

WIR STIFTER

Das Magazin

STIFTEN MIT SINN

„Rendezvous für das Leben“

Morbus Hirschsprung

Mein erstes Jahr als Ordinarius in Heidelberg

Maßgeschneidertes Therapiekonzept



Impressum

Herausgeber:

Heidelberger Stiftung Chirurgie
Im Neuenheimer Feld 420
69120 Heidelberg
Telefon +49 6221 56 4875
Telefax +49 6221 56 33988
info@stiftung-chirurgie.de
www.stiftung-chirurgie.de

V.i.S.d.P.

Prof. Dr. Christoph Michalski

Redaktion und Text:

Heidelberger Stiftung Chirurgie - Kirsten Braun - Quelle UKOM
Seite 5: Prof. Christoph Michalski
Seite 6: K. Braun / Dr. M. Fiedler
Seite 8: K. Braun / PD. Dr. P. Romero
Seite 12: K. Braun / Dr. M. Huck
Seite 16: K. Braun
Seite 18: FAKTENHAUS
Seite 19: K. Braun
Seite 20: K. Braun / PD Dr. R. Klotz
Seite 22: K. Braun / J. Hulkkonen
Seite 24: K. Braun / PD Dr. R. Klotz
Seite 26: K. Braun / PD Dr. Dr. S. Roth
Seite 28,29,30: FAKTENHAUS

Layout & Satz:

FAKTENHAUS GmbH, Heidelberg

Fotos:

Cover: Roger Lutz
Cover innen: FAKTENHAUS
Seite 3: FAKTENHAUS
Seite 4: FAKTENHAUS
Seite 6: UKOM
Seite 8: PD Dr. Ph. Romeo
Seite 10: Adobe Stock
Seite 12: Roger Lutz
Seite 14: Dr. M. Huck
Seite 16-17: UKOM
Seite 18: FAKTENHAUS
Seite 19: UKOM
Seite 21: UKOM
Seite 23: PD Dr. Dr. S. Roth
Seite 24: FAKTENHAUS
Seite 25: UKOM
Seite 27: FAKTENHAUS und iStock
Seite 28: FAKTENHAUS
Seite 30: Freepik
Seite 31: Simone Bornschlegel

Spendenkonto
IBAN:

Sparkasse Heidelberg
DE08 6725 0020 0009 2311 61

A portrait of Prof. Dr. Christoph Michalski, a man with short brown hair and glasses, wearing a white shirt and a blue patterned tie. He is smiling and looking towards the camera. The background is blurred, showing what appears to be a clinical or office setting.

VORWORT

Mich heute zum ersten Mal in meiner Funktion als Vorsitzender des Kuratoriums der Heidelberger Stiftung Chirurgie im Rahmen dieses Editorials an Sie wenden zu können, erfüllt mich mit großer Freude. Mit dem unerschütterlichen Glauben daran, dass es manchmal neuer Wege bedarf, um den Anforderungen der Zeit gerecht zu werden, gründete Herr Prof. Dr. Markus W. Bächler vor 21 Jahren zusammen mit engagierten Menschen, die ihn umgaben, die Heidelberger Stiftung Chirurgie. Im Team mit Herrn Dr. Manfred Lautenschläger, Mitgründer der Finanzberatung MLP, der 21 Jahre dem Kuratorium vorstand und im Jahr 2024 sein Amt in meine Hände legte und vor allem mit dem herausragenden Engagement von Herrn Roger Lutz, der mittlerweile seit 14 Jahren als Geschäftsführer der Stiftung tätig ist, konnten in den letzten Jahren viele wertvolle Forschungsprojekte an unserer Klinik realisiert werden.

Gleichzeitig mit meiner Ernennung zum Vorsitzenden des Kuratoriums der Heidelberger Stiftung Chirurgie wurde Herr Dr. Bernd Scheifele, Vorsitzender des Aufsichtsrats der Heidelberg Materials AG und Vorsitzender des Aufsichtsrats der Phoenix Pharma SE, zum zweiten

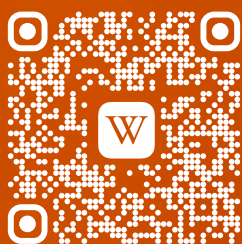
Vorsitzenden ernannt. Mit ihm zusammen und gestützt durch die Expertise von Herrn Lutz und dessen Team, die sich sehr dafür einsetzen, den Spenderinnen und Spendern immer wieder vor Augen zu führen, wie wertvoll ihre Unterstützung für unsere Klinik ist und wie dankbar wir dafür sind, wollen wir nun den Weg in die Zukunft beschreiten. Dabei hoffen wir, viele neue Mitstreiterinnen und Mitstreiter gewinnen zu können.

Auch wenn es in Zeiten wie diesen, in denen viele Menschen selbst mit großen Nöten belastet sind, nicht immer leicht ist, für eine solche Unterstützung zu werben, werden wir gemeinsam unser Bestes geben, um möglichst viele Menschen zu motivieren, sich mit uns zusammen für die medizinische Forschung einzusetzen. Eine Forschung, die Hoffnung und neue Lebenszeit schenkt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen alles Gute und verbleibe

mit herzlichen Grüßen
Prof. Dr. Christoph Michalski

A handwritten signature in blue ink that reads "Christoph Michalski".



Prof. Dr. Christoph Michalski

MEIN ERSTES JAHR ALS ORDINARIUS IN HEIDELBERG

Neuanfang und Weiterentwicklung bewährter Methoden

Dankbar und voller Demut blicke ich auf das erste Jahr meines Ordinariats in Heidelberg zurück. Wie am ersten Tage empfinde ich es auch heute noch als großes Privileg, die Geschicke einer derart renommierten Klinik zusammen mit den anderen Ärztlichen Direktoren mitgestalten zu dürfen. Im ganzen Hause bin ich vor einem Jahr herzlich aufgenommen worden und habe auf allen Ebenen sehr viel Unterstützung erfahren, um mich schnell in dieses anspruchsvolle Tätigkeitsfeld einarbeiten zu können. Die optimale moderne Ausstattung des Gebäudes kommt nicht nur unseren Patientinnen und Patienten zu Gute, sondern eröffnet meinem Team und mir hervorragende Arbeitsbedingungen. Dies spiegelt sich im Erfolg unserer Behandlungen und – was das Wichtigste ist – in der Zufriedenheit des Großteils unserer Patientinnen und Patienten wider.

Von Anfang an war es mir ein besonderes Anliegen, die in Heidelberg bereits seit vielen Jahren bestehende gute Partnerschaft mit der Pflege aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen. Denn die Pflege spielt in fast allen Bereichen unserer Klinik eine ganz entscheidende Rolle, Intensivstation und Intermediate Care Station sind dabei nur zwei Beispiele von vielen. Der vertrauensvolle Umgang mit den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern innerhalb der Pflege eröffnet uns Möglichkeiten, die Konzepte zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten immer weiter zu verbessern.

Im Laufe des letzten Jahres haben mein Team und ich den in Heidelberg bereits seit längerem praktizierten Einsatz von minimal-invasiver und roboterassistierter Chirurgie weiter ausgebaut. Viele Patientinnen und Patienten konnten somit von kleineren Schnitten und damit einhergehend auch geringeren Schmerzen und einem schnelleren Heilungsprozess mit geringerer Komplikationsrate profitieren.

Da die Entstehung von Tumoren oftmals auf unterschiedlichste genetische Veränderungen zurückzuführen ist, lag unser Fokus im zurückliegenden Jahr auch ganz besonders darauf, individuelle Behandlungskonzepte und maßgeschneiderte

Von Anfang an war es mir ein besonderes Anliegen, die in Heidelberg bereits seit vielen Jahren bestehende gute Partnerschaft mit der Pflege aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen.

medikamentöse Therapien weiterzuentwickeln. Dank innovativer Forschungsprojekte, von denen wir Ihnen auch eines in diesem Magazin vorstellen, kommen wir diesem Ziel Stück für Stück näher.

Dankbar blicke ich auch auf eine sehr gute und vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Radiologie, Urologie sowie dem NCT und DKFZ. In unseren Tumorboards, bestehend aus Expertinnen und Experten verschiedenster Fachbereiche werden so für den einzelnen Patienten individuelle und ganzheitliche Behandlungskonzepte erarbeitet.

Wie ich eingangs im Editorial dieses Magazins bereits erwähnt habe, bin ich nun auch zum ersten Vorsitzenden des Kuratoriums der Heidelberger Stiftung Chirurgie gewählt worden. Ich freue mich auf diese Aufgabe, da ich mir der großen Bedeutung dieser Stiftung für unsere Klinik bewusst bin. Ihre finanzielle Unterstützung ermöglichte bereits lange vor meiner Zeit in Heidelberg wegweisende Förderungen und Anschubfinanzierungen. Dafür bin ich allen, die dies ermöglicht haben und auch künftig weiterhin ermöglichen, sehr dankbar.

Ich freue mich jeden Tag aufs Neue auf die Herausforderungen, die auf mich als Ordinarius an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg warten und werde diesen, gestützt auf die großartige Unterstützung meines Teams, mit Zuversicht und Freude begegnen.



Prof. Dr. med. M. Weigand, Ärztlicher Direktor der Klinik für Anästhesiologie mit Frau Dr. med. M. Fiedler und Frau B. Trierweiler-Hauke, Pflegedienstleitung mit dem interdisziplinären Team

VON DER ABHÄNGIGKEIT ZUR SELBSTÄNDIGKEIT

Die Bedeutung der Entwöhnung bei künstlicher Beatmung



Die Möglichkeit, Patienten künstlich beatmen zu können, gehört zu den Meilensteinen in der Entwicklung der Medizin. Denn die dadurch ermöglichte lebensrettende Unterstützung in Notfallsituationen oder bei schweren Atemwegserkrankungen basiert auf der Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Sauerstoffversorgung. Doch ist der Einsatz künstlicher Beatmung, besonders im Falle einer Langzeitbeatmung, auch mit Herausforderungen verbunden, da die Patienten dies als hohe psychische und physische Belastung erleben. Die künstliche Beatmung sollte daher immer auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden, indem z. B. die Rate der zugeführten Luft der Atemgewohnheit und Atemkapazität des jeweiligen Patienten angepasst wird. Auch eine individuelle Anpassung des Drucks, mit dem die Luft in die Lunge gelangt, ist möglich. Hier kommt es auf eine enge Zusammenarbeit mit dem medizinischen Fachpersonal an, welches den Patienten betreut und regelmäßig bewertet, um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Die Möglichkeit, Patienten künstlich beatmen zu können, hat sich über die Jahre hin stetig weiterentwickelt. So setzte man in den 1920/1930 Jahren erstmalig mechanische Beatmungsgeräte wie die sog. „Eiserne Lunge“ ein, um Polio-Patienten mit Atemlähmung zu unterstützen. Die in den 1950 Jahren eingesetzten Beatmungsgeräte brachten eine erhebliche Verbesserung mit sich, indem sie eine längere Unterstützung der Atmung möglich machten. In den 1970 und 1980 Jahren ermöglichten schließlich tragbare Beatmungsgeräte auch einen Einsatz außerhalb eines Krankenhauses. In den 1990 Jahren lag der Fokus schließlich auf einer verbesserten Sensortechnik sowie der Einführung nichtinvasiver Beatmungsmethoden. Heute, im 21. Jahrhundert, gehen die Bemühungen der Weiterentwicklung in Richtung Miniaturisierung, drahtloser Kommunikation und mit Hilfe künstlicher Intelligenz (KI) in Richtung eines verstärkten individuellen Ansatzes, um Nebenwirkungen zu minimieren, die Lebensqualität zu verbessern und die Atemunterstützung zu optimieren. Der Einsatz künstlicher Intelligenz ermöglicht eine beständige Überwachung und Auswertung der Körperfunktionen. Dadurch kann die KI dem betreuenden medizinischen Personal frühzeitig vorschlagen, die Beatmungsparameter den aktuellen Bedürfnissen anzupassen. Auch ist es mit Hilfe von KI möglich, durch maschinelles Lernen die Reaktionen des Patienten und seiner individuellen Atemmechanik auf verschiedene Beatmungsparameter zu verstehen, so dass KI zukunftsnahe selbständig Veränderungen vornehmen kann, um eine beständig optimale Atemunterstützung sicherzustellen. Dabei ist jedoch oberstes Gebot, dass alle Bereiche, in denen künstliche Intelligenz zum Einsatz kommt, sorgfältig überwacht werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den vorhandenen KI-Systemen kann entscheidend dabei helfen, die eingesetzte Beatmung immer individueller auf den einzelnen Patienten abzustimmen.

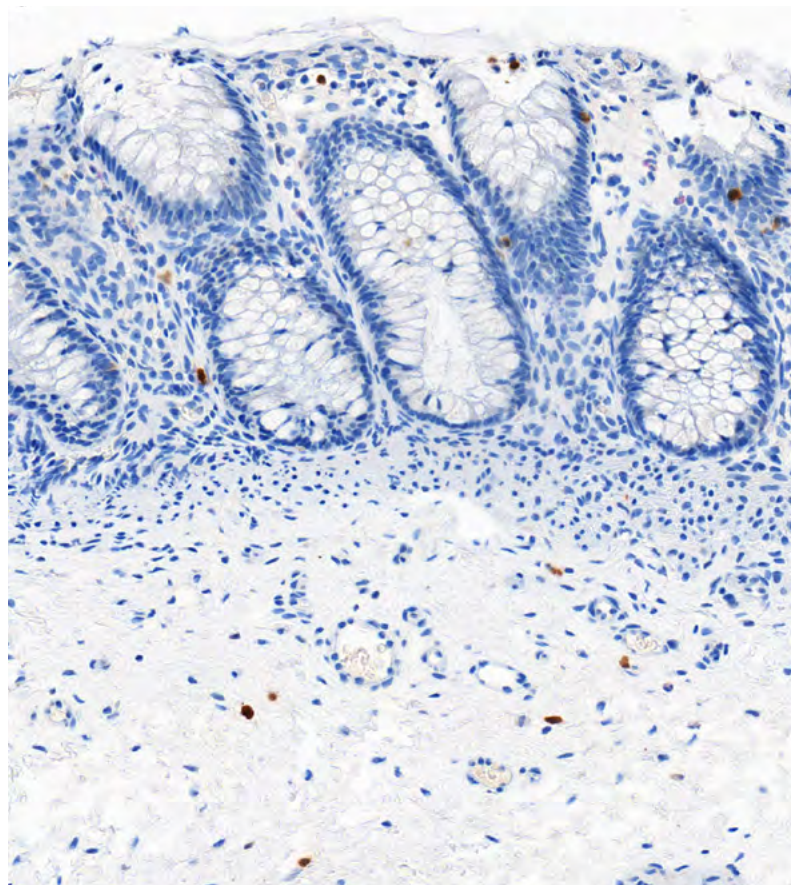
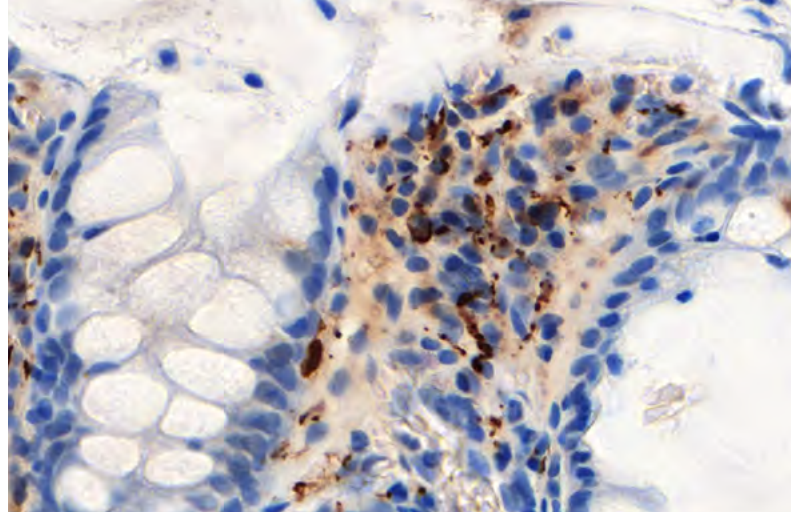
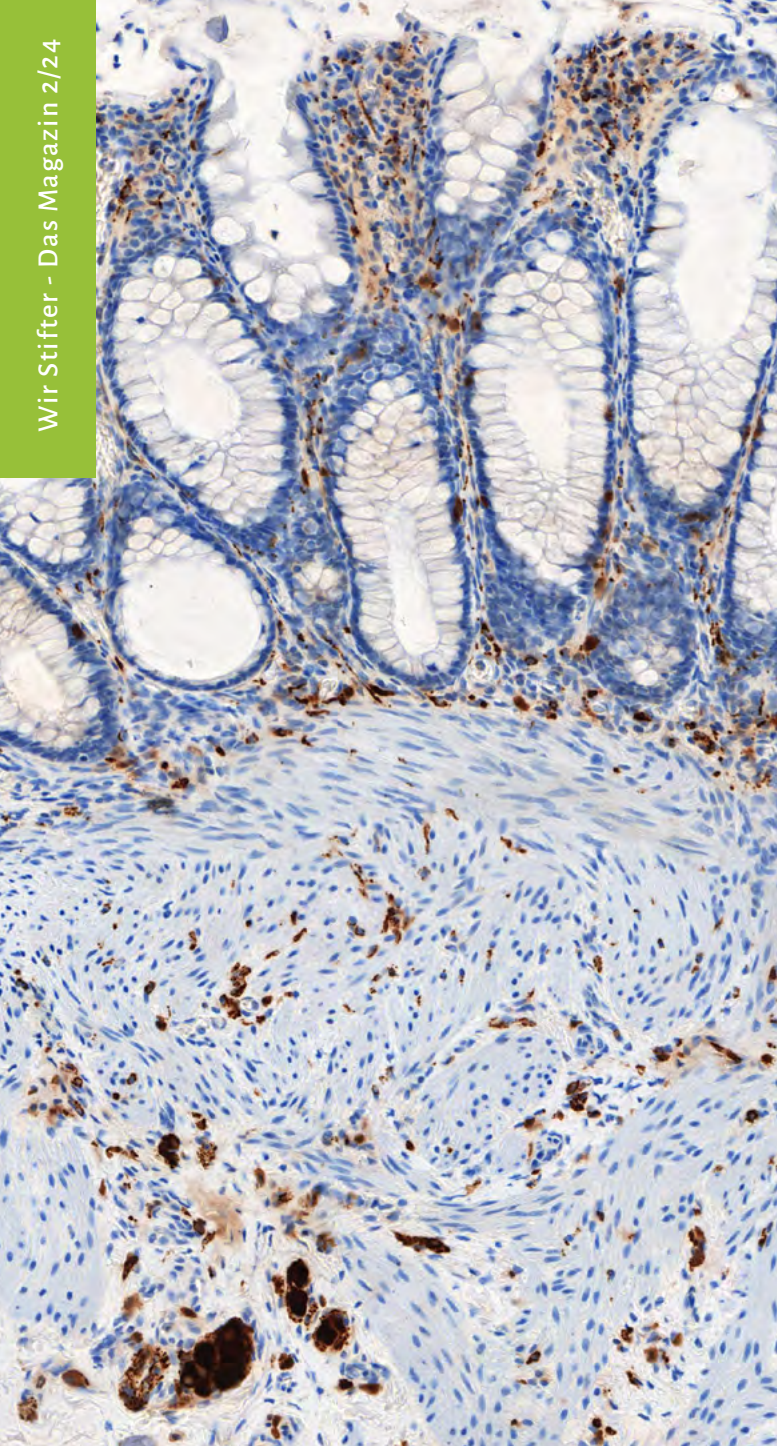
Auch die Entwöhnung von der Beatmung ist ein komplexer Prozess, der von medizinischem Fachpersonal vorgenommen und an die individuellen Bedürfnisse des

jeweiligen Patienten angepasst wird. Dabei wird zunächst die Gesamtsituation des Patienten bewertet und eine Einschätzung hinsichtlich der Kraft der Atemmuskulatur vorgenommen. Im Rahmen einer schrittweisen Reduktion wird die Beatmungsunterstützung allmählich verringert, z. B. durch das Verlangsamen der Atemfrequenz oder die Reduzierung des Drucks. Mit Hilfe physiotherapeutischer Unterstützung kann die Atemmuskulatur gestärkt und die Lungenfunktion verbessert werden. Zudem wird durch eine kontinuierliche Überwachung der Sauerstoffsättigung sichergestellt, dass der Patient ausreichend mit Sauerstoff versorgt ist. Da der Entwöhnungsprozess immer den individuellen Gegebenheiten angepasst wird, ist keine Beatmungsentwöhnung wie die andere. Wichtig ist es

in diesem Zusammenhang zu beachten, dass eine längere Abhängigkeit von medizinischen Geräten psychische Auswirkungen auf die Patienten haben können, die diese z. B. in Form von Angstzuständen, Depressionen oder posttraumatischem Stress erleben. So hat das betreuende medizinische Fachpersonal immer auch die psychischen Bedürfnisse der Patienten im Blick und unterstützt diese ggfs. durch Psychologen. Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass die Wiedererlangung der eigenständigen Atmung zumeist tiefgreifende positive Auswirkungen auf das Wohl der Patienten hat.

Der Einsatz künstlicher Intelligenz ermöglicht eine beständige Überwachung und Auswertung der Körperfunktionen. Dadurch kann die KI dem betreuenden medizinischen Personal frühzeitig vorschlagen, die Beatmungsparameter den aktuellen Bedürfnissen anzupassen.

Herr Prof. Dr. Markus Weigand, Ärztlicher Direktor der Klinik für Anästhesiologie und sein Team wurden nach der erfolgreichen Beurteilung in einem externen Audit für die anästhesiologisch-chirurgische Intensivstation E99 mit dem Zertifikat „Entwöhnung von der Beatmung“ durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) ausgezeichnet. Grundlage hierfür sei eine hervorragende interprofessionelle Zusammenarbeit aller Teammitglieder. Ein Teamgeist, der in der modernen Chirurgie des 21. Jahrhunderts ohnehin nicht wegzudenken wäre, da die komplexen Eingriffe neben höchster Präzision ein festes Fundament bestehend aus einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit benötigen.



MORBUS HIRSCHSPRUNG

Eine seltene Erkrankung, die von betroffenen Familien
viel Kraft und Zusammenhalt einfordert

Seit dem Jahr 2008 wird immer am letzten Tag im Februar der „Tag der seltenen Erkrankungen“ begangen. Zumeist ist das der 28. Februar, alle 4 Jahre jedoch ist es der seltene 29. Februar und versinnbildlicht somit ganz klar, warum die Wahl genau auf diesen Tag fiel. Von den bisher erkannten 8000 seltenen Erkrankungen sind weltweit ca. 350 Millionen Menschen betroffen, in Deutschland sind es ca. 4 Millionen Menschen.

So fand am 29. Februar 2024 im Hörsaal der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg eine Informationsveranstaltung zu „Morbus Hirschsprung“, eine dieser seltenen Erkrankungen statt, die in erster Linie im Kindesalter auffällt. Nur in Ausnahmefällen wird diese Erkrankung erst im Erwachsenenalter diagnostiziert, wenn die Symptome fehlinterpretiert oder aufgrund anderer Gegebenheiten zuvor nicht erkannt wurden. Im Rahmen dieser Veranstaltung informierten die Heidelberger Kinderchirurginnen und -chirurgen sowie Humangenetikerinnen und -genetiker über den aktuellen Stand von Diagnostik, Therapie und Forschung. Bei einem anschließenden Get-Together hatten die Teilnehmenden dann noch die Gelegenheit, mit den Expertinnen und Experten persönlich ins Gespräch zu kommen.

Morbus Hirschsprung ist eine seltene angeborene Erkrankung des Darms, die auf das Fehlen von Nervenzellen im Darmbereich zurückzuführen ist. Diese Nervenzellen sind eigentlich für die normalen Bewegungen des Darms, die sog. Darmperistaltik, verantwortlich. Dadurch kommt es bei Morbus Hirschsprung zu einer fehlenden Darmperistaltik und einer Verengung des Darms. Dies kann zu schwerwiegenden Problemen und Verstopfung führen, da der Stuhlgang nicht über diese Engstelle weitertransportiert und zurückgestaut wird. Zudem wird der Darm im noch funktionsfähigen vorgeschalteten Bereich aufgedehnt. Die Kinder leiden an einem aufgetriebenen Bauch und verlieren die Lust richtig zu trinken. Ein normaler Magen-Darm-Infekt kann für diese kleinen Kinder lebensbedrohlich werden, da sie den Durchfall nicht loswerden, die Bakterien und Viren ins Blutkreislaufsystem eintreten können und somit eine Blutvergiftung entsteht. So eine Diagnose bedeutet vom Tag der Geburt an eine große Belastung für die ganze Familie, auch für Geschwisterkinder. Eine Operation, bei der der betroffene Darmabschnitt entfernt wird, ist die bisher einzige heilende Therapie. Ziel der Operation ist es die Magen-Darm-Passage wiederherzustellen, um letztlich eine Lebensqualität des betroffenen Kindes und dessen ganzer Familie zu erreichen. Morbus Hirschsprung

sollte früh im Leben diagnostiziert werden. Doch bedarf die Diagnosestellung aufgrund der erforderlichen umfassenden Untersuchungen wie Probenentnahmen am Darm und histologische Aufarbeitungen eine entsprechende Expertise (Bild). Da „Verstopfung“ im Kindesalter ein sehr häufig auftretendes Problem ist, beklagen betroffene Familien immer wieder, dass sie eine Ärzteodyssee hinter sich haben, sich lange Zeit nicht ernst genommen fühlen und oftmals erst viel zu spät zu einem Kinderchirurgen oder an ein spezialisiertes „Zentrum für Seltene Erkrankungen“ verwiesen werden. Eine verspätete Diagnose, Komplikationen in der Behandlung oder mangelnde Betreuung der Familien können zu relevanten und sogar irreversiblen Problemen im weiteren Leben der Patienten führen.

Ein bemerkenswertes Beispiel für einen kleinen Patienten, der mit der Diagnose Morbus Hirschsprung lebt, ist der 9-jährige Fabian, der am „Zentrum für seltene angeborene Fehlbildungen des Verdauungstraktes“ des Universitätsklinikums Heidelberg von Herrn Prof. Dr. Patrick Günther und PD Dr. Philipp Romero behandelt wird. Bereits im Alter von wenigen Wochen wurde Fabians Familie mit der Tatsache konfrontiert, dass Fabian an der seltenen Hirschsprungkrankheit leide, weshalb zeitgerecht im Säuglingsalter die korrigierende Operation durchgeführt wurde. Nach der Operation besserten sich die Stuhlgangs-Probleme aber nicht entscheidend. Bei 30-50% der Patienten können nach der Operation noch Probleme wie Verstopfung beobachtet werden. In der Regel können diese Probleme allerdings durch eine enge Nachbetreuung gut behandelt werden. Bei Fabian besserte sich die Verstopfung nicht und es kam in den Folgejahren zu massiven Problemen.

Morbus Hirschsprung ist eine seltene angeborene Erkrankung des Darms, die auf das Fehlen von Nervenzellen im Darmbereich zurückzuführen ist. Diese Nervenzellen sind eigentlich für die normalen Bewegungen des Darms, die sog. Darmperistaltik, verantwortlich.



Ein Zustand unter dem die gesamte Familie massiv litt. Aufgrund allzu hartnäckiger Verstopfungen musste Fabian in früheren Jahren immer wieder mit ärztlicher Hilfe im Krankenhaus abgeführt werden. Für Fabian und seine Familie war und ist die tatkräftige Unterstützung von Fabians großem Bruder ein riesengroßes Glück. Stundenlang spielte er mit seinem kleinen Bruder im Badezimmer, um die belastenden Toilettengänge durch Ablenkung einigermaßen erträglich zu machen. Herr Dr. Romero, Kinderchirurg und Spezialist für die Hirschsprungkrankheit sowie Sprecher des Zentrums für seltene angeborene Fehlbildungen des Verdauungstraktes erklärt, dass nur eines von 5.000 Kindern mit dieser seltenen Erkrankung geboren wird. Es bleibt bei diesen seltenen Erkrankungen eine große Herausforderung, nicht nur die Diagnose richtig zu stellen und die richtige Therapie durchzuführen, sondern auch die Ursachen von Komplikationen zu erkennen und zu behandeln. Leider zeige die Erfahrung, dass es – wie auch im Fall von Fabian – immer wieder kleine Patientinnen und Patienten gebe, bei denen es viele Jahre dauere, bis die Diagnose eindeutig feststehe oder bei Komplikationen eine Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum ausgestellt wird. Mit dem Besuch von Fabian in Heidelberg wurde

das Problem erkannt: Hier wurde mittels einer erneuten Probenentnahme des Darms festgestellt, dass bei Fabian in der ersten Operation nicht der ganze betroffene Darmanteil entfernt wurde. Der Rest des funktionslosen Darms ohne ausreichend Nervenfasern war die Ursache der anhaltenden Magen-Darm-Passage-Störung bei ihm. Über diese seltene Komplikation bei der OP werden die Familien aufgeklärt. Nur bei Fabian wurde diese Ursache seiner Beschwerden in den Jahren nach der OP nicht erkannt. Mit dieser Diagnose bei Fabian entschlossen sich Prof. Günther und Dr. Romero zu einer erneuten Operation, um den Teil des Darms, der noch immer ohne Nervenfasern war, zu entfernen. Eine solche Operation dauert in der Regel 2-3 Stunden, je nachdem wie lang der erkrankte Darmabschnitt ist. Mit Hilfe einer während der OP entnommenen Probe, die mittels Schnellschnitt untersucht wird, erhält der Operateur dann durch den Nachweis von guten Nervenzellen in der Darmwand die Bestätigung, dass er im gesunden Bereich des Darms angekommen ist. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus schließt sich eine engmaschige Nachbetreuung der kleinen Patientinnen und Patienten im 2-4-wöchigen Rhythmus an, dann ein ca. 2-3-monatiger Intervall, anschließend halbjährlich und schließlich ab

dem 1. Jahr nach Operation einmal jährlich. Dabei ist es Herrn Dr. Romero ganz besonders wichtig, den Familien zu vermitteln, dass sie in Heidelberg auch langfristig eine Anlaufstelle haben, an die sie sich – sollten wider Erwarten doch Probleme auftreten – jederzeit wenden können. Seine niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen für die Hirschsprungkrankheit zu sensibilisieren und somit eine frühere Überweisung an ein spezialisiertes Zentrum möglich zu machen, ist ihm daher ein großes Anliegen. Denn nur an diesen spezialisierten Zentren arbeiten Pflegekräfte und Ärzte, die sich routiniert mit diesen Erkrankungen auskennen. Darüber hinaus arbeiten die Ärzte mit Wissenschaftlern im Schulterschluss zusammen, um den Ursachen der seltenen Erkrankungen auf den Grund zu gehen und somit deren Diagnostik und Behandlung langfristig verbessern zu können.

Die Ursache der Hirschsprung-Erkrankung ist bis dato nicht abschließend geklärt und Teil der Forschung. Was man schon weiß ist, dass die Fehlanlage der Nervenzellen im Darm mit Veränderungen von Genen in Verbindung gebracht werden kann. Dr. Romero erklärt, dass für die Entstehung der Krankheit nicht ein einziges Gen, sondern eine ganze Vielzahl an Genen verantwortlich seien. Bekannt sind aktuell etwa 25 assoziierte Gene, vermutet werden allerdings mehr als 200 beteiligte Gene. Erschwerend komme hinzu, dass keine Kombination an Genvarianten bei einem Patienten der eines anderen entspreche. So könne es sogar bei eineiigen Zwillingen vorkommen, dass ein Kind erkrankt sei, das andere nicht. Dies bedeute, dass es nicht nur das veränderte Erbmuster gebe, sondern auch eine unterschiedliche Penetranz (unter Penetranz versteht man das Maß, ob und wie ausgeprägt sich eine Genveränderung bemerkbar macht). Bei an Morbus Hirschsprung erkrankten Kindern gehe man davon aus, dass sowohl Mutter als auch Vater Träger von einigen Genvarianten sind, doch erst die Kombination aus den Genvarianten beider Eltern und neuer Genvarianten dann beim Kind zur Entstehung der Krankheit beitragen. Dr. Romero arbeitet mit der Projektleiterin Dr. rer. nat. Stefanie Schmitteckert (Institut für Humangenetik) im Bereich der Forschung mit Hochdruck daran herauszufinden, was genau während der Entwicklung des Embryos in diesem Bereich passiere. Das Team um Dr. Schmitteckert und Dr. Romero setzt alles daran, den Zusammenhang zwischen den veränderten Genen, den fehlenden Nervenfasern im Darm und der individuellen Ausprägung der Krankheit Schritt für Schritt besser zu verstehen. So fokussiert sich das Forschungs-Team aktuell darauf, die Patientengruppen herauszufinden, die nach der Operation aufgrund ihres speziellen genetischen Musters ganz besonders betreut werden müssen. Zudem hofft Dr. Romero mit Hilfe des

Dr. Romero arbeitet mit der Projektleiterin Dr. rer. nat. Stefanie Schmitteckert (Institut für Humangenetik) im Bereich der Forschung mit Hochdruck daran herauszufinden, was genau während der Entwicklung des Embryos in diesem Bereich passiere. Das Team um Dr. Schmitteckert und Dr. Romero setzt alles daran, den Zusammenhang zwischen den veränderten Genen, den fehlenden Nervenfasern im Darm und der individuellen Ausprägung der Krankheit Schritt für Schritt besser zu verstehen.

komplementären Forschungsansatzes auf wertvolle Erkenntnisse in der Diagnostik zu stoßen und schließlich die entscheidenden Vorgänge im Körper zu verstehen, die in ihrer Gesamtheit zur Entstehung von Morbus Hirschsprung führen. Eine Verbesserung in Diagnostik und Therapie könnte Patienten wie Fabian in Zukunft entscheidend helfen.

Fabian und seine Familie erholen sich aktuell von der großen Operation in Heidelberg. Fabian fällt es nach 9 Jahren Verstopfung noch sehr schwer, mit den mehrfachen Stuhlgängen täglich umzugehen. Für ihn fühlt es sich an als müsse er „neu Laufen lernen“. Dr. Romero setzt sich mit seiner Expertise am Zentrum für seltene angeborene Fehlbildungen des Verdauungstraktes für Patienten wie Fabian, vor allem in schwierigen Zeiten, ein. Für ihn und das ganze Forschungsteam sind genau diese Geschichten großer Ansporn, mit der wissenschaftlichen Forschung an diesen Erkrankungen einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung zu leisten. Schon seit 15 Jahren fördert die Heidelberger Stiftung Chirurgie dank der Unterstützung ihrer Spenderinnen und Spender die wertvolle Arbeit und Forschung von Frau Dr. Schmitteckert und Herrn Dr. Romero, die sich auf diesem Wege auch im Namen aller betroffener Kinder und deren Familien ganz herzlich dafür bedanken möchten.



HD 10 aus den 1960er-Jahren

Prof. Dr. med. E. Popp, Leiter der
Sektion Notfallmedizin



Clinomobil in Heidelberg Ende der 1950er

„RENDEZVOUS FÜR DAS LEBEN“

FEIERSTUNDE AM 11. MAI 2024 AN DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK HEIDELBERG ANLÄSSLICH ZWEIER JUBILÄEN

60 Jahre Notarzteinsetzfahrzeug HD-10 und fünf Jahre Medical Intervention Car (MIC)

Auf einen vor 60 Jahren, am 07. April 1964, erstmals erteilten Funkspruch „Leitstelle für Heidelberg 10“ geht die Namensgebung des im Jahr 2024 sein 60-jähriges Jubiläum feierndes Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) Heidelberg 10 (HD-10) zurück. „HD-10“ ist somit der polizeiliche Funkrufname des deutschlandweit ersten Notarzteinsetzfahrzeuges (NEF). In seinem mit einem Blaulicht ausgestatteten VW Käfer, der als Notarzwagen fungierte, rückte der Notarzt, begleitet von einem separaten Rettungswagen, zum Unfallgeschehen aus. Notärzte waren zu dieser Zeit meist chirurgische Oberärzte, denn Anästhesisten, wie wir sie heute kennen, gab es damals noch nicht. Das Treffen von Notarzt- und Rettungswagen am Einsatzort, das auch als Rendezvous-System bezeichnet wird, revolutionierte die Notfallmedizin in Deutschland. Genannter VW Käfer war damals in und um Heidelberg für die Erstversorgung von Schwerstkranken und Verunglückten zuständig. Denn ein Notarzt in einem eigenen Auto, das schnell und flexibel eingesetzt werden kann, hatte große Vorteile und wurde nach und nach auch bundesweit zum Standard in der Notfallversorgung. Der geniale Gedanke hinter diesem System bestand darin, nicht den Verletzten so schnell wie möglich zum Arzt zu bringen, sondern den Arzt zum Verletzten. Denn die Lebensgefahr – so hatte es bereits der Ordinarius für Chirurgie, Prof. Dr. Martin Kirschner im Jahr 1938 erkannt – ist in unmittelbarer Nähe zum Ereignis immer am größten. Heutzutage spricht man von der sog. „Golden Hour“, die besagt, dass die Möglichkeiten, einen relevanten Einfluss auf das Patienten-Outcome, also das Fortschreiten der Verletzung oder der Erkrankung zu nehmen, in dieser Zeit am größten ist. Wertvolle Zeit sollte somit nicht durch lange Wartezeiten auf ärztliche Hilfe oder Transportzeiten zur Klinik verschenkt werden. Demselben Gedanken folgend, entwickelte der Nachfolger von Herrn Prof. Kirschner, Herr Prof. Dr. Karl-Heinz Bauer, das sog. Clinomobil, einen mit mehreren Chirurgen und Pflegenden besetzten OP-Wagen. Das Clinomobil wurde 1957 erstmals in den Dienst gestellt und war ein umgebauter Reisebus, in dem man versuchte, eine fahrende Klinik zu verwirklichen. Ein rollender Operationssaal mit einem Anhänger als Stromaggregat. Da es zu dieser Zeit jedoch noch keine medizinische Dokumentation, wie wir sie heute kennen, gab, können wir heute nicht eindeutig nachvollziehen, für welche Einsätze

das Clinomobil damals genutzt wurde. Man geht jedoch davon aus, dass es vor allem eine Traumaversorgung war. Klar ist allerdings, dass das Konzept irgendwann aufgegeben wurde, da es vom Aufwand und in puncto der Kosten nicht rentabel war. Man nutzte das Clinomobil dann für einige Zeit an der Rennstrecke in Hockenheim, um dort Verletzte vor Ort versorgen zu können. Erst im Frühjahr des Jahres 1964 kam mit der Einführung des sog. Rendezvous-Systems, das auf den Heidelberger Chirurgen und Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg Prof. Dr. Eberhard Gögler zurückgeht, der Durchbruch, der sich bis heute als sinnvoll erwiesen und durchgesetzt hat. Die Tagespresse vermeldete damals: „Das Clinomobil hat einen wendigen kleinen Bruder bekommen. Ein weißer VW mit Blaulicht steht Tag und Nacht bereit, um im Ernstfall sofort auszurücken ...“. Es waren somit Chirurgen, die wesentliche Grundsteine für die heutige moderne Notfallmedizin legten. Den VW Käfer, der von einer Privatperson geschenkt worden war, bekam der jeweils diensthabende Notarzt über Nacht mit nach Hause und konnte ihn auch privat nutzen, denn für die Einsätze gab es damals keinen finanziellen Ausgleich. Verständigt wurde der Notarzt dann per Funk oder Telefon über die Polizei, der der jeweilige Dienstplan vorlag. Stieg der Notarzt dann an der Unfallstelle in den Rettungswagen um, blieb der VW Käfer an der Unfallstelle zurück. Diese Problematik und auch die Irrfahrt eines nicht ortskundigen Notarztes, der eine nahe Heidelberg gelegene Gemeinde, in die er gerufen wurde, nicht gefunden hatte, führten dazu, dass das Heidelberger NEF seit Anfang der 80er Jahre für 25 Jahre von Karl Hillger, einem erfahrenen Pfleger der Chirurgischen Klinik, der zusätzlich eine Erste-Hilfe-Ausbildung vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) hatte, gefahren wurde. Ein Mann, der diese Tätigkeit als seine Passion empfand, Tag und Nacht vollste Einsatzbereitschaft zeigte und sich sogar um die Wartung der Einsatzfahrzeuge kümmerte. So montierte er kurzerhand auf einem Nachfolgemodell des Käfers, einem Mercedes Benz, Martinshorn und Blaulicht auf einem Skiständer. Ein Citroen Kastenwagen wurde schließlich eingeführt, der in seinem Format der noch heute gültigen DIN-Norm für Rettungswagen entsprach. Dies beinhaltete, dass der Zugang zum Patienten von drei Seiten möglich sein musste und eine bestimmte Stehhöhe im Auto gegeben war. Während in früheren Zeiten der Einsatz bei Traumen im



Ein buntes Rahmenprogramm wie notfallmedizinisches Kinderschminken oder ein Teddybär-Krankenhaus, in dem junge Besucherinnen und Besucher spielerisch Erste-Hilfe-Maßnahmen erlernen konnten, ließ keine Wünsche offen.

Vordergrund stand, hat sich das Einsatzspektrum bis heute stark verändert. Traumatologische Einsätze liegen nur noch bei ca. 16 Prozent, dreiviertel aller Einsätze heutzutage sind dagegen nicht traumatologisch. Während der HD-10 in früheren Zeiten nur bei Schwerstverletzten hinzugezogen wurde, wird heute aufgrund eines bei weitem größeren Sicherheitsbedürfnisses zu vielen Einsätzen ein Notarzt hinzugezogen. Dadurch kommt es aber immer wieder vor, dass man erst vor Ort erkennt, dass dieser gar nicht gebraucht wird. Derartige Einsätze bezeichnet man als „Low-Code“-Einsätze. Das Rendezvous-System, bei dem der Notarzt mit einem separaten Auto an die Unfallstelle kommt, ermöglicht in diesem Fall, dass der Arzt sich bei einem solchen Low-Code-Einsatz auch schnell wieder von dem Patienten distanzieren und bei Bedarf woanders eingesetzt werden kann. Der Einsatz des Notarztes kann

somit weitaus besser und flexibler disponiert werden. Während es zu Zeiten des Clinomobils aufgrund fehlender Kommunikationsmöglichkeiten nicht möglich war, spontane Absprachen zu treffen, um z. B. ein Fahrzeug wieder abzu ziehen, wenn sich vor Ort herausstellte, dass es gar nicht gebraucht wird, haben die aktuellen hervorragenden Kommunikationsmöglichkeiten zu einem weiteren wesentlichen Quantensprung in der Entwicklung des Rendezvoussystems der Notfallmedizin beigetragen. So kann z. B. bei Bedarf für die präklinische Behandlung von schwerstverletzten Patienten zu dem bereits vor Ort befindlichen Rettungswagenteam plus im Idealfall einem Notarzteinsetzfahrzeug durch die Rendezvouskomponente ein weiteres Team hinzugezogen werden.

Neben dem 60-jährigen Jubiläum des HD-10 wurde am 11. Mai 2024 ein weiteres kleines Jubiläum gefeiert: der fünfjährige Einsatz des sog. Medical Intervention Cars (MIC). Die Namensgebung ist angelehnt an den Motorsport, wo das MIC eine schnelle Versorgung verunfallter Motorsportler ermöglicht hat. Übertragen auf die Situation im normalen Straßenverkehr und insgesamt der Versorgung Schwerstverletzter kommt das MIC zum Einsatz, um erweiterte lebensrettende Interventionen vorzunehmen, die mit einem regulären Notarzteinsetzfahrzeug NEF nicht oder nur begrenzt möglich wären. Ein Fahrzeug, das äußerlich kaum zu unterscheiden ist von einem regulären

Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), dessen Innenausstattung aber weit über die normale Ausstattung des NEF hinaus geht. Das einzigartige Konzept des Medical Intervention Cars ermöglicht somit eine noch bessere außerklinische Notfallversorgung. In der Regel ist das MIC mit einem erfahrenen Notarzt und einen Fach- bzw. Oberarzt für Anästhesiologie besetzt, die mit ihrer hohen Expertise wichtige ergänzende Funktionen am Unfallort einnehmen und bei Bedarf, so z. B. bei Einsätzen mit kleinen Kindern, das reguläre Rettungsteam signifikant unterstützen. Wichtig ist dabei jedoch zu beachten, dass das MIC-Team die Behandlung vor Ort nicht übernimmt, sondern den Notarzt vor Ort durch zusätzliche Ressourcen und Expertise unterstützt. Auch wird auf das MIC niemals gewartet, wenn ein schnellerer Transport sich als sinnvoll und möglich erweist. Vorstellbar wäre jedoch, dass der Notarzt des MIC im Sinne des zugrundeliegenden Rendezvous-Systems unterwegs aufgenommen wird. Der Vorteil eines MIC gegenüber einem Rettungshubschrauber besteht neben den weitreichenderen Behandlungsmöglichkeiten darin, dass das MIC bei seinen Einsätzen nicht von Witterung und Tageszeit abhängig ist. Alle durch das MIC eingeleiteten Maßnahmen zielen darauf ab, für eine Weiterbehandlung in der Klinik Zeit zu gewinnen. So kann mit Hilfe des MIC für Patienten, die z. B. durch einen Herzinfarkt einen Kreislaufstillstand erleiden und durch die üblichen Wiederbelebensmaßnahmen nicht zu retten wären, durch einen Anschluss an die sich im MIC befindliche „Miniherzlungenmaschine“ Zeit gewonnen werden, indem die Maschine die Funktion von Herz und Lunge übernimmt. Diese ECMO-Geräte (Extracorporale Membranoxygenierung) sind sicherlich vielen Menschen spätestens seit der COVID-Pandemie ein Begriff. Wichtig zu betonen ist, dass der Einsatz des MIC ein Forschungsprojekt ist und aktuell kein durch das Gesundheitssystem finanziertes Rettungsmittel. Sämtliche Einsätze des Medical Intervention Cars werden daher bis heute wissenschaftlich begleitet und sach- und fachgerecht bewertet. Das Medical Intervention Car-Pilotprojekt wurde im Jahr 2019 an der Klinik für Anästhesiologie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Erik Popp, Leiter der Sektion Notfallmedizin, in Zusammenarbeit mit der Firma Volvo Cars ins Leben gerufen und wird bis heute von weiteren Firmen unterstützt. Nach fünfjährigem Einsatz soll nun ein Résumé gezogen werden, in welchem Rahmen die Patientinnen und Patienten von den Einsätzen profitiert haben und in welche Richtung die Entwicklung weitergehen soll. Rückblickend lässt sich sagen, dass seit dem ersten MIC-Einsatz am 19. August 2019 im Großraum Heidelberg schon mehrfach Menschenleben gerettet werden konnten, die unter

normalen Rettungsbedingungen nicht zu retten gewesen wären. Dennoch bleibt die Notfallmedizin außerhalb der Klinik für die Wissenschaftler ein extrem anspruchsvolles Gebiet, das oft auch mit ethischen Hürden verknüpft ist. Mit Hilfe einer Datenbank, in die alle MIC-Einsätze überführt werden, erfolgt schließlich eine Auswertung. Dabei zeichnet sich bis jetzt eindeutig ab, dass Patienten, die unter Beteiligung des MIC in eine Wiederbelebungssituation kommen, eine weitaus höhere Chance auf einen wieder funktionierenden Kreislauf haben, als das anhand von Vorhersagemodellen berechnet wurde. Zudem zeigt die Praxis, dass mit dem MIC behandelte Patientinnen und Patienten Chancen haben, die Klinik ohne Einschränkungen wieder verlassen zu können, bei denen die klinische Erfahrung sagt, dass dies ohne die durch das MIC erfolgten präklinischen Maßnahmen wie Bluttransfusionen etc. extrem unwahrscheinlich gewesen wäre. Durch Kooperationen mit weiteren Standorten erhoffen sich die Heidelberger Notfallmediziner den sich hier andeutenden Trend in Richtung besserer Behandlungsergebnisse noch deutlicher zeigen zu können. So ist neben Heidelberg derzeit auch ein MIC in Kaiserslautern im Einsatz und weitere deutsche Standorte sind bereits interessiert das MIC-Konzept umzusetzen. Problematisch ist dies meist aufgrund von aktuell noch fehlenden Finanzierungsplänen und administrativen und bürokratischen Hürden. Das neue Rettungsdienstgesetz, das derzeit zwar noch nicht in Betrieb ist, aber sicher kommen wird, könnte einen positiven Einfluss haben, da dieses durch die nun enthaltene Experimentalklausel die Einführung von Innovationen im Bereich des Rettungsdienstes erleichtern könnte.

Bei der Feierstunde am 11. Mai 2024 anlässlich des 60-jährigen Geburtstages des HD-10 und des 5-jährigen Jubiläums des MIC erfuhren die Besucherinnen und Besucher wichtige Fakten, Trends und Neuigkeiten rund um das Thema Notfallmedizin. Ein buntes Rahmenprogramm wie notfallmedizinisches Kinderschminken oder ein Teddybär-Krankenhaus, in dem junge Besucherinnen und Besucher spielerisch Erste-Hilfe-Maßnahmen erlernen konnten, ließ keine Wünsche offen. Auch gab es die Möglichkeit Rettungsdienstfahrzeuge des Deutschen Roten Kreuzes zu besichtigen. Zudem konnten die interessierten Besucherinnen und Besucher im Rahmen einer Live-Demonstration eine sog. „extrakorporale kardiopulmonale Reanimation“, also eine lebensrettende Behandlung von Patienten mit Herzstillstand außerhalb der Klinik bestaunen. Auch für das leibliche Wohl von Groß und Klein war bestens gesorgt.



PFLEGEDIREKTOR UND BILDUNGSPIONIER EDGAR REISCH IN DEN RUHESTAND VERABSCHIEDET

Über 50 Jahre lang engagierte sich Edgar Reisch für die Krankenpflege. Beginnend mit seiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger in Augsburg warteten in den folgenden Jahrzehnten vielfältige Weiterentwicklungsmöglichkeiten von der Stationsleitung bis hin zum Pflegedirektor an unterschiedlichen Lokationen wie Garmisch-Patenkirchen, Landsberg am Lech, Stuttgart und schließlich ab 2003 in Heidelberg auf ihn. Eine Zeit, in der er sich beständig weiterbildete, um den von ihm zu bewältigenden Herausforderungen mit bester fachlicher Expertise begegnen zu können.

Nach seiner 21-jährigen Tätigkeit als Pflegedirektor am Universitätsklinikum Heidelberg wurde er am 22. März 2024 in einer Feierstunde mit mehr als 300 Gästen gebührend in den Ruhestand verabschiedet. Damit geht am Universitätsklinikum Heidelberg eine Ära zu Ende. Denn von Tag 1 an stellte Edgar Reisch seine ganze Kraft und sein Wirken in den Dienst der Pflege. Maßgeblich zur Entwicklung und Verbesserung der Pflegequalität wie auch zur Optimierung organisatorischer Abläufe beizutragen, waren neben der Leitung und der strategischen Ausrichtung des Pflegebereichs seine Mission. In der Pflegebranche war er als engagierter Vorreiter für die Professionalisierung der

Pflege und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden bekannt und geschätzt. Neben seiner Tätigkeit als Pflegedirektor war er zudem Geschäftsführer der Akademie für Gesundheitsberufe und bis zum Jahr 2023 der Klinik Service GmbH.

Im großen Hörsaal der Kopfklinik hatten sich mehr als 300 Gäste aus Politik, Wirtschaft und Gesundheitswesen, Universität und Uniklinikum eingefunden, um Edgar Reisch, der seine Ämter stets mit viel Hingabe und Leidenschaft ausgefüllt hatte, Lebewohl zu sagen. Ministerialdirigent im Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg und Aufsichtsratsvorsitzender des UKHD, Clemens Benz, würdigte die bedeutende Rolle von Edgar Reisch, der über 21 Jahre lang eine feste Größe und unverzichtbare Stütze im Vorstand des Universitätsklinikums Heidelberg war. Spitzenmedizin, wie sie in Heidelberg praktiziert wird, wäre ohne eine besondere Qualifizierung der Pflegenden nicht möglich. So wurde Edgar Reisch nicht müde, sich beständig für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden einzusetzen, attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen und immer wieder mit innovativen



Ansätzen neue Pflegekräfte zu werben. Interne Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegenden und Entwicklungsmöglichkeiten für Führungskräfte sowie attraktive Arbeitsbedingungen waren für ihn das Fundament, um die Pflege zu stärken und ihre Sichtbarkeit auszubauen. So etablierte er erstmals im Jahre 2017 den Heidelberger Pflegepreis, um Mitarbeitende aus der Pflege für ihr besonderes Engagement auszuzeichnen. Jedes Jahr feierte er den Tag der Pflegenden, besser bekannt als „Internationaler Tag der Pflege“, um die wichtige Rolle der Pflegenden zu würdigen. Dieser besondere Tag wird immer am 12. Mai, dem Geburtstag von Florence Nightingale begangen, die als Pionierin der modernen Krankenpflege gilt. In seiner Funktion als Geschäftsführer der Klinik Service GmbH entlastete er mit dem von ihm ins Leben gerufenen „Heidelberger Weg“ die Pflegekräfte durch die zusätzliche Einstellung von Servicemitarbeitenden.

Eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe war für Edgar Reisch während der gesamten Zeit seines Wirkens immer eine Herzenssache. Klar, dass er somit immer ein brennender Befürworter der nach schwedischem Vorbild im Jahr 2017 in Heidelberg eingeführten Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation HIPSTA war, auf der Medizinstudierende im Praktischen Jahr und Pflegeauszubildende im 3. Lehrjahr sowie Auszubildende der Physiotherapie gemeinsam unter Anleitung acht Patienten über einen Zeitraum von 4 bis 5 Wochen versorgen. Der Erfolg des HIPSTA Konzepts beruht auf der Erkenntnis, dass eine optimale Patientenversorgung nur durch eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen erreicht werden kann.

Mit seiner Bereitschaft, sich immer wieder neuen Wegen zu öffnen, hat Edgar Reisch entscheidend zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs in Heidelberg beigetragen und maßgebliche Akzente in seiner Funktion innerhalb des Klinikumsvorstands gesetzt. Zudem zeichnete er sich während der Corona-Krise durch ein exzellentes Krisenmanagement aus.

Doch auch mit seinem Wirken in der Akademie für Gesundheitsberufe und der Klinik Service GmbH setzte er sich für das Wohl vieler Berufsgruppen ein. Die im Jahr 2006 gegründete Akademie für Gesundheitsberufe entwickelte sich unter seiner Leitung in puncto Ausbau der Zahl der Ausbildungsplätze und der Erweiterung des Aus- und Weiterbildungsangebots kontinuierlich weiter, immer mit dem Ziel vor Augen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die Leistungsfähigkeit des Uniklinikums zu verbessern. Edgar Reisch sah in der hohen Qualifikation der Mitarbeitenden stets das höchste Gut, um den hervorragenden Ruf des Universitätsklinikums Heidelberg zu erhalten und beständig weiter auszubauen. Flache Hierarchien sowie den Ideen der Mitarbeitenden Raum zu geben, um diese in der Praxis umsetzen zu können, waren ihm daher stets sehr wichtig. Seiner Amtsnachfolgerin Yvonne Dintelmann schenkte Edgar Reisch zum Abschied sein Dienstfahrrad, mit dem er selbst unzählige Kilometer zum Wohle des Klinikums auf dem Campus und darüber hinaus zurückgelegt hatte.

Für seinen Ruhestand wünschen wir Herrn Edgar Reisch alles erdenklich Gute sowie Frau Yvonne Dintelmann viel Freude und Erfolg in ihrem neuen Amt als Pflegedirektorin in Heidelberg.



HEIDELBERG CHARITY
Gemeinsam für Gesundheit und Forschung

SPECIAL GUEST:
ANNA MARIA KAUFMANN

MODERATION:
FRANZISKA VAN ALMSIK

HEIDELBERG CONGRESS CENTER



SINFONIE **SAP**
ORCHESTER
making the world sound better

23.09.2024

CHARITY KONZERT

Gemeinsam für Gesundheit und Forschung

Wir freuen uns, Ihnen nun auch noch auf diesem Wege eine ganz besondere Veranstaltung ankündigen zu dürfen: Am Montag, 23. September 2024, laden die Heidelberger Herz Stiftung, die Heidelberger Stiftung Chirurgie und die Thoraxstiftung Heidelberg zu einem einzigartigen Charity Event unter dem Motto „GEMEINSAM FÜR GESUNDHEIT UND FORSCHUNG“ ein. Diese außergewöhnliche Veranstaltung wird im neuen Kongresszentrum Heidelberg in der Bahnstadt stattfinden und verspricht ein unvergesslicher Abend zu werden.

Ab 19:30 Uhr erwartet Sie ein spektakuläres Crossover-Konzert des renommierten SAP Sinfonieorchesters unter der Leitung des Dirigenten Markus Neumeyer. Genießen Sie die herausragenden Darbietungen der Star-Solisten Anna Maria Kaufmann, deutsch-kanadische Sopranistin und Tatjana Worm-Sawosskaja, international gefeierte Konzertpianistin. Gemeinsam nehmen die beiden Sie mit auf eine musikalische Reise über (fast) alle Epochen und Kontinente – von Barock über Klassik bis hin zu Rock und Neuer Deutscher Welle.

Ein besonderer Höhepunkt des Abends wird die Aufführung von Musical-Hits mit Anna Maria Kaufmann sein, die mit ihrer beeindruckenden Stimme das Publikum begeistern wird. Durch den Abend begleiten Sie die bekannte Schwimmerin und Moderatorin Franziska van Almsick, Christian Stumpf, Geschäftsführer des SAP Sinfonieorchesters sowie Christian Rothermel, Business Lead für Enterprise Customer Success bei SAP.

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie die wertvolle Arbeit der drei Stiftungen, die sich unermüdlich für die Förderung von Gesundheit und Forschung sowie für die Verbesserung der Patientenversorgung in den jeweiligen Kliniken am Universitätsklinikum Heidelberg einsetzen. Der gesamte Erlös des Abends wird unter den drei Stiftungen gleichmäßig verteilt und kommt damit direkt wichtigen Projekten zugute.

Nutzen Sie diese Gelegenheit, um einen wunderbaren Abend zu erleben und gleichzeitig einen wertvollen Beitrag für Gesundheit und Forschung zu leisten. Gemeinsam können wir viel bewegen und die Zukunft der medizinischen Forschung und Versorgung positiv beeinflussen. Wir freuen uns darauf, Sie bei diesem besonderen Event begrüßen zu dürfen.

MUSIK FÜR DIE SEELE

immer
mittwochs
von 14.30 Uhr bis
15.00 Uhr in der
Chirurgischen
Universitätsklinik
Heidelberg

Seit dem 5. Juni 2024 lädt die Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige, Mitarbeitende wie auch externe Gäste immer mittwochs von 14.30 Uhr bis 15.00 Uhr zu einer musikalischen Auszeit ein. Dieses kleine aber feine musikalische Event findet wöchentlich im hinteren Teil der Magistrale auf Ebene 00 statt. Der Eintritt ist frei. Ziel der Aktion ist es, eine Auszeit vom Klinikalltag zu schaffen und der Seele etwas Gutes zu tun. Denn Musik kann helfen, innere Ruhe zu finden und den Klinikalltag für einen Moment zu vergessen. Gemeinsam mit Frau Böffert und Frau Wimmi von der Klinikseelsorge und gefördert durch die Heidelberger Stiftung Chirurgie kümmert sich Herr Christoph Appelhoff, stellvertretender Pflegedienstleiter um das wöchentliche Programm, das abwechslungsreich gestaltet werden soll.

Die Auftaktveranstaltung am 05. Juni 2024 wurde von Herrn Professor Dr. Ingo Autenrieth, Leitender Ärztlicher Direktor und Jazzpianist sowie Herrn Christian Kurtzahn, Organist und Pianist aus Heidelberg und Kantor im evangelischen Kirchenkreis Obere Nahe gestaltet und begeisterte die Zuhörenden sehr. Nach ein paar kurzen einleitenden Worten von Herrn Appelhoff und Frau Böffert begrüßte auch Herr Professor Autenrieth die anwesenden Gäste und drückte dabei seine Freude über diese schöne Aktion aus. Dabei kam er auch kurz auf die Heidelberger Stiftung Chirurgie zu sprechen. Diese hatte dank einer gezielten Spende durch eine ehemalige Patientin den Kauf des bereits seit einem Jahr als Leihgabe genutzten Flügels überhaupt erst möglich gemacht. Herr Lutz, der Geschäftsführer der Heidelberger Stiftung Chirurgie, ergänzte in diesem Zusammenhang, dass sich die Zuhörerschaft auch bald auf ein noch ansprechenderes Ambiente freuen



könnten, in dem die Musiknachmittage dann stattfinden würden. Dieses sei Dank einer ebenfalls bereits geleisteten Spende eines Ehepaars aktuell in der Planung.

Mit dieser wöchentlich stattfindenden Veranstaltung wird eine feste Routine im Klinikalltag der Chirurgischen Klinik etabliert. Sie würdigt die Bedeutung des seelischen Wohlbefindens für die Genesung der Patientinnen und Patienten im Zusammenspiel mit der höchsten fachlichen und medizinischen Expertise dieser Klinik.

DIE KONZEPTIONSPHASE DER PREHAB-STUDIE

Ein gemeinsames Projekt mit dem Patient
Advisory Board des Studienzentrums
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Seit 2022 gibt es ein neues, innovatives Antragsverfahren im Rahmen der Förderungen von klinischen Studien durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Neben klinischen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten können nun auch Konzeptionsphasen für klinische Studienprojekte mit hoher Relevanz für die Patientenversorgung finanziert werden. Das primäre Ziel besteht hier darin, bereits ab Entstehen der Studienidee die Beteiligung von Patientinnen und Patienten über alle Studienphasen hinweg zu stärken. Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sorgt dafür, dass die Forschung patientenzentriert ist und die tatsächlich relevanten Fragen beantwortet werden. Betroffene bringen ihre persönlichen Erfahrungen und Perspektiven ein, was unter anderem zu einer gesteigerten Machbarkeit und damit verbunden beispielsweise zu einer schnelleren Rekrutierung von Studienteilnehmenden führt. Durch das Einbeziehen aller relevanten Zielgruppen werden so zudem auch insbesondere für Patientinnen und Patienten relevante Fragestellungen priorisiert beforscht und schlussendlich die Qualität und klinische Relevanz der Forschung verbessert. Im Rahmen dieses neuen Verfahrens wird nun auch eine Studienentwicklung der Chirurgischen Klinik in Heidelberg zum Thema Prähabilitation vor Darmkrebsoperationen gefördert. Unter Prähabilitation versteht man ein mehrwöchiges Vorbereitungsprogramm für Patientinnen und Patienten vor einer Darmkrebsoperation. Was diese Konzeptphase zudem einzigartig macht, ist, dass dieses Projekt gemeinsam mit dem Patient Advisory Board (PAB) des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) entwickelt und durchgeführt wird.

Ziel dieser Konzeptionsphase ist es, die Grundlagen für eine multizentrische klinische Studie zu schaffen, die die Effektivität eines umfassenden Prähabilitationsprogramms vor Darmkrebs-Operationen untersuchen soll. Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen weltweit, und die operative Entfernung ist oft die einzige kurative Behandlung, teils in Kombination mit einer vor- oder nachgeschalteten Chemotherapie und Bestrahlung. Allerdings sind diese operativen Eingriffe trotz den kontinuierlichen Fortschritten in Operationstechnik und Betreuung nach der Operation, immer noch mit erheblichen körperlichen und mentalen Belastungen für die Patientinnen und Patienten verbunden. Das Prinzip der Prähabilitation steht, analog zur

Rehabilitation, für eine Optimierung des Patientenzustandes bereits vor der Operation, um so das Trauma, welches durch den Eingriff entsteht, zu minimieren und den Patientinnen und Patienten einen schnellstmöglichen Wiedereinstieg sowie auch, wenn benötigt, raschen Beginn der Nachbehandlung zu ermöglichen. Erste Studien haben bereits gezeigt, dass das Prinzip einer multimodalen Prähabilitation, bestehend aus körperlichem Ausdauer- und Krafttraining, Ernährungsberatung und psychologischer Unterstützung am effektivsten die negativen postoperativen Auswirkungen mildern kann.

Dies ist nun auch das Ziel der PREHAB-Konzeptphase, bei der das Team um PD Dr. Rosa Klotz eng mit Patientenvertreterinnen und -vertretern, klinischen Experten und erfahrenen Studienkoordinatoren zusammenarbeitet. Frau Dr. Klotz ist Oberärztin an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg und Leiterin des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC). Sie gründete 2021 auch das Patient Advisory Board (PAB) des SDGC, um eine regelmäßige und strukturierte Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der klinischen Forschung zu etablieren. Das PAB besteht aktuell aus ca. 20 Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Vertretern von Selbsthilfegruppen sowie zwei Ärztinnen und Studienkoordinatorinnen, die die Mitglieder bei ihrer Arbeit betreuen. Eine Aufgabe des PAB besteht beispielsweise darin, in den regelmäßigen Sitzungen Forschende bei der Entwicklung, Durchführung und Auswertung klinischer Studien durch das Einbringen der Patientenperspektive zu beraten. Sie spielen eine entscheidende Rolle bei der Sicherstellung, dass Studienideen klinisch relevant und patientenzentriert sind, unterstützen aber auch dabei, dass Studiendokumente patientenverständlich erstellt werden.

Nun folgt mit der PREHAB-Studie das erste eigene Projekt des PAB. Die Mitglieder des PAB bringen aktiv ihre Erfahrungen aus der Patientensicht ein und tragen so dazu bei, ein möglichst effektives und machbares Studiendesign zu entwickeln. Zusätzlich können mögliche aufkommende Hürden und Barrieren gemeinsam diskutiert und Lösungsstrategien entwickelt werden.

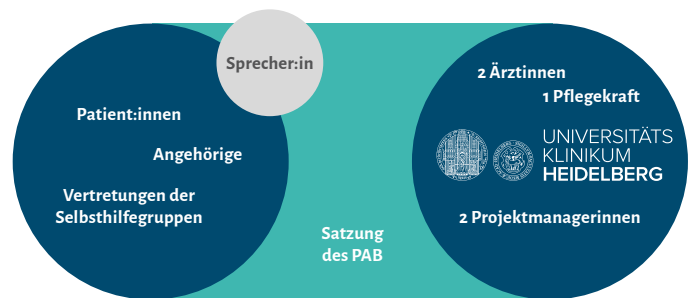
Auch die Forschungsidee wurde gemeinsam mit den PAB-Mitgliedern ausgewählt, da dieses Thema zum einen aus Patientensicht als hoch relevant eingestuft ist, und zum anderen bisher nur kleine, sehr heterogene Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen hierzu durchgeführt werden. Erstmalig sollen Darmkrebspatientinnen und Darmkrebspatienten im Rahmen der Studie auch die Möglichkeit haben, sich mit anderen Betroffenen bereits vor der Operation austauschen zu können.

Ziel ist es, ein praxistaugliches und patientenzentriertes Programm zu entwerfen, das von der Patientenperspektive ausgeht und deren spezifische Bedürfnisse berücksichtigt. Bis zum Ende dieses Jahres soll das Gerüst für die geplante Studie stehen und basierend auf den Erkenntnissen der Konzeptionsphase das Studiendesign entwickelt werden. Anschließend kann im Rahmen dieses Moduls auch gleich die Finanzierung für die Durchführungsphase der geplanten Studie beantragt werden.

Die Konzeptionsphase dieses BMBF-geförderten Projekts stellt zusammenfassend einen bedeutenden Schritt auf dem Weg zur Untersuchung des Effekts eines multimodalen Prähabilitationsprogramms vor Darmkrebsoperationen und folglich einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs dar. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem PAB des SDGC wird sichergestellt, dass die Studie nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch aus der Sicht

der Patienten relevant und umsetzbar ist. Dies ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie Patientenbeteiligung die Qualität und Relevanz klinischer Forschung verbessern kann, was letztlich den Patientinnen und Patienten in der klinischen Versorgung zugutekommt.

Die Beteiligung von Patienten an Forschungsprojekten ist von großer Bedeutung. Sie sorgt dafür, dass die Forschung patientenzentriert ist und die tatsächlich relevanten Fragen beantwortet werden. Drittmittelgeber wie das BMBF fordern heute zunehmend die aktive Einbindung von Patienten in die Planung und Durchführung von Forschungsprojekten. Patienten bringen ihre persönlichen Erfahrungen und Perspektiven ein, was zu einer verbesserten Machbarkeit und klinischen Relevanz der Studien führt. Diese Beteiligung trägt auch auf Seiten der Patienten zur Erhöhung der Akzeptanz und Compliance der Studieninterventionen, also der Einhaltung der vorgeschriebenen Behandlungsprotokolle und Anweisungen bei.



PD Dr. med. Rosa Klotz (2.v.r. / hintere Reihe)) und das interdisziplinäre Forschungsteam



MAßGESCHNEIDERTES THERAPIEKONZEPT ZUR BEHANDLUNG VON BAUCHSPEICHELDRÜSENKREBS

Da die Entstehung von Bauchspeicheldrüsenkrebs auf unterschiedlichste genetische Veränderungen zurückzuführen ist, wird an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg derzeit mit Hochdruck an einem Projekt gearbeitet, das mit Hilfe einer neu geschaffenen Plattform Vorhersagen bzgl. maßgeschneiderter Therapien ermöglicht. Bauchspeicheldrüsenkrebs zählt mit zu den aggressivsten Krebserkrankungen unserer Zeit mit einer 5-Jahres-Überlebensrate bei weniger als 12 %. Jedes Jahr erkranken deutschlandweit etwa 19.000 Menschen an Bauchspeicheldrüsenkrebs. Einzige Chance auf Heilung bietet die vollständige operative Entfernung des Tumors in einem frühen Stadium mit einer anschließenden, sogenannten adjuvanten Chemotherapie. Jedoch profitieren nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen von der angewandten Standardtherapie. Grund hierfür sind Unterschiede in der Entstehung und Entwicklung des Tumors. Umfassende Untersuchungen der Tumore zahlreicher Patientinnen und Patienten haben gezeigt, dass unterschiedliche genetische Veränderungen zur Tumorentstehung beitragen. Zudem scheint die komplexe Konstellation verschiedener Zellen, insbesondere der Immunzellen, in der direkten Umgebung des Tumors, der sogenannten Mikroumgebung, die Entwicklung von Bauchspeicheldrüsenkrebs entscheidend zu beeinflussen. Daher ist es verständlich, dass nicht ein und dieselbe medikamentöse Therapie bei allen Patientinnen und Patienten die gleiche Wirkung erzielt. Vielmehr müsste für jede Patientin und jeden Patienten eine Therapie ausgewählt werden, die spezifisch auf die individuellen Angriffspunkte des einzelnen Tumors ausgerichtet ist. Bisher gibt es allerdings noch keine Möglichkeit vorherzusagen, welche Therapie für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten

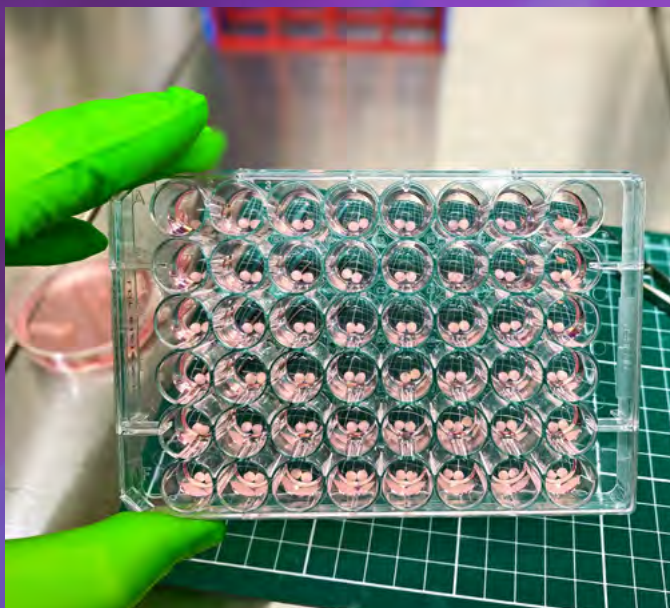
optimal wirksam ist. Um eine maßgeschneiderte medikamentöse Therapie zu ermöglichen, wird im Rahmen dieses translationalen Projektes eine Plattform errichtet und validiert, die anhand von Untersuchungen der Reaktionen des entfernten Tumorgewebes auf tumorhemmende Medikamente in der Zellkulturschale ein Therapieansprechen zuverlässig vorhersagt. Hierzu werden sogenannte Gewebeschnittkulturen etabliert, im Labor unter kontrollierten Bedingungen kultiviert und mit unterschiedlichen tumorhemmenden Medikamenten behandelt. Ziel der Experimente ist die Untersuchung der Wirkung auf das Überleben der Tumorzellen. Dies bedeutet, dass im Anschluss an eine vollständige operative Entfernung des Tumors Gewebestücke, in denen die komplexe Architektur des individuellen Tumors und dessen Mikroumgebung erhalten bleibt, in einem speziellen Nährmedium mit verschiedenen tumorhemmenden Medikamenten behandelt und das Therapieansprechen analysiert wird. Die Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe von Machine Learning. Die im Labor erhaltenen Ergebnisse werden für jeden einzelnen Tumor mit den entsprechenden klinischen Daten der nach aktuellem Standard behandelten Patientin bzw. Patienten korreliert. So lässt sich feststellen, ob die Ergebnisse der Medikamenten-Testung in der Zellkulturschale tatsächlich eine Vorhersage der tumorhemmenden Wirkung im Menschen erlauben. Falls sich dies bestätigt, könnte anhand dieser Gewebeschnittkulturen für jede Patientin und jeden Patienten eine optimale, maßgeschneiderte Therapie ausgewählt werden. Dies könnte sowohl die Prognose dieser verheerenden Krebserkrankung verbessern, als auch unnötige Nebenwirkungen verringern. Zudem kann die Wirksamkeit neuer tumorhemmender Medikamente untersucht werden.



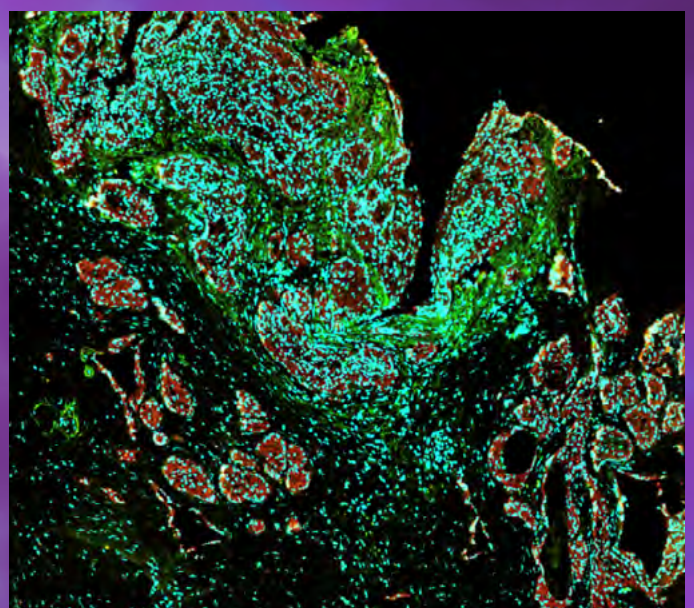
A: Frisch entnommenes Tumorgewebestück auf einem Probenhalter



B: Gerät mit vibrierender Rasierklinge(Vibratom, Lieca) zur Herstellung von sehr dünnen Gewebeschnitten zur Etablierung einer Gewebeschnittkultur



C: Ausbringen einzelner Gewebeschnitte in eine Kulturschale zur mehrfachen medikamentösen Testung im Labor



D: Mehrfach Immunfluoreszenz Färbung einer Gewebeschnittkultur



HEIDELBERGER STUDIE ZUR SICHERHEIT DER OPERATION AN DER BAUCHSPEICHELDRÜSE MIT DEM OP-ROBOTER

Der Bauchspeicheldrüsenkrebs hat in Deutschland eine steigende Rate an Neuerkrankungen und in vielen Fällen immer noch eine schlechte Prognose. Für die Chance einer Heilung ist immer auch eine Operation mit der Entfernung des Tumors in Kombination mit Chemotherapie erforderlich. Diese komplexe Operation wird am Universitätsklinikum Heidelberg besonders häufig durchgeführt.

In einer aktuellen Studie der Forschungsgruppe um PD Dr. med. Rosa Klotz wurde die Sicherheit und Wirksamkeit zweier chirurgischer Methoden zur Entfernung des Kopfes der Bauchspeicheldrüse untersucht: die roboter-assistierte Operation und die traditionelle offene Operation. Bei der

roboter-assistierten Operation sitzt der Operateur oder die Operateurin an einer Steuerungskonsole, lenkt die Arme des Operationsroboters und die Operation erfolgt mit kleinen Schnitten, also minimal-invasiv. Bei der offenen Operation wird ein großer Bauchschnitt durchgeführt. Diese Studie ist von besonderer Bedeutung, da beide Verfahren zur Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs und anderen schwerwiegenden Erkrankungen dieses Organs angewendet werden und bis dato unklar war, ob die Operation mit dem Roboter genauso sicher ist wie die bisher standartmäßig durchgeführte offene Operation. Diese erste randomisiert-kontrollierte, also methodisch hochwertige Studie, wurde in einem renommierten Journal (Lancet Regional Health Europe) veröffentlicht.

Die Studie umfasste 81 Patientinnen und Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, die im Zufallsverfahren entweder roboter-assistiert oder offen mit einem großen Bauchschnitt operiert wurden. Der Hauptfokus dieser Studie lag darauf, wie sicher und effektiv die beiden Methoden im Vergleich zueinander sind. Hierfür wurde die Rate an Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff erfasst. Das ist ein entscheidender Faktor, da Komplikationen nach einer Operation die Erholungszeit verlängern und das Risiko weiterer gesundheitlicher Probleme erhöhen können. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesamtrate an Komplikationen zwischen den beiden Gruppen vergleichbar ist. Patientinnen und Patienten, die sich der roboter-assistierten Operation unterzogen, hatten eine ähnliche Anzahl an postoperativen Komplikationen wie jene, welche die offene Methode erhielten. Die Sterblichkeitsrate innerhalb von 90 Tagen nach der Operation war in beiden Gruppen niedrig und ebenfalls vergleichbar. Dies bedeutet, dass beide Verfahren in erfahrenen Händen als sicher angesehen und daher Patientinnen und Patienten als gleichwertig empfohlen werden können.

Einige Unterschiede zwischen den beiden Verfahren waren jedoch festzustellen: Die roboter-assistierte Methode dauerte im Durchschnitt länger als die offene Operation. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Vorbereitung und der Einsatz des Roboters mehr Zeit in Anspruch nehmen. Auch die Kosten für die roboter-assistierte Operation sind höher. Diese höheren Kosten ergeben sich aus der aufwändigeren Technik und den zusätzlichen Ressourcen, die für den Einsatz des Roboters benötigt werden. Außerdem erlebten Patientinnen und Patienten in der robotischen Gruppe häufiger eine verzögerte Magenentleerung, eine Komplikation, bei welcher der Magen langsamer als normal entleert wird, was wiederum zu Übelkeit und Erbrechen führen kann.

Die roboter-assistierte Methode bietet jedoch auch potenzielle Vorteile. Sie ermöglicht den Chirurginnen und Chirurgen eine höhere Präzision und eine bessere Visualisierung des Operationsfeldes. Dies kann zu weniger Blutverlust und einer schnelleren Erholung führen. Die Wahl der Methode sollte daher individuell getroffen werden, basierend auf den spezifischen Umständen der Patientinnen und Patienten und der Expertise des chirurgischen Teams.

In hochspezialisierten Zentren wie dem Universitätsklinikum Heidelberg, wo sowohl die roboter-assistierte als auch die offene Chirurgie auf höchstem Niveau durchgeführt werden, kann die roboter-assistierte Pankreaschirurgie eine vielversprechende Alternative zur traditionellen Methode darstellen. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die roboter-assistierte Methode besonders in solchen spezialisierten Einrichtungen eine sichere und effektive Option ist. Dennoch sind weitere Untersuchungen notwendig, um die langfristigen Vorteile und möglichen Effekte der roboter-assistierten Chirurgie besser zu verstehen.

PD Dr. med. Rosa Klotz



In hochspezialisierten Zentren wie dem Universitätsklinikum Heidelberg, wo sowohl die roboter-assistierte als auch die offene Chirurgie auf höchstem Niveau durchgeführt werden, kann die roboter-assistierte Pankreaschirurgie eine vielversprechende Alternative zur traditionellen Methode darstellen.

ENTSCHLÜSSELUNG PROGRESSIVER UND THERAPIE-ASSOZIIERTER VERÄNDERUNGEN DES TUMOR-MIKROMILIEUS DES PANKREASKARZINOMS ZUR INDIVIDUALISIERUNG VON THERAPIESTRATEGIEN

Bauchspeicheldrüsenkrebs zeigt in Deutschland eine steigende Rate an Neuerkrankungen und hat in vielen Fällen immer noch eine schlechte Prognose. Derzeit besteht die einzige Heilungsmöglichkeit in der vollständigen chirurgischen Resektion des Tumors in Kombination mit einer (neo)adjuvanten Chemotherapie. Unter neoadjuvant versteht man eine Therapie, die vor der eigentlichen Haupttherapie, z. B. einer Operation, angewendet wird. Die Überlebensrate von Pankreaskarzinom-Patienten ist jedoch in allen Tumorstadien sehr unterschiedlich und Standardtherapien variieren erheblich in ihrer Wirksamkeit. Obwohl Multi-Omics-Analysen, also Analysen, die auf umfassenden biologischen und medizinischen Ansätzen basieren, um ein ganzheitliches Verständnis zu erhalten, die molekulare Heterogenität des Pankreaskarzinoms aufgezeigt haben, beruhen Stadieneinteilung und Behandlungsempfehlungen noch immer weitgehend auf bildgebenden Verfahren, ohne Berücksichtigung der individuellen Tumorbiologie. Bessere Methoden zur Prognoseprädiktion und Risikoabschätzung (Stratifizierung) mit Auswahl der optimalen und einer unterschiedliche Behandlungsansätze kombinierenden Therapiestrategie für jeden einzelnen Patienten sind dringend erforderlich. Ergänzende molekulare Analysen und eine auf den neusten Erkenntnissen beruhende Neubewertung (Restratifizierungen) des Pankreaskarzinoms unter Berücksichtigung der Tumorbiologie könnten dazu beitragen, effektivere Behandlungsstrategien mit optimaler Terminierung des chirurgischen Eingriffs zu entwickeln.

Die Arbeitsgruppe um Frau PD Dr. Dr. Susanne Roth arbeitet derzeit an einem durch das Max-Eder Exzellenzprogramm der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekt, das auf umfassenden Ansätzen zur Charakterisierung des Mikromilieus des Pankreaskarzinoms basiert. Im Rahmen dessen sollen

- a. Merkmale bestimmt werden, die das (vollständige) Ansprechen auf eine neoadjuvante Chemotherapie, sowie ein rezidivfreies Langzeitüberleben gegenüber dem Auftreten eines Lokalrezidivs bzw. einer Fernmetastasierung unterscheiden,
- b. die biologische Relevanz der identifizierten Merkmale bewertet und validiert werden,
- c. Biomarker-Kombinationen spezifiziert und Vorhersagemodelle für das Ansprechen auf (neo)adjuvante Therapien, (aggressives) biologisches Verhalten und biologische Resektabilität, also die potentiellen Erfolgchancen einer chirurgischen Entfernung (d. h. frühes Rezidiv/ Metastasierung postoperativ), sowie die Prognose der Patienten entwickelt werden, um letztlich die Risikoabschätzung für Pankreaskarzinom-Patienten zu verbessern und Behandlungsstrategien zu optimieren.



Mehr Informationen über die
Forschung am EPZ finden Sie auf
der entsprechenden Webseite



*PD Dr. Dr. med. Susanne Roth
Oberärztin, Stellv. Leiterin Sektion
Pankreaschirurgie*



KREBS TAG | WELT PANKREAS KREBS TAG | WELT

WELT PANKREAS KREBS TAG | WELT PANKREAS

PANKREAS KREBS TAG | WELT PANKREAS

21. NOVEMBER 2024
EPZ HEIDELBERGHELLO
HOPE

EINLADUNG ZUM WELTPANKREASKREBSTAG 2024

Informieren, Austauschen, Unterstützen



Am 21. November 2024 ist es wieder soweit:

Der Weltpankreaskrebstag steht vor der Tür und die Chirurgische Klinik am Universitätsklinikum Heidelberg lädt Sie herzlich zu einer besonderen Informationsveranstaltung ein. Auch dieses Jahr möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Sie umfassend über das Thema Bauchspeicheldrüsenkrebs zu informieren, aktuelle Forschungsergebnisse vorzustellen und den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten zu fördern.

Unsere Veranstaltung bietet Ihnen eine Vielzahl interessanter Vorträge und Gesprächsrunden mit renommierten Experten auf dem Gebiet der Pankreaskrebsforschung und -behandlung. Erfahren Sie aus erster Hand mehr über die neuesten medizinischen Fortschritte, innovative Therapiemöglichkeiten und bewährte Behandlungsmethoden. Unsere Referenten stehen Ihnen zudem für Fragen zur Verfügung und bieten wertvolle Einblicke in die täglichen Herausforderungen und Erfolge bei der Bekämpfung dieser ernsten Erkrankung.

Neben den Fachvorträgen haben Sie die Möglichkeit, sich an verschiedenen Informationsständen über Unterstützungsangebote, Selbsthilfegruppen und weiterführende Ressourcen zu informieren. Unsere Partner und Kooperationspartner stellen ihre Initiativen und Projekte vor, die Betroffenen und ihren Familien helfen, besser mit der Diagnose und den damit verbundenen Herausforderungen umzugehen.

Für weitere Informationen und die Anmeldung zur Veranstaltung besuchen Sie bitte unsere Website oder kontaktieren Sie uns per E-Mail unter info@stiftung-chirurgie.de oder telefonisch unter 06221 56 4875.

NEUER ANFANG, NEUES LOGO

Die Heidelberger Stiftung Chirurgie präsentiert sich im frischen Design

Seit über zehn Jahren begleitete uns das vertraute Logo der Heidelberger Stiftung Chirurgie: Ein stilisierter Chirurgenkopf, der in OP-Kleidung mit Kopfhaube und Mundschutz symbolisch für die Expertise und Hingabe unserer Fachkräfte steht.

Dieses Logo symbolisierte unsere Kernkompetenzen und Werte. Doch nun ist die Zeit reif für einen neuen Anfang und damit auch für ein neues Logo, das die Zukunft der Stiftung verkörpert.

SKIZZE



ENDGÜLTIGES LOGO



Das neue Logo der Heidelberger Stiftung Chirurgie stellt eine Spirale dar, die aus vielen einzelnen Punkten besteht und zur rechten Seite hin halb offen ist, wodurch sie die Form eines „C“ bildet – C wie Chirurgie. Im Inneren des C findet sich die Wortmarke „Heidelberger Stiftung Chirurgie“, wobei das Wort „CHIRURGIE“ in Großbuchstaben hervorgehoben und präsenter abgebildet ist.

Die Farbgebung bleibt bestehen: ein frisches Frühlingsgrün, das an die OP-Kleidung erinnert und somit eine direkte Verbindung zu unserem Arbeitsalltag und unserer medizinischen Mission herstellt. Die vielen einzelnen Punkte, aus denen das C geformt ist, symbolisieren die Menschen – unsere Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, die von den Fördermaßnahmen der Stiftung profitieren. Gleichzeitig stehen die Punkte für all jene in der Klinik und der Stiftung, die täglich ihr Bestes geben, um in Heidelberg eine erstklassige medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Das neue Logo repräsentiert somit nicht nur die modernen Ansprüche und den fortwährenden Fortschritt in der Chirurgie, sondern auch die Gemeinschaft und das Engagement, das uns auszeichnet. Es ist ein Symbol für den Zusammenhalt und die vielen kleinen Beiträge, die in ihrer Gesamtheit Großes bewirken.

Wir freuen uns darauf, diesen Neuanfang gemeinsam mit Ihnen zu beschreiten und danken Ihnen für Ihre fortwährende bzw. zukünftige Unterstützung. Ihr Engagement ermöglicht es uns, weiterhin herausragende medizinische Leistungen zu erbringen und innovative Projekte zu fördern. Gemeinsam setzen wir neue Maßstäbe in der medizinischen Versorgung – in Heidelberg und darüber hinaus.

Entdecken Sie das neue Logo der Heidelberger Stiftung Chirurgie und begleiten Sie uns auf unserem Weg in eine vielversprechende Zukunft.

NEUER PODCAST

DER KLINIK FÜR ALLGEMEIN-, VISZERAL-
UND TRANSPLANTATIONSCHIRURGIE DES
UNIVERSITÄTSKLINIKUMS HEIDELBERG

Einblicke in Spitzenmedizin und persönliche Erfahrungen



ALLGEMEIN-VISZERAL-TRANSPLANTATION

CHIRURGIE

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HEIDELBERG



Für mehr Informationen
und um die erste Episode
anzuhören, besuchen Sie bitte
die Website des Europäischen
Pankreas Zentrums:
www.epz-heidelberg.de



*Das Interview mit Prof. Dr. med. Christoph Michalski
führte Markus Winter FAKTENHAUS*

Die Chirurgische Klinik am Universitätsklinikum Heidelberg startet einen spannenden neuen Kanal zur Information und Aufklärung: unseren VIS CAST!

Anfang Juli wurde die erste Folge produziert und weitere sollen folgen. Dieses innovative Format soll Patienten, Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit über aktuelle Themen der Medizin informieren und dabei auch persönliche Einblicke bieten.

In der Premiere-Episode begrüßen wir Herrn Prof. Dr. Christoph Michalski, Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg. Prof. Michalski widmet sich in diesem Podcast dem Thema Bauchspeicheldrüsenkrebs (Pankreaskarzinom) und beantwortet in dieser Folge 20 zentrale Fragen zur Diagnose, Behandlung und den neuesten Forschungsergebnissen. Diese Episode ist besonders wertvoll für alle, die sich eingehend mit dem Thema Pankreaskarzinom befassen möchten und an den neuesten Entwicklungen in der Forschung interessiert sind.

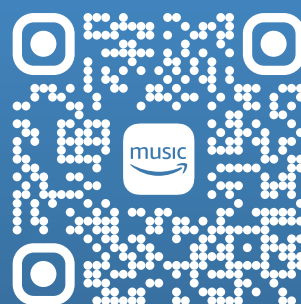
Aber es geht nicht nur um medizinische Fakten. Prof. Michalski gibt auch einen persönlichen Einblick in sein erstes Jahr als Chefarzt in Heidelberg. Er spricht über seine hohen Ansprüche, seine Ziele und die hervorragende Zusammenarbeit auf dem Heidelberger Campus. Diese Offenheit bietet den Zuhörern eine einzigartige Perspektive auf das Leben eines führenden Mediziners und die Herausforderungen, denen er täglich gegenübersteht.

Unser Podcast verbindet fachliches Wissen mit persönlichen Erfahrungen und bietet einen faszinierenden Blick hinter die Kulissen der Spitzenmedizin. Weitere Folgen sind bereits in Planung, und wir freuen uns darauf, Ihnen in Zukunft noch mehr spannende Themen und Experteninterviews zu präsentieren.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Hören des neuen Podcasts und freuen uns auf Ihr Feedback! Bleiben Sie gespannt auf die kommenden Episoden, in denen wir weiterhin wichtige medizinische Themen und persönliche Einblicke präsentieren werden.



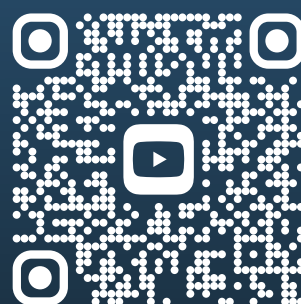
Apple podcasts



Amazon music



Spotify



Youtube

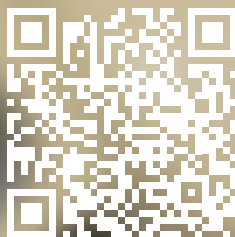


ZU JETZT SPENDEN

ABONNIEREN SIE UNSERE NEWSLETTER

Bleiben Sie mit unseren Newsletter auf dem aktuellen Stand
zu unseren Veranstaltungen und Projekten.

www.stiftung-chirurgie.de/mediathek/newsletter.html



www.stiftung-chirurgie.de