

# WINTER

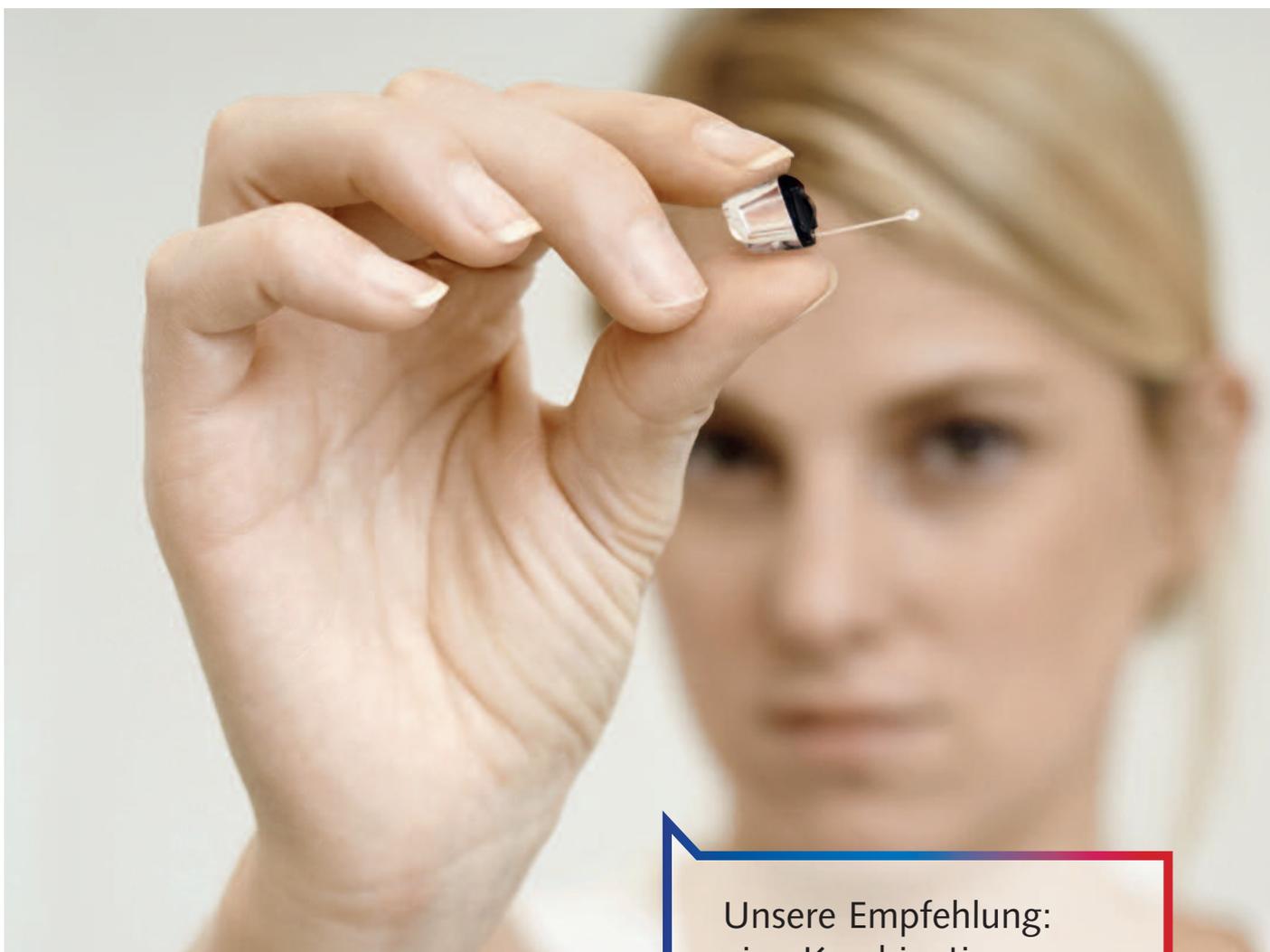
DER MAINZER

Die Grippewelle rollt s. 04

Akutgeriatrie im KKM s. 18

Was ist ein Urologe? s. 22

# Hörsysteme **Jörg Rempe**



Unsere Empfehlung:  
eine Kombination aus  
Gehörtherapie und  
modernen Hörsystemen.

## Im-Ohr-Hörsysteme – das Höchstmaß an Ästhetik und Diskretion

Der Wunsch nach möglichst unauffälligen Hörsystemen ist groß. Neue Techniken zeigen Modelle, die vollständig im Gehörgang verschwinden. Diese sogenannten Im-Ohr-Systeme werden tief in den Gehörgang eingesetzt und erzeugen einen klaren, natürlichen Klang. Im-Ohr-Systeme können rund um die Uhr, mehrere Monate getragen werden und erleichtern Ihnen unsichtbar das Leben. Gerne beraten wir Sie persönlich!

**Mehr Informationen unter:**

[www.rempe.de](http://www.rempe.de)

**Besuchen Sie unsere Filialen**

Neubrunnenstraße 19, 55116 **Mainz**,

Tel. 06131.22 23 94

Bahnhofstraße 28, 55218 **Ingelheim**,

Tel. 06132.730 68

Ludwig-Eckes-Allee 6, 55268 **Nieder-Olm**,

Tel. 06136.55 45

# Zur Grippe her kommt...

Nein, das ist in diesen vorweihnachtlichen Zeiten kein Schreibfehler, sondern Hinweis auf eines von zwei Schwerpunktthemen in diesem Heft. Mit über 300 000 im Labor durch Nachweis des Erregers bestätigten Fällen gab es letzten Winter nämlich die höchste Zahl an Grippefällen im neuen Jahrtausend. Noch weiß niemand, ob uns auch diesmal wieder eine schwere Influenzawelle bevorsteht. Vor allem älteren und immungeschwächten Menschen, chronisch Kranken und Schwangeren wird die Schutzimpfung dringend empfohlen. Und allen, die Tag für Tag mit vielen Menschen in Kontakt kommen – so wie das Personal in Krankenhäusern, Altersheimen und Pflegeeinrichtungen, alle Eisenbahn-, Bus- und Straßenbahnreisenden, Lehrer und Schüler. Noch ist es für eine Grippe-Impfung nicht zu spät. Und Hoffnung macht zudem der neue Vierfach-Impfstoff, der je zwei Stämme der Virustypen A und B enthält. Letztes Jahr nämlich, als man nur einen Dreifach-Impfstoff abgab, schützte die Impfung nur in der Hälfte aller Fälle.

Unser zweiter inhaltlicher Schwerpunkt ist das Alter. Aus der Landwirtschaft stammt die Einteilung des Lebens in Jahreszeiten. Kindheit und Jugend, Schule, Lehre und Ausbildungszeit werden als Frühling des Lebens bezeichnet. Nach dem Sommer des Erwachsenseins kommt mit dem Ruhestand der Herbst, mit dem Winter endet der Lebenszyklus. Noch vor wenigen Jahrzehnten folgte auf einen sehr kurzen Frühling und eine arbeitsreiche Zeit als Erwachsene ein kurzer Herbst. Die Menschen erholten sich von ihrer schweren Arbeit. Die Zeit, die Ernte des Lebens zu genießen, war aber für viele sehr kurz. Die zunehmende Lebenserwartung hat zu einem »Klimawandel«, zu veränderten Jahreszeiten auch im Leben geführt. Auf das Arbeitsleben folgt mittlerweile für viele ein echter »goldener« Herbst, eine lange und hoffentlich glückliche Zeit der Ernte. Wir können selbst viel dazu beitragen, dass wir noch lange gesund, aktiv, geistig fit und mobil, neugierig und engagiert bleiben. Wo nötig helfen uns die Ärzte dabei. Mainz ist auch in dieser Beziehung eine lebenswerte Stadt, hat einiges zu bieten, wie Sie in dieser Ausgabe lesen können. Die Redaktion wünscht Ihnen einen entspannten Dezember und für das kommende Jahr Gesundheit und Zufriedenheit.

## Impressum

**Sonderveröffentlichung**  
von DER MAINZER.

**Herausgeber** Werner Horn

**Redaktionsleitung**

Dr. Paul Nilges .....  
paul.nilges@dermainzer.net

**Anzeigenleitung** Werner Horn

Tel. 0 6131 / 965 33 66 | horn@dermainzer.net



**Produktion** Alexander Kohler-Beauvoir  
produktion@dermainzer.net  
Telefon 0 6131 / 965 33 10

**Erscheinungsweise**

Der MEDIZIN MAINZER erscheint  
vierteljährlich als Beilage in DER MAINZER.

**Auflage** 32.000

**Fotos:** WHO, Fotolia.com

## Inhalt

Seiten 4-9

### Die Grippewelle rollt

Seiten 4-6

**Morgens krank, abends tot...**

Seiten 7-8

**Impfung: Es bleibt noch Luft nach oben**

Seite 9

**Zehn Hausmittel,  
die bei Erkältung helfen**

Seite 10

**Die unerkannte Gefahr: Blutvergiftung**

Seite 11

**Gefäßschäden: Saufen und Paffen...**

Seiten 12-15

**Alter & Schmerz: Warum Bewegung  
bei »Verschleiß« hilft**

Seite 16

**Medizin-News**

Seite 17

**Richtig oder falsch**

Seiten 18-21

**Akutgeriatrie: Medizinische Versorgung  
akut erkrankter älterer Menschen**

Seiten 22-23

**Was macht eigentlich der Urologe?**



**»VOR HUNDERT JAHREN STARBEN MILLIONEN MENSCHEN AN DER SPANISCHEN GRIPPE. SIND WIR HEUTE BESSER VOR PANDEMIEN GESCHÜTZT?«**

# Morgens krank, abends tot...

Der Armeekoch Albert Gitchell fühlt sich nicht wohl. Er klagt über rasende Kopfschmerzen und Halsweh. Als er sich am 04. März 1918 auf der Krankenstation seiner Einheit im US-Bundesstaat Kansas meldet, hat er hohes Fieber. Bis zum Mittag werden 100 weitere Soldaten mit den gleichen Symptomen registriert, drei Wochen später sind es über 1000. 38 Rekruten sterben an dem hoch ansteckenden Virus-Infekt, der später als »Spanische Grippe« bekannt wird. Gitchell überlebt und geht später als »Patient Null« in die Medizingeschichte ein. Bei der Verbreitung der Krankheit spielt der Erste Weltkrieg eine wichtige Rolle. Im März und April werden die amerikanischen Soldaten zu zig-tausenden nach Frankreich verschifft. Und mit Ihnen erreicht die Influenza die Westfront. Die Kapazitäten der Lazarette sind schnell erschöpft, ganze Einheiten sind tagelang kampfunfähig, die Offensiven stocken. Die Deutschen klagen über »Blitzkatarrh«, die Briten über »flandrisches Fieber«, die Amerikaner über das unheimliche »knock-me-down-fever«. Und die hoch ansteckende Krankheit verbreitet sich weiter. Eine verheerende Epidemie, die ihren Namen erhält, als auch der spanische König und ein Teil seines Kabinetts fiebern.

Längst umrundet die »Spanische Grippe«, die als Tröpfchen- und Kontaktinfektion übertragen wird, in mehreren Wellen den Erdball. Die erste verläuft noch relativ glimpflich, die zweite hingegen entfaltet sich mit tödlicher Kraft. Als im November 1918 endlich die Waffen ruhen, finden die Killerviren neuen Nährboden: Hunderttausende liegen sich bei den Siegesfeiern in

den Armen, in den Verliererstaaten kommt es zu revolutionären Versammlungen. Vor allem aber kehren Millionen von Kämpfern in ihre Heimat zurück – und bringen die Erreger mit. Es gibt praktisch keine Region auf der Welt, die verschont bleibt. Zwischen 20 und 50 Millionen Menschen sterben. Manche Historiker schätzen die Opferzahl sogar auf bis zu 100 Millionen – das sind mehr Tote, als in beiden



Weltkriegen zusammen. Die »Spanische Grippe« dezimiert die Inuit in Alaska und die Menschen am kaspischen Meer ebenso wie in New York oder auf Samoa.

Eine halbe Milliarde Menschen, also ein Drittel der damaligen Weltbevölkerung, soll sich infiziert haben. Bei der Suche nach den Ursachen tappen die Ärzte im Dunkeln. Influenza Viren werden erst 1933 entdeckt. Alle bekannten Therapien schlagen fehl.

Es gibt noch keine Grippeimpfung, keine antiviralen Mittel und keine Antibiotika. Und niemand weiss, wie man sich schützen kann. Wer sich ansteckt und überlebt, hat Glück.

Heute weiß man, dass die Menschen vor 100 Jahren an einer besonders aggressiven Variante des Vogelgrippe-Virus H1N1 starben. Kaum jemand hatte dagegen Antikörper im Blut. Dazu kam ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Anders als damals ist die Menschheit heute gegen die Viren und Bakterien besser gewappnet – sowohl durch Medikamente als auch durch Impfstoffe und wachsame Einrichtungen wie das Robert-Koch-Institut (RKI), das sich im Auftrag der Bundesregierung der Erforschung von Infektionskrankheiten widmet. Trotzdem gibt es keinen wirklichen Schutz. Das Influenzavirus ist wandelbar wie kaum ein anderes. Befürchtet werden bedrohliche Mutationen und eine schnellere Übertragung – von Geflügel auf den Menschen und dann von Mensch zu Mensch.

# Pandemie

Bei dem Begriff Pandemie denken viele sofort an die Spanische Grippe, durch die 1918 bis 1920 über 40 Millionen Menschen starben. Eine Krankheitswelle mit so vielen Todesfällen hat es seitdem nicht mehr gegeben. Zwei weitere Influenza-Wellen erreichten aber ebenfalls ein schlimmes Ausmaß: 1957/58 die sogenannte Asiatische Grippe und 1968 bis 1970 die Hongkong-Grippe mit jeweils vier bzw. zwei Millionen Toten. Auch in diesem Jahrhundert gab es bereits eine gravierende Pandemie: 2009/10 kostete die Schweinegrippe nach WHO-Angaben weltweit mindestens 200.000 Menschen das Leben.

Die Gefahr einer Pandemie besteht durch bislang unbekannte Viren, die – wie bei der Schweine- und Vogelgrippe – zunächst den Sprung vom Tier zum Menschen schaffen, und dann per Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragbar sind. Ein solches Virus führte 2002/03 zum Ausbruch von SARS (Schweres akutes respiratorisches Syndrom). Die Krankheit war sehr ansteckend und verlief häufig schwer. Ihren Anfang nahm die Epidemie in Asien, und nahm Fahrt auf, als ein chinesischer Arzt nach Hongkong reiste. Er hat Fieber und hustet, und wird nichts ahnend zu einem sogenannten »Superverbreiter«. Vor seinem Tod Anfang März steckt er ein Dutzend Menschen an – Hotelgäste und Krankenhauspersonal. Sie tragen das Virus in die Welt. Die WHO errechnet später, dass etwa die Hälfte der rund 8000 weltweit registrierten SARS-Fälle auf diesen chinesischen Arzt zurückgehen.

## Nur eine Frage der Zeit

»Die nächste Pandemie? Sie wird kommen. Das ist nur eine Frage der Zeit«, sagt die Biologin Susanne Glasmacher vom Robert-Koch-Institut in Berlin. »Leider lässt sich nicht vorhersagen, wo sie beginnt, wie schnell sie sich ausbreitet und wie schwer sie verläuft«. Es könnte also wieder geschehen. Fast jedes Jahr, so Glasmacher, werde irgendwo ein neuartiger, potenziell gefährlicher Erreger entdeckt. Denn gegen unbekannte Viren kann sich das menschliche Immunsystem erst einmal schlecht wehren, sie richten also am meisten Schaden an. Außerdem gibt es gegen sie anfangs noch keine Impfstoffe.

Anders als vor 100 Jahren sei man aber gut vorbereitet. 1999 hat die WHO den ersten Influenzapandemieplan publiziert. Sechs Jahre später stellte Deutschland einen nationalen Plan vor. Er wird ständig auf den neuesten Stand gebracht, und durch Übungen ergänzt, bei denen die Abläufe für den Notfall geprobt und Schwachstellen identifiziert werden. Außerdem hat sich die Welt seit 1918 gehörig verändert, sagt Susanne Glasmacher. So ist die Pharmaindustrie heute recht schnell in der Lage, neue Impfstoffe zu entwickeln. Die Herstellung allerdings wäre wahrscheinlich ein Problem. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass beim Ausbruch einer neuen Seuche zunächst für lediglich 5 Prozent der Weltbevölkerung Impfstoffe produziert werden können.

2009 hatten die Pandemiepläne ihre erste Bewährungsprobe. Was im April mit einer Grippewelle in Mexiko begann, hatte bald die ganze Welt erfasst. Allein in Deutschland erkrankten zehntausende an der sogenannten »Schweinegrippe«. Das Virus gehörte zum Subtyp H1N1 – so wie auch der Erreger der Spanischen Grippe. Glück im Unglück: die Krankheitsverläufe waren milder als vorhergesagt, die Sterberaten geringer.

Dass eine Pandemie nicht immer glimpflich verlaufen muss, wissen aber natürlich auch Gesundheitsämter, Ärzte und Wissenschaftler. Sollte etwa das Vogelgrippevirus H5N1, das bisher 60 Prozent aller Infizierten getötet hat, durch Mutationen die Fähigkeit entwickeln, sich schnell zu verbreiten stieße unser Gesundheitssystem trotz aller Notfallplänen wahrscheinlich rasch an seine Grenzen.

Ein Ausweg wäre die Entwicklung eines universellen Grippe-Impfstoffs. »Denkbar ist das«, sagt Susanne Glasmacher. Weltweit werde darüber nachgedacht. Aber bis es so weit ist, dürften noch Jahre vergehen – zumal das Interesse der Impfstoffhersteller an einer »Breitbandimpfung« begrenzt sein dürfte. Mit einzelnen Impfungen lässt sich im Zweifelsfall einfach mehr Geld verdienen.



# Es bleibt noch Luft nach oben

Zu wenige Menschen lassen sich gegen Grippe impfen

Die Einstellung der Deutschen zum Thema Impfen hat sich verbessert, doch es bleibt bei der Bereitschaft, sich gegen Influenza impfen zu lassen, noch deutlich Luft nach oben, resümiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Grundlage dieser Einschätzung waren eigene Umfragen und der Forschungsbericht der Bundeszentrale aus dem Jahre 2017.

So schätzen lediglich 47 Prozent der Befragten eine Grippeimpfung als besonders wichtig ein, selbst wenn ihnen eine solche empfohlen wird – schreibt die BZgA in einer Mitteilung. Nur 40 Prozent der Umfrageteilnehmer, die zu einer Risikogruppe gehören, gaben an, sich regelmäßig gegen Influenza impfen zu lassen. Einer der Gründe für den Impfwiderwillen sei die fehlerhafte Einschätzung, dass die Influenza keine besonders schwere Erkrankung sei. In diesem Jahr empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) einen Vierfachimpfstoff,

der in der vergangenen Grippe-Saison nur als Wahlleistung verfügbar war. Aufgrund der aktuellen STIKO-Empfehlung wird er jetzt von den Kassen erstattet. Die BZgA appelliert an die Risikogruppen, sich impfen zu lassen und an Erkrankte, das Bett zu hüten, um nicht zur Verbreitung beizutragen. In der letzten Saison haben etwa neun Millionen Grippe-bedingte Arztbesuche stattgefunden.

Quelle: Ärztezeitung

## Der kleine Pieks schützt auch vor Herzinfarkt

Obwohl die erste Erkältungswelle schon für Schniefnasen gesorgt hat, ist auch jetzt im Dezember noch Zeit für die Grippeimpfung. Besonders gefährdet sind nicht nur ältere, chronisch Kranke, Schwangere und immunschwache Menschen, sondern auch Herzpatienten, die vielleicht gar nichts von ihrem Erkrankungsrisiko wissen. Für die Prävention eines Herzinfarkts, so sagen Experten, habe

die Influenza-Impfung einen ähnlichen Effekt wie ein Rauchstopp oder die Einnahme von Cholesterin- und Blutdrucksenkern. Auch Menschen, die bereits einen Infarkt erlitten hätten, profitierten von dem kleinen Pieks.

## Warum Händewaschen in Grippezeiten besonders wichtig ist

**Virenalarm:** Viren lauern überall – sie tummeln sich vor allem dort, wo viele Menschen hinfassen – zum Beispiel auf Treppengeländern, Türklinken oder Geldscheinen. Mehr als 150 unterschiedliche Erreger befinden sich im Durchschnitt auf unseren Handflächen. Und ständig kommen neue hinzu. Jedes einzelne Virus überlebt mindestens fünf Minuten in unserer Hand bevor es sich zersetzt. Auf glatten, kalten Flächen oder Geldscheinen überstehen Grippeviren sogar bis zu 17 Tage. Man infiziert sich quasi selbst, wenn man mit den Fingern an Nase, Mund oder Augen fasst. Auf den Schleimhäuten haben die Keime leichtes Spiel

## Hausmittel & Sauna

– sie sind das Tor in unseren Körper. Deshalb ist Händewaschen so wichtig. Mit Seife und der richtigen Technik können in 45 Sekunden 99,9 Prozent der Erreger beseitigt werden.

### Fünf Regeln für wirksames Händewaschen

**Nass machen:** Hände unter fließendes Wasser halten. Die Wassertemperatur spielt dabei keine Rolle. Sie sollte einfach nur angenehm sein.

**Rundum einseifen:** Waschsubstanzen lösen Schmutz und Mikroorganismen von der Haut ab. Deshalb immer eine ausreichende Menge Seife verwenden und auch die Fingerzwischenräume, die Fingerspitzen, Handflächen und Handrücken beachten.

**Zeit lassen:** 20 Sekunden lang die Hände einseifen gilt als Richtwert. Bei sichtbar verschmutzten Händen sollten es 30 Sekunden sein.

**Gründlich unter fließendem Wasser abspülen:** Seife, Schmutz und Krankheitserreger werden dabei abgewaschen.

**Sorgfältig abtrocknen:** Das Abtrocknen der Hände – ganz besonders auch der Fingerzwischenräume – gehört zum wirksamen Händewaschen dazu. Am besten geschieht das mit einem Tuch. Durch die Reibung entfernt man auch noch die letzten Keime. Warmluft- oder Drucklufthandtrockner, wie sie oft in öffentlichen Toiletten hängen, sind übrigens Keimschleudern. Sie pusten die Hände zwar in wenigen Sekunden trocken, verteilen aber dabei jede Menge Erreger in der Luft, wie mehrere Studien nachgewiesen haben.

### Krank zur Arbeit? Lieber nicht!

Gehören Sie auch zu der Sorte Mensch, die sich trotz einer »läppischen Erkältung« morgens heroisch zur Arbeit schleppen? Dann lassen Sie es sich gesagt sein: damit tun Sie keinem einen Gefallen. Weder Ihrem Chef, schon gar nicht Ihren Kollegen, die nicht nur Ihre schlechte Laune, sondern auch Ihre Viren und Bakterien abbekommen, und am wenigsten sich selbst. Aus einem verschleppten grippalen Infekt kann schnell eine Bronchitis, eine chronische Nebenhöhlenentzündung oder gar eine Lungenentzündung werden. Experten stellten außerdem fest, dass Arbeitnehmer, die trotz Krankheit arbeiten, im Folgejahr ein höheres Risiko haben, für einen längeren Zeitraum auf der Nase zu liegen. Hinzu kommt, dass Sie mit Schniefnase und dröhnendem Kopf langsamer arbeiten und Fehler machen.

Wer trotz Krankheit zur Arbeit geht, leidet übrigens – so die Arbeitspsychologen – unter »Präsentismus«. Die damit einhergehenden Produktivitätseinbußen sind enorm. Je nach Quelle werden die Verluste auf das Doppelte bzw. ein Vielfaches der Kosten beziffert, die Unternehmen und damit auch der Gesellschaft durch krankheitsbedingte Fehlzeiten (Absentismus) entstehen.

### Hilft Hühnersuppe wirklich?

Hühnersuppe ist ein altes Hausmittel bei Erkältung. Warum gerade sie Schnupfen und Husten lindern soll, ist allerdings noch nicht geklärt. Bestimmte Inhaltsstoffe im Gemüse und im Hühnerfleisch, zum Beispiel Carnosin, könnten – so vermuten Mediziner – einen Effekt auf das Immunsystem haben. Vielleicht liegt es aber auch einfach an der wohltuenden Wirkung der heißen, bekömmlichen Flüssigkeit, vor allem dann, wenn der Patient von einem mitfühlenden Zeitgenossen bekocht wird. Das mildert zumindest subjektiv die Erkältungsbeschwerden.

### In der Sauna die Erkältung ausschwitzen?

Keine gute Idee. Regelmäßiges Saunieren ist zwar gut für Kreislauf, Durchblutung und Immunsystem – allerdings nur, solange man keinen Infekt hat. Kündigt sich eine Erkältung an, so schlägt sie mit hoher Wahrscheinlichkeit danach erst richtig zu. Die heiße Luft fördert die Vermehrung der Keime und die Intensität des Infekts. Außerdem werden andere Saunagänger angesteckt.

# Zehn Hausmittel, die bei Erkältung helfen

Die Nase läuft, das Schlucken tut weh und der lästige Husten raubt einem den Schlaf. Was wir jetzt vor allem brauchen ist Ruhe, Wärme und jede Menge Flüssigkeit. Darüber hinaus hält die Natur wirkungsvolle Mittel bereit, um die Erkältung besser zu überstehen:

## Ingwer

Die unscheinbare Knolle gilt als medizinischer Tausendsassa. Sie enthält ätherische Öle, die auch als »Aspirin der Natur« bezeichnet werden. Ingwer stärkt die Immunabwehr, wirkt antibakteriell und entzündungshemmend. Anwendung: die Knolle dünn schälen, in Scheiben schneiden, mit heißem Wasser übergießen und den Tee ziehen lassen

## Zwiebel

Auch die Zwiebel ist ein altes Hausmittel bei Erkältungen. Sie wirkt wie Ingwer entzündungshemmend und enthält ätherische Öle, Essigsäure und schwefelartige Verbindungen, die gesund sein sollen. Durch ihre schleim- und krampflösende Wirkung verschafft sie bei Husten, Ohren und Halsschmerzen Linderung. Anwendung: als Sirup oder Tee, der das Immunsystem stärkt und von innen wärmt, oder als Zwiebelsäckchen.

## Thymian

Thymiantee kann sowohl bei festsitzendem Husten als auch bei Hustenreiz Wunder wirken, weil er den Schleim im Hals löst. Bei Halsschmerzen und Heiserkeit wird er ebenfalls empfohlen.

## Salbei

Salbei war schon zweimal Heilpflanze des Jahres – und das aus gutem Grund: Seine Gerbstoffe wirken entzündungshemmend, seine ätherischen Öle stoppen die Vermehrung von Bakterien im Mund. Salbei hilft vor allem bei



Halsschmerzen und Husten – als Tee oder als Sud zur Mundspülung.

## Sanddorn

Die leuchtend rot-orangen Beeren sind hervorragend dazu geeignet, Erkältungen vorzubeugen, denn sie enthalten jede Menge Vitamin C und B12. Anwendung: am besten fertigen Saft kaufen. Die Zubereitung zuhause ist schwierig.

## Pfefferminze:

Noch ein »ätherischer Dauerbrenner«, der entzündungshemmend wirkt, und die Nasenatmung erleichtert. Pfefferminze tötet außerdem Keime in der Mundhöhle ab und wird deshalb oft als oft bei Halsschmerzen eingesetzt. Anwendung: als Tee oder Inhalationsbad.

## Sonnenhut (Echinacea)

Echinacea ist in vielen Erkältungsmedikamenten enthalten und soll die Immunabwehr steigern. Anwendung: als Pastillen oder Tropfen, am besten schon bei den ersten Anzeichen einer Erkältung.

## Kamille

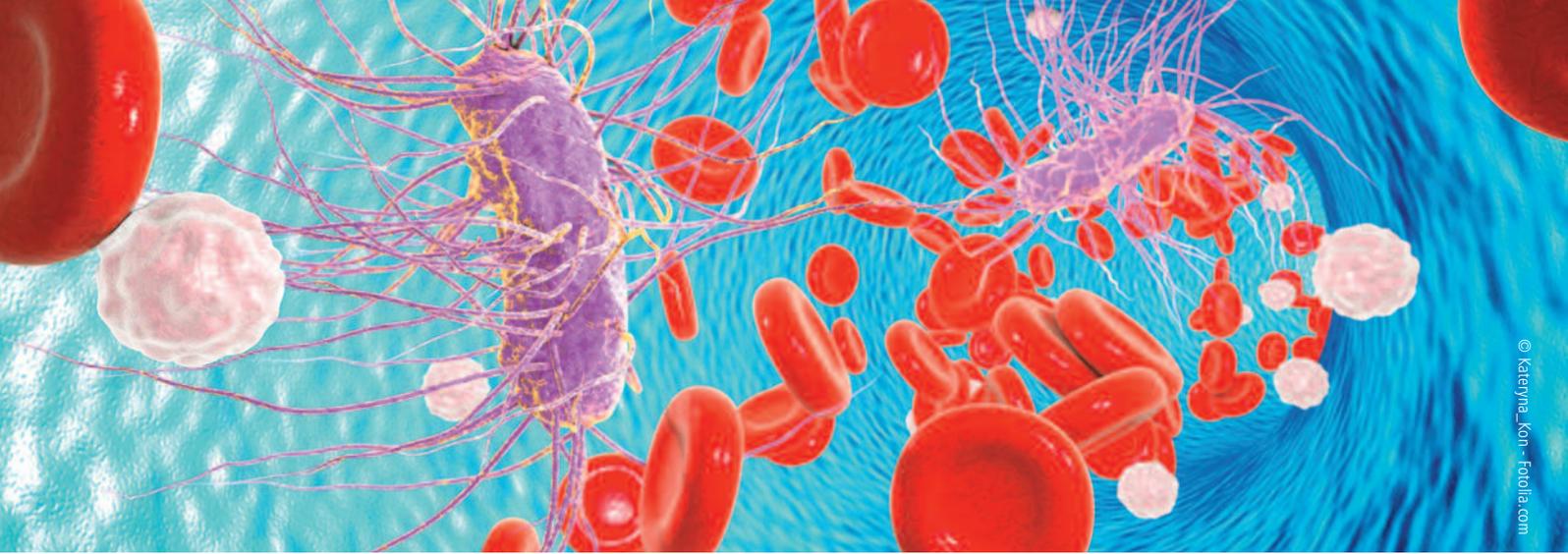
Nicht nur bei Magenschmerzen, auch bei Erkältung ist Kamille ein bewährter Helfer. Sie wirkt antibakteriell und entzündungshemmend. Anwendung: Bei Schnupfen mit Kamillentee inhalieren. Das macht die Nase frei und pflegt die Schleimhäute. Abends wirkt eine Tasse Kamillentee beruhigend und lässt uns besser schlafen.

## Holunder- und Lindenblüten

Diese Blüten gibt es überall als Tee, der aufgrund seiner schweißtreibenden Wirkung von innen heraus wärmt. Das stärkt die Immunabwehr.

## Isländisch Moos

Die Pflanze aus der Familie der Flechten enthält Zuckerstoffe, die heilsamen Schleim bilden, und lindert bei einer Erkältung vor allem Reizhusten und Halsschmerzen. Anwendung: Isländisch Moos gibt es in Form von Lutschpastillen, aus dem getrockneten Kraut lässt sich Tee zubereiten.



# Die unerkannte Gefahr: Blutvergiftung

Freitagabend – endlich. Max Stricker fährt von der Arbeit nach Hause. Er hat sich den ganzen Tag nicht wohl gefühlt, jetzt fällt es ihm schwer, sich auf den Verkehr zu konzentrieren. Und so ist er froh, als er endlich auf der Wohnzimmercouch liegt. Du arbeitest einfach zu viel, sagt seine Frau. Schlaf ein bisschen, dann geht es Dir bald besser. Doch das Gegenteil ist der Fall. Der 42-jährige wird matt und matter, hat Schüttelfrost, der Puls rast. Arme und Beine sind eiskalt, der Blutdruck ist im Keller. Jetzt macht sich seine Frau Gerda doch Sorgen und sie ruft gegen 20 Uhr beim ärztlichen Notdienst an. Eine halbe Stunde später ist der Doktor da. Gerda Stricker berichtet ihm unter anderem, dass ihr Mann vor kurzem einen grippalen Infekt hatte. Aha, ein Rückfall vermutet der Arzt und verordnet strenge Bettruhe. Untersucht hat er den Patienten nicht. Die falsche Diagnose kostet Max Stricker beinahe das Leben. Als seine Frau kurz nach Mitternacht die 112 wählt, ist es fast schon zu spät, Max Stricker ist völlig verwirrt und kaum noch ansprechbar. Der Notarzt erkennt den Ernst der Lage sofort. »Septischer Schock«, sagt er nach einem kurzen Check. Von der Blaublichtfahrt in die Mainzer Uniklinik und dem Transport auf die Intensivstation bekommt Max Stricker nichts mehr mit. Er hat das Bewusstsein verloren.

Mindestens 280.000 Menschen, so berichtet die Ärzte Zeitung im September 2018, erkranken in Deutschland jedes Jahr an einer Sepsis, wie die Blutvergiftung medizinisch korrekt heißt. Jeder vierte stirbt daran: Insgesamt sind

das über 70.000 Patienten – mehr als durch AIDS, Brust- und Prostatakrebs zusammen. Die Sepsis beginnt meist mit einer Infektion. Normalerweise hält das Immunsystem des Körpers die Erreger an Ort und Stelle in Schach. Bei einer Sepsis aber brechen sie aus und gelangen über die Blutbahn in den Körper. Darauf reagiert das Immunsystem heftig, und setzt eine gefährliche Kettenreaktion in Gang. Am Ende steht oft Organversagen. Deshalb ist eine frühe Diagnose so wichtig. Eine Sepsis ist immer ein medizinischer Notfall, bei dem jede Stunde zählt. Die einzig wirksame Therapie ist eine frühzeitige Gabe von Antibiotika und eine chirurgische Behandlung bei einem erkennbaren Infektionsherd.

Auch Max Stricker steht an der Schwelle zum Tod. Die Ärzte haben ihn in ein künstliches Koma versetzt. Das soll dem Körper helfen, das biochemische Chaos in seinem Inneren durchzustehen, und gibt den Ärzten mehr therapeutische Möglichkeiten. Strickers Familie kann es nicht fassen. Vor 24 Stunden ging es ihm doch noch gut.

Die meisten Menschen denken, dass eine sichtbare entzündete Wunde die Wurzel des Übels ist. Das ist aber falsch. Auch Max Stricker hatte sich nicht verletzt. Häufige Ursachen sind Lungenentzündung, Hirnhautentzündung oder Harnwegsinfekte. Auch der bekannte rote Strich auf dem Arm ist kein notwendiges Anzeichen. Er zeigt die Entzündung einer Lymphbahn an, die zu einer Sepsis führen kann, muss aber nicht zwingend bei einer

Blutvergiftung auftreten. Ganz im Gegenteil: Die meisten Sepsis-Patienten zeigen dieses Symptom nicht.

Max Stricker hat Glück. Er überlebt. Was der Auslöser für seine Sepsis war wissen die Ärzte bis heute nicht. Sie suchten in seiner Lunge nach einer Infektion, nahmen die Haut genau unter die Lupe, forschten im Magen und Verdauungstrakt, fanden aber nichts.

280.000 Sepsis-Fälle, 70.000 Tote jedes Jahr – angesichts dieser Zahlen ist es erstaunlich, dass nicht mehr über die Sepsis gesprochen wird. Auch viele niedergelassene Ärzte haben diese Möglichkeit nicht im Hinterkopf. Eine moderne mikrobiologische Diagnostik könnte die Risiken deutlich senken, schreibt die Deutsche Ärztezeitung. Doch die ist nicht überall verfügbar. Außerdem müssten Ärzte und Bevölkerung besser über die Gefahren und Symptome von Blutvergiftungen aufgeklärt werden. Jeder vierte Todesfall sei vermeidbar. Alarmzeichen, auf die auch Angehörige achten sollten, sind Verwirrtheit, ein deutliches Absacken des Blutdrucks und eine hohe Pulsfrequenz.

Kann man sich denn vor einer Sepsis schützen? Eine Blutvergiftung kann theoretisch aus jeder Infektion entstehen, die der Körper durchmacht. Es gibt also keinen absoluten Schutz. Man kann die Gefahr nur senken – durch Impfungen und das Einhalten aller Hygienestandards.

# Saufen und Paffen...

...schädigt die Gefäßfunktion bei Jugendlichen

Nikotin- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen schadet den Gefäßen mehr als man bislang glaubte und erhöhe damit das Herz-Kreislauf-Risiko. Dies berichtet eine der weltweit renommiertesten kardiologischen Zeitschriften, das *European Heart Journal*. Wie dort zu lesen ist, gibt es in Sachen Rauchen eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung: Je mehr man raucht, desto größer ist der Gefäßschaden. Weniger klar ist diese Beziehung im Hinblick auf den Alkoholkonsum. Da nämlich kann es durchaus sein, dass ein niedriger Alkoholkonsum von Vorteil ist, während ein höherer Alkoholkonsum die Gefäße schädigt, und damit das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen kann.

»Der eindeutige Hinweis auf Gefäßschäden durch Alkohol und Tabak ist etwas überraschend, zeigt aber die potentielle Gefahr der beiden Drogen«, kommentierte der Mainzer Medizinprofessor Thomas Münzel in einem Leitartikel der Zeitschrift die neuen Befunde. Gleichzeitig verwies er auf die recht unterschiedlichen Bemühungen in Europa zur Suchtbekämpfung. So seien in England die Zigarettenautomaten seit 2011 verboten, während in Deutschland noch immer rund 350.000 solcher Automaten hängen. Das heißt, so Münzel, fast jeder dritte europäische Automat befinde sich auf deutschem Boden. Und das, obwohl man weiß, dass sich fast 10% der Kinder Zigaretten aus den Automaten besorgen.



**Prof. Dr. Thomas Münzel,**  
Kardiologe und  
Direktor der Klinik  
Kardiologie I der  
Mainzer  
Universitätsklinik

Auch die Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen sollten in Deutschland stärker berücksichtigt werden. So habe die Einführung des Nichtrauchererschutzgesetzes zu einer deutlichen Reduktion (-26%) von Herzinfarkten bei Nichtrauchern geführt. In England nahm man diese Zahlen als Grundlage und führte 2016 ein Rauchverbot in Autos ein, um vor allem Kinder vor den schädlichen Auswirkungen von Passivrauchen zu schützen. Hierzulande hingegen blieben mehrere Initiativen des Deutschen Krebsforschungszentrums, das Rauchen in Autos in Anwesenheit von Kindern verbieten zu lassen, erfolglos. Außerdem, so Münzel weiter, sei es ein Skandal, dass Deutschland nach Einführung eines Zigarettenwerbeverbots in Bulgarien das nunmehr einzige Land in Europa sei, das öffentliche Werbung für Zigaretten erlaube.

Konkret fordert Professor Münzel:

- die Verfügbarkeit von Alkohol und Zigaretten zu reduzieren
- Zigarettenautomaten abzuhängen
- die Altersgrenze von 18 Jahren beim Kauf von Alkohol und Zigaretten, einschließlich E-Zigaretten und Shishas, strikt zu prüfen
- die Preise für Alkohol und Zigaretten deutlich zu erhöhen
- die Zigarettenwerbung auch in Deutschland sofort verbieten
- Kinder wirksamer vor Passivrauchen zu schützen





# Warum Bewegung bei »Verschleiß« hilft

Seinen Ruhestand hatte sich Dr. Thomas L. ganz anders vorgestellt. Die ersten Jahren nach seiner Pensionierung übertrafen seine Erwartungen: Gesund, körperlich und geistig topfit und auch als Experte in seinem Beruf weiterhin gefragt, genoss er die Freiheit, seine Zeit selbst gestalten zu können. Die befürchtete und von manchen prophezeite Langleweiligkeit, Niedergeschlagenheit oder gar Gefühle von Leere nach seinem sehr aktiven Berufsleben blieben aus. Sportlich war er schon immer gewesen. Tennis spielte er gerne und gut, und dafür war jetzt endlich mehr Zeit. Nach den ersten fünf sehr guten Jahren, gerade 71 geworden, meldeten sich Rückenschmerzen. Gedanken machte er sich keine. Als Arzt war sein beruflicher Schwerpunkt die Schmerzforschung. Auch wenn er selbst nicht in der Patientenversorgung arbeitete wusste er schließlich, dass viele Menschen dieses Problem immer wieder mal haben. Er selbst war bisher davon weitgehend verschont geblieben, es

war bei kurzen Attacken geblieben. Und wie erwartet verschwanden die Schmerzen ebenso schnell wie sie gekommen waren. Zunächst jedenfalls, nur um bald darauf erneut aufzutreten. Zuversicht und Enttäuschung wechselten sich in den folgenden Monaten ab. Als die Schmerzen immer länger anhielten, stärker wurden und auch bei Bewegung und sportlicher Anstrengung nicht zurückgingen, legte er den Tennisschläger für einige Wochen in die Ecke. Die Hoffnung, das Problem durch Schonung zu lösen, trog: Auch nach zunehmend längeren Pausen ging der Schmerz nicht zurück. Im Gegenteil, die Beschwerden meldeten sich jetzt auch schon bei geringer körperlicher Anstrengung.

## Im Labyrinth der Diagnosen und Therapien

Rat suchte er bei ihm bekannten ärztlichen Kollegen. Untersuchungen mit dem Kernspinn und einer Computertomographie zeigten Ver-

änderungen der Wirbelsäule. Sie wurden unterschiedlich bewertet, mal als altersentsprechend, mal als fortgeschrittener Verschleiß. Er hörte Erklärungen wie Wirbelgleiten, Vorwölbungen der Bandscheiben und eine schwere Arthrose der kleinen Gelenke der Wirbelsäule. Diagnosen, die er kannte, aber nie mit sich in Verbindung gebracht hätte.

Unterschiedliche Behandlungen wurden empfohlen: Injektionen mit Cortison, Einnahme von starken Schmerzmitteln über einen längeren Zeitraum. Schließlich riet man ihm zu einer nicht ungefährlichen Versteifungsoperation der Wirbelsäule. Die Erklärungen und Therapieempfehlungen der Kollegen ließen ihn ratlos zurück. Um Schmerz zu vermeiden und den Verschleiß nicht zusätzlich zu verschlimmern, bewegte er sich immer vorsichtiger, hörte schließlich ganz auf, Tennis zu spielen. Bei geringer körperlicher Aktivität waren die Beschwerden jetzt zwar erträglich, aber auch



seine Lebensqualität war deutlich eingeschränkt. Plötzlich und erstmals fühlte er sich richtig alt.

Ein Fallbeispiel von vielen. Sätze wie »Ich bin verbraucht« oder »Meine Wirbelsäule ist verschlissen« fallen bei schmerzgeplagten Patienten regelmäßig und lösen mit zunehmendem Alter oft quälende Ängste aus: »Bleibt das jetzt so, wird es in Zukunft noch schlim-

mer? Werde ich gar irgendwann zum Pflegefall?« Eine verständliche Sorge. Älter werden und Schmerzen scheinen eng miteinander verknüpft zu sein. Und die Angst vor beidem kann die Symptome verstärken.

Fast alle Menschen leiden im Laufe ihres Lebens mindestens einmal unter länger anhaltenden und starken Rückenschmerzen, nur jeder fünfte bleibt davon verschont. Mit

zunehmendem Alter scheint auch die Zahl der Betroffenen zuzunehmen. In medizinischen Lehrbüchern wird dies üblicherweise auf »Verschleißerscheinungen« der Wirbelsäule zurückgeführt, die das Röntgenbild, die Computertomografie oder der Kernspin sichtbar macht. Diese Veränderungen werden häufig als Grund für die Schmerzen gewertet. Meist vorschnell, denn »Verschleiß« zeigt sich auch bereits bei fast allen jungen Menschen.

### Alternativen zu »einschneidenden« Maßnahmen

Die Aussicht auf eine schwere Operation an der Wirbelsäule macht Thomas L. Angst. Als letzten Versuch aber fast ohne Hoffnung auf Linderung nahm er an einer 3-wöchigen stationären Schmerztherapie teil. Das Team aus Ärzten, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten machte ihm klar, dass der aktuelle Bewegungsmangel und die inzwischen eingetretene muskuläre Schwäche zwar nicht die Ursache für das Schmerzgeschehen waren, jetzt aber ein ganz entscheidender Grund für die anhaltenden Beschwerden, für die Chro-



nifizierung. Inzwischen war tatsächlich aufgrund der langen und für ihn ungewohnten Schonung von seiner früheren Fitness nicht mehr viel übrig. Mit Anleitungen für die nächsten Wochen, konkreten Übungen zum Aufbau der geschwächten Muskulatur und Verbesserung der Beweglichkeit wurde er entlassen.

Bei einer Nachbefragung nach zwei Jahre schilderte Thomas L. eine völlig veränderte Situation: Er sei seit einem Jahr schmerzfrei, habe wieder begonnen, Tennis zu spielen und sei darüber sehr froh. Er habe die in der Schmerztherapie erlernten Verfahren zur Kräftigung der stabilisierenden Rückenmuskulatur fortgeführt und durch eigene Übungen ergänzt. »Einen Erfolg habe ich allerdings erst nach mehreren Monaten gespürt, und auch dann gab es noch starke Schwankungen«, berichtet er. »Darauf hat man mich aber in der Klinik vorbereitet«. Alles in allem habe es fast ein Jahr gedauert, bis er ganz sicher gewesen sei, langfristig eine Lösung gefunden zu haben. Im Rückblick seien die verschiedenen Behandlungsempfehlungen, vor allem die Operationen, für ihn nicht mehr nachvollziehbar und vermutlich wenig sinnvoll gewesen. Im Nachhinein sei er sehr irritiert und vor allem

enttäuscht über die verwirrenden und widersprüchlichen Diagnosen und Empfehlungen. Seine eigenen Erfahrungen werde er als Redner bei einem bevorstehenden Orthopädenkongress in den Mittelpunkt seines Vortrages stellen. »Hoffentlich«, so sagt er, »kapiere meine Kollegen endlich, dass man Schmerz nicht auf Bildern sehen kann«.

Dieses Fallbeispiel zeigt ein typisches Problem bei Rückenschmerzen: Der Schwerpunkt der Diagnostik liegt auf der Bildgebung, die die Schmerzbeschreibung des Patienten und deren Intensität scheinbar bestätigt. »Schwere degenerative Veränderungen« als Diagnose sind ein hartes Urteil, das die Betroffenen oft rat- und hoffnungslos zurück lässt. Verschleiß lässt sich schließlich nicht mehr rückgängig machen, kann also nur schlimmer werden. Bei Senioren sind »Verschleißerscheinungen« der Wirbelsäule aber die Regel und so normal wie Falten im Gesicht. Schmerzen verursachen diese Alterserscheinungen meist nicht, weder im Gesicht noch im Rücken.

Werden diese normalen körperlichen Veränderungen aber, wie so oft, als Erklärung für Rückenschmerzen missverstanden, entstehen

Ängste vor einer »unausweichlichen Verschlimmerung«. Zudem sind bei dieser »Diagnose« Schonung und weniger Bewegung die logische Konsequenz. Das führt dann tatsächlich zum Verlust an Muskelkraft und -ausdauer und erhöht das Schmerz-Risiko.

### Rückenschmerzen nehmen im höheren Lebensalter ab

Über die Lebensspanne betrachtet steigt die Zahl der bis zum 60. Lebensjahr von Rückenschmerzen betroffenen Menschen tatsächlich. Lange wurde einfach vorausgesetzt, dass sich dieser Trend auch jenseits des 60. Lebensjahres bis ins höhere Alter fortsetzt, dass nicht nur Rückenschmerzen sondern Schmerzen insgesamt zunehmen. Diese Theorie gilt durch die Befragung großer Bevölkerungsgruppen mittlerweile als widerlegt. Einige Schmerzarten treten tatsächlich häufiger auf. Dazu gehören typischerweise Schmerzen in den großen Gelenken wie Knie und Hüfte und kleineren Gelenke wie in den Händen und Füßen. Andere Schmerzen hingegen werden drastisch weniger z.B. Kopf-, Gesichts- und Bauchschmerzen. Auch in sorgfältig durchgeführten Untersuchungen zur Häufigkeit von



Rückenschmerzen, bei denen Menschen von 18 bis über 80 befragt wurden, zeigt sich ein unerwarteter Rückgang vor allem in der ältesten Gruppe – wohlgermerkt der mit dem stärksten »Verschleiß«. Das heißt: Verglichen mit allen jüngeren Altersgruppen haben Menschen über 80 die wenigsten Rückenschmerzen. Der Orthopäde Gordon Waddell stellt dazu fest: »Verschleißerscheinungen liefern einen Hinweis auf das Alter eines jeweiligen Menschen, sagen aber eigentlich nichts über seine Rückenschmerzen aus. Das ist so wie mit grauen Haaren, man würde ja auch nicht sagen, dass graue Haare der Grund für Kopfschmerzen sind.«

Patienten und Behandler, so die Ergebnisse einer Vielzahl von Studien, tendieren dazu, lang gehegte Fehleinschätzungen beizubehalten. Belegt ist inzwischen folgendes zu Schmerzen im höheren Lebensalter

- Schmerzen nehmen nicht grundsätzlich mit dem Alter zu, Rücken- und Gesichts- und Kopfschmerzen werden weniger
- Sichtbaren Veränderungen der Wirbelsäule sind in der Regel einfache Alterserscheinungen und keine Ursache von Rückenschmerzen

### Schmerz und Angst, eine ungünstige Kombination

Wie stark Schmerzen im Alltag einschränken, hängt auch mit Befürchtungen, Ängsten und Einstellungen zusammen. Wer Bewegung oder gar Sport für schädlich hält, wird sich eher schonen – und fördert damit ungewollt weiteren körperlichen Abbau. Auch viele Ärzte neigen dazu, mit zunehmendem Alter der Patienten die Bedeutung von Bewegung und körperlicher Anstrengung immer geringer einzuschätzen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ausschließlich Schmerzmittel als Therapie verschrieben werden, nimmt dagegen zu, je älter ein Patient ist. Diese Verordnungspraxis ist längst Routine geworden und hat zu ungünstigen Entwicklungen geführt: Problematisch sind, neben der begrenzten Wirksamkeit selbst starker Medikamente über längere Zeiträume, die nachteiligen Wirkungen auf Bewegung, Stimmung und geistige Leistungsfähigkeit. Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Arzneimitteln führen häufig zu Schwindel, Gangunsicherheiten und eingeschränkter Beweglichkeit. Damit erhöhen sie die Sturzangst und das Sturzrisiko.

Der entscheidende Teil der Behandlung beginnt mit dem ersten Kontakt beim Arzt. Bereits hier werden die Weichen gestellt. Im Idealfall sind das eine sensible Aufklärung, die auch das Für und Wider der einzelnen diagnostischen Verfahren zum Thema macht sowie Anregungen für Aktivitäten im Alltag, die dem Erhalt der Mobilität dienen. Ziel ist es, Bewegungängste abzubauen und die Selbständigkeit und Lebensqualität älterer zu Menschen fördern. Aufgrund dieser Erkenntnisse hat sich 2004 in England die »parkrun«-Bewegung entwickelt. In kleinen Gruppen verabreden sich vor allem ältere Menschen, um gemeinsam zu gehen oder zu joggen. Inzwischen gibt es in England ein dichtes Netz solcher Angebote. Auch in Deutschland kommt diese Initiative langsam in Gang.

Ausdauer, Kraft und Flexibilität sind auch im höheren Alter trainierbar und die beste Therapie gegen Schmerzen und Einschränkungen. Warum das so ist, erklären möglicherweise Befunde der Sportmedizin: Sportliche Aktivität führt zur Freisetzung entzündungshemmender Substanzen direkt durch die Muskulatur. Nicht nur Schmerz sondern auch Stimmung, Schlaf und Denken werden dadurch günstig beeinflusst.

PN

## Notrufnummern

**Polizei**  
110

**Feuerwehr und Rettungsdienst**  
112

**Kinderärztlicher Notdienst**  
06131-67 47 57

**Ärztlicher Notdienst**  
06131-19 292

**Privatärztlicher Notdienst**  
08000-69 44 69

**Augenärztlicher Notdienst**  
06131-22 86 84

**Zahnärztlicher Notdienst**  
06131-17 30 41

**Giftnotruf**  
06131-19 240 und 06131-23 24 66

**Apothekennotdienst**  
0800-22 82 280

**KV-RLP Ärztl. Bereitschaftsdienst**  
116 117

**Tierärztlicher Notdienst**  
06131-53 530

**Arbeiter-Samariter-Bund**  
06131-19 222

**DRK Rettungsdienst**  
06131-570 750

**Johanniter Unfallhilfe**  
06131-93 55 555

**Malteser Hilfsdienst**  
06131-28 580

**Zahnärztlicher Notdienst**  
Mainz-Innenstadt: 01805 - 666 160  
Vororte: 01805 - 666 161

# Medizin-News

## Giftige Gardinen

Es ist nicht nur Tabakrauch, der der Lunge schadet. Auch Rauchrückstände, die sich zum Beispiel in Kleidern, Wänden, Raumtextilien oder auf Möbeln festsetzen, sind schädlich, berichten spanische Wissenschaftler. Der sogenannte »Thirdhand Smoke« kann über den Mund aufgenommen, inhaliert oder sogar durch die Haut absorbiert werden. Vor allem für Kinder stellt er eine Gefahr dar, zum Beispiel wenn sie über den Teppich eines Raucherhaushalts krabbeln oder Gegenstände in den Mund nehmen, die Rauch ausgesetzt waren. In Tierversuchen wurden Hyperaktivität, Veränderungen im Leberstoffwechsel, eine vermehrte Thromboseneigung und Mutationen in der DNA beobachtet. Bislang ist in der Öffentlichkeit nur wenig über die gesundheitlichen Auswirkungen der Rauchrückstände bekannt.



## Macht O-Saft doch nicht dick?

Jahrelang galten Fruchtsäfte wegen ihres hohen Zuckergehalts als ungesund. Eine neue Studie der Universitäten Kiel und Hohenheim scheint das zu widerlegen. Die Teilnehmer der Untersuchung nahmen zwei Wochen lang dreimal täglich 0,4 Liter Orangensaft zu sich. Einmal zu den drei Mahlzeiten und in einer zweiten Versuchsordnung dazwischen. Das Ergebnis: wird der Saft zum Frühstück, Mittag- und Abendessen getrunken, nahmen die Probanden kein Gramm zu. Anders war es, wenn sie den Saft zwischen den Mahlzeiten tranken – dann führte der flüssige Snack zu einem leichten Anstieg des Körperfetts. Der Studienleiter hält fest: Orangensaft ist eine wertvolle Ergänzung zu einer Mahlzeit, denn sie enthält Kalium, Folsäure und Vitamin C. Das Glas Orangensaft zum Frühstück ersetze eine Portion Obst und Gemüse.

## Alkohol macht Lust auf Ungesundes

so das Ergebnis einer US-Studie. In der Befragung gaben Studenten an, dass sie nach einem alkoholreichen Abend vor dem Schlafengehen eher noch zu kalorienreichen Snacks wie Nüssen oder Chips griffen, als an Abenden ohne Promille. Da zogen sie Gesünderes wie Gemüse oder Obst vor. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass mit Restalkohol im Blut das Frühstück am nächsten Morgen eher gesundheitsbewusst ausfiel, war geringer. Statt Müsli und Milchprodukten ging der Appetit nach Alkoholgenuss dann in Richtung einer Großportion Rührei mit Speck.



## Krankes Herz durch schlechte Mundhygiene

Personen mit einer schlechten Mundhygiene, die ihre Zähne weniger als zweimal zwei Minuten täglich putzten, hatten einer Untersuchung zufolge ein dreifach höheres Risiko, an einem Herzinfarkt, Herzversagen oder Schlaganfall zu sterben. Das berichteten japanische Wissenschaftler auf der Jahrestagung der American Heart Association in Chicago. Das deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien: Sie stellen fest, dass Menschen mit mangelnder Mundhygiene häufiger an Problemen der Herzklappen leiden, und dass der Erfolg einer Blutdruck-Therapie bei Patienten mit Parodontitis geringer ist, als bei Patienten mit gesundem Zahnfleisch.

# Richtig oder falsch:

**Scheinoperationen der Schulter sind genauso erfolgreich wie »echte« Operationen.** ✓

Unter Schulterschmerzen leiden viele Menschen über 40, wenn sie den Arm anheben oder auf der betroffenen Seite liegen. Ursache ist häufig eine Verengung im Bereich des Schultergelenks. Eine chirurgische Erweiterung, so die Annahme, schafft mehr Platz für die dort verlaufenden Sehnen, sie können so wieder schmerzfrei durch diesen Engpass gleiten. Der Eingriff wird arthroskopisch durchgeführt und erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Für viele Operationen wird jedoch ein erheblicher Placebo-Effekt angenommen. In diesem Jahr wurden zwei sehr ähnliche Studien zu diesem Thema veröffentlicht. Verglichen wurden jeweils drei Gruppen: Patienten der ersten Gruppe wurden nicht operiert sondern konservativ behandelt oder warteten ab. Bei den Patienten der zweiten Gruppe wurde die Einengung operativ erweitert, was in beiden Studien eine leichte Verbesserung gegenüber nicht operierten Patienten zur Folge hatte. Für große Ernüchterung und heftige Diskussionen sorgte allerdings der Vergleich mit einer dritten Gruppe: Hier wurde eine Arthroskopie durchgeführt ohne den Engpass tatsächlich zu vergrößern. Für Patienten war dieser Schein-Eingriff von einer »echten« Operation nicht zu unterscheiden. Die Ergebnisse der Scheinoperation und der echten Operation waren gleich. Die Autoren empfehlen, mit dieser Art von Schulteroperationen sehr zurückhaltend zu sein und stattdessen physiotherapeutisch zu behandeln.

**Teamarbeit senkt das Sterberisiko bei Schenkelhalsbrüchen.** ✓

Viele Köche können zwar den Brei verderben. Bei Oberschenkelhalsbrüchen ist aber das Gegenteil der Fall, berichten Experten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Von 55 000 betroffenen Patienten über 80 wurden 40% ausschließlich unfallchirurgisch und 60% interdisziplinär behandelt. Innerhalb des ersten Monats nach dem Bruch starben 13% der nur chirurgisch versorgten Patienten. Wurden Patienten dagegen durch ein Team von Unfallchirurgen, Geriatern, Physiotherapeuten und Sozialdienst versorgt, starben knapp 10%. Etwa 1000 Menschen mehr überleben also durch diese kombinierte Therapie. Gerade bei älteren Menschen bestehen meist zusätzliche Erkrankungen, die von Geriatern behandelt werden. Über die schnelle Versorgung des Bruchs hinaus, innerhalb von 24 Stunden, ist eine altersgerechte Schmerztherapie wichtig. Das Ziel, eine sofortige Mobilisation mit voller Belastung, kann durch diese Behandlungskombination erreicht werden. Vermieden werden dadurch der durch längeres Liegen verursachte Muskelabbau von bis zu einem Kilo Muskelmasse pro Woche und typische Komplikationen wie Atemwegserkrankungen. Durch eine frühzeitige Rehabilitation ist die Chance, ein selbstständiges Leben zu führen, deutlich verbessert.

**E-Bike fahren hat keinen Trainingseffekt** ✗

Für Mountainbiker ist die Schweiz ein Paradies, für normale Radler eher nicht. E-Bikes können helfen, Steigungen leichter zu nehmen, aber stehen in Verdacht, Faulheit zu fördern und nicht anstrengend genug zu sein. Dabei ist Radfahren eine gelenkschonende und gesundheitsfördernde Bewegungsform. Überrascht waren Schweizer Sportmediziner, als sie die Fitness von E-Bikern und konventionellen Radfahrern verglichen. Beide Gruppen hatten zuvor ein Trainingsprogramm absolviert, entweder auf E-Bikes oder mit normalen Fahrrädern. Die Teilnehmer waren zu Beginn alle untrainiert und übergewichtig. Im folgenden Monat mussten sie an 3 Tagen pro Woche mindestens 6km radeln, mehr war erlaubt. Gemessen wurde vorher und nachher die Kapazität der Sauerstoffaufnahme, ein Kriterium für die körperliche Leistungsfähigkeit. Nach 4 Wochen hatte sich die Fitness beider Gruppen verbessert, die der E-Biker tendenziell sogar mehr. Sie strampelten auch häufig ohne elektrische Unterstützung, waren schneller unterwegs und absolvierten insgesamt sogar mehr Höhenmeter.

PN





# Medizinische Versorgung akut erkrankter älterer M

Akutgeriatrie und Alterstraumazentrum im Katholischen Klinikum Mainz

Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau, Instabilität und Isolation – die Liste möglicher Probleme besonders älterer Menschen ist lang. Für diese sogenannten »geriatischen I's« ist eine recht junge ärztliche Fachrichtung zuständig. Der erste Lehrstuhl für Altersmedizin in Deutschland wurde zwar bereits 1970 eingerichtet. Aber erst seit 25 Jahren werden geregelte Zusatzweiterbildungen in diesem Fach angeboten. Inzwischen vergeben fast alle Ärztekammern die Zusatzbezeichnung oder den Schwerpunkt »Geriatric«. Voraussetzung ist eine theoretische und praktische Weiterbildung mit einer Abschlussprüfung. Gerade rechtzeitig, denn der Bedarf an speziell für diese Altersgruppe geschulten Ärztinnen und Ärzten nimmt mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen rasant zu.

Kritische Situationen entstehen vor allem in Folge von alterstypischen chronischen Vorerkrankungen wie Diabetes oder Atemwegserkrankungen und wenn Kraft und Ausdauer nachlassen. Solche Menschen sind besonders gefährdet, vor allem wenn sie noch zusätzlich akute Beschwerden oder einen Unfall haben. Hausarzt und Ärzte in Notaufnahmen der Kliniken sind in diesen Situationen oft überfor-

dert. Die Fälle sind komplex und ihnen fehlt oft schlicht die Zeit.

## Teamarbeit nimmt in der Medizin zu

In über 300 Kliniken in Deutschland wird deshalb mittlerweile eine sogenannte »geriatische frührehabilitative Komplexbehandlung« angeboten. Hinter diesem sperrigen Begriff verbirgt sich ein Konzept für Teamarbeit, wie es inzwischen auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung Einzug gehalten hat, etwa bei der Krebsbehandlung, Schmerztherapie oder in der Palliativmedizin. In Mainz sind das Katholische Klinikum Mainz (KKM) und die Universitätsmedizin auf die Behandlung akut erkrankter Senioren spezialisiert, die zusätzlich unter alterstypischen Beschwerden und Risikofaktoren leiden.

Chefarzt der Akutgeriatrie im KKM ist seit 2016 Dr. van den Abeelen. Nach dem Umzug vom »Hildegardis« ins »Vinzenz« steht der Abteilung ein frisch renoviertes Stockwerk zur Verfügung. Die hellen Patientenzimmer, freundlich gestaltete Flure und Räume bieten viel Platz für Gruppenbehandlungen und Teambesprechungen. Auch »Ecken«, in denen man sich zurückziehen, miteinander reden

oder Besucher empfangen kann finden sich. Die beiden Enden der Station werden von hellen und bis zum Boden verglasten Balkonen begrenzt, die einen außergewöhnlichen Blick über die Stadt und das Umland bieten.

## Geriatric – eine junge Fachrichtung für alte Menschen

Was ist das Besondere an der Akutgeriatrie? Die Patientinnen und Patienten sind in der Mehrzahl älter als 80 Jahre. Entscheidend ist aber nicht das Lebensalter in Jahren sondern das biologische Alter. Behandelt werden fast alle medizinischen Probleme, die mit den Jahren häufiger auftreten: Schlaganfälle, Herzschwäche und Parkinson. Droht ein Mensch seine Selbständigkeit im Alltag zu verlieren, so wird dies bei der Aufnahme besonders gewichtet.

Bei »einfachen« akuten Erkrankungen oder nach Unfällen ohne Verlust der sogenannten »Funktionalität« ist eine umfangreiche Behandlung durch ein Team oftmals nicht notwendig. Brüche durch Stürze, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen und auch Schlaganfälle können in jedem Alter vorkommen und natürlich auch in Kliniken ohne ger-



# enschen

iatrischen Schwerpunkt behandelt werden. Und für den drohenden Verlust der Selbständigkeit ohne akute medizinische Problematik sind spezialisierte Reha-Kliniken zuständig. Der MedizinMainzer sprach mit dem Chefarzt, Dr. van den Abeelen: »Das gleichzeitige Auftreten von beidem - einer akuten Erkrankung und die Gefährdung der Selbständigkeit - stellen das typische Risiko älterer Menschen dar. Und genau diese Kombination ist entscheidendes Kriterium für die Behandlung durch unser Team im KKM«.

Bei der Aufnahme werden typische Alterssyndrome erfasst. Dazu gehören Defizite bei Gedächtnis, Konzentration und Orientierung, und Anzeichen für eine beginnende oder bestehende Demenz. Viele Patienten sind davon betroffen. Dazu kommen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Niere und degenerative Erkrankungen. Auch Themen wie emotionale Belastungen durch z.B. Ängste oder eine Depression sind Inhalt der Aufnahmeuntersuchung. Ebenso pflegerische Aspekte wie die Einschätzung der Lebenssituation durch den Sozialdienst. Um notwendige Hilfen zu Hause und Versorgungsmöglichkeiten nach der Entlassung zu planen, werden auch die

Wohnsituation, Fragen zur Vorsorgevollmacht, zu Patientenverfügung und Pflegegrad besprochen und dokumentiert.

Eher nicht geeignet ist die Akutgeriatrie bei fortgeschrittener Demenz, für chronisch bettlägerige Patienten mit Kontrakturen, Menschen mit metastasierenden und behandlungsbedürftigen Tumorerkrankungen, mit schwerer Depression ohne Motivation und mit Suizidgefährdung. Letztendlich wenig sinnvoll ist die Aufnahme für alle Patienten, die an der Behandlung nicht teilnehmen wollen oder können.

## Therapie im Team

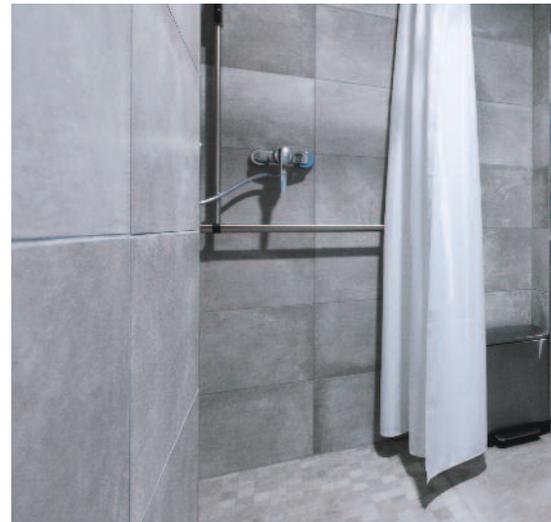
Arzt, Pflege, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopädin, Sozialdienst, Psychologen und in einigen Fällen auch die Seelsorge legen gemeinsam mit den Patienten die Behandlungsziele fest. Die werden bei der täglichen Visite besprochen und sind natürlich veränderbar.

So sind etwa Patienten, die sich nach einem Sturz zunächst darüber freuen, kurze Wegstrecken mit einem Rollator zu bewältigen, nach einer intensiven Physiotherapie in der Lage, sich mit anderen Gehhilfen zu bewegen. In

einem nächsten Schritt wollen sie auch darauf verzichten und wieder »normal« gehen lernen. Patienten, die ihre Ziele verändern, werden darin unterstützt. Das Behandlungsteam stellt sich darauf ein und bespricht, was realistisch erreichbar ist. Andere Patienten brauchen Anregungen und Training für Bewegung und Koordination, benötigen Logopädie nach Schlaganfällen mit Sprachstörungen. »Unser Ziel ist, dass der Alltag auch nach der Entlassung wieder selbständig bewältigt wird. Deshalb achten wir darauf, dass die Patienten sich beispielsweise bereits in der Klinik alleine waschen und ihr Bett machen« erläutert Dr. van den Abeelen.

Diese spezielle geriatrische Pflege wird auch »Pflege mit der Hand in der Kitteltasche« genannt. »Statt den Patienten vorschnell Hilfe anzubieten, beobachten wir zunächst, was Patienten selbständig können. Auf alles flexibel zu reagieren, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und zu erweitern, das steht im Mittelpunkt der Behandlung«.

Der Aufenthalt dauert im Durchschnitt etwa 17 Tage. Der Tagesablauf ist durchstrukturiert, die Termine für Gruppen- und Einzelbehand-



lungen, Visiten und Besprechungen werden in einem »Stundenplan« festgeschrieben.

Einen zentralen Stellenwert hat die Bestandsaufnahme der Medikamente. Jede Arznei und ihre Dosierung werden überprüft. Oft kann die Dosis geändert werden, z.B. bei einem Schlafmittel das – um ein Drittel reduziert – noch genauso wirkt. Auch bei Schmerztabletten ist es häufig sinnvoll, weniger zu geben. Gemeinsam mit dem Patienten sucht man nach einer angemessenen Dosierung, die die Schmerzen senkt, und gleichzeitig weniger Nebenwirkungen hat. »Das unterscheidet die geriatrische stationäre von der ambulanten Behandlung«, so Dr. van den Abeelen. »Ambulant muss oft schnell gehandelt werden, oft wird auf Schmerzäußerungen mit einer sofortigen Dosissteigerung reagiert oder ein stärkeres Mittel gegeben, um eine Linderung zu erzielen«. Orientierungslosigkeit, Verwirrtheit und Gedächtnisprobleme können sich auch durch Arzneimittel entwickeln. Diese sogenannte »medikamentöse Demenz« ist zwar vor allem in den USA ein Thema, inzwischen aber auch in Deutschland ein zunehmendes Problem.

»Die Vielzahl von Medikamenten und ihre möglichen Nebenwirkung kann ein einzelner Arzt nicht mehr überblicken. Deshalb verwenden wir ein speziell für ältere Menschen entwickeltes Computerprogramm, das die Arzneien in mehrere Gruppen einteilt und auch ihre Wechselwirkungen berücksichtigt, was uns besonders wichtig ist. Eine weitere Liste, die wir nutzen, ist eine Negativliste, die klare Kontraindikationen angibt. Viele Medikamente wurden nie an älteren Personen getestet und können deshalb zu unangenehmen Überraschungen führen« so Chefarzt Dr. van den Abeelen.

### Kleine Teams und persönlicher Zugang

Ein Pflorgeteam ist nicht mehr wie sonst üblich für eine ganze Station zuständig, erläutert Pflegedienstleitung Frau Vor. Kleinere Pflegeeinheiten, sogenannte Units wurden im KKM eingeführt. Sie bestehen jeweils aus einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft, die für 10 Patienten verantwortlich sind. Mit diesem neuen Versorgungskonzept wird die optimale Patientenversorgung mit hoher Mitarbeiterzufriedenheit verbunden. Ziel ist es, die Gruppengröße auf 8 Patienten zu verringern, um noch besser persönlich auf jeden einzelnen eingehen zu können. Voraussetzung für diese Form der interdisziplinären Therapie ist die kontinuierliche Zusammenarbeit und Verbindlichkeit der verschiedenen Arbeitsgruppen. Die Unit Struktur bietet genau diese Möglichkeiten. Feste Teams mit verschiedenen Fachärzten, Pflege und anderen beteiligten Bereichen arbeiten zusammen und informieren sich in regelmäßigen Teamsitzungen, diskutieren über Patienten und Behandlungspläne. Zur Arbeit im multiprofessionellen Team gehören eine tägliche Frühbesprechung und ein tägliches Teamgespräch von mindestens 45 Minuten Dauer für jeweils 10 betreute Patienten. »Team heißt nicht, der Arzt redet und alle anderen sind still, sondern die verschiedenen Meinungen und Informationen werden nicht nur gehört sondern auch ernst genommen«, so Dr van den Abeelen.

Gute Geriatrie ist wesentlich eine Frage der Haltung und klarer Regeln, die altmodisch klingen aber für jeden im Team verbindlich sind. Dazu gehört, dass feste Zeiten vereinbart und auch von allen eingehalten werden. Visiten werden nicht zu beliebigen Zeiten durchgeführt. Jeder im Team fühlt sich verantwort-

lich und verpflichtet, diese Vereinbarungen einzuhalten und es nicht dem Zufall zu überlassen, ob dafür gerade Zeit ist. Dr. van den Abeelen: »Klare Strukturen gestalten den Alltag. Fester Bestandteil des Tagesablaufes sind außerdem auch kurze Besprechungen von 10 bis 15 Minuten Dauer, bei denen alle, also Pflege, Therapeuten, Ärzte, die Frage besprechen »wie war unser Tag«. Was war gut, was war schlecht, welche Schwierigkeiten gab es. Die Zufriedenheitsmessung dient der Lösung von Problemen und dem Spannungsabbau. Nach klaren Regeln werden auch emotional schwierige Themen besprochen, ohne dass der Einzelne Angst haben muss, fertig gemacht zu werden. Da kochen die Gefühle schon mal hoch, auch miese Erlebnisse werden angesprochen«. Früher gab es lange Flure, in denen jeder für sich gearbeitet hat, heute findet die Therapie in kleinen Gruppen statt und erfordert, dass nicht nur mit den Patienten, sondern auch im Team häufiger und klarer miteinander gesprochen wird.

### Das Alterstraumazentrum – frühe Weichenstellung bei Unfällen

Ergänzt wird das Behandlungsangebot durch ein Alterstraumazentrum. Werden ältere Menschen mit typischen Knochenbrüchen in die Notaufnahme eingeliefert, sind die Mitarbeiter der Akutgeriatrie oft von Beginn an beteiligt. Fast die Hälfte der Patienten kann danach direkt nach unfallchirurgischer Versorgung innerhalb der Klinik verlegt und geriatrisch weiter behandelt werden. Das ist für beide Seiten entlastend: Die weiterbehandelnden Ärzte kennen die Patienten und sie kennen ihre Behandler schon sehr früh.

Oberschenkelhalsbrüche waren früher für viele Menschen der Anfang vom Ende: Die unge wohnte Umgebung im Krankenhaus, nicht



selten zum ersten Mal im Leben, schon länger bestehende Probleme mit Blutdruck und Blutzucker, lange Liegezeiten »um die Heilung nicht zu gefährden« und Komplikationen nach Operationen führten regelmäßig zu anhaltender Bettlägerigkeit und nicht selten zum Tod. Inzwischen werden solche Brüche möglichst sofort operiert, werden die Patienten bereits am 1. Tag nach dem Eingriff mobilisiert, also »aus dem Bett geworfen« und auf die Beine

gestellt. Im ersten Moment ist das für die Betroffenen zumindest überraschend und befremdlich, es ist aber geradezu lebensnotwendig: Dieses Vorgehen hat sich als wichtigste Maßnahme herausgestellt, damit Senioren tatsächlich wieder möglichst schnell auf die Beine kommen.

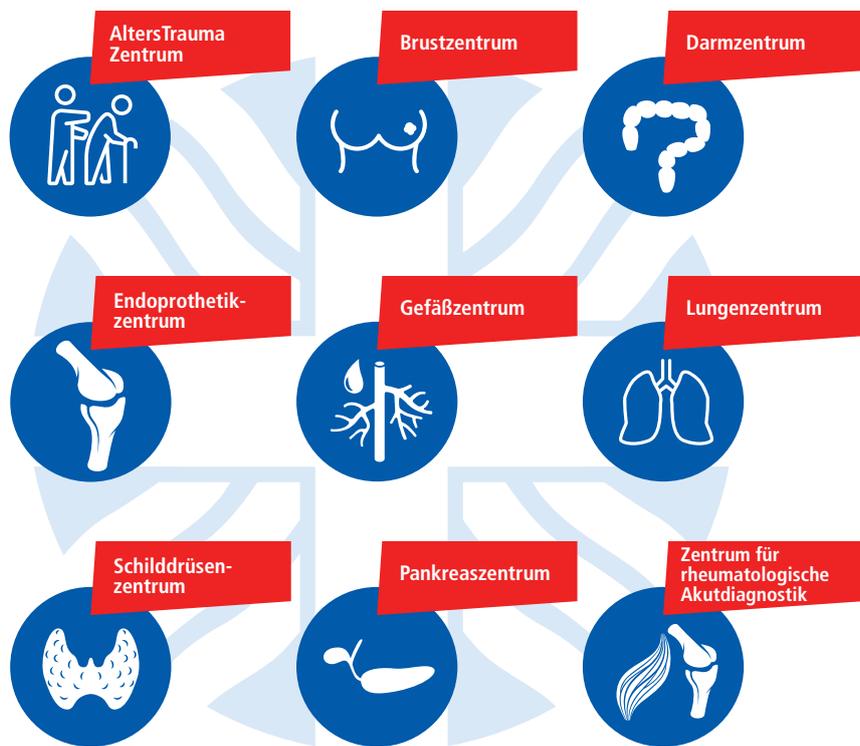
mend als »Wundermedizin«. Wenn es gelingt, wenn die Patienten bereits einige Tage nach einer Operation wieder flott unterwegs sind, ist eine anschließende Rehabilitation oft nicht mehr notwendig. Der Vorteil: die Patienten können schnell zurück in ihre vertraute Umgebung.

Frühzeitige Mobilisierung und im wörtlichen Sinne Selbständigkeit entpuppen sich zuneh-

PN

# Gesundheit aus einer Hand

Medizin von A bis Z – in unseren Zentren.



kkm-M214-04-16 DRU 875



www.kkm-mainz.de

Menschlich und kompetent. Für die Stadt und die Region.

## Porträt

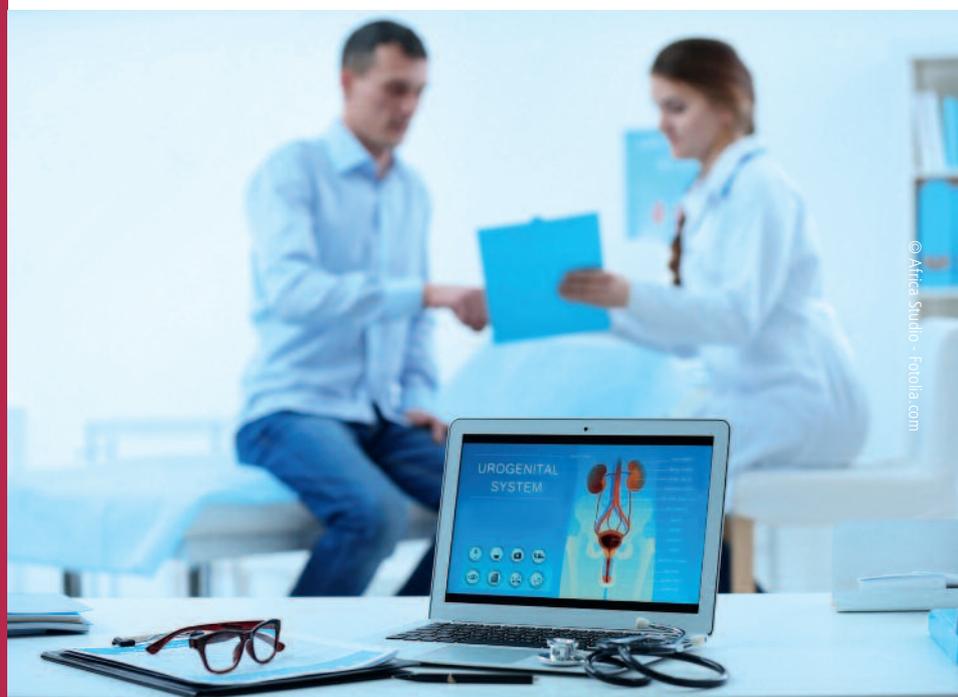
Seit drei Jahren gibt es die »Urologie Mainz Mitte« – gegründet von Dr. Johannes Fritsch und Dr. Jörg Schede. Seit ihrem Studium in der rheinland-pfälzischen Landeshauptstadt und später als Oberärzte im Klinikum Darmstadt sind die Kollegen freundschaftlich miteinander verbunden. Dass beide fast zeitgleich einen Kassensitz in Mainz bekommen haben, grenze an ein kleines Wunder, sagen sie. Sie nahmen ihre Arbeit zunächst an zwei getrennten Standorten auf und verwirklichten im Juli 2018 ihren Traum: eine gemeinsame Praxis auf großzügigen 300 Quadratmetern, in der Weißliliengasse mitten in Mainz, mit hellen, modernen Räumen und einer einladend-freundlichen Atmosphäre. Seit 2017 gehört auch noch Dr. Stefanie Cudovic zum Team. Eine Frau in diesem Männerberuf ist für manche Patientinnen ein Segen, weil sie dann leichter über sehr intime Dinge sprechen können. Neben ihrer ambulanten Arbeit in der Praxis decken die Ärzte auch das gesamte operative Spektrum der Urologie ab. Operationen, die einen stationären Aufenthalt zur Folge haben, werden im St. Vincenzkrankenhaus des KKM durchgeführt. Dort stehen ihnen zehn Belegbetten zur Verfügung und die Möglichkeit, ihre Patienten auch nach dem Eingriff zu betreuen.

Die Urologie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu einer medizinischen Schlüsseldisziplin entwickelt, deren Bedeutung aus demographischen Gründen in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Insgesamt ist Mainz mit 9 urologischen Kassensitzen in 6 urologischen Praxen, wobei 3 Urologinnen tätig sind, gut versorgt. Wartezeiten gibt es trotzdem.

# Was macht eig der Urologe?

Können Sie diese Frage umfassend beantworten? Wenn nicht, sind Sie in guter Gesellschaft. Denn viele Menschen wissen offenbar erstaunlich wenig über diese Facharzttrichtung. Das geht aus einer aktuellen Befragung im Auftrag europäischer Urologen hervor. Das Internet klärt auf: Urologen – so steht es bei Wikipedia – beschäftigen sich mit den Harnorganen, also mit Niere, Harnblase, Harnleiter und Harnröhre bei beiden Geschlechtern. Und sie behandeln zudem Krankheiten der Geschlechtsorgane des Mannes.

Eigentlich nicht so schwierig. Trotzdem konnten ganze 40 Prozent der befragten Männer und Frauen nicht sagen, was ein Urologe genau macht. Zehn Prozent sagten sogar, dass sie noch nie von diesem Facharzt gehört hätten und 15 Prozent glaubten, ein Urologe behandle Krankheiten des Skeletts, der Nerven oder des Herz-Kreislauf-Systems. Frauen schnitten bei dieser Befragung besser ab – sie wussten mehr über Männerkrankheiten als die Vertreter des starken Geschlechts. Besorgniserregend, meinten die Autoren der Studie, da viele Männer frühe Anzeichen urologischer Krankheiten, die unter Umständen lebensbedrohlich werden könnten, nicht ernst nehmen. So gaben drei Viertel der befragten Männer zu, nur wenig über Prostatakrebs zu wissen. Nur einer von vieren konnte die Lage dieses Organs benennen. Bedenklich sei zudem, dass über die Hälfte der Männer glaubte, Frauen besäßen ebenfalls eine Prostata. Extrem groß war die Unwissenheit in Bezug auf Hodenkrebs, der häufigsten Krebserkrankung jüngerer Männer. Nur 18 Prozent der männlichen Studienteilnehmer wussten, dass Männer zwischen 16 und 44 Jahren



# entlich

das höchste Risiko haben. 70 Prozent kannten zudem die Symptome von Hodenkrebs nicht, zu denen eine Schwellung oder ein Knoten in einem der Hoden oder ein dumpfer oder auch stechender Schmerz in diesem Bereich zählen.

Echte Tabuthemen waren Inkontinenz und Erektionsstörungen unter denen schätzungsweise die Hälfte aller Männer über 50 leiden. Trotzdem bleibe dieses Thema ein Tabu, was zu Missverständnissen und Unkenntnis führe, resümieren die Autoren.

## Was sagt ein Mainzer Arzt dazu?

Der Urologe Dr. Johannes Fritsch ist erstaunt, als er von dieser europäischen Studie hört. »Ganz so schlimm ist es um die Unwissenheit der Deutschen nach meiner Erfahrung nicht bestellt«, sagt er. »Unsere Patienten haben zwar viele Fragen, aber über Grundsätzliches wissen sie meist Bescheid. Allerdings sind sie natürlich nicht repräsentativ: sie haben immerhin den Weg zu uns gefunden. Trotzdem: Wir beobachten durchaus erfreuliche Entwicklungen. Vor allem die Generation »U40« ist viel offener. Jüngere Männer können ganz genau und ohne Hemmungen sagen, was Sache ist, und sie reden geradeheraus über sehr intime Dinge wie sexuelle Funktionsstörungen. Ältere Patienten haben da schon mal Schwierigkeiten. ›Herr Doktor, ich weiß nicht, wie ich das ausdrücken soll‹ – diesen Satz hören wir häufig. Bei Frauen ist es der Umgang mit dem Thema Inkontinenz, der oft große Probleme macht.

Johannes Fritsch ist 43 und macht seine Arbeit mit großem Elan. Eigentlich wollte er immer Unfallchirurg werden, aber nach seinem praktischen Jahr in der Schweiz entschied er sich anders. »Die Vielseitigkeit dieses Berufszweigs hat mich überzeugt. Er vereint Disziplinen vieler Fachrichtungen, wie Chirurgie, Onkologie (speziell die medikamentöse Behandlung von bösartigen Tumoren), Radiologie oder Gynäkologie – das ganze Paket ist extrem reizvoll – auch weil wir in unserer Praxis gut ausgerüstet sind. Beim Röntgen zum Beispiel nutzen wir diagnostische Verfahren, die kein Radiologe in seinem Repertoire hat: etwa die kontrastmittelunterstützte Darstellung des Harntrakts im Rahmen einer Blasen Spiegelung«. Außerdem kümmert sich Johannes Fritsch als Facharzt für Andrologie auch um Hormonstörungen des Mannes und Paare mit Kinderwunsch. Das Hauptaugenmerk der Urologen gilt aber dem Entdecken und Behandeln von bösartigen Tumoren in Prostata, Blase, Nieren und Hoden. 25 Prozent aller Krebserkrankungen fallen in ihr Fachgebiet. Dabei besteht noch viel Aufklärungsbedarf, sowohl was die Vorsorge als auch das Erkennen von Warnzeichen betrifft. Wer zum Beispiel weiß, dass Rauchen nicht nur zu Lungen-, sondern auch zu Blasenkrebs führen kann. Während sich die Lunge bei Ex-Rauchern komplett erholen kann, vergisst die Blase nichts. Das Risiko zu erkranken ist auch noch nach 20 oder 30 Jahren erhöht. Auch über Hodenkrebs wird nicht genug informiert. Bei Männern unter 40 ist er die häufigste Tumorerkrankung.



**Dr. med.**  
**Johannes Fritsch,**  
**Facharzt für**  
**Urologie**

kung. »Dieser Krebs wächst sehr schnell. Wir empfehlen deshalb schon Jugendlichen einmal im Monat eine Tastuntersuchung selbst vorzunehmen, und bloß nicht abzuwarten, ob die Verhärtung wieder weggeht«, so der Urologe.

Eine gute Nachricht: die Bereitschaft, die Prostata im Rahmen der Vorsorge untersuchen zu lassen, nimmt zu. »Sie ist aber mit 25 Prozent immer noch zu niedrig. Die gesetzlichen Kassen übernehmen ja bei Männern ab 45 die Kosten, bei familiärer Vorbelastung sogar schon mit 40. Nur die Kontrolle des PSA-Werts wird meist nicht bezahlt, was ein wenig ärgerlich ist. Er kann zwar auch aus anderen Gründen erhöht sein, aber für uns Urologen ist er nach wie vor ein wichtiges diagnostisches Instrument. So aber müssen wir wegen der 25 Euro, die der Test kostet, häufig Überzeugungsarbeit leisten«. Ansonsten aber ist Dr. Fritsch mit den Kassenleistungen recht zufrieden – bis auf einen Punkt, der ihm ein großes Anliegen ist. »Ich würde mir wünschen, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen die »Gesprächsmedizin« vergüten, bei den Privaten ist das der Fall. Ich würde mir gerne mehr Zeit nehmen für meine Patienten, gerade weil die Themen bei uns fast immer sehr sensibel sind. Da kann man nicht so ohne weiteres mit der Tür ins Haus fallen. Es geht oft darum, einfach nur zuzuhören und behutsam nachzufragen. Das tun wir sowieso. Aber es wäre schön, wenn wir dafür auch den finanziellen Rahmen hätten«.



Der Kolibri. Mit 40 bis 50 Flügelschlägen pro Sekunde kann er auf der Stelle fliegen und präzise manövrieren.

## Präzise Balance. Professionelle Leistung auf höchstem Niveau.

Mit einer Qualität, die genau den Erwartungen unserer Kunden entspricht, will die Landesbank Baden-Württemberg zum Maßstab für gutes Banking werden. Deshalb betreiben wir Bankgeschäfte vertrauenswürdig und professionell. Fundiert und

fokussiert. Sorgfältig und respektvoll. Als ein Unternehmen der LBBW-Gruppe pflegen wir langfristige Kundenbeziehungen in der Region und beraten Kunden transparent und ehrlich.

[www.RLP-Bank.de](http://www.RLP-Bank.de)

Ein Unternehmen der LBBW-Gruppe

**LB  BW**  
Rheinland-Pfalz Bank