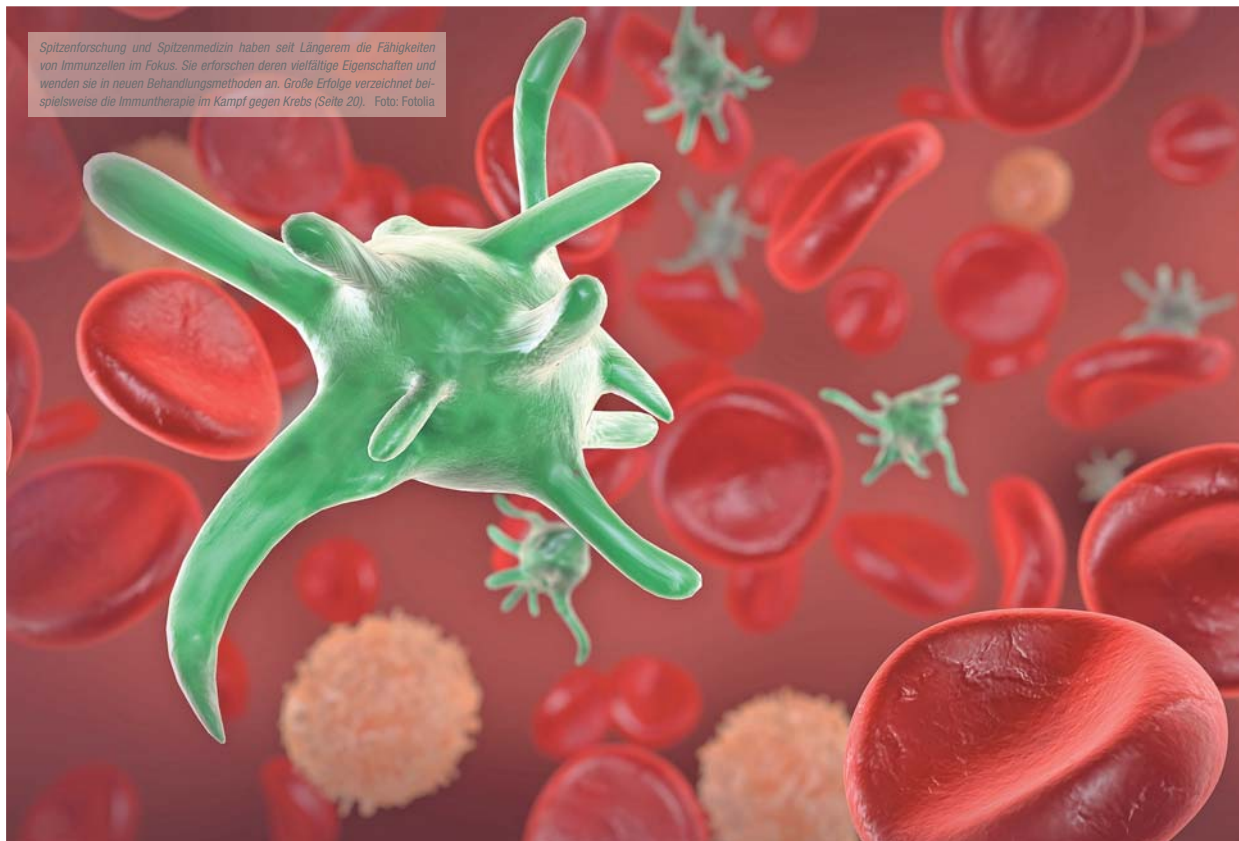


# FORUM SPITZENMEDIZIN

Eine Anzeigensonderveröffentlichung in der Süddeutschen Zeitung für Krankenhäuser, Kliniken, Ärzte und Patienten

Donnerstag, 29. Juni 2017



Spitzenforschung und Spitzenmedizin haben seit Längerem die Fähigkeiten von Immunzellen im Fokus. Sie erforschen deren vielfältige Eigenschaften und wenden sie in neuen Behandlungsmethoden an. Große Erfolge verzeichnet beispielsweise die Immuntherapie im Kampf gegen Krebs (Seite 20). Foto: Fotolia

## Königsklasse der Tumormedizin

Im gemeinsamen Krebszentrum München arbeiten die beiden Universitätskliniken eng zusammen

### Inhalt

Hand- und Fußchirurgie	Seite 2
Hybrid-OP	Seite 4
Luftrettung	Seite 6
Hausarztmangel	Seite 8
Allergieinformationsdienst	Seite 9
Neurofeedback	Seite 10
Bauchspeicheldrüse	Seite 12
Medizinethik, Palliativmedizin	Seite 14
Depressionen	Seite 15
Impfen	Seite 16
Chirurgie	Seite 18
Arzt-Patienten-Kommunikation	Seite 19
Immuntherapie	Seite 20
Alterssichtigkeit, Grauer Star	Seite 21
Ernährung und Gesundheit	Seite 22
Anästhesiologie	Seite 23
Akutgeriatrie	Seite 24
Keime	Seite 25
ALS	Seite 26
Blutgerinnung	Seite 27
Kardiologie	Seite 28
Lebensmitteltechnologie	Seite 29
Immunogenetisches Labor	Seite 30
Wirbelsäulenzentrum Ulm	Seite 31
Kinderintensivmedizin	Seite 32
Mediziner-Ausbildung	Seite 33
Bildgebende Verfahren	Seite 34
Demenzielle Erkrankungen	Seite 35
Endometriose	Seite 36
Zacken, Zahnersatz	Seite 38
Nichtraucherschutz	Seite 29

**E**in Comprehensive Cancer Center (CCC) hat einen eindeutigen Auftrag: Spitzenmedizin für Krebspatienten. Im Rechts der Isar ist dafür das RHCCC zuständig, besser bekannt als Roman-Herzog-Krebszentrum. Auch am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) gibt es ein CCC. Beide Institutionen bündeln ihr Expertenwissen im Comprehensive Cancer Center München (CCC-M), dem gemeinsamen Krebszentrum München. Es wird maßgeblich von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) gefördert. 2014 ernannte die Deutsche Krebshilfe das CCC-M zu einem ihrer derzeit 14 „Onkologischen Spitzenzentren“ in der Bundesrepublik. In dieser Königsklasse der deutschen Krebszentren sind nur solche Einrichtungen vertreten, die nach strengen Leitlinien besonders hohe Ansprüche in der Therapie, der Dokumentation, der begleitenden Unterstützung und der Forschung erfüllen.

Das geschieht am Rechts der Isar im 2010 gegründeten Roman-Herzog-Krebszentrum, dem Zusammenschluss von 35 Kliniken und Instituten des Rechts der Isar. „Wir arbeiten interdisziplinär, alle onkologischen Fachrichtungen versorgen gemeinsam den Patienten, arbeiten gemeinsam an nationalen und internationalen Studien, entwickeln gemeinsam neue Konzepte und setzen sie um. Das alles geschieht auf hohem Niveau“, sagt Professor Peter Herschbach, Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums und des Comprehensive Cancer Center München. „Das gab es übrigens schon, bevor es den offiziellen Namen gab. Wir waren Wegbereiter der Entwicklung hin zu den CCCs“, ergänzt Professorin Stephanie Combs, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Radio-Onkologie und Strahlentherapie. Diese Funktion hat das RHCCC heute noch: Immer noch informieren sich andere Zentren hier, wie sie ihre eigene Arbeit in speziellen Teilbereichen optimieren können. Die Gründung des CCC München 2013 habe den Anstoß gegeben, „unsere Konzepte noch einmal weiterzuentwickeln. Das fängt bei der Ernährungsberatung an und hört bei gemeinsamen Sprechstunden noch lange nicht auf“, so Professor Herschbach. Unverzichtbar, gewissermaßen das Herz jedes Krebszentrums, sind die Tumorboards. Hier treffen sich die Fach-

mediziner regelmäßig und besprechen die Situation und die Therapie jedes einzelnen Patienten. Im Fall der Neuroonkologie seien das beispielsweise der Neurochirurg, der Neuroradiologe, der Neurologe, der Strahlentherapeut und der Neuropathologe. „Wenn es um eine Patientin geht, die zum Beispiel Brustkrebs mit Hirnmetastasen hat, dann ist der Gynäkologe auch mit dabei.“ Das gelte auch bei allen anderen Krebserkrankungen, sagt Combs. Sie erläutere das Prozedere: „Jeder Patient wird von einem Kollegen vorgestellt: Alter, Erkrankungen, Therapien, aktuelle Probleme, Nebendiagnosen, auch Herzprobleme und Blutdruck, weil die einen Einfluss auf die Entscheidung haben, was man macht, ob man operieren kann oder nicht. Der Patient ist keine anonyme Nummer. Derjenige, der ihn vorstellt, kennt ihn, vielleicht sogar schon seine Präferenzen, seine sozialen Probleme.“ Allein in der Neuroonkologie sind das rund 1400 Patienten im Jahr. „Jede Entscheidung, die wir im Tumorboard treffen, ist individuell, aber dennoch sehr stark formalisiert und an den Leitlinien ausgerichtet. Diese Leitlinien sind Kennzeichen eines funktionierenden Systems. Sie müssen aber den Patienten gesehen und ‚angefasst‘ haben, dann erst können Sie eine Entscheidung fällen“, ergänzt Professor Meyer, Direktor der Neurochirurgischen Klinik.

### Psychoonkologische Beratung

Was das nicht so ohne Weiteres möglich ist, gibt es gemeinsame Sprechstunden mit den Fachärzten und dem Patienten. Sie sind vor allem dann notwendig, wenn es mehrere Therapie-Alternativen gibt oder wenn die Krankheit schon so weit fortgeschritten ist, dass die Leitlinien nicht mehr greifen können. „Der Patient soll möglichst objektiv beraten werden. Beispielsweise, wenn die Entscheidung zwischen Bestrahlung und Operation ansteht“, sagt Professorin Combs.

Im RHCCC legen die Mediziner neben der bestmöglichen Therapie großen Wert auf die psychoonkologische Beratung und Begleitung, die zudem ein Forschungsschwer-

punkt ist. „Wir sehen den hohen Bedarf, denn die Patienten sind in einer Notlage, wenn sie zu uns kommen. Für alle onkologischen Disziplinen gibt es daher ein psychoonkologisches Screening. Das heißt, alle Patienten erhalten einen standardisierten Fragebogen, der relevante Belastungsfaktoren abfragt. Die Ergebnisse sind für uns ein Hinweis, ob der Patient psychoonkologische Unterstützung braucht, die ihm dann auch angeboten wird“, sagt Professor Herschbach. Die hohe Patientenakzeptanz bestätige zudem die Notwendigkeit dieses Angebots.

### Bildgebende Verfahren und individuelle Therapiekonzepte

Eine Universitätsklinik ist naturgemäß stark in der Forschung. „Wir machen in allen Bereichen der Onkologie klinische Studien in den verschiedenen Phasen. So vergleichen wir beispielsweise neue Techniken mit etablierten. Wir sind in den klinischen Bereichen, aber auch auf experimentellen Gebieten hervorragend aufgestellt“, sagt Professorin Combs. Ein entscheidender Vorteil sei, „dass wir in einer Technischen Universität verlinkt sind. Hier hat man den direkten Zugang zu Technik und Biologie. Es bestehen enge Kontakte zu den Ingenieuren, Physikern und anderen technischen Fächern. Die Kollegen, die zumeist in Garching oder in Weihenstephan sitzen, unterstützen uns sehr.“

Einer ihrer Schwerpunkte ist die Hochpräzisionsstrahlentherapie sowie die biologisch-individualisierte Strahlentherapie. „Wir wollen zum Beispiel den Einfluss von moderner Bildung auf die Planung der Strahlentherapie untersuchen: Wie können wir die Behandlung fokussieren und damit die Bestrahlungsdosis am gesunden Gewebe reduzieren? Am Zentrum für Stereotaxie und Personalisierte Hochpräzisionsstrahlentherapie (StereotakTUM) werden in enger Zusammenarbeit mit den anderen onkologischen Fachabteilungen, vor allem aber mit der Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin, diese Fragestellungen untersucht und individuelle Therapiekonzepte für Patienten angeboten. Darüber hinaus erforschen wir, wie die genauen

Mechanismen der Strahlenwirkung sind und ob wir diese durch zusätzliche Chemotherapien oder beispielsweise Immuntherapien verstärken können. Diese Fragestellungen werden in enger Zusammenarbeit mit dem Helmholtz Zentrum München untersucht“, sagt Professorin Combs.

Professor Meyer legt in der Forschung seinen Fokus „eher auf innovative OP-Techniken, sodass wir Tumore operieren können, die vielleicht woanders nicht operiert werden können.“ Dazu sind sehr spezifische Methoden notwendig, wie beispielsweise das sogenannte Neuro-Mapping. Damit werden Motorik- und Sprachzentrum im Gehirn eines Tumorpatienten – völlig schmerzfrei – mit der navigierten transkraniellen Magnetstimulation (nTMS) punktgenau lokalisiert. Forscher des Universitätsklinikums rechts der Isar haben diese Methode übrigens mitentwickelt. „So können wir vorher genau planen. Und die Operation so steuern, dass alle Funktionen im wachen oder im narkotisierten Zustand überwacht werden können“, sagt Professor Meyer. Die Wirbelsäulenchirurgie ist ein weiteres Forschungsgebiet. „Sie wird auch in der Neuroonkologie immer mehr zu einem Schwerpunkt, weil viele Menschen, die ihren Krebs sehr lange überleben, ein Problem mit Metastasen in der Wirbelsäule bekommen“, sagt der Experte. Das Hauptproblem sei, „dass diese Menschen in der Krankheitsphase sind, in der die Immunkompetenz nicht mehr gut ist.“ Da die Operation jedoch minimalinvasiv erfolge, sinke die Infektionsrate drastisch. Der wissenschaftlich erwiesene Erfolg spricht für sich: „Jeder, der so operiert worden ist, bleibt funktionell so beweglich, dass er über einen deutlich längeren Zeitraum unabhängig leben kann. Die Lebensqualität ist deutlich höher, auch wenn er nicht länger lebt“, so Professor Meyer.

Für Professorin Combs ist „der beste Forschungserfolg in der Onkologie, dass viel mehr Patienten mit ihrer Erkrankung überleben oder länger leben als noch vor zehn bis 15 Jahren“. Möglich geworden ist das wohl nur, weil die Wissenschaftler nicht im Elfenbeinturm arbeiten, sondern im RHCCC, im CCC der LMU und im CCC München – interdisziplinär und international vernetzt. Dorothea Friedrich

# „Darüber müssen wir reden“

Gute Kommunikation auf allen Ebenen stärkt die Patientensicherheit



Wer krank ist, zum Arzt oder in die Klinik muss, hat Anspruch, nach allen Möglichkeiten den besten Stand der Wissenschaft in die bestmögliche Behandlung zu erfahren. Welche eminent wichtige Rolle jedoch der menschliche Faktor bei der Behandlung spielt, wurde lange Zeit nicht ausreichend anerkannt und berücksichtigt. Eine Studie der OECD kommt beispielsweise zum Ergebnis, dass 15 Prozent aller Ausgaben im Gesundheitsbereich dazu dienen, gesundheitliche Schäden aufzufangen, die infolge einer medizinischen Behandlung entstanden sind. Ein Anteil, der dringend reduziert werden muss und kann, sagt Hardy Müller, Geschäftsführer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS): „Um die Zahl der sogenannten unerwünschten Ereignisse im Behandlungsverlauf zu minimieren, müssen wir systematisch Strategien zur Verbesserung des klinischen Risikomanagements entwickeln und umsetzen.“ Diese Risiken können in Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen von Medikamenten bestehen. Oder es kann im Rahmen einer Behandlung zu Infektionen kommen, bei den berüchtigten antibiotikaresistenten Keimen häufig mit dramatischen Folgen. Stürze bei Krankenhausaufenthalten führen den besonders bei älteren Patienten allzu oft zu Brüchen.

Im medizinisch-technischen Bereich ist inzwischen viel passiert, um das Risiko sogenannter „unerwünschter Ereignisse“ zu minimieren. Standardisierte Verfahren und Checklisten, die alle Sicherheitskriterien berücksichtigen, gehören zum Klinikalltag. Aber das reicht noch nicht. Der Grund: Achtzig Prozent der unerwünschten Ereignisse während des Heilungsprozesses gehen auf eine gestörte Verständigung zurück, sei es zwischen Arzt und Patient oder unter den Behandlern. „Defizite in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient können die Sicherheit des Erkrankten stark gefährden“, bestätigt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. „Sie sind eine häufigere Ursache für Patientengefährdungen als technisches Versagen oder mangelnde Mitarbeit des Patienten.“ Deshalb sollte der Arzt-Patienten-Kontakt in Zukunft stärker in den Fokus genommen werden. Sicher, Zeit ist oft knapp in Praxen und auf Stationen, doch zähle mehr die Qualität als die Quantität des Austauschs, sagt Hardy Müller.

Mangelnde Einführung des Mediziners kann für den Kranken seelisch belastend sein, wenn er etwa mit einer bedrohlichen Diagnose konfrontiert wird. Wer gut zuhören kann, wird außerdem leichter die richtige Behandlungsstrategie finden. Denn die Qualität der Kommunikation kann für eine sichere Therapie entscheidend sein. Eine Konsequenz dieser Erkenntnis: Die Arzt-Patienten-Kommunikation soll in Zukunft eine stärkere Rolle schon in der Ausbildung spielen. So soll das Mustercurriculum Kommunikation, das zunächst unter dem Gesichtspunkt der onkologischen Versorgung als ein Projekt des Nationalen Krebsplans gefördert wurde, bundesweit und fachübergreifend an allen Hochschulen eingeführt werden. Gesprächsführung wird damit ein wesentliches Element der ärztlichen Ausbildung, bis hin zur Prüfung kommunikativer Fähigkeiten in den abschließenden Staatsexamina.

Doch nicht nur auf Behandlerseite sieht das Aktionsbündnis Patientensicherheit Handlungsbedarf. Auch beim Patienten sollte das Bewusstsein für die Bedeutung der Aussprache mehr als bisher gefördert werden. „Wenn Patienten über vorherige Behandlungsschritte berichten oder offen von ihren Ängsten erzählen, dann können sie stark zu einer höheren Sicherheit beitragen“, sagt Hardy Müller. Gesundheitsmündigkeit beziehungsweise -kompetenz (Health Literacy) ist hier das Stichwort. Ziel ist es, die Fähigkeit zu fördern, mit Gesundheitsinformationen umzugehen und sich kompetent im Gesundheitssystem zu bewegen.

Nicht nur in der Arzt-Patienten-Beziehung ist Austausch wichtig, auch innerhalb von Behandlungsteams ist eine unmissverständliche und deutliche Verständigung unerlässlich. Vorbild sind hier die sogenannten Tumor-Boards, die interdisziplinär und leitlinienorientiert individuelle Strategien für jeden Patienten entwickeln. Zu einer verbesserten Kommunikationskultur gehört es aber auch, über Hierarchiegrenzen hinweg auf mögliche Probleme hinzuweisen und gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten – „Speak up“ hat die Fachwelt dieses Prinzipie genannt.

Patientensicherheit ist ein relevanter Bereich, dessen Bedeutung nicht zu unterschätzen ist. Ein wichtiger Baustein ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und umgekehrt.

Gabriele Sona Hähnel

Nicht nur das Arzt-Patientengespräch ist wichtig für den Erfolg einer Therapie. Auch die Kommunikation der Mediziner untereinander hat bisweilen Optimierungspotenzial. Foto: Fotolia

## Schmerzfrei ohne OP

Die konservativ-orthopädische Behandlung von akuten Rückenschmerzen erweist sich als nachhaltig. Bei fast 80 Prozent der Patienten kann auch zehn Jahre nach der Behandlung eine Operation vermieden werden. Dies zeigte eine Langzeitstudie der Klinikgruppe Enzensberg.

Rückenschmerzen sind eine Volkskrankheit. 70 bis 85 Prozent aller Menschen haben einmal im Leben Rückenschmerzepisoden und bei immerhin 85 Prozent treten die Rückenschmerzen wiederholt auf. Gering ausgeprägte Beschwerdebilder lassen sich gut ambulant behandeln, für schwere Schmerzen und erhebliche Funktions- und Aktivitätseinschränkungen stehen operative und nicht-operative stationäre Behandlungsangebote zur Verfügung.

Die konservative Therapie wird mit Ausnahme von Notfallsituationen immer am Anfang der Behandlung degenerativer Erkrankungen an der Wirbelsäule stehen.

Eines dieser Versorgungsangebote halten die Klinikgruppe Enzensberg und ihre Fachkliniken Enzensberg, Bad Heilbrunn, Ichenhausen und Herzogenaurach mit ihrer akutmedizinischen Fachabteilung für konservative Orthopädie vor. Die konservativ-orthopädische Behandlung dieser Erkrankung soll neben der Linderung der Beschwerden eine Bandscheibenoperation im weiteren Verlauf nach Entlastung aus der Akutbehandlung vermeiden. Der Erfolg der konservativ-orthopädischen Akutbehandlung von Patienten mit Bandscheibenschäden wurde im Rahmen einer explorativen Querschnittsstudie untersucht. Dazu wurden im Oktober 2014 ehemalige orthopädische Akut-Patienten mit Bandscheiben-

vorfällen befragt, die in den beschriebenen 2003 bis 2005 im Kompetenzzentrum für akuten Rückenschmerz der Fachklinik Enzensberg behandelt wurden. Entsprechend den Einschlusskriterien wurden 815 ehemalige Patienten angeschrieben. Davon haben 406 Personen geantwortet.

### Bei knapp 80 Prozent kann eine Wirbelsäulen-OP vermieden werden

Insgesamt gaben 80,2 Prozent an, die konservativ-orthopädische Behandlung habe ihre Beschwerden spürbar gelindert. Bei 78,5 Prozent konnte eine Operation wegen Rückenbeschwerden über den gesamten untersuchten Zeitraum von mindestens neun Jahren vermieden werden.

Damit werden Operationen an der Wirbelsäule natürlich nicht überflüssig. Eine Operation ist immer dann angezeigt, wenn ein medizinischer Notfall vorliegt, bei dem Gewebe auf Nervenstrukturen drückt und dies mit der Gefahr eines unwiederbringlichen Ausfalls von Körperfunktionen wie einer Blasen- oder Mastdarmsstörung sowie dauerhaften Lähmungen verbunden ist.

### Unsere Experten für Ihre Gesundheit



Dr. Christian Kranemann  
Chefarzt Orthopädie  
m&f-Fachklinik Enzensberg



Dr. Michael Fäßler  
Chefarzt Orthopädie  
m&f-Fachklinik Bad Heilbrunn



Dr. Günter Baumgärtner  
Chefarzt Orthopädie  
m&f-Fachklinik Ichenhausen



Prof. Dr. Bernd Kladny  
Chefarzt Orthopädie  
m&f-Fachklinik Herzogenaurach

Jeder dritte Deutsche hat's im Kreuz ...



Sabine hatte einen Bandscheibenvorfall – und ist nun ohne Operation wieder schmerzfrei.

Dafür arbeiten wir.



www.enzensberg.de

#### Nähere Informationen

www.fachklinik-enzensberg.de

www.fachklinik-bad-heilbrunn.de

www.fachklinik-ichenhausen.de

www.fachklinik-herzogenaurach.de