



Klinikum Karlsbad-Langensteinbach Eine der ersten Adressen für Wirbelsäulenchirurgie



Helle Flure und immer wieder eine schöne Aussicht auf Langensteinbach bieten die Gebäude des Klinikums.

Wenige Kilometer östlich von Karlsruhe liegt die zur SRH-Gruppe (Heidelberg) gehörende Klinik. Das Akutkrankenhaus bietet mit seinen Schwerpunkten Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Innere Medizin, Neurologie, Gefäßchirurgie und der Psychiatrie ein breitgefächertes und dennoch spezialisiertes Angebot. Über 1000 Menschen arbeiten hier. Jährlich werden mehr als 30000 Patienten behandelt, davon rund 21500 ambulant. Die Reha-Treff-Redakteure haben sich vorrangig in der Querschnittabteilung und Wirbelsäulenchirurgie umgeschaut und umgehört.

Die Klinik hat eine Abteilung zur Behandlung von akuten Querschnittslähmungen jeglicher Art und verfügt über 40 Betten auf zwei Stationen. Die meisten Gebäude der Klinik

stammen zwar aus den 1970er Jahren, aber alles wird peu à peu modernisiert. Das Querschnittszentrum ist im Jahr 2004 grundlegend renoviert worden. Die Klinikleitung legt sehr viel Wert auf geräumige Zimmer und Bäder, in denen sich die Patienten gut mit dem Rollstuhl bewegen können. Die Flure sind in freundlichem Gelb gehalten, teilweise gibt es noch Holzparkett, Kunstdrucke hängen an der Wand. Immer wieder gibt es grüne Innenhöfe, Gänge mit Glasfronten oder eine schöne Aussicht auf den relativ beschaulichen Ort Karlsbad-Langensteinbach. Unterbrochen wird die Stille regelmäßig vom auf dem Dach landenden Rettungshubschrauber, der neue Patienten bringt.

Akutbehandlung, Frührehabilitation und lebenslange Nachsorge

Es gibt viele verschiedene Ursachen für eine Querschnittslähmung, dazu gehören zum Beispiel Unfallfolgen, Krebserkrankungen oder Entzündungen. In Karlsbad wird die Akutbehandlung und Frührehabilitation vorrangig durchgeführt. Aber auch die lebenslange Nachsorge gehört zum Angebot. Dazu kommen die Patienten ein- oder zweimal im Jahr in die hauseigene Ambulanz. Dort werden sie beraten und körperlich untersucht, unter anderem mit radiologischen und urodynamischen Kontrollen. Wenn es Komplikationen gibt, ist ein stationärer Aufenthalt möglich. Die häufigsten späteren Komplikationen sind noch immer Dekubitalulcera.

Diese Druckstellen haben auch Ralf Flinspach aus Freudental schon mehrfach gezwungen, in die Klinik zurückzukehren. Der 45-Jährige hatte am 3. Oktober 1997 in der Schweiz



einen Motorradunfall. Beim Sturz prallte er mit dem Rücken gegen eine Felswand. Sein Bruder sorgte damals dafür, dass der querschnittgelähmte Schwabe relativ wohnortnah im badischen Karlsbad-Langensteinbach behandelt werden konnte. Ralf Flinspach fühlt sich in Langensteinbach sehr gut betreut. Nach seinem Unfall lag er in einem Vierbettzimmer und lernte zahlreiche, ebenfalls junge Leidensgenossen kennen, mit denen er sich schnell anfreundete und im Laufe der Reha immer mehr unternahm. Basketball und Karten spielen sowie erste Ausflüge in die Umgebung halfen ihm und den anderen, sich ins neue Leben hinein zu finden. Viele ältere Querschnittgelähmte haben jahrzehntelangen Kontakt zu ihren früheren Zimmergenossen.



Fotos: AWS/Rosdorff und SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach

Veränderungen durch kürzere Liegezeiten

Gemeinsame Freizeitaktivitäten dieser Art sind heute aufgrund der kürzeren Liegezeiten seltener geworden. „Heute sind die meisten Patienten auf ihren Zimmern und kommen kaum heraus“, verdeutlicht Ralf Flinspach den Unterschied zu damals. Inzwischen gibt es auch keine Vierbettzimmer mehr. Damit trägt man dem Wunsch vieler Patienten nach niedrigeren Belegungszahlen in den Zimmern, aber auch Aspekten der Hygiene Rechnung. „Vierbett- oder Zweibettzimmer, beides hat seine Vorteile“, meint Flinspach. Ruhe contra Kontakt eben. Seit seinem Unfall kommt Ralf Flinspach jedes Jahr zur Nachsorge nach Langensteinbach. Aktuell war er wegen eines Dekubitus zwölf Wochen in der Klinik.

Andere Komplikationen, aufgrund derer Patienten erneut kommen, gibt es häufig im Bereich der Wirbelsäule oder der Nieren und ableitenden Harnwege. Auch aufgrund von Schmerzen jeglicher Art, Frakturen oder Osteoporose kehren viele Patienten im Lauf des Lebens wieder auf die Station zurück. Auf den Stationen für Querschnittgelähmte sind die Paraplegiker noch leicht in der Überzahl, auch wenn in jüngster Zeit im Verhältnis immer mehr hochgelähmte und beatmete Patienten dazu kommen. Dr. Jürgen Moosburger behandelt zudem nicht mehr so viele Opfer von Verkehrsunfällen, sondern zunehmend Menschen, die durch verschiedene Erkrankungen querschnittgelähmt werden. Etwa fünf bis zehn Prozent sind zum Beispiel Krebspatienten. „Die nicht traumatischen Fälle haben in unserem Haus zugenommen, weil durch die Verkürzung der Liegezeiten Kapazitäten frei wur-



DER-QUERSCHNITT.de

Das Informationsportal
der Manfred-Sauer-Stiftung

Leben mit Querschnittlähmung

Informationen aus einer Hand

Die Diagnose Querschnittlähmung bedeutet für Betroffene und ihre Familien eine komplette Neuausrichtung des Lebens. Alltag, Beruf, Familie und die persönlichsten Bereiche müssen umstrukturiert und neu gestaltet werden.

Das Onlineportal Der-Querschnitt.de erläutert im [Starter Kit – Artikel für Einsteiger](#) Hintergründe und Basiswissen zum Leben mit Querschnittlähmung und informiert regelmäßig über neue Trends und Entwicklungen in den Bereichen:

- Aktuelles
- Para- & Tetraplegie
- Therapie
- Hilfsmittel
- Recht & Soziales
- Mobilität
- Wohnen
- Gesellschaft

Ein Projekt der Manfred Sauer-Stiftung
Neurott 20 • 74931 Lobbach
info@der-querschnitt.de • www.der-querschnitt.de



PD Dr. Tobias Pitzen ist einer der drei Spezialisten für Wirbelsäulen-chirurgie in Langensteinbach.

den“, erläutert Dr. Moosburger. „Jetzt kommen Patienten in ein Querschnittszentrum, was auch gut so ist, die früher gar nicht kamen, zum Beispiel krankheitsbedingte Querschnitt-lähmungen und ältere Menschen, die wir früher überhaupt nicht gesehen haben. Glücklicherweise haben wir jetzt die Kapazitäten, diese auch zu behandeln.“ Noch vor 20 Jahren lagen Tetraplegiker nach einem Unfall im Schnitt zwölf Monate im Krankenhaus, heute bezahlen die Kassen oft nur noch vier bis fünf Monate. Oberarzt Moosburger hat diese Veränderung während seiner beruflichen Tätigkeit hautnah miterlebt, denn er hat bereits 1982 seinen Zivildienst in der Pflege der Klinik in Langensteinbach absolviert.

Schwerpunkt Wirbelsäulen-chirurgie

Die Klinik deckt im Bereich der Akutbehandlung und bei Komplikationen das ganze Spektrum der Querschnitt-behandlung ab. Die wesentlichen Dinge laufen in allen Quer-schnittkliniken ähnlich ab. Dennoch hat jede Klinik einen besonderen Schwerpunkt. In Langensteinbach ist es die Wir-belsäulen-chirurgie. „Das ist unser Aushängeschild“, erläutert Dr. Moosburger. Aufgrund dieser spezialisierten Leistungen kommen auch Patienten aus weiter entfernten Regionen nach Langensteinbach. Spina bifida-Patienten werden übrigens auch in der Langensteinbacher Querschnittabteilung betreut. Dagegen hat man sich hier nicht so sehr auf Langzeitbeatmete ausgerichtet.

„Die Querschnitt-Behandlung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten besonders in der Wirbelsäulen-chirurgie und bei der Hilfsmittelversorgung verändert“, meint der Langen-steinbacher Abteilungsleiter. „Bei der Frage, wie heile ich das Rückenmark, hat sich leider so gut wie gar nichts getan“, zieht er jedoch gleichzeitig eine ernüchternde Bilanz. „Ich sehe auch momentan nichts außer die Versuche mit Stammzellen, die die Hürde vom Tierversuch zum Menschen überspringen“, fügt er hinzu. „Die Stammzellen werden erstmals unter seri-ösen Bedingungen in Zürich erforscht, wo wir mit im Boot sind“, erklärt der Mediziner weiter. „Das ist aber erst mal eine Erforschung, ob diese Methode am Menschen anwendbar ist, ohne dass es irgendwelche Probleme gibt. Therapeutisch positive Hinweise gibt’s da noch keine“, so Moosburger. Die embryonalen Stammzellen werden in das verletzte Rücken-mark eingespritzt, das bei einer Operation freigelegt wird. Und dann hoffen die Wissenschaftler, dass diese Stammzellen Nervenzellen bilden, Kontakt zu den bestehenden Enden oben und unten finden, und dadurch eine funktionelle Besserung eintritt. Das ist die Hoffnung. Keiner weiß, ob das jemals ge-



Dr. Jürgen Moosburger leitet das Querschnittszentrum der Klinik.

Fotos: SRH Klinikum Karlsruhe-Langensteinbach

lingen wird. Solche Operationen werden bereits im Ausland, z. B. in China, angeboten, jedoch bislang mit fraglichem Er-folg. „Da wird Hoffnung geschürt und den Leuten viel Geld aus der Tasche gezogen. Mit diesem Geld könnten die Pati-enten viel bessere Dinge für sich machen, zum Beispiel in der Hilfsmittelversorgung“, ist sich der Neurologe sicher.

Rücken-OP bei frisch Verletzten wurde in den 70ern zum Standard

Die Wirbelsäulen-chirurgie wurde Ende der 1970er Jahre in die Querschnittbehandlung eingeführt. Langensteinbach mit Prof. Jürgen Harms war dabei Vorreiter. Neue Operations-methoden wurden eingeführt, mit denen die Wirbelsäule versteift wird. Damit setzte sich durch, dass frisch Verletzte grundsätzlich operiert werden. Das bietet die Möglichkeit der besseren Stabilisierung, die Patienten kommen damit schnel-ler aus dem Bett heraus. Kaum zu glauben: Früher lagen die Patienten zwölf bis 16 Wochen auf dem Streckbett. Durch die Wirbelsäulenoperation Platz schaffen, damit sich das Rücken-mark besser regeneriert, so war der Plan. Es gibt Hinweise, dass dies tatsächlich so funktioniert, „aber so richtig statistisch beweisen kann man das wahrscheinlich gar nicht“, glaubt Jürgen Moosburger. Denn eine Vergleichsgruppe der Nichto-perierten gibt es nicht mehr. Fest steht für den Mediziner, dass Spät-komplikationen wie Höhlenbildungen im Rückenmark und Schmerzen bei nach dem Unfall operierten Querschnitt-gelähmten weniger auftreten.

Laufbandtraining wurde in den 80ern in Langensteinbach entwickelt

In der SRH-Klinik spielt auch das Laufbandtraining eine besondere Rolle. Diese Therapieform ist hier sogar in den 1980er Jahren in Kooperation mit Prof. Dr. Anton Wernig von der Universität Bonn entwickelt worden. Die Ärzte haben damals sehr viel Hoffnung gehabt, dass man die Automatis-men des Rückenmarks ausnutzen kann und auch komplett Gelähmte irgendwie zum Laufen bekommt. „Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass die Laufbandtherapie für den wirklich komplett Gelähmten nicht geeignet ist“, setzt Dr. Moosbur-ger ernüchtert hinzu. „Für den inkomplett Gelähmten ist es eine hervorragende Therapie“, meint er jedoch. Inkomplett Gelähmte kämen durch die Laufbandtherapie in jedem Fall frühzeitig wieder auf die Beine.

Dann kam die Entwicklung des computergesteuerten Loko-maten. Der Vorteil für die Kliniken sei dabei, dass weniger Personal gebraucht werde. Dadurch könnten die Therapie-zeiten erweitert werden. Ob dies jedoch zu besseren Ergeb-



Mobilitätstraining in der Turnhalle

nissen führt, ist nach den Worten des Mediziners noch nicht erwiesen. Die Klinik in Langensteinbach, die bislang in diesem Bereich mit der Klinik Heidelberg zusammengearbeitet hat, wird in einigen Wochen einen eigenen Lokomaten bekommen.

Exoskelett – ein faszinierendes Hilfsmittel

Neu hinzukommen wird in den kommenden Wochen auch ein Exoskelett. „Das Exoskelett ist ein faszinierendes Hilfsmittel, bei dem allerdings noch nicht ganz absehbar ist, für welche Patienten es geeignet ist, welche Patienten es auf die Dauer benutzen werden“, erläutert Dr. Moosburger. Es sei natürlich der Wunsch eines jeden Querschnittgelähmten, wieder laufen zu können, aber viele würden dann vielleicht doch merken, dass sie mit dem Rollstuhl schneller von A nach B kommen können (Siehe auch einen gesonderten Artikel über Exoskelette auf Seite 28). In der Klinik Langensteinbach wird der Rewalk von ARGO Medical Technologies (Tel Aviv) in wenigen Wochen eingesetzt. Zwei Probest Patienten haben sich für einen ersten Test bereits gefunden. Der Arzt schränkt aber gleich ein: „Sie lernen damit nicht laufen, sondern es ist ein Hilfsmittel zum Laufen.“ Dennoch verspricht man sich deutliche therapeutische Effekte von der Gehmaschine, z. B. eine Osteoporoseprophylaxe, weniger Komplikationen an den Gefäßen, dass das Vegetativum stabiler ist, die Atmung leichter, bis hin zu einer besseren Verdauung und einer stabileren Psyche.



Sabine Aidnik klebt einer Tetraplegikerin die Funktionshand.



Ergotherapeutin Sabine Aidnik und Physiotherapeutin Christel Jourdan (v. l.)

AWS/Rosdorff und SRH Klinikum

Neuro-Urologische Versorgung

Die Klinik Langensteinbach hat keine eigene neuro-urologische Abteilung. Ärzte des Siloah-Krankenhauses in Pforzheim kommen eigens drei Tage in der Woche zu urologischen Sprechstunden in die Klinik. Dafür steht ein urodynamischer Messplatz zur Verfügung, der vor zwei Jahren für rund 250.000 Euro auf den neuesten Stand gebracht wurde. Er ermöglicht es, dass auch kleinere urologische Operationen durchgeführt werden können. In Karlsbad erfolgt in der Regel die Frührehabilitation der Patienten mit Physio- und Ergotherapie sowie auch Psychologie. Für die psychologische Unterstützung stehen aufgrund einer eigenen Abteilung in der Klinik Ärzte im Haus zur Verfügung. „Wir bieten jedem neuen Querschnittpatienten eine psychologische Beratung durch Experten und auch einige ehrenamtliche Helfer, die früher selbst Patienten waren, aber wir haben die Erfahrung gemacht, dass dies in der Frührehabilitation von den Querschnitt-Patienten noch gar nicht so sehr angenommen wird, sondern erst später ein Thema ist“, erklärt der Neurologe Dr. Moosburger.

Physio- und Ergotherapie

Innerhalb des Hauses gibt es einen regen Austausch zwischen den Abteilungen, das gilt auch für die Physio- und Ergotherapie. „Wir haben die gleichen Endziele, aber jeder hat seine Mittel, um dies zu erreichen“, umschreibt es Physiotherapeutin Christel Jourdan. Es gibt für den Querschnittbereich sieben Physiotherapeutenstellen und zweieinhalb Ergotherapiestellen. Die Patienten werden vom ersten bis zum letzten Tag physiotherapeutisch begleitet. Das beginnt am Bett mit der Überwachung der Atmung, der Gelenkpflege und Erhaltung der Muskulatur sowie der Mobilisation. Dann folgt die Trainingsphase in den Therapieräumen mit Konditionierung und funktionellem Training. Dabei spielt das Laufband noch immer eine große Rolle. Gewählt wird immer die Therapiemethode, die für den Patienten als am besten geeignet erscheint. Ein dogmatisches Vorgehen gebe es nicht, so Christel Jourdan. Die Zusammenstellung der Therapieformen ändert sich über die Jahre immer wieder, aber revolutionäre Neuerungen gibt es in der Physiotherapie selten, hat Christel Jourdan die Erfahrung gemacht. Ein klassisches Auf und Ab gebe es zum Beispiel bei der Elektrostimulation. „Ein Thema, das seit 30, 40 Jahren aktuell ist und das auch immer wieder Höhen und Tiefen erlebt und in veränderter Form erscheint“, erläutert die Physiotherapeutin.



In den Industrieländern gibt es wenig Unterschiede bei der Therapie, meint Ergotherapeutin Sabine Aidnik. Die vorbildliche Schweiz etwa setze auf genau die gleichen Methoden wie das Team in Langensteinbach. Durch den allgemeinen Kostendruck im deutschen Gesundheitssystem und damit verbundene Stellenkürzungen habe man allerdings weniger Therapiezeit für den einzelnen Patienten im Gegensatz zu früheren Zeiten. In der kürzeren Liegezeit der Patienten ließen sich zudem die therapeutischen Ziele schwerer verwirklichen.

Der Patient bestimmt mit

Ergotherapeutin Sabine Aidnik achtet mit ihrem Team bei den tetraplegischen Patienten sehr auf die Hände, dass die Funktionshand geschult und geklebt wird. Spezielle Handschuhe für die Tetraplegiker werden in der Klinik genäht. Dabei wird heute im Gegensatz zu früheren Zeiten niemand mehr zu therapeutischen Maßnahmen gezwungen. „Die Patienten übernehmen damit allerdings auch ein Stück mehr Verantwortung für sich selbst, das früher der Arzt getragen hat“, erläutert Dr. Jürgen Moosburger. Dafür müssen die Ärzte heute ein großes Stück mehr Überzeugungsarbeit leisten, damit die Patienten die vorgeschlagenen Maßnahmen annehmen. Die Ergotherapie in Langensteinbach übernimmt bereits die Hilfsmittel-, Wohnungs- und Familienberatung für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Es gibt Treffen mit den Angehörigen, die Pläne für die künftige Wohnsituation der Patienten bringen. Ebenso wird ein Mobilitätstraining mit Ausflug nach Karlsruhe (einschließlich Straßenbahn fahren) angeboten und das Umsetzen vom Rollstuhl ins Auto geübt.

Zusammenarbeit mit der Rehaklinik Bad Wildbad

Eine weiterführende querschnittspezifische Rehabilitation erfolgt im Anschluss an den Aufenthalt in Karlsbad-Langensteinbach häufig in der nahe gelegenen Rehabilitationsklinik in Bad Wildbad, mit der die SRH-Klinik Langensteinbach eng zusammenarbeitet. Ein Glücksfall nach Dr. Moosburgers Erfahrung, denn für die weiterführende Reha von Querschnittgelähmten gebe es viel zu geringe Kapazitäten in Deutschland. Die Behandlungszeiten sind nach Beobachtung von Dr. Jürgen Moosburger durch die Sparmaßnahmen der Kostenträger bedenklich kurz geworden. „Ein Querschnittgelähmter nach einem Unfall sollte grob gesagt zwölf Monate in behüteter Klinikumgebung sein“, so Jürgen Moosburger, „um sich wieder zu finden, um sich Gedanken um die eigene Zukunft zu machen, um sich gesundheitlich zu stabilisieren, das häus-

liche Umfeld vorzubereiten und vielleicht schon beruflich sich zu orientieren, was ja fast schon zu viel ist in den ersten zwölf Monaten.“ Viele Querschnittgelähmte bräuchten sogar zwei Jahre um im neuen Leben anzukommen. In dieser Zeit benötigten sie eine engmaschige Begleitung. Der Wunsch des Mediziners wäre es, dass das Gesundheitssystem zwölf Monate stationären Aufenthalt, 24 Monate enge Anbindung und danach lebenslange Nachsorge für Querschnittgelähmte gewährleisten würde. Dr. Moosburger ist sich sicher, dass ein solches Konzept im Endeffekt kostengünstiger wäre als die derzeitige Praxis mit verkürzten Liegezeiten. „Die Menschen sind oft noch nicht bereit und in der Lage dazu, auf sich aufzupassen nach so kurzer Zeit, dann kommt es zu Komplikationen“, hat der Leiter der Querschnittabteilung beobachtet. Oft würden sie dann, beispielsweise mit Dekubitus, zurückkehren und länger liegen als die ganze Reha davor.

Schwächen im deutschen Gesundheitssystem

Eine Folge der Sparpolitik sei auch eine verschlechterte Hilfsmittelversorgung. „Es ist geradezu grotesk, dass die Patienten teilweise nicht einmal den Rollstuhl bekommen, der ärztlich verordnet wird. Dass das überhaupt möglich ist, dass sich eine Kasse über eine Verordnung hinwegsetzt, das konnte ich nicht glauben. Aber es ist so“, verrät Dr. Moosburger, der sich wie seine Kollegen in allen Kliniken einen großen Teil der Arbeitszeit damit befasst, mit den Kostenträgern zu verhandeln. Patienten würden beispielsweise einfach einen anderen Rollstuhl bekommen, weil der verordnete gerade nicht auf Lager ist.

Katja Rosdorff



Kontakt

Sekretariat Wirbelsäulenchirurgie und
Kinder-Wirbelsäulenchirurgie

Telefon: +49 (0) 7202 61-3100 - 3200

✉ www.wirbelsaeulenchirurgie@kkl.srh.de

Sekretariat Querschnittlähmung

Telefon: +49 (0) 7202 61-3813

✉ www.querschnittlaehmung@kkl.srh.de

..... Interview mit Wirbelsäulenchirurg PD Dr. Pitzen

lenchirurgie „angespitzt“. Letztlich war das die richtige Entscheidung, weil ich mit dieser Spezialisierung eine entscheidende Nische abdecken konnte. In der Neurochirurgie wollte jeder den Kopf als Schwerpunkt machen. Die wenigsten haben sich für die Wirbelsäule interessiert. Heute bin ich froh über diese Chance.

Im Rahmen meiner Facharztausbildung wollte mein Chef, dass ich ein anderes Haus kennenlerne. Ich habe dann 1992 bei einem Vortrag von Herrn Prof. Harms, dem früheren Chefarzt hier in Langensteinbach, für meine Verhältnisse „abenteuerliche“ Bilder gesehen und mich entschlossen, mich bei ihm zu bewerben. Die Wirbelsäulenchirurgie, wie sie bei ihm gemacht wurde, hat mich begeistert. Nach meiner ersten Zeit in Langensteinbach und einigen Jahren an meiner alten Klinik im Saarland, bin ich dann in den Dienst der SRH-Gruppe getreten und habe zuletzt die Wirbelsäulenchirurgie in Gera geleitet, bevor ich 2011 Prof. Harms folgte, als dieser in den Ruhestand ging.

RT: Was sind die Besonderheiten Ihrer Abteilung in Langensteinbach?

PD Dr. P: Ich leite die Abteilung gemeinsam mit zwei weiteren Kollegen. Dr. Gregor Ostrowski und PD Dr. Michael Ruf, und wir ergänzen uns perfekt. Dr. Ostrowski ist derjenige im Team, der eher orthopädisch arbeitet. Er richtet auch die ganz krummen Wirbelsäulen wieder auf. PD Dr. Ruf, der seinen Dienst am SRH-Klinikum Suhl hat, hält bei uns zwei Tage in der Woche seine Sprechstunde ab und operiert auch hier. Er leitet die Kinder-Wirbelsäulenchirurgie. Mein Schwerpunkt sind die mikrochirurgischen Eingriffe, viele davon an der Halswirbelsäule. Ich habe einen stärkeren wissenschaftlichen Hintergrund, habe mich im Verlauf meiner Aus- und Fortbildung intensiv mit Statik und Biodynamik beschäftigt und an der Erforschung von Implantaten gearbeitet. Zusammen decken wir drei einen sehr breiten Bereich ab, was man in Deutschland in dieser Form sonst kaum findet.

„Wir müssen uns wieder mehr auf Empathie, Wärme und Kontakt zum Patienten konzentrieren!“

RehaTreff sprach mit Privatdozent Dr. Tobias Pitzen, einem der drei Sektionsleiter am Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie des SRH Klinikums Langensteinbach, über moderne Wirbelsäulenchirurgie, die aktuelle Versorgungssituation und die Möglichkeiten, in Zukunft Rückenmarkverletzungen zu heilen.

RehaTreff: Das SRH Klinikum in Langensteinbach hat einen Schwerpunkt im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. Wie kamen Sie persönlich zu dieser Disziplin?

PD Dr. Pitzen: Ich habe 1989 das Studium beendet und bin dann nach Homburg in die Neurochirurgie gegangen. Mein Chef in Homburg, Prof. Steudel, hat mich auf die Wirbelsäu-

Foto: AMIS/Rosdorff

Anzeige

**handicap
mobil**

- Fußgas links
- Schwenksitze
- Gas und Bremse mit der Hand
- Rollstuhlverladesysteme
- Liftsysteme+Rampen
- LENKOK IR-Fernbedienung

www.handicapmobil.de

Rollstuhlgerechter
Fahrzeugumbau für
mobilitätseingeschränkte
Personen

handicap mobil GmbH
Carl-Zeiss-Straße 26 · 55129 Mainz
Tel.: 0 61 31-2 50 83 50
mail: info@handicapmobil.de





Viel Glas und viel Grün



Fotos: Rosdorff

RT: *Welche Bedeutung haben heute Implantate in der Wirbelsäulenchirurgie?*

PD Dr. P: Die moderne Wirbelsäulenchirurgie ist relativ implantatlastig und damit eine sehr teure und aufwändige Chirurgie. Das bedeutet, dass Sie einen gewissen Background haben müssen, um zu wissen, wie sich diese Implantate verhalten. In der heutigen Medizin ist das sehr schwierig. Es kommt ein Vertreter, dieser ist in der Regel industriephilosophisch informiert. Der erklärt Ihnen dann, wie das Implantat funktionieren sollte, was aber nicht immer der Realität entspricht. Es werden permanent Neuentwicklungen angeboten, aber nur die wirklich guten Implantate behaupten sich über längere Zeit am Markt. Leider sind viele Neuentwicklungen kaum wissenschaftlich untermauert. Ich bin kein Freund dieser Entwicklung. Andererseits: Ohne bewährte Implantate und deren Weiterentwicklung wäre eine Wirbelsäulenchirurgie auf dem heutigen Niveau nicht möglich.

RT: *Wie gehen Sie mit dieser Entwicklung um?*

PD Dr. P: Untersuchen, ob die Implantate das leisten, was man ihnen zuschreibt. Wir testen im Labor, ob die Implantate die Ansprüche erfüllen, die an sie gestellt werden. Nicht immer ist das der Fall, da gibt es zum Teil ganz erstaunliche Abweicher. Nur umfangreich geprüfte und sichere Implantate beurteilen wir dann in der Praxis.

RT: *Um was für Implantate handelt es sich?*

PD Dr. P: Die Implantate bestehen aus Titan. Die Patienten sind immer ganz erstaunt, wie klein und leicht diese sind. Wir arbeiten mit drei Typen von Implantaten. Das sind zum einen Platten, die auf der flachen Vorderseite der Wirbelsäule verschraubt werden. Auf der Rückseite der Wirbelsäule werden Stab-/Schraubensysteme verwendet. Das sind Schrauben unterschiedlicher Größe, die im Wirbelkörper befestigt und durch Stäbe zusammengehalten werden. Das ergibt eine sehr große Stabilität. Zwischen den Wirbeln werden Käfige, so genannte Cages, eingesetzt. Diese werden dann mit Knochen gefüllt, der dafür sorgt, dass die Wirbel miteinander verknöchern. Letztendlich ist aber das Knochenmaterial das Geheimnis für die langfristige Stabilität. Das Implantat hält in der Regel nur ca. sechs Monate, bis dahin muss die Stelle gut verknöchert sein. Übrigens hat Jürgen Harms zwei dieser Implantatarten hier in Langensteinbach entwickelt. Er ist der „Vater“ des Cage und spezieller Pedikelschrauben, die zur Stabilisierung der Wirbelsäule eingesetzt werden.

RT: *Wie sieht die aktuelle Situation im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie aus?*

PD Dr. P: Im Prinzip haben Sie heute in der Wirbelsäulen-

chirurgie alles, was Sie brauchen. Deswegen haben wir auch nichts wirklich Neues, wir arbeiten nach etablierten Standards und mit bewährten Methoden. Statt der Entwicklung immer neuer Implantate, ist für mich eine Rückbesinnung auf das Wesentliche in der Wirbelsäulenchirurgie wichtiger – die Beschäftigung mit dem Patienten. Erst dann folgen die bildgebende Diagnostik und schließlich das Übereinanderlegen von Befund und Bild. Die Kunst des Chirurgen besteht darin, Bild und Befund übereinander zu projizieren, daraus die richtige Therapie abzuleiten – und dann gut zu operieren.

RT: *Sind Sie mit der derzeitigen Entwicklung unzufrieden?*

PD Dr. P: Ich erlebe derzeit eher eine negative Entwicklung, die für meine Begriffe eine Folge der Politik ist. Ein Arzt-/Patientengespräch wird heutzutage kaum honoriert. Aber wenn sie dem Patienten zehn Segmente der Wirbelsäule still legen, dann bekommen sie eine Stange Geld – für Manche leider ein attraktives Geschäft. Das gilt für viele chirurgische Bereiche. Gerade heute habe ich bei einer Patientin etwas relativ Seltenes diagnostiziert. Ich habe einfach mit ihr gesprochen. Die Leute erzählen Ihnen ja die Lösung, man muss mit ihnen reden, dann erhalten Sie auch eine Antwort. Wer sich nur Bilder anschaut, kann sich auch schnell täuschen. Ich habe dann die Frau gefragt, der wieviele Arzt ich bin, der ausführlich mit ihr spricht? „Der Erste“ hat sie geantwortet – aber sie war schon dreimal operiert!

RT: *Wie steht Ihrer Meinung nach die deutsche Wirbelsäulenchirurgie im internationalen Vergleich da?*

PD Dr. P: Ich habe einige Zeit im Ausland gearbeitet und kenne speziell die Kollegen in Salt Lake City und in Vancouver recht gut. Das ist operationstechnisch eine Linie, das ist für mich ganz klar. Wenn Sie heute Wirbelsäulenoperationen in Ihrem Portfolio haben, können Sie nur überleben, wenn Sie High-End-Wirbelsäulenchirurgie machen. Sie haben in Deutschland die Möglichkeit, überall ein Wirbelsäulenzentrum aufzumachen, da der Begriff nicht geschützt ist. Ein wirkliches Zentrum macht aber mindestens 1.000 Eingriffe pro Jahr. Es ist die Erfahrung, die zählt. Wir machen in Deutschland eine absolute High-End-Chirurgie mit den besten Leuten, mit allen Dingen, die möglich sind. Wir brauchen ganz sicher niemanden nach Texas oder Vancouver auszufliessen.

RT: *Welche Neuerungen gibt es im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie?*

PD Dr. P: Wir laufen im Moment Gefahr, uns hinter Standards zu verstecken. Standards und Leitlinien sind für 60-70% aller Fälle gut, aber für 30-40% sind diese nicht gut. Wenn sich jemand sklavisch an Standards und Leitlinien hält, ist er vom

Denken fast schon befreit. Das finde ich eine gefährliche Entwicklung. Interessant ist aber, dass es auch Gegentrends gibt. Auf der letzten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie gab es ein Forum „Neurochirurgie individuell – ohne Leitlinien“. Vor zehn Jahren wäre das noch ein Tabu-Thema gewesen. Ich wünsche mir, dass wir uns in Deutschland ganz allgemein in der Medizin stärker intellektuell und wissenschaftlich mit den Inhalten auseinandersetzen und uns wieder verstärkt auf Themen wie Empathie, Wärme und Kontakt zum Patienten konzentrieren.

RT: *Wird es in absehbarer Zeit Therapien geben, um das verletzte Rückenmark zu heilen?*

PD Dr. P: Dieses Ziel liegt in weiter Ferne, da sehe ich derzeit nichts Erfolgversprechendes am Horizont. Dinge wie Stammzellentransplantationen haben rein experimentellen Charakter, das ist weit weg von der Verwirklichung am Menschen.

Wir sollten unsere Bemühungen eher auf die Verbesserung von Traumanetzwerken konzentrieren, die Patienten früher heran holen, vor allem bei Entzündungen der Wirbelsäule oder Tumoren und Traumen. Wir wissen, je länger ein neurologisches Defizit besteht, desto unwahrscheinlicher ist es, dass wir die Schäden wieder heilen können. Es werden viele Forschungsgelder für spezialisierte Grundlagenforschung im Bereich der Stammzellentransplantation verwendet, die leider kaum vorankommt. Seit vielen Jahren gibt es immer wieder abenteuer-

liche Berichte, bisher ist einfach nie etwas dran, was den Patienten wirklich hilft.

RT: *Sie würden also die Schwerpunkte auf die Prävention und Prophylaxe legen, statt auf mehr Forschung?*

PD Dr. P: Ganz klar, Prävention und Prophylaxe. Das andere ist das Engineering. Herr Dr. Moosburger (Sektionsleiter der Querschnittabteilung in Langensteinbach) hatte am 28. Juni ein ganz tolles Sommerfest organisiert. An dem Tag waren ein paar Leute hier, die liefen in einem Exoskelett herum. Vorher hätte ich gesagt, die laufen nicht, die „stelzen“ herum. Aber fragen Sie mal die Leute. Die sagen Ihnen, dass sie keine Verstopfung mehr haben, dass sie weniger Probleme mit Harnwegsinfekten oder Lungenentzündungen haben. Das ist wichtig für unsere Patienten. Und die Anwender waren stolz, so stolz – einfach unglaublich. Das sind Sachen, an denen man weiterarbeiten muss. Im Bereich Forschung plädiere ich eher für Themen wie: randomisierte, kontrollierte Studien, biomechanische Analysen zur Implantatsicherheit. Dass wir das Rückenmark regenerieren können, das sehe ich derzeit nicht. Prävention und Engineering im Bereich der oben erwähnten Hilfsmittel, das wird leider noch in den nächsten Jahrzehnten bestimmend sein.

RT: Herr Dr. Pitzen, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Kevin Schultes

Anzeige



Go for A Walk auf der REHACARE

- **Die erfahrenste Exoskelett-Technologie!**
- **Im aktiven Einsatz europaweit:**
 - Deutschland ■ Österreich ■ Italien
 - England ■ Frankreich ■ Belgien

Testen Sie ReWalk in Düsseldorf vom 25. bis 28. September

- Einstündige kostenfreie persönliche Testsession
- Voruntersuchung/Eignungstest erforderlich
- Beim kompletten und inkompletten Querschnitt
- Terminvereinbarung und Infos unter: www.rewalk.com

Sie besuchen nicht die Rehacare?
Kontaktieren Sie uns für eine andere Testsession:
www.rewalk.com

ReWalk

©2013 Argo Medical Technologies GmbH
Alle Rechte vorbehalten.