

AUS WISSEN WIRD

GESUNDHEIT




**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FRANKFURT**
GOETHE-UNIVERSITÄT

Pflege – jetzt und in Zukunft

Die Pflege blickt zurück auf ein herausforderndes Jahr – aber auch in die Zukunft. So stellt die neue Pflegedirektorin des Universitätsklinikums ihre mittel- und langfristigen Pläne für ein attraktives Berufsfeld vor.

AUSGABE 1/2021

Die Pflegekräfte Mandy Langer und Mae Ann Bongcaras (v.l.n.r.) versorgen COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Mitglieder ihres Teams berichten auf S. 6-8, wie sie die vergangenen Monate an vorderster Front der Pandemie erlebt haben.

UNIVERSITÄTSMEDIZINISCHE PFLEGE

Die dritte Welle der Pandemie sorgt aktuell erneut für volle COVID-19-Stationen in den Kliniken. Die Universitätsmedizin Frankfurt übernimmt hier wieder Verantwortung: Wir versorgen einen relevanten Teil insbesondere der schwer erkrankten Patientinnen und Patienten der Region und liefern mit der Arbeit des Projektes egePan Unimed aus dem Netzwerk Universitätsmedizin wichtige Prognosen für die Kliniken in Hessen. Hierdurch kann der Planungsstab „Stationäre Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration die Patientensteuerung in Hessen effektiv unterstützen.



Prof. Jürgen Graf

Ein ganz wichtiger Teil dieser universitätsmedizinischen Versorgung ist die Pflege. Auch sie ist in unserem Haus ständig orientiert am neusten wissenschaftlichen Kenntnisstand. Natürlich verlangt die Pandemie – gerade auch durch ihren wechselhaften Verlauf – den Pflegefachkräften sehr viel ab. In einem Schwerpunktbeitrag berichten Pflegerinnen und Pfleger, was es bedeutet, in kurzer Zeit eine neue COVID-19-Station in Betrieb zu nehmen.

Wir blicken in dieser Ausgabe aber auch auf die Zukunft der Pflege in unserem Haus. Begonnen hat sie bereits mit dem Arbeitsbeginn der neuen Pflegedirektorin Birgit Roelfsema Anfang dieses Jahres. Im Interview auf den folgenden Seiten spricht sie darüber, wie sie die Pflege weiterentwickeln möchte. Sie betont die vielfältigen Entfaltungsmöglichkeiten am Universitätsklinikum Frankfurt und wie sie diese in Zukunft noch ausbauen will – durch lebenslanges Lernen. Das passt hervorragend zu unserem Motto: „Aus Wissen wird Gesundheit.“

Außerdem stellt diese Ausgabe andere wichtige Neuigkeiten aus Krankenversorgung, Lehre und – auf den blauen Seiten – Forschung vor: beispielsweise über neue Erkenntnisse in der Krebstherapie, zur Herzschwäche bei Kindern und Jugendlichen sowie zur fortschreitenden Digitalisierung am Universitätsklinikum Frankfurt.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Prof. Dr. Jürgen Graf
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor

GOETHE-CORONA-FONDS ERREICHT FÜNF-MILLIONEN-EURO-MARKE

Knapp zehn Monate nach dem ersten Spendenaufruf von Goethe-Universität und Universitätsklinikum Frankfurt hat der Goethe-Corona-Fonds die angestrebte Fünf-Millionen-Euro-Marke überschritten. Die Idee des Goethe-Corona-Fonds stammt aus den ersten Tagen der Pandemie: Sofort und unbürokratisch sollten Forscherinnen und Forscher durch Spenden unterstützt werden, ihren Beitrag zur Bewältigung der Coronakrise zu leisten. Mehr als 2.000 Privatpersonen, Stiftungen und Unternehmen aus dem In- und Ausland haben dieses Ziel inzwischen unterstützt.

Um weitere Spenden wird gebeten, unter:
www.goethe-corona-fonds.betterplace.org und
Spendenkonto: Landesbank Hessen-Thüringen
IBAN: DE95 5005 0000 0001 0064 10
Verwendungszweck: Goethe-Corona-Fonds

- S. 03 Interview mit der neuen Pflegedirektorin Birgit Roelfsema
- S. 04 Wechsel in der Kaufmännischen Direktion
- S. 06 Einblick in die Pflege während der Pandemie
- S. 0 Teilnehmer für Studie zur COVID-19-Behandlung gesucht
- S. 09 Geschult für COVID-19-Erkrankungen
- S. 10 Erstmals überregionales Onkologisches Spitzenzentrum in Hessen
- S. 12 Digitale Transformation dank Anforderungssoftware
- S. 13 Wo Menschen mit Seltenen Erkrankungen Hilfe finden
- S. 14 Neue Wirkstoffe für Medikamente der Zukunft
- S. 15 Spezifische Diagnose und Therapie für Kinder mit Herzschwäche
- S. 16 Tumorzellen frühzeitig finden und ausschalten
- S. 17 Internationaler Forschungsverbund ermittelt Auslöser für schwere Verlaufsform einer Leberzirrhose
- S. 18 Preise – Auszeichnungen – Erfolge – Personalien
- S. 19 Mitarbeiterporträt: Adriana Ibeas spricht über die Arbeit auf der Neugeborenenstation
- S. 20 Klinikdirektor Prof. Timo Stöver im Interview

Die männliche Form steht in der Wissen wird für jedes Geschlecht gleichermaßen, um einen ungehinderten Lesefluss zu ermöglichen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Universitätsklinikum Frankfurt, der Vorstand

Konzept, Redaktion, Realisierung:
Stabsstelle Kommunikation
Gloria Mundi GmbH, Frankfurt

Bezugsadresse:
Universitätsklinikum Frankfurt, Stabsstelle Kommunikation,
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt, E-Mail: kommunikation@kgu.de
Erscheinung: April/Mai 2021

Fotos: Ellen Lewis (S. 1, 6, 7, 8, 9, 12, 13 „Brille“, 17 „Prof. Trebicka“), Frank Blümmler (2), Stabsstelle Kommunikation (3, 18 „Theodor-Stern-Stiftungspreis“, 19), Christian Heyse (4, 10 „Prof. Brandts“, 11 „Prof. Serve“, 16, 20), Markus Haist (10 „Titel“), kunst.hessen.de (11 „Ministerin Dorn“), Katharina Schulenburg (15 „Gruppe“), Adobe Stock/PIC4U (17 „Leber“), Jürgen Lecher (18 „Verleihung Prof. Schulze“) und privat.



„ICH WILL LEBENSLANGES UND LEBENSPHASEN-GERECHTES ARBEITEN ERMÖGLICHEN UND ENTWICKLUNGSOPTIONEN BIETEN.“

Birgit Roelfsema ist seit Jahresbeginn 2021 Pflegedirektorin am Universitätsklinikum Frankfurt.

Wir sprechen im Interview mit der neuen Pflegedirektorin Birgit Roelfsema. Es geht um besondere Anforderungen durch die Pandemie und die Zukunft eines Berufsfeldes, das mehr denn je gefragt ist – und Perspektiven bietet.

Frau Roelfsema, Sie sind nun bereits seit einigen Monaten am Universitätsklinikum tätig. Was sind Ihre ersten Eindrücke von unserem Haus?

Ich wurde von sehr vielen Menschen sehr offen und herzlich empfangen. In den vielen Kennenlerngesprächen und Begegnungen in den ersten Wochen erlebte ich immer wieder, wie die Pflege am Universitätsklinikum gesehen wird: berufsgruppenübergreifend als tragende Säule für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und als Garant für gute Ablaufprozesse in den Stationen und Bereichen.

Ich habe generell viel Stolz auf das eigene Tun und Geleistete gespürt. Oft gekoppelt mit Ideen, unser Haus in den kommenden Jahren noch weiter voranzubringen.

Einige Aspekte kamen dabei immer wieder zur Sprache: die therapeutischen Angebote für die Patienten weiter auszubauen und in diesem Kontext die Fachlichkeit der Pflege weiterzuentwickeln. Aber auch der große Wunsch nach der Vollendung des geplanten Neubaus kam zur Sprache, um in neuen Räumlichkeiten attraktive Bedingungen für die Patientenversorgung zu schaffen.

Warum haben Sie sich für das Universitätsklinikum Frankfurt entschieden?

Ich schätze die Arbeit an einem Universitätsklinikum sehr. Denn hier ist Patientenversorgung eng verbunden mit Forschung und Lehre. In meiner letzten Position war ich stellvertretende und kommissarische Pflegedirektorin am Uniklinikum Würzburg. In den letzten Jahren konnte ich hier die Entwicklung der Pflege in vielen organisatorischen und fachlich-inhaltlichen Themen voranbringen und als Profession zukunftsgerichtet mit ausgestalten. Es war jedoch auch der Zeitpunkt gekommen, dass ich

mich neuen beruflichen Herausforderungen stellen wollte. Diese Möglichkeit, hier in Frankfurt in der Rolle als Pflegedirektorin zu bekommen, verstehe ich als riesige Chance, die ich sehr gerne in den kommenden Jahren wahrnehmen möchte.

Was waren prägende Schritte in Ihrem beruflichen Werdegang?

Ganz generell motiviert mich immer wieder wesentlich die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen unterschiedlichster Professionen. So können auf der Basis gemeinsamer Wertevorstellungen und Ziele relevante Themen gestaltet und weiterentwickelt werden. Dies habe ich in allen Phasen meines bisherigen beruflichen Werdegangs erleben dürfen. Und dies hat mich immer wieder angespornt und angetrieben.

Können Sie uns da bestimmte Ereignisse nennen?

Da möchte ich beispielhaft folgende nennen: Zunächst war da erst einmal, dass ich mich überhaupt für einen Beruf im Gesundheitssektor entschieden habe. Damit war ich die erste in meiner Familie. Es gab also keine Vorbilder und es war spannendes Neuland, das sich bisher zu jeder Zeit als die richtige Entscheidung bestätigt hat.

In meinem ersten Ausbildungsjahr in der Krankenpflege habe ich eine erblindete Patientin kennengelernt, die sich ihr ganzes Leben vorgenommen hatte, im Alter Bücher zu lesen, zu denen ihr während ihres Berufslebens die Zeit gefehlt hatte. Nun war sie in der Lebensphase, in der sie die Zeit dazu gehabt hätte, aber die physischen Voraussetzungen nicht mehr gegeben waren. Das war ein Schlüsselerlebnis, bei dem ich mir vorgenommen habe, wirklich wichtige Dinge nicht auf unbestimmte Zeit nach hinten zu verschieben.

Ein weiterer, sehr aktueller prägender Moment war die Ankündigung des ersten COVID-19-Patienten am Uniklinikum Würzburg. Wochenlang war dieses Ereignis in einer interprofessionell besetzten Klinikeinsatzleitung geplant worden. Jeder hatte entsprechend seiner eigenen Rolle und Funktion seinen Beitrag in der Vorbereitung geleistet. Als der Anruf kam, dass der erste Patient auf dem Weg ins Klinikum sei, war dies

ein Moment des Innehaltens und des Gefühls, dass es nun darauf ankäme, dass die gemeinsam entwickelten Pläne greifen. Im Nachhinein kann ich sagen, sie haben es getan. Und das war ein sehr, sehr gutes Gefühl.

Was sind Ihre Zielsetzungen für Ihre Arbeit hier?

Höchste Priorität in den kommenden Jahren hat, dass wir die Patientenversorgung sicherstellen, indem ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Es braucht Strategien, woher die Mitarbeiter von morgen kommen sollen. Denn unser Land steht vor einem zunehmenden Bedarf und gleichzeitig einem Mangel an Pflegenden.

Für mich sind dabei nicht nur die zahlreichen und stetig zunehmenden gesetzlichen Vorgaben zur Personalausstattung in der Pflege wesentlich. Sondern ich halte es für ganz entscheidend, den Personalbedarf für die einzelnen Stationen und Fachbereiche auch anhand der Patientenstruktur und des daraus resultierenden Pflegeaufwands zu betrachten. Damit einhergehen muss ein geeigneter Qualifikationsmix an Pflegemitarbeiterinnen. Er muss sich aus den jeweiligen Fachdisziplinen und deren Tätigkeiten in der Pflege ableiten.

Es geht mir also nicht um die reine Quotenerfüllung gesetzlicher Vorgaben. Sondern Pflege muss auch fachlich, inhaltlich und organisatorisch gestaltet werden.

Man kann dies immer wieder auf die Frage herunterbrechen: Aus welchen Qualifikationsstufen und fachlichen Spezialisierungen muss sich zukünftig das pflegerische Team zusammensetzen? Dabei ist eine Station in der Unfallchirurgie natürlich anders aufgestellt als eine hämatologisch-onkologische oder pädiatrische Station.

Wir müssen für diese unterschiedlichen Bedarfe der Aus-, Fort- und Weiterbildung die Qualifizierungsangebote am Uni-

versitätsklinikum weiter ausbauen. Das ist aus meiner Sicht ein ganz wesentlicher Punkt, um in Zukunft ausreichend und gut qualifiziertes Personal für die pflegerische Versorgung sicherstellen zu können.

Denn wir sehen schon jetzt, dass sich viele unserer Auszubildenden für einen anschließenden Berufsstart am Universitätsklinikum entscheiden.

Neben der Frage, wie kann ich zukünftiges Personal gewinnen, möchte ich gerne Pflegende möglichst lange an unser Haus binden, durch die Möglichkeit zum lebensphasengerechten Arbeiten. Es gilt, Antworten zu finden, wie jeder Mitarbeiter in seiner beruflichen und persönlichen Situation in der Pflege tätig sein und Beruf und Familie bestmöglich verbinden kann.

Sie erwähnen die Qualifikation von Pflegepersonal. Allerdings hat die Pandemie sehr spezielle Anforderungen gestellt. Was war und ist in dieser Zeit besonders gefragt?

Eine der entscheidenden Schlüsselqualifikationen in dieser Zeit ist sicherlich, sich auf Veränderungen verschiedenster Art einlassen zu können.

Sie müssen im eigenen Tätigkeitsbereich mitgetragen und gestaltet werden. Fast kein Arbeitsbereich funktioniert so, wie vor der Pandemie. Dies erfordert Flexibilität, Kreativität und die Bereitschaft, sich mit den Veränderungen auseinanderzusetzen, um eine sichere und adäquate Patientenversorgung zu gewährleisten.

Entspricht das auch Ihrer mittel- und langfristigen Zielsetzung?

Die beschriebene Offenheit gegenüber Neuem halte ich für sehr wichtig. Sie war in der Akutsituation der letzten Monate entscheidend, weil sie prinzipiell die Grundlage für eine fach-

liche und persönliche Weiterentwicklung ist. Auf der anderen Seite ist uns allen bewusst, dass Wissen und Qualifikation aus Erfahrung erwachsen. Dies braucht Zeit. Diese hatten wir zum Teil in der Pandemie nicht. Da war es zunächst beispielsweise notwendig, die Intensivkapazitäten und neue Stationen aufzubauen. Wir brauchen in diesem Fall alternativ tragbare Konzepte, wie flankierende Experten das fehlende Fachwissen kompensieren. Mittel- und langfristig möchte ich eher wie schon beschrieben auf eine bedarfsgerechte Aus-, Fort- und Weiterbildung setzen.

Welche Möglichkeiten bietet das Pflegeberufegesetz der Bundesregierung, das seit 2017 schrittweise eingeführt wurde?

Mit dem Pflegeberufegesetz wurde ein lang und kontrovers diskutierter Ausbildungsansatz der Generalistik umgesetzt. Dieser qualifiziert in die Breite, spricht für alle in der Pflege zu versorgenden Altersgruppen. Dies erhöht prinzipiell die Einsatzmöglichkeiten der Pflegenden nach der Ausbildung, was ja auch erklärter politischer Wille ist.

Für die Pflege wurden zudem erstmals vorbehaltene Tätigkeiten definiert. Das stellt sicher, dass pflegerische Tätigkeiten als professionelles Handeln herausgestellt werden.

Dies bedeutet jedoch auch, dass nach Abschluss der Ausbildung mehr Spezialisierung im Nachhinein notwendig sein wird. Dafür braucht es gute Konzepte. Vor allem für die Kliniken, die einen sehr spezialisierten Versorgungsauftrag erfüllen müssen. So wie ein Universitätsklinikum.

Das Gesetz thematisiert auch, dass man Pflege nun studieren kann.

Ja. Auch die weitere Akademisierung des Pflegeberufs ist verankert worden. Die primärqualifizierende Pflegeausbildung an Hochschulen greift für mich einen ganz wesentlichen Ansatz zur Weiterentwicklung der Pflege auf. Im Gesetz sind klare Ziele für die hochschulische Ausbildung definiert worden. Davon sind für mich zwei ganz entscheidend: Sie dient zum einen der Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter Entscheidungen. Und das Studium hat zum anderen den Anspruch, theoretisches und praktisches Wissen kritisch zu reflektieren und zu analysieren. Denn es muss innovative Lösungsansätze entwickeln und einführen für Verbesserungen im eigenen beruflichen Handlungsfeld. Das sind für mich sehr klare Perspektiven, um auch mit einem Studium in der direkten Patientenversorgung tätig sein zu können und sie zugleich wissenschaftsbasiert weiterzuentwickeln.

Warum sollte ein junger Mensch sich heute für eine Laufbahn in der Pflege entscheiden?

Sich für eine Tätigkeit in der Pflege zu entscheiden bedeutet, ein hohes Maß an Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen.

Für die Ausbildung und eine lebenslange Weiterentwicklung bieten sich mittlerweile immer mehr Möglichkeiten. Einjährige oder dreijährige Ausbildung, ein dualer Abschluss mit Ausbildung und Bachelorabschluss oder ein grundständiges Studium, fachliche Weiterbildungen im Anschluss, Zusatzqualifikationen – das Spektrum ist sehr breit.

Die Einsatzmöglichkeiten nach Ausbildung oder Studium sind schier unendlich.

Ob Klinik, ambulanter Sektor, stationäre Einrichtungen, in Wirtschaft, Forschung oder Lehre, ob in der direkten Patientenversorgung, in Management, Didaktik oder Forschung:

Alles ist denk- und immer wieder neu definierbar.

Welche Möglichkeiten bietet das Universitätsklinikum Berufsanfängerinnen und -anfänger in der Pflege?

Die Entwicklungsmöglichkeiten, die ich genannt habe, gibt es bei uns schon zum Teil. Diese sollten wir in den kommenden Jahren stärker ausbauen und die Tätigkeitsprofile für Pflegende weiter schärfen. Das macht aus meiner Sicht die Attraktivität eines Universitätsklinikums aus. Wir müssen verschiedenste Karrierewege in der Pflege aufzeigen und anbieten. Ganz entscheidende Faktoren sind dabei Transparenz und eine Führung, die diese Wege ebnet und sich als Ansprechpartner versteht, um diese Wege zu suchen, auszugestalten und zu entwickeln.

Ich möchte dieses Prinzip aber nicht nur für Berufsanfänger verfolgen. Sondern es ist mein Anspruch für alle Mitarbeiter in der Pflege.

Ich will lebenslanges und lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen und Entwicklungsoptionen bieten, die es für unsere Mitarbeiter attraktiv machen, sich immer wieder bewusst für ihre Arbeit am Universitätsklinikum Frankfurt zu entscheiden.

Sie müssen Freude daran haben, an der Weiterentwicklung in der Patientenversorgung, Forschung und Lehre mitzuwirken.

In Medienberichten liest man häufiger, das Interesse an einer Karriere in der Pflege sei in der Pandemie eher zurückgegangen. Deckt sich das mit Ihren Erfahrungen?

Ich kann das nicht bestätigen. Wir konnten in diesem Jahr alle Plätze in unserer Krankenpflegeschule besetzen. Außerdem nehmen wir verstärktes Interesse an einer Ausbildung in der Intensivpflege wahr.

Die Pflege ist also nach wie vor – oder vielleicht sogar stärker als zuvor – ein attraktiver Beruf für junge Menschen.

Worauf freuen Sie sich im nächsten Jahr am meisten?

Ich möchte gerne den konstruktiven Austausch mit den verschiedenen Berufsgruppen am Universitätsklinikum fortsetzen.

In den ersten Gesprächen sind viele Ideen und schon konkrete Planungen geäußert worden. Die müssen wir weiterverfolgen, um unser Haus in seiner Zielsetzung voranzubringen und zukunftssicher aufzustellen. Die Themenvielfalt ist dabei sehr groß, was den Austausch mit vielen Personen mit sich bringt. Und genau darauf freue ich mich am meisten.

KLINIKUMSVORSTAND: WECHSEL IN DER KAUFMÄNNISCHEN DIREKTION

Um sich beruflich neu orientieren zu können, hat Adrian Lucya darum gebeten, ihn von seinen Aufgaben zu entbinden, und sein Amt als Mitglied des Vorstands im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat niedergelegt. „Wir bedauern den Weggang von Herrn Lucya und bedanken uns für seinen langjährigen und wertvollen Beitrag zum Erfolg des Universitätsklinikum Frankfurt“, erklärt die hessische Wissenschaftsministerin Angela Dorn, Mitglied und Vorsitzende des Aufsichtsrats, und dankte Herrn Lucya damit für seinen herausragenden Einsatz.

„Die Zusammenarbeit mit Herrn Lucya im Vorstand des Universitätsklinikum Frankfurt war sehr angenehm, konstruktiv und erfolgreich. Dafür sprechen wir ihm unseren herzlichen Dank aus und wünschen ihm alles Gute für seine berufliche und persönliche Zukunft“, sagt Prof. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikum Frankfurt.

Michael Molz, Dezernent und Geschäftsführer der Host GmbH, übernimmt ab dem 1. März 2021 in seiner Funktion als stellvertretender Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikum Frankfurt die Aufgaben von Herrn Lucya.



Adrian Lucya



Michael Molz

PLÖTZLICH AUF DER COVID-19-STATION: EIN EINBLICK IN DIE PFLEGE WÄHREND DER PANDEMIE

Als mit der zweiten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie im Herbst 2020 die Zahl der Patientinnen und Patienten wieder anstieg, entstand im Universitätsklinikum Frankfurt eine komplett neue COVID-19-Station. Pflegefachkräfte aus unterschiedlichen Abteilungen des Universitätsklinikums errichteten in den Räumlichkeiten der Klinik für Orthopädie in kurzer Zeit eine COVID-19-Normalstation. Hier berichten sechs von ihnen über die Herausforderungen, wie sie diese bewältigt und was sie dabei gelernt haben.

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie, im Frühjahr 2020, hat das Universitätsklinikum Frankfurt einen riesigen logistischen Aufwand betrieben, um COVID-19- und Non-COVID-19-Versorgungsbereiche zu trennen. Damit konnte man die Infektionsgefahr für Patientinnen und Patienten und die Beschäftigten minimieren. Die Neustrukturierung ganzer Bereiche erforderte zahlreiche Umzüge in großem Stil. Da im Haupthaus 23 die größten Kapazitäten für Intensivpatientinnen und -patienten zur Verfügung stehen, wurden hier mehrere Etagen geräumt und auf die neue Situation ausgerichtet. Von wenigen Ausnahmen abgesehen hatten alle Abteilungen das Haus 23 verlassen. Die einzelnen Einrichtungen zogen in andere Gebäude auf dem Gelände des Universitätsklinikums. Durch den Umzug von mehr als 20 Stationen – einige von ihnen mehrfach – war auch eine großflächige Verschiebung und Neueinteilung des Pflegepersonals nötig. Mehr als 150 Beschäftigte wurden außerhalb ihrer angestammten Häuser eingesetzt und Teams neu zusammengesetzt.

Im Laufe der Pandemie hat man genauere Erkenntnisse gewonnen, auf welchen Wegen sich SARS-CoV-2 überträgt. Deshalb konnten die meisten Abteilungen mit entsprechenden Hygienekonzepten an ihre alten Standorte zurückkehren. Dennoch erzwingt die sich ständig verändernde Pandemiesituation immer wieder Anpassungen. So war es auch im Herbst 2020. Mit Beginn der zweiten Pandemiewelle und steigenden Infektionszahlen wurde es notwendig, eine zusätzliche Station für COVID-19-Normalpatientinnen und -patienten einzurichten. Dabei handelte es sich um Patientinnen und Patienten, die

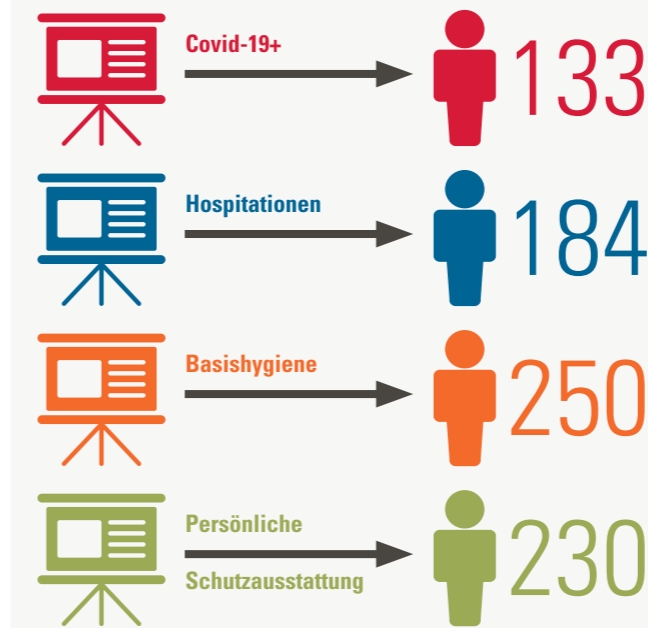


Nicole Stötzer, COVID-19-Station

nicht intensivmedizinisch betreut wurden. Die neue Station entstand im Oktober 2020 im Gebäudekomplex, der damals noch zur Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim gehörte – seit 1. Januar 2021 ist sie Teil des Universitätsklinikums und heißt Klinik für Orthopädie (Friedrichsheim). Sie liegt am westlichen Ende des Krankenhausgeländes in Haus 97. Da die Integration der Orthopädie in das Universitätsklinikum zu diesem Zeitpunkt strukturell noch nicht vollständig vollzogen war, mussten innerhalb kurzer Zeit unterschiedliche Systeme einander angeglichen werden. Insbesondere die technische Ausstattung – Telefon-, Fax- und Computerzugänge – bedurfte einer Synchronisation.

In den Räumlichkeiten, in denen die neue Station entstehen sollte, war in der Orthopädie zuletzt die Abteilung für Physiotherapie verortet. Für die Pflegefachkräfte bedeutete das, dass sie erst einmal eine grundlegende Infrastruktur für einen funktionierenden Arbeitsalltag schaffen mussten. Die Ausstattung für den klinischen Alltag suchte das Team selbst zusammen. Vom Kugelschreiber bis zu Bettpfannen und Waschschüsseln war zunächst nichts vorhanden. Die Pflegefachkräfte organisierten das notwendige Equipment. Dabei haben sie von den vielfältigen Kenntnissen der einzelnen Fachabteilungen in unterschiedlichen Häusern profitiert und die Dinge aus den

Beschäftigte, die für die COVID-19-Versorgung geschult wurden:



Beständen zusammengeführt. „Das war schon eine besondere Herausforderung. Man kann sagen, dass ein Team aus ganz verschiedenen Abteilungen eine komplett neue Station erschaffen musste – vom kleinsten Detail bis zum großen Gerät“, erzählt Stationsassistentin Nicole Stötzer, „aber es ist uns in kürzester Zeit gelungen“. Die Mammutaufgabe wurde vom neuen COVID-19-Pflegeteam sogar gleich doppelt gestemmt, weil mit weiter steigenden Patientenzahlen dieselbe Prozedur noch einmal auf einer weiteren Station umgesetzt wurde. Wenn das Pflegefachpersonal benötigte Gegenstände nicht selbst besorgen konnte, wendete es sich an Simone Azizi und Ronny Thiem. Beide hatten sich als Pflegegruppenleiter für das Team der neuen COVID-19-Station entschieden und sind besonders erfahrene Kollegen. Simone Azizi arbeitet seit mehr als 30 Jahren in der Orthopädie. Auch Ronny Thiem kennt das Universitätsklinikum Frankfurt seit fast drei Jahrzehnten, zuletzt als Pflegedienstgruppenleiter in der Neurologie.



Daniela Jurga, COVID-19-Station

Die neue Gruppe der Pflegefachkräfte war aus unterschiedlichen Häusern des Universitätsklinikums auf die neue COVID-19-Station gewechselt. Die größten Gruppen stießen aus den Kliniken für Neurologie, Dermatologie und Orthopädie zum Team. Als sie vor der Wahl standen, hatten sich die meisten bewusst für die Arbeit auf dieser Station entschieden. „Ich

habe mir gedacht, so habe ich den ‚Feind‘ vor Augen“, begründet Daniela Jurga, Kinderkrankenschwester aus der Klinik für Dermatologie, ihre Entscheidung. „Hier weiß ich wenigstens, dass die Patientinnen und Patienten COVID-19-positiv sind. Mit meiner speziellen Schutzausrüstung bin ich dann möglicherweise sogar besser geschützt als auf anderen Stationen.“ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhaushygiene haben das Pflegefachpersonal für die besonderen Bedingungen auf der COVID-19-Station geschult.

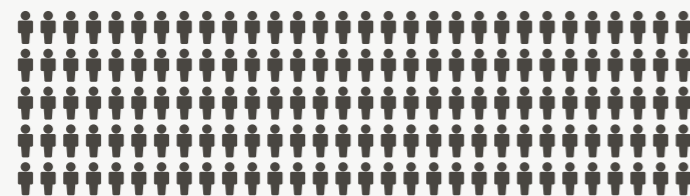


Ronny Thiem, COVID-19-Station

Nicht alle ihre Kolleginnen und Kollegen sind mitgezogen – aus unterschiedlichen Gründen. Weil sie Vorerkrankungen oder pflegebedürftige Angehörige haben oder weil sie ihr angestammtes Haus mit eingespielten Arbeitsabläufen und einem vertrauten Team nicht verlassen wollten. Die Pflegefachkräfte, die den Schritt aus „ihren“ Häusern in die neue COVID-19-Station gewagt haben, sind inzwischen zu einem Team geworden. „Am Anfang waren es ‚meine‘ Leute aus der Neurologie. Mittlerweile sind es ‚unsere‘ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, egal, aus welcher Klinik sie gekommen sind“, bestätigt Ronny Thiem.

Nicht nur der Zusammenhalt ist gewachsen. In der Zeit, in der sie gemeinsam auf der COVID-19-Station gearbeitet haben, hätten sie viel voneinander gelernt, sagt das Pflegeteam. Weil sie aus unterschiedlichen Fachbereichen kommen, konnten sie während der Arbeit auf der COVID-19-Station gegenseitig ihr Wissen aufpolieren. „Wenn beispielsweise eine Magensonde gelegt werden musste, haben mich die Kollegen gefragt“, erzählt Simone Azizi. „Dafür habe ich in Computerangelegenheiten ihre Hilfe in Anspruch genommen.“ Die Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen schätzen alle sehr. In vielen ungewohnten Situationen seien sie über sich hinausgewachsen. Das habe sie nochmal selbstbewusster gemacht, versichert auch Daniela Jurga: „Man weiß jetzt noch besser, was man kann und dass man auch Dinge kann, von denen man bisher dachte, dass man sie niemals hinkommt.“

Der Wechsel auf die COVID-19-Station war für alle Beteiligten ein Sprung ins kalte Wasser. Mit dem Aufbau einer kompletten Station von Grund auf hatten alle im Team Neuland betreten. Die meisten von ihnen hatten ihre Arbeitstage bislang ohne eine besondere Pandemie-bedingte Schutzausrüstung verbracht. Nun erlebten sie am eigenen Leib, wie anstrengend das Arbeiten darunter ist. Das An- und Ausziehen der persönlichen Schutzausrüstung und die regelmäßige Desinfektion sind eine zeitraubende Prozedur. „Man kann zwischendurch nicht auf die Toilette gehen und man kann nichts trinken“, beschreibt Yvonne Stabler aus der Orthopädie die Situation. „Wenn man beispielsweise eine Lesebrille aufgesetzt hat, kann man sie in voller Montur nicht einfach wieder absetzen.“



150 Beschäftigte wurden zu Spitzenzeiten außerhalb ihres Heimatbereichs eingesetzt.

20 Stationen und mehr mussten bereits ein- oder mehrmals umziehen, um die räumliche Trennung von COVID-19- und Non-COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu ermöglichen.



Gerade in der Zeit von Anfang Dezember bis Anfang Januar war die Belastung hoch. Häufig bestanden die Vorstellungen, dass COVID-19-Patienten auf der Normalstation nicht schwer krank sind. Ganz im Gegenteil waren teilweise bis zu 80 Prozent der Patientinnen und Patienten schwer pflegebedürftig und einige seien gestorben, erzählt Ronny Thiem. Neben den körperlichen hatten die Pflegenden daher auch psychische Herausforderungen anzunehmen und zu meistern. „Ich habe gerade in der Weihnachts- und Neujahrszeit psychisch sehr gelitten“, gesteht Sonja Wendel aus der Klinik für Neurologie. „Wir hatten sehr viel zu tun, es gab zusätzlich Krankheitsausfälle im Team. Man fragt sich dann auch, ob man seinen Schützlingen genug Gutes getan hat. Auch in diesen Momenten ist das Zusammengehörigkeitsgefühl wichtig. Denn nur die Teamkolleginnen und -kollegen können an dem Punkt nachvollziehen, wie sich die Situation tatsächlich anfühlt“, so Wendel.

Die zweite Pandemiewelle im Herbst und Winter 2020 haben die Beschäftigten in der Pflege als weit anstrengender empfunden als die erste Welle. Offensichtlich hat sich bei allen eine gewisse Erschöpfung eingestellt. Die andauernde körperliche und mentale Belastung fordert ihren Tribut. Dazu kommt der Verzicht auf private Begegnungen. „Seit Oktober habe ich kaum mehr direkten Kontakt zu meiner Tochter“, berichtet Simone Azizi. „Mein Leben findet nur noch zwischen den Arbeitskollegen und gelegentlichen Telefonaten mit der Familie statt. Und als Highlight des Tages vielleicht noch mal der Rewe-Markt.“ Die Pflegefachkräfte wünschen sich, dass auch in der Bevölkerung wahrgenommen wird, dass nicht nur die Kolleginnen und Kollegen auf den Intensivstationen großartige Arbeit leisten. In den Medien sei fast immer nur von den Intensivstationen die Rede, beklagen sie. Dabei haben sie gerade auf einer COVID-19-Normalstation hautnah erfahren, wie hoch dort die Arbeitsanforderungen und die -belastungen sind. Dafür gebührt ihnen alle Anerkennung.



Yvonne Stabler, COVID-19-Station

Die COVID-19-Station in der Klinik für Orthopädie (Friedrichsheim) konnte im Januar 2021 zunächst geschlossen werden, aber das Team blieb bestehen. Sie sind geschlossen auf eine chirurgische Station gewechselt, wo sie sich wieder auf ein neues Arbeitsumfeld eingestellt haben. Mitte März 2021 sind die Patientenzahlen allerdings erneut so weit angestiegen, dass der Betrieb der COVID-19-Station in Haus 97 wieder aufgenommen wurde. Fast alle Kollegen des Teams, die den Aufbau der Station im Herbst 2020 vorangetrieben haben, sind nun zurückgekehrt, um hier abermals Verantwortung zu übernehmen. Vor die Wahl gestellt, ob sie auf einzelne Kliniken verteilt werden oder die Aufgabe gemeinsam angehen, war für alle schnell klar: Sie machen den Job als Team. „Natürlich ent-



Ronny Thiem und Simone Azizi hatten sich als Pflegegruppenleiter für das Team der neuen COVID-19-Station entschieden.

scheidet man sich, mit den Leuten zusammenzubleiben, mit denen man vier Monate verbracht und sich gut verstanden hat“, meint Nicole Stötzer. Den Ausnahmezustand mit ganz besonderen Herausforderungen haben sie gemeinsam gemeistert. Dabei haben sie auch zusätzliches Selbstvertrauen gesammelt, weil sie festgestellt haben, was sie alles schaffen können. Aber trotzdem hoffen sie, dass der klinische Ausnahmezustand bald wieder in einen Regelbetrieb übergeht.

TEILNEHMER FÜR STUDIE ZUR COVID-19-BEHANDLUNG IN FRÜHER INFektionsPHASE GESUCHT

Für Risikopatientinnen und -patienten kann eine SARS-CoV-2-Infektion besonders gefährlich werden. Bisher gibt es kaum geprüfte Behandlungsoptionen, allerdings zwei vielversprechende Therapieansätze. Diese werden nun in einer multizentrischen Studie (RES-Q-HR) getestet, an der sich das Universitätsklinikum Frankfurt beteiligt.

Ziel der Studie ist es, schwere Krankheitsverläufe zu verhindern und stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer werden nach dem Zufallsprinzip eingeteilt. Ein Drittel erhält mittels Transfusion Blutplasma, das von Personen stammt, die COVID-19 überstanden und Antikörper gebildet haben. Die zweite Gruppe bekommt mit Camostat Mesilat ein Medikament in Kapselform, das das Eindringen des Virus in die Körperzellen hemmen soll. Die übrigen Teilnehmer werden einer Kontrollgruppe zugeteilt und erhalten ein Placebo bzw. eine Standardversorgung zur Behandlung von COVID-19-Symptomen.

Interessierte können sich unter der **069/6301 83380** melden. Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden engmaschige Kontrolluntersuchungen durchgeführt.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

- mindestens 18 Jahre alt
- Es muss ein positiver PCR-Test auf SARS-CoV-2 vorliegen, der zu Beginn der Studienteilnahme maximal 72 Stunden zurückliegen darf.
- Mindestens einer der folgenden Risikofaktoren trifft zu:
 - Alter über 75 Jahre
 - Übergewicht (BMI >40)
 - chronische Lungenerkrankung (COPD oder Lungenfibrose)
 - Alter über 65 Jahre oder Übergewicht (BMI >35) und zusätzlich einer der folgenden Risikofaktoren
- koronare Herzkrankheit
- chronische Nierenerkrankung (GFR <60ml/min, aber ≥30ml/min)
- Diabetes mellitus
- aktive Tumorerkrankung



GESCHULT FÜR COVID-19-ERKRANKUNGEN

Das Universitätsklinikum Frankfurt bietet ein umfassendes Pandemie-Trainings- und Fortbildungsprogramm für Menschen in medizinischen und pflegerischen Berufen an, gefördert durch eine Gemeinschaftsinitiative von Rotary Clubs der Rhein-Main-Region.

Das FIneST (Frankfurter interdisziplinäres Simulationstraining) ist das praktische Ausbildungszentrum der Universitätsmedizin Frankfurt.

Das Universitätsklinikum Frankfurt hat ein umfassendes Pandemie-Trainings- und Fortbildungsprogramm für Menschen in medizinischen und pflegerischen Berufen gestartet. Das Programm richtet sich an das eigene medizinische Personal sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer medizinischer Einrichtungen der Region. Ziel ist es, sie nicht nur besser auf die aktuellen Anforderungen der Behandlung und Betreuung von COVID-19-Patienten vorzubereiten. Sie sollen auch mit zukünftigen lokalen oder globalen Infektionsgeschehen professionell umgehen können.

VERBINDUNG VON THEORIE UND PRAXIS

Das vierstufige Programm verbindet Theorie und Praxis und vermittelt die notwendigen Kompetenzen aktiv und interprofessionell im gesamten medizinischen Team. Dabei kombiniert das Programm vor- und nachbereitende Web-Seminare und E-Learning-Einheiten mit einem realitätsnahen Training im Simulationskrankenhaus des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität.

„Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, dass medizinisches Personal über infektiöse Erreger kompetent informiert und in hygienischen Schutzmaßnahmen umfassend geschult ist“, unterstreicht Prof. Miriam Rüsseler, Leiterin des Simulationskrankenhauses. Im medizinischen Normalfall treffe dies jedoch nur auf eine kleine hochspezialisierte Gruppe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu. Doch dies reiche unter Pandemiebedingungen nicht aus. „Man muss davon ausgehen, dass die COVID-19-Pandemie länger anhalten wird. Und man muss auch damit rechnen, dass durch die zunehmende Globalisierung das Risiko steigt, häufiger mit hochkontagösen Krankheiten und epidemischen Verläufen in Kontakt zu kommen. Deshalb sollte medizinisches Personal grundsätzlich im Umgang mit Pandemieerfahrungen ausgebildet werden“, sagt Prof. Rüsseler. „Wir sind froh, dass mit unserer Unterstützung dieses Pandemie-Training ermöglicht werden kann. Die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und ähnlicher Infektionen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe größter Tragweite. Die Ausbildung wird vor allem auch den Schutz derjenigen verbessern, die sich mit ihrem persönlichen Einsatz in den Kampf

gegen das Virus einbringen. Damit kommt das Training nicht nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen, sondern gleichzeitig Patientinnen und Patienten zugute“, sagt Erhard Krause, Koordinator der Rotary-Initiative.

Die finanzielle Unterstützung von gut 240.000 Euro kam zusammen durch die Initiative von 14 Rotary Clubs der Rhein-Main-Region, unterstützt durch elf taiwanische Clubs, die jeweiligen Distrikte der in den USA ansässigen Rotary Foundation und den Goethe-Corona-Fonds. „Die Initiative ‚Rotary contra Corona – Heilen und Pflegen in der Pandemie‘“, so Erhard Krause, „ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie sich Rotary den Herausforderungen der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie unter Einsatz seiner internationalen Ressourcen stellt. Das auf diese Weise ermöglichte professionelle Spezialtraining steht über die Grenzen des Universitätsklinikums hinaus auch anderen Gesundheitseinrichtungen offen.“

TRAINING IN REALISTISCHER UMGEBUNG

Das Pandemie-Training findet im Simulationskrankenhaus statt, wo die Teilnehmenden in einer nahezu realistischen Umgebung den Klinikalltag üben können. Die Trainings werden anschließend wissenschaftlich ausgewertet und international kommuniziert. Erfahrungen und Erkenntnisse sollen in die Entwicklung langfristiger Trainingsprogramme und Curricula einfließen. Die Teilnahme am Pandemie-Training ist kostenlos, sollte vom Arbeitgeber jedoch als Fortbildungsveranstaltung anerkannt werden. Zur Fortbildung größerer Teams können Trainings auch in der jeweiligen Einrichtung vor Ort durchgeführt werden.

BISHERIGE TEILNEHMERZAHLEN (Auszüge; Stand Februar 2021)

E-Learning-Modul Basiskennnisse:

1.054 gezählte komplette Absolvierungen

E-Learning-Modul Entscheidungsfindung:

546 gezählte komplette Absolvierungen

Praxismodule Grundlagen:

178 Medizinstudierende, 56 Personen extern

Praxismodul Basisreanimation:

287 Personen intern, 30 Personen extern

ERSTMALIG ÜBERREGIONALES ONKOLOGISCHES SPITZENZENTRUM IN HESSEN

Die Krebszentren von Universitätsklinikum Frankfurt, Krankenhaus Nordwest und Universitätsklinikum Marburg treiben zusammen den Aufbau eines hessenweiten onkologischen Netzwerks für eine koordinierte, heimatnahe Patientenversorgung voran und bündeln die gemeinsamen Anstrengungen in der Krebsforschung und in klinischen Studien.

Das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) Frankfurt-Marburg ist neues Spitzenzentrum der Krebsmedizin und wird von der Deutschen Krebshilfe mit 4,2 Millionen Euro gefördert.

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe hat das UCT Frankfurt-Marburg als Onkologisches Spitzenzentrum ausgezeichnet. Das Comprehensive-Cancer-Center-Konsortium Universitätsklinikum Frankfurt, Krankenhaus Nordwest und Universitätsklinikum Marburg hatte sich in einer kompetitiven Begutachtung durch ein international besetztes Expertengremium behauptet.



Prof. Christian Brandts, Direktor des UCT Frankfurt-Marburg

Insgesamt fördert die Deutsche Krebshilfe 14 universitäre Onkologische Spitzenzentren in Deutschland, davon vier als Konsortien. „Mit diesem neuen Comprehensive-Cancer-Center-Konsortium – kurz: CCC – will die Deutsche Krebshilfe ihre vor fast 14 Jahren auf den Weg gebrachte Initiative der CCC fortentwickeln, die Versorgungsstrukturen weiter prägen und somit die Versorgung von Krebspatienten in den beiden Regionen Frankfurt am Main und Marburg stärken und kontinuierlich verbessern“, so Nettekoven weiter.

„Mit dem Zusammenschluss im UCT Frankfurt-Marburg haben wir den Grundstein für eine strukturierte und zukunftsorientierte Patientenversorgung und Krebsforschung in ganz Hessen gelegt“, stellt Prof. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor

und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Frankfurt, fest. „Die Kooperation zwischen Marburg und Frankfurt wird die Versorgung von Krebspatienten nicht nur im urbanen Umfeld, sondern auch bei uns im ländlichen Raum auf eine Ebene heben, zum Wohle der Patienten“, sagt Prof. Harald Renz, Ärztlicher Geschäftsführer am Universitätsklinikum Marburg, über die Auszeichnung.

Seit drei Jahren arbeiten die drei Krebszentren eng zusammen, um den Aufbau eines hessenweiten onkologischen Netzwerks für eine koordinierte, heimatnahe Patientenversorgung voranzutreiben und die gemeinsamen Anstrengungen in der Krebsforschung und in klinischen Studien zu bündeln. Aus diesem Grund hatten sie sich gemeinsam als UCT Frankfurt-Marburg auf die Förderung für Exzellenz-Krebszentren durch die Stiftung Deutsche Krebshilfe beworben. Für den Frankfurter Standort ist dies bereits seit 2009 die vierte erfolgreiche Bewerbung in Folge. Neu ist die Beteiligung der Marburger Wissenschaftler und Ärzte von Philipps-Universität und Universitätsklinikum Marburg und somit die Fusion zum UCT Frankfurt-Marburg.



Prof. Thomas Wündisch, stellvertretender Direktor des UCT Frankfurt-Marburg

ENGE STANDORTÜBERGREIFENDE ABSTIMMUNG IN DER KREBSMEDIZIN

„Die Auszeichnung durch die Deutsche Krebshilfe belohnt die Arbeit der vergangenen Jahre und bestärkt uns, unsere anspruchsvollen Pläne in der personalisierten Onkologie gemeinsam zu realisieren. Die Förderung durch die Deutsche Krebshilfe unterstützt unsere innovativen, interdisziplinären Konzepte in der Krankenversorgung und Forschung, die für schnelle Fortschritte in der Krebstherapie entscheidend sind“,

erläutert Prof. Christian Brandts aus Frankfurt, der als Direktor des UCT Frankfurt-Marburg und Antragsteller des Konsortiums die zentralen Bereiche verantwortet.

Das UCT Frankfurt-Marburg stellt dabei die Plattform für den interdisziplinären Austausch in der universitären Krebsmedizin dar, der auf allen Ebenen gelebt wird. So gibt es eine enge Verzahnung mit dem Zentrum für Tumor- und Immunbiologie der Philipps-Universität und dem Frankfurt Cancer Institute. „Wir haben zusammen fünf Programme für die laborexperimentelle und klinisch-wissenschaftliche translationale Forschung entwickelt und können in der Krebsforschung standortübergreifend auf Expertisen und modernste technologische Plattformen zurückgreifen“, berichtet Prof. Thomas Wündisch aus Marburg, stellvertretender Direktor des UCT Frankfurt-Marburg. Die Ausbildung von medizinischen Fachkräften und Wissenschaftlern in der Onkologie werden vernetzt und der Austausch gefördert.



Prof. Elke Jäger, Chefärztin, Onkologie und Hämatologie, Krankenhaus Nordwest



Prof. Andreas Neubauer, Direktor, Hämatologie, Onkologie und Immunologie, Universitätsklinikum Marburg

Auch in der Therapie von Krebspatienten stimmen sich die Standorte eng ab: So erfolgt die interdisziplinäre Behandlung nach aktuellen und gemeinsam abgestimmten medizinischen Leitlinien. „Die jahrelange Kooperation in der Leukämieforschung und gemeinsame klinische Studien haben sich ausgezahlt“, so Prof. Andreas Neubauer, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie und des Careras Leukämie Centrums am Universitätsklinikum Marburg. Bei sehr komplexen Befunden oder seltenen Tumoren erfolgt eine umfangreiche genetische Diagnostik, deren Ergebnisse in einer gemeinsamen Konferenz besprochen werden. Standortübergreifende Expertengruppen tauschen sich regelmäßig über neueste Entwicklungen aus. Nicht zuletzt werden unterstützende Angebote wie die onkologische Bewegungstherapie in Frankfurt und Marburg bereitgestellt.

MEHR BEHANDLUNGSOPTIONEN DURCH REGIONALE VERNETZUNG

Die Krebspatienten behalten ihre zentrale Anlaufstelle in ihrer behandelnden Klinik. Sie profitieren aber von erweiterten Behandlungsoptionen und innovativen Technologien durch die Zusammenarbeit. So kann Patienten aus Marburg beispielsweise die Teilnahme an einer klinischen Studie in Frankfurt angeboten werden. Mit dem Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum wiederum stehen Frankfurter Patienten zusätzliche

Möglichkeiten in der Strahlentherapie zur Verfügung. „Im Laufe der letzten Jahre konnten wir in der multidisziplinären Versorgung, der translationalen und klinischen Krebsforschung und der regionalen Vernetzung für unsere Krebspatienten, vor allem auch auf dem Gebiet der supportiven Therapie und der Palliativmedizin, vieles erreichen. Das Hessische Onkologiekonzept hat dabei die regionale Zusammenarbeit sehr gefördert“, so Prof. Elke Jäger, Chefärztin der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest. „Wir befinden uns in Abstimmung mit den Kollegen in Gießen und wollen das Comprehensive-Cancer-Center-Konsortium hessenweit weiterentwickeln. Die Onkologie in Hessen ist somit für die Zukunft bestens gerüstet“, sagt Prof. Hubert Serve, Direktor der Medizinischen Klinik 2 am Universitätsklinikum Frankfurt und Vorsitzender des Direktoriums des UCT Frankfurt-Marburg. Die im Konsortium erarbeiteten Standards für die Patientenversorgung sowie die Erkenntnisse aus der Krebsforschung werden den regionalen Behandlungspartnern im Rahmen des Hessischen Onkologiekonzeptes, in dem das UCT Frankfurt-Marburg mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten vernetzt ist, zur Verfügung gestellt.



Prof. Hubert Serve, Vorsitzender des Direktoriums des UCT Frankfurt-Marburg

„Ich freue mich sehr, dass die internationale Gutachterkommission dem UCT Frankfurt-Marburg eine ausgezeichnete Versorgungsqualität für Krebspatienten sowie eine führende Rolle in der Krebsforschung bescheinigt hat“, erklärt Hessens Wissenschaftsministerin Angela Dorn. „Wir als Land Hessen unterstützen den Aufbau dieser Kooperation in diesem und im kommenden Jahr mit je gut einer Million Euro aus dem Hochschulpakt und haben die Standorte auch in der Vergangenheit bereits massiv unterstützt – es freut mich sehr, dass dieser Einsatz sich auszeichnet.“



Angela Dorn, Hessens Wissenschaftsministerin

Die Krebsforschung und die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten sind langjährige Schwerpunkte an den universitätsmedizinischen Standorten Frankfurt und Marburg, die vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst in der Vergangenheit bereits vielfach unterstützt wurden. Erfolgreiche Vorhaben von nationaler Bedeutung sind das Marburger Zentrum für Tumor- und Immunbiologie (ZTI) und das Frankfurt Cancer Institute (FCI). Beide Einrichtungen erhielten oder erhalten eine Förderung aus dem Forschungsförderprogramm LOEWE und waren erfolgreich in der Förderlinie Forschungsbauten, die aufgrund einer Empfehlung des Wissenschaftsrats aus Bundesmitteln kofinanziert wurden.

DIGITALE TRANSFORMATION DANK ANFORDERUNGS-SOFTWARE

Am 1. Februar 2021 hat das Universitätsklinikum Frankfurt eine neue interne Bestellssoftware in Betrieb genommen. Damit bestätigt das Universitätsklinikum seine Rolle als Vorreiter in der Digitalisierung: Es ist die erste Klinik in ganz Deutschland, in der Stationen ihre Anforderungen über SAP Fiori abwickeln. Das macht nicht nur die Prozesse deutlich effizienter, sondern erhöht auch die Sicherheit für die Patientinnen und Patienten.



Das System SAP-APM digitalisiert jegliche Bestellungen, vom Büromaterial bis zu Medikamenten und Medizintechnik. Die handschriftliche Dokumentation entfällt.

Von einer strategisch ausgerichteten, digital gestützten Logistik im Gesundheitsbereich profitieren die Beschäftigten, Patientinnen und Patienten und die Krankenhäuser. Deshalb hat das Universitätsklinikum Frankfurt frühzeitig eine SAP-Gesamtstrategie entwickelt.

Am 1. Februar 2021 hat es ein zentrales Ziel des umfassenden Digitalisierungsvorhabens erreicht: Ein neues Stationsanforderungsmanagement für Material und Medikamente wurde gestartet. Ende 2021 soll das System im gesamten Universitätsklinikum implementiert sein. „Wir haben mit unseren Projektteams und Softwareentwicklern ein medizinisch-pharmazeutisches Informations- und Logistikprogramm aufgebaut, das die Anforderungsprozesse grundlegend verändert“, erklärt Chief Medical Information Officer Dr. Michael von Wagner. „SAP-APM schließt die Lücke in der digitalen Vernetzung zwischen Anforderern und Materiallogistik. Wir machen damit einen großen Schritt in die digitale Zukunft der Krankenhausversorgung.“

APM steht für Apotheke, Pflege und Materialwirtschaft. Am Pilotprojekt haben das für Einkauf und Logistik zuständige Dezernat, die Krankenhausapotheke und Testnutzer aus dem medizinischen Bereich teilgenommen. Das System wird schrittweise allen Benutzerinnen und Benutzern im Haus zur Verfügung gestellt, die mit Bestellungen jeglicher Art – Büromaterial, Medikamente, Medizintechnik – zu tun haben.

FÖRDERUNG DURCH DAS LAND HESSEN

Mit der Einführung von SAP-APM wurde ein Entwicklungsschritt getätigt, der für deutsche Krankenhäuser wegweisend ist. Die zunehmende Informationsverarbeitung ist im Universitätsklinikum mit seinem Verbund aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung besonders komplex und herausfordernd. Sie erfordert eine zukunftsweisende Strategie ebenso wie starke Partner.

Das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst (HMWK) hat deshalb 2018 das Projekt Digitales Universitätsklinikum Frankfurt ins Leben gerufen. Es fördert den digita-

len Transformationsprozess mit 21,3 Millionen Euro bis ins Jahr 2022. SAP-APM ist eines von 14 Teilprojekten, die im Rahmen des HMWK-Programms gefördert werden.

VORSPRUNG FÜR PATIENTEN UND BESCHÄFTIGTE

SAP-APM beschleunigt die täglichen Arbeitsprozesse und macht Informationen leichter zugänglich. „Die Startseite ist im modernen Kachelformat analog zu bekannten Apps gestaltet und die Bedienung orientiert sich am Such- und Eingabesystem, das die Benutzerinnen und Benutzer von Internetsuchmaschinen kennen“, erklärt die Gesamtprojektleiterin Barbara Dolff. „Insgesamt wurde mit dem neuen System eine einfache und komfortable Handhabung geschaffen, die die Arbeitsprozesse sicher und effizient gestaltet und die den Schulungsaufwand reduziert.“ Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entfällt die handschriftliche Dokumentation ihrer Arbeit. Automatisierte Prozesse verhindern Fehler und schaffen für die Beschäftigten Ressourcen, die für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können.

Das Universitätsklinikum Frankfurt hat mit SAP-APM ein weiteres klinikweites Projekt initiiert, das sein Ziel unterstreicht: beste Versorgung und optimale Sicherheit für Patientinnen und Patienten.

ANWENDERFREUNDLICHE BEDIENUNG

Die erste Phase des Digitalisierungsprojekts, mit dem 2019 begonnen wurde, konnte trotz der erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemiezeit erfolgreich und termingerecht produktiv geschaltet werden. „Es war und ist in allen seinen Facetten ein sehr herausforderndes Projekt in einer sehr herausfordernden Zeit“, meint auch Projektmanager Sven-Patrick Schymik, „aber wir konnten mit SAP-APM eine äußerst solide Basis für die digitale Transformation unseres Hauses legen und seine digitale Zukunftsfähigkeit sichern.“ Das Universitätsklinikum profitiert als erste deutsche Klinik von der weiterentwickelten Benutzeroberfläche SAP Fiori und den dazu neu gestalteten Logistikprozessen rund um die Arbeitsabläufe auf den Stationen.

WO MENSCHEN MIT SELTENEN ERKRANKUNGEN HILFE FINDEN

Der 28. Februar ist Internationaler Tag der Seltenen Erkrankungen. Passend zum diesjährigen Termin wurde die Informationsplattform se-atlas – SE steht für Seltene Erkrankungen – modernisiert und für die Anwendung durch mobile Endgeräte optimiert.



Ob am PC oder Smartphone: Auf der neuen Internetseite finden Betroffene rares Wissen zu Krankheiten, die selten sind.

Wer hilft mir im Umgang mit meiner Seltenen Erkrankung? Wo finde ich Ansprechpartner und Expertinnen? Welche Einrichtung kann mich adäquat behandeln? Das sind Fragen, die sich Menschen mit chronischen Seltenen Erkrankungen häufig stellen. Ein Kompass im Dschungel der Informationen ist der se-atlas, der Versorgungsatlas für Menschen mit Seltenen Erkrankungen. Seit 2015 stellt die Plattform unter der Leitung der Medical Informatics Group (MIG) am Universitätsklinikum Frankfurt fundierte Informationen kostenlos im Internet zur Verfügung. Pünktlich zum Tag der Seltenen Erkrankungen am 28. Februar wurde der se-atlas generalüberholt. Ratsuchende Betroffene, Ärztinnen und andere Therapeuten sowie Lotsen an Kliniken können nun auch mobil noch schneller Versorgungseinrichtungen auf www.se-atlas.de recherchieren.

„Expertise und Therapien für Menschen mit seltenen Krankheiten sind rar. Der Leidensdruck für Betroffene und deren Angehörige, die Einrichtung zu finden, die wirklich weiterhelfen kann, ist groß. Wir freuen uns über jeden Einzelnen, der mithilfe des se-atlas zu der passenden Behandlung gelangt ist“, sagt Dr. Holger Storf, der das 2013 begonnene Projekt leitet. „Da immer mehr Nutzer über Smartphones auf den se-atlas zugreifen, haben wir die Website in den letzten Monaten umfassend angepasst und überarbeitet. Als Quellen für die Datensammlung dienen europäische und deutsche Referenznetzwerke, Zertifizierungen, bestätigte Selbstnennungen und Nennungen von Selbsthilfeorganisationen.“

So haben die Patientenorganisationen aus dem Netzwerk der ACHSE, des Dachverbands für Menschen mit chronischen Sel-



Auf der vom Universitätsklinikum Frankfurt betriebenen Website se-atlas finden Menschen mit Seltenen Erkrankungen in ganz Deutschland spezialisierte Anlaufstellen. Anlässlich des diesjährigen Internationalen Tages der Seltenen Erkrankungen wurde sie für die mobile Nutzung optimiert.

tenen Erkrankungen, von Beginn an wertvolle Informationen beigesteuert und den se-atlas so aktiv mitgestaltet. „Menschen mit Seltenen Erkrankungen sind häufig die Experten für ihre eigenen Erkrankungen. Sie verfügen über ein enormes Erfahrungswissen, das sie in der Selbsthilfe teilen. Sie können beispielsweise beurteilen, wo ihr Kind, ihr Angehöriger oder sie selbst die beste Behandlung erhalten haben und geben diese Information im se-atlas weiter“, so Dr. Christine Mundlos, Leiterin der Beratung und des Wissensnetzwerks der ACHSE.

WAS SIND SELTENE ERKRANKUNGEN?

In Europa gilt eine Erkrankung als selten, wenn weniger als fünf von 10.000 Menschen dasselbe Krankheitsbild aufweisen. Etwa 8.000 solcher Krankheiten gibt es. In Deutschland leben ca. vier Millionen Betroffene. Ihre Vielzahl, Vielfältigkeit und Seltenheit zugleich führen dazu, dass diese Krankheiten schwer zu diagnostizieren sind. Betroffene sind im Schnitt fünf bis sieben Jahre auf der Suche nach einer richtigen Diagnose. Forschung, Wissen und Experten sind rar.

HINTERGRUND

Der se-atlas wurde im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen 2013 initiiert, ist 2015 gestartet und wurde bis 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Der se-atlas spielt auch eine Rolle im Verbundvorhaben Collaboration on Rare Diseases (CORD-MI) der Medizininformatik-Initiative, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. In CORD-MI haben sich deutschlandweit 20 Universitätskliniken und weitere Partnereinrichtungen zusammengeschlossen, um die Patientenversorgung sowie die Forschung im Bereich der Seltenen Erkrankungen zu verbessern. Ziel ist es, durch eine langfristige Verbesserung der Kodierung Seltener Erkrankungen in der Versorgung auch eine verbesserte Zuordnung der Erkrankungen zu den Versorgungseinrichtungen im se-atlas zu ermöglichen. Hierdurch kann der se-atlas die Versorgungsrealität noch besser abbilden und genauere Informationen bereitstellen.

NEUE WIRKSTOFFE FÜR MEDIKAMENTE DER ZUKUNFT:

Die Entwicklung neuartiger Wirkstoffe, die gezielt krankheitsrelevante Proteine im Körper abbauen, steht im Fokus des Zukunftsclusters PROXIDRUGS. Die Goethe-Universität Frankfurt koordiniert den Verbund, zu dem Forscherinnen und Forscher der TU Darmstadt, der Universität Heidelberg, des Fraunhofer-Instituts für Translationale Medizin und Pharmakologie, des Max-Planck-Instituts für Biophysik sowie pharmazeutische und biotechnologische Unternehmen im Rhein-Main-Gebiet gehören. PROXIDRUGS konnte sich in der Finalrunde des Clusters4Future-Wettbewerbs des Bundesforschungsministeriums als eines von sieben geförderten Projekten durchsetzen und wird nun mit bis zu 15 Millionen Euro gefördert.



Prof. Ivan Dikic, Institut für Biochemie II der Goethe-Universität, PROXIDRUGS-Koordinator

Viele Krankheiten werden durch außer Kontrolle geratene oder fehlerhaft funktionierende Proteine verursacht. Etablierte Strategien der Wirkstoffforschung zielen daher darauf ab, Proteine zu blockieren, um beispielsweise das unkontrollierte Wachstum von Krebszellen zu stoppen. Allerdings lassen sich nur 20 Prozent aller krankheitsrelevanten Proteine, die zum Beispiel bei neurodegenerativen Leiden, bei Herz-Kreislauf- und Entzündungskrankheiten sowie bei Infektionen eine Rolle spielen, durch klassische, kleine Moleküle blockieren. Die verbleibenden 80 Prozent sind bislang therapeutisch nicht zugänglich.

KÖRPEREIGENE ABBAUPROZESSE NUTZEN

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von PROXIDRUGS wollen jetzt die Entwicklung einer neuen Wirkstoffklasse vorantreiben, die das zelleigene Verwertungssystem für Proteine einbezieht. PROXIDRUGS-Koordinator Prof. Ivan Dikic vom Institut für Biochemie II der Goethe-Universität erläutert: „Unser Körper besitzt ein ausgeklügeltes System, um defekte, überflüssige oder schädliche Proteine zu entsorgen. Dieses System werden wir nutzen, um krankheitsrelevante Proteine gezielt abzubauen.“

Im Stoffwechsel jeder Zelle werden ständig Proteine gebildet und wieder abgebaut. An abzubauende Proteine hängt die Zelle das kleine Protein Ubiquitin an. Dies geschieht mithilfe bestimmter Enzyme, sogenannter E3-Ligasen. Die Ubiquitin-Markierung signalisiert dem „Schredder“ der Zelle, dem Proteasom, dass die markierten Proteine abgebaut und recycelt werden können.

PROXIDRUGS-Forscherinnen und -Forscher wollen nun Wirkstoffe entwickeln, die krankheitsrelevante Proteine in die räumliche Nähe („proximity“) der E3-Ligasen bringen. Damit erhalten krankheitsrelevante Proteine die Abbaumarkierung mit Ubiquitin und werden von der Zelle selbst entsorgt.

Prof. Dikic: „Proximität herbeiführende Wirkstoffe, kurz Proxidrugs, sind eine der vielversprechendsten neuen Arzneimittelklassen in der biomedizinischen Forschung. Gemeinsam mit

den Partnern aus der Industrie wollen wir diese innovativen Wirkstoffe systematisch erforschen und neuartige Arzneimittel gegen Krebs, neurodegenerative Erkrankungen sowie bakterielle und virale Infektionen entwickeln. Um diese ehrgeizigen Ziele zu erreichen, haben wir das Frankfurt Center for Innovation and Technologies an der Goethe-Universität als akademischen Hub etabliert, in dem alle notwendigen Technologien gebündelt werden.“

TRANSFERBESCHLEUNIGER FÜR DIE RHEIN-MAIN-REGION

Der Präsident der Goethe-Universität Frankfurt, Prof. Enrico Schleiff, unterstreicht die Bedeutung des Zukunftsclusters als „Transferbeschleuniger“ für die Rhein-Main-Region:

„Mit PROXIDRUGS treiben wir die Erforschung einer neuartigen Wirkstoffklasse voran, aus der durch die Einbindung unserer Partner schneller als bisher anwendungsreife Medikamente entwickelt werden können.“

PROXIDRUGS stellt eine konsequente Weiterentwicklung der Transferstrategie der Goethe-Universität – aufbauend auf unseren Leuchtturmprojekten in der biomedizinischen und pharmazeutischen Forschung – dar, zu denen auch das durch Hessen geförderte Clusterprojekt ENABLE zählt.

Mit PROXIDRUGS können wir die Erkenntnisse aus unseren Forschungsfeldern in der Strukturbiologie, chemischen Biologie, Biochemie, Pharmazie und Zellbiologie auch in wirtschaftliche Wertschöpfung transferieren.

Zusammen mit unseren starken Partnern in Wissenschaft und forschender Industrie der Rhein-Main-Region werden wir dadurch einen entscheidenden Beitrag in einem hochaktuellen Feld der Wirkstoffforschung leisten.“

Der Clusters4Future-Wettbewerb des Bundesforschungsministeriums startete im Sommer 2019 als Teil der Hightech-Strategie 2025 mit dem Ziel, in regionalen Spitzenstandorten den Wissens- und Technologietransfer zu fördern. Aus 137 Wettbewerbsskizzen wurden zunächst 16 Finalisten ausgewählt, die ab Mai 2020 die Skizzen zu einem Konzept ausarbeiten konnten. PROXIDRUGS wird jetzt als eines von sieben Zukunftsclustern zunächst für die Dauer von drei Jahren gefördert.



SPEZIFISCHE DIAGNOSE UND THERAPIE FÜR KINDER MIT HERZSCHWÄCHE

Mitglieder des beteiligten Forscherteams: Dr. Wesley Abplanalp, Lukas Tombor, Katrin Häfner, Ralf Schulze-Brüning, Hannah Mellentin, Luka Nicin (Erstautor)

Die krankhafte Erweiterung des Herzmuskels könnte bei jungen Patientinnen und Patienten offensichtlich unterschiedliche Ausprägungen haben und sollte daher individuell behandelt werden. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie unter Leitung des Cardio-Pulmonary Institutes der Universitäten Frankfurt und Gießen. Die Erkenntnisse könnten bei der Diagnostik berücksichtigt werden, um effizientere und personalisierte Therapiemöglichkeiten zu eröffnen.

Die krankhafte Erweiterung des Herzmuskels, auch dilatative Kardiomyopathie (DCM) genannt, führt zum fortschreitenden Verlust von Herzfunktion, Pump- und Auswurfleistung. DCM ist die häufigste Todesursache für Kinder mit Erkrankungen des Herzmuskels. Ausgelöst wird DCM meist durch Entzündungen des Herzmuskels oder genetische Mutationen, vielfach ist die Ursache jedoch nicht bekannt. Die Therapie der jungen Patienten erweist sich dabei als Herausforderung mit bisher wenigen Behandlungsmöglichkeiten.

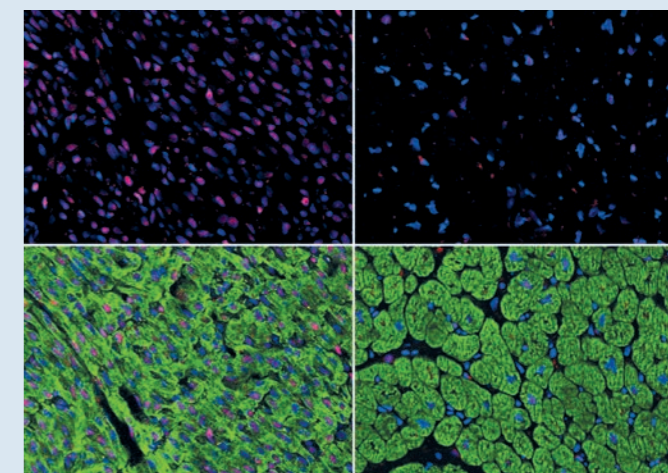
INDIVIDUELLE ANALYSE EINZELNER HERZZELLEN

Die vorliegende Studie von Wissenschaftlern und Ärzten aus Frankfurt, Gießen und Tübingen wurde mittels Einzelzellsequenzierung durchgeführt. Dies ist ein neues Verfahren zur Untersuchung der einzelnen Zellen des Herzens. Hierbei können die RNA jedes Zelltyps in Gewebeproben von Patienten einzeln untersucht und deren Genexpressionsmuster verglichen werden. Die Forscher untersuchten Gewebeproben von Kindern im Alter von sechs Monaten bis 13 Jahren mit DCM und daraus resultierendem Herzversagen. In den Gewebeproben fanden die Forscher neue Erkenntnisse zu alters- und krankheitsabhängigen Prozessen in den verschiedenen Zellen der Herzen. In den für die Pumpfunktion verantwortlichen Herzmuskelzellen der unter einjährigen Patienten waren regenerative Gene aktiv, die zur eigenständigen Erneuerung des beschädigten Herzmuskels beitragen können. Bei jugendlichen Patienten nahm dieses Potential mit steigendem Alter ab. Zusätzlich wiesen Fibroblasten, die Zellen des Bindegewebes, in Herzen der jugendlichen Patienten ein aktiviertes und versteifendes Muster auf, das abhängig vom Alter der Kinder zunimmt. Zudem zeigte sich eine altersabhängige Veränderung

von Genen, die eine besondere Rolle für die Wirkung von Medikamenten (Betablockern) spielen.

PRÄZISE DIAGNOSE UND PERSONALISIERTE THERAPIE

Die Untersuchungen auf Einzelzellebene ermöglichen die Erstellung eines Fingerabdrucks, der abhängig vom Alter der Patienten spezifische Formen annimmt und die Therapie der Erkrankten als präzises neues Instrument der Diagnostik unterstützen könnte. Kinder mit vorrangig regenerativen Charakteristiken könnten mit Regeneration anregenden Medikamenten behandelt werden, während Patienten mit einem hohen Grad an aktivierten Fibroblasten von einem frühen Einsatz antifibrotischer Therapien profitieren könnten. Das neue Verfahren könnte zudem helfen, verfügbare Medikamente zielgerichteter und altersadaptiert einzusetzen. Gefördert wurde dieses Projekt vom Cardio-Pulmonary Institute (CPI), vom Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) und der Dr. Rolf M. Schwiete Stiftung. Die Ergebnisse der Studie wurden am 23. Februar in der Fachzeitschrift Circulation veröffentlicht. Erstautor der Publikation ist Luka Nicin, Studienleiter sind Prof. Stefanie Dimmeler und Prof. Andreas Zeiher.



Mikroskopie-Bilder aus der Studie: Die Forscher untersuchten Gewebeproben von betroffenen Kindern, um präzisere Erkenntnisse zu krankheits- und altersabhängigen Prozessen zu generieren.

TUMORZELLEN FRÜHZEITIG FINDEN UND AUSSCHALTEN

Das hepatozelluläre Karzinom gehört zu den tödlichsten Tumoren und tritt trotz Behandlung häufig erneut auf. Frankfurter Forscher haben nun erkannt, dass bestimmte Zellen ein Indikator für diese Leberkrebsart sind. Außerdem hat sich eine minimalinvasive Therapieform als vielversprechend herausgestellt.



Prof. Thomas Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Das hepatozelluläre Karzinom ist die häufigste Form des primären Leberkrebses und die dritthäufigste tumorbedingte Todesursache weltweit. Das liegt unter anderem daran, dass der Tumor ein hohes Rezidivrisiko mit sich bringt, er also häufig nach einer Behandlung zurückkehrt.

Zu den klassischen Behandlungsoptionen zählen Chemotherapie und die operative Entfernung des Tumors. Besonders schonende Alternativen sind interventionelle radiologische Verfahren wie die Mikrowellenablation (MWA) und die konventionelle transarterielle Chemoembolisation (C-TACE).

Es besteht jedoch die Vermutung, dass gerade diese Ansätze sogenannte zirkulierende Tumorzellen freisetzen. Je mehr solcher Zellen eine Patientin oder ein Patient hat, desto höher ist das Risiko, dass der Krebs wieder auftritt. „Unsere Studie hat ergeben, dass die Mikrowellenablation – anders als bisher angenommen – die kritischen Zellen sogar reduziert“, erklärt Prof. Thomas J. Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt. Das Institut ist Teil des Universitären Leberzentrums Frankfurt, wo die aktuellen Forschungsergebnisse in enger interdisziplinärer Kooperation gewonnen wurden. Außerdem wurde in der Studie ein Verfahren zur Tumorzellidentifizierung getestet. Es ermöglicht, zukünftig hepatozelluläre Karzinome genauer zu klassifizieren.

ZWEI DISKUTIERTER BEHANDLUNGSMETHODEN

In der Studie wurden zwei Therapieansätze geprüft. Bei der C-TACE wird ein Chemotherapeutikum über ein Kathetersystem direkt in die Lebergefäße gebracht, die den Tumor versorgen. Die anschließende künstliche Gefäßverschlussung, also Embolisation, ermöglicht eine längere Wirkung und höhere Konzentration des Chemotherapeutikums im Tumorgewebe. Bei der MWA wird eine Sonde in den Tumor eingeführt. Ihre elektromagnetischen Wellen zerstören das Gewebe durch Wärme. Beide Behandlungsmethoden gelten als minimalinvasiv und sind deshalb schonend, weil das Krebsgewebe sehr gezielt angegriffen wird, ohne den Körper insgesamt stark zu belasten.

AUFSCHLUSS ÜBER BEHANDLUNGSRISIKEN

In der Studie untersuchte das Forscherteam die zirkulierenden Tumorzellen bei 17 Patientinnen und Patienten mit hepatozellulärem Karzinom. Sieben Patienten erhielten C-TACE und zehn eine MWA. Parallel wurden Blutproben von 13 gesunden Spendern entnommen. So konnten Patientenblut und Kontrollblut zeitgleich analysiert werden. Die Patientinnen und Patienten wurden bis zu 2,2 Jahre nach dem radiologischen Eingriff begleitet.

Bei 76 Prozent wurden vor den Eingriffen zirkulierende Tumorzellen nachgewiesen. Erhielten die Probanden eine MWA, verringerte sich deren Rate wider Erwarten signifikant. Bei denjenigen, die C-TACE bekamen, wurden keine bedeutenden Unterschiede beobachtet. Allerdings könnte dieser Befund auch auf die begrenzte Probandenzahl zurückzuführen sein.

Bei den restlichen 24 Prozent der Patientinnen und Patienten wurden weder vor noch nach der Behandlung zirkulierende Tumorzellen festgestellt. Insgesamt konnte keine Korrelation zwischen der Rate der zirkulierenden Tumorzellen und der Rezidivrate des hepatozellulären Karzinoms gefunden werden.

BASIS FÜR WEITERE FORSCHUNG

Auf den Erkenntnissen können nun großangelegte klinische Studien aufbauen, um die zukünftige Rolle und die prognostische Relevanz zirkulierender Tumorzellen nach dieser Behandlung genau zu bestimmen. „Aber auch unabhängig von der Behandlungsmethode könnte das Erkennen zirkulierender Tumorzellen zukünftig als relevantes Diagnosewerkzeug und zur Prognoseabschätzung sowie zum Therapiemonitoring eingesetzt werden“, ergänzt Dr. Mazen A. Juratli von der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Die Klinik hat 2007 zusammen mit dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und der Medizinischen Klinik I das Universitäre Leberzentrum Frankfurt gegründet. Ziel ist es, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und über die einzelnen Fachbereiche hinaus individuelle Behandlungskonzepte für Patientinnen und Patienten zu entwickeln.

INTERNATIONALER FORSCHUNGSVERBUND ERMITTELT AUSLÖSER FÜR SCHWERE VERLAUFSFORM EINER LEBERZIRRHOSE



Die Leber leidet still: Bakterieninfektionen und Alkohol können Leberzirrhose auslösen, die im Akut-auf-chronischen Leberversagen endet.

Die häufigste Todesursache von Patienten mit Leberzirrhose ist ein Akut-auf-chronisches Leberversagen (ACLF), bei dem die fortschreitenden Funktionsausfälle der vernarbten Leber nicht mehr ausgeglichen werden können (akute Dekompensation). Die Folge: Weitere Organe wie Niere oder Gehirn versagen. Auslöser für die akute Dekompensation einer Leberzirrhose und ein ACLF sind am häufigsten bakterielle Infektionen, eine durch Alkohol verursachte Leberentzündung oder eine Kombination beider Faktoren. Dies hat die Auswertung der PREDICT-Studie ergeben, die von einem internationalen Team von Forschenden unter der Leitung von Prof. Jonel Trebicka vom Universitätsklinikum Frankfurt durchgeführt wurde.



Prof. Jonel Trebicka leitet die PREDICT-Studie.

Chronische Leberkrankheiten und sogar eine Leberzirrhose können lange unbemerkt bleiben, weil viele Patienten keine Symptome haben: Die Leber leidet still. Wenn der Körper dann nicht mehr in der Lage ist, die nachlassenden Leistungen der Leber zu kompensieren, verschlechtert sich der Zustand in kürzester Zeit dramatisch: Gewebsflüssigkeit sammelt sich im Bauchraum (Aszites), es kommt zu inneren Blutungen etwa in der Speiseröhre, das Gehirn droht durch Stoffwechselprodukte vergiftet zu werden. Diese akute Dekompensation der Leberzirrhose kann sich zu einem Akut-auf-chronischem Leberversagen weiterentwickeln mit Entzündungsreaktionen überall im Körper und Versagen mehrerer Organe.

In der PREDICT-Studie unter der Leitung von Prof. Jonel Trebicka, Gastroenterologe und Hepatologe an der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikum Frankfurt, haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus 15 europäischen Ländern 1.273 Patienten beobachtet, die mit einer akuten Dekompensation ihrer Leberzirrhose ins Krankenhaus einge-

liefert wurden. Im Fokus der aktuellen Auswertung der Studie stand die Frage, was eine akute Dekompensation einer Leberzirrhose auslösen kann. Das Ergebnis: In knapp der Hälfte der Krankheitsfälle konnte eine bakterielle Infektion, eine durch Alkoholkonsum verursachte Leberentzündung oder beides gemeinsam als Auslöser bestimmt werden.

Kaum eine Rolle als Auslöser hatten Blutungen im Verdauungstrakt und eine durch Schmerz- oder Beruhigungsmittel verursachte Hirnerkrankung (medikamentös-toxische Enzephalopathie). Schädigungen der Leber durch Medikamente, zu denen Schmerz- und Narkosemittel, Krebsmedikamente oder auch pflanzliche Heilmittel zählen können, traten ebenso wie medikamentös verursachte Nierenschädigungen nicht als Auslöser der akuten Dekompensation auf.

Studienleiter Prof. Jonel Trebicka erklärt: „Bei der akuten Dekompensation einer Leberzirrhose ist rasches und gezieltes Handeln erforderlich. In der PREDICT-Studie möchten wir daher viel über die auslösenden Faktoren dieser lebensbedrohlichen Erkrankung lernen, um daraus Empfehlungen für Diagnostik und Therapie ableiten zu können. Zu wissen, welches die wahrscheinlichsten Auslöser einer akuten Dekompensation sind, wird helfen, Diagnose- und Behandlungsstrategien für diese lebensbedrohlich erkrankten Patienten weiterzuentwickeln.“

PREDICT wird von der Europäischen Stiftung zur Untersuchung chronischen Leberversagens (European Foundation for the Study of Chronic Liver Failure, kurz: EF Clif) gefördert. An PREDICT sind 136 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von 47 Zentren und Institutionen in 15 europäischen Ländern beteiligt. Die private gemeinnützige Stiftung EF Clif verfolgt das Ziel, die Forschung über Akut-auf-chronisches Leberversagen zu fördern und damit die Lebensqualität und die Überlebensrate von Patienten mit Leberzirrhose zu verbessern. 2015 gegründet unterstützt sie die Arbeit des EASL-Clif-Konsortiums. Dieses Forschungsnetz vereint über 100 europäische Universitätskliniken und 200 klinische Forscher und hatte bereits 2013 erstmals das neue Syndrom Akut-auf-chronisches Leberversagen beschrieben.

PREISE – AUSZEICHNUNGEN – ERFOLGE – PERSONALIA

ORTHOPÄDISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK FRIEDRICHSHAIM IN UNIVERSITÄTSKLINIKUM FRANKFURT INTEGRIERT

Zum 1. Januar 2021 wurde die bisherige Tochtergesellschaft Orthopädische Universitätsklinik Friedrichshaim rechtlich und organisatorisch in das Universitätsklinikum Frankfurt integriert. Sie wird nun als 33. Fachklinik des Universitätsklinikums mit dem Namen Klinik für Orthopädie (Friedrichshaim) geführt. Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren künftig von einer noch umfassenderen medizinischen Versorgung, moderneren Infrastruktur und einem stärkeren Austausch in Forschung und Lehre.

NEUES SPITZENFORSCHUNGSPROJEKT ZU KRANKHEITSMCHANISMEN

Als eines von drei Clusterprojekten wird das Projekt ENABLE vom Land Hessen, der Goethe-Universität und beteiligten Partnern gefördert und ermöglicht die Vorbereitung auf die nächste Exzellenzstrategie von Bund und Ländern. Im Rahmen von ENABLE werden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler analysieren, wie deregulierte zelluläre Signalwege die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen beeinflussen. Das Projekt wird mit acht Millionen Euro aus Landesmitteln und 9,1 Millionen Euro Eigenanteil der Goethe-Universität und der Mitantragsteller gefördert. Einer der Sprecher von ENABLE ist Prof. Ivan Dikic, Direktor des Instituts für Biochemie II.

THEODOR-STERN-STIFTUNGSPREIS FÜR DR. SEBASTIAN HOEHL



Verleihung mit (v.l.n.r.) Prof. Stefan Zeuzem, Dr. Sebastian Hoehl, Prof. Sandra Ciesek und Prof. Jürgen Graf

Am 7. Dezember 2020 wurde Dr. Sebastian Hoehl von der Theodor-Stern-Stiftung für sein herausragendes Engagement in der Erforschung von SARS-CoV-2 geehrt. Seine Forschung leistet einen entscheidenden Beitrag im Kampf gegen die Pandemie. So war er beispielsweise an Untersuchungen beteiligt, die zeigten, dass eine SARS-CoV-2-Infektion auch bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten vorliegen kann.

PROF. BRÜNE IST NEUER VIZEPRÄSIDENT DER GOETHE- UNIVERSITÄT



Der Erweiterte Senat der Goethe-Universität wählte am 15. Februar 2021 Prof. Christiane Thompson als Vizepräsidentin für Lehre, Studium, Weiterbildung, Prof. Bernhard Brüne als Vizepräsidenten für Nachwuchs, Forschung und Transfer so-

wie Prof. Michael Huth als Vizepräsidenten für Qualitäts- und Organisationsentwicklung für eine Amtszeit von drei Jahren. Nach einer Übergangszeit kann das neue Präsidialteam ab 1. Mai 2021 mit seiner Arbeit starten. Prof. Bernhard Brüne leitet seit 2004 das Institut für Biochemie I am Fachbereich Medizin. Derzeit ist er Forschungsdekan am Fachbereich, zuvor war er sieben Jahre Studiendekan für die Vorklinik.

OTSUKA TEAM AWARD PSYCHIATRY+ 2020 FÜR INTERDISZIPLINÄRE BEHANDLUNGSKONZEPTE VERGEBEN

Der Otsuka Team Award Psychiatry+ 2020 ging unter anderem an das Frankfurter Projekt zur Prävention von Suiziden mittels Evidenz-basierter Maßnahmen (FraPPE) der Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt.

Primäres Ziel von FraPPE ist die Senkung der absoluten Zahl der Suizide innerhalb der Projektlaufzeit um ein Drittel. Dafür werden regionale Hintergründe, Besonderheiten und Entwicklungen aufgegriffen und Angehörige verschiedener Berufsgruppen vernetzt.

PROF. JOHANNES SCHULZE MIT DEM 1822-UNIVERSITÄTSPREIS FÜR EXZELLENTLE LEHRE AUSGEZEICHNET



Prof. Johannes B. Schulze (r.) bei der Verleihung

Prof. Johannes B. Schulze, Mitarbeiter des Dekanats und des Instituts für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin, hat den zweiten Preis des jährlich von der Goethe-Universität und der Stiftung der Frankfurter Sparkasse verliehenen 1822-Preises gewonnen. Die Nominierung für den Preis erfolgte durch die Studierenden, die Prof. Schulze aufgrund des außerordentlich hohen Niveaus seiner Lehre und seines herausragenden Engagements für den Paul-Ehrlich-Contest vorgeschlagen hatten.

RSNA TRAINEE RESEARCH PRIZE 2020 FÜR FRANKFURTER RADIOLOGEN



Anlässlich des 106. Annual Meeting der Radiological Society of North America (RSNA) wurde Dr. Christian Booz aus dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie mit dem RSNA Trainee Research Prize 2020 ausgezeichnet. Dieser international anerkannte Forschungspreis wird jährlich an radiologische Forscher aus aller Welt für deren wissenschaftliche Arbeit verliehen. Dr. Booz erhielt diesen Forschungspreis schon zum zweiten Mal nach 2018 in der Sparte Muskuloskelettale Radiologie.



„DURCH MEINE POSITION
KANN ICH WISSENSCHAFTLICHE
ARBEIT ZUR PFLEGE
PRAKTISCH EINBRINGEN.“

Wir sprachen mit Adriana Ibeas, stellvertretende Gruppenleitung mit Schwerpunkt fachliche Führung auf der Neugeborenenüberwachungsstation und Säuglingsstation (32-6) und der Neugeborenenüberwachungsstation (32-7).

Adriana Ibeas an Überwachungsmonitoren auf einer ihrer Stationen

Frau Ibeas, was für eine Ausbildung haben Sie absolviert und wie ist Ihre heutige Position am Universitätsklinikum?

Ich habe in Spanien mein Pflegediplom und den Master of Science in Anästhesie/Intensiv gemacht. In Deutschland folgten dann die Fachweiterbildung und Anerkennung. Heute bin ich stellvertretende Gruppenleitung mit Schwerpunkt fachliche Führung auf den Stationen 32-6 und 32-7, also bei den Neugeborenen.

Seit wann arbeiten Sie am Universitätsklinikum Frankfurt?

Ich habe im März 2016 hier angefangen.

Warum haben Sie sich für das Universitätsklinikum entschieden?

Das Universitätsklinikum ist ein sehr großes Zentrum in einer internationalen Stadt. Ich habe hier die Möglichkeit, mich weiterzuentwickeln. Dabei kann ich gleichzeitig die Pflegeentwicklung vorantreiben und gestalten.

Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus? Was für Besonderheiten gibt es?

Ich arbeite auf der Neugeborenenüberwachungsstation und Säuglingsstation. Das bedeutet Tätigkeit am Bett in Kombination mit meinen Funktionen, die ich als fachliche Führungskraft hier und auf der Station 32-7 habe. Ich arbeite an verbesserten Pflegestandards und einer verbesserten Pflegedokumentation. Außerdem stehe ich täglich in Abstimmung mit anderen Gruppen und fachlichen Leitungen der Kinderklinik. Dazu kommt der Austausch und die Beratung mit anderen fachlichen Führungskräften des Universitätsklinikums. Regelmäßig auf dem Programm stehen die Pflegeentwicklung und der Journal Club. Hier diskutieren interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter alle zwei Monate über ausgesuchte Artikel in Fachpublikationen und überlegen, wie sich die Ergebnisse direkt in die Praxis integrieren lassen.

Eine Besonderheit stellt das Mentoringprogramm für Pflegenden mit wissenschaftlicher Qualifikation dar. In diesem Rahmen führen wir eine pflegerische Phototherapiestudie auf der Station 32-6 durch. Phototherapie ist eine Behandlungsmöglichkeit bei Neugeborenenengelbsucht, bei der die Kinder mit einem blauen Licht bestrahlt werden. Mein Mentor bei dieser interdisziplinären Arbeit ist Prof. Rolf Schlößer, der Leiter des

Schwerpunkts Neonatologie. Wir möchten mit dieser Studie herausfinden, ob es einen Unterschied zwischen einer pausierenden und einer kontinuierlichen Phototherapie gibt, ob man die Therapie also alle paar Stunden anwendet oder die Kinder durchgängig unter dem Licht liegen. Ideal wäre es, wenn die Kinder nicht den ganzen Tag unter der Lampe liegen müssten, sondern genügend Pausen verblieben, in denen sich eine Eltern-Kind-Beziehung entwickeln kann. Damit sollen die Bindung zwischen Kind und Eltern gestärkt und ein Standard etabliert werden.

Hat die Pandemie Ihren Arbeitsalltag verändert?

Ja, sehr. Mit Beginn der Pandemie haben wir allgemeine Vorgaben wie das Tragen persönlicher Schutzausrüstung – Mund-Nasen-Schutz – und Neuregelungen beim Einlass ebenso zügig umgesetzt wie Regelungen, die speziell unsere Stationen betreffen. Früher durften Eltern ihr Kind jederzeit besuchen. Jetzt darf nur noch die Mutter kommen, der Vater lediglich zweimal die Woche und ausschließlich mit einem negativen Coronatest. Die Pandemie hat die Strukturen in der Kinderklinik verändert. Das betrifft auch die Phototherapiestudie, die ich bereits erwähnt habe. Es war geplant, dass die Patientinnen und Patienten direkt auf die Station 32-6 kommen. Jetzt müssen sie in der Notaufnahme warten, bis das negative COVID-19-Ergebnis vorliegt. Die Phototherapie soll aber möglichst schnell starten, also bereits in der Notaufnahme. Dafür mussten wir das Personal schulen. Die Umstrukturierung macht den Prozess der Phototherapie komplexer. Einige Fälle können daher aktuell nicht an der Studie teilnehmen – das ist natürlich schade.

Was waren Ihre persönlichen Höhepunkte oder besonderen Erfolge bei der Arbeit?

Mein persönlicher Höhepunkt war, als ich die fachliche Leitung übernommen habe – erst auf Station 32-6 und seit Anfang 2021 auch auf der 32-7. Durch meine Tätigkeit kann ich wissenschaftliche Erkenntnisse zur Pflege praktisch einbringen. Und es macht mich sehr glücklich, dass dies auch im Team wahrgenommen wird. Es bestehen hier großes Interesse, Akzeptanz und insgesamt eine sehr gute Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen.

„VOM SÄUGLING BIS ZUM HOCHBETAGTEN – WIR BEHANDELN HÖRSTÖRUNGEN IN JEDEM ALTER.“

Im Interview dieser Ausgabe sprechen wir mit Prof. Timo Stöver, Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, über das vielfältige Spektrum seiner Klinik, weltweit erstmalig am Universitätsklinikum entwickelte Hörsysteme und die Wichtigkeit der Grundlagenforschung für die klinische Medizin.

Herr Prof. Stöver, was ist das Leistungsspektrum Ihrer Klinik?

Wir bieten die gesamte Diagnostik, konservative und operative Therapie von Erkrankungen des Kopf-Hals-Bereichs einschließlich der Schädelbasis – insbesondere gut- und bösartiger Erkrankungen des HNO-Fachgebiets. Dazu gehören auch rekonstruktive Maßnahmen, inklusive ästhetischer Operationen, da diese gerade in der Behandlung bösartiger Veränderungen oft erforderlich sind.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Diagnostik und Behandlung von Hörstörungen bei Kindern und Erwachsenen. Wichtig sind dabei die Cochlea-Implantate, die hochgradig schwerhörigen oder tauben Menschen das Gehör zurückgeben können. Die Schwerpunktbereiche audiologische Akustik unter der Leitung von Prof. Uwe Baumann und Phoniatrie und Päaudiologie unter der Leitung von Dr. Sabine Kramer erfüllen hier eine zentrale Aufgabe.

Was davon sind Alleinstellungsmerkmale, die hier in der Region und darüber hinaus nicht angeboten werden?

Wir behandeln Hörstörungen auf höchstem internationalen Niveau und zählen zu den deutschlandweit führenden Einrichtungen. So bieten wir beispielsweise mikrochirurgische Eingriffe im Mittelohr an, setzen aber auch technische Hörsysteme ein. Dank unserer interdisziplinären Struktur sind wir eine der wenigen Einrichtungen in Deutschland, die den spezifischen Anforderungen jedes Entwicklungsalters, vom Säugling bis zum Hochbetagten, und jeder Form der Hörminderung Rechnung tragen kann. Und das schon seit mehr als 30 Jahren. Auch international ist unsere Klinik speziell mit Blick auf Cochlea-Implantate renommiert.

Unser onkologischer Schwerpunkt ist ebenfalls von überregionaler Bedeutung, besonders die funktionell orientierte Behandlung und Wiederherstellung bei Kopf-Hals-Tumorerkrankungen. Ein Grund dafür ist die hervorragende interdisziplinäre Vernetzung im Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT). Ein weiterer ist die hohe chirurgische Expertise der Klinik.

Was sind Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte und -erfolge?

Unsere Forschungsschwerpunkte entsprechen den klinischen Schwerpunkten, also die Onkologie und der Bereich Hörstörungen.

Onkologisch untersuchen wir insbesondere die für die Tumorentstehung relevanten Signalwege. Wir forschen aber auch an klinischen Themen, beispielsweise zur Lebensqualität nach

der Tumorthherapie. So können wir kontinuierlich die Behandlung verbessern.

Bei Hörstörungen erforschen wir in Labor und Klinik die Grundlagen neuer regenerativer Therapieansätze. Hier konzentrieren wir uns vornehmlich auf implantierbare Hörsysteme und Cochlea-Implantate. Ein besonderer Schwerpunkt ist die audiologische Forschung. Sie beleuchtet die Auswirkungen von Hörstörungen und deren Behandlungsoptionen. Hier hat unsere Klinik maßgeblich dazu beigetragen, dass die Funktion implantierbarer Hörsysteme verbessert werden konnte. Am Universitätsklinikum Frankfurt wurde erstmals die hörerhaltende Cochlea-Implantat-Chirurgie und das darauf basierende Konzept der elektrisch-akustischen Stimulation entwickelt. Das findet inzwischen weltweit Anwendung.

Welches sind in Ihrem akademischen bzw. beruflichen Werdegang die besonders prägenden, wichtigen Schritte gewesen?

Mein beruflicher Werdegang wurde ganz wesentlich geprägt durch eine grundlagenexperimentelle Doktorarbeit in der Biochemie. Dadurch habe ich bereits sehr früh ein Verständnis für die Bedeutung der Forschung für die Medizin und das ärztliche Handeln erhalten. Zudem konnte ich dabei Grundlagenmethoden erlernen, die mir später sehr geholfen haben. Durch ein Feodor-Lynen-Stipendium der Alexander-von-Humboldt-Stiftung konnte ich einen zweijährigen Forschungsaufenthalt an der University of Michigan am Kresge Hearing Research Institut absolvieren. Das hat die wesentlichen Voraussetzungen meiner Habilitation und meines weiteren wissenschaftlichen Schwerpunktes geschaffen. Wesentlich geprägt hat mich zweifelsohne auch mein früherer Chef, der nicht nur meine klinische Ausbildung gefördert hat, sondern durch sein klinisch-wissenschaftliches Denken und Arbeiten auch meine Entscheidung für eine universitäre Laufbahn wesentlich beeinflusste.

Jenseits des Beruflichen – verraten Sie uns etwas von Ihren privaten Interessen?

In meiner Freizeit hat die Familie, also meine Frau und meine drei Töchter, Priorität. Daneben gilt mein privates Interesse dem Motorradfahren, älteren Motorrädern und dem Angelsport.



Prof. Timo Stöver