nicht mehr. Viele Tumore bekommen wir mittlerweile gut in den Griff. Auch wenn es noch nicht immer gelingt, den Krebs zu heilen, können die Patientinnen und Patienten mittlerweile häufig noch jahrelang relativ gut damit leben. Das liegt zum einen an

den besseren Behandlungsmethoden, zum anderen aber auch daran, dass wir heute den Krebs viel früher erkennen. Wir hier in der Radiologie sind in der Regel von der Diagnose bis hin zur Nachsorge dabei. Wir liefern nicht nur Bilder. Mittlerweile stehen Radiologen auch zahlreiche Therapiemethoden zur Verfügung.

Das Krebszentrum Konstanz im Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz hat verschiedene zertifizierte Zentren, die von unabhängigen Organisationen überprüft werden, darunter ein Darmzentrum und ein Leberzentrum. Beim Brustzentrum Bodensee kooperieren wir mit Friedrichshafen. Das gesetzliche Früherkennungsprogramm, das Mammographie-Screening

ning für Frauen zwischen 50 und 69, wird in speziellen Einrichtungen durchgeführt. Wenn aber eine Frau plötzlich einen Knoten ertastet, ein Ziehen oder Schmerzen in der Brust verspürt, bekommt sie von ihrem Arzt eine Überweisung und kann dann hier bei uns untersucht werden. Das passiert in der Regel innerhalb von wenigen Tagen. Oft können wir Entwarnung geben. Vor allem das Ziehen in der Brust ist eher hormonell bedingt und bedeutet meist nichts Schlimmes. Oft findet man dann aber im Gespräch heraus, dass in der Familie bereits Brustkrebs aufgetreten ist, und da macht es natürlich Sinn, die Brust genau anzuschauen.

Manche Tumore oder Tumorstufen haben feine Kalkablagerungen, die man nur mit der Mammographie erkennen kann. Die Mammographie arbeitet mit Röntgenstrahlen. Damit erkennt man nicht nur Knochen, sondern auch feine Kalksprengler bestimmter Tumore. Diese punktieren wir dann mit der sogenannten Vakuum-Stanzbiopsie, bei der das betroffene Gewebe mit einer feinen Nadel eingesogen und herausgeschnitten wird. Das hört sich schlimm an, aber man spürt das kaum. Der Vorteil ist, dass der Tumor damit nicht nur untersucht werden kann, sondern oft schon komplett entfernt wird.

Im Idealfall erfolgt nach einer Auffälligkeit bei der Mammographie eine Ultraschalluntersuchung durch die Gynäkologin Claudia Ott, die gemeinsam mit der Radiologin Sanja Trnavac das Brustzentrum am Klinikum leitet. Als zertifiziertes Brustzentrum können wir

hier wirklich Medizin aus einer Hand anbieten. Wir haben kurze Wege und können uns schnell zusammensetzen. Manche Tumore kann man gleich für die feingewebliche Untersuchung im Ultraschall punktieren, um zu sehen, ob sie bösartig sind oder ob es sich nur um eine Krebsvorstufe handelt.

Die Brust wird geschont

Um notfalls nach einer Chemotherapie genau an der Stelle des ursprünglichen Tumors operieren zu können, setzen wir dort, wo wir punktiert haben, einen kleinen Markierungsclip ein. Dieser Clip kann dann unmittelbar vor der Operation mit einem Führungsdraht markiert werden. Dadurch weiß der Operateur genau, wo er schneiden muss, und wir schonen die Brust. Psychologisch spielt das für die Patientinnen eine große Rolle. Früher hat man häufig die ganze Brust abgenommen. Heute wird das nur noch in Ausnahmefällen gemacht. Die Operationen werden von Claudia Ott und Andreas Zorr, dem Chefarzt der Gynäkologie, vorgenommen. Beide sind auf Brustoperationen spezialisiert. Bei der Nachsorge kommt wieder die Radiologie ins Spiel. Anfangs nach drei bis sechs Monaten und dann nur noch jährlich. Mittlerweile sind die Heilungschancen bei Brustkrebs Gott sei Dank sehr gut.

Auch bei der Behandlung anderer Krebsarten sind wir im Klinikum Konstanz sehr gut aufgestellt. Das Krebszentrum Konstanz ist spezialisiert auf Krebserkrankungen des Bauches. Mit Jörg Glatzle, dem Leiter des Zentrums und Chefarzt

der Chirurgie, sowie dem Bauchinternisten und Leberarzt Marcus Schuchmann haben wir ein hochspezialisiertes Team für Magen, Darm und Leber. Auch den gefürchteten Bauchspeicheldrüsenkrebs können wir hier sehr gut operieren und behandeln.

Mit Hitze gegen den Tumor

Im Idealfall kann man den Krebs durch eine Operation heilen. Es kommt aber auch vor, dass wir bei der Nachsorge auf der Computertomographie (CT) neu entstandene Metastasen entdecken, also Absiedlungen des Krebs.

„Es gibt wirklich ganz viel Hoffnung, den Krebs zu besiegen – oder zumindest lange und relativ gut damit leben zu können.“ Radiologe Markus Juchems.

Diese müssen wir heute nicht mehr gleich operieren, sondern können sie direkt in der Radiologie minimalinvasiv behandeln. Wir stechen dann mit einer Nadel in die Metastase und verkochen sie quasi. Das nennt sich Radio-Frequenz-Thermo-Ablation (RFTA). Diese Methode ist so wirksam wie eine Operation, nur viel schonender für die Patienten, da man den Bauch nicht aufschneiden muss.

Wir wenden dieses Verfahren nicht nur bei Metastasen an, sondern auch bei Primärtumoren in Leber oder Niere.

Wenn man den Ursprungstumor so behandelt, sind die Patientinnen und Patienten im Normalfall geheilt. Allerdings handelt es sich bei Patienten mit einem Lebertumor in der Regel um schwerkranke Menschen, die meist noch unter anderen Erkrankungen leiden.

Bei Nierentumoren können wir durch diese Methode auch sehr betagte Menschen behandeln. Es gibt keinen Schnitt, es tut nicht weh, und die Menschen können das Organ behalten. Das ist echte Lebenszeit und auch Lebensqualität. Man kann am nächsten Tag das Krankenhaus verlassen.

Eine relativ neue Methode, bei der in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht wurden, ist die sogenannte Transarterielle Chemoembolisation, kurz TACE. Bei dieser Therapie führen wir die Chemotherapie über die Arterie in der Leiste direkt an den Tumor in der Leber heran. Damit haben wir vor kurzem im Leberzentrum einen über 90-jährigen Patienten behandelt. Aufgrund seines Alters wollten wir nicht mehr operieren, und der Patient wollte es auch nicht. Wir haben dann über eine Arterie in der Leiste einen dünnen Katheter bis zur Leberarterie hochgeschoben und kamen mit dem nur wenige Millimeter großen Katheter ganz nah an den Tumor ran. Dort spritzten wir dann winzige Kügelchen, die mit dem Chemotherapeutikum getränkt waren. Dadurch wirkte das Zellgift der Chemo direkt an Ort und Stelle und ging nicht durch den ganzen Körper. Heilen können wir damit zwar nicht, aber immerhin das Leben verlängern. Da die

Methode ohne Narkose funktioniert, wenden wir sie oft bei älteren Menschen an oder wenn jemand viele Tumore hat, die man nicht mehr alle beseitigen kann.

Natürlich können wir nach wie vor nicht jede Krebserkrankung heilen, das muss ich ehrlicherweise sagen. Es gibt nach wie vor unheilbare Fälle und Fälle, die wir an die Uniklinik überweisen, beispielsweise spezielle Formen von Blutkrebs. Wir sind hier keine Uniklinik, aber wir sind bei der Diagnostik und bei der Behandlung nah dran. Dank unserer modernen Methoden im Krebszentrum und guten Medizinerinnen und Medizinern können wir hier eine sehr hochwertige und wohnortnahe Versorgung von Tumorpatienten gewährleisten. Das verbessert nicht nur die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen, sondern auch die ihrer Angehörigen und Freunde, da die Menschen nicht aus ihrem Umfeld gerissen werden.


Manche Patienten begleiten wir hier in der Radiologie über Jahre. Das ist natürlich immer wieder ein Auf und Ab, aber auch in ausweglosen Situationen können wir Patienten noch begleiten. Auf unserer Palliativstation sind wir für unsere Patienten bis zum Ende da und können Schmerzen, Atemnot und Übelkeit lindern.

Oft gelingt es aber, den Krebs zu kontrollieren. Der ältere Herr mit dem Leberkrebs ist heute 94 Jahre alt. Ohne die modernen Therapien wäre er nach wenigen Monaten gestorben. Natürlich ist der Mann nicht jünger geworden, aber er hat den Krebs in den Griff bekommen.

Er hat eine gute Lebensqualität und konnte sogar noch eine große Reise nach Asien antreten. Solche Fälle sind für mich ein kleines Wunder. Es gibt wirklich ganz viel Hoffnung, den Krebs zu besiegen – oder zumindest lange und relativ gut damit leben zu können. Mit dieser Perspektive können die Menschen gut umgehen, und uns Ärzte hier im Krebszentrum motiviert es, auch in Zukunft ganz nah am Puls der modernen Krebstherapie bleiben.“

Prof. Dr. Markus Juchems hat in Budapest, Dresden und Ulm studiert und geforscht und kam von der Uniklinik Ulm 2014 als Chefarzt der Radiologie nach Konstanz. Seine Spezialgebiete und radiologischen Schwerpunkte sind Leber, Bauchspeicheldrüse und Darm. Außerdem engagiert er sich im Vorstand Arbeitsgruppe für Abdominale Bildgebung der Deutschen Röntgengesellschaft. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Artikel und Buchbeiträge.

Pathologie



Pathologen arbeiten meist im Hintergrund. „Durch die rasanten Neuentwicklungen in der Medizin wird ihre Arbeit allerdings immer wichtiger“, sagt der Pathologe Manfred Kind. Viele moderne Krebstherapien wären ohne die Arbeit der Pathologen nicht möglich.

Pathologie

Warum Pathologen nicht im Tatort mitspielen dürfen

Pathologen und Gerichtsmediziner werden oft verwechselt. Dabei hat der Pathologe gar nichts mit Kriminalfällen zu tun. Dafür ist seine Arbeit für die Diagnose von Entzündungen und Tumorerkrankungen unerlässlich.

Auch viele innovative Krebstherapien wären ohne die Vorarbeit des Pathologen nicht möglich, sagt Dr. Manfred Kind, Chefarzt der Pathologie am Klinikum.

„Den Pathologen kennen die meisten Leute nur aus dem Krimi. Auch ich werde immer wieder darauf angesprochen. Aber Pathologen dürfen gar nicht im Krimi mitspielen, weil sie keine Gerichtsmediziner sind. Das wird oft miteinander verwechselt, ist aber ein ganz anders Fachgebiet. Meine Arbeit in der Pathologie des Klinikums hat nichts mit Kriminalfällen zu tun. Wir klären keine Mordfälle auf, sondern haben komplett andere Fragestellungen als die Rechtsmediziner. Die Gerichtsmedizin muss zum Beispiel klären, ob es sich um einen natürlichen Tod oder um ein Gewaltverbrechen handelt, sie dokumentiert die

Auswirkungen eines Verbrechens oder stellt eine Beziehung zum Tatort oder Täter her. Wir klinischen Pathologen dagegen wollen am Ende eines Krankheitsverlaufs zum Beispiel wissen, ob jemand an einer Hirnblutung oder an einem Herzinfarkt gestorben ist, um den Krankheitsverlauf noch einmal kritisch zu hinterfragen und den klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen wertvolle Informationen zu liefern. Die Toten lehren die Lebenden, heißt es bei uns so schön.

Allerdings wird heutzutage an Kliniken nur noch selten obduziert. Vor 100 Jahren sah die Arbeit eines Pathologen noch ganz

anders aus. Aber damals ging es viel stärker darum, die Grundlagen von Krankheiten zu verstehen. An Covid-19 hat man gesehen, wie wichtig die Pathologie für das Verständnis von noch unerforschten Krankheiten ist. Die Obduktionen, die das Robert Koch-Institut aus Angst vor Infektionen zunächst abgelehnt hatte, haben vieles aufgezeigt: vor allem die Gerinnungsstörungen, die durch das Virus ausgelöst werden.

**„Noch nie war die
Geschwindigkeit von
Entwicklung und
Forschungserfolgen so
hoch wie heute.“
Pathologe Manfred Kind.**

Am Klinikum Konstanz obduzieren wir von 100 verstorbenen Patienten und Patientinnen nur etwa ein bis zwei. Der Pathologe steht heutzutage am Anfang der Krankengeschichte und nicht an deren Ende im Obduktionssaal. Bevor der Kliniker mit der Behandlung anfängt, stellen wir die Diagnose. Ohne uns Pathologen gibt es keine Krebsdiagnose. Mein Hauptarbeitsinstrument ist das Mikroskop. Hinzu kommen die Einrichtungen des Labors wie Färbegeräte. Bevor ich die Gewebeproben untersuchen kann, werden sie nämlich ganz fein geschnitten und gefärbt. Die Proben stammen überwiegend von Biopsien oder Punktionen. Das sind stecknadelgroße, meist endoskopisch entnommene Gewebepartikel oder dünne Stanzzyylinder,

zum Beispiel aus dem Magen-Darm-Trakt, aus der Lunge oder von der Haut.

Ich sehe schon im Mikroskop, um welche Krankheit es sich handelt und in welchem Stadium sie ist. Wir diagnostizieren vor allem Entzündungen und Tumore oder schließen sie aus.

Bei uns kommen die meisten Proben vom Gastroenterologen, der vor allem die Frage nach Entzündungen wie Gastritis, Colitis oder Zöliakie stellt. Hinzu kommen gutartige oder bösartige Tumore, die zum Beispiel bei der Krebsvorsorge entdeckt werden. Alle Männer ab 50 und Frauen ab 55 sind ja aufgefordert, zur Darmspiegelung zu gehen, um eine Krebserkrankung möglichst schon im Vorläuferstadium zu erkennen. Diese Vorsorgeuntersuchung ist eine äußerst segensreiche Einrichtung, denn die meisten Darmkrebsarten haben gutartige Vorläufer, die der Gastroenterologe erkennt und entfernt, um damit den Krebs zu verhindern. Ich habe aber immer wieder den Fall, dass ein Patient oder eine Patientin nicht zur Vorsorge gegangen ist und erst im späten Stadium zu uns kommt. Die Heilungschancen sind dann natürlich ungleich schlechter.

Arbeiten im Hintergrund

Als ich im Jahr 2000 als Chefarzt der Pathologie nach Konstanz kam, waren wir hier mit zwei Fachärzten besetzt, heute sind wir zu viert. Wir haben inzwischen nicht nur mehr Fälle, auch die Fragestellungen pro Patient sind deutlich angestiegen. Das liegt daran, dass wir heute

viel mehr über die Krebserkrankungen wissen. Dadurch werden nicht nur unsere Diagnosen komplexer, sondern auch die daraus resultierenden individuellen Therapien.

Für meine Diagnose muss ich die anderen Befunde einbeziehen, wie etwa die Aufnahmen aus der Radiologie. Dabei sehe ich natürlich die Patientendaten. Wenn dann beispielsweise bei einer ganz jungen Patientin oder einem jungen Patienten eine schwere Erkrankung vorliegt, macht mich das immer betroffen.

Die meisten Patienten, deren Proben wir untersuchen, haben zum Glück keinen Krebs. Meist handelt es sich um Entzündungen, zum Beispiel im Magen-Darm-Bereich. Es gibt sehr einfache, aber auch sehr komplizierte Fälle, bei denen man nachforschen muss oder ein Austausch im Kollegenkreis vor Ort erforderlich ist.

Bei speziellen Untersuchungen arbeiten wir je nach Fragestellung mit unterschiedlichen Spezialeinrichtungen und Universitäten zusammen. Als Lehrkrankenhaus der Uniklinik Freiburg haben wir vor allem dorthin eine enge Anbindung. Manchmal ist eine besondere Fachexpertise gefragt, manchmal benötigt man aber auch spezielle Geräte und Methoden, zum Beispiel für die Untersuchung von Blutkrebs. Molekularpathologische Untersuchungen führen wir überwiegend selbst durch. Letztere sind ein ganz neuer und vielversprechender Zweig in der Pathologie. Dabei wird Tumorgewebe genetisch mit der

Zielsetzung untersucht, welche Therapie gut ansprechen wird.

Bei den von uns untersuchten Krebsarten dominieren Hautkrebs, Magen-Darm-Tumore, Lungen- und Brustdrüsenkrebs. Gerade die Diagnose von Lungentumoren sind für uns Pathologen zurzeit besonders spannend, denn es gibt aktuell keine andere Krebsart, die so häufig molekularpathologisch untersucht wird.

„Ohne uns Pathologen gibt es keine Krebsdiagnose.“ Pathologe Manfred Kind.

Bei diesen Untersuchungen schaut man nach krankhaften Veränderungen im Genom, die das Tumorwachstum anregen. Gegen manche dieser sogenannten Treibermutationen wurden mittlerweile Medikamente entwickelt, die diese blockieren können. Das sind effektive und sehr zielgerichtete Therapien. Unsere Onkologinnen und Onkologen bieten diese Therapien ebenfalls an. Neben Lungenkarzinomen kommen sie zunehmend auch bei anderen Krebsarten zum Einsatz.

Noch nie war die Geschwindigkeit von Entwicklung und Forschungserfolgen so hoch wie heute. Die Neuentwicklungen verlaufen rasant. In immer kürzer werdenden Zeitabständen gibt es neue Erkenntnisse, die wir in unseren Klinikalltag einbauen. Erfolgversprechend sind beispielsweise auch sogenannte Immuntherapien, bei denen körpereigene Zellen

gegen die Krebszellen mobilisiert werden. Dieser Ansatz wurde 2018 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Mittlerweile erhalten auch wir hier im Labor häufig den Auftrag, die Voraussetzungen für die passende Immuntherapie zu bestimmen. Die kurze Zeit von der Vergabe des Nobelpreises für die Forschung bis zur Routineuntersuchung heute zeigt eindrücklich die derzeitige Geschwindigkeit der Entwicklungen in der Pathologie und der gesamten Medizin.

Unser Institut für Pathologie ist seit 15 Jahren zertifiziert und wird jedes Jahr erneut extern überprüft. Als zertifiziertes Zentrum muss man ein lückenlos dokumentiertes Qualitätsmanagement betreiben, außerdem muss jede einzelne Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter bestimmte Weiterbildungen nachweisen. Auch alle anderen zertifizierten Zentren wie das Onkologische Zentrum, das Brustzentrum, das Lungenzentrum oder das Darmzentrum, mit denen wir eine Einheit bilden, unterliegen diesen Maßgaben. Unsere gleichbleibende Qualität wird dadurch objektiv bestätigt.

Obwohl wir Pathologen eher hinter den Kulissen arbeiten, sind wir sehr dicht an der Behandlung der Menschen dran. Wie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bin auch ich jede Woche bei den Sitzungen des Tumorboards dabei. Ich habe praktisch täglich Erfolgserlebnisse, zum Beispiel, wenn ein Patient durch eine qualifizierte Diagnostik eine adäquate Therapie erhält und die Krankheit dadurch einen guten Verlauf nimmt. Ich freue mich jedes Mal, wenn ich eine

Treibermutation gefunden habe, denn ich weiß, dass eine Patientin damit bessere Chancen hat, länger zu leben oder sogar die Krankheit zu besiegen. Die modernen Krebstherapien schlagen häufig an. Früher haben wir bei Lungenkarzinomen meist über eine Lebenserwartung von Wochen oder Monaten gesprochen. Heute können wir das deutlich strecken und dabei die Lebensqualität stark verbessern.

Natürlich trauert man um die Patienten, denen man trotz aller noch so moderner Therapien nicht helfen konnte. Aber im Tumorboard machen wir uns auch die erfolgreichen Fälle bewusst. Wir freuen uns gemeinsam im Team, wenn wir Menschen helfen können. Wir haben eine sehr gute Atmosphäre und sind bei den medizinischen Fortschritten voll am Ball. Und so muss es sein. Denn auch wenn es bei uns nicht wie im Krimi zugeht, geht es bei unserer Arbeit eben doch immer wieder um Leben und Tod.“

Dr. Manfred Kind ist seit dem Jahr 2000 Chefarzt der Pathologie am Klinikum Konstanz. Vorher war er in Fulda als Oberarzt tätig. Aus dieser Zeit stammt eine besondere Expertise für die Pathologie des Brustkrebses, da in Fulda unter der Leitung von Prof. Dr. Roland Bässler das Deutsche Tumorregister für Brustkrebs angesiedelt war, in dem jedes Jahr viele Fälle anfragender Pathologen aus der gesamten Bundesrepublik beratend untersucht wurden.

Intensivmedizin



Der Intensivmediziner Wolfgang Krüger forscht seit 25 Jahren daran, wie man Blutvergiftungen auf Intensivstationen verhindern kann. Das in Konstanz eingeführte Verfahren setzt sich mittlerweile deutschlandweit als Standard durch.

Intensivmedizin

Blutvergiftung – die unterschätzte Gefahr

Fast 50 Millionen Menschen sterben nach neuesten Schätzungen jährlich an oder mit einer Blutvergiftung. Selbst bei jungen und gesunden Menschen endet so eine Sepsis oft tödlich. Der Intensivmediziner Prof. Dr. Wolfgang Krüger erforscht seit über 25 Jahren, wie man die Therapie verbessern kann, und setzt am Konstanzer Klinikum nationale Standards.

„Der Tod von Papst Johannes Paul II. und seine letzten Stunden haben viele Menschen sehr berührt. Millionen Zuschauer saßen damals vor dem Fernseher. Viele glauben, dass er an Altersschwäche gestorben ist. Tatsächlich starb er an einer Sepsis, also einer Blutvergiftung. Eine Entzündung der Harnwege hatte zu hohem Fieber geführt, und die Bakterien haben sich im ganzen Körper ausgebreitet. Trotz Antibiotika und aller Therapiemaßnahmen kam es zu einem Kreislaufversagen.

Das Beispiel zeigt, wie gefährlich eine Blutvergiftung heute noch sein kann. In der offiziellen Statistik der Todesursachen versteckt sich die Sepsis meist hinter anderen Krankheitsbildern. Die Deutsche

Sepsis-Hilfe e.V. geht allerdings davon aus, dass die Sepsis tatsächlich die dritthäufigste Todesursache ist und damit fast so häufig wie Krebs zum Tode führt. Allerdings wird auf dem Totenschein oft ein Herz-Kreislauf-Versagen als Todesursache angegeben. Das ist zwar richtig. Doch sehr oft ging eine Sepsis voraus, also eine unkontrollierte Entzündungsreaktion auf eine meist bakterielle, aber auch durch Pilze oder Viren ausgelöste Infektion.

Bei Neugeborenen und älteren Menschen über 65 Jahren ist das Risiko höher. Bei ihnen ist meist die Lunge der Infektionsherd für die Sepsis. Es gibt aber auch bei jungen und gesunden Menschen dramatische Verläufe. Zum Beispiel, wenn im

Mund oder auf der Haut natürlich vorkommende Streptokokken ins Muskelgewebe gekommen sind. Dann können sich die Bakterien so schnell verbreiten, dass man innerhalb von Stunden an Multiorganversagen sterben kann, wenn nicht sofort die richtige Diagnose gestellt und mit der Behandlung begonnen wird. Das sind dann in der Regel Notoperationen, Antibiotikabehandlung und intensivmedizinische Maßnahmen wie Kreislaufstabilisierung und künstliche Beatmung. Wie die Streptokokken überhaupt ins Gewebe gelangen konnten, bleibt leider oft unklar.

Alarmsignale erkennen

Häufig haben Patienten mit einer Sepsis Fieber. Doch gerade ältere Menschen sind oft fieberfrei, und bei schweren Verläufen kann man mitunter sogar eine erniedrigte Körpertemperatur beobachten. Die Haut ist meist fahl und kaltschweißig, Hände und Füße sind sehr kalt, weil der Körper zur Versorgung der lebenswichtigen Organe das Blut umverteilt. Das kann so weit gehen, dass der Patient Finger, Hände oder Füße verliert. Dem brasilianischen Model Mariana Bridi ist genau das passiert. Die 20-Jährige bekam nach einem Harnwegsinfekt eine Sepsis, in deren Verlauf Hände und Füße amputiert werden mussten. Trotzdem konnte die junge Frau nicht mehr gerettet werden.

Gerade bei jungen Menschen wird der Ernst der Lage oft unterschätzt, weil ihr Körper besser kompensieren kann und den Kreislauf lange aufrechterhält. Ge-

lingt dies nicht mehr, kann sich die Situation innerhalb weniger Stunden dramatisch verändern. Ich rate daher, lieber früher als später zum Arzt zu gehen.

Unlängst kam ein 14-Jähriger mit Blinddarmentzündung zu uns, die wegen eines gleichzeitigen Magen-Darm-Infekts zunächst nicht erkannt worden war. Hinzu kam eine untypische Lage des Blinddarms weit unten im kleinen Becken. Als er mit seiner Mutter bei uns im Klinikum eintraf, zeigte sich bereits ein Nieren-, Kreislauf- und Lebersversagen.

„Ich rate, lieber früher als später zum Arzt gehen.“

**Intensivmediziner
Wolfgang Krüger.**

Der Junge wurde sofort notoperiert. Der Blinddarm war schon schwarz und abgestorben und hatte den Körper von innen vergiftet. Erst nach vier Wochen konnte der Patient wieder nach Hause, glücklicherweise ohne bleibende Schäden.

Schwierige Diagnose

Die Diagnose einer Sepsis ist auch deshalb so schwierig, weil sie völlig verschiedene Ursachen haben kann. Entsprechend unterschiedlich sind die Symptome. Den berühmten roten Strich auf dem Arm sieht man nur selten. Seit 2016 gibt es eine neue Definition für die Sepsis. Damit hofft man, sie deutlich früher zu erkennen. Entscheidend sind

demnach drei Kriterien. Erstens: eine neu aufgetretene mentale Veränderung wie innere Unruhe, schwere Konzentrationsstörungen und Erschöpfung. Hinzu kommt eine höhere Atemfrequenz, weil der Körper auf Hochtouren läuft und mehr Sauerstoff verlangt. Das dritte Kriterium ist der obere Blutdruckwert, der bei Erwachsenen unter 100 fällt.

**„Den berühmten Strich
auf dem Arm sieht man
nur ganz selten.“
Wolfgang Krüger.**

Wenn zwei dieser drei Kriterien erfüllt sind, muss man an eine Sepsis denken und den Patienten weiter untersuchen. Der Ursprung der Sepsis kann ganz unterschiedlich sein.

Wenn jemand zwei dieser Symptome und zum Beispiel unklare Bauchschmerzen hat, muss man an eine Blinddarmentzündung oder eine Bauchfellentzündung aufgrund eines Lochs im Darm denken.

Auch wenn ein Patient stark hustet und ihm schnell die Luft ausgeht, ohne dass er Schmerzen hat, muss man sofort an eine Lungenentzündung denken. Die kann ebenfalls rasch in eine Sepsis übergehen.

Drohendes Organversagen

Weitere häufige Ursachen für eine Blutvergiftung sind Harnwegsentzündungen wie beim Papst. Wenn es hier zu einer Abflussstörung kommt, kann sich schnell

eine dramatische Sepsis des Nierenbeckens und der Harnwege entwickeln (Urosepsis). Wenn es nicht gelingt, den infektiösen Ursprungsort der Sepsis mit gezielter Antibiotikatherapie und notfalls durch eine Operation zu sanieren, droht ein immer weiter fortschreitendes Organversagen, das am Ende in ein Herz-Kreislauf-Versagen münden kann.

Seit mehr als 25 Jahren forsche und publiziere ich darüber, wie man die antibiotische Therapie verbessern und das Entstehen einer Sepsis auf der Intensivstation verhindern kann. Begonnen hatte ich damit zunächst am Universitätsklinikum Tübingen, später habe ich meine Studien an der Harvard Medical School in den USA fortgesetzt. In den vergangenen Jahren habe ich über meine Arbeit sowohl in Europa als auch in den USA mehrere hundert Vorträge gehalten. Am glücklichsten macht mich aber, dass ich dieses Wissen jeden Tag bei unseren Intensivpatienten hier im Klinikum anwenden kann.

Wichtig finde ich vor allem, wie wir aus unseren bekannten Antibiotika mehr herausholen können. Da gibt es noch viel Verbesserungspotenzial. Als eine meiner ersten Neuerungen hier auf der Intensivstation habe ich 2010 eingeführt, dass man bestimmte Antibiotika bei schweren Infektionen nicht mehr wie üblich als Kurzinfusion, sondern über vier Stunden verabreicht. Durch die langsame Gabe können die Bakterien viel besser abgetötet werden. Unser Verfahren setzt sich mittlerweile deutschlandweit als

Standard durch. Dass deutlich mehr Patienten eine Sepsis überleben können, wenn man Penizillin und andere damit verwandte Antibiotika langsam verabreicht, wurde inzwischen durch große klinische Studien belegt.

Auch bei der Dosierung gibt es noch Verbesserungspotenzial. Ähnlich wie es die Kinderärzte bereits tun, müssen auch wir Intensivmediziner dabei nicht nur das Alter und Gewicht der Patienten berücksichtigen, sondern vor allem, wie fortgeschritten die Sepsis ist. Am Anfang braucht der Patient oft höhere Antibiotika-Dosierungen, weil die Medikamente durch eine verstärkte Nierentätigkeit vermehrt ausgeschieden werden. In einer späteren Phase muss man die Dosis oft reduzieren, um potenzielle Nebenwirkungen aufs zentrale Nervensystem und die Nierentätigkeit zu vermeiden.

Antibiotika besser dosieren


Als eine der wenigen Kliniken in Deutschland messen wir in Konstanz bei unseren Intensivpatienten den Spiegel der gebräuchlichsten Antibiotika im Blut. Bei rund der Hälfte müssen wir aufgrund der Ergebnisse die Dosierung anpassen. Daran sieht man, wie sinnvoll so eine Messung ist. Darüber hinaus können wir durch die Spiegelmessungen noch einen Schritt weiter gehen und bestimmte Antibiotika kontinuierlich über 24 Stunden geben. Das verbessert die Wirksamkeit, ohne dass man die Tagesdosis erhöhen muss. Derzeit ist diese Spiegel-

messung fürs Labor noch extrem aufwändig, nur ganz spezielle Labors können sie überhaupt vornehmen. In einem vom Bundesforschungsministerium geförderten Projekt wird nun versucht, zusammen mit dem Gesundheitsnetzwerk BioLAGO und dem Konstanzer Labor Brunner ein einfacheres Verfahren zu entwickeln.

Meine Vision ist, dass wir in Zukunft rund um die Uhr die Antibiotikaspiegel im Blut messen lassen und dadurch viele schwer kranke Patienten noch gezielter und individueller behandeln können.“

Prof. Dr. Wolfgang Krüger ist Chefarzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie am Klinikum Konstanz. Zuvor hat er unter anderem an der Uniklinik Tübingen und der Harvard Medical School in Boston geforscht und gearbeitet. Krüger ist einer der wenigen Intensivmediziner in Deutschland mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie.

Leberzentrum Konstanz



„Lebererkrankungen steigen dramatisch an“, sagt der Leberspezialist Marcus Schuchmann. Jeder fünfte Erwachsene und immer mehr Kinder sind davon betroffen. Hauptursachen sind Übergewicht und Diabetes.

Leberzentrum Konstanz

Neue Chancen für die Leber

Viele Lebererkrankungen wie Fettleber oder eine durch Viren verursachte Hepatitis bleiben jahrelang unentdeckt. Unbehandelt können sie das Organ jedoch schwer schädigen und sogar tödlich enden. Dabei kostet die Messung der Leberwerte nur ein paar Cent. Auch bei den Behandlungsmöglichkeiten gibt es große Fortschritte, sagt der Gastroenterologe Prof. Dr. Marcus Schuchmann.

„Es gibt Urlaubssouvenirs, die will man wirklich nicht haben. Ich denke hier an einen 44-jährigen Patienten, der unter starker Übelkeit, Appetitlosigkeit und Durchfall litt und schließlich bei uns ins Klinikum eingeliefert wurde. Er erzählte, dass er kurz vorher im Urlaub in Marokko gewesen war. Seine Leberwerte haben unsere erste Vermutung schnell bestätigt: Der Mann hatte eine klassische Reisehepatitis, also eine Hepatitis A. Die Erkrankung wird oft durch mangelnde Hygiene am Urlaubsort oder Meeresfrüchte übertragen. Bei schwerem Verlauf haben diese Patientinnen und Patienten dann häufig gelb gefärbte Augen, fühlen sich richtig krank und gehen in der Regel zum Arzt.

Bei chronischen Lebererkrankungen ist das oft nicht der Fall. Die Betroffenen merken manchmal jahrelang nicht, dass mit ihrer Leber etwas nicht stimmt. Denn die Leber kennt keinen Schmerz. Das ist das Tückische. Die Menschen fühlen sich einfach nur abgeschlagen. Müdigkeit ist der Schmerz der Leber, heißt es deshalb auch.

Leberwerte oft erhöht

Erhöhte Leberwerte sind nicht nur in meiner Lebersprechstunde in der Klinik ein Problem, sondern treten auch in Hausarztpraxen häufig auf. Etwa jeder Fünfte in Deutschland ist betroffen.

Leider werden die erhöhten Werte oft nur zufällig entdeckt, denn bei den üblichen Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen werden die Leberwerte erst seit diesem Jahr routinemäßig erfasst. Dabei kostet die Untersuchung nur ein paar Cent. Vor allem die Werte für das sogenannte GPT oder ALT sollte man routinemäßig messen. Denn wir Leberärzte beobachten schon seit Jahren eine stete Zunahme von Lebererkrankungen. Wenn die GPT erhöht ist, ist das für mich immer ein Anlass, genau hinzusehen. Da kann viel dahinterstecken, da dieser Wert bei den meisten Lebererkrankungen ansteigt. Schon hinter einem leichten Anstieg der klassischen Leberwerte kann sich eine schwere Lebererkrankung verbergen.

**„Die häufigste
Lebererkrankung ist
inzwischen die Fettleber.“
Leberspezialist
Marcus Schuchmann.**

Die meisten denken bei Lebererkrankungen an Alkoholmissbrauch. Damit tut man vielen Patienten und Patientinnen Unrecht, denn die Ursachen sind vielfältig: Stoffwechselstörungen, Übergewicht und Diabetes sind neben Alkoholmissbrauch und Virusinfektionen wie Hepatitis B und C die Hauptursachen chronischer Lebererkrankungen. Lange unerkannt, können diese Jahre später zu einer gefährlichen Zirrhose, also einer vollständigen Vernarbung des Organs, führen. In Deutschland gehen wir von

einer Million Menschen mit einer Leberzirrhose aus. Etwa 50 000 sterben hierzulande jedes Jahr an den Folgen der Erkrankung.

Nicht selten bildet sich bei einer Zirrhose auch ein bösartiger Leberkrebs. Diese Patienten müssen engmaschig überwacht werden und mindestens alle sechs Monate einen Spezialisten aufsuchen. Im Leberzentrum Konstanz haben wir uns auf die Betreuung von Patienten mit Leberkrebs und Lebermetastasen spezialisiert. Wir Internisten arbeiten dabei eng mit dem bauchchirurgischen Team von Prof. Glatzle, den Radiologen um Prof. Juchems und Dr. Kläsner von der Nuklearmedizin zusammen und erstellen interdisziplinäre Therapiepläne. Auch Patienten mit schwer kontrollierbarem Bauchwasser oder mit seltenen Stoffwechselerkrankungen sind bei uns gut aufgehoben. Das Leberzentrum hat einen großen Einzugsbereich und betreut Patientinnen und Patienten zwischen Allgäu, Schwarzwald und Bodensee.

Wir haben ein breites Spektrum an diagnostischen Möglichkeiten und schauen uns die Leber mit Ultraschall, CT oder MRT genau an. Auf diesen Bildern erkennt man sehr viel mehr als an den Werten. Bei Bedarf sehen wir uns die Leber auch über sogenannte mini-laparoskopische Endoskopien per Video direkt an und entnehmen dabei kleine Gewebeproben.

Die häufigste Lebererkrankung ist inzwischen die nicht-alkoholische Fettleber. Vor allem die Zunahme übergewichtiger Menschen führt zu einem dramatischen

Anstieg. In Deutschland ist etwa jeder Fünfte betroffen. Die meisten erkranken zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Aufgrund von Bewegungsmangel und falscher Ernährung leiden darunter mittlerweile auch viele Kinder. Das ist besorgniserregend, denn daraus kann sich ebenfalls unbemerkt eine Zirrhose entwickeln. Außerdem erhöht eine Fettleber das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Obwohl seit Jahren an der Entwicklung von Medikamenten gegen die nicht-alkoholische Fettleber geforscht wird, bleiben Diät und Sport bislang die einzigen Mittel der Wahl. Eine Pille gibt es nicht.

„Im übertragenen Sinn ist die Leber ein recht gutmütiges Organ und hält schon etwas aus.“

Man muss versuchen, Fett durch Muskeln zu ersetzen, dann erholt sich die Leber wieder. Am besten beugt man durch ausgewogene Ernährung vor, um erst gar keine Fettleber zu entwickeln.

In meiner wöchentlichen Lebersprechstunde sehe ich immer wieder Patienten, bei denen ich mich wundere, wie lange erhöhte Leberwerte achselzuckend hingenommen werden. Sicher, die Leber ist mitten im Körper, und die Werte können schon mal erhöht sein. Aber spätestens nach ein paar Monaten sollte abgeklärt werden, ob der Wert nur die Quittung für eine durchzechte Nacht oder eine schwere Erkältung ist oder ob eine andere

Ursache dahintersteht. Diese Ursachenforschung lohnt sich. Denn die Behandlungsmöglichkeiten haben sich in den vergangenen Jahren stark verbessert. Allerdings werden 80 Prozent der Infektionen erst gar nicht diagnostiziert. Dabei können auch sie zu einer Zirrhose oder sogar zu Leberkrebs führen. Das ist wirklich tragisch, denn der Behandlungserfolg stellt sich oft überraschend schnell ein. Neulich hatte ich eine Ausdauersportlerin um die 40. Sie war extrem schlapp. Die Ursache war eine autoimmune Hepatitis. Schon beim nächsten Termin fühlte sie sich ziemlich fit und konnte sogar für den nächsten Halbmarathon trainieren.

Impfung schützt vor Leberkrebs

Wo verfügbar, ist die beste Vorsorge gegen Hepatitis eine Impfung. Die Einführung der Hepatitis-B-Impfung vor ein paar Jahren hat hier bei uns bereits zu einer deutlichen Verringerung der Infektionen geführt und schützt dadurch auch vor Zirrhose und Leberkrebs.

Gegen Hepatitis C gibt es leider keine Impfung – dafür haben wir heute eine hocheffektive Behandlung, die gut verträglich ist und bei über 90 Prozent der Patienten zur Heilung führt. Die Weltgesundheitsorganisation will deshalb diese Erkrankung bis 2030 eliminieren. Mein Ziel wäre, dass wir das hier bei uns schon früher schaffen. Mit Unterstützung des Landratsamts arbeiten wir deshalb an einem Projekt, das die Behandlung auch in Gefängnissen und unter Drogenabhängigen verfügbar machen soll, weil dort

besonders viele Menschen betroffen sind, die wiederum andere anstecken können.

Auch bei der Zirrhose stehen die Chancen viel besser als noch vor ein paar Jahren. Lange dachte man, die Schäden seien irreparabel. Gegen die Zirrhose an sich gibt es zwar nach wie vor kein Medikament, aber inzwischen wissen wir, dass sich die Vernarbungen weitgehend auflösen, wenn wir die Ursache behandeln. Es hilft also, abzunehmen, keinen Alkohol mehr zu trinken beziehungsweise die Viruserkrankung zu behandeln. Je eher, desto besser.

Die Leber ist keine Diva

Natürlich werde ich als Leberarzt oft zum Thema Alkohol gefragt. Ich betone dann immer, dass Alkoholmissbrauch häufig nicht die Ursache von Lebererkrankungen ist. Ich finde das ganz wichtig, denn Patienten mit Lebererkrankungen werden regelrecht stigmatisiert. Das führt dazu, dass die Betroffenen nur ungern über erhöhte Leberwerte sprechen. Dabei hätte die Leber wirklich mehr Aufmerksamkeit verdient. Unsere Leber ist Klärwerk und Kraftwerk zugleich. Trotzdem sollte man beim Alkoholkonsum vorsichtig sein. Denn grundsätzlich ist Alkohol immer schädlich. Wie immer macht aber die Dosis das Gift – ich plädiere deshalb für eine gewisse Großzügigkeit.

Im übertragenen Sinn ist die Leber ein recht gutmütiges Organ und hält schon etwas aus. Sie ist keine Diva wie die Bauchspeicheldrüse und auch nicht so

nervös wie das Herz. Die Leber macht erst mal ihren Job und spielt sich nicht so in den Vordergrund. Aber man muss ihr auch Zeit geben, sich zu erholen. Wer erhöhte Leberwerte hat, sollte mit Alkohol daher sehr vorsichtig sein und seine Werte genau im Auge behalten. Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung sollten Alkohol komplett meiden.

Viele Menschen legen inzwischen ganz bewusst regelmäßig alkoholfreie Tage oder einen ‚trockenen‘ Januar ein. Das schadet natürlich nicht. Viel wichtiger aber wäre es, ab einem Alter von 35 oder 40 Jahren ein paar Cent in die Bestimmung der Leberwerte zu investieren. Dadurch würden sich viele Todesfälle verhindern lassen. Wer gerne reist, sollte sich neben Hepatitis B unbedingt ebenfalls gegen Hepatitis A impfen lassen. Auch wenn dieser sogenannte Leberschnupfen nicht zu den gefährlichen chronischen Leberleiden zählt, kann die Infektion sehr unangenehm sein. So ein Souvenir kann man sich wirklich ersparen.“

Prof. Dr. Marcus Schuchmann ist Ärztlicher Direktor des Konstanzer Klinikums. Außerdem leitet der Gastroenterologe und Hepatologe die I. Medizinische Klinik sowie das Leberzentrum Konstanz. Er hat unter anderem in New York, San Francisco und Israel geforscht und gearbeitet und zahlreiche Studien zum Thema Leber veröffentlicht.

Lungenzentrum Bodensee



„Immer mehr Menschen sterben an Lungenerkrankungen“, sagt der Lungenspezialist Hans-Joachim Kabitz. Ursache sind Umweltbelastungen, Rauchen und die steigende Lebenserwartung.

Lungenzentrum Bodensee

Wenn plötzlich die Luft wegbleibt

Immer mehr Menschen sterben an einer Lungenerkrankung. Die Gründe sind Alter, Rauchen, Umwelteinflüsse und Viren – von der Grippe bis Corona. Wenn plötzlich die Luft wegbleibt, hilft meist nur der Notarzt. Doch auch für chronisch Kranke und Asthmatiker können Mediziner heute viel tun, sagt Prof. Dr. Hans-Joachim Kabitz, Leiter des Lungenzentrums Bodensee.

„Keine Luft zu bekommen, ist einer der häufigsten Gründe, weshalb Leute zum Arzt gehen. Meist stecken Erkrankungen des Herzens und der Lunge dahinter. Unsere Lunge ist ein wahres Wunder. Wenn man die Oberfläche mit den kleinen Lungenbläschen ausbreiten würde, wäre sie so groß wie ein halbes Tennisfeld. Und trotzdem passt sie zusammengefoldet in unseren Brustkorb.

Lungenerkrankungen werden nicht nur häufiger. Immer mehr Menschen sterben auch daran. Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung COPD, auch unter dem Namen ‚Raucherlunge‘ bekannt, ist momentan auf der Liste der Todesursachen auf Platz vier und wird vermutlich bald auf Platz drei aufrücken.

Obwohl heute weniger Menschen rauchen, steigt die Zahl der Erkrankungen immer weiter an, denn die ersten Symptome treten erst Jahrzehnte später auf. Dagegen gehen die Todesraten bei Dialysepatienten, Diabetikern und Herzpatienten eher zurück.

Probleme mit der Lunge sind schnell lebensbedrohlich. Daher haben wir hier im Lungenzentrum immer wieder sehr gefährliche Situationen. Einmal wurde der Bruder eines Kollegen mit starkem Husten und Luftnot in die Notaufnahme eingeliefert. Es war hochdramatisch. Der Mann war völlig orientierungslos. Durch eine Lungenentzündung hatte er eine Blutvergiftung bekommen. Wenn man das nicht schnell erkennt, ist die Wahr-

scheinlichkeit zu sterben hoch. Wir haben den Patienten bei uns auf der Intensivstation aufgenommen. Er hat sich so gut erholt, dass er drei Wochen später bereits wieder seiner Arbeit nachgehen konnte.

Ursachen für die steigende Zahl an Lungenerkrankungen sind zum einen die älter werdende Bevölkerung, aber auch Umweltbelastungen wie Feinstaub. Asthma ist mittlerweile eine Volkskrankheit, unter der rund sechs Prozent der Bevölkerung leiden. Das ist sehr viel. Auch etliche junge Leute sind schon davon betroffen. Neben dem Feinstaub scheint unser Immunsystem auch mit einer allzu sterilen Umwelt nicht gut klarzukommen. An der ‚Bauernhofhypothese‘, nach der ein bisschen Kuhstall noch niemandem geschadet hat, ist wohl schon etwas dran.

Hochwirksame Therapien

Einmal hatten wir eine junge Patientin mit Atemnot bei uns. Sie war nicht einmal mehr zu ihrem Auto gekommen. Zunächst war unklar, was sie hatte. Es war dann ein schweres Asthma. Wir konnten sie mit einer sehr modernen Antikörpertherapie behandeln. Diese hochwirksamen Therapien gibt es erst seit ein paar Jahren. Mittlerweile kann die Frau sogar wieder 90 Minuten Fußball spielen. Das hätte sie sich gar nicht mehr vorstellen können. Viele unserer Patienten leiden auch an Lungenkrebs, vor allem ältere Menschen. Lungenkrebs ist eine sehr ernste Diagnose. Wenn er früh genug erkannt wird, kann man operieren und den Krebs vollständig entfernen. Hierfür muss man

einen Teil der Lunge oder sogar einen Lungenflügel entfernen. Für so komplizierte Eingriffe haben wir mit Thomas Kiefer einen hoch spezialisierten Thoraxchirurgen, einen Operateur, der sich im Brustkorb auskennt wie in seiner Westentasche.

Löcher in der Lunge

Die Diagnose von Lungenerkrankungen ist mitunter schwer zu stellen. Wir hatten zum Beispiel einmal einen relativ jungen Patienten mit mehreren Löchern in der Lunge. Er hatte eine schwere Entzündung und Fieber, von dem niemand wusste, woher es kam.

„Wir hängen uns hier richtig rein.“

**Hans-Joachim Kabitz,
Lungenzentrum Bodensee.**

Der Mann war ein fitter Sportler, der mitten im Berufsleben stand. Aber seine Lunge wurde regelrecht aufgefrassen. Ich vermutete, dass ein Bakterium aus den Zähnen die Ursache sein könnte und in die Lunge geraten war. Am Anfang war die Situation wirklich unklar. Erst seine Frau erinnerte sich schließlich auf unsere Nachfragen daran, dass ihr Mann eine Zeit lang Probleme mit den Zähnen gehabt hatte. So konnten wir die Bakterien nachweisen. Manchmal muss man eben öfters nachfragen. Nach einem halben Jahr Behandlung waren die Löcher verschwunden, und der Mann konnte bis zum Mount-Everest-Basislager auf über 5 000 Metern aufsteigen.

Lange unterschätzt oder gar nicht erst diagnostiziert wurden die sogenannten Lungenfibrosen. Darunter versteht man unheilbare Vernarbungen der Lunge, die ebenfalls zu Atemnot führen können. Hier gab es in den vergangenen Jahren einen großen Wissenszuwachs und Medikamente, die zumindest das Voranschreiten der Krankheit verlangsamen können.

Haupttodesursache bei Lungenerkrankungen ist allerdings nach wie vor die Lungenentzündung, die vor allem ältere Menschen bekommen. Sie wird ganz klassisch durch Viren ausgelöst, etwa bei einer Grippe (Influenza) und seit Ende 2019 auch durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2. Die Tuberkulose, die übrigens weltweit jährlich eine Million Menschen tötet, wird durch sehr spezielle Bakterien ausgelöst.

In unserem Neubau sind die Stationen nach den Bergen in den Alpen benannt. Auf unserer Station Diedamskopf haben wir ein ganz tolles Team an Pflegekräften. Sie kümmern sich rührend um unsere Patienten und Patientinnen. Dafür bin ich sehr dankbar. Denn wir haben hier in Konstanz oft komplexe Fälle, und diese Menschen brauchen sehr viel Fürsorge. Bei schweren Erkrankungen bieten wir eine Sauerstofftherapie an. Für diese Patienten haben wir zwei ausgebildete Atmungstherapeuten. Viele Lungenpatienten benötigen speziellen Lungensport und Krankengymnastik. Hier leistet Stefan Mertl als Leiter der Abteilung Physiotherapie mit seinem Team tolle Arbeit.

„Haupttodesursache bei Lungenerkrankungen ist nach wie vor die Lungenentzündung.“ Hans-Joachim Kabitz.

Um die richtige Diagnose zu stellen, braucht es ein ganzes Team an Spezialisten. Unser speziell geschultes Endoskopie-Personal kann mit uns während einer Lungenspiegelung (Bronchoskopie) in die Lunge hineinschauen, Lungenspülungen vornehmen und ohne eine OP Proben herausholen. Das ist gar nicht schlimm, weil die Patienten dabei schlafen.

Für die Bilder der Lunge haben wir mit Markus Juchems und seinem Team eine hochleistungsfähige Radiologie. Ganz wichtig für die Diagnose sind auch die Lungenfunktionstests und Messung der Sauerstoffwerte bei Belastung. Auch dafür haben wir hier spezialisierte und sehr motivierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Unser Lungenzentrum bietet mit Benjamin Kläsner sogar eine eigene Abteilung für Nuklearmedizin direkt vor Ort.

Damit haben wir an Diagnostik alles, was man rund um die Lunge braucht, und können selbst Lungenkrebspatienten sehr gut betreuen. Eine Ausnahme sind Lungentransplantationen. Diese werden in Baden-Württemberg ausschließlich an der Uniklinik Freiburg durchgeführt. Die Tatsache, dass ich dort früher selbst als Oberarzt für Patienten mit Lungentrans-

plantationen zuständig war, hilft auch jetzt bei der Zusammenarbeit und Vorauswahl der Patienten. Auch wenn man selbst keine Transplantation anbietet, muss man diese Möglichkeit in Betracht ziehen. Denn für Patienten mit schweren Lungenerkrankungen ist das oft die letzte Rettung.

Viele Lungenerkrankungen führen leider zum Tode. Das ist traurig. Aber auch diese Patienten lassen wir nicht allein. Auf unserer Palliativstation begleiten wir unsere Patienten, bis das Leben zu Ende geht. Ich bin ganz eng bei dem Projekt ‚Keiner stirbt allein‘ dabei, das Marcus Schuchmann, unser Ärztlicher Direktor, initiiert hat. Nicht heilen können heißt nicht, dass man dem Menschen nicht mehr helfen kann.

Meine Herzensangelegenheit ist die Ausbildung von jungen Menschen: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Atmungstherapeuten. Wir haben hochmotivierte Leute und können als

Lehrkrankenhaus der Uniklinik Freiburg wirklich sehr gute Medizin anbieten. Im Ranking fürs Praktische Jahr, also der letzten Stufe des Medizinstudiums, steht die Innere Abteilung des Konstanzer Klinikums sehr gut da. Daher haben wir hier die Ehre und den Luxus, dass wir mehr Bewerbungen von jungen Medizinerinnen und Medizinern bekommen, als wir aktuell annehmen können. Zu uns kommen nicht nur junge Studierende aus ganz Deutschland, sondern aus ganz Europa. Wir arbeiten am Limit, aber wir hängen uns hier am Klinikum für die Bevölkerung richtig rein. Das lohnt sich. Denn Arzt sein ist für mich immer noch der beste Job der Welt.“

Der Internist und Pneumologe Prof. Dr. Hans-Joachim Kabitz ist verantwortlicher Chefarzt der II. Medizinischen Klinik. Der Lungenarzt ist Spezialist für Weiterbildung und Mitarbeitermotivation und hat in Bern einen Master of Medical Education (MME) absolviert.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



„Heilen und helfen ist sensationell“, findet der Kieferchirurg Frank Palm. Das Team der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie behandelt jedes Jahr über 800 Patienten stationär und nimmt auch komplexe Operationen vor, die sonst nur an Unikliniken angeboten werden.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Zähne, Hautkrebs, Leoparden

Unfall, Tumor, Weisheitszahn oder eine neue Nase – das Spektrum der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Klinikum Konstanz ist groß.

Spezialisiert sind die fünf Mediziner unter anderem auf Implantate.

Wir haben aber auch schon Menschen mit Schussverletzungen und einen Mann nach einer Raubtierattacke operiert, sagt der Kieferchirurg Prof. Dr. Dr. Frank Palm.

„An meinen ersten Patienten im Konstanzer Klinikum erinnere ich mich noch ganz genau. Das war 2003 ein Junge aus Moldawien namens Dimi. Ein deutsches Geschoss aus dem Zweiten Weltkrieg hat ihm beim Spielen den halben Unterkiefer weggerissen. Siebenmal wurde Dimi in Moldawien operiert, aber die Ärzte konnten das Loch nicht verschließen. Sein Kopf ist praktisch bei lebendigem Leib verfault. Als Dimi zu uns kam, habe ich ihm aus dem Beckenkamm einen neuen Kiefer rekonstruiert, vom Unterarm ein Stück Haut transplantiert und an die Gefäße der Halsschlagader angeschlossen. Mein ungewöhnlichster Eingriff war bislang vermutlich ein Konstanzer Tourist, dem bei einer Safari in

Namibia von einem Leoparden fast der Kopf abgerissen worden war. Der Mann hatte nur das Fenster seines Wohnwagens schließen wollen, als das Tier ihm an die Kehle oder, besser gesagt, an den Kopf ging und mit den Krallen praktisch skalpierte. Es ist ein Wunder, dass der Mann das überlebt hat. Sein ganzer Schädelknochen lag frei. Er wurde in Namibia notversorgt und zu uns geflogen. Wir haben dann eine Hauttransplantation vorgenommen und konnten damit die verlorenen Weichteile des Schädels rekonstruieren.

So komplexe Fälle werden sonst nur an Uniklinken behandelt. Dass ein städtisches Krankenhaus eine eigene

kieferchirurgische Abteilung hat, ist ohnehin schon ungewöhnlich. Wir sind auch die einzige derartige Abteilung in der Region. Ein Drittel unserer Patienten fährt daher mehr als 100 Kilometer, um zu uns zu kommen. Manche reisen auch aus Berlin, der Schweiz oder Italien an.

Die Kieferchirurgie hat in Konstanz Tradition. Mein Vorgänger hat hier am See die größte belegärztliche Abteilung Süddeutschlands aufgebaut. Als ich dann 2003 von der Uniklinik Ulm nach Konstanz kam, erlebte die Kieferchirurgie noch mal einen Boom. Mit dem üblichen Belegarztsystem war das nicht mehr zu stemmen, sodass wir die Abteilung zu einer sogenannten Hauptfachabteilung umstrukturierten, die es uns erlaubte, weitere Ärztinnen und Ärzte anzustellen. Das war damals deutschlandweit einmalig. Mittlerweile hat sich das ‚Konstanzer Modell‘ so bewährt, dass es sogar im Sozialgesetzbuch verankert und von anderen Kliniken übernommen wurde.

Hilfe rund um die Uhr

Mittlerweile sind wir in der ehemaligen Chefarzt-Villa gegenüber dem Klinikneubau fünf Ärzte, die pro Jahr bis zu 4 000 chirurgische Eingriffe vornehmen. Das ist fast schon eine Klinik für sich. Routineeingriffe wie Weisheitszähne entfernen und Implantate einsetzen werden dort mehrmals täglich vorgenommen. Als kieferchirurgischer Eingriff dauert das Entfernen eines Weisheitszahns bei uns lediglich ein paar Minuten und ist meist nur von wenigen Komplikationen be-

gleitet. Für die großen Eingriffe stehen uns die modernen OP-Säle im Klinikneubau zur Verfügung. Auf Station P10 haben wir 25 Betten. Jedes Jahr behandeln wir dort 800 Patienten stationär. Als interdisziplinäres Kopffzentrum arbeiten wir eng mit den HNO- und den Augenärzten zusammen.

Aufwändige Implantate

Unsere Abteilung ist rund um die Uhr sieben Tage die Woche für die Menschen in der Region da. Im Schnitt haben wir jeden Tag eine Unfallverletzung, rund 350 pro Jahr. Vor allem am Wochenende gibt es Kieferbrüche oder Verletzungen des Mittelgesichtsknochens durch Schlägereien oder Fahrradunfälle. Neulich hatte ich einen Patienten, der auf einer Treppe vor seinem Haus so schwer gestürzt ist, dass fast die komplette Nase abgerissen war. Auch Schussverletzungen im Schädel haben wir schon versorgt, wie etwa nach der Schießerei in einer Diskothek 2018.

Immer wieder kommen Menschen, die ihre Schneidezähne verloren haben. Kompliziert wird es, wenn sich Kinder die bleibenden Zähne herausgeschlagen haben. Dann müssen wir Platzhalter einsetzen, um den Kieferknochen nicht in seinem Wachstum zu behindern.

Da der Kieferknochen noch bis über das 20. Lebensjahr hinaus wächst und eine Implantation eine Wachstumshemmung erzeugt, können Implantate erst im ausgewachsenen Kieferknochen, sprich ab Anfang, Mitte 20, eingesetzt werden. Sonst steht das Implantat nach ein paar

Jahren an einer komplett verkehrten Stelle. Wir operieren praktisch alle Erkrankungen im Bereich des Halses und des Kopfes. Häufige OPs sind Entzündungen der Speicheldrüsen durch Speichelsteine. Bei Tumorpatienten mit Mundbodenkarzinom, das vor allem bei Rauchern häufig vorkommt, werden die Geschwüre und die Halslymphknoten entfernt. Diese Geschwüre werden in der Regel vom Zahnarzt entdeckt. Manche Tumore sind so groß, dass wir aus dem Wadenbein oder dem Beckenkamm einen ganzen Unterkiefer rekonstruieren müssen. Diese Rekonstruktionen sind zum Teil sehr aufwändig und dauern bis zu vierzehn Stunden. Bei so komplexen Eingriffen ist bei uns immer ein erfahrener Oberarzt dabei, egal, ob der Patient privat oder gesetzlich versichert ist.

**„Im Mittelalter
waren Zahnabszesse
eine der häufigsten
Todesursachen.“
Kieferchirurg Frank Palm.**

Ein Drittel unserer Eingriffe sind Zahnbehandlungen. Allerdings keine Füllungen oder Kronen, sondern Implantate und oralchirurgische Eingriffe. Wenn sich unter einem stark geschädigten Zahn oder einer maroden Krone ein Abszess gebildet hat, sind wir als Kieferchirurgen ebenfalls gefragt. Das gibt es relativ häufig, vor allem bei Menschen, die nicht regelmäßig zum Zahnarzt gehen. So ein Abszess muss unbedingt behandelt werden, denn wenn der Eiter ins Blut

gelangt, kann das zu einer lebensgefährlichen Blutvergiftung führen. Außerdem kann die Schwellung am Hals zum Erstickungstod führen. Im Mittelalter waren Zahnabszesse eine der häufigsten Todesursachen.

Eine immer größere Rolle spielen bei uns Risikopatienten, also Menschen, die zum Beispiel Gerinnungshemmer nehmen, sowie Krebspatienten, die eine Chemotherapie oder Bestrahlung hatten oder Medikamente gegen Knochenmetastasen einnehmen. Sie kommen auch für vermeintlich einfache zahnchirurgische Eingriffe zu uns.

Ein Teil unserer Patienten leidet unter einer Kieferfehlstellung wie zum Beispiel einem extrem vorstehenden Unterkiefer. In der OP werden Ober- und Unterkiefer durchtrennt und in die richtige Position gebracht. Bei solchen Eingriffen arbeiten wir eng mit Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden zusammen.

Die Konstanzer Kieferchirurgie ist sehr innovativ. Wir organisieren hier regelmäßig Weiterbildungen und Kongresse. Vor ein paar Jahren haben wir als weltweit erstes Team eine Operation live gestreamt und für Schulungszwecke ins Internet übertragen. Sogar Knochenersatzmaterialien sind bei uns hier am Klinikum entwickelt worden. In der Implantologie kommt solchen Materialien heute eine entscheidende Rolle zu, denn wenn ein Zahn verloren geht, geht dies immer mit einem Verlust von Knochen und Weichgewebe, speziell dem Zahnfleisch, einher.

Viele unserer Patienten werden auch von der Hausärztin oder dem Hautarzt zu uns überwiesen. Jeder fünfte Patient mit einem Hauttumor braucht eine Hauttransplantation. Gerade hier im Badischen, wo die Sonne lacht und die Leute gerne am und auf dem Wasser sind, gibt es viel Hautkrebs. Glücklicherweise handelt es sich meistens um den sogenannten Weißen Hautkrebs, das Basalzell-Karzinom oder Basaliom.

Schönheit ist Ansichtssache

Auch ästhetische Eingriffe nehmen wir vor. Jede Woche entferne ich Tränensäcke, korrigiere Nasen oder mache ein Facelifting. Natürlich ist Schönheit immer Ansichtssache, aber ein völlig symmetrisches Gesicht wirkt nicht unbedingt sympathischer, und Lachfalten spiegeln für mich ein wunderbares Leben wider. Bei einem Schildkrötenhals kann man dagegen eher mal nachhelfen. Solche Eingriffe muss man hinterher nicht sehen. Anders als in den USA, wo ich einen Teil meiner Ausbildung in plastischer Chirurgie absolviert habe, wollen die Leute hier nicht, dass man ihnen eine Schönheits-OP ansieht. Sie wollen einfach nur gut erholt, wie nach acht Wochen Urlaub, aussehen. Ich würde nie etwas operieren, hinter dem ich nicht selbst stehen kann. Eine Schönheitsoperation ist schließlich medizinisch nicht notwendig und immer von Risiken begleitet. Das muss man genau abwägen.

Gesichts- und Kieferchirurgie ist etwas sehr Persönliches. Wenn es meinen Patienten nicht gut geht, leide ich mit.

Niemand kommt gerne zu uns, das muss man aushalten. Aber die Dankbarkeit ist groß. Dimi, der Junge aus Moldawien, ist heute über 20, aber an seinem OP-Termin bekomme ich immer noch jedes Jahr eine Postkarte von ihm. Das ist wirklich schön, und ich bin froh, dass es ihm so gut geht. Heilen und helfen ist sensationell. Ich würde gar nichts anderes machen oder nirgendwo anders sein wollen als hier.“

Als Kieferchirurg hat Prof. Dr. Dr. Frank Palm Human- und Zahnmedizin studiert. Auf den gängigen Ärzteportalen zählt er zu Deutschlands 100 besten Ärzten. Seit 2005 ist Frank Palm am Klinikum Konstanz Chefarzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Außerdem ist er Professor an der Universität von Pisa und Ehrenprofessor der Universität Moldawien, wo er sich im Rahmen eines humanitären Projekts am Aufbau der kieferchirurgischen Abteilung der Klinik beteiligt hat. Mehrere Jahre lang war Frank Palm Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie.

Schilddrüsenzentrum Bodensee



„Eigentlich müssten wir uns in Deutschland viel jodreicher ernähren und vor allem mehr Meeresfrüchte oder Salzwasserfisch essen“, sagt der Leiter des Schilddrüsenzentrums, Benjamin Kläsner.

Schilddrüsenzentrum Bodensee

Dem Kropf an den Kragen

Jeder Dritte in Deutschland leidet unter einer Schilddrüsenerkrankung. Manchmal muss man schnell reagieren, oft muss man aber auch gar nichts tun, sagt der Chefarzt des Schilddrüsenzentrums, Dr. Benjamin Kläsner. Viele Patienten würden jahrelang umsonst Medikamente nehmen. Auch am Übergewicht ist das Organ nur selten schuld.

„Haben Sie Heino schon mal ohne Brille gesehen? Vermutlich nicht. Die meisten Leute kennen ihn gar nicht ohne. Viele glauben, dass Heino etwas an den Augen hat. In Fachkreisen aber ist bekannt, dass Heino an einer Schilddrüsenerkrankung leidet.

In Deutschland sind Schilddrüsenerkrankungen häufig. Jeder Dritte hat damit zu tun. Ab dem 50. Lebensjahr sogar jeder Zweite. Das liegt oft daran, dass Deutschland ein Jodmangelgebiet ist. Bei uns gibt es zwar Speisesalz mit Jod. Aber bei Fertigprodukten wird oft kein Jodsalz verwendet, damit die Hersteller ihre Produkte auch in anderen Ländern verkaufen können. Dabei müssten wir uns viel jodreicher ernähren und vor allem

mehr Meeresfrüchte oder Salzwasserfisch essen. Denn die Schilddrüse braucht Jod zur Hormonproduktion.

Schwitzen und Herzrasen

Die Schilddrüse ist ein extrem wichtiges Organ. Sie ist quasi unser Gaspedal und regelt den Energiehaushalt. Bei Überfunktion fährt man Vollgas, bei Unterfunktion kommt der Motor ins Stocken. Das geht unterschiedlich lange gut. Junge Leute merken das oft nicht einmal. Meist müssen wir auch gar nichts tun, aber spätestens ab 65 nimmt bei Schilddrüsenüberfunktionen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu. Hier müssen wir handeln – auch wenn der Patient keine Beschwerden hat.

Die Schilddrüse verändert sich in der Regel nur sehr langsam. Oft dauert es Jahrzehnte, bis die Patienten Schluckbeschwerden bekommen, einen Kloß im Hals haben oder den Hemdkragen nur noch schwer schließen können. Das nennt man dann im Volksmund Kropf. Einen ganz klassischen Fall habe ich 2013 erlebt, als ich noch neu hier am Klinikum war. Da kam ein Mann aus dem tiefsten Schwarzwald mit einer riesigen Beule am Hals zu uns ins Schilddrüsenzentrum.

**„An manchen Tagen
haben wir hier nur
Frauen.“
Benjamin Kläsner,
Leiter Schild-
drüsenzentrum.**

Allein ein Knoten in seiner Schilddrüse war ungefähr dreimal so groß wie normalerweise die ganze Schilddrüse. Dieser Knoten ist bestimmt über zehn oder zwanzig Jahre gewachsen. Da fragt man sich schon, wie man so lange warten kann. Aber wenn nichts wehtut, gehen vor allem Männer oft nicht zum Arzt. Dabei kann so ein sogenannter heißer Knoten auch ohne Schmerzen gefährlich werden, denn es kann zu einer starken Überfunktion kommen. Wenn der Körper aber ständig Vollgas fährt, sind die Energiespeicher irgendwann leer. Das kann bis hin zum Herzinfarkt und Schlaganfall führen. Typische Symptome für eine solche Überfunktion sind innere Unruhe, starkes Schwitzen, Herzrasen und zitternde Hände oder Schlafstörungen.

Wir haben den Patienten dann mit einer Radiojodtherapie behandelt. Bei dieser Therapie schluckt man eine kleine Kapsel mit radioaktivem Jod. Da im Körper nur ein Organ Jod braucht, landet die Substanz samt Strahlung direkt an der Schilddrüse. Der Knoten wird sozusagen von innen bestrahlt. Das Verfahren wurde 1942 zum ersten Mal in den USA angewandt und ist absolut sicher. Es gibt kein erhöhtes Krebsrisiko und keine Hautveränderungen. Auch bei unserem Patienten hat die Therapie gut angeschlagen. Die Beule wurde deutlich kleiner.

Frauen spüren sehr viel stärker, wenn ihre Schilddrüse nicht richtig arbeitet und die Hormonwelt durcheinandergeraten ist. Sie sind auch häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen. An manchen Tagen haben wir hier nur Frauen. 20 Prozent kommen allerdings nicht, weil sie Probleme mit der Schilddrüse haben, sondern weil sie nicht abnehmen können. Das liegt allerdings fast nie an der Schilddrüse. Wenn die Schilddrüse nicht richtig arbeitet, lagert der Körper manchmal Wasser ein, aber eben kein Bauchfett. Man sollte auch nicht versuchen, mit Schilddrüsenhormonen abzunehmen.

Die häufigste Form von Autoimmunerkrankungen an der Schilddrüse ist die Hashimoto-Erkrankung. Bei dieser Entzündung zerstört das eigene Immunsystem einen Teil der Schilddrüse. Durch die entstehende Entzündung wird die Schilddrüse mit der Zeit zerstört, und es kommt zur Unterfunktion. Die Betroffene

nen, meist Frauen, sind oft müde, traurig oder antriebslos und brauchen Ersatzhormone. Bei Verdacht auf eine Hashimoto-Erkrankung muss man sich die Schilddrüsenfunktion genau ansehen. Denn auch wenn der Normwert von sogenannten TPO-Antikörpern bei 60 liegt, heißt das nicht, dass bei einem überhöhten Wert von vielleicht 80 gleich eine Hashimoto-Erkrankung vorliegt und Hormone benötigt werden.

„Die Schilddrüse ist unser Gaspedal.“ Benjamin Kläsner.

Heino leidet übrigens an der Basedow-Krankheit (Morbus Basedow), ebenfalls eine Autoimmunerkrankung, die aber im Gegensatz zur Hashimoto-Erkrankung zu einer Überfunktion führt. Die Antikörper (TRAK), die dafür verantwortlich sind, können auch im Gewebe hinter den Augen zu einer Entzündung mit Schwellung führen und die Augen wie bei Heino herausdrücken. Wenn man nicht schnell handelt, bleiben diese ‚Frosch-äugen‘ auch nach der Behandlung so hervorstehend.

Knoten genau ansehen

Anders als solche Autoimmunerkrankungen entwickeln sich Knoten oder ein Kropf über Jahre. Nur selten wird der Kragen über Nacht zu eng. In so einem Fall muss man aber sofort zum Arzt, denn dahinter kann eine ernsthafte Krebserkrankung stecken. Manches sieht schlimm aus, ist aber harmlos. Zum

Beispiel, wenn ein Knoten eine Zyste hat und sich plötzlich mit Blut füllt. Die Leute bekommen dann einen Riesenschreck. Eigentlich muss man aber gar nichts machen. Manchmal geben wir trotzdem Schmerztabletten oder punktieren. Dann verschwindet die Beule wieder.

Zur Abklärung eines Knotens prüfen wir nicht nur das Aussehen, sondern auch die Funktion der Schilddrüse. Früher hat man bei Knoten grundsätzlich Hormone gegeben. Seit 2011 wissen wir, dass das nichts bringt. Trotzdem werden sie immer noch sehr oft verschrieben. Die Patienten nehmen dann jahrzehntelang völlig umsonst Medikamente ein. Wer nicht mehr weiß, weshalb er ein Medikament nimmt, sollte es überprüfen lassen.

Statt gleich Medikamente zu verschreiben, schauen wir uns im Schilddrüsenzentrum die Knoten genau an. Das machen wir hier in der Nuklearmedizin mit der sogenannten Szintigraphie, einem bildgebenden nuklearmedizinischen Untersuchungsverfahren, durch das man kalte, normale von den auf dem Bild rot gefärbten, heißen Knoten unterscheiden kann. Das ist wichtig. Denn fünf Prozent der kalten Knoten sind bösartig. Bei ihnen machen wir eine Punktion. Das klingt schlimm, ist aber nur ein kleiner Piks.

Bei bösartigen Knoten müssen wir operieren. Die Chirurgen des Schilddrüsenzentrums unter der Leitung unseres Chefarztes Jörg Glatzle und seines Oberarztes Gregor Blank sind Spezialisten für Schilddrüsen-OPs und machen das hervorragend. Generell

werden Knoten heute nicht mehr unbedingt herausoperiert. Das hat den Patienten früher oft Angst gemacht. Dabei ist das häufig gar nicht nötig. Viele Knoten können wir mittlerweile mit Medikamenten oder einer Radiojodtherapie behandeln. Auch dem Kropf geht man nur noch in den seltensten Fällen operativ an den Kragen.

Unser Einzugsgebiet ist riesig. Die Patientinnen und Patienten kommen bis aus dem Allgäu und dem tiefsten Schwarzwald. Das liegt daran, dass wir hier am Klinikum ein interdisziplinäres Team von Spezialisten haben, zum Beispiel unseren Endokrinologen Torsten Delfs, der die Hormonproduktion der Schilddrüse abklärt. Torsten Delfs ist für uns ein echter Segen, denn der nächste Endokrinologe sitzt in Stuttgart. Ich selbst bin Nuklearmediziner. Eine Radiojodtherapie wie hier gibt es sonst erst wieder an den Unikliniken Tübingen, Freiburg oder Ulm. Das ist alles ziemlich weit weg.

In der Regel kommen die Patientinnen und Patienten durch die Überweisung eines niedergelassenen Arztes zu uns. Viele Konstanzer Hausärzte können mittlerweile selbst die Schilddrüse mit dem Ultraschall untersuchen und Blutwerte abklären. Bei Auffälligkeiten schicken sie die Patienten dann hierher. Unser Behandlungsspektrum reicht von gutartigen Knoten, diffuser Vergrößerung (Struma), Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion) und Entzündungen bis hin zu bösartigen Veränderungen der Schilddrüse.

Einmal im Monat setzt sich das Team des Schilddrüsenzentrums zusammen und bespricht besonders komplexe Fälle. Das ist immer sehr spannend, denn selbst bei einem ganz seltenen Fall hat meistens einer von uns schon mal etwas Ähnliches gesehen. Dieser Wissensaustausch ist nicht nur für uns Mediziner wertvoll, sondern auch optimal für die Patientinnen und Patienten.“

Dr. Benjamin Kläsner ist seit 2013 Chefarzt der Klinik und Praxis für Nuklearmedizin am Klinikum Konstanz. Die Schwerpunkte des Nuklearmediziners sind Schilddrüsenerkrankungen und die Krebsdiagnostik mit der PET (Positronen-Emissionstomographie) und Computertomographie (CT), zwei sich ergänzende Schnittbilduntersuchungen. Seit 2015 ist Benjamin Kläsner Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums am Klinikum Konstanz mit insgesamt fünf Facharztpraxen.

Klinik für Gefäßchirurgie



„Die Behandlung von Krampfadern hat mit Eitelkeit nichts zu tun“, sagt Gefäßchirurg Tomas Pfeiffer. „Wir würden uns wünschen, dass die Betroffenen eher zu uns kommen, am besten, sobald sie die ersten Anzeichen bemerken.“

Klinik für Gefäßchirurgie

Harmlose Krampfadern gibt es nicht

Krampfadern sind kein kosmetisches Problem, sondern eine ernsthafte Erkrankung mit gefährlichen Spätkomplikationen. Dabei lassen sie sich vor allem am Anfang sehr gut behandeln. Später sind die Schäden irreparabel. Doch vor allem Männer ignorieren die Alarmzeichen, sagt Dr. Tomas Pfeiffer, Chefarzt der Gefäßchirurgie im Gesundheitsverbund.

„Den typischen Krampfadern-Patienten gibt es gar nicht. Meist besteht eine erbliche Veranlagung. Die Erkrankung fängt oft schon mit der Pubertät an. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Viele Patientinnen und Patienten kommen wegen schwerer Beine, Schmerzen oder Krämpfen zu uns in die Venensprechstunde. In den Lehrbüchern steht auch, dass Krampfadern solche Beschwerden hervorrufen können. Meist haben die Beschwerden andere Ursachen wie eine Überlastung durch Sport oder anstrengende Gartenarbeit. Die Beinbeschwerden sind jedoch ein guter Anlass, das Venensystem zu untersuchen. Natürlich muss auch eine arterielle Durchblutungsstörung ausgeschlossen werden. Neben der Erhebung der

Krankengeschichte (Anamnese) und der klinischen Untersuchung der Beine ist die Ultraschall-Untersuchung am wichtigsten. Mithilfe der sogenannten farbcodierten Duplexsonographie kann das Venensystem am Bein genau vermessen werden. Röntgenuntersuchungen der Venen sind daher heute kaum noch erforderlich.

Von Krampfadern unterscheiden muss man Besenreiser. Insbesondere Frauen stören sich optisch daran und gehen schnell damit zum Arzt. Besenreiser können zwar ein Hinweis auf darunter liegende Krampfadern sein, denn wer Besenreiser hat, neigt auch zu Krampfadern. Doch kommen Besenreiser viel häufiger auch ohne Krampfadern vor. In

jedem Fall stellen die Besenreiser keine ernsthafte Erkrankung dar. Man kann sie aber kosmetisch entfernen lassen. Die Behandlung wird meist von niedergelassenen Hautärzten, Fachärzten für Venenheilkunde, den sogenannten Phlebologen, oder Chirurgen mit Laser, Strom oder Spritzen durchgeführt. Ein richtig zufriedenstellendes Verfahren gibt es allerdings nicht. Besenreiser kommen häufig wieder, und man muss das Verfahren wiederholen. Im Gegensatz zur Krampfaderbehandlung werden die Kosten einer kosmetischen Besenreiserbehandlung von den Kassen in der Regel nicht übernommen.

Im Gegensatz zu Besenreisern sollte man Krampfadern unbedingt behandeln lassen. Denn Krampfadern sind eine irreversible Erkrankung, die immer schneller immer weiter fortschreitet. Krampfadern kann man auch nicht selbst kurieren. Es gibt keine Studie auf der Welt, die verfolgt hätte, was beispielsweise Hausmittel wie kalt duschen oder Wechselbäder bringen.

Am Bein unterscheidet man ein tiefes von einem oberflächlichen Venensystem. Die tiefen Venen verlaufen zusammen mit den Arterien in der Muskulatur. Die oberflächlichen Venen liegen im Unterhautfettgewebe. Die Venen haben etwa alle zehn Zentimeter eine Venenklappe, die wie ein Rückschlagventil das Blut nur Richtung Herz durchlässt. Krampfadern sind oberflächliche Venen, in denen die Venenklappen nicht mehr funktionieren. Normalerweise werden die tiefen Venen beim Gehen mit jedem Schritt zusammengedrückt. Dadurch wird das Blut

aktiv aus dem Bein heraus zum Herz gepumpt. Bei Krampfadern fließt nun ein Teil des Venenbluts über die Krampfadern am Bein wieder nach unten und zurück ins tiefe Venensystem. Dadurch arbeitet der Muskelpumpenmechanismus nicht mehr richtig. Die Folge ist in fortgeschrittenen Stadien eine Schwellung der Beine, etwa wie nach einer langen Busfahrt oder Flugreise, weil man die Beine stundenlang nicht bewegen kann.

Wenn das venöse Blut im Stehen oder beim Gehen nicht ausreichend aktiv zum Herzen gepumpt werden kann, staut sich das Venenblut, und der Druck in den Kapillaren, den winzig kleinen Blutgefäßen, steigt. Wenn dieser Kapillardruck über Jahre und Jahrzehnte aufgrund von defekten Venenklappen krankhaft erhöht ist, verfärbt sich an den Unterschenkeln die Haut, und man bekommt braune Flecken, eine sogenannte Lipodermatosklerose. Die Haut wird dabei ganz dünn, und das Unterhautfettgewebe vernarbt. Irgendwann schmilzt die Haut weg. Zurück bleibt eine offene Stelle. Sprich: Am Ende einer unbehandelten Venenerkrankung steht das offene Bein.

Bei der häufigsten Form der Krampfadererkrankung an der größten oberflächlichen Vene am Bein beginnt der Krankheitsprozess meist in der Leiste. Dort 'leiert' die oberste Venenklappe in der Regel als Erstes aus. Mit zunehmender Krankheitsdauer werden auch die weiteren Venenklappen der Stammvene von oben nach unten insuffizient, und immer mehr Blut fließt in den Krampfadern in der verkehrten

Richtung ins Bein zurück. Anfangs kann die Muskelpumpe das noch kompensieren. Später gehen auch die Venenklappen der Verbindungsvenen zwischen oberflächlichem und tiefem Venensystem kaputt, der Kapillardruck steigt noch stärker an, und die Entwicklung der Lipodermatosklerose wird weiter beschleunigt.

Es gibt verschiedene Alarmzeichen. Manchmal können Krampfadern ein Spannungs- oder Schweregefühl in den Beinen hervorrufen. In solchen Fällen sollte man sich vom Hausarzt oder von der Hausärztin zum Gefäßspezialisten überweisen lassen. Manche Patienten kommen auch wegen der braunen Hautverfärbungen oder entzündeten Stellen über ihren Hautarzt zu uns. Man spricht hier von einer Stauungsdermatitis. Hautveränderung in Folge von Krampfadern sind irreversibel. Eine Behandlung kann sie bestenfalls stoppen, nicht aber zurückbilden. Das verdeutlicht, wie wichtig eine frühzeitige Therapie ist. Wartet man zu lange, ist eine vollständige Sanierung des Venensystems nicht mehr möglich.

OP ist völlig schmerzfrei

Es gibt konservative und operative Behandlungsmethoden. Die konservative Behandlung ist einfach: Man muss lebenslang einen Kompressionsstrumpf tragen. Viele Menschen finden das schlimmer als die Krankheit selbst. Die Motivation ist daher gering. Bei einer OP werden die Krampfadern ausgeschaltet. Hier gibt es wiederum zwei Möglich-

keiten: Entfernen oder Veröden. Bei der ältesten, aber nach wie vor erfolgreichsten Behandlungsmethode zieht man die erkrankten Stammvenen mithilfe einer dünnen Sonde heraus. Man nennt das Babcock-Stripping. Das geschieht völlig schmerzlos unter Narkose. Hinterher sind leichte Schmerzen möglich, aber die lassen schnell nach. Bei kleineren Krampfadern werden an der Haut kleine Stiche gesetzt, durch die man die Venen mit einem Venenhäkchen herausziehen kann, ohne viel Haut zu beschädigen (Miniphlebektomie). Mit diesen beiden Verfahren kann man eigentlich alle Krampfadern behandeln.

**„Krampfadern kann man nicht medikamentös oder mit Hausmitteln kurieren.“
Tomas Pfeiffer, Chefarzt
Gefäßchirurgie.**

Es gibt aber noch andere Methoden wie Laser oder Mikrowelle. Bei dieser sogenannten Thermoablation wird die Stammvene von außen punktiert und eine Sonde direkt in die Vene eingeführt. Die Sonde erhitzt die Krampfader von innen, die Venenwand wird verkocht und zieht sich zusammen, das Blut in der Vene gerinnt. Auch dann kann das Blut nicht mehr rückwärts fließen. Der Vorteil: Das Verfahren lässt sich auch mit Lokalanästhesie durchführen. Außerdem bleibt die Vene im Bein. Der Thermoablation wird nachgesagt, dass sie schonender und die Menschen schneller wieder arbeitsfähig wären. Unsere eigene Erfahrung ist, dass diese Vorteile gegenüber

dem Babcock-Stripping doch eher gering sind und gelegentlich mit einer erhöhten Rückfallquote erkaufte werden. Das Thermoablationsverfahren wird auch nicht von allen Kassen übernommen. Das Babcock-Stripping wird dagegen von der Kasse bezahlt. Eine Alternative zur Häkchen-Methode (Miniphlebektomie) ist das Spritzen von Verödungsmitteln (Schaumsklerosierung). Hierbei wird die Vene praktisch von innen verätzt. Der Schaum wird nach einer Weile durch das Blut herausgespült, das dann an der verätzten Venenwand gerinnt. Bis auf den kleinen Nadelstich ist die Schaumsklerosierung schmerzfrei. Allerdings kann man wegen der begrenzten Schaummenge nur ein bis zwei Krampfaderäste auf einmal behandeln. Daher eignet sich dieses Verfahren eher für neu aufgetretene Krampfaderen, nach einer größeren Krampfaderoperation oder im sehr frühen Stadium.

Nässende Wunde, offenes Bein

Weshalb jemand Krampfaderen bekommt, weiß die Wissenschaft bis heute nicht. Viele Betroffene sagen zwar, dass sie durch ihren Beruf viel stehen müssen, aber eine berufliche Belastung führt nachweislich nicht vermehrt zu Krampfaderen. Der größte Risikofaktor ist die erbliche Veranlagung, wenn also schon die Eltern oder Großeltern Krampfaderen hatten. Unbehandelt führt die Erkrankung wie gesagt zum offenen Bein. Das ist sehr behandlungsintensiv. Die Wunden nässen, schmerzen und stinken auch, wenn bakterielle Infektionen hinzukommen, was relativ häufig der Fall ist. Das führt zu

einer massiven Einschränkung der Lebensqualität bis hin zur sozialen Ausgrenzung, denn mit einem offenen Bein wollen viele Betroffene nicht mehr unter die Leute gehen. Die Versorgung ist sehr aufwändig, und jedes Jahr müssen wir bei 20 bis 30 Patientinnen und Patienten eine Hauttransplantation vornehmen. Wir würden uns wünschen, dass die Betroffenen eher zu uns kommen, am besten, sobald sie erste Anzeichen von Krampfaderen spüren oder sehen. Denn die Behandlung von Krampfaderen hat mit Eitelkeit absolut nichts zu tun.“

Privatdozent Dr. Tomas Pfeiffer ist seit 2005 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie – vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie im Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz (GLKN). Insgesamt werden an den Standorten Konstanz, Singen und Radolfzell jedes Jahr rund 1 500 Patientinnen und Patienten stationär und 500 ambulant behandelt. Krampfaderen sind jedoch nur ein kleiner Teil des Spektrums. Die Gefäßklinik des GLKN behandelt alle Arten von Erkrankungen der Arterien und Venen von Kopf bis Fuß.

Orthopädie



„Fingerfertigkeit und Geschicklichkeit lernt man in keinem Hörsaal“, findet der Orthopäde und Unfallchirurg Gunnar Ochs. „Wer sich schon beim Zusammenbauen von Ikea-Schränken auf die Finger haut, sollte von der Chirurgie besser die Finger lassen.“

Orthopädie

Wenn's nicht mehr rundläuft

Gegen Arthrose in Hüft- und Kniegelenken ist kein Kraut gewachsen. Oft bleibt nur ein künstliches Gelenk. Das Vincentius genießt seit Jahrzehnten einen hervorragenden Ruf für diese Eingriffe. Durch die Infrastruktur im Klinikneubau können wir nun auch komplexe Fälle behandeln, die vorher an Unikliniken überwiesen werden mussten, sagt Prof. Dr. Gunnar Ochs, Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie.

„Früher war es in der Großfamilie völlig normal, dass die Oma wegen Arthrosebeschwerden nicht mehr so aktiv war und der Familie vom Ofen aus zugesehen hat. Heute ist die Oma mit dem E-Bike unterwegs. Die Leute wollen möglichst lange aktiv bleiben. Das ist auch gut, denn vom Herumsitzen werden die Gelenke nicht besser.

Die Ursachen von Arthrose, also Gelenkverschleiß, sind unterschiedlich. Meistens ist der Gelenkknorpel vor allem in der Hüfte und den Knien einfach altersbedingt aufgebraucht. Nicht selten führen Verletzungen an Meniskus oder Bändern später zum Verschleiß. Manche Leute haben auch unterentwickelte

Gelenke, wie Fehlbildungen der Hüftpfanne (Dysplasie) oder Entwicklungsstörungen während des Wachstums (Morbus Perthes), die genau wie schwere körperliche Arbeit zu Rheuma oder Gelenkverschleiß führen können.

Gelenkverschleiß kann extrem schmerzhaft sein. Jahrhundertlang haben die Menschen daher nach Lösungen gesucht. Im 15. Jahrhundert versuchte man bereits, Scharniergelenke aus Elfenbein einzusetzen. Einen echten Durchbruch bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken gab es jedoch erst in den 1960er-Jahren durch die Erfindung des Knochenzements. Damit war es erstmals möglich, Implantate längerfristig im Körper zu

verankern. Allerdings waren die Knie- und Hüftgelenke damals aus Medizinstahl und Teflon und nur wenige Jahre haltbar. Heute arbeiten wir mit hochmodernen Kunststoffen, Titanlegierungen und Keramik. Im Idealfall halten die Implantate ein Leben lang. Sie werden meistens durch Verklemmung in die Knochen eingesetzt und verwachsen schon in den ersten Wochen nach der Implantation. Knochenzement wird bei herabgesetzter Knochenqualität, etwa durch Osteoporose, verwendet.

**„Wir operieren erst, wenn der Leidensdruck für die Patienten zu groß wird und andere Therapieoptionen ausgeschlossen wurden.“
Orthopäde Gunnar Ochs.**

Auch die chirurgische Herangehensweise hat sich stark weiterentwickelt. Als ich vor 20 Jahren Assistenzarzt war, lagen Patienten nach einer Hüft-OP drei Wochen im Krankenhaus. Heute sind sie nur noch fünf bis sieben Tage bei uns und drei Wochen in der Reha. Der normale Alltag ist etwa drei Monate nach der OP wieder erreicht. Für ältere Menschen können wir so die eigenständige Mobilität erhalten. Jüngere Patientinnen und Patienten können meistens sogar wieder ihre Sportart ausüben.

Diesen schnellen Heilungsprozess verdanken wir der Weiterentwicklung der OP-Methoden. Das möglichst schonende Einsetzen der Prothesen ist die eigentliche Herausforderung für den Operateur.

Wir operieren muskelschonend und minimal-invasiv über kleine Zugangswege. Je nach Anatomie der Patienten entscheiden wir individuell, wo wir die Schnitte setzen. Das ist wichtig. Denn die Muskulatur ist der Motor des Bewegungsapparats, und der OP-Erfolg resultiert im Wesentlichen aus dem Erhalt der Muskulatur und der Wiederherstellung der Gelenkgeometrie.

Nicht immer muss man bei Arthrose gleich operieren. Wir prüfen im Vorfeld immer, ob auch andere Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Oft hilft erst einmal Physiotherapie oder eine Diät, die Gelenke zu entlasten. Beim Sport kann man vom Joggen aufs Rad umsteigen. Wir operieren erst, wenn der Leidensdruck für die Patienten zu groß wird oder regelmäßig Schmerzmittel eingenommen werden müssen.

Die meisten unserer Patienten und Patientinnen sind um die 70 Jahre alt. Manche Menschen leiden schon mit 50 unter Arthrosebeschwerden. Auch junge Patienten sind bei uns in Behandlung. Neulich habe ich eine 30-Jährige operiert. Die Frau war aufgrund einer angeborenen Hüftfehlstellung bereits mehrmals operiert worden. In solchen Fällen versuchen wir, die Zugänge an den bestehenden Narben zu setzen. Auch starke Chemotherapien können die Gelenke so schwer schädigen, dass man ein Implantat einsetzen muss. Als ich noch am Uniklinikum in Freiburg war, hatten wir das relativ häufig, da es dort eine sehr große Onkologie gibt. Ein künstliches Gelenk kann die Lebens-

qualität auch in diesen Situationen massiv verbessern. Allerdings haben Patienten mit Vorerkrankungen meistens auch ein erhöhtes Komplikationsrisiko.

Mein jüngster Patient war 16 Jahre alt. Er war mit der Schule beim Skifahren und hat sich bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. Leider war der Hüftkopf so stark geschädigt, dass er starb und wir ein Kunstgelenk einsetzen mussten. Ein Eingriff bei so jungen Menschen ist für den Operateur eine echte Herausforderung. Jedem im OP ist die Tragweite der Operation bewusst. Komplikationen können hier zu schicksalhaften Verläufen führen. Daher muss das gesamte OP-Team einen perfekten Job machen. Wir müssen unter sterilen Bedingungen arbeiten, die Muskulatur schonen und die Implantate korrekt einsetzen. Sonst kann es zu Schmerzen und einem vorzeitigen Verschleiß des Implantats kommen.

„Die Verbesserung an Lebensqualität durch ein künstliches Gelenk zu erleben, ist gigantisch.“
Gunnar Ochs.

Die schlimmste Komplikation ist ein Endoprotheseninfekt. So eine Entzündung kann unmittelbar nach der Operation, aber auch noch Jahre später entstehen. So kann sich etwa ein komplizierter Harnwegsinfekt über die Blutbahn streuen und sich auf die Endoprothese setzen. Die Patienten sind dann richtig krank und werden mit Schüttelfrost eingeliefert. Da

hilft dann nur die sofortige Operation. Teilweise können die Endoprothesen erhalten bleiben. Bei chronischen Infekten müssen wir sie jedoch in der Regel ausbauen. Dann wird ein Provisorium eingesetzt und nach einer gewissen Zeit eine neue Endoprothese implantiert.

1 600 Implantate pro Jahr

Die Ausstattung in Konstanz ist optimal. Wir können jetzt auch komplexe Fälle behandeln, die vor dem Neubau an Unikliniken überwiesen werden mussten. Das liegt unter anderem daran, dass mittlerweile 20 Intensivbetten zur Verfügung stehen und alle chirurgischen und medizinischen Disziplinen eng unter einem Dach zusammenarbeiten. Auch sonst ist der Klinikneubau sehr gelungen. Wir haben modern gestaltete Patientenzimmer, die durchaus mit denen von Privatkliniken mithalten können. Ich bin außerdem froh, dass wir hier so ein gutes Miteinander auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen haben. Denn für den Behandlungserfolg sind eben auch die Pflegerinnen und Pfleger sowie die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten extrem wichtig.

Das Vincentius-Krankenhaus hatte schon immer einen sehr guten Ruf für Endoprothetik. Die Klinik hat sich unter der Leitung meines Vorgängers, Prof. Martin Lukoscheck, auf die Implantation künstlicher Gelenke spezialisiert und ist dafür eine echte Marke geworden.

Mitte 2020 wurde beschlossen, die Vincentius Orthopädische Fachklinik und

die Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie zu einer großen gemeinsamen Abteilung für muskuloskelettale Chirurgie am Klinikum Konstanz zusammenzulegen. Mit 30 Ärztinnen und Ärzten, fünf OP-Sälen und 100 Betten sind wir fast so groß wie die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Uniklinik Freiburg. Das Konzept, alles unter einem Dach anzubieten, habe ich dort kennengelernt. Aus meiner Sicht ist das die Zukunft. Denn aus medizinischer Sicht macht das heute am meisten Sinn.

Die Verbesserung an Lebensqualität durch ein künstliches Gelenk zu erleben, ist gigantisch. Das erlebt man so in kaum einem anderen Beruf. Ich freue mich daher jeden Tag auf meine Aufgaben, weil ich weiß, dass wir den Menschen hier wirklich helfen können.“

Prof. Dr. Gunnar Ochs ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und seit Januar 2019 Chefarzt an der Vincentius Orthopädischen Fachklinik, die seit 2018 im Klinikneubau untergebracht ist. Zuvor war er leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universitätsklinik Freiburg, wo er das zertifizierte Endoprothesenzentrum leitete. Im Oktober 2020 hat Gunnar Ochs die Gesamtleitung der neuen Klinik für Unfallchirurgie, Handchirurgie und Orthopädie Vincentius übernommen.

Rückenzentrum



„Viele Rückenbeschwerden und Bandscheibenvorfälle könnte man vermeiden“, sagen Stefan Mertl, Leiter der Therapeutischen Dienste, und Wirbelsäulenchirurg Volker Kammermeier. Wichtig sind Bauchmuskeln und tägliche Bewegung.

Rückenzentrum

Das Kreuz mit dem Kreuz

Unfall, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss – das Spektrum des Rücken zentrums ist groß. Oft haben die Patientinnen und Patienten eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Dabei lassen sich zumindest einige der Erkrankungen vermeiden, sagen der Wirbelsäulenchirurg Dr. Volker Kammermeier und Stefan Mertl, Leiter der Physiotherapie. Allerdings stecken hinter Rückenschmerzen manchmal auch ganz andere Erkrankungen.

Die Patienten des Rücken zentrums kommen selten zu Fuß ins Klinikum. „Unserem typischen Patienten ist es so in den Rücken reingefahren, dass er sich gar nicht mehr bewegen kann und mit dem Notarzt hergebracht werden muss. Das haben wir sicherlich ein- bis zweimal pro Woche“, sagt Volker Kammermeier, Leitender Arzt für Wirbelsäulen- und Handchirurgie am Klinikum für Orthopädie und Unfallchirurgie. Aus heiterem Himmel passieren solche Verschlechterungen meist nicht. In der Regel waren diese Menschen bereits vorher wegen Rückenschmerzen in Behandlung oder hatten sogar schon einmal einen Bandscheibenvorfall. Ältere Menschen werden häufig mit einem Wirbelsäulenbruch eingeliefert. „Wirbelbrüche sind

sehr häufig. Viele verlaufen unbemerkt“, sagt Kammermeier. Alarmzeichen sind eine Osteoporose oder wenn es Brüche nach Bagatellunfällen gab.

In der Notaufnahme werden die Patienten dann von der Unfallchirurgie und einem Neurologen untersucht. „Wenn man nicht gleich operieren muss, werden die Patienten in der Regel stationär aufgenommen und bekommen eine Schmerztherapie.“ Ausgedehnte Bandscheibenvorfälle mit neurologischen Ausfällen, also wenn zum Beispiel die Beine nicht mehr oder nur noch schlecht bewegt werden können, müsse man jedoch sofort operieren. Immer wieder werden Patienten auch von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin oder ihrem Orthopäden in die

Sprechstunde des Rückenentrums überwiesen, etwa weil sich die Schmerzen mit gängigen Schmerzmitteln nicht mehr behandeln lassen.

Manche Menschen wollen von den Experten des Rückenentrums auch nur eine zweite Meinung hören. „Diese Menschen haben in der Regel eine lange Leidensgeschichte“, sagt Kammermeier. Besonders häufig sind Wirbelbrüche oder vorbehandelte Instabilitäten, wenn der Wirbel gleitet und die Nervenwurzeln einengt. „Das sind Schmerzen, die bis in die Beine ziehen. Betroffen sind überwiegend ältere Menschen über 70, aber nicht nur. Wir hatten auch Leute zwischen 20 und 30“, so der Wirbelsäulenchirurg.

Rückenschmerzen können unerträglich werden. „Ich erinnere mich an eine ältere Patientin, die deswegen sogar in die Psychiatrie kam. Die Frau ist wegen ihrer Schmerzen regelrecht verrückt geworden.“ Als sie später wegen einer anderen Sache noch einmal ins Klinikum kam, haben sich Kammermeier und sein Team entschlossen, die Wirbelsäule noch einmal zu operieren und das Operationsgebiet zu erweitern. Die Frau konnte später mit wenigen Schmerzmitteln nach Hause entlassen werden.

Immer wieder haben Patienten Angst, dass sie nach einer Rückenoperation im Rollstuhl landen. „Die Angst ist massiv, aber die Chancen, gesund zu werden, sind sehr viel größer als die, einen Schaden zurückzubehalten“, sagt Kammermeier. „Wenn wir kein gutes Ergebnis erwarten, operieren wir nicht.“ Ziel sei

ohnehin, Patienten, die nicht als Notfall ins Klinikum kommen, zunächst über ein halbes Jahr konservativ zu behandeln. „Erst wenn sich alle Beteiligten, also die Chirurgen, die Physiotherapeuten, die Neurologen und die Schmerztherapeuten einig sind, dass es keine Möglichkeit zur konservativen Therapie gibt, operieren wir. Den meisten Menschen können wir damit helfen.“

„Rückenschmerzen können mitunter unerträglich werden.“ Wirbelsäulenchirurg Volker Kammermeier.

Die Ursachen von Rückenschmerzen sind mitunter schwer zu diagnostizieren. Denn dahinter können auch ganz andere Erkrankungen stecken. „Das habe ich gleich am Anfang meiner medizinischen Laufbahn gelernt“, sagt Kammermeier. „Eine meiner ersten Patientinnen im Studium, eine 21-jährige junge Frau, war von ihrem Hausarzt auf Rückenschmerzen behandelt worden, die Ursache der Schmerzen war jedoch eine Lungenentzündung. Daher ist es gut, dass wir so kurze Wege haben und auch Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen auf die Patienten schauen können.“

Ein Darmverschluss kann ebenfalls am Rücken wehtun, und ein Durchbruch ist lebensgefährlich“, so Kammermeier. „Auch das gefährliche Aortenaneurysma führt zu Schmerzen zwischen den Schulterblättern an der Brustwirbelsäule. Wenn man erkennt, dass das Herz das

Problem ist, kann man das zum Beispiel mit Stents gut behandeln.“ Manchmal werden auch Menschen mit einem Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung oder einen Wirbelsäulentumor eingewiesen, und bei der Untersuchung stellt sich das Problem dann als Nieren-erkrankung heraus.

„Gerade weil die Ursache von Rückenschmerzen manchmal nicht sofort zu erkennen ist, kontaktieren wir im Zweifel gerne Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen, um Erkrankungen an Organen auszuschließen. Die kurzen Wege bei uns im Klinikum erleichtern uns dabei die Zusammenarbeit sehr“, sagt der Chirurg.

Nicht nur wegen der ausstrahlenden Schmerzen sind die Ursachen für Rückenleiden mitunter schwer zu diagnostizieren. Auf den Röntgenbildern, CT oder MRT sehen entzündliche Veränderungen und Verschleißerkrankungen an der Wirbelsäule teilweise sehr ähnlich aus. Durch eine Punktion wird dann abgeklärt, ob es Entzündungszellen gibt. „Ein Verschleiß ist nicht so schlimm, eine entzündliche Veränderung muss man aber schnell behandeln, sonst kann es zu einer Blutvergiftung und einer zügigen Zerstörung der Bandscheibe und der Wirbelkörper kommen“, sagt Kammermeier. „Das führt schnell zu neurologischen Ausfällen. Dann kann man beispielsweise die Beine nicht mehr bewegen. Oft hilft schon eine zügig begonnene Antibiotikatherapie. Notfalls muss man operieren. Die Chancen, gesund zu werden, sind aber auch dann noch gut.“

„Viele Rückenbeschwerden und Bandscheibenvorfälle könnte man vermeiden“, sagt Stefan Mertl. Er leitet am Klinikum Konstanz die Therapeutischen Dienste mit rund 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Alle Patientinnen und Patienten des Rückenzentrums werden früher oder später von Mertl oder seinem Team betreut. Häufige Ursachen für Rückenschmerzen und Bandscheibenvorfälle sind schlechte Ergonomie am Arbeitsplatz und sitzende Tätigkeiten, sagt er. „Bei 85 Prozent der Bevölkerung ist der Bauch zu schwach und dick. Solche Sachen sind vermeidbar, indem man regelmäßig Sport treibt. Joggen oder Radfahren ist gut, aber ganz wichtig ist auch Krafttraining zum Stabilisieren der Gelenke und der Wirbelsäule. Da kann man ganz viel selber machen“, betont der Physiotherapeut. Eine gute Übung sei Rudern. Das geht sogar mit einem günstigen Terraband.

Bei extremem Übergewicht empfiehlt Mertl, unter Anleitung in einem Studio oder auf Rezept im Krafraum des Klinikums zu trainieren. „Massage ist zwar wichtig, um die Verspannungen zu lösen, aber danach müssen die Patienten in Bewegung kommen und Muskulatur aufbauen.“ Bei der Arbeit sei jede Art von Veränderung der Ausgangsstellung gut. „Zwischendurch vom PC aufstehen, im Gehen telefonieren, Treppen statt Fahrstuhl benutzen, ist ganz entscheidend“, sagt der Spezialist für Schulter- und Wirbelsäulentherapie. Man müsse auch nicht täglich eine Stunde joggen gehen. „Aber man muss sich einfach, wenn es irgendwie geht, jeden Tag ein bisschen bewegen – und zwar ein Leben lang.“

Wer nicht gerne ins Schwitzen kommt, kann es durchaus auch mit Stand-up-Paddeln auf dem See probieren. „Das trainiert auch ganz viele Muskeln und ist eine super Koordinationsübung.“ Eine gute Koordination sei neben einer kräftigen Muskulatur ganz wichtig in der Osteoporose-Therapie und als Prophylaxe gegen Brüche. „Wer eine gute Koordination hat, fällt seltener und kann sich besser abfangen“, sagt Mertl. „Hier helfen Übungen auf wackeligem Untergrund, wie zum Beispiel den halbrunden Bosu-Bällen.“

„Ohne Trainingstherapie geht beim Rücken nichts“, sagt Mertl. Bereits direkt nach der OP verordnet der Chirurg den Behandlungsplan für die Physiotherapie. Spätestens am Tag nach der Operation starten die Patienten mit der Therapie. Die Nähe zu den Ärztinnen und Ärzten ist für die Therapeuten ideal. „So können wir immer nachfragen, wenn was ist. Die Zusammenarbeit ist wirklich gut“, sagt Mertl. Da die Therapeuten die Patienten sehr viel länger und häufiger sehen als der Arzt, passiert es auch immer wieder, dass sie selbst wichtige Beobachtungen machen oder auch Hinweise auf eine psychosomatische Erkrankung bekommen. Einmal hatte Mertl den Fall, dass die Kopfschmerzen trotz einer Therapie im Halswirbelbereich einfach nicht verschwinden wollten. Als er den Patienten untersuchen ließ, stellte sich heraus, dass der Mann einen Hirntumor hatte. Ein andermal bemerkte Mertl bei einem Mann, der wegen Blockaden im Brustwirbelbereich zur Physiotherapie kam, dass der Mann eigentlich ein Herz-

problem hatte. „Er hat dann sofort einen Stent bekommen. Gott sei Dank sind wir alle hier gut miteinander vernetzt.“

Auch die Ärzte schätzen den Austausch. „Bei sechs Behandlungen erfährt ein Therapeut oder eine Therapeutin natürlich mehr als der Arzt in ein paar Minuten“, sagt Kammermeier. Davon profitieren die Patienten. „Natürlich erleben auch wir keine Wunder, aber den meisten Menschen können wir hier helfen“, sagt Kammermeier. „Dass jemand vor Schmerzen nicht mehr laufen kann und mit dem Rollstuhl oder Notarzt bei uns ankommt und mit gut erträglichen Schmerzen wieder entlassen wird, kommt sehr häufig vor.“

Dr. Volker Kammermeier ist Unfallchirurg, Wirbelsäulenchirurg, Handchirurg und Orthopäde. Seit Oktober 2020 ist er Leitender Arzt für Wirbelsäulen- und Handchirurgie am Klinikum für Unfallchirurgie, Handchirurgie und Orthopädie Vincentius. Bevor Kammermeier 2006 nach Konstanz kam, war er am Universitätsklinikum Freiburg und dem Katharinenhospital in Stuttgart tätig.

Stefan Mertl ist Fachwirt für Gesundheits- und Sozialwesen und leitet am Klinikum die Therapeutischen Dienste. Unter den knapp 30 Therapeutinnen und Therapeuten sind neben Physiotherapeuten auch Ergotherapeuten und Logopäden. Der Spezialist für Schulter- und Wirbelsäulentherapie kam 2011 von der Uniklinik Mainz ans Klinikum Konstanz.

Adipositaszentrum Bodensee



„Extrem übergewichtige Menschen können ihr Gewicht auch mit einer Diät oft nicht mehr in den Griff bekommen“, sagt der Leiter des Adipositaszentrums, Stefan Kaiser. Helfen kann mitunter eine Operation.

Adipositaszentrum Bodensee

Wenn die Pfunde nicht purzeln

Starkes Übergewicht ist nicht nur frustrierend, sondern kostet Jahre an Lebenszeit. Die Chance abzunehmen ist ab einem gewissen Gewicht aber gleich null. Helfen kann eine OP zur Gewichtsreduktion, sagt Dr. Stefan Kaiser, Leiter des Adipositaszentrums Bodensee. Selbst schwere Begleiterkrankungen wie Diabetes können so geheilt werden.

„Abnehmen ist gar nicht so einfach. Aber wenn man richtig dick ist, wird es fast unmöglich. Das ist keine Frage des Willens, denn starkes Übergewicht hat ganz unterschiedliche Gründe. Zum einen gibt es große Unterschiede, wie viel Energie der Einzelne verbraucht. Es gibt Leute, die viel essen können, keinen Sport machen und trotzdem dünne Heringe sind. Und dann gibt es welche, die das Essen nur anschauen müssen und schon wieder ein Kilo draufhaben. Diese Menschen hätten vor tausend Jahren leicht überlebt, weil ihnen wenig Essen reicht und sie die Nahrung extrem gut aus dem Magen-Darm-Trakt aufnehmen. Heute haben sie biologische Nachteile, weil sie schnell dick werden.

Unsere Patientinnen und Patienten haben meistens viele Diäten hinter sich. Manche können nur 1 000 Kalorien zu sich nehmen und verlieren trotzdem kein Gewicht, da sie durch die Diäten ihre Muskelmasse reduziert haben und damit weniger Energie verbrennen können als vor der Diät. Wer sehr schwer ist, kann sich zudem kaum noch bewegen. Die Hälfte der Patienten mit schwerem Übergewicht leidet unter einer depressiven Erkrankung. Sei es, dass sie wegen ihres Gewichts depressiv wurden, sei es, dass sie wegen ihrer Antriebslosigkeit übergewichtig wurden. Antidepressiva verursachen häufig auch ein Hungergefühl, und die Leute essen mehr.

Oft fängt die Gewichtszunahme schon in der Kindheit oder Pubertät an. Bei jungen Frauen sehe ich oft Missbrauchsproblematiken oder schwierige Beziehungen im frühen Kindesalter. Häufig sind schon die Eltern übergewichtig. Das spricht einerseits für die genetische Komponente, aber auch dafür, dass das Essverhalten von Kindesbeinen an falsch ist.

Diabetes heilen

Die beste Methode, Übergewicht medizinisch festzustellen, ist nach wie vor der Body Mass Index (BMI), bei dem Größe und Gewicht in Relation gesetzt werden. Ein BMI von 20 bis 25 bedeutet Normalgewicht, 25 bis 30 Übergewicht. Wenn man ehrlich ist, dann sind 60 Prozent der Deutschen in dieser Kategorie. Medizinisch ist das nicht bedenklich. Leute, die leicht übergewichtig sind, haben nicht häufiger Diabetes oder hohen Blutdruck. Das ändert sich ab einem Body Mass Index von 30. Hier, bei Adipositas Grad 1, wird es langsam krankhaft, und Begleiterkrankungen wie Diabetes, Schlafapnoe – also Atembeschwerden – und Bluthochdruck werden häufiger. Auch die Blutfettwerte verändern sich.

Bei einem BMI von 35 bis 40 (Adipositas Grad 2) nehmen die Erkrankungen noch zu. Über einem BMI von 40 spricht man von Fettleibigkeit (Adipositas Grad 3). Wir haben auch Patienten mit einem BMI von 60. Eine Patientin hat einen BMI von 90. Die Frau wiegt 230 Kilogramm und ist 1,59 Meter groß. Sie kann sich praktisch nicht mehr bewegen.

Ab etwa einem BMI von 40 ist abnehmen mit einer Diät kaum mehr zu schaffen. Selbst in den wenigen guten Programmen gelingt das laut Studien höchstens fünf Prozent. Und die wenigen Erfolgreichen haben es meist nach zwei Jahren wieder drauf. Diesen Menschen können wir durch eine OP zur Gewichtsreduktion gut helfen. Wenn die Patientinnen und Patienten Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck haben, operieren wir manchmal schon bei einem BMI von 30. Vor allem Diabetes ist ein hoher Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch Erkrankungen der Niere und der Augen. Das können wir mit diesen OPs sehr gut beeinflussen. Patienten, die schon viele Jahre Diabetes haben, heilen wir zwar in der Regel nicht mehr, aber meist können wir die Krankheit so in den Griff bekommen, dass die Tabletten oder das Spritzen von Insulin deutlich reduziert werden kann. Das ist ein Gewinn an Lebensqualität.

Wenn man schon 80 ist, muss man so eine Operation natürlich nicht mehr machen. Uns geht es ja darum, Lebensjahre zu gewinnen. Patienten mit einem BMI über 40 verlieren 15 Jahre. Die kann man den Patienten wiedergeben, wenn sie schlanker werden. Ich würde daher immer empfehlen, eher mit 40 als mit 50 zu uns zu kommen. Alle Patienten, die wir operiert haben, fragten sich hinterher, weshalb sie das nicht schon früher gemacht haben.

Ganz viele Patienten werden zu uns überwiesen. Dann prüfen wir zunächst, ob eine Operation überhaupt in Frage

kommt. Eine OP ist nämlich kein Allheilmittel. Nur weil jemand ein Bäuchlein hat, machen wir keine OP. Auch nicht bei Selbstzahlern. Wir richten uns streng nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft.

Alle Patientinnen und Patienten durchlaufen zunächst ein halbes Jahr lang ein Evaluations- und Vorbereitungsprogramm. Dadurch versuchen wir eine Ernährungsumstellung und einen höheren Kalorienverbrauch zu erreichen, bislang unbekannte Begleiterkrankungen zu diagnostizieren und die persönlichen Problematiken des einzelnen Patienten oder der Patientin herauszufinden.

**„Uns geht es darum,
Lebensjahre zu gewinnen.“
Ernährungsmediziner
Stefan Kaiser.**

Wir arbeiten mit zwei Psychologinnen zusammen, Nicole Altenburg und Annegret Meer. Antonia Beck und Fiona von Teuffel sind spezialisiert auf Ernährungsberatung. Hinzu kommt ein ganzes Team Diätassistenten. Unser Hormonspezialist Torsten Delfs schaut, ob das Übergewicht an den Hormonen liegt, was aber nur selten der Fall ist. Zweimal kommen die Patienten zur Ernährungsberatung und in die Adipositas-Sportgruppe. Dort klären wir ab, welche Sportarten man machen kann, ohne die Gelenke zu schädigen. Wir haben im Klinikum auch eine Selbsthilfegruppe, die die Patienten wenigsten ein Mal aufsuchen sollten. Wenn jemand mit einem BMI von 35 nach einem halben Jahr zehn Kilo abgenommen hat, ist schon

Jahr zehn Kilo abgenommen hat, ist schon viel passiert. Manche haben aber gar nicht oder nur wenig abgenommen.

100 OPs pro Jahr

Uns ist wichtig, dass die Patienten motiviert sind, etwas an ihrem Leben zu ändern. Insbesondere der Konsum von Süßigkeiten und kalorienreichen Getränken spielt eine Rolle. Denn wenn sie nach einer OP wieder drei Liter Cola trinken, nehmen sie schnell wieder zu. Zehn bis 15 Prozent schaffen es auch nach einer OP nicht abzunehmen. Das sind meist die, die zu viel Süßigkeiten essen, Limo trinken oder zehnmal am Tag unstrukturiert futtern.

Zur Gewichtsreduktion gibt es verschiedene OP-Methoden. Bei etwa 60 Prozent der Patienten machen wir einen Schlauchmagen, rund 40 Prozent bekommen einen Bypass. Ein Magenband wird so gut wie gar nicht mehr gemacht. Ein Schlauchmagen ist eine relativ einfache OP. Hier legen wir unter Narkose eine sogenannte Kalibrierungssonde, durch die wir im Schlauchmagen ein Restvolumen von etwa 150 Milliliter erhalten. Das entspricht dem Inhalt eines Joghurtbechers. Der Rest des Magens wird minimalinvasiv abgetrennt und über einen etwa zwei Zentimeter großen Schnitt aus dem Bauchraum geboren.

Die Operation ist nicht sehr schmerzhaft. Allerdings müssen sich die Leute erst an das wenige Essen gewöhnen. Anfangs kommt es hin und wieder zum Erbrechen. Um eine auseichende Menge Flüssigkeit

aufzunehmen, sollten die Patienten eine Trinkflasche bei sich haben. Nach einem Jahr pendelt es sich ein, dass sie bis zu einer Drittel Pizza essen können. Dann sind die Leute satt. Auch weil der verkleinerte Magen weniger Hungerhormone produziert.

Beim Magenbypass wird der Magen ebenfalls verkleinert. Allerdings wird durch den Bypass noch zusätzlich ein Teil der Resorptionslänge des Darms nicht genutzt. Wenn die Patienten zu Sodbrennen neigen oder eine entzündete Speiseröhre haben, machen wir eher einen Bypass. Dann müssen die Patienten allerdings lebenslang Multivitaminpräparate und Kalzium einnehmen. Fürs Abnehmen spielt die OP-Methode keine Rolle. Nach einem Jahr haben die Patienten etwa die Hälfte ihres Übergewichts verloren. Langfristig ist es das Ziel, dass die Menschen 70 bis 75 Prozent ihres Übergewichts verlieren.

Solche OPs zur Gewichtsreduktion mache ich seit 2006. Anfangs waren die Hausärztinnen und Hausärzte zurückhaltend, die Patienten ‚nur‘ wegen Übergewichts zum Chirurgen zu schicken. Da die Kollegen vermehrt die positiven Erfahrungen ihrer Patienten erleben, schicken sie immer wieder Menschen mit ähnlichen Problemen. Für sie gibt es meist auch keine andere Möglichkeit. Die OP ist nicht riskanter als eine Hüft-OP oder Gallenblasenentfernung. Mittlerweile gehören Magenverkleinerungen und -bypässe in den USA zu den häufigsten bauchchirurgischen Eingriffen, und auch bei uns spielen sie eine immer größere Rolle.

Wir haben ein großes Einzugsgebiet und ein hochspezialisiertes Team, das pro Jahr etwa 100 solcher Eingriffe vornimmt. Das ist wichtig, denn da Komplikationen bei übergewichtigen Menschen zum Teil nur schwer zu erkennen sind, braucht es hier viel Routine.

Für die Patienten ist der Schritt, hierher zu kommen, am schwierigsten. Wenn sie mal da sind, fühlen sie sich bei uns wohl. Es ist unglaublich schön, mit diesen Patienten zu arbeiten. Wir erkennen sie praktisch gar nicht mehr wieder, wenn sie bei der Nachbetreuung ihre Lebensqualitätsbögen ausfüllen. Sie werden im Beruf und privat ganz anders wahrgenommen. Die Menschen werden glücklicher, und die Lebensqualität nimmt messbar zu. Das ist wirklich schön zu sehen.“

Dr. Stefan Kaiser ist Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie. Der Ernährungsmediziner leitet am Klinikum Konstanz das Adipositzentrum Bodensee. Das Adipositzentrum ist von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) als Kompetenzzentrum zertifiziert. Dadurch werden die Qualität der personellen und strukturellen Voraussetzungen des Zentrums sowie die Qualität der medizinischen Ergebnisse sichergestellt.

Kreißsaal



Rund 1 000 Kinder kommen jährlich im Klinikum zur Welt – Tendenz steigend. „Wichtig ist, dass die Frauen sich wohlfühlen und das Baby auch bei Komplikationen medizinisch gut versorgt werden kann“, finden Kinderarzt Peter Meißner, die Hebamme Anne Sprenger und Frauenarzt Andreas Zorr (von links).

Kreißaal

Hoppla, jetzt komm ich!

Geburten haben am Klinikum Konstanz seit 100 Jahren Tradition. Seitdem hat sich bei der Geburtshilfe und der medizinischen Versorgung viel verändert. Doch das Bauchgefühl ist durch nichts zu ersetzen, finden die Hebamme Anne Sprenger, der Gynäkologe Dr. Andreas Zorr und der Leiter der Kinderklinik, Dr. Peter Meißner. Dennoch ist es im Notfall gut, modernste Medizin in der Hinterhand zu haben.

Eines haben die Eltern von vor 100 Jahren und heute gemeinsam: Sie wollen alles richtig machen. Doch die Ansichten, wie das geht, haben sich seit der Gründung der Konstanzer Kinderklinik am 1. Dezember 1920 stark gewandelt. Denn auch Geburten unterliegen Trends, vom medizinischen Fortschritt ganz abgesehen.

Als die Hebamme Anne Sprenger 1981 auf die Welt kam, musste ihre Mutter noch darum kämpfen, dass die Tochter bei ihr bleibt. „Meine Mutter hatte gerade ein Buch über die natürliche Geburt gelesen. Daher war ihr ganz wichtig, dass ich die ganze Zeit bei ihr bin“, erzählt Anne Sprenger, die heute das Kreißaal-Team leitet. Heute sei Rooming-

in ganz normal. „Die Kinder sind praktisch die ganze Zeit bei der Mutter. Auch auf das Bonding legen wir großen Wert. Nach der Geburt kommen die Kinder direkt auf die Brust der Mutter und bleiben dort die ersten ein, zwei Stunden.“

„Die Geburt eines Kindes ist fast ein heiliger Moment“, sagt Andreas Zorr, Chefarzt der Gynäkologie. „Seit ich 1983 als Student, 1989 als Arzt und 2011 als Chefarzt nach Konstanz kam, hat sich die Geburtshilfe allgemein sehr stark gewandelt. Dass der Partner oder eine Bezugsperson zur Geburt mitkommt, ist mittlerweile ganz normal. Die Frauen sind heute durch das Internet viel informierter. Sie haben sehr genaue Vorstellungen. Das ist auch gut so. Allerdings könnten sie sich

ruhig mehr trauen, auf ihre Gefühle zu hören“, findet der Gynäkologe. „Eine unserer wichtigsten Aufgaben ist daher, den Frauen die Ruhe zu geben, damit ihre innere Stimme wirklich zum Tragen kommt.“

Rund 1 000 Geburten pro Jahr

Für das Geburtsteam ist daher ganz wichtig, dass die Frauen sich wohlfühlen. „Wir Hebammen sind für alles offen“, sagt Anne Sprenger. Auf der Klinik-Homepage gibt es ein Informationsvideo, in dem die drei Kreißsäle gezeigt werden. Der Kreißsaal mit der Gebärdwanne ist besonders beliebt. „Die Wassergeburt hilft auch gegen die Schmerzen“, findet Anne Sprenger. Von den rund 1 000 Geburten im Jahr sind etwa zehn Prozent Wassergeburt. Früher brachten die Frauen ihr Kind vor allem im Liegen zur Welt. „Heute legen wir Wert darauf, dass die Frauen die Position finden, in der sie gut gebären können, sei es im Stehen, in der Seitenlage oder in aufrechtem Vierfüßlerstand“, sagt die Hebamme.

Die Geburt wird vor allem von der Hebamme begleitet. Das Ärzteteam hält sich bewusst zurück. „Wenn eine Frau mit den Eröffnungswehen gut klarkommt, braucht sie eigentlich nichts Medizinisches“, sagt Gynäkologe Andreas Zorr. Bei starken Schmerzen gibt es verschiedene Möglichkeiten, von Akupunktur und Massage über leichte und starke Schmerzmittel bis hin zur PDA. „Wir empfehlen aber nichts, was nicht gebraucht wird. Schmerzmittel schaden allerdings weder dem Kind, noch macht

es den Moment kaputt“, sagt Zorr. Störender seien eher Handys. „Wir erleben leider immer wieder, dass die Eltern sofort das Bild auf Instagram posten, statt sich ihr Kind erst einmal in Ruhe anzuschauen.“

Weit über zwei Drittel der Frauen gebären auf natürlichem Wege. Die übrigen Kinder kommen mit einem Kaiserschnitt auf die Welt. „Nicht alle Kaiserschnitte sind medizinisch begründet. Manche Frauen wollen auch keine spontane Geburt, oder die Eltern wollen die Kontrolle über den Termin und das Ereignis“, sagt Zorr. „Wir erklären dann sehr ehrlich die Vor- und Nachteile der verschiedenen Wege.“

**„Die Geburt ist eine
der ursprünglichsten
Erfahrungen, die ein
Mensch machen
kann.“
Gynäkologe
Andreas Zorr.**

Ich persönlich finde, dass die Geburt eine der ursprünglichsten Erfahrungen ist, die ein Mensch machen kann. Das lässt sich durch nichts simulieren und ersetzen. Manche Frauen leiden allerdings sehr darunter, wenn es mit der spontanen Geburt nicht geklappt hat.“ Ein gutes Bonding sei auch bei einem Kaiserschnitt möglich, findet der Frauenarzt. Noch während die Mutter operiert wird, legt die Hebamme ihr das Kind auf die Brust. „Vater, Mutter und Kind sind ganz eng beieinander“, sagt Zorr.

Die Neonatologie liegt gleich hinter dem Kreißaal. „Näher geht es nicht“, sagt der Chefarzt der Kinderklinik, Peter Meißner. Durch die räumliche Nähe könne ein Kind, das nicht ausreichend atmet oder noch Schwierigkeiten mit der Wärmeregulierung hat, in ganz enger Verbindung zur Frauenklinik versorgt werden. „Neun von zehn Kindern brauchen uns nicht. Aber für dieses eine Kind ist die Versorgung durch einen Kinderarzt eben wichtig, auch wenn es oft nichts Ernstes ist“, so Meißner. Manche Komplikationen seien leider nicht vorherzusehen, etwa, wenn die Herztöne plötzlich abfallen oder eine Infektion vorliegt. „Das kommt recht häufig vor. Wenn ein Kind vom Kinderarzt mitgenommen werden muss, ist das für die Mutter schlimm.“ Die Geburt in einer Klinik mit angrenzender Neonatologie biete hier ein Stück Sicherheit.

„Bei Kaiserschnitten und Frühgeborenen ist immer einer von uns Kinderärzten dabei“, sagt Meißner. Eine besondere Situation sind Frühgeburten. „Unter der 32. Woche und 1 500 Gramm verlegen wir Mutter und Kind möglichst noch vor der Geburt nach Singen“, sagt Meißner. Frühgeborene ab der 32. Woche können in Konstanz versorgt werden. Die Kinderklinik ist mit einer Früh- und Neugeborenen-Intensivstation ein sogenannter Perinataler Schwerpunkt. Mehr als 200 Neugeborene werden jedes Jahr dort betreut, sagt Meißner. Der Perinatale Schwerpunkt habe den Vorteil, dass Mutter und Kind nicht getrennt werden müssen, falls das Kind überwacht werden muss. Das erleichtere auch das Stillen, das sich nicht nur positiv aufs Bonding,

sondern auch auf Atmung und Wärmeaustausch auswirkt.

**„Die Beratung ist ganz wichtig, und zwar in einer Sprache, die die Eltern auch verstehen.“
Kinderarzt Peter Meißner.**

Wie es dem Kind nach der Geburt geht, hat viel damit zu tun, wie die Kinder vor und bei der Geburt betreut werden. „Wir freuen uns, wenn wir von den niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen schon vorher wissen, was bei einem Kind auf uns zukommen kann“, sagt Meißner. Bei vorzeitiger Muttermundseröffnung oder Auffälligkeiten bei Gewicht oder Größe stellen sich die Schwangeren in der Regel schon vor der Geburt in der Frauenklinik vor. „Der Austausch mit den niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten, aber auch mit den freiberuflichen Hebammen ist hier in Konstanz wirklich ausgesprochen gut“, findet Andreas Zorr.

Große Bedeutung hat die Kommunikation mit den Eltern. „Die Beratung ist ganz wichtig, und zwar in einer Sprache, die die Eltern auch verstehen“, sagt Kinderarzt Peter Meißner. Wenn das Kind nach der Geburt auf die Neonatologie kommt, sei das für Eltern eine Extremsituation. „Da gibt es viele Ängste. Deshalb müssen wir die Fragen unbedingt ernst nehmen. Auch wenn der Kinderarzt heute nur noch eine von vielen Informationsquellen ist. Vor der Ent-

lassung werden alle Neugeborenen untersucht. Auch über den plötzlichen Kindstod klären wir die Eltern auf.“

Mitunter zahlt sich das Vertrauen der Eltern noch Jahre später aus, wenn Eltern mit ihrem Kind zum Beispiel nach einem Unfall, mit einer Blinddarmentzündung oder einem Pseudokrampfanfall in die Klinik kommen. „Auch das sind Extremsituationen, und es ist gut, wenn das Vertrauen schon da ist“, sagt Meißner. Schließlich wolle man in der Kinderklinik die jungen Patienten bis zum 17. Lebensjahr gut versorgen.

Eine gute Betreuung bei der Geburt könne sogar für die ganze Familie die Keimzelle für ein Vertrauensverhältnis zu einer Klinik sein, sagt Andreas Zorr. „Wenn Familienmitglieder Jahre später mit gesundheitlichen Problemen ins Klinikum kommen, hilft es ihnen, wenn sich die Familien bereits bei der Geburt ihres Kindes gut bei uns aufgehoben gefühlt haben.“

Die Hebamme Anne Sprenger leitet seit 2019 das Kreißsaal-Team. Um Fragen rund um das Thema Geburt zu klären, können sich Schwangere vor dem Entbindungstermin in der Hebammensprechstunde melden und, sofern verfügbar, auch den Kreißsaal besichtigen. Telefonnummer: 07531 / 801 2749

Dr. Andreas Zorr ist seit 2011 Chefarzt der Gynäkologie. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat einen Schwerpunkt in Gynäkologischer Onkologie, spezieller Geburtshilfe und Perinatal-Medizin, eine Spezialisierung auf Schwangerschaftserkrankungen und die Betreuung von Kindern im Mutterleib. Außerdem hat Zorr als Senior-Mamma-Operateur eine besondere Erfahrung in der operativen Versorgung von Brustkrebspatientinnen nachgewiesen.

Privatdozent Dr. Peter Meißner ist seit 2020 Chefarzt der Konstanzer Kinderklinik. Bevor der Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin nach Konstanz kam, war er 20 Jahre lang an den Unikliniken Heidelberg und Ulm tätig. Außerdem hat der Vater von drei Kindern in Großbritannien und mehrere Jahre in Afrika praktiziert. Meißner ist Neonatologe, pädiatrischer Infektiologe, Tropenpädiater und pädiatrischer Intensivmediziner.

Palliativstation



„Glück und Trauer liegen auf der Palliativstation ganz nah beieinander“, sagt die Palliativmedizinerin Ursula Kalhammer. Etwa 80 Menschen sterben jedes Jahr hier. Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten können aber nach dem Aufenthalt wieder entlassen werden.

Palliativstation

Abschied ist immer traurig

Die Palliativstation ist ein besonderer Ort im Konstanzer Klinikum. Hier geht für viele Patientinnen und Patienten ein langer Kampf zu Ende.

Trostlos ist es dort trotzdem nicht, sagt die Onkologin und Palliativmedizinerin Dr. Ursula Kalhammer. Denn selbst in ihren letzten Tagen erleben die Menschen noch Momente echten Glücks.

„Es gibt Patienten, an die erinnert man sich einfach. Manchmal, weil die Situation fachlich herausfordernd war. Manchmal auch, weil die Leute sehr speziell waren oder einem persönlich nahestanden. Gerade bei Jüngeren spürt man oft: Mensch, das ist ja ein ganz ähnliches Leben wie deins. Und plötzlich wird alles aus der Bahn geworfen.“

Da ich auch Onkologin bin, habe ich viele der Patienten und Patientinnen hier vorher jahrelang betreut. Natürlich weiß ich, dass wir nicht alle heilen können. Aber wenn wir mit den onkologischen Therapien am Ende sind, ist das immer ein Moment, in dem man sich auch fachlich infrage stellt und überlegt, ob man wirklich alles richtig gemacht hat.

In solchen Momenten bin ich froh, dass es diese Institution gibt und ich nie sagen muss: ‚Ich kann nichts mehr für Sie tun.‘ Dass ich meine Patienten hier begleiten kann, ist für mich daher ein großes Geschenk. Ich schaue dann, dass wir die Zeit noch so gestalten, dass es für sie gut ist. Vielleicht sogar schön. Oft frage ich nach einem letzten Herzenswunsch. Wir haben schon Hunde und Katzen auf die Station geholt oder organisiert, dass jemand noch einmal hinunter an den See kommt. Einen Patienten haben wir sogar zum Fußballspiel nach Freiburg gefahren.

Manchmal bekommen Patienten Angst, wenn sie den Namen ‚Palliativstation‘ hören. Aber viele spüren gleich, dass es bei uns viel ruhiger zugeht. Manche

klings morgens um acht, weil sie denken, wir haben sie vergessen. Aber wir lassen die Patienten ausschlafen und zur Ruhe kommen. Bei uns ticken die Uhren anders. Es wird nicht mehr dreimal täglich Blutdruck gemessen. Der Patient gibt den Rhythmus vor. Auch wir sind hier nicht so unter Druck. Viele Pflegende haben auf der Palliativstation einen Ort gefunden, wo sie ihrem Ideal von Pflege wieder sehr nahekommen.

Keiner stirbt allein

Ganz wichtig für uns ist, zu wissen, wer die Vertrauensperson ist, die im Sinne des Patienten entscheiden kann. Das regelt die sogenannte Vorsorgevollmacht. Oft steht das auch in der Patientenverfügung.

Im Prinzip sind Patientenverfügungen eine gute Sache. Leider liegen sie in der Realität oft zu Hause auf dem Schreibtisch. Wenn man eine Verfügung oder Vorsorgevollmacht hat, sollte man sie immer bei sich haben.

„Plötzlich wird alles aus der Bahn geworfen.“ Palliativmedizinerin Ursula Kalhammer.

Gute Palliativmedizin bedeutet für mich Symptomkontrolle. Wir versuchen, Schmerzen, Luftnot, Übelkeit und Erbrechen, aber auch seelische Belastungen zu lindern. Dafür haben wir viele Möglichkeiten. Ärzte sind oft nicht die wichtigsten





Die Palliativstation hat sechs Patientenzimmer. Es gibt auch ein Wohnzimmer mit Sofa, Fernseher und Kaffeemaschine. Das Zimmer wird gerne von Angehörigen genutzt. Patienten haben hier schon mit Freunden und ihrer Familie Geburtstag gefeiert. Alle zwei Monate finden hier Supervisionen statt, in denen sich das Team der Palliativstation reflektiert.

Personen. Ich bin hier nur eines von vielen Lichtern. Ganz wichtig sind die Pflegenden. Sie sind ja ganz nah an den Menschen und bilden die unverzichtbare Basis der palliativen Betreuung. Wir haben aber auch Physiotherapeutinnen, die zum Beispiel Fußreflexzonenmassagen geben. Berührung tut unseren Patienten oft gut.

Echte Helden des Alltags sind die Mitarbeiterinnen der Brückenpflege. Sie organisieren Hilfe, damit nach einer Entlassung zu Hause wieder alles läuft. Denn nicht alle Patienten sterben hier. Wir sind kein Hospiz. Die Idee einer Palliativstation ist, dass etwa ein Drittel nach dem Aufenthalt hier wieder nach Hause kann. Ein weiteres Drittel braucht eine Pflegeeinrichtung. Und ein Drittel stirbt bei uns.

Eine wichtige Rolle spielen die Psychonkologinnen. Sie kümmern sich nicht nur um die Sorgen und Ängste der Patienten, sondern auch um die der Angehörigen. Die Kommunikation in der Familie ist ein ganz wichtiges Thema.

Wer möchte, kann mit einem Seelsorger sprechen. Jeden Dienstag kommt auch jemand vom Hospizverein vorbei. Die Ehrenamtlichen können zum Beispiel Sitzwachen halten, wenn jemand keine Angehörigen hat. Das bieten wir auch auf der Normalstation im Rahmen des Projekts ‚Keiner stirbt allein‘ an.

**„Glück und Trauer liegen
bei uns ganz nah
beieinander.“**

**Palliativmedizinerin Ursula
Kalhammer.**

Viele Menschen empfinden es als sehr beruhigend, wenn jemand in den letzten Tagen oder Stunden einfach da ist. Manchmal haben wir aber auch das Gefühl, dass Patienten aus dem Leben schleichen, sobald der Angehörige sich mal kurz einen Kaffee holt. Vielleicht fällt es dann leichter zu gehen. Wichtig ist, dass wir sterbenden Menschen signalisieren, dass sie loslassen dürfen.

Ich bin dankbar für all die Patientinnen und Patienten, die ich hier kennenlernen und begleiten durfte. Jedes Jahr sterben bei uns etwa 80 Menschen. Das ist jedes Mal traurig. Schließlich haben wir ja eine Beziehung zu ihnen aufgebaut. Auch die

Trauer der Angehörigen muss man aushalten. Trotzdem erleben wir auch Glücksmomente. Etwa, wenn wir merken, dass es für den Menschen und seine Angehörigen hier gut war und wir der Familie ein Nest bauen konnten. Wir erleben immer wieder, dass selbst schwer Kranke am Ende ihres Lebens noch einmal glücklich sein können. Trotzdem. Abschied ist immer traurig. Das muss auch so sein. Glück und Trauer liegen bei uns ganz nah beieinander.“

Dr. Ursula Kalhammer ist Oberärztin in der Medizinischen Klinik I, zu der auch die Palliativstation gehört. Außerdem betreut die Onkologin Krebspatienten im Medizinischen Versorgungszentrum am Klinikum. Die Allgäuerin arbeitet seit Beginn ihrer medizinischen Laufbahn 1994 am Konstanzer Klinikum.

Fachabteilungen am Klinikum Konstanz



Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (AINS)

Prof. Dr. med. Wolfgang A. Krüger
Tel.: 07531 801-1001, Fax: -1009
E-Mail: anaesthesiologie.kn@glkn.de

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Prof. Dr. med. Jörg Glatzle
Tel.: 07531 801-1101, Fax: -1109
E-Mail: allgemeinchirurgie.kn@glkn.de

Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Prof. Dr. med. Markus Juchems
Tel: 07531 801-1501, Fax: -1509
E-Mail: radiologie.kn@glkn.de

Frauenklinik und Geburtshilfe

Dr. med. Andreas Zorr
Tel: 07531 801-1601, Fax: -1609
E-Mail: frauenklinik.kn@glkn.de

Abteilung für Gefäßchirurgie am Klinikum Konstanz

Dr. Aurel-Victor Dumitru
Tel.: 07531 801-1102, Fax: -1109
E-Mail: gefaesschirurgie.kn@glkn.de

Klinik für Kinder und Jugendliche

Priv.-Doz. Dr. med. Peter Meißner
Tel.: 07531 801-1651, Fax: -1655
E-Mail: kinderlinik.kn@glkn.de

I. Medizinische Klinik Konstanz

Prof. Dr. med. Marcus Schuchmann
Tel.: 07531 801-1401, Fax: -1405
E-Mail: 1.med.kn@glkn.de

II. Medizinische Klinik Konstanz

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Kabitz
Tel.: 07531 801-1451, Fax: -1485
E-Mail: 2.med.kn@glkn.de

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Prof. Dr. med. Dr. dent. Frank Palm
Tel: 07531 801-2755
E-Mail: info@palm-roser.de

Klinik für Nuklearmedizin

Dr. med. Benjamin Kläsner
Tel.: 07531 801-1814, Fax: -1813
E-Mail: nuklearmedizin.kn@glkn.de



Institut und Praxis für Pathologie

Dr. med. Manfred Kind

Tel: 07531 801-1701, Fax: -1780

E-Mail: pathologie.kn@glkn.de

Zentrum für Schmerzbehandlung

Dr. med. Dana Mergner

Tel: 07531 801-1041, Fax: -1046

E-Mail: schmerzlinik.kn@glkn.de

Klinik für Thoraxchirurgie

Dr. med. Thomas Kiefer

Tel: 07531 801-1901, Fax: -1905

E-Mail: thoraxchirurgie@glkn.de

**Klinik für Unfallchirurgie, Handchirurgie
und Orthopädie Vincentius**

Prof. Dr. med. Gunnar Ochs

Tel.: 07531 801-1228, Fax: -1202

E-Mail: unfall.ortho@glkn.de

Klinik für Urologie und Kinderurologie

Prof. Dr. med. Axel Häcker

Tel: 07531 801-1551, Fax: -1559

E-Mail: urologie.kn@glkn.de

**Zentrale Notaufnahme und
Aufnahmestation**

Prof. Dr. med. Ivo Quack

Tel.: 07531 801-1285, Fax: -1287

E-Mail: ivo.quack@glkn.de

**Belegabteilung für Hals-, Nasen-
und Ohrenheilkunde**

*Dres. Frank Hoffmann, Wolfgang Stöckle,
Dirk Römer*

Tel.: 07531 801-2760

E-Mail: info@hno-kn.de

Belegabteilung für Augenheilkunde

*Prof. Dr. med. Martin Reichel,
Frank Andreas Longère*

Tel.: 07531 801-1827, Fax: -1833

E-Mail: martin.reichel@glkn.de

**Département für Pharmazie im
Landkreis Konstanz**

Peter Buchal, Chefapotheker

Tel.: 07531 801-1060, Fax: -1080

E-Mail: apotheke.kn@glkn.de



FREUNDESKREIS
des Klinikums Konstanz e.V.

Unser Haus braucht Freunde!

Das Klinikum Konstanz ist in medizinischer Hinsicht sehr leistungsstark – nahezu alle Bereiche der Medizin sind kompetent vertreten. Zahlreiche zertifizierte Kompetenzzentren sind etabliert.

Der Freundeskreis setzt sich für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sowie für Mitarbeiter des Klinikums Konstanz ein. Darüber hinaus möchte er die Zusammenarbeit mit Einrichtungen/Institutionen im Umfeld des Klinikums Konstanz und mit den niedergelassenen Ärzten verbessern. Die Kommunikation innerhalb und außerhalb des Klinikbereiches wird intensiviert, ebenso die Öffentlichkeitsarbeit: durch Informationsveranstaltungen, Diskussionsrunden und durch einen eigenen Internetauftritt.

Der Freundeskreis bildet die Brücke zwischen Menschen und Organisationen innerhalb und außerhalb des Klinikums. Die engagierten Mitglieder des Freundeskreises leisten durch die Umsetzung konkreter Projekte ihren Beitrag, um weitere Verbesserungen zu erzielen.

Möchten auch Sie durch Ihre Mitgliedschaft den Freundeskreis des Klinikums Konstanz unterstützen, verwenden Sie die Beitrittserklärung auf unserer Webseite.

Freundeskreis des
Klinikums Konstanz e. V.
Mainastraße 35
78464 Konstanz

Tel: 07531 / 801-1901
Fax: 07531 / 801-1905

www.freundeskreis-klinikum-konstanz.de



Labor Dr. Brunner

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie,
Infektionsepidemiologie, Virologie und Humangenetik



Neue Höchstleistung durch zielgenaue Diagnostik

Das **Labor Dr. Brunner** in Konstanz ist ein Labor für medizinische Diagnostik und versorgt seit mehr als 30 Jahren die Regionen Südbaden, Hochrhein, Hegau und Bodensee. Zu den Einsendern gehören niedergelassene Ärzte, Kliniken und Firmen der Region. Das Labor befindet sich auf dem Gelände des Klinikums Konstanz.



Weitere Information unter: www.labor-brunner.de

Luisenstr. 7e | 78464 Konstanz | tel 07531 8173 0 | kontakt@labor-brunner.de

Die Pflege hat viele Gesichter.



Und bietet zahlreiche Berufsbilder, die so spannend und abwechslungsreich sind wie die Menschen, die sie ausüben.

Finde mit einer Ausbildung beim Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz den Beruf, der zu Dir und Deinen Stärken passt!

- **Pflegefachausbildung** (auch möglich mit dem ausbildungsbegleitenden Studium „Angewandte Pflegewissenschaften“)
- **Operationstechnische Assistenz OTA**
- **Anästhesietechnische Assistenz ATA**
- **Gesundheits- und Krankenpflegehilfe**
- **Bachelorstudiengang „Hebammenwissenschaft“**



Wir freuen uns auf Deine Bewerbung!

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz
Akademie für Gesundheitsberufe
Virchowstraße 10, 78224 Singen
Tel.: 07731 89-1250
akademie@glkn.de

Alles zu den einzelnen Ausbildungsberufen findest Du auf unserer Homepage www.glkn.de oder scanne den QR-Code:

