

# ASKLEPIOS NEWSLETTER



## Sehr geehrte Damen und Herren,

heute erhalten Sie die zweite Ausgabe unseres Asklepios Südpfalzkliniken Newsletters 2018, mit dem wir Sie quartalsweise über aktuelle Entwicklungen und Themen in unseren Kliniken informieren.

Das abgelaufene erste Quartal war geprägt von der Sicherstellung des hohen notfallmäßigen und saisonbedingten Patientenaufkommens und der damit verbundenen starken Auslastung. Gleichzeitig haben wir unsere bestehenden Strukturen weiter entwickelt und sind weiterhin dabei, neue Bereiche zu etablieren. So wurde beispielsweise die in unserer Klinik in Kandel seit vielen Jahren bestehende Stroke Unit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft. Insofern freuen wir uns sehr, dass der MDK uns im Februar 2018 erneut die Erfüllung aller Voraussetzungen im Rahmen einer Neurologischen Komplexbehandlung des Schlaganfalls bestätigt hat. Hierin sehen wir einen wichtigen Beleg für die qualitativ hochwertige Versorgung dieses Patientenklientels in unserer Klinik.

Gleichzeitig haben wir unter Leitung von Frau Dr. Irene Lorenzini (Fachärztin für Geriatrie, Gastroenterologie und Innere Medizin) die Versorgung von geriatrischen Patienten ge-

startet. Die geriatrische Patientenversorgung sieht dabei einen Mindestaufenthalt von 14 Tagen und die Durchführung von mindestens 20 therapeutischen Einheiten vor. Im Zeitalter von DRG und damit verbundenen immer kürzeren Verweildauern sind wir in der Lage, eine umfassende Behandlung älterer Patienten durchzuführen. Dabei stellen wir für internistisch-geriatrische und traumatologisch-geriatrische Patienten eine entsprechende Frührehabilitation an unserem Standort sicher.

Mit Jahresbeginn hat Herr Dr. Oliver Schoierer als neuer Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort Germersheim seine Tätigkeit aufgenommen. Im vergangenen Jahr wurden in Germersheim mehr als 250 Endoprothesen implantiert. Die vom Gesetzgeber geforderte Mindestmenge wurde daher sehr deutlich überschritten. Dank der langjährigen Erfahrung von Dr. Schoierer und seiner Expertise können wir unser zertifiziertes Endoprothetikzentrum nun weiter ausbauen.

Darüber hinaus haben wir im Zuge der in Rheinland-Pfalz angelaufenen Krankenhausplanung die Zukunftskonzepte unserer beiden Standorte in Kandel und Germersheim beim Ministerium eingereicht. Nach einem

uns vorliegenden Gutachten zu den stationären Bedarfen ergibt sich eine Steigerung im Bettenbedarf von derzeit 320 Betten auf 384 Betten bis zum Jahr 2025. Die Ergebnisse der Krankenhausplanung sind für die zweite Jahreshälfte zu erwarten.

In dieser Ausgabe werden wir Sie über unsere Kompetenz in der chirurgischen Versorgung bei morbidem Adipositas sowie über Neuigkeiten in der Endoprothetik informieren.

Ich wünsche Ihnen viele Freude beim Lesen und stehe Ihnen für Fragen gerne zur Verfügung.

**Mit freundlichen Grüßen**

Ihr

**Frank Lambert**  
Geschäftsführer



### Multimodale chirurgische Behandlung bei morbidem Adipositas

Die Anzahl der Menschen mit Übergewicht und Adipositas nimmt auch in Deutschland jährlich zu. Mit ansteigendem Körpergewicht steigt das Risiko schwerwiegender Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonus, Dyslipoproteinämie, Schlafapnoe, Gelenksbeschwerden, Depressionen etc. Für den Patienten bedeutet dies eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität und der Lebenserwartung. Häufig führt das extreme Übergewicht auch zu sozialer Ausgrenzung und hinterlässt tiefe Spuren in der Psyche. Um diese Gesundheitsrisiken zu reduzieren, ist eine konsequente und anhaltende Reduktion des Körpergewichts notwendig. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation liegt ab einem BMI (Body-Mass-Index) von 40 eine morbid Adipositas (krankhaftes Übergewicht) vor. Im Fall der genannten Begleiterkrankungen markiert schon ein BMI von 35 die Grenze zur morbid Adipositas. Der Anteil der Männer mit morbid Adipositas (Grad III) zeigte zwischen 1999 und 2013 eine Zunahme von 144% und bei Frauen von etwa 102%. Insgesamt war 2017 jeder vierte Erwachsene in Deutschland adipös (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>).

Für Patienten mit morbid Adipositas ist eine operative Behandlung oft der letzte Strohhalm, wenn keine Diät anschlägt und die gesundheitliche Belastung hoch ist. Die chirurgische Behandlung zeichnet sich durch die höchste Effektivität in Bezug auf die Gewichtsreduktion aus.

Die Behandlung von Adipositas zielt auf eine Gewichtsreduktion und Umstellung der Lebensgewohnheiten ab. Bevor eine Operation in Erwägung gezogen wird, werden zunächst die konventionellen Therapieansätze im Rahmen eines multimodalen Konzeptes ausgeschöpft (Dauer 4-5 Monate). Das multimodale Konzept umfasst individuelle Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie und Bewegungstherapie. Diese sollen an die jeweiligen Lebensbedingungen angepasst werden. Generell ist die Bewegungstherapie darauf ausgerichtet, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren und leichte Sportarten wie Schwimmen, Nordic Walking oder auch Radfahren wahrzunehmen. In unserer Klinik in Kandel wird durch einen Physiotherapeuten wöchentlich eine



Adipositas-Trainingsgruppe betreut, um eine fachgerechte sportliche Betätigung anzubieten und ein individuelles Bewegungsprogramm für daheim zu erstellen.

Das multimodale Konzept hat somit eine Einübung individueller Muster zum Bewegungs- und Essverhalten bereits vor der Operation zum Ziel, um auch nach der Operation eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu ermöglichen. Die Krankenkassen setzen vor der Übernahme der Kosten für eine Operation bei Adipositas die vorherige Durchführung des multimodalen Konzeptes voraus.

Extrem adipöse Patienten mit einem BMI > 60 erhalten zur Verminderung des Operationsrisikos für mehrere Monate einen Magenballon, der in der hiesigen Abteilung für Gastroenterologie (CA Dr. med. E. Rau) über eine Magenspiegelung implantiert wird. Der Magenballon sorgt für Völlegefühl und damit für eine verringerte Nahrungsaufnahme und eine Gewichtsabnahme von 20-30kg. Nach der Entfernung des Magenballons erfolgt dann die bariatrische Operation.

Die in unserer Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Kandel durchgeführten bariatrischen Eingriffe werden laparoskopisch, also minimalinvasiv durchgeführt. Dies bedeutet, dass nur 4-5 kleine Hautinzisionen von etwa 1-2 Zentimeter Länge notwendig sind. Dieses Vorgehen führt zu weniger Schmerzen, kleinen Operationsnarben, erhaltener Stabilität der Bauchdecke, minimiertem Risiko für Wundheilungsstörungen und zu einer deutlich verkürzten Erholungsphase nach der Operation. In der Vergangenheit wurde die laparoskopische Implantation von Magenbändern zur Etablierung eines kleinen Vormagens mit dem Ziel der früheren Erreichung eines Sättigungsgrades favorisiert. Infolge eines häufigen JoJo-Effektes bezüglich des Gewichtes sowie möglicher Dislozierungen des Magenbandes gilt diese Operation inzwischen nicht

mehr als das Verfahren der Wahl. Stattdessen werden in der Regel folgende OP-Verfahren durchgeführt:

#### Schlauchmagen (Gastric-Sleeve-Resektion)

Bei diesem Operationsverfahren wird der Magen bis auf einen schlauchförmigen Rest laparoskopisch über 5 kleine Hautschnitte verkleinert. Hierdurch kann weniger Nahrung aufgenommen werden und das Sättigungsgefühl bleibt länger erhalten. Die das „Hungerhormon“ Ghrelin im Magen bildenden Zellen, die das Hungergefühl und den Energiestoffwechsel beeinflussen, werden durch die laparoskopische Magenresektion maßgeblich reduziert. Bei diesem OP-Verfahren bleibt der reguläre Weg der Nahrung durch den Verdauungstrakt erhalten.

#### Magenbypass

Beim Magenbypass-Verfahren wird der Magen laparoskopisch im oberen Teil durchtrennt, sodass nur ein kleiner Restmagen an der Speiseröhre verbleibt und zur Nahrungsaufnahme zur Verfügung steht. Folglich wird die Nahrungsmenge, die pro Mahlzeit aufgenommen werden kann, verringert. Auch der Dünndarm wird durchtrennt – das eine Ende des Dünndarms wird an den kleinen Restmagen angeschlossen und das andere Ende derartig umgeleitet, dass der direkt an den Magen anschließende Dünndarm umgangen wird. Auf diese Weise wird zum einen die Nahrungsmenge, die pro Mahlzeit aufgenommen werden kann, verringert. Ferner wird auf diese Weise die Strecke des Dünndarms, die zur Resorption von Nahrungsstoffen zur Verfügung steht, verkürzt (malabsorptives Verfahren).

In einem ausführlichen persönlichen ärztlichen Gespräch mit dem Patienten wird jeweils erörtert, welches OP-Verfahren sich für den Patienten eignet. Bereits im ersten Jahr nach der Operation darf erwartet werden, dass die Patienten bei Befolgung des multi-

## Neues aus der Endoprothetik (Teil 1 von 3)

modalen Konzeptes ca. 30-35% ihres Übergewichts verlieren.

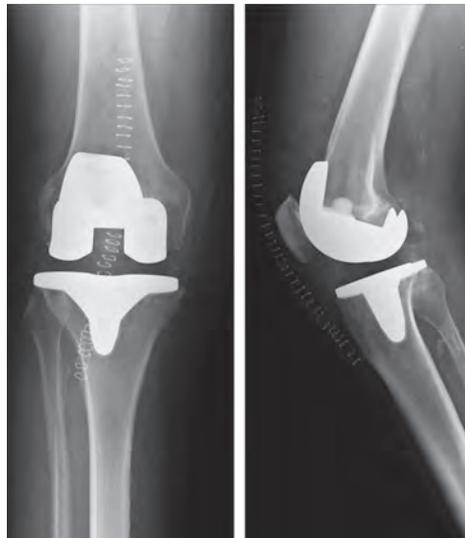
Unsere Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie verfügt über ein engmaschiges Netzwerk aus ambulanten Ernährungsberatern, Sportangeboten und Fachärzten. Eine Adipositas-Selbsthilfegruppe wird von uns unterstützt und trifft sich am 1. Montag des Monats um 19 Uhr im Konferenzraum unserer Klinik in Kandel. Wir bieten sämtliche konservative Therapiemaßnahmen an, mit denen sich das Gewicht reduzieren lässt. Dies macht eine qualifizierte Vorbereitung auf die bariatrische Operation mit Erstellung des Gutachtens durch unser Adipositas-Team für die Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse möglich. Auch nach der Operation werden die Patienten durch die chirurgische Abteilung weiter betreut, um eine erfolgreiche Nachsorge zu gewährleisten.

Nach deutlicher Reduktion des Körpergewichts sind häufig plastische Operationen zur Reduktion der überschüssigen Hautareale notwendig. In der Regel erfolgen dann eine Fettschürzen-Reduktion bzw. Anpassungen an Oberarmen und Oberschenkeln. Diese Eingriffe können in der Asklepios Klinik Kandel am Institut für Ästhetische Chirurgie (CA Dr. med. K. Kunz) durchgeführt werden.

Der erste Schritt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion bei morbidem Adipositas ist die Vorstellung zu einem persönlichen ärztlichen Erstgespräch in unserer chirurgischen Adipositas-Sprechstunde (donnerstags 14:30-15:30 Uhr, tel. Anmeldung: 07275 71-1101, Sekretariat Prof. Wenger). Alle weiteren o.g. Schritte werden dann geplant. Der erste Schritt ist bekanntlich immer der schwerste – aber er lohnt sich.



Prof. Dr. med.  
Frank A. Wenger  
Chefarzt der Abteilung für  
Allgemein-, Viszeral-,  
Thoraxchirurgie und  
Adipositaschirurgie  
Asklepios Südpfalzlinik  
Kandel



Ab den 1960er-Jahren konnte die Gelenkersatzoperation der Hüfte arthrosebedingte Schmerzen lindern sowie Beweglichkeit und Lebensqualität verbessern. Mittlerweile gehören die Gelenkersatzeingriffe an Hüfte und Knie zu den häufigsten Operationen im Bereich der operativen Orthopädie überhaupt. Für 2016 meldeten in Deutschland 673 am Endoprothesenregister (=EPRD) teilnehmende Krankenhäuser ihre Dokumentation über 245.000 Operationen an das deutsche Endoprothesenregister. Das erscheint viel, auch weil in den Medien vermittelt wird, dass in Deutschland zu viel und zu früh operiert wird. Tatsache ist jedoch, dass Deutschland in der altersbereinigten Statistik in Sachen Hüftgelenkersatz hinter der Schweiz, Österreich, Norwegen und Luxemburg liegt und keineswegs als Hüftgelenkersatzweltmeister gelten kann. Gleiches gilt auch für den künstlichen Kniegelenkersatz. Immer wieder hat die Ärzteschaft zu Recht darauf hingewiesen, dass steigende Operationszahlen auch auf den medizinischen Fortschritt zurückzuführen sind. Dies auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund dieses Fortschritts bei älteren Patienten eigentlich kein Alterslimit mehr besteht.

Derzeit können Patienten davon ausgehen, dass ihre künstliche Hüfte im Durchschnitt mindestens 15-20 Jahre hält. Ein künstliches Kniegelenk sollte Standzeiten von zehn bis zwölf Jahren aufweisen. An den Register-

daten des EPRD lässt sich erkennen, dass es für Patienten in Deutschland bestimmte Risikokonstellationen für eine Wechseloperation gibt. So zeigte sich, dass das Risiko für einen Implantatwechsel nach hüftgelenksnaher Femur- oder Schenkelhalsfraktur doppelt so hoch ist wie bei einem elektiven endoprothetischen Eingriff. Im Rahmen einer aktuellen Studie aus Großbritannien wurden die Daten von 117.434 Patienten aus einem britischen Register zur endoprothetischen Primärversorgung analysiert. War ein Patient beim Primäreingriff 70 Jahre alt, lag die Revisionsrate bei maximal 7,7% und bei 15% für die beim Ersteingriff 60-Jährigen. Am höchsten war sie für Männer, die zwischen 50 und 54 Jahren eine TEP erhalten hatten: 35% benötigten später einen Knieprothesenwechsel, 29,6% ein neues Hüftgelenk. Das Fazit lautet, dass ab dem Alter von 70 Jahren die Prothese „mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit ein Leben lang“ hält. Jüngere, vor allem Männer, müssen mit einem oder mehreren Prothesenwechseln rechnen. Rund jeder zehnte Totalendoprotheseneingriff ist also dem Wechsel geschuldet. Um die Qualität der primären endoprothetischen Versorgung zu verbessern und Komplikationen der operativen Behandlung im Rahmen der Primär- und Revisionsendoprothetik zu verringern, ist es notwendig, die Patienten auf die Operation gut vorzubereiten, Ängste auszuräumen und die Erwartungen einzugrenzen. In unserem Endoprothetikzentrum in Gernersheim sind hierfür verschiedene Maßnahmen implementiert worden und werden regelmäßig weiterentwickelt, so zum Beispiel die Einführung des patientenorientierten Blutmanagements mit routinemäßiger „off-label“ Gabe von Transexamsäure sowie die unmittelbare postoperative Mobilisierung des Patienten.



Dr. med. Oliver Schoierer  
Chefarzt der Abteilung für  
Orthopädie und Unfall-  
chirurgie  
Asklepios Südpfalzlinik  
Gernersheim

## Ihre Ansprechpartner

| Asklepios Südpfalzlinik Germersheim                 | Ihr Ansprechpartner  | Sekretariat   |
|---|----------------------|---------------|
| <b>Abteilung/Zentrum</b>                            |                      |               |
| Allgemeine Innere Medizin/Kardiologie               | Dr. Herbert Lorenz   | 07274 504-271 |
| Allgemein- und Viszeralchirurgie                    | Dr. Karlheinz Elger  | 07274 504-281 |
| Anästhesiologie und Intensivmedizin                 | Dr. Herbert Franz    | 07274 504-253 |
| Gastroenterologie                                   | Dr. Eberhard Rau     | 07274 504-371 |
| Gynäkologie und Geburtshilfe                        | Dr. Stefan Pastor    | 07274 504-261 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie und Endoprothetikzentrum | Dr. Oliver Schoierer | 07274 504-281 |

| Asklepios Südpfalzlinik Kandel            | Ihr Ansprechpartner         | Sekretariat   |
|---|-----------------------------|---------------|
| <b>Abteilung/Zentrum</b>                  |                             |               |
| Allgemeine Innere Medizin und Stroke Unit | Dr. Wolfram Schulz          | 07275 71-1201 |
| Allgemein- und Viszeralchirurgie          | Prof. Dr. Frank-Axel Wenger | 07275 71-1101 |
| Anästhesie und Intensivmedizin            | Dr. Volker Moog             | 07275 71-1607 |
| Gastroenterologie/Diabetologie            | Dr. Eberhard Rau            | 07275 71-1241 |
| Geriatric                                 | Dr. Irene Lorenzini         | 07275 71-1511 |
| Gynäkologisches OP-Zentrum                | Dr. Karl Kunz               | 07275 71-1501 |
| Kardiologie                               | Prof. Dr. Jörg Stypmann     | 07275 71-1714 |
| Orthopädie/Unfallchirurgie                | Dr. Peter Herrmann          | 07275 71-1332 |



Südpfalzkliniken

## Kontakt

### Asklepios Südpfalzlinik Kandel

Luitpoldstraße 14  
76870 Kandel  
kandel@asklepios.com  
www.asklepios.com/kandel

### Asklepios Südpfalzlinik Germersheim

An Fronte Karl 2  
76726 Germersheim  
germersheim@asklepios.com  
www.asklepios.com/germersheim

## Impressum

Frank Lambert, Geschäftsführer  
Luitpoldstr. 14  
76870 Kandel  
f.lambert@asklepios.com  
Tel.: 07275 71-1300