



Diabetes und Inkontinenz

Urologie konkret

Die fast vergessene
Folgeerkrankung

- 4 Schienen gegen den Stau
- 5 Zurückgewonnene Lebensqualität
- 6 Prostatakrebs von innen bekämpfen

- 7 Damit Katheter schmerzlos gleiten
- 7 À la carte im Krankenhaus
- 8 Große Urologen: A. von Lichtenberg

Die fast vergessene Folgeerkrankung

Wittener Arbeitsgruppe unter Leitung von Dr. Andreas Wiedemann untersuchte erstmals in Europa den Zusammenhang von Diabetes und Harntraktbeschwerden



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Zuckerkrankheit ist auf dem Vormarsch! Immer mehr Menschen erkranken an Diabetes mellitus. Während die Zellen nach Zucker hungern, gibt es zuviel davon in der Blutbahn. Ein Grund für die „Volkskrankheit Diabetes“ ist die Neigung von uns Wohlstandsbürgern zu Übergewicht – das Bauchfett „fängt“ Insulin, das dann nicht mehr anderen Zellen zur Verfügung steht.

Aber nicht nur der Hunger unserer Zellen führt zu Problemen. Zuckerabbaustoffe wirken wie Gifte und zerstören feine Nervenstrukturen.

Erstmals konnte in einem Forschungsvorhaben meiner Abteilung mit der Geriatrie der Universität Witten/Herdecke nachgewiesen werden, dass Diabetiker doppelt so häufig wie Nicht-Diabetiker Beschwerden beim Wasserlassen angeben. In unserer Untersuchung gaben über 20 Prozent der Männer (!) an, Vorlagen zu verwenden. Damit ist es sinnvoll, dass sich auch und gerade die Urologie mit den Folgen der Zuckerkrankheit beschäftigt.

Ihr Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie

Diabetiker sind heutzutage im Allgemeinen gut informiert. Sie werden über Folgeerkrankungen wie Durchblutungsstörungen an den Füßen, Erektionsprobleme, Augenschäden und andere Leiden geschult und suchen regelmäßig den Diabetologen, Augenarzt, Nephrologen und Podologen auf. Weitgehend unbekannt sind jedoch die Auswirkungen eines Diabetes mellitus auf den Harntrakt.

So ist zwar auch unter Fachleuten eine Anfälligkeit des Harntraktes des Diabetikers für Entzündungen bekannt. Eine eventuelle Beeinträchtigung von Harnblase und Schließmuskelsystem im Rahmen der diabetischen Polyneuropathie, das heißt durch eine Störung der Nervenversorgung, lag bisher nicht im Fokus des wissenschaftlichen Interesses.

Für Europa wurde die Frage, inwieweit Diabetiker Harntraktbeschwerden haben, erstmalig durch die Arbeits-

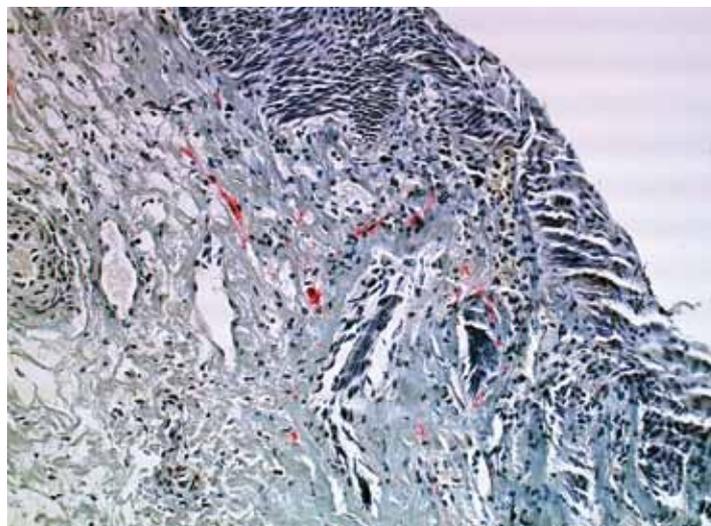


Abb. 2: Beim Diabetiker sind die Nervenfasern „ausgedünnt“.

gruppe aus der urologischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Witten und dem Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke unter Federführung von Dr. Andreas Wiedemann untersucht.

Diabetiker doppelt so häufig betroffen

Bei der bundesweiten, systematischen Befragung

von 4071 Typ-II-Diabetikern durch Hausärzte, Urologen und Diabetologen gaben 67,9 Prozent der Befragten an, Beschwerden beim Wasserlassen oder -halten zu haben. Bei Männern mit Diabetes betrug der Prozentsatz mit Harntraktbeschwerden 65,5 Prozent, bei Diabetikerinnen 70,4 Prozent. Diese Zahl liegt doppelt so hoch wie bei der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Diabetes.

23,5 Prozent der männlichen Diabetiker und 48 Prozent der Diabetikerinnen gaben eine Harninkontinenz an. 72 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer (!) mit Diabetes trugen nach eigenen Angaben regelmäßig Vorlagen.

Nach Einschätzung der befragten behandelnden Ärzte lag bei den Diabetikern am häufigsten eine überaktive Blase, das heißt ein Beschwerdekomples aus häufigem und nächtlichem Wasserlassen und Inkontinenz mit Harndrang gefolgt

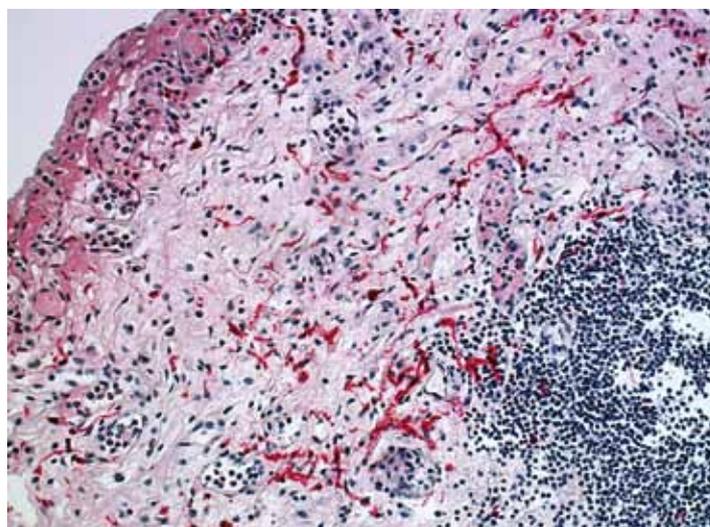


Abb. 1: Gewebsuntersuchung beim Harnblasengesunden, Markierung der Nervenfasern (rot).

von Mischinkontinenz (überaktive Blase und Belastungsinkontinenz – Urinverlust beim Husten, Lachen und Heben) vor.

Hohes Maß an Unterversorgung

Dr. Wiedemann schlussfolgerte aus den erhobenen Zahlen, dass bei Diabetikern vermutlich ein hohes Maß an Unterversorgung im Hinblick auf ihre Harntraktbeschwerden vorherrscht und regte an, eine systematische Befragung und Untersuchung in das „Disease-Management-Programm Diabetes“ einzufügen. Dieses fokussiert bisher nicht auf den Harntrakt als Ort möglicher Diabetes-Komplikationen.

Dies mag auch darin begründet liegen, dass bisher noch nicht bekannt ist, wie genau eine langjährige Zuckerkrankheit die Harnblase schädigt. Diskutiert werden ein Verlust der Muskelkraft des Blasenmuskels, eine veränderte Übertragung von Impulsen des Nervensystems

auf die Harnblase sowie eine Schädigung von Nervenbahnen durch Zuckerabbaustoffe (Abb. 1 und 2).

Damit ist auch noch keine spezifische Therapie möglich. Wie für alle Diabetes-Komplikationen ist bekannt, dass eine genaue Diabetes-Einstellung wenigstens teilweise auch die Harntraktbeschwerden rückbilden bzw. die Entstehung hinauszögern kann. Ist es dennoch durch einen Diabetes mellitus zu einer Funktionsstörung des Harntraktes gekommen, erfolgt die Behandlung so, wie sie sich bei den gleichen Erkrankungen aus anderen Ursachen darstellt.

Zur Behandlung der Überaktiven Blase stehen heute die modernen Anticholinergika zur Verfügung, die den überstarken Harndrang dämpfen und häufiges Wasserlassen am Tage und in der Nacht unterdrücken. Der behandelnde Arzt und sein Patient haben heute die Auswahl zwischen mehreren Wirkstoffen, die als Tablette oder als Pflaster verfügbar sind.

Paul-Mellin-Preis für ein Inkontinenzthema

Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Klinik für Urologie des Evangelischen Krankenhauses Witten, wurde für seine Arbeit „Harntraktbeschwerden bei Diabetes – Ergebnisse einer Umfrage an 4071 Typ-II-Diabetikern“ mit dem Paul-Mellin-Gedächtnispreis der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie ausgezeichnet. Die Urkunde wurde am 25. April 2008 bei einem Festabend in Bochum von Prof. Joachim Noldus, dem Präsidenten der Gesellschaft, verliehen. Der Preis ist nach dem ersten urologischen Lehrstuhlinhaber der Universität Essen benannt. Es war erst das dritte Mal in der 25-jährigen Geschichte des renommierten Preises, dass eine wissenschaftliche Arbeit zum Thema Blasenfunktionsstörung prämiert wurde.



Für seine Arbeit wurde Dr. Andreas Wiedemann (re.) von Prof. Joachim Noldus, dem Präsidenten der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie, mit dem Paul-Mellin-Gedächtnispreis ausgezeichnet.

Alle Medikamente haben die gleichen Nebenwirkungen: Am häufigsten sind mit Mundtrockenheit durch eine Dämpfung der Speichelsekretion und mit Verstopfung durch Darmträgheit zu rechnen.

Blasenmuskel wird gedämpft

Schlagen Anticholinergika nicht an oder können sie nicht verabreicht werden, kann die Botulinum-Toxin-A-Injektion in die Blase eine Therapiealternative darstellen. Die Substanz wird im Rahmen einer Blasen Spiegelung direkt in die Blasenwand injiziert. Nach rund 14 Tagen wird der Blasenmuskel gedämpft. Der Effekt hält rund drei bis sechs Monate an, bis eine neue Injektion erforderlich ist.

Bei einer schlaffen Blase ist heute der saubere Selbstkatheterismus die Therapie der Wahl. Abhängig von den Restharmmengen entleert der Patient seine Blase über einen Einmalkatheter. Dadurch gelingt es, die oberen Harnwege zu schützen und Infektionen

vom Harntrakt fernzuhalten.

Die Schädigung des Harntraktes durch Diabetes mellitus ist auch heute noch ein weitgehend unbekannter Aspekt der Erkrankung, obwohl deutlich mehr als die Hälfte aller Diabetiker mit einer Erkrankungsdauer von mehr als acht Jahren und noch häufiger Patienten mit Organkomplikationen betroffen sind. Dass dem Problem immer noch wenig Beachtung geschenkt wird, liegt daran, dass es wissenschaftlich kaum erforscht ist und zudem aus Scham häufig tabuisiert wird.

Bewusstsein in der Ärzteschaft wecken

Die Verleihung des Paul-Mellin-Gedächtnispreises an Dr. Andreas Wiedemann war ein erster Schritt, das Thema auch in der Ärzteschaft in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken. Weitere Aufklärungsarbeit und auch die gesundheitspolitische Umsetzung vor dem Hintergrund der exzellenten Behandelbarkeit sind gefordert. •

Schienen gegen den Stau

Wenn der Harnleiter verstopft ist, sorgen weiche Schläuche für freien Abfluss

Gesichter aus der Urologischen Klinik



Saida Karroum verstärkt seit 1. September 2009 mit einer Halbtagsstelle das urologische Team im Evangelischen Krankenhaus Witten.

Saida Karroum wurde in Marokko geboren. 2002 beendete sie ihr Medizinstudium an der Ruhr-Universität Bochum und war bisher – unterbrochen von Elternzeit – als Assistenzärztin am St. Marienkrankenhaus Ahaus beschäftigt.

Einer ihrer Schwerpunkte dort war neben der Tätigkeit als Stationsärztin die Urodynamik. Das ist eine computergestützte Messung bei Blasenfunktionsstörungen, etwa bei Harninkontinenz, Blasenentleerungsstörungen oder neurologischen Blasen-schäden

Saida Karroum ist verheiratet und hat ein Kind. Ihr Hobby ist der Sport – Badminton, Laufen, Schwimmen.

Herzlich willkommen! •

Wenn im Harnleiter (der Verbindung zwischen Niere und Blase) ein Abflusshindernis steckt, kommt es zu einem Nierenaufstau. Das ist nicht nur schmerzhaft, es kann sogar ein Nierenschaden entstehen. Deshalb muss ein Abfluss geschaffen werden. Das kann in der Urologie durch eine sogenannte Harnleiterschleife geschehen.

Andere Namen für den rund zwei bis drei Millimeter dicken, weichen Schlauch aus gewebefreundlichem Polyurethan sind Harnleitersplint oder Doppel-J-Katheter, englisch „JJ-stent“. Diese letzte Bezeichnung beschreibt die Form des etwa 30 cm langen Schlauches. Er trägt an seinen beiden Enden eine schweineschwanzartige Krümmung, die ihn zwischen Nierenbecken und Blase festhält (siehe Abb.).

Je nach zu erwartendem Abflusshindernis, Weite und Länge des Harnleiters gibt es verschiedene Modelle von Harnleiterschienen. Diese können dick oder dünn, im Mittelteil weich oder verstärkt, an der Spitze geschlossen oder geöffnet sein.

Eine Harnleiterschleife wird auch nach Spiegelungen der Niere oder des Harnleiters eingesetzt, um die zu erwartende Schwellung auszugleichen. Allein die Spiegelung führt in der Regel zu einem Anschwellen der Harnleiterschleimhaut für einige Tage – ähnlich wie die Backe nach zahnärztlichen Behandlungen anschwillt. Das ist im zahnärztlichen Bereich nur ein kosmetisches Problem, in der Urologie führt diese Schwellung wieder zu einer Nierenschädigung und muss deswegen mit einer Schie-



Das Röntgenbild zeigt einen Patienten mit Harnleiterschienen auf beiden Seiten. An der Spitze des linken Doppel-J-Katheters (auf dem Bild rechts) finden sich ein größerer und ein kleinerer Stein, direkt neben dem geraden Teil des rechten Doppel-J-Katheters (auf dem Bild links) ist ein größerer Harnleiterstein zu sehen.

neneinlage behandelt werden.

Ein weiterer Grund für die Anlage eines Doppel-J-Katheters können größere gynäkologische oder chirurgische Eingriffe sein. Die Harnleiterschleife macht den Harnleiter, der sonst als dünnes, regenwurmartiges Gebilde weich ist, überhaupt erst tastbar und erleichtert dem operierenden Gynäkologen oder Chirurgen den Eingriff. Die Harnleiter können so identifiziert, Harnleiterverletzungen vermieden werden.

Je nach Material kann eine Harnleiterschleife bis zu sechs Monate liegen bleiben, wobei sich bei Patienten, die sie zum Beispiel bei Narben nach Operationen oder bei Tumorleiden ein Leben lang tragen müssen, dreimonatige Wechselintervalle als

günstig erwiesen haben. Bei einem solchen Wechsel wird nicht etwa der alte Doppel-J-Katheter komplett entfernt und ein neuer eingelegt, sondern der alte etwas vor die Harnröhre gezogen und über diesen ein weicher Draht bis zur Niere hochgeführt. Nach Entfernung der alten Schiene kann dann über den Draht die neue problemlos neu positioniert werden.

Nach einer Harnleiterspiegelung – etwa zur Steinbehandlung – wird ein Harnleitersplint für nur rund drei bis sieben Tage eingelegt. Er muss in der Regel durch eine neue Spiegelung der Blase entfernt werden. Dies ist ein kurzer Eingriff, der mit flexiblen, weichen Instrumenten durchgeführt wird und meistens keiner Narkose bedarf.

Alternativ können Harnleiterschienen mit einem Rückholfaden eingesetzt werden. Dieser Faden schaut aus der Harnröhre heraus und ist vom Material her so konzipiert, dass Bakterien an der glatten Oberfläche abrutschen und gar nicht erst haften können. Ein Eindringen in die Blase ist damit ausgeschlossen.

Der Patient spürt die Harnleiterschleife in aller Regel gar nicht, wobei nach dem Einsetzen für ein paar Tage eine Reizblase entstehen kann. Liegt ein Doppel-J-Katheter im Harnleiter, kann allerdings Urin beim Wasserlassen zurück in die Niere fließen, was der Patient als Druck bei der Entleerung einer vollen Blase wahrnehmen kann.

Ein Doppel-J-Katheter kostet je nach Materialeigenschaften zwischen 30 und 100 Euro. Ohne Harnleiterschienen ist die moderne Urologie nicht denkbar. •

Zurückgewonnene Lebensqualität

Sandra T. (45) litt jahrelang unter einer Form von Inkontinenz. Nach der Therapie im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten hat sie nun keine Beschwerden mehr

Egal ob im Kundengespräch, beim Einkaufen im Supermarkt oder auf der Busrundfahrt im Urlaub: Jahrelang musste sich Sandra T. (Name geändert) immer die gleichen bangen Fragen stellen. „Wann überkommt es dich? Kannst du es halten?“ Die leitende kaufmännische Angestellte leidet seit ungefähr zehn Jahren unter einer überaktiven Blase. Damit gehört sie zu den – Schätzungen zufolge – etwa zehn Millionen Menschen in Deutschland, die unter einer der vielen Formen von Inkontinenz leiden. Sandra T. ist erst 45 Jahre alt.

Inkontinenz ist gesellschaftlich noch immer ein Tabu. Dabei kann sie jeden treffen – Frauen und Männer, junge und alte Menschen. Sie ist eine weit verbreitete Krankheit, die Betroffene in Alltag und Lebensqualität erheblich einschränkt.

„Es ist ein unglaublicher Druck, kaum auszuhalten“, beschreibt Sandra T. den heftigen Harndrang, der häufig wiederkehrte und sie halbstündlich bis stündlich zum Toilettengang zwang. Und zwar sofort, wenn sie sich nicht in die Hose machen wollte. „Und dann kommen nur 100 Milliliter“, erzählt sie. „Das ist der Horror.“ Jahrelang probierte sie verschiedene Therapien aus – schluckte Medikamente, versuchte es mit Elektrostimulation und traditioneller chinesischer Medizin. Doch nichts half.

Schließlich überwies ihre Gynäkologin die verzweifelte Frau an die Gynäkologische Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Hagen-Haspe. Da eine medikamentöse Behandlung nicht anschlug



Botox für die Blase: Nach einer Botulinum-Toxin-Injektion hat Sandra T. keine Beschwerden mehr.

und eine Blasenspiegelung eine Veränderung an der Harnblase zeigte, beriet sich Chefarzt Dr. Jacek Kociszewski mit seinem Kollegen Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Urologie im Evangelischen Krankenhaus Witten. Die beiden Mediziner haben sich gemeinsam mit weiteren Ärzten zum Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten zusammengeschlossen. Um ein so vielschichtiges Krankheitsbild wie Inkontinenz optimal behandeln zu können, haben Urologen, Gynäkologen, Koloproktologen, Viszeralchirurgen, Neurologen und Geriater ihre Kompetenzen gebündelt. Dabei arbeiten die Ärzte städte- und fachübergreifend zusammen.

Im Fall von Sandra T. erwies sich die Veränderung an der Blase, die in Witten per Gewebeprobe untersucht wurde, zum Glück nicht als bösartig – aber Ursache für die Überaktivität war sie auch nicht. Da neurologische Erkrankungen und Harnwegsinfekte ebenfalls ausgeschlossen werden konnten, gehen die Ärzte von einer sogenannten idiopathischen

Störung ohne erkennbare Ursache aus. Das kommt bei einer überaktiven Blase häufiger vor.

Doch wie in den meisten Fällen von Inkontinenz konnten die Ärzte auch Sandra T. schließlich helfen. Und zwar mit einem Mittel, das vor allem aus der Schönheitschirurgie bekannt ist: Botulinum-Toxin, kurz Botox. Es wird bei einer Blasenspiegelung in die Blasenwand eingespritzt. In der Neurologie wird Botox schon seit längerer Zeit in verkrampte Muskeln eingespritzt – zum Beispiel zur

Behandlung von Spastiken. „Ich würde mich jetzt fast als normale Toilettengängerin bezeichnen“, freut sich Sandra T. über die erfolgreiche Behandlung.

Alle anderen blasendämpfenden Mittel hat sie abgesetzt, Vorlagen braucht sie auch nicht mehr. Sie genießt die zurückgewonnene Lebensqualität: Ohne Angst vor dem Harndrang zum Kundengespräch, zum Einkaufen oder in den Urlaub fahren zu können. Nicht überall nach der nächsten Toilette schielen zu müssen.

Dass die Wirkung der Botox-Injektion nicht ewig anhält, ist ihr klar. Nach drei bis sechs Monaten, bei manchen Patienten auch erst nach neun, lässt der Effekt nach. Dann muss die Behandlung wiederholt werden. „Ich lasse das wieder machen“, ist sich Sandra T. sicher. Vorteil des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums sei das geballte Knowhow in allen Bereichen, sagt die Patientin. Und: „Ich habe mich immer gut aufgehoben gefühlt.“ •

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten

Mitglieder des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums sind die Klinik für Urologie (Chefarzt Dr. Andreas Wiedemann) und für Geriatrie (Chefarzt Dr. Ulrich Weitkämper) am Evangelischen Krankenhaus Witten, die Frauenklinik am Evangelischen Krankenhaus Hagen-Haspe (Chefarzt Dr. Jacek Kociszewski), die Klinik für Allgemein- und Viszeral-Chirurgie (Chefarzt Dr. Bernhard Mölle) und für Neurologie (Chefarzt Prof. Dr. Hubertus Köller) am Katholischen Krankenhaus Hagen sowie als Kooperationspartner Dr. Jochen Steimann aus Hagen.

Die Zusammenarbeit des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums Hagen-Witten steht unter dem Motto „kompetenz in kontinenz“ und ist von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft anerkannt.

→ Weitere Informationen und den Kontakt zum Ärzteteam finden Sie unter www.kontinenzzentrum-hagen-witten.de

Prostatakrebs von innen bekämpfen

Ev. Krankenhaus Witten erweitert sein Behandlungsspektrum um die besonders schonende Brachytherapie

Das Evangelische Krankenhaus Witten hat bei der Behandlung des Prostatakarzinoms ein neues Kapitel aufgeschlagen. Als erste und bislang einzige Klinik im Ennepe-Ruhr-Kreis bietet es die sogenannte Brachytherapie an – und erweitert damit sein Behandlungsspektrum bei Prostatakarzinomen.

„Für den Patienten ist die Brachytherapie besonders schonend“, erläutert Dr. Andreas Wiedemann, Chefarzt der Urologischen Klinik. „Deshalb eignet sie sich auch und gerade für ältere Patienten oder Herz-Kreislauf-Kranke, denen eine Operation nicht zugemutet werden kann.“

Die ersten Tumorpatienten haben Dr. Wiedemann und sein Kollege Dr. Jamil Katiran, Chefarzt der Strahlentherapie am Evangelischen Krankenhaus, bereits erfolgreich auf diese Weise behandelt. Bei den rund dreistündigen, minimalinvasiven Eingriffen setzen sie den Patienten ultraschallgesteuert etwa 50 sogenannte Seeds – kleine Metallstifte, die Strahlung abgeben – in die erkrankte Prostata ein. Weitere Behandlungen dieser Art sollen folgen.

Die Brachytherapie – brachys (griechisch) bedeutet nah/kurz – ist eine Form der Strahlentherapie, bei der die



Dr. Jamil Katiran (vorn) und Dr. Andreas Wiedemann platziert computer- und ultraschallgesteuert die Hohlnadeln, durch die die Seeds gesetzt werden.

Strahlenquelle direkt im Körper des Patienten an der Stelle der Erkrankung platziert wird. Die Strahlungsenergie kann so ganz lokal und gezielt angewendet werden. Damit können Folgeschäden an gesundem Gewebe minimiert werden. Die Nebenwirkungen der Behandlung seien deshalb erheblich geringer, erklärt Wiedemann. Während bei der normalen Bestrahlung durch die Haut hindurch eine Reizblase oder ein Reizdarm bis hin zur Harn- und Stuhlinkontinenz vorkommen können, sei dies bei der Brachytherapie so gut wie nicht der Fall. Auch eine Beschädigung

der sogenannten Potenznerven, die in der Nähe der Prostata verlaufen und die dafür sorgen, dass das männliche Glied steif wird, komme wesentlich seltener vor.

Der Eingriff, bei dem die Seeds in den Körper eingesetzt werden, erfolgt minimalinvasiv. Dabei wird lediglich die Prostata mit einer Hohlnadel punktiert. Der Strahlentherapeut koordiniert und berechnet die Lage der Seeds. Der Urologe positioniert sie mit Hilfe des Ultraschalls vom Darm aus. Dabei ist höchste Präzision erforderlich, weshalb der Eingriff mit zwei bis drei Stunden relativ lange dauert. Um die Brachytherapie durchführen zu können, benötigt eine Klinik neben Spezialisten der Fachrichtungen Urologie und Strahlentherapie auch ein spezielles Hightech-Ultraschallgerät. Ein solches hat das Evangelische Krankenhaus Witten kürzlich für das neue Behandlungsverfahren angeschafft.

Nach dem Eingriff verbleibt der Patient zwei bis drei Tage

im Krankenhaus. Zum Vergleich: Nach einer operativen Entfernung der erkrankten Prostata beträgt die Liegezeit etwa 14 Tage.

Weitere Folgebehandlungen sind bei der Brachytherapie – abgesehen von den üblichen Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen – in der Regel nicht erforderlich. Die Seeds verbleiben dauerhaft im Körper und stören nicht. Nur in sehr seltenen Fällen, wenn sie ihre Position verändern, müssen sie später wieder entfernt werden.

Die Erfolgsquoten der Brachytherapie sind mit denen der klassischen Bestrahlung von außen und der Operation vergleichbar. Allerdings eignet sich die Brachytherapie nicht für alle Formen des Prostatakrebses. Sehr gut lässt sich mit ihr das auf das Organ begrenzte Prostatakarzinom behandeln, das nicht sehr aggressiv ist. Bei aggressiven Tumorformen oder wenn die Prostata sehr groß ist, muss immer noch operiert werden. •



Dr. Andreas Wiedemann fixiert die Prostata.

Damit Katheter gut und schmerzlos gleiten

Gleitmittel macht viele urologische Eingriffe erst möglich – zum Beispiel eine Blasenspiegelung

Wer gut schmiert, der gut fährt – das gilt auch bei einer Blasenspiegelung.

Um ein leichtes und schmerzfreies Einführen des Instrumentes bei solchen Untersuchungen oder Operationen zu ermöglichen, benutzt der Urologe medizinisches Gleitmittel mit anästhesierendem Zusatz.

Damit ist ein Medikament gemeint, das in dem den Gleitfilm bildenden Gelee enthalten ist und die Harnröhre betäubt. Ähnlich wie beim Zahnarzt fühlt sich die

Schleimhaut „pelzig“ an, Schmerzen werden nicht oder nur ganz reduziert empfunden.

Vor Jahrzehnten wurde ein Blasenspiegelungsinstrument noch in einen „Topf“ mit Gleitmittel eingetaucht. Dieser Topf hing an der Wand und war mit einem Metalldeckel locker abgedeckt – hygienische Zustände, die heutzutage undenkbar wären.

Statt des Topfes werden jetzt steril verpackte „Ziehharmonika-Fläschchen“ mit



Der Katheter (blau) wird mit Gleitmittel (Ziehharmonika-Fläschchen mit orangefarbener Schrift) gefüllt, um ihn dann mit einem Draht sondieren zu können.

Gleitmittel verwendet (siehe Abb.), mit denen sich das

Gleitmittel direkt in die Harnröhre oder – wie im Bild gezeigt – in einen Katheter zur Sondierung mit einem Draht einfüllen lässt.

Weitere Bestandteile des medizinischen Gleitmittels sind Konservierungsstoffe und Desinfektionsmittel. Damit werden die Verschleppung von Keimen unterdrückt und Infektionen vermieden.

Das Sprichwort „wer gut schmiert, der gut fährt“ gilt also nicht nur in der Technik, sondern auch und gerade in der Urologie. •

Gastbeitrag: Die Culina Ruhr GmbH, Betreiberin der Küche im Ev. Krankenhaus Witten, stellt sich vor

À la carte im Krankenhaus

Die Culina Ruhr GmbH, eine eigene Servicegesellschaft der Diakonie Ruhr, bietet gesundes und leckeres Essen für Patienten, Bewohner und Mitarbeiter.

Gesundes Essen hebt die Laune. Erst recht im Krankenhaus oder Senioreneinrichtungen, wenn Patienten und Bewohner mit leckerer und gesunder Kost wieder auf die Beine kommen wollen. Im Ev. Krankenhaus werden pro Tag zirka 800 Essen zubereitet. Dabei darf nur beste Qualität auf den Tisch kommen. Nach unserem Motto „Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“. Dieses alte Sprichwort gilt besonders im



Küchenchef Ralf Hampe im Kindergarten

Krankenhaus, wo Leib und Seele besondere Unterstützung zur Genesung brauchen.

Die Küche des Ev. Krankenhauses ist für die kulinarische Versorgung von Patienten, Bewohnern und Mitarbeitern zuständig. Sie möchte den Essensgästen zuverlässig und schnell gesunde und appetitliche Speisen zubereiten.

Eine schnelle Reaktionszeit und reibungslose Versorgung der Stationen liegt uns besonders am Herzen. Wer abends ins Krankenhaus kommt, hat morgens selbstverständlich sein Frühstück

auf dem Zimmer. Und wer morgens aufgenommen wird, den fragt eine freundliche Hostess nach den Wünschen für die nächsten Mahlzeiten.

Vitaminschonende Zubereitung

Selbstverständlich wird auf den Einsatz von Farb- und Konservierungsstoffen oder gar Geschmacksverstärkern verzichtet. Die Speisen werden vitaminschonend zubereitet und schmecken deshalb so lecker wie zu Hause.

Was auf der Speisekarte steht, kann sich sehen las-

sen. Wahlleistungspatienten können darüber hinaus weitere Menüs auswählen. Spezielle Kost wie vegetarische oder schweinefleischfreie Menüs sowie spezielle Diäten gibt es noch zusätzlich. Die große Auswahl an verschiedenen Beilagen und Desserts runden das Ganze ab.

Vielen schmeckt das gute Essen

Das große Spektrum an Essensgästen vom Kleinkind bis zum Senioren zeigt, dass die Speisekarte für jeden etwas hergibt. Auch die Versorgungsleistungen außer Haus zeigen, dass wir die Kundenwünsche umsetzen. Vom Essen auf Rädern (Diakoniestationen Witten/ Hattingen, Herne, Castrop-Rauxel) über die Kindergartenversorgung und die Schulverpflegung bis hin zum Catering für Feste und Feiern bieten wir für jeden das Passende.



Käsebüfett für eine Feier



Menübefragung im Krankenhaus

→ Kontakt: 0234/ 91 33-350

Große Urologen (3): Alexander von Lichtenberg

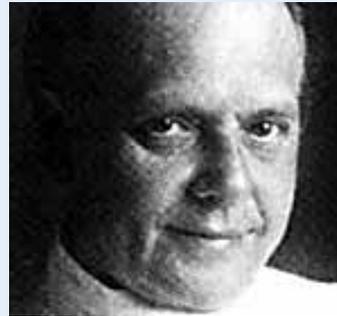
Erfinder des urologischen Röntgens

Alexander von Lichtenberg wurde am 20. Januar 1880 in Budapest als Sohn eines bekannten Hals-Nasen-Ohren-Arztes geboren.

Nach dem Medizinstudium in der ungarischen Metropole erhielt er seine weitere Ausbildung bei dem Billroth-Schüler Vincenz von Cerny an der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Nachdem die Röntgenstrahlen entdeckt waren und die Entwicklung von Blasenpiegelungsinstrumenten (Zystoskopen) große Fortschritte gemacht hatte, entwickelte Lichtenberg ein Verfahren, mit dem es bis heute möglich ist, die oberen Harnwege im Röntgenbild sichtbar zu machen.

Lichtenberg führte ab 1905 Versuche zur Blasenpiegelung und retrograden Pyelographie durch. Bei diesem Verfahren wird Kontrastmittel gewissermaßen rückwärts (retrograd) bei einer Blasenpiegelung in die oberen Harnwege eingegeben und damit Harnleiter, Nierenbecken und Nierenkelche sichtbar gemacht. Bislang waren aber noch keine geeigneten Kontrastmittel vorhanden und die wenigen experimentell erprobten Substanzen waren giftig.

Schließlich fand Lichtenberg, was er suchte: Argentum colloidale. Diese Silberverbindung reizte die Harnwege nur wenig und gab ausreichend Kontrast im Röntgenbild. Die Belichtungszeit für die Röntgenaufnahme betrug zwei Minuten (was heutzutage eine unzumutbar hohe Strahlendosis darstellen würde). Die bahnbrechende Neuheit wurde 1906 in der



Alexander von Lichtenberg

Münchner Medizinischen Wochenschrift publiziert.

Mit der retrograden Pyelographie eröffnete sich eine neue Dimension in der urologischen Diagnostik. Erstmals konnten krankhafte Veränderungen an Harnleiter, Nierenbecken und Niere sichtbar gemacht und Operationen bei Steinen oder Tumoren besser geplant und indiziert werden.

1908 wechselte Lichtenberg an die damalige Kaiser-Wilhelm-Universität in Straßburg. Ab 1922 übernahm er die Leitung der urologischen Abteilung des St.-Hedwig-Krankenhauses in Berlin mit über 200 Betten. Die Abteilung galt damals als eine der größten und modernsten in Europa und war wegweisend für die Fachentwicklung in Deutschland.

In der Folge beschäftigte sich Lichtenberg mit der Ausscheidungsurographie. Nach einer Vielzahl von Versuchen und der Prüfung zahlreicher Substanzen wurde schließlich mit einer organischen Jodverbindung ein geeignetes und wenig toxisches Kontrastmittel für die intravenöse Urografie („IVP“) gefunden. 1929 wurden die ersten brauchbaren Ausscheidungsurographien vorgestellt – ein weiterer Meilenstein in der urologischen Diagnostik. Es konnte

nun Kontrastmittel über die Vene verabreicht werden, das den Urin „anfärbt“ und auf diesem Wege ohne Spiegelung die Harnwege darstellt.

Eine dritte Erfindung brachte Lichtenberg zusammen mit dem Instrumentenbauer Heynemann auf den Weg. Er entwickelte dafür 1932 ein Instrument zur transurethralen Prostataresektion, das „Lichtenberg-Heywalt-Blaseninstrumentarium“. Mit diesem Instrument wird bis heute – vielfach verbessert und effektiver gestaltet – die Prostataanschälung durch die Harnröhre bei Prostatavergrößerung durchgeführt.

Dennoch wurde wegen seiner jüdischen Abstammung die Situation in Deutschland für ihn und seine Familie immer unerträglicher. Er wurde gezwungen, seine akademische Position aufzugeben und von seiner Chefarztstelle zurückzutreten. 1936 emigrierte er in seine Heimatstadt Budapest, wo er mit großem Erfolg eine Privatpraxis führte.

Es war ihm nicht vergönnt zu bleiben. 1939 flüchtete er mit seiner Familie weiter nach Mexiko, wo er nochmals eine urologische Praxis gründete. Alexander von Lichtenberg starb am 12. April 1949 in Mexico City.

In Erinnerung an ihn wird jährlich von Deutschen Gesellschaft für Urologie und dem Berufsverband der deutschen Urologen ein nach ihm benannter Preis an niedergelassene Urologen verliehen, die in ihrer täglichen Arbeit herausragende Leistungen auf dem Gebiet der ambulanten Urologie erbringen. •

Impressum

Herausgeber

Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus
Witten gGmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

Geschäftsführer

Jörg Friedrich

Redaktion / Kontakt

Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie
Tel.: 02302/175-2521
kbrinkmann-neumann@
diakonie-ruhr.de

Jens-Martin Gorny,
Öffentlichkeitsreferat
Tel.: 02302/175-2228
jm.gorny@diakonie-ruhr.de