

AUS WISSEN WIRD GESUNDHEIT



AUSGABE 1/2023



Von Menschen für Menschen

Eine Organspende kann Leben retten. Wir sprechen über die Voraussetzungen, komplexen Abläufe, Herausforderungen und Erfolgserlebnisse bei Transplantationen.

ÜBER ORGANSPENDE REDEN



Prof. Dr. Jürgen Graf

Viele Menschen warten auf eine Organspende. Für sie ist diese häufig die einzige Chance, wieder ein normales und vor allem gesundes Leben zu führen. Die Anzahl der Spenden ist in Deutschland aber traditionell niedrig und in den letzten zwei bis drei Jahren weiter dramatisch gesunken. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Teilweise sind es Befürchtungen in der Bevölkerung oder die Tatsache, dass sich viele Menschen nicht mit der Frage einer möglichen Organspende be-

fassen möchten, wenn es sie nicht direkt betrifft. Es gibt aber auch strukturelle Ursachen in unserem Gesundheitssystem.

Das Thema ist so wichtig, dass die Gesellschaft sich damit auseinandersetzen sollte. Dazu möchten wir mit dieser Ausgabe der „Wissen wird“ einen kleinen Beitrag leisten und beleuchten verschiedene Aspekte. Unser Einstiegsartikel erläutert die Herausforderungen, die in Deutschland rund um die Organspende bestehen. Im Interview sprechen zwei Experten, der Direktor der Klinik für Neurologie Prof. Dr. Matthias Kieslich und der Direktor der Neurochirurgie Prof. Dr. Markus Czabanka darüber, was man unter dem sogenannten Hirntod als Voraussetzung für eine Spende versteht und welche häufigen Missverständnisse es dabei gibt.

Die Organtransplantation ist in aller Regel eine Aufgabe, die Universitätsklinika übernehmen. Das wird verständlich, wenn man sich die komplexen Abläufe anschaut. Wir zeigen am Beispiel des Universitätsklinikum Frankfurt den gesamten Prozess von der Organspende bis zur -transplantation und das große Netzwerk, das dafür erforderlich ist. Eine zentrale Aufgabe im Verlauf – die Untersuchung von Gewebeproben möglicher Spenderorgane – übernimmt unsere Pathologie im Auftrag der Deutschen Stiftung Organtransplantation mittlerweile für einen großen Teil Deutschlands: Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Nordbayern.

Was eine erfolgreiche Organspende für einen Menschen bedeutet, berichten wir anhand einer persönlichen Geschichte eines Patienten, der eine Lebendspende erhalten konnte. Darüber hinaus enthält diese Ausgabe der „Wissen wird“ weitere interessante Neuigkeiten aus unserem Haus – zum Beispiel zur Forschung über psychische Erkrankungen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Prof. Dr. Jürgen Graf

Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor

INHALT

S. 03 Organspende – Lebensrettung mit Hindernissen

S. 04 Was bedeutet der sogenannte Hirntod?

S. 06 Was passiert bei einer Organspende?

S. 10 Das größte Geschenk seines Lebens

S. 12 Stimulation für die Schlaganfalltherapie

S. 14 Mehr Lebensqualität für Menschen mit Entwicklungsstörungen

S. 15 Wenn die Gefühle Achterbahn fahren

S. 16 Pflege 2.0: mehr Zeit für Personal und Patienten

S. 18 Informationskampagne gegen Pflegemangel in der Kinderheilkunde

S. 19 MSNZ@School – Krebsforschung lebendig erklärt

S. 20 Vom Traum, wieder hören zu können

S. 21 Neues Medikament für eine effektive Selbstmedikation bei genetischer Erkrankung

S. 22 Personalia

S. 23 Mitarbeiterinnenportrait: Malgorzata Labusga

S. 24 Prof. Dr. Grefkes-Hermann im Interview

IMPRESSUM

Herausgeber: Universitätsklinikum Frankfurt, der Vorstand

Konzept, Redaktion, Realisierung: Stabsstelle Kommunikation

Gloria Mundi GmbH, Frankfurt

Bezugsadresse: Universitätsklinikum Frankfurt, Stabsstelle Kommunikation,

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt, E-Mail: kommunikation@kgu.de

Erscheinung: April 2023

Fotos: Ellen Lewis (2 Prof. Dr. Graf, 5 Prof. Dr. Czabanka), DSO (3 PD Dr. Barreiros), Julia Imhoff (3 Kai Klose), Thomas Ecker (4 Prof. Dr. Graf), Christian Heyse (4 Prof. Dr. Kieslich), 6, 7, 8, 9, 14 Prof. Dr. Freitag, 20, 22 Dr. Wicker), Klaus Wäldele (7 Dusica Montgomery, 10, 11, 22 Dr. Humke und Timothy Chandler), Frank Brüderli (8 Prof. Dr. Wild), Monika Schmitz (12, 13), Nikola Neven Haubner (14 Prof. Dr. Chiocchetti), Picasa, Stefan Kuhn (16), Michelle Spillner (19), (21 Prof. Aygören), peterschreiber.media/Shutterstock.com (21), Regina Brodehser (22, Deutsche Krebshilfe), Forschungsförderpreis Deutsche Hirnstiftung (22), privat

ORGANSPENDE – LEBENS- RETTUNG MIT HINDERNISSEN

Das Thema Organtransplantation ist drängender denn je. Allein in Deutschland warten über 8.000 Menschen auf eine Spende. Jedes Jahr werden Menschen von der Warteliste genommen: Sie sind zu krank für die Operation oder bereits verstorben – ohne Chance auf eine Transplantation. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sank die Zahl der postmortalen Spenden 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 6,9 Prozent. Zuletzt machte Gesundheitsminister Karl Lauterbach wieder auf das Thema aufmerksam. Er fordert, wie sein Vorgänger, die Einführung der Widerspruchslösung. Doch löst ein Wechsel zur Widerspruchslösung die Problematik?

DIE POSITIVE GESELLSCHAFTLICHE STIMMUNG STEHT IM GEGENSATZ ZU GERINGEN TRANSPLANTATIONZAHLEN



Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration

Die Deutschen bewerten Organspende durchweg positiv: Die Mehrheit ist bereit, nach ihrem Tod ein Organ zu spenden. Die tatsächlichen Entnahmezahlen hingegen sind seit Jahren rückläufig. Möglichst viele potenzielle Spender zu identifizieren, ist daher besonders wichtig. „In vielen europäischen Nachbarländern wird die Widerspruchslösung bereits praktiziert. Auch wenn sie nicht das einzige notwendige Instrument ist, um die Zahl der Organspenden zu steigern und so Leben zu retten, wäre sie doch ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Schließlich ist die Spendenbereitschaft der Bevölkerung grundsätzlich hoch – das haben Befragungen immer wieder gezeigt“, sagt Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration.

PD Dr. Ana Paula Barreiros, Geschäftsführende Ärztin der Region Mitte der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) erklärt: „In den Krankenhäusern unserer Region arbeiten wir eng mit den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden auf den Intensivstationen zusammen. Unsere Aufgabe ist es, die gespendeten Organe in bestmöglicher Qualität an die Transplantationszentren weiterzugeben. Dabei ist es uns ein wichtiges Anliegen, die Würde der Verstorbenen, die Organe gespendet haben, jederzeit zu achten und ihnen und ihren Angehörigen unsere Wertschätzung und unsere Anerkennung zum Ausdruck zu bringen.“

Ursachen der geringen Organspendezahlen gibt es viele. Neben fehlenden Entscheidungen und Herausforderungen in den Kliniken war die Coronapandemie ein verstärkender Faktor. Viele litten unter hohen Krankenständen im Perso-

nal. Spender zu identifizieren, Organe zu entnehmen und zu transplantieren war kaum möglich. Postmortale Transplantationen reduzierten sich im Vergleich 2022 zu 2021 um 6,9 Prozent. Zusätzlich verschärfte die Pandemie den Fachkräftemangel in deutschen Kliniken. „Corona hat in den letzten Jahren unseren Alltag bestimmt und ist auch noch nicht vorbei“, sagt Prof. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikum Frankfurt. „Doch nun ist es Zeit, unseren Blick auch wieder auf andere Bereiche – wie die Organspende – zu werfen und die gesamtgesellschaftliche Relevanz zu unterstreichen.“



PD Dr. Ana Paula Barreiros, Geschäftsführende Ärztin der Region Mitte der Deutschen Stiftung Organtransplantation

DIE DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation – kurz DSO – ist die Koordinierungsstelle für postmortale Organspenden in Deutschland. Zur bestmöglichen Unterstützung der Kliniken und Mitarbeiter vor Ort gliedert sie sich in sieben Regionen. Sie betreut alle Schritte und Abläufe der Organspende – besonders intensiv in der Akutsituation. Darüber hinaus steht sie beratend bei Angehörigenaufklärung und -gesprächen zur Seite und kommuniziert mit der Organvermittlungsstelle Eurotransplant (ET).

ES FEHLEN: INDIVIDUELLE ZUSTIMMUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHE AUFMERKSAMKEIT

Voraussetzung für eine Organspende in Deutschland ist die vor dem Tod festgehaltene Zustimmung – schriftlich oder mündlich – des Spenders, z.B. in Form eines Organspendeausweises oder einer Patientenverfügung. Fehlt diese, werden die Angehörigen hinzugezogen. Diese finden sich in einer aufwühlenden Situation wieder. Zudem sind sie unsicher über den Wunsch des Verstorbenen und versuchen, im besten Gewissen eine Entscheidung zu treffen. Laut der DSO werden in 42 Prozent der Situationen Organspenden aufgrund von Vermutungen über den Willen des Verstorbenen abgelehnt, 35 Prozent entscheiden basierend auf ihrer eigenen Wertvorstellung.

DER FAKTOR KLINIK

Organspende erfordert etablierte Strukturen im Krankenhaus: Von der Identifikation, Meldung, geregelter Entnahme, über den Weitertransport zur Transplantation. Die gesetzliche Ein-

führung eines Transplantationsbeauftragten in Kliniken 2012 war ein erster unterstützender Schritt. Er ist verantwortlich, Spender zu erkennen, die Angehörigen zu begleiten, die medizinische und pflegerische Personal regelmäßig zu informieren und Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in der Klinik zu bestimmen. Denn: Der hohen Spendenbereitschaft in der Bevölkerung steht die Wirtschaftlichkeit in den Kliniken gegenüber. Dabei ist eine Transplantation – wie jede Operation – mit Aufwendungen verbunden. Die Kosten für die Entnahme werden durch die DSO gedeckt, die Spende an sich ist mit keinem Gewinn verknüpft. Jedoch belegt ein möglicher Spender während der organprotektiven Maßnahmen – dem Erhalt der Organe – ein Intensivbett.

Die Ausgaben der verlängerten Liegezeit gehen auf Klinikkosten und belasten besonders kleinere Häuser: In der Zeit könnten zwei für das Haus wirtschaftlich vorteilhaftere Operationen durchgeführt werden. Mit der Änderung des Transplantationsgesetzes 2019 erhalten Krankenhäuser einen Zuschlag, dass ihre Infrastruktur in besonderem Maße in Anspruch genommen wird. Trotz der Transplantationsbeauftragten und Unterstützung der DSO ist es weiterhin eine Herausforderung, Spender im Arbeitsalltag zu identifizieren, zu melden und zu betreuen.

ES GIBT NICHT DIE EINE LÖSUNG

Minister Klose: „Unser Ziel ist, dass jede und jeder Einzelne sich zu Lebzeiten mit den Fakten auseinandersetzt und eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Organspende trifft – auch um zu vermeiden, dass Angehörige kurz nach dem schmerzlichen Verlust eines Menschen mit der Frage nach einer Organspende konfrontiert werden müssen.“

„Um die Organspende voranzubringen, muss sie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden, so PD Dr. Ana Paula Barreiros, und weiter: „Wer jedoch glaubt, dass die Einführung der Widerspruchsregelung den Hebel von jetzt auf gleich umlegt und zu einem sprunghaften Anstieg der Organspende führt, der irrt. Allerdings sind wir überzeugt, dass die Widerspruchslösung zu einem Umdenken in der Bevölkerung und zur Prägung einer Kultur der Organspende beitrüge. Wenn dann auch die anderen Initiativen nicht vernachlässigt werden, kann es zu einer Trendwende kommen.“



Prof. Dr. Jürgen Graf, Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor
da, wo wir können – beispielsweise mit unserer Pathologie“ [siehe Infokasten S.8].

Und auch Prof. Graf betont: „Unsere Aufgabe ist es, zu sensibilisieren und Strukturen zu schaffen, die eine Spende und Transplantationen in Krankenhäusern und in der Gesellschaft selbstverständlich machen. So erleichtert beispielsweise ein bundesweites Register jedem Einzelnen, selbstbestimmt zu entscheiden, und uns Kliniken, potenzielle Spender schneller zu identifizieren. Als Universitätsmedizin unterstützen wir heute bereits



WAS BEDEUTET DER SOGENANNTHE HIRNTOD?

Prof. Dr. Matthias Kieslich von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Neurologie, Neurometabolik und Prävention – und **Prof. Dr. Markus Czabanka**, Direktor der Klinik für Neurochirurgie über die Diagnose des vollständigen Hirnfunktionsausfalls als Voraussetzung für eine Organspende.

Bei der postmortalen Organspende ist die Feststellung des vollständigen sogenannten Hirntods ein wichtiger Schritt. Was genau bedeutet das für einen Patienten?

Prof. Dr. Kieslich: Der Hirntod, d.h. der unwiderrufliche Funktionsausfall des Gehirns, ist gleichbedeutend mit dem Tod des Menschen und unabhängig von einer möglicherweise maschinell aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf-Funktion. Nicht mehr möglich sind: bewusste Wahrnehmungen, kontrollierte Bewegungen und Reaktionen wie auch eine eigenständige Atmung.

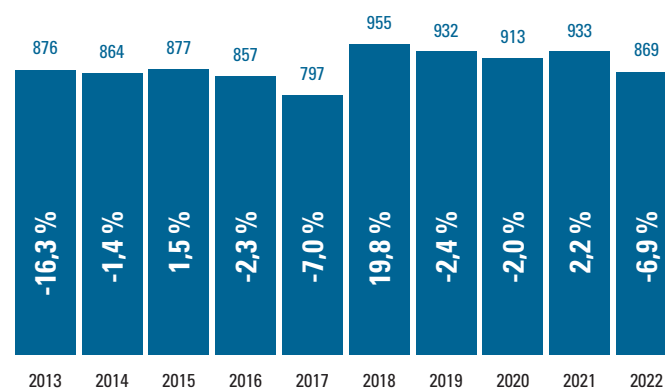
Prof. Dr. Czabanka: Das heißt, sämtliche Rezeptoren des Gehirns sind funktionslos. Schmerzen sind z.B. nicht mehr wahrnehmbar. Allerdings können Reflexe der Nerven im Rückenmark Spontanbewegungen auslösen oder der Blutdruck steigt. Diese Reaktionen sind jedoch nicht auf eine bewusste Wahrnehmung zurückzuführen.

Warum wird spezifisch vom „Hirntod“ gesprochen, statt allgemein vom Tod?

Prof. Dr. Kieslich: Der Begriff Hirntod wurde in den offiziellen Richtlinien bewusst abgeschafft und durch die präzise medizinische Formulierung „irreversibler Ausfall der Hirnfunktionen“ bzw. „nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ ersetzt.

POSTMORTALE ORGANSPENDER

Deutschland, Veränderung zum Vorjahr in Prozent



Prof. Dr. Czabanka: Dieser vollständige und unwiderrufliche Gehirnfunktionsausfall wird in der Regel auf der Intensivstation unter laufender künstlicher Beatmung festgestellt. Dabei schlägt noch das Herz und die inneren Organe werden mit Blut versorgt – das Gehirn jedoch nicht mehr. Wird dann auch die künstliche Beatmung beendet, kommt es zum Funktionsausfall aller Organe.

Wie unterscheidet sich der Hirntod vom Koma?

Prof. Dr. Czabanka: Koma und Hirntod unterscheiden sich deutlich: Im Koma fließt weiterhin Blut durch das Gehirn und bestimmte Funktionen werden aufrechterhalten, während sich der Hirntod durch einen kompletten Funktionsverlust kennzeichnet. Der Unterschied ist essenziell: Nur hirntote Menschen können Organspender sein.

Prof. Dr. Kieslich: Dabei ist das Koma die schwerste Form der Bewusstseinsstörung. Es ist das Fehlen der Erweckbarkeit und kann je nach Rest-Reagibilität – d.h. der verbleibenden Reaktivität eines Patienten – in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden. Prinzipiell ist ein Koma reversibel: Ein Wiedererwachen ist möglich. Beim Hirntod ist dies ausgeschlossen.

Wie wird der Hirntod festgestellt? Gibt es ein geregeltes Vorgehen?

Prof. Dr. Czabanka: In Deutschland wird die Hirntoddiagnostik durch eine Richtlinie geregelt. Sie wird von einem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer erarbeitet und begleitet, vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und freigegeben. Diese beinhaltet detaillierte Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Groß- und Kleinhirns sowie des Hirnstamms.



Prof. Dr. Matthias Kieslich

Prof. Dr. Kieslich: Diese Regeln geben nicht nur den komplexen Untersuchungsablauf und die diagnostischen Methoden vor, sondern berücksichtigen auch die notwendigen Voraussetzungen und Qualifikationen der durchführenden Ärztinnen und Ärzte. Wichtig ist die genaue Kenntnis der Krankengeschichte, und dass die akute schwere Hirnschädigung gewiss ist. Hinzu kommt, dass alle möglichen Ursachen ausgeschlossen

sind, die eine schwere Bewusstseinsstörung vortäuschen könnten – wie z.B. eine Medikamentenüberdosierung.

In Deutschland müssen für eine Organspende zwei Ärzte unabhängig voneinander den Hirntod feststellen, bevor eine Spende erlaubt wird. Wieso ist das so wichtig?

Prof. Dr. Kieslich: Diese Regelung betont noch einmal die besondere Bedeutung und Verantwortung, die die beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben. Die Hirntoddiagnostik ist – wenn auch oft eine belastende und traurige – so doch eine wichtige und extrem verantwortungsvolle Aufgabe. Eine akurate und gewissenhafte Arbeitsweise ist äußerst wichtig. Die diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzte dürfen selbst auch nicht Teil eines möglichen Transplantationsteams sein.

Prof. Dr. Czabanka: Es ist eine Sicherheitsmaßnahme, die Fehlerquellen und eine Falschdiagnose ausschließt. Beide Ärzte müssen Fachärzte sein und Erfahrungen in der Behandlung von Intensivpatienten mit schweren Hirnschädigungen haben – einer ist zudem Facharzt für Gehirnerkrankungen, d.h. Neurologe oder Neurochirurg bzw. Neuropädiater.

Wieso ist die Angst vor einer Falschdiagnose des Hirntodes so weit verbreitet?



Prof. Dr. Markus Czabanka

Prof. Dr. Czabanka: Die Angst vor der Falschdiagnose Hirntod spiegelt sich auch in reißerischen Schlagzeilen wie z.B. „19-jährige nach Hirntoddiagnose aufgewacht“. Diese Inhalte werden unabhängig von ihrem Wahrheitsgehalt bewertet und verunsichern. Auch als Reaktion auf solche Berichte wurde die Richtlinie zur Hirntodfeststellung mehrfach überarbeitet. Sie stellt heute höchst wirksam die korrekte Diagnose sicher.

Das reduziert die Fehlerwahrscheinlichkeit auf ein Minimum. **Prof. Dr. Kieslich:** Hinzu kommt vor allem Unwissenheit und die schwierige Vorstellung, dass ein Mensch tot sein kann, auch wenn das Herz noch schlägt. Die beschriebenen Regeln ermöglichen den sicheren Nachweis des eingetretenen Todes, dank der sicheren medizinische Feststellung des unwiderruflichen Gesamtfunktionsausfalls des Gehirns.

DAS UNIVERSITÄRE LEBERZENTRUM FRANKFURT



Die Leiter des Universitären Leberzentrums: Prof. Dr. Wolf O. Bechstein, Prof. Dr. Stefan Zeuzem und Prof. Dr. Thomas Vogl (v.l.n.r.)

Das Universitäre Leberzentrum wurde 2007 von der Medizinischen Klinik I, der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und vom Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie gegründet. Sein Ziel ist, Patienten mit Lebererkrankungen nach höchsten Qualitätsansprüchen zu behandeln. Eine Transplantation ist für Patienten mit fortgeschrittenen Lebererkrankungen oder Leberzellkarzinomen häufig die einzige kurative Therapieoption. Die interdisziplinäre Arbeit der Anästhesie, Chirurgie, Inneren Medizin, Radiologie und Pathologie sichert dem Patienten eine optimale Versorgung. Die Indikationsstellung, Aufnahme auf die Warteliste und Transplantation erfolgen in enger fachübergreifender Abstimmung.

WAS PASSIERT BEI EINER ORGANSPENDE?

Die Organspende kann Leben retten. Der gesamte Prozess ist allerdings äußerst komplex und sehr viele Akteure sind beteiligt. Am Beispiel des Universitätsklinikum Frankfurt und seiner zentralen Partner zeichnen wir den Prozess nach – sowohl für die Spender als auch die Empfänger.



„Viele Patienten, die auf eine Organspende angewiesen sind, sind leider schon so schwer krank, dass sie nicht mehr in die allgemeine Sprechstunde kommen können – zum Beispiel bei fortgeschrittenen Lebererkrankungen.“

Dann werden sie stationär bei uns im Haus aufgenommen oder von anderen Kliniken verlegt. Wir machen einen großen Check-up als Vorbereitung vor der Aufnahme auf die Warteliste.“

PD Dr. Nina Weiler
Fachärztin für Viszeralchirurgie und Innere Medizin,
Medizinische Klinik 1

VORAUSSETZUNG: IRREVERSIBLER HIRNFUNKTIONSAUSFALL

Bei allen möglichen Spendern muss der irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA) festgestellt werden: Der Patient hat unter anderem keinen eigenen Atemtrieb und keine Pupillenreaktion mehr. Der Zustand wird als unumkehrbar erloschene Gesamtfunktion des Gehirns – Groß- und Kleinhirn, Hirnstamm – bezeichnet. Mögliche Ursachen hierfür sind: Hirnblutungen oder schwere Schädel-Hirn-Traumata nach einem Unfall. Aber auch ein Sauerstoffmangel oder Unterbrechungen der Durchblutung des Gehirns – etwa wegen eines Gefäßverschlusses, eines Suizides oder weil der Betroffene erstickt ist – kommen als Gründe für einen Hirnfunktionsausfall in Frage.

i3 Gespendet werden können Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm. Am Universitätsklinikum Frankfurt werden Leber, Niere und Bauchspeicheldrüse transplantiert.

VORBEREITUNG: EIN ORGAN WIRD GEBRAUCHT

Im Klinikum werden eine Reihe an Untersuchungen durchgeführt: Herz-, Lungen-, HNO- und urologische Untersuchungen. Diese umfangreiche Begutachtung stellt sicher, dass nichts gegen eine Transplantation spricht und dass andere Erkrankungen wie Tumore ausgeschlossen sind.



i1 Die Stiftung Eurotransplant organisiert die Zuteilung von Spenderorganen in acht europäischen Ländern: Belgien, Deutschland, Niederlande, Kroatien, Luxemburg, Österreich, Slowenien und Ungarn. Sie steht im engen Kontakt zu Organspendeorganisationen, Transplantationszentren, Laboratorien und Krankenhäusern. Sie führt eine Liste mit allen auf ein Organ wartenden Patienten. Die Vergabe orientiert sich an verschiedenen Kriterien: etwa Dringlichkeit und Wartezeiten.

i2 In Deutschland ist die Organspende nach Herzstillstand gesetzlich verboten (Englisch: donor after cardiac death, kurz: DCD). Anders ist dies in Transplantationsländern mit hohen Quoten wie Belgien, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich oder Spanien.

i4 Bei nicht natürlichen oder ungeklärten Todesursachen, wie einem Unfall oder Gewalteinwirkung, muss der Leichnam durch die Staatsanwaltschaft freigegeben werden. Mitunter ist ein Rechtsmediziner und/oder Staatsanwalt bei der Organspende vor Ort.

Noch keinen Organspendeausweis? Hier downloaden und Spender werden.



„Ob ein Patient als Organspender in Frage kommt, wird in der Regel auf unseren Intensivstationen festgestellt.“

Hier kämpfen die Patienten oft nach schweren Eingriffen um ihr Leben. Leider schaffen es nicht alle – sie kommen dann als potenzielle Organspender in Frage.“

Häufig sind das neurochirurgische und neurologische Patienten. Aber auch manche Patienten nach einer Reanimation oder nach schweren Unfällen sind mögliche Spender. Jede Spende beginnt also zunächst traurigerweise tragisch.“



Dr. Michael Heise
Oberarzt, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Hepatobiliäre und Pankreaschirurgie, Transplantationschirurgie von Leber, Pankreas und Niere, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



„Wir haben das Glück, viele Patienten über einen sehr langen Zeitraum zu begleiten: bei der Diagnostik, der Dialyse, während und nach der Transplantation.“

So lernen wir die Menschen sehr persönlich kennen und können auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen. Der Gesichtsausdruck, wenn Menschen nach einer Nierentransplantation zum ersten Mal wieder Wasser lassen können oder eine Banane essen dürfen, ist unbeschreiblich. Da erkennt man, was das für sie bedeutet.“

Dusica Montgomery
Gruppenleitung Pflegedienst, Klinik für Nephrologie



ZUSAMMENARBEIT: TRANSPLANTATIONSBEAUFTRAGTE UND DEUTSCHE STIFTUNG ORGANTRANSPLANTATION

Zwei Ärzte müssen unabhängig voneinander den irreversiblen Hirnfunktionsausfall feststellen. Mit körperlichen Untersuchungen – gegebenenfalls mit Computertomographie, EEG oder Ultraschalluntersuchungen – diagnostizieren sie den irreversiblen Hirnfunktionsausfall.

Ist der irreversible Hirnfunktionsausfall bestätigt, der je nach Lokalisation im Gehirn verschiedene Diagnostikprozesse erfordert, sind organschützende Intensivmaßnahmen die nächsten Schritte. Auf jeder Station identifiziert ein Abteilungs-Transplantationsbeauftragter (kurz: TxB) einen möglichen Spender und informiert den Haupttransplantationsbeauftragten des Hauses sowie die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Der Stationsoberarzt und gegebenenfalls ein DSO-Mitarbeiter sprechen mit den Angehörigen und klären die Option einer Spende, falls keine schriftliche Willensbekundung vorliegt – also ein Organspendeausweis oder eine Patientenverfügung. In Deutschland ist die Organspende nur mit Einwilligung möglich, durch den Verstorbenen oder den Angehörigen. Spricht sich trotz Zustimmung unter den Angehörigen eine Person gegen eine Organspende aus, ist eine Spende ausgeschlossen.

„Experten stellen mit einer Reihe sorgfältiger Untersuchungen fest, ob ein irreversibler Hirnfunktionsausfall vorliegt. Denn unser primäres Ziel ist immer: das Leben schützen, retten und erhalten. Die feststellenden Ärzte müssen daher eine hohe Expertise auf ihrem Fachgebiet und langjährige Erfahrungen besitzen. In allen Fällen ist einer der beiden Ärzte ein (Kinder-)Neurologe oder ein Neurochirurg. Sie haben Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen. Ist der potenzielle Spender ein Kind, ist zudem eine pädiatrische Ausbildung zwingende Voraussetzung.“

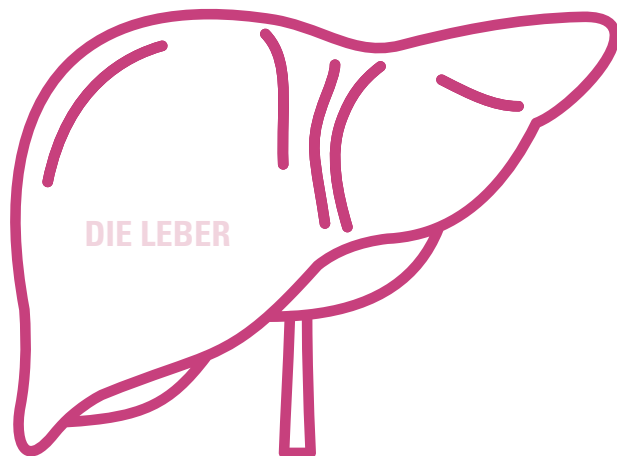


PD Dr. Florian Raimann
Facharzt für Anästhesiologie, Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
Transplantationsbeauftragter des Universitätsklinikum Frankfurt



Prof. Dr. Peter J. Wild, Institutsdirektor
Dr. Senckenbergisches Institut für Pathologie, Facharzt für Pathologie

Die Pathologie am Universitätsklinikum Frankfurt übernimmt für drei DSO-Regionen – Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland), Nordrhein-Westfalen und Nordbayern – den 24-7-Schnellschnittservice für Untersuchungen von Gewebeproben möglicher Spenderorgane. Pro Jahr sind das etwa 150 Proben. Sie sichert damit eine schnelle Diagnostik – auch in der Nacht und am Wochenende. Dabei werden vor einer Transplantation Proben aus den zu transplantierenden Organen entnommen, feingeweblich untersucht und auf die Eignung als Spenderorgane hin überprüft. Liegen bösartige Tumorzellen oder Erkrankungen der Blutgefäße vor? Wie stark ist die Leber verfettet? Wird hier z.B. ein Grenzwert überschritten, kann das Organ nicht mehr transplantiert werden. Die Analysen tragen so zu erfolgreichen Transplantationen bei und schützen den Organempfänger. Sie werden zunehmend mit digitalen histologischen Methoden durchgeführt.



„Wirklich fatal wäre es, wenn das Spenderorgan abgestoßen wird. Deswegen fragen wir auch weiterführende Daten und die Krankengeschichte des Organ-spenders bei zuvor behandelnden Ärztinnen und Ärzten an. Gemeinsam mit den Oberflächenmarkern der Organe – die die Kompatibilität mit dem Empfänger bestimmen – übermitteln wir diese an Eurotransplant. So kann nicht nur das Abstoßungsrisiko minimiert werden. Es können auch die am besten zueinander passenden Spender und Empfänger gefunden und am Ende eine erfolgreiche Spende sichergestellt werden.“

Dr. Ursula Pession
Leitende Oberärztin, Fachärztin für Allgemeinchirurgie, Fachärztin für Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie, Schwerpunktleitung Darmzentrum und Nierentransplantation, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



„Die Zertifizierung als Transplantationsarzt ist etwas ganz Besonderes, quasi ein Ritterschlag. Denn die Organentnahme selbst ist eine der anatomisch anspruchsvollsten und schwierigsten Operationen: Der kleinste Fehler könnte das Organ – das ja noch ein Leben retten soll – schädigen. Damit wäre die Transplantation unmöglich und das Organ verschwendet.“

Prof. Dr. Andreas Schnitzbauer
Stellvertretender Klinikdirektor, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

SCHUTZ DES ORGANEMPFÄNGERS

Mit verschiedenen Untersuchungen wird geprüft, ob beim Verstorbenen Übertragungsrisiken für infektiöse Erkrankungen bestehen oder Kontraindikationen. Dies, um den Empfänger zu schützen. Hierzu zählen Virusdiagnostik, Herzkatheter- und mikrobiologische Untersuchungen, die Sonographie, radiologische Bildgebung und die klassische körperliche Untersuchung.

i6 Mit einer Perfusionsmaschine können die Organe durchblutet werden. So können sie besser erhalten und grenzwertig transplantierbare Organe verbessert werden.

i7 Die Phase nach Perfusion und Transport des Organs bis zur Implantation nennt sich kalte Ischämiezeit. Sie variiert je nach Organ: Niere ca. zwölf bis 24 Stunden, Leber ca. sechs bis zwölf Stunden, Herz und Lunge vier bis sechs Stunden.



„Es gehört für mich zu den schönsten Erlebnissen als Ärztin überhaupt, den Patienten anzurufen und ihm zu sagen: ‚Ich habe ein Organ für Sie!‘ Manche weinen, andere legen im ersten Moment auf und rufen kurz darauf zurück. Leider liegen auch schon viele Patienten im Krankenhaus, sind sehr schwach und brauchen dringend die Spende. Diese einmaligen Momente, die guten Neuigkeiten zu teilen, sind ein Privileg.“

Dr. Hanan El Youzouri
Oberärztin, Fachärztin für Viszeralchirurgie und spezielle Viszeralchirurgie, Schwerpunktleitung Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

DIE ORGANENTNAHME

Das Transplantationsgesetz legt fest, dass nur zertifizierte Chirurgen Organe entnehmen dürfen. Am Universitätsklinikum Frankfurt sind das sechs qualifizierte Fachärzte, drei weitere sind aktuell in Ausbildung. Um alle relevanten Kreislauffunktionen des Organspenders zu überwachen und aufrechtzuerhalten, wird jeder Organspender durch ein Team von Anästhesisten und Anästhesiepflegern im OP betreut.

Der Brust- und Bauchraum werden geöffnet und alle Organe freigelegt. In einem ersten Schritt folgt die Organinspektion, um Entzündungen oder Tumore auszuschließen, die vorher nicht bekannt waren. Jedes Organ wird für eine Spende begutachtet.

Drei Prinzipien sind bei der Organkonservierung wichtig: Eine kalte Infusionslösung, die sogenannte Perfusionslösung, spült alle Organe frei von Blut. Die untere Hauptschlagader muss freigelegt und abgeklemmt werden, damit die Lösung nicht in den Brustraum gelangt. Denn: Herz und Lunge werden mit einer in der Zusammensetzung variierenden Perfusionslösung durchspült. Zweitens die Oberflächenkühlung. Die Organe werden auf Eis gelegt, um die Oberfläche abzukühlen. Und drittens das Schaffen eines Ruhezustandes in der Zelle ähnlich einem kurzen Winterschlaf. Wichtig ist: Es darf zu keiner Schwellung und damit zur Zerstörung der Zellen kommen. ...



Dusica Montgomery, Gruppenleitung Pflegedienst betreut einen Patienten auf der Nephrologiestation.

... Als erstes werden Herz und Lunge entnommen. Es folgen die Nieren. Die Hauptschlagader wird geöffnet und die linke und rechte Nierenvene abgetrennt. Für die Entnahme der Leber und Bauchspeicheldrüse wird zuerst der Gallengang getrennt. Die Pfortader, die sauerstoffarmes und nährstoffreiches Blut in die Leber transportiert, wird abgeschnitten und die Gefäße werden abgetrennt. Die Organe werden vom umliegenden Gewebe separiert und können entnommen werden.

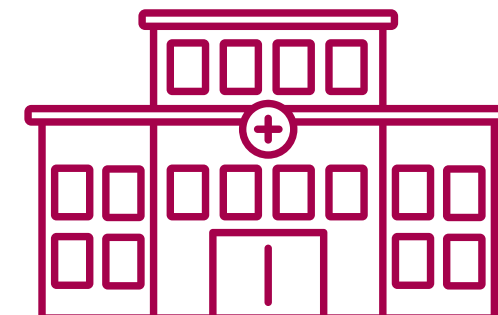
Nach der Entnahme werden die Organe gekühlt schnellstmöglich innerhalb von vier bis zwölf Stunden transportiert und implantiert. Jedes Organ weist eine unterschiedliche Toleranz in Hinblick auf fehlende Durchblutung auf. So sind Herz und Lunge schneller zu transplantieren als Nieren oder Leber. Das Entnahmeteam versorgt – unterstützt durch den DSO-Koordinator – den Spender so, dass die Angehörigen Abschiednehmen können.

PATIENT HAT EINFLUSS AUF ERHOLUNG UND GENESUNG

Der Empfänger wird meist telefonisch benachrichtigt und kommt in die Klinik – bei Nieren-, Leber- oder Bauchspeicheldrüsentransplantationen. Wird er bereits stationär behandelt – häufig bei Herz-, Lungen- oder Lebertransplantationen – wird er intern verlegt.

Nach der Transplantation wird der Organempfänger in der Regel auf eine Intensivstation verlegt. Die Dauer ist patientenabhängig: wenige Tage bis mehrere Wochen, je nach Allgemeinzustand oder möglichen Komplikationen. Von der chirurgischen Intensivstation wechseln sie auf die Intermediate-Care- und abschließend die Normalstation. Eine Ausnahme stellt die Nierentransplantation dar. Hier wird der Patient direkt postoperativ auf die Normalstation der Nephrologie verlegt.

Im Anschluss an die Transplantation geht der Patient in die Reha. Auf den dortigen Aufenthalt folgen Sprechstunden im Klinikum – erst wöchentlich, dann bis Ende des ersten Jahres nach der Transplantation alle zwei bis vier Wochen. Ab dem zweiten Jahr finden Kontrolltermine alle drei, später alle sechs Monate statt. Viele Patienten haben sich etwa ein Jahr nach der Operation sehr gut erholt und können z.B. wieder arbeiten gehen, länger verreisen oder Eltern werden.



DAS GRÖSSTE GESCHENK SEINES LEBENS

Bei der Nierentransplantation erhalten Patientinnen und Patienten in der Regel ein zusätzliches Organ. Die erfolgreiche Transplantation bedeutet aber auch einen Gewinn an Freiheit und Lebensqualität. Im Fall des Patienten Ulrich V. wurde sie außerdem zum Zeichen einer besonderen Wertschätzung unter Brüdern.



Ulrich V. erhielt die Niere seines Bruder als Lebendspende.

Aller guten Dinge sind drei: Die meisten Empfängerinnen und Empfänger einer Spenderniere haben nach der Transplantation drei Nieren. Die eigenen Organe verbleiben funktionslos an ihrem angestammten Platz im Flankenbereich des Körpers. Die Spenderniere wird in der Beckenregion direkt unter der Haut des rechten oder linken Unterbauchs implantiert. „Der Grund für die Position des neuen Organs im sogenannten kleinen Becken ist, dass der Zugang zu den Blutgefäßen und Organen, an die die Niere angeschlossen wird, hier wesentlich einfacher ist.“, erklärt Prof. Dr. Dr. Thimoteus Speer, Direktor der Medizinischen Klinik 4: Nephrologie des Universitätsklinikum Frankfurt. „Wenn die eigenen Nieren keine Probleme bereiten, verbleiben sie im Körper. Sie zu entfernen, wäre ein unnötiger operativer Eingriff.“

Auch Patient Ulrich V. lebt seit Kurzem mit drei Nieren. Der 52-Jährige leidet an Zystennieren. Bei dieser erblich bedingten Erkrankung schränken stetig wachsende Zysten die Nierenfunktion ein, bis es zum chronischen Nierenversagen kommt. „Eine gesunde menschliche Niere wiegt ungefähr 150 Gramm“, erläutert Prof. Speer. „Bei Patientinnen und Patienten mit polyzystischen Nierenerkrankungen kann das Organ auf mehrere Kilo anwachsen. Die Zysten verdrängen das eigentliche Nierengewebe, sodass die Nierenleistung immer weiter reduziert wird.“ Vorausgesetzt, dass frühzeitig eine medikamentöse Therapie eingeleitet wird, kann das Wachstum verzögert, allerdings nicht gestoppt werden. Ulrich V. wurde zwei Jahre lang mit einem Medikament behandelt. 2022 wurde dann eine Dialyse unumgänglich.

AUF DIE DIALYSE FOLGT DIE TRANSPLANTATION

Die Blutreinigung wird im Verlauf der meisten chronischen Nierenerkrankungen zur Notwendigkeit. Sie ist für die Betroffenen zeitaufwändig und schränkt die Bewegungsfreiheit ein. Bevor Ulrich V. mit der Dialyse begonnen hat, ist er mit seiner Familie noch einmal in den Urlaub gefahren. „Mir war klar, dass Reisen, wenn ich erst einmal in der Dialyse bin, nur mit langfristiger Planung realisierbar sind“, sagt Ulrich V. Die Dialyse ist kein hundertprozentiger Ersatz für gesunde Nieren, denn sie übernimmt die Nierenfunktion nur für einen begrenzten Zeitraum.

„Die Dialyse erfolgt typischerweise dreimal wöchentlich für jeweils vier Stunden. Eine gesunde Niere arbeitet jedoch sieben Tage die Woche an 24 Stunden“, erklärt Prof. Speer. „Bei dieser Diskrepanz wird deutlich, dass die Dialyse kein vollständiger Ersatz ist. Die derzeit beste Nierenersatztherapie ist die Transplantation.“ Ulrich V. bestätigt, dass er seine Bewegungsfreiheit erst durch die erfolgreiche Transplantation zurückgewonnen hat – trotz der Einschränkungen, die eine Transplantation mit sich bringt. Denn Transplantierte müssen lebenslang Immunsuppressiva einnehmen, damit das neue Organ nicht abgestoßen wird. Ernährungsgewohnheiten müssen umgestellt werden. Beispielsweise sind Rohmilchkäse, rohes Fleisch und Zubereitungen mit rohen Eiern tabu, denn die darin enthaltenen Bakterien oder Pilze erhöhen das Infektionsrisiko. Sorgfältige Hygiene leistet einen weiteren Beitrag zur Gesundheit von Transplantierten. „Hygieneregeln, die wir alle uns während der Coronapandemie antrainiert haben, gehören jetzt dauerhaft zu meinem Leben“, bilanziert Ulrich V., „Aber ich denke, dass diese Maßnahmen und Einschränkungen im Vergleich zu meinem Gesundheitszustand vor der Transplantation das geringere Übel sind.“

DIE LEBENDSPENDE AUS DEM PRIVATEN UMFELD RETTET ULRICH V. DAS LEBEN

Ulrich V. hatte das Glück, eine Lebendspende zu erhalten, obwohl er nicht damit gerechnet hatte. „Für mich war die Totspende die einzige Option“, berichtet Ulrich V. „Ich habe nie in Betracht gezogen, auf Menschen in meiner Umgebung zuzugehen und sie um eine Organspende zu bitten.“ In der Regel warten Nierenerkrankte in Deutschland aufgrund des großen Spendermangels durchschnittlich acht bis zehn Jahre auf ein neues Organ. Bei Ulrich V. ging es schneller, weil sein Bruder sich als Spender zur Verfügung stellte. Für eine Lebendorganspende muss laut Gesetz eine emotionale Bindung zwischen Spender und Empfänger bestehen. Meistens handelt es sich um Verwandte, aber auch enge Freunde können zu Spendern werden. Im Vorfeld wird genau überprüft, ob die Spende auf einen freiwilligen Entschluss zurückgeht. Dank intensiver Aufklärung liegt die Lebendspendenquote am Universitätsklinikum Frankfurt bei erfreulich hohen 30 bis 40 Prozent. Ein Psycho-

loge erkundet vor der Transplantation im Einzelgespräch, ob ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Spender und Empfänger besteht. Im Anschluss überzeugt sich die Ethikkommission der Landesärztekammer von der Freiwilligkeit der Spende. Die doppelte Absicherung soll Zwänge verhindern, aber auch die Spender über potenzielle Risiken aufklären.

„Für einen chronisch nierenkranken Patienten ist die Transplantation oft alternativlos. Er ist deshalb eher bereit, das Risiko einer Operation einzugehen“, meint Ulrich V. „Für den Spender liegt die Latte bedeutend höher. Denn er muss die Entscheidung treffen, ob er sich als gesunder Mensch einer größeren Operation unterzieht.“ Umso dankbarer ist Ulrich V. seinem Bruder. „Er hat mir das größte Geschenk gemacht, das man im Leben bekommen kann“, sagt Ulrich V. „Deshalb wäre es für mich das Schlimmste gewesen, wenn mein Körper das Organ, das mein Bruder mir geschenkt hat, abgestoßen hätte. Ich war sehr glücklich, als die Ärzte nach der Operation zu mir kamen und sagten, dass der Eingriff gut verlaufen und dass die Prognose günstig sei.“

Das positive Ergebnis konnte in diesem Fall nur dank zusätzlicher medizinischer Maßnahmen erzielt werden, denn bei den Brüdern lag eine sogenannte ABO-inkompatible Transplantation vor. Das bedeutet, dass die Blutgruppen von Spender und Empfänger nicht kompatibel sind. „Wir führen in der Klinik für Nephrologie seit vielen Jahren ABO-inkompatible Transplantationen durch. Allerdings geht mit dieser Konstellation eine besondere Planung einher“, so Prof. Dr. Dr. Speer. „Beim Organempfänger werden eine spezielle Infusionstherapie und eine besondere Art der Blutwäsche durchgeführt, die bereits vier Wochen vor der Transplantation starten. Dabei werden die Antikörper aus dem Blut entfernt, die sich gegen die Blutgruppe des Spenders richten.“ Dieses Verfahren ist nur im Fall einer Lebendspende möglich, wenn also genügend zeitlicher Vorlauf für die Operation besteht.

INDIVIDUALITÄT BEI JEDEM SCHRITT

Jede Patientin und jeder Patient erhalten eine individuelle Vorbereitung. Prof. Speer und sein Team konnten dennoch an einigen Stellschrauben drehen, um den gesamten Prozess zu beschleunigen und gleichzeitig den Komfort für die Betroffenen zu steigern. Zu diesem Zweck wurde das Vorbereitungs-



Marie-Theres Blinn, MTA für Funktionsdiagnostik, untersucht Ulrich V. bei einem Kontrolltermin am Universitätsklinikum Frankfurt.



verfahren neu strukturiert. „Wir wissen, dass es für Patientinnen und Patienten sehr wichtig ist, dass die Entscheidung, ob eine Transplantation möglich ist, nicht zu lange dauert“, erklärt Prof. Speer. „Für die Transplantation sind viele Untersuchungen wie Computertomografie und Ultraschall notwendig. Wir bieten künftig einen ambulanten Diagnostiktag an. Er soll den Aufwand für die Patientinnen und Patienten reduzieren, damit sie keine getrennten Termine mehr beim Kardiologen, Angiologen, Radiologen etc. vereinbaren müssen. Mit dem Diagnostiktag können wir an einem Vormittag alle Untersuchungen vor Ort abhandeln, wozu normalerweise mehrere Facharzttermine nötig sind.“

Das Transplantationszentrum am Universitätsklinikum Frankfurt, das größte in Hessen, kann mit seinen hohen Erfahrungswerten die bestmögliche Hilfe und Therapie anbieten. Bei einer Nierentransplantation arbeiten hier insbesondere die Kliniken für Allgemeinchirurgie und für Nephrologie Hand in Hand. „Je mehr Transplantationen in einem Zentrum durchgeführt werden, desto sicherer ist es für die Patientinnen und Patienten“, bestätigt Prof. Dr. Dr. Speer. Das positive Ergebnis bei Ulrich V. ist dafür das beste Beispiel. Seine neue Niere arbeitet exzellent. Sie bleibt ein wunderbares Geschenk für den Transplantierten, seinen Bruder und für die beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten am Universitätsklinikum Frankfurt.

STIMULATION FÜR DIE SCHLAGANFALL-THERAPIE

Die Schlaganfallforschung und -therapie gewinnen an Bedeutung, weil Schlaganfälle aufgrund der demographischen Entwicklung der in Deutschland immer älter werdenden Gesellschaft deutlich zunehmen werden. Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann hat zum Jahresbeginn die Leitung der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Frankfurt übernommen. Der international ausgewiesene Schlaganfall-Experte hat das Ziel, den renommierten Standort Frankfurt unter Einsatz moderner Interventions- und Stimulationsverfahren zu einem deutschen Spitzenzentrum auszubauen.



Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann ist ausgewiesener Experte in der Erforschung motorischer Netzwerke des Gehirns und der Rehabilitation motorischer Störungen nach Hirnschädigungen. In zahlreichen Studien ist der 46-Jährige der Frage nachgegangen, was bei einem Schlaganfall im Gehirn passiert und mit welchen Therapien das Gehirn unterstützt werden kann, um die Folgen des Schlaganfalls bestmöglich zu kompensieren.

Bei einem Schlaganfall werden Arterien im Gehirn durch einen Blutpfropfen oder Gefäßverkalkung verschlossen oder es platzt ein Gefäß im Gehirn. In Deutschland erleiden rund 270.000 Menschen jährlich einen Schlaganfall. Zwar hat sich die Sterblichkeit in den vergangenen 25 Jahren beinahe halbiert, dagegen überleben immer mehr Patientinnen und Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen. Die Folgen können gravierende Sprach- und Sehstörungen und Lähmungserscheinungen sein. Der Hirninfarkt ist häufig ein einschneidendes Ereignis im Leben, weil grundlegende Fähigkeiten verloren gehen und mühsam wieder erlernt werden müssen. Die Erkrankung Schlaganfall stellt in Deutschland die häufigste Ursache für eine erworbene Behinderung dar. Der größte Risikofaktor für Schlaganfall ist das Alter. Angesichts der demographischen

Entwicklung gehen Forscher von einer deutlichen Zunahme der Erkrankung in den nächsten zehn bis 20 Jahren aus.

„Wir freuen uns sehr, dass Prof. Dr. Grefkes-Hermann dem Ruf auf die Professur für Neurologie an die Goethe-Universität gefolgt ist“, sagt Prof. Dr. Stefan Zeuzem, Dekan der Medizinischen Fakultät und Direktor der Medizinischen Klinik I am Universitätsklinikum Frankfurt. „Seine Arbeiten auf dem Gebiet der Neurorehabilitation und Neuromodulation haben gezeigt, wie Faktoren einer erfolgreichen Funktionserholung nach einem Schlaganfall identifiziert und wie sie mittels Hirnstimulation positiv beeinflusst werden können. Dieses translationale Denken und Handeln ist genau der Ansatz, den wir für die Weiterentwicklung unseres Neurostandorts brauchen.“

HIRNSTIMULATION NACH INDIVIDUELLER NETZWERKANALYSE DES GEHIRNS

Mit seiner Forschung konnte Prof. Dr. Grefkes-Hermann zeigen, wie sich das motorische Netzwerk des Gehirns nach einem Schlaganfall verändert und welche Hirnregionen den Heilungsprozess blockieren. Seine Erkenntnis: Mit Hilfe der sogenannten transkraniellen Magnetstimulation (TMS) können krankhaft veränderte Netzwerkknoten im Gehirn gezielt angeregt werden. Bei diesem nichtinvasiven Hirnstimulationsverfahren wird durch ein Magnetfeld ein schwacher elektrischer Strom in der Hirnrinde erzeugt, wodurch die Erregbarkeit von Nervenzellen beeinflusst werden kann. Dadurch wird die Kommunikation von Nervenzellen in verbundenen Hirnregionen verändert, je nachdem ob eine Region überaktiv oder unteraktiv ist. Die Hirnstimulation für die individuelle Netzwerkstörung einer Patientin oder eines Patienten zu adaptieren, ist eines der Ziele von Prof. Dr. Grefkes-Hermann am Universitätsklinikum Frankfurt.

„Hirnstimulationsverfahren können bei Schlaganfallpatienten zu einer Verringerung von motorischen oder sprachlichen Defiziten und somit zu mehr Lebensqualität führen“, erklärt Prof. Dr. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikum Frankfurt. „Die Therapieansätze von Prof. Dr. Grefkes-Hermann fügen sich hervorragend in das medizinische Konzept am Universitätsklinikum Frankfurt ein: die Behandlung so genau wie möglich auf die persönlichen Merkmale der Betroffenen individuell zuzuschneiden. Davon können wir als Universitätsklinikum, aber vor allem unsere Patientinnen und Patienten profitieren.“

IM FOKUS: DIE INTERDISZIPLINÄRE BETREUUNG UND DIE WEITERENTWICKLUNG DER BEHANDLUNG VON SCHLAGANFALL-PATIENTEN

Prof. Dr. Grefkes-Hermann freut sich auf die Aufgabe: „Ich komme an einen international sehr renommierten Standort mit klinisch wie wissenschaftlich herausragenden Kolleginnen und Kollegen.“ Für den neuen Direktor der Klinik für Neurologie ist vor allem die enge Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten wie der Neuroradiologie, Neurochirurgie, Psychiatrie, Kardiologie, Gefäßchirurgie sowie der Infektiologie, Neuropathologie, Psychosomatik und Palliativmedizin wichtig, um den Patientinnen und Patienten interdisziplinäre Spitzenmedizin aus einer Hand anbieten zu können.

„Ich möchte einen besonderen Schwerpunkt setzen auf die Weiterentwicklung der Schlaganfallbehandlung unter Einsatz modernster Hirnstimulationsverfahren – in der Notfallversorgung und der postakuten Therapie.“, so Grefkes-Hermann. „Ich will – neben den bereits exzellenten Schwerpunkten Epilepsie und Neuroonkologie – weitere neurologische Schlüsseldisziplinen stärken: die Neuroimmunologie und die Neurodegeneration. Als Zentrum der Supramaximalversorgung können wir der Bevölkerung im Rhein-Main-Gebiet so eine optimale neurologische Versorgung anbieten.“

VOM RHEIN AN DEN MAIN GEWECHSELT

Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann wurde im niederrheinischen Krefeld geboren. Er absolvierte ein Medizinstudium in Düsseldorf, Sydney und London. Nach einer Assistenzarztzeit am Universitätsklinikum der RWTH Aachen setzte er seine Karriere an der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Uniklinik Köln fort. Neben seiner klinischen Tätigkeit leitete er von 2007 bis 2014 eine Forschungsgruppe der Max-Planck-Gesellschaft mit dem Schwerpunkt Neuromodulation und Neurorehabilitation. Nach seiner Habilitation im Jahr 2011 wurde er im Jahr 2013 auf die Professur für Schlaganfall und Neurorehabilitation der Universität zu Köln berufen und leitete zusätzlich eine Arbeitsgruppe am Institut für Neurowissenschaften und Medizin des Forschungszentrums Jülich. Klinisch war Prof. Dr. Grefkes-Hermann von 2013 bis zu seinem Wechsel nach Frankfurt als Oberarzt, zuletzt als Leitender Oberarzt an

der Uniklinik Köln tätig. Er ist außerdem aktives Mitglied mehrerer Fachgesellschaften, unter anderem als designierter Präsident der Deutschen Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN). Seine Forschungen wurden mehrfach ausgezeichnet, zuletzt mit dem renommierten Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Seit 2021 ist Prof. Dr. Grefkes-Hermann Stellvertretender Sprecher des Sonderforschungsbereichs 1451 Motorische Kontrolle der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Am Universitätsklinikum Frankfurt tritt Prof. Dr. Grefkes-Hermann die Nachfolge von Prof. Dr. Helmuth Steinmetz an, der sich nach 25-jähriger Dienstzeit Ende 2022 in den Ruhestand verabschiedet hat.



Prof. Dr. Grefkes-Hermann hat zum Jahresanfang 2023 die Leitung der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Frankfurt angetreten. Hier möchte er die Schlaganfalltherapien auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anpassen, um somit einen größtmöglichen Effekt auf die Funktionserholung zu erzielen.

MEHR LEBENSQUALITÄT FÜR MENSCHEN MIT NEUROLOGISCHEN ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Expertinnen und Experten aus 26 Ländern haben in Paris die Grundlagen für innovative Ansätze zur Erhöhung der Lebensqualität von Menschen mit neurologischen Entwicklungsstörungen gelegt. Die internationale und interdisziplinäre Kooperation wird von der EU mit insgesamt elf Millionen Euro gefördert.



Prof. Dr. Christine M. Freitag, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters



Prof. Dr. Andreas G. Chiochetti, Leiter Labor für Molekulare Genetik

Als Teil von 26 weltweit führenden interdisziplinären Forschungsgruppen aus Europa und assoziierten Ländern setzt sich die Klinik Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt (KJPPP) für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit neurologischen Entwicklungsstörungen ein.

Das von der EU geförderte Projekt Risk and Resilience in Developmental Diversity and Mental Health (R2D2-MH) verfolgt einen neuen Ansatz: Sein Ziel ist es, sich von der reinen Untersuchung von Risiken zu einem besseren Verständnis und zur Förderung von Resilienz zu bewegen. Dabei werden die Diversität der Entwicklung, der Genetik und der Diagnosen als Faktoren betrachtet, die das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit über die gesamte Lebensspanne beeinflussen. „Ich bin sehr begeistert von der Idee, die Ziele unserer Forschung gemeinsam mit Menschen zu erarbeiten, die in ihrem Alltag mit psychischen Problemen konfrontiert sind. Durch die Kombination von maschinellem Lernen und Genetik mit klinischer Datenwissenschaft und einer patientenorientierten Ergebnisdefinition werden wir besser verstehen, wer von welcher verfügbaren Behandlung profitieren wird“, erklärt Prof. Dr. Andreas G. Chiochetti, Leiter des Labors für Molekulare Genetik am Universitätsklinikum.

GROSSER BEVÖLKERUNGSANTEIL BETROFFEN

Rund 38 Prozent der EU-Bevölkerung sind mit einer psychischen Störung oder Herausforderung konfrontiert. Neurologische Entwicklungsstörungen (NDDs = Neurodevelopmental

Disorders) sind Erkrankungen, die das Wachstum und die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen und in der Regel schon früh im Leben beginnen. Dazu gehören Autismus und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Menschen mit NDD und ihre Familien sind verstärkt mit Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert, was sich zusätzlich negativ auf das Wohlbefinden auswirkt. Gegenwärtig gibt es im Kontext von NDDs keine hochwirksamen, evidenzbasierten Ansätze zur mittel- bis langfristigen Verbesserung der mentalen Gesundheit. Dies ist zum Teil auf ein begrenztes Verständnis der neurobiologischen Mechanismen zurückzuführen, die beim Übergang von mentaler Gesundheit zur Krankheit im Laufe des Lebens und bei der Interaktion mit Umweltfaktoren eine Rolle spielen. Die Unterscheidung zwischen neuronaler Diversität und Störung ist genau der Punkt, an dem R2D2-MH ansetzt.



Prof. Dr. Christine Ecker, Leiterin des Neuroimaging-Labors

FRANKFURTER FORSCHUNGSGRUPPEN

Die KJPPP ist an R2D2-MH mit mehreren Schwerpunktthemen beteiligt. Die Forschungsgruppe um Prof. Dr. Christine Ecker, Leiterin des Neuroimaging-Labors, wird sich auf die Charakterisierung von Risiko- und Resilienzmarkern der Entwicklungsdiversität konzentrieren. „Die Vertiefung unseres Verständnisses darüber, wie sich das Gehirn entwickelt und wie die Genetik von neuroentwicklungsbedingten Phänotypen wie Autismus-Spektrum-Störungen damit zusammenhängt, wird der vielversprechendste Ansatz sein, um die Auswirkungen der neuronalen Vielfalt auf das persönliche Wohlbefinden zu entschlüsseln“, betont Prof. Dr. Ecker.

Prof. Dr. Christine M. Freitag, Direktorin der KJPPP, und Prof. Dr. Chiochetti werden untersuchen, wie bekannte genetische Faktoren zum Risiko und zur Resilienz in Bezug auf das psychische Wohlbefinden beitragen und wie Behandlungsmaßnahmen in der frühen Kindheit mit genetischen Markern auf das Outcome bei neurologischen Entwicklungsstörungen einwirken. „Mit der Arbeit in R2D2-MH wollen wir begreifen, wie verschiedene Arten der Frühintervention durch genetische Faktoren beeinflusst werden. So werden wir besser verstehen können, warum manche Menschen von einer Behandlung profitieren und andere nicht“, erklärt Prof. Dr. Freitag. „Zu diesem Zweck werden wir mit Partnern aus Genf und Queensland, Australien, zusammenarbeiten, um Kohorten mit unterschiedlichem Hintergrund und unterschiedlichen Behandlungen zu vergleichen.“

WENN DIE GEFÜHLE ACHTERBAHN FAHREN

TEIL-
NEHMENDE
GESUCHT

Ein neues internationales Forschungsprojekt will die Mechanismen und Ursachen von Stimmungsschwankungen bei Menschen mit bestimmten psychischen Erkrankungen aufdecken. Es wird von der EU-Kommission mit 1,3 Millionen Euro gefördert.

Stimmungsschwankungen treten bei vielen psychischen Erkrankungen auf, insbesondere aber bei der bipolaren Störung, der Borderline-Störung und beim adulten ADHS. Wie sich Stimmungsschwankungen jeweils ausprägen, kann je nach Erkrankung sehr unterschiedlich sein.

Für die korrekte Diagnose der Grunderkrankung ebenso wie für eine angemessene Therapie wäre es wichtig, die Mechanismen zu kennen, die den Stimmungsschwankungen zugrunde liegen. Unterscheiden sie sich je nach Krankheitsbild? Doch empirische Daten fehlen bislang.

Diese Wissenslücke will das Projekt DynaMoND (Dynamics of Affect Modulation in Neurodevelopmental Disorders) schließen. Dafür werden Betroffene ein Jahr lang begleitet und genetische Informationen mit selbsterfassten Daten zu Stimmungsschwankungen und externen Stressfaktoren kombiniert. Das von der EU-Kommission mit 1,3 Millionen Euro geförderte Projekt wird von der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie des Universitätsklinikum Frankfurt koordiniert und in Zusammenarbeit mit Arbeitsgruppen in Karlsruhe, Barcelona, Brescia, Bergen und Genf durchgeführt.

„Krankheiten wie ADHS, die bipolare Störung oder die Borderline-Störung gehen oft mit schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher. Menschen mit ADHS beispielsweise haben ein höheres Risiko für Unfälle und Suizid. Umso wichtiger ist es, Betroffenen früh zu helfen. Dafür ist es aber notwendig, die Mechanismen hinter den Erkrankungen zu verstehen“, erklärt der Frankfurter Projektleiter Prof. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie am Universitätsklinikum.

DYNAMIKEN VON STIMMUNGSSCHWANKUNGEN VERSTEHEN

Basis der Forschung von DynaMoND ist das DynAffect-Modell. Es geht davon aus, dass die individuellen Unterschiede in Art und Häufigkeit von Stimmungsschwankungen bei gesunden Menschen von drei Faktoren abhängig sind: der individuellen Ausgangslage oder Grundstimmung, wie stark eine Person auf externe oder interne Auslöser reagiert, und wie stark Stimmungsschwankungen wieder auf die Grundstimmung zurückreguliert werden.

ERKRANKUNGEN FRÜH ERKENNEN – SPÄTFOLGEN VERHINDERN

An der Studie teilnehmen sollen insgesamt 480 Personen zwischen 14 und 30 Jahren an den fünf Standorten: jeweils 120 Betroffene mit ADHS, bipolarer Störung und Borderline-Störung sowie 120 gesunde oder neurotypische Personen.



Prof. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie

Durch die Fokussierung auf Teenager und junge Erwachsene will DynaMoND dazu beitragen, dass die Krankheiten zukünftig schon im frühen Stadium erkannt und behandelt werden. So lassen sich außerdem Behandlungsmöglichkeiten für dieses entscheidende Frühstadium ableiten, die möglicherweise manche negativen Spätfolgen verhindern können. Betroffene und andere an der Teilnahme Interessierte können sich bei Maximilian Bayas melden unter dynamond@kgu.de oder 069-6301-85428.

BETROFFENE EINBINDEN

Nach einer gründlichen Anamnese, die beispielsweise auch traumatische Erlebnisse aus der Kindheit einschließt, sowie einer Genotypisierung werden die Teilnehmenden über ein Jahr vom Forschungsteam begleitet. Dabei erfassen die Teilnehmenden selbst ihre jeweiligen Stimmungen, Aktivitäten und ihr Schlafverhalten über eine Smartphone-App. Außerdem soll regelmäßig das individuelle Stresslevel erfasst werden. So wird nicht nur eine umfassende Datengrundlage für die Studie geschaffen, auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer profitieren: Betroffene können durch die präzise Beobachtung Auslöser und Frühwarnsymptome für ihre Stimmungsschwankungen erkennen und möglicherweise beeinflussen.

ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG DURCH GROSSE NEUE DATENBANK SIGNIFIKANT ERLEICHTERN

DynaMoND schafft außerdem die Basis für weitere Studien zu den untersuchten Krankheiten. Alle aufgenommenen Daten werden anonymisiert in einer großen Datenbank gesammelt. Diese wird internationalen Forschenden zugänglich gemacht. So können Zusammenhänge zwischen den Krankheiten noch intensiver untersucht und möglicherweise neue Behandlungsstrategien abgeleitet werden.

PFLEGE 2.0: MEHR ZEIT FÜR PERSONAL UND PATIENTEN

Zum 1. Januar 2023 ist der Tarifvertrag **Stärkung und Entlastung am Universitätsklinikum Frankfurt** in Kraft getreten. Rund 4.000 nichtärztliche Beschäftigte erwarten zum Jahresanfang **Schritt für Schritt personelle Verstärkung und ein verbindlicher Belastungsausgleich**. Die dann gültigen **Pflegepersonalregelungen am Universitätsklinikum Frankfurt** nehmen einen Systemwechsel im Gesundheitswesen vorweg, der die **Behandlungsqualität verstärkt in den Fokus rückt und bessere Arbeitsbedingungen für die Pflege schafft**.

Die Einigung zum Tarifvertrag **Stärkung und Entlastung** ist offiziell: Ende 2022 hat auch der Aufsichtsrat des Universitätsklinikum Frankfurt zugestimmt. Zu den Eckpunkten der Vereinbarung gehört unter anderem die Einführung der Systeme PPR 2.0 und PPP-RL (Pflegepersonalregelung 2.0 bzw. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) zum 1. August 2023.

Diese Instrumente zur Personalplanung wurden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di erarbeitet. Die Bundesregierung will sie künftig verbindlich in allen Kliniken einführen, ein konkreter Umsetzungsplan steht aber noch aus.

Das Universitätsklinikum Frankfurt ist damit Vorreiter bei diesem Systemwechsel und hat bereits frühzeitig mit den technischen Vorbereitungen für die Umsetzung begonnen. Außerdem umfasst die Tarifeinigung unter anderem eine Einsparprämie und zusätzliche Urlaubstage. Die Maßnahmen sollen möglichst zügig bei den Beschäftigten ankommen und eine zeitnahe Verbesserung bewirken.

DAS UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT GEHT VORAN

Mit dem Tarifvertrag **Stärkung und Entlastung** wird das Ziel verfolgt, eine am individuellen Betreuungsbedarf ausgerichtete Pflege zu realisieren und damit langfristig die Attraktivität der Arbeit am Universitätsklinikum Frankfurt zu steigern.

„Mit dem Entlastungstarifvertrag bietet das Universitätsklinikum Frankfurt attraktivere Arbeitsbedingungen und einen Ausgleich für besondere Belastungssituationen. Das haben die Beschäftigten mehr als verdient angesichts der enormen Leistung, die sie nicht nur in der Coronapandemie jeden Tag mit ihrem Engagement erbringen“, erklärt Hessens Wissenschaftsministerin Angela Dorn, zugleich Aufsichtsratsvorsitzende des Universitätsklinikum Frankfurt.

„Wir haben uns angesichts des Fachkräftemangels und der Bedeutung motivierter Beschäftigter bewusst für diesen Weg entschieden, ohne dass es entsprechende bundesweite Mindestanforderungen gäbe. Wir sind überzeugt, dass das Universitätsklinikum Frankfurt damit seiner Verantwortung als Arbeitgeber gerecht wird und einen nachhaltigen Impuls für seine Zukunft setzt.“

BEI REFORMEN KEINE ZEIT VERLIEREN

Das Universitätsklinikum Frankfurt hat sich zu den Entlastungsmaßnahmen entschlossen, obwohl es bisher bundesweit noch keinen klaren gesetzlichen Fahrplan für bedarfsgerechte Personalvorgaben in den Krankenhäusern gibt.

„Wir gehen mit diesem Tarifvertrag voran, weil wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihrer Arbeit stärken wollen. Damit steigern wir auch unsere Attraktivität als Arbeitgeber“, erklärt Markus Jones, Kaufmännischer Direktor und stellvertretender Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikum Frankfurt und einer der Verhandlungsführer in den Tarifgesprächen. „Der Umbauprozess soll möglichst rasch zu einer Entlastung der Beschäftigten beitragen und sich in der Versorgungsqualität unserer Fachkliniken niederschlagen.“

Auch Birgit Roelfsema, Pflegedirektorin am Universitätsklinikum Frankfurt, sieht im Tarifvertrag **Stärkung und Entlastung** die Chance, den Reformprozess zügig anzugehen. „Wir haben mit den Vereinbarungen ein spürbares Entlastungsinstrument für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Hand“, sagt Birgit Roelfsema. „Die Maßnahmen werden ihren Beitrag zu einem gesünderen Arbeitsumfeld leisten. Wir etablieren verschiedene Formen von Springerpools mit individuellen Arbeitszeitmodellen und einem frei wählbaren Arbeitszeitumfang, die dazu beitragen, kurz- und längerfristige Personalausfälle zu kompensieren und gleichzeitig die Möglichkeit bieten, individuellen Bedürfnissen der Mitarbeitenden gerecht zu werden.“

Vom Minijob bis zur Vollzeitstelle ist alles möglich. Beschäftigte können zudem auf freiwilliger Basis Ad-hoc-Einsätze leisten und dafür Einsparprämien erhalten. Das Universitätsklinikum Frankfurt bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern damit eine Wahlmöglichkeit: Sogenannte Belastungspunkte können nach individuellen Bedürfnissen in Freizeit oder Entgelt umgewandelt werden.

Die Belastungspunkte sollen kurz- und langfristig nutzbar sein, d.h. das Ansammeln von Punkten auf einem Langzeitarbeitskonto kann beispielweise für einen früheren Renteneintritt oder eine zwischenzeitliche Auszeit genutzt werden.

AKTIVE MASSNAHMEN FÜR DIE FACHKRÄFTE

Unmittelbar spürbar wurden erste Maßnahmen für die Beschäftigten bereits mit dem Dezembergehalt. Mit der letzten Entgeltabrechnung des Jahres wurden zwei zusätzliche Urlaubstage als Kompensation für die Belastungen während der Pandemie ausgezahlt. Ein dritter Urlaubstag kann im ersten Halbjahr 2023 genommen oder ebenfalls ausgezahlt werden. Zur Umsetzung der Pläne werden zahlreiche zusätzliche Stellen in der Pflege wie auch in anderen Berufsgruppen aufgebaut.

Neben konkreten Verbesserungen im Arbeitsalltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärkt das Klinikum die Aus- und Weiterbildungskonditionen, um das Berufsbild der Pflege für den Nachwuchs attraktiver zu machen und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Dafür soll die Praxisanleitung mehr Raum erhalten und Übernahmegarantien bei erfolgreichen Abschlüssen gegeben werden. Von den gewonnenen Erfahrungen der gebündelten Maßnahmen werden andere Krankenhäuser profitieren und dort für neue Impulse sorgen.

TARIFVERTRAG FÜR EINE BESSERE KRANKENVERSORGUNG

Die Pflegepersonalregelungen PPR 2.0 und PPP-RL, die Teil des Tarifvertrags **Stärkung und Entlastung** am Universitätsklinikum Frankfurt geworden sind, wurden entwickelt, um den Personalbedarf auf den Stationen noch konkreter anhand des Pflegeaufwands zu bestimmen.

Für Patientinnen und Patienten mit einer aufwändigen Versorgung soll mehr Zeit und also auch mehr Personal zur Verfügung stehen. Für jeden Patienten wird ein Zeitwert festgelegt, der den Bedarf widerspiegelt. Dafür wurde beispielsweise die Einteilung der Pflegekategorien um eine Stufe für hochaufwendige Leistungen ergänzt sowie der Pflegegrundwert und Fallwert um einige Minuten angehoben.

Neben konkreten Verbesserungen im Arbeitsalltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärkt das Universitätsklinikum mit dem neuen Tarifvertrag die Aus- und Weiterbildungskonditionen, um das Berufsbild der Pflege für den Nachwuchs attraktiver zu machen und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

INFORMATIONSKAMPAGNE GEGEN PFLEGEMANGEL IN DER KINDERHEILKUNDE

Das Universitätsklinikum Frankfurt startet eine breit angelegte Informationskampagne, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Pflege in der Kinder- und Jugendmedizin zu gewinnen. Der Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. unterstützt das Klinikum dabei aktiv.



Die Bildmotive der Kampagne, mit der das Universitätsklinikum Frankfurt um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege der Kinder- und Jugendmedizin wirbt.

Deutschlandweit wird über einen Mangel an Pflegekräften berichtet. Besonders im Fokus dabei: die Kinder- und Jugendmedizin. Der Universitätsmedizin kommt auch in der Pädiatrie die spezifische Bedeutung zu, nicht nur Forschung und Lehre voranzutreiben, sondern auch die schwersten Krankheitsfälle bei Kindern und Jugendlichen zu versorgen. Deshalb sucht das Universitätsklinikum Frankfurt jetzt bis zu 30 zusätzliche ausgebildete Pflegefachkräfte und Auszubildende kurz vor dem Abschluss.

Geplant ist eine zeitnah beginnende Kampagne mit Plakaten im gesamten Rhein-Main-Gebiet. Informativ Plakate an zentralen Orten sowie weitere Kommunikationsmaßnahmen an Hochschulen mit Pflegestudiengängen und in den sozialen

Netzwerken ergänzen die Aktion. Der Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. wird diese dringend notwendige Maßnahme zur Gewinnung von Pflegekräften für die Klinik für Kinder und Jugendmedizin finanziell fördern. Seit 40 Jahren unterstützt der Verein medizinische und forschungsintensive Vorhaben der universitären Kinderheilkunde. Mit der vorgesehenen Kampagne fördert der Verein nun das Vorhaben des Klinikums, um den akuten Pflegenotstand zu lindern.

DAS ZIEL: KAPAZITÄTEN AUSBAUEN

„Für die Behandlung unserer jungen oft schwerkranken Patienten ist jeden Tag ein engagiertes Team aus Pflegefachkräften und Ärzten erforderlich. Unsere Klinik könnte ihre Kapazitäten deutlich ausweiten, wenn wir mehr qualifizierte Pflegefachkräfte hätten. Deshalb bin ich dem Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. besonders dankbar, dass er uns mit einer für ihn ungewöhnlichen Förderung unterstützt“, betont Prof. Dr. Jan-Henning Klusmann, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

Karin Reinhold-Kranz, Vorstandsvorsitzende des Vereins Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V., ist überzeugt: „Der anhaltende Pflegenotstand hat massive Auswirkungen auf die Versorgung krebskranker Kinder. Eltern berichten uns von extrem langen Wartezeiten, verschobenen Operationsterminen und verkürzten Klinikaufenthalten. Da keine kurzfristigen Lösungen in Sicht sind, hat sich unser Verein entschlossen, durch

eine finanzielle Unterstützung zur Verbesserung der Lage beizutragen. Die maximale Gewinnung von qualifiziertem Pflegepersonal ist dabei das angestrebte Ziel. Denn diese Menschen sind ein wertvolles Bindeglied zwischen Arzt und Kind bei der Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die Fachkräfte werden dringend und in ausreichendem Maße benötigt. Wir hoffen, dass durch unsere Förderung die kleinen Patienten und ihre Familien ihre Therapien zuversichtlich und gut betreut durchlaufen können.“

ATTRAKTIVES BERUFSBILD SICHTBAR MACHEN

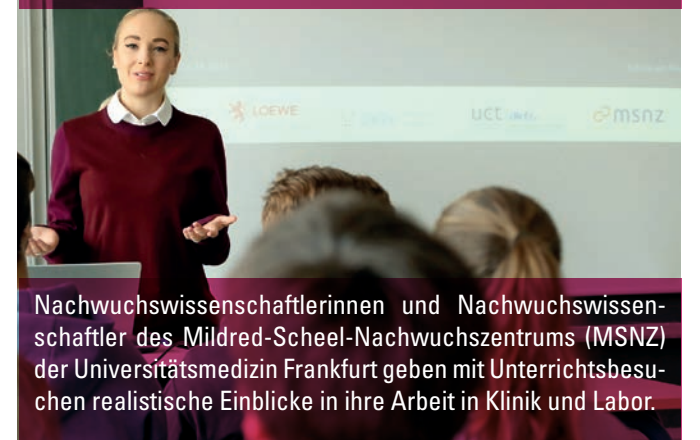
„Das Universitätsklinikum sieht sich als Vorreiter für gute Arbeitsbedingungen und ist sehr aktiv, diese für Pflegekräfte

permanent zu verbessern. Mit der Gewerkschaft ver.di hat das Klinikum ein Eckpunktepapier zum Tarifvertrag Stärkung und Entlastung beschlossen. Hierbei geht es um den Schutz von arbeitsfreien Zeiten, einen sogenannten Springerpool mit Einspringprämien, Maßnahmen zum Ausgleich von Arbeitsbelastungen sowie jederzeit ausreichend besetzte Schichten – um nur einige zu nennen (mehr dazu auf S. 14). In der pädiatrischen Pflege gibt es jedoch allgemeine Rahmenbedingungen, die sich nachteilig auf die Attraktivität des Berufsbildes auswirken. Mit der letzten Änderung der Ausbildungsordnung müssen Kinderpflegekräfte zunächst die Generalistische Pflegeausbildung absolvieren, um sich danach mit deutlichem Zeitaufwand weiter zu qualifizieren. Zudem werden pädiatrische Behandlungen im DRG-System nicht ausreichend vergütet. Dass wir nun in einer Informationskampagne die positiven Seiten dieser Tätigkeit darstellen können, ist dem Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. zu verdanken. Hierüber bin ich sehr glücklich“, freut sich Birgit Roelfsema, Pflegedirektorin am Universitätsklinikum.

„Die Pflegekräfte in der Pädiatrie widmen sich ihrer Aufgabe mit sehr viel Engagement. Unser Blick ist dabei stets auf den jungen Patienten. Die Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern fühlt sich sehr bereichernd an. Ärzte und Pflegekräfte arbeiten in der Pädiatrie sehr eng zusammen, man hat hier besonders viele medizinische Erfolgserlebnisse. Ich freue mich sehr, wenn wir für unsere bedeutsame und schöne Berufung noch neue Kolleginnen und Kollegen hinzugewinnen. Die Arbeitsbedingungen werden sich dank des Tarifvertrages weiter verbessern. Das sind sehr erfreuliche Perspektiven für die Pflege in unserer Klinik“, schildert Petra Schneider, Pflegedienstleitung in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.



MSNZ@SCHOOL – KREBSFORSCHUNG LEBENDIG ERKLÄRT



Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler des Mildred-Scheel-Nachwuchszentrums (MSNZ) der Universitätsmedizin Frankfurt geben mit Unterrichtsbesuchen realistische Einblicke in ihre Arbeit in Klinik und Labor.

Am 4. Februar ist Weltkrebstag. Anlässlich dieses weltweiten Aktionstags hat das Mildred-Scheel-Nachwuchszentrum (MSNZ) Frankfurt das Projekt MSNZ@School ins Leben gerufen. Das Projekt richtet sich an Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler in Biologie- oder Berufsorientierungskursen ab Klasse 10 der allgemeinbildenden weiterführenden Schulen im Großraum Frankfurt. Auf Wunsch besuchen die Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler des MSNZ den Unterricht, knüpfen mit spannenden Vorträgen an den Lehrplan an und berichten aus ihrem Arbeitsalltag in der Krebsforschung. „Mit dem Projekt MSNZ@School möchten wir unsere Begeisterung für die Krebsforschung mit den Schülerinnen und Schülern teilen. Wir machen nicht nur mit Einblicken in unsere Forschungsprojekte die Lerninhalte greifbarer, sondern wollen auch mögliche Berufsbilder in der Universitäts- und Krebsmedizin – sei es als forschende Ärztin, als nicht klinisch tätiger Naturwissenschaftler oder als Bioinformatikerin – aufzeigen“, sagt MSNZ Fellow PD Dr. Katharina Wenger-Alakmeh, die als Ärztin in der Neuroradiologie tätig ist und ihre eigene Nachwuchsgruppe in der Hirntumorforschung am Universitätsklinikum leitet.

Aufbauend auf dem Basiswissen in Zellbiologie und Genetik können verschiedene Themen für den Unterrichtsbesuch gewählt werden, darunter Grundlagen von Tumorerkrankungen, aktuelle diagnostische Anwendungen, neue Therapieformen oder molekularbiologische Methoden. Die Schülerinnen und Schüler haben außerdem die Chance, sich mit den Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern auszutauschen und Fragen zum Forschungsprojekt, zum Ausbildungsweg und zur täglichen Arbeit zu stellen.

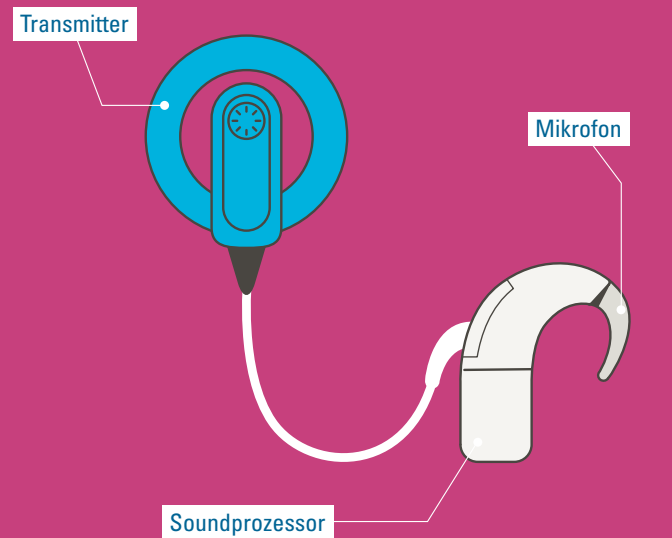
Zeitpunkt, Inhalt und Ablauf des Besuchs wird in Abstimmung mit den Lehrkräften organisiert. MSNZ@School kann sowohl online als auch in Präsenz stattfinden. Das Angebot ist kostenlos.

KONTAKT

Juliane Mankel, Telefon: +49 69 63 01 – 84 32 5, E-Mail: msnz@kgu.de

VOM TRAUM, WIEDER HÖREN ZU KÖNNEN

Bei manchen Menschen ist die Hörfähigkeit so stark eingeschränkt, dass selbst Hörgeräte nicht mehr helfen. In diesem Fall können Cochlea-Implantate eine Lösung sein. Doch hier zählt auch die Qualität der Versorgung. Das Hörzentrum am Universitätsklinikum Frankfurt wurde als „beispielgebend“ ausgezeichnet.



Prof. Dr. Timo Stöver, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Schlechtes Hören betrifft fünf Prozent der Weltbevölkerung. Je nach Art der Hörminderung sind unterschiedliche Lösungen sinnvoll. Bei einem relevanten Teil der Betroffenen besteht kaum oder keine Hörfähigkeit mehr. In diesem Fall können Cochlea-Implantate (CI) die Lösung sein. In Deutschland werden jährlich rund 5.000 Cochlea-Implantationen durchgeführt, doch die Qualität der Versorgung ist nicht überall die gleiche. Spezialisierte Zentren wie die Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Universitätsklinikum Frankfurt bieten Patientinnen und Patienten je nach Diagnose die gesamte Bandbreite an Hörhilfen. Die hohen Standards der Klinik wurden nun erneut mit dem Qualitätssiegel CIVE (Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung) bestätigt und im Rahmen einer unabhängigen Auditierung als „beispielgebend für Deutschland“ bewertet.

Das CIVE-Prädikat sorgt für Transparenz. Es erleichtert sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten die Einschätzung, wo Einrichtungen mit höchsten Qualitätsstandards für Therapie und Nachsorge im Bereich Cochlea-Implantat zu finden sind. Im Herbst 2021 hatte die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie das CIVE-Prädikat eingeführt. Unmittelbar im Anschluss hatte sich die hiesige HNO-Klinik dem anspruchsvollen Bewertungsprozess gestellt. Anfang 2022 erhielt sie die erste Zertifizierung in Hessen und war damit auch in Deutschland eine der ersten. 2023 konnte die Klinik das Prädikat nicht nur bestätigen, sondern wurde als besonders vorbildlich eingestuft. Eine unabhängige Zertifizierungsstelle prüft jährlich, ob die Qualitätskriterien weiterhin erfüllt werden. CIVE-zertifizierte Kliniken müssen u.a. die hohen Standards der interdisziplinären Versorgung erfüllen, eine geeignete Ausstattung vorweisen und eine lebenslange Nachsorge für betroffene Erwachsene und Kinder garantieren. „Wir freuen uns

sehr, dass unser Leistungsspektrum zur Cochlea-Implantat-Versorgung in unserem Zentrum von den Prüferinnen und Prüfern als beispielhaft nicht nur für das Rhein-Main-Gebiet, sondern für ganz Deutschland bewertet wird“, erklärt Prof. Dr. Timo Stöver, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, stolz. „Mit dem Cochlea-Implantat können wir Menschen zum Hören verhelfen, die zuvor kaum oder gar nicht hören konnten. Doch die Behandlung von Betroffenen mit hochgradiger Schwerhörigkeit ist ein komplexer Prozess. Er erfordert die Mitwirkung audiologischer, medizinischer, technischer und therapeutischer Expertinnen und Experten. Das können nicht viele Häuser vollumfänglich bieten. Eine Einrichtung wie unsere gewährleistet das gesamte Spektrum der Basis- und Folgetherapie: von der Diagnostik über die Operation bis zur regelmäßigen Justierung des Implantats – wir versorgen CI-Patientinnen und -Patienten ein Leben lang.“

„EXZELLENTER ERFÜLLUNG“ ALLER AUFGABEN

Die Grundlagen für eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Cochlea-Implantaten sind in der Leitlinie und im Weißbuch Cochlea-Implantat-Versorgung festgelegt. Die Zertifizierungsstelle hob bei der jüngsten Prüfung der HNO-Klinik am Universitätsklinikum insbesondere die „mehr als deutliche Erfüllung aller Vorgaben des Weißbuchs Cochlea-Implantat-Versorgung“ hervor. Die Prüferinnen und Prüfer lobten zudem die enge fachliche, personelle und räumliche Verknüpfung des gesamten interdisziplinären Teams.

HÖREN FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT

Bei gehörlosen und hörgeschädigten Kindern und Erwachsenen sind die Haarsinneszellen im Innenohr (Cochlea) beschädigt oder fehlen. Das Cochlea-Implantat besteht aus einem externen Teil und einem implantierten Teil. Die elektronische Innenohrprothese umgeht den geschädigten Teil des Ohres und stimuliert den Hörnerv direkt. Die Wiederherstellung des Hörvermögens kann dazu beitragen, wieder am sozialen Leben teilzunehmen oder bei Kindern eine erfolgreiche Hör- und Sprachentwicklung einzuleiten.

NEUES MEDIKAMENT FÜR EINE EFFEKTIVE SELBST-MEDIKATION BEI GENETISCHER ERKRANKUNG

Bei der Erbkrankheit hereditäres Angioödem (HAE) treten ohne erkennbaren Auslöser Schwellungen an einer oder mehreren Körperstellen auf. Wirkstoffe zur Bedarfsmedikation sind bisher nur in Form von Injektionen und Infusionen verfügbar. In einer Studie unter Federführung des Universitätsklinikum Frankfurt und der Charité – Universitätsmedizin Berlin konnte nun erstmals gezeigt werden, dass ein oral verabreichter Wirkstoff wirksam ist.

Die genetische Erkrankung manifestiert sich überwiegend im Kindes- und Jugendalter und bleibt bei den meisten Betroffenen ein Leben lang symptomatisch. Sie äußert sich in starken, örtlich begrenzten Schwellungen der Haut und der Schleimhäute, die an verschiedenen Körperregionen auftreten können. Bei Beteiligung der oberen Atemwege kann eine HAE-Attacke lebensgefährlich sein. „Behandlungsrichtlinien empfehlen deshalb, die Attacken so früh wie möglich zu therapieren“, erklärt Prof. Dr. Marcus Maurer, Direktor des Instituts für Allergieforschung der Charité. „Studien haben gezeigt, dass eine schnelle Behandlung der Patientinnen und Patienten die Zeit bis zur Symptomlinderung und die Gesamtdauer der Attacke erheblich verkürzt.“

ENTSTEHUNG EINER HAE-ATTACKE

Die Plasma-Kallikrein-Konzentration ist bei der Erkrankung der entscheidende Faktor. Bei gesunden Menschen wird die Aktivität dieses Enzyms vom Protein-C1-Inhibitor reguliert. Ein Gendefekt führt bei HAE dazu, dass die C1-Inhibitor-Konzentration zu niedrig ist und das Kallikrein-Kinin-System übermäßig aktiviert wird. In der Folge kommt es zu einer erhöhten Durchlässigkeit der Blutgefäßwände. Flüssigkeit wandert aus den Gefäßen ins Gewebe und es entstehen die typischen Schwellungen, die Ödeme.

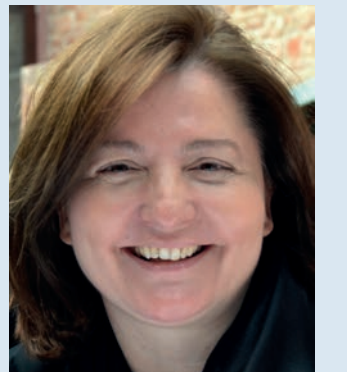
Ödemattacken können sich über mehrere Stunden entwickeln oder ganz plötzlich auftreten. Die Häufigkeit variiert ebenso stark wie die Dauer. In den meisten Fällen ist kein direkter Auslöser der Attacken erkennbar. Wann und an welchem Körperteil die nächste Attacke auftritt, ist ebenso wenig vorhersehbar. Mit einer rechtzeitigen Bedarfsmedikation ist das hereditäre Angioödem allerdings gut behandelbar, so dass Patientinnen und Patienten nicht durch unerwartete Attacken in Lebensgefahr geraten.

„Akute HAE-Attacken sind derzeit ausschließlich durch intravenös oder subkutan verabreichte Wirkstoffe therapierbar“, erklärt Studienleiterin Dr. Emel Ayyören-Pürsün, Fachärztin für Innere Medizin in der Angioödem-Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum

Frankfurt. „Unsere interventionelle klinische Phase-2-Studie hat gezeigt, dass eine effektive orale Therapie akuter Angioödem-Attacken bei HAE möglich ist.“ Neben dem Universitätsklinikum Frankfurt und der Charité waren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus mehreren europäischen Ländern, den USA, Neuseeland und Kanada an der Studie beteiligt. Sie ist der erste Peer-Review-Bericht über ein orales Therapeutikum zur Behandlung von HAE-Attacken und wurde in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift The Lancet veröffentlicht.

ORALE ON-DEMAND-THERAPIE

Derzeit zugelassene Therapien für HAE bestehen aus Wirkstoffen zur akuten Behandlung oder Vermeidung von Attacken. Allerdings ist die Verabreichung bislang belastend: Die Patientinnen und Patienten erhalten die Wirkstoffe durch Infusionen oder Injektionen. Diese Methoden benötigen Schulungsaufwand, sorgen für Zeitverzögerungen bei der Behandlung und können zu unerwünschten Nebenwirkungen wie Schmerzen und Überempfindlichkeitsreaktionen an der Infusions- oder Injektionsstelle führen. „Mit dem oral verabreichten Wirkstoff, den wir in unserer Studie erprobt haben, konnten diese gravierenden Nebeneffekte vermieden werden. Sebetralstat ist ein Plasma-Kallikrein-Hemmer, der Patientinnen und Patienten mit HAE die Verwendung des Therapeutikums erleichtert. Er kann unkompliziert verabreicht und zuhause eingenommen werden“, erklärt Prof. Dr. Maurer. „Sebetralstat hat sich in der Studie als gut verträglich erwiesen. Es erzielte eine schnellere Linderung der Symptome im Vergleich zum Placebo, verringerte den Schweregrad der Attacken und bewirkte eine signifikante Verlängerung der Zeit bis zur Anwendung einer konventionellen Behandlung“, ergänzt Dr. Ayyören-Pürsün.



Studienleiterin Dr. Emel Ayyören-Pürsün, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

PREISE – AUSZEICHNUNGEN – ERFOLGE – PERSONALIA

THEODOR-STERN-STIFTUNGSPREIS AN ZWEI ERFOLGS- GESCHICHTEN VERLIEHEN.



von links: Angela Dorn, Prof. Dr. Jürgen Graf, Prof. Dr. Thomas A. Wichelhaus, Dr. Johanna Kessel und Markus Jones

Die mit 5.000 Euro dotierte Auszeichnung ging an Christa Flerchinger für die Weiterentwicklung der professionellen Pflege am Universitätsklinikum Frankfurt sowie an und Dr. Johanna Kessel und Prof. Dr. Thomas A. Wichelhaus für ihren Beitrag zum sachgerechten und verantwortungsvollen Einsatz von Antinfektiva und somit zur Patientensicherheit und Prävention der Antibiotikaresistenz.



von links: Markus Jones, Angela Dorn, Birgit Roelfsema, Christa Flerchinger, Prof. Dr. Jürgen Graf und Prof. Dr. Marcel Verhoff

AUSZEICHNUNG FÜR FRANKFURTER RADIOONKOLOGEN

Der Deutsche Krebshilfepreis 2021 geht an Prof. Claus Rödel.



Anne-Sophie Mutter, Präsidentin der Deutschen Krebshilfe, übergibt den Deutschen Krebshilfe-Preis 2021 an Prof. Claus Rödel.

GOLDENE HÄNDE RETTEN LEBEN

Die Händedesinfektion der Klinikbeschäftigten garantiert den Schutz der Patientinnen und Patienten vor Infektionen. Die Aktion Saubere Hände verlieh erneut das Zertifikat Gold an das Universitätsklinikum Frankfurt und bestätigt die hohe Hygienesicherheitskultur im Arbeitsalltag

AUSZEICHNUNG FÜR HERAUSRAGENDE LEISTUNGEN – PROF. SABINE WICKER ERHÄLT DIE FRANZ-KOELCH-MEDAILLE 2023

Mit der Medaille würdigt die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) ihren Einsatz auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin. Prof. Sabine Wicker leitet den Betriebsärztlichen Dienst am Universitätsklinikum Frankfurt und ist für die medizinische Versorgung aller Mitarbeitenden zuständig.

LEICHTER ERWACHSEN WERDEN MIT EINER NEUROLOGISCHEN KRANKHEIT



Übergabe des Forschungsförderpreises der Deutschen HirnStiftung 2022 (v.l.n.r. HirnStiftung: Prof. Dr. Kathrin Reetz, Prof. Dr. Frank Erbguth, Epilepsie-Zentrum Frankfurt Rhein-Main: Preisträgerin PD Dr. Susanne Schubert-Bast, Prof. Dr. Felix Rosenow, Dr. Catrin Mann, Prof. Dr. Matthias Kieslich, Prof. Dr. Adam Strzelczyk)

Die Deutsche HirnStiftung unterstützt das Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main mit ihrem auf 5.000 Euro dotierten Forschungsförderpreis 2022. Dort wird jungen Menschen der nahtlose Übergang der medizinischen Versorgung beim Erwachsenwerden gewährleistet.

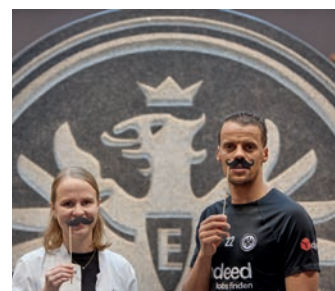
PROJEKTFÖRDERUNG DER STIFTUNG STARKE LUNGE

Prof. Dr. Ralf Schubert, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, erhält von der Stiftung Starke Lunge für sein Projekt zur Untersuchung der Rolle von microRNAs (miRNAs) bei der Resolution der Entzündung der Bronchiolitis obliterans (BO) eine Förderung in Höhe von 1,35 Millionen Euro über sechs Jahre.

DAS NEUJAHRSBABY

Am 1. Januar 2023 um 0:06 Uhr kam das erste Baby am Universitätsklinikum Frankfurt zur Welt.

EINTRÄCHTIG GEGEN HODEN- UND PROSTATAKREBS



Dr. Clara Humke von der Urologie macht gemeinsam mit Timothy Chandler im Proficamp der Eintracht zum Movember auf die Männergesundheit und Vorsorge aufmerksam.

Seit 2017 unterstützt die Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Frankfurt die jährliche Movember-Aktion, bei der auf die Männergesundheit und Vorsorge dieser aufmerksam gemacht wird. Männer lassen sich beginnend mit dem 1. November einen Bart wachsen. 2022 besuchte Dr. Clara Humke Timothy Chandler, Spieler der Eintracht Frankfurt, und sprach mit ihm offen über Hoden- und Prostatakrebs, Früherkennung und Behandlung.



Dusica Montgomery, Gruppenleiterin und Fachkrankenschwester der Nephrologie, Transplantation und Dialyse (rechts) ist bereits seit 1990 am Universitätsklinikum Frankfurt tätig.

Malgorzata Labusga, Pflegefachkraft für Transplantation, berichtet über ihre besondere Arbeit mit besonderen Patienten.

Was ist Ihre genaue Position am Universitätsklinikum Frankfurt?

Ich bin examinierte Krankenschwester und arbeite auf der Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgischen Station.

Seit wann arbeiten Sie am Universitätsklinikum?

Ich bin seit 1998 am Universitätsklinikum. Hier habe ich meine Berufsanerkennung erworben und viele Erfahrungen sammeln können – durch Stationswechsel, Fortbildungen, Berührung mit schwerkranken Menschen und Behandlungserfolge.

Warum haben Sie sich für das Universitätsklinikum entschieden?

Jeder Arbeitstag ist ein neuer Tag – man weiß nie, was passieren wird. So bleibt die Arbeit immer spannend. Mir macht es Spaß, mit Menschen zu arbeiten und am Ende des Tages gehe ich nur dann gerne nach Hause, wenn ich selbst mit meiner Leistung zufrieden bin.

Welche besondere Aus- bzw. Weiterbildung haben Sie zum Fachgebiet Transplantationspflege gemacht?

Seit ein paar Jahren arbeite ich mit Patienten, die eine Lebertransplantation erhalten haben. Ich habe mich bewusst entschieden, die Fachweiterbildung zur Pflegefachkraft für Transplantation zu machen. Dies, um professionell zu arbeiten und vor allem die Patienten fachgerecht zu versorgen.

Im November 2021 begann ich die zweijährige Weiterbildung. In den verschiedenen Modulen und Praxiseinsätzen konnte ich viele wichtige Erkenntnisse gewinnen. Mir ist noch bewusster geworden, wie komplex das Thema Transplantation ist.

Welche Besonderheiten hat Ihr Arbeitstag?

Der Tag einer Transplantation ist für alle sehr aufregend und auch mit Angst verbunden. Es ist sehr spannend, Patienten zu begleiten und psychischen Beistand zu leisten – von der Aufnahme zur Transplantation über den stationären Aufenthalt bis zur Entlassung in die Reha. Viele Patienten sagen, es fühle

sich an wie ein zweiter Geburtstag. Die Transplantation ist ihre Chance, wieder ein möglichst normales Leben zu führen.

Was ist speziell bei der Betreuung von Transplantationspatienten wichtig?

Neben meinen üblichen Aufgaben konzentriere ich mich besonders auf zwei Punkte: Beratung und Schulung von Patienten und Mitarbeitern. Ein Patient, der ein Transplantat erhalten hat, muss seinen Lebensstil verändern: Die immunsuppressiven Medikamente, die der Patient lebenslang einnehmen muss, schwächen das Immunsystem. Deshalb sind die Patienten deutlich anfälliger für Infektionen. So sind z.B. die schnelle Mobilisation und Atemtrainings wichtig, um eine Pneumonie zu verhindern. Bei der Körperhygiene ist Hautpflege und Beobachtung sehr wichtig – sie müssen auf möglich Verletzungen achten, die Entzündungen schnell hervorrufen können. Und sie müssen mögliche Nebenwirkungen der Medikamente deuten können. In Vergessenheit gerät oft auch die Ernährung. Hier lauern Infektionsgefahren z.B. in Form von rohem Fleisch, Fisch oder Eiern.

In vielen kleinen Beratungsschritten vermittele ich mein Wissen und unterstütze den Patienten bei der Umsetzung.

Außerdem ist es mir wichtig, alle Mitarbeiter für das enorm wichtige Thema Transplantation zu sensibilisieren. Der Patient wird bei uns professionell versorgt. Das kann nur erfolgen, wenn wir alle gut informiert sind und die komplexen Zusammenhänge verstehen. Deswegen habe ich wichtige Inhalte schriftlich fixiert und stelle sie bei Mitarbeiterschulungen vor. So können wir die Prozesse und Strukturen verbessern.



Malgorzata Labusga, Pflegefachkraft für Transplantation



„UNVERGLEICHLICH IST UNSERE NEUROVASKULÄRE VERSORGUNGSSTRUKTUR: DAS ZENTRUM DER NEUROLOGIE UND NEUROCHIRURGIE.“

Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann ist seit Januar 2023 Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Frankfurt. Im Interview spricht er u.a. über die Besonderheiten des Frankfurter Neurostandorts und seine Forschungsschwerpunkte.

Herr Prof. Grefkes-Hermann, was ist das Leistungsspektrum Ihrer Klinik?

Unsere Klinik bedient das vollständige Spektrum einer Universitätsneurologie. Es gibt Schwerpunktstationen wie die Stroke-Unit sowie die neurologische Intensivstation, die Epileptologie inklusive Videomonitoring-Station und die Neuroonkologie. Epileptologie und Neuroonkologie werden durch W3-Professuren mit Lehr- und Forschungsauftrag wissenschaftlich hervorgehoben. Des Weiteren gibt es die Bereiche Bewegungsstörungen, Neuroimmunologie, zukünftig die Neurorehabilitation und zahlreiche Spezialambulanzen.

Was sind die Alleinstellungsmerkmale, die hier in der Region sonst nicht angeboten werden?

Herausragend ist unsere neurovaskuläre – d.h. die Blutgefäße von Gehirn und Rückenmark betreffende – Versorgungsstruktur inklusive großer neurochirurgischer und neuroradiologischer Abteilungen im Haus: das Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie, kurz das ZNN. Auch die Epilepsiestation, die Neuroonkologie und die geplante Hirnstimulationsambulanz sind so in der Region einzigartig.

Was sind Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte und -erfolge?

Hierzu zählen der Einsatz systemischer Hirnforschungsmethoden wie Magnetresonanztomographie (MRT), Elektroenzephalographie (EEG), 3D-Echtzeitanalysen von Bewegungen und Magnetstimulation der Hirnrinde in Kombination mit komplexen Netzwerkanalyseverfahren. Auch beschäftige ich mich verstärkt mit dem Themenkomplex der Künstlichen Intelligenz.

Aktuell geht mein Team der Frage nach, wie sich das motorische Netzwerk des Gehirns nach einem Schlaganfall verändert und welche Hirnregionen den Heilungsprozess blockieren. Dabei haben wir wichtige Erkenntnisse erlangt: Mit der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) können wir krankhaft veränderte Netzwerkknoten im Gehirn gezielt anregen. Bei diesem nichtinvasiven Verfahren erzeugen wir durch ein Magnetfeld einen schwachen elektrischen Strom in der Hirn-

rinde. Das kann die Erregbarkeit von Nervenzellen beeinflussen. So ändern wir die Kommunikation von Nervenzellen in verbundenen Hirnregionen, abhängig davon, ob diese Region über- oder unteraktiv ist. Wir konnten zeigen, dass mit einer gezielten Stimulation die Netzwerkaktivität normalisiert wird. Dies verbessert die motorischen Funktionen der Patienten.

Was waren in Ihrem Werdegang die besonders prägenden Schritte?

Das war unter anderem die intensive Zeit meiner Doktorarbeit zur strukturellen und funktionellen Anatomie der sensomotorischen Hirnrinde am Düsseldorfer Hirnforschungsinstitut bei Prof. Dr. Karl Zilles. Sie legte den Grundstein für meine Laufbahn in der Neurologie. Mit vielen meiner damaligen Mitdoktoranden, einige davon mittlerweile selbst Lehrstuhlinhaber, habe ich immer noch intensiv Kontakt.

Von 2005 bis 2012 absolvierte ich meine Assistenzarztzeit – zunächst an der Uniklinik Aachen, ab 2009 an der Neurologie der Uniklinik Köln. Dort lernte ich meinen Mentor und Förderer Prof. Dr. Gereon Fink kennen. Zur gleichen Zeit konnte ich eine Max-Planck-Forschungsgruppe einwerben. So leitete ich frühzeitig eine Arbeitsgruppe mit eigenem Budget und verschaffte mir eine gewisse wissenschaftliche Unabhängigkeit. Schließlich folgte 2013 meine Berufung auf die W2-Professur Schlaganfall und Neurorehabilitation sowie die Ernennung zum Oberarzt an der Uniklinik Köln. All diese Stationen waren wegbereitend für die Position, auf der ich jetzt bin.

Jenseits des Beruflichen – verraten Sie uns etwas von Ihren privaten Interessen?

Ich liebe die Musik und wenn ich es zeitlich schaffe, spiele ich auf meinem Klavier. Außerdem bin ich viel im Garten aktiv, ziehe mein eigenes Gemüse – wenn ich gegen die Schnecken bestehe – und koche häufig. Ich reise gerne – vor allem nach Frankreich. Hier kann ich meiner Leidenschaft – nämlich Essen – am besten nachkommen. Aber am allerliebsten verbringe ich Zeit mit meiner Familie – insbesondere mit meinen kleinen Zwillingssjungs. Auch wenn sie mich mehr auf Trapp halten als eine ganze Klinik.