

STIEFS SPRECHSTUNDE

Leser fragen – Experten antworten



Prof. Christian Stief

Liebe Leserinnen und Leser, als Chefarzt im Münchner Klinikum Großhadern erlebe ich täglich, wie wichtig medizinische Aufklärung ist. Doch im hektischen Alltag von Klinik und Praxis bleiben manchmal Fragen offen. Und: Geht es um ein „Tabuthema“, trauen sich Patienten häufig gar nicht erst nachzufragen. Meine Kollegen und ich wollen Ihnen daher Antworten geben. Haben Sie auch eine Frage zu einem medizinischen Thema? Dann schicken Sie uns diese zu! Bitte fassen Sie Ihr Anliegen in wenigen Sätzen zusammen und geben möglichst Ihr Alter an. Schicken Sie uns keine Krankenakten zu. Die Antworten werden auf dieser Seite anonymisiert veröffentlicht – aber nicht persönlich zugeschickt.

Haben Sie Fragen an unsere Ärzte? Schreiben Sie uns!
 Per Mail: mitarbeit.wissenschaft@merkur.de
 Per Post: Münchener Merkur, Redaktion Gesundheit, Paul-Heysel-Straße 2-4, 80336 München

Leserin: Die Sehne an meiner Schulter ist gerissen. Was kann ich tun? Brauche ich eine Operation?

Sehne in der Schulter gerissen: Was tun?

Wahrscheinlich handelt es sich bei der Sehne, von der Sie schreiben, um die sogenannte Rotatorenmanschette. Damit ist die große Muskelkappe gemeint, die alle Schulterbewegungen führt und für die Zentrierung des Oberarmkopfes in der Gelenkpfanne wichtig ist. Reißt einer dieser vier Muskeln, kommt es zu einer Fehlstellung des Schultergelenks. Der Oberarmkopf kann dann zum Beispiel gegen das Schulterdach schlagen, was zu Schmerzen führt. Im weiteren Verlauf ist die Beweglichkeit reduziert, die Schmerzen nehmen zu. Solange Sehnen und Muskeln noch in gutem Zustand sind, lohnt sich eine Rekonstruktion bzw. eine Reparatur der gerissenen Sehnen. Manchmal muss man die Beweglichkeit des Gelenks auch mit einer Teilprothese oder Prothese wieder herstellen. Dazu empfehle ich Ihnen, sich bei einem guten Chirurgen vorzustellen, der Sie zu konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten beraten kann.



Prof. Andreas Imhoff

Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Leiter der Abt. für Sportorthopädie am Klinikum rechts der Isar in München

DIE ZAHL DER WOCHE

2,4 Mio

Die Augenerkrankung Glaukom kann zum Erblinden führen. Wie oft das in Deutschland passiert, dazu gibt es keine genauen Daten. Legt man den Bezug von Blindengeld zugrunde, ist pro Jahr von etwa 2,4 Betroffenen unter 100 000 Einwohnern auszugehen, heißt es beim Berufsverband der Augenärzte (BVA). Hochgerechnet würden damit knapp 2000 Menschen jährlich aufgrund eines Glaukoms erblinden.

Leserin, 78: Bei einem Krankenhausaufenthalt wurde bei mir Wasser in der Lunge festgestellt. Mein Hausarzt konnte mir nicht sagen, was man da machen kann. Können Sie mir weiterhelfen?

Wasser in der Lunge: Was hilft dagegen?

Ist von „Wasser in der Lunge“ die Rede, handelt es sich meist um eine mehr oder weniger ausgedehnte Flüssigkeitsansammlung zwischen der Lunge und der Brustkorbwand, also den Rippen, die innen vom Rippenfell, einer Schleimhaut, überzogen sind. Diese Flüssigkeitsansammlung kann verschiedenste Ursachen haben, am häufigsten eine Herzschwäche. Aber auch entzündliche Erkrankungen, etwa eine Lungenentzündung mit Rippenfellbeteiligung, oder Tumorerkrankungen können zu einer Wassereinlagerung führen. Es gibt noch viele weitere, aber seltener Ursachen. Dazu gehören zum Beispiel eine Leberzirrhose, Nierenschwäche und rheumatische Erkrankungen. Darum muss man immer klären, was genau die Ursache der Flüssigkeitsansammlung ist. In der Regel ist dazu eine Punktion nötig, bei der etwas Flüssigkeit entnommen und untersucht wird. Selten muss man sogar in einer kleinen OP in Schlüssellochtechnik, einer Spiegelung, in den Brustkorb hineinschauen. All diese Maßnahmen sind oft nur im Rahmen einer stationären Abklärung im Krankenhaus möglich. Eine Behandlung kann aber erst erfolgen, wenn die zugrundeliegende Erkrankung ermittelt ist.



Dr. Josef Benedikter

Leitender Oberarzt der Klinik für Pneumologie und Pneumologische Onkologie am Klinikum Bogenhausen in München

ZUM TAG DER SEHBEHINDERTEN AM 6. JUNI



Eine genaue Augenuntersuchung wie auf dem Foto gehört zu jeder Glaukom-Früherkennung – nur den Augendruck zu messen, reicht nicht. FOTO: PANTHERMEDIA

Grüner Star: Stiller Tod des Sehens

Beim grünen Star gerät der Sehnerv unter Druck – und kann geschädigt werden. Das Augenlicht ist in Gefahr. Tückisch dabei: Die Betroffenen bemerken meist nicht, dass der Druck im Auge zu hoch ist. Wie man das früh erkennt und was Patienten hilft, erklärt Experte Prof. Siegfried Priglinger.

VON ANDREA EPPNER

Das Augenlicht erlischt schleichend, wenn ein Mensch am grünen Star, auch Glaukom genannt, erkrankt: Erst sieht er nur am Rand schlechter; das fällt vielen zunächst kaum auf. Schreitet die Erkrankung jedoch voran, verengt sich das kreisrunde Blickfeld von außen her immer weiter – bis eine Art „Tunnelblick“ entsteht, erklärt Prof. Siegfried Priglinger, Direktor der Augenklinik am Klinikum der Universität München. Hier die wichtigsten Antworten.

Was genau ist eigentlich ein Glaukom?

Ein Glaukom ist eine Augenerkrankung, bei der der Sehnerv (siehe Grafik) dauerhaft geschädigt wird. Es gibt mehrere Formen, am häufigsten ist dabei das „Offenwinkel-Glaukom“. Weil ein Glaukom oft lange unbemerkt und damit unbehandelt bleibt, kommt es nicht selten zu Sehschäden oder gar zum Erblinden. Denn: Ein geschädigter Sehnerv lässt sich nicht reparieren, warnt Priglinger. Beim grünen Star sei es daher entscheidend, früh zu reagieren – im Gegensatz etwa zum grauen Star. „So kann man versuchen, weitere Schäden zu verhindern.“

Wie kommt es zu einem Schaden am Sehnerv?

In vielen, aber längst nicht in allen Fällen ist die Ursache ein zu hoher Augendruck. Der entsteht, wenn Bildung und Abfluss des Kammerwassers (siehe Grafik) im Auge aus der Balance geraten – etwa, weil der Abflussbereich verstopft ist. Dann steigt der Druck im Augennieren. Darunter leidet besonders der Sehnerv, der die Signale der Sehsinneszellen zum Gehirn leitet: Ist der Druck sehr hoch, können in kurzer Zeit viele Nervenfasern absterben. Bei einem solchen „Glaukom-Anfall“ haben Betroffene aber Schmerzen – und

gehen darum gerne zum Augenarzt. Häufiger ist der Druck mäßig erhöht. „Er liegt in einem Bereich, in dem man keine Schmerzen hat“, sagt der Experte. Langfristig schädigt aber auch das die Nervenfasern – und zugehörige Sehsinneszellen in der Netzhaut. Auch sie sterben mit der Zeit ab. „Zuerst in der Peripherie, sodass der Patient das anfangs nicht mitbekommt“, ergänzt Priglinger. „Darum spricht man auch vom ‚stillen Tod des Sehens‘.“

Welcher Augeninnendruck ist „normal“?

Statistisch gesehen normal ist ein Wert zwischen 10 und 21 mmHg (Millimeter auf der Quecksilbersäule). Das ist aber ein grober Richtwert, im Einzelfall kann auch ein höherer oder niedrigerer Druck normal sein – oder eben schon zu hoch. So gibt es auch Menschen, die am sogenannten Normaldruck-Glaukom erkranken. Gemessen wird der Druck per „Tonometrie“. Es gibt eine kontaktlose Methode, die über den Luftdruck funktioniert und bei der der Patient nur einen kurzen Luftstoß im Auge spürt. Das bieten auch Optiker an. Genauer ist aber das Kontakt-Verfahren: Dabei wird die Hornhaut direkt von einem Messkörper berührt. Diese Untersuchung führen nur Augenärzte durch.

Was, wenn der Druck tatsächlich zu hoch ist?

Ist der Augendruck erhöht, heißt das nicht immer, dass der Betroffene an einem Glaukom leidet. Ist der Seh-



Ist der Augeninnendruck zu hoch, bemerkt man das meist nicht, warnt unser Experte Prof. Siegfried Priglinger, Direktor der Augenklinik am Klinikum der Universität München. Schmerzen spürt man erst bei extrem hohem Druck. Auf Dauer kann aber auch schon ein nur mäßig erhöhter Druck dem Sehnerv schaden. LMU-KLINIK

nerv gesund, dann ist ein erhöhter Augeninnendruck, man spricht auch von „okulärer Hypertension“, zunächst „nur“ ein Risikofaktor – so ähnlich wie zu hoher Blutdruck für Herz und Kreislauf. Der hohe Druck im Auge erhöht also die Gefahr, an einem Glaukom zu erkranken.

Reicht die Druckmessung als Früherkennung?

Nein! „Man muss auch ins Auge reinschauen“, sagt Priglinger. Schon allein deshalb, weil es Glaukome gibt, bei denen der Augendruck nicht erhöht ist. Der Arzt muss daher unbedingt auch den Zustand des Sehnervs begutachten. Dazu untersucht er den Augenhintergrund mittels eines Ophthalmoskops. Leidet ein Patient an einem Glaukom, ist der Sehnervenkopf (siehe Grafik) oft sichtbar ausgehöhlt. Dann folgt meist eine Untersuchung des Gesichtsfeldes: Bei dieser „Perimetrie“ wird geprüft, ob und wie stark das Blickfeld des Patienten eingeschränkt ist, wo er also noch gut sieht und wo nicht. Zu Ausfällen komme es dabei erst, wenn

bereits rund 90 Prozent der Sinneszellen im betroffenen Bereich abgestorben sind, sagt Priglinger. Sie reichen daher nicht allein, um die Diagnose Glaukom rechtzeitig zu stellen. Dazu sei eine Zusammenschau aller Untersuchungsergebnisse nötig.

Warum wird die Früherkennung nicht bezahlt?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt fest, was gesetzliche Krankenkassen bezahlen müssen: Die Glaukom-Früherkennung gehört bislang nicht dazu (www.g-ba.de). Der GBA verweist auf nicht ausreichende Studiendaten. Mehr zu dieser Entscheidung und den Hintergründen finden Sie im Internet unter www.igelmonitor.de. Viele Augenärzte, darunter der Berufsverband der Augenärzte (BVA) und auch unser Experte, halten die rund zwanzig Euro teure Früherkennung aber für gut investiertes Geld – besonders bei Menschen mit höherem Risiko.

Wer ist gefährdet?

Laut BVA sind unter den 40-Jährigen etwa 2,4 Prozent betroffen, bei über 75-Jähri-

gen sind es sieben bis acht Prozent. Das Risiko steigt also mit dem Alter. Darum rät man beim BVA ab 40-Jährigen alle zwei Jahre und ab 60-Jährigen alle ein bis zwei Jahre zu einer Früherkennung. Auch eine starke Kurzsicht oder Weitsichtigkeit erhöht das Risiko, ebenso, wenn enge Verwandte betroffen sind. Auch dunkelhäutige Menschen trifft es öfter.

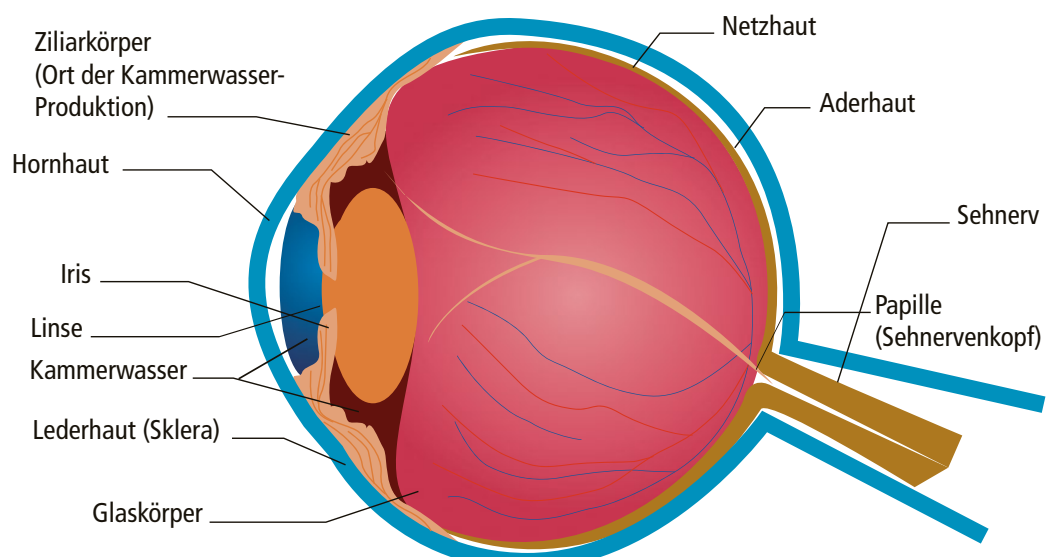
Wie wird behandelt?

Mit Augentropfen lässt sich ein zu hoher Druck meist gut senken. Patienten müssen die Tropfen dazu täglich und dauerhaft anwenden. Ist der Sehnerv bereits stärker geschädigt oder wurde ein „Normaldruck-Glaukom“ festgestellt, versucht man dabei niedrigere Werte zu erreichen. Oft ist eine Kombination von Augentropfen mit mehreren Wirkstoffen nötig. „Acetazolamid“-Tabletten – sie können bei langfristiger Einnahme nierenschädigend wirken – dienen vor allem als Notfallmittel, sagt Priglinger, also etwa bei einem Glaukom-Anfall. Dabei steigt der Druck auf extreme Werte von 50 mmHg und mehr, es drohen Sehschäden und sogar das Erblinden.

Was, wenn Tropfen allein nicht helfen?

Sind anatomische Veränderungen Ursache des erhöhten Drucks, etwa bei einem „Engwinkel-Glaukom“, ist oft ein Lasereingriff nötig. Eine Operation kann aber auch bei anderen Glaukom-Arten sinnvoll werden – und zwar, wenn Augentropfen den Druck nicht ausreichend senken. Dabei gibt es sehr viele OP-Methoden, die alle Vor- und Nachteile haben. Welches Verfahren sich am besten eignet, hänge von vielen Faktoren ab, sagt Priglinger. Die meisten Methoden basieren auf folgenden Ansätzen: Meist versuche man den Abfluss des Kammerwassers zu verbessern, dadurch sinkt der Druck im Auge. Deutlich seltener verringert man die Bildung des Kammerwassers per Laser. Generell sind Folge-Eingriffe beim Glaukom nicht selten. So kann etwa eine starke Narbenbildung den neu geschaffenen Abfluss verstopfen, der Druck steigt erneut. Ganz wichtig sei daher eine intensive Nachbehandlung. Bis zu 50 Prozent des OP-Erfolgs hingen davon ab, sagt Priglinger. „Die perfekte Glaukom-Operation ist leider noch nicht erfunden.“

Blick in das Augennere



Das Kammerwasser wird im Bereich des Ziliarkörpers gebildet. Kann es nicht mehr richtig abfließen, steigt der Druck im ganzen Auge – der Sehnerv kann davon geschädigt werden. GRAFIK: PANTHERMEDIA/PMS