



VINCette

INFORMATIONSBLATT FÜR FACHKREISE

SONDERAUSGABE

VORTRÄGE | DISKUSSIONEN | IMPULSE

Interdisziplinäre Strategien in der hausärztlichen Versorgung von CED- Patienten

**SAVE
THE
DATE**

15. Juli 2015, 18:00 Uhr

In der **WERKStadt LOUNGE** Limburg



Diagnostik von Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen im Konzert von Hausarzt, Internist und Gastroenterologe



Von PD Dr. med. Sebastian Haag

Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis im Medicum Wiesbaden

VORTRAG

Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose

sind Betroffene mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) meist 20-25 Jahre alt, ein zweiter Altersgipfel liegt bei 55-60 Jahren. Da die Pathophysiologie der CED weiterhin nur unvollständig verstanden ist, ist eine kausale Therapie bislang nicht verfügbar. Die Inflammation hat jedoch neben einer signifikant verminderten Lebensqualität nicht selten auch erhebliche Einschnitte für die Betroffenen zur Folge. Neben Schmerzen oder Durchfall sind auch Fisteln, Abszesse sowie ein erhöhtes Karzinomrisiko möglich und oft Operationen die Folge. →

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

die hausärztliche Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist eine anspruchsvolle Aufgabe. In der letzten Dekade wurden die Therapiekonzepte aller beteiligten Fachgebiete durch den Einsatz neuer Medikamente beeinflusst und weiter modifiziert.

Speziell am St. Vincenz-Krankenhaus in Limburg hat sich in den letzten Jahren ein deutschlandweit anerkanntes Zentrum zur Behandlung von CED-Patienten entwickelt. Wichtig hierfür ist die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der Abteilungen Gastroenterologie und Viszeralchirurgie. In logischer Weiterentwicklung dieser Zusammenarbeit gibt es seit Juli 2015 zwei gemeinsam betreute, interdisziplinäre, viszeral-medizinische Bettenstationen.

Um der überregionalen Bedeutung unserer interdisziplinären Kooperation gerecht zu werden, bieten wir seit September 2014 eine **Internet-basierte CED-Fallkonferenz** für alle interessierten Kollegen an.

Die Ihnen jetzt vorliegende **Sonderausgabe** der VINCette und unsere Veranstaltung am **15. Juli in der „WERKStadt Lounge“ in Limburg** sind dem interdisziplinären Therapieansatz gewidmet, auch in Bezug auf weitere wichtige Fachdisziplinen und insbesondere auf die hausärztliche Versorgung von CED-Patienten. Wir hoffen sehr Ihr Interesse für unsere Veranstaltung **„Interdisziplinäre Strategien in der hausärztlichen Versorgung von CED-Patienten“** geweckt zu haben und Sie am 15. Juli in Limburg in der „WERKStadt Lounge“ begrüßen zu dürfen (Das Programm finden Sie auf Seite 2).

Mit kollegialen Grüßen

PD Dr. med. Katrin Neubauer-Saile

Chefärztin Gastroenterologie, Hepatologie,
Diabetologie, Angiologie



PD Dr. med. Udo A. Heuschen

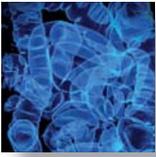
Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie



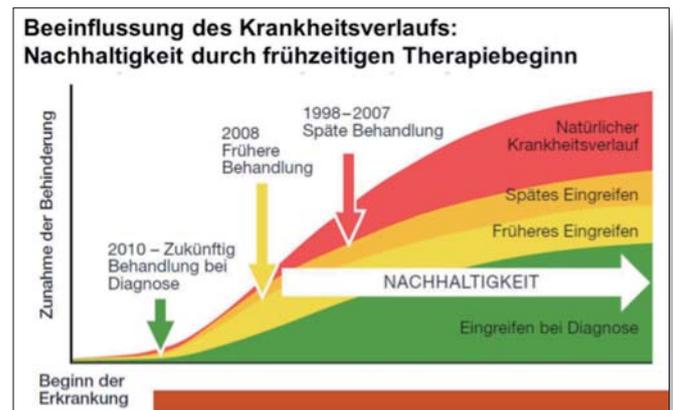
VINCENZ

Interdisziplinäre Strategien in der hausärztlichen Versorgung von CED-Patienten

- ⇒ Aufgrund des chronischen Verlaufs kommt deshalb einer zielführenden Diagnostik und raschen Diagnosestellung sowie der frühzeitigen Einleitung einer adäquaten Therapie eine besondere Bedeutung zu.



Wegen der Überlappung ähnlicher Beschwerden ist die Abgrenzung der CED von z. B. dem Reizdarmsyndrom insbesondere aufgrund dessen hohen Prävalenz wichtig. Hierbei gilt es, eine rationale Stufendiagnostik durchzuführen, aber auch einen erkennbar komplizierten Verlauf frühzeitig zu identifizieren. Ziel des Vortrages ist es, Risikofaktoren für eine CED, insbesondere einen schwereren Verlauf, zu vermitteln, um hieraus praktische Hinweise für eine Interdisziplinäre Diagnostik abzuleiten (was und bei wem, wann und durch wen). ■



Grafik modifiziert nach Jones J., Panaccione R., Curr Opin Gastroenterol. 2006; 24: 475 - 81

PROGRAMM

VORTRÄGE

- 18:00** Begrüßung
- 18:10** **Diagnostik von Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen im Konzert von Hausarzt, Internist und Gastroenterologe.**
PD Dr. med. Sebastian Haag
Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis
im Medicum Wiesbaden
- 18:25** **Therapie von CED im Zusammenspiel von Hausarzt, Internist und Gastroenterologe.**
PD Dr. med. Katrin Neubauer-Saile
Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie
und Angiologie St. Vincenz-Krankenhaus Limburg
- 18:40** **Diagnostik und Therapie von Hautmanifestationen bei CED.**
Dr. med. Ralph von Kiedrowski
Dermatologe und Venerologe
Dermatologische Spezialpraxis Selters
- 18:55** **Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: Wann und wie ist der Viszeralchirurg gefordert?**
PD Dr. med. Udo Heuschen
Abteilung für Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie
St. Vincenz-Krankenhaus Limburg
- 19:10** **Enddarmfisteln bei Morbus Crohn: Wie kann der Proktologe helfen?**
Dr. med. Gundi Heuschen
Darm-, Enddarm- und Beckenbodenzentrum
MVZ Gesundheitszentrum St. Anna
- 19:25** **„CED-Fallkonferenz Limburg“ – Internetbasierte Fallvorstellung**
Dr. med. Friedeman Hedrich
Prof. Dr. Bernhard Saile
Internistische und Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis
MVZ Gesundheitszentrum St. Anna
- 19:45** Zusammenfassung und Schlusswort
Anschließend Buffetempfang

VORTRÄGE | DISKUSSIONEN | IMPULSE

EINLADUNG

Interdisziplinäre Strategien in der hausärztlichen Versorgung von CED-Patienten

15. Juli 2015, 18:00 Uhr
In der **WERKStadt LOUNGE** Limburg



KRANKENHAUSEGSELLSCHAFT
ST.VINCENZ mbH

Therapie von CED im Zusammenspiel von Hausarzt, Internist und Gastroenterologe



Von PD Dr. med. Katrin Neubauer-Saile

Chefärztin Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Angiologie St. Vincenz-Krankenhaus

VORTRAG

Für die Behandlung von Patienten mit CED stehen zurzeit in Deutschland der Hausarzt, niedergelassene Fachärzte (Internisten/Gastroenterologen), Gastroenterologen und Viszeralchirurgen der Krankenhäuser, sowie auf CED-Behandlung spezialisierte Einheiten zur Verfügung. Für die optimale Behandlung der Patienten ist es wichtig, Schnittstellen zu optimieren und den Wechsel von einem zum anderen Behandler zum richtigen Zeitpunkt zu gewährleisten.

Primärer Ansprechpartner ist der Hausarzt, der den entscheidenden Ansatz zur Initiierung weiterer Diagnostik auf dem Weg der Diagnosestellung gibt. Er ist derjenige, der den Kontakt zum Facharzt herstellt. Gemeinsam sollte dann eine Therapieentscheidung getroffen werden und ein Konzept einer gemeinsamen Behandlung erstellt werden.

So können Patienten mit der Diagnose einer Colitis ulcerosa mit geringer Aktivität je nach Lokalisation des Befalles im Darm entweder lokal mit Mesalazin Suppositorien, Einläufen, Mesalazinschaum, oralem Mesalazin oder in der Kombination von lokalem und oralem Mesalazin behandelt werden. Diese Patienten werden häufig von den primären Ansprechpartnern, den Hausärzten weiterbegleitet und nur in größeren Abständen (ein bis zweimal pro Jahr) dem Gastroenterologen vorgestellt.

Bei schwereren Verläufen oder Versagen einer Mesalazin Therapie muss dann die Indikation zur stadienadaptierten immunsuppressiven Therapie gestellt werden. Dieses wird oft durch den Facharzt eingeleitet.

Hier stehen für die Behandlung der Colitis ulcerosa neben dem Azathioprin die Gruppe der Biologica zur Verfügung. Die größte Erfahrung liegt für Infliximab einen Antikörper gegen TNF-alpha vor, das intravenös verabreicht werden muss. Zusätzlich stehen seit Frühjahr 2015 in Deutschland zwei sogenannte Biosimilars zur Behandlung zur Verfügung, die in Studien der Rheumatologie eine dem Infliximab vergleichbare Wirkung zeigten. Viel Erfahrung könnte auch mit dem subkutan zu verabreichendem Adalimumab, einem humanem Antikörper gegen TNF-alpha gesammelt werden. Erst vor kurzem wurden Golimumab (Anti TNF-alpha Antikörper) und Vedolizumab (Anti-Intergrin Antikörper) zugelassen. In speziellen Fällen kommen auch Immunsuppressiva aus der Gruppe der Immunmodulatoren oder Calcineurin-Hemmer wie z. B. Ciclosporin oder Takrolimus zur Anwendung.

Auch beim Morbus Crohn kann der milde Befall mit Mesalazin (Kolonbefall) oder Budenosid (terminales Ileum) vom Hausarzt eingeleitet und überwacht werden.

In Abhängigkeit der Risikofaktoren (ausgedehnter Ilealer Befall, Befall des restlichen Magen-Darm-Traktes wie u.a. Magen, analer Befall, Fistel, Stenose, junges Alter, Rauchen) muss dann frühzeitig eine Immunsuppression mit Azathioprin, Biologica oder MTX diskutiert werden. In

Deutschland zugelassen zur Biologikatherapie sind Infliximab, Adalimumab und Vedolizumab. Auch hier sollte das Konzept einer immunsuppressiven Therapie in Rücksprache mit einem in medikamentöser Behandlung von CED Patienten geübten Arzt entwickelt und überwacht werden.

Eine Besonderheit liegt bei der Behandlung von Kindern mit CED vor. Hier gibt es weitere Schnittstellen, da diese Kinder idealerweise durch einem gastroenterologisch versierten Pädiater mitversorgt werden sollten. Wichtig ist insbesondere bei der CED im Kindesalter neben den bereits besprochenen Medikamenten, die Anwendung einer Elementardiät zu berücksichtigen.

Ein weiteres Problem bei der Behandlung der CED im Kindesalter stellt sich oft beim Übergang der Behandlung von Kinderarzt zum Gastroenterologen. ■

Zusammengefasst steht eine Vielfalt von Medikamenten zur Verfügung, die in Abhängigkeit der Lokalisation des Befalles, der Ausprägung des Befalles, des Alters, der Co-Morbiditäten und Unverträglichkeiten nach Differenzierung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zum Einsatz gebracht werden muss. Hier ist die Interaktion von Hausärzten, Fachärzten und CED-Spezialisten zum richtigen Zeitpunkt von entscheidender Voraussetzung für eine gute Prognose.



INFO +++ INFO +++ INFO

Zur Verbesserung der interdisziplinären Diagnostik (Viszeralchirurgie und Gastroenterologie) gewinnt neben der endoluminalen Diagnostik mittels Gastroskopie und Koloskopie, zunehmend die Diagnostik von Gallengangserkrankungen an Bedeutung. Seit kurzem steht hierfür ein Cholangioskop (Spyglass) zur Verfügung. Dies ermöglicht:

- Diagnostik von endoluminalen Prozessen der Gallenwege (Steine vs. Malignom)
- Intraluminare Behandlung von Malignomen der Gallenwege
- Lithotrypsie von Gallengangssteinen

Da die hierzu verwendete Technik permanent weiterentwickelt wird, können wir unseren Patienten Medizin auf modernsten technischen und fachlichen Niveau anbieten.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: wann und wie ist der Chirurg gefordert?



Von PD Dr. Udo A. Heuschen
Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie St. Vincenz-Krankenhaus

VORTRAG

Seit 2003 sind in der Viszeralchirurgie in Limburg mehr als 1 000 CED-Patienten operiert worden. Die chirurgischen Therapieprinzipien und -ziele unterscheiden sich dabei stark zwischen beiden Entitäten.

Für Patienten mit einer Colitis ulcerosa stellt die Proktokolektomie mit Rektumersatz durch einen ileoanalen Pouch das operative Standardverfahren dar. Die Darmmanifestation der Colitis ulcerosa kann also operativ komplett beherrscht werden. Die Kontinenz bleibt erhalten, die Lebensqualität wird wiederhergestellt.

Beim Morbus Crohn gibt es einen hierzu völlig konträren chirurgischen Ansatz. Der Morbus Crohn kann chirurgisch nicht saniert werden. Entsprechend vorsichtig und organschonend muss operativ vorgegangen werden. Dünndarm wird nur sparsam reseziert oder plastisch erweitert, intraabdominelle Fisteln werden konsequent, aber schonend saniert. Eine enge interdisziplinäre Kooperation ist hier erforderlich. Eine enge interdisziplinäre Kooperation ist hier erforderlich.

Auch hinsichtlich des richtigen OP-Zeitpunktes und der adäquaten OP-Indikation unterscheiden sich beide Erkrankungen wesentlich. Die OP-Indikation wird bei Colitis ulcerosa Patienten meist wegen medikamentösen Therapieversagen oder wegen schwerer Medikamenten-Nebenwirkungen gestellt.

Auch eine sukzessive Verschlechterung der Lebensqualität sollte bei der Wahl des OP-Zeitpunkts berücksichtigt werden. Ca. 10 % der CU-Patienten werden aus onkologischen Gründen operiert (Colitis-assoziiertes Karzinom) oder prophylaktisch nach bioptischem Nachweis von intraepithelialen Neoplasien (IEN). In rund 5 % muss in einer Notfallsituation operiert werden (toxische Colitis, Blutung, Perforation).

Bei Patienten mit M. Crohn stellt sich die Situation präoperativ völlig anders dar: Bei intraabdominellen Fisteln, Strikturen und Stenosen sollte eine sehr differenzierte OP-Indikation nur zusammen mit dem betreuenden Gastroenterologen gestellt werden.

Die viszeralchirurgische OP-Indikation beim M. Crohn muss zurückhaltend, aber dennoch rechtzeitig gestellt werden um Sepsis, Ileus, sekundäre Organschäden, Mangelernährung, schlechte Lebensqualität und bei den meist jungen Patienten psychosoziale Langzeitschäden zu vermeiden.

Der Vortrag und die anschließende Diskussion sollen Einblicke in die Komplexität des chirurgischen Vorgehens und in die unabdingbaren interdisziplinären Konzepte und Leitlinien zu M. Crohn und Colitis ulcerosa bieten. ■

Enddarmfisteln bei Morbus Crohn.

Wie kann der Proktologe helfen?



Von Dr. Gundi Heuschen
Ärztliche Leitung EDB-Zentrum, Fachärztin für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Proktologie

VORTRAG

Neben viszeralchirurgisch relevanten intraabdominellen Fisteln (entero-enteral, entero-vesikal, entero-vaginal) stellen anorektale Crohn-Fisteln ein häufiges und oft schon früh im Krankheitsverlauf auftretendes Problem dar. Die Patienten leiden oft erheblich. Eine rein konservative Therapie ist über die Jahre meist nicht möglich.

Vor einer Fistel- und Abszesstherapie ist für den Proktologen eine differenzierte Lokalisationsdiagnostik erforderlich. Der Fistelverlauf in Bezug auf den Schließmuskel muss geklärt werden. Fuchsbauartige Verzweigungen und tiefliegende Abszesse sowie tiefe perianale Phlegmonen müssen erkannt werden.

Zentrale Elemente der Diagnostik sind die klinische Untersuchung, Rektoskopie und Proktoskopie, anale Endosonographie, Sphinktermanometrie und das Dünnschicht-MRT des kleinen Beckens. Oft muss ein weiterführendes, komplettes M. Crohn-Staging erfolgen, um das perianale Fistelleiden nicht isoliert vom intraabdominellen Krankheitsverlauf zu betrachten. ➔

⇒ „Leitsatz“ in der chirurgischen Therapie der anorektalen Crohn Fisteln ist der schonende konservativ-chirurgische Ansatz.

Bei akuten, aktiven Entzündungen erfolgt primär nur eine Drainageeinlage, der Analsphinkter wird sicher geschont. Keinesfalls wird phlegmonöses Gewebe in der akuten Entzündungsphase exziiert. Bewusst erfolgt zunächst kein innerer oder äußerer Fistelverschluss. Keinesfalls dürfen Sphinkterstrukturen gespalten werden.

Ist die akute Phase der Fistel- /Abszesserkrankung beherrscht, ist es in der weiteren proktologischen Therapie das Ziel, durch eine kontinuierliche Fadendrainage komplizierte Fisteln mit Abszessen und Verzweigungen in unkomplizierte Fistelsituationen zu überführen. Häufig sind hierzu mehrere schonende Operationen mit gut geplanten, operativen Zwischenschritten zur Erreichung des Endzieles, erforderlich. Durch diesen chirurgisch zurückhaltenden Therapieansatz erfolgt heute in komplexen Fällen zwar keine dauerhafte Fistelsanierung, aber das Risiko von Komplikationen mit konsekutivem Sphinkterverlust wird minimiert.

Lässt sich das anorektale Fistelsystem, unter Umständen auch durch eine flankierende medikamentöse Therapie, in ein inaktives fibrosiertes Fistelstadium überführen, kann

vorsichtig versucht werden das Fistelsystem zu sanieren. OP-Prinzipien sind dabei die sparsame Exzision des fibrosierten Fistelganges, der plastische innere Verschluss und die äußere Drainage mit sekundärer Wundheilung. Es gibt hierzu verschiedene chirurgische Techniken.

Letztendlich sind für den langfristigen Erfolg entscheidend: differenzierte Diagnostik durch operativ Crohn-erfahrene Proktologen, sowie begleitende interdisziplinäre Therapie durch Crohn-erfahrene Gastroenterologen.

Das therapeutische Gesamtkonzept muss im Krankheitsverlauf immer wieder re-evaluiert und angepasst werden.

Zentrale Bedeutung kommt dem betreuenden Hausarzt zu, der im chronischen Krankheitsverlauf Veränderungen und Komplikationen erkennt, antizipiert und rechtzeitig die Weichenstellung gibt für eine Vorstellung beim spezialisierten Proktologen, Gastroenterologen und Viszeralchirurgen. ■



Kontaktmöglichkeit besteht über das Enddarm-, Darm- und Beckenbodenzentrum, Viszeralchirurgische Praxis
Telefon: 0 64 33.87 62 40
Fax: 0 64 33.87 62 47
Mail: g.heuschen@mvz-hadamar.de

„CED-Fallkonferenz Limburg“ Internetbasierte Fallvorstellung



Prof. Dr. Bernhard Saile

Internistische und Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis MVZ Gesundheitszentrum St. Anna

VORTRAG

Um einen effektiven und strukturell organisierten Austausch über Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu organisieren, wurde in Zusammenarbeit mit Professor Sturm aus der Charité in Berlin eine Internetbasierte Plattform entwickelt. Ziel dieser ist es Ärzten die einen Rat bei der Behandlung von Patienten mit CED haben ein Expertenteam zur Seite zu stellen.

Um die unterschiedlichen Bereiche abdecken zu können, besteht dieses Team aus einem klinisch tätigen Gastroenterologen, einem Gastroenterologen aus dem niedergelassenen Bereich, sowie einem Viszeralchirurgen. Solche Teams sollten sich über Deutschland verteilt entwickeln, so dass die um Rat suchenden Kollegen auch vor Ort Experten zur Verfügung gestellt bekommen.

Wir haben in Limburg vor einem Jahr ein Expertenteam gebildet. Dieses setzt sich zusammen aus PD Dr. Katrin Neubauer-Saile, die als Chefarztin der Abteilung Gastroenterologie des St. Vincenz-Krankenhauses in Limburg tätig ist, Dr. Friedemann Hedrich, der im MVZ in Hadamar ambulant tätig ist, PD Dr. Udo Heuschen, dem Chefarzt für Viszeralchirurgie des St. Vincenz-Krankenhauses, der sich in besonderem Maße mit der chirurgischen Therapie der CED beschäftigt hat.

Die erste Fallkonferenz fand im September 2014 statt. Zuvor waren dafür auf der Website der CED Fallkonferenz anonymisierte Patientenkasuistiken eingegeben worden, die gemeinsam in der Runde aus dem Expertenteam und allen anwesenden Ärzten diskutiert wurden. Eingeladen waren alle an der Behandlung von CED Patienten interessierten Ärzte aus dem niedergelassenen und klinischen Bereich.

Seitdem trifft sich die Gruppe alle drei Monate. Zusätzlich besteht die Möglichkeit für alle Kollegen nach Registrierung Patientenfälle auf der Internetseite der CED Fallkonferenz Limburg einzustellen, die dann vom Expertenteam bearbeitet wird. Die Empfehlung des Expertenteams wird dann in die Website gestellt und ist in anonymisierte Form für den anfragenden Kollegen aber auch für alle anderen registrierten Kollegen ersichtlich. ■



Kontaktmöglichkeit besteht über das Sekretariat der Abteilung Gastroenterologie oder Viszeralchirurgie
Telefon: 0 64 31.292-4303 oder -4408
Mail: K.Neubauer-Saile@Stvincenz.de oder U.Heuschen@Stvincenz.de



Neue Sektion am St. Vincenz: Pneumologie

Von Dr. Michael Beyer
Leiter der Sektion Pneumologie am St. Vincenz-Krankenhaus



Seit fast einem halben Jahr bin ich hier am St.Vincenz-Krankenhaus in Limburg tätig. Ein sehr freundlicher Empfang auf allen Abteilungen hat mir den Neuanfang leicht gemacht.



Eingebettet in eine Kardiologische Abteilung soll am St.Vincenz-Krankenhaus ein pneumologischer Schwerpunkt etabliert werden. Eine großzügige Ausstattung, deren einzelne Komponenten nun fast gänzlich eingetroffen sind, ermöglicht eine umfangreiche Diagnostik und – so ist es angedacht – auch eine interventionelle Therapie.

Definition:

Die Pneumologie ist das Fachgebiet der Medizin, das sich mit den Krankheiten des Atmungssystems befasst.

Die deutsche Bezeichnung lautet „Lungen- und Bronchialheilkunde“; innerhalb der EU hat man sich jedoch auf den Begriff „Pneumologie“ geeinigt, da er umfassender als „Pulmologie“ (Pulmo=Lunge) den

gesamten Atemapparat (Lunge, Bronchien, Mediastinum, Pleura, Thoraxwand, Atemmuskulatur einschließlich Zwerchfell sowie Atemzentrum) umfasst.

Im englischen Sprachraum spricht man von pulmonology und respiratory medicine.

Bei Erwachsenen zählen COPD, Lungenentzündung, Lungenkrebs und inzwischen auch die Schlafapnoe zu den Volkskrankheiten; bei ihnen wird für die nächsten Jahrzehnte aufgrund der Alterung der Bevölkerung eine deutlich weitere Zunahme prognostiziert.

Lungenkrankheiten verursachen etwa so hohe Kosten wie alle Tumorerkrankungen zusammen und werden hierbei nur noch von den Herz-Kreislaufkrankheiten übertroffen.

Unter den Arbeitsunfähigkeitsfällen liegen die pneumologischen Krankheiten nach „Weißbuch Lunge 2005“ mit 25 % ebenso wie bei den Berufskrankheiten mit 59 % an der Spitze, bei der Mortalität haben sie mit 10 % einen wesentlichen Anteil. In Prognosen der weltweiten Mortalitätsentwicklung kann aufgezeigt werden, dass vier der zehn häufigsten Erkrankungen, die zum Tode führen, aus dem Bereich der Pneumologie kommen.

Der weitere Anstieg des Lebensalters, die zunehmende Luftverschmutzung, der nach wie vor bestehende Nikotinabusus und die weite Verbreitung der Adipositas haben Auswirkungen auf die Pneumologie.

Hier werden in Zukunft Erkrankungen wie die COPD, die Anwendung der Beatmungsmedizin und das perioperative Management dieser Patienten für die Pneumologie neue Herausforderungen sein.



Sektionsleiter Dr. Michael Beyer (links) und Walter Muth, Fachkrankpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, während einer Bronchoskopie.



Sektionsleiter Dr. Michael Beyer

Außerdem spielen schlafbezogene Atmungsstörungen, insbesondere bei Herzkranken, Hypertonie, Diabetes mellitus und COPD eine mitunter kausale oder begleitende Rolle. Ein weiterer Schwerpunkt der Pneumologie stellen problematische Infektionserkrankungen der Lunge dar; hier sei eine zu beobachtende Zunahme der Tuberkulose mit teilweise resistenten Keimen genannt. Aber auch Infektionskrankheiten bei immunsupprimierten Patienten werden eine zunehmende Bedeutung gewinnen.



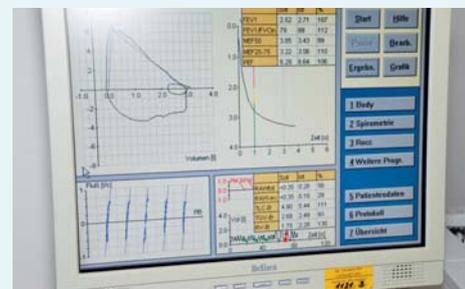
Bis heute sterben 10 – 15 % der Pneumoniepatienten trotz einer angemessenen Antibiotikatherapie. Der Anteil antibiotikaresistenter Keime nimmt weiter zu; hier kann die Antibiotikaentwicklung leider nicht Schritt halten. Ein zukunftsweisendes Forschungsfeld werden Therapiekonzepte unter Verzicht auf Antibiotika mit dem Ziel der Verstärkung oder der Modulation der Wirkung dieser Substanzen sein. (Teschler H et al.) Außerdem müssen Konzepte für die palliative Versorgung von Patienten mit Lungenerkrankungen im Endstadium erarbeitet werden.

Die bösartigen Erkrankungen der Lunge werden um etwa 30 % zunehmen. Die chronische obstruktive Bronchitis wird

internationalen Berechnungen zufolge bis zum Jahr 2020 vom sechsten auf den dritten Rang der Todesursachenstatistik vorrücken, der Lungenkrebs vom zehnten auf den fünften.

Das Ziel hier am St. Vincenz-Krankenhaus wird es zunächst sein, die Patienten heimatnah umfassend versorgen zu können. Im Bereich der Lungentumorerkrankungen kann bis auf den chirurgischen Part, die Therapie betreffend, die gesamte Diagnostik angeboten werden und zusammen mit der Onkologie und der Strahlentherapie auch das gesamte Spektrum der nichtoperativen Therapien.

Die Diagnostik und Einleitung von Behandlungen der interstitiellen Lungenerkrankungen soll ein weiterer Schwerpunkt sein. Zusammen mit unserem pathologischen Institut am Klinikum in Wetzlar werden im Rahmen eines Fibroseboards die Fälle umfassend diskutiert.



Die COPD stellt eine immer wichtigere Erkrankung dar, deren Therapie in letzter Zeit durch eine Reihe neuer Medikamente, die Heimsauerstofftherapie, die nichtinvasive Beatmung und interventionelle Lungenvolumenreduktionsverfahren, wie die Implantation von Ventilen und Coils, einen erheblichen Wandel erfahren hat. ■



Personalia



Professor Dr. Thomas Neuhaus

Der Chefarzt der Abteilung Hämatologie/internistische Onkologie und Palliativmedizin des Limburger St. Vincenz-Krankenhauses, Dr. Thomas Neuhaus, ist zum Professor der Justus-Liebig-Universität Gießen ernannt worden. ■



Dr. Martin Henzel

ist jetzt Ärztlicher Leiter der Strahlentherapie und Radioonkologie. Nach dessen mehrere Monate währender kommissarischer Führung der Abteilung hat die Geschäftsführung nun Dr. Martin Henzel die Ärztliche Leitung des Instituts für Strahlentherapie und Radioonkologie übertragen. ■



Noch mehr Expertise rund um die Gefäße: St. Vincenz etabliert neue Sektion Angiologie

Dr. Reimund Prokein ist Leitender Arzt des neuen Schwerpunkts. Mit der Etablierung der neuen Sektion Angiologie bündelt die Klinik interdisziplinäre Fachkompetenzen rund um die Gefäße und baut nach der Einrichtung einer neuen Hauptabteilung für Gefäßchirurgie im vergangenen Jahr die Betreuung von Gefäßpatienten konsequent weiter aus – ein interdisziplinäres Gefäßzentrum ist im Aufbau. ■



Verstärkung für die HNO-Belegabteilung: Zusätzliche Schwerpunkte und neue chirurgische Expertise



Gleich drei neue Belegärzte verstärken die Hals-, Nasen-, Ohren- (HNO) Abteilung des Limburger St. Vincenz-Krankenhauses: **Dr. Daniel Slotosch**, **Dr. Uli Hanenkamp** und **Dr. Benjamin Pogorzelski** sind seit April 2015 auch auf dem Schafsberg tätig. Damit erweitert sich gleichzeitig auch das chirurgische Spektrum im HNO-Bereich. Zusätzliche Schwerpunkte sind die endoskopischen Nasennebenhöhlenoperationen, die Hals- und Speicheldrüsenchirurgie, funktionelle und ästhetische Nasenchirurgie sowie das gesamte Spektrum der Ohrchirurgie. ■

Focus Gesundheit: Orthopädie aktuell

Rückenschmerzen

Massieren, Trainieren oder Operieren

Mittwoch, 16. September 2015, 18.30 Uhr

Referent: Dr. Thorsten Hartwig
Oberarzt Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie
ORT: St. Vincenz-Krankenhaus, Konferenzräume



Arthrose von Hüft- und Kniegelenk

Was gibt es Neues?

Mittwoch, 28. Oktober 2015, 18.30 Uhr

Referent: PD Dr. Joachim Hillmeier
Chefarzt Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie
ORT: St. Vincenz-Krankenhaus, Konferenzräume



FORUM GESUNDHEIT

Wenn der Enddarm Probleme macht:

Jucken, Schmerzen, Blutung, Inkontinenz.

Sind es Hämorrhoiden oder ist es mehr?

Mittwoch, 30. September 2015, 18.00 Uhr

Referent: Dr. med. Gundi Heuschen
Oberärztin für Chirurgie, Proktologie und Viszeralmedizin
ORT: St. Vincenz-Krankenhaus, Konferenzräume



Limburger Modell der Viszeralmedizin:

Gastroenterologie und Chirurgie

gemeinsam für Ihren Bauch

Mittwoch, 11. November 2015, 18.00 Uhr

Referenten:
PD Dr. med. Katrin Neubauer-Saile
Chefarztin Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie, Angiologie
PD Dr. med. Udo A. Heuschen
Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie
ORT: St. Vincenz-Krankenhaus, Konferenzräume



IMPRESSUM

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH, Auf dem Schafsberg, 65549 Limburg
T: 0 64 31. 292-0, Mail: info@st-vincenz.de, www.st-vincenz.de

Layout: SIDESIGNMENT, Köln **Fotos:** Fotolia.de, Fotostudio Baumann

Mit freundlicher Unterstützung der Firma abbvie.

abbvie

