

## HEILEN

Schneller zu Hause  
dank Da Vinci

## FORSCHEN

Heimtückische  
Gefahr im Bauch

## CAMPUSLEBEN

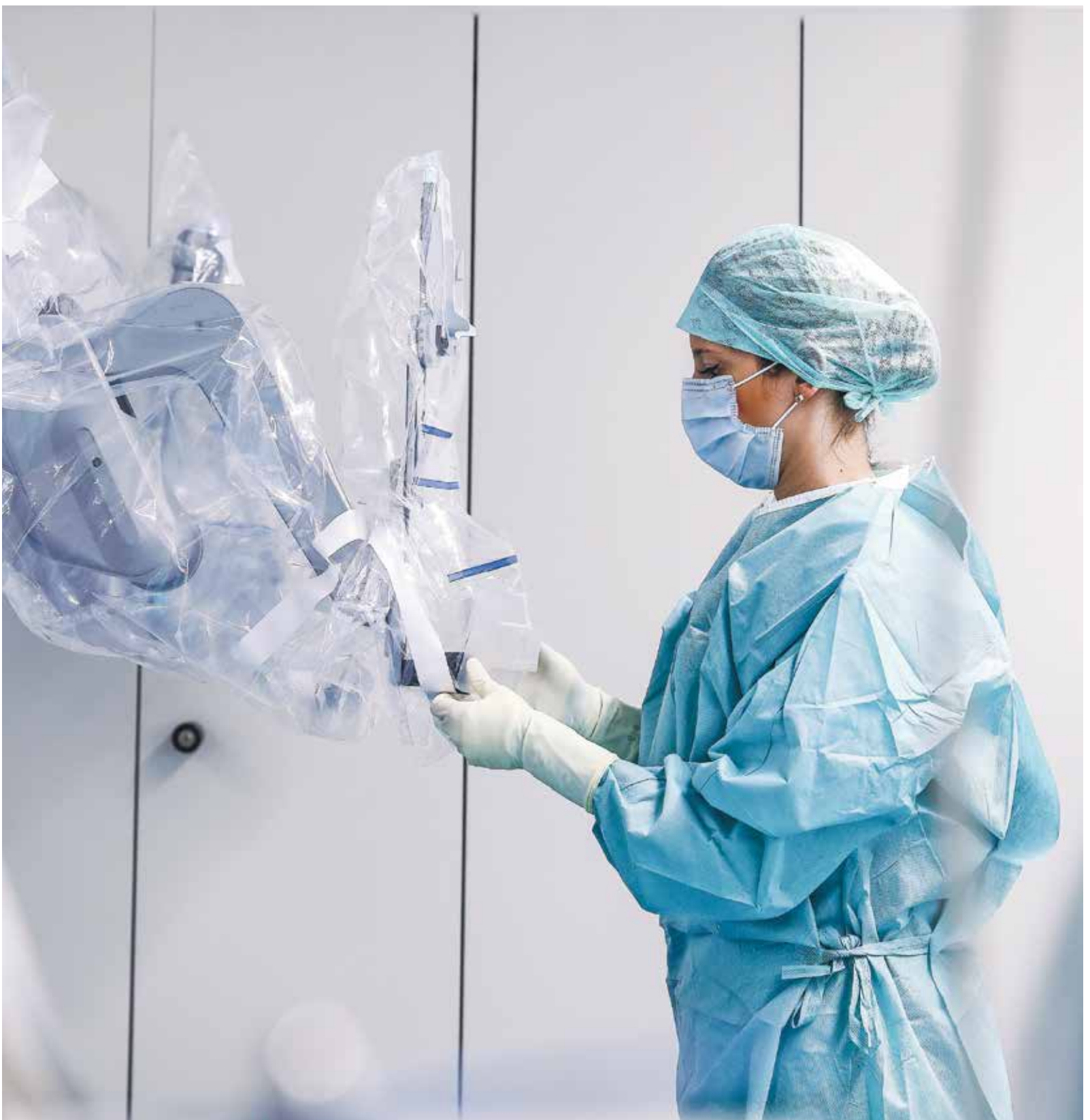
Gärtnerei kümmert  
sich um 1200 Bäume

**UKD:**

Ausgabe 1 | 2018

Das Gesundheitsmagazin  
des Universitätsklinikums  
Düsseldorf

# LEBEN



**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

Universitätsklinikum Düsseldorf  
 Stabsstelle Unternehmenskommunikation  
 Leitung: Stefan Dreising  
 Moorenstraße 5  
 40225 Düsseldorf

**Verlag:**

Rheinische Post  
 Verlagsgesellschaft mbH  
 Zülpicher Straße 10  
 40196 Düsseldorf

**Koordination:**

Sarina Ihme  
 Telefon 0211 505-2404  
 sarina.ihme@rheinische-post.de

**Redaktion:**

Tobias Dupke (verantwortlich)  
 Telefon 0211 505-24312  
 tobias.dupke@rheinische-post.de  
 Redaktionsteam: Susanne Blödgen (GKD),  
 Stefan Dreising  
 presse@med.uni-duesseldorf.de

**Layout:**

Vivien Kruggel

**Auflage:**

10.000

**Erscheinungsweise und Bezug:**

UKD: Leben erscheint zwei Mal im Jahr und ist das Gesundheitsmagazin des Universitätsklinikums Düsseldorf

**Druck**

Rheinisch-Bergische Druckerei GmbH  
 Zülpicher Straße 10  
 40196 Düsseldorf

**05 UNIKLINIK KOMPAKT**  
 Das Wichtigste auf einen Blick

**08**

**TITELTHEMA**

Prostatakrebs: Schneller zu Hause dank Da Vinci



**10 TITELTHEMA**  
 Prostatakrebs: „Eine tückische Erkrankung“

**11 HEILEN**  
 Die Patientin im Mittelpunkt

**12** Casper lebt  
**HEILEN**

**14 HEILEN**  
 Pflege: Ein Tag im Leben von Mirjam und Jonas



**18** „Ich bin noch da, welch ein Glück“  
**HEILEN**

**20 FORSCHEN**  
 Aneurysmen - die heimtückische Gefahr im Bauch

**22 FORSCHEN**  
 Tennis contra Parkinson

**24 FORSCHEN** Die Jagd nach der richtigen Therapie

**26** Die Klinikküche in Zahlen  
**CAMPUSLEBEN**

**28 CAMPUSLEBEN**  
 Herzerleichterndes Grün

**30 CAMPUSLEBEN**  
 500 Milliliter, die Leben retten

**32 CAMPUSLEBEN**  
 Unimedizin braucht moderne Infrastruktur





## LIEBE LESERIN, LIEBER LESER

**W**orum geht es in einem Universitätsklinikum? Um die Gesundheit und das Leben. Um die Gesundheit und das Leben der vielen Patientinnen und Patienten, die am UKD versorgt werden. Um Forschung, die dazu beiträgt, dass diese Versorgung durch Innovationen immer besser wird. Und dann sind da natürlich noch die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen dazu beitragen, dass das UKD als größtes Krankenhaus in Düsseldorf seinen wichtigen Auftrag als Maximalversorger erfolgreich meistern kann. 24 Stunden täglich, 365 Tage im Jahr sind wir für Sie da.

### Denn: „Wir sind das UKD“

Mit der ersten Ausgabe der „UKD:Leben“ wollen wir einen Einblick geben in das Leben am UKD. In neue Wege der Patientenversorgung, in spannende Themen der medizinischen Forschung der Medizinischen Fakultät und in das Leben des ein oder anderen Patienten oder Beschäftigten. Ich freue mich sehr, dass wir dieses Magazin in Kooperation mit der Rheinischen Post Mediengruppe realisieren. An Themen wird es uns dabei nicht mangeln. Auch daher haben wir uns bewusst entschieden, in diesem Heft auf Werbung zu verzichten.

Die Vielfalt dieser Premierenausgabe ist groß und reicht vom Blick auf das menschliche Genom bis hin zu den aktuellen Bauprojekten auf dem „Campus UKD“. Als ich den ersten Probedruck dieses Magazins durchblätterte wurde mir vor allem Eines wieder ganz stark bewusst: Die Vielfalt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre unterschiedlichen Kompetenzen sind die großen Stärken, ja, das Herzstück der Düsseldorfer Universitätsmedizin. Es war also höchste Zeit für ein solches Magazin.

Viel Spaß bei der Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Kaufmännischer Direktor und stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender des UKD

### Neu am UKD: Michael Bernhard leitet die Zentrale Notaufnahme

Privatdozent Dr. Michael Bernhard ist neuer Leiter der Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD). Der 41-jährige Notfallmediziner und Facharzt für Anästhesiologie hat seinen Dienst am 1. März begonnen. Zuvor war er stellvertretender Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme am Universitätsklinikum Leipzig. „Ich freue mich auf die Tätigkeit mit den motivierten Kolleginnen und Kollegen in der ZNA und den Kliniken am UKD, die die anschließende Weiterbehandlung der Notfallpatienten übernehmen“, so der Notfallexperte. Nach dem Studium in Hamburg war die Universitätsklinik in Heidelberg die erste klinische Station, bevor PD Dr. Bernhard 2009 als Leitender Oberarzt nach Fulda und dann 2011 nach Leipzig wechselte. Die Zahl der Patienten, die die Notaufnahme des größten Krankenhauses der Landeshauptstadt aufsuchen, wächst jedes Jahr um fünf bis acht Prozent. Zum Jahresende 2017 lag die Anzahl bei 44.000 Menschen.



Foto: UKD/Timmermann

### Fortschritt Präzisionsdiagnostik dank neuester MRT-Technik

Neues Gerät in der Radiologie verbessert Patientenversorgung und unterstützt medizinische Forschung. Für den Einbau musste eine Außenwand aufgestemmt werden.



Foto: UKD/Kesting

**E**in neues 3-Tesla-MRT verbessert die forschungsorientierte Diagnostik am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD). „Die Aufnahmen des Gerätes sind nun noch präziser“, erklärt Prof. Gerald Antoch, Direktor des Institutes für Diagnostische und Interventionelle Radiologie. Davon profitieren die Patienten. „Gleichzeitig liefert das neue Gerät auch wichtige Forschungsimpulse für den Medizin-Standort Düsseldorf.“ Für den Einbau in der Klinik musste eine Außenwand aufgestemmt und das Gerät mit einem Kran ins Gebäude gehoben werden. Der Aufwand habe sich gelohnt. „Für unsere Arbeit ist es ein Quantensprung“, so der Radiologe. Untersucht werden z. B. Patienten aus der Urologie und der Neurologie. „Bei den urologischen Patienten geht es speziell um Untersuchungen der Prostata. Durch die exakte Diagnose des Tumors in der Prostata kann die gezielte Biopsie geplant und nachfolgend die weitere Behandlung durch die Experten der Klinik für Urologie am UKD initiiert werden. Ein anderer Schwerpunkt ist die neurologische Bildgebung. So ermöglicht uns das neue Gerät, Veränderungen bei Erkrankungen wie Parkinson genauer darzustellen, um so eine noch zielgerichtetere Therapie zu ermöglichen“, so Antoch. Durch das neue MRT verringern sich die Untersuchungszeiten und der Geräuschpegel für die Patienten.

Durch die neueste Technik des Systems verringern sich auch die Untersuchungszeiten für die Patienten. Die Aufnahmen sind nun noch präziser.

## Erster Parlamentarischer Abend „Universitätsmedizin NRW“

Foto: Landtag NRW/ Bernd Schälte



Die Stärken der nordrhein-westfälischen Universitätsmedizin und deren Herausforderungen standen im Mittelpunkt des ersten Parlamentarischen Abends, zu dem der Landtag gemeinsam mit den sieben Universitätskliniken eingeladen hatte. Landtags-Vizepräsidentin Angela Freimuth würdigte die Arbeit der Universitätskliniken in Aachen, Bonn, Bochum, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster, deren Aufgaben die Krankenversorgung, die Forschung und die Lehre seien. Ohne wissenschaftliche Forschung beispielsweise sei kein medizinischer Fortschritt möglich. Sie betonte: „Neue effiziente und schonende Methoden in Diagnostik und Therapie helfen den Menschen im Kampf gegen viele Krankheiten und deren unliebsame Folgen. In der Regel werden neue Verfahren erstmals in der Universitätsmedizin eingesetzt.“ Neben der Vizepräsidentin sprachen der Kaufmännische Direktor und stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Uniklinik Düsseldorf, Ekkehard Zimmer, sowie der Dekan der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Prof. Dr. Nikolaj Klöcker, Grußworte. Bundesweit gibt es 33 Universitätskliniken.



Foto: Andreas Bletz

Tabakentwöhnung

## Rauchen ist einkommens- und bildungsabhängig

Die Deutschen rauchen zu viel: Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern wie Italien, dem Vereinigten Königreich und skandinavischen Ländern liegt der Tabakkonsum bei uns insgesamt sehr hoch. Auffällig dabei: Je niedriger Haushaltseinkommen und Bildungsgrad, desto mehr Tabak wird konsumiert.

**D**as sind die Ergebnisse der Debra-Studie, die alle zwei Monate das Rauchverhalten von 2000 Personen analysiert. Im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten die Autoren des Instituts für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf nun die Ergebnisse zum Rauchverhalten und zur aktuellen Nutzung von E-Zigaretten in Deutschland seit Juni/ Juli 2016.

In Deutschland greifen 28,3 Prozent der Menschen zur Zigarette oder anderen Tabakprodukten. Zwischen den Bundesländern gibt es jedoch deutliche Unterschiede: Nordrhein-Westfalen liegt mit 30 Prozent im oberen Drittel, Spitzenreiter beim Tabakkonsum ist Brandenburg mit 42,6 Prozent, und mit 18,1 Prozent wird in Hessen am wenigsten geraucht.

Die Suchtforscher Prof. Dr. Daniel Kotz, Dr. Sabrina Kaustaun und Dr. Melanie Böckmann haben auch Methoden der Tabakentwöhnung und ihre Verbreitung erhoben. 28,1 Prozent der Rauchenden hatten im vergangenen Jahr den Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören. Häufigste Methode war die E-Zigarette (9,1 Prozent). Nachgewiesen hilfreiche Methoden der Tabakentwöhnung, wie ärztliche Kurzberatung oder pharmakologische Therapien, zum Beispiel Nikotinpflaster, wurden nur von 6 bzw. 7 Prozent genutzt.

„Hier ist deutlich Luft nach oben“, sagt Prof. Dr. Daniel Kotz, „nur wenige Entwöhnungsversuche werden in Deutschland durch solche Methoden unterstützt – im Gegensatz z.B. zu England, wo Rauchstoppversuche mit ärztlicher Beratung, Verhaltenstherapie oder Nikotinersatztherapie deutlich häufiger begleitet werden.“ Deutschland ist auch das einzig verbliebene Land in Europa, das noch Tabakaußenwerbung erlaubt. Und: In Italien, Irland und Finnland sind Rauchverbote in Autos, in denen Kinder mitfahren, längst eingeführt. „Wir haben in Deutschland deutlichen Bedarf an weiteren Maßnahmen“, sagt Daniel Kotz.

## BRUSTKREBS: DOPPELTE AUSZEICHNUNG FÜR UKD-FRAUENKLINIK

Neue Focus-Ärzteliste empfiehlt Prof. Dr. Tanja Fehm und Dr. Jürgen Hoffmann für den Bereich „Brustkrebs und gynäkologische Tumoren“.

**G**leich doppelt ist die Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) in der neuen Focus-Ärzteliste für den Bereich „Brustkrebs und gynäkologische Tumoren“ vertreten. Neben Klinikdirektorin Prof. Dr. Tanja Fehm wird auch Dr. Jürgen Hoffmann aus dem Brustzentrum der Klinik empfohlen. Die Liste wird durch ein unabhängiges Recherche-Institut seit 1995 erstellt und im Focus veröffentlicht.

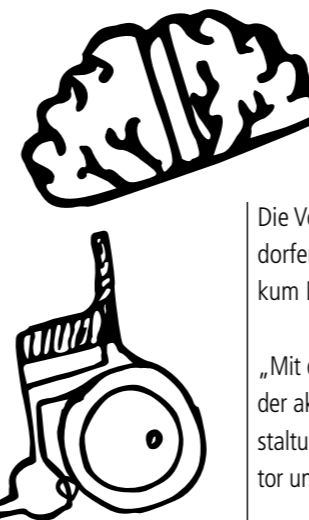
Zu den Versorgungsangeboten am UKD zählt eine Beratung zur Klärung des familiären Brustkrebsrisikos. Die Frauenklinik ist bundesweit eines von 17 universitären Zentren, die sich der Beratung und Betreuung der Frauen und ihrer Familien widmen, wenn es einen Verdacht auf familiär bedingten Brust- oder Eierstockkrebs gibt.

Dafür bietet das UKD eine Tumorrisiko-Sprechstunde an. Hintergrund: Jede zehnte Frau entwickelt im Laufe ihres Lebens einen bösartigen Tumor der Brustdrüse. Somit ist die Wahrscheinlichkeit, eine betroffene Verwandte in der Familie zu haben, entsprechend groß. Viele Frauen stellen sich die Frage, ob sie den Brustkrebs erben und – wenn sie erkrankt sind – weitervererben können. Prof. Fehm: „Fakt ist: In den meisten Fällen tritt Brustkrebs zufällig auf, wird also nicht vererbt. Es gibt aber auch Formen, die an die nächsten Generationen weitergegeben werden können. Dies kann unter Umständen durch eine Genanalyse bestätigt oder widerlegt werden. Und natürlich erläutern wir auch die Früherkennung- und Vorbeugemaßnahmen für Brust- und Eierstockkrebs.“

# 140

Zeichen: Uniklinik informiert auf Twitter

Seit Anfang des Jahres twittert die Unternehmenskommunikation des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) über einen eigenen Kanal bei Twitter. Unter @UniklinikDUS nutzt das UKD den Kurznachrichten-Dienst, um über Neuigkeiten, Termine und Aktuelles rund um die Düsseldorfer Uniklinik zu informieren. Von Neuigkeiten in der Krankenversorgung über Veranstaltungshinweise und Spendenübergaben bis hin zu Medientipps und Forschungsergebnissen – in 140 Zeichen berichtet die Düsseldorfer Uniklinik auf Twitter über alle Bereiche des Klinikums. „Mit dem Kanal, der bereits 2015 eingerichtet wurde, nun aber aktiv genutzt wird, haben wir eine weitere Kommunikationsmöglichkeit, die mit kurzen und prägnanten Nachrichten ganz nah dran ist am Alltag an Düsseldorf's größtem Krankenhaus und seiner Spitzenmedizin“, erklärt Stefan Dreising, Leiter Unternehmenskommunikation und Pressesprecher am UKD.



## Premiere für das „Düsseldorfer Pflegesymposium für Intermediate Care“

Die Vorbereitungen laufen: Am Freitag, 31. August, findet das erste „Düsseldorfer Pflegesymposium für Intermediate Care (IMC)“ am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) statt.

„Mit der Veranstaltung verknüpfen wir pflegerische und medizinische Themen mit der aktuellen berufspolitischen Diskussion. Es wird sicher eine spannende Veranstaltung. Wir freuen uns auf den Austausch“, sagt Torsten Rantzsch, Pflegedirektor und Vorstandsmitglied am UKD. Aktuell laufen die letzten Planungen.

Zum Programm zählen eine Podiumsdiskussion und ein Informationsstand für Weiterbildungsmöglichkeiten im UKD-Bildungszentrum für Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen (bzg). Auch die IMC-Stationen des UKD können besichtigt werden. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Pflegebereichen und Einrichtungen, aber auch ganz bewusst an Berufsanfänger, die sich für den Bereich der Intermediate Care-Pflege interessieren.

Termin: 31. August, 9 bis 15.30 Uhr, Hörsaal „Alte Chirurgie“ (ZOM I), Campus des UKD, Zufahrt über Moorenstraße, 40025 Düsseldorf

Prostatakrebs

# Schneller zu Hause dank Da Vinci

Das Universitätsklinikum Düsseldorf setzt bei Prostatakrebs-Operationen auf minimalinvasive Technik: Mit dem Da-Vinci-Roboter können die Chirurgen sehr gewebeschonend operieren. Dadurch hat der Patient deutlich weniger Schmerzen.



1/ Das Operationsteam bereitet den Patienten auf den Eingriff mit dem Da-Vinci-System vor. Der Roboter steht in Wartestellung neben dem OP-Tisch.

Fotos: Melanie Zanin

**D**iagnose Prostatakrebs. In Deutschland werden laut Prognose des Robert-Koch-Instituts in diesem Jahr rund 60.000 vor allem ältere Männer mit dieser Nachricht konfrontiert. Ein Schock, der tief sitzt. Sollte sich der Krebs noch in einem frühen Stadium befinden, stehen die Aussichten auf Genesung sehr gut. Die Urologie der Universitätsklinik Düsseldorf (UKD) setzt bei Operationen auf den Da-Vinci-Roboter. Damit lässt sich in kleinen, engen Räumen wie dem menschlichen Bauchbereich besonders gewebeschonend operieren, wie der stellvertretende Direktor der urologischen Klinik, Dr. Robert Rabenalt, erklärt.

„Die Patienten haben einen deutlich geringeren Blutverlust und postoperativ weniger Schmerzen“, sagt der Mediziner. „Das verkürzt den Krankenhausaufenthalt, die Erholung des Patienten geht wesentlich schneller.“ Vier bis fünf Tage nach der Operation können die Betroffenen in der Regel schon wieder nach Hause.

Die Operation mit dem Roboter erfolgt minimalinvasiv. Durch eine kleine Öffnung oberhalb des Bauchnabels füllen die Chirurgen zunächst Kohlendioxid in den Bauchraum. Danach werden die sogenannten Trokare platziert. Durch diese chirurgischen Instrumente werden Kamera und OP-Werkzeuge des Da-Vinci-Roboters

in den Körper eingeführt. Dann beginnt die radikale Prostatektomie, die komplette Entfernung der Vorsteherdrüse.

„Ich sitze an einer Konsole und steuere die Instrumente, die sich wie die Hand eines Chirurgen in alle Richtungen bewegen lassen“, erklärt Dr. Robert Rabenalt. „Das macht es fast spielerisch einfach, solche Eingriffe durchzuführen.“ Die Konsole steht neben dem OP-Tisch und sieht aus wie ein großer Computer mit Bildschirm und komplexen Joysticks. Der Chirurg sitzt davor und bedient vorsichtig die Instrumente im Körper des Patienten. Eine hochauflösende Optik sorgt für ein perfektes dreidimensionales Bild der Prostata auf Rabenalts Bildschirm. Zwei bis vier Stunden dauert der Eingriff im Durchschnitt. Eine Zeit, die der Chirurg früher im Stehen und in einer gebückten Haltung verbringen musste – jetzt sitzt er entspannt vor der Konsole, belastet seinen Rücken nicht mehr so sehr. Noch ein Vorteil der Operationsmethode, dieses Mal allerdings für den Mediziner.

Der Da-Vinci-Roboter ist eigentlich kein Roboter, wie man ihn aus der Industrie kennt. „Er ist nicht vergleichbar mit einem Roboter, der immer wieder selbstständig Kotflügel an dieselbe Stelle von Autos schweißt“, erklärt Robert Rabenalt. „Er ist ein assistierendes System, das nur das macht, was der Operateur ihm sagt.“ Einen Patienten völlig autonom zu operieren oder auch nur einzelne kleine Schnitte automatisch auszuführen, ist dem System nicht möglich.

Rund 2000 Eingriffe hat das Urologie-Team mit dem Da-Vinci-Roboter bereits durchgeführt. Patienten, für die ein Eingriff mit dem assistierenden System infrage kommt, haben die Wahl, ob sie nach herkömmlicher Methode oder minimalinvasiv mit Da Vinci operiert werden möchten. Die Ärzte der urologischen Klinik beraten jeden Betroffenen individuell.

**Wir haben eine Operation mit dem Da-Vinci-Roboter begleitet. Der Bericht darüber ist Teil unseres neuen Videoformats „UKD:Visite“, zu finden im Internet unter [www.tinyurl.com/UKDVisite](http://www.tinyurl.com/UKDVisite)**

2/Durch eine kleine Öffnung oberhalb des Bauchnabels füllen die Chirurgen Kohlendioxid in den Bauchraum.

3/Danach werden die durch den Da-Vinci-Roboter steuerbaren Instrumente in den Körper eingeführt, die Prostatektomie kann beginnen.

4/Dr. Robert Rabenalt sitzt an der Konsole und steuert mittels hochsensibler Joysticks die Operationsinstrumente im Körper des Patienten.



Interview

# „Prostatakrebs ist eine tückische Erkrankung“

Professor Peter Albers leitet die Klinik für Urologie an der Uniklinik Düsseldorf (UKD). Er ist außerdem Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. In unserem Interview spricht er über die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland: Prostatakrebs.

## Gibt es frühe Zeichen, an denen man erkennt, dass man Prostatakrebs hat?

**Professor Peter Albers** Wie bei vielen Krebserkrankungen ist das leider nicht so. Prostatakrebs ist eine tückische Erkrankung. Der Patient hat eigentlich keine Beschwerden.

## Ab wann ist eine Vorsorgeuntersuchung sinnvoll?

**Professor Peter Albers** Das ist ein ganz schwieriges Thema. Mit der Vorsorge möchte man ja eigentlich Frühformen des Krebses erkennen und sie frühzeitig heilen. Prostatakrebs wächst relativ langsam, außerdem sind einige Typen des Karzinoms relativ harmlos. Etwa die Hälfte aller Prostatakarzinome ist nicht dringend behandlungsbe-

dürftig. Mit einer Früherkennung fallen sehr viele Karzinome auf, und mit Einführung des PSA-Wertes stieg die Rate der Neuerkrankungen in den vergangenen Jahren enorm an. Aber jetzt realisieren wir, dass wir viele eigentlich überhaupt nicht hätten erkennen dürfen, weil der früh erkannte, harmlose Krebs keine Gefahr für die Patienten bedeutet. Dennoch: An Prostatakrebs stirbt jeder zweite an Krebs erkrankte Mann. Die Sterblichkeitsrate liegt bei 20 Prozent, bei jedem fünften Patienten endet die Krankheit tödlich. Es gibt viele ältere Männer, die daran sterben, auch einige junge Männer. Wir führen gerade eine Studie durch, in der wir im Verbund mit drei anderen Universitätskliniken 50.000 Männer untersuchen, die 45 Jahre alt sind. Wir versuchen herauszufinden, ob es reicht, wenn die Vorsorgeuntersuchungen erst fünf Jahre später, also ab 50 durchgeführt werden.

## Wie sehen die Heilungschancen aus?

**Professor Peter Albers** Die sind sehr gut. Es gibt viele Tumoren, die bei früher Erkennung auch sehr gut geheilt werden können. Wenn ein Tumor allerdings zu spät erkannt wird und sich bereits Metastasen gebildet haben, dann ist der Krebs nicht mehr heilbar.

## Führt die Diagnose Prostatakrebs unausweichlich zu einer Operation?

**Professor Peter Albers** Nein. Die Operation ist eine Möglichkeit. Um aus dem Dilemma der Übertherapie herauszukommen, warten wir bei Patienten im Alter von beispielsweise 55 Jahren und einem frühen Stadium der Erkrankung fünf bis sechs Jahre und beobachten in dieser Zeit mittels MRT das Wachstum des Karzinoms. Auf diese Weise können wir feststellen, wann der Tumor gefährlich wird – und dann eingreifen. Das nennt man aktive Überwachung. Die Therapie wäre dann eine Bestrahlung oder die Operation. Das ist am Ende vom Tumor abhängig.

Foto: UKD



1/Professor Peter Albers leitet die Klinik für Urologie an der Uniklinik Düsseldorf.

Von der Vor- bis zur Nachsorge

# Die Patientin im Mittelpunkt

Früh genug erkannt, ist Brustkrebs oft gut heilbar. Deshalb ist das oberste Ziel im Brustzentrum, die Versorgung der Patientinnen zu optimieren. Hier wird das gesamte Spektrum von Prävention, Diagnostik, Behandlung und Beratung konzentriert.

**M**it fast 70.000 Neuerkrankungen im Jahr ist Brustkrebs die allerhäufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. „In Düsseldorf allein erkranken jährlich etwa 700 Frauen – das ist eine sehr hohe Zahl“, sagt Prof. Tanja Fehm, Direktorin der Universitätsfrauenklinik Düsseldorf. „Statistisch erkrankt jede neunte Frau an Brustkrebs. Vergleichbar ist diese Häufigkeit mit der Prostata-Erkrankung bei Männern. Die hohe Zahl an Neuerkrankungen liegt auch daran, dass heute bessere Diagnosemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Und wir werden älter. Frauen im Alter zwischen 50 und 70 erkranken am häufigsten an Brustkrebs. Trotzdem sind fast 30 Prozent der betroffenen Frauen bei Diagnosestellung noch jünger als 55 Jahre.“

Mutationen können zu Brustkrebs führen, aber auch Ernährung, Umweltfaktoren, Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel sowie familiäre Vorbelastung begünstigen die Brustkrebsentstehung. Aber: Brustkrebs ist gut heilbar, wenn er früh erkannt wird.

Im Brustzentrum werden sämtliche Brust-erkrankungen behandelt, und es gibt Beratungen zu gutartigen und bösartigen Tumoren, aber auch zu kosmetischen Eingriffen. Ein Schwerpunkt ist der Fertilitätserhalt bei jungen Patientinnen. Da durch Chemotherapie Eierstockgewebe zerstört werden könnte, kann dieses vorher entnommen werden. Nachher erhält es die Patientin zurück, sodass sie mithilfe der Reproduktionsmedizin ihren Kinderwunsch verwirklichen kann. „Zudem bieten wir eine Tumorrisikosprechstunde an. In dieser werden Frauen, bei denen Brustkrebs und/oder Eierstockkrebs in

der Familie liegt, beraten und engmaschig kontrolliert. Dadurch kann man das Ausbrechen der Krankheit so früh wie möglich erkennen – und dem Krebs manchmal sogar zuvorkommen, indem man zum Beispiel Eierstöcke und Brust entfernt. Ein Schritt, zu dem sich vor ein paar Jahren auch die Schauspielerin Angelina Jolie entschieden hat“, sagt Prof. Fehm.

Da die Psyche eine große Rolle bei der Verarbeitung der Krankheit spielt, ist das Brustzentrum eng mit Psychoonkologie, Selbsthilfegruppe, Physiotherapie, Sozialdienst und Seelsorge verknüpft. Es werden auch Kurse mit Kosmetikspezialisten angeboten. Dort lernen die Frauen, die äußeren Folgen einer Chemo- oder Strahlentherapie zu kaschieren. „Das ist wichtig, denn ein gestärktes Selbstwertgefühl kann den Heilungsprozess und die Gesundheit fördern“, sagt Prof. Fehm. „Zudem versuchen wir mit unserer personalisierten Medizin, die Erkrankung zurückdrängen – und das mit möglichst wenig Einbußen für die Patientin.“ Das kann Marita Müller-Rentzsch bestätigen. Die 77-Jährige aus Kaarst leidet seit 2007 unter Brustkrebs. „Ich hatte einen Knoten in der Brust ertastet und bin ins damals neu eröffnete Brustzentrum der Uniklinik Düsseldorf gekommen. Nach der Therapie schien der Krebs besiegt.“ Doch nach fünf Jahren wurde ein Knoten am Hals gefunden. Der Krebs hatte gestreut. „Ich muss nun regelmäßig herkommen – aber es geht mir den Umständen entsprechend gut. Das ganze Team ist freundlich und aufmerksam. Nicht nur der Körper wird hier umsorgt, sondern auch die Seele.“



Foto: Melanie Zamin

1/Prof. Tanja Fehm, ist Direktorin der Universitätsfrauenklinik.

# CASPER LEBT

**C**asper trägt einen Kapuzenpulli und Sneaker, in seiner Freizeit ficht er und spielt Computer. Nichts Ungewöhnliches für einen 15 Jahre alten Jugendlichen. Ungewöhnlich wird es erst, wenn er erzählt, noch nie Schokolade, einen Döner oder Käse gegessen zu haben. Casper hat die sehr seltene Stoffwechselkrankheit Tyrosinämie Typ I, eine erblich bedingte Störung, die zu schweren Schäden an Leber, Nieren sowie Gehirn und zu Organversagen führen kann und die unbehandelt tödlich endet. Seine Eltern hatten das Glück, kurz nach der Geburt in die Kinderklinik der Uniklinik Düsseldorf (UKD) eingewiesen worden zu sein. Deren Ärzte gelten deutschlandweit als Experten für seltene Stoffwechselerkrankungen.

„Wir waren in großer Sorge“, sagt Caspers Mutter Cecilia. „Wir waren uns nicht sicher, ob wir jemals einen pubertierenden 15-Jährigen erleben werden.“ Aber die Düsseldorfer Ärzte konnten der jungen Familie nach Diagnosestellung und Einleitung einer spezifischen Therapie für ihren Sohn sowie in vielen Gesprächen die Sorgen nehmen. Casper muss sich an eine sehr strenge, eiweißarme Diät halten und täglich ein ganz

Kurz nach der Geburt diagnostizieren Ärzte bei Casper die seltene Krankheit Tyrosinämie Typ I. Seine Eltern suchten Hilfe in der Pädiatrie der Uniklinik Düsseldorf. Heute ist Casper 15.



Fotos: Melanie Zanin

spezielles Medikament einnehmen. Nach jahrelangen engmaschigen Kontrollen muss der Ju-

gendliche mittlerweile nur noch alle paar Monate nach Düsseldorf zur Nachbetreuung fahren.

„Einer unserer klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte liegt auf Stoffwechselerkrankungen, aber wir behandeln natürlich auch alle anderen Krankheitsbilder des Kindes- und Jugendalters“, erklärt Professor Ertan Mayatepek, Direktor der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie. Mehr als 50 Ärzte kümmern sich in der Klinik um 400 Gramm schwere Frühchen auf der einen und 17-jährige Leistungssportler mit Zuckerkrankheit auf der anderen Seite – und natürlich um alle Altersklassen und Krankheiten dazwischen. Ein sehr breites Spektrum an unterschiedlichen Anforderungen also. Aber das ist kein Problem: „Wir haben den Vorteil, dass wir eine hervorragende multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgung sicherstellen können“, sagt Ertan Mayatepek. Experten für operative Eingriffe, Radiologen oder Mikrobiologen sind alle schnell verfügbar, bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomographie stehen jederzeit zur Verfügung. „Wir verfügen über ein sehr erfahrenes und hoch engagiertes Team von Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenschwestern. Darüber hinaus beschäftigen wir außerdem ein schlagkräftiges Team an nicht-ärztlichen Mitarbeitern aus den Bereichen Diabetesberatung, Logopädie, Ergotherapie, Psychologie, Physiotherapie und Sozialarbeit um nur einige zu nennen“, erklärt Professor Mayatepek.

Erst vor kurzem hat NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann der Kinderklinik aufgrund der beeindruckenden Infrastruktur

das Gütesiegel „Ausgezeichnet. Für Kinder.“ verliehen. „Das ist ein toller Erfolg und eine enorme Anerkennung der Qualität unserer täglichen Arbeit“, sagt Ertan Mayatepek. Die Kinderklinik trägt dieses Siegel bereits seit der ersten Vergabe vor zehn Jahren.

Was das Gütesiegel im Alltag bedeutet, hat Caspers Familie kennenlernen dürfen. „Wir haben uns von Anfang sehr gut aufgehoben gefühlt“, sagt Caspers Mutter Cecilia. „Ich bin den Kinderärzten und dem gesamten Team der Kinderklinik wirklich dankbar.“ Zu Beginn mussten Caspers Eltern erst einmal lernen, was ihr Kind essen darf und was nicht. „Wir kaufen unser Essen nicht im Supermarkt, wir müssen es bestellen“, erklärt Mutter Cecilia.

Netzwerken ist für die Kinderklinik wichtig. Das Expertenteam steht durch einen speziellen Rufdienst auswärtigen Krankenhäusern zur Verfügung, auch in der Nacht und am Wochenende. Das UKD hilft zudem bei der Vermittlung von Patientenerfahrungen. Auf diese Weise lernte Caspers Familie die 21 Monate alte Hannah mit ihrer Mutter Jessica aus dem Kreis Wesel kennen. „Wir haben die Nummer von Caspers Familie erhalten und uns auf deren Wunsch hin bei ihnen gemeldet“, erklärt Mutter Jessica. Hannah hat ebenfalls Tyrosinämie Typ I. Nach der Geburt wurde das kleine Mädchen schnell in die Kinderklinik ins UKD verlegt. „Die Diagnose war für uns ein Schock“ Der Austausch mit Caspers Familie hat Hannahs Familie geholfen. „Wir machen das jetzt genauso: Wenn eine betroffene Familie mit uns Kontakt aufnehmen möchte, um über unsere Erfahrungen zu sprechen, darf die Kinderklinik unsere Nummer weitergeben“, sagt Hannahs Mutter. Auf diesem Weg kann sie den Betroffenen mithelfen, die Angst vor der Zukunft nehmen. So, wie Caspers Familie ihr zeigen konnte, dass man auch mit dieser seltenen schweren chronischen Erkrankung bei sehr guter Betreuung und Behandlung ein gutes Leben führen kann. Tobias Dupke

1/Casper mit seiner Mutter Cecilia: Der 15-Jährige hat die Erbkrankheit Tyrosinämie Typ I.

2/Die für Casper zuständige Fachärztin Dr. Eva Thimm, die 21 Monate alte Hannah, Professor Ertan Mayatepek und Hannahs Mutter Jessica (von links).

# Ein Tag im Leben von Mirjam und Jonas

Menschen

## Pflege im UKD – Ein Beruf mit Perspektive

Der Beruf des Pflegers ist weit mehr als nur ein Job. Menschen zu helfen, sie durch eine Krankheit zu begleiten, manchmal mit ungewissem Ausgang – das kann nicht jeder. An der Uniklinik Düsseldorf (UKD) lernen momentan rund 300 junge Menschen den Beruf des Pflegers. „Der Bereich hat Nachwuchssorgen, auch wir merken, dass sich immer weniger Menschen bewerben“, sagt Matthias Grünewald, Schulleiter Fachbereich Pflege. Da die Uniklinik jedoch ein außergewöhnlich breites Angebot an verschiedenen Fachbereichen hat und darüber hinaus deutschlandweit einen exzellenten Ruf als Ausbildungsstätte genießt, bewerben sich hier immer noch deutlich mehr Menschen, als Plätze zur Verfügung stehen.

Die Ausbildung im Pflegebereich steht vor dem Umbruch, ab 2020 wird es nur noch einen Lehrberuf geben. Momentan müssen sich die Azubis in Düsseldorf zwischen der Krankenpflege für Erwachsene und der Kinderkrankenpflege entscheiden. Aber egal, was sie später einmal machen möchten: „Zukunftsängste brauchen die Azubis nicht zu haben. Es werden immer Pfleger gebraucht“, sagt Matthias Grünewald. Die Ausbildung ist europaweit standardisiert, sodass Pflegern auch das Ausland als Arbeitsplatz offen steht.

Mirjam Ernestes (20) aus Jülich und Jonas Dietrich (21) aus Rheinberg lernen den Pflegeberuf im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege bereits im zweiten Jahr. Die Ausbildung teilt sich in theoretische Blöcke an der Uni-eigenen Pflegeschule und in Praxiswochen auf den verschiedenen Stationen auf. Um keine weite Anreise zu haben, können die Pflegeschüler in ein Wohnheim auf dem Unicampus ziehen. Wir haben Mirjam Ernestes und Jonas Dietrich einen Tag lang begleitet.





Morgens um 6 Uhr beginnt die Schicht für Mirjam Ernstes und Jonas Dietrich. Kurz vorher ziehen sie sich um, damit sie pünktlich zur Übergabe auf der Station sind. Der Nachtdienst informiert sie über neue Patienten und wichtige Ereignisse.

Mirjam Ernstes sichtet Unterlagen, um sich einen Überblick über die neuen Patienten zu verschaffen. Darin halten die Pfleger alle Maßnahmen nach und tragen Medikationen ein. Danach beginnt die sogenannte Vitalzeichenrunde.



„ Das Einzige, was zählt, ist Menschen zu helfen “

Mirjam Ernstes bereitet eine Infusion vor. Die 20-Jährige aus Jülich hat bereits vor ihrer Ausbildung ein Praktikum sowie ein Freiwilliges Soziales Jahr im Pflegebereich absolviert und sich dann auf diesen Beruf festgelegt. Nach der Lehre möchte sie entweder in der Onkologie oder auf der Intensivstation arbeiten.



Betten machen gehört ebenfalls zum Alltag auf der Station. Für Jonas Dietrich ist das kein Problem. Der 21-Jährige möchte nach seiner Ausbildung vielleicht studieren, sagt er. Die Fortbildungsmöglichkeiten sind immens: Er kann in die Pflegeforschung gehen, in die Lehre, sich auf ein Fach spezialisieren oder Führungskraft auf einer Station werden.



Jonas Dietrich misst bei einem Patienten den Blutdruck, ein wichtiger Part der Vitalzeichenrunde, die vormittags ansteht. Danach verteilen die Pfleger die Medikamente und helfen den Patienten beim Waschen und Frühstück.



Nach acht Wochen auf der Station lernen Mirjam Ernstes und Jonas Dietrich wieder acht Wochen in der Schule, wobei das Gelernte auch direkt in Übungssituationen ausprobiert wird. Während der Schule erhalten sie weiterhin ihr Gehalt (1060 im ersten bis 1233 im letzten Lehrjahr). Aber den beiden geht es nicht darum, viel Geld zu verdienen: „Das Einzige, was zählt, ist Menschen zu helfen“, sagt Jonas Dietrich.

# „Ich bin noch da, Welch ein Glück!“

Die Ärzte der Uniklinik befürchteten bei Dorothee Halfkann das Schlimmste und verlegten sie auf die Palliativstation. Die junge Frau wurde wieder gesund, doch ihr Blick auf das Leben hat sich seitdem verändert. Heute ist sie selber Ärztin.



Fotos: Halfkann

**P**alliativstation – ein Ort, der widersprüchliche Gefühle auslöst. Für einen bedeutet er Trost und Geborgenheit nach langer Leidenszeit. Dann, wenn es keine Hoffnung mehr gibt. Bei anderen überwiegt der Schmerz, sich für immer verabschieden zu müssen. So oder so: Stets verbinden wir mit einer Palliativstation etwas Unwiderwilliges. In Ausnahmefällen kann das auch anders sein, wie bei Dorothee Halfkann (29).

Vor zwei Jahren kam sie mit Verdacht auf einen Hirntumor ins Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD). Was sie sahen, ließ die Ärzte das Schlimmste befürchten. Noch bevor letzte Differentialdiagnosen ohne jeden Zweifel abgesichert waren, verschlechterte sich der Zustand der jungen Frau rapide. Um ihr und ihrer Familie die Möglichkeit einzuräumen, eng beieinander zu sein und im geschäftigen Klinikbetrieb etwas Ruhe zu finden, wurde Dorothee Halfkann in den geschützten Bereich der Palliativstation verlegt. Trotz des Schocks und der Ungewissheit erinnert sie sich an die wohlthuende Atmosphäre auf der Station und die einfühlsame medizinische Betreuung.

Sie kam mit dem Leben davon. Heute ist sie selber Ärztin. Glaubt sie, nach dem persönlichen Erlebten mehr Empathie für ihre Patienten aufbringen zu können? „Das will ich doch hoffen“, sagt sie. „Mir war Empathie auch vorher schon extrem wichtig. Und dann durfte ich in einer beängstigenden Situation die dringend benötigte Zuwendung erfahren. Man versteht ja als Kranker nicht alles, was einem gesagt wird. Jetzt weiß ich, dass ich mir als Ärztin die Zeit nehmen muss, nach den Bedürfnissen der Patienten zu fragen und auf sie einzugehen.“

Was der Mönchengladbacherin im März 2016 widerfuhr, wird sie nie vergessen. Die Kopfschmerzen, unter denen sie häufiger litt, hatten sich verschlimmert. Medikamente halfen nicht mehr. „Ab da fängt in meiner Erinnerung schon alles an zu verschwimmen“, erzählt Dorothee Halfkann. „Meine Eltern stellten eine Wesensveränderung bei mir fest, ich reagierte oft aggressiv.“ Dazu kamen motorische Störungen. Sie konnte kaum noch geradeaus laufen. Was sie aber nicht wahrhaben wollte und ihre Klinikarbeit im praktischen Jahr tapfer fortführte. Bis sie zu halluzinieren begann. Ihr Vater, ein Allgemeinmediziner,



1/Vor zwei Jahren kam Dorothee Halfkann als Notfall-Patientin mit Verdacht auf einen Hirntumor ins UKD. Sie lag bereits auf der Palliativstation.

2/Ein Bild aus der Zeit nach der Chemotherapie: „Okay, ich habe jetzt gerade keine Haare. Aber ich kann laufen, sogar joggen.“

brachte seine Tochter in die Neurologie eines Mönchengladbacher Krankenhauses. Die Untersuchung war zu diesem Zeitpunkt unauffällig, ein CT wurde nicht gemacht. Wenige Tage später spitzte sich ihr Zustand zu. Wieder Notaufnahme, diesmal mit der ganzen diagnostischen Kaskade und einem verstörenden Ergebnis: Es befanden sich Tumorzellen in ihrem Nervenwasser im Gehirn. Man vermutete Metastasen eines Adenokarzinoms und suchte nach dem Primärtumor. „Da war aber nichts zu finden“, sagt sie, „das einzige, was bei der Untersuchung wie ein Christbaum leuchtete, war mein Gehirn.“ Zur Klärung blieb nur eine Biopsie übrig. Sie selber weiß es nicht mehr, aber man berichtete Dorothee Halfkann, sie habe damals gesagt: „Wenn ich schon sterben muss, will ich wenigstens wissen, woran.“

Sie wurde in die Neurochirurgie des UKD gebracht. Es war eine zermürbende Zeit, bis die Ergebnisse vorlagen. „Es gab bei mir massive Symptome einer Einklemmung des Hirnstamms, dort, wo lebenswichtige Funktionen sitzen“, sagt Dorothee Halfkann. „Ich konnte nicht laufen, nicht schlucken, kein Wasser halten.“ Man musste annehmen, dass sie nicht mehr lange lebt. Sie wurde von der Intensiv- auf

die Palliativstation verlegt. Ihre Eltern und ihr Freund wichen nicht von ihrer Seite. Sie selber fühlte sich „irgendwie losgelöst, als sei das alles nicht mir passiert.“ Bis die Familie nach sieben bängigen Tagen ein wenig aufatmen konnte: kein bösartiges Karzinom. Was sie hatte, war ein seltenes Lymphom des zentralen Nervensystems. Ebenfalls bösartig, aber therapierbar.

Sechs Zyklen Chemotherapie wurden ihr verabreicht. Was gab ihr Kraft in all diesen Monaten? „Meine Familie. Und das Gefühl, ich bin doch noch so jung, ich sterbe doch nicht mit 27 Jahren!“ Schon während der ersten Chemo ging es ihr deutlich besser. „Die ersten Schritte ohne Hilfe machten mich überglücklich“, erzählt sie. „Ich spürte auch kaum Nebenwirkungen, sodass es mir bald vorkam, als sei ich fast wieder gesund.“

Ein Jahr nach ihrer Erkrankung kehrte sie nach Lübeck zurück, wo sie studiert und ihr praktisches Jahr an einer Klinik begonnen hatte. Vor kurzem trat sie eine Stelle als Assistenzärztin in Würselen an. Ihr Freund, auch er Mediziner, arbeitet in der Nähe, die beiden planen ihre Hochzeit.

Natürlich habe sich ihre Sicht auf das Leben verändert. „Aber man läuft auch Gefahr, schnell wieder in einen Alltagsmodus zu geraten, da muss ich mich manchmal selber an die Kandare nehmen.“ In solchen Momenten ruft sie die schönen Emotionen zurück, die sie nach ihrer Therapie verspürte: „Okay, ich habe jetzt gerade keine Haare“, sagte sie sich. „Aber ich kann laufen, sogar joggen. Ich bin am Meer und die Sonne scheint – ich lebe noch!“

Regina Goldlücke

## 3 Fragen an:



**Dr. med. Martin Neukirchen**  
Leiter des Interdisziplinären  
Zentrums für Palliativmedizin am  
Universitätsklinikum Düsseldorf

### Was bedeutet interdisziplinär auf der Palliativstation?

Auf ärztlicher Seite arbeiten unterschiedliche Fachkollegen Hand in Hand, die ihre jeweilige Expertise einbringen. Ich bin Facharzt für Anästhesiologie, meine Stellvertreterin Dr. med. Jacqueline Schwartz ist Onkologin und Oberärztin des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dazu kommt unser multiprofessionelles Team. Es besteht aus Pflegekräften, Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Kunst- und Musiktherapeuten, tiergestützten Therapeuten, Physiotherapeuten und einem Masseur. Das ist ein reicher Schatz zum Wohle der Patienten.

### Wie groß ist die Palliativstation und wer kommt dorthin?

Wir haben acht Betten und betreuen 300 Patienten pro Jahr. Der Bedarf ist jedoch viel größer, deshalb begleiten unsere Teams jeweils 700 weitere Patienten auf anderen Stationen. Es ist ein Klischee, dass nur akut Sterbende auf die Palliativstation kommen. Mehr als die Hälfte wird wieder entlassen, entweder nach Hause oder in ein Hospiz. Manche Patienten sind im Verlauf ihrer Krankheit mehrmals bei uns, etwa bei Schmerzkrisen, Ängsten oder Übelkeit. Wir versuchen dann, die Symptome zu lindern. Das gelingt uns erfreulicherweise fast immer.

### Warum haben Sie gerade diesen Arbeitsplatz ausgewählt?

Ich bin gerne der Chef von Menschen, die das Herz am rechten Fleck haben. Jeder in unserem Team hat sich sehr bewusst für die Palliativstation entschieden, um mehr Zeit mit den Patienten verbringen zu können. Unsere gute Zusammenarbeit macht es möglich, die Belastungen besser durchzuhalten. Denn eines darf man nicht vergessen: Es geht bei uns kein Patient gesund nach Hause. Außer Frau Halfkann. Aber ein derart gutes Ende kommt nur ganz selten vor.

Aneurysmen

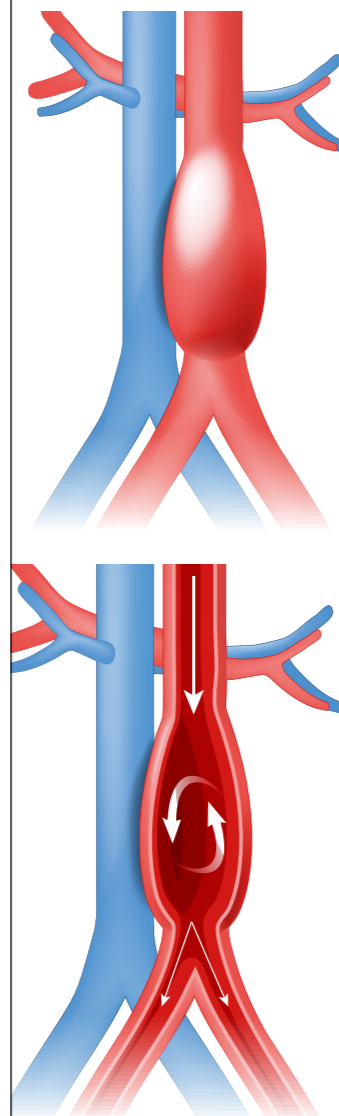
# Die heimtückische Gefahr im Bauch

Erweiterte Blutgefäße – sogenannte Aneurysmen – sind tickende Zeitbomben im Körper. Wenn sie platzen, hat das meist tödliche Folgen für die Betroffenen. Ein Ultraschall-Screening kann helfen, ein Aneurysma an der Bauchschlagader frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zu operieren. Das geht mittlerweile auch minimalinvasiv durch endovaskulär eingesetzte Gefäßprothesen.

**A**lbert Einstein, Charles des Gaulles und Thomas Mann sind daran gestorben: Ein Aneurysma der Aorta – der Hauptschlagader des Körpers. Die Aorta transportiert das Blut aus dem Herzen und verteilt es über ihre Abzweigungen im Organismus. Täglich muss sie (Blut-) Druckschwankungen entgegenwirken. Reißt diese zentrale Lebensader ein, verblutet man innerhalb kürzester Zeit. „Nur 20 Prozent der Betroffenen überleben einen Aortenriss“, sagt Professor Dr. Hubert Schelzig, Direktor für Gefäß- und Endovaskularchirurgie an der Düsseldorfer Uniklinik (UKD) und Mitgründer des Deutschen Aortenzentrums Düsseldorf (DAD) – ein überregionales und interdisziplinäres Zentrum zur Behandlung von Aortenerkrankungen.

Dem Schlagaderriss geht eine Schwächung der Aortenwand voraus. „Man muss sich die Schlagader wie einen Luftballon vorstellen“, so Schelzig. „Wenn dieser nur wenig Luft beinhaltet, ist seine Haut weich und elastisch, sodass selbst ein Nadelstich ihm nichts anhaben kann. Ist der Ballon jedoch prall gefüllt, ist die Spannung hoch und die Ballonhülle so dünn, dass schon kleinste Reize zum Platzen führen.“

Die Auslöser für die Wandschwächung sind unterschiedlich. „Es gibt einige Patienten, die ein schwaches Bindegewebe geerbt haben, weshalb sich die Hauptschlagader



Ein Aortenaneurysma ist eine Aussackung der Hauptschlagader, die sehr gefährlich werden kann.

bereits ab dem 30. Lebensjahr oder früher erweitern kann“, sagt Schelzig. Tabakkonsum ist ein weiterer Grund. Ebenso das Alter. Mit den Jahren gibt die Gefäßwand unter dem steten Druck der Hauptschlagader nach und erschlafft. Sie bildet ein sogenanntes Aneurysma – eine Aussackung. Bei einem gesunden Menschen hat die Ader einen Durchmesser von etwa zwei Zentimetern. Wird irgendwann ein kritischer Durchmesser von fünf Zentimetern erreicht, kann allein eine Blutdruckspitze die Hauptschlagader einreißen. Wenn das passiert, kommt für vier von fünf Patienten jede Hilfe zu spät.

„Die besondere Heimtücke der Aneurysmen im Bauch besteht darin, dass man sie meistens nicht bemerkt“, sagt Schelzig. „Die Erkrankung ist asymptomatisch. Selbst wenn ihr Gefäßvolumen bereits auf 200 Milliliter angewachsen ist, kann man das kaum spüren – in den Bauchraum passt eben eine Menge rein.“ Nur zehn bis 20 Prozent der Betroffenen klagen über Schmerzen im Oberbauch oder ein Ziehen im Rücken, weil sich das Gefäß in Richtung Wirbelsäule ausdehnt. Doch die meisten Patienten spüren nichts, sie laufen viele Jahre symptomfrei mit einer tickenden Zeitbombe im Bauch herum. „Meistens wird ein Aneurysma selbst im fortgeschrittenen Stadium erst per Zufall entdeckt, etwa bei einem Routine-Ultraschall des Urologen“, sagt Schelzig.

Hat der Hausarzt den Verdacht auf ein Aortenaneurysma, kann sich ein Patient in der Gefäß- und Endovaskularchirurgie des UKD zur weiteren Beratung vorstellen. Zeigt die Bauchschlagader dabei einen Durchmesser unterhalb von 2,5 bis drei Zentimetern, gilt sie in der Regel als nicht therapiebedürftig. Ab drei Zentimetern Durchmesser gilt sie als auffällig und muss regelmäßig nachkontrolliert werden.

Ab der kritischen Grenze von fünf Zentimetern muss operiert werden. Wachsen die Aneurysmen jedoch schnell, also mehr als fünf Millimeter pro Jahr, kann auch schon früher eine Operation notwendig werden. Bei der offenen Operation wird die Bauchhöhle geöffnet, die Aorta abgeklemmt und der krankhaft erweiterte Anteil durch ein künstliches Blutgefäß ersetzt.

„Mittlerweile kann man aber auch endovaskulär also minimalinvasiv operieren“, erklärt Prof. Schelzig. Dabei wird in die Leiste eine Schleuse eingeführt, in dem eine Stent-Prothese durch das Adersystem zum Aneurysma geleitet wird. Diese Prothese besteht aus einem Drahtgewebe, das individuell angepasst wird. Sie ist auf sechs bis sieben Millimeter zusammengeklappt, sodass sie durch die engen Leisten- und Beckenschlagadern passt. Ist sie schließlich an der ausgesackten Bauchschlagader angekommen, wird sie wie ein Flaschenschiff aufgerichtet und stabilisiert von innen das Blutgefäß. Eine Metalllegierung mit Memo-Charakter hält die Aorta dauerhaft durchlässig.

Das Risiko für Komplikationen ist deutlich geringer als bei einer offenen Operation, außerdem fällt die Erholungszeit kürzer aus. Jedoch darf man die Sache nach einem endovaskulären Eingriff nicht als erledigt betrachten: „Die Patienten bedürfen einer lebenslangen Nachsorge“, so Schelzig.

Jährlich werden in der Gefäß- und Endovaskularchirurgie des UKD rund 200 Eingriffe an der Aorta durchgeführt. Sie gehört damit zu den führenden Kliniken bundesweit und verfügt über langjährige Erfahrungen – sei es in der operativen, minimalinvasiven-endovaskulären als auch konservativen Therapie.

Antonia Kasperek

Das Arteriogramm eines Menschen, bei dem die Aorta gut zu sehen ist.

**Professor Dr. Hubert Schelzig**  
 Direktor für Gefäß- und Endovaskularchirurgie an der Düsseldorfer Uni-Klinik und Mitgründer des Deutschen Aortenzentrums Düsseldorf (DAD).



# » DAS entscheidende ZIEL ist die Erhaltung der Lebensqualität

Neurologe  
Prof. Alfons Schnitzler über  
Diagnostik und Therapie  
von Parkinson

**I**n unserer alternden Gesellschaft nehmen Parkinson und generell neurodegenerative Erkrankungen immer mehr an Bedeutung zu. Nach Untersuchungen der Krankenkassen kommt es pro Jahr zu etwa 15.000 Parkinson-Neuerkrankungen. Den Betroffenen mit der richtigen Therapie möglichst lange zu einem weitgehend normalen Leben zu verhelfen, stellt die Medizin vor eine gewaltige Herausforderung. „Entscheidend ist zunächst die klinische Diagnose“, sagt Prof. Dr. Alfons Schnitzler. „Danach arbeiten wir mit dem Patienten eine individuelle Behandlungsstrategie aus.“

Der leitende Neurologe am Zentrum Bewegungsstörungen und Neuromodulation des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) führt mit seinem neurochirurgischen Kollegen Prof. Dr. Jan Vesper auch die „Tiefe

Hirnstimulation“ durch. Bei der Operation wird ein Hirnschrittmacher implantiert, mit dem ausgeprägte Parkinson-Symptome, die nicht mehr zuverlässig auf Medikamente ansprechen, auch noch in einem späteren Stadium der Krankheit kompensierbar sind. „Doch das ist bei allen Verläufen nicht der erste Schritt“, stellt der Neurowissenschaftler klar.

Der Hirnschrittmacher wurde über 25 Jahre ständig weiterentwickelt und liefert sehr gute Ergebnisse. Anfangs wurden die Elektroden im Mittel zehn bis 14 Jahre nach Beginn der Erkrankung implantiert, heute schon nach sieben Jahren, in Einzelfällen sogar noch früher. Johannes van Leuven, Jahrgang 1962, bekam die Diagnose 2010. Anfangs halfen dem dreifachen Vater aus Geldern und Inhaber eines Gartenbaube-



2/Prof. Alfons Schnitzler leitet das Zentrum Bewegungsstörungen und Neuromodulation der Universitätsklinik.

triebs Medikamente. Später wurde seine Versteifung derart schlimm, dass er alle zwei Stunden immer stärkere Tabletten einnehmen musste. Bis auch sie nicht mehr wirkten. Im Internet stieß er auf Prof. Schnitzler und entschloss sich nach eingehender Beratung zur tiefen Hirnstimulation. „Ich sehnte die Operation regelrecht herbei und freute mich sogar darauf“, sagt Johannes van Leuven. Im November 2017 wurde der Eingriff vorgenommen, bei dem er keine Schmerzen verspürte, „nur das Festschrauben des Gestells am Kopf war etwas unangenehm.“ Seine heftigen Symptome verringerten sich noch am selben Tag. Heute kommt er mit einem Drittel der Medikamente aus und kann wieder in seinem Betrieb arbeiten: „Mir wurde ein ganz neues Leben geschenkt.“

Zu Beginn einer Parkinson-Erkrankung machen sich motorische Symptome unterschiedlicher Ausprägung bemerkbar. Sie können sich in einer Bewegungsverlangsamung äußern (Akinese), in Muskelsteifigkeit (Rigor) oder Zittern (Tremor). „Anders als beim Schlaganfall mit plötzlichen massiven Symptomen haben wir es bei neurodegenerativen Erkrankungen in der Regel mit einem schleichenden Prozess zu tun“, erklärt Prof. Schnitzler. Wenn motorische Störungen auftreten, ist bereits ein großer Teil der Nervenzellen abgestorben, die für die Produktion des Überträgerstoffes Dopamin zuständig sind. Erste Auffälligkeiten in dieser prämotorischen Phase können Schlafstörungen, der Verlust des Geruchsinns, Obstipation (Verstopfung) oder Depressionen sein.

„Eine Heilung gibt es zwar noch nicht“, erklärt Prof. Schnitzler, „aber wir machen gro-

ße Fortschritte in der Therapie.“ Die häufigste Form von Parkinson, der sogenannte Morbus Parkinson, ist über Jahre und sogar Jahrzehnte behandelbar, die Lebenserwartung verringert sich dadurch nicht wesentlich. „Das entscheidende Ziel der Therapie ist die Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebensqualität“, bekräftigt er. „Bei Parkinson bedeutet das in erster Linie Mobilität – möglichst nah am optimalen Niveau.“

Eine entscheidende Rolle kommt hier dem Sport zu. Bewegung ist neben einer maßgeschneiderten Medikamentengabe die zweite Säule und ein wichtiges Prinzip der Behandlung. „Der Sport erhöht nicht nur die Beweglichkeit, er hat auch eine positive Rückwirkung aufs Gehirn“, erklärt Prof. Schnitzler. „Die kognitiven Fähigkeiten werden stabilisiert oder können sich sogar verbessern.“ Er erzählt von einem Projekt, das er als Schirmherr begleitet. Im Tennis-Club Rot-Weiß Düsseldorf wurde eine Trainingsgruppe speziell für Tennisspieler etabliert, die an Parkinson erkrankt sind.

„Wer sich vorher schon gern bewegt hat, dem geht es mit seiner Erkrankung meist besser als jemandem, der daran nie Freude hatte“, sagt der Neurologe. Ein solches Training sei außerdem dazu angetan, den Betroffenen die Scham zu nehmen, sich in die Öffentlichkeit zu wagen.

Regina Goldlücke

## „Tennis contra Parkinson“

Der Tennis-Club Rot-Weiß Düsseldorf richtete eine Trainingsgruppe für Tennisspielerinnen und Tennisspieler ein, die an Parkinson erkrankt sind. Prof. Alfons Schnitzler ist Schirmherr des Projekts. Das Training (jeden Donnerstag um 9 Uhr) beginnt mit einer Gymnastikstunde unter Anleitung eines Übungsleiters. Danach kann bis 12 Uhr gespielt werden. Die Gebühr beträgt monatlich 10 Euro pro Person. Anmeldung: [vorstand@tc-rw-duesseldorf.de](mailto:vorstand@tc-rw-duesseldorf.de)  
Ansprechpartner: Günter Jamin (Tel. 0172 2707788) und Norbert Matsyik (Tel. 0176 53845572).



Fotos: istock, Melanie Zamin

Gentest

# Die Jagd nach der richtigen Therapie

Prof. Dr. Dagmar Wieczorek leitet das Institut für Humangenetik. Sie forscht auf dem Feld der seltenen, genetisch bedingten Erbkrankheiten und berät Familien.

**W**as wir sind, verdanken wir unseren Genen. Sie enthalten die Grundinformation für die Eigenschaften, die einen Menschen prägen, bestimmen seine Intelligenz und seinen Charakter. Aber auch sein Risiko, von einer Krankheit oder Fehlbildung betroffen zu sein, die sich von Generation zu Generation übertragen kann. Die Erforschung der Gene und ihrer Wirkungsweise macht rasante Fortschritte. Neue Techniken ermöglichen eine immer exaktere Entschlüsselung der Erbanlagen. Darin stecken Segen und Fluch zugleich. Denn aus fast jeder wissenschaftlichen Erkenntnis erwächst auch die Notwendigkeit, behutsam damit umzugehen.

Die diagnostische Arbeit am Institut für Humangenetik der Heinrich-Heine-Universität schließt drei Bereiche ein: Beratung, Zytogenetik und Molekulargenetik. Es wird seit zweieinhalb Jahren von Prof. Dr. Dagmar Wieczorek geleitet. Als Syndromologin erforscht sie hauptsächlich den Bereich von seltenen, genetisch bedingten Erbkrankheiten. Für eine Beratung am Institut werden Termine wie beim Arztbesuch vergeben, nur handelt es sich dabei um weitaus komplexere Fragestellungen. „Ich untersuche sehr viele Kinder mit körperlichen Behinderungen und geistigen Fehlbildungen“, erzählt sie. „Die Eltern möchten wissen, was ihr Kind genau hat und wie hoch das Risiko für weitere Kinder ist.“ Manch-

mal erkundigen sich auch Geschwister, die heiraten wollen und einen Kinderwunsch haben, was es mit dem anderen Aussehen oder Verhalten von Bruder oder Schwester auf sich hat, um das Risiko für eigene betroffene Kinder einschätzen zu können.

Das Down-Syndrom spielt dabei nur eine untergeordnete Rolle. Kommt ein Baby zur Welt, bei dem es einen Zweifel gibt, steht das Ergebnis bereits nach 24 Stunden fest. Die Diagnose kann heute während der Schwangerschaft ohne Fruchtwasser-Punktion durch das mütterliche Blut unkompliziert und sehr früh ermittelt werden.

„Ich habe manchmal das Gefühl, dass durch den einfachen Pränatal-Test der Druck auf die Eltern zunimmt, sich gegen ein behindertes Kind zu entscheiden“, sagt Dagmar Wieczorek. „Lehnen sie den Test ab, wirft man ihnen womöglich vor, dass sie die Geburt eines kranken Kindes nicht verhindert haben.“ In diesem Zusammenhang betont sie einen wichtigen Punkt der genetischen Beratung: „Sie ist niemals direktiv. Meine persönliche Meinung spielt keine Rolle.“ Und wenn die verunsicherten Eltern sie danach fragen? „Dann sage ich, das tut hier nichts zu Sache. Wir bemühen uns immer um eine transparente Aufklärung, benennen Auffälligkeiten, schätzen ein, womit beim Heranwachsen des Kindes zu rechnen ist. Aber entscheiden müssen die Rat-

1/Prof. Dr. Dagmar Wieczorek leitet das Institut für Humangenetik.



Fotos: Melanie Zanin

suchenden selber.“ Sobald sie ihnen das vermittelt hat, zeichnet sich bei den Eltern häufig eine gewisse Entspannung und Erleichterung ab. „Sie wissen, sie haben die Freiheit zu wählen. Es ist ihr Kind und ihre Lebensplanung.“

Dagmar Wieczoreks Gebiet der Molekulargenetik umfasst auch die Tumorberatung. Für etliche Krebsformen (wie Darm oder Brust) lässt sich eine genetische und vererbare Komponente ausmachen. Bei einer familiären Häufung wollen die Angehörigen wissen, welches persönliche Risiko sie in sich tragen und ob sich eine Krebserkrankung durch sinnvolle Vorsorge eventuell verhindern lässt. Als weitere Säule befasst sich das Institut mit der Zytogenetik und untersucht Chromosomen-Veränderungen, wie sie beispielsweise bei einer Leukämie auftreten.

Die Genforschung erlebte in den letzten Jahren eine Explosion. Daraus ergeben sich

für die Wissenschaftler ganz neue Herausforderungen. „Früher fanden sich die gängigen Syndrome in einem Buch, das man durchblättern und sich die Abbildungen einprägen konnte“, erklärt Dagmar Wieczorek. „Mit den Jahren wächst die Erfahrung. Ich schaue in ein Gesicht mit einer Veränderung und bin fähig, sie in einen klinischen Zusammenhang einzuordnen.“ Doch inzwischen tauchten zahlreiche neue Krankheitsbilder auf, die viel weniger spezifisch sind.

„Das macht es schwer, sie klinisch zu bestimmen. Die innovativen Techniken erlauben es, auch die mildereren Ausprägungen eines Syndroms zu diagnostizieren. Ein hochinteressantes Feld für die Forschung ist, wenn man neue Signalwege entdeckt und weiß, wie die Gene zusammenarbeiten. Denn am Ziel steht ja das, was wir alle erreichen möchten – eine wirksame Therapie.“

Regina Goldlücke



# KLINIKKÜCHE IN ZAHLEN

Die Versorgung von Patienten und Personal der Uniklinik sind eine logistische Meisterleistung. Vor allem, wenn die Küche zeitgleich modernisiert wird. Welche Mengen jedes Jahr verbraucht werden, sehen Sie in dieser Grafik.

Illustration: istock, Vivien Kruggel

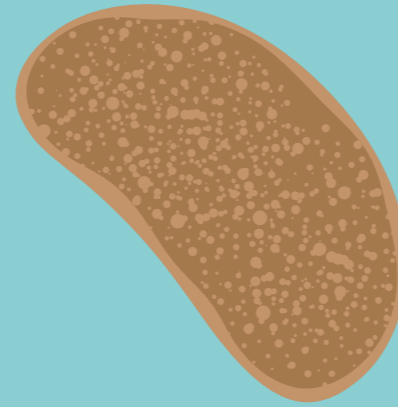
Fruchtjoghurt  
**350.000**



**80.000 l**  
Milch



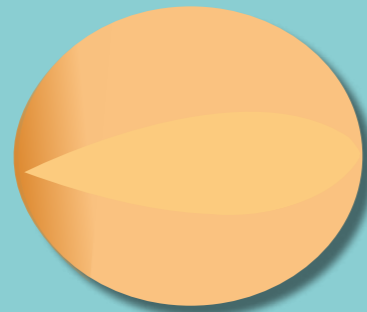
Vollkornbrot-scheiben  
**250.000**



**909.000**  
Butterportionen



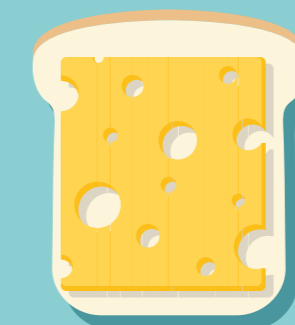
**850.000**  
Brötchen



**450.000**  
Bananen



**10.000 kg**  
Käse in  
Scheiben



**300.000**  
Weißbrot-scheiben

**T**äglich 2000 Joghurtbecher, 1200 Brötchen, 140 Kilogramm Bananen, 160 Kilogramm Fleisch, 120 Kilogramm frisches Gemüse und 40 Kilogramm Salat – beeindruckende Arbeit leisten die Mitarbeiter der Zentralküche der Uniklinik Düsseldorf (UKD). Im Versorgungszentrum auf dem Campus bereiten sie jeden Mittag 2500 Essen vor. Rund 1500 Portionen gehen in die Kliniken und werden dort an die Patienten verteilt, 1000 essen die Mitarbeiter. Momentan wird die Küche bei laufendem Betrieb umgebaut. Dabei werden auch die Speisenausgabenbereiche im Versorgungszentrum und in den einzelnen Kliniken angepasst. Zudem werden zusätzliche Buffetstationen in den Kliniken eingerichtet. Patienten und Mitarbeiter bekommen von den Baumaßnahmen nichts zu spüren. Kostenpunkt: Knapp 25 Millionen Euro. Noch in diesem Jahr sollen die Arbeiten beendet werden. „Cook & Chill“ lautet das neue Konzept, bei dem die Speisen zubereitet und dann schnell heruntergekühlt werden. Sie werden erst kurz vor der Essensausgabe erwärmt. Damit werden die Patienten frischer und flexibler versorgt. Außerdem können die Gerichte bis zu vier Tage ohne Qualitätsverlust aufbewahrt werden.

Auf dieser Seite haben wir ein paar Zahlen zusammengestellt, die den jährlichen Verbrauch der UKD-Zentralküche dokumentieren – und die für sich sprechen.

Gärtnerei

# Herzerleichterndes Grün

Sie sorgen für frische Farben und ein sattes Grün, für blühende Bäume und einen stets frisch gemähten Rasen auf dem Gelände der Universitätsklinik: die Gärtner am UKD. Ein Besuch.



Fotos: Melanie Zanin

**E**ine dunkle Wolke hält sich, grau und träge und trüb, zunächst hartnäckig vor der Sonne. Ein Blick in den Himmel verrät Fritz Werners jedoch, dass der dunkle Moment am Himmel bald verschwunden sein wird und sich die ersten Sonnenstrahlen den Weg auf den Hof der Gärtnerei bahnen werden.

Die liegt nur einen Steinwurf entfernt von der MNR-Klinik am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) und stellt dennoch einen Ort dar, den man auf einem Klinik-Gelände zunächst nicht erwarten würde: Abseits des gewöhnlichen Krankenhausbetriebs stehen Gewächshäuser und Frühbeetkästen in Reihe, Traktoren und Großflächenmäher sind ordentlich in den angrenzenden Hallen geparkt.

weiter, fielen die aufwendigsten Arbeiten überhaupt an: das Zurückschneiden und Pflegen der Sträucher und Bäume. Aufgrund der Brutsaison der Vögel ist dies nur bis zum 1. März erlaubt, und bis dahin müssten alle Sträucher und Hecken des Klinikgeländes fit gemacht sein für das laufende Jahr. Und dies gilt erst recht für die Bäume.

Von denen gibt es allein auf dem Gelände der Universitätsklinik derzeit rund 1200 Stück. Und dafür auch einen eigens von Fritz Werners ausgebildeten Baumbeauftragten. Der begutachtet nicht nur die mitunter beachtlich alten und entsprechend hoch gewachsenen Bäume, darunter Eichen und Buchen, Eiben und Linden, sondern auch blühende Kirschen und immergrüne Magnolienbäume. „Der führt auch ein entsprechendes Baum-Kataster, das jeden einzelnen unserer Bäume, dessen Wachstum und Dicke, Höhe und Gesundheitszustand, dokumentiert“, erklärt Werners, der in seiner Berufstätigkeit als Gärtner der Uniklinik seit 1982 zahlreiche Lehrlinge ausgebildet hat.

Ein Teil der von ihm ausgebildeten Mitarbeiter ist noch heute in seinem Team tätig. Die Gärtner kümmern sich nicht nur um die rund 200.000 Quadratmeter Rasenfläche des Klinikums. Während allein fünf Mitarbeiter des insgesamt 15 Personen starken Teams allein für die Reinigung des Klinikgeländes zuständig sind, sorgt Fritz Werners mit seinen übrigen Kollegen für einen tadellosen Zustand des Grüns rund um die Klinikgebäude an der Moorenstraße.

Noch bis Ende dieses Jahres wird Fritz Werners als Sachgebietsleiter der Gärtnerei an der Uniklinik Düsseldorf tätig sein, dann wird er sich in seinen wohlverdienten Ruhestand zurückziehen. Hobbys hat er genug, darunter wartet auch ein Wohnwagen in Wesel auf ihn und seine Frau. Bis dahin aber wird er sich weiterhin um die von ihm geliebten Pflanzen und Bäume auf dem Klinikgelände kümmern und streng darauf achten, dass das herzerleichternde Grün der Klinik auch weiterhin Patienten wie Besucher und Mitarbeiter des Klinikums erfreut.

Sven-André Dreyer

Überall blüht es in den schönsten Farben. Fritz Werners ist Sachgebietsleiter Gärtnerei und schaut im Anzucht-, Vermehrungs-, und Überwinterungstreibhaus auf einer Fläche von rund 300 Quadratmetern nach dem Rechten: „Hier stehen all die Pflanzen, die einen Winter auf dem Außengelände der Uniklinik aufgrund der geringen Temperaturen nicht überstehen würden“, erklärt er. Palmen etwa, und Olivenbäume.

Ebenfalls im Bereich der Gewächshäuser entstehen auch die farbenfrohen Gestecke und Sträuße, die Patienten und deren Angehörige auf den zahlreichen Stationen erfreuen. Die bindet und steckt eine Mitarbeiterin der Gärtnerei, die parallel zu ihrer Ausbildung zahlreiche Fortbildungen besucht hat und nun weiß, auch hier moderne Blumenkreationen entstehen zu lassen.

Während bis vor wenigen Jahren in der Gärtnerei nicht nur Zierpflanzen, sondern sogar Gemüse für den Klinikbetrieb angebaut wurde, wird ein Großteil der blühenden Pflanzen nun dazu gekauft. Und dennoch: „Einen Teil der Pflanzen ziehen wir auch heute noch eigenständig“, erklärt Werners.

Ein Irrglaube sei, erklärt er, dass Gärtner im Sommer mehr arbeiten müssten als im Winter. Denn gerade im Winter, so der Gärtner



1/Fritz Werners ist als Sachgebietsleiter für die Gärtnerei des UKD zuständig.

2/In den Gewächshäusern ziehen seine Mitarbeiter Blumen für den Campus der Uniklinik an.

3/Fritz Werners geht Ende des Jahres in den wohlverdienten Ruhestand.

4/15 Mitarbeiter arbeiten in Werners' Team.

5/Diese japanische Kirsche ist einer von 1200 Bäumen, die auf dem Klinik-Campus wachsen.





Blutspende

# 500 Milliliter, die Leben retten

Immer noch spenden zu wenig Menschen Blut, um den Eigenbedarf der Uniklinik Düsseldorf zu decken. Die Macher des Musikfestivals „Wacken Open Air“ helfen dabei, diese Quote zu steigern.

**E**ntspannt liegt Marc Kuballa auf der Liege im Gebäude 12.43 des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD). Der 32-Jährige drückt mit seiner Hand einen Gummiball zusammen, an seinem Oberarm ist ein Staubband angelegt. Schwester Sengül Caglar hat keine Probleme, eine passende Vene zu finden und setzt die Kanüle an. Sekunden später fließt sein Blut in einen sterilen Plastikbeutel.

Marc Kuballa ist einer von dutzenden Menschen, die jeden Tag im Blutspendezentrum des UKD Blut spenden. Jeder von ihnen erhält einerseits eine kleine Mahlzeit, andererseits aber auch 25 Euro für die Vollblutspende beziehungsweise 50 Euro für die Thrombozytenspende. „Thrombozyten sind die Blutplättchen, die bei Verletzungen einen Pfropf für den Wundverschluss bilden. Wer diesen Blutbestandteil spenden möchte, muss spezielle Anforderungen erfüllen“, erklärt Dr. Johannes Fischer, Direktor des Instituts für Transplantationsdiagnostik und Zelltherapeutika, zu dem die Blutspendezentrale gehört.

Marc Kuballa spendet Vollblut. Er liegt auf der Liege und erinnert sich an seinen ersten Besuch im Gebäude 12.43: „Vor sechs Jahren habe ich hier zum ersten Mal gespendet. Das war im November. Ein paar Wochen später habe ich einen Brief von der Blutspendezentrale erhalten und musste erst einmal schlucken“, erinnert sich der Doktorand. Denn von der Spende werden auch einige Röhrchen für Bluttests verwendet und auf HIV andere Krankheiten geprüft. „Ich dachte erst, dass ich jetzt ein Problem habe.“ Denn die Uniklinik benachrichtigt jeden Spender bei Auffälligkeiten. „Aber mir wurde in dem Schreiben nur für die Unterstützung gedankt. Außerdem stand drin, dass sie sich freuen würden, mich auch im kommenden Jahr begrüßen zu dürfen“, erklärt Marc Kuballa.

Der 32-Jährige ist einer von vielen Stammspendern und kommt alle zwei Monate. „Ich bin selbst Biologe und weiß, wie wichtig die Blutspende ist.“ Marc Kuballa forscht auf dem Gebiet von Gehirntumoren. Viele dieser Patienten sind auf Blutspenden



angewiesen. In der Regel benötigt das UKD das Blut für Operationen und Therapien. Bei großem Blutverlust von Patienten, bei Transfusionen zur Rettung Neugeborener oder bei Problemen mit der Blutgerinnung kommen die Konserven zum Einsatz. „Wir brauchen pro Jahr rund 60.000 Blutpräparate. Durch die Blutspendezentrale können wir einen Teil davon bereitstellen“, erklärt Dr. Fischer. Den anderen Teil muss das UKD zukaufen. „Das ist ein großer finanzieller Faktor. Deshalb werben wir intensiv für unsere eigene Blutspende“, sagt der Institutsleiter.

Marc Kuballa ist unterdessen mit seiner Blutspende fertig. Vor weniger als einer Stunde hat er das Gebäude betreten, sich angemeldet, den Fragebogen ausgefüllt, sich kurz untersuchen lassen und ein wenig gewartet. Jetzt sitzt er bei Brötchen und Kaffee an einem Tisch und stärkt sich ein wenig.

Nicht jeder darf Blut spenden. „Nur 33 Prozent der Bevölkerung sind spendetauglich“, erklärt Dr. Fischer. Von den 33 Prozent der potentiellen Spender finden jedoch nur drei Prozent den Weg zu einer Blutspendezentrale oder zu einem Blutspendemobil. „Jeder denkt, dass die anderen schon spenden werden“, sagt er.

Erstspender müssen mindestens 18 Jahre und höchstens 59 Jahre alt sein, müssen mindestens 50 und höchstens 130 Kilo wiegen, und der Spender darf keine Medikamente nehmen. „Aber auch hier gibt es Ausnahmen“, sagt Dr. Fischer. „Am Ende entscheidet der Arzt nach der Untersuchung in einem Gespräch, ob man spenden darf oder nicht.“

Marc Kuballas Blut wird unterdessen in der Fraktionierung in seine Bestandteile



Fotos: istock, Melanie Zanin

aufgeteilt und für die Transfusionszentrale vorbereitet. Sie befindet sich im selben Gebäude. „Sobald die Konserven benötigt werden, transportieren wir sie über ein Rohrpostsystem in den OP-Saal oder in das Institut, in dem das Blut benötigt wird“, sagt Dr. Johannes Fischer.

Marc Kuballa wird in zwei Monaten wieder auf der Liege im Gebäude 12.43 liegen und 500 Milliliter Blut spenden. Wie immer. „Wir freuen uns über jeden einzelnen Spender“, erklärt Dr. Fischer. Es sind aber immer noch zu wenig.

Um diesen Anteil zu erhöhen, geht die Blutspendezentrale besondere Wege. Einerseits informiert sie gemeinsam mit der eng verbundenen Knochenmarkspendezentrale auf vielen Veranstaltungen in der ganzen Stadt über ihre Arbeit. Andererseits arbeitet sie mit Institutionen zusammen, die auf den ersten Blick wenig mit Blutspende zu tun haben: mit dem Musikfestival „Wacken Open Air“. „Bei uns gibt es den Wacken-Blutspendepass. Für jede Spende erhält man einen Stempel. Das vollständige Heft können die Metal-Fans gegen ein T-Shirt eintauschen, das es nicht zu kaufen gibt“, erklärt Dr. Johannes Fischer. Die Aktion laufe seit Anfang des Jahres und komme sehr gut an. Tobias Dupke

Die Blutspendezentrale befindet sich im Gebäude der Chirurgie, 12.43.

**Öffnungszeiten:** Mo, 7-13 Uhr, Di, 7-19 Uhr, Mi, 7-13 Uhr, Do, 9.15-19 Uhr, Fr, 7-12 Uhr. Erstspender sollten eine Stunde vor Ende der Öffnungszeiten vor Ort sein.

1/Marc Kuballa spendet alle zwei Monate Blut in der Uniklinik.

2/Einige Milliliter Blut der Spende werden abgezweigt und auf Krankheiten getestet.

## EIN STICH FÜR EIN LEBEN

Geh' Blut spenden!

[www.uni-blutspende.de](http://www.uni-blutspende.de)



# UNIVERSITÄTSMEDIZIN BRAUCHT MODERNE INFRASTRUKTUR



Die bauliche Modernisierung des UKD ist eine gewaltige Aufgabe. Aktuell werden zwei neue Forschungszentren gebaut. „Mit diesen beiden Gebäuden rücken Forschung und Patientenversorgung noch enger zusammen. Das stärkt die Universitätsmedizin am Standort Düsseldorf und bringt uns unserem Ziel näher, Forschungserkenntnisse in die Patientenversorgung zu übertragen“, erklärt Prof. Dr. Nikolaj Klöcker, Dekan der Medizinischen Fakultät. In direkter Nachbarschaft der MNR-Klinik entsteht das „Medizinische Forschungszentrum I“. Mit diesem Neubau werden rund 8500 Quadratmeter Nutzfläche in modernsten Laborstandards errichtet. In diesem Sommer ist das Richtfest geplant. Das Medizinische Forschungszentrum II bietet auf rund 4400 Quadratmetern Nutzfläche Platz für theoretische und computerbezogene Forschung sowie Seminarflächen. Es entsteht direkt an der Moorenstraße an der Einfahrt Nord des UKD gegenüber dem Parkhaus. Natürlich muss auch für die zukünftige Patientenversorgung die Infrastruktur modernisiert werden. „Ziel unserer baulichen Masterplanung ist eine räumliche Konzentration der Kliniken um das Zentrum für Operative Medizin II als ersten Baustein. Bisher sind die einzelnen Klinikstandorte ja sehr weit über unser Gelände verteilt. Das führt zu extrem langen Wegen und logistischen Herausforderungen. Vor uns liegt daher eine gewaltige Kraftanstrengung, um die erforderlichen Gremien zu überzeugen, dass die Modernisierung allerhöchste Dringlichkeit hat und so die Finanzierung unserer Vorstellungen für ‘DAS NEUE UKD’ sichergestellt werden kann“, so Ekkehard Zimmer, Kaufmännischer Direktor des UKD. Jüngstes Beispiel für den steigenden Sanierungsbedarf ist die „Alte Chirurgie“, die vor 60 Jahren in Betrieb ging. Dort werden derzeit Stationsbereiche umfassend renoviert, und auch die Fassade des über 30 Meter hohen Bettenhauses wird erneuert.

Fotos: Melanie Zanin

