

An der Fortbildung der Klinikallianz Plus
COMMUNICABLE DISEASES – IMPORTINFEKTIONEN
zum Umgang mit ansteckenden Erkrankungen in
einer vernetzten Welt

Mittwoch, 06. Juli 2016, 18:30 Uhr bis ca. 21:00 Uhr

- nehme ich teil
- nehme ich mit _____ weiteren Personen teil
- kann ich leider nicht teilnehmen

NAME

PRAXIS / KLINIK

ANSCHRIFT

E-MAIL

TELEFON

TELEFAX

Bitte melden Sie sich rasch an, denn die Fortbildung ist
auf 150 Teilnehmer beschränkt. Bitte senden Sie uns Ihre
Faxantwort bis zum 05. Juli 2016 an die Faxnummer

(069) 2380 792 250

Fortbildung der Klinikallianz Plus
COMMUNICABLE DISEASES – IMPORTINFEKTIONEN
zum Umgang mit ansteckenden Erkrankungen in
einer vernetzten Welt

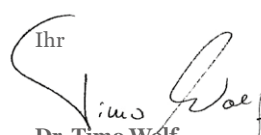
Mittwoch, 06. Juli 2016, 18:30 Uhr bis ca. 21:00 Uhr

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

herzlich möchte ich Sie zu unserer Weiterbildungsveranstaltung zum Thema „Communicable Diseases – Importinfektionen: zum Umgang mit ansteckenden Erkrankungen in einer vernetzten Welt“ in das Museum für Kommunikation am Museumsufer Frankfurt einladen. Ebola, Zika, Lassa, SARS – spektakuläre Fälle von Importinfektionen sind jüngst vermehrt in den Fokus öffentlicher Aufmerksamkeit gerückt. Viele neue Fragen, insbesondere zum Umgang mit hochpathogenen Erregern, wurden hierbei aufgeworfen. Mit der nächsten Fortbildung möchten wir einige dieser Fragen aufgreifen, ohne den Kontext des umfangreichen Themas aus den Augen zu verlieren.

Für Frankfurt und die Rhein-Main-Region ergibt sich durch geographische Lage und Verkehrsinfrastruktur eine besondere Rolle in der Versorgung von Importinfektionen. Vor diesem Hintergrund setzt sich der erste Fachbeitrag mit der Bedeutung des Flughafens für das Auftreten von Importinfektionen auseinander. Erfahrungen und Kompetenzen, die das öffentliche Gesundheitswesen der Stadt Frankfurt im Umgang mit Importinfektionen besitzt, werden beleuchtet. Eng damit verbunden ist die Arbeit der Isolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt, wo in der Vergangenheit Patienten mit hochpathogenen Erregern, etwa Ebola, Lassa oder SARS, betreut wurden. Die praktische Behandlung dort ist Gegenstand des zweiten Beitrags. Das in der Infektiologie drängende Thema der Multiresistenz, besonders im Bereich der bakteriellen Infektionen, verdeutlicht ebenfalls die Bedeutung importierter Erreger. Im Hinblick auf die Maßnahmen unserer medizinischen Versorgungseinrichtungen ist es Thema des dritten Vortrags. Abschließend möchten wir die zunehmende Inzidenz von Tuberkulose mit Ihnen besprechen, ein Problem, das uns in den nächsten Jahren verstärkt beschäftigen wird. In unserer Region sind wir also intensiv mit den Entwicklungen in der Infektiologie konfrontiert.

Wir freuen uns sehr darauf, mit Ihnen diese spannenden Themen zu diskutieren.

Ihr


Dr. Timo Wolf

Oberarzt der Infektiologie, Universitätsklinikum Frankfurt



PROGRAMM

VERANSTALTUNGSORT

MUSEUM FÜR KOMMUNIKATION FRANKFURT

Schaumainkai 53 (Museumsufer), 60596 Frankfurt am Main

18:30 UHR

GRUSSWORT DER HAUSHERRIN

REGINE MELDT

Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit des Museums
für Kommunikation Frankfurt

18:40 UHR

BEGRÜSSUNG DURCH DEN GASTGEBER

DR. TIMO WOLF

Universitätsklinikum Frankfurt

18:45 UHR

„DER FLUGHAFEN ALS EINTRITTSPOFTE FÜR HOCPATHOGENE KRANKHEITSERREGER“

PROF. RENÉ GOTTSCHALK

Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt

19:05 UHR

„WAS PASSIERT IM FALL DER FÄLLE? ISOLIERBEHANDLUNG HOCPATHOGENER KRANKHEITSERREGER“

DR. TIMO WOLF

19:25 UHR

„HEUTE IN NEU-DELHI, MORGEN IN IHREM BEHANDLUNGSRAUM: HOCHRESISTENTE BAKTERIEN ALS ERREGER VON IMPORTINFEKTIONEN“

PROF. KLAUS-PETER HUNFELD

Krankenhaus Nordwest

19:45 UHR

„SÄUREFESTE STÄBCHEN IN ALLER MUNDE: WARUM TUBERKULOSE FÜR UNS EIN THEMA IST“

DR. MARTIN KOESTER

Bürgerhospital Frankfurt

20:05 UHR

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT

DR. TIMO WOLF

20:10 UHR

GELEGENHEIT ZUM AUSTAUSCH

VERANSTALTUNGSORT UND ANMELDUNG

VERANSTALTUNGSORT

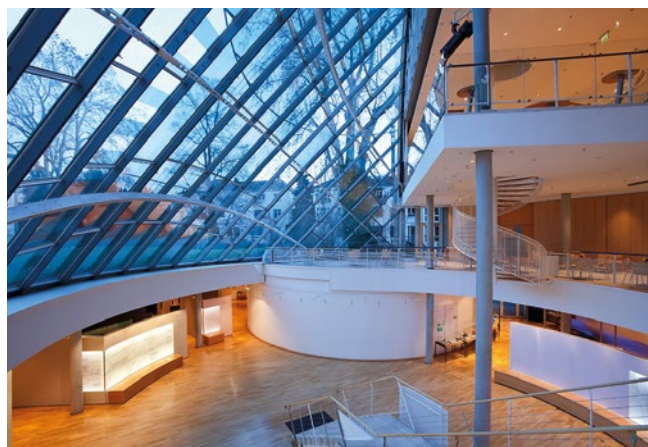
MUSEUM FÜR KOMMUNIKATION FRANKFURT

Schaumainkai 53 (Museumsufer), 60596 Frankfurt am Main

ÖPNV

- U-Bahnen U1, U2, U3, U8 „Schweizer Platz“
- U4, U5 „Willy-Brandt-Platz“
- Straßenbahn 16 „Otto-Hahn-Platz“
- Bus 46 „Untermainbrücke“

Wir empfehlen Ihnen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, da das Parkplatzangebot in der Umgebung sehr eingeschränkt ist. Zehn Gehminuten entfernt, befinden sich das Parkhaus Alt-Sachsenhausen (Walter-Kolb-Straße 16), das Parkhaus Am Theater (Willy-Brandt-Platz 5) sowie das Parkhaus Intercontinental (Wilhelm-Leuschner-Straße 32).



Der Lichthof des Museums für Kommunikation Frankfurt ist Ort der Veranstaltung.

ANMELDUNG

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen

Fon: (069) 2380 792 231, Fax: (069) 2380 792 250

www.klinikallianz-plus.de, info@klinikallianz-plus.de

GEFÖRDERT DURCH



(1.600 Euro)

PLUSPULS



EDITORIAL

VERNETZTE WELT – ODER „MIT GUTEM BEISPIEL VORAN!“

Der Titel des Schwerpunktthemas unserer aktuellen Ausgabe birgt eine interessante Implikation, die hier wie selbstverständlich vollzogen wird. Der Begriff „vernetzte Welt“ setzt stillschweigend „Migration“ voraus, welche ihrerseits infektiologische Herausforderungen für unser konkretes medizinisches Umfeld mit sich bringt.

Wir wollen kurz über diese Implikation nachdenken. Bedeutet sie nicht, dass die globalisierte Welt sich den Infektiologen und letztlich allen Medizinern als untrennbar verknüpft mit Migration zeigt? Ja, uns ist bewusst, obwohl die Begriffe „Vernetzung“ und „Migration“ zunächst nichts miteinander zu tun haben, wissen wir: In anderen Ländern liegen andere infektiologische Entitäten vor. Doch daneben herrschen auch andere Sitten, es gibt andere Kulturen, andere Religionen und andere Formen des Zusammenlebens und des Wohlstands, vielfach – wir lesen es täglich – Krieg, Bürgerkrieg, Armut, Hunger. Und die Vernetzung oder die Globalisierung bringen sie auch auf unsere westliche, deutsche, hessische und eben Frankfurter Tagesordnung, weil sich die Zahl der Menschen, die „unterwegs“ sind, stets vergrößert. Wo früher unter Importinfektionen noch die überschaubare Zahl an Infektionen nach der Rückreise aus fernen Ländern gemeint war, ist die Medizin heute – bedingt durch die moderne Verkehrsinfrastruktur und den internationalen Flugverkehr – permanent mit „globalisierten“ Keimen konfrontiert. Dies gilt für Frankfurt, Shanghai oder Lagos gleichermaßen.

Doch sehen wir uns jenseits etablierter Reiserouten und hochtechnisierter Bewegungsformen auch mit einer neuen quantitativen Dimension von Keimen konfrontiert, die aus einer weit entfernten „Heimat“ zu uns gelangen, weil sie von den Menschen mitgetragen werden, die diese Heimat auf der Suche nach einem besseren Leben verlassen oder – allzu oft – ihr bedrohtes Leben schlicht zu retten versuchen, koste es, was es wolle. Jenseits der Medizin gilt ja: Die Däm-

me, die wir in Europa aufgebaut haben, um die Ströme hinein in unsere Region zu beherrschen, scheinen derzeit wieder einmal zu brechen. Je nachdem, wohin man schaut, erkennt man als Reaktion darauf neue, immer höhere Zäune, neu eingeführte Kontrollen, neue Parteien, neue politische Mehrheiten. Andere appellieren an Besonnenheit, Gemeinschaftlichkeit, Toleranz, Nachdenklichkeit. Jedoch sind Schärfe und Lautstärke der Streitlinien variabel und mitunter unerträglich bis beschämend. Nicht wenige fragen sich, ob es sein kann, dass wir nach Jahren des extremen Profitierens von der Globalisierung derzeit nicht die weniger angenehmen Kehrseiten zu spüren bekommen. Und ob der Luxus unserer funktionierenden Demokratien mit Wohlstand und Sicherheit wirklich komplett unbeteiligt daran ist, dass in anderen Regionen Armut und Instabilität vorherrschen. Manch einer überlegt gar, ob dies auch daran liegen könnte, dass wir die Ressourcen aktiv und schon zu lange zu unseren Gunsten abgeschöpft haben. Und nur wenige lassen eine Bereitschaft zur tieferen Reflexion erkennen, halten aus, dass sich Fragen schneller als ihre Antworten auftun, dass Aktionismus und Hast noch nie gute Ratgeber waren.

Was das mit uns zu tun hat? Wir könnten als Mediziner mit gutem Beispiel vorgehen. Wir könnten überlegtes Handeln, das wir andernorts vermissen, demonstrieren, wenn wir es schaffen, in unseren Bezügen sachlich und reflektiert zu differenzieren. Wenn wir zum Beispiel die infektiologischen Herausforderungen, die durch die „vernetzte Welt“ entstehen, erkennen, aber unaufgeregt bleiben, nachdenken und nach Lösungen ohne Schnellschuss suchen. Hygienefachkräfte als Unterstützer für den klinischen Alltag behandeln und nicht als bedrohliche Spitzel, überlegtes Screening von Risikopatienten erleben und nicht Vorverurteilung von Ausländern auf unseren Stationen, Antibiotic Stewardship als Plattformen der Wissensvermittlung etablieren, nicht als bürokratische Monster, Behandlung von Individuen gewährleisten anstatt



Dr. Gerd Neidhart
Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Hospital zum Heiligen Geist

Massenpauschalisierung. Die Liste der Möglichkeiten ist lang. Wir haben etliches in der Hand. Sachlich und reflektiert. Unsere nächste Fortbildung trägt dazu bei. Denn schon Aristoteles wusste: Jedes Handeln ist politisch.

Ihr

Dr. Gerd Neidhart
Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Hospital zum Heiligen Geist

SCHWERPUNKT

„WIR REISEN UM DIE WELT – INFektionSERREGER AUCH“: ZUM UMGANG MIT IMPORTINFEKTIONEN

Spätestens seit den SARS- und Ebolaepidemien wurde uns die Bedeutung von Infektionserregern als Auslöser von „gesundheitlichen Notlagen internationaler Tragweite“ bewusst. Doch bereits als Rudolf Virchow am 20. September 1867 auf der allgemeinen Sitzung der Deutschen Naturforschenden Gesellschaft in Frankfurt sagte: „kein einziges Jahr vergeht, ... ohne dass wir der Welt sagen können: Hier ist eine neue Krankheit“, bezog er sich vor allem auf Infektionserkrankungen.

Diese zählen auch heute, nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit annähernd 15 Millionen Todesfällen pro Jahr zu den zweithäufigsten, todesursächlichen Erkrankungen. Die überwiegende Mehrzahl dieser Erkrankungen findet sich in den strukturschwachen Regionen unserer Welt. Die Ursachen hierfür scheinen auf der Hand zu liegen. Hygienische Bedingungen, Qualität der Impfprophylaxe sowie des öffentlichen Gesundheitswesens und die demographische Entwicklung lassen Infektionserkrankungen bei uns als weniger bedeutsam erscheinen. Aber ist dies wirklich so?

Unsere Welt wird nicht nur digital, sondern auch physisch immer mehr vernetzt. Benötigte man für eine Reise von Europa nach Australien 1930 noch mindestens zwei Wochen, so ist diese Entfernung seit den 1970er Jahren in weniger als einem Tag zu überwinden – gleichzeitig nehmen Reisebewegungen stetig zu. Nach Berechnungen des Max-Planck-Institutes in Göttingen ist Frankfurt neben New York und London die im Flugverkehr am drittstärksten vernetzte Stadt der Welt. Insbesondere für aerogen übertragene Erkrankungen ist dies von großer Bedeutung, wie sich 2003 zeigte, als ein SARS-Patient, der sich auf dem Flug von New York nach Singapur mit Zwischenaufenthalt in Frankfurt befand, auf der Isolierstation des Universitätsklinikums behandelt wurde.

Damals zeigte sich bereits, dass durch das gut funktionierende Zusammenspiel der Kompetenz- und Behandlungszentren in Frankfurt für hochpathogene Erreger eine weitere Ausbreitung des SARS-Erregers in der hiesigen Region verhindert werden konnte.

Eine viel größere, weltweite Herausforderung stellen aber die Zoonosen, und hier insbesondere

die vektorübertragenen Erkrankungen, dar. Die Zunahme der Dengue-, Chikungunya- sowie auch zuletzt der Zikaviruserkrankungen betrifft uns vor allem in der Betreuung von erkrankten Reiserückkehrern. Diese kommen heutzutage aus den entferntesten Gebieten dieser Welt. Eine gute Versorgung dieser Patienten setzt eine profunde Kenntnis einer Vielzahl an Erkrankungen voraus. Darüber hinaus gibt es mit dem Krim-Kongo-Fieber eine hochpathogene hämorrhagische Fiebererkrankung, deren Ausbreitungsgebiet bis nach Europa hineinreicht, und die bereits in den Balkanländern und in der Türkei ein großes Problem darstellt. Aber auch die primären und sekundären Lassafälle in Deutschland haben zuletzt gezeigt, dass wir stets auf Importinfektionen vorbereitet sein müssen.

Andere Infektionserkrankungen werden bei uns oft fälschlicherweise als nahezu ausgerottet betrachtet. Insbesondere bei der Tuberkulose, deren Inzidenz lange rückläufig war, ist der Trend seit kurzem wieder zunehmend, was im Übrigen für Frankfurt schon seit längerem gezeigt werden konnte – lange vor der sogenannten Flüchtlingskrise. In der Tat sind Migrationsbewegungen aber geeignet, Infektionserkrankungen in einer für sie neuen Region auftreten zu lassen, wie zum Beispiel das „Wechselfieber“ (*Borrelia recurrentis*) oder die zunehmende Zahl von Malaria tertiana und quartana in Deutschland.

Die niedrige Durchimpfung bei Geflüchteten wurde in der Vergangenheit häufig als Risiko angeführt. Für einige Erkrankungen lässt sich aber gerade in Deutschland eine deutliche Zunahme der Erkrankungsfälle durch einen Rückgang der hiesigen Impfquote verzeichnen. So treten im Frankfurter Raum vermehrt Masernerkrankungen auf. Auch Meningokokkenfälle sorgen immer wieder für Schlagzeilen. Diese Erkrankungen sind häufiger bei Reiserückkehrern zu verzeichnen, da vergessen wird, dass diese in anderen Regionen der Welt noch häufig sind und beispielsweise bei der Reise nach Südostasien an entsprechende Impfungen gedacht werden sollte.

Wir sollten auch nicht vergessen, dass die mikrobielle Anpassung auch einen erheblichen Risikofaktor für das Neuaufreten von Infektionserkrankungen, sogenannten Emerging Infections, bedeutet. Eines der dringendsten Probleme der Infektiologie ist sicherlich die Entwicklung von hochresistenten Bakterien. Diese ist ein

Problem, das nicht ausschließlich das nosokomiale Umfeld betrifft, sondern eben auch eine häufige Importinfektion. Natürlich betrifft dies zuallererst Patienten, die in Risikoländern Kontakt zum Gesundheitssystem hatten, aber letztlich sind hochresistente Erreger, insbesondere ESBL-Keime, auch häufige Reisemitbringsel geworden. Für uns stellt dies vor allem eine Herausforderung an die hygienischen Maßnahmen in unseren Behandlungseinrichtungen dar.

Meiner Meinung nach hat Virchow bis heute Recht behalten: Es vergeht kein Jahr, in dem wir nicht von Neuem von Infektionserkrankungen herausgefordert werden. In diesem Sinne hoffe ich, Ihr Interesse auf Neues aus der Infektiologie wecken zu können.



Dr. Timo Wolf

Weitere Informationen:

Dr. Timo Wolf

Fon (069) 6301-6614

timo.wolf@kgu.de

SCHWERPUNKT

LASSAPATIENT WURDE AUS DEM UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT ENTLASSEN



Der anspruchsvolle Einsatz in der Isolierstation muss regelmäßig trainiert werden, damit die Mitarbeiter bei einem Ernstfall gut vorbereitet sind. Peter Fleckenstein (rechts), Gruppenleiter Pflege der Sonderisolierstation und der HIV-, Infektions- und Tropenambulanzen des Universitätsklinikums, nimmt hier gemeinsam mit Sebastian Kischlat an einer Simulationsübung teil.

Der Lassapatient wurde seit dem 15. März auf der Isolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt behandelt. Er hatte sich beim dienstlichen Umgang mit einem an Lassa Verstorbenen angesteckt, zwischenzeitlich war er ernsthaft erkrankt. Am 19. April konnte er nach fünf Wochen geheilt aus dem Klinikum entlassen werden. Die Entscheidung zur Beendigung der bis dahin erforderlichen Isolationsmaßnahmen wurde nach sicheren, wiederholt negativen Virusnachweisen in Einvernehmen mit der Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums und dem Stadtgesundheitsamt Frankfurt getroffen.

Anspruchsvolle Betreuung

„Wir sind glücklich, dass wir dem Patienten zu seiner vollständigen Genesung verhelfen konnten. Dies war nur durch den großen Einsatz des medizinischen Fachpersonals möglich. Für dieses besondere Engagement möchte ich mich erneut herzlich bedanken“, betont Prof. Jürgen Schölmerich, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Frankfurt.

Speziell geschulte Mitarbeiter haben sich ausschließlich um den Patienten und seine Familie gekümmert. Die Familie befand sich temporär ebenfalls zur Betreuung auf der Infektionsstation des Universitätsklinikums, allerdings nicht im Sonderisolierbereich.

Eine Lassainfektion konnte bei den Familienangehörigen nicht nachgewiesen werden. Das Klinikum bot für den Patienten einen idealen Behandlungsort und war auf den Fall gut vorbereitet. In der Vergangenheit konnte es seine Expertise bereits bei der Behandlung von SARS-, Lassa- und Ebolapatienten unter Beweis stellen.

Weitere Informationen:

Dr. Timo Wolf

Fon (069) 6301-6614

timo.wolf@kgu.de

SCHWERPUNKT

INTENSIVMEDIZIN KANN VIELE EBOLAPATIENTEN RETTEN

Während der Ebolakrise der Jahre 2014 und 2015 wurden einige Patienten aus den betroffenen Regionen in Westafrika zur Behandlung nach Europa und in die USA geflogen. Darüber hinaus gab es eine kleine Zahl von Personen, bei denen in Europa und den USA Ebola diagnostiziert wurde. Einige spezialisierte Zentren übernahmen die Betreuung dieser Patienten. Wenn nötig wendeten die Kliniken – auch unter den Bedingungen strenger Isolierung – weitreichende Therapieverfahren an, wie zum Beispiel künstliche Beatmung oder Dialyse. Auch das Universitätsklinikum Frankfurt behandelte auf seiner Isolierstation erfolgreich einen infizierten Arzt, der zuvor in Sierra Leone im Einsatz war.

Eine internationale Studie unter Beteiligung der Frankfurter Mediziner hat nun die Daten der in Europa und den USA behandelten Patienten ausgewertet. Die Ergebnisse wurden jüngst vom New England Journal of Medicine publiziert. Die Arbeit analysiert die klinischen Versorgungsstandards der intensivmedizinischen Be-

treuung und ihre Wirkung auf die Patienten. Die Auswertung zeigt: Ebolapatienten haben mit einer intensivmedizinischen Behandlung eine sehr viel höhere Überlebenschance.

Symptome erfolgreich in Schach halten

In der Auswertung von insgesamt 27 Patienten wurden die klinischen Befunde im Verlauf der Erkrankung detailliert dokumentiert. Neben der hohen Rate an schweren Durchfallerkrankungen und Elektrolytstörungen war auch der große Anteil an schwerwiegenden Organstörungen auffällig. 52 Prozent der Patienten litten unter einer Mangelversorgung des Gewebes mit Sauerstoff aufgrund einer Beeinträchtigung der Lunge und 33 Prozent unter einer Minderfunktion der Nieren.

Das war auch die Ursache für die hohe Zahl an intensivmedizinischen Verfahren, die angewendet werden mussten. 33 Prozent der Patienten benötigten eine Beatmungstherapie, 19 Prozent ein Nierenersatzverfahren und 81 Prozent eine kal-

kulierte Antibiotikatherapie. 85 Prozent erhielten auch noch nicht zugelassene Medikamente.

Die Auswertung zeigt, dass durch Anwendung weitreichender medizinischer Maßnahmen unter Isolationsbedingungen eine Überlebensrate von 81,5 Prozent erreicht werden konnte. Zum Vergleich: Nach Angaben der WHO haben beim Ebolaausbruch in den Jahren 2014 und 2015 insgesamt nur rund 60 Prozent die Krankheit überlebt. Dr. Timo Wolf, Oberarzt der Isolierstation am Universitätsklinikum Frankfurt zieht daraus folgendes Fazit: „Mit intensivmedizinischen Verfahren kann die Zahl der Sterbefälle deutlich gesenkt werden. Es sollten also alle Anstrengungen unternommen werden, um die klinischen Therapiestandards in betroffenen, strukturschwächeren Regionen zu verbessern.“

Weitere Informationen:

Dr. Timo Wolf

Fon (069) 6301-6614

timo.wolf@kgu.de

EINRICHTUNGEN

NEUE FÜHRUNG IN DER KLINIK FÜR UROLOGIE



Auf einer Pressekonferenz wurde die neue Führung der Klinik für Urologie vorgestellt: (v.l.n.r.) Iris Müller, Pflegedienstleitung, Prof. Jürgen Schölerich, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums, Prof. Ralf Bickeböller, Facharzt für Urologie, Spezielle Urologische Chirurgie, Medikamentöse Tumortherapie und Palliativmedizin, Prof. Roman Blaheta, Leiter des Urologischen Forschungslabors, PD Wael Khoder, leitender Oberarzt der Klinik für Urologie, Prof. Wolf Otto Bechstein, kommissarischer Direktor der Klinik für Urologie sowie Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, PD Frederik Roos, stellvertretender Direktor der Klinik für Urologie.

Neben Prof. Bechstein als kommissarischem Direktor sind an der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Frankfurt ab 1. April weitere sehr erfahrene medizinische Experten im Einsatz.

PD Frederik Roos ist ab April stellvertretender Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Frankfurt. PD Wael Khoder wird zum selben Zeitpunkt deren geschäftsführender Oberarzt. Als urologischer Operateur, der fast 30 Jahre mit dem Universitätsklinikum Frankfurt verbunden ist, hat Prof. Ralf Bickeböller schon zum 1. März den festen Dienst in der Klinik für Urologie aufgenommen und dauerhaft die urologisch-fachärztliche Kontinuität im Hause sichergestellt.

Er ist seit über zehn Jahren außerplanmäßiger Professor sowie Honorararzt an der urologischen Klinik und lange in der operativen Ausbildung der jungen Kollegen engagiert. Deshalb wird er unter anderem die Weiterbildung der Fach- und Assistenzärzte mitverantworten.

Prof. Bechstein, der kommissarische Direktor der Urologie betont: „Wir freuen uns sehr, dass es uns in enger Zusammenarbeit mit Prof. Bickeböller gelungen ist, Herrn PD Roos als stellvertretenden Klinikdirektor und Herrn PD Khoder als geschäftsführenden Oberarzt zu gewinnen. Alle drei sind hervorragende Persönlichkeiten und ausgezeichnete Operateure für die Klinik für Urologie.“

Uroonkologische Expertise in Klinik, Forschung und Lehre

PD Roos war bislang Oberarzt der urologischen Klinik der Universitätsmedizin Mainz und dort Leiter des interdisziplinären urologischen Tumorboards. So sind auch sein klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt die Uroonkologie, insbesondere die Therapie des Nierenzellkarzinoms. Hierzu betreibt er auch Grundlagenforschung und hält Lehrveranstaltungen. Er besitzt die Weiterbildungsermächtigung für medikamentöse Tumortherapie.

PD Roos war in zahlreichen Studien als sogenannter Principal Investigator oder Sponsor Investigator tätig und ist daher sehr erfahren im Umgang mit neuen uroonkologischen Therapiekonzepten. Mit 97 akademischen Publikationen und über 1.800 Operationen und Eingriffen ist er ein hoch produktiver Forscher und äußerst erfahrener urologischer Operateur gleichermaßen. Er hat große Erfahrung nicht nur in der konventionellen Schlüssellochchirurgie, sondern auch in der Robotik wie zum Beispiel mit dem in Frankfurt etablierten Da-Vinci-System.

Roboter, Laser, Photodynamik: innovative und schonende Technologien

PD Wael Khoder kommt von der urologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München Großhadern, wo er zuletzt Oberarzt, Leiter des Bereichs für minimalinvasive Chirurgie und mitverantwortlich für die onkologische Chirurgie

war. Seine Habilitation verfasste er zu innovativen Operationsverfahren beim Prostata- und Nierenzellkarzinom. So ist er Experte für konventionelle offene und rekonstruktive Urologie, roboterassistierte Chirurgie und laparoskopische Anwendungen sowie ebenfalls ein sehr erfahrener Da-Vinci-Operateur. Er besitzt die Weiterbildungsermächtigung für Andrologie, spezielle urologische Chirurgie und Röntgendiagnostik (Urologie), die europäische Facharztanerkennung (FEBU) und die amerikanische (FACS). Mit mehr als 6.000 Operationen deckt er das gesamte urologische Spektrum ab. Wissenschaftlich widmet er sich der laser- und photodynamischen Forschung sowie zukunftsweisenden endoskopischen Technologien. Er untersucht hier unter anderem Laseranwendungen, deren Interaktion mit dem Gewebe und die Steinertrümmerung mithilfe dieser Technik. PD Khoder konnte bereits neben der Publikation von mehreren Originalarbeiten neun persönlich initiierte klinische Studien realisieren und ist zudem in der urologischen Studentenausbildung engagiert.

Langjährige urologisch chirurgische Kompetenz am Universitätsklinikum

Prof. Ralf Bickeböller war bereits von 1986 bis 2001 am Frankfurter Universitätsklinikum, zuletzt als leitender Oberarzt. Seit 2008 operiert er wieder hier und beherrscht das gesamte endourologische und schnittoperative Repertoire der Urologie. Er blickt auf mehr als 4.000 Operationen zurück, hierunter alle großen tumorchirurgischen Eingriffe wie die radikale Prostatektomie, die radikale Zystektomie sowie die radikale oder organerhaltende Nierentumorchirurgie. Prof. Bickeböller hat überdies langjährige Erfahrungen in der ambulanten Urologie. Deshalb ist ihm die Pflege und Fortentwicklung der guten transsektoralen Versorgung ein Anliegen: Alle Patienten, die der Klinik für Urologie anvertraut sind, sollen gemeinsam und auf Augenhöhe mit den niedergelassenen Kollegen nach modernstem Stand der Medizin behandelt werden. „Ich freue mich sehr über Prof. Bickeböllers Bereitschaft, wieder fest in die Dienste des Universitätsklinikums Frankfurt zu treten.“ würdigt Prof. Bechstein das Engagement Prof. Bickeböllers für seine Alma Mater.

Weitere Informationen:

Bärbel Kischlat

Fon (069) 6301-6444

baerbel.kischlat@kgu.de

EINRICHTUNGEN

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST: 10 JAHRE INTERDISZIPLINÄRE MULTIMODALE SCHMERZKLINIK

Am Hospital zum Heiligen Geist wurde ein schmerztherapeutischer Schwerpunkt etabliert, der für Frankfurt einzigartig ist: Seit nunmehr zehn Jahren werden dort Patienten mit chronischen Schmerzen versorgt. Das Besondere: Ein psychosomatischer und ein anästhesiologischer Chefarzt leiten den Bereich gemeinsam und vom ersten Augenblick an gleichberechtigt. Dr. Wolfgang Merkle, Psychosomatik, und Dr. Gerd Neidhart, Anästhesiologie, bilden die inhaltliche und personelle Basis für ein erfahrenes 14-köpfiges interdisziplinäres Versorgungsteam.

Interdisziplinäres Schmerzzentrum – ambulante und stationäre Therapie

Im Schmerzzentrum am Hospital arbeiten die Schmerztherapieeinheit, die Klinik und Tagesklinik für Psychosomatik sowie eine von der Kassenärztlichen Vereinigung zertifizierte schmerztherapeutische Einrichtung interdisziplinär zusammen. Therapeuten bieten postoperative und konsiliarische akute Schmerztherapie sowie stationäre und ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus anästhesiologischem sowie psychotherapeutischem Blickwinkel an.

Postoperatives Setting bei akuten Schmerzen

Eine effiziente Schmerztherapie hilft jenseits der akuten Schmerzausschaltung dabei, der postoperativen Entwicklung von chronischen Schmerzsyndromen vorzubeugen. Im Hospital zum Heiligen Geist werden regelmäßig rückenmarksnah sowie periphere, sonografisch gesteuerte Blockaden durchgeführt. Überwiegend handelt es sich hierbei um Katheterverfahren, intravenöse Therapien sind kaum noch notwendig. Die anschließende patientenkontrollierte Schmerztherapie mittels Pumpen wird von einem 24-Stunden-Schmerzdienst überwacht und gesteuert.

Interdisziplinäres multimodales stationäres Setting bei chronischen Schmerzen

Unter anästhesiologischer Leitung wurde 2006 in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik und mit der Physiotherapieabteilung des Hospitals ein multimodales Schmerzprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen entwickelt, in dem jeweils acht Patienten als geschlossene Gruppe drei Wochen lang behandelt werden. Die Leidensgeschichte dieser Patienten ist meist durch eine jahre- bis jahrzehntelange

biopsychosoziale Verschlechterung geprägt. Ziel der multimodalen Schmerztherapie sind Verbesserung der Lebensqualität, Reduktion von Schmerz und schmerzbedingter Behinderung und soziale Reintegration.

Im Mittelpunkt der Behandlung stehen die Entdeckung und Entwicklung eigener Ressourcen und die Erarbeitung eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses. Dabei wird im psychosomatischen Zugang versucht, Zusammenhänge der Schmerzen mit Traumata (insbesondere Verlusten), Konflikten und Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung herauszuarbeiten. Psychische und körperliche Komorbiditäten der Schmerzerkrankung werden intensiv behandelt. Passive Verfahren werden restriktiv eingesetzt und dienen vor allem dazu, Vertrauen zu schaffen und aktive Verfahren der Psycho- und Physiotherapie zu ermöglichen.

Das Gruppenprogramm beinhaltet für alle Patienten Physiotherapie und ärztlich durchgeführte Psychotherapie einzeln und in der Gruppe, Entspannungsverfahren, aktive und rezeptive Kunsttherapie, Biofeedback, verständnisvolle Bezugspflege, Akupunktur, medikamentöse Einstellung und sonstige anästhesiologische schmerztherapeutische Verfahren.

Hinzu kommen Konsile anderer Fachgebieten, Einbindung der Sozialarbeit und Diätberatung, Teambesprechungen sowie interdisziplinäre Schmerzkonferenzen dienen der engmaschigen Abstimmung der Teamarbeit. Seit Jahren ist auch die oberärztliche Teambetreuung durch Oberärztin Dr. Friederike Kretschmer, der anästhesiologischen Schmerztherapeutin, und Claas Drefahl, Oberarzt der psychosomatischen Klinik, der auch die Vernetzung mit dem psychosomatischen Konsiliardienst gewährleistet, in konstanter Besetzung verankert. Auch auf eine Abstimmung mit den einweisenden Ärzten wird großer Wert gelegt.

Ambulantes Setting bei chronischen Schmerzen

Im April 2010 wurde im Hospital zum Heiligen Geist im Rahmen des Fachärzteezentrums ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Anästhesiologie, Schmerz- und Psychotherapie gegründet. Dieses MVZ versteht sich als Partner der bereits bestehenden ambulanten Schmerzzentren

in Frankfurt. Es wird eine Erweiterung des schmerztherapeutischen Angebotes im Hinblick auf ambulante interdisziplinäre multimodale Behandlungsmöglichkeiten sowie eine Verbesserung der sektorenübergreifenden ambulanten-stationären Vernetzung angestrebt.

Zu Beginn der Behandlung wird den Patienten die Teilnahme an einer ambulanten psychoedukativen Gruppe angeboten. Anästhesiologische Schmerztherapeutinnen und Fachärztinnen für Psychosomatik und Psychotherapie behandeln ausgewählte ambulante Patienten gemeinsam. Regelmäßige Teambesprechungen und interdisziplinäre Schmerzkonferenzen dienen der Abstimmung der Therapien. Eine gute ambulante-stationäre Vernetzung wird dadurch ermöglicht, dass ein Chefarzt und eine Oberärztin beide Bereiche leiten; auch die algesiologische Fachassistenz ist sowohl stationär wie auch ambulant tätig. Zwischen den ambulanten und den stationär tätigen Fachärzten besteht eine enge Kooperation.

Seit 2013 besteht im Hospital und im MVZ die gemeinsame Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ der Landesärztekammer Hessen sowohl für Dr. Neidhart als auch für Dr. Kretschmer, die außerdem zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen berechtigt.

Bisher wurden in der schmerztherapeutischen Ausbildung sowohl Fachärzte/innen für Anästhesiologie als auch für Neurologie und Psychosomatik zum Erwerb der Zusatzbezeichnung geführt. Das Jubiläum wird mit einer feierlichen schmerztherapeutischen Veranstaltung am 23. Juni 2016 im Haus am Dom begangen: Interessierte sind herzlich willkommen!

Weitere Informationen:

Dr. Gerd Neidhart
Fon (069) 2196-2169 sowie -2040
redzic.nevresa@hohg.de sowie
info.mvz@hohg.de

EINRICHTUNGEN

AOK-QUALITÄTSSIEGEL: KRANKENHAUS NORDWEST UND HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST MIT SEHR GUTEN ERGEBNISSEN

Nach der Auswertung von Qualitätsdaten hat die AOK die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest für Gallenoperationen und die kardiologische Abteilung des Hospitals zum Heiligen Geist für die Behandlung von koronaren Herzerkrankungen mit Herzkathetern für überdurchschnittliche Behandlungsqualität ausgezeichnet. Beide Abteilungen erreichten die höchste Bewertung des AOK-Qualitätssiegels. Für ihre Bewertung hat die AOK 153 am Krankenhaus Nordwest durchgeführte Gallenblasenentfernungen analysiert. „Dieses sehr gute Ergebnis bestätigt, dass wir medizinische Leistungen auf höchstem Niveau anbieten und es spornt uns an, auf diesem Niveau zu bleiben“, kommentiert Roland Koch-Wöhlte, Leiter des Qualitätsmanagements am Krankenhaus Nordwest, die Analyse der AOK. Die Entfernung der Gallenblase ist einer

der häufigsten Eingriffe in der Viszeralchirurgie. Auch am Hospital zum Heiligen Geist freuen sich Chefarzt Prof. Rainer Duchmann und Dr. Alex Gehring, Leitender Arzt Kardiologie der Medizinischen Klinik, über den Erfolg: „Wir sind stolz, dass unsere Behandlungsqualität durch die Analyse der AOK bestätigt wird und wir unserem Anspruch gerecht werden, medizinische Leistungen auf höchstem Niveau anzubieten.“ Mit der erreichten Topbewertung gehört die kardiologische Abteilung des Hospitals zu den besten 20 Prozent in Hessen, konkret belegt sie im Landesvergleich Rang fünf von 38 Häusern. Von der AOK wurden für die Bewertung insgesamt 142 Eingriffe am Hospital betrachtet.

Grundlage des AOK-Qualitätssiegels ist die Auswertung von QSR-Daten (Qualitätssicherung mit Routinedaten). Im QSR-Verfahren werden

Informationen zu Behandlungsergebnissen aus Abrechnungs- bzw. Routinedaten anonymisiert ausgewertet, um die Qualität von Krankenhausbehandlungen zu messen. Aus diesen Daten lässt sich beispielsweise ablesen, ob eine Behandlung oder ein Eingriff komplikationslos verlaufen ist.

Die aktuellen Ergebnisse der Analyse sind im AOK-Krankenhausnavigator (www.aok.de/krankenhausnavigator) online abrufbar. Interessierte finden dort Informationen darüber, bei welchen Eingriffen eine Klinik überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Behandlungsqualität aufweist.

Weitere Informationen:

Brigitte Ziegelmayr

Fon: (069) 7601-3204 / -3206

ziegelmayr.brigitte@sthhg.de

KINDER RICHTIG OPERIEREN

Kinder müssen anders operiert werden als Erwachsene. Ihre Erkrankungen unterscheiden sich, sie reagieren anders auf Behandlungen und sie verfügen über anatomische Besonderheiten. Aufgrund dieser Voraussetzungen bedürfen sie eines gesonderten operativen Vorgehens, für das eine spezifische Ausbildung dringend erforderlich ist. Doch in Deutschland wird heute ein sehr hoher Anteil nicht adäquat behandelt: Laut statistischem Bundesamt werden rund ein Viertel der Säuglinge, ein Drittel der Kleinkinder (ein bis fünf Jahre), mehr als die Hälfte der Schulkinder (fünf bis zehn Jahre) und mehr als zwei Drittel der Jugendlichen (zehn bis 15 Jahre) von nicht

speziell für diese Altersgruppen ausgebildeten Chirurgen, also nicht von Kinderchirurgen operiert. Dem will das Universitätsklinikum entgegenwirken: Die Klinik für Kinderchirurgie unter der Leitung von Prof. Udo Rolle erhielt im letzten Jahr das europäische UEMS-Zertifikat (European Union of Medical Specialists) und ist damit das einzige Weiterbildungszentrum in Deutschland, das aktuell mit diesem zentralen Qualitätssiegel ausgezeichnet wurde. Gemeinsam mit dem regional einzigartigen Behandlungsangebot hat die Klinik eine zentrale Funktion für die operative Versorgung in Hessen, der Rhein-Main-Region und darüber hinaus.

Strikte Prüfung eines hochanspruchsvollen Weiterbildungssystems

Für das Zertifikat der UEMS, das europaweit zur Ausbildung von Kinderchirurgen befähigt, müssen sehr strenge Kriterien erfüllt werden. Dazu gehören vorgegebene Mindestanzahlen an Indexoperationen und Assistenzärzten, eine erforderliche Ausstattung der Fachlabore und der wissenschaftlichen Bibliothek, regelmäßige Board-Sitzungen mit anderen Disziplinen sowie ein fester Weiterbildungspfad für Assistenzärzte, der in einem Logbuch festgehalten werden muss. Um die Erfüllung dieser Voraussetzungen zu bestätigen, haben ein polnischer und ein schottischer Kinderchirurg drei Tage lang die Prüfung

im Universitätsklinikum abgenommen. Auch ergänzend zum Status als UEMS-Zentrum ist die Klinik sehr engagiert in der Weiterbildung. So hat sie im vergangenen Herbst die 50. Akademie für Kinderchirurgie der deutschen, österreichischen und schweizerischen Fachgesellschaft organisiert, an der über 170 Besucher teilnahmen. Noch nie hatte dieses an wechselnden Orten durchgeführte Veranstaltungsformat eine so hohe Teilnehmerzahl.

International gefragter Fachmann

Aufgrund der außergewöhnlichen Expertise hat Prof. Rolle auch europaweit eine zentrale Funktion übernommen. Anfang des Jahres 2016 wurde er zum Sekretär des Vorstandes der Sektion für Kinderchirurgie der UEMS gewählt. Darüber hinaus ist Prof. Rolle seit 2011 Mitglied des Vorstandes des Prüfungsausschusses dieser Sektion und seit vielen Jahren für die UEMS als Europäischer Prüfer aktiv. Außerdem ist er im letzten Jahr als einziger deutscher Kinderchirurg zum Fellow des weltweit renommierten Royal College of Physicians and Surgeons Glasgow (FRCS) berufen worden.

Weitere Informationen:

Prof. Udo Rolle

Fon (069) 6301-6659

udo.rolle@kgu.de



Prof. Udo Rolle

FORSCHUNG

ERSTMALIG IN DEUTSCHLAND: STUDIE TESTET KURZZEITIGE, HOCHDOSIERTE STRAHLUNG GEGEN PROSTATAKREBS



Die kurzzeitige, hochdosierte Strahlung gegen Prostatakrebs wird mithilfe des CyberKnifes durchgeführt.

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung beim Mann. Im frühen Stadium kommen zur Behandlung mehrere Optionen in Frage: Bestrahlung, Operation oder zunächst nur aktive Überwachung. Eine relativ neue Therapieform ist die kurzzeitige, hochdosierte Strahlenchirurgie. Die Wirksamkeit dieser Methode wird jetzt in Deutschlands erster und derzeit einziger klinischer Studie untersucht. Sie ist auf Patienten über 70 Jahren ausgelegt und wird gemeinsam von den Universitätsklinika Frankfurt, Schleswig-Holstein und Rostock sowie dem Saphir-Radiochirurgiezentrum durchgeführt. Dabei wird ein Bestrahlungsverfahren eingesetzt, das in der Prostatabehandlung erstmalig in Deutschland

für diese Studie zugelassen wurde: die sogenannte hypofraktionierte Strahlenchirurgie mithilfe des CyberKnifes. Prof. Claus Rödel, Direktor der Klinik für Strahlentherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, erläutert: „Erste Tests in den USA und Kanada sind vielversprechend. Das Verfahren hat das Potenzial, die Behandlung bei Prostatakrebs zu verbessern sowie angenehmer und schonender zu gestalten. Wir erhoffen uns eine deutliche Steigerung der Lebensqualität für unsere Patienten.“ Es ist das erste große wissenschaftliche Projekt unter Beteiligung des Saphir-Radiochirurgiezentrum, nachdem seine Leitung gewechselt hat.

Präzisere Bestrahlung ermöglicht höhere Dosis

Die intensitätsmodulierte Bestrahlung der Prostata ist als Standardtherapieverfahren schon seit längerem etabliert. Dabei wird die Prostata über einen Zeitraum von etwa sechs bis acht Wochen täglich mit relativ niedriger Einzeldosis bestrahlt. Diese Einzelanwendungen bezeichnet man als Fraktionen.

Die Verteilung der Strahlendosis auf viele kleine Portionen wird insbesondere zur Schonung des Normalgewebes durchgeführt. In einer ersten wissenschaftlichen Weiterentwicklung wurden die Bestrahlungen von 40 auf 25 Fraktionen reduziert, also auf etwa fünf Wochen Behandlungszeit. Mit der aktuellen Studie zur hypofraktionierten Strahlenchirurgie wird eine noch

weitergehende Reduzierung der Fraktionen getestet. Voraussetzung dafür sind moderne Bestrahlungsmethoden, mit denen sich noch genauer zielen lässt. Die Behandlung erfolgt dabei mit nur fünf Fraktionen und lediglich über einen Zeitraum von etwa anderthalb Wochen. In den USA wurden bereits erste vielversprechende Langzeitergebnisse von über 1.500 Patienten vorgestellt. Die US-amerikanische Fachgesellschaft für Strahlentherapie hat die hypofraktionierte Strahlenchirurgie mittlerweile als eine mögliche Alternative zur Standardbehandlung für Prostatakrebs empfohlen.

Erstmals in Deutschland eingesetzt und geprüft

Neue Bestrahlungsverfahren dürfen in Deutschland nur nach strengen klinischen Prüfungen und Genehmigung durch das Bundesamt für Strahlenschutz eingesetzt werden. Ein Forschungsverbund hat den Einsatz der neuen Behandlungsmethode im Rahmen der klinischen Studie Hypostat beantragt und vor kurzem die Genehmigung durch das Bundesamt erhalten. Die hypofraktionierte Strahlenchirurgie wird dabei mit den beiden robotergestützten CyberKnife-Systemen in Frankfurt und Güstrow durchgeführt.

In dem Projekt kooperiert Prof. Claus Rödel vom Universitätsklinikum Frankfurt mit der Klinik für Strahlentherapie und dem Prostatakarzinomzentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel und Lübeck unter der klinischen Leitung von Prof. Jürgen Dunst, dem Universitätsklinikum Rostock unter der Leitung von Prof. Guido Hildebrandt und dem Saphir-Radiochirurgiezentrum in Frankfurt unter der medizinischen Leitung von Dr. Detlef Imhoff und in Güstrow unter der Leitung von Dr. Stefan Huttenlocher. Koordiniert wird die Studie vom Zentrum für klinische Studien der Universität zu Lübeck unter der Leitung von Prof. Andreas Ziegler und Dr. Katja Krockenberger, die jüngst für ihre Forschungsarbeiten ausgezeichnet wurden. Für Hypostat werden in Kiel, Lübeck, Rostock bzw. Güstrow seit Januar und in Frankfurt seit Februar 2016 Patienten aktiv rekrutiert.

Weitere Informationen:

Prof. Claus Rödel

Fon (069) 6301-5130

clausmichael.roedel@kgu.de



Prof. Claus Rödel

FORSCHUNG

NEUE CHANCEN FÜR DIE LEBER

Das Leberzentrum am Universitätsklinikum Frankfurt ist der überregionale Standort für die Versorgung aller Formen und Stadien von Lebererkrankungen, inklusive der komplexesten Fälle, sowie für die Entwicklung von Therapieinnovationen: Von einer neuen Wirkstoffkombination können weltweit Millionen Hepatitis-C-Patienten profitieren, ein operatives Verfahren zur Leberteilektomie macht Hoffnung für Menschen mit Metastasenbefall und eine Lasertherapie beugt der Rückkehr von Krebszellen vor.

Zu allen Verfahren hat das Leberzentrum in jüngster Zeit Forschungsergebnisse veröffentlicht oder neue Studien begonnen. „Diese wegweisenden Therapien aus verschiedenen Gebieten der Leberbehandlung belegen nicht nur die herausragende Qualität unserer medizinischen Forschung. So ist es Prof. Zeuzem gelungen, gleich zwei Fachartikel im New England Journal of Medicine zu publizieren, das als bestes medizinisches Fachmagazin gilt.

Sie stehen auch für den Erfolg der interdisziplinären Zusammenarbeit in unserem Hause“, betont Prof. Jürgen Schölmerich, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt. Im Leberzentrum haben sich die Medizinische Klinik 1, die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie zusammengeschlossen.

Heilung für alle Hepatitis-C-Patienten?

Rund 130 bis 150 Millionen Menschen weltweit sind chronisch an Hepatitis C erkrankt. Im Verlauf führt sie oft zu Leberzirrhose oder Leberkrebs, in vielen Fällen mit tödlichem Ausgang. In der Ende 2015 im New England Journal of Medicine veröffentlichten internationalen Stu-

die unter Federführung des Leberzentrums am Universitätsklinikum Frankfurt wurde eine neue Wirkstoffkombination untersucht: eine Mischung aus Sofosbuvir und Velpatasvir. Die Patienten nahmen das Medikament für zwölf Wochen täglich ein. Die Resultate waren eindeutig: Mit der Therapie konnten die Patienten in 95 bis 99 Prozent der Fälle geheilt werden. Bisherige Medikamente verursachten noch starke Nebenwirkungen, die jetzt eingesetzt sind praktisch frei von ernstesten Begleiterscheinungen.

Die Relevanz dieser Forschungsergebnisse ergibt sich vor allem aus der universellen Einsetzbarkeit. „Wir haben jetzt die schonende Wirksamkeit eines Medikaments nachweisen können, das bei allen Genotypen der Krankheit sehr effektiv ist. Das erlaubt uns die Heilung fast aller Hepatitis-C-Patienten weltweit. Denn in Zukunft können nicht nur spezialisierte Zentren mit guten Diagnosemöglichkeiten diese Therapie erfolgreich einsetzen, sondern alle dezentralen Behandlungsstandorte“, erläutert Prof. Stefan Zeuzem, Studienleiter und Direktor der Medizinischen Klinik 1.

Bislang ist die Therapie allein im Rahmen wissenschaftlicher Studien verfügbar, die Betroffenen am Universitätsklinikum Frankfurt angeboten werden. Das Leberzentrum forscht zudem in weiterführenden Studien auch noch an Lösungen für die letzten verbliebenen Patienten, die nicht optimal von der bestehenden Therapie profitieren.

Letzte Hoffnung Leberteilektomie

Die Leber ist das am häufigsten von Krebsmetastasen befallene Organ. Bei einigen Krebserkrankungen kann durch chirurgische Entfernung der Lebermetastasen eine dauerhafte Heilung

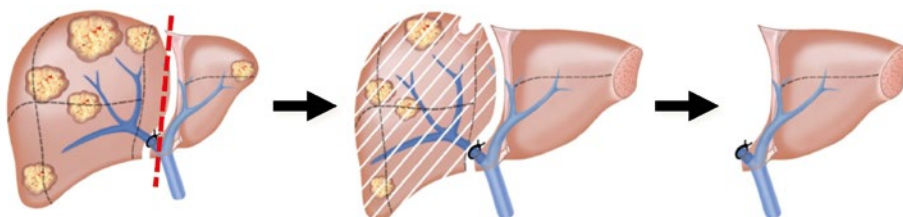
erzielt werden. Dieses Verfahren kann aber nur dann angewendet werden, wenn nach der Leberteilektomie ausreichend funktionsfähiges Lebergewebe übrigbleibt – andernfalls droht der Tod durch Leberversagen. Das Leberzentrum des Universitätsklinikums Frankfurt setzt in diesen Fällen ein Verfahren ein, das der Leitende Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Prof. Andreas A. Schnitzbauer, mitentwickelt hat. Bei der Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy (ALPPS) wird die Leber geteilt. Dafür trennt man zunächst den befallenen Teil der Leber vom gesunden ab und unterbindet die Blutzufuhr in das kranke Gewebe. Der intakte Teil der Leber wird dadurch stärker durchblutet und vergrößert sich in kurzer Zeit deutlich. Nach rund zehn Tagen kann er die Aufgaben der Leber allein bewältigen. Das befallene Gewebe lässt sich nun aus dem Körper entfernen. Der Rest des Organs ist danach frei von Metastasen.

Im Herbst 2015 wurden unter zentraler Beteiligung des Frankfurter Leberzentrums erstmals die Anwendungs- und Forschungsergebnisse zu diesem Verfahren systematisch ausgewertet. „Die Studien bestätigen, dass die ALPPS eine vielversprechende Therapieoption für jene Patienten ist, für die keine anderen Behandlungsoptionen mehr bestehen“, fasst Prof. Wolf O. Bechstein, Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, zusammen.

Laser bekämpft Tumor und stärkt die Immunabwehr

Ein in diesem Jahr eingeführtes Verfahren bietet wieder Chancen für bereits behandelte Patienten, bei denen der Leberkrebs zurückkehrt. Die Therapie mit dem Namen immunstimulierende interstitielle Laser-Thermotherapie (imLIT) bekämpft die Tumorzellen und fördert gleichzeitig die körpereigene Immunabwehr für eine langfristige Heilung. Die Methode wird deutschlandweit einzig am Universitätsklinikum angeboten. Durch eine dünne Sonde, eine Art Schlauch, wird unter örtlicher Betäubung minimalinvasiv Laserstrahlung auf den Tumor geschossen.

Dadurch werden die Krebszellen kontrolliert erhitzt und das Tumorgewebe zerstört. Zusätzlich regt die Behandlung auch das Immunsystem zur Antwort gegen die Krebserkrankung an. Diese Wirkung beruht wahrscheinlich auf einer Stimulation von Immunzellen durch Zellabbaupro-

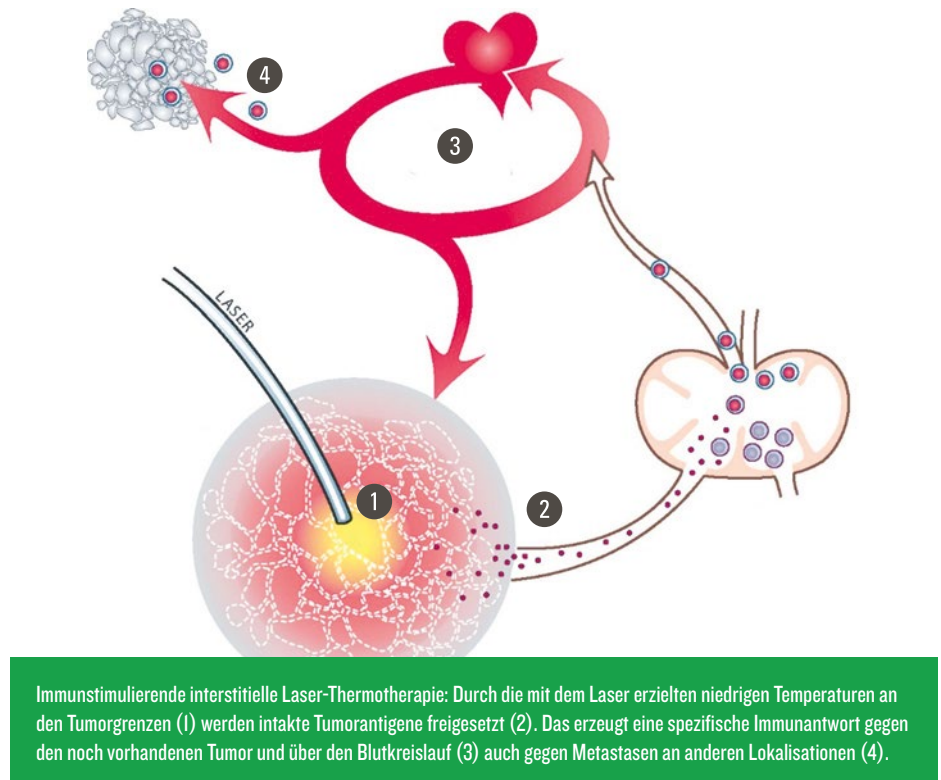


Bei der ALPPS trennt man zunächst den befallenen Teil der Leber vom gesunden ab. Nach rund zehn Tagen kann dieser die Aufgaben der Leber allein bewältigen.

dukte, wie man sie auch von Autoimmunkrankheiten kennt. So erkennt der Körper bösartige Tumorzellen selbstständig besser, wodurch eine verstärkte Immunreaktion erreicht wird. Eine internationale Studie zu diesem Verfahren unter Leitung des Frankfurter Leberzentrums startet aktuell. „Es handelt sich bei dieser interventionellen Methode um eine für den Patienten wenig belastende Therapie. Wir erwarten, dass die verschiedenen Komponenten eine umfassende Behandlung der gesamten Tumorerkrankung ermöglichen – eine echte Chance für Patienten mit wiederkehrenden primären oder sekundären Tumoren in der Leber“, erläutert Prof. Thomas Vogl, Studienleiter und Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum.

Weitere Informationen:

Prof. Stefan Zeuzem, Prof. Wolf Otto Bechstein, Prof. Thomas J. Vogl
Fon (069) 6301-4544, -5251, -7277
zeuzem@em.uni-frankfurt.de,
wolf.bechstein@kgu.de, thomas.vogl@kgu.de



Immunstimulierende interstitielle Laser-Thermotherapie: Durch die mit dem Laser erzielten niedrigen Temperaturen an den Tumorgrenzen (1) werden intakte Tumorantigene freigesetzt (2). Das erzeugt eine spezifische Immunantwort gegen den noch vorhandenen Tumor und über den Blutkreislauf (3) auch gegen Metastasen an anderen Lokalisationen (4).

THERAPIE UND METHODEN

FÜR JEDES OHR DIE BESTE THERAPIE

Jeder fünfte Deutsche leidet unter einer Hörschädigung. Einer zunehmenden Zahl an Betroffenen helfen herkömmliche, schallverstärkende Hörgeräte jedoch nicht. Mehr als 30.000 hochgradig hörgeschädigten oder gehörlosen Menschen, die über einen intakten Hörnerv verfügen, wurde deshalb eine elektronische Hörprothese, das sogenannte Cochlea-Implantat (CI), in Deutschland operativ eingesetzt. Ein entscheidender Faktor für die optimale Funktionsfähigkeit ist eine an die individuelle menschliche Anatomie möglichst genau angepasste Elektrode, die sehr präzise in der Hörschnecke (Cochlea) der Patienten platziert werden muss. Grundlage dafür ist eine hochauflösende Bildgebung der komplexen Kopfanatomie. Als erstes Universitätsklinikum in Deutschland, erster klinischer Anwender und erste Radiologie weltweit verfügt das Universitätsklinikum Frankfurt seit kurzem über den international leistungsstärksten digitalen Volumentomographen (DVT), mit dem kleinste Knochenstrukturen des Schädels dreidimensional dargestellt werden können. Im Vergleich zu alternativen bildgebenden Verfahren wie der Computertomographie oder dentalen DVT-Systemen ist die Bildauflösung hier um bis zu 300 Prozent verbessert bei einer um 70 bis 95 Prozent verminderten Strahlenexposition. Dem Univer-

sitätsklinikum Frankfurt ermöglicht dies eine weiter verbesserte Diagnostik von Hörstörungen, eine individualisierte chirurgische Betreuung von Patienten mit Cochlea-Implantaten, eine Reduktion gesundheitlicher Nebenwirkungen sowie eine optimierte technische Grundlage für laufende Forschungsprojekte.

Hoher Nutzen für Patienten mit Hörstörungen

Pro Jahr erhalten 150 bis 180 Patienten am Universitätsklinikum ein Cochlea-Implantat. Bei circa 3.000 Personen mit bereits implantierten Hörprothesen werden zudem Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt. Im Zentrum aller Versorgungsschritte steht die Bildgebung der Felsenbeinregion. Bislang waren CT als auch MRT zur OP-Vorbereitung sowie bei Bedarf intraoperativ im Einsatz. Postoperativ, etwa zur Lagekontrolle der Elektroden, wurden unter anderem Röntgenverfahren angewandt. Mit dem neuen DVT-Modell SCS MedSeries H23 Mark III 120 KV der SCS Systems Consulting Solutions GmbH können alle Untersuchungen nun mit einem Gerät noch effektiver durchgeführt werden. „Die hohe Bildqualität der digitalen Volumentomographie ermöglicht es uns, im Vorfeld der Operation individuelle, anatomisch bedingte Risiken unserer

Patienten festzustellen und eine daran exakt angepasste, personalisierte Therapie zu entwickeln: von der Auswahl des geeigneten Implantats, über das chirurgische Einsetzen bis hin zur Funktionskontrolle. Nur so ist eine qualitätsgesicherte Versorgung mit Cochlea-Implantaten möglich“, fasst Prof. Stöver, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, zusammen. „Das Universitätsklinikum Frankfurt nimmt bei der Bildgebung des Felsenbeins und der CI-Therapie eine Vorreiterrolle ein. Wir etablieren Sicherheitsstandards, die bestehende Leitlinien weit übertreffen. Interdisziplinär mit der Radiologie finden wir für jedes Ohr die passende Therapie“, so Prof. Stöver weiter.

Das diagnostische Spektrum vervollständigt

Mit der neuen DVT-Gerätegeneration, der speziell für die Humanmedizin entwickelte Super High Resolution Ultra Low Dose CBCT-DVT, sind am Universitätsklinikum nun sämtliche bildgebende Verfahren verfügbar. „Die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit schließt auch die physiologischen Untersuchungen mit ein. So wird unseren Patienten das gesamte Spektrum hochmoderner Diagnostik zugänglich. Die hohe bildgebende Leistungsfähigkeit, die sich neben der maximalen Auflösung auch in der effektiv



Maximierte Bildgebung bei minimierter Strahlenbelastung: Prof. Timo Stöver (links), Direktor der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, mit Patientin Sylwia Swiston und Prof. Thomas Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, am neuen DVT-Gerät

minimierten Strahlenexposition ausdrückt, ist ein technischer Fortschritt, der unseren Patienten unmittelbar zu Gute kommt“, stellt Prof. Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, dar. Die Gerätetechnik reduziert auch sogenannte Metallauslöschungsartefakte wirksam, ein für die Implantatdiagnostik wichtiger Faktor. Dabei handelt es sich um Störungen der Bildgebung durch metallhaltige Stoffe im Körper, die beispielsweise in Cochlea-Implantaten verbaut sind.

Verbesserte Forschungsgrundlagen

Auch laufende Forschungsprojekte des Universitätsklinikums profitieren von der neuen DVT-Technik und deren Bildqualität. Dies betrifft etwa die gegenwärtig wissenschaftlich untersuchte Korrelation zwischen exakter Elektrodenlage und optimaler Funktion von Cochlea-Implantaten. Ziel ist es, die CI-Hörqualität noch weiter zu steigern, indem das bestgeeignete Implantat präoperativ planungssicher gewählt und die Positionierung der Elektroden verfeinert wird.

Weitere Informationen:

Prof. Thomas J. Vogl
Fon (069) 6301-7277
thomas.vogl@kgu.de

THERAPIE UND METHODEN

INNOVATIONEN IN DER PROKTOLOGIE

Proktologische Erkrankungen sind weithin tabuisiert. Betroffene Patienten scheuen häufig den Weg zum Arzt. Dies mag unter anderem daran liegen, dass operative Verfahren am Anus mit erheblichen Schmerzen und Komplikationen verknüpft werden. Eine Innovation zur Therapie des weit verbreiteten Hämorrhoidalleidens verspricht hier Abhilfe.

Transanale-Hämorrhoiden-Desarterialisierung: die THD-Methode

Es handelt sich hierbei um ein innovatives minimalinvasives Verfahren: Bei der THD-Methode wird die Hämorrhoidalarterie, welche der Blutversorgung der Hämorrhoidalpolster dient, umstochen und prolabierte Schleimhaut gerafft bzw. an ihrer ursprünglichen anatomischen Stelle fixiert.

Verglichen mit anderen, insbesondere resezierenden, Verfahren ist diese Methode nahezu schmerzfrei und komplikationsarm. Sie wird bei Hämorrhoiden zweiten, dritten und zuweilen vierten Grades angewendet. Intraoperativ wird die Hämorrhoidalarterie mit einer Dopplersonde

identifiziert und umstochen sowie gegebenenfalls eine Pexie des prolabierten Schleimhautgewebes (dritt- und viertgradige Hämorrhoiden) durchgeführt. Die Operation erfolgt unter Allgemeinanästhesie mit maximal 24-stündiger stationärer Überwachung.

Die OP wird durch ein beleuchtetes Proktoskop ermöglicht, an dessen Oberfläche sich eine Doppler-Ultraschallsonde zur sicheren Identifizierung der Arterienendäste befindet. Hiermit werden die Arterienendäste der oberen Hämorrhoidalarterie geortet, umstochen und unterbunden. Danach wird eventuell prolabierte Schleimhaut mit einer Raffnaht befestigt und so reponiert. Die postoperativen Schmerzen sind gering. Gelegentliche Blutungen sistieren schnell. Die Erfahrung von mehr als 100 Operationen zeigt, dass das Verfahren sehr gut angenommen wird und sehr gute Erfolge hat.

Die THD-Gatekeeper-Methode

Stuhlinkontinenz ist ein weit verbreitetes aber tabuisiertes medizinisches Problem. Der unwill-

kürliche Verlust von Winden oder schlimmer von Stuhl bei normaler oder minimaler Aktivität zieht häufig die soziale Isolation nach sich. Eine neue, gegenüber den bekannten Methoden deutlich weniger invasive Methode verspricht hier Abhilfe.

Unter endosonografischer Kontrolle werden zwischen Sphinkter internus und externus zirkulär sechs sogenannte Bulking Agents eingebracht. Dies sind Stifte von der Dicke einer Bleistiftmine und etwa drei Zentimetern Länge, die in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff aufquellen und so den Sphinkter augmentieren. Die Operationszeit beträgt circa 30 Minuten in Kurznarkose oder Spinalanästhesie. Postoperativ ist eine 48-stündige Bettruhe einzuhalten. Die ersten Ergebnisse kleinerer Fallstudien sind sehr vielversprechend, sodass die Methode jetzt in das Portfolio aufgenommen wurde.

Weitere Informationen:

PD Karim A. Gawad, Dr. Eun-Young Cho
Fon (069) 2196-2430
cornic.anne@hohg.de

THERAPIE UND METHODEN

HOW I DO IT – WIE VERHINDERE ICH DEN HYPOPARATHYREOIDISMUS BEI DER THYREOIDEKTOMIE?

Der postoperative Hypoparathyreoidismus ist aus Sicht des Patienten mindestens so gravierend wie die Stimmbandnerve-Läsion. Anders als bei dieser gilt beim Hypoparathyreoidismus seitens der Behandler jedoch häufig die Trias: unterschätzt, unerkant und unbehandelt. Bei der entsprechenden Sensibilisierung für diese Komplikation der endokrinen Chirurgie wäre sie jedoch (fast) vollständig vermeidbar. Eine profunde Kenntnis der Gefäßversorgung der Nebenschilddrüsen, eine subtile Präparationstechnik (obligat mit Lupenbrille) und die Maxime, jede Nebenschilddrüse so zu behandeln, als wäre sie die letzte verbliebene, sind die Voraussetzungen zur Minimierung dieser Komplikation.

Zwar tritt der Hypoparathyreoidismus praktisch nur bei beidseitigen Schilddrüsenoperationen auf, jedoch gelten die Regeln des minutiösen Umgangs mit den Epithelkörperchen ebenso für den einseitigen Eingriff.

OP-Technik

Das eigene Vorgehen umfasst die obligate Verwendung der Lupenbrille und eines sehr lichtstarken Kopflichtes. Hier sind zur besseren

Unterscheidung zwischen Fettgewebe, Lymphknoten und Epithelkörperchen stark bläuliche (LED) Farbtemperaturen der Lichtquellen zu vermeiden. Auch wird zur möglichst blutarmen Dissektion sowohl ein „Energy-device“ (beispielsweise Sono-Surg®, Thunderbeat® oder Ligasure®) als auch eine bipolare Pinzette verwendet, beide jedoch nicht zur direkten Präparation an Nebenschilddrüsen und Stimmbandnerven (Thermoschäden!). Es gilt der grundsätzliche Verzicht auf einen Sauger („Wer bei der Schilddrüsenoperation einen Sauger benötigt, muss die OP-Technik verändern.“). In direkter Nähe zu den Nebenschilddrüsen erfolgt die Präparation mit kleinen Overholt-Klemmchen und feiner Ligatur (4-0). Der Nervus recurrens wird grundsätzlich mit einem dünnen (nicht armierten!) Vessel-loop gekennzeichnet und in voller Länge bis zum Eintritt in den Kehlkopf dargestellt. Das Neuro-monitoring mit Tubuselektroden ist obligat.

Anatomische Kenntnisse

Die Kenntnis, dass untere Nebenschilddrüsen caudal und ventral der Kreuzungsstelle von Arteria thyroidea inferior und Nervus recurrens liegen, obere dorsal und cranial von diesem We-



Dr. Christian Vorländer

gepunkt, erleichtert das Auffinden der kritischen Regionen. Die seltenen Dislokationen der jeweiligen Nebenschilddrüsen sind von diesem Grundsatz ausgenommen. Es gilt in den „kritischen Regionen“ die sorgfältige Dissektion, obwohl nicht jede Nebenschilddrüse zwanghaft dargestellt werden muss (beispielsweise, wenn diese im Ligamentum thyreothymicum (untere) oder in der oesophago-trachealen Rinne (obere) gelegen ist). Falls sich im Situs ein Zuckermandel'sches Tuberculum (Emil Zuckermandel, Wiener Anatom, 1849-1910) als dorsale Aussackung des Schilddrüsenlappens findet, kann man hier fast regelhaft die obere Nebenschilddrüse auf selbigem „reitend“ auffinden. Hier ist dann aufgrund der Nähe zum Stimmbandnerven die besonders vorsichtige Präparation geboten.

Kontrolle des Präparats

Die unbemerkte (akzidentelle) Entfernung einer Nebenschilddrüse muss unbedingt vermieden werden. So ist es eine Verpflichtung, den entnommenen Schilddrüsenlappen sehr sorgfältig auf möglichst anhaftende (ggf. auch subkapsulär gelegene) Nebenschilddrüsen zu untersuchen. Dies insbesondere dann, wenn eine entsprechende Nebenschilddrüse nicht in loco typico im Situs darstellbar war. Das Präparat darf erst dann zur pathologischen Untersuchung abgegeben werden.

Intraoperative Entscheidungen

Ob die zentrale Halsdissektion als Bestandteil der Thyreoidektomie bei „kalten“ Knoten immer durchgeführt werden sollte, ist weder durch die Leitlinien noch durch ein verbessertes Outcome der Patienten mit postoperativer Karzinomdi-



Die zu verpflanzende Nebenschilddrüse wird auf einer Glasplatte mittels steriler Rasierklinge (Apolloklinge) in kleine Stücke (8-12) zerteilt, die Kantenlänge ist nicht größer als 1-2 Millimeter.

agnose gesichert. Allerdings ist außerhalb von Schwerpunktkliniken und unizentrischen Untersuchungen die Rate des passageren und permanenten Hypoparathyreoidismus bei zunehmender operativer Radikalität positiv korreliert (Dralle 2012). Somit sollte das Ausmaß der Operation auch im Verlauf selbiger sorgfältig und aus Sicht des Patienten abgewogen werden.

Im Zweifel Autotransplantation

Kontrovers diskutiert wird die Entscheidung zur Autotransplantation minderdurchbluteter Nebenschilddrüsen. Die grundsätzliche Autotransplantation einer oder mehrerer Nebenschilddrüsen hat keine Vorteile gezeigt. Die Rationale, gut durchblutete Nebenschilddrüsen en principe zu entnehmen, um sie der Autotransplantation zuzuführen, erschließt sich aus physiologischer Sicht ohnehin nicht.

Dass die Autotransplantation von minderdurchbluteten Nebenschilddrüsen die Rate des frühpostoperativen Hypoparathyreoidismus hebt, diese jedoch im Langzeitverlauf senkt und im Idealfall ohnehin vermeidet, ist in uni- und multizentrischen Untersuchungen mehrfach gezeigt worden (Trupka et al. 2002) und entspricht auch den eigenen Erfahrungen. Die Frage, ob autotransplantierte Nebenschilddrüsen eine ausreichende endogene Parathormonproduktion er-

reichen, ist schwierig zu beantworten. Fälle mit der Autotransplantation aller Nebenschilddrüsen und eine aktuelle Arbeit, im Rahmen derer in der Strumachirurgie Nebenschilddrüsen in den Unterarm transplantiert und deren Funktion mittels Casanovatest überprüft wurden, bestätigen jedoch die Sinnhaftigkeit der Autotransplantation (Cavallaro et al. 2015).

In der eigenen Abteilung wird die entsprechend zu verpflanzende Nebenschilddrüse auf einer Glasplatte mittels steriler Rasierklinge (Apolloklinge) in kleine Stücke (acht bis zwölf) zerteilt, die Kantenlänge ist nicht größer als ein bis zwei Millimeter (Abb.). Diese Technik ist dem Zerteilen mittels Skalpell auf der Rückseite einer Nierenschale zu bevorzugen, da es deutlich atraumatischer ist. Die Transplantate werden in der Regel in Muskeltaschen des M. sternocleidomastoideus verbracht und mit resorbierbarer Naht versorgt. Bei limitierter Schnittführung können die Transplantate auch zwischen die Muskelschichten des M. sternohyoideus und M. sternothyroideus verbracht werden. Die vorherige Sicherung der Organdiagnose mittels Schnellschnitt ist in der Chirurgie der gutartigen Struma sicherlich entbehrlich.

Wie die unmittelbaren postoperativen Kontrollen gestaltet werden und welche Serumparameter

hier wann zur Anwendung gebracht werden sollen, ist aktuell anderwärtig ausgeführt und diskutiert worden (Selberherr et al. 2015).

Die Kontrolle des Serumcalciums und auch des Parathormons sind in praktisch allen klinischen Konzepten enthalten. Die eigene Erfahrung zeigt, dass sich die grundsätzliche und bereits präoperativ begonnene Gabe von Calcitriol (Rocaltrol® 0,5µg) günstig auf den klinischen Verlauf auswirkt, da der Vitamin-D-Mangel stärker verbreitet ist als angenommen und dieser zusätzliche Effekte auf den postoperativen Verlauf des Serumcalciumspiegels hat.

Literaturliste:

- Trupka, A. et al. (2002) Zentralbl. Chir. 127: 439-442.**
Herrmann, M. (2005) Viszeralchirurgie 40:185-194.
Dralle, H. (2012) Chirurg 83: 1082.
Selberherr, A. et al. (2015) Chirurg 86: 13-16.
Cavallaro, G. et al. (2015) World J Surg. 39: 1936-1942.

Weitere Informationen:

Dr. Christian Vorländer
Fon (069) 1500-1585 sowie -411
c.vorlaender@buergerhospital-ffm.de

THERAPIE UND METHODEN

NEUER HYBRID-OP GEHT IM KRANKENHAUS NORDWEST IN BETRIEB

Ein neuer Hybrid-Operationssaal geht im Krankenhaus Nordwest in Betrieb. Umfangreiche Gefäßoperationen können mit minimalinvasiven Eingriffen kombiniert werden, sodass gleichzeitiges Diagnostizieren, Intervenieren und Operieren möglich ist.

Ein Hybrid-OP ist ein Operationssaal, der mit modernster radiologischer Bildgebung in Form einer High-Tech-Angiographieanlage ausgestattet ist und gleichzeitig alle hygienischen Bedingungen eines klassischen Operationssaals erfüllt.

Detaillierte Röntgendiagnostik sowie sterile Interventionen und Operationen können hier simultan durchgeführt werden. Das neuartige und schonende Behandlungskonzept – die Kombination aus OP und einer integrierten Angiographieanlage – erlaubt die optimale interdisziplinäre Patientenversorgung aus den Disziplinen Neuro-radiologie, Gefäßchirurgie und Allgemeinradiologie bei gleichzeitig optimaler narkoseärztlicher

Betreuung der Patienten während des gesamten Aufenthalts im OP. Die Angiographieanlage ist mit allen technischen Möglichkeiten ausgerüstet, um mit möglichst wenig Röntgenstrahlung eine optimale Bildqualität zu erzielen.

Dabei bietet die Anlage ein Vielfaches der Leistung der sonst üblicherweise in OP-Sälen verwendeten mobilen Röntgengeräte, was mit einer verbesserten Bildqualität einhergeht. Die leistungsstarke Röntgenanlage erlaubt damit die Darstellung auch kleinster Gefäße mit bis zu 70 Prozent höherer Detailtreue.

Außerdem lassen sich in hoher Geschwindigkeit dreidimensionale Darstellungen von Gefäßen und anderen Strukturen erzeugen, die den Ärzten während eines Eingriffs einen besseren Überblick über die Gefäßanatomie verschaffen. Dadurch steigt die Sicherheit für die Patienten, da sich die Position von Gefäßmissbildungen und Kathetermaterial genauer bestimmen lassen.

Behandlungsspektrum

Für Patienten mit Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks sind damit optimale technische Voraussetzungen für eine minimalinvasive Behandlung ihrer Erkrankungen geschaffen. Patienten mit Aussackungen an den Hirnarterien, sogenannte Aneurysmen, profitieren von den erweiterten Kapazitäten. Es stehen drei Angiographieanlagen für geplante Eingriffe wie auch für den Fall, dass ein solches Aneurysma platzt und eine lebensbedrohliche Subarachnoidalblutung entsteht, zur Verfügung. Bei einem operativen Verschluss von Gefäßen, wie arteriovenöse Fisteln der Hirnhaut oder arteriovenöse Missbildungen, die ebenfalls ein Risiko für eine Hirnblutung darstellen, erlaubt die neue Technik eine genaue Kontrolle über die Verteilung des Embolisationsmaterials. So können nur die wirklich krankhaft veränderten Gefäße verschlossen und andere Gefäße unbehelligt gelassen werden. Durchblutungsstörungen der Arme und Beine, Beinvenenthrombosen sowie akute Blutgerinnsel in den

Venen lassen sich mit modernsten Methoden im Hybrid-OP minimalinvasiv behandeln. Komplexe Therapien von Aussackungen der Brust- und Bauchschlagadern werden durch die dreidimen-

sionalen Darstellungen vereinfacht. Dabei werden zusätzliche Gefäßprothesen kathetergestützt durch die Hauptprothese in die einzelnen Zielgefäße eingebracht.

Weitere Informationen:

Brigitte Ziegelmayer
Fon (069) 7601-3204 / -3206
ziegelmayer.brigitte@sthhg.de

THERAPIE UND METHODEN

FUSSCHIRURGIE AM HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST: BEHANDLMÖGLICHKEITEN VON FUSSFEHLSTELLUNGEN

Die Füße sind das Fundament, auf dem wir stehen. Fußdeformitäten wie Hallux valgus, Schneiderballen, Krallenzehen und Hallux rigidus sind nicht nur problematisch bei der Schuhwahl, sondern können Beschwerden am gesamten Bewegungsapparat auslösen. Schmerzen in Knien, Hüften, der Wirbelsäule bis hin zur Halswirbelsäule können die Folge sein. Die Sektion Orthopädie und Unfallchirurgie am Hospital zum Heiligen Geist bietet neben konservativen Therapien ein breites Spektrum an operativen Methoden für die Behandlung von komplexen Fußfehlstellungen an. Um eine schnelle Genesung zu erreichen, haben sich die Ärzte und Fußchirurgen dort auf minimalinvasive Operationen am Fuß spezialisiert. Bei diesem Operationsverfahren ist nur ein winziger Schnitt notwendig, der rascher und mit kleine-

ren Narben abheilt. Vor der Operation werden anhand von Spezialaufnahmen die Fehlstellung analysiert und eine Planung erstellt, welche nicht nur die Fehlstellung berücksichtigt, sondern auch die individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten einbezieht. Es werden neben den knöchernen Fehlstellungen auch der Verlauf der Sehnen und Muskeln berücksichtigt.

Postoperativ wird am Hospital zum Heiligen Geist neben der konventionellen oralen Schmerztherapie der Einsatz eines Schmerzkatheters angeboten, welcher vor der Operation angelegt und für die Zeit des stationären Aufenthaltes belassen wird. Dieser bietet Patienten, bei denen sich eine orale Schmerzmitteleinnahme verbietet, eine effiziente Möglichkeit der Schmerzreduktion. Oberstes Ziel der Fußchirurgen nach einer Fuß-

OP ist es, die Patienten so schnell wie möglich wieder fit für ihren Alltag zu machen. Neben der Wiederherstellung der Gehfähigkeit spielt dabei auch die Rückkehr zum Sport oder den gewohnten Freizeitaktivitäten eine wichtige Rolle. Gemeinsam mit einem Physiotherapeuten wird ein Nachbehandlungsprogramm abgestimmt: Direkt postoperativ beginnen eine angeleitete Bewegungstherapie, Gangschulung und Lymphdrainage. Diese sollte zu Hause ambulant fortgeführt werden, um Komplikationen zu vermeiden und die Mobilität des Patienten so schnell wie möglich wiederherzustellen.

Weitere Informationen:

Lenka Dienstbach-Wech, Oberärztin
Fon (069) 2196-2268
anastasi.carmela@hohg.de

NEUIGKEITEN

SENCKENBERG-MEDIZINSYMPOSIUM: ERFOLGREICHE AUFTAKTVERANSTALTUNG

Auf Einladung des Zentrums für Augenheilkunde am Bürgerhospital kamen Ende Februar zahlreiche Augenärzte nach Frankfurt am Main zum ersten Senckenberg-Medizinsymposium. Dort informierten sie sich in der Deutschen Nationalbibliothek über aktuelle Themen aus sämtlichen Bereichen der Augenheilkunde und nutzten die Chance zum Austausch mit Kollegen.

Zu Ehren seines Stifters hat das Bürgerhospital in diesem Jahr die neue Veranstaltungsreihe Senckenberg-Medizinsymposium aus der Taufe gehoben. Die Auftaktveranstaltung des Symposiums wurde durch die drei ophthalmologischen Kliniken des Bürgerhospitals (Augenlinik, Klinik für Kinderaugenheilkunde, Schielbehandlung und plastisch-rekonstruktive Lidchirurgie

und Klinik für Netzhauterkrankungen) ausgerichtet. Zukünftig findet das Symposium jährlich anlässlich des Geburtstags Senckenbergs (28. Februar 1707) Ende Februar statt und wird thematisch die verschiedenen Fachgebiete der Kliniken des Bürgerhospitals und des Clementine Kinderhospitals behandeln.

Zum zweiten Senckenberg-Medizinsymposium lädt die Frauenklinik des Bürgerhospitals am 25. Februar 2017 in die Deutsche Nationalbibliothek in Frankfurt ein.

Weitere Informationen:

Kristin Brunner
(069) 1500-1240
k.brunner@buergerhospital-ffm.de



Die Chefarzte der drei Augenkliniken des Bürgerhospitals, Prof. Oliver Schwenn (hier im Bild), PD Marc Luchtenberg und Dr. Romano Krist begrüßten an die 200 Augenärzte aus ganz Deutschland zum ersten Senckenberg-Medizinsymposium. (Foto: strassburger)

AUSZEICHNUNGEN UND PERSONALIA

HUMANITARIAN AWARD FÜR FRANKFURTER MEDIZINER

In Kalifornien wurde Prof. Kai Zacharowski von der Patient Safety Movement Foundation neben US-Präsident Barack Obama und Vizepräsident Joe Biden für seinen wichtigen Beitrag zur Reduzierung vermeidbarer Patientensterbefälle ausgezeichnet.

Die Patient Safety Movement Foundation hat sich zum Ziel gesetzt, die Zahl der vermeidbaren Todesfälle von Krankenhauspatienten weltweit bis zum Jahr 2020 massiv zu reduzieren. Daher zeichnet sie jährlich auf dem World Patient Safety, Science and Technology Summit die besten Ideen und Initiativen mit dem Humanitarian Award aus.

Einer der insgesamt vier Preisträger für das Jahr 2015 ist Prof. Kai Zacharowski, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Frankfurt. Er erhielt die Auszeichnung beim diesjährigen Kongress Ende Januar in Kalifornien für seine Forschung zu einem neuen System des Blutmanagements. Mit diesem werden die knappe Ressource Blut möglichst sparsam eingesetzt und gleichzeitig die Patientensicherheit erhöht. Neben dem Frankfurter Mediziner wurden der amerikanische Präsident Barack Obama und Vizepräsident Joe Biden gemeinsam für ihren Einsatz zur Etablierung des flächendeckenden Krankenversicherungnetzes geehrt. Die weiteren Preisträgerinnen sind Senatorin Barbara Boxer und Patientenaktivistin Alicia Cole.



Prof. Kai Zacharowski (re.) mit dem ehemaligen US-Präsidenten Bill Clinton im Rahmen der Humanitarian-Award-Verleihung.

An dem Kongress nahmen 250 internationale Fachleute aus Medizin und Politik teil, unter anderem der ehemalige US-Präsident Bill Clinton sowie Thomas Zeltner, ehemaliger Direktor des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit und aktueller Sonderbeauftragter der WHO-Generaldirektorin.

Die Studiengruppe um Prof. Zacharowski reiste aus Deutschland mit Vertretern aus vier Universitätsklinikum an: Frankfurt, Bonn, Kiel und Münster. Die Gruppe beendete jüngst ihre gemeinsame Studie zum Patient Blood Management mit 129.000 Patienten.

Neuartiges Konzept mit großem Potenzial

Wenn vor einer OP bei einem Patienten eine Blutarmut – eine sogenannte Anämie – besteht, führt das zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen im Rahmen der Operation und der Nachversorgung. Eine Anämie ist vor allem durch eine verminderte Konzentration an Hämoglobin im Blut gekennzeichnet. Hämoglobin transportiert Sauerstoff und ist Hauptbestandteil der roten Blutkörperchen. Die bisherige Lösung war in solchen Fällen die Gabe von Fremdblutkonserven. Allerdings können durch sie auch zusätzliche gesundheitliche Komplikationen wie zum Beispiel Nierenschädigungen auftreten. Das von Prof. Zacharowski und seinem Team entwickelte Blutmanagementsystem hat das Potential, in zahllosen Fällen Schaden von Patienten abzuwenden. Das Modell beinhaltet drei Schritte: Man identifiziert jene Patienten, die ein erhöhtes Risiko einer Anämie haben. Die Hämoglobinwerte dieser Patienten werden vor der Operation erhöht. Damit wird die Wahrscheinlichkeit minimiert, einen Schwellenwert zu erreichen, bei dem eine Bluttransfusion nötig wäre. Mit Hilfe dieses wegweisenden Ansatzes lassen sich bis zu 20 Prozent der Bluttransfusionen reduzieren, das Risiko akuter Nierenschädigungen und Kosten senken – ohne die Gesundheit des Patienten aufgrund einer möglichen Blutarmut zu gefährden.



Die Vertreter der Studiengruppe beim Kongress: (v.l.n.r.) PD Jochen Renner (Kiel), Prof. Patrick Meybohm (Frankfurt), Prof. Kai Zacharowski (Frankfurt), PD Matthias Grünewald (Kiel), Dr. Maria Wittmann (Bonn) und Prof. Georg Baumgarten (Bonn). Auf dem Bild fehlt Prof. Hugo Van Aken (Münster).

Weitere Informationen:

Prof. Kai Zacharowski
Fon (069) 6301-86668
kai.zacharowski@kgu.de

PROF. MEYDING-LAMADÉ ZUM AUSSER-ORDENTLICHEN MITGLIED DER AKDÄ WIEDERERNANNT



Prof. Uta Meyding-Lamadé

Der Vorstand der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ) hat Prof. Uta Meyding-Lamadé, Chefärztin der Klinik für Neurologie des Krankenhauses Nordwest und Sprecherin der Klinikallianz Plus, erneut zum Mitglied ernannt. Die Wiederernennung bestätigt die außerordentliche Mitgliedschaft von Prof. Meyding-Lamadé für drei Jahre.

Weitere Informationen:

ziegelmayer.brigitte@sthhg.de

PROF. JÜRGEN SCHÖLMERICH ZUM STELLVERTRETENDEN OBMANN DER LEOPOLDINA GEWÄHLT



Prof. Jürgen Schölmerich

Prof. Jürgen Schölmerich, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Frankfurt, wurde zum stellvertretenden Obmann und damit auch zum stellvertretenden Senator der Sektion 16 – Innere Medizin und Dermatologie der renommierten Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften auf vier Jahre gewählt.

Weitere Informationen:

aed@kgu.de

PROF. HACH-WUNDERLE IN GREMIEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT DER INNEREN MEDIZIN (DGIM) GEWÄHLT



Prof. Viola Hach-Wunderle

Prof. Viola Hach-Wunderle, Leiterin der Sektion Angiologie am Krankenhaus Nordwest, wurde in die Vorschlagskommission der DGIM sowie für die nächsten vier Jahre in die Programmkommission der Jahreskongresse der DGIM gewählt.

Weitere Informationen:

ziegelmayer.brigitte@sthhg.de

BERUFUNG IN EXPERTENBEIRAT FÜR DAS AVS-SYSTEM AM ROBERT-KOCH-INSTITUT



PD Christian Brandt

PD Christian Brandt, Leiter der Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Frankfurt, wurde auf Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) in den Expertenbeirat für das nationale Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance-System (AVS) am Robert-Koch-Institut berufen.

Weitere Informationen:

christian.brandt@kgu.de

PROF. MEURER WIRD NEUE DGOOC-PRÄSIDENTIN



Prof. Andrea Meurer

Prof. Andrea Meurer, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, wurde zum Jahr 2017 zur neuen Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und zur stellvertretenden Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) gewählt.

Weitere Informationen:

a.wendt@friedrichsheim.de

DKG-STUDIENPREIS 2016 FÜR PROF. RÖDEL



Prof. Claus Rödel

Prof. Claus Rödel, Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Onkologie, wurde anlässlich des diesjährigen Deutschen Krebskongresses der DKG-Studienpreis der Deutschen Krebsgesellschaft verliehen. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Stifter ist die Deutsche Krebsstiftung. Außerdem unterstützt die Deutsche Krebshilfe eine von ihm geleitete Studie im Rahmen der German Rectal Cancer Study Group mit einem Millionenbetrag.

Weitere Informationen:

clausmichael.roedel@kgu.de

DREI FRANKFURTER MEDIZINER IN DFG-FACHKOLLEGIEN GEWÄHLT



Prof. Gerd Geißlinger

Die Fachkollegien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bewerten die Anträge auf finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben. Für die Amtsperiode 2016 bis 2019 wurden die Gremien neu gewählt.



Prof. Ingo Marzi

Insgesamt haben 48.604 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an der Wahl teilgenommen und ihre bis zu sechs Stimmen elektronisch auf die Kandidierenden verteilt. Dabei wurde Prof. Gerd Geißlinger, Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie, für das Fachgebiet „Pharmakologie“ gewählt. Prof. Ingo Marzi, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, wurde für das Fachgebiet „Unfallchirurgie und Orthopädie“ und Prof. Hubert Serve, Direktor der Medizinischen Klinik II, für den Bereich „Hämatologie, Onkologie, Transfusionsmedizin“ gewählt.



Prof. Hubert Serve

Aus jedem der drei Fachgebiete sind insgesamt jeweils drei Wissenschaftler im Fachkollegium Medizin vertreten. Die Mitglieder treten ihr Amt im Frühjahr 2016 an.

Weitere Informationen:

baerbel.kischlat@kgu.de

**AKTUELLE
INFORMATIONEN UND
TERMINE UNTER:**

WWW.KLINIKALLIANZ-PLUS.DE

FORTBILDUNGSNACHBERICHT DER KLINIKALLIANZ PLUS

„DAS DRAMA MIT DEM HERZEN“ NEUE METHODEN UND PERSPEKTIVEN IN DER KARDIOLOGIE

Im historischen Comoedienhaus in Hanau-Wilhelmsbad wurde am 16. März „Das Drama mit dem Herzen – neue Methoden und Perspektiven in der Kardiologie“ auf die Bühne gebracht. Rund 90 Teilnehmer fanden sich unter diesem Titel zur ersten Klinikallianz-Plus-Fortbildung des Jahres ein.

Im Rahmen des demografischen Wandels in Deutschland mit einer immer älter werdenden Bevölkerung sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen schon seit längerem die am häufigsten auftretende Todesursache und die Herzinsuffizienz die zweithäufigste Einzeldiagnose bei vollstationär behandelten Personen.

Der erste Beitrag des Abends von PD Christof Weinbrenner, Klinikum Hanau, befasste sich daher unter dem Titel „Der Widerspenstigen Zähmung – Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit: Wie sind die Zielvorgaben bei Cholesterin umzusetzen und wo liegen die Probleme in der Praxis?“ mit der Sekundärprophylaxe durch Cholesterinsenkung. Neue Therapien konnten in den letzten zwei Jahrzehnten die Sterblichkeitsraten deutlich senken. Dennoch wird bei den in Deutschland weltweit am häufigsten durchge-

fürten Linksherzkatheteruntersuchungen eine unzureichende vorangehende Diagnostik bemängelt, wodurch oft unnötige Interventionen bei stabilen KHK-Patienten durchgeführt würden. In Zukunft sollen daher nichtinvasive Verfahren häufiger in der Diagnostik eingesetzt werden. Auch der Stellenwert des Belastungs-EKGs in der Kardiologie muss überdacht werden. Dr. Alex Gehring vom Hospital zum Heiligen Geist behandelte vor diesem Hintergrund im Rahmen seines Vortrags das Thema „Weissagung – Diagnostik in der stabilen KHK: Brauchen wir das Belastungs-EKG noch?“ Für KHK-Patienten, die nach einer Behandlung mit einem Stent auch noch unter Vorhofflimmern leiden, entscheiden sich Ärzte immer häufiger für eine sogenannte Tripletherapie mit der Gabe von NOAKs. Dass diese nicht ohne Risiken ist, beleuchtete Dr. Gerhard Cieslinski vom Krankenhaus Nordwest in seinem Beitrag mit dem Titel „Der gefesselte Prometheus – duale Plättchenhemmung (nach Stent) und NOAKs (Stent+AFIB)“.

Angesichts der alternden Bevölkerung in Deutschland findet eine weitere Behandlungsart in den letzten Jahren stärker Berücksichtigung, die in der interventionellen Therapie der

IMPRESSUM

Herausgeber:

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen

Verleger/Verlag

Gloria Mundi GmbH
Waldschmidtstraße 19, 60316 Frankfurt
Fon (069) 23 80 792-219
Fax (069) 23 80 792-250

info@klinikallianz-plus.de
www.klinikallianz-plus.de

Autorenschaft:

Universitätsklinikum Frankfurt, Krankenhaus Nordwest, Bürgerhospital Frankfurt, Clementine Kinderhospital, Hospital zum Heiligen Geist

GPR Klinikum, Ketteler Krankenhaus Offenbach, Klinikum Hanau, Main-Kinzig-Kliniken, Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster

klappenerkrankungen zu rasanten Fortschritten geführt hat. Die Transkatheter-Aortenklappen Implantation (TAVI) hat sich bei älteren Patienten mittlerweile als häufigstes Therapieverfahren etabliert und – trotz dem fortgeschrittenen Alter der Patienten und oft noch vorhandenen Begleiterkrankungen – die Komplikations- und Sterblichkeitsraten deutlich reduziert.

PD Florian Seeger von der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Frankfurt erklärte das Verfahren in seinem Vortrag „Geschlossene Gesellschaft – Was ist die beste Therapieoption für Patienten mit hochgradiger Aortenklappenstenose?“ Nach dem Schlusswort von PD Weinbrenner konnten die schon nach den einzelnen Vorträgen rege geführten Diskussionen zu den Fachthemen bei einem Beisammensein im Foyer des Comoedienhauses fortgesetzt werden.

Weitere Informationen:

www.klinikallianz-plus.de



PD Christof Weinbrenner, Klinikum Hanau, eröffnete die Veranstaltung.



Der historische Theatersaal des Comoedienhauses bot eine eindrucksvolle Bühne.



Dr. Alex Gehring, Hospital zum Heiligen Geist