

Von der Schönheit der Kardiologie

Internist Bernhard

Wernly ist „Forscher des

Jahres“ der Paracelsus

Medizinischen

Privatuniversität.

Ein Forschungs-

schwerpunkt ist die

Risikovoraussage bei

kritisch kranken Patienten.

ILSE SPADLINEK

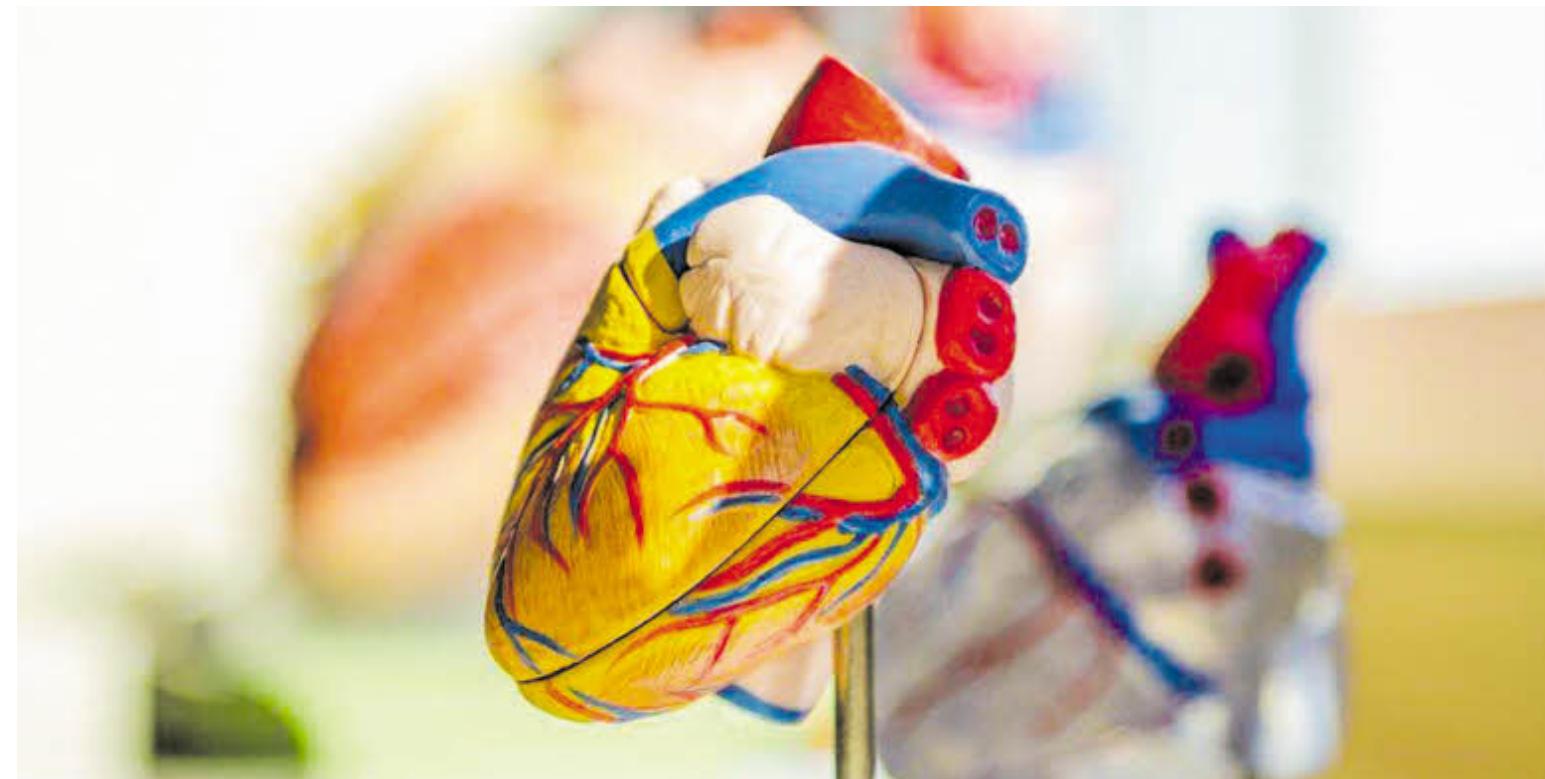


BILD: SIN/CLINICA PICASSO, MALLORCA

Als „forschender Arzt“ entspricht Bernhard Wernly – Jahrgang 1986, Facharzt für Innere Medizin, habilitiert, in Kürze das PhD-Studium abschließend, danach Ausbildung zum Kardiologen – dem Idealbild an einem Universitätsklinikum. Er ist nicht nur „Forscher des Jahres 2018“, er hat wie schon im Jahr davor auch den „Wissenschaftspris in Platin“ der Paracelsus Universität bekommen, als einer der bestpublizierter Kliniker. In diesem Jahr hat er überwiegend auf der internistischen Intensivstation der Universitätsklinik für Innere Medizin II in Salzburg gearbeitet, samt Nachtdiensten in der Notaufnahme. Primaria Uta Hoppe schätzt an ihrem Mitarbeiter besonders „seine Zuverlässigkeit und sein Engagement in der translationalen Forschung, weil deren Ergebnisse möglichst schnell und effizient den Patienten zugutekommen“.

UN: Wie geht das, Wissenschaft und Klinik so erfolgreich unter einen Hut zu bringen? Ehrgeiz? Fleiß? Leidenschaft?

Bernhard Wernly: Es ist sicher auch Ehrgeiz, das kann ich gar nicht leugnen. Eine gewisse Leidenschaft gehört auch dazu, für manche ist es schlicht unvorstellbar, dass man sich abends oder an den Wochenenden wieder mit genau den Themen beschäftigt, die einen die ganze Woche über umtreiben. Mir macht das viel Freude, deshalb mach ich's ja. Auch ein gutes Zeitmanagement gehört dazu. Die klinische Tätigkeit hat natürlich Priorität, man lernt so auch, effizient zu arbeiten. Wichtig ist auch ein gutes Arbeitsklima, wo wissenschaftliches Arbeiten gutgeheißen und gefördert wird, wie hier in Salzburg. Und zum Glück habe ich zu Hause ebenfalls eine verständnisvolle Partnerin, meine Frau akzeptiert das, sonst wäre es ja gar nicht möglich. Aber man muss auch mal den Laptop zuklappen, setzt sich noch mit einem Glas Wein zusammen und spricht über etwas ganz anderes.

UN: Nach Ihrem Forschungsjahr im Ausland werden Sie sich in Kardiologie spezialisieren, Sie haben auch von der „Schönheit der Kardiologie“ gesprochen. Wie ist das gemeint?

Die Lehre vom Herzen an sich ist für mich faszinierend. Durch die Interventionen hat man auch kurzfristige Erfolgsergebnisse in der Kardiologie, was ja sonst für den Internisten nicht immer so gegeben ist. Beim Medizinstudium in Wien hat mich die Physiologie bzw. die Pathophysiologie vor allem im Hinblick auf hormonelle Erkrankungen und Diabetes interessiert, dann habe ich im Uniklinikum Heidelberg an der Endokrino-

logie gearbeitet und gesehen, dass oftmals Diabetiker oder auch metabolisch erkrankte Patienten an Herzinfarkten sterben, so kam ich zur Kardiologie.

UN: Wenn man Ihre Forschungsthemen betrachtet, dann geht es immer darum, in besonders kritischen Situationen dem Tod das Leben „abzutrotzen“. Kann man das so formulieren?

(Nach einer kleinen Pause) Da haben Sie vielleicht nicht unrecht. Aber gerade in der Intensivmedizin ist ja auch ein großes Thema, wann ein Schlussstrich zu ziehen ist, daher würde ich das doch nicht so sagen. Es wird natürlich nie die Behandlung leichtfertig aufgegeben. Ich glaube, es geht darum, den Patienten möglichst viele Jahre mit möglichst guter Lebensqualität zu bieten. Vieles am körperlichen Verfall ist ja heute durch die Medizin kompensierbar, es gibt immer wieder überraschende Einzelfälle. Aber es gibt schon auch Patienten, wo es nicht nur legitim und richtig, sondern vor allem im Sinne des Patienten ist, sich bei Therapien auf Schmerz- und Angstreduktion zu konzentrieren.

UN: Damit sind wir bei einem Ihrer Forschungsschwerpunkten, der Risikoprädiktion bei kritisch kranken Patienten in der Intensivstation.

Im Rahmen meiner Forschung versuche ich herauszufinden, anhand welcher Parameter kritisch kranke Patienten frühzeitig erkannt werden können, auch um die Chancen zu erhöhen, das Akutereignis zu überleben. Zu diesen Parametern zählen Laborwerte, neurologische und funktionelle outcomes des Patienten, auch gewisse Umstände aus seinem Umfeld. Man kann damit auch Hoffnung geben – ein Beispiel: Der Patient landet nach Herzinfarkt und Reanimation auf der Intensivstation, es gibt Zeichen für Organversagen, im Vorfeld war vielleicht seine Lebensführung suboptimal. Die Parameter ergeben dennoch, dass er überleben kann – weil das Management und die Rettungskette bis zu diesem Zeitpunkt gut gelaufen sind.

UN: Ich möchte auch auf ein wissenschaftliches Verfahren im Bereich Kardiologie bzw. kardiologische Intensivmedizin zu sprechen kommen, das Sie als besonders spannend hervorgehoben haben.

Es geht um Metaanalysen, mit deren Hilfe vorhandene Studienergebnisse zu medikamentösen und interventionellen Therapiekonzepten kritisch evaluiert werden. Man kombiniert dabei die Ergebnisse vorliegender Evidenz und kann so zu neuen Erkenntnissen gelangen. Das Verfahren

zwingt einen geradezu, up to date zu bleiben.

UN: Können Sie dafür ein konkretes Beispiel nennen?

Es gibt Systeme zur mechanischen Kreislaufunterstützung bei Patienten im kardiogenen Schock, die international immer häufiger Verwendung finden, weil man bei Patienten in der Akutsituation nur sehr wenig helfen kann, die Herzleistung zu verbessern. Diese Herzleistung wird hier künstlich durch eine Pumpe erzeugt, die über die Aorta direkt ins Herz implantiert wird und dort Blut ansaugt beziehungsweise weiter oben „ausspuckt“.

UN: Das klingt aber sehr gefährlich!

Richtig! Daraufhin haben wir uns ange schaut, ob das System wirklich hilft oder doch mehr Komplikationen bringt. Tatsächlich bringt es mehr Komplikationen, es ist also Zurückhaltung angebracht. Das haben wir auch in einem angesehenen Journal publiziert. Es gibt sicher Patienten, die davon profitieren können, aber die gilt es, damit sind wir wieder bei unserem ersten Thema, mit hoher Präzision auszusuchen und das Individuelle zu berücksichtigen.

UN: Sie haben bald das PhD-Studium abgeschlossen und gehen für ein Jahr an die berühmte Karolinska-Universität in Stockholm, wieso gerade dorthin?

Das hat sich durch eine Kooperation ergeben, Schweden ist berühmt für seine Meta- und Registeranalysen und an der Karolinska gibt es eine lange Tradition an translationaler Forschung, also Grundlagenwissenschaft, die konkret die bessere Patientenversorgung im Fokus hat. Bei meinen PhD-Projekten geht es um Kardioprotektion, also darum, den bei einem Herzinfarkt entstehenden Schaden mit gezielten immunmodulatorischen Eingriffen möglichst klein zu halten. Unser Ansatz ist die Aktivierung der Abwehrzellen durch pharmakologische Wirkstoffe, hier wird vor allem mit Zellkultur und Tiermodellen gearbeitet.

UN: Gibt es auch schon Pläne für danach, für Ihre spätere Arbeit als Kardiologe?

Ich fühle mich in Salzburg an der Kardiologie sehr wohl und es ist mein Ziel, im Krankenhausystem zu bleiben. Nur dort sind Intensivmedizin, aber auch die interventionalen Kardiologie möglich. Ich habe nicht vor, mich auf der Habilitation und auf anerkennenden Preisen auszuruhen, es geht ja weiter. Vieles hat sich aus den vorhergehenden Projekten ergeben. Dieser schöne Einklang von Wissenschaft und Klinik lässt sich nur in einem großen Krankenhaus mit einem universitären Setting verwirklichen.



BILD: SNP/MU

Die Endlichkeit des Lebens ist vom Arzt und vom Patienten und seinen Angehörigen schwer zu akzeptieren.

Bernhard Wernly