

Herz-Journal

Informationen für Patienten, Freunde und Förderer



Gesund altern mit starkem Herzen

Festvortrag von Prof. Stefanie Dimmler

Bestnoten für Münsters Rettungsdienst

Laienreanimation als Grundkenntnis

Den Wirkmechanismen auf der Spur

Faszinierende Forschung im herzchirurgischen Labor

Editorial

55. Ausgabe Ihres Herz-Journals



Liebe Leserinnen und Leser, liebe Mitglieder und Unterstützer des Förderkreises,

unser Chefredakteur, Dr. Veit Christoph Baecker, hat für Sie wieder ein sehr interessantes Heft zusammengestellt. Sie werden feststellen, dass diesmal ein Schwerpunkt in der Kinderkardiologie liegt.

Unsere Preisträgerin der Lecture Herzzentrum Münster 2025 wird Professor Ulrike Herberg sein, die am Klinikum Aachen die Kinderkardiologie leitet. Die Preisverleihung wird am 4. Juli 2025 um 17:00 Uhr wieder im Von-Vincke-Haus des Regierungspräsidiums am Domplatz stattfinden, verbunden mit einem allgemeinverständlichen Vortrag von Prof. Ulrike Herberg.

Außerdem wird der neue Direktor der „Klinik für Kinder und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie“ am UKM, Professor Dr. Matthias Sigler, vorgestellt. – Sein Vorgänger ist Prof. Hans Gerd Kehl, der dieses Amt über rund 30 Jahre ausgeübt hatte. Ihm möchte ich an dieser Stelle dafür besonders danken, dass er sich auch im Kuratorium der Stiftung Herzzentrum Münster engagiert hat. Das Kuratorium entscheidet, welche Preisträger im Rahmen der Lecture zu uns kommen werden.

PD Dr. Sabrina Martnes, Leiterin der Kinder-Herzchirurgie am UKM, berichtet zusammen mit Dr. rer. nat. Nadine Ludwig in einem interessanten und ausführlichen Artikel über ein spannendes Forschungsprojekt im Labor. Dort wird mit Mikroskop und Gewebeprobe u.a. der Wirkmechanismus

eines Medikamentes erforscht. PD Dr. Sabrina Martnes wird im Übrigen am 27. Juni 2025 ihre Antrittsvorlesung an der Universität Münster haben.

Ein wichtiges Thema ist gegenwärtig die in Planung befindliche Krankenhaus-Reform. Sie betrifft unsere medizinische Versorgung in den kommenden Jahren. Wo und von wem werden wir welche medizinischen Leistungen erhalten? In den neuen Krankenhausplan in NRW werden in 2025 bereits Strukturelemente aus der Krankenhausreform von Minister Lauterbach eingearbeitet. Die Krankenhauslandschaft von NRW wird sich dadurch deutlich verändern. Nicht mehr alle Krankenhäuser dürfen dann alle Leistungen anbieten. Sie werden gezwungen sein, sich zu spezialisieren und festgelegte Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Wie sich das auf die medizinische Versorgung auswirken wird, ist noch nicht im Detail abzusehen. Wir werden Ihnen dazu im nächsten Heft in 2025 ausführlich berichten.

Für den 28. Juni 2025, also eine Woche vor der Lecture 2025, planen wir wieder ein „Alte Autos / Alte Bücher“ von ca. 11:00 bis etwa 16:00 Uhr auf dem Platz vor St. Lamberti. Ich würde mich sehr freuen, Sie dort begrüßen zu können.

An dieser Stelle möchte ich allen sehr herzlich danken, die uns mit ihrer Spende in die Lage versetzen, Projekte an der Klinik zu finanzieren. Ich möchte hier anfügen, dass viele

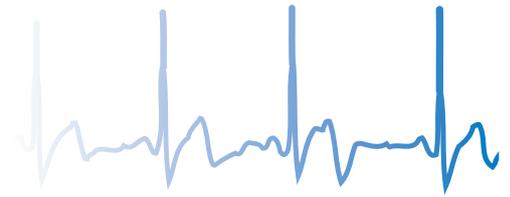
unserer treuen Spender dazu übergegangen sind, regelmäßig einen Betrag von uns einziehen zu lassen. Das sind inzwischen rund 60 Prozent unserer Spender und Spenderinnen. Das hilft uns, unsere Aufwendungen für Projekte und auch das Herzjournal besser planen zu können. Vielleicht wollen auch Sie sich diesem Verfahren anschließen – ein Verfahren, das Sie im Übrigen jederzeit wieder kündigen können.

Ein besonderer Dank gilt auch all denjenigen, die anlässlich eines besonderen Festes an Stelle von Geschenken um Spenden für den Förderkreis gebeten haben oder statt Kränzen bei einem Trauerfall.

Liebe Freundinnen und Freunde des Förderkreises und seiner Stiftung, ich wünsche Ihnen eine schöne Weihnachtszeit und vor allem eine gute und stabile Gesundheit im kommenden Jahr. Bitte bleiben Sie umsichtig und denken Sie daran, sich rechtzeitig von Ihrem Hausarzt gegen Grippe, Corona und ähnliche Unbill impfen zu lassen.

Herzlichst,
Ihr

Dr. Axel Nissen
(Vorsitzender des Förderkreises)



Inhaltsverzeichnis

Editorial 2

Förderkreis/Stiftung

Schaufensterkrankheit im Fokus 4

Lecture 2025 |
Wie kommt das Herzjournal zum Leser? 5

Gesund altern mit starkem Herzen 6

Forschung und Praxis

Bestnoten für Münsters Rettungsdienst 7

Den Wirkmechanismen auf der Spur 8

Regelmäßige Medikamenteneinnahme 10

Herzzentrum

Neues Zentrum der UKM-Kardiologie 11

Erwachsene mit angeborenen und erworbenen Herzfehlern 12

Allrounder für kranke Kinderherzen 13

Ratgeber

Rezept:
Superfood Grünkohl mal etwas anders 14

Impressum

Redaktion:
Dr. Veit Christoph Baecker

Realisation, Illustration, Druck:
LUC Medienhaus, Greven

Titelbild:
Kaboompics.com – KarolinaGrabowska

Verantwortlich:
Dr. Axel Nissen

Abbildungen:
Zentrale Fotoabteilung der
Universitätskliniken,
Pressestelle des UKM

Herausgegeben vom
Förderkreis Herzzentrum Münster e.V.

Jetzt schon mal vormerken

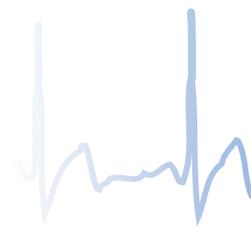
Auch im kommenden Jahr wird es wieder eine Auflage der Benefizveranstaltung „Alte Autos, alte Bücher“ geben. Am Samstag, 28. Juni 2025, besteht dann zwischen ca. 11:00 und 16:00 Uhr die Gelegenheit, den Förderkreis Herzzentrum Münster e.V. zu unterstützen. In diesem Jahr war auf dem Vorplatz der St. Lambertikirche an den Büchertischen und rund um die Oldtimer wieder viel los. Stöberten die einen am Stand der Inner Wheelerinnen vom Club Münster-Aasee nach antiquarischen Büchern, nutzen die anderen die Gelegenheit zu einem Kurztrip in einem der automobilen Klassiker aus den Sammlungen der Oldtimerfreunde der BASF Coatings und münsterscher Rotarier. So kamen 1600 Euro an Spenden zusammen, die für besondere Projekte am Universitätsklinikum Münster eingesetzt werden.



Foto: FKHZ

Schaufensterkrankheit im Fokus:

Frauen sind häufig deutlich schlechter versorgt



In den letzten Jahren ist die Bedeutung der geschlechtersensiblen Medizin, insbesondere bei kardiovaskulären Erkrankungen, immer weiter in den Fokus gerückt. Es wurde deutlich, dass Frauen und Männer einerseits unterschiedliche Symptome angeben, andererseits aber auch häufig unterschiedlich behandelt werden. Eine frühe Diagnose und geschlechtersensible Perspektive bei der Behandlung aller Erkrankungen, kann die Qualität der medizinischen Versorgung und so auch die Prognose deutlich verbessern.

Bei der Schaufensterkrankheit handelt es sich um eine durch Arteriosklerose bedingte Durchblutungsstörung der Beine, von der weltweit über 200 Millionen Menschen betroffen sind. Unter anderem durch den demografischen Wandel und den Anstieg von kardiovaskulären Risikofaktoren (wie Übergewicht oder Diabetes mellitus), wird die Prävalenz dieser Erkrankung in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Vor allem Frauen zeigen zu Beginn häufig asymptomatische Verläufe und die Durchblutung der Beine wird unbemerkt schlechter. Je vorangeschrittener die Erkrankung bei Diagnose ist, desto schlechter ist die Prognose der Patienten und neben einer möglichen Amputation, steigt auch die Häufigkeit weiterer kardiovaskulärer Ereignisse (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) oder Tod. Durch eine frühe Diagnose und Einleitung der nach den Leitlinien empfohlenen Therapie, kann diese Prognose verbessert werden, wodurch nicht nur die Kosten für das Gesundheitssystem sinken, sondern auch die Lebensqualität der Patienten deutlich ansteigt.

Alle Patienten mit einer symptomatischen Schaufensterkrankheit sollten

lebenslang Blutverdünner und Lipidsenker (sog. Statine) erhalten. Studien konnten zeigen, dass eine Einnahme dieser beiden Medikamentengruppen das Auftreten weiterer kardiovaskulärer Ereignisse deutlich verringern. Wir konnten in bundesweiten Analysen zeigen, dass in allen Stadien der Schaufensterkrankheit die Verschreibungsrate beider Medikamentengruppen in Deutschland zu gering ist. Insbesondere Frauen waren hier deutlich schlechter versorgt im Vergleich zu den Männern. Neben

etc. werden hier offene Operationen oder endovaskuläre (minimalinvasive) Verfahren angewendet, jedoch erhielten nur knapp zwei Drittel der Patienten dieses Verfahren. Wie schon zuvor war die Durchführungsrate bei Frauen wieder niedriger im Vergleich zu den Männern. Da eine solche medizinische Behandlung auch eine mögliche Amputation verhindern könnte, sollte immer eine gute Diagnostik erfolgen, um abzuwägen ob eine Wiederherstellung des Blutflusses möglich ist.



Dr. rer. nat. Lena Makowski

Foto: UKM

Leider zeigen diese Ergebnisse, dass die Schaufensterkrankheit, insbesondere bei Frauen, immer noch von Ärzten und Patienten unterschätzt wird und dringend weitere Aufklärungsarbeit nötig ist. Weiterhin wird dringend empfohlen, dass die Behandlung von Patienten mit einer Schaufensterkrankheit immer in einem interdisziplinären Team (welches einen Gefäßspezialisten beinhalten sollte) stattfinden sollte. Weitere Untersuchungen sind notwendig um die Unterschiede in der Diagnostik, Therapie und der Prognose bei Frauen und Männern weiter zu beschreiben und einordnen zu können - Frauen sind keine kleinen Männer.

Dr. rer. nat. Lena Makowski ■

der Claudikatio (Schmerzen beim Laufen), berichten die Patienten bei höherem Schweregrad häufig von Schmerzen in Ruhe und/oder schlecht heilende Wunden. In den letzteren beiden Fällen ist eine Wiederherstellung des Blutflusses dringend empfohlen um eine Amputation zu vermeiden. Je nach Krankheitsstadium, Erfolgsaussichten, Alter,

Der Förderkreis Herzzentrum Münster unterstützt auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler. So erhielt Dr. rer. nat. Lena Makowski, Mitarbeiterin an der Klinik für Kardiologie I, ein Reisestipendium in Höhe von 1000 Euro, um ihre Forschungsarbeit auf Kongressen vorstellen zu können.

Lecture 2025:

Kinderkardiologin Prof. Dr. med. Ulrike Herberg wird ausgezeichnet



Prof. Dr. Ulrike Herberg wird 2025 mit dem Preis der Münster Heart Center Lecture ausgezeichnet. Foto: Herzstiftung

Das Herzzentrum Münster vergibt seinen Preis „Lecture 2025“ an die Kinderkardiologin Prof. Dr. med. Ulrike Herberg. Auf Einladung der Stiftung Herzzentrum Münster wird sie Anfang Juli für ihre Forschungstätigkeit im Bereich der Kinderkardiologie ausge-

zeichnet. Seit November 2022 ist die Medizinerin Klinikleiterin und Lehrstuhlinhaberin der Kinderkardiologie am RWTH Aachen. Zuvor war die 1963 in Herbede – einem Stadtteil von Witten – geborene Wissenschaftlerin lange Zeit am Universitätsklinikum Bonn tätig, wo sie auch 2014 habilitierte. Die Klinik für Kinderkardiologie bildet mit der Klinik für Kinderherzchirurgie und Chirurgie angeborener Herzfehler das Kinderherzzentrum Aachen. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Therapie angeborener Herzfehler von der pränatalen Diagnostik bis zur Versorgung im Erwachsenenalter. Wissenschaftlich beschäftigt sich

Prof. Ulrike Herberg besonders mit der vorgeburtlichen interdisziplinären Diagnose und Beratung von Föten mit Herzerkrankungen und Herzrhythmusstörungen und ihrer peri- und postnatalen Therapie. Darüber hinaus widmet sich die Herzspezialistin der dreidimensionalen Echokardiographie und der Funktionsanalyse durch neue und innovative Methoden. Auch der universitären Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten widmet sich die Kardiologin intensiv.

Die Preisverleihung wird am 4. Juli 2025 um 17:00 Uhr im Von-Vincke-Haus des Regierungspräsidiums am Domplatz stattfinden, verbunden mit einem Vortrag von Prof. Ulrike Herberg, der auch für Nichtmediziner verständlich ist.

vcb ■

Wie kommt das Herzjournal zum Leser?

Melanie Herzog weiß das ganz genau

Eine echte Herzensangelegenheit

Viel Arbeit und Vorbereitung steckt hinter jeder Ausgabe des Herzjournals. Doch die würde alles nichts nützen, kämen die Hefte nicht bei ihren Leserinnen und Lesern an.

Und genau daran hat Melanie Herzog einen sehr großen Anteil. Seit vielen Jahren garantiert die Mitarbeiterin von Prof. Dr. Holger Reinecke, Direktor der Klinik für Kardiologie I, die zuverlässige Verteilung der Magazine im Universitätsklinikum. Bei ihr landen ein Großteil der Hefte an: Von der 5. Etage des Ostturm des UKM aus koordiniert Melanie Herzog, dass an den Eingängen, in den Wartebereichen und den Stationen unsere Informationen rund

um das Thema Herz bei den Leserinnen und Lesern ankommen.

„In der Coronazeit durften ja kaum Besucherinnen und Besucher in die Kliniken“, blickt Melanie Herzog zurück. Die Nachfrage der Magazine ging also entsprechend zurück. „Da habe ich begonnen, das Herzjournal auch in Apotheken, Arztpraxen und an öffentliche Stellen, wie die Stadtbücherei, zu verteilen.“ Mit großem Erfolg, denn viele warten schon auf die neueste Ausgabe des Journals und freuen sich, wenn Melanie Herzog druckfrischen Nachschub bringt. „Ich habe eigentlich immer einige Exemplare in meinem Auto. So erschließe ich, je nach meinem Weg, auch neue Auslagestellen“, lacht Melanie Herzog. Herausgeber

und Redaktion freuen sich über die so stetig wachsende Leserschaft und sagen „Herzlichen Dank!“

vcb ■



Melanie Herzog.

Foto: UKM

Gesund altern mit starkem Herzen

Festvortrag von Prof. Stefanie Dimmler



Festlicher Empfang im Friedenssaal für Prof. Dr. Stefanie Dimmler durch Münsters Oberbürgermeister Markus Lewe (l.). Zum Ehrenschluck aus dem historischen Goldenen Hahn und dem Eintrag ins Goldene Buch der Stadt Münster gratuliert auch Dr. Axel Nissen, Vorsitzender der Stiftung Herzzentrum Münster.
Foto: Baecker

Bei der Münster Heart Center Lecture 2024 absolvierte Prof. Stefanie Dimmler am 20. und 21. Juni ein straffes Programm. Die Preisträgerin vom Institut für Kardiovaskuläre Regeneration der Goethe-Universität Frankfurt hielt im Rahmen einer »Masterclass« vor jungen Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler einen Vortrag zum Thema „Interplay between aging and Cardiovascular disease, Novel therapeutic options“. Am Folgetag wurde Prof. Stefanie Dimmler von Münsters Oberbürgermeister Markus Lewe im Friedenssaal des historischen Rathauses empfangen. Nach dem Eintrag ins Goldene Buch der Stadt Münster und einem Ehrenschluck aus dem Goldenen Hahn wartete das Auditorium im Von-Vincke-Haus am Domplatz gespannt auf den Festvortrag zum Thema „Gesund altern mit starkem Herzen“.

Prof. Stefanie Dimmler zeigte die Leistungsfähigkeit eines menschlichen Herzens, das 100000 mal pro Tag und ca. 35 Millionen Mal im Jahr schlägt. In einem durchschnittlichen Menschenleben summiert sich das auf zwei bis drei Milliarden Schläge. Dazu enthält es zwei bis sechs Milliarden Herzmuskelzellen und

pumpt in ein Gefäßsystem mit einer Gesamtlänge von 100000 Kilometern (wenn alle Blutgefäße eines Menschen aneinanderreih würden). Die Endothelzellen ergeben eine Fläche von 10.800 Quadratmetern.

Doch dieses faszinierende Organ ist anfällig: Über 36 Prozent der Todesfälle in Deutschland sind Folge von Herz-Kreislaufkrankungen. Besonders die Herzmuskelschwäche führt mit dünnen oder verdickten Ventrikeln

zum Herzinfarkt oder starkem Leistungsverlust der Pumpleistung. Die Störung der Zellfunktion des alternden Herzens hat die Vergrößerung (Hypertrophie), Reduktion der Kontraktion „Stiffness“ und den Zelltod zur Folge. Denn die Zelluläre Seneszenz (von lateinisch senescere = alt werden) stoppt die Zellteilung und verursacht die Freisetzung von Faktoren, die auch Nachbarzellen aktivieren. Hier setzt die Forschung der Preisträgerin an – denn kann dieser Prozess gestoppt werden?

Gute Erfolge zeigt der Einsatz von Senolytika, Medikamenten, die die seneszenten Zellen ausschalten. Der Einsatz zeigt positive Wirkung bei Herzfrequenz, Arrhythmien und diastolischer Funktion. Auch antidiabetische Medikamente können einen positiven Effekt auf das Herz-Kreislaufsystem nehmen, da sie einem hohen

Glucosespiegel entgegenwirken und positiv auf den Stoffwechsel (Metabolismus) wirken können.

Auf keinen Fall darf jedoch auf regelmäßige Bewegung verzichtet werden: Denn der Blutfluss stimuliert das Endothel, das Muskeltraining fördert die Freisetzung von Myokinen wie Musclin und erzeugt eine erhöhte mitochondrielle Funktion. So hat Bewegung eine Modulation auf Entzündungen, hormonale Effekte und Telomere.

vcb ■

MIT DEM PREIS DER STIFTUNG HERZZENTRUM MÜNSTER WURDEN GEEHRT:

Prof. Valentin Fuster (New York) 2013,
Prof. Axel Haverich (Hannover) 2014,
Prof. Peter Carmeliet (Leuven, Belgien) 2015,
Prof. Renu Virmani (Maryland, USA) 2016,
Prof. Ulrich Dirnagl (Berlin) 2017,
Prof. Hermann Haller (Hannover) 2018,
Prof. Carole Warnes (Minnesota, USA) 2019,
Prof. Josef Penninger (Wien u. Vancouver) 2020,
Prof. Thomas Eschenhagen (Hamburg) 2022
und Prof. Eckhard Wolf (München) 2023,
Prof. Stefanie Dimmler (Frankfurt) 2024.

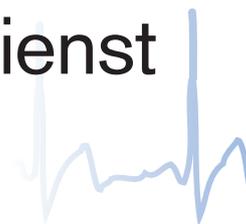
Im kommenden Jahr wird Prof. Ulrike Herberg (Aachen) ausgezeichnet.



Die Biologin und Biochemikerin Prof. Stefanie Dimmler hat den Preis der Münster Heart Center Lecture aus der Hand von Prof. Sven Martens (r.), Prodekan für klinische Angelegenheiten, entgegengenommen. Dr. Axel Nissen (l.), Vorsitzender der Stiftung Herzzentrum Münster, leitete die Jury des jährlich verliehenen Preises.
Foto: Baecker

Bestnoten für Münsters Rettungsdienst

Laienreanimation als Grundkenntnis



Prof. Dr. med. Andreas Bohn, ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Münster.
Foto: Privat

Wer im Notfall die »112« wählt kann sich sicher sein, dass schnell Hilfe geleistet wird – im Brandfall wie beim Rettungsdienst. Oder etwa doch nicht?

Im Sommer 2024 sorgte eine Studie zu den bundesweit sehr unterschiedlichen Einsatzzeiten der Rettungsdienste für etwas Verunsicherung. „In Münster ist alles in bester Ordnung“, weiß Prof. Dr. med. Andreas Bohn: „Wir erfüllen die gesetzliche Vorgabe für die Zeit zwischen Eingang des Notrufes und unserem Eintreffen vor Ort.“ Die liegt in urbanen Ballungsräumen wie Münster bei maximal acht Minuten im Kernbereich und zwölf Minuten in den Außenbereichen – in 90 Prozent der Fälle. „Dafür analysieren wir ständig unsere Einsätze und bessern falls erforderlich nach“, weiß Prof. Bohn, der als Anästhesist mit Lehrauftrag an der Universität Münster seit 2010 hauptamtlich als ärztlicher Leiter für den Rettungsdienst in Münster verantwortlich ist.

Die Situation in einer Stadt verändert sich ständig – so durch Neubaugebiete oder Verkehrsregelungen, wie Tem-

pobeschränkungen und Durchfahrtsperren. Darauf müssen Prof. Bohn und sein Team reagieren.

So wurde allein Ende 2022 vom Rat der Stadt Münster die Einrichtung von vier neuen Rettungswachen beschlossen, um die Zeitvorgaben verlässlich einhalten zu können. Denn die Kommune ist für die Organisation des Rettungsdienstes verantwortlich, in Münster ist traditionell die Berufsfeuerwehr damit beauftragt. Der verbindliche Rettungsdienstbedarfsplan wird alle vier Jahre von der Bezirksregierung geprüft.

„Die Disposition von Rettungsdienst-Einsätzen nimmt in der integrierten Leitstelle für Feuerschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz mit jährlich etwa 28.000 Notfallrettungen, rund 6.250 Notarzteinsätzen sowie 11.500 Krankentransporten zeitlich den größten Umfang ein“, heißt es von offizieller Seite. Dafür werden 17 Rettungswagen, 14 Krankentransportwagen und 3 Notarzt-Einsatzfahrzeuge vorgehalten. Auf den Feuer- und Rettungswachen 1 und 2 steht jeweils ein mit einem Notarzt bzw. einer Notärztin fest besetztes Notarzt-Einsatzfahrzeug bereit. „Für den Massenansturm von Verletzten stehen sowohl bei der Berufsfeuerwehr Münster, als auch bei den vier in der Gefahrenabwehr mitwirkenden Hilfsorganisationen

zusätzliche Rettungswagen, Notarzt-Einsatzfahrzeuge sowie Sonderfahrzeuge zur Verfügung.“ Ganz aktuell liegen die Pläne für die neue Feuerwache 3 in Hilstrup aus, die in Kürze errichtet werden soll. Alles nach dem Motto: Sicherheit zuerst.

„Geht ein Notruf bei uns ein, bei dem eine Reanimation erforderlich ist, bleibt die Leitstelle solange unterstützend am Telefon, bis unsere Besatzung angekommen ist“, berichtet Prof. Bohn aus der Praxis. Er selbst fährt mindestens einmal pro Woche als Notarzt Einsätze. „Doch jeder kann selbst Verantwortung übernehmen, indem er die Techniken der Reanimation erlernt,“ unterstreicht der Mediziner. 70 Prozent aller Herzstillstände ereignen sich im häuslichen Umfeld, bei den allermeisten ist ein Angehöriger anwesend. „Und da kommt es ja wirklich auf jede Minute an, um die Sauerstoffversorgung des Gehirns zu gewährleisten.“ Sein Appell richtet sich daher an die Schulen: „Das Fundament für die Reanimation sollte möglichst früh gelegt werden. Das sollte jeder selbstverständlich können – wie Schuhe zuzubinden.“ Und spätestens mit dem Ruhestand sollte jeder sein Wissen und Können auffrischen – denn ab Ende 60 steigt das Risiko eines Herzstillstandes deutlich an.

vcb ■



Foto: Stadt Münster, Amt für Kommunikation / MünsterView

Den Wirkmechanismen auf der Spur

Faszinierende Forschung im herzchirurgischen Labor



Das Forschungsteam: Martina Seiler, leitende Medizinische Technologin, Dr. med. Armin Peivandi, wissenschaftlicher Mitarbeiter, PD Dr. med. Sabrina Martens, Laborleitung, Univ.-Prof. Dr. med. Sven Martens, Klinikdirektor und Dr. rer. nat. Nadine Ludwig, stv. Laborleitung. Fotos: UKM

Im Forschungslabor der Klinik für Herzchirurgie beschäftigen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Fragestellungen rund um das Herz. In ihrem jüngsten Projekt ergründen sie den Einfluss von SGLT2-Inhibitoren auf humanes Herzgewebe. SGLT2-Inhibitoren sind Medikamente, die zunächst für die Behandlung von Typ-2-Diabetes zugelassen waren, nun aber auch Herzpatientinnen und -patienten unabhängig von einem zugrundeliegenden Diabetes verschrieben werden. Die genauen Wirkmechanismen sind allerdings noch nicht vollends entschlüsselt.

Kein Organ konsumiert mehr Energie als das Herz. Um unser Blut gleichmäßig und unaufhörlich durch unsere Gefäße zu pumpen, benötigt es pro Tag ca. 6 kg des Energieträgers Adenosintriphosphat (ATP). Doch ATP muss zunächst von den Herzmuskelzellen hergestellt werden, bevor es genutzt werden kann. Zu den primären

Energielieferanten des Herzens zählen langkettige Fettsäuren und Glukose. Bei letzterem handelt es sich um ein natürlich vorkommendes Kohlenhydrat, welches 25 bis 30 Prozent der notwendigen Gesamtenergie für das Herz liefert. Wir nehmen Glukose über die Nahrung auf. Sie wird im Darm absorbiert und gelangt über das Blut zu unseren Zellen, wo es zur Energiegewinnung eingesetzt wird. Da Glukose die Zellmembran nicht einfach passieren kann, wird sie mithilfe von Transportern in die Zellen eingeschleust.

Aktuell sind drei unterschiedliche Glukosetransporter-Klassen im Menschen bekannt: GLUTs (engl. glucose transporters), SGLTs (engl. sodium-glucose cotransporters) und SWEETs (engl. sugars will eventually be exported transporters). Das Vorkommen unterscheidet sich in den Geweben. In einem gesunden Herzen übernehmen insbesondere die Proteine GLUT1 und GLUT4 die Versorgung der Zellen mit Glukose, wobei die Expression von

GLUT1 nach der Geburt herunter und die von GLUT4 hochreguliert wird. Während es sich bei GLUT1 um einen insulinunabhängigen Transporter handelt, ist die Präsenz von GLUT4 auf der Plasmamembran stark insulinabhängig. Auch Katecholaminen (Stoffe, die eine Kreislauf anregende Funktion haben), gesteigerte Belastung und örtliche Sauerstoffkonzentrationen beeinflussen die Expression und Translokation von GLUTs im Herzgewebe.

Neben GLUT1 und GLUT4 wird auch die Rolle von SGLTs für die Energieversorgung des Herzens diskutiert. Diese erregen zunächst in anderen Organen Aufmerksamkeit. SGLT1 wird z.B. im Darm exprimiert und sorgt dafür, dass Glukose aus der Nahrung vom Körper aufgenommen wird. Die höchste SGLT2 Expression finden wir in der Niere. Dort übernimmt SGLT2 die Rückresorption von ca. 90 Prozent der von der Niere gefilterten Glukose.

In Patientinnen und Patienten mit Di-



abetes mellitus Typ 2 lässt sich ein erhöhtes Vorkommen von SGLT2 in der Niere nachweisen, was mit einer gesteigerten Glukosenierenschwelle einhergeht. Diese Beobachtung führte 2012 zur Zulassung von selektiven SGLT2-Inhibitoren für die Behandlung von Typ-2-Diabetes. SGLT2-Inhibitoren leiten sich von dem natürlichen Glykosid Phlorizin ab, welches in der Rinde von Obstbäumen zu finden ist.

Die Blockierung von SGLT2 bei Diabetespatientinnen und -patienten führt zu einer vermehrten Ausscheidung von Glukose über den Urin und einer damit verbundenen Normalisierung der Blutglukoselevel. Weiterhin lässt sich eine Wiederherstellung der Insulinsensitivität ohne das Risiko einer Unterzuckerung beobachten. Langfristig bewirkt die Hemmung von SGLT2 außerdem eine leichte Gewichtsabnahme, eine Blutdruck- sowie eine HbA1c-Senkung. Studien, die die Effekte von SGLT2-Inhibitoren bei Diabetikern und Diabetikerinnen mit hohem kardiovaskulärem Risiko untersuchten, bemerkten, dass eine Blockierung von SGLT2 positive Auswirkungen auf das Herzkreislaufsystem hat. Großangelegte Studien mit kardiovaskulären Endpunkten demonstrierten daraufhin, dass Hospitalisierungsraten aufgrund von Herzschwäche sanken, die kardiovaskuläre Mortalität abnahm und sich die Herzstruktur sowie -funktion unter dem Einsatz von SGLT2-Inhibitoren maßgeblich verbesserte. Seit 2023 empfiehlt die Europäische Gesellschaft für Kardiologie SGLT2-Inhibitoren als Erstlinientherapie bei Diabetes mit hohem kardiovaskulärem Risiko. Darüber hinaus wird mittlerweile auch bei symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz unabhängig von der Pumpfunktion des Herzens der frühe Einsatz von SGLT2-Inhibitoren angeraten.

Aber wie genau bewirkt die Blockierung von SGLT2 eine Verbesserung der Herzfunktion? Dieser Fragestellung wird im herzchirurgischen Forschungslabors des Universitätsklinikums Münster nachgegangen. Zunächst könnte man annehmen, dass SGLT2-Inhibi-

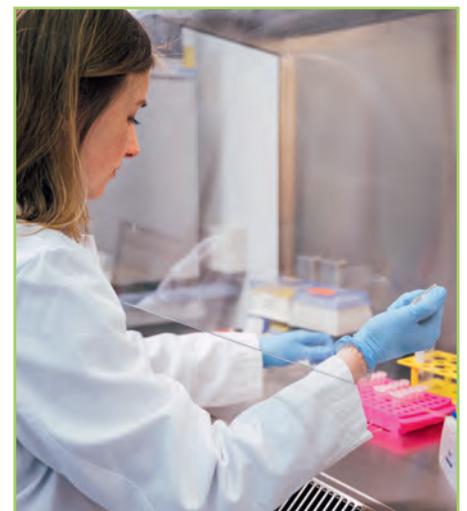


toren ähnlich wie in der Niere SGLT2 im Herzgewebe blockieren. Zahlreiche Studien weisen allerdings darauf hin, dass SGLT2 gar nicht im Herzgewebe vorkommt, aber Sekundäreffekte die Herzfunktion positiv beeinflussen. So werden Sauerstoffradikale durch SGLT2-Inhibitoren reduziert, die Zellwände der Blutgefäße gestärkt und der Blutdruck normalisiert.

Ein besonderer Fokus liegt auch auf den entzündungshemmenden Eigenschaften der SGLT2-Inhibitoren. Dadurch werden sowohl Zellwandstrukturen als auch der Eisenhaushalt, der bei vielen Patientinnen und Patienten mit Herzerkrankungen aufgrund einer systemischen Entzündungsreaktionen gestört ist, verbessert und die Neubildung von roten Blutkörperchen gefördert.

SGLT2-Inhibitoren führen neben einer Verringerung von oxidativem Stress und auch zum Erhalt einer gesunden Struktur des Herzmuskels, wodurch dessen Pumpfunktion wieder gesteigert wird.

Viele der bisher durchgeführten Studien basieren auf Tiermodellen. Diese liefern wichtige Einblicke über die zugrunde liegenden biologischen Abläufe, sind aber nicht immer eins zu eins auf den humanen Organismus übertragbar. Das Forschungslabor der Herzchirurgie hat Zugriff auf eine große Sammlung an humanen Gewebeprobe, die nach deren Entnahme im herzchirurgischen Operationssaal sofort präpariert und für verschiedene Analysemethoden vorbereitet werden. Die Proben stammen von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, wie Kardiomyopathie und Vorhofflimmern mit oder auch ohne zugrundeliegenden Diabetes. Da SGLT2-Inhibitoren erst seit wenigen Jahren verschrieben werden, lassen sich deshalb verschiedene Patientengruppen miteinander vergleichen. Darauf aufbauend untersuchen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Herzchirurgie den Einfluss der SGLT2-Inhibitoren auf humanes Herzgewebe mit besonderem Fokus auf Glukosetransporter und nachgeschaltete Signalwege.



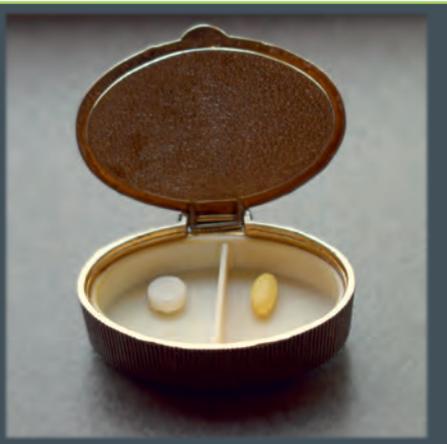
*Dr. rer. nat. Nadine Ludwig und
PD Dr. med. Sabrina Martens* ■

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

ist unerlässlich – Wirkstoff muss neu bewertet werden



Orale Antikoagulation mit neuen und etablierten Medikamenten



Überraschende Ergebnisse ergab nun die Analyse von Daten von mehr als 570.000 Patientinnen und Patienten. Bestätigen sich diese Ergebnisse, ist mit einem veränderten Verschreibeverhalten von oralen Antikoagulanzen zu rechnen. Die Studie wurde im »Journal of Internal Medicine« veröffentlicht.

Menschen, deren Blut z.B. wegen Vorhofflimmerns, einer Embolie oder einer Thrombose „verdünnt“ werden muss, werden mit oralen Antikoagulanzen behandelt. Während bis vor ca. 15 Jahren nur eine Medikamentenklasse, die sogenannten Vitamin K Antagonisten mit den Wirkstoffen Phenprocoumon oder Warfarin, zur Verfügung stand, werden inzwischen vorwiegend die neue Präparate mit den Wirkstoffen Apixaban, Dabigatran, Edoxaban und Rivaroxaban verschrieben. Diese gelten als wirksam und sicher, sind einfach zu dosieren, benötigen keine regelmäßigen ärztlichen Kontrollen und haben weniger Wechselwirkungen als die herkömmlichen Vitamin K Antagonisten.

In den Zulassungsstudien der neuen oralen Antikoagulanzen wurde als Vergleichsmedikament Warfarin eingesetzt. Jedoch wird in Deutschland als Vitamin K Antagonist fast ausschließlich Phenprocoumon verschrieben. Ob die Vorteile der neuen oralen Antikoagulanzen auch im Vergleich mit Phenprocoumon beste-

hen, wurde von einer Gruppe Biometrikerinnen und Biometrikern der Universität Münster, von Kardiologen und in der Kardiologie arbeitenden Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen am UKM sowie einer Mitarbeiterin der Barmer Krankenversicherung in einer aktuellen Studie mit Hilfe von sogenannten Real-World-Daten untersucht. Das Forschungsteam analysierte dafür die Daten von mehr als 570.000 Patientinnen und Patienten, die bei der Barmer Krankenkasse krankenversichert waren und zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2020 zum ersten Mal einen Blutverdünner verschrieben bekamen. In umfangreichen statistischen Auswertungen zeigte sich, dass das Risiko zu versterben unter einer Therapie mit Apixaban, Edoxaban oder Rivaroxaban signifikant höher war als unter den Vitamin K Antagonisten. Bei einer Therapie mit Dabigatran konnte verglichen mit den herkömmlichen Vitamin K Antagonisten kein Unterschied in der Sterblichkeit gefunden werden.

Die Ergebnisse dieser Real-World-Daten mit Phenprocoumon sind anders als erwartet, denn zahlreiche Studien, die die orale Antikoagulation der neueren Medikamente mit Warfarin verglichen haben, zeigen entweder keinen Unterschied beim Risiko zu Versterben oder einen Vorteil, d.h. ein geringeres Risiko für die neuen oralen Antikoagulanzen. Da Warfarin und Phenprocoumon zur selben

chemischen Substanzklasse gehören, wurde angenommen, dass die Ergebnisse der Zulassungsstudien mit Warfarin als Vergleichssubstanz auch auf Phenprocoumon übertragen werden können. Dies bestätigt sich durch die aktuelle Studie nicht.

Das Forschungsteam weist darauf hin, dass es speziell bei dem Vergleich von den neuen oralen Antikoagulanzen mit Phenprocoumon auch andere Studien-daten mit teilweise ähnlichen Beobachtungen gibt. Faktoren, die die höhere Sterblichkeit unter den Antikoagulanzen Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban erklären können, sind beispielsweise eine nicht dem Alter oder den Begleiterkrankungen der Patientin bzw. des Patienten angepasste Dosierung der neuen oralen Antikoagulanzen oder vergessene Einnahmen des Medikaments durch die Patientin bzw. den Patienten. Besonders eine unregelmäßige Einnahme der neuen Medikamente kann zu einer unzureichenden Blutverdünnung führen. Bei der Behandlung mit den Vitamin K Antagonisten ist diese Gefahr geringer, da diese Substanzen deutlich länger im Körper bleiben und das Blut „verdünnen“ als die neuen Medikamente.

Die Ergebnisse der Studie stellen die allgemeine Verschreibungspraxis, welche die neuen oralen Antikoagulanzen gegenüber Phenprocoumon präferiert, in Frage. Bei einer Bestätigung dieser Ergebnisse durch weitere (kontrolliert-randomisierte) Studien könnte dies einen erheblichen Einfluss auf das Verschreibungsverhalten der oralen Antikoagulanzen haben. Nichtsdestotrotz ist es besonders wichtig, dass bei einer Antikoagulation, wie auch bei jeder anderen Therapie, die Medikamente regelmäßig eingenommen werden. Hier ist jede Patientin und jeder Patient gefordert, sich gewissenhaft an die ärztlichen Anweisungen zu halten.

Dr. rer. nat. Christiane Engelbertz ■

Neues Zentrum der UKM-Kardiologie

nimmt Risikofaktoren für Herz- und Gefäßerkrankungen in den Fokus



Herz-Kreislaufkrankungen stellen in Deutschland die häufigste Todesursache dar – laut Statistischem Bundesamt ließen sich im vergangenen Jahr knapp 34 Prozent der Todesfälle auf sie zurückführen. Präventionsmaßnahmen können hier also Leben retten oder zumindest verlängern. Und mehr noch: Menschen mit erhöhten kardiovaskulären Risiken müssen bei umfassender Prävention weniger häufig behandelt werden. Doch die zahlreichen Risikofaktoren immer ausreichend im Blick zu haben, ist sowohl für die Betroffenen als auch für Ärztinnen und Ärzte nicht immer einfach. Um diesen „blinden Fleck“ sichtbarer zu machen, wurde das „Zentrum für Prävention von Herz- und Gefäßerkrankungen“ in der Klinik für Kardiologie I am UKM (Universitätsklinikum Münster) gegründet. Dafür haben sich Dr. Katrin Gebauer, Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie sowie Lipidologin, und Prof. Hannes M. Findeisen, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie kardiovaskulärer Präventivmediziner, mit weiteren Kolleginnen und Kollegen zusammengeschlossen und eine Zertifizierung der „European Association of Preventive Cardiology“ als Präventionszentrum angestrebt – mit Erfolg.



Dr. Katrin Gebauer, Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie sowie Lipidologin, und Prof. Hannes M. Findeisen, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie kardiovaskulärer Präventivmediziner, mit dem Zertifikat der „European Association of Preventive Cardiology“. Foto: UKM/Heine

Seitdem arbeiten sie noch gezielter mit verschiedenen Einrichtungen des UKM zusammen. „Durch die vielseitige interdisziplinäre Zusammenarbeit können wir ein breites Spektrum an Fachexpertise anbieten, um eine maßgeschneiderte Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren zu ermöglichen“, fasst Gebauer die noch jungen Arbeitsstrukturen zusammen.

Wer also beispielsweise aufgrund eines Herzinfarktes oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Verkalkungen der Schlagadern) vom Hausarzt überwiesen wird oder wegen fortbestehender Risikofaktoren – wie Diabetes oder Bluthochdruck – wiederkehrend in Behandlung ist, kann im Zentrum nicht nur speziell mit Blick auf seine Risiken untersucht, sondern dann auch fachübergreifend behandelt werden. „Die zahlreichen Risikofaktoren erfordern eine individuelle Behandlung, die wegen ihrer Komplexität gerade im ambulanten Bereich nicht immer sichergestellt werden kann“, erläutert Findeisen die Motivation hinter der Zentrumsgründung. „Viele der Patientinnen und Patienten, die wir hier sehen, sind dahingehend nicht optimal eingestellt. Gleichzeitig hat sich medizinisch sehr viel weiterentwickelt, die Optionen sind also vielfältiger geworden, so dass wir als Uniklinik mit unserer Expertise häufig gut weiterhelfen können.“

Alle Faktoren, die zu erhöhten Risiken für Herz und Gefäße führen, sollen gebündelt betrachtet und dann ganzheitlich weiter versorgt werden, um (erneute) kardiovaskuläre Ereignisse zu vermeiden – egal, ob etwa eine Nierenfunktionseinschränkung, eine Fettstoffwechselstörung oder Übergewicht ursächlich dafür



Das Team des Präventionszentrums hilft, Risiken für Herz- und Gefäßerkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln (v.l.): Linda Haschmann (Klinische Diätetik), Dr. Mareike Möllers (UKM Geburtshilfe), Prof. Hannes M. Findeisen, Dr. Katrin Gebauer (beide Klinik für Kardiologie I), Prof. Marcus Brand (Med. Klinik und Poliklinik D), Dr. Elena Vorona (Med. Klinik und Poliklinik B) und Dr. Britta Otte (Med. Klinik und Poliklinik D). Foto: UKM/Heine

sind. Präventiv selbstständig veränderbare Faktoren können durch Anbindung an die Ernährungs- oder Sportmedizin adressiert werden.

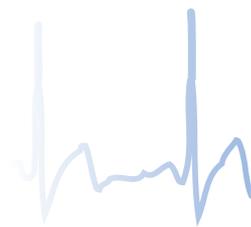
Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe, deren Notwendigkeit sich aus aktuellen Studienerkenntnissen ergibt: So wurde festgestellt, dass schwangere Frauen mit Präeklampsie (umgangssprachlich auch „Schwangerschaftsvergiftung“) nach der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall haben. Auch für diese Patientinnen ist daher eine Beratung geplant. Zudem wird im Zentrum auch die medikamentöse Einstellung von Patientinnen und Patienten in den Blick genommen. Ist die Dosierung gut an die Organfunktionen angepasst? Gibt es ungewollte Interaktionen verschiedener Arzneimittel? Lässt sich eine Manifestation unerwünschter Nebenwirkungen vermeiden? Diese und weitere Fragen stehen dann im Rahmen einer strukturellen Arzneimittelanalyse in der UKM-Apotheke im Mittelpunkt.

ukm/lwi ■

INFO:

Patientinnen und Patienten oder zuweisende Kolleginnen und Kollegen können per E-Mail an praeventionszentrum@ukmuenster.de oder telefonisch unter 0251 83-47625 einen Termin vereinbaren.

Erwachsene mit angeborenen und erworbenen Herzfehlern



Neue Leitung des EMAH-Zentrums

Die Klinik für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) und Klappenerkrankungen am UKM (Universitätsklinikum Münster) hat es ihrem Fach gleichgetan: Sie ist in den vergangenen 16 Jahren aus den Kinderschuhen herausgewachsen und zu einer gestandenen Institution geworden. 2008 als EMAH-Zentrum mit vier Mitarbeitenden und dem damals neu nach Münster gekommenen Prof. Helmut Baumgartner gegründet, arbeiten heute 23 Mitarbeitende unter seiner Leitung. Bis jetzt. Denn der 66-Jährige hat zu August die Klinikdirektion an seinen Nachfolger Prof. Gerhard Diller übergeben. „Diesen Bereich am UKM neu aufzubauen, das war schon ein Risiko für mich damals bei meinem Wechsel von Wien nach Münster“, gibt Baumgartner offen zu. Aber sein Vertrauen in den damaligen Vorstand hat sich ausgezahlt. Nur fünf Jahre später wurde aus dem Zentrum die erste eigenständige universitäre Klinik für EMAH unter Einbezug anderer struktureller Herzerkrankungen – insbesondere Klappenfehlern – einem Fach, das es zu Beginn der medizinischen und wissenschaftlichen Karriere des Kardiologen Baumgartner noch gar nicht gab. Erst dank des medizinischen Fortschritts insbesondere der Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie erreichen heute 90 Prozent der Patientinnen und Patienten mit angeborenem Herzfehler das Erwachsenenalter und benötigen eine hochspezialisierte Versorgung.

Rückblickend lässt sich sagen: Der Mut hat sich gelohnt. Von zu Beginn rund 1100 ambulanten Patientinnen und Patienten werden heute über 6000 jährlich in der EMAH-Klinik versorgt, stationär hat sich die Zahl auf knapp 1400 Patientinnen und Patienten seit dem Start

vervierfacht. „Ich bin sehr dankbar und glücklich über diese sehr erfreuliche Entwicklung“, sagt Baumgartner, die er nicht zuletzt seinem tollen Team zuschreibt, das eine große Beständigkeit aufweist. Auch dadurch sei die kontinuierliche Weiterentwicklung möglich gewesen, ebenso zeichne die Strukturen am UKM die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit den hiesigen Kliniken für Herzchirurgie und Kinderkardiologie aus. Ein besonderer Dank gelte zudem der EMAH Stiftung Karla Völm, die maßgeblich an der Gründung beteiligt war und bis heute für eine Förderung in Millionenhöhe gesorgt hat.



Prof. Alex W. Friedrich (r.), Ärztlicher Direktor des UKM, verabschiedet Prof. Helmut Baumgartner (l.), der sich um den Aufbau der EMAH-Klinik am UKM verdient gemacht hat, und übergibt UKM-Schlüsselbänder an Prof. Gerhard Diller, der nun die Klinikdirektion übernimmt. Foto: UKM/Wibberg

Die Übergabe an Prof. Gerhard Diller freut nicht nur Baumgartner selbst, sondern auch den ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden des UKM, Prof. Alex W. Friedrich. „Herr Diller hatte Rufe nach London und Toronto, an die renommiertesten EMAH-Zentren weltweit, und wir sind stolz, dass er sich für unseren Standort entschieden hat und die ausgezeichnete Arbeit von Herrn Baumgartner fortführen wird“, so Friedrich. „Herr Diller wird das nach wie vor dynamische Fach mit seiner medizinischen wie wissenschaftlichen Expertise weiter voranbringen.“ An seiner Seite ist Dr. Gerrit Kaleschke als Oberarzt und Leiter des Bereichs Intervention struktu-

reller Herzerkrankungen für die Weiterentwicklung der katheter-interventionellen Therapie verantwortlich.

Gerhard Diller hat an der LMU München Medizin studiert und in der dortigen Kinderkardiologie promoviert, verfügt durch Aufenthalte in London unter anderem auch über einen Master in Gesundheitsökonomie. „Das Thema Herzmedizin und insbesondere die Behandlung angeborener Herzfehler hat mich immer fasziniert, da jede Patientin und jeder Patient einzigartig ist und einer lebenslangen spezialisierten Nachsorge bedarf“, sagt der 50-Jährige, der seit seiner Rückkehr aus London 2013 fest zum Team von Helmut Baumgartner gehört. Für ihn ist der Standort Münster nicht nur eine „Herzangelegenheit“, sondern auch einzigartig. „Münster ist die zukunftsweisende Integration von strukturellen und angeborenen Herzfehlern in einer erwachsenenkardiologischen Klinik und von diesen wichtigen Synergieeffekten profitieren Patienten.“

Seine Ziele hat er fest im Blick; sie betreffen nicht nur die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Herzfehlern, sondern auch die translationale Forschung. „Es gibt konkrete akademische Projektideen insbesondere im Bereich der künstlichen Intelligenz beziehungsweise Big-Data-Analyse, von denen wir hoffen, dass sie baldmöglichst die klinische Versorgung von EMAH-Patienten verbessern“, erklärt Diller. „Und wir werden weiterhin in den Schwerpunkt innovativer Bildgebung investieren, da ich überzeugt bin, dass das Verständnis der zugrundeliegenden Herzanatomie und -funktion die Basis der lebenslangen optimalen Behandlung von EMAH-Patienten bleibt.“

Allrounder für kranke Kinderherzen

Prof. Sigler Matthias ist neuer Klinikdirektor
der Pädiatrischen Kardiologie



Prof. Alex W. Friedrich (r.), Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des UKM, begrüßt den neuen Klinikdirektor der „Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie“, Prof. Matthias Sigler, der von der Universitätsmedizin Göttingen nach Münster gewechselt ist.

Foto: UKM/Wibberg

Es ist der Umgang mit Menschen – es sind die besonderen Konstellationen mit Kindern und Eltern, die ihn einst zur Pädiatrie und nun nach Münster geführt haben. Seit dem 1. Oktober ist Prof. Matthias Sigler neuer Direktor der „Klinik für Kinder- und Jugendmedizin – Pädiatrische Kardiologie“ am UKM (Universitätsklinikum Münster). Dort übernimmt er die Leitung des in den Ruhestand getretenen Prof. Hans Gerd Kehl.

Begonnen hat der gebürtig aus Bethel stammende Bielefelder seine ärztliche Laufbahn 1996 an der Uniklinik RWTH Aachen, an der er 2001 seine Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin abschloss. Im selben Jahr folgte ein Wechsel an die Universitätsmedizin Göttingen, in der Sigler von 2001 bis 2024 als leitender Oberarzt tätig war und in dieser Zeit viele Zu-

satzqualifikationen (Kinderkardiologie, spezielle pädiatrische Intensivmedizin, Neonatologie, EMAH – Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) erwarb. Kein Wunder, dass der zweifache Vater sich selbst im klinischen Kontext als „Allrounder“ bezeichnet, der nicht den ganzen Tag im Katheterlabor verbringt, sondern immer auch in der Ambulanz einen festen Stamm an Familien betreut oder – wie in Göttingen – auch phasenweise eine Intensivstation geleitet hat.

„Prof. Sigler ist sehr gut vernetzt und bringt viel Expertise und langjährige praktische Erfahrung mit nach Münster“, sagt Prof. Alex W. Friedrich, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des UKM. „Entsprechend freuen wir uns darüber, dass er sich für das UKM entschieden hat und sich hier künftig um die Beeinträchtigungen der kleinsten Herzpatientinnen und -pati-

enten aus unserer Versorgungsregion kümmern wird.“

Neben dem Kontakt zu Menschen haben den 58-Jährigen aber immer auch die Vielfältigkeit des Fachs und die spannenden Forschungsfragen motiviert. In den vergangenen Jahren hat er etwa ein international renommiertes Labor aufgebaut, in dem kardiovaskuläre Implantate wie Stents, Schirmchen oder Herzklappen im Langzeitverlauf untersucht werden. „Das geht natürlich parallel mit meinem klinischen Interesse an den verschiedenen Krankheitsbildern“, sagt Sigler, der jetzt vor allem wegen neuer Aufgaben nach Münster gekommen ist: „Ich habe die Herausforderung gesucht, eine Kinderkardiologie zu leiten und zu gestalten – und das nicht nur fachlich, sondern auch nach innen, mit dem gesamten Team, und nach außen, im Zusammenspiel mit Zuweisern und Betroffenen.“

Eine offene klinikübergreifende Kommunikation ist ihm in diesem Zusammenhang ebenso wichtig wie eine gute Verzahnung mit der Forschung und Lehre. Und während in Göttingen die Bereiche EMAH und Neonatologie noch klinikinterne Nebenschwerpunkte für ihn waren, freut Sigler sich in Münster darauf, „dass ich mich jetzt konzentriert auf den Kernbereich Kinderkardiologie, also die Behandlung von Kindern und Familien mit angeborenen Herzfehlern, fokussieren kann“. Auf eine Anbindung zur Neonatologie oder zum Bereich EMAH verzichten muss er deshalb aber keineswegs. Im Gegenteil sieht er in Münster perspektivisch eine enge Zusammenarbeit mit den neuen Kolleginnen und Kollegen, um den gesamten kinder-kardiologischen Komplex am UKM in seiner überregional gefragten Kompetenz weiter zu etablieren und am Standort „Teambuilding“ zum Wohle herzerkrankter Kinder zu betreiben.

ukm/lwi ■

Superfood Grünkohl mal etwas anders

In der winterlichen Küche hatte er schon immer einen festen Platz, doch erst seit einigen Jahren ist Grünkohl in die Kategorie „Superfood“ aufgestiegen. Er ist so gesund, dass er eigentlich jeden Tag auf den Tisch kommen könnte. Mit einer hohen Menge an Vitamin A, C, E, K und B-Vitaminen können schon 200 Gramm den doppelten Tagesbedarf decken. Bei gerade mal 37 kcal pro 100 Gramm regulieren sekundäre Pflanzenstoffe zu hohem Blutdruck, wirken entzündungshemmend und antibakteriell. Auch beim Eisengehalt, Kalzium, Ballaststoffen, Folsäure und Proteinen punktet das Kreuzblütengewächs. Sogar den Cholesterinspiegel kann Grünkohl senken und so vor Herz-Kreislauf-Krankheiten schützen.

Ihm stellen wir diesmal einen genauso gesunden Partner zur Seite: Statt mit Mettwürsten und Kassler bereiten wir den Grünkohl asiatisch mit Austernpilzen zu. Die stehen dem Wintergemüse in nichts nach und enthalten sogar natürliche Statine, die – wenn auch in höherer Konzentration – zu Senkung des Cholesterinspiegels verschrieben werden. Kombiniert mit Reis ergibt das eine leichte und gesunde Mahlzeit.

Für vier Portionen benötigen Sie:

400 Gramm Basmati- oder Jasminreis
400 Gramm Austernpilze
400 Gramm frischen Grünkohl
20 Gramm Ingwer
2 Knoblauchzehen
1-2 Chilischoten (je nachdem, wie scharf Sie es mögen)
10 Esslöffel Sesamöl
8 Esslöffel Sojasauce
1 TL Honig
Salz und Pfeffer



Foto: AdobeStock_266665130

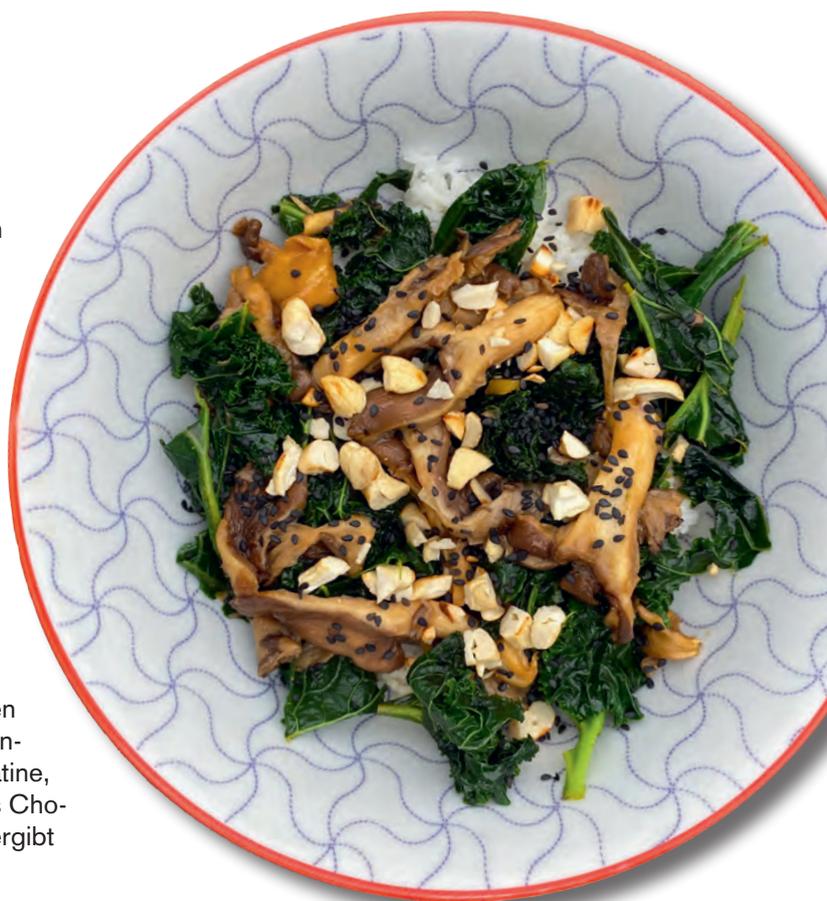


Foto: Baecker

Zubereitung:

Nachdem Sie den Reis in einem Sieb gewaschen haben, kochen Sie ihn nach Anweisung.

Den Grünkohl waschen, Stiele entfernen und in gesalzenem Wasser blanchieren. Nach rund drei Minuten in einem Sieb abtropfen lassen.

Austernpilze putzen und in grobe Stücke schneiden. Knoblauch und Ingwer schälen und klein schneiden. Chilischoten halbieren, entkernen und in kleine Stücke schneiden.

Austernpilze in etwas Öl in einer Pfanne oder einem Wok scharf anbraten. Mit der Hälfte der Sojasauce ablöschen und die Pilze in eine Schüssel füllen.

Anschließend in der gleichen Pfanne das restliche Öl erhitzen und die Gewürze darin anbraten, dann den Grünkohl dazugeben. Zwei bis drei Minuten scharf anbraten. Mit der Sojasauce, dem Honig und etwas Öl ablöschen. Bei kleiner Hitze die Austernpilze hinzufügen und unterheben.

Den Reis und das Gemüse in einer Bowl anrichten. Wer möchte kann das Gericht noch mit schwarzem Sesam und gehackten Erdnüssen oder Cashewkernen garnieren.

...mit freundlicher Unterstützung von:





Medizin für Menschen Neues aus dem UKM **Unser Newsletter**

Jetzt anmelden unter:
newsletter.ukmuenster.de

