

An der Fortbildung der Klinikallianz Plus
BLÖCKE, BLOGS, BLOCKADEN AM DOM!
Neues aus der Schmerzmedizin
Mittwoch, 2. November 2016, 18:00 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 1. November 2016 an die Faxnummer

(069) 2380 792 250

Fortbildung der Klinikallianz Plus
BLÖCKE, BLOGS, BLOCKADEN AM DOM!
Neues aus der Schmerzmedizin
Mittwoch, 2. November 2016, 18:00 bis ca. 21:00 Uhr

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich will ich Sie zu der nächsten Auflage der Fortbildungsreihe der Klinikallianz Plus zum Thema „Blöcke, Blogs, Blockaden am Dom! Neues aus der Schmerzmedizin“ einladen.

So sehr das Phänomen des Schmerzes eine der zentralsten Empfindungen des Menschen ist, so sehr steht er häufig an exponierter Stelle im Kontakt zwischen hilfesuchendem Patienten und Arzt. Oft als Nebenbefund einer verlorenen Funktion eines Organs, oft als warnendes Signal des Körpers an den Menschen, oft als primäre Ursache des Leidens und eben oft auch als ein von vermeintlichen Ursachen abgekoppeltes Phänomen, bei dem der Schmerz als dominantes Krankheitszeichen im Vordergrund steht.

Besonders freut es uns, dass Dr. Dewi-Maria Suharjanto zu Beginn der Veranstaltung ihre Gedanken zum Schmerz aus philosophischer Sicht entwickelt. Sie wird damit eine geistige Basis zu den nachfolgenden fachspezifischen Vorträgen bilden.

Aus dem großen „Meer der Schmerzen“ haben wir dann bewusst einige sehr umschriebene Aspekte herausgegriffen. Prof. Uta Meyding-Lamadé wird uns im neurologischen Blickwinkel auf das häufig homogen anmutende Krankheitsbild Kopfschmerz zeigen, wie variabel die Ursachen und Herangehensweisen sind. Prof. Paul Kessler bringt uns auf den neuesten Stand der anästhesiologischen Möglichkeiten in der perioperativen Schmerztherapie, in der sich in den letzten Jahren ein breites Portfolio an Möglichkeiten entwickelt hat. Eine besondere Form des kontinuierlichen Kontakts mit Patienten zeigt die Herangehensweise von Dr. Sabine Borck und Anna Pfläging, die für ihre Patienten mit chronischen Schmerzen einen Internet-Blog entwickelt haben. Schließlich lenkt Dr. Friederike Kretschmer den schmerztherapeutischen Blick auf den Stress als Auslöser und Verstärker von Schmerzbildern.

Ich bin sicher, dass wir einen interessanten Abend miteinander verbringen werden und freue mich schon heute auf eine anregende Diskussion.

Ihr



Dr. Gerd Neidhart

Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie des Hospitals zum Heiligen Geist



PROGRAMM

VERANSTALTUNGSORT

HAUS AM DOM

Domplatz 3, 60311 Frankfurt am Main

18:00 UHR

BEGRÜSSUNG DURCH DEN GASTGEBER

DR. GERD NEIDHART

Hospital zum Heiligen Geist

18:05 UHR

GRUSSWORT DER HAUSHERRIN:

SCHMERZ AUS PHILOSOPHISCHER SICHT

DR. DEWI-MARIA SUHARJANTO

Stellvertretende Direktorin des Hauses am Dom

18:30 UHR

KOPFSCHMERZ: SO HÄUFIG UND DOCH SO VERSCHIEDEN –

CHAMÄLEON DER NEUROLOGIE

PROF. DR. UTA MEYDING-LAMADÉ

Krankenhaus Nordwest

18:55 UHR

PERIOPERATIVE SCHMERZTHERAPIE

PROF. DR. PAUL KESSLER

Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim

19:20 UHR

BLOGS IN DER SCHMERZTHERAPIE

DR. SABINE BORCK / ANNA PFLÄGING

Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster / Vitos Kassel

19:40 UHR

SCHMERZEN DURCH STRESS –

WAS WIR IN DEN LETZTEN JAHREN GELERNT HABEN

DR. FRIEDERIKE KRETSCHMER

Hospital zum Heiligen Geist

20:05 UHR

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT

DR. GERD NEIDHART

Hospital zum Heiligen Geist

20:10 UHR

GELEGENHEIT ZUM AUSTAUSCH

VERANSTALTUNGSORT UND ANMELDUNG

VERANSTALTUNGSORT

HAUS AM DOM

Domplatz 3, 60311 Frankfurt am Main

PKW

In unmittelbarer Nähe befindet sich das Parkhaus „Dom/Römer“ (Domstraße 1), vier Gehminuten entfernt das Parkhaus „Konstabler“ (Töngesgasse 8).

ÖPNV

Jeweils vier Gehminuten entfernt befinden sich die U-Bahnhaltestelle „Dom/Römer“ (U4, U5) und die Straßenbahnhaltestelle „Römer/Paulskirche“ (11, 12).



Haus am Dom

ANMELDUNG

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen

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

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

PLUSPULS

KLINIKALLIANZ PLUS
Metropole Frankfurt Hessen



EDITORIAL

CHRONISCHER SCHMERZ HAT EINE KÖRPERLICHE, PSYCHISCHE UND SOZIALE KOMPONENTE

Rund 23 Millionen Menschen in Deutschland werden wegen Schmerzen behandelt. Davon leiden etwa zehn Prozent an chronischen Schmerzen. In den vergangenen Jahren ist die Zahl der chronischen Schmerzpatienten in Hessen laut BARMER GEK Arztreport 2016 stetig gestiegen. Im Jahr 2005 waren erst 1,6 Prozent der Bevölkerung betroffen. Im Jahr 2014 hat sich diese Zahl mit fast vier Prozent mehr als verdoppelt.

Aktuell leiden in Hessen über 230.000 Menschen an chronischen Schmerzen. Die Ursachen liegen in den seltensten Fällen auf der Hand, sondern sind vielfach heterogen und multifaktoriell. Chronische Schmerzen bestehen häufig jahrelang und beeinträchtigen zunehmend die Lebensqualität.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) gibt es für die große Zahl an Patienten vergleichsweise wenige ärztliche Experten. Einige Hausärzte, Orthopäden, Neurologen, Psychotherapeuten und Anästhesisten besitzen zwar eine Zusatzausbildung zum Schmerzmediziner. Allerdings können die meisten Ärzte trotz dieser Zusatzqualifikation nicht alle Aspekte einer chronischen Schmerzerkrankung erfassen und behandeln.

Schmerz hat eine körperliche, psychologische und soziale Komponente. Daher ist die Behandlung von Schmerzpatienten nur in enger Zusammenarbeit der somatischen und psychotherapeutischen Fachkompetenz erfolversprechend. Seit zehn Jahren gibt es am Hospital zum Heiligen Geist das Interdisziplinäre Multimodale Schmerzzentrum. Hier versorgen die Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, die Psychosomatische Klinik sowie das schmerztherapeutische Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) gemeinsam Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen.

Unter Leitung der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerzthera-

pie wird in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik und der Physiotherapieabteilung des Hospitals ein stationäres multimodales Schmerzprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen angeboten. Die Leidensgeschichte dieser Patienten ist meist durch eine jahre- bis jahrzehntelange biopsychosoziale Verschlechterung geprägt. Ziele der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie am Hospital zum Heiligen Geist 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, Konflikten und Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung herauszuarbeiten.

Erweitert wird das stationäre Behandlungsprogramm durch ein ambulantes, multimodales schmerztherapeutisches Angebot im MVZ Anästhesiologie, Schmerz- und Psychotherapie am Hospital. Dieses MVZ versteht sich als Partner der bereits bestehenden ambulanten Schmerzzentren in Frankfurt.

Ich freue mich, dass wir die nächste Fortbildung der Klinikallianz Plus dem Thema Schmerz widmen können und bin sicher, dass zahlreiche



Tobias Gottschalk

spannende Facetten dieses in der Medizin allgegenwärtigen Themas beleuchtet werden.

Ihr

Tobias Gottschalk

Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

SCHWERPUNKT

SCHMERZEN DURCH STRESS? – WAS WIR IN DEN LETZTEN JAHREN GELERNT HABEN

Bis heute ist bei vielen Schmerzpatienten wie auch bei vielen Ärzten immer noch die Vorstellung verbreitet, dass Schmerz ausschließlich als Folge einer Gewebsschädigung entstehen kann und die Stärke der Schmerzen dem Ausmaß der Gewebsschädigung entspricht. Dieses „Glockenstrangmodell“ stößt allerdings schnell an seine Grenzen, wenn wir Patienten mit Schmerzen begegnen, bei welchen keine genügend erklärende periphere Ursache für die Schmerzen gefunden wird, wobei die Betonung auf nicht genügend liegt.

Hier gilt es, die durch die Möglichkeit der Bildung des Gehirns gewonnenen Erkenntnisse zur zentralen Schmerzverarbeitung der letzten Jahre zu betrachten.

Wirkt nämlich ein peripherer Reiz über längere Zeit unbehandelt auf den Menschen ein, so kommt es sowohl auf peripherer, spinaler als auch auf zentraler Ebene über biochemische Umbauprozesse zu einer erhöhten Schmerzsensitivierung und dies führt zu primärer und sekundärer Hyperalgesie. Primäre Hyperalgesie bedeutet in diesem Zusammenhang, dass schlafende Schmerzrezeptoren, die sich normalerweise nicht an der Schmerzreizweiterleitung

beteiligen, plötzlich auch Schmerzen weiterleiten. Schließlich degenerieren unter bestimmten Bedingungen die eigentlich schmerzleitenden C-Fasern sogar und die Aβ-Fasern, die normalerweise lediglich Druck- und Berührungsreize leiten, werden als schmerzleitende Fasern erlebt. Im Gegensatz hierzu versteht man unter der sekundären Hyperalgesie die komplexen Vorgänge an der Hinterhornzelle des Rückenmarks, wenn die Schmerzleitung vom ersten Neuron auf das zweite Neuron umgeschaltet wird. Auch hier können zusätzliche synaptische Verschaltungen neu gebildet werden, so dass der nozizeptive Input verstärkt erlebt wird. Diese beiden pathophysiologischen Prozesse beschäftigen Neurophysiologen seit etlichen Jahren und sind mittlerweile gut belegt.

Nun wissen wir heute, dass der periphere Schmerzreiz nach Umschaltung im Hinterhorn des Rückenmarks vom ersten auf das zweite Neuron zum Thalamus geleitet wird. Von den lateralen Thalamuskernen erfolgt eine weitere Umschaltung auf weitere Hirnareale: Insula, Amygdala, Hippocampus, anteriorer Gyrus cinguli, Präfrontalkortex. Das Interessante dabei: All diese Hirnbereiche sind auch Teil des zentralen

Stressverarbeitungssystems. Vereinfacht könnte man also sagen, dass der Schmerz für das Gehirn eine besondere Variante von Stress darstellt und entsprechend verarbeitet wird.

Im anterioren Gyrus cinguli erfolgt eine emotionale Bewertung des Schmerzreizes, im Wechselspiel mit Amygdala und Hippocampus eine biographische Bewertung des Schmerzreizes durch Abgleich mit vergleichbaren früheren Schmerzerfahrungen. Der Präfrontalkortex ist für die kognitiven Fähigkeiten verantwortlich; er reguliert unser Denken und Handeln und ist für die Bewertung der Gesamtsituation verantwortlich. Unter Disstress verändert sich dieses Gleichgewicht: Langanhaltende Stressreize bewirken zunächst einmal eine Aktivierung der Amygdala und eine Erhöhung des zentralen Stresshormons. Über die Hypothalamus-Hypophysenachse kommt es zu erhöhten Glukokortikoidspiegeln, welche den Präfrontalkortex direkt toxisch schädigen, so dass eine, sagen wir, objektive und kognitive Bewertung der Gesamtsituation nicht mehr stattfinden kann. Geplantes Handeln steht nicht mehr im Vordergrund. Statt bedachtsamen und eher langsam durchgeführten Handlungen stehen schnelle und reflexhafte

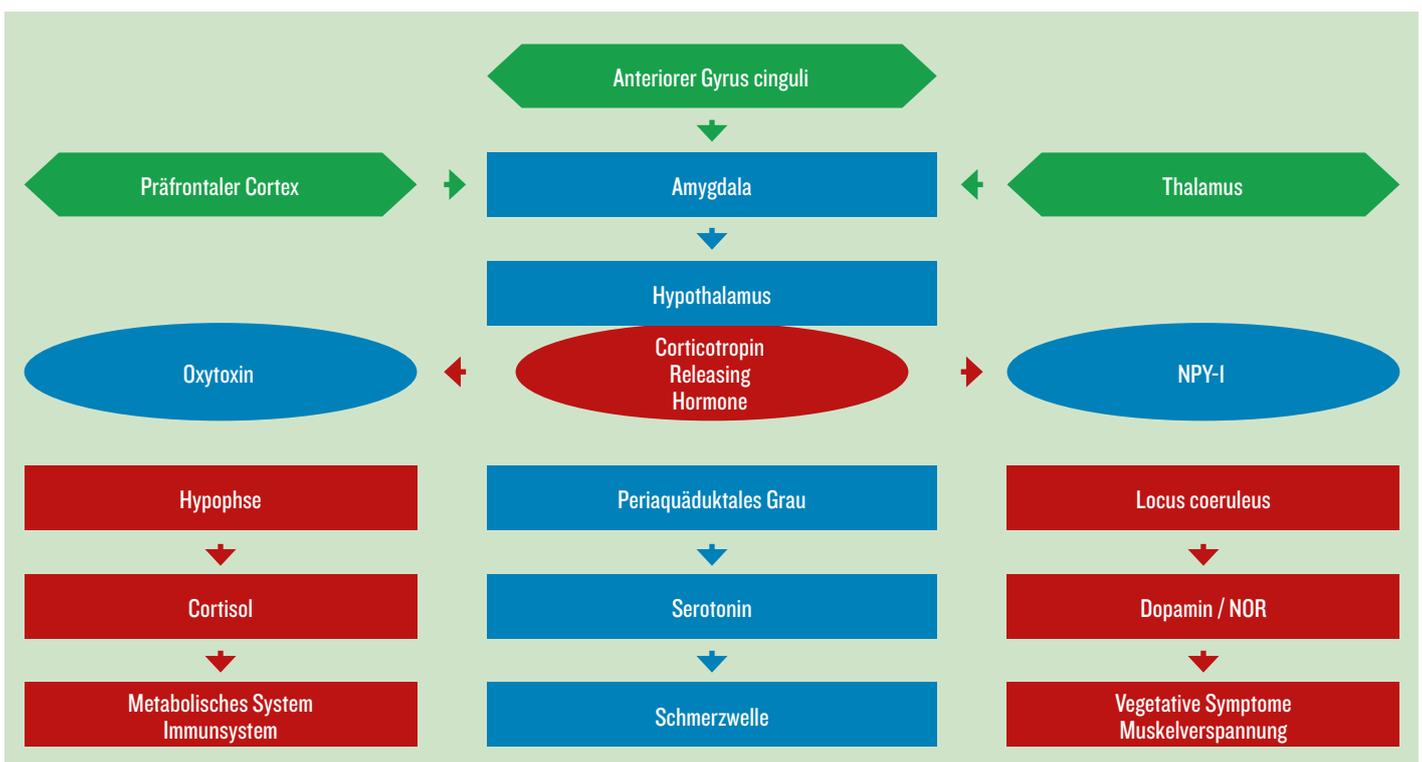
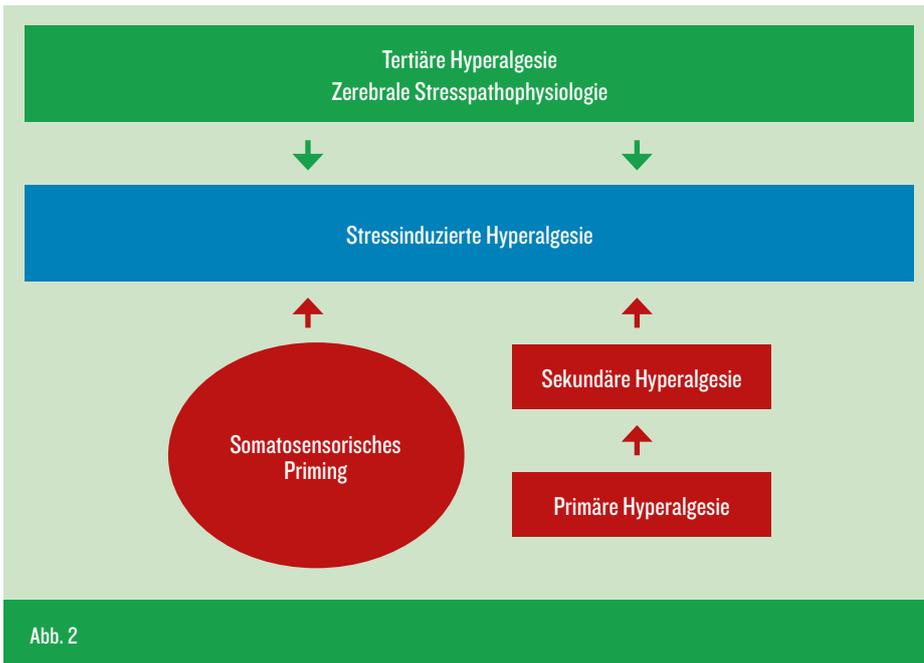


Abb. 1, modifiziert nach Egle U., 2015



Dr. Friederike Kretschmer

Abb. 2

Reaktionen im Vordergrund. Andere Zentren übernehmen die Steuerung, so dass mögliche ungünstige Einflussfaktoren aus dem anterioren Gyrus cinguli oder Hippocampus überwiegen. Die Erhöhung des zentralen Stresshormons bewirkt außerdem eine anhaltende Überaktivierung von Noradrenalin und Dopamin und führt zu einer Verstärkung der vegetativen Symptome und Muskelanspannung. Darüber hinaus führt die Ausschüttung von Corticotropin-releasing Hormone (CRH) zu einer Einflussnahme auf Bereiche des Hirnstamms, auf das periaquäduktale Grau, welches Ausgangspunkt für die deszendierend-hemmenden Schmerzbahnen ist. Diese Bahnen werden geschädigt (sh. Abb. 1).

Auf die spätere Stressvulnerabilität und Stressverarbeitung nehmen des Weiteren auch die Epigenetik, frühkindliche sowie spätere Belastungsfaktoren wesentlichen Einfluss.

Durch diese Verknüpfungen ist es möglich, Schmerz nicht nur als Folge einer Gewebs- oder

Nervenschädigung, sondern auch als Folge einer psychosozialen Belastungssituation zu interpretieren, die durch ein somatisches Ereignis getriggert wird. Das Phänomen einer tertiären Hyperalgesie ist also gekennzeichnet durch einen a) peripheren Auslöser bei somatischer Vorgeschichte wie auch b) durch eine zerebrale Stresspathophysiologie. Aufgrund der zerebralen Sensitivierung wird der im Grunde minder ausgeprägte nozizeptive Input verstärkt erlebt (sh. Abb. 2). Die Spannung des eigenen Muskelhaltetonus wird bereits als Schmerz wahrgenommen.

Diese als zentralisierte Schmerzstörungen bezeichneten Vorgänge sind chronische Erkrankungen. Das zentrale Schmerzperzeptionssystem ist tatsächlich nachhaltig verändert. Die Erwartung einer schnellen Schmerzreduktion oder Schmerzfremheit ist daher nicht realistisch. Das müssen zunächst wir als die behandelnden Ärzte verstehen und auch immer wieder gemeinsam mit den Patienten erörtern und klar machen.

Die Gefahr, dass sich Patienten in einer iatrogenen Schädigungsspirale wiederfinden, ist erheblich. Die Überbewertung vermeintlicher ursächlicher somatischer Befunde, die auf dem Boden ausgedehnter Diagnostik gefunden werden, birgt die Gefahr weiterer iatrogenen Schädigung. Nach den hier gemachten Ausführungen stehen jedoch Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität im Zentrum der Behandlung.

Wir freuen uns darauf, mit Ihnen diesen und weitere interessante Aspekte zum großen Themenkomplex Schmerz im Rahmen einer Fortbildung der Klinikallianz Plus zu diskutieren und heißen Sie am Mittwoch, den 2. November, ab 18:00 Uhr im Haus am Dom, Frankfurt, gerne willkommen.

Weitere Informationen:

Dr. Friederike Kretschmer

Fon (069) 2196-2169

kretschmer.friederike@hohg.de

SCHWERPUNKT

DIE SOMATOFORME SCHMERZSTÖRUNG

Bei der großen Mehrheit chronischer Schmerzpatienten sind psychosoziale Parameter ätiopathogenetisch bedeutsamer als biologische. Diese Schmerzkranken weisen meist eine lange Anamnese insgesamt ineffektiver medizinischer und chirurgischer Interventionen wegen ihrer Schmerzen auf und haben zwischenzeitlich eine

ganze Reihe zusätzlicher Komplikationen entwickelt: Medikamentenmissbrauch mit entsprechenden zentralnervösen Folgeerscheinungen, andere sekundäre körperliche Schädigungen aufgrund pharmakologischer und chirurgischer Behandlungen, zunehmende körperliche Inaktivität, dysphorische Stimmung, multiple The-

rapieabbrüche und Konflikte mit Ärzten und anderem medizinischen Personal, Konflikte mit Bezugspersonen, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und reaktive Depressivität. Ein Teil dieser Epiphänomene ist Folge iatrogenen Schädigungen, welche oft dadurch entstehen, dass chronische Schmerzzustände nicht von akuten

unterschieden werden, sondern diagnostisch und therapeutisch angegangen werden, als ob es sich um akute Schmerzen im Sinne eines Warnsignals handelte, das heißt, Zufallsbefunde oder Normvarianten in einen kausalen Zusammenhang mit den vom Patienten geklagten Schmerzen gesetzt werden.

Um dies zu verhindern, ist es erforderlich, psychische und soziale Faktoren nicht erst spät im Sinne einer diagnostischen Restkategorie in Betracht zu ziehen. Vielmehr sollte bei chronischen Schmerzpatienten schon nach einmaliger sorgfältiger somatischer Abklärung früh und möglichst zeitlich simultan eine ebenso sorgfältige psychosomatische Abklärung bei einem Arzt für psychotherapeutische Medizin, der in der Diagnostik einseitig weder einem verhaltenstherapeutischen noch einem psychoanalytischen Schmerzverständnis anhängt, mit beiden Ansätzen jedoch vertraut ist, durchgeführt werden. Im Vordergrund steht eine schon mindestens sechs Monate lang anhaltende Schmerzsymptomatik (chronischer Schmerz), welche durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Neben dem Ausschluss einer zugrunde liegenden körperlichen Ursache muss gleichzeitig im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn dieser Schmerzsymptomatik eine psychosoziale Belastungssituation, ein kritisches Lebensereignis oder eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein. Dieser Nachweis kann gelegentlich erst im Laufe einer Therapie genauer nachvollzogen werden. Man sollte sich auf keinen Fall bei der Anamnese des psychosozialen Hintergrundes schon mit der Aussage „Bei mir ist alles normal“ begnügen.

Risikofaktoren

Wie bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen prädisponieren eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend für die spätere Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Besonders bedeutsam erscheint dabei die Kombination eines gestörten frühen Bindungsverhaltens, das heißt, dem primären Bindungsbedürfnis des Säuglings/Kleinkindes wird von der Hauptbezugsperson – sei es in Form eines emotionalen Desinteresses, sei es im Sinne einer überzogenen Einengung seiner Neugier – nicht adäquat begegnet, mit ausgeprägtem körperlichem oder schwerem sexuellem Missbrauch. Somatoforme Schmerzen laufen auf einer rein zentralen Ebene ab, werden vom Patienten jedoch peripher lokalisiert. Dabei kommt der Verknüpfung von körperlichen Schmerzerfahrungen

und affektiven Zuständen in Kindheit und Jugend eine wesentliche Bedeutung zu.

Diagnostik

Indikatoren für eine somatoforme Schmerzstörung sind, dass

- die anatomischen Grenzen der sensiblen Versorgung nicht eingehalten werden (zum Beispiel beim Gesichtsschmerz die Mittellinie zur Gegenseite oder die Unterkiefergrenze zum Hals, beim Bandscheibenschmerz der radikuläre Charakter),
- nach oft lokalem Beginn eine starke Ausweitung erfolgt,
- die Angaben nach Lokalisation und Modalität wechseln,
- die Schmerzmerkmale weniger typisch geschildert werden (oft auch sogar recht vage) als bei bekannter Schmerzursache,
- überwiegend eine hohe Schmerzintensität ohne freie Intervalle angegeben wird.

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich, deren Grundlage ein biopsychosoziales Schmerzverständnis aller Beteiligten ist und bei der nicht vorschnell fachspezifische (Zufalls-)Befunde und Normvarianten dem Patienten als ursächlich relevant vermittelt werden. Von Beginn an und nicht erst als Ultima Ratio sollte dem Patienten die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände dargelegt werden und deren Abklärung als Routinemaßnahme mit demselben Stellenwert wie eine neurologische oder orthopädische Untersuchung.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zum Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist die biographische Anamnese. Die skizzierten biographischen Belastungsfaktoren haben eine Sensitivität und eine Spezifität von 80-90 Prozent hinsichtlich der Abgrenzung zu einem primär organisch determinierten chronischen Schmerzsyndrom.

Bei den häufig bestehenden Partnerschaftskonflikten sollte wenn möglich ein diagnostisches Paargespräch durchgeführt werden; dies kann die später sehr notwendige Compliance des Patienten erheblich verbessern. Von der Erhebung einer Fremdanamnese ohne Beisein des Patienten ist vor dem Hintergrund der skizzierten Psychodynamik abzuraten!



Dr. Wolfgang Merkle

Verlauf und Prognose

Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sind meist von einer körperlichen Ursache ihrer Schmerzen überzeugt („Ich habe es in den Armen und nicht im Kopf“) und verlangen nicht selten von sich aus diagnostisch wie therapeutisch invasive Interventionen. Bringen sie nicht die erhoffte körperliche Erklärung für die Schmerzen bzw. deren Linderung, so zweifeln die Patienten an der Qualität des betreffenden Arztes und suchen einen anderen auf („doctor shopping“). Da auch viele Ärzte bis heute von der Vorstellung ausgehen, dass jeder Schmerz eine körperliche Ursache hat (Reduktion des Schmerzes auf seine Funktion als Warnsignal), trifft sich dies oft mit den Wünschen des Patienten, wodurch somatische Zufallsbefunde leicht überbewertet und kausal mit den Schmerzen verknüpft werden. Dieser Circulus vitiosus zwischen Arzt und Patient leistet der Chronifizierung Verschub und führt nicht selten zu sekundären iatrogenen körperlichen Schädigungen (zum Beispiel Extraktion von Zähnen, Verwachsungen nach Laparaskopien und Laparatomien, Karpaltunnelsyndrom, Bandscheiben-OP etc.). Bei somatoformen Schmerzpatienten werden im Vergleich zu solchen mit nozizeptiv bzw. neuropathisch determinierten Schmerzzuständen invasive Eingriffe häufiger durchgeführt; einen Medikamentenmissbrauch entwickeln circa 30 Prozent.

Weitere Informationen:

Dr. Wolfgang Merkle
Fon (069) 2196-2101
goebel.sabine@hohg.de

EINRICHTUNGEN

PATIENTENBEFRAGUNG KRANKENHAUS NORDWEST

Die aktuelle Auswertung der Patientenbefragung am Krankenhaus Nordwest bestätigt die ausgezeichnete medizinische und pflegerische Qualität: Insgesamt 95 Prozent der Befragten waren mit der ärztlichen sowie pflegerischen Versorgung mehr als zufrieden. Insbesondere die fachliche Kompetenz der Ärzte und die Freundlichkeit der Pflegenden wurden positiv hervorgehoben. Und: Rund 90 Prozent der Befragten würden das Krankenhaus Nordwest bei Bedarf ihrer Familie oder ihren Freunden weiterempfehlen.

Auch in den anderen abgefragten Bereichen wie Aufnahme und Organisation, Aufklärung und Kommunikation im Behandlungsverlauf, Infrastruktur, Essen und Sauberkeit zeigt die Auswertung eine hohe Zufriedenheit der befragten Patienten.

Die Patientenbefragung am Krankenhaus Nordwest wird kontinuierlich vom Qualitätsmanagement durchgeführt. Ziel ist es, neben der Bestätigung der hervorragenden Qualität die Verbesserungspotentiale zu erkennen und

Abläufe und Strukturen zu optimieren. Für Dr. Petra Maksan, Verwaltungsleiterin am Krankenhaus Nordwest, steht fest: „Das hervorragende Ergebnis der Patientenbefragung ist eine Bestätigung für die ausgezeichnete Arbeit unserer Mitarbeiter.“

Weitere Informationen:

Brigitte Zieglmayer

Fon (069) 7601-3204 / -3206

zieglmayer.brigitte@sthhg.de

EINRICHTUNGEN

GOETHE-UNIVERSITÄT ALS EINER DER DREI BESTEN DEUTSCHEN STANDORTE FÜR MEDIZIN BESTÄTIGT

Beim Academic Ranking of World Universities (ARWU) hat es die Goethe-Universität mit dem Fachbereich Medizin als eine von nur drei deutschen Universitäten in die Platzierungsgruppe 51-75 der weltweit besten Universitäten für diesen Fachbereich geschafft.

Das ARWU ist eine jährlich von der ShanghaiRanking Consultancy herausgegebene Rangliste der besten Universitäten weltweit. Verglichen werden die Hochschulen in den Fachgebieten Naturwissenschaften und Mathematik, Ingenieurwissenschaften und Computerwissenschaften, Bio- und Agrarwissenschaften, Klinische Medizin und Pharmazie sowie Gesellschaftswissenschaften.

Das Ranking erfolgt innerhalb der Fachgebiete nach fünf Faktoren. Für Medizin und Pharmazie sind das die folgenden Kriterien: die Anzahl der Alumni einer Universität, die seit 1961 einen Nobelpreis in Physiologie oder Medizin gewonnen haben; die Anzahl der Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter einer Universität, die seit 1971 einen Nobelpreis in Physiologie oder Medizin gewonnen haben; die Anzahl der häufig zitierten Forscher an einer Universität in den Kategorien Klinische Medizin, Pharmakologie und Gesellschaftswissenschaften; die Anzahl der Veröffentlichungen, die im Science Citation Index Expanded indexiert wurden, und die Anzahl der Veröffentlichungen in den Top 20 Prozent der Fachzeitschriften im medizinischen Bereich nach dem Journal Citation Report des amerikanischen Institute for Scientific Information. Die Gesamtwertung einer Universität sowie die Ergebnisse in den fünf Kategorien orientieren sich am jeweiligen Spitzenreiter. Der Wert einer Universität ergibt sich als Prozentsatz des Ergebnisses, das die beste Universität in dieser Wertung erzielt hat.

Innerhalb eines Fachbereichs werden die 200 besten Universitäten weltweit gelistet und in eine Rangfolge gebracht. Die Plätze eins bis 50

werden dabei individuell gerankt, danach wird in Gruppen jeweils von 51-75, 76-100, 101-150 und 151-200 platziert. Die Goethe-Universität ist dabei unter den besten drei deutschen Universitäten mit einer Platzierung in der Gruppe von 51-75, neben ihr waren nur die Universität Heidelberg und die Ludwig-Maximilians-Universität München so erfolgreich. Die weiteren dreizehn deutschen Universitäten unter den Top 200 landeten auf den Plätzen 101-150 bzw. 151-200.

Der Fachbereich Medizin der Goethe-Universität besticht dabei vor allem mit einer sehr hohen Anzahl vielzitatierter Forscher. Die Frankfurter Universitätsmedizin konnte hier einen Wert von 40,4 erreichen, während keine der anderen deutschen Universitäten einen Wert von 30 überschreitet. Das zeigt, dass Frankfurter Wissenschaftler als Koryphäen auf ihrem Gebiet angesehen werden, deren Arbeit oftmals Grundlage für die Forschung auf dem jeweiligen Fachgebiet ist. Auch bei der Anzahl der Nobelpreisträger unter den Alumni ist Frankfurt im deutschen Ranking im vorderen Feld, nur Freiburg und Tübingen konnten einen höheren Wert erzielen. Außerdem konnte die Goethe-Universität beim Anteil der Publikationen in den führenden Fachzeitschriften einen ausgezeichneten Wert von über 85 Punkten erzielen.



Universitätsklinikum Frankfurt

Weitere Informationen:

Bärbel Kischlat

Fon (069) 6301-6444

baerbel.kischlat@kgu.de

EINRICHTUNGEN

ANEURYSMEN: TÖDLICHE BLASEN IM KOPF

Ein Hirn-Aneurysma ist eine Gefäßaussackung, die einem wachsenden Ballon ähnelt. Platzt dieser Ballon, kommt es zu einer sogenannten Subarachnoidalblutung. Anders als die bekannteren unblutigen Schlaganfälle treten diese Hirnblutungen in der Regel bei jüngeren Patienten auf. Ohne Vorankündigung verspüren Betroffene plötzlich starke Kopfschmerzen und Nackensteife, das Bewusstsein trübt sich ein. Vor einer solchen lebensbedrohlichen Blutung werden diese Gefäßaussackungen meistens nur zufällig entdeckt, zum Beispiel bei Untersuchungen wegen anderer Beschwerden.

Wie man nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen mit einem Aneurysma in den verschiedenen Wachstumsstadien umgeht, war das Schwerpunktthema der 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie in Frankfurt unter der Präsidentschaft von Prof. Volker Seifert, Direktor der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt.

Aktuelle internationale Forschungsergebnisse beschäftigen sich unter anderem mit der Frage, welche Interventionsmethode – das sogenannte Clipping oder das Coiling – die besseren Resultate erzielt.

Das Aneurysma von innen oder außen verschließen?

Neben anderen international renommierten Fachleuten konnten die Leiter der wichtigsten internationalen Aneurysma-Studien der letzten Jahre – mit den Namen ISAT und BRAT – für die Konferenz gewonnen werden: Prof. Richard Kerr (Oxford, Großbritannien), Prof. Andreas Raabe (Bern, Schweiz) und Prof. Robert Spetzler (Phoenix, USA). Sie präsentierten ihre Ergebnisse auf höchstem wissenschaftlichem Niveau. Dabei ging es zentral darum, ob für Patienten das Clipping oder das Coiling zu empfehlen ist. Beim ersten Verfahren handelt es sich um das operative Einsetzen eines Titanclips von außen auf den Hals des Aneurysmas. Diese Art Klammer unterbindet die Blutzufuhr vollständig und schaltet damit das Aneurysma praktisch aus. Beim Coiling wird über eine Art Kathetersystem eine Platinspirale innen in das Aneurysma befördert, die sich vor Ort ausdehnt und es damit verschließt. Die aktuellen Studienergebnisse zeigen, dass es nicht die eindeutig bessere Therapie für alle Patienten gibt. Je nach individueller medizinischer Situation des Patienten muss eine Variante ausgewählt werden. Für diese Entscheidung benötigt man die Expertise verschiedener Fachgebiete. Die Tagung

hatte deshalb auch das Ziel, darauf hinzuwirken, dass in Zukunft Patienten weltweit in speziell ausgewiesenen, disziplinübergreifenden Zentren beraten und therapiert werden.

Weltweit anerkannte Expertise für anspruchsvolle Operationen

Eines dieser Zentren besteht bereits am Universitätsklinikum Frankfurt. Im Universitären Hirngefäßzentrum Rhein/Main wird das Aneurysma jedes vorgestellten Patienten von einer interdisziplinären Expertenkonferenz aus Neurochirurgie, Neurologie und Neuroradiologie ausführlich analysiert. Unter Einbeziehung des Patientenalters, der Aneurysma-Lage und des Rupturrisikos, also das Platzen des Aneurysmas, ergibt sich für jeden Fall ein individueller Therapieempfehlungsvorschlag.

Das Hirngefäßzentrum berät und therapiert auf diese Weise jährlich etwa 250 Patienten. Die operative mikrochirurgische Versorgung geborstener Aneurysmen wird von einem Team erfahrener Oberärzte unter der Leitung von Prof. Seifert durchgeführt. Zum Einsatz kommen dabei nicht nur Operationstechniken auf höchstem chirurgischem Niveau, sondern auch modernste Bildgebungs- und Kontrollmethoden, die zum Teil in Frankfurt entwickelt wurden.

Sämtliche nichtgeplatzten Aneurysmen werden von Prof. Seifert persönlich operiert. Mit über 2.000 von ihm selbst und unter seiner unmittelbaren Beteiligung operierten Gefäßaussackungen ist er einer der weltweit erfahrensten Experten für dieses Verfahren – was durch Vergleiche internationaler Behandlungsergebnisse auch regelmäßig bestätigt wird. Die Klinik für Neurochirurgie führt außerdem eine umfangreiche Datenbank, die eine effektive Analyse und Auswertung der Therapieresultate ermöglicht.

Im Fokus: Geschichte und Potenzial der Radiochirurgie

Im Rahmen desselben Kongresses veranstaltete auch das Frankfurter Saphir Radiochirurgie Zentrum zusammen mit dem Universitätsklinikum Frankfurt und Accuray Inc. ein hochkarätiges Expertensymposium zum Thema Radiochirurgie. Im Zentrum des Symposiums stand die Therapie von Gehirntumoren und funktionellen Störungen wie der Trigeminusneuralgie mit dem Radiochirurgiesystem CyberKnife.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof.



Die Referenten des Expertensymposiums zum Thema Radiochirurgie zu Besuch im Saphir Radiochirurgie Zentrum in Frankfurt: (v.l.n.r.) Rüdiger Strege (Geschäftsführer Saphir), Prof. John Adler, Prof. Pantaleo Romanelli, Dr. Robert Wolff, Dr. Detlef Imhoff und Dr. Oliver Blanck

Seifert waren unter anderem Prof. John Adler, der Erfinder des CyberKnife, und der führende Mailänder Radiochirurg Prof. Pantaleo Romanelli nach Frankfurt eingeladen. Den Vorsitz des Symposiums übernahmen Prof. Volker Tronnier und Prof. Michael Synowitz, Direktoren der Kliniken für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck und Kiel.

Chancen in der Tumor- und Nervenbehandlung

Prof. Adler, der noch unter dem Erfinder der Radiochirurgie Lars Leksell gelernt hat, präsentierte die Geschichte der Technologie im Allgemeinen und des CyberKnife-Systems im Speziellen mit vielen Fallbeispielen aus seiner Klinik. Der Experte erläuterte aber auch seine Vision der

zukünftigen Radiochirurgie und beschrieb die Behandlung von Herzrhythmusstörungen, Nervenstörungen – zum Beispiel bei Bluthochdruck – oder Depressionen als besondere Herausforderungen. Dr. Robert Wolff, der medizinische Leiter des Saphir Radiochirurgie Zentrums in Frankfurt, stellte anschließend seine in vielen Jahren gewonnenen Erkenntnisse in der radiochirurgischen Behandlung gutartiger Tumore vor. Dabei konnte er eine sehr hohe Rate an Behandlungserfolgen bei allgemein niedrigen Nebenwirkungen vorweisen.

Abschließend demonstrierte Prof. Romanelli die radiochirurgischen Behandlungsmöglichkeiten bei bösartigen Tumoren wie Hirnmetastasen oder Glioblastomen. Im zweiten Teil seines Vor-

trags widmete er sich der Therapie funktioneller Störungen wie zum Beispiel Epilepsie oder Trigeminusneuralgie. Bei letzterer handelt es sich um einen starken Gesichtsschmerz, der durch einen Reizungszustand eines Hirnnervens verursacht wird. Besondere Aufmerksamkeit erzielten dabei die Erkenntnisse Prof. Romanellis aus mittlerweile weit über 450 radiochirurgischen Behandlungen bei der Trigeminusneuralgie. Dank enger internationaler Kooperation kommt diese Erfahrung auch Frankfurter Patienten zugute.

Weitere Informationen:

Prof. Volker Seifert
Fon (069) 6301-5295
volker.seifert@kgu.de

EINRICHTUNGEN

DIE EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER INTERVENTIONELLEN KARDIOLOGIE (GQH) BESTÄTIGT DER KARDIOLOGIE AM KRANKENHAUS NORDWEST EINE ANHALTEND HOHE VERSORGUNGSQUALITÄT

Im aktuellen GQH-Report zeigte sich erneut, dass die Indikation zur invasiven elektiven Koronarangiographie anhand objektiverer, nichtinvasiver Ischaemiezeichen in 93 Prozent der Fälle vorgelegen hatte, während hessenweit dies nur in knapp 52 Prozent der Fälle war. Dr. Gerhard Cieslinski, Leiter der Kardiologie am Krankenhaus Nordwest, führt dies auf eine sehr sorgfältige und individuell angepasste Vordiagnostik zurück. Damit sei das Ziel, unnötige Herzkatheteruntersuchungen zu vermeiden, sehr gut umgesetzt. Entsprechend niedrig lag auch der Anteil der Untersuchungen ohne pathologischen Koronarbefund mit 21 Prozent gegenüber 33 Prozent hessenweit. Vergleichbar mit dem Hessenwert von 72 Prozent wurde hingegen bei akutem Herzinfarkt

eine schnelle Intervention in 71 Prozent der Fälle erreicht, gemessen anhand der „Door-to-Balloon-Zeit“, die unter 60 Minuten liegen soll. Diese Zeiten werden im Krankenhaus Nordwest nahezu in Echtzeit im Krankenhausinformationssystem mit Hilfe von Barcodescannern dokumentiert und sind daher besonders realistisch. Beschönigende kürzere Zeitspannen sind mit diesem System nicht zu dokumentieren, allenfalls systembedingt längere Zeiten bei Nachdokumentationen von nächtlichen Notfalleingriffen.

Auch hinsichtlich der Erfolgsquote, dem Erreichen des Rekanalisationsziels bei Patienten mit oder ohne Herzinfarkt zeigten sich vergleichbare (84 Prozent) oder sogar leicht überdurchschnittliche (98 Prozent) Resultate.

Ein Schwerpunkt der interventionellen Kardiologie am Krankenhaus Nordwest liegt in der Notfallbehandlung zum Teil auch wiederbelebter Patienten, die jederzeit sowohl eine Angiographie in Interventionsbereitschaft erfahren als auch einer komplexen Intensivbehandlung zugeführt werden können. Entsprechend erfreulich lag auch das Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Todesfällen bei Koronarinterventionen bei 0,93 (hessenweit 1,0).

Zusammen mit der seit zwei Jahren in der Kardiologie eingeführten Kryoballoontherapie zur Pulmonalvenenisolation bei Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern erfolgt eine umfassende kardiologische Beurteilung, Untersuchung und Therapie, die sich nicht nur isoliert am morphologischen Koronarbefund festmacht. So sind Teilnahmen an randomisierten Studien zur Herzinsuffizienztherapie ebenso Bestandteil der am Patientenwohl ausgerichteten Arbeit wie auch aktuell Studien zur Schlaganfallvermeidung bei Patienten mit Elektrokardioversion bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern. Die nicht nur räumliche Nähe zu einer großen überregionalen Stroke Unit am Krankenhaus Nordwest ermöglicht eine den Erfordernissen angepasste enge interdisziplinäre Zusammenarbeit.



Krankenhaus Nordwest

Weitere Informationen:

Dr. Gerhard Cieslinski
Fon (069) 7601-3370
spiller.waltraud@khnw.de

FORSCHUNG

6 MILLIONEN EURO FÜR EUROPAAWEITES ADHS-FORSCHUNGSPROGRAMM

Das internationale Forschungsprojekt Komorbiditäten bei ADHS (CoCA) hat jüngst mit einem Treffen in Frankfurt seine Arbeit aufgenommen. CoCA ist ein neues, von der EU finanziertes Programm zu den biologischen Mechanismen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und einigen der häufigsten psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen. Zu diesen sogenannten Komorbiditäten zählen Angst, Depression, Substanzabhängigkeit und Adipositas. Das Programm wird von Prof. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, koordiniert. Im harten Wettbewerb um eine EU-Finanzierung wurde CoCA zusammen mit nur sechs anderen Projekten unter mehr als 300 eingereichten Vorschlägen ausgewählt. In den nächsten fünf Jahren erhält das Programm von der Europäischen Kommission sechs Millionen Euro für die Forschung. Die Fördermittel stammen aus dem EU-Programm Horizon 2020.

Erfolgreicher Start

Ein erstes Kick-off-Meeting fand vor kurzem in Frankfurt statt. „In anregenden und fruchtbaren Diskussionen beschlossen die 45 Tagungsteilnehmer Pläne für insgesamt elf umfassende und in hohem Maße komplementäre Arbeitspakete“, erläutert Prof. Reif. Sie werden den 17 Partnern

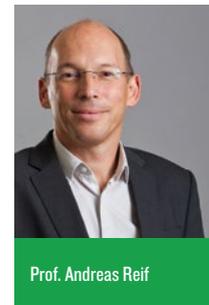
aus acht europäischen Ländern und den USA die Möglichkeit bieten, die Rolle des Schlaf-Wach-Rhythmus und der sogenannten Dopamin-Neurotransmission bei ADHS und den damit einhergehenden Störungen zu untersuchen. Dopamin ist ein Botenstoff, der an der Zellkommunikation im Gehirn beteiligt ist. Darüber hinaus untersucht eine randomisierte klinische Studie zwei leicht zugängliche und kostengünstige Therapien. Dabei wird geprüft, inwiefern sich die komorbiden Störungen durch körperliche Bewegung und Lichttherapie verhindern lassen. Unter den Projektpartnern sind auch Vertreter der Europäischen Patientenselbsthilfegruppe ADHD-Europe, die sich aktiv für die Forschung und die Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse einsetzt.

Die Kosten der Komorbidität

Mehr als 21 Millionen Menschen leiden in der EU an ADHS. Die direkten medizinischen Kosten und die damit einhergehende geringere Produktivität resultieren in Gesamtkosten von mehr als 70 Milliarden Euro pro Jahr. ADHS, eine in der Kindheit einsetzende Erkrankung, bildet die Grundlage einer möglicherweise vermeidbaren negativen Entwicklung im späteren Leben. Mehr als 80 Prozent der erwachsenen ADHS-Patienten leiden unter einer komorbiden Störung. Allerdings ist die genaue Zahl

der ADHS-Patienten, die Begleiterkrankungen wie Übergewicht oder Depression haben, noch nicht gut untersucht. CoCA wird diese anhand von großen epidemiologischen Datensätzen und – zum ersten Mal – Kostenberechnungen aus Daten von deutschen Krankenversicherern untersuchen. Dank den Forschungsansätzen von CoCA erhoffen die Wissenschaftler sich, das Bewusstsein für ADHS zu erhöhen, die Stigmatisierung der Patienten zu reduzieren und Ansätze für Prävention und Therapie zu stärken.

Am Universitätsklinikum Frankfurt selbst wird zum einen die oben erwähnte Bewegungs- und Lichttherapie durchgeführt, die jetzt im September begonnen hat. Zum anderen untersuchen mehrere Studien die Mechanismen, die den Komorbiditäten zugrunde liegen. Dies umfasst vor allem bildgebende Experimente, aber auch genetische und molekularbiologische Fragestellungen werden bearbeitet.



Prof. Andreas Reif

Weitere Informationen:

Prof. Andreas Reif
Fon (069) 6301-5222
andreas.reif@kgu.de

FORSCHUNG

KRANKENHAUS NORDWEST: PROF. SALAH-EDDIN AL-BATRAN STELLT HERAUSRAGENDE STUDIENDATEN AUF INTERNATIONALEM KREBSKONGRESS IN DEN USA VOR

Bis zum Schluss wurden die Daten der ersten europäischen Phase II-Studie zur Behandlung des fortgeschrittenen Magenkarzinoms mit dem völlig neuen Antikörper IMAB362 geheim gehalten. Erst gegen Ende des weltgrößten Krebskongresses (ASCO) in den USA präsentierte Prof. Salah-Eddin Al-Batran, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest, die herausragenden Daten. „Patienten, die zusätzlich zu einer Standardchemotherapie mit einem neuartigen Antikörper IMAB362 behandelt wurden, lebten im Schnitt etwa fünf Monate länger als die Patienten, die nur eine Chemotherapie erhielten. Das sind Ergebnisse, die in der onkologischen Forschung international Aufsehen erregen und diskutiert werden“, so Prof. Al-Batran.

Der neuartige Antikörper IMAB362 (Hersteller: Ganymed Pharmaceuticals AG) richtet sich gegen das Protein Claudin 18.2, welches nur im Magen und sonst nicht in anderen gesunden Zellen vorkommt. Dementsprechend weisen auch Magenkrebszellen dieses Protein auf. Bei dieser zielgerichteten Therapie setzt sich der Antikörper IMAB362 auf das Protein Claudin 18.2, das sich auf der Oberfläche der Tumorzelle befindet. Es entsteht eine Reaktion, bei der eine durch den Antikörper vermittelte Abtötung von Tumorzellen durch das Immunsystem bewirkt wird.

In die Phase II-Studie waren europaweit 246 Patienten mit fortgeschrittenem oder wieder aufgetretenem Magenkarzinom oder einem Karzinom am Übergang von der Speiseröhre in

den Magen behandelt worden. Patienten wurden nur in die Studie aufgenommen, wenn das Protein Claudin 18.2 zumindest in einer minimalen Konzentration nachgewiesen wurde. Die Patienten hatten zuvor noch keine Chemo- oder Immuntherapie in palliativer Intention erhalten, es handelte sich um eine sogenannte Erstlinientherapie. Im Rahmen der Studie erfolgte die Behandlung in zwei Studienarmen. Eine Gruppe erhielt eine Standardchemotherapie, die experimentelle Gruppe erhielt die gleiche Standardchemotherapie, jedoch zusätzlich den Antikörper IMAB362.

Im Vergleich zur alleinigen Standardchemotherapie, verlängerte IMAB362 die mediane Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung von 4,8 auf 7,9 Monate und das mediane Überleben der



Prof. Salah-Eddin Al-Batran

Patienten von 8,4 auf 13,2 Monate – bei Patienten mit hohen Claudin 18.2-Werten sogar auf 16,7 Monate. In einer für 2017 geplanten Phase III-Studie sollen die hervorragenden Ergebnisse weiter manifestiert und bestätigt werden. Auch hier wird das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest wieder maßgeblich beteiligt sein. Darüber hinaus ist eine Studie an Patienten mit Pankreaskarzinom geplant, da auch bei dieser Krebsart das Protein Claudin 18.2 nachgewiesen wurde.

Über das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung

Das IKF ist Teil des Universitären Centrums für Tumorerkrankungen (UCT) der J. W. Goethe-Universität Frankfurt und wurde zum Ausbau und zur Förderung der klinischen Krebsforschung gegründet. Schwerpunkte des IKF sind

Phase I- und Proof of Concept-Studien, Phase III-Studien sowie Forschungsarbeiten zu gesundheitsbezogener Lebensqualität und Patientenpräferenzen. Das IKF verfügt über eine Phase I-Unit für „early phase trials“ und koordiniert im Rahmen der Durchführung von Phase III-Studien deutschlandweit ein Netzwerk von über 500 klinischen Zentren. Dabei unterstützt das IKF die akademisch initiierte, klinische Forschung mit seiner Expertise und bietet zugleich Pharma- und Biotech-Unternehmen ein breites Spektrum an Lösungen für die Entwicklung und Zulassung ihrer Produkte.

Weitere Informationen:

Brigitte Ziegelmayer

Fon (069) 7601-3204 / -3206

ziegelmayer.brigitte@sthg.de

FORSCHUNG

GESTÖRTE ERINNERUNG: FOLGEN UND URSACHEN DER MANISCH-DEPRESSIVEN ERKRANKUNG

Die bipolare, auch als manisch-depressiv bezeichnete Störung ist eine schwere psychische Erkrankung. Die Betroffenen leiden unter massiven Schwankungen der Stimmung, pendeln zwischen extrem aktiven, manischen Phasen und lähmender Depression. Darunter leiden sowohl das Berufs- als auch das Sozialleben, auch weil die Störung mit kognitiven Defiziten einhergeht. So ist zum Beispiel die Gedächtnisleistung der Patienten betroffen. Diese Erkenntnis nimmt die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt zum Ausgangspunkt für eine Studie zu den Grundlagen der Erkrankung. Dabei wird überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Aktivität bestimmter Hirnareale und der Gedächtnisleistung besteht. Die Forschungsarbeit soll zu einem besseren Verständnis der Erkrankung beitragen und die Grundlage für effektive Therapien legen.

Das Verhältnis von Hirnaktivität und Gedächtnis

Unter anderem wird das sogenannte Ruhezustandsnetzwerk des Menschen untersucht. Diese Hirnregion ist vor allem dann aktiv, wenn man nichts tut oder tagträumt. Sobald wir unser Gedächtnis anstrengen, um uns Informationen zu merken oder Abläufe zu verinnerlichen, wird sie deaktiviert. Ist die Funktionsfähigkeit des Netzwerks gestört, wird das Verinnerlichen neuer Information beeinträchtigt. Die Studie er-

forscht nun, ob das Ruhezustandsnetzwerk auch bei Patienten mit bipolarer Störung ausreichend deaktiviert ist, um neue Informationen verarbeiten und speichern zu können.

Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses überprüfen

Für die Verarbeitung neuer Informationen ist nicht nur ein deaktiviertes Ruhezustandsnetzwerk, sondern auch das aktivierte Arbeitsgedächtnis von Bedeutung. Das Arbeitsgedächtnis, eine Art kurzfristiger Speicher, in dem die eingegangenen Eindrücke zunächst zwischengespeichert werden, hält nur für wenige Sekunden. Werden die Informationen daraufhin nicht weitergeleitet, um an einem anderen Ort dauerhaft gespeichert zu werden, gehen sie verloren. Weiterer Untersuchungsgegenstand der Studie ist daher die Frage, ob die Weiterleitung von Informationen bei Patienten mit bipolarer Erkrankung vollumfänglich funktioniert oder ob eine Beeinträchtigung vorliegt. Dazu werden verschiedene Gedächtnisaufgaben mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden durchgeführt.

Ablauf der Studie

Die Untersuchung gliedert sich in drei Teile und findet an zwei jeweils 2,5 Stunden dauernden Terminen statt. Zu Beginn wird den Teilnehmern eine Blutprobe entnommen (40 ml). Daraus werden später Gene untersucht, die einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko einer bipo-

laren Störung haben können. Anschließend geben die Probanden eine Speichelprobe ab, mit der sich die Konzentration des Stresshormons Kortisol bestimmen lässt. Die Studie untersucht, ob das Hormon Kortisol, das zahlreiche Prozesse im menschlichen Körper beeinflusst, im Zusammenhang mit veränderten oder sogar verschlechterten Gedächtnisleistungen steht.

In der ersten Sitzung wird dann ein Test mit Verständnis- und Lernübungen durchgeführt, der Aufgaben zur Gedächtnisleistung beinhaltet. In der zweiten Sitzung bearbeiten die Teilnehmer erneut Gedächtnisaufgaben, während parallel ihre Gehirnstruktur und -funktion mit Hilfe der Magnetresonanztomographie (MRT) gemessen werden.

Umfangreiche Bipolarstudien am Universitätsklinikum

Am Universitätsklinikum Frankfurt gibt es ein Netzwerk aus Wissenschaftlern, das sich auf die Erforschung der Störung spezialisiert hat. Die MRT-Studie ist nur eine von vielen weiteren Arbeiten zur bipolaren Störung an diesem Standort. Weitere Forschung zum Thema wird unter anderem in dem groß angelegten Bipolife-Projekt betrieben.

Weitere Informationen:

PD Viola Oertel-Knöchel

Fon (069) 6301-7181

bipolarestoerungen@kgu.de

FORSCHUNG

HILFT YOGA GEGEN DEPRESSIONEN?

Yoga soll neben körperlichen Effekten eine positive Wirkung auf den Gemütszustand haben. Doch können die Übungen auch bei einer klinischen Depression helfen?

Dieser Frage geht das Universitätsklinikum Frankfurt in einer wissenschaftlichen Studie nach. Der Bedarf ist groß: Allein in Deutschland leiden ungefähr vier Millionen Menschen unter der psychischen Erkrankung.

Um sie zu behandeln, werden meistens Psychotherapie und Psychopharmaka eingesetzt. Alternative Behandlungsoptionen könnten eine gute Ergänzung sein und Bewegungstherapien wurden bereits erfolgreich getestet.

Daher möchte das Universitätsklinikum erforschen, ob und wie depressive Menschen von Yoga profitieren können und wie es sich physisch und psychisch auf die Erkrankung auswirkt.

Aktivierend und entspannend

Bei Yoga handelt es sich um eine Kombination aus Bewegungs-, Atmungs- und Achtsamkeitsübungen. In dem Studienkurs der Klinik wird Ashtanga-Yoga praktiziert. Dabei handelt es sich um einen dynamischen und kraftvollen Yogastil, der sowohl aktivierend als auch entspannend wirken soll. Die Ashtanga-Yogapraxis besteht aus einer festgelegten Serie von Körperhaltungen, die man durch atemsynchrone Bewegungsabfolgen miteinander verbindet. Diese werden Schritt für Schritt im individuellen Tempo der Teilnehmer unter der Anleitung ausgebildeter Yogalehrer erlernt.

Der Kurs findet über einen Zeitraum von drei Monaten zwei Mal pro Woche statt. Die aktive und regelmäßige Teilnahme ist Voraussetzung für die erhofften Effekte: Stressreduktion und Verbesserung von Ausdauer, Atmung, Kraft und Beweglichkeit.

Wissenschaftliche Grundlage für Yoga als Therapie schaffen

Da der Yogakurs im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt wird, finden zu verschiedenen Zeitpunkten Testungen statt. Hierbei werden Blut und Speichel entnommen sowie unterschiedliche psychologische Parameter abgefragt. Vor Beginn des Kurses findet eine ärztliche Untersuchung statt, die die körperliche Voraussetzung zur aktiven Teilnahme absichert. Das Projekt soll zu einem verbesserten und umfassenderen Gesamtverständnis der Wirkweise von Yoga auf die Symptomatik einer Depression führen und die Grundlage für einen optimalen Einsatz von Yoga im klinischen Rahmen schaffen.

Weitere Informationen:

Vanessa Grebenstein
Fon (069) 6301-83489
yogastudie@kgu.de

FORSCHUNG

JUNGEN MIT DEPRESSION GESUCHT: STUDIE ERFORSCHT URSACHEN

Schon im Schulalter können Kinder und Jugendliche an einer Depression erkranken. Um ein besseres Verständnis dieser Störung bei Minderjährigen zu erlangen und ihre Therapie zu verbessern, führt das Universitätsklinikum Frankfurt aktuell eine Studie durch.

Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen – Symptome wie diese werden bei Kindern und Jugendlichen oft als Folgen bestimmter Entwicklungsstufen, wie zum Beispiel

der Pubertät, interpretiert. Depressive Störungen bleiben dadurch häufig lange unentdeckt. Mädchen und Jungen können bereits ab dem Kleinkindalter an einer Depression erkranken. Unbehandelt kann sie sich verschärfen und mit zunehmendem Alter ernste Folgen bis hin zum Suizid haben. Daher ist es wichtig, das Krankheitsbild schon bei Kindern und Jugendlichen besser erkennen und verstehen zu können. Zu diesem Zweck führt die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kin-

des- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt aktuell eine Studie durch. Dabei geht es den Wissenschaftlern insbesondere um die Erforschung des Zusammenhangs von erlebten Gefühlen und Verhaltensweisen, Entwicklungsverläufen und biologischen Grundlagen im Gehirn.

Weitere Informationen:

Anka Bernhard
Fon (069) 6301-7178
anka.bernhard@kgu.de

THERAPIE UND METHODEN

ANOREKTALE FEHLBILDUNGEN IN DER KINDERCHIRURGIE

Inkontinenz – ein Tabuthema auch bei Kindern

Angeborene anorektale Fehlbildungen kommen in der Häufigkeit 1:3000-5000 vor. Bei den angeborenen anorektalen Fehlbildungen ist entweder kein Anus vorhanden und der Enddarm endet blind, oder der unterste Darmabschnitt läuft in einer hauchzarten Fistel aus, die entweder auf dem Damm mündet oder bei den Mädchen im Bereich der inneren Genitalia, bei den Jungen in

die Harnröhre, den Blasenhalss oder in die Blase. Je nach Ausprägung der Fehlbildung wird diese direkt nach der Geburt korrigiert. Bei einigen Fehlbildungen kann man bei regelmäßigem Stuhlabgang über einen Fistelgang zum Damm bis zum dritten Lebensmonat warten, oder der Patient erhält kurz nach Geburt einen künstlichen Darmausgang. Die Korrektur der Fehlbildung erfolgt dann meist über einen kleinen Schnitt am Perineum, das heißt, der Schnitt ist

nach der Operation kaum zu sehen. In den meisten Fällen wird durch ein Minimalverfahren in Bauchlage über den Damm die Fistel (wenn vorhanden) umschnitten, der untere Teil des Darmes ausgelöst, weiter nach oben mobilisiert und an die eigentliche Anus-Sollstelle in den Bereich des Schließmuskels verlagert (sh. Abb. 1). So entsteht ein neuer Anus an der eigentlich von der Natur vorgesehenen Stelle: Durchzugsoperation nach Peña (PSARP: Posterior Sagittale Ano Rek-



Abb. 1: Lagerung des Patienten zur Operation; Schließmuskelstimulation: Auch wenn kein Anus vorhanden ist, kann durch Stimulation der Schließmuskulatur die exakte Position des Neanus ermittelt werden.

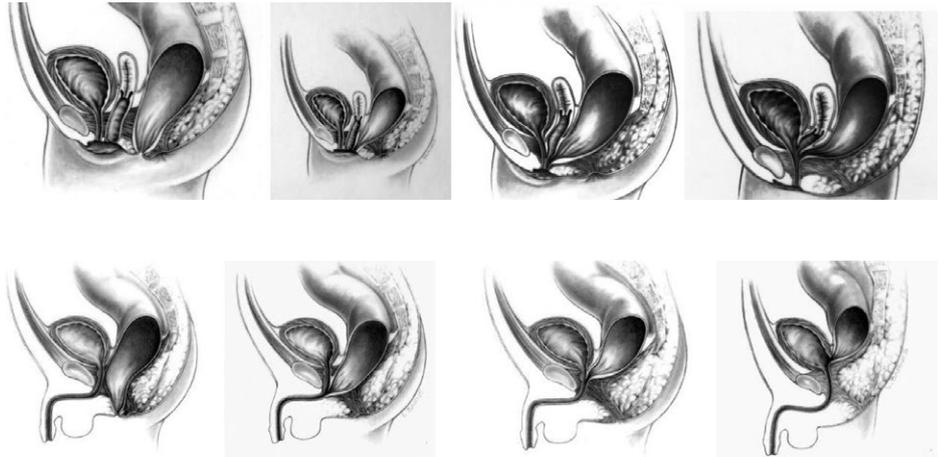


Abb. 2: Fehlbildungsformen bei anorektalen Malformationen

Mädchen: rektal-perineale Fistel, rektal-vestibuläre Fistel, tiefe und hohe Kloakenfehlbildung (hier münden Blase, Vagina und Rektum in einen gemeinsamen Gang); Jungen: rektal-perineale Fistel, rektal-urethrale Fistel (bulbär), rektal-urethrale Fistel (prostatisch), Blasenhalbfistel

to Plastik). Je nach Ausprägung der Fehlbildung ist eine zusätzliche Operation von abdominal notwendig. Diese kann bei hohen männlichen Fehlbildungen zum Beispiel der Blasenhalbfisteln laparoskopisch erfolgen oder beim Mädchen über einen kleinen Unterbauchschnitt (Pfannenstiel-schnitt) bei ausgeprägten Kloakalfehlbildungen (hier münden Harnröhre, Scheide und Enddarm in einen einzigen Ausführungsgang, sh. Abb. 2).

75 Prozent der Patienten haben die Chance nach dieser Operation kontinent zu werden. 25 Prozent der Patienten werden aufgrund ihrer angeborenen Fehlbildung auch bei bestmöglicher Operation keine Kontinenz erreichen. Neben dieser Fehlbildung können zusätzliche Fehlbildungen des Herzens, der Speiseröhre, der Nieren, der Wirbelsäule und des Skelettsystems vorkommen, die meist zur Verschlechterung der Prognose beitragen.

Anhand genau festgelegter präoperativer Diagnostik, des intraoperativen Befunds und der Anlage der wichtigen Strukturen für die Kontinenz (Wirbelsäule, Nervensystem, insbesondere Schließmuskulatur und Muskulatur des Beckenbodens) kann eine Kontinenzprognose erstellt werden. Entsprechend dieser Prognose sind neben einer erfolgreichen Operation eine gute postoperative Versorgung und eine Nachsorge wichtige Voraussetzungen, um diesen Patienten auf dem Weg des Sauberkeitstrainings (drei bis vier Jahre) zu helfen und gegebenenfalls therapeutisch eingreifen zu können.

Eine weitere angeborene Fehlbildung bei Kindern ist der Morbus Hirschsprung. Dabei sind

die Ganglienzellen, die für die Beweglichkeit des Darms notwendig sind, nicht bis zum Ende des Darms vollständig eingesprosst. Es resultiert ein Spasmus des unteren Darmabschnitts, so dass der Patient häufig nicht in der Lage ist, den Darm willkürlich zu entleeren. Der Stuhl drang entsteht meist plötzlich nach Ansammlung großer Stuhlmengen durch Vordehnung des Enddarms. Auch diese Kinder können und müssen rasch operativ versorgt werden. Der Darmabschnitt mit den fehlenden Nervenzellen muss entfernt werden und der gesunde Darm mit dem Anus anastomosiert werden. Auch hier wurde eine minimale Operationstechnik entwickelt, die diese Operation in vielen Fällen nur durch den Anus ermöglicht, ohne dass ein weiterer äußerer Schnitt notwendig ist: die transanale Operationstechnik nach de la Torre.

Beide oben beschriebenen Krankheitsbilder zeigen je nach Ausprägung der Erkrankung das gesamte Spektrum der Stuhlentleerungsproblematik: von einer ausgeprägten Verstopfung bei milden Formen oder bei postoperativ durch Narbenschwund entwickelter Stenose über eine Überlauf-Enkopresis bei nicht konsequent therapierten Patienten bis hin zur Inkontinenz mit ständigem unwillkürlichem Stuhlabgang.

Sauberkeitstraining, Stuhltraining, Bowel Management

Es gibt Kinder, die nach operativer Korrektur andernorts in unsere Nachbehandlung kommen und 20 bis 50 Windeln benötigen. Für diese Kinder wurde ein Darmtraining entwickelt, das bei konsequenter Anwendung zur Erlangung einer sozialen Kontinenz führt.

Nach ausführlicher Anamnese, sorgfältiger körperlicher Untersuchung, gegebenenfalls erweiterter Bildgebung (zum Beispiel durch Sonographie, MRT und Defäkographie) ist es nötig, eine weitere Defäkationsanalyse vorzunehmen, um die geeignete Therapie für den Patienten zu finden.

Hierzu gibt es neben einfachen Stuhlweichmachern, Laxantien, Klistieren und Suppositorien die Möglichkeit einer retrograden Darmspülung, ähnlich wie beim Blasentraining (CIC – Clean Intermittent Catheterization), um den Darm regelmäßig zu reinigen. Dies geschieht mit einem über den Enddarm eingeführten und mit Luft geblockten Ballonkatheter, über den retrograd der Enddarm oder das gesamte Kolon mit Flüssigkeit gefüllt werden (sh. Abb. 3).

Bei einem effektiven retrograden Einlauf muss das „Problem“ erreicht und umspült werden. Der Ballonkatheter sorgt dafür, dass während der

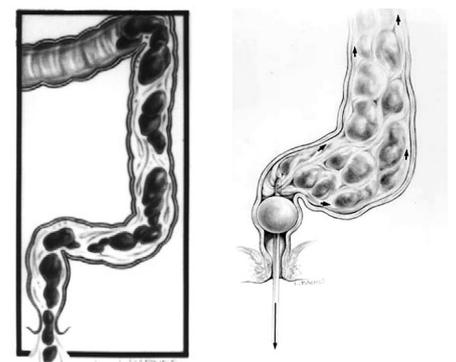


Abb. 3: Bilder von Alberto Peña, gezeichnet von L. Barnes

Darmspülung und der Einwirkzeit die Flüssigkeit gehalten werden kann. Die Entleerung findet ganz gezielt und sauber auf der Toilette statt.

Durch diese Maßnahme kann eine gezielte Defäkation zu einem ausgewählten Zeitpunkt ermöglicht werden. Je nach Krankheitsbild und Spülmenge bleibt der Darm anschließend für 24-48 Stunden sauber, ohne dass „Unfälle“ mit kleinen oder größeren Portionen Stuhl in der Unterwäsche passieren. So erreicht der Patient eine soziale Kontinenz, die es ihm ermöglicht, keine Windeln oder Einlagen tragen zu müssen und am Schulsport, Freizeitangeboten oder einer Übernachtung im Landschulheim teilzunehmen.

Nach Einführung dieses Darmspültrainings zeigte sich, dass nicht nur Kinder mit angeborenen Fehlbildungen von dieser Therapie profitieren, sondern auch Kinder, die zu einer Überlaufen-

kopresis (Überlaufverstopfung) neigen, und solche, die zu einer extremen Verstopfung oder Darmirritation neigen.

Wichtig ist die exakte Diagnose der Ursache der Inkontinenz oder Pseudoinkontinenz sowie das Ermitteln der individuellen Flüssigkeitsmenge, die der Patient benötigt, um den Darm so zu spülen, dass er 24 Stunden sauber bleibt. Am einfachsten bestimmt wird diese durch eine Hydrosonographie, bei der neben dem benötigten Volumen auch die Stuhlverteilung und -konsistenz sowie die Mobilität des Darms beurteilt werden können. Dadurch kann häufig schon innerhalb von drei bis fünf Tagen eine soziale Kontinenz erreicht werden.

Das Spültraining muss bei vielen Patienten nicht zeitlebens angewendet werden. Häufig erlangen die Patienten durch die geregelte Stuhlentleerung

ein Gefühl für die Defäkation, so dass das Spültraining je nach Erkrankung im Laufe der Zeit bei einigen Patienten auf ein bis zwei Mal pro Woche reduziert werden kann.

Auf diese Weise lässt sich auch bei schweren angeborenen Fehlbildungen mit Inkontinenz etwa bei 95 Prozent der Patienten über kurze Zeit eine soziale Kontinenz erzielen. Durch die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfeorganisation SoMA e.V. (Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen e.V.) behandeln wir viele Patienten aus ganz Deutschland mit dieser individuellen Therapie, die wir über einen langen Zeitraum, häufig bis ins Erwachsenenalter, betreuen.

Weitere Informationen:

Dr. Sabine Grasshoff-Derr

Fon (069) 1500-301

s.grasshoff-derr@buergerhospital-ffm.de

THERAPIE UND METHODEN

BOREOUT UND BURNOUT – MODEERSCHEINUNGEN ODER ERNSTHAFTE ERKRANKUNGEN?

Der in den vergangenen Jahren zu beobachtende Trend einer Zunahme psychischer Erkrankungen hält weiter an und dabei ist die Zunahme der psychosomatischen Erschöpfungs-krankheiten besonders hoch. Vielen Betroffenen fällt es schwer, mit dieser Erkrankung umzugehen, daher ist gerade das tagesklinische Therapieangebot für viele Patienten mit einer psychosomatischen Erschöpfungs-krankheit ein niedrigschwelliger Einstieg in eine mögliche Behandlung.

Die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist bietet Boreout- und Burnout-Patienten sowohl stationäre als auch tagesklinische Therapien an. Die Tagesklinik verfügt über 50 Behandlungsplätze und ist damit die größte in Deutschland.

Krankmachende Langeweile - Boreout

Stress durch Unterforderung, ist das möglich? Kann man von Langeweile krank werden? Die Medizin hat erst in den letzten Jahren den Blick auf Menschen gerichtet, die im Alltag unterfordert sind, keine sinnvolle Beschäftigung haben und sich sprichwörtlich zu Tode langweilen. Hintergrund ist oft nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative Unterforderung: Es fehlt an Identifikation mit der Arbeit, die Arbeit fordert möglicherweise weit weniger Qualifikationen, als tatsächlich vorhanden sind, der Angestellte ist gar nicht entsprechend seiner Potenziale eingesetzt und versucht dies durch

Überstunden, Pseudoaktivitäten oder arbeitsfremde Beschäftigungen zu verstecken. Das bereitet Stress. Bei vielen Patienten, die in behandlungsbedürftige Zustände kommen, finden sich nicht selten schon in der Kindheit angelegte konflikthafte Verhaltensmuster, wie zum Beispiel die Bereitschaft zur Überanpassung, eine mangelnde Selbstfürsorge, das Verdrängen belastender Zustände. In der persönlichen Entwicklung kann es bereits zur Vernachlässigung durch die Umwelt gekommen sein.

Wenn im Hamsterrad die Achse bricht - Burnout

Im Gegensatz zum Boreout steht hinter dem, was als Burnout bezeichnet wird, immer eine Erschöpfungsdepression. Davon sind insbesondere anpassungsfähige Menschen betroffen, mit großer Gewissenhaftigkeit und starkem Leistungswillen bei gleichzeitig zunehmender Arbeitsverdichtung. Außerdem ist häufig ein hoher moralischer Anspruch an das eigene Handeln mit im Spiel, der die Betroffenen daran hindert, rechtzeitig Nein zu sagen. Je mehr sie geben, desto weniger kommt zurück. Je weiter sie sich auf die Anforderungen der Umwelt einlassen, desto weiter entfernen sie sich von den eigenen Bedürfnissen. Die Selbstausbeutung wird oft jahrelang betrieben.

Ähnliche therapeutische Ansätze

Für beide Erkrankungen gilt zunächst, den Pa-

tienten aus der körperlich-seelischen Krise herauszuholen. Bei Boreout-Patienten sollten dann am Arbeitsplatz Gespräche mit der Personalabteilung und den Vorgesetzten geführt oder ein Wechsel des Arbeitsplatzes angestrebt werden, um neue Herausforderungen zu finden.

Für Burnout-Patienten ist der Beginn der Therapie bereits der erste Therapieschritt. Für viele Patienten ist die Situation, plötzlich mit all seinen Befindlichkeiten selbst im Mittelpunkt des eigenen Lebens und Alltags zu stehen, kaum erträglich. Vielen fällt das Zusammensein in der Gruppe von Mitpatienten schwer, weil sie jahrelang als Einzelkämpfer unterwegs waren.

Die Psychosomatik nutzt eine ganze Reihe therapeutischer Angebote für beide Erkrankungen. Die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung setzt zum einen mit psychodynamischen Gesprächen, Entspannungsverfahren, Körpertherapieverfahren (zum Beispiel konzentrierte Bewegungstherapie, funktionelle Entspannung) oder Kunst- und Musiktherapie sowie gegebenenfalls notwendigen somatischen Maßnahmen an. Es wird durch diese Therapien versucht, die zugrundeliegenden inneren Konflikte zu lösen, die eine aktivere Auseinandersetzung mit der äußeren Belastung erschweren.

Weitere Informationen:

Brigitte Ziegelmayer

Fon (069) 7601-3204 / -3206

ziegelmayer.brigitte@sthhg.de

NEUIGKEITEN

MINISTER RHEIN BESUCHT FRANKFURTER UNIVERSITÄTSMEDIZIN

Der Hessische Minister für Wissenschaft und Kunst, Boris Rhein, besuchte im Rahmen seiner Sommerreise verschiedene Orte, die Einblick in Hessens Kultur- und Forschungslandschaft geben. Am 26. Juli machte er Station am Frankfurter Universitätsklinikum. Im Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) informierte er sich über die Behandlung von Krebs auf höchstem wissenschaftlichem Niveau und besuchte Patienten der Tagesklinik. Einblick in ein Forschungsprogramm zur Entwicklung neuer Therapieoptionen für Darmkrebs erhielt Staatsminister Rhein im Georg-Speyer-Haus. Auf der Isolierstation wiederum wurden die anspruchsvolle Behandlung und die Vorsichtsmaßnahmen bei der Versorgung hochinfektiöser Patienten – zum Beispiel mit Ebola – erläutert und vorgeführt. „Wir freuen uns, Staatsminister Rhein verschiedene Leistungsbereiche unserer Universitätsmedizin vorstellen zu können, die für die Versorgung der Menschen in der Region von wesentlicher Bedeutung sind und wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Medizin geben“, sagte Prof. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums, im Rahmen des Besuches.

Aus dem Labor direkt ans Krankenbett

Erste Station des Ministers war das UCT. Es handelt sich um ein Comprehensive Cancer Center nach US-amerikanischem Vorbild und wird gemeinsam von Universitätsklinikum Frankfurt, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität und Krankenhaus Nordwest betrieben. Zentra-



Staatsminister Boris Rhein (3.v.l.) informierte sich auch über die Arbeit auf der Sonderisolation des Universitätsklinikums Frankfurt. Mit dabei: Prof. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums, und Dr. Timo Wolf, Oberarzt der Infektiologie (v.l.n.r.).

les Ziel ist es, die verschiedenen Fachdisziplinen in der onkologischen Diagnostik, Behandlung, Forschung und Ausbildung miteinander zu vernetzen. Am 7. Juli 2016 hat die Deutsche Krebshilfe das UCT zum dritten Mal in Folge als eines von 13 deutschlandweiten Onkologischen Spitzenzentren ausgezeichnet – als einzigen Standort in Hessen. Das Zentrum arbeitet auf Basis evidenzbasierter Leitlinien, fördert die Grundlagenforschung sowie die anwendungsbezogene Forschung, damit Patienten schnellstens von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren können. Die erfolgreiche Arbeit des UCT führte auch zur Aufnahme als Partnerstandort ins Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK) – eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der beteiligten Bundesländer. Staatsminister Rhein konnte sich über die Rolle des UCT bei der onkologischen Versorgung in der Region sowie über translationale Forschung und ihre Auswirkungen für Leukämie- und Krebsbetroffene informieren. In der UCT-Tagesklinik hatte er Gelegenheit, mit Patienten über ihre Erfahrungen und Bedürfnisse zu sprechen.

Neue Initiative zur Weiterentwicklung der Krebstherapie

Als nächstes stand der Besuch einer sehr traditionsreichen Forschungseinrichtung auf dem Programm. Die private Stiftung Chemotherapeutisches Forschungsinstitut Georg-Speyer-Haus wurde 1904 eingerichtet und war eine Forschungsstätte für Paul Ehrlich, den Begründer der Chemotherapie und ersten Direktor dieser Institution. Sie ist durch einen Kooperationsvertrag mit der Goethe-Universität Frankfurt verbunden und wird durch das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst und das Bundesministerium für Gesundheit finanziert. Staatsminister Rhein wurde das Institut vorgestellt und er erfuhr unter anderem, dass die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die Gründung einer neuen Forschergruppe mit 3,5 Millionen Euro für zunächst drei Jahre finanziert. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universitäten Frankfurt, Erlangen und Regensburg werden hier gemeinsam grundlegende Mechanismen zur Entstehung des Darmkrebses untersuchen, um die Basis für wirksamere Therapien zu schaffen.

Außerdem wurden dem Minister die Pläne für das Frankfurt Cancer Institute präsentiert. Die

gemeinsame Initiative des Georg-Speyer-Hauses und des Universitätsklinikums will Grundlagenwissenschaftler und Kliniker unter einem Dach zusammenbringen, um die Grenze zwischen den verschiedenen Disziplinen zu überbrücken, damit Patienten noch schneller von neuen Forschungserkenntnissen profitieren.

Sichere Behandlung hochinfektiöser Erkrankungen wie Ebola

Die letzte Station dieses Besuchs führte Staatsminister Rhein in die Infektiologie des Universitätsklinikums. Sie ist mit einer Sonderisolation ausgestattet, in der Patienten mit hochinfektiösen, lebensbedrohlichen Erkrankungen wie zum Beispiel Ebola oder Lassa-Fieber behandelt werden können – und in den vergangenen Jahren auch erfolgreich behandelt wurden. Die Stationsräume sind so ausgestattet, dass Keime nicht nach außen dringen können. Unterdruck verhindert, dass Luft entweicht. Bei der Versorgung schwerer Krankheitsfälle werden die Räume ausschließlich über besondere Druckschleusen mit eigener Klimatisierung betreten. Das Ärzte- und Pflegeteam trägt aufwendige Ganzkörperschutzanzüge, in denen Überdruck herrscht und eine Kommunikation nur per Handzeichen oder Headset möglich ist. Die Funktion dieser Sicherheitsbekleidung wurde dem Minister detailliert dargelegt.

Die Zahl der Isolationsfälle durch Importinfektionen hat in den letzten Jahren zugenommen und insbesondere Frankfurt fällt als internationales Drehkreuz eine besondere Bedeutung zu. Deshalb hat die Isolierstation des Universitätsklinikums eine wichtige Funktion für den Schutz der Gesundheit in der Region und in Deutschland. Es ist dabei auch in das Kompetenznetzwerk des Landes Hessens eingebunden und spielt eine bedeutende Rolle als offizielles WHO Collaborating Centre. Minister Rhein konnte sich bei seinem Besuch von der großen Relevanz der Isolierstation für den Schutz vor hochinfektiösen Erregern überzeugen. Er wurde über die Abläufe im Ernstfall und die Behandlung betroffener Patienten informiert und konnte sich bei einer Demonstration ein Bild der aufwendigen Sicherheitsvorkehrungen machen.

Weitere Informationen:

Bärbel Kischlat

Fon (069) 6301-6444

baerbel.kischlat@kgu.de

AUS DEN PARTNERHÄUSERN

ÄRZTE AM KLINIKUM HANAU IMPLANTIEREN ERSTMALS SUBKUTANEN DEFIBRILLATOR



PD Christof Weinbrenner

Der plötzliche Herztod fordert alleine in Deutschland jährlich 100.000 Todesopfer und tötet mehr Menschen als Lungenkrebs, Brustkrebs und AIDS zusammen. Die Ursache hierfür liegt in einem unregelmäßigen oder abnormen Herzrhythmus, dessen Ursprung im elektrischen System des Herzens liegt. Mehr als 95 Prozent derjenigen Patienten, die eine solche lebensbedrohliche Arrhythmie erleiden, sterben, noch bevor sie das Krankenhaus erreichen.

Die Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Nephrologie und internistische Intensivmedizin des Klinikums Hanau bietet Menschen mit solch lebensgefährlichen Herzrhythmusstö-

rungen nun eine weitere schonende Behandlungsmethode an. „Der von uns nun erstmals eingesetzte sogenannte subkutane Defibrillator (S-ICD) ist das am wenigsten invasiv implantierbare System. Es wird eingesetzt, ohne dabei Herz und Gefäßsystem zu tangieren. Der Defibrillator sitzt direkt unter der Haut und bedarf keiner dünnen, isolierten Drähte (Elektroden), die bis ins Herz verlegt werden müssen; er bietet Patienten eine echte Alternative zu den üblichen Kardioverter-Defibrillatoren, für die solche bis ins Herz geleiteten Elektroden ansonsten notwendig sind“, erläutert PD Christof Weinbrenner, Chefarzt der Kardiologie.

Kardioverter-Defibrillatoren (ICDs) dienen zur Detektion, Stimulation und Therapie lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen aus der Herzkammer und zur Vermeidung des plötzlichen Herztodes. Im Falle von bösartigen Herzrhythmusstörungen kann damit ein an das Herz abgegebener elektrischer Schock den Herzrhythmus wiederherstellen und für eine normale Durchblutung im gesamten Körper sorgen.

Dies wird als Defibrillationstherapie bezeichnet. Klassisch werden die Elektroden des Defibrillators über eine Vene zum Herzen vorgebracht. Der Defibrillator selbst sitzt in einer Tasche unter dem großen Brustmuskel meist auf der linken Brustseite. Bei wenigen Patienten können die Kabel jedoch nicht ins Herz vorgebracht werden und es mussten bisher Stimulationselektroden durch eine Operation auf das Herz aufgenäht werden. Dies kann durch das neue System nun vermieden werden.

In Frage für einen subkutanen Defibrillator kommen Patienten, die vom plötzlichen Herztod durch Kammerflimmern bedroht sind, aber keine weitere Stimulationstherapie durch einen Herzschrittmacher benötigen. Bei passender Indikation ist das System auch für jüngere Patienten geeignet und für Patienten, bei denen herkömmliche, venöse Elektroden Systeme immer wieder zu Komplikationen geführt haben. PD Weinbrenner sagt dazu: „Der subkutane Defibrillator stellt einen weiteren deutlichen Fortschritt in der Defibrillationstherapie und zur Vermeidung eines plötzlichen Herztodes dar. Gleichzeitig belegt es die überdurchschnittlichen Anstrengungen unserer Klinik, unseren Patienten immer die effizientesten Technologien zu bieten. Dazu zählt auch die MRT-Tauglichkeit des Gerätes.“

„Das S-ICD System bietet Patienten mit dem Risiko eines plötzlichen Herztodes eine einzigartige und effiziente Behandlungsmöglichkeit. Die erste Implantation des neuen Systems wurde nun am Klinikum Hanau erfolgreich durchgeführt und wir sind froh unseren Patienten damit eine weitere schonende Therapieoption ermöglichen zu können“, ergänzt Geschäftsführer Volkmar Bölke.

Weitere Informationen:

Josefine Adolf

Fon (06181) 296-2188

oeffentlichkeitsarbeit@klinikum-hanau.de

AUSZEICHNUNGEN UND PERSONALIA

PROF. FULDA IN SENATSKOMMISSION DER DEUTSCHEN FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT



Prof. Simone Fulda

Der Senat der DFG hat Prof. Simone Fulda, Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt, für die nächsten drei Jahre in die Ständige Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung (SGKF) berufen.

Die SGKF wurde im Juli 2013 für eine zunächst dreijährige Mandatsperiode aufgestellt. Im Juli dieses Jahres wurde das Mandat um weitere drei Jahre verlängert.

Prof. Fulda steht für neue Wege in der Krebsforschung

Prof. Fulda hat sich einen Namen mit ihrer

Apoptose-Forschung gemacht. Dies ist der programmierte Zelltod, der für die Aufrechterhaltung der Gewebemöiostase notwendig und typischerweise in Krebszellen gestört ist.

Die Wissenschaftlerin erforscht neue medikamentöse Behandlungsansätze, um dieses Selbstmordprogramm gezielt in Krebszellen wieder in Gang zu setzen und damit neue Perspektiven für eine individualisierte Krebstherapie zu entwickeln. Für ihre Forschungsbeiträge hat sie zahlreiche nationale und internationale Preise erhalten

Weitere Informationen:

baerbel.kischlat@kgu.de

NEUER ÄRZTLICHER DIREKTOR AM KRANKENHAUS NORDWEST



Prof. Klaus-Peter Hunfeld

Prof. Klaus-Peter Hunfeld übernimmt ab sofort die Funktion des Ärztlichen Direktors am Krankenhaus Nordwest. Hunfeld tritt die Nachfolge von Prof. Uta Meyding-Lamadé an, die nach dreijähriger Amtszeit die Ärztliche

Leitung turnusmäßig an ihren Nachfolger übergibt und sich in Zukunft ausschließlich ihrer Tätigkeit als Chefärztin der Klinik für Neurologie

und der medizinischen Leitung des Neuroscience Stroke and Rehabilitation Center (NSRC) im Sultanat Brunei Darussalam widmen wird. Der Aufsichtsrat beruft Prof. Hunfeld für die Dauer von drei Jahren. Prof. Hunfeld ist Facharzt für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie mit der Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene. Seit 2009 ist Prof. Hunfeld Chefarzt des Zentralinstituts für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Krankenhaus Nordwest. 2013 übernahm er das Amt des stellvertretenden Ärztlichen Direktors.

Das Zentralinstitut für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene führt unter der Leitung von Prof. Hunfeld für das

Krankenhaus Nordwest und das Hospital zum Heiligen Geist klinisch-chemische, hämatologische, hämostaseologische, immunologische und mikrobiologische Untersuchungen durch. Diese dienen der Diagnostik, Verlaufsbeurteilung und Therapiekontrolle von Erkrankungen. Darüber hinaus berät das Institut zu infektiologischen Themen und unterstützt die beiden Krankenhäuser rund um das Thema Krankenhaushygiene. Unterstützt wird Prof. Hunfeld durch den neuen stellvertretenden Ärztlichen Direktor Prof. Siegbert Rossol, Chefarzt der Medizinischen Klinik.

Weitere Informationen:

ziegelmayer.britte@sthhg.de

DR. STEFANIE VEIT NEUE CHEFÄRZTIN FÜR THORAXCHIRURGIE AM KRANKENHAUS NORDWEST



Dr. Stefanie Veit

Dr. Stefanie Veit, Fachärztin für Thoraxchirurgie, wurde zum 1. September Chefärztin der neu gegründeten Klinik für Thoraxchirurgie am Krankenhaus Nordwest. Die Klinik für Thoraxchirurgie und

die Klinik für Gefäßchirurgie werden zukünftig als zwei Kliniken unter dem Dach des Zentrums für Gefäß- und Thoraxchirurgie geführt. Chefarzt der Gefäßchirurgie und Direktor des Zent-

rums wird Prof. Max Zegelman, bisheriger Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie. „Die Stärkung der Thoraxchirurgie durch eine eigene Chefärztin ist ein bewusster Schritt, um das medizinische Portfolio am Krankenhaus Nordwest zu ergänzen und zukunftsfähig zu machen“, erklärt Tobias Gottschalk, Geschäftsführer des Krankenhauses Nordwest die Umstrukturierung. Mit der Einrichtung einer eigenen Klinik für Thoraxchirurgie soll vor allem die onkologische Lungenchirurgie ausgebaut und damit die Onkologie insgesamt weiter vorangebracht werden.

Dr. Stefanie Veit, 42 Jahre alt und gebürtige Schwäbin, wechselt aus der Position der leitenden Oberärztin des Lungenzentrums der Sana Kliniken Düsseldorf an das Krankenhaus

Nordwest. Nach ihrer Facharztanerkennung als Thoraxchirurgin im Jahr 2007 war sie am Cedars-Sinai Medical Center in Los Angeles und Oberärztin im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart am Standort Klinik Schillerhöhe. Ihr Schwerpunkt liegt in der videoassistierten thorakoskopischen (VATS) Lobektomie, der minimalinvasiven Lungenchirurgie.

„Ich freue mich, mit Frau Dr. Veit eine erfahrene Thoraxchirurgin als Chefärztin und Kollegin im neuen Zentrum für Gefäß- und Thoraxchirurgie zu begrüßen. Gemeinsam werden wir unsere Fachdisziplinen zum Nutzen unserer Patienten gestalten und ausbauen“, so Prof. Max Zegelman über den Neuzugang.

Weitere Informationen:

ziegelmayer.britte@sthhg.de

PROF. FLEMING IN DIE LEOPOLDINA GEWÄHLT



Prof. Ingrid Fleming

Prof. Ingrid Fleming, Direktorin des Institute for Vascular Signalling am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde in die renommierte Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften, aufgenommen.

Prof. Fleming wurde im Mai dieses Jahres auf Vorschlag der Mitglieder zum Mitglied der Leopoldina gewählt und in die Sektion Physiologie und Pharmakologie/Toxikologie aufgenommen. Die Wahl stellt eine besondere Anerkennung ih-

rer wissenschaftlichen Leistungen und ihrer Persönlichkeit dar. Aus dem Fachbereich Medizin der Goethe-Universität sind bereits die Professoren Korf, Hansmann, Plate, Schölmerich, Dikic und Pfeilschifter Mitglieder der Leopoldina.

Weitere Informationen:

baerbel.kischlat@kgu.de

PROF. KAI ZACHAROWSKI NEUER VORSTANDSVORSITZENDER DER LOHFERT STIFTUNG

Prof. Kai Zacharowski, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde als Nachfolger von Stifter und Vor-



Prof. Kai Zacharowski

standsvorsitzendem Dr. Christoph Lohfert zum Vorstandsmitglied und Vorsitzendem des Vorstands der Lohfert-Stiftung bestellt. Als Preisträger des Lohfert-Preises 2014 und Mitglied des Kuratoriums der Stiftung war Prof.

Zacharowski der Stiftung bereits vor seiner Berufung zum Vorstandsvorsitzenden verbunden und hat sie in ihren Bestrebungen für eine verbesserte Patientensicherheit unterstützt.

Weitere Informationen:

baerbel.kischlat@kgu.de

PD KAUFERSTEIN BEIM SYMPOSIUM OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF LEGAL MEDICINE AUSGEZEICHNET



PD Silke Käuferstein

PD Silke Käuferstein vom Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt wurde beim diesjährigen Symposium of the International Academy of Legal Medicine, das vom 21. bis 26. Juni 2016 in Venedig stattfand, mit dem Preis für den besten Vortrag ausgezeichnet.

In dem Vortrag mit dem Titel „Relevance of molecular testing in patients with a family history of sudden death“ setzte sich PD Käuferstein mit plötzlichen Herztodesfällen und ihren Ursachen auseinander. Zu den zugrundeliegenden Ursachen von plötzlichen Herztodesfällen bei jungen Personen zählen insbesondere genetisch bedingte Herzerkrankungen wie die primären Arrhythmiesyndrome oder die Kardiomyopathien. Die genetische Diagnostik bei hereditären Arrhythmiesyndromen leistet einen wichtigen Beitrag zur Todesursachenermittlung in Fällen von plötzlichem Herztod und stellt unter Umständen einen wichtigen Biomarker zur weiteren Diagnosesicherung innerhalb der betroffenen Familien dar.

Weitere Informationen:
baerbel.kischlat@kgu.de

AUSZEICHNUNG FÜR PD KUHLI-HATTENBACH

PD Claudia Kuhli-Hattenbach aus der Augenklinik des Universitätsklinikums wurde bei der 30. Tagung der Deutschsprachigen Gesellschaft

für Intraokularlinsen-Implantation, interventionelle und refraktive Chirurgie (DGII) mit einem Vortragspreis ausgezeichnet.

In dem Vortrag mit dem Titel „Persistierende fetale vaskuläre Strukturen: Einfluss auf den Langzeitverlauf in der operativen Behandlung der kongenitalen Katarakt“ präsentierte PD Kuhli-Hattenbach ihre Studie über den Einfluss okulärer Fehlbildungen auf das langfristige Ergebnis in der operativen Therapie des angeborenen grauen Stars. Sie konnte darin mit ihren



PD Claudia Kuhli-Hattenbach

Koautoren nachweisen, dass die operative Therapie der kongenitalen Katarakt in den ersten 18 Lebensmonaten ein sicheres Operationsverfahren mit insgesamt beherrschbaren intra- und postoperativen Risiken darstellt.

Weitere Informationen:
baerbel.kischlat@kgu.de

I. POSTERPREIS FÜR TASSILO JUNGENTZ

Tassilo Jungenitz (AG Schwarzacher, Institut für Klinische Neuroanatomie, Universitätsklinikum Frankfurt) erhielt auf der 3. Tagung des „Rhine-Main-Neuroscience Networks“ (rmn²) den 1. Posterpreis.

Das Poster „Dynamic structural development, activity-related dendritic plasticity and homo- and heterosynaptic plasticity of adult newborn dentate granule cells in the rat hippocampus“ von Dipl.-Biologe Jungenitz und Kolleg/innen wurde aus einer Vielzahl von Beiträgen ausgewählt und mit dem 1. Preis gewürdigt. Die preisgekrönte Studie hat Jungenitz im Rahmen

IMPRESSUM

Herausgeber:

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen

Verleger/Verlag

Gloria Mundi GmbH
Waldschmidtstraße 19, 60316 Frankfurt
Fon (069) 23 80 792-231
Fax (069) 23 80 792-250

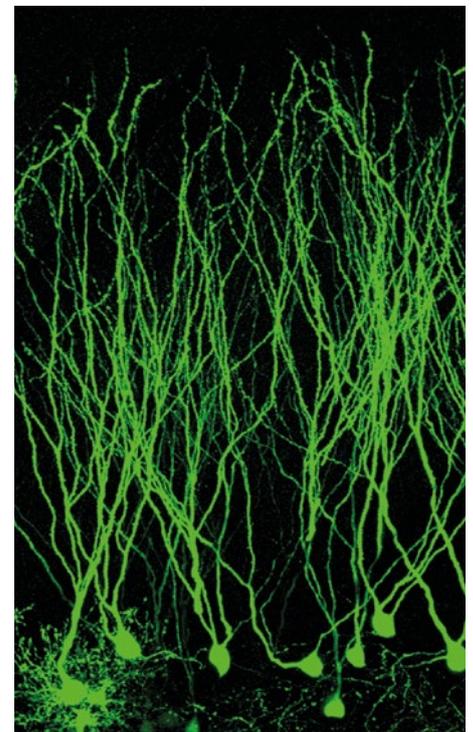
info@klinikallianz-plus.de
www.klinikallianz-plus.de

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

seiner Doktorarbeit zusammen mit Marcel Beining und Tijana Radic, ebenfalls Doktoranden am Institut, unter Betreuung von PD Stephan Schwarzacher und PD Peter Jedlicka erstellt.



Neugebildete Nervenzellen im Hippocampus einer adulten Ratte

Weitere Informationen:
baerbel.kischlat@kgu.de