

KLINIKTICKER

Magazin des UniversitätsKlinikums und der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

HUMAN ORGAN
for transplant

Organtransplantation und
Organspende am Klinikum

Das geht
Alle an!

> ab Seite 20

Architektenwettbewerb
entschieden: So sieht die
neue Chirurgie aus

> Seite 4

Brandschutzübung der KSG:
Gefährliche Kaffeemaschinen
und glimmende Zigaretten

> Seite 17

Menschen im Klinikum: Ulla
Merkel und Florian Mersi singen
gemeinsam im Gospelchor

> Seite 56

Inhalt

9

KLINIKUM AKTUELL

Kompass-Training für Pflegende in der Onkologie

11

KLINIKUM AKTUELL

Knallbonbon in orange:
Das neue Analysezentrum

14

KLINIKUM AKTUELL

Ein Zentrum gegen Seltene Erkrankungen

20

TITELTHEMA

**Organtransplantation
und Organspende:
Das geht Alle an!**

47

PERSONALIEN

Zwei neue Ärztliche Direktoren am Klinikum: Professor Dr. Gerd Auffarth und Professor Dr. Kathrin Yen

50

NEUES AUS DER FORSCHUNG

Von nachwachsenden Herzen und wie HI-Viren ihre Wirtszellen verlassen

53

SPENDEN

Renniere e.V. ermöglicht jungen Dialyse-Patienten Ferienfreizeit

58

DAS QUIZ IM KLINIKTICKER

Wir verlosen drei Gutscheine à 50 Euro für das Restaurant Olive

Impressum

Herausgeber:

Vorstand des Universitätsklinikums
Heidelberg

V.i.S.d.P.

Stabsstelle für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Redaktion

Stabsstelle für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit
Dr. Annette Tuffs (AT),
Tel.: 06221 / 56 45 36
KlinikTicker@med.uni-heidelberg.de

Julia Bird (JB), Christian Fick (cf),
Simon Scherrenbacher (sims),
Tina Bergmann (TB)

www.klinikum.uni-heidelberg.de/aktuelles

Satz, Layout

Simone Fleck
Stabsstelle Medienzentrums
Leitung Markus Winter
Tel.: 06221 / 56 37 6 77
contact.medienzentrum@med.uni-
heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien

Druck

Nino Druck GmbH, Neustadt/ Weinstr.

ID_15134



Besuchen Sie das
Klinikum auch bei Facebook

Transplantation und Organspende sind Gemeinschaftsaufgaben

Transplantationsmedizin ist das typische Alleinstellungsmerkmal eines Universitätsklinikums. Sie bedarf einer gelebten Interdisziplinarität. Nur in den Universitätsklinika kann die Transplantationsmedizin auch stattfinden, denn sie braucht Ärzte und Pflegepersonal, die schwierige Operationen und die Behandlung schwerstkranker Patienten beherrschen, und zusätzlich Wissenschaftler, die neue Strategien für eine längere Lebensdauer von Organen entwickeln.



Die Erfolge der Transplantationsmedizin sind bereits heute groß; Spenderorgane funktionieren oft zehn, ja bis zu dreißig Jahre, wie das Beispiel eines Nierentransplantierten zeigt (siehe Seite 24). Das Universitätsklinikum Heidelberg nimmt mit seinem Transplantationszentrum – dem mittlerweile drittgrößten in Deutschland – an diesem Fortschritt teil und trägt wesentlich dazu bei. Genannt sei hier die wegweisende Transplantationsstudie der Heidelberger Immunologen, auf der die möglichst gerechte Zuteilung der Organe durch Eurotransplant beruht. Der Heidelberger Sonderforschungsbereich hat Wege bereitet für eine Immunsuppression, die sich am einzelnen Patienten orientiert (siehe Seite 35).

Doch die Erfolge der Transplantation sind ohne Organspende unmöglich. Das Klinikum hat diese Herausforderung angenommen und eine Transplantationsbeauftragte eingesetzt, deren gute Zusammenarbeit mit der Intensiv- und Transplantationsmedizin deutlich Wirkung zeigt. Welche Aufgaben die Transplantationsbeauftragte hat und wie ihre Arbeit in der Realität aussieht, zeigt die Reportage auf den Seiten 30 bis 34.

Gedankt sei hier insbesondere allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich Tag und Nacht dafür engagieren, dass die Organspende neben der Transplantation eine wichtige Gemeinschaftsaufgabe des Universitätsklinikums Heidelberg ist.

Professor Dr. J. Rüdiger Siewert

Leitender Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Heidelberg

Architekturwettbewerb für Neubau der Chirurgie ist entschieden

Stuttgarter Büro Tiemann-Petri und Partner erfolgreich / Klinik soll bis 2016 errichtet werden und schließt den „Heidelberger Ring“

Der Planungswettbewerb für den Neubau der Chirurgischen Klinik ist entschieden: Das Architekturbüro Tiemann-Petri und Partner hat mit seinem Entwurf den ersten Preis errungen. Patientenfreundlichkeit, kurze Wege, energiesparend und eine ideale Anbindung an die Medizinische Klinik – es waren diese Kriterien, die die 15-köpfige Jury überzeugten und dem Stuttgarter Architekturbüro den ersten Platz bescherten.

Die neue Chirurgie kostet über 200 Millionen Euro – getragen von Land und Klinikum – und stellt den letzten großen Baustein im „Heidelberger Klinikring“ dar. „Der hohe finanzielle Eigenanteil belastet das Klinikum sehr“, so Irmtraut Gürkan. Die Kaufmännische Direktorin ist sich allerdings sicher, mit unternehmerischem Mut diese Herausforderung stemmen zu können.

Haupteingang und Vorfahrt gemeinsam mit Medizinischer Klinik

Der etwa 200 Meter lange Neubau schließt sich an die Medizinische Klinik an und wird sich wie ein Kamm in westlicher Richtung ziehen. Beide Gebäude teilen sich den Haupteingang und die Vorfahrt für Krankenwagen mit der Medizinischen Klinik und werden auch im Bereich der Notfallaufnahme und der Intensivstationen verbunden. Geplant ist zudem ein Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach der Chirurgischen Klinik. Von den 300 Betten werden etwa ein Drittel als Intensivbetten zu Verfügung stehen – „das stellt gegenüber der jetzigen Chirurgie eine deutliche Erhöhung dar“, so Professor Dr. J. Rüdiger Siewert, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Klinikums. Weitere Vorzüge: Alle Patientenzimmer sind auf die Grünanlage ausgerichtet, die Orientierung innerhalb der Flure ist einfach, zwischen Operationssälen und Intensivstationen gibt es kurze Wege.

Orthopädie folgt im zweiten Bauabschnitt

In einem zweiten Bauabschnitt sollen später die Orthopädie und die Unfallchirurgie von ihrem derzeitigen Standort im Stadtteil Schlierbach in den Heidelberger Klinikring verlagert und an den ersten Bauabschnitt und an die derzeit im Bau befindliche Frauen- und Hautklinik angebunden werden. Langfristiges Ziel des Klinikums ist die Zusammenführung aller Fächer im „Heidelberger Klinikring“ – abgesehen vom Zentrum für Psychosoziale Medizin.

Dadurch verkürzen sich die Wege für Patienten und Personal und die Zusammenarbeit der Fachdisziplinen verbessert sich.

Der Neubau ist notwendig, da der Altbau – gebaut von 1933 bis 1939 – in seiner Substanz nicht mehr zukunftsfähig ist. Die Chirurgische Klinik war die erste Fachklinik aus dem Stadtteil Bergheim, die auf den Neuenheimer Campus verlagert wurde. 1964 folgte die alte Universitäts-Kinderklinik, 1974 siedelten die Pathologie und die übrigen medizinisch-theoretischen Institute auf den Neuenheimer Campus über. Das Konzept des „Heidelberger Klinikrings“ geht auf einen Beschluss des Ministerrats von 1976 zurück. Zuvor waren Pläne gescheitert, ein geplantes Großklinikum im Neuenheimer Feld in nur einem Bauabschnitt zu erstellen.

In der ersten Baustufe nahmen dann 1987 die Kopfklinik und das Versorgungszentrum Medizin (VZM) ihren Betrieb auf. Seitdem wächst der Heidelberger Klinikring kontinuierlich – über die Kopfklinik, Medizinische Klinik, Kinderklinik, demnächst die Frauen- und Haut-Klinik – und wird mit der Fertigstellung der Chirurgischen Klinik vollendet.

Beworben hatten sich 50 Architekturbüros

Im EU-weit ausgeschriebenen Bewerbungsverfahren für den Neubau der Chirurgischen Klinik hatten sich über 50 Architekturbüros beworben; 15 Büros wurden nach einem Auswahlverfahren zur

Teilnahme am Wettbewerb aufgefordert, 14 von ihnen reichten Arbeiten zur Beurteilung ein. Für die Preise stand ein Gesamtbetrag in Höhe von 650.000 Euro zur Verfügung, allein der Siegerentwurf erhielt 180.000 Euro. Weitere Preise gingen an die Architekten BKSP (Hannover), die Architekten Eggert Generalplaner GmbH (Stuttgart) und das Büro Tönies, Schroeter, Jansen (Lübeck).

Quellen:

Ingeborg Salomon (RNZ); Michaela Roßner (MM); Annette Tuffs



Der Siegerentwurf des Architekturbüros Tiemann-Petri und Partner: Der Neubau der Chirurgie (im Modell weiß) schließt die letzte Baulücke im Klinikring. Läuft alles nach Plan, soll das 200 Millionen Euro teure Projekt 2016 bezugsfertig sein. Foto: Kresin

Die „neue“ Chirurgische Klinik

Erster Bauabschnitt:

Bauzeit:	2013 – 2016
Baukosten:	150 Millionen Euro
Nutzfläche:	20.000 m ²
Bettenzahl:	300
Kliniken:	Allgemein-, Viszeral und Transplantationschirurgie mit Kinderchirurgie; Herzchirurgie; Gefäßchirurgie; Urologie; Anästhesiologie; Radiologie

Zweiter Bauabschnitt:

Bauzeit:	vorr. 2016 – 2020
Baukosten:	50 Millionen Euro
Nutzfläche:	10.000 m ²
Bettenzahl:	150
Kliniken:	Orthopädie und Unfallchirurgie; Paraplegiologie

Blutspendezentrale öffnet ihre Türen



Am Samstag, 14. Mai, öffnet die Blutspendezentrale von 9 bis 16 Uhr für Besucher ihre Türen.

Täglich sind für die Patientenversorgung in Baden-Württemberg und Hessen etwa 3.000 Blutkonserven erforderlich. Um auf die Notwendigkeit der Blutspende aufmerksam zu machen, öffnet die Blutspendezentrale (Im Neuenheimer Feld 583) am Samstag, 14. Mai, von 9 bis 16 Uhr ihre Türen. Neben mehreren Vorträgen, einer Führung durch die Räume und einem Preisrätsel besteht für die Besucher die Möglichkeit zur Vollblutspende und zur Blutgruppenbestimmung.

Blut spenden darf man zwischen dem 18. und 65. Geburtstag, regelmäßige Spender werden bis zum 71. Geburtstag akzeptiert. Weitere Voraussetzungen sind ein gültiger Personalausweis und ein Mindestgewicht von 50 kg. Die Blutspendezentrale ist ein Gemeinschaftsunternehmen des Universitätsklinikums Heidelberg und des Blutspendedienstes des DRK.

Informationen zur Blutspende gibt es unter Tel. 65 051 22 oder im Internet unter www.iktz-hd.de. cf

Herzkissen lindern Schmerzen

Eine kleine, aber feine Geste gab es in der gynäkologischen Ambulanz im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen: Dort übergab der Verein „Heidelberg Hearts and Castles Quilt Guide“ selbstgemachte Kissen an Brustkrebs-Patientinnen, die im NCT ihre Chemotherapie erhalten. Die Herzkissen wurden als Patchwork von den Mitgliedern des karitativen Vereines genäht und anschließend liebevoll und individuell verpackt. Doch die Kissen sind

mehr als nur ein Symbol des Mitgefühls und der Zuwendung: Unter den Arm geklemmt, lindert es die Schmerzen nach einer Operation und reduziert den durch die Schwellung und den Druck hervorgerufenen Schmerz im Arm. Außerdem mindert das Kissen Verspannungen in der Schulter und kann im Auto unter dem Sicherheitsgurt zur Vermeidung von Stößen und Druck verwendet werden. cf



Mehr als nur ein Symbol des Mitgefühls: Die Patchwork-Kissen, die im NCT übergeben wurden.

Gedenkgottesdienst für an Krebs verstorbene Kinder



Nach dem Gottesdienst bastelten die Eltern und Geschwister der verstorbenen Kinder Filzkugeln. Diese sind außen schwarz, haben aber einen bunten Kern. Sie symbolisieren das „Licht, das auch aus der dunkelsten Nacht der Trauer aufbricht.“

Das Psychosoziale Team der Pädiatrischen Onkologie hat zusammen mit der Klinikseelsorge in der Kinderklinik bereits zum elften Mal einen Gedenkgottesdienst veranstaltet. Dieser richtete sich an Menschen, die eines an Krebs verstorbenen Kindes gedenken wollen und stand unter dem Thema „Die Mitte der Nacht ist

der Anfang des Tages“. Im Anschluss nahmen mehr als 120 Besucher die Möglichkeit wahr, bei Kaffee und Kuchen mit anderen Betroffenen ins Gespräch zu kommen. Geschwister und Eltern konnten während dessen Kugeln filzen, deren äußerste Schicht schwarz ist und deren helles, buntes Innen nach dem Aufschneiden zum Vorschein kommt. „Ein Symbol für das Licht, das auch aus der dunkelsten Nacht der Trauer aufbricht“, erklärt Martina Reiser, Katholische Klinikseelsorgerin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin. Von der Idee des Gottesdienstes ist sie überzeugt: „Eltern erfahren im Austausch, was andere Eltern fühlen und denken. Das trägt zur Entlastung bei.“ Besonders wichtig ist der Gottesdienst für Familien, die akut von einem Todesfall betroffen sind. Sie erleben, wie andere Menschen den Tod ihres Kindes verarbeiten und im Laufe der Jahre gelernt haben, mit dem Verlust zu leben. cf

Gespräche mit Krebspatienten sind besonders schwierig

Projekt „KoMPASS Nurse“ lehrt Pflegende in der Onkologie patientenzentrierte Kommunikation

Normalerweise ist Boris Ben Siegel Schauspieler und künstlerischer Leiter des Theater Oliv in Mannheim. In seinem aktuellen Stück, der Polit-Thriller-Komödie „Wildschweine im Abendkleid“, befindet er sich auf der Suche nach der Weiblichkeit. An diesem Morgen schlüpft der Schauspieler allerdings in eine andere Rolle: Im Kommunikationstraining „KoMPASS Nurse“, das an der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg für Pflegende der Fachweiterbildung „Pflege des krebs- und chronisch-kranken Menschen“ angeboten wird, ahmt er Krebspatienten nach – und somit Verhalten wie Wut, Angst, Verzweiflung oder Resignation.

„Durch die Übungen mit dem Schauspieler ist mir die Wichtigkeit der Kommunikation mit Krebspatienten nochmals klar geworden“, erzählt Krankenpfleger Jan Zöllner, der in der Chirurgischen Klinik auf der Station 1/2 arbeitet. Die Rollenspiele wurden teilweise mit Kamera aufgezeichnet und anschließend mit dem Darsteller und den Kursteilnehmern diskutiert. Durch dieses Feedback ist sich Jan Zöllner sicher, bestimmte Situationen auch im Krankenhausalltag anwenden zu können.



Wie lassen sich durch aktives Zuhören dem Patienten schwierige Sachverhalte vermitteln? Dies üben Jan Zöllner (re.) und Debora Stern im Kommunikationstraining für Pflegende in der Onkologie.

Aktives Zuhören fördert das Verständnis

Krankenschwester Debora Stern, die es in der Medizinischen Klinik vorwiegend mit Leukämie-Patienten zu tun hat, weiß, warum die Kommunikation mit Krebspatienten so schwierig ist: „Sie befinden sich in einer Ausnahmesituation, sind mit der Diagnose und Therapie oftmals überfordert.“ Im Kompass-Training hat sie u.a. gelernt, wie man aktiv zuhört. „Es geht darum, sich durch Nachfragen beim Patienten zu erkundigen, ob und wie er das Gesagte verstanden hat und welche Sorgen ihn gerade beschäftigen. Dazu bietet man dem Patienten immer wieder Pausen an oder wiederholt schwierige Sachverhalte“, so Debora Stern, die wie Jan Zöllner in Kürze ihre Weiterbildung zur „Pflege des krebs- und chronisch-kranken Menschen“ abschließt.

Barbara Brennfleck, Diplom-Psychologin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, leitet den zweitägigen Kurs zusammen mit ihrer Kollegin Dr. Yvette Barthel (Universitätsklinikum Leipzig). Sie ist von einem hohen Lernerfolg der Teilnehmer überzeugt. „Theoretische Inhalte werden anschließend in praktischen Übungen vertieft. Außerdem bringen die Pflegenden per-

sönliche Erfahrungen in den Kurs mit ein, die dann gemeinsam besprochen oder mit dem Schauspieler nachgespielt werden“, so Brennfleck.

Vorerst nur Modell-Projekt

„KoMPASS Nurse“ wird derzeit noch als Modellprojekt durchgeführt und durch den Verein zur Förderung der Krebsinformation in Deutschland ProKID e.V. unterstützt. Es basiert auf dem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekt „KoMPASS“, das seit 2008 in der Onkologie tätigen Ärzten ein intensives zweitägiges Kommunikationstraining anbietet. Die Trainings für Ärzte und Pflegekräfte gehen auf die Initiative von Privat-Dozentin Dr. Monika Keller, Sektion Psychoonkologie der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, zurück. Erfahrungen in angelsächsischen Ländern und in der Schweiz zeigen eine hohe Relevanz und einen effektiven Transfer des Gelernten in den klinischen Alltag.

Christian Fick

Richtfest für Pathologie-Ersatzbau



Am 11. April hat das Klinikum Richtfest für das neue Gebäude des Pathologischen Instituts gefeiert, das im nächsten Jahr bezogen werden soll. An den baulich intakten Flachbau, in dem die Hörsäle und der Sektionsbereich untergebracht sind, schließt sich nun der sechsstöckige Neubau an. Auf über 3.000 Quadratmetern Fläche wird er Labors und Diensträume, die sich bis-

Das neue Pathologie-Gebäude, das im nächsten Jahr bezogen werden soll, beherbergt Labors und Diensträume für 200 Mitarbeiter.

lang noch in dem sanierungsbedürftigen sechsgeschossigen Hochhaus nebenan befinden, für die etwa 200 Mitarbeiter beherbergen.

Die Gesamtkosten in Höhe von 19,5 Millionen Euro übernimmt das Land Baden-Württemberg, 75 Prozent der Mittel stammen aus dem Zukunftsinvestitionsprogramm. „Mit dieser Baumaßnahme sichert das Klinikum einmal mehr seine Spitzenposition in Deutschland“, sagte die Kaufmännische Direktorin Irmtraut Gürkan. Die Pathologie ist das bundesweit größte Universitäts-Institut seiner Art und in der molekularen Gewebediagnostik von Erkrankungen bundesweit führend. Für das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) betreibt die Pathologie die zentrale Gewebebank des Standortes. *sims*

Neuer Linearbeschleuniger in der Radiologie

Es sieht aus wie ein großer Computertomograph (CT), doch tatsächlich werden damit Tumore bestrahlt: Die Abteilung Radioonkologie und Strahlentherapie der Radiologischen Klinik verfügt jetzt über die neue Generation des Linearbeschleunigers der Firma TomoTherapy. Nachdem bereits 2006 das deutschlandweit erste Gerät dieser Art installiert wurde, wurde jetzt das weltweit zweite Gerät der TomoHD Serie in Betrieb genommen. Die neue Version ermöglicht noch präzisere und effektivere Bestrahlungen der Pati-

enten. Im Rahmen einer Kooperation mit dem Hersteller sollen neue Behandlungstechniken erforscht und in die Praxis eingeführt werden. Medizophysiker Dr. Kai Schubert von der Abteilung für Radioonkologie und Strahlentherapie: „Mit dem Gerät können wir auch sehr komplex geformte Tumore erreichen, die dicht an gefährdeten Organen liegen oder das Rückenmark umschließen.“ Die Kosten in Höhe von 2,9 Millionen Euro trägt zum größten Teil das Klinikum. *sims*



Weltweit das zweite Gerät aus der TomoHD Serie: Die neue Version ermöglicht noch präzisere und effektivere Bestrahlungen.

Forschungs-MRT in der Kopfklinik in Betrieb



Für das neue MRT wurde zwischen Hauptgebäude und Bettenhaus auf Ebene 99 extra ein etwa 150 Quadratmeter großer, eingeschossiger Anbau errichtet.

Ein besonders leistungsstarker Magnetresonanztomograph ist jetzt in der Kopfklinik in Betrieb gegangen: Ein „3-Tesla-MRT“, der eine schnelle und detaillierte Bildgebung erlaubt. Nutzen werden das zwei Millionen Euro teure High-Tech-Gerät – vom Klinikum komplett aus Eigenmitteln finanziert – vor allem Professor Dr. Sabine Hertz, die Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, und ihr Team. Sie wollen damit herausfinden, ob sich psychische Erkrankungen an Veränderungen im Ge-

hirn erkennen lassen. Weil die Kopfklinik über die nötige Infrastruktur und Fachkräfte verfügt – dort stehen bereits zwei weitere MRT-Geräte – fiel die Wahl auf diesen Standort anstatt auf die Psychiatrische Klinik in Bergheim, zumal auch die Neurologie und Neuroradiologie an dem Gerät Untersuchungen durchführen. Für das neue Forschungs-MRT wurde zwischen Hauptgebäude und Bettenhaus auf Ebene 99 extra ein etwa 150 Quadratmeter großer, eingeschossiger Anbau errichtet. *sims*

Analysezentrum um Speziallabore erweitert

Anbau ermöglicht zentrale Untersuchung von Proben jeder Art

Der Raum ist von einem ununterbrochenen Rattern und Zischen erfüllt. In regelmäßigen Abständen trifft eine Blut-, Urin- oder Liquorprobe per Rohrpost ein, wird per Förderband an das entsprechende Untersuchungsgerät weitergeleitet und dort automatisch geöffnet und analysiert. Wenige Meter weiter ist es deutlich stiller. Wir befinden uns im Analysezentrum, genauer gesagt in dessen neu eröffnetem Anbau. Dort sind nun die Speziallabore eingezogen, die bisher in verschiedenen Räumen der Medizinischen Klinik untergebracht waren.

„Die Zusammenlegung ermöglicht eine schnellere und effizientere Bearbeitung der Proben“, erklärt Professor Dr. Peter Nawroth, Ärztlicher Direktor der Inneren Medizin I und Klinische Chemie. „Viele Untersuchungen können an dem selben Gerät durchgeführt werden“, ergänzt Markus Zorn, der Leiter des Analysezentrums. „Würde eine Probe bislang mehrmals in den verschiedenen Labors gemessen, ist jetzt nur noch ein Durchgang nötig.“ Im Gegensatz zu den 6.000 Einsendungen, die von den Großgeräten täglich untersucht werden, sind es in den Speziallaboren nur wenige hundert; dauert einer Analyse in dem hoch automatisierten, rund um die Uhr besetzten Gebäudeteil 30 bis 90 Minuten, kann sie hier schon einmal mehrere Tage in Anspruch nehmen.

Gebäude beherbergte früher den Fuhrpark

Wird ein Patient auf der Intensiv-Station ausreichend mit Vitaminen per Infusion versorgt? Ist ein bestimmtes Krankheitsbild eventuell auf einen erhöhten Hormonspiegel zurückzuführen? Fragen wie diese kann das Zentrallabor beantworten. „Wir decken hier fast das gesamte Spektrum ab“, fasst Zorn zusammen. Die Aufträge der Rechtsmedizin gehen an die Speziallabore,

In den Anbau sind Speziallabore eingezogen, die bisher in verschiedenen Räumen der Medizinischen Klinik untergebracht waren.



Knallbonbon in Orange: Der neue Anbau des Analysezentrums hinter der Verwaltung des Klinikums.



die zum Beispiel Spuren von Tabletten oder Drogen im Blut nachweisen oder den Alkoholgehalt bestimmen. Damit der ermittelte Promille-Wert Bestandskraft vor Gericht hat, müssen zwei Mitarbeiter die Probe unabhängig voneinander untersuchen.

Ein weiterer Vorteil der Zentralisierung: kürzere Transportwege, denn die Proben für die Speziallabore mussten bislang zur Medizinischen Klinik weitergeschickt werden. Dort sind jetzt nur noch das Hämatologie-, Gerinnungs- und Liquorlabor sowie die Atomabsorption geblieben – zum einen wegen der Nähe zu den Ärzten und Wissenschaftlern, zum anderen wegen kürzlich angeschaffter Großgeräte, mit denen ein Umzug nicht möglich gewesen wäre. In der Halle hinter dem Verwaltungsgebäude, das im Zuge des Umbaus einen knallig-orangeroten Anstrich erhalten hat, befand sich früher der Fuhrpark. Der Bestand hat sich durch den Umzug vieler Kliniken ins Neuenheimer Feld jedoch reduziert, so dass die Fahrzeuge heute nur noch einen kleinen Teil einnehmen. Die Zukunft des Zentrallabors dürfte dagegen für die nächsten Jahrzehnte gesichert sein: „Es gibt zwar schon jetzt auf vielen Stationen Blutmessgeräte, die vor Ort detaillierte Analysen erlauben“, erläutert Laborleiter Zorn. „Doch eine Messung im Zentrallabor kostet nur einen Bruchteil davon und ist viel genauer.“ *sims*

Info

Bauzeit:	Februar 2010 bis Februar 2011
Fläche:	600 Quadratmeter
Baukosten:	2,1 Millionen Euro
Gerätekosten:	0,5 Millionen Euro
Mitarbeiter:	80

Girls und Boys am Klinikum

Vielen Dank an alle Beteiligten, die den Girls' Day und Boys' Day am 14. April so erfolgreich gestaltet haben! Dabei waren das Department Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Medienzentrums, ZIM, Apotheke und der SFB 873 (Stammzellforschung). Die Mädchen und Jungen konnten verschiedene Berufe kennenlernen, in denen Frauen bzw. Männer bisher eher selten vertreten sind, z.B. Feinmechaniker oder MTA. *red*



In den Laboren arbeiten bislang vor allem Technische Assistentinnen. Vielleicht entscheiden sich zukünftig mehr Jungen für einen TA-Beruf? Der Boys' Day am Klinikum könnte dazu beitragen.



Die Girls und Boys waren mit viel Spaß beim Zukunftstag dabei. Diese Gruppe wurde vom ZIM betreut.

NEWS » NEWS »

Orthopädie baut Kinästhetik aus

Gewichtsverlagerung statt Muskelkraft: Das ist die Grundlage der „Kinästhetik“. Der Begriff setzt sich aus dem griechischen „Kinesis“ (Bewegung) und „Aisthesis“ (Sinneswahrnehmung) zusammen und bezeichnet eine Technik zur Mobilisierung von Patienten, bei der Heben möglichst vermieden wird. „Es geht darum, die Prinzipien menschlicher Bewegung zu studieren und zu erkennen“, erklären Helmut Mund und Jürgen Knapp, die als Pfleger in der Orthopädie arbeiten. Dort blickt die Kinästhetik auf eine 13-jährige Tradition zurück. Mund und Knapp stehen als sogenannte PeerTutoren ihren Kollegen bei der Umsetzung zur Seite. Auf jeder Station gibt es solche Experten, die als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis fungieren. Vier- bis sechsmal pro Jahr finden Qualitätszirkel statt, auf denen Fragen wie etwa der Umgang mit übergewichtigen Patienten behandelt werden. In Zukunft sollen sich die Qualitätszirkel noch stärker am Geschehen im Alltag orientieren, da eine gezielte Anleitung oft in der Hektik der täglichen Arbeitsdichte untergeht. Angedacht sind zwei bis vier stationsinterne Fortbildungen pro Jahr. Außerdem erhalten die Peer Tutoren eine Schulung. Auch am Rest des Klinikums wird seit vielen Jahren die Kinästhetik angewandt. Das Pflegeteam der Neurologischen Intensivstation wurde dafür sogar ausgezeichnet. *sims*

Ethik in der Onkologie – Eine interdisziplinäre Expertentagung

Sowohl die Fortschritte in der onkologischen Therapie als auch das Wissen um die Begrenztheit des Machbaren konfrontieren nicht nur Ärzte und Pflegenden, sondern auch die Patienten mit erheblichen ethischen Herausforderungen: Die (intensiv-) medizinischen Möglichkeiten werden stetig erweitert; damit sind aber auch die Patienten in immer komplexere Therapieentscheidungen, besonders am Lebensende, involviert.

Ärzte müssen Patienten adäquat aufklären, schwierige Nachrichten übermitteln, mit den Kranken, ihren Angehörigen und dem Pflegeteam über Therapieziele und Therapiezieländerungen beraten, etwa über den Wechsel von der kurativen Therapie hin zu einer palliativen Betreuung und Begleitung. Zu diesen berufsübergreifenden und interdisziplinären Themen veranstaltet das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin am 22. und 23. März 2012 eine interdisziplinäre Expertentagung mit Vertretern (Ärzten, Pflegenden, Forschern) aus den Bereichen Onkologie, Hämatologie, Psychoonkologie, Theologie, Philosophie, Medizinethik, Rechtswissenschaft und Sozialarbeit. *red*

Chirurgie begeistert Besucher bei Hygienetag

Hygienemaßnahmen richtig anwenden, Infektionen vermeiden

Wie lassen sich Krankenhausinfektionen vermeiden? Welche Präventionsmaßnahmen gibt es? Und wie sehen die neuesten Erkenntnisse in Sachen Hygiene aus? Diese und viele andere Fragen standen im Mittelpunkt des Hygienetags, der von den Hygienebeauftragten der Chirurgischen Klinik und Klinik für Anaesthesiologie unter der Leitung von Birgit Trierweiler-Hauke veranstaltet wurde. Wie auf einem Marktplatz konnte man sich an einzelnen Ständen zu den unterschiedlichsten Themen informieren und kompetent beraten lassen. Praktische Übungen komplettierten das Angebot, dass insbesondere auf Ärzte und Pflegepersonal

ausgerichtet war. In einem Quiz testeten zahlreiche Besucher – über 300 waren gekommen – ihr Hygiene-Wissen. Carina Göbel, Auszubildende an der Akademie für Gesundheitsberufe, hatte alle Fragen richtig beantwortet und freute sich über den ersten Preis – einen Einkaufsgutschein über 100 Euro für den Mediamarkt. Den zweiten und den dritten Preis erhielten Peggy Hortschansky und Eva-Maria Windisch. Gisela Müller, Leiterin des Pflegedienstes der Klinik, lobte das Engagement der Organisatoren und verdeutlichte nochmals die Bedeutung des Faktors Hygiene: „Jede erworbene Infektion ist nicht nur eine zusätzliche Belastung und Gefährdung für den Patienten, sondern stellt auch einen enormen wirtschaftlichen Faktor für das Krankenhaus dar. Durch geeignete und streng durchgeführte Präventionsmaßnahmen lassen sich eine hohe Zahl der Infektionen vermeiden“, so die Pflegedienstleiterin.



Über 300 Besucher informierten sich über den „Brennpunkt Hygiene“.

Genau wie die Organisatoren freut sich auch sie auf die Folgeveranstaltung im kommenden Jahr, wenn es wieder heißt: „Brennpunkt Hygiene in der Chirurgischen Klinik.“

Birgit Trierweiler-Hauke

Es wächst zusammen, was zusammen gehört

Fröhliches Mitarbeiterfest im NCT

Eine harmonische Kooperation von Wissenschaftlern, Ärzten, Beratungsdiensten und Pflegepersonal im Kampf gegen Tumor-Erkrankungen: In seiner Begrüßungsrede beim ersten Mitarbeiterfest des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) sprach Professor Dr. Dirk Jäger seinen Dank an die motivierten Beschäftigten aus. Die Fortschritte, wie Professor Dr. Cornelia Ulrich ergänzte, seien durch das außergewöhnliche Engagement und den großen Enthusiasmus der Mitarbeiter möglich geworden und festigten den schon jetzt erstklassigen Ruf des NCT.

Beim Büffet ließen es sich dann fast 300 Mitarbeiter im Beisein der Kaufmännischen Direktorin Irma Traut Gürkan und Pflegedirektor Edgar Reisch schmecken. In kleinerer oder größerer Runde lebte der

Umzug aus elf verschiedenen Standorten in den Neubau im vergangenen Herbst mit seinen vielen Aufregungen und Anstrengungen wieder auf: Die verschiedenen Arbeitsplätze mussten an das neue Gebäude angepasst und unmittelbar nach dem Umzug die ersten Patienten versorgt werden. Auch die wissenschaftlichen Mitarbeiter hatten in kürzester Zeit über 1.000 Umzugskartons ausgepackt und konnten ihre Arbeit im Laborbereich fortführen. Die Voraussetzungen für das reibungslose Arbeiten schufen die Mitarbeiter der Hausverwaltung, der EDV, des Zentrums für Informations- und Medizintechnik, der KTG und der Planungsgruppe

Medizin. Organisiert hatte den Abend die administrative Koordinatorin Susanne Zeyer und ihr Team, musikalisch umrahmt wurde er von der Band „Cool Breeze“.

Manfred Thiel

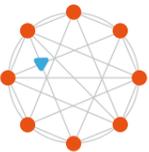


Etwa 300 Mitarbeiter genossen im NCT einen schönen Abend – mit einem einladenden Buffet und der Band Cool Breeze. Foto: Manfred Thiel

Neues Zentrum für Seltene Erkrankungen

Gründungssymposium mit Ehrengästen Eva Luise Köhler und Marlene Rupprecht, Kinderbeauftragte des Deutschen Bundestages

ZENTRUM
FÜR SELTENE
ERKRANKUNGEN
Universitätsmedizin Heidelberg



„Es ist etwas ins Rollen gekommen“, sagte die ehemalige First Lady Eva Luise Köhler, Schirmherrin des Selbsthilfebündnisses ACHSE e.V., zuversichtlich beim Gründungssymposium des Zentrums für Seltene Erkrankungen Universitätsmedizin Heidelberg am 15. April. Und diese Aufbruchstimmung war am Eröffnungstag bei allen Akteuren spürbar.

Selbsthilfegruppen präsentierten sich im Foyer der Medizinischen Klinik. Experten gaben Einblicke in aktuelle Themen aus Forschung, Therapie und Gesundheitspolitik. Und bei einer Pressekonferenz informierten die Ehrengäste Eva Luise Köhler, Marlene Rupprecht, Vorsitzende der Kinderkommission des Deutschen Bundestages, und Professor Dr. Hubertus von Voss, Vorsitzender Kindernetzwerk e.V., gemeinsam mit dem Leitenden Ärztlichen Direktor Professor Dr. J. Rüdiger Siewert und Zentrums-Sprecher Professor Dr. Georg Hoffmann, Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin.

Dr. Thomas Opladen untersucht in der Ambulanz für Stoffwechselerkrankungen eine kleine Patientin.



Vier Millionen Betroffene in Deutschland

An einer seltenen Erkrankung leiden nur wenige Patienten. Doch insgesamt sind in Deutschland etwa vier Millionen Menschen von einer der rund 9.000 verschiedenen seltenen und meist sehr schweren Erkrankungen betroffen. Zu den bekanntesten gehören die Mukoviszidose, angeborene Stoffwechselerkrankungen, aber auch seltene rheumatische Erkrankungen oder Krebserkrankungen, bei denen sich im Körper Metastasen gebildet haben, der ursprüngliche Tumor jedoch unbekannt ist.

„Oft haben die Betroffenen eine jahrelange Odyssee hinter sich, bis die richtige Diagnose gestellt wird“, erklärte Professor Dr. J. Rüdiger Siewert. „Das neue Zentrum für Seltene Erkrankungen soll dazu beitragen, dass diese Menschen früher qualifizierte Hilfe finden.“ Von der Koordinierungsstelle des Zentrums aus wird der Patient – je nach Beschwerdebild – an eines der zehn beteiligten Einzelzentren innerhalb des Klinikums geleitet. „Falls wir mit unseren Experten eine bestimmte seltene Erkrankung nicht optimal abdecken, setzen wir uns mit Kollegen an anderen Universitätskliniken in Verbindung“, sagte Professor Dr. Georg Hoffmann.

Netzwerke bilden

„Wir brauchen mehr Forschung und neue Medikamente bei seltenen Erkrankungen“, forderte die SPD-Bundestagsabgeordnete und Kinderbeauftragte Marlene Rupprecht und sprach sich für eine bessere Versorgung vor allem von Kindern aus, die einen Großteil der Patienten ausmachen. Auch hier nimmt das Heidelberger Zentrum national eine Vorreiterrolle ein: Es ist primärer Ansprechpartner des Kindernetzwerkes e.V., das betroffene Eltern vertritt, wie dessen Vorsitzender Professor Dr. Hubertus von Voss erklärte.

Die Experten waren sich einig: Nur durch eine Vernetzung von Selbsthilfegruppen, Ärzten, Wissenschaftlern und Vertretern aus Politik und Wirtschaft können die gemeinsamen Ziele erreicht werden. „Wir wollen Diagnose, Behandlung und Forschung vorantreiben, Betroffenen und Ärzten eine qualifizierte Anlaufstelle bieten und fundierte Informationen bereitstellen“, so Professor Hoffmann. Weitere Aufgaben sind die Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen bei Studierenden, Pflegepersonal und Ärzten des Klinikums und darüber hinaus bei der Ärzteschaft der Region.

Julia Bird



Beim Eröffnungssymposium am 15. April 2011: Vertreter des Zentrums und des Klinikumsvorstandes mit den Ehrengästen Eva Luise Köhler (vorne links) und Marlene Rupprecht (rechts von Eva Luise Köhler).

Im Zentrum haben sich zehn Einzelzentren zusammengeschlossen:

- › Amyloidose, Dr. S. Schönland
- › Angeborene Endokrinopathien, Prof. Dr. M. Bettendorf
- › Angeborene Nierenerkrankungen, Prof. Dr. Dr. h.c. F. Schaefer
- › Angeborene Stoffwechselerkrankungen, PD Dr. S. Kölker
- › Ionenkanalerkrankungen des Herzens, Prof. Dr. M. Gorenflo
- › Mukoviszidose, Prof. Dr. M. Mall
- › Seltene Anämien, Prof. Dr. M. Muckenthaler
- › Seltene entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Prof. Dr. Hanns-Martin Lorenz
- › Seltene Tumorerkrankungen, Prof. Dr. A. Krämer
- › Syndromale Entwicklungsstörungen, PD. Dr. Dr. U. Moog

Sprecher des Zentrums: Professor Dr. Georg Hoffmann, Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin

Koordinatorin: Dr. Pamela Okun, primäre Ansprechpartnerin für zuweisende Ärzte und Patienten

>> Mehr zum Thema

www.seltene-erkrankungen-heidelberg.de

Ausstellung „Entdeckungen 2011: Gesundheit“ auf der Insel Mainau

Das Zentrum für Seltene Erkrankungen Universitätsmedizin Heidelberg beteiligt sich an der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF geförderten Ausstellung „Entdeckungen 2011: Gesundheit“ der Stiftung Lindauer Nobelpreisträgertreffen. Vom 20. Mai bis 4. September 2011 können sich Besucher aller Altersgruppen in 16 Pavillons auf der Insel Mainau über Gesundheitsthemen, vor allem aktuelle Forschung, informieren. Wie kann ein einfacher Bluttest bei Neugeborenen Leben retten? Können wir uns unsere Gene



aussuchen? Und warum sind internationale Kooperationen so wichtig für Forschung und Therapie? Seltene Erkrankungen werfen viele Fragen auf – Antworten bietet der Pavillon des Klinikums und der Fakultät: „Seltene Erkrankungen – das einzelne Schicksal zählt.“ *JB*

>> Mehr zum Thema

www.mainau-entdeckungen.de

Neurologie kooperiert mit GRN-Klinik Sinsheim

„Ausgelagerte Station“ des Klinikums mit 16 Betten versorgt Kraichgauer Bürger

Die Neurologische Klinik baut ihre Zusammenarbeit mit der GRN-Klinik Sinsheim weiter aus. Die neue Hauptabteilung der Neurologie gibt es seit Beginn des Jahres 2011, im April wurde die sanierte Station mit 16 Betten – davon zehn ausgelagerte Betten der Neurologie und sechs für Schlaganfall-Patienten – in Betrieb genommen.

Geleitet wird die Abteilung – die einzige ihrer Art zwischen Heidelberg und Heilbronn – von Professor Dr. Werner Hacke, dem Ärztlichen Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg. Als ständige Ansprechpartner in Sinsheim stehen seine Stellvertreterin Dr. Brigitte Storch-Hagenlocher sowie drei weitere Ärzte zu Verfügung. Die neue Station gewährleistet eine umfassende stationäre neurologische Versorgung der Kraichgauer Bürger. Nicht nur Schlaganfall-Patienten, sondern auch Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson oder Polyneuropathien können sich nun wohnortnah von hochqualifizierten Experten behandeln lassen. Auch das Spektrum der neurologischen Funktionsdiagnostik wurde erweitert – durch zusätzliche Angebote in der Neurosonologie, Elektrophysiologie und Liquordiagnostik. Eine weitere Kooperation mit Sinsheim besteht seit längerem mit der Chirurgischen Klinik. *red*



Symbolische Schlüsselübergabe anlässlich der Eröffnung der neurologischen Hauptabteilung (v.l.n.r.): Achim Keßler (Sinsheimer Bürgermeister), Stefan Dallinger (Landrat Rhein-Neckar-Kreis), Rüdiger Burger (GRN-Geschäftsführer), Dr. Brigitte Storch-Hagenlocher, Professor Dr. Werner Hacke, Annerose Hassert (Pflegedienstleiterin Sinsheim), Andreas Knorn (Architekt aus Heidelberg). Foto: GRN-Klinik Sinsheim

Festwoche zum Uni-Jubiläum

Vollgepacktes Programm von 25. bis 2. Juli

Es soll noch Heidelberger geben, die es noch nicht mitbekommen haben: Die Universität – und mit ihr die Medizinische Fakultät – feiert ihr 625. Jubiläum. Höhepunkt der Feierlichkeiten ist die Festwoche von 25. Juni bis 2. Juli. Sie beginnt am Samstag um 11 Uhr mit einem Festakt in

der Neuen Universität und einer „Unimeile“ ab 12.30 Uhr in der Altstadt, auf der sich die Fakultäten und Einrichtungen präsentieren. Der Tag klingt mit einer Sommerparty ab 19 Uhr aus. Am Sonntag um 10 Uhr folgt ein Ökumenischer Festgottesdienst in der Peterskirche. Der Rest des Tages ist ab 11 Uhr für die Ehemaligen reserviert. Montags nehmen die Alumni an einem „Fakultätentag“, auf dem sie mehr über die Einrichtungen der Universität erfahren, sowie einer Bootsfahrt auf dem Neckar teil. Um 19 Uhr wird der Preis der Deutschen Nationalstiftung überreicht. Der Dienstag steht ab 10 Uhr im Zeichen von Heidelbergs Partnerstadt Montpellier, und der Mittwoch wird zum „Forschungstag“, an dem die Baden-Württemberg Stiftung zukunftsweisende Ergebnisse aus ihren Programmen im Bereich

Lebenswissenschaften präsentiert. Das Marsilius-Kolleg lädt gemeinsam mit der Humboldt-Stiftung zu einem „Humboldt-Tag“ mit Vorlesungen am Donnerstag ein. Am Freitag wird der Lautenschläger-Forschungspreis verliehen. Die Festwoche mündet am Samstag um 10 Uhr in ein Symposium mit Nobelpreisträgern der Medizin und Physiologie, um 19 Uhr beginnt ein Jubiläumsball in der Stadthalle. Den Abschluss des gesamten Festjahres bildet eine Jahresfeier am Samstag, 22. Oktober, zu der Bundespräsident Christian Wulff erwartet wird. *sims*

>> Mehr zum Thema

<http://625.uni-heidelberg.de>

Die Universität – und mit ihr die Medizinische Fakultät – feiert ihr 625. Jubiläum mit einer großen Festwoche. Foto: Universität



Brandgefährliche Kaffeemaschinen

Beschäftigte des Klinikums lernen, Feuer zu löschen und das Risiko dafür zu verringern

Eine glimmende Zigarette liegt auf einer Matratze. Nach etwa einer halben Minute fängt der Filter an zu brennen. Eine Minute später greift das Feuer auf das Bettlaken über. Doch der Brandmelder löst keinen Alarm aus, weil die Rauchentwicklung noch zu gering ist – das ist erst nach zwei weiteren Minuten der Fall. „Bis die Feuerwehr da ist, dauert es noch einmal fünf bis acht Minuten“, sagt Steven Ascione, der bei der Klinik Service GmbH (KSG) für Brandschutz zuständig ist. „Und es vergeht noch mal so viel Zeit, bis sie einsatzbereit ist.“

ganze Ausmaß des Brandes: Vom Bett ist nur noch das Gestell übrig, die Wände sind völlig verrußt und das Waschbecken ist ebenfalls gesprungen. Die Leitungen unter dem Putz hat es sogar regelrecht herausgesprengt.

Schon der Rauch kann tödlich sein

Zum Glück war es kein echter Brand, den Ascione und seine Kollegen von der KSG auf Video aufgenommen haben, sondern nur ein Versuch in einem leerstehenden Wohnheim. Die 20 Teilnehmer der Übung sind dennoch beeindruckt – genauso wie von

Glück im Unglück hatte im April 2009 eine Mitarbeiterin der Medizinischen Klinik: Als sie morgens ihr Labor aufschloss, war es komplett ausgebrannt – das Feuer war unbemerkt ausgebrochen und von selbst wieder erstickt, weil die Tür zu war. „Nur ein Drittel der Brände entzünden sich nachts, verursachen aber zwei Drittel der Schäden“, erklärt Ascione. In den Gebäuden des Klinikums gibt es überall Brandschutztüren, die sich im Ernstfall verschließen, um den Flammen den Sauerstoff zu entziehen. Der Fluchtweg bleibt jedoch passierbar.

Ein anderer Vorfall aus der Medizinischen Klinik führt vor Augen, dass das Beispiel aus dem ersten Film nicht weit hergeholt ist. Vor etwa vier Jahren schlief dort ein Patient mit einer Zigarette in der Hand auf einem Balkon ein. Die Asche fiel auf seinen Bademantel, und kurze Zeit später stand der Mann in Flammen. Eine Krankenschwester reagierte geistesgegenwärtig und rettete ihm mit einem Feuerlöscher das Leben. Die Mitarbeiterin hatte erst einige Wochen zuvor die Schulung durchlaufen.

Simon Scherrenbacher



Beim praktischen Teil der Brandschutzschulung lernen die Teilnehmer, die Flammen mit einem Feuerlöscher zu ersticken.

Dass es dann fast zu spät sein kann, zeigt der Film, den Ascione beim theoretischen Teil der Brandschutzübung im Verwaltungsgebäude vorführt. Eine knappe Viertelstunde, nachdem die Zigarette auf die Matratze fiel, zersplittert die Fensterscheibe dahinter unter der enormen Hitzeentwicklung, dicker Rauch wälzt sich nach draußen. Hinterher zeigt sich das

einem anderen Film, der beweist, welche verheerenden Folgen eine defekte Kaffeemaschine haben kann, wenn sie nicht auf einer feuerfesten Unterlage steht. Es dauert keine fünf Minuten, bis die gesamte Küche in Flammen steht und völlig verqualmt ist. „Fünf Atemzüge in einem solchen Rauch, und Sie nehmen am Leben nicht mehr teil“, formuliert es Ascione deutlich.

>> Mehr zum Thema

Jeder Beschäftigte am Klinikum muss mindestens alle zwei Jahre an einer Brandschutzschulung teilnehmen. Anmeldungen an Brandschutzschulung@med.uni-heidelberg.de oder im Intranet unter Projekte / Brandschutz.

Ein Wegbereiter der Orthopädie in Heidelberg

Professor Dr. Dr. h.c. Horst Cotta, emeritierter Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, ist im März verstorben

Am 28. März 2011 ist Professor Horst Cotta, emeritierter Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, verstorben; sein Name wird immer untrennbar mit der Klinik verbunden bleiben. Von 1967 bis 1996 hat der gebürtige Berliner die ehemals „Orthopädische Anstalt“ in die internationale Spitzengruppe der orthopädischen Universitätskliniken Europas geführt – sowohl durch eine Erweiterung des Behandlungsspektrums als auch durch maßgebliche wissenschaftliche Arbeiten, vor allem im Bereich des Gelenkverschleißes.

Horst Cotta wurde 1928 in Berlin geboren und blieb auch während seiner medizinisch-orthopädischen Ausbildung – abgesehen von einem Studienaufenthalt in Zürich – seiner Heimatstadt treu. Auf der Grundlage seiner Ausbildung in der Pathologie und Chirurgie wandte er sich der Orthopädie zu und begann 1956 seine Ausbildung im berühmten „Oskar-Helene-Heim“ der Orthopädischen Klinik der Freien Universität Berlin. 1961 erfolgte seine Habilitation.

1967 kam Cotta nach Heidelberg

1967 folgte er dem Ruf an die Universität Heidelberg, wo er mit dem Lehrstuhl für Orthopädie auch die „Stiftung Orthopädische Klinik“ als Direktor übernahm. Meilensteine seiner Tätigkeit in Heidelberg waren die Einführung der neuen Operationsmethoden beim chirurgischen Gelenkersatz der Intensivmedizin sowie der Aufbau der Versorgung querschnittgelähmter Patienten.

Er gründete zudem die erste Abteilung für experimentelle Orthopädie in Deutschland, die sich mit Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Arthrose auseinandersetzte. Unter seiner Führung wurden die Spezialambulanzen der Klinik deutlich erweitert, so dass Diagnostik und Therapie aller orthopädischen Erkrankungen von Spezialisten angeboten werden konnten. Renommiertere Preise, Präsidenschafts- und Ehrenmitgliedschaften waren sichtbarer Ausdruck seiner wissenschaftlichen und klinischen Verdienste.



Professor Dr. Horst Cotta, von 1967 bis 1996 Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg
Foto: Blermann-Verlag

Auch in seinem Ruhestand nahm er noch regen Anteil an der Entwicklung seiner Fachdisziplin und seiner Klinik, aus der er zahlreiche Oberärzte in die Leitungspositionen orthopädischer Kliniken in ganz Deutschland entsandte. Die Integration der Orthopädischen Universitätsklinik in das Universitätsklinikum Heidelberg 2009 hat Horst Cotta unterstützt und konstruktiv begleitet.

Einer breiteren Öffentlichkeit ist Horst Cotta durch sein populäres Engagement für die Prävention orthopädischer Erkrankungen bekannt. Sein Ratgeber „Der Mensch ist so jung wie seine Gelenke“, der auf eigener Lebensführung aufbaute, machte ihn auch zum gefragten Ansprechpartner der Medien. Neben dem Sport waren die Künste sein Lebenselixier – Musik und seine Begeisterung für moderne Skulpturen, die Ausdruck in dem beeindruckenden Skulpturenpark der Klinik für Orthopädie fand und für sein Vermächtnis steht.

Prof. Dr. Dr. h. c. J. Rüdiger Siewert,
Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender

Prof. Volker Ewerbeck,
Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Neues Palliativgebäude an der Thoraxklinik eingeweiht

Villa im Park für 2,7 Millionen Euro modernisiert

Patienten mit nicht mehr heilbaren Erkrankungen in ihrer letzten Lebensphase eine hohe Lebensqualität bieten: Diesem Ziel ist die Heidelberger Thoraxklinik mit ihrem neuen Palliativgebäude ein großes Stück näher gekommen. Vor wenigen Wochen wurde die modernisierte Villa, die im Park der Anlage steht und über einen verglasten Gang mit dem Haupthaus verbunden ist, bezogen. Seit vielen Jahren gibt es an der Thoraxklinik eine Palliativbetreuung, um Patienten weit fortgeschrittenem Lungenkrebs oder anderen onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen bestmöglich zu versorgen. Das neue Gebäude ist auf die Bedürfnisse und die ihrer Angehörigen optimal ausgelegt.



Das neue Palliativgebäude verfügt über zwölf Zimmer – eines davon hat sogar einen „Sternenhimmel“ aus kleinen Lichtern. Foto: Rothe

Deren Wünsche wurden bei der Planung von Anfang berücksichtigt, erklärt Professor Dr. Michael Thomas, Chefarzt der Thoraxonkologie. Die zwölf Zimmer verfügen über barrierefreie Badezimmer – eines davon mit einem „Sternenhimmel“ aus kleinen Lichtern – sowie über Terrassen beziehungsweise Balkone mit Blick in den Park; zwei weitere große Terrassen sind auch für Betten geeignet. Die Zimmer sind so geschnitten, dass auch Angehörige dort übernachten können. Warme, helle Farben

wie etwa sonnengelb sorgen überall für eine behagliche Atmosphäre. In einer Küche im zweiten Stock können sich die Patienten selbst versorgen und sich im angrenzenden Wohnzimmer mit ihren Besuchern treffen. Das lichte Foyer im Verbindungsgebäude zwischen Klinik und Altbau lädt ebenfalls zum Treff und Austausch ein.

Wer sich lieber zurückziehen möchte, hat dazu im Raum der Stille die Möglichkeit, der im zweiten Stock untergebracht ist.

Sozialministerin: wichtiger Bestandteil des Klinikangebots im Land

Die Kosten für Umbau und Ausstattung in Höhe von rund 2,7 Millionen Euro trugen die Klaus Tschira Stiftung und die Dietmar Hopp Stiftung gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und dem Land Baden-Württemberg. Palliativstationen seien wichtige Bestandteile des Klinikangebotes im Land, betonte die baden-württembergische Sozialministerin Dr. Monika Stolz bei der feierlichen Einweihung Ende Februar.

Im Palliativbereich der Thoraxklinik sind nicht nur Ärzte und Pflegekräfte beschäftigt, sondern auch Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Seelsorger, Ernährungsberaterinnen, eine Psychologin, eine Musiktherapeutin und ehrenamtliche Helfer. Das Angebot umfasst auch die Arbeit mit Therapiehunden, die Aromapflege und die Atemtherapie. „Wichtig bei all dem ist,



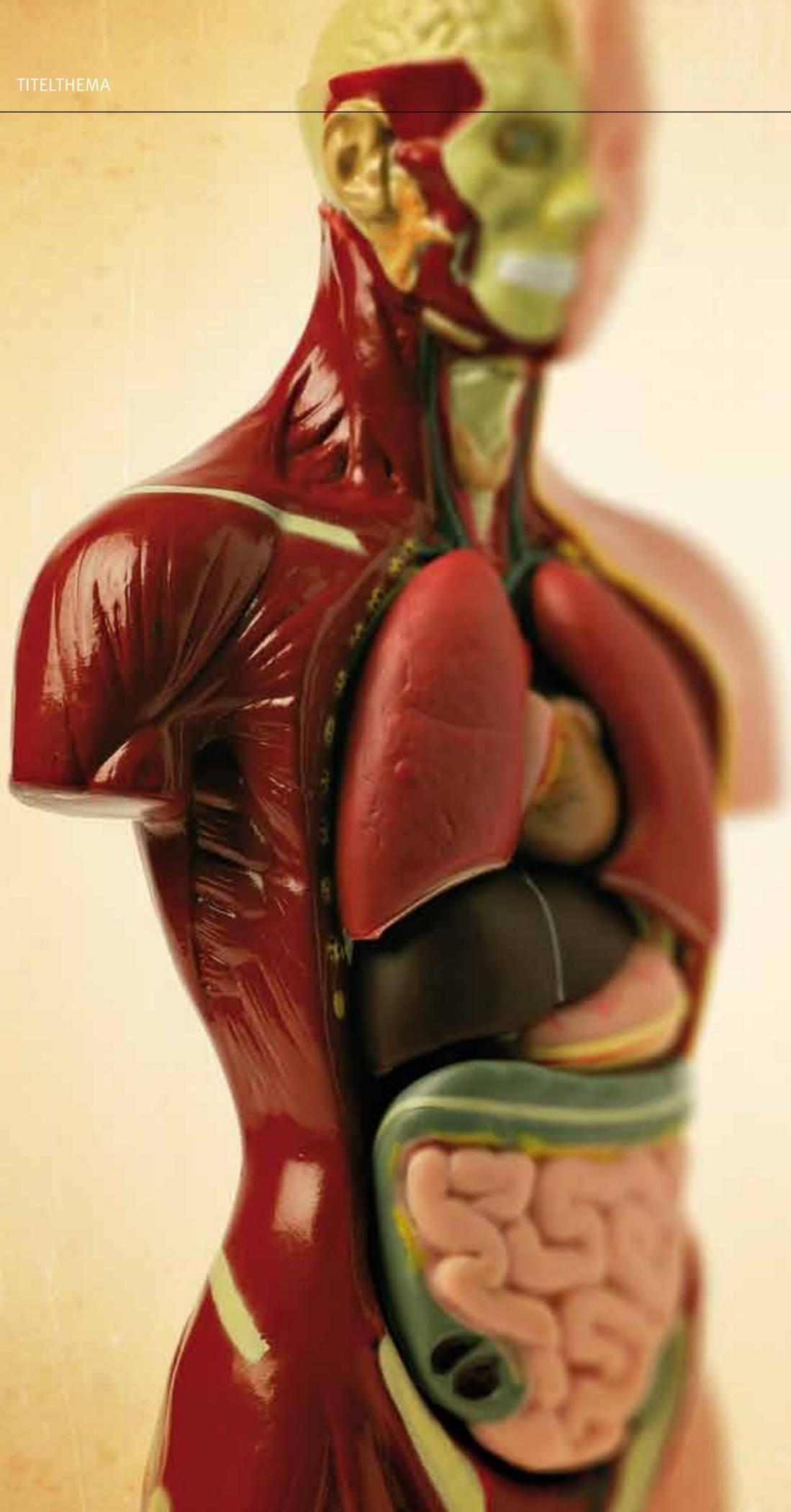
Die Zimmer sind so großzügig geschnitten, dass auch Angehörige dort übernachten können. Foto: Rothe

neben den selbstverständlich erforderlichen medizinischen und organisatorischen Maßnahmen da zu sein – auf eine Art und Weise, die für Patienten und Angehörige ein Miteinander möglich macht“, ergänzt Chefarzt Professor Thomas. „In ganz besonderem Maß finden diese Haltung, dieser Umgang und das Wissen, wie wichtig das Geborgensein für Patient und Familie ist, einen Ort in dem neu eingerichteten Palliativbereich.“

Simon Scherrenbacher

Palliativmedizin

- › Pallium: lateinisch für „Mantel“
- › Mit ihm soll der Patient „schützend umhüllt“ werden, wenn keine Heilung mehr zu erwarten ist
- › Palliativstationen betreuen Patienten mit nicht heilbaren Erkrankungen und deren Familien in ihrer letzten Lebensphase immer dann, wenn dies im ambulanten Rahmen nicht möglich ist
- › Ziel ist die Entlassung in die vertraute häusliche Umgebung oder, wenn dies nicht möglich ist, die Vermittlung einer dauerhaften Pflege



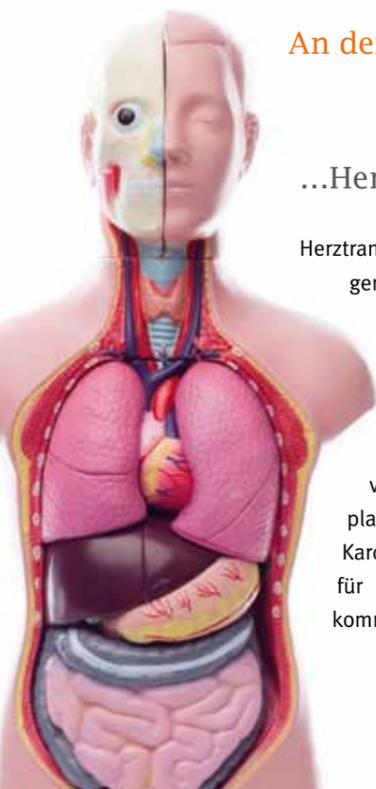
Organtransplantation und Organspende am Klinikum

Das geht Alle an!

Die Transplantation von Organen ist ein Schwerpunkt am Klinikum und hat eine lange Tradition. Bereits 1967 verpflanzten Mediziner hier die erste Niere, 1987 führte man erstmals eine Leber- und 1989 eine Herztransplantation durch. In den letzten Jahren hat sich das Transplantationszentrum Heidelberg – neben Berlin, Hannover, Essen und München – zu einem der wichtigsten Zentren für Transplantationsmedizin und -forschung in Deutschland entwickelt. Im Bereich der Lebendnieren-Spende ist Heidelberg sogar das größte Zentrum in Deutschland. Doch es sind nicht nur die Viszeral- und Herzchirurgen und Anästhesisten, die das Zentrum auszeichnen – es ist ein Zusammenspiel verschiedener Fachbereiche und Berufsgruppen. Die folgenden Seiten verdeutlichen, dass das Thema Organtransplantation und Organspende am Klinikum nicht nur Chirurgen und Anästhesisten angeht, sondern ganz viele Fachbereiche, Institute und Berufsgruppen.

Transplantationsmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg

2010 wurden in Heidelberg 282 Organe transplantiert



An der Transplantation von Organen in Heidelberg sind direkt beteiligt...

...Herzchirurgen

Herztransplantationen finden in enger Kooperation von Herzchirurgen, Kardiologen, Psychosomatikern, Kindermedizinern etc. statt (s.r.). Neben der Betreuung von Patienten vor und nach einer Transplantation entscheiden die Kardiologen, welcher Patient für ein neues Herz in Frage kommt.

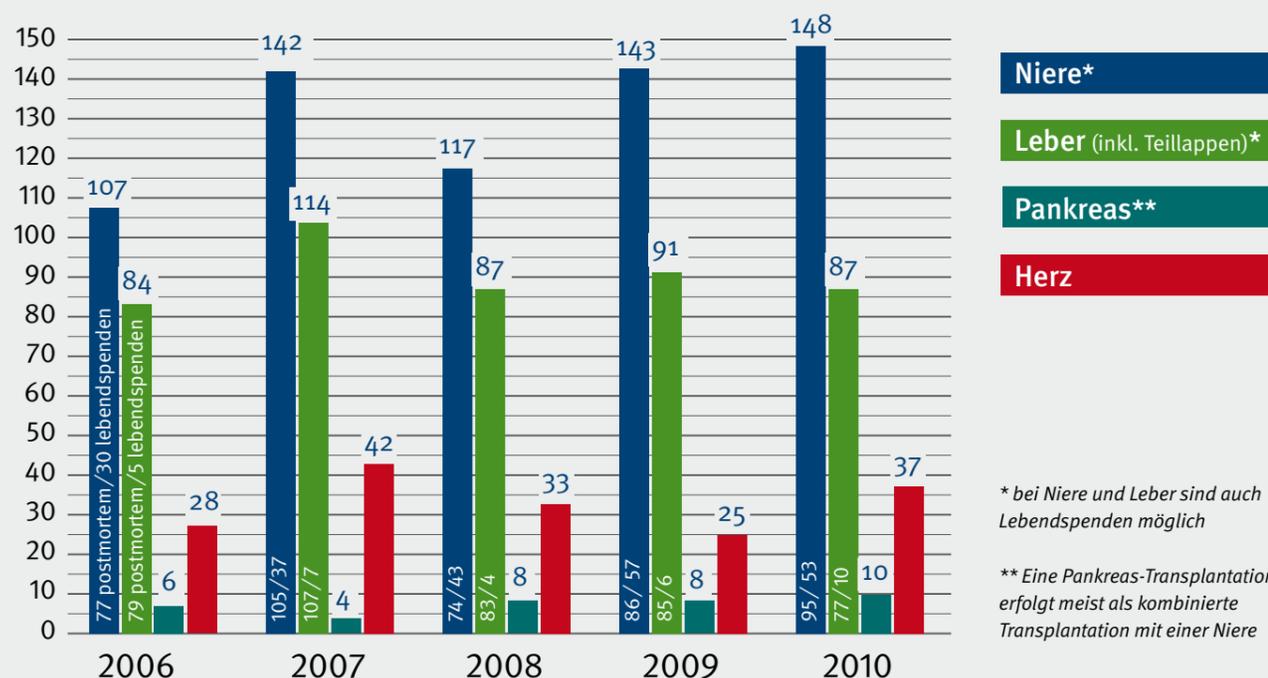
...Anästhesisten

Eine Organtransplantation ist aufwendig und dauert mehrere Stunden. Keine Frage – dies ist nur möglich unter Beteiligung der Klinik für Anästhesiologie. Neben der eigentlichen Narkose sind die Mediziner auch für die medizinische Überwachung im Aufwachraum und auf den Intensivstationen mit zuständig. Klinikumweit betreuen die Anästhesisten etwa 30.000 Operationen im Jahr.

...Viszeralchirurgen

In der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie werden Niere, Leber und Pankreas transplantiert. Neben Chirurgen sorgen sich Internisten, Radiologen, Kindermediziner, Psychologen, Pflegepersonal u.v.m. (s.r.) um das Wohl der Patienten und versuchen, einen optimalen Behandlungsweg vor und nach einer Transplantation zu finden.

Transplantationen in den letzten fünf Jahren:



Wer ist noch beteiligt? Wer macht was?



Wer? Mikrobiologen und Hygieniker
Was? Immunsupprimierte Patienten nach Transplantation sind besonders anfällig für Infektionen jeder Art. Hier die richtige antiinfektiöse Therapie zu finden, ist Aufgabe der Mikrobiologen.

Wer? Kardiologen, Innere Medizin III
Was? Indikation zur Transplantation; Intensivmedizinische Versorgung auf der Intensivstation oder der Cardio-Wach; Vor- und Nachsorge und Betreuung der Warteliste in der Herzinsuffizienz- und Transplantationsambulanz.

Wer? Sozialdienst
Was? Klärung der Rehabilitationsmaßnahmen, des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, der häuslichen Versorgung u.v.m.

Wer? Psychologen und Psychosomatiker
Was? Psychologische Betreuung und professionelle Hilfe vor und nach Transplantation.



Wer? Pharmazeuten und Apotheker
Was? Beratung und Unterstützung bei allen Fragen der Medikation, v.a. im Hinblick auf die Immunsuppressiva und deren Interaktion mit anderen Arzneimitteln. In der Chirurgie sind Pharmazeuten regelmäßig bei der Visite dabei.

Wer? Kindermediziner des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin (Nephrologie; Gastroenterologie; Kardiologie etc.)
Was? Indikationsstellung für Nieren, Leber- und Herztransplantationen; Dialyse und Betreuung von Kindern mit chronischer Niereninsuffizienz; Vor- und Nachsorge bei allen Transplantationen; Mitbetreuung der Eltern und Geschwister.

Wer? Schmerztherapeuten
Was? Schmerzbehandlung durch Ärzte und speziell ausgebildetes Pflegepersonal v.a. nach den Operationen. In der Klinik für Anästhesiologie gibt es einen Akutschmerzdienst, der für die postoperative Betreuung der Patienten mit Schmerzpumpen verantwortlich ist.

Wer? Diabetologen und Diätassistentinnen
Was? Information und Beratung zu Ernährung und Stoffwechselführung bei Patienten mit Diabetis Mellitus. Dieser ist oft die Ursache für eine Nieren- oder Pankreastransplantation.

Wer? Institut für Immunologie
Was? Die Abteilung für Transplantationsimmunologie erforscht u.a. prognostisch relevante Parameter bei der Organtransplantation.

Wer? Pflegedienst
Was? 24-Stunden Versorgung der Patienten auf Normal- und Intensivstationen; OP- und Anästhesie-pflege; Organisation der Transplantationsprechstunden; Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen etc.

Wer? Transplantationskoordinatoren
Was? Spezielle Koordinatoren – Pflegepersonal, Medizinisch-Technische Assistenten und Ärzte – betreuen Patienten und Angehörige. Wichtige Aufgabe ist das Führen der Wartelisten für alle Organe, Telefon- und Infoservice und die Kontaktaufnahme zu Eurotransplant, der zentralen Organvermittlungsstelle in den Niederlanden.



Wer? Gastroenterologen, Innere Medizin IV
Was? Indikation zur Leber- und Pankreas-Transplantation; Vorbereitung und Betreuung vor und nach Transplantation; Intensivmedizinische Versorgung; Nachsorge in der Lebertransplantations-Ambulanz und im Pankreaszentrum.



Wer? Endokrinologen und Nephrologen, Innere Medizin I
Was? Indikation zur Transplantation von Niere und/oder Pankreas; Dialyse; medizinisch-pflegerische Versorgung vor und nach Transplantation. Im Nierenzentrum werden jährlich 1.500 stationäre und 8.000 ambulante Patienten betreut.

„Ein Arbeitskollege dachte sogar, ich sei drogenabhängig“

Gerhard Stroh aus Wiesbaden erhielt vor 30 Jahren in Heidelberg eine postmortale Nierenspende. Im Interview schildert er, wie die Erkrankung sein Leben verändert hat und die schwere Zeit vor und nach der Transplantation

Feiern Sie den 11. Februar 1981 als zweiten Geburtstag?

Stroh: Feiern ist zu viel gesagt. Ich denke an meinen Spender und daran, dass ich ohne dessen Niere vermutlich nicht mehr leben würde. Leider habe ich nie erfahren, wer er war, wie er gelebt hat und woran er gestorben ist. Ich hätte gerne mit einem Blumenstrauß an seinem Grab „Danke“ gesagt.

Sie leben seit 30 Jahren mit der selben Niere. Welche Erklärung haben Sie dafür?

Stroh: Ich hatte Glück. Ich bekam das Organ eines verstorbenen 23-Jährigen. Dieser Umstand – ein Spenderorgan eines jungen Mannes – ist schon sehr positiv für den

Empfänger. Dazu passten vier von sechs Übereinstimmungen wie Blut- oder Gewebemerkmale. Natürlich nehme ich seit der Operation Medikamente, die eine Abstoßung des Organs verhindern. Auch hier hatte ich Glück: Mit Cortison und Azathioprin in niedriger Erhaltungsdosis habe ich noch immer die Medikamente der ersten Stunde und musste nicht auf andere Präparate umgestellt werden.

Wie geht es Ihnen heute?

Stroh: Ausgezeichnet. Bereits ein Jahr nach der Transplantation verbesserten sich meine Blutwerte und ich konnte in meinem Hei-

matzentrum, der DKD-Nephrologie in Wiesbaden, weiter behandelt werden. Die Werte entsprechen seit Jahren denen eines gesunden Menschen.

Warum brauchten Sie damals eine neue Niere?

Stroh: Ich litt seit meiner Jugend an einer chronischen Glomerulonephritis, einer Entzündung der Nierenkörperchen. Mit 35 Jahren war mein Organ bereits so geschädigt, dass ich mich dreimal in der Woche jeweils für vier Stunden einer Blutwäsche unterziehen musste. Meine Frau und ich entschlossen uns zu einer Heimhämodialyse.

Was empfanden Sie während der Zeit der Dialyse?

Stroh: Mit Grauen denke ich an die damalige Zeit zurück. Überall in unserer Wohnung gab es Stolperfallen für die Kinder – Schläuche, Vorräte mit Kapillaren und Spritzen – dazu den stetigen Anblick der Maschine neben dem Bett. Während der Dialyse war mir oft schlecht, anschließend konnte ich nicht richtig schlafen. Auf der Arbeit musste ich mir dumme Sprüche anhören, da niemand von meiner Krankheit wusste. Erst nach meiner Transplantation erfuhr ich, dass ein Kollege sogar dachte, ich wäre drogenabhängig.

Von links: Monika Jungmann, langjährige ehemalige Transplantationskoordinatorin für Nieren, Gerhard Stroh, Professor Dr. Jan Schmidt, Leiter der Sektion Organtransplantation der Chirurgischen Universitätsklinik sowie Professor Dr. Martin Zeier, Ärztlicher Leiter des Nierenzentrums Heidelberg.



Welche Erinnerung haben Sie noch an den Tag, an dem der Anruf aus Heidelberg kam?

Stroh: Wenn das Telefon klingelte, dachte ich, das ist das Nierenangebot. Das ging drei Jahre lang so. Als der Anruf endlich kam und man mir erzählte, dass es eine neue Niere für mich gibt, brachte ich außer einem „Ja“ kein Wort heraus. Obwohl alles sehr schnell gehen musste, hatte ich keine Angst, sondern war voller Hoffnung und Zuversicht. Einige Stunden nach dem Anruf lag ich bereits in der Chirurgie auf dem Operationstisch.

Wie haben Sie Operation und die Zeit im Krankenhaus im Gedächtnis?

Stroh: Die vierstündige Operation verlief bestens und die Niere funktionierte schon auf dem Operationstisch. Nach zwei Wochen – meine Entlassung stand unmittelbar bevor – reagierte mein Körper aber mit Abstoßungsreaktionen. Ich musste noch fünf weitere Wochen in der Klinik bleiben, aber zum Glück ist es den Ärzten gelungen, das Organ zu erhalten.

Info: Nierentransplantation

Eine Nierentransplantation ist notwendig, sobald die Niere nicht mehr richtig arbeitet und der Betroffene regelmäßig zur Dialyse muss. Dies ist bei einer chronischen Glomerulonephritis der Fall – einer Entzündung der Nierenkörperchen, die z.B. autoimmun, bakteriell oder viral hervorgerufen werden kann. Daneben gibt es Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Amyloidose, die ebenfalls einen Untergang von Nierengewebe – eine Glomerulosklerose – herbei führen.

Bei einer Nierentransplantation kommen zwei Verfahren in Frage. Bei einer postmortalen spende verpflanzt man dem Empfänger die Niere eines verstorbenen Patienten. Bei einer Lebendspende entnimmt man einem gesunden Spender – häufig ein Verwandter oder Angehöriger – eine Niere und pflanzt diese dem Empfänger ein. Dies erfordert zuvor die Genehmigung durch eine

Wie verlief die erste Zeit zu Hause?

Stroh: Schrecklich. Die erste Nacht machte ich kein Auge zu, ich hatte Angst, die Niere könnte raus fallen. Beim Spazieren gehen hielt ich stets die Hand schützend vor das neue Organ. Als ich auch die zweite Nacht nicht geschlafen hatte, gab es keine Stelle an meinem Körper, die nicht schmerzte. Für mich war klar: Das kann nur eine Abstoßung sein. Beim Arzt hatte ich vor lauter Angst hemmungslos geweint. Als endlich die Blutwerte vorlagen und alles in Ordnung war, fiel mir ein Stein vom Herzen. Meine Nerven hatten mir einen Streich gespielt. In all den Jahren bis heute hatte ich keinen solchen Aussetzer mehr.

Seit dem Tag Ihrer Operation sind 30 Jahre vergangen. Hat sich Ihr Leben in dieser Zeit verändert?

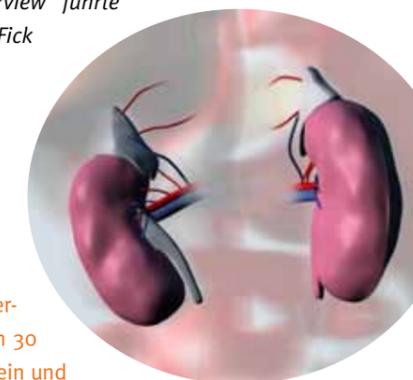
Stroh: Das kann man so sagen. Bereits 1982 – ein Jahr nach der Operation – trat ich der Selbsthilfegruppe Niere in Wiesbaden bei und arbeitete im Vorstand mit. Seit 2000 bin ich deren Vorsitzender. Außer-

dem gebe ich seit 1991 das „Diatra-Journal“, eine Fachzeitschrift für Nephrologie und Transplantation, die vorwiegend für Mitpatienten gedacht ist, heraus. Es ist meine Kirche, mich auf diese Art und Weise zu engagieren und Dank zu sagen.

Nierentransplantationen sind auch durch Lebend-Nierenspenden möglich. Sie setzen sich trotzdem vehement für die postmortale Spende ein. Warum?

Stroh: Ganz einfach. Derzeit stehen in Deutschland 8.000 Menschen auf der Warteliste und hoffen auf eine postmortale Nierenspende. Nur bei einem geringen Teil ist eine Lebendspende möglich. Wenn mehr Menschen einen Organspendeausweis „pro“ hätten, könnte der Bedarf der Betroffenen gedeckt werden. Außerdem bedeutet jede Lebendspende auch immer ein gesundheitliches und finanzielles Risiko für den Spender.

Das Interview führte Christian Fick



weisen. „Das Gerhard Stroh 30 Jahre mit ein und derselben Spender-niere lebt, ist schon besonders. Oftmals stößt der Körper das Organ nach einigen Jahren wieder ab oder der Patient verstirbt an einer anderen Erkrankung“, sagt Professor Dr. Martin Zeier, Ärztlicher Leiter des Nierenzentrums Heidelberg. Dort wird die Indikation zur Transplantation gestellt und alle Patienten vor und nach Übertragung behandelt – auch Gerhard Stroh wurde, nachdem er seine neue Niere erhalten hatte, in Heidelberg ein Jahr betreut. cf

Dauer der Operation: ca. 2 – 4 Stunden

Durchgeführte Transplantationen in Heidelberg seit 1967: ca. 2.000

Anzahl Personen auf Warteliste in Heidelberg zum 1.1.2011: 423

Anzahl Personen auf Warteliste in Deutschland: 8.000

Wartezeit: 6 – 7 Jahre

Auf einen Blick...

...Wissenswertes zu Organtransplantation und Organspende

Welche Organe können gespendet werden?

Aktuell können **Niere, Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse** und **Dünndarm** nach dem Tod gespendet werden. Diese Organe sind vermittlungspflichtig, ihre Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung unterliegt dem Transplantationsgesetz (TPG) und wird von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) koordiniert. Die Vermittlung der Organe erfolgt über die Stiftung Eurotransplant. Bei Niere und Leber sind auch Lebendspenden – meist von Angehörigen oder engen Freunden und nach vorheriger Zustimmung einer Ethikkommission – möglich. Ebenfalls gespendet werden können **Hornhäute** oder **andere Gewebe** (Binde- und Stützgewebe, Nerven- und Muskelgewebe) – diese unterliegen allerdings dem Gewebegesetz und fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der DSO. In Heidelberg werden allerdings nur Hornhäute entnommen und transplantiert.

Koordination der Organspende

Die **Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)** mit Hauptsitz in Frankfurt ist die bundesweite Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende und -transplantation. Bundesweit gibt es sieben Organspenderegionen, eine davon ist Baden-Württemberg mit einem Organisationsstützpunkt in Heidelberg. Weitere Standorte der DSO in Baden-Württemberg sind – neben der Zentrale in Stuttgart – Freiburg und Buxheim (Oberschwaben). Insgesamt stehen in Baden-Württemberg 14 hauptamtliche Mitarbeiter rund um die Uhr für die Koordination der Organspende zu Verfügung, zwei davon – Erich Frey und Christoph Krenzel – arbeiten im Stützpunkt Heidelberg. Sie haben ein eigenes Büro neben der Chirurgischen Klinik im Gebäude 114.



98.051 Organe sind seit der ersten Nierentransplantation im Jahre 1963 in Deutschland übertragen worden

12.000 Menschen warten auf ein Spenderorgan

Patienten, die ein Organ benötigen, werden in **Wartelisten** geführt. Derzeit sind dies in Deutschland etwa 12.000 Menschen, über 8.000 warten auf eine Niere. Dies sind etwa dreimal so viele, wie Nieren pro Jahr vermittelt werden können. Für Herz und Leber gilt: Einige Patienten müssen wegen schlechten Allgemeinzustandes von der Warteliste genommen werden, andere sterben, weil kein Organ rechtzeitig zur Verfügung steht. Nicht alle, die ein neues Organ benötigen, können auf eine Warteliste aufgenommen werden. Ist das Risiko der Transplantation und ihrer Nachbehandlung zu hoch und sind die Erfolgsaussichten schlecht, wird der Eingriff nicht in Betracht gezogen. Nach dem Gesetz sind Ärzte verpflichtet, Gründe für oder gegen die Aufnahme auf die Warteliste zu dokumentieren und dem Patienten mitzuteilen. Die Vergabe der Spenderorgane erfolgt nach festgelegten Kriterien an die Wartelisten-Patienten. Die Vermittlungskriterien sind für die einzelnen Organe unterschiedlich. Im Vordergrund stehen Erfolgsaussicht und Dringlichkeit.

25 Prozent der Deutschen besitzen einen Organspendeausweis

Transplantationszentren in Deutschland

Transplantationen dürfen nicht in jedem Krankenhaus durchgeführt werden, sondern nur in gesetzlich zugelassenen Zentren. Zu deren Aufgaben gehören neben der Übertragung von Organen, der Patientenachsorge und der Dokumentation der Ergebnisse auch das Führen der Wartelisten sowie die Psychische Betreuung von Patienten vor und nach Transplantation. Das **Transplantationszentrum Heidelberg** ist eines der größten Zentren in Deutschland.

Transplantationsgesetz

Das **Transplantationsgesetz** von 1997 regelt Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die nach dem Tode oder zu Lebzeiten gespendet werden. Das Gesetz sieht eine „erweiterte Zustimmungslösung“ vor, wie sie in vielen Ländern bereits die Regel ist: Der Wille des Verstorbenen zu Lebzeiten hat Vorrang. Ist er nicht dokumentiert (z.B. in einem Organspendeausweis) oder bekannt, entscheiden die nächsten Angehörigen auf der Grundlage des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen.



Die Diagnose Hirntod

Voraussetzung für die Organspende nach dem Tod ist die Feststellung des Hirntodes – so steht es im Transplantationsgesetz. Als **Hirntod** wird der „Zustand der irreversibel erloschenen Funktionen des gesamten Gehirns, also des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, bezeichnet.“ Dabei wird durch Beatmung und Medikamente Herz- und Kreislauffunktion des Verstorbenen künstlich aufrechterhalten. Wie der Hirntod zu diagnostizieren ist und was dabei beachtet werden muss, hat die Bundesärztekammer (BÄK) in Richtlinien festgelegt.

Zu Beginn der Hirntoddiagnostik erfolgt der Nachweis einer schweren primären (z.B. Blutungen) oder sekundären (z.B. Kreislaufstillstand) Hirnschädigung. Zuvor müssen alle anderen Ursachen für eine tiefe Bewusstlosigkeit, z.B. eine dämpfende Wirkung von Medikamenten, ausgeschlossen werden. Erst wenn beide Kriterien erfüllt sind – Nachweis einer schweren Hirnschädigung sowie Ausschluss anderer Ursachen – beginnt die Untersuchung durch speziell qualifizierte Ärzte. Diese **Hirntoddiagnostiker** dürfen weder an der späteren Entnahme noch an der Übertragung der Organe beteiligt sein und auch nicht Weisungen von Ärzten unterstehen, die in die Transplantation involviert sind.

Bundesweit gibt es derzeit etwa 50 zugelassene Transplantationszentren

Eurotransplant

Die **Stiftung Eurotransplant** (www.eurotransplant.nl) in den Niederlanden ist seit 1967 für die Vermittlung aller Organe zuständig, die in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Slowenien und Kroatien verstorbenen Menschen entnommen werden. In diesen Ländern leben 124 Millionen Menschen. Registriert sind alle Patienten der Mitgliedsländer, die auf ein Organ warten – derzeit sind dies etwa 16.000. Durch den Zusammenschluss dieser Staaten haben die Patienten größere Chancen, ein immunologisch passendes Organ zu bekommen oder – in dringenden Fällen – sehr schnell transplantiert zu werden. Zwischen 1967 und 2007 hat Eurotransplant 122.000 Menschen ein Spenderorgan vermittelt. In diesem Zeitraum wurden mehr als 14.000 Herzen, 4.000 Lungen, 79.000 Nieren, 21.000 Lebern und 4.200 Bauchspeicheldrüsen transplantiert. Neben Eurotransplant arbeiteten in Europa eine ganze Reihe vergleichbarer Institutionen.



1.296 Menschen wurden 2010 nach ihrem Tod die Organe entnommen

Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 5.075 Organe transplantiert

Die Diagnose erfolgt durch den gleichzeitigen Nachweis einer tiefen Bewusstlosigkeit (Koma), des Ausfalls der Spontanatmung (Apnoe) sowie der Hirnstammreflexe (z.B. Hornhautreflex, Pupillenreaktion). Erst eine Wiederholung der Untersuchung nach einem angemessenen Beobachtungszeitraum – je nach Alter und Art der Hirnschädigung sind dies zwischen zwölf und 72 Stunden – sichert die endgültige Diagnose. Diese Zeitspanne kann durch Zusatzuntersuchungen wie EEG oder Ultraschall der Halsgefäße verkürzt werden. Die apparative Diagnostik erbringt somit den elektrophysiologischen Nachweis des Funktionsverlusts des Gehirns oder weist einen Stillstand der Hirndurchblutung nach.

Die gesamte Hirntod-Diagnose muss in einem standardisierten Protokoll festgehalten werden. Erst wenn es vollständig ausgefüllt ist, ist der Tod des Menschen festgestellt. Todeszeitpunkt ist der Zeitpunkt der abgeschlossenen Hirntoduntersuchung. Am Klinikum gibt es fünf Hirntoddiagnostiker, die zu jeder Tag- und Nachtzeit erreichbar sein müssen: Professor Roland Veltkamp, Dr. Julian Bösel, PhD Andrea Rocco (alle Neurologische Klinik) sowie Dr. Karsten Geletneky und Dr. Daniel Haux (beide Neurochirurgische Klinik).

Immer weniger Spenderherzen

Selbst „High Urgency“-Patienten müssen drei bis sechs Monate warten

Herztransplantation: Bei diesem Stichwort denkt man sofort an Christiaan Barnard, der 1967 in Kapstadt als erster Arzt mit einer solchen Operation Erfolg hatte – sein Patient überlebte immerhin 18 Tage. In Heidelberg werden seit 1989 Herzen verpflanzt. Drei Bereiche sind am Klinikum daran beteiligt: die Kardiologie, die Herzchirurgie und die Psychosomatik. Die Kardiologen klären, ob eine Transplantation notwendig ist, und betreuen zusammen mit den Kollegen der Psychosomatik die Patienten vor und nach dem Eingriff. Die Operation selbst erfolgt in der Chirurgischen Klinik, wo Privatdozent Dr. Arjang Ruhparwar das Transplantationsprogramm leitet. Auch die spezialisierte Intensivstation für die Zeit unmittelbar danach befindet sich dort.

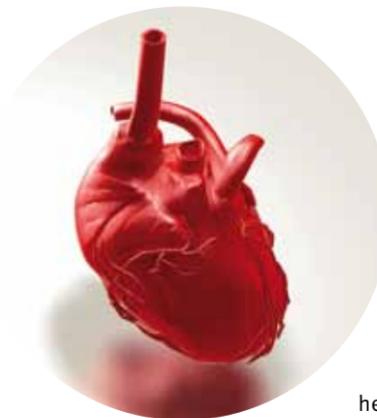
Einer der Hauptgründe für eine Transplantation des Herzens – in der Fachsprache kurz „HTx“ – ist eine chronische Schwä-

che des Muskels, etwa nach einem Infarkt. Die Pumpleistung wird durch die Narbenbildung behindert und reicht nicht mehr aus, um den Körper ausreichend mit Blut zu versorgen. „Die unterschiedlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, mit denen die fortgeschrittene Herzinsuffizienz verbunden ist, beansprucht nicht nur die gesamte Bandbreite der Kardiologie, sondern auch viele andere Fachgebiete“, erklärt Professor Dr. Christian Zugck, Oberarzt in der Inneren Medizin III und Bereichsleiter der Herzinsuffizienz. „Deshalb arbeiten die betroffenen Disziplinen über das gesamte Klinikum hinweg zusammen.“ Außer an einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit leiden viele Patienten unter Osteoporose, Diabetes und einer Nierenschwäche. Problematische Fälle und externe Anfragen besprechen die Mediziner regelmäßig in einer interdisziplinären Fallkonferenz.

Professor Zugck ist für den Bereich „prä-HTx“ zuständig – also für Patienten, die noch vor einer Transplantation stehen –, sein Kollege Dr. Philipp Ehlermann für die Nachsorge. „Weil es immer weniger Spenderherzen gibt, hat sich die Wartezeit in den vergangenen Jahren deutlich verlängert“, berichtet Zugck.

Psychische Unterstützung wichtig

Bei stationären Patienten, die dringend ein neues Organ benötigen („High Urgency“), beträgt sie drei bis sechs Monate; bei ambulanten Patienten zwei bis drei Jahre. „Unser Ziel ist aber nicht nur, das Überleben bis zur Operation zu sichern und Begleiterkrankungen in den Griff zu bekommen, sondern auch psychische Unterstützung zu gewäh-



führen zu einer Verlängerung der Wartezeit

ren“, betont Zugck. An der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik trifft sich einmal im Monat eine Gruppe, in der sich Patienten und deren Angehörige miteinander austauschen können.

Viele Patienten auf der Warteliste haben bereits ein Kunstherz erhalten, weil ihr eigenes Herz seine Aufgabe nicht mehr erfüllen kann. Es bleibt zwar noch im Körper, wird aber durch ein „extrakorporales Unterstützungssystem“ in seiner Funktion weitgehend ersetzt. Die Funktion der beiden Herzkammern übernehmen dabei zwei mit Luftdruck angetriebene Pumpen. Verweigert nur eine der beiden Herzkammern die Arbeit, können die Chirurgen ein nur 92 Gramm schweres Pumpsystem aus Kunststoff und Titan implantieren, mit dem die Patienten unter Umständen sogar nach Hause entlassen werden. Sie müssen jedoch in Kontakt mit den Kardiologen und dem Transplantationskoordinator Berthold Klein von der Herzchirurgie bleiben – denn sobald ein Herz verfügbar ist, muss alles ganz schnell gehen. Innerhalb von 25 Stunden wurden im Juni vergangenen Jahres am Klinikum gleich drei Herzen transplantiert.

Klinikum bei Komplett-Austausch führend

Im März 2009 wurde für Transplantationen das „Organ Care System“ angeschafft: Spenderherzen, die in diesem Gerät transportiert werden, bleiben auf Körpertemperatur und hören nicht auf zu schlagen. Zuvor wurden sie gekühlt, was das Risiko von Gewebeschäden erhöhte und die Erfolgchancen verringerte. An einem lebenden Herzen können die Ärzte zudem besser un-

tersuchen, ob es sich für eine Transplantation eignet.

Für die Transplantation gibt es zwei Techniken. Beim Lower-Shumway-Verfahren aus den 60er Jahren, das auch heute noch am weitesten verbreitet ist, verbleiben die Vorhöfe des Herzens im Körper des Empfängers. Viele Patienten litten jedoch in der Folge unter Rhythmusstörungen, vereinzelt auch unter Schlaganfällen. In den 90ern kam dann die total-orthotope Transplantation auf, bei der das komplette Herz ausgetauscht wird. Das Verfahren ist zwar chirurgisch anspruchsvoller, aber für die Patienten mit weniger Nebenwirkungen verbunden. In Heidelberg wurde es erstmals 1993 angewandt und kommt seit dieser Zeit ausschließlich zum Einsatz; das

Klinikum ist mit dieser Methode international führend. Die Lebenserwartung beträgt in Heidelberg heute durchschnittlich 11,8 Jahre (international 10,0 Jahre); überleben die Patienten die kritischen ersten zwölf Monate, sind es 14,5 Jahre (international 13,0 Jahre).

Unterdessen arbeiten Dr. Alexander Weymann und Dr. Bastian Schmack von der Herzchirurgie daran, dass Transplantationen und Kunstherzen eines Tages nicht mehr notwendig sind: Sie haben im Februar einen neuartigen Bioreaktor in Betrieb genommen, mit dem sie Herzen nachzüchten wollen. Hier steht die Forschung allerdings noch ganz am Anfang.

Simon Scherrenbacher

Info: Herztransplantation

Dauer der Operation: acht bis zehn Stunden

Durchgeführte Transplantationen seit 1989: 506

Anzahl Personen auf Warteliste in Heidelberg zum 1.1.2011: 61

Anzahl Personen auf Warteliste in Deutschland: 929

Wartezeit für stationäre Patienten: drei bis sechs Monate

Wartezeit für ambulante Patienten: zwei bis drei Jahre

„Advanced Heart Failure Unit“

Die Zahl der Herzinsuffizienz-Patienten steigt immer weiter an – und damit auch die Zahl der Patienten, die ein neues Herz benötigen. Professor Dr. Hugo Katus, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik III, und sein Team reagieren auf diese Entwicklung mit einer bundesweit einmaligen Herzinsuffizienz-Einheit („Advanced Heart Failure Unit“). Noch im Mai sollen die Bauarbeiten in der Medizinischen Klinik beginnen, spätestens gegen Ende des Jahres kann die Station mit acht Behandlungsplätzen in Betrieb gehen. „Es ist eine Herausforderung, im laufenden Betrieb umzubauen“, sagt Dirk Rothfuss von der Planungsgruppe Medizin. Um Platz für die neue Herzinsuffizienz-Einheit zu schaffen, zieht die Hämapherese in der Inneren Medizin V von der Ebene 99 nach oben auf die Ebene 00 und wird mit der Tagesklinik dort zusammengelegt. Die Kosten belaufen sich einschließlich der Ausstattung auf knapp eine Million Euro und werden vollständig vom Klinikum getragen.

sims



Im Juni 2010 wurden drei Herzen in 25 Stunden transplantiert. Das behandelnde Team (v.l.n.r.): Dr. Philipp Ehlermann, Oberarzt Medizinische Klinik, Innere Medizin III; Tsering Ngodup, Krankenpfleger Medizinische Klinik; Professor Christian Zugck, Oberarzt Medizinische Klinik, Innere Medizin III; die drei Patienten Ulrike Siener, Rainer Eberl und Karina Schweitzer; Dr. Markus Verch, Herzchirurgie, Chirurgische Klinik; Privatdozent Dr. Arjang Ruhparwar, Leiter Transplantations- und Kunstherzprogramm Chirurgische Klinik.

Von der Hirntoddiagnose bis zur Organentnahme

vergehen zwölf Stunden

Unterwegs mit Nadja Komm, Transplantationsbeauftragte des Klinikums

Montag, 21. März

10.30 Uhr:

Ein 60jähriger Mann wird mit einer nicht therapierbaren Hirnblutung in die Neurochirurgische Intensivstation der Kopfklinik eingeliefert. Ein baldiger Hirntod ist wahrscheinlich, eine potentielle Organspende möglich. Einen Organspendeausweis gibt es nicht. Stationsarzt Modar Kentar informiert den DSO-Koordinator Christoph Krenzel, dieser setzt die Transplantationsbeauftragte des Klinikums, Nadja Komm, in Kenntnis. Auch der umgekehrte Weg ist möglich – zuerst wird Komm informiert, die dann wiederum der DSO Bescheid sagt.

11.13 Uhr:

Dr. Kentar, Komm und Krenzel treffen sich auf der Station. Der Patient ist im Koma, wird beatmet, reagiert beim Absaugen aber mit Hustenreflex. „Er ist noch weit vom Hirntod entfernt“, so die Spezialisten.

17.28 Uhr:

Das Beatmungsgerät wird in einen anderen Modus geschaltet und beatmet nur noch, wenn der Patient – bedingt durch den eigenen Atemtrieb – das Gerät selbst aktiviert. Dieses Anstoßen („Triggern“) geschieht bereits nach einigen Sekunden. Der Atemtrieb ist noch vorhanden, der Hirntod noch nicht eingetreten.

18.08 Uhr:

Die Angehörigen werden über die infauste Diagnose aufgeklärt, dass Thema Organspende erstmals angesprochen. Dieser stehen die Angehörigen positiv gegenüber.

18.30 Uhr:

Nadja Komm wird über die mögliche Organspendebereitschaft informiert. Auf der Station erkundigt sie sich nach Anamnese, checkt Blutwerte, organisiert einen Ultraschall der Bauchorgane. Ergebnis: Nieren und Leber kommen für eine Spende in Frage, die Bauchspeicheldrüse aufgrund des Alters nicht. Eine Herzspende bleibt vorerst offen. Komm informiert den für Baden-Württemberg diensthabenden DSO-Koordinator Stephan Arwinski in Freiburg über Spendebereitschaft und möglichen baldigen Hirntod. Der Koordinator organisiert telefonisch einen Hirntoddiagnostiker in Heidelberg und macht sich auf den Weg nach Heidelberg.

23.45 Uhr:

Erstmals untersucht mit Dr. Julian Bösel, Oberarzt der Neurologie, ein Hirntoddiagnostiker den Patienten. Er und Arwinski können erneut keinen Hirntod feststellen – der Atemtrieb ist noch vorhanden.

Die Transplantationsbeauftragte

Seit Mai 2009 hat das Klinikum mit Nadja Komm eine Transplantationsbeauftragte. Sie kümmert sich mit den Fachabteilungen durch kontinuierliches Monitoring der Intensivstationen und des klinikinternen Ablaufs der Organspende darum, dass möglichst alle potentiellen Spender erkannt werden und die Organspende in Abstimmung mit ihr und den Koordinatoren der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) mit den Angehörigen besprochen wird. Sie versucht, rund um die Uhr ansprechbar zu sein. Somit ist die 32-jährige die Schnittstelle zwischen DSO und Klinikum. Weitere Aufgaben sind Qualitätssicherung, Dokumentation- und Berichtswesen sowie die Fortbildung von an der Organspende beteiligten Mitarbeitern.

Die Benennung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern mit Intensivbetten ist in Baden-Württemberg durch das Landeskrankengesetz vorgeschrieben. Kontakt: Tel. 1989 bzw. 39737. *cf*



Montag, 11.13 Uhr: Dr. Modar Kentar, Nadja Komm und Christoph Krenzel beurteilen gemeinsam die Situation des Patienten (v.l.n.r.).

Dienstag, 22. März

10.15 Uhr:

Dr. Bösel stellt das Beatmungsgerät wieder von Automatik auf Trigger-Funktion um. Mit im Zimmer sind Nadja Komm, Christoph Krenzel und Vanessa Wick. Die Krankenschwester betreut den Patienten seit zwei Tagen, weiß genau, wann der Patient wie auf die Umstellung des Atemgeräts reagiert. Heute beträgt die Zeit, bis der Patient triggert, ganze 45 Sekunden. Die Diagnose Hirntod kann Dr. Bösel aber immer noch nicht stellen.



Dienstag, 14.22 Uhr: Neurologe Dr. Julian Bösel diagnostiziert den Hirntod und führt als Zusatzdiagnostik einen Ultraschall der Hirngefäße durch.

14.22 Uhr:

Der Patient „triggert“ das Atemgerät nicht mehr an. Dr. Bösel untersucht den Patienten anhand der klinischen Hirntodkriterien: Alle Hirnstammreflexe, dazu gehört z.B. auch die Pupillenreaktion auf Licht, sind ausgefallen, es fehlt die Reaktion auf stärkste Schmerzreize, und die Spontanatmung setzt nach Abkopplung vom Beatmungsgerät und Ansammlung von Kohlendioxid, dem stärksten Atemtrieb, aus.

Der Hirntod ist eingetreten. Normalerweise müsste dieses gesamte Procedere in zwölf Stunden wiederholt werden. Um diese Zeit zu verkürzen – die Organe nehmen trotz optimaler Therapie zunehmend Schaden – führt der Mediziner als anerkannte apparative Zusatzdiagnostik einen Ultraschall der Hirngefäße durch. Es sind eindeutige Zeichen des Hirnkreislaufstillstandes nachzuweisen – somit ist die Diagnose klar: Der Patient ist hirntot. Beatmung und Infusionstherapie laufen unvermindert weiter.

15.21 Uhr:

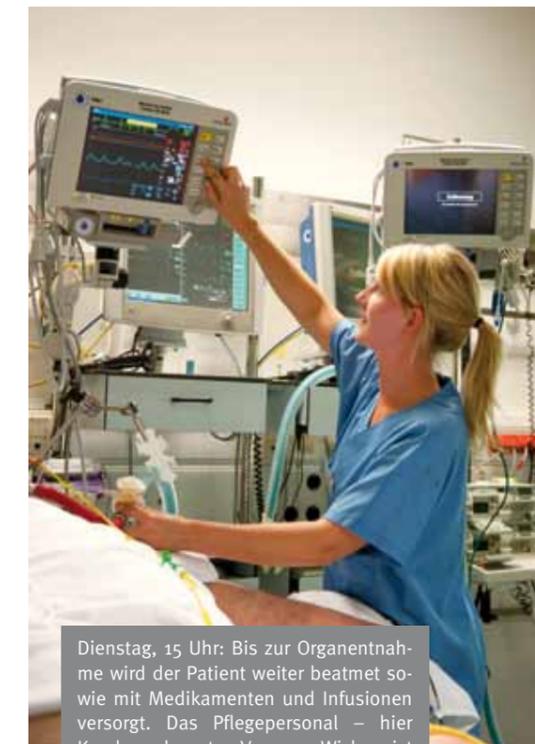
Nadja Komm kontaktiert Dr. Philipp Ehlermann, Transplantationsbeauftragter der Inneren Medizin III. Es geht um die Frage, ob auch das Herz als Spende in Frage kommt. Zur Klärung muss der Patient einen Ultraschall erhalten. Derweil werden die Angehörigen einbestellt, über die Hirntod-Diagnose informiert.

Organspender am Klinikum

2010 wurden von den Stationen des Klinikums 57 potentielle Hirntod-Patienten gemeldet. 19 kamen aufgrund medizinischer Kontraindikationen nicht als Organspender in Frage, bei drei Patienten trat kein Hirntod ein. Von den 35 Patienten, die aus medizinischem Gesichtspunkt in Frage gekommen wären, konnten nur bei zwölf Patienten Organe entnommen werden. Bei 23 Patienten kam es zur Ablehnung durch Angehörige.

Die DSO-Koordinatoren

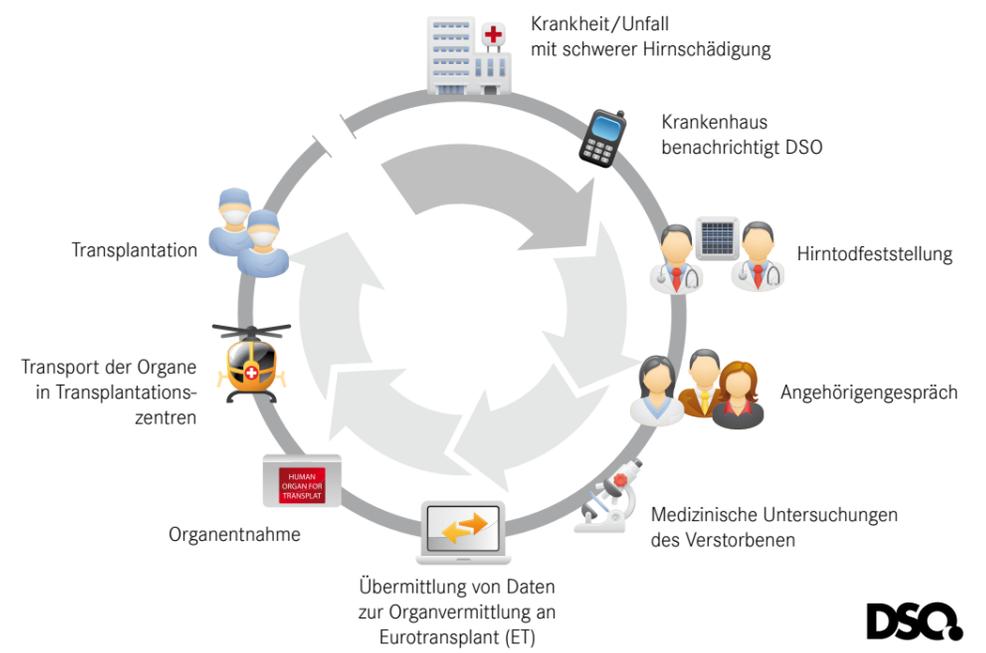
Christoph Krenzel ist einer von zwei DSO-Koordinatoren am Stützpunkt Heidelberg. Der Krankenpfleger mit der Fachweiterbildung für internistische und chirurgische Intensivmedizin und Reanimation ist seit 1997 Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Er und sein Kollege Erich Frey verstehen sich „als Systemunterstützer, um den Prozess der Organspende in den Krankenhäusern möglichst optimal durchführen zu können“. Angehörigen leisten sie wichtige Hilfestellung, wenn es um die Frage geht, ob ein Patient als Organspender in Frage kommt. Auch für alle an einer Organspende beteiligten Ärzte sind die Koordinatoren der DSO Ansprechpartner rund um die Uhr. *cf*



Dienstag, 15 Uhr: Bis zur Organentnahme wird der Patient weiter beatmet sowie mit Medikamenten und Infusionen versorgt. Das Pflegepersonal – hier Krankenschwester Vanessa Wick – ist voll gefordert.

>> Fortsetzung nächste Seite

Ablauf einer Organspende



16 Uhr:

In einem sensiblen Gespräch klären Christoph Krenzel, Nadja Komm und Dr. Modar Kentar mit den Angehörigen, ob und welche Organe entnommen werden dürfen. Die Angehörigen stimmen einer Entnahme zu, geben alle Organe frei. Eine Gewebespende wird abgelehnt. Sie muss von den ärztlichen Kollegen unabhängig von der Organspende gestellt werden. Krenzel fragt nach weiteren Erkrankungen: War der Patient vor kurzem noch im Ausland? Hat er vielleicht Bluttransfusionen erhalten? Welche Erkrankungen gab es in seinem Leben? So wird das Risiko abgeschätzt, das mit der Transplantation der Organe verbunden ist. Alle Fakten des Gesprächs werden genau dokumentiert.

17.15 Uhr:

Herz-Ultraschall auf der Intensivstation durch einen Kardiologen. Der Befund ist nicht eindeutig, trotzdem entscheiden sich die diese nach Rücksprache mit PD Dr. Arjang Ruhparwar, Bereichsleiter

Herztransplantation der Herzchirurgie, das Organ nicht zur Spende freizugeben. Letztlich geben Alter und Unklarheit über die Beschaffenheit der Herzkranzgefäße den Ausschlag.

18.20 Uhr:

Christoph Krenzel informiert den OP-Koordinator in der Chirurgischen Klinik, dass eine Organentnahme (Organexplantation) ansteht. Dann gibt er alle relevanten Daten – Blutgruppe, Größe, Alter, Gewicht, medizinische Daten, Blutwerte, Erkrankungen – in ein Programm der DSO ein. Von da gehen die Informationen in den Rechner von Eurotransplant. Die Algorithmen für die Suche nach einem passenden Spender starten.

22.30 Uhr:

Aufgrund einer Notfall-OP in der Chirurgie verzögert sich die Organentnahme. Der hirntote Patient wird derweil auf der Intensivstation zum Schutz der Organe weiter aktiv behandelt. Im

Transplantationsbereitschaft

Viel zu wenig Menschen erklären sich bereit, nach ihrem Tod als Spender zu Verfügung zu stehen, jeden Tag sterben deshalb drei Patienten. Eine Studie zur Organspende von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hat in 2010 heraus gefunden, dass 74 Prozent der Befragten einer Organ- und Gewebespende nach ihrem Tod zustimmen würden. Auch der Besitz des Organspendeausweises ist in den letzten zwei Jahren von 17 auf 25 Prozent gestiegen. Jedoch ist die Zahl derer, die keinen Ausweis haben, immer noch sehr hoch. In 97 Prozent begründen die Ausweisträger ihre Entscheidung damit, dass sie anderen helfen möchten. Auch wären 95 Prozent der Besitzer froh, selbst ein Organ zu erhalten, wenn sie eines brauchen würden. 72 Prozent aller Befragten holten sich die kleine Pappkarte, um ihre Angehörigen mit dieser Entscheidung nicht zu belasten. Demgegenüber sagen 62 Prozent derjenigen, die bislang keinen Organspendeausweis haben, dass sie sich jetzt noch nicht entscheiden wollen. 47 Prozent fürchten Missbrauch durch Organhandel und 33 Prozent haben Angst, dass im Ernstfall nicht mehr alles medizinisch Notwendige von den Ärzten für sie getan wird. *BzgA*



Dienstag, 16 Uhr: Stimmen die Angehörigen einer Organspende zu? Dies versuchen Dr. Modar Kentar, Christoph Krenzel und Nadja Komm im Gespräch heraus zu finden (v.l.n.r.).

Hintergrund werden das Explantationsteam organisiert, die Informationen mit Eurotransplant ausgetauscht, welche Transplantations-Zentren die Organe erhalten, entsprechende Transporte bestellt und der Perfusionsassistent der DSO benachrichtigt. Der bereitet das Organ nach der Entnahme für den Transport vor.

Mittwoch, 24. März

0.15 Uhr:

Abruf des Patienten in die Chirurgie.

1.45 Uhr:

Die Organexplantation beginnt. Anästhesisten, Chirurgen, Pflegepersonal, DSO-Koordinator und Perfusionsassistent arbeiten Hand in Hand. Krenzel informiert den Chirurgen über den gesamten Krankheitsverlauf des Patienten. Obwohl jeder Handgriff sitzt, ist die Organexplantation für alle Beteiligten immer wieder ein merkwürdiger Moment.

4 Uhr:

Die Operation ist beendet. Umgehend werden die entnommenen Organe zu den Transplantationszentren gebracht, wo die Empfänger bereits warten. Die Nieren gehen an zwei 48-jährige Männer, die Leber erhält ein 51-jähriger. Alle drei Transplantationen sind erfolgreich verlaufen.

Christian Fick

Transplantationsgesetz

Aktueller Stand: Erweiterte Zustimmungslösung

Derzeit ist die Entnahme von Organen oder Geweben nur zulässig, wenn der Organ- oder Gewebespende in die Entnahme einwilligt hatte und dessen Tod – dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechend – festgestellt ist. Liegt keine Willenserklärung in Form einer Zustimmung (Organspendeausweis) oder Ablehnung des Verstorbenen vor, ist der nächste Angehörige des Verstorbenen zu befragen, ob ihm eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist. Kennt der Angehörige diese nicht, kann er unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des möglichen Organ- oder Gewebespenders einer entsprechenden Spende – eine umfassende Aufklärung des Arztes vorausgesetzt – zustimmen.

Welche denkbaren Lösungen gibt es?

Variante A: Entscheidungspflicht

Jeder Mensch muss sich zu Lebzeiten entscheiden, ob er nach seinem Tod als Organspender zur Verfügung steht. Egal ob Zustimmung oder Ablehnung – diese Regelung würde die Angehörigen von ihrem ethischen Dilemma entlasten, für ihre Verstorbenen die Entscheidung treffen zu müssen. Angestoßen wurde diese Debatte von SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier, der im letzten Jahr seiner Frau Elke Büdenbender eine seiner Nieren spendete.

Variante B: Widerspruchsregelung

Einen Schritt weiter geht die Widerspruchsregelung. Diese besagt, dass ein Verstorbener jederzeit als Spender in Frage kommt, es sei denn, er hat zu Lebzeiten ausdrücklich und rechtsverbindlich einer Spende widersprochen. Diese Lösung gilt in mehr als 20 europäischen Staaten.

Welche Entscheidung sich politisch durchsetzt, ist derzeit noch nicht absehbar. Fakt ist aber: Derzeit stehen nicht ausreichend Organe für die betroffenen Patienten zu Verfügung. *cf*



Welche Aufgaben übernimmt das Pflegepersonal?

Fortbildung „Brennpunkt Organspende / Transplantation“ klärt Fragen

Die Fortbildung „Brennpunkt Organspende / Transplantation“ der Akademie für Gesundheitsberufe macht Pflegekräfte mit ihren Aufgaben im Organ-Spendeprozess vertraut. Neben grundsätzlichen medizinischen Informationen und Anforderungen zum Ablauf von Organspende und Organtransplantation werden auch die ethischen Aspekte thematisiert. Die Fortbildung ist

konkret auf die Abläufe und Verfahrenswesen am Universitätsklinikum Heidelberg zugeschnitten. Wie sind die Zuständigkeiten verteilt? Wie erkennt man potentielle Organspender? Wie erfolgen Hirntoddiagnostik und organerhaltende Therapie? Ziel ist es, den essentiellen Anteil des Pflegepersonals an einem guten organisatorischen und ethischen Ablauf,

aber auch die bereits vorhandenen unterstützenden Strukturen darzustellen. Eventuelle Fragen und Unsicherheiten sollen dabei geklärt werden. Als Dozenten fungieren Erich Frey (Transplantationskoordinator DSO, Chirurgische Klinik) und Nadja Komm (Leitende Transplantationsbeauftragte des Klinikums). *red*



Nächste Fortbildung:
Donnerstag 13.10.11

Zielgruppe:
Pflegepersonal aus allen Intensivbereichen und alle interessierten Pfleger/-innen

Teilnehmer: 20

Seminardauer: 10.00 - 16.00 Uhr

Anmeldung:
Akademie für Gesundheitsberufe
Heidelberg gGmbH
Wieblinger Weg 19
69123 Heidelberg
Tel: 8986 oder 38767
E-Mail: afg.ibf@med.uni-heidelberg.de

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Heidelberger Transplantationsforschung setzt weltweit Maßstäbe

Forscher, Ärzte und Patienten profitieren von internationaler Datensammlung mit mehr als 500.000 Einträgen

Es ist das weltweit größte Studienprojekt in der Transplantationsmedizin: An die Collaborative Transplant Study (CTS) sind mehr als 400 Kliniken aus 45 Ländern angeschlossen, koordiniert durch das Institut für Immunologie des Universitätsklinikums Heidelberg. Seit fast 30 Jahren dokumentieren und registrieren die teilnehmenden Studienzentren ihre Transplantationen, ein riesiger Datenpool mit mehr als 500.000 Einträgen für Nieren-, Herz-, Lunge-, Leber- und Bauchspeicheldrüsen-Transplantationen versorgt Wissenschaftler weltweit für ihre Studien. Im Heidelberger CTS-Team arbeiten unter Federführung von Professor Dr. Gerhard Opelz (Ärztlicher Direktor der Abteilung Transplantationsimmunologie) Experten aus der Immunologie, Medizin, Informatik, Statistik und Labortechniker.



Therapiekonzept für Hochrisiko-Patienten

Zahlreiche international beachtete Forschungsergebnisse hat die CTS bereits hervorgebracht. Die Studie ist ein Musterbeispiel für Translation, der Übertragung von Erkenntnissen aus der Forschung ans Krankenbett und umgekehrt, sowie für wegweisende interdisziplinäre Zusammenarbeit. So konnten die Heidelberger Experten zeigen, dass Spendernieren erfolgreich transplantiert werden können, auch wenn zwischen Spender und Empfänger starke Gewebeunverträglichkeiten bestehen.

Speziell für diese Gruppe von Hochrisiko-Patienten, die früher meist lebenslang an der Dialyse blieben, hat das Heidelberger Team aus Chirurgie, Kinderklinik, Medizinischer Klinik, Nierenzentrum und Transplantationsimmunologie ein ausgeklügeltes Therapiekonzept entwickelt. So wird das Immunsystem vor und nach der Operation verstärkt mit Medikamenten, den sogenannten Immunsuppressiva, unterdrückt und die Patienten werden engmaschig überwacht. Nach einem Jahr waren rund 95 Prozent der transplantierten Nieren weiterhin funktionsfähig.

Patienten mit einem transplantierten Organ sind ihr Leben lang auf die Einnahme von Immunsuppressiva, z.B. Cyclosporin, angewiesen, damit ihr Körper es nicht abstößt. Diese Medikamente bringen auch Langzeitrisiken mit sich: Rund 20 Prozent aller Transplantierten erkranken an Krebs, weil ihre Abwehrkräfte zu stark geschwächt sind. Hier könnten Forschungsergebnisse des Instituts für

Immunologie (Ärztlicher Direktor: Professor Dr. Stefan Meuer) vorbeugen: Die Wissenschaftler haben eine molekularbiologische Methode entwickelt, mit der sich die Wirkung von Cyclosporin direkt messen und die Dosierung entsprechend individuell einstellen lässt – ähnlich wie es bei blutverdünnenden Medikamenten über den sogenannten Quick-Wert geschieht.

Die Ergebnisse aus der CTS beeinflussen nicht nur die Therapie: Auch die Zuteilung von Spenderorganen orientiert sich unter anderem an wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Heidelberg.

Zuteilung von Spenderorganen

Für deutsche Patienten übernimmt diese Zuteilung – im Austausch mit fünf weiteren europäischen Staaten – der Computer der Organvermittlungszentrale Eurotransplant (siehe auch Seite 27). Spenderorgane werden nach Kriterien wie Wartezeit oder Verträglichkeit vergeben, die von der Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer festgelegt worden sind. Das Computerprogramm, das die Kriterien umsetzt, ist eine Entwicklung der Heidelberger Immunologen. Die Kriterien und ihre Gewichtung, nach der Spenderorgane vermittelt werden, vergleichen die Experten regelmäßig mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Nur so kann eine für Patienten sinnvolle und gerechte Verteilung der Spenderorgane gewährleistet werden. *JB*

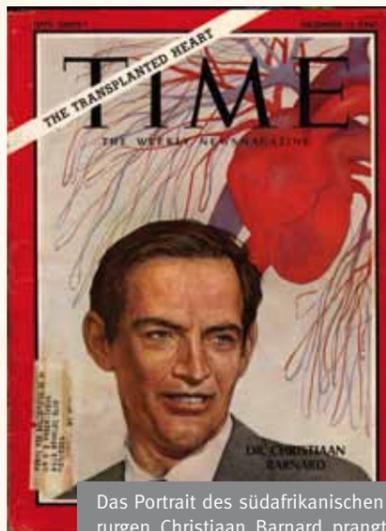
Vom Traum der Menschheit, kranke Organe zu ersetzen

Eine kleine Geschichte der Transplantationsmedizin

Der Traum, fehlende Körperteile oder schwer geschädigte Organe durch Transplantation zu ersetzen, übte auf die Menschen seit jeher große Faszination aus. Sagen, Mythen und Legenden berichten seit der Antike immer wieder von Organ- und Gewebeübertragungen. Bereits im 17. Jahrhundert gab es Versuche, zerstörte menschliche Haut durch Gewebe von Tieren zu ersetzen oder Blut zu transfundieren. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickeln sich mit ausgedehnten Fortschritten auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie, der Blutgruppen und der Entdeckung der organschonenden chirurgischen Hypothermie die Voraussetzungen zur Transplantation von Organen. Im Vordergrund des Interesses standen zunächst Herz und Niere, bevor auch über andere Organe intensiv nachgedacht wurde.

Erste Herztransplantation 1967 in Südafrika

Anfangs wurde die Aufmerksamkeit auf die Transplantation von natürlichen Herzen gerichtet. Im Mai 1953 führt John H. Gibbon (1903–1973) in Boston die erste Herzoperation mit seiner ersten Herz-Lungen-Maschine durch. Bereits 1959 gelingt es den amerikanischen Chirurgen Richard Lower und Norman Edward Shumway (1923–2006), einem Hund ein fremdes Herz einzusetzen. Er überlebt für einige Tage. Bis 1965 kann die Überlebenszeit auf mehrere Monate gesteigert werden, wofür u. a. die inzwischen mehr oder weniger beherrschbare Abstoßungsreaktion mit dem 1959 entwickelten immunsuppressiven Purinantagonisten Azathioprin (INN) und verbesserte Methoden zur Konservierung des Spenderherzens beitragen. Am 3. Dezember 1967 transplantiert der bis dahin unbekannt südafrikanische Chirurg Christiaan Barnard (1922–2001) am Groote-Shuure-Krankenhaus in Kapstadt zum ersten Male ein menschliches Herz. Die Operation gelingt. Organempfänger ist der Lebensmittelhändler Louis Washkansky. Die Operation weckt ein immenses öffentliches Interesse und löst eine bis heute anhaltende Debatte um die ethischen und rechtlichen Bedingungen der Transplantationsmedizin aus. Zwar glückt die Operation, Washkansky indes stirbt nur 18 Tage später an einer nicht beherrschbaren Infektion. Die Transplantation wurde in Südafrika durchgeführt, weil sich die US-Behörden zu keiner Genehmigung hatten durchringen konnten. Eine erregte Debatte wird bald auch darüber geführt, ob es angängig sein kann, das Organ eines Farbigen in den Körper eines Weißen zu verpflanzen.



Das Portrait des südafrikanischen Chirurgen Christiaan Barnard prangt auf der Titelseite des TIME Weekly News Magazine vom 15. Dezember 1967.

Nur 5 Tage nach dem südafrikanischen Transplantationserfolg verpflanzt Adrian Kantrowitz (1918–2008) am Miamonides Hospital in Brooklyn ein Kinderherz. Die Operation scheitert. Schon am 2. Januar 1968 transplantiert Christiaan Barnard das zweite Herz. Es kommt jedoch zu einer schweren Abstoßungsreaktion. Kurz danach verpflanzt Shumway an der Stanford University das erste Herz in den USA, am 27. April transplantiert Christian Cabrol (geb. 1925) in Paris das erste Herz in Europa. Am 13. Februar 1969 schließlich führen Rudolf Zenker (1903–1984), Fritz Sebening (geb. 1930) und Werner Senner in München die erste Herztransplantation in Deutschland durch. Die 36-jährige Empfängerin überlebt den Eingriff wegen des vorgeschädigten Spenderherzens allerdings nur 27 Stunden. Nur ein Jahr nach der ersten Herzverpflanzung sind bereits 102 Herzen weltweit transplantiert, doch die Langzeitergebnisse waren nicht zufrieden stellend.

Und so kam es, dass von 1969 bis 1977 nur noch etwa 30 bis 40 Transplantationen pro Jahr durchgeführt wurden. Der erste Versuch einer kombinierten Herz-Lungen-Transplantation durch Denton Cooley (geb. 1920) am 15. September 1968 scheitert. Eine Reihe ähnlicher Operationen folgt in den nächsten Jahren, doch die Probleme dieser Phase der Herztransplantation, insbesondere in der Bekämpfung der Abstoßungsreaktion, sind zu groß, als dass es zu wirklich dauerhaften Erfolgen kommen könnte. Immerhin stehen seit 1969 Leukozyten-

Antiglobuline zur Verfügung. Wenige Jahre später erleichtert die transvenöse Myokardbiopsie die Frühdiagnostik der Abstoßungsreaktion und seit 1980 ist das Immunsuppressivum Cyclosporin A einsetzbar. In den folgenden Jahren steigt die Ein-Jahres-Überlebensrate der Patienten kontinuierlich.

Erste Experimente einer Nierentransplantation schon 1902

Auch auf dem Gebiet der Nephrologie verlaufen Versuche, ein maschinell-chemisches Ersatzsystem für die gestörte oder ausgefallene Nierenfunktion zu entwickeln, erstmals in den fünfziger Jahren positiv. Die Methode der Nierentransplantation ist zu diesem Zeitpunkt allerdings schon entschieden weiter entwickelt als die der Herztransplantation. Erste Experimente in diese Richtung waren schon 1902 von Emerich Ullmann (1861–1937) und Alexis Carrell (1873–1944) und 1936 von Serge Voronoff (1866–1951) un-

ternommen worden. Versuche der Nierentransplantation vom Tier auf den Menschen hatte bereits 1906 Mathieu Jaboulay (1860–1913) am Krankenhaus Hôtel-Dieu in Lyon gewagt. Doch diese Operationen scheiterten ebenso wie die experimentellen Transplantationen Ernst Ungers (1875–1938) an der Rudolf-Virchow-Klinik in Berlin. Erst am 17. Juni 1950 gelingt es am Mary-Hospital in Chicago, die erste Niere von einer verunglückten Spenderin erfolgreich in eine menschliche Empfängerin zu transplantieren, nachdem sich der behandelnde Chirurg (Richard H. Lawler) von der möglichst weitgehenden Übereinstimmung der Spender- und Empfängerblutgruppen überzeugt hatte. Dass die Patientin überlebte, war freilich mehr das Verdienst ihrer wohl noch funktionsfähig gebliebenen Restniere, denn das verpflanzte Organ versagte bald nach der Transplantation.

Die erste vollkommen erfolgreiche Nierentransplantation findet schließlich am 23. Dezember 1954 in Boston statt, Operateur ist Joseph Murray (geb. 1919). Der Empfänger lebte fortan in völliger Gesundheit, heiratete bald nach der Operation und gründete eine Familie. Allerdings erfolgte diese Organverpflanzung zwischen eineiigen, also gewebeidentischen Zwillingen. Sie zeigte aber immerhin, dass erfolgreiche Transplantationen technisch möglich waren. Fünf Jahre später gelingt es dann fast zeitgleich in Boston und Paris, erstmalig eine Niere zwischen zweieiigen, also genetisch unterschiedlichen Zwillingen zu transplantieren und die nachfolgende Abstoßung mit Hilfe von Bestrahlung zu begrenzen. Beide Patienten überlebten ihre Transplantation 20 beziehungsweise 26 Jahre.

Die Erforschung der Abstoßungsreaktionen hat in den folgenden Jahrzehnten auch das Risiko der Nierentransplantation vermindert und Abstoßungsreaktionen

seltener gemacht. Heute sind Nieren- und Herztransplantationen Routineoperationen. Theoretisch könnte jeder niereninsuffiziente Patient geheilt werden, wenn eine hinreichende Anzahl von Nieren zur Verfügung stünde. Eben dies aber ist nicht der Fall. War es in der Anfangsphase der Nierentransplantation das erhebliche Operationsrisiko für den Organempfänger, das die Forschungen zur Entwicklung einer künstlichen Niere vorantrieb, so ist es heute die unzureichende Zahl von Spendernieren, die den Einsatz der inzwischen hochleistungsfähigen Hämodialyseverfahren weiterhin unumgänglich macht. Die Geschichte des klinischen Einsatzes der künstlichen Niere beginnt im Jahre 1954, als an der Medizinischen Klinik der Universität Freiburg ein erster Prototyp erfolgreich eingesetzt wird.

Leberverpflanzungen beginnen spät

Die Geschichte der Lebertransplantation beginnt vergleichsweise spät im Jahre 1955 mit Claude Welch (1906–1996), der den ersten Eingriff dieser Art im Tierversuch durchführt. Erst acht Jahre später wagte der amerikanische Chirurg Thomas E. Starzl (geb. 1926) nach über 200 Tierversuchen die ersten drei Lebertransplantationen an Menschen, allerdings mit geringem Erfolg: Der erste Patient starb noch während der Operation, der zweite nach siebeneinhalb und der dritte nach 22 Tagen. Parallel zu seinen Arbeiten entwickelt Starzl die Organkonservierung durch Einführung der so genannten in-situ-Perfusion in der Hoffnung weiter, durch diese Technik die Lebensdauer des Spenderorgans zunächst im Spenderorganismus zu verlängern.

Die erste Lebertransplantation in Deutschland wird 1968 in der Bonner Universitätsklinik von Alfred Gütgemann

(1907–1985) durchgeführt. Lebertransplantationen gelten jedoch nach den bis dahin gemachten Erfahrungen weiterhin als hochproblematisch, vor allem, weil die Leber in möglichst kurzer Zeit nach der Trennung von der Blutversorgung des Spenders implantiert werden muss. Nach den ersten Programmen von Starzl und Calne seit 1963 haben sechs Jahre später weltweit rund 30 Teams 109 Transplantationen durchgeführt. Überlebt hatten allerdings lediglich acht Patienten, wobei die maximale Überlebensdauer 26 Monate betrug. Auch hier bedingt die Einführung der Immunsuppressiva und die Erhöhung der Überlebensdauer des



Das Gemälde zeigt Joseph E. Murray und sein Team am 23. Dezember 1954 in Boston bei der ersten erfolgreichen Nierentransplantation.

explantierten Organs allmählich eine Verlängerung der Überlebensraten. 1972 startet vor diesem Hintergrund der Chirurg Rudolf Pichlmayr (1932–1997) an der Medizinischen Hochschule Hannover das für lange Jahre größte deutsche Lebertransplantationsprogramm. Auf Rudolf Pichlmayr geht auch die Einführung des Begriffs »Transplantationsmedizin« zurück.

Wolfgang U. Eckart
Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin

Lebertransplantation: Letzte Chance auf ein normales Leben

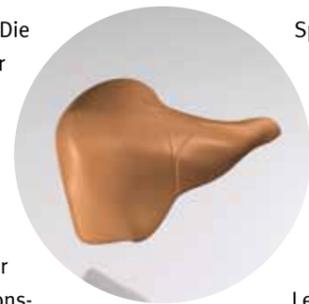
Heidelberger Experten versorgen Kinder und Erwachsene

1987 wurde am Universitätsklinikum Heidelberg die erste Spenderleber übertragen. Heute ist das Transplantationszentrum Heidelberg bei der Versorgung von Leberpatienten deutschlandweit in der Spitzengruppe. Nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder profitieren von der jahrelangen Expertise des interdisziplinären Teams.

auch die Leber passend mit. Die Betreuung transplantierte Kinder erfordert Spezialkenntnisse. Seit 2003 gibt es das spezielle Pädiatrische Lebertransplantations-Programm des Heidelberger Zentrums: Hier arbeiten die Transplantationsexperten der Chirurgischen Klinik eng mit spezialisierten Kinderärzten des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin zusammen. „Nur durch eine enge Abstimmung und häufigen Austausch können wir notfalls schnell reagieren, z.B. eine Lebendspende der Eltern in die Wege leiten“, erklärt Professor Dr. Jan Schmidt, Leiter des Transplantationszentrums.

Lebendspende ist möglich

Eine Lebendspende ist dank der hervorragenden Regenerationsfähigkeit der Leber möglich. Hierbei ist ein gesunder Spender (in der Regel ein Verwandter bzw. Angehöriger ersten Grades) auf freiwilliger Basis bereit, einen Teil seiner Leber zu spenden. Diese Transplantationsmethode bietet den Vorteil, dass die Operation planbar wird und für den Patienten bzw. Empfänger in einer optimalen Zeitspanne durchgeführt werden kann. Sowohl im



Spender als auch im Empfänger wächst das Leberteil innerhalb weniger Wochen zur passenden Größe und übernimmt die volle Funktion als chemisches Labor und Raffinerie des Körpers: Die Leberzellen sind in der Lage, Substanzen aufzunehmen, in wertvolle Stoffe umzubauen bzw. als Abfall zu entsorgen.

Bei einer Leberzirrhose werden die Leberzellen zerstört, z.B. durch Infektionen mit Hepatitis-Viren, erworbene Stoffwechselstörungen, Tumoren oder durch chronischen Alkoholkonsum. Die Transplantation stellt in aller Regel die letzte Behandlungsmöglichkeit dar. „Die meisten Patienten können nach der Transplantation in ihren Lebensalltag zurückkehren“, sagt Professor Jan Schmidt. Dabei müssen sie bestimmte Regeln beachten, z.B. Medikamente einnehmen, die das Immunsystem unterdrücken, damit das neue Organ nicht abgestoßen wird. Auch regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen im Heidelberger Transplantationszentrum gehören dazu. Die Langzeitprognose ist dann sehr gut: Nach fünf Jahren leben noch 70 bis 90 Prozent der Patienten.

Julia Bird

Info: Lebertransplantation

Dauer der Operation: ca. 3 – 7 Stunden

Durchgeführte Transplantationen in Heidelberg seit 1987: 1258 (Stand: 19.4.2011)

Anzahl Personen auf Warteliste in Heidelberg zum 19.4.2011: 389

Anzahl Personen auf Warteliste in Deutschland: 2087

Wartezeit: je nach Leberfunktion einige Monate bis mehr als 2 Jahre (Ausnahme höchste Dringlichkeit)

Die 1000. Lebertransplantation am Klinikum rettete dem bislang jüngsten Transplantationspatienten 2008 das Leben. Der kleine Finn war damals vier Wochen alt

So konnten die Heidelberger Experten im Sommer 2008 ein ganz besonderes Jubiläum begehen: Die 1000. Lebertransplantation am Klinikum (bis heute sind es schon 1258) rettete dem bislang jüngsten Transplantationspatienten das Leben. Dem damals erst vier Wochen alten Finn, der an einer unheilbaren, angeborenen Lebererkrankung litt, wurde ein Teil der Spenderleber eines verstorbenen Erwachsenen eingepflanzt. Das Besondere bei dieser Übertragung: Die Leber verhält sich wie die eines Kindes. Sie schüttet sogar Stoffe des kindertypischen Leberstoffwechsels aus, z.B. bestimmte Gerinnungsfaktoren, ohne die das Kind verbluten würde. Hat der Körper des Kindes eine bestimmte Größe erreicht, wächst danach

Hauptindikation ist Diabetes Mellitus Typ 1

Nieren-Pankreas-Transplantation fordert Nierenzentrum und Chirurgie

Transplantationen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) werden nur selten durchgeführt. Operationen an der Drüse, die Verdauungssäfte und Insulin produziert und versteckt zwischen Magen und Wirbelsäule liegt, gelten als kompliziert. Aus diesem Grund gehören Eingriffe an dem gelblichen, ca. 15 Zentimeter langen und fünf Zentimeter breiten Organ auch zur „Königsdisziplin“ innerhalb der Viszeralchirurgie.



Niere und Pankreas transplantiert werden. Zehn Jahre danach ist das Sterbe-Risiko für Kombiniert-Transplantierte – verglichen mit Patienten, die nur eine Spenderniere erhalten – fast halbiert. Die neue Drüse kann auch den Diabetes „heilen“ und sorgt dafür, dass der Patient im Idealfall kein Insulin mehr benötigt.

Pankreas sehr empfindlich

Die Transplantation ist nicht ganz einfach. „Das Pankreas ist besonders empfindlich und trägt Schäden davon, je länger es unzureichend mit Blut und Nährstoffen versorgt wird“, weiß Professor Dr. Peter Schemmer, Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie. Außerdem treten gelegentlich am Pankreas entzündliche Veränderungen auf – eine Transplantationspankreatitis droht. Auch die Lage des Organs im Körper erschwert die Entnahme: „Der Kopf der Drüse, durch den ein Teil des Gallenganges zieht, liegt nahe am Zwölffingerdarm“, so Professor Dr. Markus Büchler, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantations-

chirurgie. „Der Drüsenschwanz reicht auf der linken Seite bis zur Milz und der mittlere Teil, der Pankreas-Körper, liegt vor dem Ursprung wichtiger Gefäße aus der Aorta, die Leber, Magen, Darm und Pankreas mit Blut versorgen“, so der weltweit führende Experte in Sachen Pankreasoperation. Die Anzahl benachbarter Organe und Blutgefäße, die bei einer Operation verletzt werden können, erfordert von den Operateuren also eine ruhige Hand und viel Erfahrung.



Professor Dr. Markus Büchler und Professor Dr. Jan Schmidt bei einer Nieren-Pankreas-Transplantation.

Im Jahr 2010 wurden in Heidelberg zehn kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation durchgeführt. Seit der ersten Übertragung im Jahre 1966 sind weltweit über 7.000 Bauchspeicheldrüsen transplantiert worden, etwa zwei Drittel in den USA, gefolgt von Europa. Nur wenige Transplantationen werden in den übrigen Teilen der Welt durchgeführt. cf

Info: Pankreastransplantation

Dauer der Operation: 3,5 – 5 Stunden

Durchgeführte Transplantationen in Heidelberg seit 1992: 65 kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantationen und zwei isolierte Pankreas-Transplantationen

Anzahl Personen auf Warteliste zum 1.1.2011: 32*

Anzahl Personen auf Warteliste in Deutschland: 269*

Wartezeit auf kombinierte Nieren-Pankreas-Tx: 1 – 1,5 Jahre

* Die Zahlen beziehen sich auf eine kombinierte Nieren-Pankreas-Transplantation

Wann kommt eine Transplantation der Bauchspeicheldrüse in Frage? „Bei Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 1, die eine deutliche Funktionsverschlechterung der Niere entwickeln oder bereits dialysepflichtig sind“, erklärt Professor Dr. Martin Zeier, Ärztlicher Direktor des Nierenzentrums, einer Sektion der Inneren Medizin I, Endokrinologie und Stoffwechsel. Bei Patienten mit diesem Diabetes-Typ – er tritt im Gegensatz zum Typ 2 bereits in jungen Jahren auf – führt selbst eine ausgeklügelte Insulintherapie zu keinen zufriedenstellenden Blutzuckerwerten mehr. Begleiterkrankungen wie Funktionsausfall der Nieren, Erblindung sowie Schädigung von Nerven und Arterien mit Folgen für die Durchblutung von Herz, Gehirn oder Extremitäten sind die Folge. Um die Spätfolgen zu vermeiden und den Patienten eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen, ist eine Organtransplantation so früh wie möglich angezeigt.

PD Dr. Christian Morath, Oberarzt am Nierenzentrum, hat in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Gerhard Opelz von der Transplantationsimmunologie in einer Studie herausgefunden, dass Diabetiker langfristig davon profitieren, wenn ihnen gleichzeitig

Lebendspende ist die optimale Lösung

In Heidelberg wurde zum 500. Mal einem Kind eine Niere transplantiert

Ohne das Pflaster auf ihrer Wange und die Sonde in der Nase würde man es nicht für möglich halten, dass Rebekka erst zwei Wochen zuvor eine neue Niere erhalten hat. Das 22 Monate alte Mädchen läuft über den Flur in der Kinderklinik, stürzt sich auf ein Dreirad und macht auch sonst einen aufgeweckten Eindruck. Der Tag, an dem Rebekkas Vater Tobias seiner Tochter eine neue Niere und damit ein neues Leben spendete, war auch für das Transplantationszentrum Heidelberg ein besonderer Tag. Die Mediziner haben zum 500. mal einem Kind oder Jugendlichen eine Niere übertragen.

Dialyse ab dem fünften Lebenstag

Wann ist eine Nierentransplantation in diesem Alter erforderlich? „Bei Kindern und Jugendlichen sind etwa 60 Prozent der Nierenerkrankungen, die zum chronischen Versagen des Organs führen, angeboren. Meist handelt es sich um Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege“, erklärt Professor Burkhard Tönshoff, Leitender Oberarzt der Klinik für Kinderheilkunde I und Leiter des pädiatrischen Nierentransplantationsprogramms. So auch bei Rebekka. Mutter Mirjam Mosig erinnert sich: „Bereits das Ultraschallbild in der Schwangerschaft zeigte nur eine Niere.“ Nach der Geburt stellte sich heraus, dass diese viel zu klein war und nicht funktionierte – Rebekka war von ihrem fünften Lebenstag an auf die Dialyse angewiesen. Die wurde jede Nacht zu Hause in Form einer Bauchfelldialyse durchgeführt. Fast zwei Jahre wurde das Leben der Familie so auf den Kopf gestellt – bis

den Kopf gestellt – bis

Die 22 Monate alte Rebekka Mosig erhielt eine Niere ihres Vaters Tobias. Kind und Vater sind wohlauf – darüber freut sich auch Mutter Mirjam. Foto: Universitätsklinikum Heidelberg



Rebekka operiert werden konnte. Dies ist bei Kindern meist ab einem Gewicht von acht bis zehn Kilogramm, entsprechend einem Alter von ein bis zwei Jahren, der Fall.

Professor Jan Schmidt, Leiter der Sektion Viszerale Organtransplantation der Chirurgischen Klinik, klärt über die Operation auf: „Die Niere wird in den Unterbauch des Kindes eingepflanzt. Dort ist ausreichend Platz und es ist meist ohne Probleme möglich, auch sehr kleinen Kindern eine Erwachseneniere zu transplantieren“, so der Operateur von Rebekka.

Die Ärzte entschieden sich mit der Familie für eine Lebendspende, bei der Vater Tobias Mosig als Spender fungierte. Zuvor wurden Blutgruppenverträglichkeit und Fehlen bestimmter Antikörper beim Kind sowie der Gesundheitszustand des Vaters gecheckt. „Eine Lebendspende ist bei einem Kind die optimale Lösung. Lange Wartezeiten entfallen, die Transplantation ist sehr gut planbar und die Nierenentnahme erfolgt, während das Kind parallel bereits zur Transplantation vorbereitet wird. Somit entfällt der oft stundenlange Transport der Niere zum Empfänger – eine Zeit, in der das Organ nicht optimal mit Blut und Nährstoffen versorgt wird“, führt Professor Schmidt die Vorteile gegenüber der Spende von Verstorbenen auf. „Diese Vorteile“, ergänzt Professor Tönshoff, „führen in der Entwicklungsphase des Kindes zu einer besseren Nierenfunktion und einer längeren Überlebenszeit des transplantierten Organs, die 20 Jahre und mehr betragen kann.“

Heidelberg ist größtes Transplantationszentrum für Kinder in Süddeutschland

Für Tobias Mosig war es selbstverständlich, seiner Tochter eine Niere zu spenden. Genau wie Rebekka war der 35-Jährige schon wenige Tage nach der Operation wieder wohlauf. Jetzt freut sich die Familie auf die Zeit zu Hause – ohne nächtliche Dialyse. Und Schwester Johanna, dreieinhalb Jahre alt, ist froh, dass sie endlich mit Rebekka in einem Zimmer schlafen darf. „Dies war wegen der Dialyse und dem steril durchzuführenden Verbandwechsels an ihrem Bauch nicht möglich“, erklärt Tobias Mosig. Das Klinikum ist das größte Kinder-Transplantationszentrum in Süddeutschland. Bereits 1969 erfolgte hier die erste Nierentransplantation. Das Zentrum führt jährlich etwa 20 Nieren- und zwölf Lebertransplantationen bei Heranwachsenden durch.

Christian Fick

Ein Preuße aus der Kurpfalz geht in die Schweiz

Nach 22 Jahren verlässt der Transplantations- und Krebs-Chirurg Professor Dr. Jan Schmidt das Heidelberger Klinikum

Mit einem weinenden und einem lachenden Auge gehe er: Professor Dr. Jan Schmidt schaut gerne nach vorne, denn ab dem 1. Juli 2011 wird der Chirurg als Chefarzt an der Hirslanden-Klinik-Gruppe in Zürich tätig sein. Das aber bedeutet auch, dass er sich nach 22 Jahren von der Chirurgischen Klinik verabschiedet, wo er zuletzt die Sektion Viszerale Organtransplantation geleitet und seinen Chef, Professor Dr. Markus Büchler, in vielen Aufgaben vertreten hat. Sein Nachfolger als Sektionsleiter ist Professor Dr. Peter Schemmer, der sich klinisch und wissenschaftlich in der Transplantationsmedizin ausgezeichnet hat.

Ein Preuße – seine Eltern sind 1967 mit vier Kindern aus dem Osten geflüchtet – aus der Kurpfalz: Hier wuchs Schmidt auf, studierte und machte, unterbrochen von Auslandsstudium und zwei Jahren an der Harvard University, seine chirurgische Karriere, die er nun in der Schweiz fortsetzen wird. Das System dort entlastete die Ärzte u.a. von fast allen Verwaltungsaufgaben, so dass man sich voll und ganz auf die Patientenversorgung konzentrieren könne.

Erfolgsrezept: interdisziplinäre Zusammenarbeit

Sein Engagement und seine preußischen Tugenden haben in den vergangenen Jahren insbesondere dem Ausbau des Transplantationszentrums gegolten, das einen bemerkenswerten Aufschwung zum drittgrößten Zentrum, nach Berlin und Essen, erlebt hat. „Das Erfolgsrezept war die interdisziplinäre Zusammenarbeit“, sagt er rückblickend. Gemeinsam haben die Chirurgen mit ihren Kollegen aus Innerer Me-

dizin und Kinderheilkunde, Anästhesie, Pflege, Radiologie und Immunologie ein Manual erstellt, das verbindlich die Abläufe und Standards der Transplantation regelt.

Der zweite Erfolgsfaktor war der Aufbau der Wartelisten. „Wir haben viele Vorträge in anderen Krankenhäusern und vor niedergelassenen Ärzten gehalten“, erinnert sich Schmidt. Auch die intensive Zusammenarbeit mit der Pressestelle, die zahlreichen Berichte über Erfolge der Transplantationsmedizin in Heidelberg habe einen wichtigen Beitrag geleistet.

Heimat in der Krebs-Chirurgie

Dennoch ist die Transplantation nicht Schmidts eigentliche medizinische Heimat, denn wissenschaftlich und chirurgisch lag sein Schwerpunkt in der Onkologie – am Operationstisch, im Labor und bei klinischen Studien, z.B. zu Darm- und Pankreaskrebs. Hier wird er sich auch in Zürich weiter betätigen, etwa in Verbundstudien des „Swiss Tumor Institute“ in Zürich.

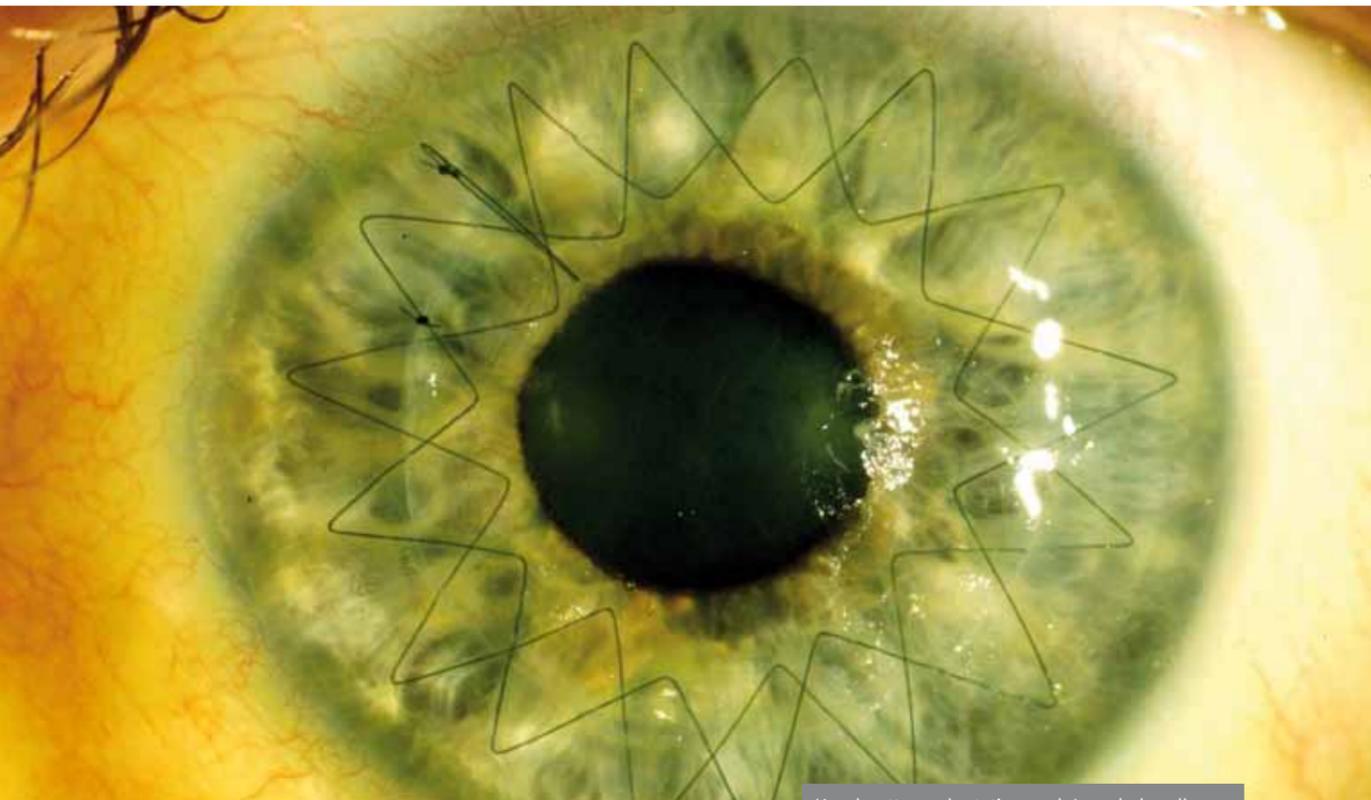
Weiterführen wird er auch die Lehre, die ihm am Herzen liegt, seit er vor mehr als zehn Jahren am Aufbau des Studiengangs HeiCuMed mitgearbeitet hat. Dem Universitätsklinikum Heidelberg geht er damit nicht ganz verloren, denn für Kurse und Vorlesungen kehrt er regelmäßig und gerne in die Klinik am Neckar zurück.

Annette Tuffs



Augenhornhaut-Transplantation: Die weltweit häufigste Übertragung

120 Eingriffe an dem Gewebe finden pro Jahr in Heidelberg statt



Hornhauttransplantation nach Laserbehandlung.

Es war 1905, als Eduard Zirm die weltweit erste dokumentierte Transplantation überhaupt vornahm. Der österreichische Arzt entfernte einem 11-jährigen Jungen, dessen Auge nach einer Stichverletzung nicht mehr zu retten war, die noch intakte Hornhaut und setzte sie einem 45-jährigen Arbeiter ein, der durch eine Verätzung erblindet war. Der Mann konnte sofort wieder sehen. „Und nach sieben Monaten war die Augenhornhaut immer noch klar“, erzählt Dr. Stephan Schmidt, Leiter der Hornhautbank an der Augenklinik, der seit 1. April Professor Dr. Gerd U. Auffarth als Ärztlicher Direktor vorsteht.

Verätzungen und andere Verletzungen wie Schnitte oder Perforationen zählen noch heute zu den Hauptgründen für eine Transplantation. Senioren mit Grauem Star, bei denen es nach einer Operation zu Komplikationen kam, oder Kontaktlinsenträger, deren Hornhaut sich entzündet hat, zählen ebenfalls zu den Patienten. Auch Herpes-Viren können zu einer Entzündung führen. Zudem ist bei angeborenen Erkrankungen wie einer Eintrübung (Dystrophie) oder einer spitzförmig zulaufenden Hornhaut (Kera-

tokonus) unter Umständen eine Transplantation angezeigt. Sonstige Verletzungen an der Augenoberfläche behandeln die Ärzte dagegen mit Amnionmembranen, die aus der Plazenta gewonnen werden.

Die Hornhaut ist ein Gewebe, kein Organ

Die Transplantation ist heutzutage Routine: Kein anderes Organ wird weltweit häufiger verpflanzt, auch wenn es sich bei der Hornhaut streng genommen um ein Gewebe handelt. 100 bis 120 Patienten unterziehen sich dem Eingriff jedes Jahr an der Augenklinik, weltweit sind es 120.000. Zu einer Abstoßung kommt es nur in etwa fünf bis zehn Prozent der Fälle. Die Hornhaut ist nicht von Blutgefäßen durchzogen, dafür aber sehr stark von Nervenfasern und reagiert deshalb sehr schmerzempfindlich – 40 Mal mehr als die Zahnwurzel und 400 Mal mehr als die Haut. Medikamente zur Unterdrückung der Immunabwehr und übereinstimmende Gewebemerkmale senken das Risiko einer Abstoßung. „Eine Transplan-

tation ist aber nur dann sinnvoll, wenn der Rest des Auges gesund ist“, betont Dr. Schmidt. „Je intakter und reizfreier die Ausgangslage ist, desto besser.“ Zudem sollte das Alter von Spender und Empfänger nicht mehr als 20 Jahre auseinander liegen.

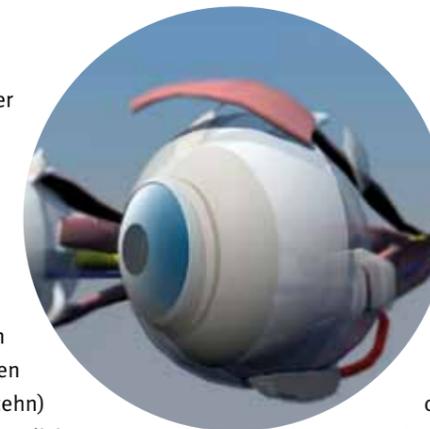
Die Spenden stammen ausschließlich von Verstorbenen: 200 bis 300 pro Jahr kommen aus dem Klinikum, ein kleiner Teil (etwa zehn) aus dem Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin. Voraussetzung ist neben einem Organspende-Ausweis beziehungsweise der Zustimmung von Angehörigen ein Bluttest – unter anderem auf HIV und Hepatitis C – der spätestens 24 Stunden nach dem Tod des Spenders gemacht wurde. Vor allem diese Regelung, die auf eine vor vier Jahren umgesetzte EU-Richtlinie zurückgeht, führt zu einem enormen Zeitdruck.

Zahl der Spender geht zurück

Die Folge: In der Rechtsmedizin geht die Zahl der Spender zurück. Vor der Richtlinie habe es etwa 30 Prozent mehr gegeben, berichtet Dr. Caroline Hausdörfer. Bei beschlagnahmten Leichen muss der Hornhaut-Entnahme neben den Angehörigen auch die Staatsanwaltschaft zustimmen. In der Augenklinik zählte man vor Inkrafttreten der Regelung immerhin bis zu zehn Prozent mehr Spender. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft schätzt, dass dadurch deutschlandweit im vergangenen Jahr rund 3.200 Transplantate verloren gingen. „Viel Zeit vergeht aber auch dadurch, wenn uns die Spender durch die hohe Arbeitsbelastung auf den Stationen verzögert gemeldet werden“, ergänzt Dr. Schmidt.

Nur wenige Wochen Wartezeit

Die Entnahme muss innerhalb von 72 Stunden abgeschlossen sein, laut Dr. Hausdörfer werden vor allem innerhalb der ersten 48 Stunden gute Ergebnisse erzielt. Die kreisförmige Hornhaut, die von einer Seite zur anderen 11,5 bis 12 Millimeter misst, wird dabei nicht komplett entfernt, sondern lediglich ein 7,5 Millimeter breiter Ausschnitt davon – mehr ist für ein komplettes Sehfeld nicht nötig. Die Augenklinik war 2005 die erste Universitätsklinik weltweit, die zur Transplantation einen Femtosekunden-Laser benutzte. Er erlaubt ein besonders genaues Arbeiten und wird auch zur Korrektur von Fehlsichtigkeit eingesetzt.



Die Hornhäute lagern anschließend bis zu 34 Tage in einem Brutschrank bei 34 Grad Celsius; die gleiche Temperatur herrscht an der Hornhaurückfläche. Die Ausschussrate liegt aufgrund mangelhafter Transplantatqualität, mikrobieller Kontamination oder positiver Spenderserologie (HIV, Hepatitis B und C) bei ca. 50 Prozent. Zu einem Engpass führt das nicht, denn im Unterschied zu anderen Organen beträgt bei Hornhäuten die Wartezeit für die Empfänger nur wenige Wochen.

Die Operation ist mit einem einwöchigen stationären Aufenthalt verbunden. Geduld brauchen die Patienten vor allem danach: Es dauert einige Monate, bis das Implantat gut eingewachsen ist, erst nach einem Jahr werden die Fäden gezogen. Dafür ist nach etwa eineinhalb Jahren der Zustand eines Normalsichtigen erreicht; die Überlebensdauer der Hornhaut beträgt zwischen zehn und 25 Jahren.

Simon Scherrenbacher

Info: Augenhornhaut-Transplantation

Dauer der Operation: 30 bis 60 Minuten

Durchgeführte Transplantationen 210: 120

Anzahl Personen auf Warteliste zum 1.2.2011: 0

Wartezeit: vier bis sechs Wochen

Wer KOMMT

Fahndung nach den Schwachstellen urologischer Tumoren

Seit 1. Februar gibt es an der Urologischen Klinik die neue Sektion „Molekulare Uroonkologie“. Neu am Klinikum ist auch ihr Leiter: **Professor Dr. Stefan Duensing**, Spezialist für die molekularen Vorgänge bei der Tumorentstehung, war zuvor sieben Jahre als Professor für Mikrobiologie und Molekulargenetik an der University of Pittsburgh tätig. „Mich hat das Konzept einer eigenständigen Sektion Molekulare Uroonkologie an der Schnittstelle von Grundlagenforschung und Klinik überzeugt. Außerdem reizt es mich, eine komplett neue, interdisziplinäre Arbeitsgruppe aufzubauen“, so Duensing.



Ziel der Gruppe ist es, Forschungsergebnisse zeitnah in innovative Ansätze zur Früherkennung und Therapie urologischer Tumoren umzusetzen. Duensing studierte in Marburg, Hannover und am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York Medizin. Anschließend arbeitete er an der Medizinischen Hochschule Hannover und forschte vier Jahre an der Harvard Medical School in Boston. Der 44-Jährige erhielt zahlreiche Auszeichnungen, z.B. der American Association for Cancer Research, und ist u.a. Fachgutachter des US-Gesundheitsinstituts National Institutes of Health. Duensing ist verheiratet mit Dr. Anette Duensing, derzeit Assistant Professor für Pathologie an der University of Pittsburgh. *TB*

Kämpfer gegen resistente Keime im Krankenhaus



Seit 1. März ist **Professor Dr. Uwe Frank** neuer Leiter der Sektion Krankenhaus- und Umwelthygiene am Department für Infektiologie, Hygiene und Medizinische Mikrobiologie. Der Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie Mikrobiologie und Infektiologie war seit 1986 am Universitätsklinikum Freiburg tätig, unterbrochen von einem zweijährigen Forschungsaufenthalt im San Francisco General Hospital der University of California.

Seit 1993 arbeitete er im Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, habilitierte dort im Fach „Klinische Mikrobiologie“ und leitete das Institut von 2006 bis 2007 als Kommissarischer Direktor. Frank ist Koordinator der europäischen Projekte „BURDEN“ (Burden of Resistance and Disease in European Nations) und „IMPLEMENT“. Im Rahmen des Projektes BURDEN werden die Kosten ermittelt, die in Krankenhäusern durch Antibiotikaresistenzen von Krankheitserregern entstehen; Ziel von „IMPLEMENT“ ist es, das Infektionsmanagement zu verbessern. *TB*

BEKANNT/ERNANNT:

Brückenprofessur für Professor Dr. Johannes Schröder

Gerontopsychiatrie und Klinische Gerontologie gehen gemeinsame Wege

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin und das Institut für Gerontologie der Universität gehen seit dem 15. April gemeinsame Wege: Die neu eingerichtete Brückenprofessur für „Gerontopsychiatrie und Klinische Gerontologie“ vereint beide Disziplinen; neuer Stelleninhaber ist **Professor Dr. med. Johannes Schröder**.

Die Professur trägt den von Professor Schröder bisher geleisteten Beiträgen für die beteiligten Fakultäten Rechnung. Seit seiner Berufung hat er der gerontopsychiatrischen Forschung in Heidelberg zu national und international hoher Bedeutung verholfen. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Früherkennung und Differenzialdiagnostik demenzieller Erkrankungen, vor allem der Alzheimer-Demenz, die Untersuchung der beteiligten Risiko- und protektiven Faktoren sowie Fragen der therapeutischen Interventionen und ihre Anwendung gerade bei schwer beeinträchtigten Patienten.

Als kooptiertes Mitglied der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften war er – einhergehend mit der regelmäßigen Einwerbung z.T. hochdotierter Drittmittel – entscheidend an Forschung und Lehre des Institutes für Gerontologie beteiligt.

Stärkung beider Disziplinen

„Die neue Brückenprofessur erweitert die Forschungssektion Gerontopsychiatrie und stärkt die klinische und neurowissenschaftliche Perspektive in der Gerontologie“, ist sich Professor Dr. Sabine Herpertz, Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, sicher. Die enge Verzahnung ist auch Teil der Umsetzung des strategischen Ziels der Universität Heidelberg: der Realisierung der „comprehensive university“, wie sie im Antrag zur Exzellenzinitiative I festgehalten wurde.



Klinischer Bereich wird neu strukturiert

Damit sich Professor Schröder auf seine neue Tätigkeit – neben der interdisziplinären Forschung gehört auch die Lehre in den gerontologischen Studiengängen dazu – konzentrieren kann, wird der klinische Bereich neu strukturiert. Dr. Dagmar Köthe übernimmt die Leitung der Station Tellenbach; die administrativen Aufgaben als Leitender Oberarzt der Klinik für Allgemeine Psychiatrie wird Dr. Knut Schnell zunächst kommissarisch ausführen. Professor Schröder selbst wird seine klinische Arbeit auf die forschungsnahe Gedächtnisambulanz konzentrieren und die Klinik weiterhin in wichtigen Gremien vertreten. *cf*

Ein Pionier der Entwicklung winziger Kunststofflinsen

Professor Dr. Gerd Auffarth ist seit 1. April 2011 Ärztlicher Direktor der Universitäts-Augenklinik



Seit dem 1. April 2011 leitet Professor Dr. Gerd Auffarth (46) als Ärztlicher Direktor die Universitäts-Augenklinik. Nach externer Ausschreibung und akademischem Auswahlverfahren übernimmt er die Führung der Klinik, die er in Nachfolge von Professor Dr. Hans Eberhard Völcker zunächst zwei Jahre kommissarisch geleitet hat.

Lehrjahre am „Mekka“ der Intraokularlinsen-Forschung

Seine ophthalmologische Karriere machte der international bekannte Spezialist für intraokulare Linsen und Kataraktchirurgie in den vergangenen 15 Jahren an der Heidelberger Augenklinik. In seinem Spezialgebiet habilitierte er sich, gründete und leitete die Arbeitsgruppe Intraokularlinsenforschung und etablierte das ambulante Operationszentrum.

Geboren in Delmenhorst bei Oldenburg absolvierte Auffarth sein Medizinstudium in Aachen, wo er sich bereits vor dem Physikum in seiner Doktorarbeit mit der Augenheilkunde beschäftigte, die ihn dann nicht mehr los ließ. Als Stipendiat war er an der Universitätsklinik Turku in Finnland, am Albert Schweitzer-Hospital in Lambarene in Gabun und an der University of Leicester in England, um 1992 schließlich für zwei Jahre in die USA aufzubrechen – nach New York und Charleston, dem weltweiten „Mekka“ der Intraokularlinsenforschung.

Die Linsentrübung, der graue Star, ist eine typische Alterserkrankung und nimmt mit der steigenden Lebenserwartung zu. „Die Operation ist heute die weltweit häufigste und bereitet sehr selten Probleme“, erklärt Auffarth. Verbesserungsfähig ist nach wie vor der Ersatz der natürlichen Linse, der ihr möglichst nahe kommen soll. Das bedeutet: Nicht nur die Brechkraft der im Durchmesser wenige Millimeter messenden Linse soll ersetzt werden, sondern auch ihre Anpassungsfähigkeit an Fern- und Nahsehen (Akkommodation). Zusätzlich lassen sich durch geschicktes Anpassen einer vielseitigen Kunststofflinse andere Augenfehler wie Hornhautverkrümmung sowie Weit- oder Kurzsichtigkeit ausgleichen. Hier hat Auffarth zusammen mit der Industrie maßgebliche Entwicklungsarbeit geleistet und mehrere neue Linsentypen wissenschaftlich getestet.

Grauer Star kann aber auch eine bedrohliche Erkrankung sein, die zur Erblindung führt; bei Neugeborenen kann eine Linsentrübung die Sehfähigkeit für immer auslösen: „Wir behandeln auch drei Wochen

alte Babies.“ Für seine künftige Tätigkeit hat sich Auffarth einiges vorgenommen: „Die Abteilung Augenheilkunde ist seit 25 Jahren in der Kopfklinik, wir müssen manches umstrukturieren.“

Klinische Studien und Nachwuchsförderung

Am Herzen liegt ihm auch die Nachwuchsförderung, „aus zuverlässigen Doktoranden werden meist gute Assistenten.“ Außerdem möchte Auffarth die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Industrie ausbauen. Zur Zeit läuft eine präklinische Studie zu einem neuen Biochip, der, unter die Bindehaut implantiert, zuverlässige Daten über den Blutzuckergehalt liefern soll – als Alternative für die Blutentnahme aus der Fingerkuppe. Für die Entwicklung dieser Biolinse hat Auffarth bereits den mit 20.000 Euro dotierten Transferpreis der Steinbeis-Stiftung erhalten – und einen Oskar.

Denn sein Hobby im Beruf war in den vergangenen Jahren vor allem die Betätigung als Film-Regisseur und -Akteur. Vielfach preisgekrönt, u.a. mit „Oskars“ bei internationalen Kongressen, sind seine spektakulären Videofilme im Bereich der Augenheilkunde mit den nicht ganz frei erfundenen Titeln wie „Matrix Preloaded“ und „Vision impossible“.

Annette Tuffs

Professor Dr. Kathrin Yen ist Nachfolgerin von Rainer Mattern

Neue Ärztliche Direktorin des Instituts für Rechts- und Verkehrsmedizin plant eine Ambulanz für Gewaltopfer

Kathrin Yen ging noch zur Schule, als sie zufällig auf eine Ausgabe der Fachzeitschrift „Archiv für Kriminologie“ stieß. Sie schlug das Heft auf und sah das Bild eines Fundortes, an dem ein Mann Selbstmord begangen hatte. Das Foto schlug die 17-Jährige sofort in ihren Bann, und sie las das Heft von vorne bis hinten. Von da an war ihr Werdegang vorgezeichnet. Seit 1. März 2011 leitet die heute 42-Jährige als Nachfolgerin von Professor Dr. Rainer Mattern das Institut für Rechts- und Verkehrsmedizin des Klinikums.

Österreicherin mit chinesischem Namen

Mit ihr gibt es im deutschsprachigen Raum nur fünf Frauen auf diesem Posten. Immobilität sei einer der Gründe dafür, dass es nicht mehr sind, sagt Professor Yen: „Wer immer am gleichen Ort bleibt, kann in unserem Fachgebiet nur schwer Karriere machen.“ Die Österreicherin mit dem charmanten Dialekt leitete zuvor das Ludwig Boltzmann Institut für Klinisch-Forensische Bildgebung in Graz und von 2007 bis 2009 die Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Graz in der Steiermark. Dort hatte sie auch den Leichnam des umstrittenen Politikers Jörg Haider obduziert, der 2008 bei einem Autounfall ums Leben kam – und 1,77 Promille Alkohol in dessen Blut nachweisen lassen.

Ihr Beruf sei für Frauen geradezu ideal, findet Professor Yen, deren Mann chinesische Wurzeln hat: „Ich bekomme mein Kind viel häufiger zu sehen, als wenn ich in einer Klinik arbeiten würde. In der Rechtsmedizin gibt es eine Rufbereitschaft, die von zu Hause aus bedient werden kann.“ Wenn ihr Telefon klingelt, könne das allerdings bedeuten, dass sie die Nacht bei Eiseskälte im Wald verbringen müsse, um den Fundort einer Leiche zu untersuchen. Sie hat damit kein Problem, im Gegenteil: Die Untersuchung der Fundorte sei genauso wichtig wie die des Leichnams selbst.

„Man muss sehr genau arbeiten können“

Doch ist die Arbeit nicht psychisch sehr belastend? „Insgesamt sind die Belastungen vergleichbar mit denen in einer Klinik“, ist Professor Yen überzeugt. „Mit einem Unterschied: Anders als ein Kliniker muss ich nicht miterleben, wie ein Patient stirbt.“ Frauen hätten auch keine körperlichen Nachteile: „Eine Obduktion ist keine Frage der Kraft, sondern der Sorgfalt. Man muss sehr genau arbeiten können.“ Der Beruf verlange eher einen sehr guten Zu-



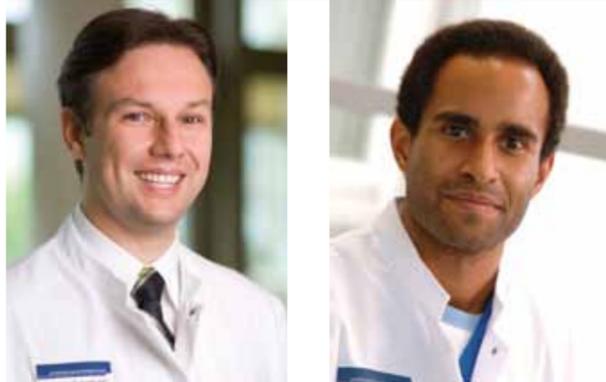
gang zum Menschen: „Dafür sind Frauen prädestiniert.“ Schließlich bestünde die Rechtsmedizin nicht nur aus der Arbeit mit Leichen, sondern werde immer häufiger auch bei Kindesmisshandlung, nach Vergewaltigung, Verkehrsunfällen, Schlägereien und Versicherungsbetrug zu Rate gezogen.

Am Klinikum plant die neue Direktorin der Rechtsmedizin nun die Einrichtung einer Klinisch-Forensischen Ambulanz für Gewalt- und Unfallopfer. Sie soll allen Menschen offen stehen – unabhängig davon, ob eine Anzeige gestellt wurde oder nicht. Auf diese Weise könnten die Spuren und Verletzungen, die bei einem späteren Gerichtsverfahren eine wichtige Rolle spielen könnten, besser gesichert werden. Ihr Ziel ist es, die geplante Gewalt-Ambulanz in der öffentlichen Wahrnehmung zu verankern: „Bei Zahnschmerzen gehe ich am Wochenende schließlich auch in die Zahn-Ambulanz.“

Simon Scherrenbacher

Preise und Ehrungen

Preis ermöglicht Symposium zur Bildgebung von Muskelerkrankungen



Preisträger: Professor Dr. Marc-André Weber, Dr. Erick Amartei-fio; beide Radiologische Klinik, Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie; Dr. Armin Nagel, DKFZ

Auszeichnung: Hengstberger-Preis 2010

Dotierung: 12.500 Euro

Leistung: Der Klaus-Georg und Sigrid Hengstberger-Preis wird jährlich an drei Nachwuchswissenschaftler oder Wissenschaftlerteams der Universität Heidelberg vergeben. Mit der Preissumme erhalten junge Forscher die Möglichkeit, ein interdisziplinäres wissenschaftliches Symposium im Internationalen Wissenschaftsforum der Universität Heidelberg durchzuführen. Die drei Preisträger hatten sich im April im Rahmen ihres Symposiums mit Methoden der Bildgebung von Muskelerkrankungen beschäftigt. Zu dem interdisziplinären Kongress kamen über 30 Experten aus dem In- und Ausland – darunter Radiologen, Medizinerphysiker, Neurologen und Biologen. *cf*

Umfassende Verödung von Tumorgewebe

Preisträger: Dr. Christof-Matthias Sommer, Funktionsoberarzt der Abteilung Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Radiologische Klinik.

Auszeichnung: „Werner Porstmann Preis“ der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) und der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DEGIR) für die beste wissenschaftliche Arbeit zur interventionellen Radiologie 2009/2010

Dotierung: 7.600 Euro

Leistung: Die Kombination zweier interventioneller Behandlungsmethoden bei Tumoren – dem Verschluss feinsten Tumor-

gefäße mit genormten, nur wenige Mikrometer kleinen Partikeln und der Verko- chung des Tumors mit Hilfe von Hochfrequenzstrom (Radiofrequenzablation) – wirkt effektiver als das jeweilige Einzelverfahren: Das Volumen des so zerstörten Gewebes ist größer, runder und besser planbar. Dies bewies Dr. Sommer, Sektion Interventionelle Radiologie, nun im Tierversuch und überführte diese Hybrid-Intervention in die klinische Praxis. So können nun auch größere Tumoren als bisher interventionell behandelt werden; klinische Studien laufen bereits. *TB*



Renommierete Reisemedizinerin lehrt und forscht in Heidelberg

Professor Dr. Annelies Wilder-Smith ist seit Februar 2011 für ein Jahr Mercator-Gastprofessorin am Institut für Public Health



Vom Südchinesischen Meer an den Neckar: Am 1. Februar 2011 hat Professor Dr. Annelies Wilder-Smith, international renommierte Expertin für Reisemedizin und Infektionskrankheiten, eine Mercator-Gastprofessur am Institut für Public Health angetreten. Zuvor war sie Global Health-Koordinatorin an der Schule für Public Health und Direktorin der Klinik für Reisemedizin am Uni-

versitätsklinikum Singapur. Die Mercator-Gastprofessur wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziert. Im Rahmen dieses Programms gibt die DFG Hochschulen die Möglichkeit, hochqualifizierte, im Ausland tätige Wissenschaftler zu einem einjährigen Lehr- und Forschungsaufenthalt einzuladen.

Studium in Heidelberg

Mit Heidelberg verbindet die Medizinerin gute Erinnerungen: „Ich habe in Heidelberg Medizin studiert und promoviert. Mein Mann und ich haben uns als junge Assistenzärzte hier kennen gelernt. Wir freuen uns, wieder hier zu sein“, so die Holländerin, die von ihrer Familie begleitet wird. Ihr Ehemann Dr. med. Einar Wilder-Smith, der ebenfalls in Heidelberg studierte und zuletzt als Professor für Neurologie an der Universität Singapur lehrte, arbeitet nun an der Klinik für Paraplegiologie. Ihre zwei Kinder haben es da schon etwas schwerer: „Die Umgewöhnung an das deutsche Schulsystem ist eine große Herausforderung für sie“, so Wilder-Smith.

Tropenmedizinische Erfahrung in Nepal, Neuguinea, China und Indien gesammelt

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und öffentliches Gesundheitswesen hat in Deutschland, der Schweiz, Neuseeland, Nepal, Papua Neuguinea und China gearbeitet, einen Master in International Health an der australischen Curtin University sowie ein PhD an der Universität Amsterdam abgeschlossen. Seit 1998 war sie am Universitätsklinikum Singapur tätig. Die 49-Jährige ist u.a. Präsidentin der Asia Pacific Society of Travel Medicine, Vorstandsmitglied der International Society of Travel Medicine sowie Gutachte-

rin für die Fachzeitschrift „The Lancet“. Seit 2006 berät sie die Weltgesundheitsorganisation WHO in Fragen der Reisemedizin (International Health Regulation). Zudem ist sie Buchautorin.

Ihr besonderes wissenschaftliches Interesse gilt Infektionskrankheiten. Aktuell erforscht sie das von Stechmücken übertragene Denguefieber und hat u.a. große klinische Studien zur Entwicklung einer neuen Impfung gegen Dengue geleitet. „Ich werde mich hier auch stark in der Lehre einsetzen, besonders im Bereich Global Health“, so Wilder-Smith. Was auf die einjährige Gastprofessur folgen wird, steht noch nicht fest: „Die Türen in Singapur sind weiterhin offen für uns“, sagt die Reisemedizinerin, die übrigens in Singapur zur Welt kam. *TB*

Annelies Wilder-Smith erforscht aktuell das Denguefieber, das von Stechmücken übertragen wird.



Neues aus der FORSCHUNG

Zukunftsvision: Ein Herz, das nachwächst



Herzchirurg Dr. Alexander Weymann neben dem Bioreaktor, mit dessen Hilfe der Forscher und sein Team menschliche Herzen nachzüchten wollen.

Aus patienteneigenen Zellen ein neues Herz heranwachsen zu lassen, das ist das Ziel eines Wissenschaftlerteams der Klinik für Herzchirurgie. Erstmals sind dazu nun die technischen Voraussetzungen erfüllt: Im Februar 2011 hat die Gruppe um Dr. Alexander Weymann und Dr. Bastian Schmack einen neuartigen Bioreaktor in Betrieb genommen, der groß genug ist und optimale Wachstumsbedingungen für das neue Organ bietet. Das Gerät haben die Forscher selbst konzipiert, gebaut und exklusiv zur Verfügung gestellt wurde es von der Göttinger Firma Sartorius Stedim Biotech.

Fasergerüst aus Schweineherz

Die Idee: Das Herz eines Schweins wird im Labor von sämtlichen Zellen befreit – nach einem Verfahren, das die Gruppe selbst entwickelt hat. Übrig bleibt ein Fasergerüst, das im Bioreaktor von patienteneigenen Zellen durchspült und neu besiedelt werden soll. Erfolge zeigte dieses Verfahren bereits bei der Züchtung neuer Herzklappen.

Zum maßgeschneiderten Ersatzherz ist es allerdings noch ein weiter Weg. „Die Forschung auf diesem Gebiet steht noch ganz am Anfang“, so Weymann, Leiter der Arbeitsgruppe „Whole Heart Tissue Engineering“. Die Gruppe ist Teil des Forschungsteams „Experimentelle Herzchirurgie“ unter Leitung des geschäftsführenden Oberarztes Professor Dr. Gábor Szabó. TB

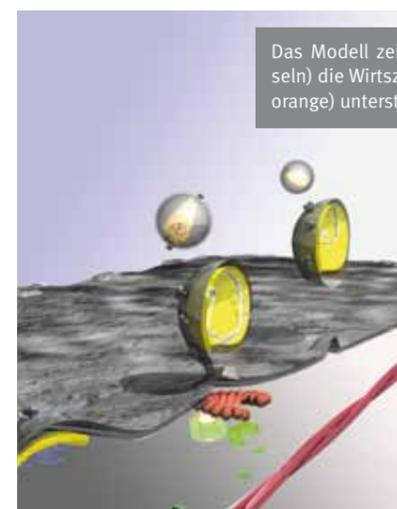
20.000 Euro für „genetische Lockvögel“

Die Gefäße von Patienten mit Marfan-Syndrom – einer angeborenen Bindegewebserkrankung – weisen häufig Aussackungen (Aneurysmen) auf, die spontan einreißen und zum Tod führen können. Die Ursache dafür ist eine besonders hohe Aktivität bestimmter Enzyme (Matrix-Metalloproteinasen oder MMPs), die das elastische Bindegewebe der Gefäßwand zerstören. Forscher des Herzzentrums um Privatdozent Dr. Klaus Kallenbach, Klinik für Herzchirurgie, und Privatdozent Dr. Andreas Wagner, Abteilung für Physiologie und Pathophysiologie, arbeiten jetzt daran, diesen Mechanismus zu blockieren: Mit Hilfe von kurzen DNA-Stücken, den „decoys“ (englisch für „Lockvögel“), wollen sie die Botenstoffe aus dem Verkehr ziehen, die der Körper zur Herstellung von MMPs benötigt. Die B. Braun Stiftung unterstützt das Pilotprojekt mit 20.000 Euro. TB

Vereinfachte Suche nach Gendefekten

Leiden junge Menschen an einer Herzmuskelschwäche, sind häufig Fehler in der Erbinformation dafür verantwortlich. Die Suche danach war bisher aufwendig und teuer. Ein Team um Professor Dr. Wolfgang Rottbauer, der inzwischen an das Universitätsklinikum Ulm gewechselt ist, Dr. Benjamin Meder und Biologe Jan Haas aus der Abteilung für Kardiologie, hat zusammen mit Wissenschaftlern des Deutschen Krebsforschungszentrums sowie der Firma Febit Biomed GmbH ein Analyseverfahren entwickelt, das die Fahndung nach der Veränderung im Erbgut vereinfacht: Erstmals können nun sämtliche der rund 50 bekannten genetischen Auslöser der Herzschwäche gleichzeitig und kosteneffizient überprüft werden. Dazu werden die für die Krankheit relevanten Abschnitte der Erbinformation (DNS) angereichert und in einem Arbeitsschritt analysiert. Meist kann die Krankheitsursache so mit nur einem Test geklärt werden. Für Patienten bedeutet dies eine sicherere Diagnose und damit eine gezielte Beratung und Betreuung. Zudem kann das neue Verfahren in Zukunft mehr Betroffenen als bisher angeboten werden. TB

Ohne Hilfe können HI-Viren ihre Wirtszellen nicht verlassen



Das Modell zeigt, wie neu gebildete HI-Viren (kugelförmige Kapseln) die Wirtszelle verlassen und dabei von Wirtsproteinen (grün, orange) unterstützt werden. Quelle: S. Ivanchenko, LMU.

Hoch entwickelte Mikroskopietechnik macht es möglich: Forschern um Privatdozentin Dr. Barbara Müller, Department für Infektiologie, und Professor Don C. Lamb, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, haben erstmals im Detail gezeigt, wie das körpereigene Eiweiß VPS4A neu gebildeten HI-Viren dabei hilft, ihre Wirtszellen zu verlassen. Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) dringt in menschliche Immunzellen ein und lässt sie neue

Viren produzieren. Das Team beobachtete u.a. an lebenden Zellen, wie und wann das Schlüsselprotein dazu beiträgt, die neu gebildeten Viren aus den infizierten Zellen freizusetzen.

Neue Wirkstoffe entwickeln

„Mit unseren Methoden können wir zudem den Effekt von Therapeutika in der Zelle beobachten, um sie möglicherweise zu verbessern oder um neue Wirkstoffe zu entwickeln“, erklärt Dr. Barbara Müller. Die Untersuchung entstand im Rahmen der Exzellenzcluster „CellNetworks“ Heidelberg, „Center for Integrated Protein Science Munich“ (CIPSM) und Nanosystems Initiative Munich (NIM). Die Ergebnisse sind in der renommierten Fachzeitschrift *Nature Cell Biology* vorab online veröffentlicht. JB

Lange Wege zum nächsten Kreißsaal in Afrika

Zwei Drittel der werdenden Mütter im ländlichen Sambia bringen ihre Kinder ohne professionelle Hilfe zur Welt, weil häufig der Weg zur nächsten medizinischen Einrichtung zu weit und die Qualität der Versorgung mangelhaft ist. Außerhalb der Städte müsste die Hälfte aller Frauen mehr als 25 Kilometer zur nächsten Einrichtung mit geburtshilflicher Notfallversorgung zurücklegen – und das in der Regel zu Fuß. Diesen Zusammenhang belegten Dr. Sabine Gabrysch, Epidemiologin am Institut für Public Health, Sektion für Epidemiologie und Biostatistik, und ihr Team im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, die nun in der Fachzeitschrift *PLoS Medicine* erschienen ist.

Wie kann Schwangeren in Ländern der Dritten Welt der Zugang zu medizinischer Versorgung erleichtert werden? Dieser Frage geht Dr. Sabine Gabrysch, Epidemiologin am Institut für Public Health, nach. Foto: Gabrysch



Umfangreiche Fördermittel notwendig

Für ihre weiteren Forschungsvorhaben hat Dr. Sabine Gabrysch umfangreiche Fördermittel eingeworben: Seit 2010 finanziert die Medizinische Fakultät Heidelberg im Rahmen des Rahel Gotein-Straus-Förderprogramms für ein Jahr zur Hälfte ihre

Forschungsstelle. Aktuell wurde sie zudem in des Eliteprogramm für Postdoktoranden der Baden-Württemberg Stiftung gGmbH aufgenommen. Die Fördersumme beträgt 80.000 Euro. Mit Hilfe dieser Mittel will die Epidemiologin nun für Sambia, Malawi und Ghana untersuchen, wie sich die Entfernung zu fachgerechter Geburtshilfe auf die Neugeborenensterblichkeit auswirkt. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, Schwangeren in Entwicklungsländern den Zugang zu medizinischer Versorgung zu erleichtern. Jährlich sterben weltweit rund 225.000 Frauen und zwei Millionen Kinder aufgrund von Komplikationen bei der Geburt – fast alle könnten durch fachgerechte Geburtshilfe gerettet werden. TB

10.000 Euro zur Förderung von Frühgeborenen

Spende an Perinatalzentrum finanziert Spezial-Ausbildung für Krankenschwester

Minimierung der Intensivmedizin, Maximierung der Zuwendung: Das ist das Prinzip auf der Frühgeborenen-Intensivpflegestation (FIPS) am Perinatalzentrum des Klinikums. Gedämpftes Licht und ein möglichst niedriger Geräuschpegel sorgen für eine stressfreie Umgebung wie im Mutterleib. Während des Aufenthaltes ihrer Kinder werden auch die Eltern in das in Heidelberg entwickelte Behandlungskonzept einbezogen. Damit die Mütter und Väter ihr Frühgeborenes zuhause weiter nach diesem Prinzip betreuen können, werden sie damit in Zukunft auf der FIPS durch eine speziell ausgebildete Kinderkrankenschwester vertraut gemacht. Finanziell ermöglicht hat dies die Firma VitalAire durch eine Spende in Höhe von 10.000 Euro.



Ralf Irmer von VitalAire übergibt den Scheck an Prof. Dr. Johannes Pöschl, Ärztlicher Direktor der Neonatologie.

Zuwendung und positive Reize entscheidend

Entscheidende Entwicklungsschritte des Gehirns erfolgen beim ungeborenen Kind im Alter ab 22 Wochen. „Eine annähernd normale Entwicklung außerhalb des Mutterleibs ist möglich, wenn das Frühgeborene viel Zuwendung und positive Reize erfährt, während unangenehme Erfahrungen vermieden werden“, erklärt Professor Dr. Johannes Pöschl, Ärztlicher Direktor der Neonatologie. Dieses Wissen wird den Eltern auf der FIPS in den nächsten Monaten durch eine Krankenschwester weitergeben, die am

„Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program“ (NIDCAP) der Kinderklinik in Boston teilgenommen hat. Anlässlich seines zehnjährigen Bestehens entschied sich die Firma VitalAire, die sich unter anderem auf die Versorgung von Säuglingen zu Hause spezialisiert hat, zu einer Spende in Höhe von 10.000 Euro an die FIPS. Vor wenigen Tagen wurde nun der Scheck in der Universitäts-Frauenklinik in Bergheim, wo die Station untergebracht ist, überreicht. „Das Geld ist sicherlich gut angelegt“, ist Prokurist Ralf Irmer überzeugt. *sims*

Kinderplanet unterstützt Eltern und Geschwisterkinder...

...und freut sich über 2.000 Euro von der Zahnarztpraxis Dr. Krigar

Die Zahnarztpraxis Dr. Krigar & Partner in Heidelberg-Kirchheim hat der Geschwisterbetreuung Kinderplanet am Zentrum für

Der Kinderplanet betreut Geschwister von jungen Patienten, die in der Kinderklinik behandelt werden und finanziert sich über Spenden.



Kinder- und Jugendmedizin einen Scheck über 2.000 Euro überreicht. „Da wir uns ausschließlich über Spenden finanzieren, freuen wir uns natürlich über die Unterstützung von Fr. Dr. Krigar und ihrem Team“, so Leiterin Margit Bösen-Schieck.

Der Kinderplanet betreut Geschwister junger Patienten, die in der Kinderklinik behandelt werden. Besonders bei langwierigen und lebensbedrohlichen Erkrankungen ist die ganztägige Anwesenheit eines Elternteils unumgänglich. Die notwendige Zuwendung entzieht oftmals den Geschwistern die auch für sie so wichtige

Aufmerksamkeit. Nicht selten reagieren diese nach relativ kurzer Zeit mit Verhaltensauffälligkeiten. Die Geschwisterbetreuung wurde geschaffen, um dem entgegenzuwirken und Eltern und Kinder in dieser Krisenzeit zur Seite zu stehen. Der Kinderplanet existiert bereits im 16. Jahr und wurde durch eine gemeinsame Initiative mehrerer Elternvereine (Frühchen e.V., Neuro e.V., Nieren e.V. und Aktion für krebskranke Kinder e.V.) ins Leben gerufen. Etwa 75.000 Euro werden jährlich benötigt, um die laufenden Kosten zu decken.

Margit Bösen-Schieck

Verein Renniere e.V. unterstützt dialysepflichtige Kinder

10.500 Euro ermöglicht Teilnahme an einem Ferienprogramm



Freuen sich über die Spende (v.l.): Patientin Nicole von der Tann, Clemens Weber, Christiane Wicht-Stieber (beide vom Verein Renniere e.V.), Professor Franz Schaefer, Patient Markus Mante, der gerade an der Dialyse behandelt wird. Foto: Kresin

Die Sektion Pädiatrische Nephrologie der Klinik für Kinderheilkunde I freut sich über eine großzügige Spende von 10.500 Euro. Sie wurde zur Verfügung gestellt von dem Verein Renniere e.V. aus Düsseldorf, der dialysepflichtige junge Patienten unterstützt. Die Summe ermöglicht diesen eine Teilnahme an einem Sommerferienprogramm.

Organisiert wird die Freizeit von Evelyn Reichwald-Klugger und Dirk Bethé, die in der Angelika-Lautenschläger-Klinik als Diplom-Psychologen arbeiten. „Es geht darum, den Kindern einen möglichst normalen Alltag zu ermöglichen“, so die beiden Psychologen. Nicht die Krankheit, sondern Sport- und Freizeitaktivitäten stehen im

Vordergrund: „Durch dieses Gefühl, selbst aktiv zu sein, entwickeln die Kinder ein ganz neues Selbstbewusstsein.“ Zudem hilft der Austausch mit Gleichgesinnten bei der Krankheitsbewältigung.

Ferien mit Spaß und Abwechslung

Die letztjährige Ferienfreizeit führte 24 Kinder mitsamt medizinischer, pflegerischer, psychologischer und heilpädagogischer Betreuung in das pfälzische Edenkoben. Unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit konnten die Kinder zwischen zahlreichen Aktivitäten wählen. Ob

Reden und Basteln, Tanzen und Karaoke-Singen, Geländespielen und Nachtwanderungen, Schwimmen und Fußball oder Training im Fitnessraum – das Ferienprogramm bietet immer viel Spaß und Abwechslung. Wichtiger „Nebeneffekt“: Die Familien werden in dieser Zeit entlastet und können vom oft stressigen Alltag abschalten. Auch in diesem Jahr findet die Freizeit wieder in Edenkoben statt.

Die Pädiatrische Nephrologie behandelt u.a. chronische Niereninsuffizienz. Seit 1970 wurden über 700 Kinder dialysiert, 500 erhielten eine Spenderniere. Leiter der Sektion ist Professor Franz Schaefer. *cf*

DIENSTJUBILARE

40-Jähriges

Oktober 2010

Anneliese Beck, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Else Egel, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik

November 2011

Karin Kerstin, Laborantin, Kinderklinik
Friedeburg Thiel, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik

Dezember 2010

Ursula Bernhauer, Reinigungskraft, Kinderklinik

Januar 2011

Anita Kühner, Biologielaborantin, Institut für Physiologie
Mei-Kaei Lin, Krankenschwester, Frauenklinik
Michaela Nauck, Sachbearbeiterin, Personalabteilung
Brigitte Reed, Kinderkrankenschwester, Chirurgie

Februar 2011

Ingrid Hartmann, Medizinisch-Technische Assistentin,
Institut für Anatomie und Zellbiologie

März 2011

Barbara Stoll, Orthoptistin, Akademie für Gesundheitsberufe
Bosiljka Duras, Beiköchin, Speiseversorgung
Adrijana Filehr, Krankenschwester, NCT-Tagesklinik

April 2011

Rita Seewald, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Dorothea Spitzenberg, Krankenschwester, Chirurgie
Jutta Heidi Müller, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Reinhard Steger, Krankenpflegehelfer, Psychiatrie/Audiovision

25-Jähriges

Oktober 2010

Claudia Butz, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik

November 2010

Michaela Meyer, Krankenschwester, Medizinische Klinik
Gerhard Dickgiesser, Techniker Zentrum für Informations- und
Medizintechnik
Joachim Striffler, Elektriker, Elektro-, Automations- und Fördertechnik
Dr. Peter Stroheck-Kuehner, Psychologe, Institut für Rechts- und
Verkehrsmedizin

Januar 2011

Yvonne Bayer, Orthopistin, Augenklinik
Heidrun Coy, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Gudrun Deuerer, Krankenschwester, Hautklinik
Gerhard Fedick, Fernmeldehandwerker, Zentrum für Informations-
und Medizintechnik
Ines Freudenberg, Hebamme, Frauenklinik
Elke Grüber, Krankenschwester, Kopfklinik
Elke Hansert-Weiß, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Petra Höhr, Kinderkrankenschwester, Kinderklinik
Heike Kapp, Desinfektorin, Chirurgie
Roland Knopf, Tierwärter, Institut für Humangenetik
Anna-Maria Luft, Sachbearbeiterin, Zentrum für Informations-
und Medizintechnik
Rolf Reichert, Maler, Bautechnik
Silke Ritter, Medizinisch-Technische Assistentin, Zentrallabor
Medizinische Klinik
Ulrich Rößler, Krankenpfleger, Anästhesiologische Klinik
Rolf Spitzer, Programmierer, Institut für Medizinische Biometrie
Jürgen Schott, Werkstattleiter, Maschinenteknik

Februar 2011

Heidrun Lang, Biologielaborantin, Allgemeine Pharmakologie
Prof. Dr. Reinhard Wallich, Diplom-Biologe, Immunologie
Iris Wolf, Technische Angestellte, Nuklearmedizin
Ute Ziegert-Forster, Orthoptistin, Akademie für Gesundheitsberufe

März 2011

Heinrich Spieß, Werkstattleiter, Elektro-, Automations- und
Fördertechnik
Professor Dr. Heiko Becher, Stellvertretender Leiter der Abteilung
Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen
Bertram Bender, Krankenpfleger, Psychiatrie
Sabine Christeson, Krankenschwester, Frauenklinik
Brigitte Kingeter-Gensler, Krankenschwester, Kopfklinik
Renate Schulz, MTLA, Innere Medizin V
Professor Dr. Hans-Peter Sinn, Oberarzt, Pathologie

April 2011

Christiane Böll-Oluoch, Krankenschwester, Radiologie
Ute Burger, MTRA, Radioonkologie und Strahlentherapie
Doris Gerstweiler, Krankenschwester, Chirurgie
Christian Haidacher, Krankenpfleger, Psychiatrie
Karin Kögel, Arztsekretärin, Innere Medizin
Gabriele Pogadl, Sachbearbeiterin, Patientenverwaltung
Silvia Rößner, Sachbearbeiterin, Operativer Einkauf
Christina Schneider, Hebamme, Frauenklinik
Brigitte Schoell, Biologielaborantin, Institut für Humangenetik
Willi Strach, Krankenpfleger, OP-Gesamtleitung Kopfklinik
Christine Faschingbauer, Krankenschwester, Pflegedienstleitung
Kopfklinik

Der Klinikumsvorstand
dankt den Jubilaren
und wünscht
ALLES GUTE!



Bild der Jubilarefeier vom 10. Februar: Die Kaufmännische Direktorin Irmtraut Gürkan (zweite von rechts) sowie die Personalräte Martina Wehrauch (dritte von links) und Professor Dr. Dr. Christof Hofele (ganz links) vom Personalrat gratulierten den Beschäftigten. Die Jubilare von März und April werden voraussichtlich Ende Mai geehrt. Das Bild wird in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

Das fetzt: Starke Musik mit starken Texten

Ulla Merkel und Florian Mersi schöpfen in der „Rainbow Gospel & Soul Connection“ Kraft für den Klinikalltag



Lebensfreude pur: Die „Rainbow Gospel & Soul Connection e.V.“

„Lord I come before You / Hear me now I pray / In Your presence I find comfort / You're my hiding place“

(Herr ich stehe vor Dir, höre mein Gebet, bei Dir finde ich Trost und fühle mich sicher)

Mit diesen Zeilen beginnt der Song „Lord hold me“, das Lieblingsgospel von Ulla Merkel, Teamassistentin in der Inneren Medizin I: „Wie bei vielen Gospels geht es bei „Lord hold me“ um Halt und Geborgenheit, darum, dass man sich nicht so viele Sorgen machen muss“, sagt die Schriesheimerin, die seit 2001 im Feudenheimer Gospelchor „Rainbow Gospel & Soul Connection e.V.“ singt.

„Lord hold me“ ist ein sehr ruhiges Lied. Doch häufig verbindet Gospel, was übersetzt „Frohe Botschaft“ bedeutet, die christlichen Texte mit mitreißenden Melodien und Rhythmen – wie man es eben aus dem Kinofilm „Sister Act“ kennt. „Die Musik ist was fürs Herz. Sie fetzt, bewegt aber auch innerlich“, beschreibt Ulla Merkel. Das findet auch Florian Mersi, Krankenpfleger für Krebspatienten in der Inneren Medizin V, der seit 2004 ebenfalls Mitglied der Rainbow Connection ist: „Gospel verbindet starke Texte mit starker Musik“, so der dreifache Familienvater aus Schriesheim.

„Die Musik ist was fürs Herz“

Beide Mitarbeiter engagieren sich seit ihrer Jugend ehrenamtlich in ihrer Kirchengemeinde, Ulla Merkel sang seit ihrem siebten Lebensjahr in den verschiedensten Chören. „Das Lied ist die schönste Form des Gebets“, sagt sie. Aber irgendwann konnte sie

den „klassischen Liedern und dem Stillstehen“ nicht mehr viel abgewinnen: „Ich habe nach etwas anderem gesucht und die Freude und Bewegung im Gospel gesehen.“

Gospel ist alles andere als statisch; einige ihrer Stücke präsentiert die Rainbow Connection bei Konzerten mit eigener Choreographie, die es bei zwei bis drei Sonderproben im Jahr einzustudieren gilt. „Man merkt richtig, wie man beim Konzert Lebensfreude rüberbringen kann“, freut sich Ulla Merkel. Und Mitklatschen, -schnippen und -wippen ist den Zuhörern ohnehin ausdrücklich erlaubt.

Fünf- bis sechsmal im Jahr gibt der Chor unter Leitung des Dirigenten und Pianisten Joe Völker Konzerte in den Kirchen der Region, kann aber auch für Hochzeiten und andere Feierlichkeiten gebucht werden. „Dabei ist es uns wichtig, dass die Zuhörer verstehen, von was und von wem die Gospels handeln. Daher übersetzen wir einige Lieder ins Deutsche, bevor wir sie vortragen“, so Florian Mersi, der die Konzerte für den Chor organisiert.

„Gospel wirkt wie ein mildes Antidepressivum“

Die Resonanz dieser Konzerte in den lokalen Medien ist groß und auch von den Zuschauern kommt – auf einem dem Flyer beigelegten Rückmeldebogen – viel Lob. Besonders bei Konzerten im Winter bedanken sich die Besucher für die gute Laune, die Lieder und Melodien versprühen. „Gospel wirkt auf viele wie ein mildes Antidepressivum“, so Florian Mersi. Besonders stolz ist er darauf, dass zu den Konzerten auch Menschen kommen, „die sonst keinen Fuß in eine Kirche setzen würden“.

Die Rainbow Gospel & Soul Connection gibt es seit 1994. Gepröbt wird einmal wöchentlich im Gemeindehaus in Mannheim-Feudenheim. Alle 50 Sängerinnen und Sänger im Alter zwischen 20 und 70 Jahren sind Amateure. Chorleiter Joe Völker, musikalischer Leiter am Schauspielhaus des Nationaltheaters Mannheim, arrangiert alle Stücke des Chors selbst, daher kommen auch alte Lieder stets im neuen Gewand daher. 2008 brachte die Rainbow Connection ihre erste CD „Awesome God“ heraus. Im kommenden Jahr ist ein Benefizkonzert zu Gunsten des Heidelberger Hospiz Louise geplant.

Weitere Informationen und Konzerttermine im Internet www.rainbowgospel.de

Fünf Fragen an... Ulla Merkel und Florian Mersi

Was bedeutet das Singen im Chor für Sie?

Ulla Merkel: Das gemeinsame Singen lässt verschiedenste Menschentypen zu einer Gemeinschaft zusammenwachsen. Das fühlt sich richtig gut an. Und doch ist jede einzelne Stimme wichtig. Das stärkt die Persönlichkeit.

Florian Mersi: Eine echte Herausforderung, die eigene Stimme (Tenor) zu halten, während um mich herum andere Stimmen gesungen werden. Darüber hinaus ist es eine prima Schulung im Hören auf Andere.

Was ist Ihnen am Gospel besonders wichtig?

Ulla Merkel: Das ist zum einen die Musik, die einem das Herz aufgehen lässt. Zum anderen finde ich es schön, dass man die christliche Frohe Botschaft, die mir zu einer positiven Lebenseinstellung verhilft, auf so freudige Weise weitersagen und damit Menschen erreichen kann. Das merke ich, wenn z.B. in unseren Konzerten bei Zuschauern Tränen der Rührung fließen.



„Gospel wirkt auf viele wie ein mildes Antidepressivum“, so Florian Mersi, Krankenpfleger in der Inneren Medizin V.

Florian Mersi: Dass ich zu Melodien, die mir fast ausnahmslos richtig gut gefallen, auch noch sinnvolle bzw. sinnhafte Texte singen kann.

Wirkt Gospel auch in Ihrem Alltag oder Ihrer Arbeit?

Ulla Merkel: Gospel hilft mir, das, was ich im Krankenhaus bei den Patienten miterlebe, zu verarbeiten. Oft fällt mir, wenn es mir nicht gut geht, ein Text oder eine Melodie ein. Das gibt mir in der Krise neue Kraft.

Florian Mersi: Ja, denn es vergeht nur selten ein Tag, an dem mir nicht ab und zu einer unserer aktuellen Songs in den Sinn kommt. Oft findet er dann auch seinen Weg auf meine Lippen, zumindest leise gesummt...

Haben Sie Ihre Familie auch mit Gospel angesteckt?

Ulla Merkel: Bestimmt ein bisschen. Mein Mann hilft während unserer Konzerte oft bei der Technik und die Kinder sind unsere kritischsten Fans. Aber eigentlich haben meine Töchter ihre eigenen musikalischen Projekte: Die 17-jährige Tochter ist aktiv in der Landesposaunenarbeit und die 14-jährige hat gemeinsam mit ihren Mitkonfirmanten eine Band gegründet.

Florian Mersi: Bei mir war es zunächst anders herum. Meine Frau singt seit 2001 in der Rainbow Connection. Sie selbst ist über Ulla Merkel zum Chor gekommen, beide kennen sich aus der Kirchenarbeit. Ich bin 2004 eingestiegen, als ich anfing, nur noch halbtags zu arbeiten. Unsere 20-jährige Tochter habe ich zumindest mit angesteckt, sie ist seit knapp drei Jahren mit dabei.

Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit im Klinikum?

Ulla Merkel: Ich bin seit 20 Jah-



Ulla Merkel, Teamassistentin in der Inneren Medizin I, singt seit 2001 im Gospelchor.

ren am Klinikum. Seit anderthalb Jahren betreue ich als Teamassistentin mit halber Stelle auf den Stationen Morawitz und Nauenyn den Pflegestützpunkt, plane Termine, Patiententransporte, arbeite die Visiten aus, organisiere Patientenaufnahmen und -entlassungen. Ich bin die erste Anlaufstelle für die Patienten. Ich freue mich, dass ich ihnen ein positives „Aufnahmeerlebnis“ verschaffen kann, damit sie sich im Klinikum gut aufgehoben fühlen.

Florian Mersi: Auf unserer hämatologisch-onkologischen Station arbeite ich sehr gerne, weil die Betreuung der Patienten nie langweilig wird. Jeder Patient ist einzigartig. Und es macht mir Spaß, in einem Team zu arbeiten, das bezüglich Lebensalter und Berufserfahrung sehr bunt gemischt ist.

Tina Bergmann

Das Quiz im KLINIKTICKER

Gewinnen Sie einen Gutschein über 50 Euro für das Restaurant Olive

Was muss man tun? Einfach die folgenden Fragen richtig beantworten:

1. Über wie viele Betten soll der erste Bauabschnitt der neuen Chirurgie verfügen?
2. Wie oft müssen Beschäftigte des Klinikums an einer Brandschutzschulung teilnehmen?
3. Wie viele Nieren wurden 2010 am Klinikum transplantiert?

Alle Antworten haben wir in diesem KlinikTicker versteckt.

Beim „Klinik Ticker-Quiz“ dürfen alle Mitarbeiter des Universitätsklinikums (einschließlich aller Tochtergesellschaften) und der Medizinischen Fakultät sowie Studenten der Medizinischen Fakultät teilnehmen.

Wir verlosen unter allen richtigen Einsendungen drei Gutscheine à 50 Euro für das Restaurant Olive (Klausenpfad 36).

Antworten per E-Mail mit dem Betreff „Quiz“ unter Angabe Ihrer Abteilung an KlinikTicker@med.uni-heidelberg.de oder per **Klinik-Post** mit Hilfe des Antwortbogens an die

Pressestelle
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg

Einsendeschluss ist Freitag, der 20. Mai 2011.

Die Preise werden unter allen richtigen Antworten ausgelost. Wir drücken die Daumen und wünschen viel Glück!!!

Ihr KlinikTicker Team

Über einen Experimentierkasten von Kosmos freuen sich: Claudia Bosch, Ina Ilin, Gerhard Dickgießer, Erika Kratzert und Beate Schnabel.

Die Antworten vom letzten Quiz:

- Welches Protein revolutionierte die Herzinfarkt-Behandlung? *Troponin T*
- Wie viele Kinder nahmen an der Bluthochdruck-Studie teil? *ca. 4.000 (4.236)*
- Welcher Ehrengast kommt zu einer Eröffnungsfeier auf den Speyererhof? *Altkanzler Helmut Kohl*

Klinik Ticker-Quiz Antwortbogen:

Frage 1: _____

Frage 2: _____

Frage 3: _____

Name: _____

Abteilung: _____

Postanschrift: _____

E-Mail: _____



Klinikum und Fakultät drücken Freunden in Japan ihr Mitgefühl aus

Seit 1992 Städtepartnerschaft mit Kumamoto

Anlässlich der Katastrophen in Japan haben Klinikum und Fakultät den Freunden in der japanischen Partnerstadt Heidelbergs Kumamoto ihr tiefes Mitgefühl ausgesprochen. Ein Brief des Vorstandes, ein Gedenkgottesdienst in der Kopfklinik und Spenden von Mitarbeitern zeigen, dass dieses Schicksal auch im Arbeitsalltag berührt.



Seit 1992 besteht die Städtepartnerschaft, damit verbunden ist ein medizinisches Austauschprogramm: Jedes Jahr reisen Klinikumsmitarbeiter nach Japan, um den Arbeitsalltag am Kumamoto City Hospital kennenzulernen. Ebenso kommen Mitarbeiter aus Kumamoto für drei Wochen nach Heidelberg. „An dem Austauschprogramm haben bereits rund 100 Personen teilgenommen und es sind Freundschaften gewach-

sen“, sagt Pflegedirektor Edgar Reisch, der das Programm leitet. Dieses Jahr werden aufgrund der tragischen Ereignisse keine Klinikumsmitarbeiter nach Kumamoto reisen. Eine japanische Delegation wird im Juni nach Heidelberg kommen. *JB*

Spendenkonto

Aktion Deutschland Hilft, Bündnis der Hilfsorganisationen
Spenden-Stichwort: Erdbeben/Tsunami Japan
Spendenkonto: 10 20 30
Bank für Sozialwirtschaft, BLZ 370 205 00

Spendenhotline: 0900 55 10 20 30

Charity SMS: SMS mit ADH10 an die 8 11 90 senden (10 € zzgl. üblicher SMS-Gebühr, davon gehen direkt an Aktion Deutschland Hilft 9,83 €)

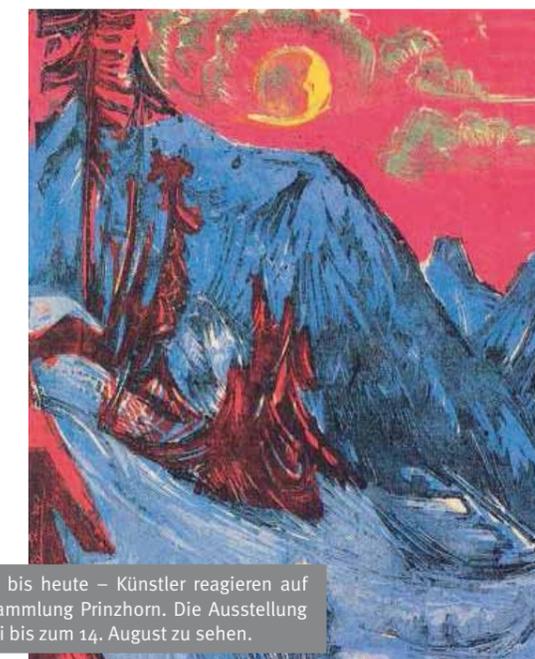
Mehr im Internet: www.aktion-deutschland-hilft.de

Jubiläums-Ausstellung der Sammlung Prinzhorn

Mit einer Ausstellung an gleich mehreren Orten feiert das Museum Sammlung Prinzhorn des Klinikums am 6. Mai 2011 sein zehnjähriges Bestehen. Den Anfang macht die Stadtbücherei (Poststraße 15), wo im Foyer und im Lesebereich eine Installation von Künstler Peter Riek zu sehen ist. Oberbürgermeister Dr. Eckart Würzner spricht um 17.30 Uhr Grußworte, und die Kaufmännische Direktorin Imtraut Gürkan referiert über die Geschichte des Museums.

Professor Dr. Sabine Herpertz, die Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, begrüßt die Gäste dann zusammen mit Museumsleiter Dr. Thomas Röske um 18.45 Uhr in der Sammlung Prinzhorn (Voßstraße 2). Dort werden Werke der Sammlung zusammen mit Bildern der Expressionisten Ernst Ludwig

Kirchner, Alfred Kubin und Paul Klee sowie des Surrealisten Max Ernst ausgestellt, die als Reaktion darauf entstanden. Um 19.30 Uhr geht es weiter mit einem Künstlergespräch im Deutsch-Amerikanischen Institut (DAI, Sofienstraße 12) zwischen Dr. Röske und Fotograf Jochen Steinmetz, der die Sammlung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln festgehalten hat. Im Museum Haus Cajeth (Haspelgasse 12) wird um 20.15 Uhr eine Ausstellung eröffnet, in der sich Antworten mehrerer jüngerer Zeichner wie Jörg Ahrnt, Julia Kuhl, Stefan Lausch und Dorothee Rocke begegnen. Das Heidelberger Forum für Kunst (Heiliggeiststraße 21) präsentiert ab 21 Uhr Werke von Mitgliedern des Bundesverbands Bildender Künstler. *sims*



Von Kirchner bis heute – Künstler reagieren auf Werke der Sammlung Prinzhorn. Die Ausstellung ist vom 7. Mai bis zum 14. August zu sehen.

Inka Weinbrenner ist die „Stimme des Klinikums“

Die „Stimme des Klinikums“ ist gefunden: Sie gehört Inka Weinbrenner vom Zentrum für Informations- und Medizintechnik (ZIM).

Die EDV-Expertin, die zuvor als Logopädin in der Kopfklinik arbeitete, wird nun die telefonischen Warteschleifen und Bandansagen im Klinikum besprechen. Von ihrer Stimme war die Jury – bestehend aus Pflegedirektor Edgar Reisch, KSG-Ressortleiterin Rebekka Stahl, Nora Scholz vom Medienzentrum und Simon Scherrenbacher von der Pressestelle – schnell überzeugt: Sie strahlte zugleich eine angenehme Wärme und eine höfliche Verbindlichkeit aus, waren sich alle einig. „Sehr professionell“ hatte sich auch Michael Denk, der das Call- und Service-Center leitet, notiert, als er ihre Aufnahme hörte. Insgesamt waren 30 Beschäftigte unserem Aufruf im vergangenen KlinikTicker gefolgt und hatten eine eigene eingerichtete „Voicebox“ besprochen. Warum sich jedoch lediglich ein Mann meldete, blieb für die Jury ein Rätsel – offenbar hatten die Frauen einfach mehr Mut bewiesen. *sims*

Michael Denk überraschte ZIM-Mitarbeiterin Inka Weinbrenner mit einem Blumenstrauß.



Sommerfest 2011

Freitag, 15. Juli 2011, ab 17 Uhr

auf dem Gelände hinter der Chirurgischen Klinik
Nähere Infos bei Ihren Abteilungssekretariaten und unter
www.sommerfest-klinikum.de

