

An der Fortbildung der Klinikallianz Plus

HUND, KATZE, MAUS: INFEKTIONSGEFAHREN AUS DEM TIERREICH ZOOZOSEN IN DER MEDIZIN

am Mittwoch, den 27. November 2013 um 18:30 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 100 Teilnehmer beschränkt. Bitte senden Sie uns Ihre Faxantwort bis zum 26. November 2013 an die Faxnummer

(069) 1534-1559

EINLADUNG

zur Fortbildung der Klinikallianz Plus

HUND, KATZE, MAUS: INFEKTIONSGEFAHREN AUS DEM TIERREICH ZOOZOSEN IN DER MEDIZIN

Mittwoch, 27. November 2013, 18:30 Uhr bis ca. 21:00 Uhr

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich lade ich Sie zur Fortbildungsveranstaltung der Klinikallianz Plus „HUND, KATZE, MAUS: INFEKTIONSGEFAHREN AUS DEM TIERREICH“ ein.

Schon immer stellten Infektionen, die von Tieren auf Menschen übertragen werden, eine besondere Bedrohung dar. Kaum jemand realisiert es: Die allermeisten Infektionserreger sind zoonotischen Ursprungs – so etwa Influenzaviren, EHEC-Bakterien oder auch spezielle MRSA-Stämme. In den letzten Jahren wurden mehrere spektakuläre Ausbrüche mit zoonotischen Infektionserregern beschrieben (*Coxiella burnetii*, Hantaviren).

Trotz ihrer immensen medizinischen Relevanz fristen die Zoonosen ein „Schattendasein“ in der Medizin, einige werden sehr kontrovers in Bezug auf Diagnostik und Therapie diskutiert. Dies liegt an verschiedenen Umständen: Einerseits ist die Zahl der gemeldeten Fälle vermeintlich gering (eine Feststellung, die oftmals aber gar nicht zutrifft), andererseits sind die Nachweisverfahren recht aufwändig.

Mit Prof. Hunfeld (Krankenhaus Nordwest) haben wir einen prominenten Experten aus der „Welt der Borreliose“ als Redner gewinnen können. Prof. Vogl (Universitätsklinikum Frankfurt) wird Ihnen faszinierende Bildungsmöglichkeiten bei Zoonosen demonstrieren und PD Baas (Klinikum Hanau) aus seinem umfangreichen neurologischen Erfahrungsschatz berichten. Ich selbst werde Ihnen Bartonellen vorstellen, einen aktuellen Erreger mit vielen Unbekannten.

Ich freue mich, Sie zu diesem „tierischen“ Abend in den Frankfurter Zoo einladen zu dürfen.

Herzlichst, Ihr



Volkhard Kempf

Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Frankfurt



PROGRAMM

18:30 Uhr

BEGRÜSSUNG DURCH DEN HAUSHERRN

Prof. Manfred Niekisch
Direktor des Frankfurter Zoos

18:40 Uhr

BEGRÜSSUNG, KURZE EINFÜHRUNG ZUR THEMATIK „ZONNOSEN“

Prof. Volkhard A. Kempf
Universitätsklinikum Frankfurt

18:45 Uhr

VON KLEINEN BLUTSAUGERN UND BLINDEN PASSAGIEREN: ZUR MEDIZINISCHEN BEDEUTUNG DER LYME-BORRELIOSE

Prof. Klaus-Peter Hunfeld
Krankenhaus Nordwest

19:10 Uhr

NEUROBORRELIOSE, DAS CHAMÄLEON UNTER DEN NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

PD Horst Baas
Klinikum Hanau

19:35 Uhr

ZONNOSEN: ROLLE DER BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK UND INTERVENTION

Prof. Thomas Vogl
Universitätsklinikum Frankfurt

20:00 Uhr

BARTONELLA HENSELAE: MEHR ALS NUR KATZENKRATZKRANKHEIT

Prof. Volkhard A. Kempf

20:25 Uhr

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSWORT

Prof. Volkhard A. Kempf

20:30 Uhr

IMBISS

Der vollständige Besuch der Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen zertifiziert. Es sind drei CME-Punkte beantragt.

VERANSTALTUNGORT UND ANMELDUNG

VERANSTALTUNGORT

GESELLSCHAFTSHAUS DES FRANKFURTER ZOOS

Kleiner Saal, Bernhard-Grzimek-Allee 1, 60316 Frankfurt am Main

PKW

Rund um den Zoo ist die Anzahl freier Parkplätze unter Umständen sehr gering. In unmittelbarer Nähe zum Zoo stehen Ihnen jedoch die folgenden Parkhäuser zur Verfügung: **Parkhaus Zoopassage**, Grüne Straße 11, **Parkhaus City-Parkhaus Ost**, 2 Einfahrten: Waldschmidtstr. 43 oder Wittelsbacher-Allee 26, **Parkhaus Mousonturm**, Waldschmidtstr. 6, **Parkhaus Klinik Rotes Kreuz**, Königswarterstr. 19

ÖPNV

Straßenbahn Linie 14, U-Bahn Linie U6 und U7,
Haltestelle Frankfurt Zoo



Foto: Jochen Ackermann

ANMELDUNG

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen
Fon: (069) 1534-2300, Fax: (069) 1534-1559
www.klinikallianz-plus.de, info@klinikallianz-plus.de

GEFÖRDERT DURCH



150 Years
Science For A Better Life

MIKROGEN
DIAGNOSTIK



PLUSPULS

KLINIKALLIANZ PLUS
Metropole Frankfurt Hessen



EDITORIAL

DIE HERAUSFORDERUNG UNSERER ZEIT: KRANKENHÄUSER FAMILIEN- UND LEBENSPHASENBEWUSST FÜHREN – FÜR EIN GEBEN UND NEHMEN IN DER BALANCE

Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben wird zurzeit mehr diskutiert denn je. Jeden Tag begegnen wir Begriffen wie Fachkräftemangel, Work-Life-Balance und Pluralisierung der Lebensstile. Und wir begegnen diesen Begriffen als ganz realen Phänomenen. Sie bestimmen längst unseren Alltag – ganz speziell unseren Arbeitsalltag. Sie sind branchenunabhängig die gegenwärtigen Herausforderungen für jeden Arbeitgeber und somit auch für uns, die Krankenhäuser.

Derzeit beschäftigen die knapp 2.000 Krankenhäuser in Deutschland über 1,1 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Krankenhäuser sind zudem vielerorts die größten Arbeitgeber. Und vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels ist die Personalbindung eine wichtige Aufgabe. Doch gerade im Hinblick auf die Arbeitszeitgestaltung stehen Krankenhäuser und Kliniken vor besonderen Herausforderungen: Denn insbesondere in der Medizin gibt es wechselnde Einsatzorte, nicht immer vorhersehbare Arbeitszeiten, Besprechungen zu Zeiten, in der eine Kinderbetreuung nicht gewährleistet ist, oder Dienstzeitsätze, die dem Betreuungsrhythmus eines pflegebedürftigen Angehörigen nicht entgegenkommen. Dies alles erschwert ein Familienleben, das im Wesentlichen auf Verlässlichkeit und Vertrauen angewiesen ist. Doch mit der Erwerbsarbeit als maßgeblichem Taktgeber des Tagesablaufes wie auch der Lebensbiographie sind Familien in der Regel einseitig zur Anpassung gezwungen – zu Lasten eines ausgeglichenen Familienlebens und gemeinsamer Familienzeit.

Laut der aktuellen Repräsentativbefragung „Monitor Familienleben 2012“ durch das Institut für Demoskopie Allensbach, sehen 47 Prozent der Befragten eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf als wichtigste politische Aufgabe, um Deutschland eine gute Zukunft zu sichern – bei Familien mit Kindern sind es so-

gar 60 Prozent. 56 Prozent wünschen sich die Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Beruf nach der Familienphase und auch der Ausbau der Betreuungsangebote für Kinder steht ganz oben auf der Liste.

Es gilt also, passgenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu schaffen und anzubieten. Wir brauchen Eltern als qualifizierte Arbeitskräfte. Vätern und Müttern darf die Teilhabe am Arbeitsmarkt nicht durch überholte und starre Strukturen erschwert werden. So haben wir, die Krankenhäuser der Klinikallianz Plus, es uns zur Aufgabe gemacht, einen familienbewussten Führungsstil zu entwickeln und eine Politik zu betreiben, die es unseren Mitarbeitern ermöglichen kann, familiäre und berufliche Interessen zu vereinbaren. Eine Unternehmenspolitik, die eine Balance im Geben und Nehmen schafft.

Mit Erfolg: 2007 erhielt das Universitätsklinikum eine Zertifizierung und seit 2012 tragen das Bürgerhospital sowie das Clementine Kinderhospital die Auszeichnung „audit berufundfamilie“. Mit dieser Auditierung stellen sich die Häuser der Verantwortung, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern. Denn Unzufriedenheit resultiert an erster Stelle aus den Rahmenbedingungen des Familienlebens und aus Problemen mit der Berufstätigkeit, wie lange Abwesenheit von der Familie, Überforderung oder geringe Arbeitszeitflexibilität (Quelle: Abschlussbericht der Akzeptanzanalyse II zur Nutzung und Bewertung staatlicher Leistungen für die Betreuung und Förderung von Kindern sowie für die Altersvorsorge von Familien, IfD Allensbach, 2013).

Das Universitätsklinikum Frankfurt verfolgt mit einem eigenen Maßnahmenprogramm die Förderung von Eltern und Frauen. Nicht nur um



Prof. Thomas J. Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt und Sprecher der Klinikallianz Plus

Müttern die Berufstätigkeit zu erleichtern, wurde die Betriebskindertagesstätte auf 75 Plätze erweitert. Zum selben Zweck hat der Vorstand außerdem ein betreutes Kinderzimmer für Medizinstudentinnen und Mitarbeiterinnen eingerichtet. Ebenfalls im Auftrag des Vorstandes hat sich eine Kommission formiert, die unter dem Motto „Zurück in die Zukunft“ Modellprojekte entwickelt für die Rückkehr aus der Elternzeit oder aus anderen passiven Arbeitsphasen. Ein weiteres Vorhaben unter dem Titel „Jung und Dynamisch versus 50+“ ist ein Realisierungskonzept, bei dem Tandems aus Jung und Alt Frauen im Arbeitsalltag entlasten. Außerdem ist die Umsetzung eines Mentorenprogramms für

Akademikerinnen in Weiterqualifikationsphasen vorgesehen.

Zu den familienorientierten Maßnahmen, die im Bürgerhospital Frankfurt und im Clementine Kinderhospital bereits etabliert worden sind, gehören u.a. umfangreiche Arbeitszeitmodelle, die Möglichkeit der Familienpflegezeit, eine sogenannte Klinikrente und KiTa-Plätze für Null- bis Siebenjährige. In Zukunft sollen zudem persönliche Ansprechpartner zu Familienaufgaben wie etwa der Pflege von Angehörigen und Kinderbetreuung benannt, ein Betreuungsprogramm für Beschäftigte in Familienauszeiten angeboten und Dienstpläne zur besseren famili-

ären Planbarkeit früher erstellt und kommuniziert werden.

Sie sehen: Wir nehmen unsere Aufgabe ernst und wir müssen das bestehende Angebote noch wirksamer gestalten und weiter ausbauen, damit in naher Zukunft alle unsere Mitarbeiter davon profitieren können. Doch wir brauchen auch Zeit. Denn nur mit Geduld und Ressourcen können alte Strukturen den neuen weichen. Ich blicke in unser Land in zehn Jahren: Selbstverständlich lässt sich dann das Berufs- mit dem Familienleben verbinden. Flexible Arbeitsplätze für Väter und Mütter mit kleinen Kindern sind in allen Institutionen, Organisationen, Wirt-

schaft und im kompletten Gesundheitssystem etabliert. Genügend Betreuungsplätze stehen zur Verfügung, die die Begleitung und Förderung von Vorschul- und Schulkindern mit großer Qualität sicherstellen. Berufliche Auszeiten können gut organisiert werden.

Wir, die Krankenhäuser der Klinikallianz Plus, sind auf dem Weg dorthin.

Ihr

Prof. Thomas J. Vogl

SCHWERPUNKT

VON KLEINEN BLUTSAUGERN UND BLINDEN PASSAGIEREN: ZUR MEDIZINISCHEN BEDEUTUNG DER LYME-BORRELIOSE

Die Lyme-Borreliose stellt die häufigste von Vektoren übertragene Erkrankung der nördlichen Hemisphäre dar. Auch in Deutschland ist die Lyme-Borreliose mit einer geschätzten Inzidenz von 60 bis 261 Fällen auf 100.000 Einwohner pro Jahr eine der wichtigsten einheimischen Infektionserkrankungen. Die genaue



Prof. Klaus-Peter Hunfeld, Krankenhaus Nordwest

Inzidenz und die humanmedizinische Bedeutung anderer weniger bekannter durch Zecken übertragener Mikroorganismen wie Rickettsien, Anaplasmen und Babesien lassen sich hinge-

gen derzeit noch nicht sicher abschätzen. Das auslösende Bakterium der Lyme-Borreliose, die Spirochäte *Borrelia burgdorferi*, wird von Zecken des *Ixodes-ricinus*-Komplexes beim Saugakt übertragen. Der typische Lebensraum dieser, in Europa praktisch flächendeckend vorkommenden, blutsaugenden Ektoparasiten erstreckt sich über Waldränder und Feuchtgebiete ländlicher Regionen hinaus auch auf städtische Parks und Kleingartenanlagen. Die meisten Infektionen treten entsprechend der biologischen Aktivität der den Erreger übertragenden Zecken zwischen Mai und Oktober auf. Vor dem Hintergrund eines sich ändernden Freiheitsverhaltens mit zunehmender Nutzung von Grünflächen und Naherholungsgebieten der Ballungsräume besteht somit ein potentielles Infektionsrisiko für praktisch alle Altersgruppen der Bevölkerung. Diese Zusammenhänge begründen den Stellenwert der Lyme-Borreliose als bedeutende einheimische Infektionskrankheit.

Entscheidend für das potentielle Infektionsrisiko nach einem Zeckenstich ist die örtliche Durchseuchung der Zecken mit Borrelien, die in Europa erheblich schwankt und für das Rhein-Main-Gebiet mit durchschnittlich 9,5 bis 37 Prozent angegeben wird. Längst nicht jeder Zeckenstich führt daher zu einer Erkrankung. Lediglich ca. fünf Prozent aller von einer mit Borrelien infizierten Zecke gestochenen Individuen erleiden anschließend eine klinisch

manifeste Infektion. Die Erreger besitzen effektive Mechanismen zur immunologischen Persistenz im infizierten Wirt. Zudem sind die nach einer Infektion auftretenden Krankheitserscheinungen vielfältig und können ganz unterschiedliche Organsysteme betreffen. Analog zur Syphilis zeigt die klinisch manifeste Borrelioseinfektion dabei einen stadienabhängigen Verlauf und manifestiert sich unter Umständen multisystemisch. Der natürliche Verlauf der Borrelioseinfektion kann somit unbehandelt erheblich variieren, ist aber in der überwiegenden Zahl der Fälle selbstlimitierend.

Für den Erregernachweis stehen – dank erheblicher Fortschritte auf dem Gebiet der mikrobiologischen Diagnostik – inzwischen eine ganze Reihe moderner Verfahren zur Verfügung. Die kulturelle Anzucht des Erregers und der Direktnachweis mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) sind methodisch aufwendig und kostenintensiv. Der serologische Antikörpernachweis bleibt aufgrund der einfachen Durchführbarkeit und relativ guten Verlässlichkeit das primäre Verfahren der Borreliose-diagnostik. Die Güte der Untersuchung und deren diagnostische Aussagekraft sind in besonderem Maße von der Qualität und Erfahrung der durchführenden Laboratorien abhängig. Entsprechend den Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften sollten serologische Untersuchungen aber als Stufendiagnostik durchgeführt werden, um eine ausreichend

spezifische, diagnostische Aussage zu gewährleisten. Allein in Deutschland werden die Gesamtkosten für Diagnostik und Therapie der Erkrankung im ambulanten Bereich auf 51.215.105 € geschätzt.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Lyme-Borreliose einer Therapie mit potenten Antibiotika zumeist gut zugänglich ist. Dabei gilt: Je früher therapiert wird, umso höher ist

die Erfolgsrate der Therapie und umso sicherer werden Spätkomplikationen vermieden. Eine unbefriedigende Symptomrückbildung nach einer Borrelieninfektion wird bei einem kleinen Teil der Erkrankten vor allem in den späten Stadien beobachtet. Diese resultiert häufig in einer – zumeist nicht gerechtfertigten – erneuten Veranlassung von umfangreicher Diagnostik und abermaligen Therapieversuchen mit verschiedensten antimikrobiellen Substanzkombinationen

und ohne belegbaren, dauerhaft klinischen Effekt. Unklar ist momentan, wie häufig die unbefriedigende Rückbildung von Symptomen nach einer gesicherten Infektion aus parainfektiosen Prozessen bzw. einer verzögerten Heilung (Defektsyndrom) resultiert.

Weitere Informationen:

Prof. Klaus-Peter Hunfeld
k.hunfeld@em.uni-frankfurt.de

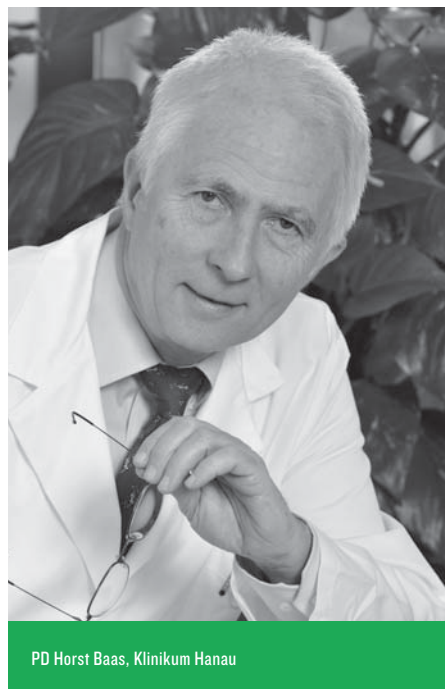
SCHWERPUNKT

NEUROBORRELIOSE, DAS CHAMÄLEON UNTER DEN NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN

Zunächst unerklärbare, rasch einsetzende Schmerzen, Sensibilitätsstörungen oder zunehmende Lähmungen bei ansonsten gesunden Personen aller Altersstufen – all das können Erstsymptome einer Neuroborreliose sein. Die Borreliose gehört in unseren Regionen aufgrund ihrer Verbreitungsdichte und klinischen Symptomschwere zu den wichtigsten Zoonosen. Es handelt sich hierbei primär zwar um eine systemische Infektion mit Befall verschiedener Organsysteme. Der Befall des peripheren und/oder zentralen Nervensystems in Form der Neuroborreliose hat aber aufgrund der hiermit verbundenen einschneidenden klinischen Symptomatik eine besondere Bedeutung.

Die Inzidenz der Borreliose allgemein liegt mit großen regionalen Unterschieden in Deutschland bei ca. 0,1 bis 0,5 Prozent. Die Neuroborreliose ist wesentlich seltener, sie stellt aber mit einer Häufigkeit von drei Prozent die zweithäufigste klinische Manifestationsform einer Borrelieninfektion nach dem Erythema migrans dar, welches bei 50 bis 80 Prozent der symptomatischen Borreliosen zu beobachten ist.

Klinisch kann die Neuroborreliose ein sehr unterschiedliches Erscheinungsbild liefern. Ein vorausgegangenes Erythema migrans (Stadium 1) findet sich nur in ca. 50 Prozent der nachgewiesenen Neuroborreliosefälle und ist somit als Frühzeichen nicht obligat. Unbehandelt kann sich der Verlauf der Neuroborreliose über einen langen Zeitraum erstrecken und es können, ähnlich wie bei anderen Spirochäteninfektionen, mehrere Krankheitsstadien unterschieden werden. Es kann zwischen Frühsymptomen mit einer Symptombdauer von weniger als sechs Monaten (Stadium 2) und chronischen Symptomen



PD Horst Baas, Klinikum Hanau

mit einer Symptombdauer von mehr als sechs Monaten (Stadium 3) differenziert werden.

Die Frühsymptome der Neuroborreliose im Stadium 2 sind mit über 90 Prozent weitaus häufiger als die Spätsymptome des Stadiums 3 und manifestieren sich meist in einer schmerzhaften lymphozytären Meningoradikulopolyneuritis. Es kommt zwei bis zwölf Wochen nach der Infektion zunächst zu frühmeningitischen Zeichen mit Kopfschmerzen und allgemeinem Krankheitsgefühl. Eine isolierte Borrelienmeningitis ohne radikulitisch-neuritische Symptomatik tritt vorwiegend bei Kindern auf. Gleichzeitig oder mit kurzem zeitlichen Versatz entwickeln sich bei Erwachsenen klinische

Symptome einer Polyradikuloneuritis. Klinisch handelt es sich hierbei um segmentale Schmerzen, oft nächtlich betont, in wechselnder Lokalisation und mit schlechter Ansprache auf Analgetika. Im weiteren Verlauf treten häufig neurologische Ausfallssymptome mit Paresen und Sensibilitätsstörungen, oft in asymmetrischer Verteilung auf. Hirnnervenausfälle sind in ca. zwei Drittel der Fälle zu beobachten. Überwiegend handelt es sich um einen Befall des N. facialis mit einseitiger, häufig auch bilateraler Gesichtslähmung. Seltener sind die Augenmuskeln (N. abduzens) oder andere Hirnnerven betroffen.

Wesentlich seltener kommt es, nach chronischem Verlauf über Monate oder Jahre im Stadium 3 zu einer Beteiligung des Zentralnervensystems mit myelitischen und/oder enzephalitischen Zeichen oder auch zu borrelieninduzierten Vasculitiden. Häufigste klinische Symptome sind bei einer Myelitis spastische Para- oder Tetraparesen mit spastisch-ataktischer Gangstörung. Seltener finden sich Zeichen einer chronischen Enzephalitis mit hirnorganischer Veränderung, Bewusstseinstörung und/oder epileptischen Anfällen. Borrelieninduzierte Vasculitiden sind sehr selten und führen meist zu Hirnstamm- oder Thalamusinfarkten. Die rein klinische Abgrenzung gegenüber einer Multiplen Sklerose kann schwierig sein. Differentialdiagnostisch wegweisend ist der Liquorbefund mit deutlicher Proteinerhöhung, erhöhten erregerspezifischen Antikörperindizes und evtl. direktem Erregernachweis mittels PCR im Liquor.

Die Entität des sogenannten Postborreliosesyndroms mit fibromyalgieartigen Beschwerden oder einem chronischen Fatiguesyndrom ist ebenso wie die Existenz einer chronischen Bor-

relienzephalopathie umstritten. Eine positive Borrelienserologie ohne gleichzeitiges entzündliches Liquorsyndrom ist diagnostisch nicht wegweisend, sondern meist lediglich Folge einer früheren inapparenten Infektion.

Diagnostisch kann nach folgenden Kriterien zwischen einer **möglichen, wahrscheinlichen** und **gesicherten** Neuroborreliose differenziert werden:

1. Mögliche Neuroborreliose: typisches klinisches Bild plus borrelienspezifische IgG-/IgM-AK im Serum

2. Wahrscheinliche Neuroborreliose: wie unter 1., zusätzlich entzündliches Liquorsyndrom

3. Gesicherte Neuroborreliose: wie unter 2., zusätzlich borrelienspezifischer Antikörperanstieg im Liquor

Für die Therapie wird die Gabe von Doxycyclin im Stadium 2 (Meningopolyradiculitis) und von Ceftriaxon über zwei bis drei Wochen im Stadium 3 (Myelitis, Enzephalitis, Vasculitis) empfohlen. Da die Prognose der Neuroborreliose abhängig vom frühen Einsatz der Anti-

biotika ist, ist die frühzeitige Diagnose besonders wichtig – aufgrund des chamäleonartig bunten und heterogenen klinischen Bildes jedoch nicht immer einfach.

Weitere Informationen:

PD Horst Baas

baas@em.uni-frankfurt.de

SCHWERPUNKT

ZOONOSEN: ROLLE DER BILDGEBENDEN DIAGNOSTIK UND INTERVENTION

Definitionsgemäß stellen Zoonosen Infektionskrankheiten dar, die vom Tier zum Mensch und vom Mensch zum Tier übertragen werden können. 1959 hat die Weltgesundheitsorganisation festgelegt, dass Zoonosen Krankheiten und Infektionen darstellen, die auf natürlicher Weise zwischen Menschen und anderen Wirbeltieren übertragen werden können. Es sind derzeit etwa 200 Krankheiten bekannt, die beim Tier wie auch beim Menschen vorkommen. Die Erreger werden folgendermaßen differenziert:

- virale Zoonosen
- prioninduzierte Zoonosen
- bakterielle Zoonosen
- zoonotische Mykosen
- parasitäre Zoonosen
- Einzeller
- Würmer
- Arthropoden

Die Aufgabenstellung der bildgebenden Diagnostik gilt insbesondere der Erfassung von Organmanifestationen im zentralen Nervensystem, der Lunge, der Oberbauchorgane sowie auch in den Weichteilstrukturen. Für die bildgebende Diagnostik kommt in der Regel die Sonographie zum Einsatz, die als orientierende Diagnostik im Bereich des Oberbauches, des Abdomens und des Beckens eingesetzt wird.

Der Einsatz der kontrastmittelverstärkten Computertomographie ermöglicht darüber hinaus die Verifizierung von detaillierten Organinfiltrationen, insbesondere im Bereich der Lunge, des Bronchialsystems und der Lymphknoten. Mit dem Einsatz der kontrastmittelverstärkten Magnetresonanztomographie stehen hier die neuroradiologischen Fragestellungen im Vordergrund. Es können Befallstrukturen im Cerebrum, den Meningen und den Nervenverläufen zentral wie auch spinal exakt erfasst werden.

Der bildgebenden Diagnostik kommt eine entscheidende Bedeutung bei der primären Erfassung der Erkrankung, der Differentialdiagnose, der Stadieneinteilung und insbesondere auch der Verlaufskontrolle unter einer spezifischen Therapie zu. Hier muss die Manifestation be-

züglich der Größe, Morphologie und des Kontrastmittelverhaltens erfasst werden. Komplikationen, die insbesondere die Lunge, das Bauchfell und Strukturen des kleinen Beckens betreffen, können exakt diagnostiziert werden.

Die bildgebende Diagnostik ist zudem von essentieller Bedeutung für die Detektion bei der Tuberkulose. Dies betrifft Organsysteme wie Lunge, Weichteilstrukturen, aber auch den abdominalen Raum. Für die cerebrale Diagnostik spielen insbesondere Erreger wie die Zystizerkose und die Toxoplasmose eine entscheidende Rolle. Manifestationen einer Meningitis wie auch intracerebrale Parenchymläsionen müssen diagnostisch erfasst werden. Im Bereich von Lunge, Herz und Leber ist die Diagnostik von parasitären Erkrankungen von entscheidender Bedeutung.

Eine wichtige, opportunistische parasitäre Infektion stellt die Toxoplasmose dar. Auch hier hat die CT- und MRT-Diagnostik eine entscheidende Rolle. Diese Hydatidenerkrankungen werden in der Regel durch einen Echinococcus granulosus verursacht. Auch hier müssen cerebrale Befallsmuster verifiziert und abdominale Veränderungen und lokale Infiltrationen evaluiert werden.

Die interventionelle Radiologie ist wichtig bei der Materialgewinnung für mikrobiologische, virologische und auch histopathologische Spezialuntersuchungen. Dies betrifft insbesondere Erkrankungen mit einer Manifestation in Wirbelsäule, Lunge, Bauchraum, Becken und Weichteilen.



Prof. T. J. Vogl, Universitätsklinikum Frankfurt

Im Falle von Flüssigkeitsansammlungen ermöglicht die sonographisch oder CT-navigierte Drainageanlage eine Entlastung von liquiden Raumforderungen und Abszessen, insbesondere in der Lunge, der Leber und den Weichteilen. Im Falle von Blutungen und Organschädigung ist der Einsatz der digitalen und interventionellen Angiographie bedeutsam. So kann eine unstillbare Situation der Hämoptyse bei einem Organbefall der Tuberkulose mittels

Coiling und Embolisation der Bronchialarterien behandelt werden. Das gleiche gilt auch für abdominelle und pelvine Manifestationen von Parasiten.

Zusammenfassend kommt der bildgebenden Diagnostik bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer Zoonose – basierend auf dem Einsatz der Sonographie, der CT- und der MRT-Untersuchung – eine entscheidende Be-

deutung zu. Die Wahl der Untersuchungstechnik wie auch die Intervention sowie die Interpretation stellen hohe Anforderungen an die Radiologie und müssen ständig den neuesten Informationen und Kenntnissen bezüglich infektiöser Erkrankungen angepasst werden.

Weitere Informationen:
Thomas.Vogl@kgu.de

SCHWERPUNKT

BARTONELLA HENSELAE: MEHR ALS NUR KATZENKRATZKRANKHEIT

Mit dem Beginn der AIDS-Pandemie Anfang der 1980er Jahre häuften sich die Berichte von Patienten, bei denen unklare Blutgefäßwucherungen auftraten. Empirische Antibiotikatherapien bewirkten eine komplette Rückbildung. Dies führte zu der Annahme, dass die Ursache der Erkrankung eine bakterielle Infektion sein musste, was die Bezeichnung „Bazilläre Angiomatose“ (BA) erklärt. Erst 1991 wurde *Bartonella henselae* durch neuartige infektionsgenetische Nachweismethoden als Erreger der BA identifiziert. Zudem stellte sich heraus, dass *B. henselae* auch für ein viel häufigeres Krankheitsbild verantwortlich ist: Bei immunkompetenten Menschen führt eine *B.-henselae*-Infektion zur sogenannten Katzenkratzkrankheit (KKK).

B.-henselae-Infektion des Menschen sind häufige Krankheitsbilder. Die Prävalenz von IgG-Antikörpern in der Bevölkerung wird mit ca. sechs bis zehn Prozent angegeben. 14 Prozent aller unklaren Schwellungen im Kopf- und Halsbereich sind durch *B.-henselae*-Infektionen verursacht. *B. henselae* kommt weltweit vor, eine Übertragung erfolgt klassischerweise durch Katzen, möglicherweise auch durch Hunde. Zecken scheinen einen bislang nicht beachteten Vektorpool darzustellen.

Bartonella spp. sind gramnegative, sehr langsam wachsende, fakultativ intrazelluläre Stäbchenbakterien. Gegenwärtig sind ca. 35 *Bartonella*-Spezies beschrieben. Da zahlreiche Säugetiere als Wirte für Bartonellen in Frage kommen, besteht keine Möglichkeit zur Elimination der Infektionsquelle.

Das Spektrum der Krankheitsbilder reicht von leichteren, lokalen bis hin zu schweren,

systemischen Infektionen. Von der durch *B. henselae* verursachten KKK sind vor allem Kinder betroffen. Nach Inokulation der Erreger (zumeist über Katzen) entsteht nach wenigen Tagen eine manchmal verkrustete, nicht juckende, papulöse Hauteffloreszenz, von der die Erreger in die regionalen Lymphknoten (oftmals axillär oder zervikal) drainiert wer-

immunsupprimierte Patienten (z.B. bei Vorliegen einer AIDS-Erkrankung) betroffen und durch das Auftreten starker Blutungen aus diesen Gefäßkonvoluten gefährdet. Eine gegen *Bartonella spp.* gerichtete Antibiotikatherapie führt zu einer kompletten Rückbildung der Erkrankung. Diese kann nach Absetzen der Antibiotika jedoch wieder auftreten.



Prof. Volkhard A. J. Kempf, Universitätsklinikum Frankfurt

den und zu einer ausgeprägten Lymphadenitis führen. Die KKK hat auch ohne antibiotische Therapie eine sehr gute Prognose und heilt innerhalb von Wochen aus. Kinder leiden zusätzlich häufig unter Übelkeit.

Chronische *B.-henselae*-Infektionen können in einer BA resultieren, die durch das überschießende Wachstum von kapillären Blutgefäßen charakterisiert ist. Davon sind in erster Linie

Neurologische Manifestationen im Gefolge einer *B.-henselae*-Infektion (z.B. Enzephalitis oder Neuroretinitis) wurden mehrfach beschrieben, sind in ihrer Pathogenese aber unverständlich. Selten disseminieren *B.-henselae*-Infektionen und führen zu Abszessen (z.B. in der Leber), zu Granulomen (z.B. in der Lunge) oder zu osteolytischen Veränderungen. Etwa drei Prozent aller „kulturnegativen“ Endokarditiden sind durch Bartonellen verursacht.

Die Fähigkeit zur Induktion von Blutgefäßwachstum unterscheidet Bartonellen von allen anderen humanpathogenen Bakterien. Daher wird *B. henselae* als Modellorganismus für die Untersuchung bakterieller Infektionen mit Gefäßbeteiligung angesehen. Die bakteriell ausgelöste Angiogenese könnte von fachübergreifendem Interesse sein, da der Prozess der Angiogenese in verschiedenen medizinischen Fragestellungen eine wichtige Rolle spielt und die Rolle bakterieller Infektionen im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen immer wieder kontrovers diskutiert wird.

Nur selten ist für Patienten, die an einer KKK leiden, eine antibiotische Therapie angezeigt. Bei

persistierenden Infektionen, Organbefall oder bei vaskuloproliferativen Krankheitsbildern sollte mit Makroliden (Azithromycin oder Roxithromycin), alternativ auch mit Doxycyclin, ggf. in Kombination mit Rifampicin, über eine Woche bis zu mehreren Monaten behandelt werden. Doxycyclin zusammen mit Gentamicin kommt bei Vorliegen einer Endokarditis zum Einsatz.

Zu den einfachsten Nachweisverfahren für eine Infektion mit *B. henselae* gehören serologische Untersuchungen. Die Sensitivität der Serologie beträgt ca. 90 Prozent, die Spezifität ca. 95 Prozent. IgG-Titer von 1:320 deuten auf eine vorliegende oder überstandene Infektion hin; als negativ gelten Titer von < 1:80. Dazwischen lie-

gende IgG-Titer sind oftmals schwierig zu interpretieren. „Kulturnegative“ Bartonella-bedingte Endokarditiden sind meistens durch sehr hohe Titer (z.B. >1:10240) gekennzeichnet. Der molekulare Erregernachweis kann aus Gewebsbiopsaten erfolgen; Anzuchtversuche sind meistens nicht von Erfolg gekrönt. Das vom Robert-Koch-Institut berufene nationale Konsiliarlaboratorium befindet sich am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Weitere Informationen:

Prof. Volkhard A. J. Kempf

Fon (069) 6301-5019

volkhard.kempf@kgu.de

SCHWERPUNKT

INFEKTIONSPRÄVENTION & HYGIENEOPTIMIERUNG

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Frankfurt.



Die Mitarbeiter des Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene

Das Institut führt das gesamte Laborspektrum in Bakteriologie, Parasitologie, Mykologie und Krankenhaushygiene (Zertifikate DIN 15189, 17025, 9001:2000). Neben zahlreichen mikroskopischen Verfahren, klassischer Kultur inklusive Resistenzbestimmung, Infektionsserologie und Tuberkulosedagnostik (Sicherheitsstufe-3-Labor) kommen modernste molekulare Erreger- und Resistenznachweise (Massenspektrometrie, molekulargenetische Analysen) für das Universitätsklinikum, für die Orthopädische

Universitätsklinik Friedrichsheim sowie für externe Einsender zum Einsatz. Die Mitarbeiter leisten umfangreiche Beratungstätigkeit zu allen Fragen der Diagnostik, Therapie und Krankenhaushygiene und regelmäßige konsiliarische Visiten. Eine vollumfängliche Versorgung ist an sieben Tagen in der Woche sichergestellt.

Am Institut befindet sich das vom Robert-Koch-Institut berufene Nationale Konsiliarlaboratorium für *Bartonella*-Infektionen (Leiter: Prof. Volkhard Kempf), das Partner im bundesweiten Robert-Koch-Instituts-Netzwerk „Zoonosen“ ist.

Die Abteilung Krankenhaushygiene (Leiter: PD Christian Brandt) kümmert sich mit einer Weiterbildungsassistentin, fünf Hygienefachkräften sowie dem Hygiene- und Trinkwasserlabor um die Infektionsprävention. Damit setzt das Universitätsklinikum die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen als eine der wenigen Kliniken im Rhein-Main-Gebiet vorbildlich um. Das Institut ist eine vom Land Hessen benannte Trinkwasseruntersuchungsstelle.

Die mikrobiologischen-krankenhaushygienischen Konsile und Visiten (Intensivstationen) wurden auf die neonatologischen Stationen erweitert sowie (in Zusammenarbeit mit der Abteilung „Infektiologie“) ein „Sepsis-Board“

initiiert. Zur Vermeidung von Infektionsketten wurde das „Diversilab“-System eingeführt. Zur Anforderung von Laboruntersuchungen wurde 2012 das Projekt „Order-Entry“ gestartet, das im Jahr 2013 die schriftliche Anforderung von Untersuchungen komplett ersetzen wird.

Wegen der zunehmenden Problematik hochresistenter gramnegativer Infektionserreger wurde die wissenschaftliche Ausrichtung des Instituts im Rahmen der „Frankfurt Initiative for Microbial Sciences“ (Kollaboration mit dem FB 15: Prof. V. Müller) geschärft. Das Institut ist seit 2012 Partner im Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft 815 und im Spitzencluster des Bundesministerium für Bildung und Forschung „CI3“ (Cluster für Individualisierte Immun-Intervention). Forschungsschwerpunkte des Instituts sind: O₂-abhängige Zellantwort bei Infektionen (Kempf), Aufklärung der Pathogenität von *Borrelia burgdorferi* (Kraiczy), *Bartonella henselae* (Kempf), *Staphylococcus aureus* (Wichelhaus), *Acinetobacter baumannii* (Göttig) und *Pseudomonas aeruginosa* (Hogardt). Eine besondere Publikation im letzten Jahr war: Kaiser PO, Linke D, Schwarz H, Kempf VAJ; Analysis of the modular constructed Bartonella adhesin A (BadA) reveals domain-specific and domain-overlapping functions in the process of host cell infection with *Bartonella henselae*. Cell Microbiol 2012;14(2):198-209.

Alleinstellungsmerkmale

IM RHEIN-MAIN-GEBIET UND HESSEN:

- mikrobiologische und krankenhaushygienische Diagnostik
24 Stunden / sieben Tage
- umfangreiche telefonische Befund- und Therapieberatung
- mikrobiologische / krankenhaushygienische Visiten und Konsile
(mehrmals pro Woche)
- „Sepsis-Board“
- Massenspektrometrie, vollumfängliche molekulargenetische Diagnostik
- komplette Weiterbildungsmöglichkeit für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie für Hygiene und Umweltmedizin (mit Prof. David Groneberg, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin)

- Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
- Hessische Trinkwasseruntersuchungsstelle

NATIONAL / INTERNATIONAL:

- vom Robert-Koch-Institut berufenes nationales Konsiliarlaboratorium
- BMBF-geförderte Kooperationsprojekte zur Generierung neuartiger Diagnostika
- „editor in chief“ von „Medical Microbiology and Immunology“ (Prof. Volkhard Kempf) und „GMS Infectious Diseases“ (Prof. Thomas Wichelhaus)
- patentgeschützte Eigenentwicklungen in der mikrobiologischen Diagnostik

NEUIGKEITEN

ERSTMALS IN DEUTSCHLAND: UMFASSENDES PATIENTENBLUT-MANAGEMENT

Um dem OP-Blutmangel zu begegnen, führt das Universitätsklinikum Frankfurt mit drei weiteren Unikliniken ein umfassendes „Patient Blood Management“ ein. So wird die knappe Ressource Blut dorthin verteilt, wo sie tatsächlich benötigt wird. Zugleich steigt die Patientensicherheit.

Die Weltgesundheitsorganisation fordert seit 2011 die Einführung eines „Patient Blood Management“ (PBM). Aufgrund medizinischer, gesellschaftlicher und ökonomischer Veränderungen wird Blut zu einer immer knapperen Ressource – und das weltweit. Gleichzeitig zeigen aktuelle Studien, dass von Bluttransfusionen ein potenziell größeres Risiko ausgehen kann als früher angenommen. Um diese Probleme zu lösen, führt das Universitätsklinikum Frankfurt in Kooperation mit den Unikliniken in Bonn, Kiel und Münster jetzt das PBM ein. Frankfurt übernimmt dabei für Deutschland die Federführung in diesem Bereich der Versorgungsforschung. Im Zentrum steht der optimierte Einsatz von Fremdbluttransfusionen durch drei zentrale Maßnahmen: erstens, spezielle Vorbehandlung von Risikopatienten vor operativen Eingriffen, zweitens, standardisierte Prüfung, ob eine Bluttransfusion tatsächlich sinnvoll ist, sowie drittens, Minimierung des Blutverlustes während und nach der Operation. Weitere Kliniken wollen sich anschließen und langfristig soll das Konzept auf möglichst viele Krankenhäuser ausgeweitet werden.

Führungsrolle in Deutschland

Das PBM wird am Frankfurter Universitätsklinikum koordiniert durch die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie sowie das Institut für Transfusionsmedizin und

Immunhämatologie und den DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen. „Wir sind glücklich, dieses wichtige Anliegen der WHO gemeinsam mit unseren Partnern erstmalig in Deutschland in die Praxis umsetzen zu können. Damit nimmt das Universitätsklinikum Frankfurt eine Führungsrolle für die Sicherung der Blutversorgung im OP innerhalb Deutschlands ein“, sagt Prof. Kai Zacharowski, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie. „Durch die Maßnahmen können wir sicherstellen, dass dauerhaft alle Patienten, die eine Bluttransfusion brauchen, sie auch erhalten“, ergänzt Prof. Erhard Seifried, Direktor des Instituts für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie sowie des DRK-Blutspendedienstes Baden-Württemberg – Hessen.

Umgesetzt werden die Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit den chirurgischen Kliniken. Während der Implementierungsphase von Juli bis September und auch in regelmäßigen Abständen danach finden Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal auf allen chirurgischen Stationen statt. „Dank umfangreicher und erfolgreicher Vorarbeiten aller Beteiligten können wir das Programm jetzt flächendeckend in allen relevanten Bereichen implementieren“, freuen sich die Projektkoordinatoren PD Patrick Meybohm und Dr. Dania Fischer. Nach der vollständigen Einführung kommt das PBM-Programm

bei allen erwachsenen, stationär aufgenommenen chirurgischen Patienten zum Einsatz.

Verfügbarkeit sichern, Patienten schützen

Wenn vor einer OP bei einem Patienten eine Blutarmut besteht, führt das zu einem erhöhten Risiko im Rahmen der Operation. Die bisherige Lösung stellte in solchen Fällen die Gabe von Fremdblutkonserven dar. Allerdings können durch sie auch zusätzliche gesundheitliche Komplikationen auftreten. Aktuelle Studien zeigen, dass die Gabe von Fremdblutkonserven mit einer erhöhten Sterblichkeit, höherer Morbidität (zum Beispiel Herzinfarkte, Nierenversagen) und einem erhöhten Infektionsrisiko (zum Beispiel Lungenentzündung, Blutvergiftung) verbunden sein könnte. Außerdem zeichnen sich aufgrund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren erhebliche Engpässe bei der Versorgung mit Blutkonserven ab. Immer mehr älteren Patienten mit einem wachsenden Bedarf an Fremdblutprodukten stehen immer weniger potentielle Blutspender gegenüber.

Diesen Herausforderungen wird im Rahmen des PBM mit drei zentralen Maßnahmen begegnet. Die erste Säule bilden spezielle Vorbehandlungen von Risikopatienten vor operativen Eingriffen. Durch ein standardisiertes Prüfverfahren wird ermittelt, wie massiv der Blutmangel ist und wie hoch das Risiko für eine

Bluttransfusion wäre. Wenn die Blutarmut ausgeprägt, das Risiko relativ hoch und die Operation zeitlich flexibel ist, wird ein Fachkonsil einberufen. Experten verschiedener Disziplinen legen in diesem Rahmen vorbereitende medizinische Maßnahmen fest, durch die die Blutarmut reduziert und damit der Einsatz von Blutkonserven bei der OP ohne gesundheitliche Risiken vermieden werden kann.

Die zweite Säule des PBM verfolgt das Ziel, den Einsatz der Blutkonserven von vornherein auf die wirklich sinnvollen Fälle zu begrenzen. Dazu sollen die Empfehlungen der Querschnittsleitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten der Bundesärztekammer konsequent umgesetzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine übersichtliche Transfusionsbedarfscheckliste entwickelt, mit der in

jedem konkreten Fall die Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer Blutkonserve überprüft wird.

Unter der dritten Säule sind weitere Maßnahmen zusammengefasst, die den Blutverlust während der OP minimieren. Einerseits werden Blutentnahmen restriktiv gehandhabt. Cell-Saver-Geräte, die das Patientenblut bei Risikooperationen wieder auffangen, kommen routinemäßig zum Einsatz. Auch ein individualisiertes Management zentraler Körperwerte sowie ein Point-of-Care-gestütztes, also patienten-nahes Gerinnungsmanagement werden flächendeckend umgesetzt.

Versorgungsforschung für ganz Deutschland

In der Startphase der ersten 24 Monate wird eine Datenerfassung und Beobachtung aller

Patienten als Begleitforschungsprojekt durch das Institut für Biostatistik und mathematische Modellierung am Universitätsklinikum Frankfurt unter der Leitung von Prof. Eva Herrmann, durchgeführt. Da das PBM-Projekt auch an den Universitätskliniken Bonn, Kiel und Münster stufenweise eingeführt wird, können bis zum Jahr 2015 insgesamt bis zu 100.000 Patienten beobachtet und ausgewertet werden. Die begleitende Studie dient der Qualitätssicherung. Außerdem wird damit die Grundlage für die Weiterentwicklung und Ausweitung des Programms auf weitere Krankenhäuser gelegt.

Weitere Informationen:

www.patientbloodmanagement.de

Prof. Kai Zacharowski

Fon (069) 6301-5998

Kai.Zacharowski@kgu.de

NEUIGKEITEN

WELTERSTE IMPLANTATION EINER DOPPELT GESCHÜTZTEN GEFÄSSPROTHESE BEI EINEM PATIENTEN MIT GEFÄSSPROTHESENINFEKTION – KRANKENHAUS NORDWEST UND BÜRGERHOSPITAL AUF GEMEINSAMEN WEG

In der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie des Krankenhauses Nordwest wurde am 22. Juli 2013 weltweit erstmalig eine Kunststoffgefäßprothese mit einem Doppelschutz zur Therapie einer Protheseninfektion implantiert. Diese zweifache Protektion besteht aus Silber und Triclosan. Damit wird die antibakterielle Wirkung des Silbers von vier Angriffswegen auf sechs gesteigert.

Im Krankenhaus Nordwest besteht eine große Expertise auf dem Gebiet der Infektionsproblematik bei Gefäßpatienten. Der Chefarzt Prof. Max Zegelman leitet seit vielen Jahren eine spezielle Kommission der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. Diese wurde aktuell in „Kommission für Hygiene und Infektionen in der Gefäßchirurgie“ umbenannt, was der nunmehr auch neuen Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene Rechnung trägt.

Die neue Kooperation mit der überregional akzeptierten Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin des Bürgerhospitals und seinem Interdisziplinären Zentrum Diabetischer



Prof. Max Zegelman, Krankenhaus Nordwest

Fuß (Christian-Dominik Möller) passt sehr gut in diesen Rahmen. Die amputationsbedrohten Patienten profitieren von den chirurgischen und interventionellen Möglichkeiten des Krankenhauses Nordwest in besonderer Weise und bleiben anschließend unter dem Management der Diabetologen des Bürgerhospitals.

Das Gefäßzentrum des Krankenhauses Nordwest ist durch alle drei Fachgesellschaften (Gefäßchirurgie, Radiologie und Angiologie) zertifiziert und hat soeben erneut die geforderten Kriterien für die Behandlung von Bauchaortenaneurysmata erfüllt. Auch hier besteht eine jahrzehntelange Erfahrung, sowohl mit der offenen Operation (es werden regelmäßig antimikrobiell geschützte Prothesen verwendet), als auch mit der stentgestützten Ausschaltung.

Weitere Informationen:

Brigitte Seifried

Fon (069) 1500-1240

b.seifried@buergerhospital-ffm.de

NEUIGKEITEN

STUDENTEN AUS WEISSRUSSLAND BESUCHEN DAS HIVCENTER



Am 27. und 28. August besuchte eine Gruppe von 16 Medizinstudenten aus Weißrussland das HIVCENTER des Frankfurter Universitätsklinikums, um sich vor Ort über die Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion zu informieren.

Am 27. und 28. August besuchte eine Gruppe von 16 Medizinstudenten aus Weißrussland das HIVCENTER des Frankfurter Universitätsklinikums, um sich vor Ort über die Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion zu informieren. In Weißrussland leben bei einer Gesamtbevölkerungszahl von knapp zehn Millionen etwa 14.000 Menschen mit HIV/AIDS. Inoffizielle Zahlen gehen allerdings von etwa 30.000 Be-

troffenen aus. Anders als in Deutschland sind Frauen und Männer gleichermaßen von der Infektion betroffen.

Dr. Pavel Khaykin vom HIVCENTER führte die Gäste aus Weißrussland in die Grundlagen der HIV-Versorgung in Deutschland ein. Ein besonderes Interesse zeigten die Studenten an der Prävention der Mutter-Kind-Übertragung

und der Therapie von HIV-positiven Kindern und Jugendlichen. Hierzu wurde eine Fortbildung von der interdisziplinären universitären Arbeitsgruppe DreiFACH organisiert. Dr. Anke Reitter aus der Frauenklinik, Dr. Christoph Königs aus der Kinderklinik und Dr. Annette Haberl vom HIVCENTER stellten die leitliniengerechte Versorgung von HIV-positiven Schwangeren bzw. Kindern und Jugendlichen vor und gaben dazu praxisnahe Beispiele aus dem Klinikalltag. Das Feedback der Teilnehmer zu ihrem Besuch in der Frankfurter Universitätsklinik war durchweg positiv. Geplant ist daher ein weiterer Erfahrungsaustausch zwischen dem HIVCENTER und Kliniken osteuropäischer Staaten wie beispielsweise der Universitätsklinik in Minsk.

Die Studienreise wurde vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) organisiert.

NEUIGKEITEN

ERFOLGREICHES SCHOCKRAUMTRAINING

Interdisziplinäres Schockraumtraining des Universitätsklinikums Frankfurt am 3. Juli 2013



Einlieferung in den Schockraum, Szenarium I

Hintergrund des Trainings war die Tatsache, dass die Umsetzung des Ausbildungskonzepts ATLS (Advance Trauma Life Support) in der Routine der Schockraumversorgung eine nicht

zu unterschätzende Herausforderung darstellt, die nicht ausschließlich durch Absolvierung eines ATLS-Kurses einzelner Teammitglieder bewerkstelligt werden kann. Zur konsequenten

Umsetzung an einem überregionalen Traumazentrum wurde ein teamorientiertes „inhouse“-Training unter Einbeziehung aller an der Schockraumversorgung beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen entwickelt und erstmals im Jahr 2009 umgesetzt.

Die theoretische Grundlage des vorliegenden Trainings war das TEAM-Konzept (Trauma Evaluation and Management) des American College of Surgeons, welches unter anderem für „multidisciplinary team-members“ entwickelt wurde. Das Trainingskonzept wurde wissenschaftlich begleitet und publiziert (Walcher et al, 2012). Aktuell wird das Training interdisziplinär durch Dr. Eichler, Oberärztin des Institutes für Interventionelle Radiologie, PD Scheller, Stellvertretender Direktor der Klinik für Anästhesiologie, und Prof. Walcher, Leitender Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie, sowie Herrn Heringer vom FiNeST (Interdisziplinäre Einrichtung für Notfallmedizin und Simulationstraining) des Fachbereichs Medizin, umgesetzt.

Der nachfolgende Bericht wurde von der FINeST-Mitarbeiterin Anne-Claire Fitz verfasst:

Draußen regnet es an diesem Mittwochnachmittag in Strömen, während sich ein interdisziplinäres und interprofessionelles Schockraumteam des Uniklinikums zusammenfindet. Der bereits per IVENA angekündigte Rettungswagen des ASB erreicht gegen 15:03 Uhr die ZNA-Einfahrt.

An Bord ist eine Schwerverletzte, die in den nächsten Minuten höchste Aufmerksamkeit jedes Beteiligten und möglichst reibungslose Teamarbeit im Schockraum erfordern wird. Notarzt, Rettungsassistent und -sanitäter bringen die 50-jährige obdachlose Frau, die am Baseler Platz angefahren wurde und ganz offensichtlich eine Schädelverletzung und weitere schwere Frakturen davongetragen hat. Konzentriert hört das Team der Übergabe zu – wer unaufgefordert

A-Problem?“, ist laut und deutlich vom Teamleiter zu vernehmen. In der Tat ist die Atmung problematisch und eine starke Blutung (eine der vielen technischen Möglichkeiten der Simulatoren) erschwert die Ursachenfindung erheblich. Anästhesist Dr. Hendrik Ilper meldet „ein massives A-Problem“ an die Runde. Gemeinsam werden zügig wichtige Detailinformationen ausgetauscht und damit gegen die Zeit gekämpft – die Patientin bekommt praktisch seit Minuten kaum noch Luft. Die Anlage eines sogenannten alternativen Atemweges ist nicht erfolgreich. Als Ultima Ratio wird ein Skalpell angesetzt und der erste chirurgische Atemweg dieses Nachmittags angelegt. Danach heißt es wieder „Viele Hände ran!“ und gemeinsam bereitet man den CT-Scan vor. Hier treten im Training plötzlich Fallstricke auf, die im Notfall entscheidend sein können: Die Computertomographie kann nur durchgeführt werden, wenn alle Türen des Schockraums geschlossen sind. Durch nicht informierte Per-

eine „einfache Simulation“ war der Stresspegel doch überraschend hoch. Unter Anleitung von Herrn Heringer vom Team FINeST kommt es zum eigentlichen, entscheidenden Punkt dieses Simulationstrainings: der Nachbesprechung. Bei der Feedbackrunde kommen nicht nur die stillen Beobachter zu Wort, sondern auch die Teilnehmer aus verschiedenen Disziplinen selbst. Was ist vorgefallen? Was war gut? Was wollen wir beim nächsten Mal besser machen? Für jeden Teilnehmer ist die flache Hierarchie spürbar, die zu einer angenehmen fachlich-inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem bearbeiteten Szenarium beiträgt.

Nun wird der Schockraum nachbereitet. Alles auf Anfang. Der Voralarm wird wieder durch die Feuerwehr über IVENA gegeben. Im Schockraum der Uniklinik wird nun der 42-jährige Kelly Dallmackenreuther behandelt. Auf der Vakuummatratze, die das RTW-Team des ASB Höchst zusammen mit dem Notarzt in den Schockraum bringt, ist das nächste Szenarium vorbereitet. Der Patient sei im Westend von einer Leiter gestürzt, dabei habe eine lange Schraube das Gesicht sowie eine Metallstange den linken Oberschenkel durchspießt. Wieder ist der Atemweg wie auch die Atmung durch einen Spannungspneu bedroht. Es gilt, schnell zu handeln. Die Anästhesistin Dr. Iken versucht, einen Atemweg zu etablieren, doch eine Intubation erweist sich als unmöglich. Was tun? Die jungen Ärzte diskutieren nicht lange, eine neue Koniotomie soll den Atemweg sichern. Doch das Set wurde im ersten Durchlauf verbraucht und ist nicht aufgefüllt worden. Rettung bringt der Kollege der Mund-, Kiefer- und plastischen Gesichtschirurgie. Er entscheidet sich zu einem raschen provisorischen Atemweg und legt diesen gemeinsam mit der Anästhesie erfolgreich an. Parallel legt Unfallchirurg Dr. Störmann eine Thoraxdrainage, um das massive B-Problem zu beheben.



Umlagerung der Patientin im Szenarium I



Anlage eines chirurgischen Atemwegs



Nachbesprechung nach dem ersten Szenarium

spricht oder zu hektischen Handgriffen an der Patientin ansetzt, wird vom chirurgischen Teamleiter Dr. Achim Braunbeck bestimmt und doch freundlich zur Ruhe ermahnt. Erst nachdem der Notarzt mit der Beschreibung entscheidender Einzelheiten und weiterer Verletzungen fertig ist, packen auf Kommando alle mit an, um die Patientin umzulagern. Jetzt gilt es, strukturiert die Algorithmen zu befolgen. „Haben wir ein

sonen, die von der Flurseite der Notaufnahme versuchen, den Schockraum zu betreten, wird die Aufnahme unnötig unterbrochen, das CT bleibt stehen. Andere erschwerende Umstände machen deutlich, wie komplex und vulnerabel das Schockraummanagement ist.

Als der erste Fall erfolgreich beendet ist, können die Teilnehmer erst einmal durchatmen. Für

Das ist an diesem Tag nicht die einzige invasive Maßnahme, die tatsächlich in vollem Umfang an den Simulatoren durchgeführt werden kann. Der ein oder andere Teilnehmer ist sicher auch überrascht, dass der Patient blutigen Urin hat oder plötzlich Geräusche von sich gibt. In der Bildgebung wird klar, dass hier eine Openbookfraktur vorliegt. Das Team um die Radiologin Dr. Eichler liefert rasche Diagnosen für das Team im Schockraum. Schnell wird durch die professionellen Pflegemitarbeiter der Zentralen Notaufnahme die Beckenschlinge bereitgestellt und durch den Unfallchirurgen angelegt.

Nachdem auch dieser Fall beendet ist, sieht man den Teilnehmern die Anstrengung an. Und doch gilt es, konzentriert zu bleiben. Wieder erfolgt das Feedback – auch von dem Team, das dieses Mal die eigenen Kollegen beobachtet hat.

Zum Abschluss wird eine Patientin mit einem Stromunfall im Schockraum behandelt. Die Frau war beim Auffinden durch das RTW-Team scheinbar noch bei Bewusstsein, jetzt aber erscheint Kammerflimmern im EKG. Routiniert beginnt die erste Ärztin mit der Herzdruckmassage. Schnell findet sich nach einer klaren Ansage ein Trittbrett, um auf der Höhe der „Sliding Gantry“ besser arbeiten zu können. Auch der Wechsel der Kollegen, die die Reanimation durchführen, erfolgt regelhaft nach zwei Minuten. Der elektrische Schock konnte jedoch aufgrund technischer Probleme nicht abgegeben werden. Hektisch wird an unterschiedlichen Stellen nach der Ursache gesucht. Die Lösung bringt Senior Staff Nurse Herr Preus: Gerät umstöpseln, Klebepads entfernen und manuell defibrillieren. Die Schocks sind effektiv. Später in der Nachbesprechung wird nicht nur eine bessere Geräteposition gefunden, sondern auch auf die besondere Übersicht des für die



Schwere Verletzung mit Verlegung des oberen Atemwegs

Defibrillation Zuständigen hingewiesen. Auch nach diesem Szenarium folgt das standardisierte Feedback unter der Moderation des Trainers. Trotz aller Spezialeffekte und medizinischen Bemühungen der Teilnehmer sind die Simulatoren leider nicht in der Lage, selbst wieder auf die Beine zu kommen oder für Feedback befragt zu werden. Was aber selbst Kelly & Co fraglos anerkennen müssen, ist die Tatsache, dass dieser Nachmittag eine sehr engagierte Teamleistung gezeigt hat.

Fazit des Programms: Neben der Ausbildung einzelner ATLS-Provider wird durch die Ein-



Übergabe des zweiten Szenariums

führung eines interdisziplinären und interprofessionellen Teamtrainings vor Ort die Umsetzung ATLS-spezifischer Algorithmen in der klinischen Routine gefördert. Damit nimmt das Universitätsklinikum Frankfurt eine Vorreiterrolle in Deutschland ein. Denn ab 2015 wird die Absolvierung eines Szenariums durch eine Simulation im Schockraum Voraussetzung für die Zertifizierung als Traumazentrum sein.

Weitere Informationen:

heringer@med.uni-frankfurt.de
Felix.Walcher@kgu.de

NEUIGKEITEN

ÜBUNG ZUM UMGANG MIT HOCHKONTAGIÖSEN PATIENTEN IN DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME

Im Rahmen des Projektes „BEPE – Biological Event Preparedness Evaluation“ fand am 11. Juli in der Zentralen Notaufnahme des Universitätsklinikums eine praktische Übung zum Umgang und Handling von hochkontagiösen Patienten statt.



Das Projekt, welches in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung und Forschung, dem Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt durchgeführt wird, bereitet Krankenhäuser auf den Ernstfall einer biologischen Gefahrenlage vor.

Die Übung sah einen Selbsteinweiser vor, der sich in der Notaufnahme mit Fieber und Symptomen eines viralen hämorrhagischen Fiebers nach außereuropäischem Urlaub vorstellte. Geübt wurde das Handling und die Logistik des Schutzes der beteiligten Mitarbeiter, von unbeteiligten Dritten sowie die adäquate Versorgung des Patienten bis zur Verlegung in die Sonderisolierstation im Haus 68.

Unter den Augen einer Gruppe von Übungsbeobachtern des Klinikums, des Amtes für Gesundheit Frankfurt und des RKI führten die





Mitarbeiter der Notaufnahme und der Technik die notwendigen Maßnahmen souverän durch. Insbesondere gefiel den Übungsbeobachtern die gute Kommunikation zwischen den Beteiligten. Von der ärztlichen Leitung der Not-

aufnahme über das Koordinationsteam Technik bis zur Reinigungskraft arbeitete das Team Hand in Hand. Dementsprechend ernteten die Mitarbeiter bei der abschließenden Besprechung auch viel Lob und wenig Kritik.

Ziel des Projektes ist es, ein webbasiertes Evaluationstool zu schaffen, mit dem sich Krankenhäuser auf einen solchen Ernstfall vorbereiten können. Auch das Universitätsklinikum Frankfurt hatte im Vorfeld an der Evaluation teilgenommen und daraus Maßnahmen wie zum Beispiel Schulungen abgeleitet.

Ein besonderer Dank geht an die pflegerische und ärztliche Leitung der Notaufnahme sowie der Technik, ohne deren großen Einsatz die Übung nicht zu einem so großen Erfolg geworden wäre.

Weitere Informationen:

www.bmbf.de/pubRD/BEPE.pdf

NEUIGKEITEN

ERSTES RETROVIREN BULLETIN AUS FRANKFURT

Neuentwicklungen und Wissenswertes zu HIV in Forschung und Klinik stellt ab jetzt regelmäßig das Nationale Referenzzentrum für Retroviren am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums zusammen.



Titelseite des ersten Frankfurter Retroviren Bulletins



Prof. Oliver T. Keppler, Leiter des Nationalen Referenzzentrums für Retroviren

Als offizielles Publikationsorgan des zum 1. Oktober 2012 neu berufenen Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Retroviren am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums in Frankfurt befasst sich das „Retroviren Bulletin“ mit aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Themen aus dem gesamten Spektrum der Retrovirologie mit einem Fokus auf HIV. Es richtet sich an Ärzte, Betroffenenorganisationen, Fachgesellschaften, Behörden und Ämter des öffentlichen Gesundheitssystems sowie an Betroffene. Mit diesem Bulletin führt die Frankfurter Virologie auch die Tradition des bis zum 30. September 2012 als NRZ für Retroviren fungierenden Instituts für Klinische und Molekulare Virologie in Erlangen fort.

Weitere Informationen:

<http://www.kgu.de/institute/zentrum-der-hygiene/medizinische-virologie/medizinische-virologie/nationales-referenzzentrum-fuer-retroviren/retroviren-bulletin.html>

AKTUELLE INFORMATIONEN UND TERMINE UNTER: WWW.KLINIKALLIANZ-PLUS.DE

NEUIGKEITEN

BARMER GEK SCHLIESST VERTRAG MIT DEM RADIOCHIRURGIE ZENTRUM AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT

Optimale Behandlungsoptionen in der Krebstherapie

Jedes Jahr erkranken in Deutschland rund 490.000 Menschen an Krebs. Wegweisende Fortschritte in der Vorsorge, Diagnostik und Therapie, die zu einer signifikanten Verbesserung der Überlebensrate und einer Verbesserung der Lebensqualität führen, sind maßgeblich auf eine interdisziplinäre und individuelle onkologische Therapie zurückzuführen. Neben der Chirurgie und Chemotherapie ist die Strahlentherapie eine der drei wichtigsten Säulen der Krebstherapie.

Seit Anfang September 2012 hat das Zentrum für Radiochirurgie und Präzisionsbestrahlung am Universitätsklinikum Frankfurt neben dem bereits bestehenden Gamma Knife sein Behandlungsportfolio erweitert: Mit dem innovativen Cyber-Knife-System, einer Kombination aus Bildführungssystem und robotergesteuertem Linearbeschleuniger, können hier neben intrakraniellen auch extrakraniellen Tumoren mit einer Präzision im Submillimeterbereich bestrahlt werden. Damit bietet das auf Radiochirurgie (eine Form der Strahlentherapie, bei der Tumore in nur wenigen Sitzungen hochdosiert bestrahlt werden) spezialisierte Zentrum zwei Technologien – das Gamma-Knife- sowie das Cyber-Knife-System – zusammen unter einem Dach an. Dieses Angebot ist bundesweit einmalig.

Für die Deutsche Krebshilfe zählt das Universitäts-Centrum für Tumorerkrankungen Frank-

furt zu den Onkologischen Spitzenzentren in Deutschland. „Ich freue mich sehr, dass wir unseren Versicherten den Zugang zu diesen innovativen Möglichkeiten der Spitzenmedizin jetzt vertraglich abgesichert ermöglichen können“, so Norbert Sudhoff, Landesgeschäftsführer der BARMER GEK in Hessen. Der Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt, Prof. Volker Seifert, betont die Vorteile dieser Zusammenarbeit: „Durch unsere Kooperation gewährleisten wir auch in der radiochirurgischen Krebsbehandlung für unsere Patienten Therapien auf dem weltweit neusten Stand von Forschung und Technik.“ Prof. Claus Rödel, Direktor der Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Frankfurt, ergänzt: „Die Patienten profitieren von der hohen Präzision des CyberKnifes sowie der kurzen und komfortablen Behandlung.“

Die Präzisionsbestrahlungen mit den Systemen Gamma Knife und CyberKnife sind nicht Bestandteil der Regelversorgung. Um diese hocheffektiven Technologien betroffenen Versicherten im Rahmen einer Krebsbehandlung ermöglichen zu können, waren bislang Einzelfallentscheidungen mit fachlicher Begutachtung durch den medizinischen Dienst notwendig.

Der neue integrierte Versorgungsvertrag (§§ 140a ff. SGB V) zwischen der BARMER GEK

Hessen, dem Medizinischen Versorgungszentrum für Radiochirurgie und Präzisionsbestrahlung und dem Universitätsklinikum Frankfurt ermöglicht eine unkomplizierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller Einrichtungen mit abgestimmten Behandlungsabläufen im Sinne der Patienten und vor allem ohne Zeitverluste. „Als leitende Ärzte des Radiochirurgie Zentrums freuen wir uns, dass sich eine so große gesetzliche Krankenversicherung wie die BARMER GEK Hessen den innovativen Technologien, die wir anbieten, öffnet“, sind sich Dr. Robert Wolff (Neurochirurg) und PD Reinhard Heyd (Strahlentherapeut) einig. PD Andreas Mack, Geschäftsführer des Radiochirurgie Zentrums, ergänzt: „Für uns und unsere Arbeit im Zentrum war es von Anfang an wichtig, Patienten optimal – und ausgelegt auf ihre individuellen Bedürfnisse – zu behandeln. Dieses Versorgungsangebot können wir nun noch mehr Patienten zukommen lassen.“

Mit dem interdisziplinär besetzten Tumorboard des Universitätsklinikums Frankfurt stehen für die Abklärung der Indikation sowie für die notwendige Bildgebung zur Planung und Behandlung die hohe Fachkompetenz der beteiligten medizinischen Disziplinen sowie die nötige Infrastruktur zur Verfügung. Das Zentrum für Radiochirurgie und Präzisionsbestrahlung führt die ambulante Cyber-Knife- und Gamma-Knife-Behandlung in enger Abstimmung mit dem interdisziplinären Tumorboard durch, das die Begutachtung der Behandlungsergebnisse übernimmt. Die Prozesse sind dabei so organisiert, dass der Patient den gesamten Behandlungsverlauf als unbürokratische Behandlung „aus einer Hand“ erlebt.

BARMER-GEK-Patientinnen und -Patienten, die an diesem Versorgungsvertrag teilnehmen möchten, werden durch ihren behandelnden Arzt an das Zentrum überwiesen. Nach der Patienten-vorstellung erfolgt das Beratungs- und Aufklärungsgespräch. Das Tumorboard wird aufgrund der Indikationsstellung eine radiochirurgische Behandlungsempfehlung abgeben. Ebenso abgestimmt sind der Behandlungstag und die Nachsorge für die Patientinnen und Patienten.



„Die Patienten profitieren von der hohen Präzision des Cyber-Knifes sowie der kurzen und komfortablen Behandlung“, sagt Prof. Claus Rödel, Direktor der Klinik für Strahlentherapie.

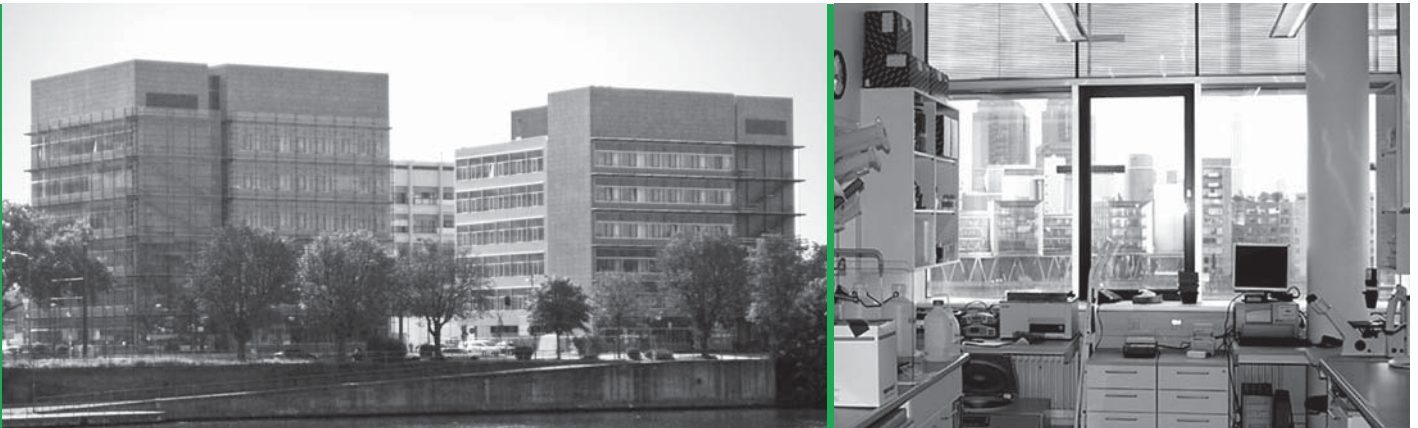


„Durch unsere Kooperation gewährleisten wir auch in der radiochirurgischen Krebsbehandlung für unsere Patienten Therapien auf dem weltweit neusten Stand von Forschung und Technik“, erklärt der Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Prof. Volker Seifert.

EINRICHTUNGEN

FORSCHUNGSTURM FÜR NEUE HÖHEN IN DER HERZMEDIZIN

Offizielle Übergabe des European Cardiovascular Science Centers



Der ECSCF-Forschungsturm wurde feierlich übergeben.

Der deutschlandweit bei Herz-Kreislaufkrankungen einzigartige Forscherverbund in Frankfurt erhält eine angemessene Heimstätte. Der Neubau des European Cardiovascular Science Centers Frankfurt wurde am 19.08.2013 im Beisein des Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesministerium für Bildung und Forschung, Dr. Helge Braun, der hessischen Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst, Eva Kühne-Hörmann, und der Staatssekretärin im Hessischen Ministerium der Finanzen, Prof. Luise Hölscher, offiziell übergeben.

Auf dem Gelände des Universitätsklinikums Frankfurt wurde das European Cardiovascular Science Center Frankfurt (ECSCF) baulich offiziell übergeben. In diesem Neubau werden Wissenschaftler der Goethe-Universität die Entstehung und den Verlauf von Herz-Kreislaufkrankungen untersuchen. Ziel ist es, die neuen Erkenntnisse in innovative diagnostische und therapeutische Strategien und Verfahren umzusetzen. Das Land Hessen und der Bund investierten rund 33,5 Millionen Euro in dieses zukunftsweisende Bauprojekt. Der Landesanteil für den Forschungsbau wird aus dem Hochschulbauinvestitionsprogramm HEUREKA finanziert. Der Frankfurter Verbund von klinischer und experimenteller Forschung auf kardiovaskulärem Gebiet ist in dieser Form einzigartig in Deutschland.

„Mit diesem Forschungsbau, den der Bund als Vorhaben von besonderer nationaler Bedeu-

tung mitfinanziert hat, können in vorbildlicher Weise die am Standort vorhandenen Expertisen in der kardiovaskulären Forschung zusammengeführt werden. Damit werden die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme am nationalen und internationalen Wettbewerb in diesem Forschungsbereich geschaffen“, hob Staatssekretär Braun hervor. „Die Bekämpfung von Volkskrankheiten wie Krebs oder Herz-Kreislaufkrankungen zählt zu den großen Herausforderungen der Zukunft. Mit dem Neubau des ECSCF in Frankfurt schaffen wir optimale Voraussetzungen für die Spitzenforschung zum Wohl und der Gesundheit unserer Bürger“, sagte Wissenschaftsministerin Kühne-Hörmann.

Finanzstaatssekretärin Hölscher erklärte: „Mit dem neuen Forschungs- und Laborgebäude ECSCF hat das Exzellenzcluster ein hocheffizientes Gebäude erhalten, das beste Voraussetzungen für die wissenschaftliche Arbeit bieten wird.“ Es sei eine bemerkenswerte Leistung, dass mit dem ECSCF bereits der dritte vom Bund geförderte Forschungsbau der Goethe-Universität fertiggestellt wurde. Hölscher erläuterte: „Allein für die Baumaßnahmen im Rahmen der Exzellenzförderung sind in den vergangenen Jahren mehr als 100 Millionen Euro aus dem bundesweiten Programm zur Stärkung der universitären Spitzenforschung nach Frankfurt geflossen. Die Maßnahmen zielen auf eine zukunftsweisende medizinische Versorgung, Lehre und Forschung, verbunden mit einer wirtschaftlichen Betriebsführung.“

Und Prof. Kai Zacharowski, stellvertretender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt, betonte: „Wir freuen uns, dass die herausragende Herz-Kreislaufforschung am Universitätsklinikum jetzt eine angemessene Infrastruktur erhält. Damit kann die Frankfurter Forschung ihre Spitzenposition auf diesem Gebiet weiter ausbauen.“

Bauliche Konzentration für noch bessere Kooperation

Der neue Gebäudekomplex wurde gebaut, um die benötigten Rahmenbedingungen für eine noch bessere Verzahnung von klinischer und experimenteller Forschung zu ermöglichen. Die verschiedenen Forschungsgruppen des kardiovaskulären Exzellenzclusters können in dem neuen ECSCF integriert zusammenarbeiten. Die Schnittstelle zwischen präklinischer Forschung und klinischer Entwicklung wird spürbar verbessert, weil Ressourcen und Expertise nun gebündelt werden. Außerdem schafft das verbesserte Raumangebot den Platz für hochtechnisierte Großgeräte. „Mit dieser Konzentration der verschiedenen Arbeitsgruppen innerhalb eines Gebäudes wurde ein weiterer Meilenstein erreicht, durch den die Effizienz und Produktivität dieses bereits jetzt international führenden Forschungsschwerpunktes an der Goethe-Universität weiter verstärkt wird“, sagte der Prodekan des Fachbereichs Medizin, Prof. Thomas Klingebiel. Der Sprecher des Exzellenzclusters Cardio-Pulmonary System, Prof. Andreas Zeiher, erklärte: „Wir freuen uns insbe-

sondere darauf, in den kommenden Jahren mit der jetzt etablierten Infrastruktur noch erfolgreicher neue Behandlungsmethoden für unsere Patienten zu entwickeln.“ Gleichzeitig sind Klin- gebiet und Zeiher froh über das klare Beken- ntnis der Landesregierung, die wissenschaftliche Exzellenz im Fachbereich Medizin der Goethe- Universität nachhaltig zu fördern.

Ein vergleichbares Vorhaben wie der Bau des ECSCF, ist in dieser Form derzeit weder in Deutschland noch in Europa realisiert. In dem neuen Forschungsgebäude werden bestehen- de Arbeitsgruppen aus molekularer und klinischer Kardiologie, Stammzellbiologie, Phy- siologie und Pharmakologie sowie die auf dem Herz-Kreislauffeld aktiven Wissenschaftler des LOEWE-Zentrums für Zell- und Gentherapie untergebracht. Sie sollen ergänzt werden durch weitere eingeworbene Professuren zu Themen wie molekulare Bildgebung und vaskuläre Si- gnale sowie neu zu rekrutierende Nachwuchs- gruppen.

Exzellenzcluster wurde im letzten Jahr er- neut ausgezeichnet

Frankfurt gilt bereits heute als herausragen- des Zentrum der kardiovaskulären Forschung. Dieser Forschungsschwerpunkt ist eines der Aushängeschilder des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität. Die Entwicklung und



Schlüsselübergabe an Prof. Zeiher (rechts): Herr Platte, Prof. Hölscher, Ministerin Kühne-Hörmann, Staatssekretär Dr. Braun (v.l.n.r.)

Etablierung zelltherapeutischer Verfahren sowie exzellente grundlagenwissenschaftliche Arbeiten haben zur internationalen Reputa- tion des Standorts beigetragen. 2012 ist das Exzellenzcluster „Herz-Lungensystem“ im Rahmen der bundesweiten Exzellenzinitia- tive erneut – wie schon 2006 – ausgezeich- net und zur Weiterförderung ausgewählt worden. Im Verlauf von fünf Jahren fließen damit über 30 Millionen Euro in dieses deutschlandweit einzige Projekt für die Herz-Lungenmedizin. „Die Kooperation der Herzspezialisten der Goethe-Universität mit den Lungenspezialisten der Universität Gie- ßen und den Wissenschaftlern des Max- Planck-Instituts für Herz- und Lungen-

forschung in Bad Nauheim hat sicherlich europaweit Leuchtturmcharakter für die Herz- Lungenmedizin“, so Prof. Zeiher.

In den vergangenen Jahren konzentrierten sich die Forscher auf drei Gebiete: Erkrankungen des Herz- und Lungengewebes, Gefäßerkran- kungen und das Zusammenwirken der beiden Organe. Das in der Grundlagenforschung er- zielte verbesserte Verständnis der Krankheits- ursachen auf molekularer Ebene ermöglicht es, Herz- und Kreislaufkrankungen künftig besser vorbeugen zu können und neue Angriffs- punkte zur Behandlung zu finden.

Funktionale Struktur

Haus 25 B befindet sich vom Main aus gese- hen direkt rechts neben der Haupteinfahrt zum Universitätsklinikum. Es ist das Pendant des im Jahr 2004 fertig gestellten Forschungsturms zur Linken der Einfahrt. Um einen rechteckigen zentralen Innenhof sind die Funktionszonen an- geordnet. Im Erdgeschoss, wo sich der Haupt- eingang befindet, sind Untersuchungs- und Be- handlungsräume mit jeweils einem Arztzimmer untergebracht; in den Obergeschossen befinden sich die Labor- und Büroräume.

Weitere Informationen:

Prof. Andreas M. Zeiher
zeiher@em.uni-frankfurt.de

EINRICHTUNGEN

AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM ENTSTEHT FÜR RUND 16,3 MILLIONEN EURO DAS LEHR-, LERN- UND PRÜFUNGSZENTRUM MEDICUM

Für rund 16,3 Millionen Euro entsteht am Universitätsklinikum Frankfurt das neue Lehr-, Lern- und Prüfungszentrum MEDICUM. Mit einem symbolischen Spatenstich gaben der Staatssekretär im Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst, Ingmar Jung, Finanzstaatssekre- tärin, Prof. Luise Hölscher, und der Präsident der Goethe-Universität, Prof. Werner Müller-Esterl, heute das Startsignal für das Bauvorhaben.

Der Gebäudekomplex auf dem Gelände des Universitätsklinikums wird ein Simulations- und Prüfungszentrum, Lernstudio, Seminar- raumzentrum, Computer- und Prüfungssaal und Räume für das Dekanat enthalten. Die Baukosten belaufen sich auf rund 16,3 Millio- nen Euro zuzüglich Erstausrüstung. Davon trägt der Fachbereich Medizin einen Eigen- anteil von etwa 2,9 Millionen Euro. Die restliche Summe finanziert das Land Hessen im Rahmen des Hochschulinvestitionspro- gramms HEUREKA. In einem zweiten Bau- abschnitt entsteht ab Frühjahr 2014 zusätz-

lich ein Gebäude mit einem Hörsaal für 550 Personen, weiteren Seminarräumen und einer Cafeteria.

„Attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen für exzellente Forschung und Lehre, damit Hes- sen im Wettbewerb um die besten Köpfe weiter gestärkt wird – das ist das Ziel dieser Landes- regierung“, sagte Staatssekretär Jung. Finanz- staatssekretärin Prof. Hölscher ergänzte: „Das Land Hessen zeigt mit dieser Investition, dass es sich einer Ärzteausbildung auf höchstem Niveau verpflichtet fühlt.“

„Das Klinikum und der Klinikumsvorstand freuen sich ganz besonders auf die neuen Mög- lichkeiten der Mediziner- und Medizinerinnen- ausbildung. Es wird hervorragend in die Zukunft investiert, um sicher zu stellen, dass unsere Ärzte von morgen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft ihre Tätigkeit für unsere Patienten ausüben“, sagte Prof. Kai Zacharowski, Stellvertretender Ärzt- licher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt. Der Studiendekan der Klinischen Ausbildung des Fachbereichs Medizin, Prof. Robert Sader, erklärte: „Mit diesem Neu- bau schaffen wir an unserem Fachbereich die

Grundlagen für ein Medizinstudium auf dem aktuellsten medizinischen und pädagogischen Stand.“

Großer Bedarf aufgrund stark gestiegener Studierendenzahlen

Mit dem Spatenstich für den ersten Bauabschnitt des MEDICUM beginnt nun eine neue Phase der Entwicklung des Universitätsklinikums. „Nach intensiver Planungszeit konkretisiert sich jetzt die Umsetzung der seinerzeit in einem Architektenwettbewerb von dem Stuttgarter Architekturbüro Wulf & Partner vorgestellten Pläne zum Bau des MEDICUM mit seinen Unterrichtsräumen und der Lehrausstattung“, sagte der Studiendekan der Vorklinik, Prof. Frank Nürnberger. Das MEDICUM sei so geplant, dass es mindestens für die nächs-

ten drei Jahrzehnte auf einem aktuellen Stand bleiben kann.

Exzellente Ärzteausbildung

Mit dem MEDICUM werden Engpässe in der Raumsituation des Fachbereichs behoben und die Grundlage für eine hervorragende Ärzteausbildung etwa durch neue Seminarräume für kleine Gruppen gestärkt. Moderne Unterrichtsformen schließen auch die Simulation von Diagnose- und Therapieverfahren an „Lernmaschinen“, Phantomen, Simulationspatienten und ähnlichem ein. Daher ist auch ein Simulationszentrum im MEDICUM geplant, womit dann gemietete Räume aufgegeben werden können.

Die Praktischen Vorbereitungskurse für Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie sind durch

den Neubau unter einem Dach zentral verfügbar. Moderne Lehrformen umfassen – wie von der Approbationsordnung gefordert – auch das Selbststudium an klassischen Lehrmaterialien, an Modellen und Phantomen und mit Hilfe neuer Medien. All dies wird im so genannten Lernstudio ermöglicht, das ebenfalls in den Räumen des MEDICUM geplant ist. Außerdem finden hier die OSCE-Prüfungen (Objective Structured Clinical Examination) eine dauerhafte Unterkunft. Die PC-gestützte Lehre und elektronische Prüfungen werden im elektronischen Lehr- und Prüfungsraum ermöglicht.

Weitere Informationen:

Prof. Robert Sader

Fon (069) 6301- 3744

Robert.Sader@kgu.de

EINRICHTUNGEN

DIE ANLAUFSTELLE FÜR NOTFALLPATIENTEN IN FRANKFURT: ZENTRALE AUFNAHME UND AMBULANZ (ZAA) AM HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST



Zufahrt zur ZAA des Hospitals zum heiligen Geist

Zentrale Innenstadtlage und kurze Wege zum Notfallort: Das Hospital zum heiligen Geist verfügt traditionell über eine besondere Expertise in der Versorgung von Patienten mit akut lebensbedrohlichen Krankheiten (Notfälle). Diese Notfälle erreichen das Krankenhaus in der Regel über die Leitstelle, das haus-eigene Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), den Ärztlichen Notdienst, durch ärztliche Einwei-

sung oder im Rahmen der akuten Notfallvorstellung.

Anlaufpunkt für Notfallpatienten ist die interdisziplinäre Zentrale Aufnahme und Ambulanz (ZAA) des Hospitals zum heiligen Geist. Als eine zentrale Schaltstelle des Krankenhauses ist sie im Erdgeschoss des im Jahr 2005 neu errichteten Gebäudekomplexes gelegen und räum-

lich, apparativ und strukturell hochmodern aufgestellt. In ihr sind alle somatischen Fächer des Hospitals, die Medizinische Klinik mit ihren Schwerpunkten Notfallmedizin, Kardiologie und Gastroenterologie, die Chirurgie mit ihren Schwerpunkten Allgemein- und Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie einschließlich einer großen D-Arztambulanz zur Behandlung von Arbeitsunfällen aller Schweregrade sowie die Gefäßchirurgie und die Gynäkologie und Anästhesie unter einem Dach vertreten und können so ihre Kompetenzen in der Ersteinschätzung und Erstbehandlung von Notfallpatienten bündeln. Zudem ist zur Versorgung des unklaren Brustschmerzes und zur unverzüglichen Therapie des akuten Koronarsyndroms eine durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie zertifizierte „Chest Pain Unit“ in die ZAA integriert. Alle Fächer werden bei Bedarf von der Klinik für Psychosomatik unterstützt.

Im Hospital zum heiligen Geist profitieren zudem auch die hausinternen Notfallpatienten und die elektiv aufzunehmenden Patienten von den Versorgungsstrukturen der ZAA. Diese werden durch die in die ZAA integrierte Patientenadministration nach Erstsichtung durch medizinisches Personal verwaltungstechnisch aufgenommen und dann den hausinternen Stationen zugeordnet. Als einer der unabdingbaren

Notfallstandorte in Frankfurt ist das Hospital zum heiligen Geist zudem in den allgemeinen Katastrophenplan eingebunden. Hierfür liegen spezielle hausinterne Pläne vor. Die Sichtung und Erstversorgung der Schwerst- und Schwerverletzten bei einem Großschadensereignis mit Massenansturm von Verletzten (MANV) ist hierbei ebenfalls Aufgabe der ZAA und wird in speziellen Übungen geschult.

In den letzten Jahren kommen immer mehr Menschen als Notfälle über die Notaufnahmen in die Krankenhäuser. In Deutschland sind dies jährlich ca. zwölf Millionen Patienten, darunter viele Schwerkranke und Schwerverletzte. Etwa 70 Prozent der internistischen Patienten, nahezu alle Patienten der Unfallchirurgie und bis zu etwa der Hälfte der viszeralkirurgischen Patienten erreichen ein Krankenhaus über die Notaufnahme (Hogan B, Fleischmann T, Krankenhaus Umschau 77:30-32, 2008). An die Organisationsstrukturen von Notaufnahmen, in denen in der Regel unter Zeitdruck die Erstversorgung und Organisation der weiteren Betreuung der Notfallpatienten stattfindet, werden hinsichtlich der Struktur, der Prozesse und des Personals besondere Anforderungen gestellt.

In der ZAA des Hospitals zum heiligen Geist gewährleisten die modernen Räumlichkeiten und Geräte, die auf eine rasche, kompetente, zuverlässige und interdisziplinäre Versorgung ausgerichteten Organisationsstrukturen und nicht zuletzt das in der Notfallmedizin sehr erfahrene Personal eine Versorgung auf höchstem Niveau. Eine der Kernaufgaben moderner Notaufnahmen in der Versorgung von Patienten der unterschiedlichen Disziplinen ist die frühstmögliche Trennung zeitkritischer von nicht zeitkritischen Abläufen. In der ZAA des Hospitals zum heiligen Geist werden daher alle Patienten direkt nach ihrem Eintreffen nach einem standardisierten Verfahren (Emergency Severity Index) und von hierin speziell geschultem Personal triagiert und anschließend einer der unterschiedlichen in der ZAA etablierten Versorgungsstufen – Acute Unit, Decision Unit, Fasttrack Unit, CPU Unit – zugeordnet. Hierzu stehen entsprechende Schockräume und baulich separierte Einzelkabinen mit modernem Monitorüberwachungssystem zur Verfügung. Durch die individuelle Unterbringung in Einzelkabinen sind die Wahrung der Intimsphäre und die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet. Gemäß der me-

dizinischen Aufgaben der Notfallmedizin „Stabilisieren, Diagnostizieren, Therapieren und Disponieren“ stehen nach der initialen Stabilisierung des Patienten für die weitere Diagnostik mehrere hochmoderne Sonografiegeräte und die konventionelle Radiologie direkt in der ZAA zur Verfügung. Die CT-Diagnostik, das Herzkatheterlabor, die Endoskopie und auch die Operationsäle befinden sich in direkter Nähe zur ZAA. Nach der fallbezogenen erforderlichen Erstdiagnostik und Therapie erfolgt abschließend die Entlassung oder die hausinterne Unterbringung auf dem für den jeweiligen Patienten adäquaten weiteren Versorgungsniveau. Neben den Normalstationen stehen 25 Monitorüberwachungsplätze auf den Stationen und zehn Beatmungsplätze auf der Intensivstation mit Möglichkeit zur Hämo-perfusion (Blutreinigung bei Nierenversagen oder Vergiftungen), kontrollierten Abkühlung (Hypothermie nach Herzkreislauf-Reanimation (Coolguard) und kateterbasierten Kreislaufunterstützung (IABP) zur Verfügung.

Weitere Informationen:

Zentrale Aufnahme und Ambulanz
Fon (069) 2196-2929

EINRICHTUNGEN

ARTIS ZEEGO-REFERENZZENTRUM

Robotertechnik am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie



integrierte Arbeitsplatz aus Angiographie, Computertomographie und metabolischem Imaging wird eingesetzt zur interventionellen Behandlung von Tumorerkrankungen, insbesondere von primären und sekundären Lebertumoren, wie auch zur Behandlung von Lungentumoren. Die Behandlung sämtlicher Gefäßerkrankungen wie Aneurysmen, Gefäßstenosen oder arteriellen Malformationen werden an dieser Anlage durchgeführt.

Spezielle Maßnahmen zur Dosisreduktion sind initiiert, um die modernsten Anforderungen des Strahlenschutzes sowohl für den Patienten wie auch für das Personal zu gewährleisten.

Das Artis Zeego-Referenzzentrum am Universitätsklinikum Frankfurt

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt hat bereits mehrere Versionen des Artis Zeego installiert. Dabei handelt es sich um ein modernes angiographisches Untersuchungsgerät, das über ein roboterassistiertes Aufnahmesystem in der Lage ist, dreidimensionale

Datensätze in Form der sogenannten Dyna-CT zu generieren. Diese dynamischen Aufnahmen ermöglichen die Erfassung dreidimensionaler Volumina – es können dabei Untersuchungen zur Durchblutung, zur Volumetrie und zu funktionellen Informationen von Tumor- und Gefäßerkrankungen gewonnen werden. Der

Mit der Ernennung zum Referenzzentrum ist die Ausbildung von Kolleginnen und Kollegen sowohl im technischen als auch im ärztlichen Bereich verbunden. Internationale Besuchergruppen verfolgen live einzelne Interventionen.



Der Artis Zeego im Einsatz

Im Rahmen von Promotionsvorhaben und wissenschaftlichen Kooperationen werden weitere Entwicklungen durchgeführt. Dies betrifft einmal eine schnellere Rotationsmöglichkeit des Bildaufnahmesystems, zweitens eine Verbesserung der dynamischen Informationen zur Erfassung der metabolischen Veränderungen und drittens weitere experimentelle und klinische Untersuchungen zur Dosisreduktion.

Weitere Informationen:

heidi.scheffer-lenk@kgu.de

[http://radiologie-uni-frankfurt.de/
content/index_ger.html](http://radiologie-uni-frankfurt.de/content/index_ger.html)

FORSCHUNG

STUDIE ZEIGT: ÜBERLEBEN BEI METASTASIERTEM KREBS IST MÖGLICH

Menschen mit begrenzten aber bisher als unheilbar geltenden Metastasen von Magen- und Speiseröhrenkrebs könnten durch eine Kombination von Chemotherapie und anschließender Operation geheilt werden. Dies zeigt eine deutschlandweite Studie des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung am Krankenhaus Nordwest.

Bis heute werden Menschen mit metastasierendem Magen- oder Speiseröhrenkrebs als nicht heilbar betrachtet. Doch diese These wurde nun durch herausragende Ergebnisse der sogenannten FLOT-3-Studie zumindest für eine bestimmte Patientengruppe widerlegt. Die Ergebnisse wurden kürzlich auf dem internationalen chirurgischen Kongress IGCC 2013 in Verona vorgestellt und gleich als „Best Oral Presentation“ ausgezeichnet. Die Zahlen der deutschlandweiten Studie zeigen, dass nach adäquater Patientenselektion eine Kombination von Chemotherapie mit erfolgreicher Tumorkleinereinerung einerseits und anschließender Entfernung des Magens und / oder der Speiseröhre andererseits hervorragende Therapieergebnisse ermöglicht. Die Studie wurde federführend von PD Salah-Eddin Al-Batran, Ärztlicher Direktor des Instituts für klinisch-onkologische Forschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest, unter der Schirmherrschaft der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft und unter der Beteiligung von etwa 50 weiteren medizinischen Einrichtungen in Deutschland durchgeführt. Innerhalb eines knappen Jahres wurden 252 Patienten in die prospektive, multizentrische Studie eingeschlossen. Es wurde geprüft, inwieweit die Kombination aus präoperativer Chemotherapie nach dem FLOT-Schema und anschließender radikaler Magen- oder Speiseröhrenentfernung bei leicht metastasiertem Magen- oder Speiseröhrenkrebs

zu einem längeren Überleben beiträgt und ob langfristige Remissionen, also Heilungen, herbeigeführt werden können.

Patientenselektion: drei Gruppen

Der Metastasierungsgrad wurde zunächst mit einem vordefinierten Algorithmus bestimmt. Die ausgewählten Patienten mit leichter Metastasierung erhielten dann als Gruppe B eine präoperative Chemotherapie mit 5-FU, Oxaliplatin und Docetaxel (FLOT). FLOT ist eine besonders effektive Chemotherapie, die im Krankenhaus Nordwest in den letzten Jahren entwickelt und als eine Standardtherapie deutschlandweit etabliert wurde. Es schloss sich die operative Entfernung des Magens und/oder der Speiseröhre sowie, falls möglich, auch der Metastasen an. Zwei Kontrollgruppen wurden ebenfalls untersucht: als Gruppe A Patienten, die keine Metastasen hatten und in jedem Fall operiert wurden, und Gruppe C Patienten mit starker Metastasierung, die nur eine Chemotherapie ohne Operation erhielten.

Vielversprechende Überlebensraten in Studiengruppe B

Von den 252 eingebundenen Patienten waren 238 für die Studie geeignet. Von der untersuchten Gruppe B wiesen 41 Prozent einen Befall entfernter Lymphknotenstationen, 22 Prozent Leber- und 17 Prozent Lungenmetastasen auf. Bei sieben Prozent war das Bauchfell betrof-

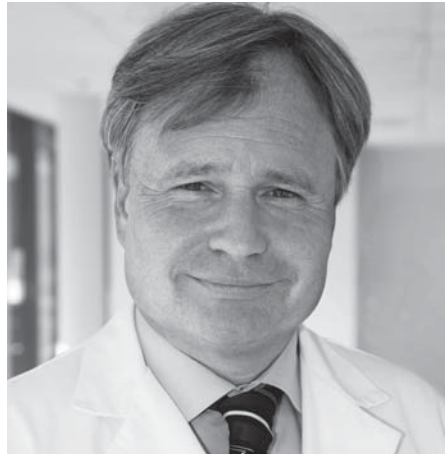
fen und 13 Prozent hatten andere Metastasen. Diese Patientengruppe erhielt durchschnittlich acht Chemotherapiezyklen. Die dargestellte chirurgische Resektion konnte bei 62 Prozent der Patienten dieser Gruppe vorgenommen werden. Davon konnte bei 81 Prozent eine vollständige Entfernung des Tumors erreicht werden. Die mittlere Überlebenszeit der Gruppe B – operiert oder nicht operiert – betrug 22,9 Monate. Etwa drei Viertel dieser Patienten waren nach zwei Jahren am Leben. Obwohl die mittlere Überlebenszeit in diesem Stadium normalerweise bei nur zwölf Monaten und die Zweijahresüberlebensrate sogar bei unter 20 Prozent liegen. Bei den Patienten der Gruppe B, die nach der Chemotherapie operiert werden konnten, betrug die mittlere Überlebenszeit sogar 31,3 Monate und war somit der Überlebenszeit von Patienten in der Gruppe A, also heilbaren Patienten ohne Metastasen, ähnlich.

Studienergebnisse werden im Falle einer Bestätigung die bisherigen Behandlungsstandards ändern.

Der Studienleiter PD Al-Batran betont: „Sollten diese Ergebnisse bestätigt werden, wird sich die Art und Weise, wie wir zukünftig Patienten mit metastasiertem Magen- und Speiseröhrenkrebs und anderen Krebsarten behandeln, grundlegend ändern. Die Vorstellung, dass Patienten mit Metastasen generell nicht heilbar sind, wird einer individualisierten Betrachtung



PD Salah-Eddin Al-Batran



Prof. Thomas W. Kraus

der Kranken weichen müssen. Bei ausgewählten Betroffenen mit Metastasen werden die verschiedenen therapeutischen Optionen im Rahmen sogenannter multimodaler Konzepte kombiniert. Unser Ziel ist es, eine langfristige Kontrolle der Krebskrankheit oder gar eine Heilung zu erreichen. Es muss für jede klinische Situation auch eine eigene therapeutische Strategie gewählt werden.“ Das geeignete Behand-

lungskonzept berücksichtigt unter anderem Alter, Allgemeinzustand und Begleitkrankheiten, aber auch Ausmaß und Ort der Metastasen. PD Al-Batran betont jedoch, dass die vorliegenden Zahlen vor einer breiten Anwendung dieses Konzeptes in der Patientenversorgung durch eine zweite größere Studie bestätigt werden müssen. „Derzeit arbeiten wir intensiv an einer bestätigenden Studie“, so Al-Batran.

AUS POLITIK UND GESELLSCHAFT

GUTE STATIONÄRE VERSORGUNGSQUALITÄT ERNEUT BELEGT

Die Qualität der Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist auf hohem Niveau. Dies belegt der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebene aktuelle Qualitätsreport des AQUA-Instituts für das Jahr 2012. Rund ein Viertel aller stationären Krankenhaufälle wurde in das dem Report zugrunde liegende, bundesweite Qualitätssicherungsverfahren einbezogen – von der Gallenblasenentfernung über Operationen an der Halsschlagader, Herzschrittmacherimplantationen und endoprothetischen Operationen bis zur Dekubitusprophylaxe.

„Die Beurteilung der Qualität der Versorgung darf nicht mit der Entlassung an der Krankenhauspforte aufhören“, bekräftigte Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). „Wichtig ist, dass sich die Qualität der Behandlung am Patienten orientiert.“ Mit viel Aufwand haben die Krankenhäuser in den vergangenen zwei Jahren die technischen Weichen für eine längsschnittliche

Zusammenführung von Qualitätsdaten gestellt. Zukünftig sollen Implantationen und Wechseloperationen bei Hüft- und Kniegelenksendoprothesen patientenbezogen über die Zeit beurteilt werden können, egal in welchem Krankenhaus und zu welchem Zeitpunkt sich der Patient behandeln lässt. Auch für die Herzschrittmacher-Leistungsbereiche wurde ein stationäres Follow Up beschlossen.

Diese Längsschnittbetrachtungen sollen bis spätestens 2015 in die Praxis umgesetzt werden – sobald die für die Verknüpfung der pseudonymisierten Patientendaten notwendigen datenschutzrechtlichen Prüfungen abgeschlossen sind.

Mehr Transparenz

Seit dem letzten Qualitätsreport des AQUA-Instituts 2011 sind weitere qualitative Verbesserungen in 15 der insgesamt 30 untersuchten Leistungsbereiche zu verzeichnen. Von 464 Qualitätsindikatoren haben sich 56 verbessert. 379 sind auf konstant gutem Niveau geblieben.

Chirurgie bei Metastasen: langersehnte Antworten

Prof. Thomas W. Kraus, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest, hat die chirurgische Therapie bei den Patienten in der Studie geleitet. Er betont, dass die FLOT-3-Studie eine hochrelevante, sich seit Dekaden immer wieder stellende Frage wissenschaftlich behandelt – nämlich die Frage nach der Rolle der chirurgischen Intervention bei Patienten mit Metastasen. Die Studie zeigt, dass die Resektion bei bestimmten Patientengruppen nach erfolgreicher Chemotherapie einen zentralen Beitrag leistet. Hervorzuheben sind schließlich auch die guten Sicherheitsdaten in der FLOT-3-Studie. Die Komplikationsraten waren bei den Patienten in Gruppe B nicht höher als in Gruppe A und konnten sich mit den besten Zentren für Magen- und Speiseröhrenchirurgie weltweit messen lassen. Denn die Magen- oder Speiseröhrenentfernung ist eine große Operation, die nur an Zentren mit profunder Expertise durchgeführt werden sollte.

Weitere Informationen:

PD Salah-Eddin Al-Batran
albatran.salah@khnw.de

Für acht Qualitätsindikatoren war noch keine Tendenzaussage möglich, da sie erstmalig erhoben wurden. Ebenfalls eine positive Entwicklung zeigt sich im stationären Leistungsgeschehen hinsichtlich der Transparenz. So werden künftig 289 Qualitätsindikatoren (anstatt bisher 182) im Qualitätsbericht jedes Krankenhauses veröffentlicht.

Besonders bemerkenswert ist, dass die Bundesfachgruppen nur noch bei einem einzigen Qualitätsindikator besonderen Handlungsbedarf sehen. 2011 war dies bei acht der Fälle, 2010 noch bei neun und 2009 sogar bei 21 Qualitätsindikatoren.

Erstmals ist im vorliegenden Qualitätsreport auch ein Kapitel zum Thema Nosokomiale Infektionen enthalten. Dabei handelt es sich um eine Darstellung bereits bestehender, relevanter Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung (esQS). Sie weisen über die letzten Jahre weitgehend unveränderte Wundinfek-

tionsraten aus. Diese Ergebnisse entsprechen auch den Krankenhausinfektionsraten anderer Surveillance-Systeme in Deutschland bzw. im internationalen Vergleich. Gleichzeitig zeigen die vorliegenden Daten der externen stationären Qualitätssicherung auch die Grenzen für die Beurteilung der Versorgungsqualität auf. Grundsätzlich müssen weitere Daten, insbesondere aus dem ambulanten Bereich, in die Surveillance miteinbezogen werden.

Herausragende Leistungsbereiche

Das AQUA-Institut hat den Krankenhäusern vor allem gute bis sehr gute Versorgungsqualität bescheinigt:

- in den orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereichen (Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft- und Knie-Endoprothetik). Bei 94,5 Prozent bzw. 96 Prozent der Patienten werden medizinisch korrekte und relevante Indikations-

kriterien zur Erstimplantation eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks angegeben.

- in den Herzschrittmacher-Leistungsbereichen sowie analog bei den implantierbaren Defibrillatoren.

Die in den beiden genannten Leistungsbereichen teilweise beobachtbare Spannweite der Krankenhausergebnisse wird im Strukturierten Dialog mit den jeweiligen Einrichtungen geklärt.

- Die drei Leistungsbereiche der Herzchirurgie sowie der Leistungsbereich Gynäkologische Operationen weisen stabile und überwiegend gute Ergebnisse auf.
- Insgesamt gute bis sehr gute Ergebnisse werden auch in den Leistungsbereichen Geburtshilfe und Neonatologie bescheinigt.

- Vor allem die Leistungsbereiche der Transplantationsmedizin und Lebendspenden stehen laut Qualitätsreport zu Unrecht im Lichte des Organspendeskandals, denn auch hier weisen die Ergebnisse auf eine gute Versorgungsqualität hin, wie das AQUA-Institut hervor hebt.

Der Qualitätsreport 2012 wird auf der Internetseite des AQUA-Instituts (www.sqg.de) veröffentlicht. Der Report kann auch als Druckexemplar unter www.sqg.de/themen/qualitaetsreport bestellt werden.

Weitere Informationen:

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Moritz Quiske
Fon (030) 39801-1020
www.dkgev.de

AUS POLITIK UND GESELLSCHAFT

KLINIKEN KRITISIEREN PRÜFWUT DER KRANKENKASSEN

Zur Kritik von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr am Prüfverhalten der Krankenkassen erklärt der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum: „Die Krankenhäuser begrüßen die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Bahr, das Prüfverhalten der Krankenkassen unter verschärfte politische und öffentliche Beobachtung nehmen zu wollen. Die Kliniken sehen sich einer permanent steigenden Prüfungsflut ausgesetzt. Dabei werden computergesteuerte Prüfungen eingeleitet, ohne dass die medizinischen Sach-

verhalte gewürdigt werden. Offensichtliches Ziel der Krankenkassen ist die Minderung der Rechnungen, obwohl die Krankenhäuser die Leistungen für die Patienten erbracht haben. Mit ihren Prüfungen stellen die Krankenkassen am häufigsten die Notwendigkeit der Aufnahme von Patienten zur Krankenhausbehandlung in Frage und sie wollen erreichen, dass Patienten innerhalb der sogenannten Grenzverweildauer, also sehr schnell wieder entlassen werden. Demgegenüber sehen sich die Krankenhäuser in der Pflicht, Patienten, die die Hilfe des Kranken-

hauses suchen, im Zweifelsfall aufzunehmen und die Patienten erst zu entlassen, wenn die medizinischen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Es wird höchste Zeit, dass sich die Politik des Prüfunwesens der Krankenkassen annimmt.“

Weitere Informationen:

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Moritz Quiske
Fon (030) 39801-1020
www.dkgev.de

AUS POLITIK UND GESELLSCHAFT

150 MILLIONEN EURO FÜR PERSONALKOSTENSTEIGERUNGEN IN KLINIKEN

DKG und Krankenkassen vereinbaren Tarifaufgleichsrate

Nur drei Wochen nach Verabschiedung des Gesetzes haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband sowie der PKV-Verband auf die konkrete Höhe der Zahlungen für Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern geeinigt. Die Koalition hatte noch vor der Sommerpause beschlossen, dass ein Drittel der nicht durch die regelhaften Ver-

gütungssteigerungen gedeckten Personalkostenzuwächse durch eine Tarifaufgleichsrate refinanziert werden soll. Abgeleitet aus den maßgeblichen Tarifverträgen haben sich die Selbstverwaltungspartner auf eine Anhebung der Fallpauschalenvergütungen um 0,21 Prozent und der Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser um 0,26 Prozent für das Jahr 2013 verständigt. Das

damit verbundene Vergütungsvolumen von ca. 150 Millionen Euro fließt den Krankenhäusern ab dem 1. September 2013 zu. Zusammen mit den Versorgungszuschlägen, die die Krankenhäuser bereits seit dem 1. August 2013 in Höhe von 250 Millionen Euro erhalten, ist das für das Jahr 2013 von der Koalition beschlossene Hilfspaket für die Krankenhäuser damit umgesetzt.

Zur Vereinbarung der Tarifausschlichtung erklären die Verhandlungsführer Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzen-

der des GKV-Spitzenverbandes: „Das Ergebnis ist eine faire, in partnerschaftlichem Verantwortungsbewusstsein getroffene, schnelle Lösung und ein Zeichen dafür, dass die Selbstverwaltung handlungsfähig ist.“

Weitere Informationen:

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Holger Mages
Fon (030) 39801-1021
www.dkgev.de

AUS POLITIK UND GESELLSCHAFT

HILFE VERSCHAFFT KLINIKEN LUFT

Zur Entscheidung über die finanziellen Hilfen für die Krankenhäuser in der Koalition, erklärt der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum: „Ein gutes Gesetz für die Krankenhäuser. Binnen der nächsten 18 Monate erhalten die Krankenhäuser zusätzliche Mittel von ca. einer Milliarde Euro. Das ist eine große und wichtige Hilfe bei der Bewältigung der bislang ungedeckten Kostenlasten und schafft zumindest für das laufende und das nächste Jahr den Krankenhäusern Luft. Zu begrüßen ist, dass die Mittel ab 1. August 2013 und damit schnell fließen sollen. Zugleich setzt die Koalition das wichtige ordnungspolitische

Signal, dass die Kosten des steigenden medizinischen Bedarfs, die Morbiditätslasten, nicht länger einseitig den Krankenhäusern über die sogenannte doppelte Degression auferlegt werden sollen. Das ist eine gute und konstruktive Grundlage für die in der nächsten Legislaturperiode geplante Reform zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, in deren Mittelpunkt die Neukonzeption der Finanzierung von Leistungszuwächsen und damit der Preisbildungsmechanismus für die Krankenhausleistungen stehen muss. Ziel dabei muss eine faire Krankenhausfinanzierung, frei von Fehlankreizen und Kollektivhaftungseffekten, sein.

Auch mit der Bereitstellung von zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Beschäftigung und Ausbildung von Hygieneärzten und Fachkräften werden die Krankenhäuser bei ihren Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit durch das vorgesehene Förderprogramm unterstützt.“

Weitere Informationen:

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Moritz Quiske
Fon (030) 39801-1020
pressestelle@dkgev.de
www.dkgev.de

AUSZEICHNUNGEN

STEPHANIE HEHLGANS WURDE MIT DEM GBS NACHWUCHSPREIS 2013 AUSGEZEICHNET

Die Strahlenbiologin Dr. Stephanie Hehlgers aus der Klinik für Strahlentherapie und Onkologie des Universitätsklinikums Frankfurt erhielt am 25. September 2013 im Rahmen der 16. Jahrestagung der Gesellschaft für Biologische Strahlenforschung (GBS) in Darmstadt zusammen mit dem Physiker Dr. Thomas Friedrich vom GSI Helmholtzzentrum für Schwerionenforschung, Darmstadt, den Nachwuchspreis.



Dr. Stephanie Hehlgers erhielt im Rahmen der 16. Jahrestagung der Gesellschaft für Biologische Strahlenforschung in Darmstadt den Nachwuchspreis.

Der GBS Preis wird durch eine Jury für herausragende Leistungen auf dem Gebiet der biologischen Strahlenforschung an junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verliehen.

Dr. Stephanie Hehlgers ist seit 2011 an der Klinik für Strahlentherapie und Onkologie des Universitätsklinikums Frankfurt tätig. Schwerpunkt ihrer Forschungsarbeit ist die Identifizierung und Charakterisierung molekularer Faktoren, die zur Strahlenresistenz von Tumorzellen beitragen. Die Verwendung eines dreidimensionalen Zellkulturmodells erlaubt dabei eine präzisere Vorhersage der Strahlenantwort des Tumors. Diese Arbeiten stellen eine Grundlage für die Entwicklung neuer zielgerichteter Therapien zur Strahlensensibilisierung von Krebszellen und verbesserter diagnostischer Verfahren zur Prädiktion des Therapieansprechens von Tumorpatienten dar.

AUSZEICHNUNGEN

PD KOSS ERHÄLT LEONHARD KLEIN PREIS ZUR FÖRDERUNG DER AUGENCHIRURGIE 2013

Der Preis wird alle zwei Jahre vergeben und ist mit 15 Tausend Euro dotiert.

PD. Michael Janusz Koss hat in den letzten Jahren im Team unter Leitung von Prof. Frank Koch wesentliche Arbeiten zur evidenzbasierten Evaluierung eines portablen, minimalinvasiven Vitrektoms zur Diagnostik und Therapie von retinalen Erkrankungen an der Universitätsaugenklinik in Frankfurt am Main durchgeführt.

Es handelt sich bei dem Gerät um ein 23 gauge Vitrektom, das in seinem Aufbau die Innovation von zwei unabhängig getrennten Kanülen für Aspiration (zur Durchführung einer Kernvitrektomie mittels eines high speed Cutters) und für Injektion (zur Applikation von mehreren Medikamenten, somit einer Kombinationstherapie) vereint. Dadurch konnten intravitreale Kombinationstherapien aus dem Kreis der sogenannten Medical Retina, also Patienten mit feuchter AMD, diabetischer Retinopathie und nach venösen Gefäßverschlüssen, klinisch sicher und – im Vergleich zu anti-VEGF Monotherapie – mit weniger Reinjektionen



Prof. Seitz, Präsident der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (rechts) übergab PD Koss die Urkunde.

durchgeführt werden. Die Analyse der dadurch erzielten unbehandelten Glaskörperproben erlaubt wegweisende Rückschlüsse auf

die Aktivität der Erkrankungen in dem Bestreben, zukünftig valide vitreale Biomarker zu beschreiben.

AUSZEICHNUNGEN

AUSGEZEICHNETE QUALITÄT DER BRUSTSCHMERZEINHEIT IM HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST ERNEUT BESTÄTIGT

Die Medizinische Klinik im Hospital zum heiligen Geist hat erneut das Zertifikat „Chest Pain Unit – DGK zertifiziert“ erhalten. Das Zertifikat wird von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) nur an Kliniken und Krankenhäuser vergeben, die ihre Chest Pain Unit (CPU) nach den hohen Qualitätsstandards der DGK führen.

Wichtige Voraussetzung für eine Zertifizierung ist unter anderem ein Herzkatheterlabor und ein spezialisiertes Team von interventionellen Kardiologen, die 24 Stunden am Tag an jedem Tag des Jahres die Durchführung von Akutinterventionen gewährleisten. Das betreuende Pflegepersonal und die Ärzte müssen durch ein spezielles Schulungsprogramm ausgebildet sein.



Prof. Rainer Duchmann

„Wir freuen uns über die erneute Auszeichnung. Im Fall von Schmerzen im Bereich der Brust und des Oberbauches ist eine schnelle und sichere Diagnose sehr wichtig, um möglicherweise schwerwiegende Herzerkrankungen rasch



und sicher zu diagnostizieren oder auszuschließen. Unsere Patienten durchlaufen daher ein engmaschiges Untersuchungsprogramm, das Schmerzen schnell und zielgerichtet abklärt“, so Prof. Rainer Duchmann, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Hospital zum heiligen Geist.

Die Brustschmerzeinheit befindet sich in der Zentralen Ambulanz und Aufnahme (ZAA)

des Hospitals zum heiligen Geist und ist rund um die Uhr pflegerisch und ärztlich besetzt, damit im Notfall keine Zeit verloren geht. Sie wurde erstmals im Jahr 2010 zertifiziert und gehörte damit zu den ersten 25 deutschen Kliniken, die mit diesem Gütesiegel der DGK ausgezeichnet wurden. Nur Chest Pain Units, die die strengen Kriterien der DGK erfüllen und diese haben prüfen

lassen, erhalten eine Zertifizierungsurkunde der DGK. Die initiale Zertifizierung gilt für drei Jahre. Danach ist eine Rezertifizierung nötig.

Weitere Informationen:

Brigitte Seifried

Fon (069) 1500-1240

b.seifried@buergerhospital-ffm.de

AUSZEICHNUNGEN

ONKOLOGISCHES ZENTRUM AM KRANKENHAUS NORDWEST VON DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT AUSGEZEICHNET

Das Onkologische Zentrum am Krankenhaus Nordwest mit seinen sechs Organzentren ließ sich jetzt nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft durch das unabhängige Institut OnkoZert begutachten. Mit Erfolg: Das Interdisziplinäre Onkologische Zentrum am Krankenhaus Nordwest bekam das Zertifikat „Onkologisches Zentrum“ verliehen. In Hessen wurde dieses Zertifikat von OnkoZert erst zweimal vergeben. „Wir sind stolz auf diese besondere Auszeichnung. Mit der Zertifizierung wird bestätigt, dass die Behandlung in unserem Onkologischen Zentrum am Krankenhaus Nordwest auf einem sehr hohen Qualitätsniveau erfolgt“, so Prof. Eckart Weidmann, Leiter des Onkologischen Zentrums am Krankenhaus Nordwest.

Die Basis jedes Onkologischen Zentrums und Voraussetzung zur Zertifizierung ist die Kooperation der sogenannten Organzentren. Im Onkologischen Zentrum am Krankenhaus Nordwest arbeiten sechs hochspezialisierte Organzentren (Prostatakarzinom-, Darm-, Pankreaskarzinom-, Lungen-, Gastrointestinales und Brustzentrum) im Klinikalltag eng zusammen. Damit deckt das Leistungsspektrum die häufigsten Krebserkrankungen ab. Durch die exzellente Vernetzung der verschiedenen Disziplinen im Rahmen des Onkologischen Zentrums können darüber hinaus auch seltene Tumorarten auf höchstem Niveau behandelt werden.

Das Onkologische Zentrum baut auf die bereits hervorragend etablierten Kliniken für Onkologie und Hämatologie, Chefarztin Prof. Elke Jäger, und für Radioonkologie, Chefarzt PD Michael van Kampen, auf.



Betroffene Patienten werden ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt. Ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen ermöglicht eine optimale Patientenversorgung innerhalb und außerhalb des

Onkologischen Zentrums. Im Mittelpunkt steht die interdisziplinäre Tumorkonferenz. Hier wird entsprechend der vorliegenden Operations- und Untersuchungsergebnisse eine individuelle Therapieempfehlung für jeden Patienten erarbeitet und umgesetzt. Beteiligte Fach- und Hausärzte werden aktiv in die Diagnostik- und Therapieentscheidung einbezogen.

Neben den ausgezeichneten onkologischen Behandlungsstrukturen qualifizierte sich das Zentrum auch durch ein breites Spektrum von supportiven Maßnahmen wie psychoonkologischer Betreuung, Sportprogramm, Ernährungsberatung und palliativmedizinischen Versorgungsangeboten.

Das Gütesiegel der Deutschen Krebsgesellschaft wird jeweils für einen Zeitraum von drei Jahren vergeben. Danach muss sich das Onkologische Zentrum einer Rezertifizierung unterziehen. Darüber hinaus findet einmal pro Jahr ein Überwachungsaudit zur Qualitätskontrolle statt.

Das Krankenhaus Nordwest ist Partner im Universitären Centrum für Tumorerkrankungen UCT Frankfurt. Der Unterschied zwischen beiden Qualifizierungsformen ist, dass im Onkologischen Zentrum am Krankenhaus Nordwest die klinische Versorgungsleistung im Fokus der Bewertung steht. Beim UCT stehen die onkologische Forschungsleistung sowie die regionale Vernetzung der Versorgung von Menschen mit Krebs im Vordergrund.

Weitere Informationen:

Brigitte Seifried

Fon (069) 1500-1240

b.seifried@buergerhospital-ffm.de

AUSZEICHNUNGEN

AKTION SAUBERE HÄNDE: BESTNOTE FÜR HYGIENEMANAGEMENT AM BÜRGERHOSPITAL FRANKFURT

Das Bürgerhospital Frankfurt wurde erneut für das große Engagement in Sachen Hygiene und Sauberkeit ausgezeichnet. Das Krankenhaus hat diesmal bei der Kampagne „AKTION Saubere Hände“ die höchste Auszeichnung – das Zertifikat der Kategorie GOLD – erhalten. In Frankfurt ist das Bürgerhospital bisher das einzige Krankenhaus, das diese Auszeichnung bekam. „Ein modernes Hygienemanagement zum Schutz unserer Patienten sehen wir als eine unserer wichtigsten Aufgaben an“, betont Dr. Petra Maksan, Mitglied der Geschäftsführung am Bürgerhospital Frankfurt.

Kranke Menschen und frisch operierte Patienten sind während eines Klinikaufenthalts besonders anfällig für Infektionen durch Krankheitserreger. Die Erkennung, Bekämpfung und Verhü-

tung von nosokomialen Infektionen (Krankenhauserkrankungen) ist deshalb ein zentraler Punkt im Qualitätsmanagement des Bürgerhospitals. Basis des erfolgreichen Hygienemanagements sind die standardisierten Arbeitsabläufe und Verfahrensanweisungen.

Bereits im vergangenen Jahr erhielt das Bürgerhospital Frankfurt bei der Kampagne „AKTION Saubere Hände“ das Zertifikat SILBER. Um das Zertifikat GOLD zu erhalten, musste das Krankenhaus höchste Anforderungen im Bereich der Hygiene erfüllen. Dazu gehört beispielsweise die Teilnahme von Mitarbeitern an Fortbildungskursen, die Durchführung eines Aktionstages zur Verbesserung der Händedesinfektion, die Messung der Compliance bei der Händedesinfektion und der

Nachweis des gesteigerten Händedesinfektionsmittelverbrauchs. Durch die Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“ möchte die Klinik ein Zeichen für mehr Sorgfalt bei der Handhygiene setzen und das Bewusstsein für häufigere Händedesinfektion stärken.

Ziel ist es, die regelmäßige Handhygiene als Bestandteil der pflegerischen und ärztlichen Routinetätigkeit immer im Fokus zu haben, um die Übertragung von Krankheitserregern wirkungsvoll einzudämmen.

Weitere Informationen:

Brigitte Seifried

Fon (069) 1500-1240

b.seifried@buergerhospital-ffm.de

www.aktion-sauberehaende.de

AUSZEICHNUNGEN

NACHWUCHSFORSCHERPREIS DER DEUTSCHEN AIDS-GESELLSCHAFT GEHT NACH FRANKFURT

Auf dem Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress, der vom 12. bis 15. Juni 2013 in Innsbruck stattfand, erhielt der Frankfurter Valentin Weber den mit 3.000 Euro dotierten Nachwuchsforscherpreis der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG). Der 29-jährige wissenschaftliche Mitarbeiter der Frankfurter Universitätskinderklinik (Schwerpunkt Stammzell-

transplantation und Immunologie – wissenschaftliche Arbeitsgruppe Dr. Christoph Königs) erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit zur neurokognitiven Leistungsfähigkeit HIV-positiver Kinder und Jugendlicher unter antiretroviraler Langzeittherapie. Annette Haberl, die den Preis für die DAIG übergab, betonte die besondere Bedeutung des Nach-

wuchsforscherpreises für die zukünftige HIV-Forschung in Deutschland und freute sich besonders, dass die Auszeichnung in diesem Jahr nach Frankfurt geht.

Weitere Informationen:

www.daignet.de/site-content/die-daig



Annette Haberl, Vorstandsmitglied der DAIG, verleiht in Innsbruck den Nachwuchsforscherpreis der Deutschen AIDS-Gesellschaft an Valentin Weber.



Valentin Weber erläutert dem Auditorium die Grundzüge seiner Forschungsarbeit.

PERSONALIA

DR. HABERL ERNEUT IN NATIONALEN AIDS-BEIRAT BERUFEN

Der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat Dr. Annette E. Haberl, HIV-Schwerpunkt im Zentrum der Inneren Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt, erneut in den nationalen AIDS-Beirat berufen.



Dr. Annette E. Haberl, HIV-Schwerpunkt im Zentrum der Inneren Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde von Gesundheitsminister Daniel Bahr erneut in den nationalen AIDS-Beirat berufen.

Auszug aus der Pressemitteilung des Bundesministeriums der Gesundheit:

Am 22. Juli hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr turnusgemäß den Nationalen AIDS-Beirat neu berufen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Der Nationale AIDS-Beirat hat die Bundesregierung in den vergangenen zwei Jahren zu einer Reihe von schwierigen und komplexen Themen beraten. Er hat mit der Verabschiedung von vier Voten wichtige Impulse bei der Anpassung unserer erfolgreichen HIV/AIDS-Strategie gesetzt. Seinen Mitgliedern spreche ich meinen besonderen Dank aus.“

Der Nationale AIDS-Beirat berät die Bundesregierung zu aktuellen sozialen und medizinischen Fragestellungen zu HIV/AIDS. Er ist interdisziplinär mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Forschung, medizinische Versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst, Ethik, Recht, Sozialwissenschaften sowie Personen aus der Zivilgesellschaft einschließlich der Selbsthilfe besetzt.

Dem Nationalen AIDS-Beirat kommt auch in der kommenden Berufenungsperiode die wichtige Aufgabe zu, Politik und Gesellschaft bei der Formulierung tragfähiger Antworten auf die andauernde Herausforderung durch die Infektionskrankheit zu unterstützen.

PERSONALIA

PROF. HACH-WUNDERLE IN DEN AUSSCHUSS DER DGIM GEWÄHLT

Auf der 119. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden 2013 wurde Prof. Viola Hach-Wunderle für die kommenden vier Jahre (2013 bis 2017) in den Ausschuss der DGIM gewählt.



Prof. Viola Hach-Wunderle

PERSONALIA

PROF. LINDHOFF-LAST IN SUBKOMMITTEE DER „INTERNATIONAL SOCIETY OF THROMBOSIS AND HAEMOSTASIS“ GEWÄHLT

Prof. Edelgard Lindhoff-Last, Leiterin des Schwerpunktes Angiologie/Hämostaseologie am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde in das Subkomitee „Control of anticoagulation“ der „International Society of Thrombosis and Haemostasis“ gewählt.

Die „International Society of Thrombosis and Haemostasis“ (ISTH) ist die größte wissenschaftliche internationale Organisation, die das Verständnis, die Prävention, Diagnose und Behandlung von Thrombosen und Blutungen fördert. Sie hat inzwischen über 3.550 Mitglieder in 84 Ländern.

Das Subkomitee „Control of anticoagulation“ fokussiert auf klinische Aspekte und Laboraspekte, die mit der Therapie mit blutverdünnenden Medikamenten verbunden sind. Es ist ein interdisziplinäres Gremium aus Internisten, Hämatologen, Kardiologen und Labormediziner.



Prof. Edelgard Lindhoff-Last, Leiterin des Schwerpunktes Angiologie/Hämostaseologie am Uniklinikum, wurde in das Subkomitee „Control of anticoagulation“ der „International Society of Thrombosis and Haemostasis“ gewählt.

PERSONALIA

PROF. TÖNNES ZUM PRÄSIDENTEN DER GESELLSCHAFT FÜR TOXIKOLOGISCHE UND FORENSISCHE CHEMIE GEWÄHLT

Prof. Stefan Tönnies, Leiter der Abteilung Forensische Toxikologie im Institut für Rechtsmedizin, wurde zum Präsidenten der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) gewählt.

Prof. Tönnies ist bereits seit mehreren Jahren Mitglied des Vorstands der GTFCh und zusätzlich auch im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Rechtsmediziner e.V.



Prof. Tönnies ist Präsident der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie.

AUS DEN PARTNERHÄUSERN

NEUES UNTERSUCHUNGSGERÄT ERMÖGLICHT „ULTRASCHALL VON INNEN“

Hohe diagnostische Aussagekraft ermöglicht bessere Therapieplanung.

Die sogenannte „Endosonographie“, also ein Ultraschall von innen, ist nun auch an den Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen möglich. Dabei handelt es sich um ein relativ junges, bildgebendes Untersuchungsverfahren, das auf eine für die Patienten sehr schonende Weise die Endoskopie mit der Ultraschalluntersuchung verbindet.

Durch die an der Spitze des Endoskops eingebaute Ultraschallsonde ist es nun möglich, den Ultraschall direkt an dem zu untersuchen-

den Organ zu platzieren. Dies ermöglicht eine sehr viel bessere Bildqualität und exaktere Diagnostik als durch den herkömmlichen Ultraschall durch die Bauchdecke von außen. Dr. Alexander Müller, Gastroenterologe im Facharztzentrum an den Main-Kinzig-Kliniken, erklärt: „Die Tiefenausdehnung eines Tumors kann nun millimetergenau bestimmt werden. Zudem kann eine Aussage über mögliche Infiltration in Nachbargewebe sowie Lymphknotenbefall erfolgen. Dies hat unmittelbaren Einfluss auf die Therapieplanung.“ So werde

beispielsweise bei Magenkrebs mit Lymphknotenbefall zunächst chemotherapiert bevor eine Operation ansteht. Ohne Lymphknotenbefall werde in der Regel erst operiert und die Chemotherapie ggf. im Anschluss gegeben, berichtet Dr. Müller.

Zusätzlich erlaubt eine Punktionsnadel die gezielte Entnahme von Gewebeprobe an Stellen, die von außen nicht oder nur mit einem hohen Komplikationsrisiko erreichbar sind. Dies ist etwa zur Klärung von auffälligen Befunden, die



Dieser kleine Sonographiekopf ermöglicht einen Ultraschall während der Endoskopie – und somit eine exaktere Diagnosestellung.

durch die alleinige Bildgebung wie durch eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie nicht eindeutig zu klassifizieren sind, sehr wichtig.

Auch Stefan Matuschek, ebenfalls Gastroenterologe im Facharztzentrum Gelnhausen, ist froh, diese Untersuchungsmethode anbieten zu können: „Bisher mussten unsere Patienten für eine solche Untersuchung in ein anderes Krankenhaus gebracht werden. Nun sind wir in der Lage, diese diagnostische Methode hier vor Ort anzubieten und eine individuelle Therapie nach dem neuesten Stand der Medizin zu planen.“

Die Endosonographie wird häufig dann angewandt, wenn der Mediziner Aufschluss über den Zustand der Bauchspeicheldrüse, der Gallenwege, der Magen-, Darm- oder Speiseröhrenwand benötigt.

Aber auch bei Erkrankungen der Lunge bietet das neue Gerät eine bedeutsame Untersuchungsmethode: den sogenannten „endobronchialen Ultraschall“ (EBUS). Der EBUS vereint die Möglichkeiten der Ultraschalldiagnostik und der Bronchoskopie. Er gilt als einer der wichtigsten Fortschritte der vergangenen Jahre in der Lungenheilkunde.

Auch hier wird die Darstellung der Bronchialwände und Strukturen, die sich um die Bronchien befinden, ermöglicht. So gewährleistet diese Untersuchung zusätzlich die sichere, ultraschallgesteuerte Gewebeprobeentnahme (EBUS-TBNA), etwa aus veränderten Lymphknoten oder Tumoren. „Dieses diagnostische Verfahren ist vor allem bei bösartigen Lungenerkrankungen von enormer Bedeutung und ersetzt mittlerweile fast immer die bislang häufig erforderliche operative Brustspiege-

lung, die Mediastinoskopie“, erklärt Dr. Sven Herling, Facharzt für Pneumologie an den Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen. Für die Behandlung von Lungenkrebs ist es notwendig zu wissen, ob der Tumor bereits gestreut hat und Lymphknoten befallen sind. Zur sicheren Diagnosestellung bei dieser Untersuchung, so der Lungenfacharzt, sei der EBUS hervorragend geeignet, da die Patienten bei dem minimalinvasiven Verfahren besonders geschont werden.

Weitere Informationen:

Alexandra Pröhl

Fon (06051) 87-2407

alexandra.jilg@mkkliniken.de

AUS DEN PARTNERHÄUSERN

NEUER LASER HILFT KREBSPATIENTEN

Klinikum Hanau setzt mit hochwertiger Lasertechnik in der Thorax- und Viszeralchirurgie einen weiteren Schwerpunkt.

Das Klinikum Hanau setzt in der Krebschirurgie jetzt einen hochmodernen Laser ein. Zudem verstärkt seit kurzer Zeit der Thoraxchirurg Dr. Osei-Agyemang das Klinikum Hanau. Er ist Spezialist für Tumor- und Metastasenoperationen im Brustkorb und kommt vom Universitätsklinikum Freiburg. Gemeinsam mit dem Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Prof. Peter Langer, bietet die Klinik eine „Thoraxchirurgie auf höchstem Niveau“, erklärt der Ärztliche Direktor des Klinikums Hanau, Dr. André Michel. Er betont: „Solch eine personelle und apparative Qualität gibt es nicht oft im Rhein-Main-Gebiet.“

Der leistungsstarke Laser wird von der Firma KLS Martin hergestellt und ist ein sogenanntes High-End-Gerät. Noch mache aber der Laser allein keine gute Medizin, so Chefarzt Prof. Langer. Vielmehr sei er Teil eines hochwertigen Gesamtkonzepts am Klinikum Hanau. Und da mache Spitzentechnologie nur einen – wenn auch wichtigen – Teil aus.

Der Laser wird in erster Linie bei Operationen von Patienten mit Lungenmetastasen, die beispielsweise bei Nieren- und Darmkrebs entstehen können, eingesetzt. Der Vorteil des Lasers,

erläuterte Chefarzt Prof. Langer, liege vor allem in seiner Präzision. Der Chirurg kann mit dem Laser Metastasen viel genauer entfernen. Für den Patienten hat dies mehrere Vorteile: Es muss nicht so viel gesundes Gewebe als Sicherheitszone mitentfernt werden. Das führt dazu, dass dem Patienten mehr Lungengewebe und damit auch Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. Dies wiederum führt zu einer guten Lebensqualität und in vielen Fällen auch zu einer Verlängerung der Lebenszeit.

Da der Laser über mehrere Frequenzbereiche verfüge, werde sein Einsatz nicht allein auf die Entfernung von Lungenmetastasen begrenzt bleiben, so Prof. Langer. Denn das Gerät eigne sich auch für die Entfernung von Metastasen an der Leber – nach dem gleichen Prinzip wie bei der Lunge.

Mit der Verstärkung des Ärzteteams der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie durch Dr. Osei-Agyemang, welcher den Schwerpunkt Thoraxchirurgie leitet, hat die Klinik ihr Leistungsangebot gezielt gestärkt und ausgebaut. „Wir können damit auch auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie eine Medizin auf Topniveau anbieten“, unter-



Thoraxchirurg Dr. Osei-Agyemang und Chefarzt Prof. Langer

streicht Prof. Langer. „Das ist ein einzigartiges Angebot für weite Teile unseres Einzugsbereichs.“

Die Thoraxchirurgie befasst sich mit Operationen im Bereich des Brustkorbs. Dr. Osei-Agyemang kommt vom Universitätsklinikum Freiburg, einer Klinik mit einem ausgewiesenen Kompetenzzschwerpunkt auf diesem Gebiet. Sie ist eine der größten Spezialkliniken für Thoraxchirurgie und thorakale Endoskopie in Deutschland.

„Für unsere Patienten und die uns zuweisenden Ärzte zeigt dies eine zusätzliche Spezialisierung unserer Klinik. Wir bieten höchste Qualität und das ganze Spektrum der anspruchsvollen Thoraxchirurgie“, so Chefarzt Prof. Langer.

Zu den Arbeitsschwerpunkten des Thoraxchirurgen gehören sämtliche Erkrankungen der Lunge, des Rippenfells, der Brustwand und zwischen den Lungenflügeln. Viele Krebserkrankungen betreffen gemeinsam den Bauch-

raum und den Brustkorb, wie zum Beispiel Speiseröhrenkrebs, Metastasen oder bösartige Rippenfellergüsse. Gerade auf diesem Gebiet bewährt sich die Kombination von Viszeral- und Thoraxchirurgie.

Viele Krankheiten werden in der Thoraxchirurgie im Klinikum Hanau interdisziplinär behandelt. Das verbessert Behandlungsqualität und -ergebnisse für die Patienten. Auf der wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenz tauschen sich die Experten über Diagnostik

und Therapie jedes einzelnen Patienten aus. Je nach Art der Krebserkrankung des Patienten sind das zum Beispiel Chirurgen, spezialisierte Krebsärzte, Strahlenmediziner, Innere Mediziner, Pathologen, Psychoonkologen und auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Weitere Informationen:

Laurine Köhler

Fon (06181) 296-2188

oeffentlichkeitsarbeit@klinikum-hanau.de

AUS DEN PARTNERHÄUSERN

KINDERCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE DANK KLINIKKOOPERATION

Klinikübergreifende Zusammenarbeit erspart Eltern weite Wege.



(v.l.n.r.) Dr. Hans-Ulrich Rhodius (Chefarzt der Kinderklinik an den Main-Kinzig-Kliniken), Prof. Udo Rolle (Direktor der Kinderchirurgie an der Universitätsklinik Frankfurt), Prof. Dirk Meininger (Chefarzt der Anästhesiologie an den Main-Kinzig-Kliniken)

Die Abteilung für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt unter Leitung von Prof. Udo Rolle hat in der Kinderklinik der Main-Kinzig-Kliniken eine eigene Sprechstunde eröffnet. So können auch Säuglinge und Kleinkinder direkt in Gelnhausen operativ behandelt werden.

Die Gelnhäuser Kinderklinik entwickelt sich seit Jahren zum medizinischen Versorgungszentrum für Kinder und Jugendliche im mittleren und östlichen Main-Kinzig-Kreis. Das neue Angebot der kinderchirurgischen

Sprechstunde ergänze das Leistungsspektrum der Klinik auf hochqualitativer Ebene, wie Dr. Hans-Ulrich Rhodius, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Kinderklinik, berichtet: „Wir freuen uns, die bestehende Zusammenarbeit und den konstruktiven fachlichen Austausch mit der Universitätsklinik weiter zu intensivieren. Mit Prof. Rolle konnte ein ausgewiesener Spezialist auf dem Gebiet der Kinderchirurgie gewonnen werden.“ Prof. Rolle ist seit dem Jahr 2008 als Direktor der Klinik für Kinderchirurgie in der Uniklinik tätig. Dort ist er nicht nur für die ambulante und kli-

nische Krankenversorgung der Kinder verantwortlich, sondern hat auch den hessenweit einzigen Lehrstuhl für Kinderchirurgie etabliert.

Aufgrund der Besonderheiten des kindlichen Organismus‘ hat sich die Kinderchirurgie als eigenständiger Fachbereich innerhalb der Chirurgie durchgesetzt. Die Entwicklungen während dieses dynamischen Lebensabschnittes, der von Wachstum und Reife geprägt ist, machen die Behandlung betroffener Kinder durch entsprechende Spezialisten notwendig. In den Gelnhäuser Kliniken wurden bisher Kinder ab dem dritten Lebensjahr von erfahrenen Medizinern mit dem gesamten Leistungsspektrum der chirurgischen Versorgung behandelt und betreut. Jüngere Kinder, bei denen ein operativer Eingriff notwendig war, erhielten eine Überweisung, beispielsweise in die Frankfurter Uniklinik. Dank der neuen Kooperation kann dieser weite Weg nun vielen Familien aus dem Main-Kinzig-Kreis erspart werden, da kleinere chirurgische Eingriffe bedarfsweise ambulant oder stationär in Gelnhausen stattfinden können. In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem Team der Kinderklinik, des Perinatalzentrums sowie des ambulanten OP-Zentrums, unterstützt von speziell ausgebildeten OP- und Pflegefachkräften, wird eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung sichergestellt. Hierzu tragen sowohl moderne endoskopische und minimalinvasive Verfahren der Diagnostik und Therapie bei, als auch eine enge und vertrauensvolle Begleitung der Familien sowie – bei Bedarf – eine kindgerechte Unterbringung auf der Kinderstation.

„Das Wohl des Kindes steht immer im Mittelpunkt“, betont Rhodius, „dazu gehört ganz besonders, dass das komplette Behandlungsteam ein Höchstmaß an Sicherheit und Vertrauen bietet.“ Durch den Chefarzt der Gelnhäuser Abteilung für Anästhesiologie, Prof. Dirk Meininger, besteht zusätzlich eine hohe Fachkenntnis auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkindnarkose. „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“, darauf legt Prof. Meininger be-

sonderen Wert. „Auch aus anästhesiologischer Sicht haben die kleinen Patienten besondere Bedürfnisse, die vor allem durch die Physiologie der Heranwachsenden bedingt sind.“ Im Rahmen seiner vorübergehenden Tätigkeit an der Frankfurter Universitätsklinik betreute der Chefarzt regelmäßig Kinder aller Altersstufen, die Jüngsten wogen dabei weniger als 500 Gramm. Das Angebot der kinderchirurgischen Sprechstunde werde von den Pa-

tienten bisher gut angenommen, berichtet Rhodius. „Dies zeigt uns, dass wir mit der Etablierung qualitätsorientierter, regionaler Partnerschaften auf dem richtigen Weg sind.“

Weitere Informationen:

Alexandra Pröhl

Fon (06051) 87-2407

alexandra.jilg@mkkliniken.de

AUS DEN PARTNERHÄUSERN

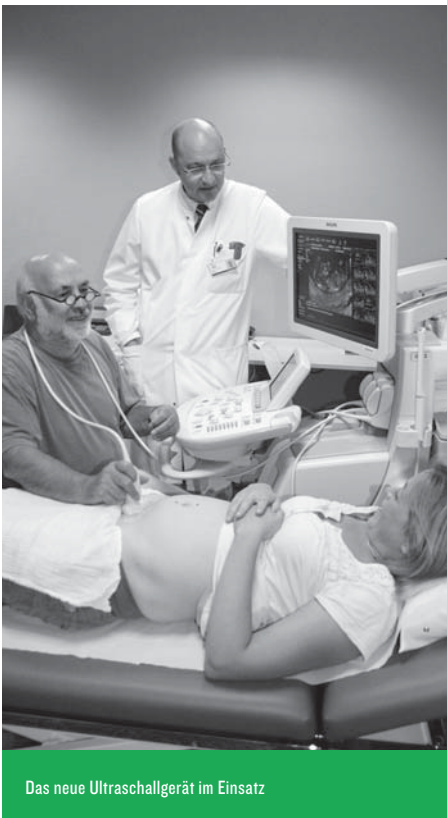
„MAN KANN SOGAR DIE WIMPERN DES UNGEBORENEN ZÄHLEN!“

Geburtshilfe am Klinikum Hanau setzt jetzt Ultraschalltechnik der Spitzenklasse ein.

Schwangeren steht im Klinikum Hanau nun eines der modernsten Ultraschallgeräte weltweit zur Verfügung. Es dient in erster Linie der vorgeburtlichen Diagnostik. „Das Gerät liefert

medizin an unserem Krankenhaus, denn damit vollziehen wir einen weiteren Qualitätssprung in der Diagnostik“, so der Ärztliche Direktor des Klinikums Hanau, Dr. André Michel.

Klinikum Hanau. Er hat in seinem Berufsleben bereits mehr als 10.000 Geburten betreut und ist seit mehr als 30 Jahren als Arzt im Rhein-Main-Gebiet tätig. Denn auch ein noch so gutes und innovatives Gerät funktioniert nicht von alleine. Es braucht Spezialisten, die es qualifiziert bedienen können und über die entsprechende diagnostische Erfahrung verfügen.



Das neue Ultraschallgerät im Einsatz

Das neue Ultraschallgerät ermöglicht vielfältige sonographische Anwendungen. Die eingesetzten Schallwellen sind für Mutter und Kind unschädlich. Das neue Gerät erlaubt 3D- und 4D-Aufnahmen. Während der 3D-Ultraschall räumliche Standbilder liefert, kann das 4D-Verfahren diese sogar in Echtzeit auf den Kontrollmonitor bringen. Zudem verfügt das Gerät über eine Matrixsonde, d. h. die Auflösung liegt um ein Vielfaches höher als bei herkömmlichen Ultraschallverfahren. Dafür sorgen sogenannte aktive Elemente. Der neue Philipps „iU22 xMATRIX“ hat davon rund 9.000 – also etwa 35 Mal mehr als herkömmliche Ultraschallgeräte. Damit kann er eine bisher unerreichte Datenmenge ermitteln und verarbeiten.

Der „iU22 xMATRIX“ kann viele unterschiedliche Fragestellungen beantworten, erläutert Dr. Sedlacek: „Wir können damit Kinder im Bauch schallen und sehen, ob es Auffälligkeiten gibt. Wir können das Kind von Kopf bis Fuß betrachten und beurteilen, ob ein Herz- oder Herzklappenfehler vorliegt oder wie die Hirnstrukturen aussehen. Wir können den Blutdurchfluss messen und einschätzen, ob zum Beispiel die Plazenta zeitgerecht und das Kind insgesamt gut entwickelt ist.“

In der vorgeburtlichen Ambulanz profitieren Schwangere von der in der Region einzigartigen Diagnostik. Das gebe auch den niedergelassenen Frauenärzten Sicherheit, erläutert Dr. Sedlacek. Denn manche diagnostischen Fragestellungen sind in der Praxis nicht zu klären. „Das neue Gerät gibt uns jetzt erheblich mehr Gewissheit bei der medizinischen Untersuchung von Kindern vor der Geburt“, erläutert Chefarzt PD Thomas Müller. Und Dr. Sedlacek ergänzt: „Es gibt derzeit keine bessere Möglichkeit, ein Kind im Mutterleib darzustellen.“

Auch wenn Zellen für eine Gewebeanalyse entnommen werden müssen, kommt der neue Ultraschall zum Einsatz. Denn damit kann man die Nadelposition bei Gewebeentnahmen exakt darstellen und sicher sein, dass das Kind nicht verletzt wird. Weitere Diagnosemöglichkeiten sind außerdem u. a. die Nackentransparenzmessung oder die Fruchtwasseruntersuchung. Zudem ist das Gerät auch für schwierig zu schallende Frauen geeignet, insbesondere bei starkem Übergewicht.

derart exakte Bilder, dass man praktisch die Wimpern des Ungeborenen zählen kann“, berichtet Oberarzt Dr. Helmut Sedlacek von der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums Hanau. „Das neue Ultraschallgerät ist ein weiteres wichtiges Beispiel für Spitzen-

Dr. Sedlacek ist einer von drei Spezialisten auf dem Gebiet der vorgeburtlichen Diagnostik im

In die geburtshilfliche Ambulanz der Frauenklinik kommen gesunde schwangere Frauen und auch Paare. Dort werden sie über die spätere Entbindung beraten. Die Ambulanz ist aber auch besonders für die Begleitung von

Risikoschwangerschaften qualifiziert. Das betrifft vor allem Frauen mit Diabetes, bei Mehrlingsschwangerschaften oder zu erwartenden Frühgeburten. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist Teil des Mutter-Kind-Zentrums (MKZ) am Klinikum Hanau. Dieses ist einzigartig im Main-Kinzig-Kreis, weil es für die höchste Versorgungsstufe (Level 1) zugelas-

sen ist, die es in Deutschland gibt. Und es gibt dort den einzigen Kreißsaal im Kreis, in dem bei Geburten stets ein Kinderarzt vor Ort ist.

„Wir setzen unseren erfolgreichen Modernisierungskurs der vergangenen Jahre konsequent fort. Nicht umsonst ist das Klinikum Hanau

auch im neuesten Ranking des Magazins Focus erneut in der Spitzengruppe platziert“, so der Ärztliche Direktor, Dr. André Michel.

Weitere Informationen:

Josefine Adolf

Fon (06181) 296-2188

oeffentlichkeitsarbeit@klinikum-hanau.de

VERANSTALTUNGEN

KINDERGESUNDHEIT UND KINDERSCHUTZ

genau hinsehen, präzise diagnostizieren, interdisziplinär heilen

Am 25. September fand die dritte Fortbildungsveranstaltung 2013 der Klinikallianz Plus statt. Im kinder museum in Frankfurt ließ sich in passender Atmosphäre über Kinderheilkunde und Kinderschutz sprechen.

Jeden Tag werden Kinder mit ihren gesundheitlichen Problemen Ärzten aus den verschiedensten Fachbereichen vorgestellt. Dabei stehen diese oft vor schwierigen Fragen: Wann steckt mehr hinter dem etwas auffälligen Urin, dem schmerzenden Knie, der Kette von Infekten im langen Winter oder dem etwas kleineren, zarten Kind? Gibt es vielleicht sogar ein ernsthaftes Problem? Wann ist die Verletzung kein Unfall, sondern wurde dem Kind absichtlich zugefügt? Welche Zeichen sollten Anlass sein, um über den Tellerrand zu blicken? Und mit welchen Erkenntnissen kann ich mir auch ohne hochspezialisierte Untersuchung recht sicher sein, nichts Entscheidendes übersehen zu haben? Um die Beantwortung dieser Fragen bemüht, rief Dr. Marco Baz Bartels vom Universitätsklinikum Frankfurt in seinem Vortrag „Kinderschutzmedizin – eine interdisziplinäre Herausforderung“ zu mehr Achtsamkeit auf, Dr. Boris Gebhardt aus den Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen sprach über die „Diagnostik und Therapiemöglichkeiten des Kleinwuchs“ und Dr. Christoph Rietschel vom Clementine Kinderhospital stellte die „Differentialdiagnose von Gelenkbeschwerden im Kindesalter“ vor. Anschließend erklärte der Gastgeber der Veranstaltung, PD Kay Latta vom Clementine Kinderhospital, wann Proteinurie und Hämaturie kein Teil eines Harnwegsinfektes sind, und Prof. Peter Bader vom Universitätsklinikum Frankfurt sprach zum Thema „Einfach infekтанfällig oder immundefizient?“.



Das kinder museum in Frankfurt



Der Gastgeber der Veranstaltung, PD Kay Latta, begrüßt die Teilnehmer.



Teilnehmer in den Ausstellungsräumen des Kinder Museums



Dr. Bartels bei seinem Vortrag

Knapp 90 Ärztinnen und Ärzte folgten den Vorträgen gespannt und konnten im Anschluss Antworten auf weitere Fragen aus ihrem jeweiligen Arbeitsalltag erhalten. Zudem konnten

sich die Teilnehmer bei einer Führung im Kinder museum von einer – ganz anderen und meist völlig harmlosen – „Krankheit“ anstecken lassen: dem „Sammelfieber“.

Weitere Informationen:
www.klinikallianz-plus.de

VERANSTALTUNGEN

„DER KATASTROPHALE ZUSTAND DES GESUNDHEITSWESENS IN FRANKFURT“

250 Jahre Dr. Senckenbergische Stiftung: Elf Institute in Frankfurt feiern den visionären Stadtarzt und sein Erbe.

„Es war wohl vor allem der katastrophale Zustand des Gesundheitswesens in Frankfurt Mitte des 18. Jahrhunderts“, so vermutet der Arzt und Vorsitzende der Dr. Senckenbergischen Stiftung, Dr. Kosta Schopow, „der den Frankfurter Stadtarzt Johann Christian Senckenberg dazu brachte, sein gesamtes Vermögen in den Aufbau einer Stiftung zu stecken, die bis heute von besonderer Bedeutung für die Stadt Frankfurt und das Rhein-Main-Gebiet ist.“ Die Institute, die aus der damaligen Gründung direkt oder mittelbar entstanden sind, betreiben heute sowohl die intensive Forschung im Dienste der Gesundheit als auch die unmittelbare Versorgung der Kranken.

Senckenbergs Nachfolger: von der Zelle bis zum Sonnensystem

Wissenschaftlich analysiert werden in den Senckenberg-Instituten gleichermaßen die Mikrobedingungen menschlicher Zellstrukturen, wie auch die Erde als Lebensraum des Menschen und die zentralen Prozesse unseres Sonnensystems. Senckenbergs Nachfolger kümmern sich um die heimische Pflanzenwelt und die regionalen Lebensräume im Rhein-Main-Gebiet, aber genauso auch um die Entdeckung neuer Arten in den tiefsten Gräben der Weltmeere. Sie erforschen den Einfluss der inneren Uhr auf die Gesundheit des Menschen, bieten schwerst-

kranken Hirntumorpatienten ein Kompetenzzentrum und stellen die drängenden ethischen Fragen an die Medizingeschichte und -gegenwart. Gleich mehrere universitäre Institute sorgen für hochqualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchs, so dass der Weg hin zu einem immer gesünderen Menschen auf einer gesünderen Erde konsequent weiter verfolgt werden kann.

Am Ursprung: wenig kenntnisreiche und eindimensionale Medizin

Leidvoll hatte Senckenberg persönlich erfahren müssen, wie hilflos eine wenig kenntnisreiche und eindimensionale Medizin gegenüber vielen

Krankheiten war. Seine erste Frau Johanna Rebecca starb 1743 am Kindbettfieber, die gesunde geborene Tochter 1745 an Tuberkulose. Seine zweite Frau Katharina Rebecca gebar 1746 den Sohn Erhard Jakob, der kurz nach der Geburt an einer Infektion starb. Sie selbst erlag 1747 einem Lungenleiden. 1754 heiratet er seine krebserkrankte Patientin Antonetta Elisabetha, die 1756 starb. Die Gefühle der Ohnmacht gegenüber dem Leid führten dann zur Entscheidung, endlich ein Krankenhaus in Frankfurt zu gründen, das nicht länger eine Pforte des Todes, sondern vor allem ein Tor zum Leben war. Zur Erreichung von mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen wollte er der Wissenschaft einen Tempel bauen.

Ziel: „bessere Gesundheits-Pflege hiesiger Einwohner“

So nannte Senckenberg im Hauptstiftungsbrief vom 18. August 1763 als Hauptzweck der Stiftung die „bessere Gesundheits-Pflege hiesiger Einwohner, und Versorgung der armen Kranken...“ Er setzte ein ‚Collegium medicum‘ als Erben ein. Dieses Collegium medicum sollte mindestens einmal im Monat beraten, „was zu besserer Ausübung der hiesigen Gesundheits-Pflege und Versorgung armer Kranker erforderlich seyn moegte.“ Seine größte Sorge galt der dauerhaften Selbstständigkeit der Stiftung und hier vor allem deren Bedrohung durch Einmischungen von öffentlicher Seite. „Meine Stiftung soll allezeit separiert bleiben und niemals vermengt mit Stadtsachen, damit nicht die Gewalt darüber in fremde Hände komme, die den heilsamen Endzweck vereiteln.“

Seit Gründung entstanden elf Institute

Auf diesem Fundament konnten in den zweieinhalb Jahrhunderten seit der Gründung bis heute elf Institute wachsen, die aus dem Gesundheits- und Wissenschaftsleben Frankfurts nicht mehr wegzudenken sind. Das älteste und zentrale Institut von Senckenbergs damaliger Gründung ist das Bürgerhospital. Es ist heute als Krankenhaus der Allgemeinversorgung Teil der Frankfurter Stiftungskrankenhäuser und gehört bundesweit zu den zehn Krankenhäusern, in denen die meisten Kinder zur Welt kommen. Unmittelbar aus dem ‚Theatrum anatomicum‘ des Senckenbergianums am Eschenheimer Tor entstammt das Universitätsinstitut für Anatomie, heute vor allem ausgewiesen in der Ausdifferenzierung der Neuro- und molekularen Anatomie. Dieselbe Wurzel hat das Pathologische Institut der Universität mit seiner besonderen Expertise für Lymphknoten und das Immunsystem. Nach

einer wechselhaften Geschichte findet man den Botanischen Garten Senckenbergs heute am östlichen Rand des Palmengartens, seit 2007 bereichert durch einen Arzneimittelgarten ganz im Sinne des Stifters.

Für Frankfurt prägende Relevanz

Nach massiven Behinderungen vor allem durch städtische Stellen war der Stiftung Senckenbergs 1817 mit der Gründung der heutigen Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung ein entscheidender Schritt zur Vertiefung der wissenschaftlichen Forschung gelungen. Das daraus entstandene Naturmuseum Senckenberg, dessen Erforschung des Bestehenden und seine Entdeckungen neuer Arten sind heute – ausgehend vom Standort an der Senckenberganlage – weltweit konkurrenzfähig. Der endgültige Durchbruch für eine zukunftsgerichtete Wissenschaft gelang schließlich 1914 mit der Gründung der Frankfurter Stiftungsuniversität, in die neben der Anatomie und der Pathologie weitere Senckenbergische Institute, wie das Botanische Institut und der Physikalische Verein eingingen. Dessen Sternwarte und Vorträge zu relevanten physikalischen Themen besuchen jährlich ca. 15.000 Interessierte. Auch die gesamte Senckenbergische Büchersammlung wurde der Universität gestiftet und stellt bis heute einen bedeutenden Grundstock der Universitätsbibliothek. 1938 gründete die Dr. Senckenbergische Stiftung zudem an der Universität das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, heute stark präsent in der Aufarbeitung der Frankfurter Medizingeschichte und jener der Universität.

Lückenlose historische Kontinuität

Eine besondere Brücke zwischen der Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung und der Goethe-Universität bildet die Kooperationsprofessur mit dem Institut für Botanik, Ökologie und Diversität. Wissenschaftsgarten und Gewächshaus am brandneuen Campus Riedberg sind durchaus an die Anfänge am Eschenheimer Turm angelehnt. Aus den Anfängen stammen auch heute noch wichtige Bestände der nach Senckenberg benannten Universitätsbibliothek, die im Verlauf der Jahrhunderte aus der Zusammenlegung der Senckenbergischen Büchersammlung mit wichtigen anderen Frankfurter Bibliotheken, ganz zum Schluss auch der städtischen Bibliothek, entstanden ist. Ihren Wissenschaftlern verdanken wir heute die Entschlüsselung der Tagebücher Senckenbergs, einem einzigartigen Dokument auch zur Stadtgeschichte Frankfurts im 18. Jahrhundert.

Heute an vorderster Front des medizinischen Fortschritts

Jüngste Sprösslinge in der Familie der Senckenberg-Institute sind die Chronomedizin, die auf ganz entscheidende Weise die innere Uhr des Menschen als Analyse- und Therapiekriterium auch schwerkranker Patienten in den Mittelpunkt rückt, sowie die Neuroonkologie, die erstmals im Rhein-Main-Gebiet für ein Netzwerk aller Kompetenzen sorgt, die für die bisher oft hoffnungslos erkrankten Hirntumorpatienten wichtig sind.

Festanlass zu Ehren ihres Gründervaters

Einen Einblick in ihre vielfältigen Leistungen gaben die Institute am 18. August 2013, auf den Tag genau 250 Jahre nach Gründung der Stiftung, als sie auf dem Campus Westend ihren Begründer und Ahnen Johann Christian Senckenberg und seine Stiftung feierten. Mit Vorträgen etwa zum „Hortus medicus“ und zur Botanik Senckenbergs, zum Lymphknotendesign, zu Dr. Senckenbergs Anatomie live, zur Gesundheit des Menschen und der Erde, zur Geschichte und Ethik der Medizin und zum Konzept des Bürgerhospitals, Präsentationen wie der Meteoriten-Expo und spielerischen Aktionen, wie dem Quiz zum Mythos Hirntumor, der interaktiven Chronomedizin sowie der Senckenberg-Fotoaktion wurde verdeutlicht, wie groß die Bedeutung der Anstöße des Stifters auch für die Gegenwart ist. Als besondere Attraktion wurden zudem die Senckenberg-Tagebücher öffentlich präsentiert. Den unterhaltsamen Rahmen bereitete Moderator PD Helmut Wicht.

Festrednerin im großen Casinogebäude des Campus Westend war Dr. Edeltraud Leibrock, Vorstand der KfW-Stiftung, zum Thema „Ein Tempel für die Wissenschaft“. Wissenswerte und bisweilen unbekannte Aspekte der Geschichte und Gegenwart der Stiftung und ihrer Bedeutung für die Stadt Frankfurt und die Goethe-Universität thematisierten der Universitätsvizepräsident, Prof. Enrico Schleiff, der Direktor der Dr. Senckenbergischen Anatomie und Chronomedizin, Prof. Horst-Werner Korf, und der Historiker und Senckenberg-Biograph, Dr. Thomas Bauer.

Weitere Informationen:

Prof. Horst-Werner Korf

Fon (069) 6301-6040

korf@em.uni-frankfurt.de

VERANSTALTUNGEN

ERFOLGREICHES ESIR-MEETING IN FRANKFURT

Am 5. und 6. Juli fand in Frankfurt eine Fortbildung der European School of Interventional Radiology (ESIR) statt. Die Veranstaltung unter der Leitung von Prof. Thomas J. Vogl und PD Stephan Zangos wurde von den Teilnehmern im Anschluss sehr gelobt.

Am 5. und 6. Juli fand im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Uniklinikums ein ESIR-Meeting zum Thema „Lung Interventions: Embolisation & Ablation“ statt. Geleitet wurde die Fortbildung von Prof. Thomas J. Vogl und PD Stephan Zangos. Der Kurs war auf erfahrene Fachleute ausgerichtet. Er bot Expertenpräsentationen, interaktive Falldiskussionen und praktische

Übungen für die Teilnehmer zu den Themen Biopsie, Embolisation und Lungenablation. Höhepunkte waren unter anderem die Live-Demonstration einer Lungen- und einer Leberablation.

Die Veranstaltung wurde von den internationalen Teilnehmern als Spitzenevent bewertet. Sowohl das breite inhaltliche Programm, bei

dem die Teilnehmer selbst interaktiv in zahlreiche Übungen eingebunden wurden, als auch die gute Atmosphäre wurden lobend hervorgehoben. „Well done organizing such an excellent meeting. All of the attendees to whom I spoke seemed extremely happy with the course content and very appreciative of the efforts to which you had gone to make it a success“, so eine der Rückmeldungen, die Prof. Vogl im Anschluss erhielt.



Die Fortbildung bot Expertenpräsentationen, interaktive Falldiskussionen und praktische Übungen für die Teilnehmer zu den Themen Biopsie, Embolisation und Lungenablation. Höhepunkte waren unter anderem die Live-Demonstration einer Lungen- und einer Leberablation.

VERANSTALTUNGEN

DER BLICK INS GEHIRN: DIE ESNR 2013 IN FRANKFURT

Vom 28. September bis zum 1. Oktober diskutierten die europäischen Neuroradiologen in Frankfurt die Zukunftsperspektiven für die Behandlung von Erkrankungen des Gehirns und des Zentralnervensystems.

Mit mehr als 800 internationalen Teilnehmern und Referenten aus Europa und aller Welt fand vom 28. September bis 1. Oktober die Jahrestagung der European Society of Neuroradiology (ESNR) in Frankfurt statt. Im neuen Hörsaalgebäude des Campus Westend präsentierten die Spezialisten für Computertomographie, Kernspintomographie und Katheterbehandlungen neue Methoden und aktuelle Studienergebnisse. Vor genau 40 Jahren im Jahr 1973 wurde schon einmal eine Jahrestagung der ESNR in Frankfurt veranstaltet. Seitdem hat

das Fach einen rasanten Aufschwung genommen. Die damals noch in den Kinderschuhen steckende Computertomographie und die sich später entwickelnde Kernspintomographie sind heute aus der Diagnostik von Hirntumoren, Entzündungen und Gefäßerkrankungen des Zentralnervensystems nicht mehr wegzudenken. Ebenso ist es selbstverständlich geworden, dass Gefäßaus sackungen, Gefäßverengungen und Verschlüsse hirnversorgender Arterien mit Hilfe von Kathetersystemen erfolgreich behandelt werden.

Neue Verfahren ermöglichen besseres Verständnis der Krankheitsursache

Wissenschaftliche Schwerpunkte des Kongresses lagen auf dem Gebiet neuer magnetresonanztomographischer Methoden. „Neben der

bildgebenden Darstellung von Hirntumoren, Entzündungen oder Durchblutungsstörungen gelingt es heute, dahinterliegende Stoffwechselforgänge und andere Hirnfunktionen im MRT-Bild sichtbar zu machen und für die Diagnostik und Therapieplanung einzusetzen“, erläuterte Kongresspräsident Prof. Friedhelm Zanella vom Frankfurter Universitätsklinikum.

Weitere Schwerpunktthemen des Kongresses waren chronische Durchblutungsstörungen des Gehirns, aktuelle Studienergebnisse und Zulassungsverfahren zur interventionellen Behandlung von Patienten mit Schlaganfällen und Gefäßerkrankungen des Gehirns. Außerdem wurde die Anwendung bildgebender Verfahren bei Kindern ausführlich thematisiert.



Prof. Friedhelm Zanella

Die Neuroradiologie als Spezialfach benötigt den engen Kontakt zu den klinischen Nachbar-disziplinen Neurologie und Neurochirurgie. Dies wurde mit interdisziplinären Debatten über die neuesten Entwicklungen auch im Kongressprogramm berücksichtigt.

Fortbildungen für europaweit einheitliche Standards

In manchen europäischen Ländern befindet sich das Fach noch in der Entwicklungsphase. Damit den Neuroradiologen auch aus diesen Ländern die aktuellen Standards vermittelt werden können, wurde an das wissenschaftliche Programm ein umfangreicher Fortbildungsteil angefügt.

Weitere Informationen:

Prof. Friedhelm Zanella

Fon (069) 6301-5463

zanella@em.uni-frankfurt.de

VERANSTALTUNGSHINWEIS

EXPERTEN BEANTWORTEN FRAGEN ZUM THEMA KREBS

Die Vortragsreihe am Universitätsklinikum informiert Patienten und alle Interessierten über verschiedene Aspekte der Krebserkrankung.

Das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) setzt seine Vortragsreihe zu Krebserkrankungen mit neuen Themen fort. Unter dem Titel „Sie fragen – unsere Experten antworten!“ erklären auf dem Gebiet der Krebsmedizin erfahrene Ärzte und Psychologen die häufigsten Tumorerkrankungen und beantworten individuelle Fragen der Zuhörerinnen und Zuhörer. Die Beiträge richten sich an Patienten, Angehörige und alle Interessierten. Gleichzeitig stellen sich, soweit vorhanden, die jeweiligen Selbsthilfegruppen vor.

Die Vortragsreihe besteht seit drei Jahren und zog bisher zahlreiche Besucher an. Viele Zuhörer fanden besonders die Expertentipps und Hintergrundinformationen zu einzelnen Erkrankungen hilfreich: „Jetzt weiß ich, welche Möglichkeiten ich selbst nutzen kann, damit es mir besser geht“, berichtete eine Patientin. Ziel

der Informationsabende ist es, den Patienten zu vermitteln, dass sie aktiv etwas für ihre Gesundheit tun können. Bewegung, Sport, gesunde Ernährung und auch seelische Unterstützung stellen eine wichtige Hilfe für Krebspatienten während Diagnose, Therapie und in der Zeit danach dar. Die Besucher erhalten unter anderem die Gelegenheit, an einem Schnupper-QiGong-Kurs teilzunehmen. Ergänzt wird die Veranstaltung um sozialrechtliche Informationen und das Thema „Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht“.

Zeit: jeweils dienstags,
17:30 bis 18:30 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Frankfurt,
Haus 14, 2. Obergeschoss, Hörsaal 14 A,
gegenüber der Abteilung Psychoonkologie,
Theodor-Stern-Kai 7,
60590 Frankfurt

VORTRAGSTHEMEN & TERMINE

- 29.10.2013: „Hautkrebs“
- 05.11.2013: „Leben nach Krebs – Zurück in den Beruf“
- 12.11.2013: „Ernährung bei Krebs“
- 19.11.2013: „Klinische Studien – Was habe ich davon?“
- 26.11.2013: „Kopf- & Halstumoren“
- 03.12.2013: „Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht“

Weitere Informationen:

Dr. Bianca Senf

Fon (069) 6301-83787

psychoonkologie@kgu.de

Sandra Ohm

Fon (069) 6301-87335

sandra.ohm@kgu.de

KLINIKALLIANZ PLUS – METROPOLE FRANKFURT HESSEN

Eine Gesundheitsallianz, zwei Mitglieder mit fünf Mitgliedshäusern, hessenweite Partnerhäuser und Kontakt zu über 10.000 niedergelassenen Ärzten in der Region.

VERANSTALTUNGSHINWEIS

NEURONEUM: KOGNITIVE FUNKTIONSAUSFÄLLE NACH EINER SCHÄDIGUNG DES GEHIRNS

Internationale Fachtagung im März 2014 in Frankfurt am Main

Die Kinderneurologie-Hilfe Frankfurt Rhein-Main veranstaltet im März nächsten Jahres ihre erste neurowissenschaftliche Fachtagung unter dem Titel neuroneum. Die zweitägige Veranstaltung geht der Frage nach, wie Erkenntnisse der modernen Hirnforschung für den Rehabilitationsprozess nutzbar gemacht werden können.

„Eine flächendeckende Notversorgung und eine nach modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen arbeitende Intensivmedizin sorgen heute dafür, dass immer mehr Menschen auch schwerste Verletzungen des Gehirns überleben. Eine Gesellschaft, die eine Akutversorgung in diesem Umfang einfordert, muss auch bereit sein, dafür zu sorgen, dass die weitere Behandlung und Rehabilitation auf dem gleichen Niveau fortgesetzt wird. Und das nach modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen“, erläutert Dr. Claudia Müller-Eising, Vorstandsvorsitzende der Kinderneurologie-Hilfe Frankfurt Rhein-Main.

An der Tagung werden Referenten aus dem In- und Ausland teilnehmen, u. a. haben Prof. George P. Prigatano, vom Barrow Neurological Institut in Phoenix, Arizona und Prof. Torkel Klingberg vom Stockholm Brain Institute zugesagt. Von George P. Prigatano stammt das vielbeachtete Buch Neuropsychologische Rehabilitation: Grundlagen und Praxis.

Die Tagung findet in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Frankfurt (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Neurologie, Prof. Matthias Kieslich) statt und ist Teil des Jubiläumsprogramms zum hundertjährigen Bestehen der Goethe-Universität. Zum Rahmenprogramm der Fachtagung werden ein Bürgerdialog unter der Überschrift „Die Schädel-Hirn-verletzte Familie“ und eine Ausstellung mit Werken des Künstlers Bodo Korsig gehören.

Teilnehmer, die sich bis Ende 2013 online anmelden, erhalten einen Frühbucherrabatt.

Zeit: 10. und 11. März 2014

Ort: Casinogebäude, Campus Westend der Goethe-Universität Frankfurt

Anmeldungen:

www.neuroneum.de

Unkostenbeitrag: EUR 180,-
(bis zum 31.12.2013)



Kinderneurologie-Hilfe
Frankfurt Rhein Main e.V.

VERANSTALTUNGSHINWEIS

DIAGNOSE KREBS – WISSEN HilFT

Die Diagnose „Krebs“ löst auch in unserer sonst so aufgeklärten Zeit noch immer Erschrecken und Angst aus – mehr als andere Erkrankungen. Vieles hat man darüber gehört und gelesen. Widerstreitende Meinungen verunsichern. Mancher Mythos hält sich hartnäckig.

Umfassende Information durch praxiserprobte Fachleute kann eine Hilfe sein, den Umgang mit einer Tumorerkrankung für Patienten und Angehörige zu erleichtern.

Zeit: 19:00 bis 20:30 Uhr

Ort: Pflegeschule des Ketteler Krankenhauses, Offenbach

Die Teilnahme ist kostenfrei. Um Anmeldung wird gebeten. Jede Veranstaltung ist für ärztliche Teilnehmer mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert.

PROGRAMM

7. November 2013

Moderation: Dr. N. Tselis

- „**Mammakarzinom: Aktuelle Erkenntnisse – wie sieht die Behandlung und Nachsorge aus?**“

Dr. P. Baier

- „**Krebs und Partnerschaft**“

Dr. E. Staib-Sebler

5. Dezember 2013

Moderation: Dr. E. Starke

- „**Zielgerichtete personalisierte Krebstherapie: Neues aus der Behandlung von Tumoren**“

Prof. L. Bergmann

- „**Stress: Was ist Stress, wie entsteht Stress und schadet Stress?**“

U. Völkel

16. Januar 2014

Moderation: Pfr. A. Stipinovich

- „**Patientenrecht: Wie wirkt sich das neue Patientenrechtgesetz für den Patienten im Alltag aus?**“

Dr. Ch. Schaaf

- „**Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**“

PD S. Sahn

- „**Fördert oder stört das Patientenrecht das Verhältnis zwischen Patient, Arzt und Personal?**“

Prof. V. Paolucci

IMPRESSUM

Herausgeber:

Klinikallianz Plus – Metropole Frankfurt Hessen

Verleger/Verlag:

GLORIA MVNDI GmbH
Waldschmidtstraße 19, 60316 Frankfurt
Fon (069) 1534-2300, Fax (069) 1534-1559

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, Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Klinikum Hanau, Main-Kinzig-Kliniken, Vitos Klinik für Neurologie Weilmünster

VERANSTALTUNGSHINWEISE

„AL DENTE“-FORTBILDUNG 2013

Zeit: 16:00 Uhr

Ort: Raum Taunus im Kommunikationszentrum am Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl 2-26, 60488 Frankfurt am Main

19. September 2013

PD Ansgar Schütz, Krankenhaus Nordwest:
„**Neuroradiologische Interventionen – von Klebern, Bürsten & Maschendrahtzäunen**“

31. Oktober 2013

Silvana Stragapede, Krankenhaus Nordwest:
„**Patientenrechtgesetz: Noch mehr Papierkrieg in Klinik und Praxis?!**“

21. November 2013

Prof. Siegbert Rossol, Krankenhaus Nordwest:
„**Protonenpumpeninhibitoren – Indikationen, Nebenwirkungen, organübergreifende Bedeutung**“

TAG DER OFFENEN TÜR IM KRANKENHAUS NORDWEST

2. November 2013

Am 2. November 2013 öffnet das Krankenhaus Nordwest seine Türen für die Öffentlichkeit. Von 11:00 bis 17:00 Uhr können Besucher die Arbeit in einem großen Krankenhaus hautnah erleben. Jeder Besucher, der erfolgreich einen Gesundheitsparcours absolviert, nimmt an einem Gewinnspiel teil. Chefarzte stellen ihre Arbeit in interessanten Vorträgen vor und viele Bereiche des Hauses, die normalerweise verschlossen sind, können besichtigt werden. Auf dem „Markt der Möglichkeiten“ stellen sich verschiedene Gruppen aus Hospiz, Selbsthilfe und anderen Ehrenämtern vor.



DAS SCHWACHE HERZ: DIAGNOSE UND THERAPIE DER HERZINSUFFIZIENZ

13. November 2013

Zeit: 18:00 bis 20:30 Uhr

Ort: Lesekabinett, Literaturhaus Frankfurt, Schöne Aussicht 2

Leitung: Prof. Rainer Duchmann

Referenten: Dr. Rüdiger Beyer: „**Was führt zum schwachen Herzen ? Was spürt der Patient?**“

Dr. Yusuf Sarikaya: „**Betreuung von Patienten mit schwachem Herz: Patienten berichten.**“

Dr. Alex Gehring / Dr. Darius Nadjmabadi: „**Be-währtes und Neues in der Therapie der Herz-schwäche: Was bringt wirklich etwas?**“