



Abb. 4: Aortenstentprothese bei thorakoabdomineller Aortendissektion

## ○ Moderne „Workstation“ erweitert Spektrum in Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie

*Eine neu installierte „Workstation“ erlaubt es, komplexe Gefäß-erkrankungen auch in der Notfallsituation erfolgreich zu behandeln. Mit einer speziellen Software können vaskuläre Implantate wie z.B. Stents oder Stentprothesen exakt angemessen werden.*

Am HELIOS Spital Überlingen legen wir großen Wert auf eine möglichst schonende Behandlung unserer oft schwer kranken Gefäßpatienten. In einer modernen Gefäßmedizin gehören endovaskuläre Kathetervorgänge zwischenzeitlich zur First-Line-Therapie.

Für die meisten angiologischen Krankheitsbilder und nahezu alle Gefäßregionen gibt es endovaskuläre Therapieoptionen. Dazu gehören die arterielle Durchblutungsstörung, die Aneurysmen, die AV-Malformationen, die Thrombosen und die Varicosis.

Auch in der Notfallsituation wie z.B. beim rupturierten Aneurysma oder der Aortendissektion sind die endovaskulären Therapieverfahren den konventionellen Schnittoperationen überlegen. Die Letalität beim rupturierten Bauchaortenaneurysma ist bei der endovaskulären Behandlung mit einer sogenannten Stentprothese nur etwa halb so hoch wie bei der offenen Operation.

Unser Fachärzteteam in der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie besteht aus Gefäßchirurgen, endovaskulären Chirurgen und endovaskulären Spezialisten. Damit können wir an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr die Expertise für offen chirurgische - und endovaskuläre Behandlungsverfahren anbieten.

Eine neu installierte „Workstation“ erlaubt es uns, komplexe Gefäßkrankungen auch in der Notfallsituation erfolgreich zu behandeln. Mit dieser modernen Workstation lassen sich digitale Datensätze, wie sie bei einer CT-Angiographie in wenigen Minuten erhoben werden, zu multiplanaren oder dreidimensionalen Bildern rekonstruieren. Mit einer speziellen Software können vaskuläre Implantate wie z.B. Stents oder Stentprothesen exakt angemessen werden. Die neue Workstation erweitert unser endovaskuläres Behandlungsspektrum und erhöht gleichzeitig die Patientensicherheit.

(Dr. med. Christoph Miltenberger)

Das HELIOS Spital Überlingen ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 170 Planbetten in den Abteilungen Innere Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie und Gastroenterologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Gefäß- und Endovaskularchirurgie, Urologie, Anästhesie und Intensivmedizin sowie Radiologie. Das medizinische Angebot des Hauses wird durch die belegärztlich geleiteten Abteilungen für HNO, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie und Augenheilkunde ergänzt. Rund 350 Mitarbeiter arbeiten im HELIOS Spital. 2014 verzeichnete das Krankenhaus rund 8.800 stationäre und 15.100 ambulante Behandlungsfälle.

## Kontaktliste der Chefärzte



**Dr. med. Carsten Külls**  
Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin,  
Schmerztherapie und Tauchmedizin  
Tel.: (07551) 94 77-20 50  
Mail: carsten.kuells@helios-kliniken.de



**Prof. Dr. med. Wolfram Lamadé**  
Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Tel.: (07551) 94 77-35 02  
Mail: wolfram.lamade@helios-kliniken.de



**Dr. med. Christoph Miltenberger**  
Gefäß- und Endovaskularchirurgie  
Tel.: (07551) 94 77-35 02  
Mail: christoph.miltenberger@helios-kliniken.de



**Dr. med. Roland Rein**  
Gynäkologie und Geburtshilfe  
Tel.: (07551) 94 77-3503  
Mail: roland.rein@helios-kliniken.de



**Dr. med. Roland Simeoni**  
Medizinische Klinik II / Kardiologie  
Tel.: (07551) 94 77-35 01  
Mail: roland.simeoni@helios-kliniken.de



**Dr. med. Jürgen Schmidt**  
Medizinische Klinik I /  
Innere Medizin, Gastroenterologie  
Tel.: (07551) 94 77-35 01  
Mail: juergen.schmidt@helios-kliniken.de

**Dr. med. Thomas Schellinger**  
Orthopädie und Unfallchirurgie  
Tel.: (07551) 94 77-35 02  
Mail: thomas.schellinger@helios-kliniken.de



**Dr. med. Dorothea Klopscheck**  
Radiologie  
Tel.: (07551) 94 77-21 34  
Mail: dorothea.klopscheck@helios-kliniken.de



**Dr. med. Götz Rommel**  
Urologie  
Tel.: (07551) 94 77-35 03  
Mail: goetz.rommel@helios-kliniken.de



## HELIOS Spital Überlingen

### Impressum

**HELIOS Ärztbrief**  
Informationsschrift des  
HELIOS Spitals Überlingen  
Härleweg 1  
88662 Überlingen  
Telefon: (07551) 94 77-0

Daniela Klesel  
Dr. med. Christoph Dopplaff

**Redaktion & Layout:**  
Claudia Prahtel

**Autoren Informationsartikel:**  
Dr. med. Christoph Miltenberger  
Sabine Schwörer  
Prof. Dr. med. Wolfram Lamadé  
Dr. med. Jürgen Schmidt

**Druck:**  
RICHARD CONZELMANN GRAFIK + DRUCK E.K.  
Emil-Mayer-Straße 3  
72461 Albstadt-Tailfingen

# HELIOS ÄRZTEBRIEF 1/2015

INFORMATIONSSCHRIFT DES HELIOS SPITALS ÜBERLINGEN



Langzeitüberleben beim  
Pankreas-Carcinom  
Wo beim Pankreas genau  
hinsehen?

Übergabe am Patientenbett  
Knorpelzellen züchten und  
transplantieren

Moderne Workstation  
erweitert Spektrum in  
Gefäß- und Endovaskular-  
chirurgie



**HELIOS SPITAL ÜBERLINGEN**  
Härleweg 1  
88662 Überlingen am Bodensee  
Telefon: (07551) 94 77-0  
Fax: (07551) 94 77-20 02  
info.ueberlingen@helios-kliniken.de  
www.helios-kliniken.de/ueberlingen

## Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit unserem Ärztbrief wollen wir Sie über interessante medizinische Themen und neue Entwicklungen am HELIOS Spital Überlingen informieren.

Wir dürfen Ihnen unsere interdisziplinäre Zusammenarbeit und individuelle Behandlung beim Pankreas-Carcinom vorstellen. Die Pflege erläutert Ihnen die Übergabe am Patientenbett, die von unseren Patienten sehr positiv wahrgenommen wird. Sie erfahren etwas über die autologe Knorpelzelltransplantation, wie sie in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie zur Behandlung von Knorpelschäden gerade bei jüngeren Patienten erfolgreich angewendet wird. Und Sie können lesen, wie mit unserer neuen Workstation das Behandlungsspektrum in der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie erweitert werden konnte.

Außerdem finden Sie eine aktualisierte Kontaktliste unserer Ärzte. Nutzen Sie diese, um uns bei Fragen oder Anregungen auf unkompliziertem und direktem Weg zu erreichen.

Mit unserem Ärztbrief dürfen wir uns bei Ihnen ganz herzlich für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Mit den besten Grüßen

Dr. Christoph Miltenberger  
Ärztlicher Direktor

Sabine Schwörer  
Klinikgeschäftsführerin

## Themenübersicht

Langzeitüberleben bei Pankreas-Carcinom	Seite 2
Wo beim Pankreas genau hinsehen?	Seite 3
Übergabe am Patientenbett	Seite 3
Knorpelzellen züchten und transplantieren	Seite 4
Moderne Workstation in der Gefäßchirurgie	Seite 5
Kontaktliste der Chefärzte	Seite 6



Abb. 1: Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Prof. Dr. med. Wolfram Lamadé

In Deutschland erkranken jährlich knapp 20.000 Menschen an einem Pankreaskarzinom. Die Neuerkrankungsrate steigt weltweit an (außer Indien und afrikanischer Kontinent). Da keine Frühsymptome existieren, werden die Erkrankungen meist im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Die Mehrzahl der Patienten verstirbt im ersten Erkrankungsjahr. Patienten, die in relativ frühen Stadien therapiert werden, überleben tendenziell länger. Eine chronische Pankreatitis kann nur in einem Zentrum mit besonderer endosonographischer Expertise, wie im HELIOS Spital Überlingen, erfasst werden.



Abb. 2: Schichtwechsel: Am Patientenbett übergeben die Pflegekräfte des Frühdienstes an die Kollegen des Spätdienstes gemeinsam mit dem Patient.



Abb. 3: Knorpelzelltransplantation (Fotos: © Aesculap AG)



## Langzeitüberleben beim Pankreas-Carcinom durch personalisierte Medizin

Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen,

Pankreastumore gelten bis zum Beweis des Gegenteils als maligne. Als Krankenhaus mit großer onkologischer Erfahrung und Expertise freuen wir uns, feststellen zu können, dass durch Kombination von neuen Chemotherapeutika und konsequenter, aber schonender Pankreaschirurgie, ein Langzeitüberleben selbst bei fortgeschrittenen Tumorstadien möglich ist. Die Voraussetzungen für solche Erfolge sind die enge Zusammenarbeit zwischen diagnostischer Gastroenterologie, moderner Onkologie und sicheren Operationsverfahren. Wir haben die moderne Form der Anastomosentechnik in der Whipple'schen Operation weiterentwickelt und können nun auf insgesamt neun Jahre Pankreaschirurgie mit dieser neuen Technik zurückschauen. Im internationalen Vergleich liegen unsere Qualitätszahlen im obersten Bereich. Umso wichtiger ist die Früherkennung von kleinen Carcinomen und den zystischen Pankreasläsionen mit hohem Malignitätspotenzial, den „IPMN“ (intraduktale papilläre muzinöse Neoplasien) des Pankreas. Man unterscheidet Haupt- und Seitengangstyp (MD- und BD-IPMN), wobei ersterer eine deutlich höhere Entartungsrate hat und per se eine OP-Indikation darstellt. Gemeinsam mit Ihnen können wir durch Früherkennung einige der Pankreas-Carcinom-Vorstufen

und kleine Carcinome erfassen und durch einen schonenden Eingriff heilen, sowie fortgeschrittene Tumore in Kombination mit der Chemotherapie lange beschwerde- und rezidivfrei halten. Gerne würden wir Sie wieder einmal in unsere Klinik einladen. Wir stehen Ihnen jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr chirurgisches Team um Prof. Dr. med. Wolfram Lamadé

### Zystische Pankreastumore

- seröse Zystadenome	3% maligne
- muzinöse Zystadenome	25% maligne
- Zystadenokarzinome	100% maligne
- <b>IPMN</b> Intraduktale papilläre muzinöse Neoplasien	
a) gastrischer Typ	10-30% maligne
b) intestinaler Typ	30-50% maligne
c) pancreatobiliärer Typ	> 60% maligne
d) onkozytischer Typ	> 60% maligne
Hauptgangs MD-IPMN	> 70% maligne

## Wo beim Pankreas genau hinsehen?

Eine Früherkennungsstrategie für das klassische duktales Pankreaskarzinom gibt es nicht. Eine chronische Pankreatitis kann nur in einem Zentrum mit besonderer endosonographischer Expertise, wie im HELIOS Spital Überlingen, erfasst werden. Günstiger ist die Ausgangslage bei den zystischen Pankreasneoplasien, die selbst im Falle einer beginnenden Entartung unter kurativen Anspruch operiert werden können. Zur Diagnose und Zuordnung ist neben der CT- und MRT Untersuchung eine Endosonographie mit Gewinnung einer Punktionszytologie und Untersuchung des Muzins in den Zysten erforderlich, um eine Risikostratifizierung zu ermöglichen. Von harmlosen Pseudozysten müssen selten maligne muzinöse Zystadenome von den häufig bereits entarteten MD-IPMN (intraduktale papilläre muzinöse Neoplasien des Hauptganges) unterschieden werden. Nur in der Zusammenschau von Endosonographie, Punktionszytologie, MRCP und ERCP können Entscheidungen zur Therapie getroffen werden. Neben der segmentalen Resektion und klassischen Pankreasresektion sind interventionelle Verfahren wie Instillation von Zytostatika in der Erforschung. In der Med. Klinik I sind alle Verfahren zur Diagnostik von Pankreastumoren etabliert. Therapeutische Entscheidungen werden im interdisziplinären Tumorboard getroffen. (Dr. med. Jürgen Schmidt)

## Übergabe am Patientenbett

Durch die Patientenübergabe am Bett lernt der Patient die für ihn zuständige Pflegefachkraft beim Schichtwechsel von Früh- auf den Spätdienst kennen, er nimmt dabei aktiv an der Übergabe teil. Die Pflegekräfte erhalten einen Überblick über ihren Patienten, die pflegerische und medizinische Entwicklung sowie den Verlauf der letzten 16 Stunden (Nacht-/Frühdienst) und reflektieren gemeinsam die zurückliegenden Schichten. Noch ausstehende pflegerische Maßnahmen, anstehende Diagnostik, Operationen und Therapien werden besprochen. Der Informationsgehalt und die Informationstiefe variieren je nachdem, ob der Patient der Pflegekraft bekannt ist oder nicht. Bei unbekanntem Patienten muss der bisherige medizinische Verlauf für alle nachvollziehbar dargestellt werden. Jeder Patient wird anschließend gefragt, wie er sich fühlt, welche Wünsche er hat und ob es Probleme gibt. Anschließend erhält er Informationen darüber, wie der weitere Tagesablauf geplant ist. Durch die Übergabe am Patientenbett findet ein effizienter Austausch relevanter Informationen von Patient und Pflege statt, Pflegemaßnahmen können auf ihre pflegerische und medizinische Qualität und Entwicklung hin überprüft werden. (Daniela Klesel)

## Knorpelzellen züchten und transplantieren

Die autologe Chondrozytentransplantation (ACT) ist ein ideales Verfahren für Patienten, die sich einen Knorpelschaden im Kniegelenk zugezogen haben. Dabei werden eigene Knorpelzellen gezüchtet und an der defekten Stelle wieder eingesetzt.

In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie werden neben zahlreichen anderen arthroskopischen Operationen am Kniegelenk, wie zum Beispiel einer Naht am Meniskus oder dem Ersatz des vorderen Kreuzbands, auch die autologe Knorpelzelltransplantation durchgeführt. Dieses Verfahren ist ideal für Patienten, die sich bei einem Sturz oder Sportunfall einen isolierten Knorpelschaden im Kniegelenk zugezogen haben und erfordert zwei Eingriffe.

### Erster Eingriff

Beim ersten Eingriff werden über eine Arthroskopie Knorpelzellen aus dem Knie von einer nicht tragenden Stelle entnommen. Diese Zellen werden dann im Labor gezüchtet und auf ein Trägermaterial aufgebracht. Dieser Vorgang dauert drei Wochen.

### Zweiter Eingriff

Im Anschluss werden dem Patienten in einer zweiten Operation seine eigenen Knorpelzellen an die beschädigte Stelle eingebracht und der Defekt so gedeckt. Die Knorpelzellen benötigen anschließend ca.

acht bis zehn Wochen, um gut einzuwachsen. Während dieser Zeit kann das Knie teilbelastet werden. Auch moderate sportliche Tätigkeit wie Radfahren, Schwimmen oder Wandern können nach der Einheilungsphase wieder aufgenommen werden. Sprung- und Laufsportarten können nach acht bis zehn Monaten wieder ausgeübt werden. „Die bisherigen Ergebnisse sind als sehr gut zu bezeichnen. Mit der autologen Knorpelzelltransplantation sind wir in der Lage, hochgradige, isolierte Knorpelschäden im Kniegelenk erfolgreich zu behandeln“, erklärt der Leitende Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. Christoph Dopsch. Es entsteht nach der Einheilung ein belastbarer Gelenknorpel (hyalinähnlich), der sich exakt der Gelenkkontur anpasst. Gerade für junge Patienten, die noch lange Zeit sportlich aktiv sein werden, ist dieses Verfahren geeignet, um fortschreitende Knorpelschädigung mit dem Endbild der Arthrose dauerhaft zu vermeiden.

(Dr. med. Christoph Dopsch)