



Dr. Iris Minde
Geschäftsführerin

Sehr geehrte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,

ich freue mich, Ihnen in unserer Herbst-Ausgabe des Newsletters wieder Neuigkeiten, neue Chefärzte und neue Verfahren unseres Unternehmens vorstellen zu dürfen.

Neue Personalien gibt es nicht nur in der Klinik für Neurologie und in den Kinderkliniken an den Standorten Eutritzsch/Grünau sowie Wernsdorf – auch eine zweite Geschäftsführerin bereichert unser Unternehmen.

Seit 01. Juli ist Frau Claudia Pfefferle für unser Klinikum tätig. Mit viel Elan hat sie neue Aufgaben, unter anderem die Personalentwicklung und Personalwirtschaft als sehr zentrale und wichtige Themen übernommen. Ich freue mich auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit ihr und wünsche Ihnen, liebe Ärztinnen und Ärzte, viel Spaß beim Lesen.

Ihre

Dr. Iris Minde

Neue Technik sorgt für mehr Präzision bei Wirbelsäulen- und Beckeneingriffen

Seit Juli dieses Jahres verfügt das Team des Traumazentrums über ein neues Bildgebungs- und Navigationssystem – den O-Arm, der hauptsächlich bei Wirbelsäulen- und Beckenoperationen zum Einsatz kommt.

Der O-Arm, der in jeder Phase des Eingriffs ein dreidimensionales Bild der operierten Körperpartie liefert, sorgt damit für eine zusätzliche intraoperative Kontrolle und damit für mehr Präzision und Sicherheit.

Anders als ein herkömmlicher Computertomograf kommt der O-Arm zum Patienten, nicht umgekehrt. Er kann in allen Operationssälen eingesetzt werden. Trotz seines Gewichts (800 kg) lässt sich der O-Arm mit Leichtigkeit an den OP-Tisch rollen und millimetergenau in jede gewünschte Position bringen. Ein Ring, in dem sich eine Röntgeneinheit für

die intraoperative Bildgebung befindet, schließt sich um den Patienten auf dem OP-Tisch und liefert in Sekundenschnelle mehrere Bilder aus verschiedenen Winkeln.

Nach der Aufnahme schwenkt das Gerät beiseite, um dem Operateur



Platz zu machen. Die intraoperativ erstellten Bildaufnahmen werden automatisch auf das angeschlossene, computergestützte Navigationssystem

übertragen. Der Operateur kann die Anatomie des Patienten und seine Instrumente nun nahezu in Echtzeit am Bildschirm sehen, sich orientieren und hochpräzise den nächsten Operationsschritt planen und durchführen. Einsatz findet der O-Arm außer bei Wirbelsäulen- und Beckenoperationen noch bei präzisen Operationen am Hirn und Schädelknochen innerhalb der Neurochirurgie und bei Rekonstruktionen von Gelenkverletzungen in der Unfall- und Handchirurgie.

Kontakt

Traumazentrum

Leiter des Traumazentrums und
Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie,
Orthopädie und Spezialisierte
Septische Chirurgie
PD Dr. med. Jörg Böhme
☎ 0341 909-3400
✉ j.boehme@sanktgeorg.de

Impressum:

Klinikum St. Georg gGmbH | Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig | Geschäftsführung: Dr. Iris Minde • Claudia Pfefferle | Delitzscher Straße 141 | 04129 Leipzig
Redaktion: Annett Prager | Abt. Unternehmenskommunikation • Klinikum St. Georg gGmbH | Bildnachweis: Klinikum St. Georg gGmbH | Gestaltung: **stoneart**®

Neue Chefärztinnen der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin

Standorte Eutritzsch und Grünau

Frau Dr. Marlen Zurek ist seit 1. August Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Leipziger Standorte Eutritzsch und Grünau. Sie folgt damit Prof. Borte, der sich aus seiner leitenden Position zurückzieht, aber weiterhin Direktor des ImmunDefekt-Centrum Leipzig (IDCL) bleibt.

Dr. Zurek ist bereits 14 Jahre am Klinikum tätig. Seit 2011 ist sie Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und promovierte 2013 auf dem Fachgebiet der Kindergastroenterologie „Epidemiologie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen sowie jungen Erwachsenen in Leipzig“ und ist seitdem auch GPGE- und SLÄK-zertifizierte Kindergastroenterologin. Nach ihrer Promotion ist Frau Dr. Zurek Oberärztin der pädiatrischen Gastroenterologie am Klinikum St. Georg,

einer der größten Kindergastroenterologien Sachsens, mit überregionalen und internationalen Zuweisungen. Im Jahr 2017 wurde sie Leitende Oberärztin des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin.

Mit Frau Dr. Zurek konnte die Stelle aus den eigenen Reihen besetzt werden, was ein großer Vorteil für Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen darstellt. Die neue Chefärztin möchte die wachsende Entwicklung in der interdisziplinären Betreuung von Kindern und Jugendlichen fortführen. Mit dem derzeitigen kompetenten Team werden nahezu alle Fachgebiete der Pädiatrie abgedeckt. Die Stärkung und Weiterentwicklung der pädiatrischen Intensivmedizin, die Kooperation mit dem IDCL, die Betreuung von Kindern mit seltenen sowie die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Kinderdialyse des KfH liegen Frau Dr. Zurek besonders am Herzen.

Darüber hinaus stellen die fundierte Ausbildung der Assistenzärzte sowie die enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen weitere Schwerpunkte ihrer zukünftigen Arbeit dar.



Dr. med. Marlen Zurek

Kontakt

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Chefärztin Dr. med. Marlen Zurek
☎ 0341 909-3600
✉ marlen.zurek@sanktgeorg.de

Standort Wernsdorf, Fachkrankenhaus Hubertusburg

Seit 01. August ist Frau Dr. Birgitt Meier kommissarische Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Fachkrankenhaus Hubertusburg in Wernsdorf. Frau Dr. Meier kennt die Kinderklinik in Wernsdorf seit 40 Jahren. Abgesehen von zwei Jahren als Kinderärztin in Angola kümmert sie sich seit Jahrzehnten gemeinsam mit ihren Kollegen darum, dass die kleinen Patienten in der Region gut versorgt werden. Seit 2007 ist Frau Dr. Meier als Oberärztin tätig. Spezialisiert ist Frau Chefärztin Dr. Meier auf kinderneurologische Erkrankungen und pädiatrische Psychosomatik, ein Bereich, der immer mehr an Bedeutung gewinnt. So sieht die Klinik auch den Aufbau einer Kinderpsychiatrie vor.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Fachkrankenhaus Hubertusburg hat sich in den vergangenen Jahren mehr und mehr spezialisiert. Für die kleinen Patienten in der Region gibt es eine wohnortnahe Akutversorgung und neben der allgemeinen kinderärztlichen Versorgung auch Ambulanzen für Gastroenterologie, Endokrinologie und Genetik. Die rheumatologische Spezialprechstunde wird weiterhin von Professor Borte fortgeführt.

Frau Dr. Meier freut sich, ihre langjährigen Erfahrungen an Kollegen weitergeben zu dürfen und auch auf die weitere sehr gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten.



Dr. med. Birgitt Meier • Foto: Jana Brechlin

Kontakt

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
am Fachkrankenhaus Hubertusburg
gGmbH
Komm. Chefärztin
Dr. med. Birgitt Meier
☎ 034364 6 2902
✉ birgitt.meier@kh-hubertusburg.de

Neuer Chefarzt der Klinik für Neurologie



Dr. med. Torsten Kraya

Seit 01. August hat die Klinik für Neurologie einen neuen Chefarzt, Herrn Dr. med. Torsten Kraya. Er löst den bisherigen Chefarzt Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Beuche ab, der nach fast 20 Jahren Tätigkeit am Klinikum St. Georg in den Altersruhestand trat.

Mit Dr. Kraya konnte das Klinikum einen erfahrenen, versierten und engagierten Neurologen für die Position als Chefarzt gewinnen. Der Facharzt für Neurologie verfügt zudem über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.

Zuletzt war der 45-jährige gebürtige Merseburger als Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Neurologie sowie Leiter der Kopfschmerzambulanz am Universitätsklinikum Halle tätig. Seine Approbation als Arzt erhielt er im Jahre 2004. 2011 folgte die Promotion zum Thema „Genotypen und Phänotypen distaler Myopathien.“ Neben seiner Tätigkeit als Mediziner und Dozent fungiert

Dr. Kraya seit 2009 als Regionalbeauftragter der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) und war bis Juli 2019 Mitglied der Ethikkommission der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Dr. med. Torsten Kraya deckt das komplette Spektrum der Neurologie ab. Spezialisiert ist er dabei auf Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie neuromuskuläre Erkrankungen. Zudem ist er ein auf dem Gebiet der Schmerztherapie seit Jahren ausgezeichnete Arzt, auch in der FOCUS Ärzteliste.

Spektrum

- | Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Neurologie
- | Betreuung von Patienten mit akuten, aber auch chronischen Krankheitsbildern
- | Stationäre Behandlung auf der eigenen überregional zertifizierten Stroke Unit und in Kooperation mit der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin auch auf der Intensivstation
- | qualifizierte Aus- und Weiterbildung

Spezialitäten

- | Besondere Expertise in der Behandlung von Patienten mit Schlaganfällen auf der überregional zertifizierten Stroke Unit (Zentrum des TESSA-Netzwerkes) mit exzellenter Kooperation mit der Neuroradiologie, Neurochirurgie sowie Anästhesiologie
- | Spezifische Behandlung und Therapieempfehlung für Patienten mit Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie anderen Schmerzen
- | Ausgewiesene Expertise in der Diagnostik und Behandlung von Neuromuskulären Erkrankungen
- | Behandlung von Patienten mit Neurodegenerativen Erkrankungen (Parkinson, Demenz), peripheren Nervenläsionen sowie entzündlichen Erkrankungen inkl. Autoimmunerkrankungen

nach Schlaganfall) und mit neuromuskulären Erkrankungen sowie die Etablierung einer eigenen neurologischen Intensivstation.

Ganz besonders wichtig ist Herrn Dr. Kraya die offene Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten und Kollegen.

Kontakt

Klinik für Neurologie

Chefarzt Dr. med. Torsten Kraya

☎ 0341 909-3750

✉ torsten.kraya@sanktgeorg.de



Chefarzt Dr. med. Torsten Kraya auf seiner Station



Dr. med. Piotr Sokolowski

Multiple Sklerose – eine diagnostische Herausforderung

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronische inflammatorische Erkrankung des zentralen Nervensystems, die durch Demyelinisierung sowie axonalen Schaden und neuronale Degeneration gekennzeichnet ist.

In Deutschland wird jährlich bei etwa 2.500 Menschen MS diagnostiziert, meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Momentan leben hierzulande rund 240.000 Menschen mit dieser chronisch-entzündlichen Erkrankung. Die MS ist die häufigste neurologische Erkrankung bei jungen Erwachsenen in Europa und Nordamerika.

Eine korrekte Diagnosestellung ist die Grundvoraussetzung für Aufklärung und Beratung der Betroffenen und immer auch für die rationale Entscheidung bei der Wahl der notwendigen Therapie.

Symptome, die auf eine MS hinweisen, z.B. Sehstörungen oder Gangunsicherheiten, können auch durch andere Erkrankungen ausgelöst werden. Aus diesem Grund muss die Multiple Sklerose gegen andere Erkrankungen, die mit ähnlichen Symptomen einhergehen (z.B. Tumore, Neuroborreliose), abgegrenzt werden.

McDonald-Kriterien

Im diagnostischen Prozess nutzen Neurologen die sogenannten McDonald-Kriterien (aktuelle Fassung 2017): die Diagnose MS gilt demnach als gesichert, wenn sich eine räumliche und zeitliche Verteilung der Krankheitszeichen und Symptome nachweisen lässt. Dies kann unter anderem erfüllt sein, wenn sich ein zweiter Erkrankungsschub im Abstand von mindestens einem Monat ereignet und / oder sich in einer Kontroll-MRT-Untersuchung des Gehirns im Vergleich zur Voraufnahme ein oder mehr neue Entmarkungsherde zeigen.

Im Einzelfall kann die Diagnose MS jedoch auch nach dem ersten Erkrankungsschub gestellt werden – wenn sich in der MRT-Untersuchung Zeichen von mehreren frischen und älteren Herden zeigen. Zusätzlich existieren weitere Konstellationen, bei denen man die Diagnose MS stellen kann.

Eine der wichtigsten Änderungen der 2017-Überarbeitung der McDonald-Kriterien besagt, dass bei Patienten mit typischem klinisch isolierten Syndrom und klinischen oder MRT-Befund mit räumlicher Dissemination, das Vorliegen spezifischer oligoklonaler Banden im Liquor cerebrospinalis eine Diagnose von Multipler Sklerose ermöglicht. Symptomatische Läsionen können herangezogen werden, um räumliche oder zeitliche Dissemination bei Patienten mit supratentoriellem, infratentoriellem oder Rückenmarkssyndrom nachzuweisen, und kortikale Läsionen können herangezogen werden, um räumliche Dissemination zu belegen (Thompson AJ et al., 2018).

Manchmal sind die Untersuchungsergebnisse zunächst mehrdeutig oder nicht alle Diagnose-Kriterien erfüllt, so dass sich die definitive Diagnosestellung verzögern kann. Keinesfalls dürfen andere Krankheiten als mögliche Ursache der Symptome übersehen werden. Ergänzende Untersuchungen sind deshalb wichtig. Lassen sich die Symptome durch eine andere Erkrankung besser erklären, spricht das gegen die Diagnose MS.

Wichtig: Andere Ursachen ausschließen

Bevor die Diagnose Multiple Sklerose feststeht, müssen zahlreiche andere Krankheiten als Ursache ausgeschlossen werden, welche die Beschwerden ebenfalls erklären könnten: Neben infektiösen Erkrankungen (Syphilis, Borreliose, HIV) kommen andere entzündliche Prozesse infrage, wie

Gefäßentzündungen oder Autoimmunerkrankungen des Bindegewebes (Kollagenosen). Auch entzündlich-demyelinisierende Erkrankungen wie zum Beispiel die Neuromyelitis optica oder die akute disseminierte Enzephalomyelitis (ADEM) sind zu bedenken, ebenso Stoffwechselkrankheiten, hereditäre Leukodystrophien, angeborene vaskuläre Erkrankungen wie CADASIL und M. Fabry als auch psychische Leiden.

Immer wieder kommt es zu falschen MS-Diagnosen, weil man sich zu sehr auf MRT-Aufnahmen verlässt, obwohl sie nicht zu den klinischen Symptomen passen oder falsch interpretiert werden. Die MRT-Kriterien sind jedoch nicht immer gut zur Differentialdiagnose geeignet. Sie sollen eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine MS bei Patienten nahelegen, die typische neurologische Zeichen für Demyelinisierung zeigen. Rezente Studien weisen darauf hin, dass es überwiegend ganz häufige Störungen sind, die fälschlicherweise für eine MS gehalten werden. Dazu gehört beispielsweise komplizierte Migräne, die nicht selten mit multifokalen Auffälligkeiten im MRT einhergeht. Dass man seltene Krankheiten als MS fehlinterpretieren kann, trage nur wenig zur Zahl der Fehldiagnosen bei. (Solomon 2016,2018).

Um eine Fehldiagnose und eine jahrelange Fehlbehandlung zu vermeiden, sollten Neurologen die Diagnosekriterien genauestens anwenden und die möglichen Differentialdiagnosen kennen. Bei Patienten mit atypischen Symptomen oder atypischem MRT seien weitere Untersuchungen nötig, etwa eine Liquoranalyse oder weitere MRT-Aufnahmen zu späteren Zeitpunkten. Das führt jedoch zu einem gewissen Dilemma: Wir wollen die Patienten früh behandeln. Wir sollten aber immer wieder darüber nachdenken: handelt es sich wirklich um MS? Vor allem, wenn sie um eine Zweitmeinung gebeten werden.

Die MRT-Aktivität ist zwar der beste verfügbare Biomarker bei MS, gleichwohl ist das Verfahren relativ unspezifisch. Wir sollten uns also nicht zu sehr auf die MRT-Befunde verlassen. Die Abwesenheit der intrathekalen IgG Synthese oder der oligoklonalen Banden im Liquor sollte als „red flag“ im diagnostischen Prozess betrachtet werden und zur Reevaluation der Diagnose anregen. Die auf Inflammation hinweisenden Veränderungen im Liquor cerebrospinalis und deren richtige Interpretation kann zur Steigerung der diagnostischen Genauigkeit und damit zur Sicherheit der Patienten in den Zeiten der neuen und potentiell gefährlichen Behandlungsoptionen beitragen. Das durch die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft zertifizierte **MS-Schwerpunktzentrum** Wermsdorf bietet folgende Leistungen an:

Zusammenarbeit vor allem mit niedergelassenen Kollegen, z.B.

- | bei schwierigen Fragestellungen (Zweitmeinung)
- | bei dringlichen diagnostischen Maßnahmen
- | bei „Off-label“ Problemen
- | bei Fragen zur Therapieeskalation oder Einbindung von Patienten in Therapiestudien



Kontakt

Klinik für Neurologie und neurologische Intensivmedizin im Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
 Chefarzt Dr. med. Piotr Sokolowski
 ☎ 034364 6-2556
 ✉ ms-ambulanz@kh-hubertusburg.de

Kraniale MRT-Befunde mit multifokalen Läsionen bedeuten nicht automatisch Diagnose einer Multiplen Sklerose (alle folgenden Bildbeispiele T2-FLAIR Sequenzen)

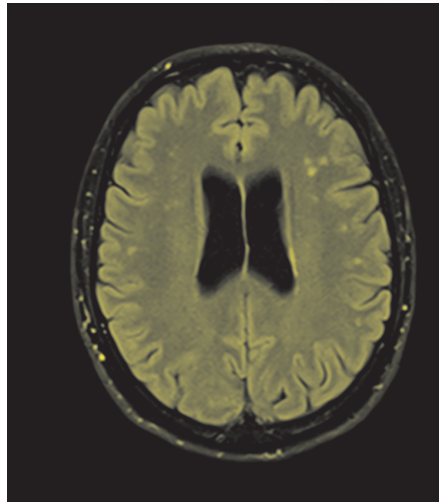


Abb. 1.: Multiple subkortikale Läsionen bei einer 45-jährigen **Migräne**-Patientin.

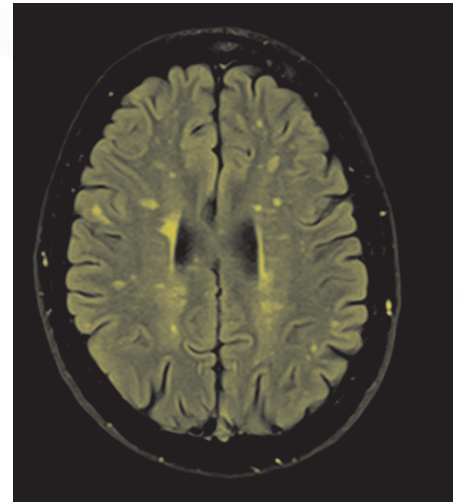


Abb. 2: Periventriculäre, sub- und juxtakortikale Marklagerläsionen bei einem 39-jährigen **MS**-Patienten.

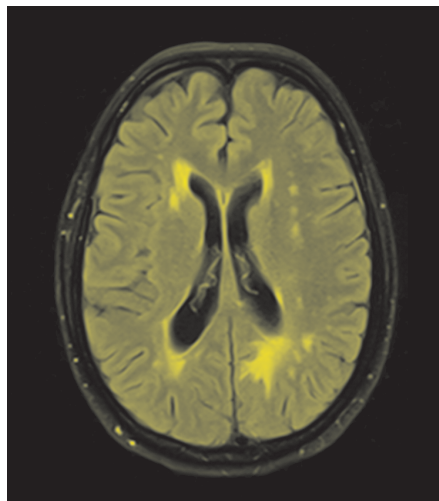


Abb. 3: Multifokale periventriculäre und subkortikale Marklagerläsionen bei einer 45-jährigen Patientin mit **Morbus Fabry**.

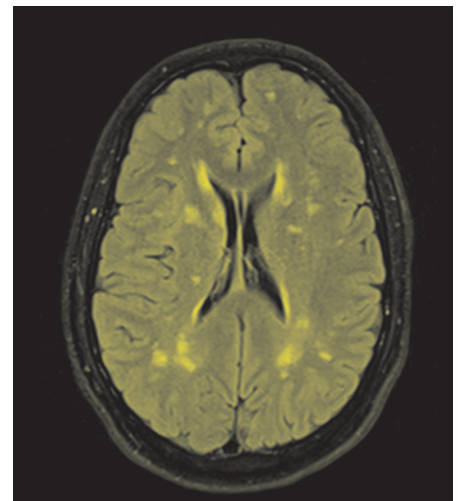


Abb. 4: 40-jähriger Patient mit **CADASIL** (zerebrale autosomal-dominante Arteriopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie)

Literatur:

Rommer PS, Zettl UK, Applying the 2017 McDonald diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* Volume 17, ISSUE 6, P497-498, June 01, 2018

Solomon AJ, Bourdette DN, Cross AH et al. The contemporary spectrum of multiple sclerosis misdiagnosis: A multicenter study. *Neurology.* 2016 Sep 27;87(13):1393-9.

Solomon AJ, Naismith RT, Cross AH, Misdiagnosis of multiple sclerosis: Impact of the 2017 McDonald criteria on clinical practice. *Neurology.* 2019 Jan 1;92(1):26-33.

Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol.* 2018; 17: 162-173



Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza

Fünf Jahre geschlechtsangleichende Operationen

Professionelle Unterstützung für transsexuelle Patientinnen und Patienten

In diesem Jahr feiert die Klinik für Urologie und Andrologie einen ganz besonderen Meilenstein. Im April 2014 führte Prof. Dr. med. Amir Hamza gemeinsam mit seinem qualifizierten Team die erste geschlechtsangleichende Operation durch. Seitdem begleitet und unterstützt die Klinik bereits 14 weitere Transfrauen, also als Mann geborene Personen im Alter zwischen 23 und 56 Jahren, die sich dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlen. Schätzungen zufolge geht man in Deutschland von derzeit 6.000 bis 12.000 transsexuellen Patienten aus. Die Gruppe der Transfrauen (Mann-zu-Frau-Transsexualität) ist dabei mit einem Verhältnis von fünf zu eins deutlich größer als die der Transmänner (Frau-zu-Mann-Transsexualität).

Zwischen der Entscheidungsphase für eine geschlechtsangleichende OP und der eigentlichen Operation vergehen in den meisten Fällen anderthalb bis zwei Jahre. Zuvor haben die Patienten

in der Regel einen langen Konflikt bezüglich der Akzeptanz ihrer Sexualität im eigenen Umfeld sowie mit den Behörden und Krankenkassen ausgetragen. Ein Alltagstest sowie die gegengeschlechtliche Hormonbehandlung mit paralleler Vornamensänderung nach § 8 TSG (Transsexuellengesetz) sind nur einige der Hürden, die der Patient in dieser Zeit überwinden muss. Auf den operativen Eingriff folgt schließlich noch eine 12-monatige Nachbehandlungszeit.

Das Ärzte-Team des Klinikums legt daher schon seit Beginn großen Wert auf eine umfangreiche Betreuung und Beratung der Patienten, die sowohl die medizinische Komponente umfasst als auch die Unterstützung der Patienten bei den Behördenwegen und den Finanzierungsmöglichkeiten seitens der Krankenkasse. Dafür steht in der Klinik für Urologie und Andrologie ein spezialisiertes Team mit eigener Sprechstunde zur Verfügung.

Während der gesamten Zeit sind die Betroffenen starkem psychischen Stress ausgesetzt und fühlen sich oft allein gelassen. Unerlässlich ist daher auch die engmaschige Zusammenarbeit mit der ambulanten psychologischen und psychiatrischen Versorgung.

Der professionelle und einfühlsame Umgang mit transsexuellen Patienten macht die Klinik für Urologie und Andrologie des Klinikums St. Georg zu einer gefragten Anlaufstelle für Betroffene. So werden hier auch überregional Patienten betreut, die in anderen Zentren eine geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen haben und z.B. aufgrund von Komplikationen oder Langzeitveränderungen neue individualisierte Operationen benötigen.

Auch wenn Geschlechtsidentitätsstörungen recht selten sind, haben sie für die Betroffenen dramatische Auswirkungen. Über viele Jahre besteht ein massiver, zum Teil unerträglicher Leidensdruck mit zum Teil fatalen Konsequenzen. Die operative Geschlechtsangleichung stellt somit meist den letzten Schritt eines langen Leidensweges dar. Bei richtiger Indikation sind die Langzeitergebnisse nach erfolgreicher OP sowohl in kosmetischer als auch psychischer Hinsicht gut.



Kontakt

Klinik für Urologie und Andrologie
Chefarzt

Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza

☎ 0341 909-2750

✉ amir.hamza@sanktgeorg.de

Die perioperative Altersmedizin - eine interdisziplinäre Aufgabe



Prof. Dr. med. Arved Weimann

Die demografische Entwicklung stellt einen erheblichen Anspruch an die perioperative Medizin. Im perioperativen Management sowohl bei Notfalloperationen als auch gerade bei elektiven Eingriffen sind die funktionellen Altersveränderungen und Stoffwechself Besonderheiten des alten Menschen besonders zu berücksichtigen. Dies erfordert spezielle Kenntnisse und angepasste strukturierte Prozesse sowohl für die ärztliche als auch die pflegerische, aber auch physio- und ernährungstherapeutische Versorgung. Nur so kann schweren Komplikationen wie dem postoperativen Delir und der Lungenentzündung mit der Indikation zur Beatmung und Intensivtherapie frühzeitig entgegengewirkt werden. Den Anfang macht eine sehr genaue Erfassung der Funktionalität und des Ernährungsstatus im Rahmen des sogenannten „komplexen geriatrischen Assessment“.

Der Anspruch des Klinikums St. Georg ist es, auch hochbetagten Patienten im Falle einer Tumorerkrankung große kurative Operationen mit vertretbarem Risiko anzubieten.

So wird diese perioperative Altersmedizin bereits seit Jahren von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie und der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Akutgeriatrie gelebt. Für den alten Menschen nach Trauma ist die Zusammenarbeit mit der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie im Zentrum für Alterstraumatologie ebenfalls seit langem gut etabliert.

Zukünftig wichtig ist die Entwicklung sektorenübergreifender Konzepte zur sogenannten „Prähabilitation“, welche den Patienten prästationär über 4 – 6 Wochen für die Operation multimodal konditionieren. Module sind Physiotherapie mit Ausdauer- und Krafttraining, Ernährungs- und motivierende Psychotherapie. Strukturierte Programme im Rahmen einer integrierten Versorgung fehlen noch.

Unter dem Titel „Bedarf für eine perioperative Altersmedizin – eine interdisziplinäre Aufgabe“ schrieb Prof. Dr. A. Weimann, Chefarzt der Klinik für All-

gemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie im Februar 2019 als Koautor einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. R. Kiefmann und Frau Dr. C. Olotu, Abteilung Gerontoa-nästhesie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt.

Hier möchten die Autoren die niedergelassenen KollegenInnen informieren und zur Zusammenarbeit motivieren. Organisiert von Prof. Dr. A. Weimann wird das Thema unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. in einem Symposium in Schloss Machern vom 15. – 16.11.19 interdisziplinär mit den Autoren des Artikels und anderen Experten aus Anästhesie, Geriatrie und Chirurgie diskutiert werden.

Kontakt

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie
Chefarzt

Prof. Dr. med. Arved Weimann

☎ 0341 909-2200

✉ arved.weimann@sanktgeorg.de





Dr. med. Norbert Klein

Einfacher Knoten schützt vor Schlaganfällen

Klinikum St. Georg setzt als eine der ersten Kliniken in Deutschland neue und effektive Noble-Stitch-Methode ein

Die Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin wendet seit September 2019 eine effektivere und schonendere Technik an, um Patienten mit einer Öffnung zwischen den beiden Herzvorhöfen zu behandeln. In der Operation mit dem speziellen Noble-Stitch-Verfahren wird die Öffnung effektiv verschlossen und das Risiko, nach einem ersten Schlaganfall weitere zu erleiden, deutlich minimiert.

Bei gut einem Viertel der Menschen verschließt sich der kleine offene Kanal zwischen dem rechten und linken Vorhof des Herzens nach der Geburt nicht selbstständig, sondern bleibt bestehen. Viele Betroffene wissen jedoch gar nicht, dass sie unter diesem Herzfehler leiden, dem sogenannten persistierenden Foramen ovale (PFO). Denn meist ist diese kleine Öffnung harmlos und hat keine Auswirkungen auf die Lebensqualität der Personen. Allerdings besteht bei manchen Menschen mit diesem Herzfehler die erhöhte Gefahr, dass ein Blutgerinnsel durch diese Öffnung in die linksseitigen Herzhöhlen gelangt (paradoxe Embolie), von dort ins Hirn weiterwandert und einen Schlaganfall auslöst.

Schlaganfallprophylaxe durch interventionellen PFO-Verschluss

Das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit PFO lässt sich reduzieren, indem entweder durch entsprechende Medikamente die Entstehung von Blutgerinnseln gehemmt wird oder wenn keine andere Ursache für den Schlaganfall gefunden werden konnte, den

Durchgang zu verschließen. Daher haben sich Neurologen und Kardiologen in einer 2016 gemeinsam erstellten Leitlinie, die auf einer großen Studie mit Langzeit-Daten beruht, dafür ausgesprochen, dass das PFO nach einem Schlaganfall, für den es keine andere Ursache gibt, verschlossen werden sollte. Für die herzchirurgische Variante muss allerdings zuerst der Brustkorb geöffnet und das Herz angehalten werden, weshalb bei den meisten Patienten daher heute der Eingriff mittels eines interventionellen Eingriffs über die Leistenvene durchgeführt wird. Bisherige Verfahren beinhalteten die Implantation eines Schirmchens aus Nitinol (Metalllegierung), welches dann den Durchgang von beiden Seiten verschließt.

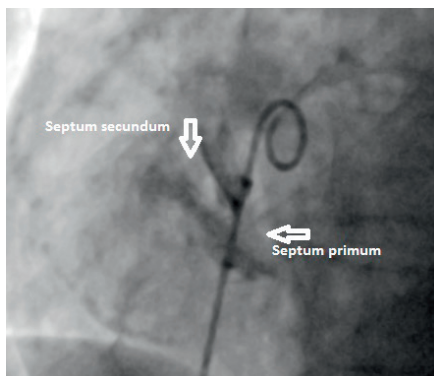
„Noble-Stitch“ Methode

Das Noble-Stitch-Verfahren ist für den Verschluss des persistierenden Foramen ovale eine schnelle und äußerst effektive Option. Anstatt der Implantation eines Schirmchens über die Leiste erfolgt durch das neue Verfahren lediglich eine Naht der beiden Septumanteile. Die Vorhofscheidewand wird damit zusammengenäht, wie es die chirurgische Methode ebenfalls ermöglicht. Nur wird, anstatt den Brustkorb zu eröffnen, lediglich die Vene in der Leiste punktiert. Das Nobel-Stitch-Verfahren ist schonender, weniger invasiv und schmerzlos. Die Patienten erholen sich schnell nach dem Eingriff, der lediglich einen kleinen Faden als Verschlussmechanismus hinterlässt. Vorteil ist, dass kaum Material im Pa-

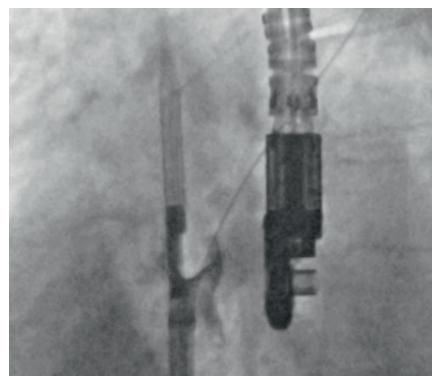
tienten verbleibt. Über einen Katheter werden die beiden Seiten des Kanals mit zwei Polypropylenfäden zusammengezogen und mit einem Knoten verschlossen. Der Eingriff dauert etwa 30 Minuten. In der Regel können Patienten am Folgetag der OP nach Hause gehen. Die Vorteile der Nahttechnik liegen auf der Hand: Der Knoten bleibt außerhalb des linken Vorhofes, endet also auf der rechten Herzseite, sodass nun Embolien vermieden werden. Im Gegensatz zur „Schirmchen“-Operation bleibt auch kein Fremdkörper auf der linken Herzseite zurück, der potenziell die Gerinnselbildung begünstigen, Vorhofflimmern auslösen oder angrenzende Strukturen wie die Hauptschlagader verletzen könnte. Am 12.09. fand die erste Operation im Klinikum an einer 38-jährigen Patientin statt, dies im Beisein von Prof. Anthony Nobles (Fountain Valley, California), dem Erfinder dieser Methode. Die Operation verlief ohne Probleme und unsere Patientin konnte am nächsten Tag das Klinikum verlassen. Weitere Eingriffe mit der neuen Methode sind bereits geplant.

Kontakt

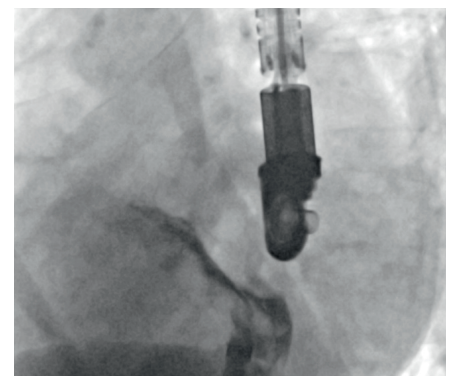
Dr. med. Norbert Klein
Leiter der Abteilung für Rhythmologie und invasive Kardiologie und
Ltd. Oberarzt der Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
☎ 0341 909-4987
✉ norbert.klein@sanktgeorg.de



Sondierung des PFO mit Katheter



Aufladen des Septum Secundum



verschlossenes Vorhofseptum