

WIR STIFTER

Das Magazin

STIFTEN
MIT
SINN

Geschenkte Lebenszeit

Neuer Chefarzt der Klinik für Urologie

Neue interdisziplinäre Notfallambulanz

Pankreaszystentag 2025



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 3: Prof. Dr. C. Michalski
Seite 4: Dr. W. Gussinklo, Prof. Dr. R. Arif
Seite 6: K. Braun
Seite 7: Ursula und Dr. Eugenio Serrallach
Seite 8: K. Braun / Prof. Dr. Dr. J. Huber
Seite 12: K. Braun / Prof. Dr. G. Germann
Seite 14: K. Braun / Prof. Dr. C. Michalski
Seite 16: K. Braun / Prof. Dr. M. Loos
Seite 20: K. Braun / Prof. Dr. M. Loos
Seite 22: K. Braun / F. Glass
Seite 24: K. Braun / Dr. Ch. Leowardi
Seite 26: K. Braun / Prof. Dr. D. Böckler
Seite 30: K. Braun / Prof. Dr. M. Loos

Layout & Satz:

FAKTENHAUS GmbH, Heidelberg

Fotos:

Cover: FAKTENHAUS
Cover innen: FAKTENHAUS
Seite 3: FAKTENHAUS
Seite 4: iStock
Seite 6 - 7: Ursula und Dr. Eugenio Serrallach
Seite 8 - 10: UKOM UKHD
Seite 12: Prof. Dr. G. Germann
Seite 14: FAKTENHAUS
Seite 16-17: FAKTENHAUS
Seite 19: FAKTENHAUS
Seite 20: Depositphotos
Seite 22: FAKTENHAUS
Seite 24: UKOM UKHD
Seite 26 - 29: UKOM UKHD
Seite 30: Adobe Stock
Seite 31: Adobe Stock

**Spendenkonto
IBAN:**

**Sparkasse Heidelberg
DE08 6725 0020 0009 2311 61**



VORWORT

Es ist eine bunte Ausgabe geworden, die Frühlingsausgabe unseres Stiftermagazins, in der wir über zahlreiche Themen rund um unsere Klinik berichten. Von dem neuen Ärztlichen Direktor der Urologie, der seit Januar das Heidelberger Team bereichert, von Visionen wie die Medizin der Zukunft aussehen könnte, von der Würdigung eines Lebenswerks, das mit einem besonderen Preis ausgezeichnet wurde und vieles mehr.

Trotz all der unterschiedlichen Schwerpunkte und den vielen Bereichen, in denen unsere Klinik tätig ist, steht beständig eines im Mittelpunkt: der Patient. Diese Philosophie „Patient im Mittelpunkt“ ist tief in unserer Klinik verankert. In Zeiten zunehmend komplexer Erkrankungen sind individuelle, patientenorientierte Therapien von immer größerer Bedeutung und eröffnen vielfältige Möglichkeiten, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen. Diese Prinzipien täglich in die Praxis umzusetzen, dafür engagiert sich unser gesamtes Team.

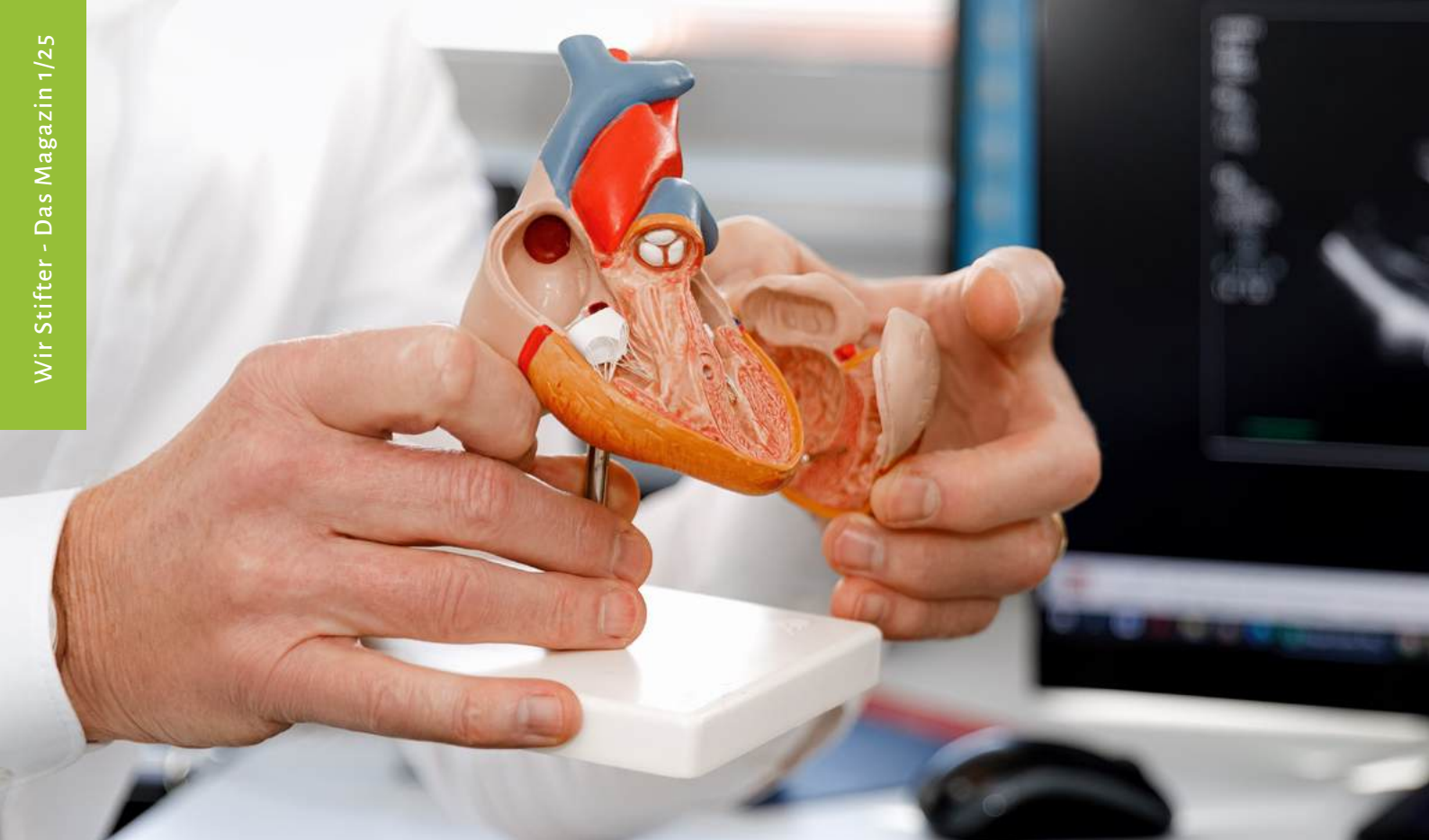
Jede Behandlungssituation ist einzigartig und verlangt, nicht nur auf die medizinischen Bedürfnisse einzugehen, sondern auch den Menschen hinter der Erkrankung zu sehen. Aufgrund der Vielschichtigkeit vieler

Krankheitsbilder ist eine gute und enge Zusammenarbeit der einzelnen Fachdisziplinen enorm wichtig, um optimale Behandlungskonzepte entwickeln zu können. Doch darf dies nicht über den Kopf der Patientinnen und Patienten hinweg geschehen. Im Gegenteil: Eine offene Kommunikation mit den betroffenen Patientinnen und Patienten sollte immer im Mittelpunkt stehen. Es gehört daher zu unseren wichtigsten Zielen, dass es uns gelingt, trotz des vielfach stressigen Klinikalltags uns immer ausreichend Zeit für die Fragen unserer Patientinnen und Patienten zu nehmen und Entscheidungen transparent zu erläutern. Und sollte uns dies hier und da einmal nicht gelungen sein, geben Sie uns bitte die Chance, es künftig besser zu machen, indem auch Sie offen und transparent mit uns kommunizieren.

Zum bevorstehenden Osterfest wünschen wir Ihnen von Herzen alles Gute. Lassen Sie uns trotz der unruhigen Zeiten in Europa und in der Welt gemeinsam zuversichtlich nach vorne blicken.

Herzliche Grüße

Christoph Michalski



NEUE THERAPIEVERFAHREN FÜR THORAKALE AORTENANEURYSMEN

Bei Bindegewbserkrankungen, von denen das Marfan-Syndrom die Bekannteste ist, kann sich die Hauptschlagader (Aorta) im Laufe der Zeit aufgrund der Schwäche der Gefäßwand weiten. Der höchste Druck im gesamten Gefäßsystem herrscht direkt nach dem Herzen, in der Aortenwurzel und der aufsteigenden Aorta (Aorta ascendens). Diese Stellen sind daher am stärksten von der Dilatation (Erweiterung) betroffen und haben das größte Risiko zu reißen, was eine akute, lebensbedrohliche Komplikation darstellt. Aber auch in anderen Fällen kann es zur Erweiterung der Aortenwurzel kommen, wie zum Beispiel bei Vorliegen einer bikuspiden Aortenklappe, bei der die Aortenklappe nur zwei statt drei Taschen aufweist.

Wenn die Aortenwurzel bzw. die Aorta ascendens (senkrecht zum Kopf hinlaufende Anfangsteil der Aorta) einen bestimmten Durchmesser erreicht hat, ist das

Risiko eines Einrisses (Dissektion) oder einer Ruptur, also des Zerreißens der Gefäßwand, so erheblich, dass die Erweiterung behandelt werden muss. Es gab jedoch bis 1968 keine Behandlungsmöglichkeiten als die britischen Herzchirurgen Hugh Bentall und Antony de Bono ihre Technik zur Ersetzung der Aortenwurzel und Aortenklappe veröffentlichten. Bis dahin betrug die Lebenserwartung von Marfan-Patienten im Durchschnitt 32 Jahre, wobei die meisten an kardiovaskulären, also das Herz- und das Gefäßsystem betreffenden Ereignissen starben. Bei dieser Technik wird jedoch auch die Aortenklappe ersetzt, obwohl diese bei den meisten Patienten gesund ist. Zwanzig Jahre später wurden fast zeitgleich zwei Techniken entwickelt, bei denen die eigene Klappe erhalten wird, während die Aortenwurzel ersetzt wird. Beide Techniken, die Remodelingtechnik nach Yacoub und die Reimplantationstechnik nach David sind seitdem



Die Herausforderung bei dieser Operation besteht darin, die Koronararterien freizulegen, damit die Prothese bis auf den Ursprung der Aorta heruntergezogen werden kann und die gesamte Aortenwurzel von außen gestützt wird.

der Goldstandard in der Aortenwurzelchirurgie, wobei die Technik nach David weltweit bevorzugt wird.

Nichtsdestotrotz erfordert der klappensparende Aortenwurzelsatz den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, die Stilllegung des Herzens und führt zu einem Fremdkörperkontakt mit dem Blutkreislauf. Diese Tatsachen brachten den britischen Ingenieur Tal Golesworthy, selbst Marfan-Patient und ohne medizinische Ausbildung, dazu, eine neue Methode zu entwickeln, bei der die Aortenwurzel nicht ersetzt, sondern von außen gestützt wird. Diese Methode, der Personalised External Aortic Root Support (PEARS), wurde erstmals am 24. Mai 2004 von dem britischen Herzchirurgen John Pepper bei Tal Golesworthy selbst angewendet.

Auf Basis eines CT-Scans wird ein 3D-gedrucktes Gerüst der Aortenwurzel angefertigt, das anschließend millimetergenau um die Aortenwurzel gelegt wird, um eine weitere Dilatation zu verhindern. Die Herausforderung bei dieser Operation besteht darin, die Koronararterien (Herzkranzgefäße) freizulegen, damit die Prothese bis auf den Ursprung der Aorta heruntergezogen werden kann und die gesamte Aortenwurzel von außen gestützt wird. Dies ermöglicht, indem der Blutdruck während der Freilegung sehr niedrig gehalten wird. All dies geschieht, wie gesagt, in der Regel ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und ohne direkten Kontakt zwischen dem Blutkreislauf und der Prothese.

Die Operation wurde bisher bei fast 1000 Patienten durchgeführt und in einer aktuellen Analyse der ersten 200 Patienten, die mit der PEARS-Technik behandelt wurden, sind die Ergebnisse vielversprechend. Bei keinem der operierten Patienten wurde eine postoperative Aortendissektion in der Aorta ascendens beschrieben, und die Überlebensrate vor, während und nach einem chirurgischen Eingriff war vergleichbar mit der David-Prozedur. Weitere Langzeitergebnisse sind jedoch erforderlich, um zu sehen, ob die PEARS-Technik langfristig mit dem klappensparenden Aortenwurzelsatz mithalten kann.

Die Operation wurde bisher unter anderem in Großbritannien, den Niederlanden, Österreich, Italien und Australien durchgeführt, wobei die größte Erfahrung in Großbritannien und den Niederlanden vorliegt. Nun wurde die erste PEARS-Operation in Deutschland an der Klinik für Herzchirurgie der Uniklinik Heidelberg durchgeführt, mit Unterstützung des erfahrenen Teams vom Universitair Medisch Centrum Amsterdam (UMC Amsterdam). Die erste Operation war erfolgreich und der Patient befindet sich auf dem Weg der Genesung. Die Uniklinik Heidelberg setzt sich dafür ein, diese innovative Technik weiterhin in Deutschland anzubieten. Mittlerweile hat die Klinik für Herzchirurgie noch drei weitere PEARS-Operationen erfolgreich durchgeführt, und weitere PEARS-Operationen sind geplant.

ÜBER GESCHENKTE ZEIT, VERBESSERTE LEBENSQUALITÄT

und das Bedürfnis etwas zurückgeben zu wollen

Neben wichtigen Forschungsthemen und der sich daraus ergebende Optimierung von Behandlungsmöglichkeiten ist es für uns immer eine ganz besondere Freude, wenn wir in unserem Stifter-Magazin auch davon berichten dürfen, was Menschen dazu motiviert, die Heidelberger Stiftung Chirurgie zu unterstützen. Jede Geschichte ist dabei einzigartig und so hat auch jede Spende, die uns erreicht, ihre eigene und einzigartige Geschichte. Den Blick hinter die Spende werfen zu dürfen, auf die individuelle Lebensgeschichte der Spenderinnen und Spender, ist für uns ein großes Glück. Es sind Einblicke, die uns bewegen und gleichermaßen inspirieren und die wir gerne mit Ihnen teilen. In dem folgenden Artikel, geschrieben von einem herzchirurgischen Patienten, schenkt dieser uns und Ihnen Einblicke in seine ganz persönliche Lebensgeschichte. Eine Geschichte, die ihn dazu bewegt hat, etwas zurückgeben zu wollen für die geschenkte Lebenszeit. Doch lesen Sie selbst was die Höhe seiner Spenden mit erklimmenen Berggipfeln zu tun hat und wie er damit seine tiefe Dankbarkeit in konkretes Engagement umwandelt. Eine Geschichte, die wie viele andere zeigt, wie vielfältig die Beweggründe für Spendenengagement sein können. Vielleicht inspiriert dieser Beitrag ja auch Sie und macht Ihnen Mut, uns auch Ihre persönliche Geschichte, die hinter Ihrer Spende steht, zu erzählen? Doch nun wünschen wir Ihnen erst einmal viel Freude beim Lesen des nun folgenden berührenden und motivierenden Beitrags.



Ursula und
Dr. Eugenio Serrallach

IN DANKBARKEIT

an das Heidelberger Herzchirurgieteam von Prof. Dr. M. Karck

Im August 2021 wurde ich nach einer Katheter-Untersuchung in der Heidelberger Herzchirurgie notfallmäßig einem dreifachen Koronararterien-Bypass unterzogen. Bereits wenige Stunden nach der Katheter-Untersuchung wurde mir klar, dass von nun an mein Leben auf geschenkter Zeit beruhte.

Die Herzoperation verlief erfolgreich und komplikationslos. Postoperativ war es dennoch eine große Herausforderung, alltägliche Dinge wie das Treppensteigen zu bewältigen. Lange Pausen waren nötig, um mich zu erholen. In den Wochen nach der Operation war meine Familie die treibende Kraft, nicht aufzugeben. Die Gedanken darüber, ob die geschenkte Zeit ausreichen würde, um meine persönlichen Angelegenheiten zu regeln, falls ich meine Familie vorzeitig verlassen musste, trübten meinen Alltag.

Nach mehreren Wochen Rehabilitation mit Physiotherapie begann sich meine innere Unruhe zu legen. Positive Gedanken über mein Glück, alles überlebt zu haben, rückten in den Vordergrund. Ein zentraler Aspekt war die Dankbarkeit gegenüber allen, die in der Heidelberger Herzchirurgie und Reha zu meiner Genesung beigetragen haben.

Im Januar 2022, sechs Monate nach der Bypassoperation, war ich wieder stark genug um in Wirl-Galtür auf 2000 m Höhe Ski zu fahren. Im Sommer 2022 konnte ich bereits auf der nahegelegenen Bieler-Höhe wandern und dabei die Wiesbadener- und Saarbrücker-Hütte erreichen. Die Dankbarkeit, das zuvor Unvorstellbare wieder erleben zu dürfen, führten zum Wunsch mit einer jährlichen Spende die Arbeit dieser engagierten Menschen zu würdigen und zu unterstützen, die sich rund um die Uhr liebevoll für andere Menschen einsetzen.

Während ich mich nach der erfolgreichen Operation mit meinem reparierten Herzen in der Natur beim Bergwandern oder Skifahren erhole, möchte ich mich aktiv mit einer gesunden Anstrengung daran beteiligen, den jährlichen Spendenbeitrag zu bestimmen. Dieser wird dabei durch die höchstgelegene Gipfelhöhe bestimmt, die ich jedes Jahr aus eigener Kraft zu Fuß erreiche. Dieser Betrag wird zur Unterstützung zukünftiger chirurgischer Innovationen an die Heidelberger Stiftung Chirurgie überwiesen.

Wenn man den Fokus auf den Mehrwert der Genesung und der dadurch verbesserten Lebensqualität eines Patienten legt, könnte dies zu einer erweiterten volkswirtschaftlichen Betrachtung der Krankenhausbilanzen führen. Eine interessante Frage wäre, ob die politische Diskussion über die defizitäre Lage im Gesundheitswesen anders verlaufen würde, wenn man in die Einnahmen-Ausgaben-Rechnung eine neue Position einführt: den „gesellschaftlichen postoperativen Mehrwertgewinn“.

Mit meinen Spenden möchte ich meine tiefe Dankbarkeit für die großartige Behandlung und Unterstützung zum Ausdruck bringen und dazu beitragen, dass auch anderen Menschen durch zukünftige chirurgische Innovationen geholfen werden kann.





HERZLICH WILLKOMMEN IN HEIDELBERG

Prof. Dr. Dr. Johannes Huber ist neuer Chefarzt der Klinik für Urologie an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg

Mit Beginn des Jahres 2025 hat Professor Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber seine Tätigkeit als neuer Chefarzt an der Urologischen Universitätsklinik in Heidelberg aufgenommen. Er ist Nachfolger von Prof. Dr. med. Markus Hohenfellner, der sich nach 21 Jahren in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet hat. Die Hingabe von Prof. Huber für sein Fach ist nicht nur für das Universitätsklinikum, sondern in erster Linie für die Menschen der gesamten Region ein großer Gewinn. Denn er verfügt über eine beeindruckende fachliche Expertise und hat eine klare, zukunftsorientierte Vision, um die bestmögliche Versorgung für seine Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Nach seinem Studium der Medizin und Philosophie in München, das er mit Promotion in beiden Fächern abschloss, war Prof. Huber bereits von 2006 bis 2012 als Arzt und Wissenschaftler an der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Heidelberg tätig. Nachdem er seine Facharztausbildung in Heidelberg beendet und einen Wissenschaftsaufenthalt in Zürich absolviert hatte, arbeitete er als Oberarzt, Leitender Oberarzt und als Stellvertretender Ärztlicher Direktor an der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Dresden. Berufsbegleitend absolvierte er noch ein Studium der

Betriebswirtschaftslehre an der Universität Erlangen-Nürnberg. Sein Ruf auf eine W3-Professur für Urologie führte ihn schließlich an das Universitätsklinikum Marburg. Dort leitete er drei Jahre lang die Klinik für Urologie. Dass er nach so vielen Jahren nun wieder nach Heidelberg zurückkehrt, den Ort, an dem seine klinische Ausbildung ihren Anfang nahm und an dem er seinerzeit seine wissenschaftliche Grundorientierung entwickelte, bedeutet ihm sehr viel. Doch auch auf seine Zeit in Dresden blickt er dankbar zurück. Dort gelang es ihm, aufgrund der hohen operativen Fallzahlen sein Handwerk immer weiter zu optimieren, was schließlich zu seiner Berufung nach Marburg führte. Seine noch immer enge Verbundenheit mit dem von ihm in Marburg aufgebauten Team, machte ihm den Wechsel nicht leicht. Umso dankbarer ist er, dass ihn ein paar der Marburger Kolleginnen und Kollegen nach Heidelberg begleitet haben, so dass die Freude auf die nun vor ihm liegende Aufgabe und die Ehre, seinen Teil zu der Spitzenmedizin in Heidelberg beitragen zu können, ihn zuversichtlich nach vorne schauen lassen.

Die bestmögliche Versorgung seiner Patientinnen und Patienten möchte Prof. Huber durch eine gut funktionierende Basisversorgung für alle urologischen Felder in Kombination mit hochspezialisierten



Mit dem OP-Roboter der neuesten Generation sind schonende Krebsbehandlung und Rekonstruktion möglich: an diesem Tag entfernt Prof. Huber zuerst eine Prostata und saniert anschließend eine Fistelverbindung zwischen Blase und Scheide

Behandlungsmethoden erreichen. Zur Basisversorgung gehören z. B. Themen wie Probleme beim Wasserlassen, Steinerkrankungen und Spezialgebiete im Rahmen der Männerheilkunde, bei denen es um Sexualität und Kinderwunsch geht. Zu diesem wichtigen Fundament kommen laut Prof. Huber drei Schwerpunkte hinzu:

- 1. Krebsmedizin (Uroonkologie), bei der die Systemtherapie in enger Zusammenarbeit mit dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen erfolgt:** Zu diesem Bereich gehören die Behandlung von Prostata-, Nieren- und Blasenkrebs sowie die selteneren Keimzelltumoren des Mannes und der Peniskrebs.
- 2. Minimalinvasive Chirurgie:** Der Einsatz von OP-Robotik ist Prof. Huber ein besonderes Anliegen, um Eingriffe schonender und weniger belastend bei gleichen Erfolgschancen für seine Patientinnen und Patienten zu gestalten.
- 3. Rekonstruktive Urologie:** Zu diesem Bereich gehören z. B. die dauerhafte Wiederherstellung verengter Harnleiter. Rekonstruktive Eingriffe sind laut Prof. Huber sowohl für die Patienten aber auch für ihn als Operateur sehr wichtig. Es mache ihm besondere Freude, in diesem Bereich kreativ sein zu können und an ganz individuellen Lösungen und neuen Möglichkeiten für den operativen Bereich zu arbeiten.

Auch der Bereich der Kinderurologie wird von Prof. Huber mitbetreut. Dabei geht es ihm darum, langfristig Schnittmengen mit den Kolleginnen und Kollegen des

Universitätsklinikum Mannheim zu finden, die in diesem Bereich bereits stark vertreten sind. Insgesamt ist es sein Ziel, die Breite seines Faches in einer sehr guten Qualität anzubieten und darauf aufbauend die erwähnten Spezialbereiche weiterzuentwickeln.

Die Urologie befasst sich mit fünf Krebserkrankungen, die man mit einem Augenzwinkern auch als „Big Five“ bezeichnen kann. Dazu gehören Prostatakrebs, Blasenkrebs und Nierenkrebs sowie die selteneren bösartigen Erkrankungen des Hodens und des Penis. Da insbesondere Hoden- und Peniskrebs extrem selten sind, rät Prof. Huber dringend dazu, dieses Krankheitsbild in einem Zentrum behandeln zu lassen. Auch die großen und anspruchsvollen Eingriffe wie die Entfernung der Prostata, der Harnblase oder Nierentumorentfernungen profitieren nachweislich von der Erfahrung in Zentren.

Das Prostatakarzinom macht wissenschaftlich und klinisch gesehen mit etwa 30-40 % den Schwerpunkt des gesamten Fachgebiets aus. Aber auch die Anzahl Betroffener bei Nierenkrebs und Blasenkrebs erhöht sind aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung beständig.

Bei der Behandlung von Nierenkrebs kommt der sog. organerhaltenden Operation, die auch als partielle Nephrektomie bezeichnet wird, eine ganz besondere Wichtigkeit zu. Das bedeutet, dass nur der tumorbehaftete Teil der Niere entfernt wird, während der gesunde Teil der Niere erhalten bleibt, um die Nierenfunktion so weit wie möglich zu bewahren.

Medizinischer Fortschritt ist nur dann sinnvoll, wenn er auch die menschliche Seite mit einbezieht.



Der Roboter arbeitet nicht selbständig, sondern wird vom Operateur, der Tischassistenz und einer instrumentierenden Pflegekraft gesteuert



Aber auch offene Operationen behalten weiter einen hohen Stellenwert: hier bei der Entfernung eines komplexen Nierentumors über einen Flankenzugang

Ein weiteres Spezialgebiet von Prof. Huber sind die besonders anspruchsvollen Operationen bei fortgeschrittenen Tumoren wie z. B. der sog. „Cavazapfen“. Er entsteht, wenn ein Tumor in der Niere so weit innen entlang der Venen wächst, dass er in die untere Hohlvene (Vena cava) hineinragt oder diese bis in das rechte Herz ausfüllt. Bei derartigen Operationen bedarf es einer besonderen Expertise, um den Tumor aus der Vene zu entfernen. Cavazapfen-Operationen sind in Deutschland mit ca. 300 – 400 Eingriffen pro Jahr relativ selten. Mittlerweile gibt es aber auch schon vielversprechende Möglichkeiten, in gezielten Fällen den Cavazapfen mit Hilfe einer sog. Kombinationssystembehandlung zu verkleinern, so dass die sich anschließende Operation einfacher und damit sicherer durchführbar wird. Auf dem Weg hin zu immer sichereren und schonenderen Operationen ist die Reduzierung der Tumormasse somit ein wichtiges Ziel.

Als seinen wissenschaftlichen Schwerpunkt bezeichnet Prof. Huber die urologische Versorgungsforschung. Ihn begeistert dieser Bereich, weil dieser die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Er arbeitet bereits seit 20 Jahren daran, immer wieder herauszufinden, was im Behandlungsgeschehen bereits gut läuft und was noch verbesserungswürdig ist. Dazu gehört auch das Erproben neuer Ideen, um zu sehen, inwieweit die Umsetzung dieser Ideen die Versorgung besser gestaltet. Auch Fragestellungen nach der Effektivität einer Vorgehensweise, aber auch die Thematik der Langzeitfolgen nach einer neuen Operationsmethode sowie die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für den Einsatz einer Systemtherapie spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Versorgungsforschung fragt dabei nicht nach der grundsätzlichen Wirksamkeit einer Behandlung, sondern nach ihrer konkreten Umsetzung in dem tatsächlich existierenden Setting eines Gesundheitswesens. Zusätzlich richtet Prof. Huber seinen Blick auf die Sichtweise der Patienten. Beispielsweise hat er untersucht wie der Patient die OP-Aufklärung erlebt, wie diese Aufklärung besser begreiflich gemacht werden kann und schließlich auch, wie sich eine verbesserte OP-Aufklärung auf das Patientengespräch und den Kontakt zu den Angehörigen auswirkt. All diesen Themen hat sich Prof. Huber in den letzten 20 Jahren gewidmet und dabei immer versucht herauszufinden, was vom Blickwinkel der Patientinnen und Patienten betrachtet am sinnvollsten ist. Auch die Beschreibung der urologischen Versorgung in Deutschland gehört in diesen Bereich. Dabei geht es u.a. darum herauszufinden, wie sich die Häufigkeit einer in einem Zentrum absolvierten Operation auf Behandlungsergebnisse wie die Sterblichkeit im

Krankenhaus auswirkt. Prof. Huber ist es dabei sehr wichtig, die sich daraus ergebenden Zusammenhänge an die Politik zurück zu spiegeln. Dabei geht es ihm nicht nur darum herauszustellen, dass das Versterben nach einer bestimmten Operation an einem hochspezialisierten Zentrum durch geübtere Operateure weitaus geringer ist. In erster Linie möchte er deutlich machen, dass dieser Erfolg vor allem auf der hohen Qualifikation des gesamten Behandlungsteams fußt, das mit den unvermeidbar auftretenden Komplikationen weitaus besser umgehen kann.

Das Einbeziehen seiner Patientinnen und Patienten in die Behandlungsplanung ist Prof. Huber ganz besonders wichtig. Zum einen die körperliche Vorbereitung in Form von gezieltem Kraft- und Koordinationstraining, angepasster Ernährung, Beckenbodentraining und Atemübungen. Aber vor allem auch die innere Einstellung der Patienten, das sog. Mindset, wirkt sich nach den Erfahrungen von Prof. Huber ganz entscheidend auf das Behandlungsgeschehen aus. Selbst einen Beitrag dazu leisten zu können, dass es gut wird, hat auf Patientinnen und Patienten einen enorm positiven Einfluss. Daher ist es für Prof. Huber ein zentraler Aspekt seiner Arbeit, gemeinsam mit seinen Patientinnen und Patienten eine individuell passende Behandlungsmethode zu finden. Er erlebt dadurch immer wieder, dass sich die Qualität der Behandlung enorm verbessert und die Patientenzufriedenheit steigt. Mit der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ hat Prof. Huber unter dem Dach der deutschen Fachgesellschaft ein Online-Angebot für Patienten mit Prostatakrebs etabliert, das diesen Weg explizit vorbereitet (www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.de). Seit 2016 haben über 24.000 Betroffene in Deutschland hierüber das ärztliche Beratungsgespräch vorbereitet.

Mit Hilfe von MRT Untersuchungen können Prostatatumore heutzutage gut diagnostiziert werden. Die Heidelberger Expertinnen und Experten nahmen in diesem Bereich bereits vor 15 Jahren eine Vorreiterrolle ein, indem sie MRT Untersuchungen und die Gewebeentnahmen aus der Prostata als sog. MRT-fusionierte Prostatabiopsie einführten, die sich seither als Standardverfahren in der Diagnostik etabliert hat. Diese Methode ermöglicht eine hohe Genauigkeit, um den Patienten entweder Entwarnung geben zu können oder mit ihnen gemeinsam die für ihre individuelle Situation geeignetste Behandlungsoption auszuwählen. Die Therapiemöglichkeiten reichen dabei von einer engmaschigen Überwachung, bis hin zu einer Bestrahlung oder vollständigen Entfernung der Prostata.

Ängste vieler Männer vor einem Eingriff an der Prostata kann Prof. Huber sehr gut nachvollziehen. Denn

Prostataoperationen können wesentliche Körperfunktionen wie die Harnkontinenz oder die Sexualität beeinträchtigen, ähnlich wie bei Eingriffen an der Blase, die ebenfalls funktionelle Einschränkungen mit sich bringen können. Prof. Hubers Fokus liegt daher nicht nur darauf, die Tumore in Prostata, Niere und Blase vollständig zu entfernen, sondern dies auch so schonend wie möglich zu tun, um eine möglichst hohe Lebensqualität für seine Patientinnen und Patienten zu erhalten. Das subjektive Empfinden und die Sichtweise seiner Patientinnen und Patienten auf ihr individuelles Behandlungsergebnis sind ihm daher besonders wichtig. Mit Hilfe von geprüften Fragebögen versucht er daher gemeinsam mit seinem Team diese Erfahrungen präzise zu erfassen.

Ein weiterer Bereich, der Prof. Huber sehr am Herzen liegt, ist es, Nachwuchskräfte so früh wie möglich an das Operieren heranzuführen und sie durch diese Erfahrungen in der Praxis für die Urologie zu begeistern. Mit Hilfe von Simulatoren können so Geschicklichkeit und Sicherheit bei Eingriffen durch die Harnröhre wie das Entfernen von Steinen trainiert werden.

Eine enge und vertrauensvolle Kooperation mit anderen Fachabteilungen sowie mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Region, stellt für Prof. Huber und sein Team ebenfalls einen zentralen Bestandteil ihrer Arbeit dar. Ihr Ziel ist es daher, den zuweisenden Kolleginnen und Kollegen einen möglichst guten und einfachen Zugang an das Uniklinikum zu ermöglichen, damit deren Patientinnen und Patienten schnellstmöglich geholfen werden kann. Der Ausbau von digitalen Zuweisungsmöglichkeiten über Onlineformulare spielt dabei eine elementare Rolle. Daraufhin kann sich die Klinik dann direkt bei den Patienten zurückmelden und einen Termin anbieten.

Das Universitätsklinikum Heidelberg gewinnt mit Prof. Huber einen herausragenden Mediziner, der seinen Blick nicht nur darauf richtet, die Medizin an sich weiterzuentwickeln, sondern bei allem Fortschritt auch immer die menschliche Seite mitberücksichtigt. Dieser Aspekt spiegelt sich in seiner zweiten im Fach Philosophie verfassten Doktorarbeit, in der er sich mit Fragen rund um den Lebensanfang beschäftigte. Denn es war die Philosophie, die ihn gelehrt hat, bestimmte Fragen zu stellen. Fragen, die er sich ohne diesen Background nicht gestellt hätte.

Das Team der Heidelberger Stiftung Chirurgie heißt Prof. Huber und sein Team sehr herzlich willkommen und freut sich darauf, mit Hilfe der Unterstützung ihrer Spenderinnen und Spender auch dieses wichtige Fachgebiet künftig bestmöglich bei Forschungsvorhaben zu unterstützen.



Prof. Dr. Günter Germann bei der Preisverleihung

Höchste deutsche Auszeichnung für einen Pionier
der plastischen Chirurgie – Verleihung der
DIEFFENBACH-MEDAILLE
AN HERRN PROF. DR.
GÜNTER GERMANN

Viele Menschen durften bereits erleben, dass plastische Chirurgie weit über Ästhetik hinausgeht, sie bedeutet vor allem eine spürbare Steigerung der Lebensqualität. Ob nach Unfällen, schweren Erkrankungen oder angeborenen Fehlbildungen, die moderne plastische und rekonstruktive Chirurgie ermöglicht heutzutage Eingriffe, die vor wenigen Jahrzehnten noch undenkbar gewesen wären. Einer der herausragendsten Experten auf diesem Gebiet ist Prof. Dr. Günter Germann.

Prof. Germann ist Gründer und Ärztlicher Direktor der ETHIANUM Klinik Heidelberg und gleichzeitig Sektionsleiter der Sektion für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg. Im Jahr 2020 wurde Herr Prof. Germann als erster Nicht-Amerikaner zum Präsidenten der American Society for Reconstructive Microsurgery gewählt, ein Meilenstein für die deutsche plastische Chirurgie. Im Jahr 2024 wurde er mit zwei äußerst bedeutenden Ehrungen für sein Lebenswerk in der plastischen Chirurgie ausgezeichnet. So wurde ihm im Januar von der größten Berufsvereinigung der Mikrochirurgie, der American Society for Reconstructive Microsurgery (ASRM) das Buncke Lectureship, benannt nach dem Gründervater der amerikanischen Mikrochirurgie, Herrn Prof. Harry Buncke, verliehen. Im Oktober desselben Jahres dann die höchste deutsche Auszeichnung für plastische Chirurgen: die Dieffenbach-Medaille. Er ist seit 25 Jahren als Hochschullehrer an der Medizinischen Fakultät Heidelberg tätig und arbeitet als Sektionsleiter der Sektion Plastische und Rekonstruktive Chirurgie eng mit anderen chirurgischen Disziplinen, wie z. B. der Unfallchirurgie zusammen, um Patientinnen und Patienten nach schwersten Verletzungen oder Unfällen bestmöglich zu helfen.

Sein Medizinstudium absolvierte Prof. Germann in Düsseldorf und Mainz. Nach zahlreichen Stationen im In- und Ausland, u.a. auch am Universitätsklinikum Heidelberg, wurde er 1989 Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Plastische Chirurgie in Köln-Merheim und 1991 Leitender Oberarzt in der Klinik für Plastische Chirurgie der BG-Universitätsklinik „Bergmannsheil“ in Bochum. Von 1993 bis 2010 war er als Chefarzt an der Klinik für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Rekonstruktive Chirurgie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwighafen tätig und wurde 1999 von der Medizinischen Fakultät Heidelberg zum Honorarprofessor für Plastische Chirurgie und Handchirurgie berufen. 2008 gründete er die ETHIANUM Klinik Heidelberg. Diese steht für eine

besondere Klinik-Kultur, die sich durch medizinische Exzellenz, persönliche Betreuung und eine vertrauensvolle Atmosphäre auszeichnet.

Ein besonderer Schwerpunkt im Wirken von Prof. Germann liegt in der rekonstruktiven Chirurgie nach Tumoroperationen, komplexen Revisionseingriffen bei großen Gewebedefekten und der Handchirurgie, einem enorm wichtigen Bereich. Denn unsere Hände sind ganz wesentliche Werkzeuge unseres Alltags: Sie ermöglichen es uns zu greifen, zu arbeiten und zu fühlen. Doch gerade weil sie so vielseitig beansprucht werden, sind sie auch besonders anfällig für Verletzungen, Verschleiß und Erkrankungen.

Neben ihrer Funktion als Werkzeug gelten unsere Hände auch als ein Spiegel unserer Seele. So kennen viele Menschen das Phänomen von feuchten Händen, z. B. vor einer Prüfung oder sonstigen Stresssituationen. Interessant ist auch das unterschiedliche Schmerzempfinden der

Hände bei Verbrennungen. Während oberflächliche Verbrennungen extrem schmerzhaft sind, weil die empfindlichen Nervenenden in der Haut intakt bleiben, können tiefere Verbrennungen oft überraschenderweise schmerzfrei sein, da die Nervenschichten dabei zerstört wurden.

Bei Gelenkerkrankungen wie Arthrose gibt es mittlerweile ebenfalls vielversprechende neue Therapieansätze. Eine innovative Methode besteht z. B. darin, eine Mischung aus körpereigenem Fett und Blutplasma in das betroffene Gelenk zu injizieren. Diese Behandlung bringt zwei Vorteile mit sich: Zum einen dient das eingespritzte Fett als mechanischer Puffer, der das Gelenk entlastet, auch wenn dieser Puffer sich mit der Zeit wieder abbaut. Zum anderen enthält das aufbereitete Blut regenerative Faktoren, die den Fortschritt der Arthrose verlangsamen, Schmerzen reduzieren und die Beweglichkeit länger erhalten.

Seit Jahrzehnten widmet sich Prof. Germann Tag für Tag mit großer Hingabe der Weiterentwicklung der plastischen Chirurgie, um seinen Patientinnen und Patienten durch Wiederherstellung von Funktion und Ästhetik oder durch Linderung von Schmerzen neue Lebensqualität zu schenken. Mit der Sektion für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie bereichern Herr Prof. Germann und sein Team die Behandlungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg sehr.





Prof. Dr. C. Michalski

MEDIZIN DER ZUKUNFT

Professor Michalskis Vision von Exzellenz, Innovation und einer neuen Ära der Patientenversorgung

Schon heute revolutionieren Robotik und Künstliche Intelligenz (KI) die Chirurgie mit immer präziseren Eingriffen und effizienteren Abläufen, doch ihr volles Potential ist noch lange nicht erreicht. Insbesondere im Bereich der KI erwartet Prof. Michalski in den kommenden Jahren noch weitreichende Fortschritte. Gleichzeitig blickt er optimistisch auf die bevorstehende Transformation der Krankenhauslandschaft.

Die moderne Medizin entwickelt sich mit atemberaubender Geschwindigkeit weiter. Krankheiten, die einst als unheilbar galten, können heute erfolgreich behandelt werden und die chirurgische Präzision hat dank neuer Technologien ein bislang ungeahntes Niveau erreicht. An Orten wie dem Universitätsklinikum Heidelberg, so ist sich Prof. Michalski sicher, wo medizinische Exzellenz auf Innovation trifft,

werden entscheidende Weichen für die Zukunft gestellt.

Als Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie ist Prof. Michalski einer der führenden Köpfe auf seinem Gebiet und hat eine klare Vision vor Augen: eine sich beständig weiterentwickelnde, immer besser aber auch effizienter werdende und vor allem noch patientenorientiertere Versorgung. Er berichtet, wie sehr sich die Chirurgie in den letzten Jahren verändert hat und macht diese Fortschritte an gewebeschonenderen Operationen durch einen verstärkten Einsatz von minimalinvasiven Verfahren wie der sog. Schlüsselloch-Chirurgie und einer immer größeren Präzision durch den Einsatz von Robotik fest. Doch neben technischen Weiterentwicklungen und der Verbesserung des handwerklichen Könnens, führt Prof. Michalski

diese Fortschritte auch darauf zurück, dass er und sein Team heute aus einem weitaus größeren intellektuellen Fundus schöpfen können, der es ermöglicht, schwierige Eingriffe wesentlich sicherer durchzuführen. Durch neue Technologien und internationale Vernetzung kann chirurgisches Wissen heute schneller und umfassender ausgetauscht werden, was nicht nur den medizinischen Fortschritt weltweit beschleunigt, sondern unmittelbar dazu beiträgt, den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Bildgebung. So ermöglichen hochauflösende CT- und MRT-Aufnahmen eine präzisere Operationsplanung, wodurch sich Risiken minimieren und Erfolgsaussichten verbessert werden können.

Seine Faszination für das Fach Chirurgie sieht Prof. Michalski in der Verbindung von Kreativität und Intuition, begründet mit dem ständigen Antrieb, Höchstleistung erbringen zu wollen, um stets das bestmögliche Ergebnis erzielen zu können. Kreatives Denken und vorausschauendes Planen seien besonders in der komplexen Tumorchirurgie gefragt. Dabei würden immer wieder die Grenzen des Machbaren verschoben, um den Tumor vollständig zu entfernen. Den Standort Heidelberg erlebt Prof. Michalski dabei als einzigartig, als einen Ort, an dem Innovation nicht nur gefördert, sondern gelebt wird. Dankbar blickt er dabei auf die enge Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Team, den Pflegenden und Forschenden, die in Heidelberg bereits eine lange Tradition hat und den Standort so besonders macht.

Wie in vielen anderen Bereichen unseres Lebens, spielt KI auch in der Chirurgie eine immer wichtigere Rolle und hat großes Potential, um die medizinische Praxis nachhaltig zu verändern. So können Chirurginnen und Chirurgen dank KI gestützter Simulatoren auf komplexe Operationen vorbereitet werden. Auch im Bereich der Bildanalyse oder als Entscheidungshilfe während einer Operation erwartet Prof. Michalski wegweisende Neuerungen. Allerdings müsse gerade in der Medizin der Einsatz von KI mit besonderer Sorgfalt betrachtet werden, da hier schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, bei denen die finale Verantwortung immer bei den behandelnden Expertinnen und Experten liegen sollte. Viel Hoffnung setzt Prof. Michalski zudem auf KI-Anwendungen zur Dokumentation, um den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wertvolle Zeit zu ersparen, die sie stattdessen in die Patientenbetreuung investieren können.

Doch nicht nur die Chirurgie, sondern das gesamte Gesundheitssystem stehen nach Einschätzung von Prof. Michalski vor großen Herausforderungen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten effizienter zu gestalten. Dankbar blickt er dabei auf das Wirken seines

Vorgängers, Prof. Dr. Markus W. Bächler zurück, der bereits vor 20 Jahren die Weichen für eine integrierte Versorgung stellte, indem er Teile des Salem-Krankenhauses, die GRN Klinik Sinsheim, die GRN Klinik Eberbach und später auch das Kreiskrankenhaus Bergstraße (Heppenheim) in das Versorgungskonzept einbezogen hat. Heute gehe es darum, diesen Ansatz weiterzuentwickeln. Sicherzustellen, dass schwerkranke Patientinnen und Patienten, die hochkomplexe Operationen benötigen, in Schwerpunktzentren behandelt werden und gleichzeitig sicherzustellen, dass auch Routineeingriffe optimal durchgeführt werden, darin sieht Prof. Michalski die große Aufgabe, vor der das Gesundheitssystem aktuell steht. Er selbst ist davon überzeugt, dass das Konzept ein richtiger Schritt in die Zukunft ist.

Einen weiteren zentralen Aspekt in dieser Transformation sieht Prof. Michalski in der immer wichtiger werdenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen. Viele Eingriffe, die früher eine mehrtägige Krankenhausbehandlung erforderten, können heute bereits ambulant durchgeführt werden. Medizinische Weiterversorgung zu Hause bei gleichbleibender Qualität wird somit immer mehr an Bedeutung gewinnen, wie Beispiele aus großen Kliniken in den USA bereits eindrücklich belegen, wobei die demographische Entwicklung mit einer immer größer werdenden Anzahl an alten Menschen diesem Konzept in der Praxis sicher etwas entgegensteht.

Auch in der Fusion der Universitätsklinika Heidelberg und Mannheim sieht Prof. Michalski eine große Chance für die Patientenversorgung vor Ort. Die bereits bestehende exzellente Forschungsallianz zwischen den beiden Standorten könnte durch die Fusion auch auf die klinische Versorgung übertragen werden, was enorme Vorteile mit sich bringen würde: So könnten z. B. mehr Patientinnen und Patienten an Studien teilnehmen, die Versorgung könnte regional besser organisiert werden und das Klinikum international noch sichtbarer gemacht werden.

Trotz der bestehenden finanziellen Herausforderungen blickt Prof. Michalski optimistisch auf dieses große Vorhaben und sieht darin eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten. Und abschließend fügt er hinzu: „Ich freue mich darüber, meinen Teil dazu beitragen zu können, damit Heidelberg seine Vorreiterrolle einer modernen, digitalen und hocheffizienten Medizin immer weiter zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten ausbauen kann. Ich bin gespannt, wie sich diese Entwicklungen in der Zukunft konkret auf den Klinikalltag auswirken werden, immer mit dem Fokus darauf, noch präziser, schneller, schonender und patientenfreundlicher arbeiten zu können“.



YOUTUBE
rb.gy/vra9a7

Rückblick auf unsere
Informationsveranstaltung zum
WELTPANKREASKREBSTAG 2024



Am 21. November 2024 fand an unserer Klinik eine Veranstaltung anlässlich des Weltpankreaskrebstages, der jedes Jahr im November begangen wird, statt. Ziel war es, betroffene Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie die interessierte Bevölkerung über Bauchspeicheldrüsenkrebs zu informieren, ein Bewusstsein für diese aggressive Erkrankung zu schaffen und Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützungswege aufzuzeigen.

Die Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs trifft Betroffene und ihre Angehörigen oft völlig unvorbereitet und stellt meist das gesamte Leben auf den Kopf. Plötzlich bestimmen Fragen nach Behandlungsmöglichkeiten, Überlebensprognosen und dem Leben mit der Krankheit den Alltag. Gefühle der Hilflosigkeit und Angst mischen sich mit der dringenden Suche nach Orientierung und Unterstützung. An unserer Klinik ist es uns ein großes Anliegen, den Betroffenen nicht nur eine erstklassige medizinische Versorgung zu bieten, sondern sie auch rundum in dieser schweren Zeit zu begleiten. Mit Veranstaltungen wie dieser geht es uns darum, Wissen zu vermitteln, Ängste zu nehmen und einen

Niemand mit dieser Diagnose soll allein gelassen werden. Mit Veranstaltungen wie dieser wollen wir Wissen vermitteln, Ängste nehmen und einen Raum für den Austausch mit Expertinnen, Experten und anderen Betroffenen schaffen.

Raum für den Austausch mit Expertinnen und Experten sowie anderen Betroffenen zu schaffen.

Der gut gefüllte Hörsaal, das rege Interesse der Teilnehmenden an den Vorträgen und Workshops sowie die zahlreichen positiven Rückmeldungen bestätigen uns darin, dass das gewählte Format der Veranstaltung gut anzukommen scheint. Unsere Expertinnen und Experten berichteten über innovative Behandlungsformen und die Bedeutung der Früherkennung. Besonders wertvoll war für viele Besucherinnen und Besucher die Möglichkeit, direkt Fragen zu Themen wie Medikamentendosierung, Ernährung oder auch allgemeine Fragen zur Bewältigung des Alltags nach einer Operation stellen zu können. Dankbar wurde auch der direkte Austausch mit den Leiterinnen der Selbsthilfegruppen des Arbeitskreises der Pankreatektomierten (AdP) e.V. und des Netzwerks Neuroendokrine Tumoren (NeT) e.V., Andrea Raih und Gudrun Schroth genutzt, die beide selbst aus einem reichen persönlichen Erfahrungsschatz schöpfen können. Dabei stand bei allen Gesprächen stets im Mittelpunkt, wie wichtig es ist, dass niemand mit dieser Diagnose allein gelassen wird.

Neben den Vorträgen wurden auch zwei praxisnahe Workshops zu den Themen „Clever im Alltag: Tipps im Umgang mit Pankreasenzymen und Insulin nach einer Pankreas-OP“ und „Psychoonkologie: Sind meine Gefühle wirklich normal?“ angeboten. Die Teilnehmenden

erhielten wertvolle Hinweise zur richtigen Dosierung von Pankreasenzymen und zur Berechnung des Fettgehalts in Mahlzeiten. Besonders betont wurde, dass es Geduld und individuelles Ausprobieren brauche, um die richtige Dosierung zu finden, aber auch, dass es bei Unsicherheiten oder starken Beschwerden immer ratsam sei, ärztlichen Rat einzuholen oder einen zusätzlichen Nachsorgetermin in einem spezialisierten Zentrum zu vereinbaren. Zudem gab es Hinweise darauf, wie wichtig es ist, auch die seelische Belastung, die eine solch schwere Erkrankung mit sich bringt, ernst zu nehmen sowie Tipps, welche Strategien helfen können, um mit Angst, Trauer und Unsicherheit umzugehen.

Das Europäische Pankreaszentrum an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg gehört zu den führenden Einrichtungen in der Erforschung und Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs. Mit mehr als 700 Operationen pro Jahr und modernster Technologie bietet unsere Klinik eine erstklassige Versorgung und kontinuierlich weiterentwickelte Therapiemöglichkeiten für Patientinnen und Patienten. Doch um die Überlebenschancen weiter zu verbessern, ist es unerlässlich, dass Forschung und Früherkennung kontinuierlich vorangetrieben werden. Dankbar blickt die Klinik dabei auf die Heidelberger Stiftung Chirurgie, die seit über 20 Jahren maßgeblich dazu beiträgt, die Forschung durch zusätzliche finanzielle Mittel voranzutreiben. Durch das Engagement der Spenderinnen und Spender konnten bereits viele wegweisende wissenschaftliche Projekte realisiert, innovative Behandlungsmethoden entwickelt und damit die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert werden. An dieser Stelle daher ein ganz herzliches Dankeschön an alle, die mit ihrer Unterstützung dazu beigetragen haben.

Der Weltpankreaskrebstag ist aber nicht nur ein Tag der Information, sondern auch ein Appell an die Gesellschaft, dieser Erkrankung mehr Bewusstsein zu schenken. Denn Prognosen zufolge wird Bauchspeicheldrüsenkrebs im Jahr 2030 die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache sein.

Für alle, die an der Veranstaltung nicht teilnehmen konnten oder sich die Vorträge noch einmal anhören möchten, stehen zwei davon als Audio-Mitschnitte auf der Homepage des Europäischen Pankreaszentrums zur Verfügung und wir haben wichtige Informationen daraus auch in folgenden Artikeln für Sie zusammengefasst.

Wir danken allen Teilnehmenden, den Vortragenden und ganz speziell den Selbsthilfegruppen, die mit ihrem Einsatz zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben.





ZAHLEN, FAKTEN SOWIE FORTSCHRITTE UND HERAUSFORDERUNGEN BEI DER BEHANDLUNG DES PANKREASKARZINOM

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 20.000 Menschen an einem Pankreaskarzinom. Trotz medizinischer Fortschritte liegt die 5-Jahres-Überlebensrate derzeit bei lediglich 12 %. In den letzten Jahrzehnten hat sich diese Rate zwar verdreifacht, bleibt jedoch weiterhin besorgniserregend niedrig.

Die Bauchspeicheldrüse, die im Oberbauch vor der Wirbelsäule liegt, besteht aus Kopf, Körper und Schwanz. Die unspezifischen Symptome eines Pankreaskarzinoms, wie Rückenschmerzen, Oberbauchbeschwerden, Appetitlosigkeit und Verdauungsprobleme, führen oft zu späten Diagnosen. Erst bei Anzeichen wie neu auftretendem Diabetes, starkem Gewichtsverlust oder Gelbsucht wird die Erkrankung häufig erkannt, dann jedoch meist in fortgeschrittenen Stadien.

Es ist besonders fatal, dass viele Ärztinnen und Ärzte die bestehenden Symptome wie Rückenschmerzen, die zur Volkskrankheit Nummer eins gehören, oftmals zunächst falsch behandeln, da sie häufig anderen Ursachen zugeschrieben werden. Auch Schmerzen im Oberbauch,

Appetitlosigkeit und Verdauungsbeschwerden werden vielfach auch auf ärztlicher Seite auf Stress zurückgeführt, ohne die Bauchspeicheldrüse als möglichen Ursprung in Betracht zu ziehen.

Nur etwa 20 % der Fälle werden in einem Stadium diagnostiziert, das eine sofortige operative Entfernung des Tumors ermöglicht. Bei diesen Patientinnen und Patienten hat sich gezeigt, dass eine vollständige Tumorresektion, gefolgt von einer adjuvanten Chemotherapie, die 5-Jahres-Überlebensrate auf bis zu 40 % erhöhen kann. Bei Tumoren im Schwanz der Bauchspeicheldrüse kann diese Rate sogar 50 % erreichen.

In Heidelberg arbeiten wir eng mit dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) zusammen, um für jede Patientin und jeden Patienten eine individuelle Therapie zu planen. Bei lokal fortgeschrittenen Tumoren, die etwa 30 % der Diagnosen ausmachen, kann eine neoadjuvante Chemotherapie (also eine Chemotherapie vor der geplanten Operation), beispielsweise mit FOLFIRINOX, den Tumor verkleinern und eine

anschließende operative Entfernung ermöglichen. Solche komplexen Eingriffe erfordern jedoch höchste chirurgische Expertise und sollten unbedingt in spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

Die Pankreaschirurgie gilt als anspruchsvoll und risikobehaftet. Studien zeigen, dass die Krankenhaussterblichkeit nach solchen Eingriffen aktuell bei etwa 10 % liegt, was dringend verbessert werden muss. Um die Qualität der Versorgung zu verbessern, wurden Mindestmengen für durchzuführende Operationen festgelegt. An Krankenhäuser, die diese nicht erreichen, dürfen entsprechende Eingriffe nicht mehr angeboten werden. In Heidelberg, dem Pankreaszentrum mit der größten Expertise, führen wir jährlich fast 700 Bauchspeicheldrüsenoperationen durch und verfügen damit über umfassende Erfahrung, insbesondere auch in der roboterassistierten Chirurgie. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass bei fortgeschrittenen Tumorbefunden der Einsatz des Operationsroboters nicht immer das Mittel der Wahl ist. In solchen Fällen kann eine offene Operation vorteilhafter sein, um den Tumor vollständig zu entfernen.

Die Festlegung von Mindestmengen hat dazu geführt, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die Bauchspeicheldrüsenoperationen durchführen, um 25 % zurückgegangen ist. Mit der Erhöhung der Mindestmenge auf 20 Eingriffe pro Jahr im Jahr 2025 wird erwartet, dass eine Vielzahl weiterer Kliniken diese Operationen nicht mehr anbieten dürfen. Dies ist eine positive Entwicklung, da Studien zeigen, dass eine höhere Expertise zu besseren Ergebnissen und geringerer Sterblichkeit führt.

Neben der chirurgischen Expertise spielt die Pflege eine entscheidende Rolle in der Behandlung von Pankreaskarzinomen. In Heidelberg verfügen wir z. B. über hochspezialisierte Pflegekräfte, sogenannte Advanced Practice Nurses (APN), die mit ihrer umfassenden Erfahrung die Patientinnen und Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses begleiten und unterstützen.

Eine Pankreaskarzinom-Diagnose stellt Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen vor immense Herausforderungen. Es ist essenziell, sich umfassend über die Erkrankung zu informieren und alle verfügbaren Therapieoptionen zu kennen. Die enge Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team aus Onkologen, Chirurgen, Radiologen und Pflegekräften gewährleistet eine optimale Betreuung.

Nach einer Pankreasoperation ist auch die Nachsorge von entscheidender Bedeutung. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen helfen, ein mögliches

Wiederauftreten des Tumors frühzeitig zu erkennen. Zudem sollten Patientinnen und Patienten auf eine ausgewogene Ernährung achten, da die Verdauung nach der Entfernung von Teilen der Bauchspeicheldrüse beeinträchtigt sein kann.

Insgesamt lässt sich also festhalten, wie wichtig es ist, auf den eigenen Körper zu hören und bei ungewöhnlichen Symptomen frühzeitig medizinischen Rat einzuholen. Denn eine frühzeitige Diagnose kann die Prognose erheblich verbessern. Wir ermutigen alle Patientinnen und Patienten, sich aktiv an ihrer Behandlung zu beteiligen und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sei es durch Selbsthilfegruppen, psychologische Betreuung oder sonstige Beratungsangebote.

Unser Ziel ist es, die Früherkennung von Bauchspeicheldrüsenkrebs kontinuierlich zu verbessern, um die Prognosen für Betroffene zu optimieren. Der multimodale Therapieansatz, bestehend aus Chirurgie und Chemotherapie, hat sich als sehr erfolgreich erwiesen, und wir erwarten in Zukunft weitere Fortschritte in diesem Bereich. Die Chirurgie bleibt dabei ein entscheidender Baustein für die erfolgreiche Therapie des Pankreaskarzinoms.

Eine Pankreaskarzinom-Diagnose stellt Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen vor immense Herausforderungen. Es ist essenziell, sich umfassend über die Erkrankung zu informieren und alle verfügbaren Therapieoptionen zu kennen. Die enge Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team aus Onkologen, Chirurgen, Radiologen und Pflegekräften gewährleistet eine optimale Betreuung. Denn eine frühzeitige Diagnose kann die Prognose erheblich verbessern.



www.epz-heidelberg.de/patienten/podcast/



Franziska Glass und Gudrun Schroth

GUT VERSORGT NACH EINER BAUCHSPEICHELDRÜSENOPERATION

Eine Operation an der Bauchspeicheldrüse bringt für Patientinnen und Patienten viele Veränderungen mit sich, vor allem bzgl. ihrer Verdauung. Das kleine, aber äußerst wichtige Organ spielt eine zentrale Rolle sowohl bei der Nährstoffverwertung als auch bei der Regulierung des Blutzuckerspiegels. Nach einem Eingriff müssen viele Betroffene lernen, ihre Ernährung anzupassen und mit Enzympräparaten und einem möglichen pankreopriven Diabetes Mellitus umzugehen.

Am Universitätsklinikum Heidelberg prägt die Philosophie „Patient im Mittelpunkt“ den Behandlungsansatz, denn es steht die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten im Fokus. Um den besonderen Herausforderungen nach einer Bauchspeicheldrüsen-OP gerecht zu werden, setzt das Klinikum gezielt auf die Expertise von Advanced Practice Nurses (APN).

Die APNs sorgen dafür, dass Patientinnen und Patienten eine auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Betreuung erhalten. Sie begleiten die Betroffenen bei der richtigen Anwendung von Enzympräparaten, beraten zu Ernährungsfragen und helfen dabei, Beschwerden frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen. Darüber hinaus koordinieren sie, ob Patientinnen und Patienten zusätzliche Unterstützung von anderen Fachbereichen, wie etwa dem Sozialdienst der Klinik, benötigen. Ihr Fachwissen trägt dazu bei, die Versorgung weiter zu verbessern und sicherzustellen, dass jede Patientin und jeder Patient die Unterstützung bekommt, die sie oder er benötigt. Der Einsatz der APNs ist derzeit noch nicht

flächendeckend, da sich das gesamte Versorgungskonzept momentan in der Entwicklungsphase befindet.

Die Bauchspeicheldrüse produziert Enzyme, die dafür sorgen, dass Kohlenhydrate, Eiweiße und Fette aus der Nahrung aufgespalten und vom Körper verwertet werden können. Wird Gewebe der Bauchspeicheldrüse entfernt, kann es sein, dass nicht mehr genügend Enzyme produziert werden. Das führt oft zu Verdauungsproblemen wie Durchfall, Blähungen, Fettstühlen oder Mangelernährung. Um das zu verhindern, gibt es Enzympräparate in Form von Kapseln, die die Verdauung unterstützen.

Damit die Enzyme richtig wirken, müssen sie korrekt eingenommen werden. Wichtig ist, die Enzyme mit der Mahlzeit, also während des Essens einzunehmen. Müssen mehrere Kapseln eingenommen werden, oder die Kapseln aufgrund der neuen anatomischen Situation geöffnet werden, empfiehlt sich das Sandwich-Prinzip: ein paar Bissen essen, Enzyme einnehmen, weiter essen. Dieses Prinzip sorgt dafür, dass sich die Enzyme gleichmäßig mit der Nahrung vermischen und mit ihr im Verdauungstrakt ankommen.

Auch die richtige Dosierung ist sehr wichtig. Dabei hängt die Menge vom Fettgehalt der Mahlzeit ab, die sich bspw. auf Verpackungen von Nahrungsmitteln ablesen lässt. Ist der Fettgehalt der Nahrung nicht bekannt, gilt als grobe Faustregel: Pro 1 Gramm Fett benötigt man ca. 2.000 Einheiten Lipase. Für eine Hauptmahlzeit werden meist

25.000 bis 40.000 Einheiten empfohlen, für eine fetthaltige Zwischenmahlzeit 10.000 bis 25.000 Einheiten.

Die Kapselhülle der Enzyme besteht aus Gelatine und sorgt dafür, dass alle Pellets in voller Dosierung eingenommen werden können. Die einzelnen Pellets, die Kügelchen innerhalb der Kapsel, sind zusätzlich einzeln mit einer Schutzschicht umhüllt, die diese vor der Magensäure schützt. So können die eigentlichen Enzyme in Form der Pellets den Magen unbeschadet passieren und werden erst an ihrem vorgesehenen Wirkungsort im Dünndarm freigesetzt. Wenn Teile des Magens, der gesamte Magen oder der Magenpförtner operativ entfernt wurde, passiert die Nahrung den Verdauungstrakt schneller als gewöhnlich. In solchen Fällen kann es notwendig sein, die Kapseln zu öffnen und nur die enthaltenen Pellets einzunehmen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass keine Reste im Mund verbleiben, da diese die Schleimhäute reizen können. Die Pellets sollen zudem nicht über die Mahlzeit gestreut oder in heiße Speisen oder Wasser eingerührt werden, da dies die Wirkung beeinträchtigen kann und im ungünstigsten Fall dafür sorgt, dass diese ausbleibt.

Während eine Unterdosierung zu Verdauungsproblemen führen kann, ist eine Überdosierung kaum möglich. Somit sollten Patientinnen und Patienten keine Angst vor einer Überdosierung haben, auch wenn die Menge der einzunehmenden Enzyme hoch erscheint.

Ob die Enzyme in der richtigen Menge und zum richtigen Zeitpunkt eingenommen wurden, lässt sich am eigenen Körpergefühl ablesen. Beschwerden wie Fettstühle, Blähungen oder Bauchschmerzen nach dem Essen sind ein Zeichen dafür, dass die Dosis möglicherweise zu niedrig war. Dann sollte die Enzymmenge bei der nächsten Mahlzeit angepasst werden. Nachträglich zusätzlich Enzyme einzunehmen, bringt leider nichts.

Es gibt keine strikte Diät für Patientinnen und Patienten nach einer Pankreas-OP. Prinzipiell gilt: Essen Sie das, was Sie gut vertragen. Viele Betroffene müssen zunächst herausfinden, welche Lebensmittel ihnen bekommen und welche Beschwerden auslösen. Ein Ernährungstagebuch kann dabei helfen, Muster zu erkennen und die richtige Enzymdosierung zu optimieren.

Fette sind nach einer Bauchspeicheldrüsenoperation keineswegs verboten. Die Enzymmenge muss jedoch je nach Fettanteilen in der Nahrung angepasst werden. Viele Patientinnen und Patienten haben Angst vor fetthaltigen Lebensmitteln, obwohl diese mit der richtigen Enzymzufuhr in der Regel problemlos gegessen werden können. Fette sind wichtige Energielieferanten, die Patientinnen und Patienten für eine gute Genesung

benötigen und helfen, weiterem Gewichtsverlust sowie Mangelerscheinungen entgegenzuwirken. Zusätzlich ist es wichtig, auf eine proteinreiche Ernährung zu achten, da der Körper Proteine für Heilungsprozesse und zum Muskelaufbau benötigt. Sollte die Insulinproduktion beeinträchtigt sein, ist es wichtig, Kohlenhydrate mit einem zeitlichen Abstand zur Operation gezielt auszuwählen und den Blutzuckerspiegel regelmäßig zu kontrollieren. Direkt nach der Operation ist jedoch vor allem die ausreichende Energiezufuhr entscheidend, bevor eine spezielle Auswahl der Kohlenhydrate im Vordergrund steht.

Nach der Operation benötigen viele Betroffene etwas Zeit, um eine Routine im Umgang mit ihrer Ernährung und den Enzymen zu finden – das ist ganz normal. Es ist wichtig, sich nicht entmutigen zu lassen, sondern aus jeder Mahlzeit zu lernen, die Enzymdosis schrittweise anzupassen und nach und nach neue Gewohnheiten zu entwickeln.

Mit der richtigen Unterstützung, z. B. durch unsere Advanced Practice Nurses oder eine Ernährungsberatung, können Patientinnen und Patienten nach einer Pankreas-OP eine hohe Lebensqualität zurückgewinnen. Die enge Betreuung in Heidelberg zeigt, dass eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung den Alltag nach der Operation erheblich verbessern kann und dabei immer im Blick behalten werden sollte, dass Essen Freude bereiten und nicht zur Belastung werden darf.

Leben mit Bauchspeicheldrüsenkrebs Schwerpunkt Ernährung Podcast anlässlich des Weltpankreaskrebstages 2024

Franziska Glaß

Pflegeexpertin APN (M.Sc.)

Gesundheits- und Krankenpflegerin

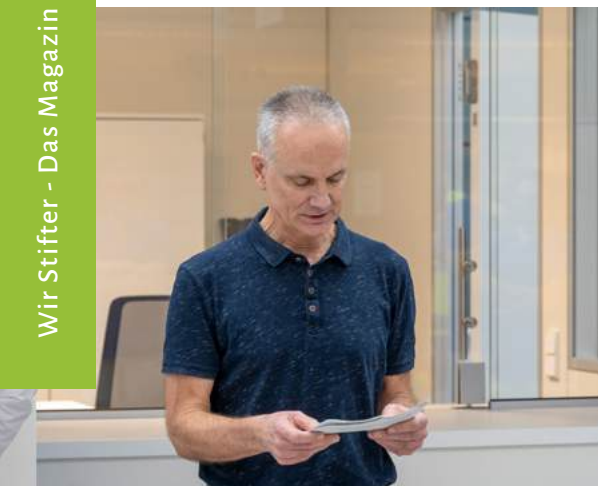
Chirurgische Klinik | Station E2 |

Pflegewissenschaft und -Entwicklung

Schwerpunkte: Pancreas-Nurse und

Ernährungsmanagement

Universitätsklinikum Heidelberg



Y. Dintelmann, Dr. C. Leowardi, Dr. B. Bruns, H. Schwerdt, D. Eichheimer



EINWEIHUNG

DER NEUEN INTERDISZIPLINÄREN NOTFALLAMBULANZ DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK HEIDELBERG

Ein bedeutender Schritt für die Patientenversorgung

Mit der feierlichen Eröffnung einer neuen interdisziplinären Notaufnahme hat die Chirurgische Klinik einen bedeutenden Schritt in der Notfallversorgung gemacht. Die neuen Räumlichkeiten zur Anmeldung und Ersteinschätzung befinden sich im Eingangsbereich der Chirurgischen und Medizinischen Klinik auf Ebene 99 und bieten sowohl für medizinisches Personal als auch für Patientinnen und Patienten deutlich verbesserte Bedingungen im Prozess der Ersteinschätzung. Neben mehr Platz stehen nun auch optimierte Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung, sodass Notfälle effizienter und gezielter triagiert aufgenommen werden können.

Dank der zentralen Lokalisation sowie der markanten Gestaltung in Form eines Würfels ist die neue Anlaufstelle leicht auffindbar. Nach der Anmeldung und Erstuntersuchung werden die Patientinnen und Patienten direkt an die jeweiligen chirurgischen Notfallambulanzen zur Behandlung weitergeleitet. Diese optimierten Abläufe ermöglichen eine schnellere und effizientere Notfallversorgung und verkürzen die Wartezeiten.

Hansjörg Schwerdt, pflegerischer Leiter der Notaufnahmen und des Schockraums der Chirurgischen Klinik und Oberärztin Dr. Christine Leowardi, Ärztliche Leiterin der Chirurgischen Notaufnahme, eröffneten Ende Januar 2025 feierlich die neuen Räumlichkeiten. Gemeinsam mit Pflegedirektorin Yvonne Dintelmann und Prof. Dr. Markus Weigand, stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor, dankten sie allen Mitarbeitenden der Notfallambulanzen für ihren großartigen Einsatz unter den nicht immer einfachen Bedingungen während der zurückliegenden Bauphase. Ihr großartiges Engagement habe maßgeblich zum Gelingen des gesamten Projekts beigetragen.

Das langfristig dringend erforderliche Ziel ist die Schaffung einer gemeinsamen zentralen interdisziplinären Notaufnahme für die Chirurgische

und Medizinische Klinik, um die interdisziplinäre Versorgung weiter zu verbessern und dem immer weiter steigenden Patientenaufkommen gerecht werden zu können. Denn jährlich werden über 40.000 Notfälle in den Notfallambulanzen der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Chest Pain Unit versorgt. Die hier beschriebene Einweihung der neuen interdisziplinären Notfallambulanz der Chirurgischen Klinik ist daher bereits ein wichtiger Schritt in diese Richtung, da sie eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachbereichen fördert und durch die optimierten Abläufe zu einer effizienteren und patientenorientierteren Notfallversorgung beiträgt.

Die neuen Räumlichkeiten zur Anmeldung und Ersteinschätzung befinden sich im Eingangsbereich der Chirurgischen und Medizinischen Klinik auf Ebene 99 und bieten sowohl für medizinisches Personal als auch für Patientinnen und Patienten deutlich verbesserte Bedingungen im Prozess der Ersteinschätzung.



Prof. Dr. D. Böckler

FORTSCHRITTE IN DER GEFÄSSCHIRURGIE

Präzision und Innovation für eine bessere Patientenversorgung

Die Gefäßchirurgie hat in den letzten zwei Jahrzehnten zahlreiche Innovationen erlebt und dadurch enorme Fortschritte in Diagnostik und Therapie erfahren, die heutzutage neben traditionellen operativen Methoden auch minimalinvasive sog. endovaskuläre Verfahren beinhalten.

Da Gefäßerkrankungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören, die wiederum zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland zählen, gefolgt von Krebserkrankungen, liegt es Herrn Univ. Prof. Dr. med. Dittmar Böckler, Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am Universitätsklinikum

Heidelberg besonders am Herzen, möglichst viele Menschen zu sensibilisieren und Einblicke in die häufigsten vaskulären Krankheitsbilder zu geben.

Gefäßerkrankungen betreffen sowohl die Arterien als auch die Venen des Menschen. Erstere sind meist ursächlich auf eine Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) zurückzuführen, die zu einem teilweisen oder kompletten Verschluss eines Gefäßes führen. Je nachdem, wo sich die Engstelle (Stenose) bildet, werden verschiedene Organe bzw. Körperregionen, wie z. B. Gehirn, die Beine oder auch der Darm nicht mehr richtig mit Blut versorgt. Im ersten Fall kann es zum Schlaganfall, im zweiten zur sog.

Schaufensterkrankheit und im dritten Fall zu chronischen Bauchschmerzen nach Nahrungsaufnahme bis hin zum Darminfarkt kommen. Bei der Durchblutungsstörung der Beine, die man auch als periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) bezeichnet, kommt nicht genug Blut in die Wade bzw. den Oberschenkel. Der betroffene Patient muss nach einer bestimmten Gehstrecke (100 oder 200 m Strecke) aufgrund seiner schmerzenden Beine stehen bleiben, als ob er ein Schaufenster ansehen wollte. In dieser Pause erholt sich die Muskulatur wieder, so dass ein Weitergehen – wieder mit eingeschränkter Gehstrecke – möglich wird. Diese Regelmäßigkeit ist charakteristisch für derartige Durchblutungsstörungen, wohingegen Patientinnen und Patienten mit einer Gelenkarthrose dagegen v.a. über anfängliche Schmerzen beim Loslaufen berichten. Dieser Loslaufschmerz bessert sich mit der Zeit. In einem Erstgespräch mit seinen Patientinnen und Patienten geht es Prof. Böckler und seinem Team daher zunächst darum, diese Unterschiede abzuklären, um die richtigen Weichen bei der Behandlung stellen zu können.

Doch auch in anderen Körperbereichen treten Gefäßerkrankungen auf. So kommt es bei einer unzureichenden

Blutversorgung der zum Darm führenden Gefäße zu Symptomen wie Bauchschmerzen, ähnlich wie beim Herzinfarkt, wenn es im Brustkorb wehtut oder beim Schlaganfall.

Eine relevante Engstelle der Halsschlagader, die sog. Carotisstenose kann zu vorübergehenden sekunden-bis minutenlangen Lähmungserscheinung v.a. von Hand, Arm oder gesamter Körperhälfte, manchmal sogar zu kurzfristigen Seh- oder Sprachstörungen führen. Trotz großer Dunkelziffer, kann man davon ausgehen, dass in Deutschland beinahe jeder fünfte Schlaganfall durch eine verengte Halsschlagader verursacht wird. Daher ist es Prof. Böckler und seinem Team sehr wichtig, möglichst viele Menschen für diese ersten Warnsymptome eines Schlaganfalles zu sensibilisieren und aufzuklären. Betroffen sind v.a. Männer (10 x häufiger als Frauen) ab dem 60.- 70.igsten Lebensjahr.

Ursache hierfür ist die eingangs erwähnte Arteriosklerose, eine Degeneration und Inflammation (Entzündung), also ein degenerativer Abbau der Gefäßwand, wodurch es zu Ablagerungen kommt. Bei Gefäßerkrankungen spielen, ähnlich wie bei Krebserkrankungen, aber auch genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Häufig erfährt man von Herzinfarkt- und Schlaganfallereignissen im Kreise der Familie. Weitere Risikofaktoren sind Rauchen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen.

Dank moderner Technologien wie dem Ultraschall (Sonographie und Duplexsonographie) können

Gefäßerkrankungen heute präzise und ohne Belastung diagnostiziert werden. Der Ultraschall ist dabei die Methode der ersten Wahl, da er nicht invasiv ist, keine Strahlenbelastung verursacht und kostengünstig verfügbar ist. Für detailliertere Untersuchungen, z. B. für die Gefäße im Gehirn und im Brustkorb, kommen Bildgebungsverfahren wie die Computertomographie (CT) oder die Magnet- oder auch Kernspintomographie (MRT) zum Einsatz. Durch die Verwendung von Kontrastmittel werden Gefäße von ihrer Umgebung verstärkt dargestellt, wodurch eine genauere Diagnostik möglich wird. Zudem kann

Ultraschall genutzt werden, um minimalinvasiv Gefäße zu punktieren. Die Erstellung eines Röntgenbildes und die damit einhergehende Röntgenstrahlung ist somit kaum mehr notwendig.

Steht die Diagnose fest, dass Gefäße verengt oder verschlossen sind, geht es darum, eine einerseits den Leitlinienempfehlungen gerechte und zugleich individuell auf den Patienten zugeschnittene Behandlung einzuleiten. Aktuell ist es leider noch nicht möglich, mit Hilfe von Medikamenten verschlossene oder stark verengte Gefäße wieder zu öffnen. Mit medikamentösen Therapien kann aber das Fortschreiten der Erkrankung ggf. aufgehalten, die Stabilität der Gefäßwände gefördert und kardiovaskuläre Zwischenfälle wie z. B ein Herzinfarkt reduziert werden. Prof. Böckler empfiehlt daher, dass heutzutage jeder Gefäßpatient die im Folgenden benannten Medikamente

Die Gefäßchirurgie hat in den letzten zwei Jahrzehnten zahlreiche Innovationen erlebt und enorme Fortschritte in Diagnostik und Therapie erfahren, die heutzutage neben traditionellen operativen Methoden auch minimalinvasive endovaskuläre Verfahren beinhalten.



Medizin am Abend - Prof. Dr. D. Böckler

kennt und deren etwaige Einnahme mit Hausarzt und oder Kardiologen bespricht:

- Aspirin (abgekürzt ASS, ein leichter Blutverdünner)
- Statine (sog. Blutfettsenker), wodurch nicht nur die Blutfette gesenkt, sondern auch die Gefäßwand stabilisiert wird
- Ggf. Blutdruckmedikamente

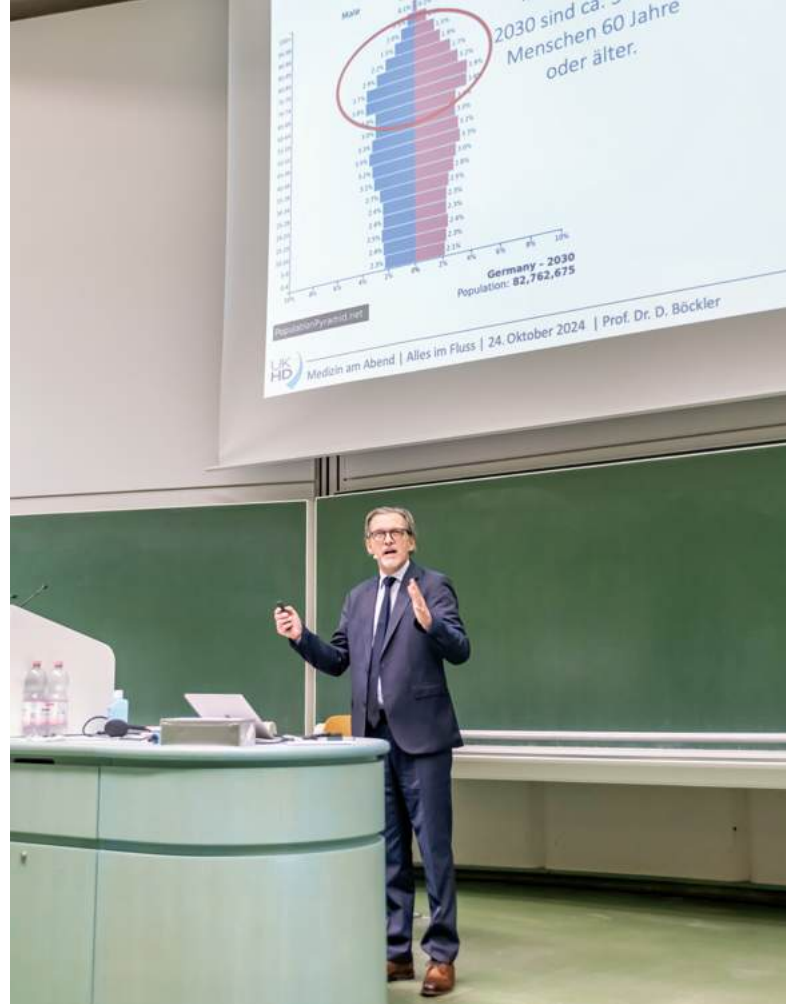
Sie alle tragen dazu bei, dass es zu weniger Herzinfarkten und Schlaganfällen kommt und gehören zum sog. im Englischen genannten „best medical treatment“.

Da bei der Behandlung von Gefäßerkrankungen unterschiedliche Therapieansätze eingesetzt und ggf. sogar miteinander kombiniert werden können, spricht man auch von der sog. „multimodalen Gefäßmedizin“. Dies bedeutet, dass neben dem Einsatz von Medikamenten, die immer zur Basistherapie gehören, die erkrankten Gefäße durch minimalinvasive Eingriffe endovaskulär, also von innen (endo = innen, vaskulär = die Gefäße betreffend) behandelt werden. Auch die klassische, offene Chirurgie kann von Fall zu Fall die beste Option sein und gehört auch zukünftig zu einer wichtigen Säule in der Gefäßtherapie. Bei der simultanen Anwendung offen chirurgischer und endovaskulärer Verfahren spricht man Hybrid-Operationen. Verschiedenartige Behandlungsoptionen zu kombinieren und individuell auf den jeweiligen Patienten anpassen zu

können, ist somit ein großer Gewinn. Man spricht daher auch von einer personalisierten Medizin.

Für welche Therapieoption sich die Spezialistinnen und Spezialisten entscheiden, hängt ganz individuell von dem jeweiligen Patienten ab. So gibt es viele Gründe, die dafürsprechen, eine Halsschlagaderverengung nach der klassischen Methode zu operieren. Denn obwohl auch die minimalinvasive Alternative mittels eines Stents möglich ist, bleibt die einstündige Operation – im Übrigen in örtlicher Betäubung – laut Studienlage die Methode der ersten Wahl. Eine individuelle Entscheidung mit Blick auf den jeweiligen Patienten ist von Fall zu Fall nötig.

Das Aneurysma der Bauchhauptschlagader dagegen, das sog. Bauchaortenaneurysma, wird heutzutage in 70-80% aller Fälle minimalinvasiv und somit endovaskulär, also mit einem Stentgraft von innen, behandelt. Dabei wird ebenfalls in örtlicher Betäubung mit Ultraschallsteuerung das Gefäß in der Leiste punktiert und ähnlich wie bei einem Herzkatheter ein dünner Draht in die Blutgefäße eingeführt. Mit Hilfe dieses Katheters kann dann ein Stent, also eine Art Metallröhrchen, eingesetzt werden, um das Gefäß offen zu halten, den Blutfluss im betroffenen Bereich zu verbessern und die Gefahr, dass das Aneurysma platzt zu verhindern. Eine solche Operation erfordert dann nur noch einen 5 mm großen Hautschnitt in der Leiste und ist in der Regel nach 1,5 Stunden vorbei. Endovaskuläre



Eingriffe der Hauptschlagader minimieren einerseits das Operationsrisiko und verkürzen gleichzeitig die Erholungszeiten für die Patientinnen und Patienten.

Prof. Böckler und sein Team forschen derzeit daran, die ohnehin schon schonenden Behandlungsmethoden weiter zu optimieren. Die Bildgebung im Operationssaal spielen sowohl bei der Chirurgie im Allgemeinen, ganz besonders aber in der Gefäßchirurgie eine zunehmend wichtige Rolle. Im Gegensatz zur klassischen Bildgebung, die anatomische Details zeigt, konzentriert sich die sog. Fusionsbildgebung darauf, die Gefäße bestimmter Organe sichtbar zu machen. Durch diese zusätzlichen Informationen wird ein exakteres, aber auch schnelleres und schonenderes Operieren möglich.

Ein weiterer Meilenstein in der Gefäßchirurgie ist die Integration neuer Technologien wie Mixed Reality und Robotik. Sie ermöglicht den Chirurginnen und Chirurgen die Erstellung von virtuellen dreidimensionalen Gefäßen, wodurch die Operationsplanung und –durchführung zukünftig optimiert werden kann. Auch bei Studentenunterricht, Patienten-Schulungen und Simulationen von Operationen kann Mixed Reality mittlerweile eingesetzt werden und wird dadurch die chirurgische Ausbildung maßgeblich unterstützen. Kurzfristig soll diese Technologie auch dazu beitragen, die Strahlenbelastung für Patientinnen und Patienten und für das medizinische Personal, die bei

herkömmlichen bildgebenden Verfahren, z. B. Röntgen oder CT entsteht, zu verringern.

Die Zukunft der Gefäßchirurgie sieht laut Prof. Böckler auch den Einsatz von Robotik vor. Während roboterassistierte Verfahren in anderen chirurgischen Bereichen wie z. B. der Allgemeinchirurgie oder der Urologie bereits etabliert sind, werden sie zunehmend auch in der Gefäßchirurgie erprobt. Ziel ist es, die Behandlungsmöglichkeiten zu erweitern und durch Studien die Effizienz dieser neuen Methoden zu belegen.

Als Fazit lässt sich somit festhalten: Weitreichende Entwicklungen in der Gefäßchirurgie eröffnen nicht nur neue Möglichkeiten für Diagnostik und Therapie, sondern machen die Behandlungen auch sicherer und patientenfreundlicher. Mit einer Kombination aus medikamentöser Basistherapie, minimalinvasiven Eingriffen und traditionellen Operationen wird die Behandlung immer mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt. Wegweisende Forschung auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie, die an unserer Klinik schon vielfach durch die Heidelberger Stiftung Chirurgie unterstützt wurde, hat einen bedeutenden Einfluss darauf, dass die Gefäßchirurgie auch in Zukunft dazu beitragen wird, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten maßgeblich zu verbessern.



EUROPÄISCHES
**PANKREAS
ZENTRUM**
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HEIDELBERG



ALLGEMEIN-VISZERAL-TRANSPLANTATION
CHIRURGIE
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HEIDELBERG

Datum:

Samstag, 24. Mai 2025

Zeit: 10 bis 12 Uhr

Einlass ab 09:30 Uhr

**Ort: Großer Hörsaal und Foyer
Chirurgische Universitätsklinik
Im Neuenheimer Feld 420
69120 Heidelberg**

PANKREASZYSTENTAG 2025

an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg

Pankreaszysten werden oft zufällig entdeckt, z. B. bei einer Routineuntersuchung oder im Rahmen der Abklärung anderer Beschwerden. Die Diagnose wirft meist viele Fragen auf: Ist die Zyste harmlos oder gefährlich? Muss operiert werden oder reicht eine regelmäßige Kontrolle aus? In dieser Situation eine fundierte Einschätzung zu erhalten, ist ganz entscheidend, denn während viele Zysten ungefährlich sind, können aus einigen Vorstufen auch ernsthafte Erkrankungen entstehen. Um Betroffene, Angehörige, Hausärztinnen und Hausärzte sowie die interessierte Bevölkerung umfassend zu informieren, laden wir Sie herzlich zum Pankreaszystentag 2025 in unserer Klinik ein.

Die Veranstaltung findet am 22. Mai 2025 von 17:00 bis 20:00 Uhr in der Chirurgischen Klinik statt und bietet die Möglichkeit, sich vielseitig über dieses Thema zu informieren. Unsere Expertinnen und Experten geben wichtige Informationen zur Diagnosestellung, zu den verschiedenen Therapiemöglichkeiten und informieren darüber, wie wichtig auch das Thema Nachsorge ist.

Zudem wird auch das zu unserer Klinik gehörende Europäische Pankreaszentrum (EPZ) vorgestellt, das im Rahmen von Diagnosestellung und innovativen Behandlungsformen eine führende Rolle in der

Pankreasmedizin einnimmt. Auch der Arbeitskreis der Pankreatektomierten wird vor Ort sein, um aus der Perspektive Betroffener wertvolle Einblicke zu geben.

Neben Informationen zum Einsatz von minimalinvasiver und robotischer Chirurgie und für wen sie geeignet ist, gehen wir auch gezielt darauf ein, wann eine Operation überhaupt notwendig ist und welche Alternativen es gibt. Da auch der Nachsorge eine ganz entscheidende Rolle zukommt, wird ganz gezielt auf die wichtige Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten eingegangen, damit Komplikationen rechtzeitig erkannt werden können. Zusätzlich wird es die Möglichkeit geben, sich an Infoständen über Themen wie Ernährung bei Problemen mit der Bauchspeicheldrüse oder nach einer Bauchspeicheldrüsenoperation zu informieren. Die Veranstaltung endet mit einem Get-Together, bei dem Raum für persönliche Gespräche mit den Expertinnen und Experten sowie für den Austausch mit anderen Betroffenen bleibt.

Die Teilnahme am Pankreaszystentag ist kostenlos, zur besseren Planung sind wir Ihnen jedoch für Ihre vorherige Anmeldung bei der Heidelberger Stiftung Chirurgie unter info@stiftung-chirurgie.de oder telefonisch unter 06221-564875 dankbar. Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

SAVE THE DATE

Veranstaltung zu den Themen Patientenverfügung,
Vorsorgevollmacht und Testament



Die Heidelberger Stiftung Chirurgie veranstaltet zusammen mit der Heidelberger Herzstiftung und der Thoraxstiftung Heidelberg am **Donnerstag, 26. Juni 2025**, einen Vorsorgetag. Im Fokus stehen die Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Testament. Die Veranstaltung beginnt um **18 Uhr im Schlösschen der Thoraxklinik Heidelberg**.

Damit wir besser planen können, bitten wir bei Interesse um Ihre Anmeldung per Mail unter **info@stiftung-chirurgie.de** oder telefonisch unter **06221 56 4875**. Die Teilnahme ist für Sie selbstverständlich kostenfrei.

Weitere Informationen finden Sie unter **www.stiftung-chirurgie.de**

IHRE SPENDE IST WERTVOLL – IHR KONTAKT FÜR UNS AUCH

Damit wir uns herzlich bei Ihnen bedanken und Ihnen ggfs. auch eine Spendenbescheinigung zusenden können, freuen wir uns sehr, wenn Sie bei Ihrer Überweisung oder Online-Spende Ihre vollständige Anschrift angeben. Denn nur wenn wir wissen, wer uns hilft, können wir auch danke sagen – persönlich und von Herzen.

Wenn Sie uns auch Ihre E-Mail-Adresse anvertrauen, freuen wir uns besonders. Dann können wir Sie künftig auch auf digitalem Wege erreichen, schneller, direkter und manchmal auch mit einem kleinen bebilderten Einblick in unseren Alltag.

Ganz gleich, ob per Post, telefonisch oder per E-Mail – Hauptsache wir bleiben in Verbindung, denn nur so können wir zeigen, was Ihre Spende bewirkt und wie dankbar wir dafür sind.

Danke für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit.

Ihr Team von der Heidelberger Stiftung Chirurgie



ZU JETZT SPENDEN

ABONNIEREN SIE UNSERE NEWSLETTER

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

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



ANMELDUNG ZUM NEWSLETTER