



DR. ANDREAS SCHNEIDER UND AUTOREN
**FUNKTIONELLE SCHMERZ-
ERKRANKUNGEN IM KINDES-
UND JUGENDALTER** / Seite 3

DR. MARTIN ZINKLER
**VIER JAHRE MODELL-
VORHABEN PSYCHIATRIE** / Seite 5

PROF. DR. ANDREAS IMDAHL UND AUTOREN
**NEUES AUS DEM DARMKREBS-
ZENTRUM HEIDENHEIM** / Seite 7

DR. CARINA PASCHOLD
**ENDOMETRIOSE - EINE ODYSSEE
JÜNGERER FRAUEN** / Seite 11

Heidenheim, Januar 2021

EDITORIAL



Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die zweite Corona-Welle hält uns fest im Griff und bestimmt in vielen Bereichen unser tägliches Arbeiten in ganz wesentlichem Maße. Ich möchte ihnen heute allerdings einen Newsletter ans Herz legen, in dem es diesmal nicht um COVID-19 geht, sondern um andere wichtige Themen. Schließlich sollten wir auch unsere Non-COVID-Patienten nicht außer Acht lassen.

Ein Artikel aus der Kinderklinik beschäftigt sich mit funktionellen Schmerzkrankungen im Kindesalter, die neben organischen auch vielfältige andere Ursachen haben können. In einem weiteren Beitrag stellt Hr. Dr. Zinkler die Erfahrungen aus vier Jahren Modellvorhaben der Psychiatrie vor.

Das Darmzentrum des Klinikums stellt aktuelle Erkenntnisse zum Thema Darmkrebs vor. Schließlich informiert Fr. Dr. Paschold aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe über die Odyssee jüngerer Frauen bei vorliegender Endometriose vor und gibt Anregungen, wie diese abzukürzen sind.

Viel Vergnügen beim Lesen.

Ihr
Prof. Dr. Peter Helwig

FUNKTIONELLE SCHMERZERKRANKUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Abdominelle Schmerzen oder Kopfschmerzen sind im Kindes- und Jugendalter ein häufig auftretendes Erkrankungsbild. Zunächst gilt es relevante Erkrankungen auszuschließen wie Appendizitis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder die sehr häufig auftretende Obstipation als Beispiele für abdominelle Erkrankungen. Für die Kopfschmerzen müssen die Schmerzentitäten nach den IHS-Kriterien in Migräne oder Spannungskopfschmerzen sorgfältig unterschieden werden. Im Kindesalter, vor allem bei sehr jungen Kindern, müssen auch die sekundären Kopfschmerzen aufgrund von Hirntumoren ausgeschlossen werden.

Eine zunehmende Häufigkeit der sogenannten funktionellen Störungen, mit deutlicher Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Kinder und Jugendlichen, ist in den letzten Jahren aufgrund veränderter Lebensbedingungen, Stressfaktoren durch die Schule oder auch Konflikten mit den Peergroups durch Cybermobbing, Stalking oder Bullying durch viele Verlaufsuntersuchungen wie den KIGGS-Kindergesundheitsmonitor oder das LBS-Kinderbarometer eindrucksvoll belegt worden. Dies können wir auch in unserer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin seit Jahren nachvollziehen. Wenige Wochen nach Schulbeginn im September steigen die stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen, die sich mit vielfältigen Symptomen vorstellen. Nach einer grundlegenden klinischen und paraklinischen Diagnostik wird sehr schnell deutlich, dass keine organische Ursache zugrunde liegt. Trotzdem sind die Patienten schmerzgeplagt, beeinträchtigt und belastet.

Eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, zwei Heilpädagoginnen und Lehrkräfte der Schule für Kranke sorgen in unserer Klinik für ein interdisziplinäres Angebot, diese Patienten über den rein organischen Blickwinkel hinaus zu betreuen. Am Beispiel der funktionellen Bauchschmerzen kann das Therapiekonzept gut verdeutlicht werden.

DIE DIAGNOSEKRITERIEN RICHTEN SICH NACH DEN ROME-IV-KRITERIEN FÜR FUNKTIONELLE BAUCHSCHMERZEN:

- H1 Erbrechen und Aerophagie
- H1a Syndrom des zyklischen Erbrechens

- H1b funktionelle Übelkeit und funktionelles Erbrechen
- H1c adoleszentes Ruminationsyndrom
- H1d Aerophagie
- H2 mit Bauchschmerz assoziierte funktionelle Darmerkrankungen
- H2a funktionelle Dyspepsie
- H2b Reizdarmsyndrom
- H2c abdominale Migräne
- H2d kindliche funktionelle Bauchschmerzen
- H3 Obstipation und Stuhlinkontinenz
- H3a funktionelle Obstipation
- H3b Stuhlinkontinenz ohne Stuhlrückhaltenmanöver

Es erfolgt eine Evaluation durch die Kinder- und Jugendpsychiaterin, in der Regel gemeinsam mit den Heilpädagoginnen und durch die Lehrkräfte der Schule für Kranke, um typische Belastungsfaktoren in der Familie, Schule oder Peergroups herauszuarbeiten. Oftmals werden erst dann wichtige Informationen erfasst, die bei der primären Anamnese nicht angegeben wurden. Ergänzt werden diese Informationen durch spezielle Fragebögen wie den „Schmerzfragebogen für Kinder- und Jugendliche“ oder ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensweisen aus dem sozialen Umfeld. Die Gesamtheit der Informationen erlaubt die Entwicklung eines Behandlungsplans.

Neben klassischen Schmerzmedikamenten zur kurzfristigen Überbrückung der Symptomatik kommen auch Phytopharmaka und Aromatherapie zum Einsatz. Wesentlich ist aber die Aufklärungs- und Interventionsarbeit nach dem „Biopsychosozialen Modell“. Im täglichen ärztlichen Gespräch bei der Visite werden über psychoedukative Techniken Themen wie Funktion des Schmerzes, Schmerzgedächtnis oder Selbstmanagement dem Patienten und seinen Eltern besprochen. Durch die Heilpädagoginnen werden verschiedenste Entspannungs- und Ablenkungstechniken eingeführt, um die für den jeweiligen Patienten am besten passende Methode herauszufinden. Diese wird dann mit dem Patienten intensiv trainiert. Auch die Pflegekräfte wenden entsprechende Verhaltensmodifikationen an, wenn die Schmerzkrise abends oder am Wochenende auftritt und die Heilpädagoginnen

nicht zur Verfügung stehen. Dazu wurden für die verschiedenen Altersgruppen spezielle „Ablenkungskisten“ gestaltet, die vom Förderverein der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin finanziert wurden.

Die Lehrkräfte der Schule für Kranke nehmen Kontakt mit der Heimatschule auf und versuchen schulische Leistungsprobleme, Peergroup-Probleme und evtl. bereits bisher stattgefunden Intervention durch z.B. die Schulsozialarbeiter zu klären, insbesondere dann, wenn es bereits zu langen Schulfehlzeiten gekommen ist.

Alle Patienten werden poststationär mindestens zweimal vom Behandlungsteam gesehen, um evaluieren zu können ob die erarbeiteten Interventionsstrategien auch im häuslichen und schulischen Umfeld erfolgreich angewendet

werden können. Außerdem werden langfristige Betreuungsangebote z.B. mit kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Intervention angebahnt und vermittelt.

Wir sind davon überzeugt, dass die Mitarbeiterinnen der Kinderklinik das kleine Fenster nutzen müssen, das sich im Rahmen einer stationären Aufnahme aufgrund unspezifischer Symptome bietet, um den Patienten und ihren Familien ein umfassendes Angebot zu machen, mit dem Ziel, einer Chronifizierung von Beschwerden entgegen zu wirken und damit langfristige Teilhabebeeinträchtigung zu vermeiden.

Deshalb wurden mit großem Aufwand entsprechende Leitlinien für unsere Klinik für Kinder- und Jugendmedizin entwickelt, verbunden mit intensiven Fortbildungsmaßnahmen aller Beteiligten, um ein strukturiertes therapeutisches Konzept zur Verfügung zu haben.

ZUSAMMENFASSUNG DIE AUFGABENFELDER

PFLEGE	ÄRZTE	PÄDAGOGEN	PSYCH
Ablenkungsinterventionen	Psychoedukation	Beschäftigungsangebot	Gesprächsintervention
Schule			
Entspannungstechniken			

UND GRUNDLEGENDE INTERAKTIONSPRINZIPIEN

- Jeder Schmerz ist echt!
- Aktive Schmerzbewältigung: Ablenken & Mitmachen
- „So gut es eben geht“
- Loben & Ermutigen
- Kein Erlass lästiger Pflichten
- Aktives Nachfragen nach Schmerzen vermeiden
- Realistische Zielsetzung = Schmerzreduktion ≠ Schmerzfreiheit

Autoren:
Chefarzt Dr. Andreas Schneider,
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. Brigitte Rentschler,
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
 Kinder- und Jugendpsychiaterin
Teresa Bieringer,
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
 Weiterbildungsärztin

VIER JAHRE MODELLVORHABEN PSYCHIATRIE



Seit Januar 2017 arbeitet die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V. Der Vertrag wurde im Jahr 2016 mit allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen geschlossen. Es handelt sich also nicht um einen sogenannten Selektivvertrag, von dem nur wenige Patienten profitieren, sondern die Vorteile des Modellvorhabens kommen allen Patienten zugute, die an der hiesigen Klinik behandelt werden, sowohl ambulant, teilstationär als auch stationär.

Im Modellvorhaben wird ein jährliches Budget für die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung in unserer Klinik vereinbart. Die Ausgaben für die Behandlung im Modellvorhaben können also weder ansteigen noch sinken, ohne dass zwischen den Vertragspartnern erneut verhandelt wird. Die Voraussetzung für die Einhaltung des Budgets ist, dass die Klinik jedes Jahr etwa gleich viele Patienten behandelt.

Im Rahmen des vereinbarten Budgets ist die Klinik jedoch frei in der Wahl des Behandlungssettings:

- ob ein Patient ambulant, teilstationär oder stationär behandelt wird
- ob die Klinik den Patienten zu Hause behandelt (Home-Treatment)

wird zwischen Patienten, Angehörigen und dem Klinikteam jeweils im Einzelfall entschieden.

Der Vertrag für das Modellvorhaben gilt für insgesamt sieben Jahre und kann verlängert werden.

Inzwischen liegt die Belegung im stationären Bereich der Klinik bei 50 %, im tagesklinischen Bereich werden nahezu doppelt so viele Patienten behandelt. Darüber hinaus werden mehr Patienten ambulant behandelt, mehr Patienten zu Hause aufgesucht und als Besonderheit im Modellvorhaben werden jeden Tag acht bis zwölf Patienten zu Hause besucht (Home-Treatment).

Der Zugang ins Home-Treatment erfolgt über hausärztliche oder fachärztliche Einweisung und auch direkt durch Patienten und Angehörige, besonders dann, wenn die Patienten schon früher in unserer Klinik behandelt worden sind. Für das Home-Treatment gibt es keine Wartezeit, es kann unmittelbar beginnen. Zunächst erfolgen tägliche Hausbesuche, vorwiegend durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychiatrischen Fachkrankenpflege. Die Patienten werden zu Hause fachärztlich besucht. In akuten Krisen können Hausbesuche auch am Wochenende stattfinden, zusätzlich mit täglichen Telefonkontakten.

Patienten im Hometreatment haben Zugang zum gesamten therapeutischen Angebot der Klinik: Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie und soziale Unterstützung. Besonders beliebt im Hometreatment sind Hausbesuche durch unsere

Peerberaterinnen, zwei Mitarbeiterinnen, die selbst Erfahrungen mit psychischen Krisen haben.

Jede Patientin und jeder Patient im Home-Treatment kann jederzeit, wenn es ihr/sein Gesundheitszustand erfordert, stationär aufgenommen werden. Die stationäre Aufnahme erfolgt dann bei dem Stationsteam, wo sie/er schon im Home-Treatment behandelt wurde, sodass die Bezugspersonen weitgehend die gleichen bleiben. Auch Übergänge in eine tagesklinische Behandlung sind jederzeit möglich.

Die Behandlungszufriedenheit im Home-Treatment ist groß, darüber wurde mehrfach in der Lokalpresse, aber auch überregional berichtet. Die Auswertung des Modellprojekts erfolgt bei der Technischen Universität Dresden. Im Bundesgebiet gibt es 20 weitere solche Modellvorhaben.

Auch in der Coronakrise hat sich das Modellvorhaben als höchst wirkungsvoll erwiesen, denn auch dann, als sich viele Patienten nicht mehr ins Krankenhaus trautes, konnten wir sie zu Hause besuchen und beim Bewältigen von psychischen Krisen unterstützen. Die Hausbesuche im Home-Treatment folgen ebenso wie die stationäre und teilstationäre Behandlung einem detaillierten Hygienekonzept.

NÄHERE AUSKÜNFTE ERTEILEN GERNE:

Dr. Martin Zinkler
martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de
Tel. 07321 / 33-2452

Michael Waibel
michael.waibel@kliniken-heidenheim.de
Tel. 07321 / 33-2541

Autor:
Chefarzt Dr. Martin Zinkler,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

NEUES AUS DEM DARMKREBSZENTRUM HEIDENHEIM

Darmkrebs ist in Deutschland der zweithäufigste Krebs - etwa jede achte Krebserkrankung betrifft Darmkrebs. In 2014 erkrankten ungefähr 33100 Männer und 27900 Frauen an Darmkrebs. Das heißt: Im Laufe des Lebens erleiden einer von 15 Männer und eine von 18 Frauen dieses Schicksal.

Das Krankheitsrisiko hängt dabei von der individuellen Disposition und Exposition ab. Disposition sind nicht beeinflussbare Faktoren wie Alter (das Risiko steigt bis ins hohe Alter an mit einem mittleren Erkrankungsalter von 75 für Frauen bzw. 72 Jahren für Männer), Geschlecht (höheres Risiko für Männer), familiäre Vorbelastung und genetische Syndrome wie FAP und Lynch-Syndrom. Zusammen steht die Disposition für etwa 2/3 des Risikos.

Unter Exposition verstehen wir durch Intervention modifizierbare Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung und körperliche Aktivität. Auch wenn diese Faktoren nur ca. 1/3 des Risikos ausmachen, sind sie besonders interessant, da im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, aber auch individuell beeinflussbar:

Durch optimale Primärprävention im Sinne eines Niedrigrisikolebensstils lässt sich das Risiko für Darmkrebs um 29 % bezüglich Inzidenz und 20 % bezüglich Mortalität senken. Darunter fallen unter anderem geringer Alkoholkonsum (unter 100 g pro Woche), Nichtrauchen, gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und ein stabiles Normalgewicht.

RAUCHEN

- Eine von fünf Darmkrebserkrankungen ist (zumindest teilweise) durch Rauchen verursacht.
- Hier spielen Beginn des Rauchens, die Anzahl der Zigaretten und die Dauer des Rauchens (pack years) eine wichtige Rolle.
- Frauen mit einer Raucheranamnese von > 30 Jahren tragen eine Risikoerhöhung von 3,5 im Vergleich zu Nichtraucherinnen.

SPORT

- Übergewicht (relatives Risiko 1,4) und Diabetes mellitus (relatives Risiko 1,5) sind besonders bei Männern mit einem erhöhten Risiko vergesellschaftet.
- 150 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche oder mindestens 120 Minuten stärkerer Aktivität reduzierend das Dickdarmrisiko in mehreren Studien signifikant um etwa 25 %.

ERNÄHRUNG

- Prinzipiell verhindert eine ausgewogene und in ihrer Kalorienzahl dem täglichen Bedarf angepasste Ernährung das Risiko für Übergewicht und schützt dadurch vor (Darm-)Krebs. Es gelten die allgemeinen Empfehlungen der DGE.
- Die Datenlage zu gezielten Ernährungsinterventionen bleibt uneinheitlich. Möglicherweise wird ab einem Verzehr von etwa 100 g Obst oder Gemüse pro Tag die Häufigkeit von Polypen und Darmkrebs reduziert. Fleischlastige Ernährung dagegen scheint sich ungünstig auszuwirken. In der aktuellen deutschen Darmkrebsleitlinie wird ein Verzehr von 30 g Ballaststoffen pro Tag empfohlen. Aber: In der Regel essen die Deutschen gerade mal 23 bis 25 g, viele auch nur 20 g. 68 % der Frauen und 75 % der Männer erreichen den Richtwert nicht.



In den letzten Jahren wird ein gehäuftes Auftreten von colorektalen Karzinomen bei jungen Menschen berichtet. Die in den Fachzeitschriften „Lancet Gastroenterology & Hepatology“ und „Gut“ veröffentlichten Studien haben sich nicht mit den Ursachen für diese Entwicklung beschäftigt. Naheliegender scheint den Experten jedoch die Kombination aus ungesunder Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel schon in der Kindheit als Nährboden für Darmkrebs in jungen Jahren.

VORSORGE

- Seit 1. Oktober 2002 ist die Darmspiegelung in die Vorsorge der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen und ist seither ein Erfolgsmodell. Mittlerweile sind mehrere Millionen Vorsorgekoloskopien in Deutschland durchgeführt. Die geschätzte Reduktion der Darmkrebssterblichkeit durch Koloskopie liegt im Langzeitverlauf bei 68 %. In den ersten zehn Jahren nach Einführung ist die Häufigkeit des Dickdarmkrebses in Deutschland bei den über 50-Jährigen um 17-26 % zurückgegangen.

NEUERUNGEN DER DARMKREBSVORSORGE

- Durch Beschluss des GBA hat seit April 2017 der quantitative immunologische Stuhltest auf Antikörperbasis (iFOBT oder auch FIT für faecal immunochemical tests) den altherwürdigen gFOBT auf Guajakbasis abgelöst; wir alle kennen noch den Hämoccult oder den hemo FEC; diese Tests, von denen vier Millionen pro Jahr in Deutschland ausgegeben wurden, dürfen seither nicht mehr zur Darmkrebsfrüherkennung eingesetzt werden. Im direkten Vergleich haben die FIT eine signifikant höhere Sensitivität in der Erkennung fortgeschrittener Neoplasien. Weitere Vorteile der FIT sind: Keine diätetischen Restriktionen nötig und in der Regel keine Beeinflussung durch Medikamente. Kritisch wird bisweilen die strenge Vorgabe der Testdurchführung diskutiert: Das Teströhrchen muss vom Patienten beim Arzt abgeholt und das gefüllte Röhrchen auch wieder zu diesem zurückgebracht werden. Der Arzt versendet das Röhrchen dann an ein Labor zur Auswertung. Eine unmittelbare Mitteilung des Testergebnisses durch den Arzt wie bei qualitativen FIT ist somit nicht mehr möglich. Nur bei positivem Testergebnis ist eine persönliche Mitteilung durch den Arzt vorgesehen, da dann eine Darmspiegelung nötig wird.
- Wie zuvor besteht auch für die neuen iFOBT Anspruch im Alter von 50-54 Jahren auf einen jährlichen Stuhltest - bei auffälligem Befund erfolgt eine zeitnahe Abklärungskoloskopie (Studien legen nahe: innerhalb von drei bis max. sechs Monaten). Ab 55 besteht dann Anspruch auf zwei-jährigen iFOBT, solange noch keine Vorsorgekoloskopie erfolgt ist (was natürlich die Ausnahme bleiben sollte, denn Goldstandard ist und bleibt die Endoskopie).
- Mit der Richtlinie des GBA vom 1. Oktober 2018 hat es zwei weitere Neuerungen bezüglich der Darmkrebsvorsorge gegeben.
- Neue Altersregelungen für männliche Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen. Für Männer besteht wegen des höheren Risikos im Vergleich zu Frauen nun

schon ab 50 Jahren Anspruch auf zwei Vorsorgekoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren. Bei Frauen gilt weiterhin ab 55 Jahren der Anspruch auf zwei Vorsorgekoloskopien im Mindestabstand von 10 Jahren. Anmerkung: Wenn das Angebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahrgenommen wird, besteht nur noch Anspruch auf eine Früherkennungskoloskopie.

- Ab dem 1. Oktober 2019 enthält das Darmkrebscreening auch ein Einladungsverfahren. Dem erstmaligen Schreiben nach dem 50. Geburtstag folgen weitere Einladungen jeweils mit Erreichen des Alters von 55, 60 und 65 Jahren, sofern Versicherte den Folgeeinladungen nicht widersprechen.
- Neu ist weiterhin, dass Männer und Frauen ab 50 Jahren einen einmaligen Anspruch auf ein ausführliches Beratungsgespräch beim Arzt haben.

ENDOSKOPIE

Aber auch auf dem Feld der Endoskopie hat sich viel getan zur Verbesserung des Patientenkomforts - z.B. durch vereinfachte Abfuhrschemata (aktuell zum Beispiel mit nur noch zweimal 500 ml PEG-Lösung im Split-Modus, die zweite Portion kombiniert mit hochdosierter Ascorbinsäure), flächendeckende Verbreitung der bewährten und nachweislich sicheren NAPS (nurse assisted Propofolsedierung) und der Koloskopie mit CO₂-Insufflation statt Raumluft. Daneben haben sich neue interventionelle Techniken der Abtragung schwieriger Polypen etabliert: Einmal die endoskopische Submukosadisektion (ESD), die sich vor allem anbietet für suspekte Läsionen im Rektum, und zum zweiten die Vollwandresektion mit dem FTRD (Full thickness resection device). Bei dieser kappengestützten Technik wird die meist flache Colonläsion mit einem Greifarm in eine auf dem Endoskop montierte Kappe gezogen, es wird dann ein großer sogenannter OTSC (over the scope clip) an der Basis des künstlich gerafften Polypen abgeschossen und letztlich dieser mit einer Schlinge abgetragen. Mit dieser Technik, die auch im Endoskopiezentrum am Klinikum eingesetzt wird, können Vollwandresektate gewonnen werden, was bisher nur durch operative Techniken möglich war, so dass eine Operation dadurch oftmals vermeidbar ist.

CHIRURGISCHE VERSORGUNG

In der chirurgischen Versorgung von Darmkrebs gibt es auch einige Entwicklungen. Zunächst betreffen sie das Rektumkarzinom. Nach den initialen vielversprechenden Ergebnissen brasilianischer Studien wurde inzwischen auch in die deutsche Leitlinie zur Behandlung des Rektumkarzinoms eine sogenannte „wait and watch“ Strategie aufgenommen.

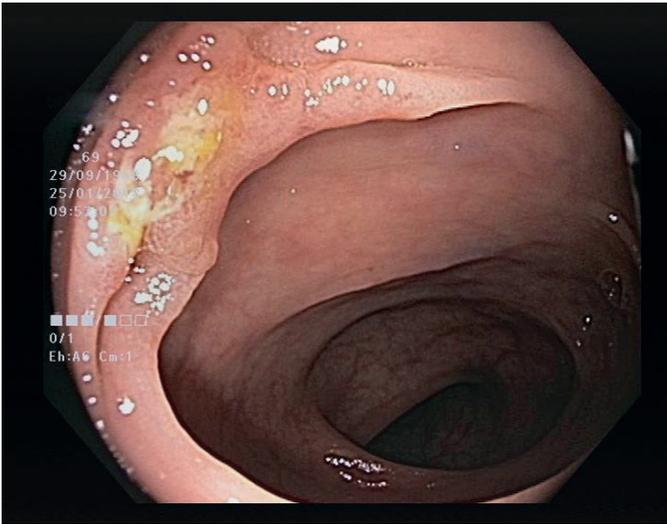


Abb. 1: 12 mm große Rezidivpolyp an der linken Flexur, mit herkömmlicher Mukoskometechnik nicht mehr abtragbar

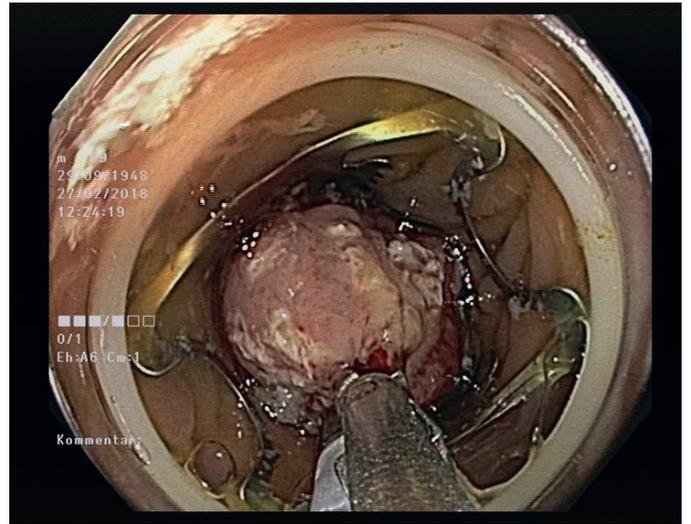


Abb. 2: Läsion wird in die Kappe gezogen



Abb. 3: Mit Clipp verschlossene Wundfläche.

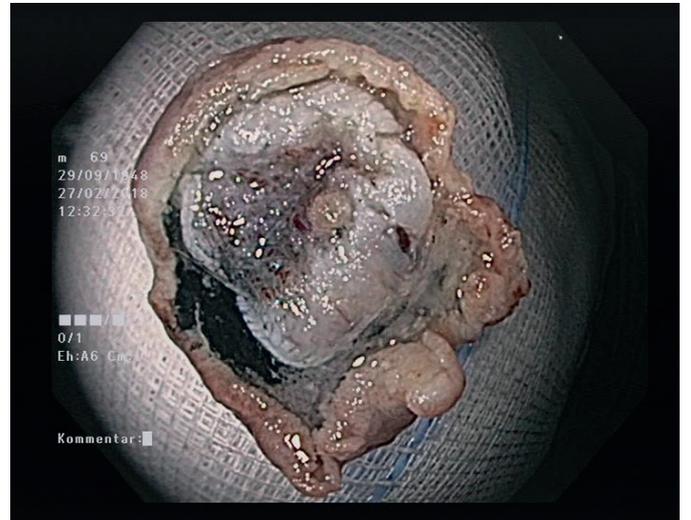


Abb. 4: Abgetragenes Vollwandresektat von der Serosaseite gesehen.

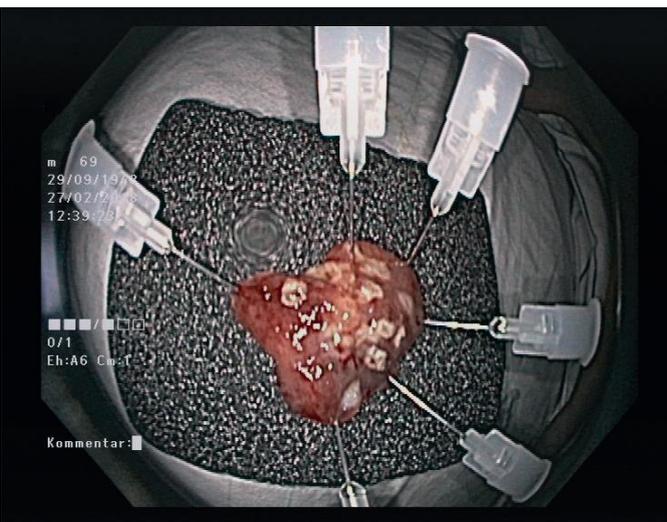


Abb. 5: Komplet abgetragenes Vollwandresektat von luminal gesehen.

Wenn ein Patient eine neoadjuvante Radio-Chemotherapie erhalten hat, kann man auf eine Operation verzichten, sofern sich in der Bildgebung (CT / MR/ Endosonographie und Rektoskopie) kein Tumor mehr nachweisen lässt. In diesen Fällen kann man unter engmaschiger Kontrolle (alle 3 Monate MR / Rektoskopie/ Sonographie) auf eine Operation primär verzichten.

In der operativen Therapie des Rektumkarzinom hat sich schon seit vielen Jahren auch am Klinikum Heidenheim die partielle (bei hochsitzenden Rektumkarzinomen) oder die totale mesorektale Exzision (TME) bei tief sitzenden Rektumkarzinomen etabliert. Immer dann, wenn die Anastomose in einer Höhe kleiner 7 cm zum Anus liegt, wird ein protektives Schutzstoma bei Kontinenzerhaltung vorgeschaltet. Die Lokalrezidivrate am Darmkrebszentrum Heidenheim nach Therapie des Rektumkarzinoms lag in den vergangenen elf Jahren bei 6,1 %.

Als weitere Neuerung beim Rektumkarzinom gilt der Zugangsweg. Auch am Klinikum Heidenheim werden in immer mehr Fällen Rektumkarzinome laparoskopisch assistiert operiert, da die onkologische Vergleichbarkeit des Zugangs hinlänglich bewiesen wurde.

Die Vorbereitung zur Operation eines kolorektalen Karzi-

noms hat sich insofern geändert, als dass bei linkseitig gelegenen Prozessen die orthograde Darmspülung präoperativ mit Applikation eines darmselektiven Antibiotikums inzwischen am Klinikum Heidenheim Standard ist, nachdem in sehr vielen Studien zumindest eine Reduktion der Wundinfektionsrate nachgewiesen wurden, in einigen Studien sogar auch die Senkung der Anastomoseninsuffizienzrate (Tabelle).

N	operiert	Anastomoseninsuffizienz	Perioperative Mortalität	Lokalrezidiv
Rektumkarzinom elektiv	255	6,2%	2,7%	6,1%
Notfall	7	-	14,2%	
Kolonkarzinom elektiv	531	5,1%	3,0%	1,3%
Notfall	82	4,9%	14,6%	

Abb. 6: Tabelle Operationsergebnisse Darmzentrum Heidenheim 2009 - 2019

Die Langzeitüberlebensraten nicht altersjustiert, aber nach Stadien gruppiert, sind in der Abbildung zu entnehmen.

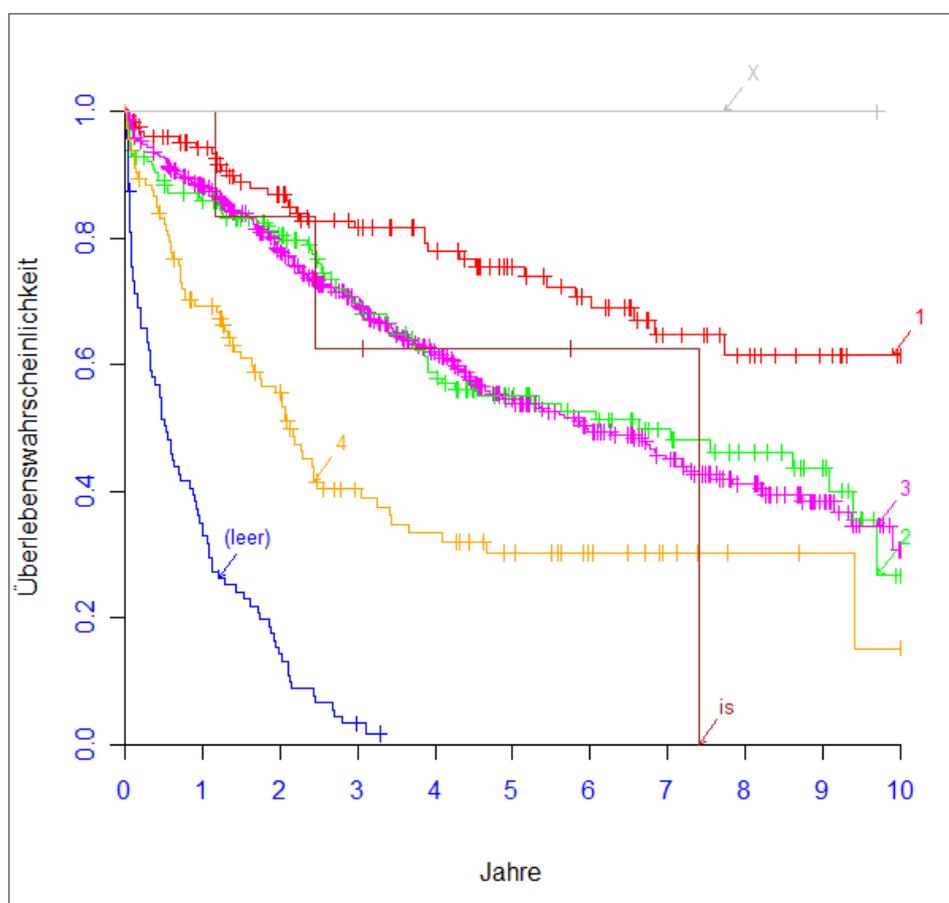


Abb. 7: Überlebenskurve Gesamtüberleben kolorektale Karzinome 2009-2019

	Gruppe	Anzahl
1	(leer)*	101
2	1	130
3	2	169
4	3	483
5	4	115
6	is	6
7	X	1

Abb. 8: Fallzahlen / *Pat ohne Tumorresektion oder endoskopische Tumorabtragung

Autoren:

Oberarzt Dr. Norbert Jung, Medizinische Klinik I

Chefarzt Prof. Dr. Andreas Imdahl, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

ENDOMETRIOSE – EINE ODYSSEE JÜNGERER FRAUEN

Endometriose ist eine Erkrankung, die im Schnitt erst 8 Jahre nach Symptombeginn und damit oft lange nicht diagnostiziert wird.

10% der Frauen in reproduktionsfähigem Alter leiden unter der Endometriose mit deutlichen Auswirkungen. So sind in den USA die Folgekosten durch Diagnose und Therapie und Arbeitsausfall auf über 58 Milliarden Euro per anno hochgerechnet worden.

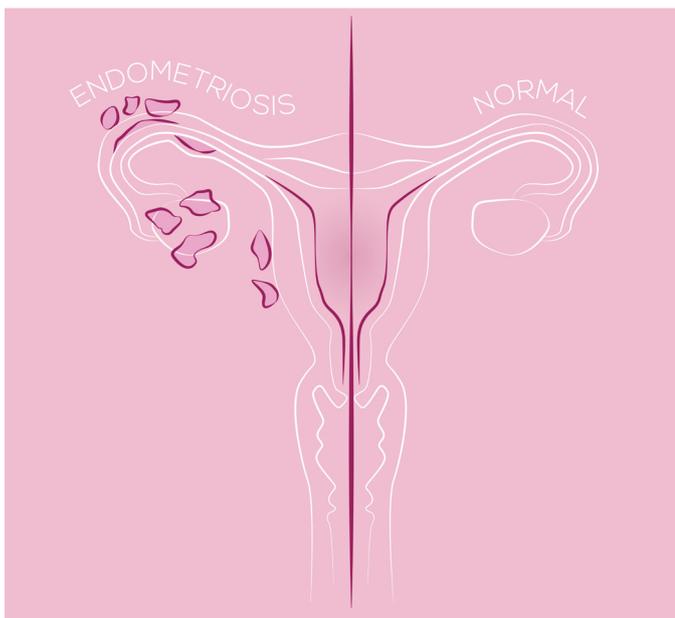


Abb. 1: Endometriose

Als Symptome werden häufig Dysmenorrhoe, nicht zyklische Beckenschmerzen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Schmerzen bei der Stuhlentleerung angegeben. 30-50% der Betroffenen haben Probleme schwanger zu werden. Sie entwickeln häufige Autoimmunerkrankungen und Allergien und neigen zum metabolischen Syndrom. Die Frühgeburtlichkeit zeigt bei ihnen eine etwas erhöhte Rate.

Es werden 3 Endometriose-Subtypen unterschieden, je nach Histopathologie und Lokalisation:

- Oberflächliche Endometriose
- TIE tief infiltrierende Endometriose > 5 mm

- Endometriome (Eierstockzysten gefüllt mit Endometriosezellen)
(Ovarendometriose kann auch zu einem endometrioiden Ovarialcarcinom führen)

Zur Entstehung von Endometriose gibt es unterschiedliche Theorien.

- Retrograde Menstruation durch die Tuben führt wahrscheinlich zu Endometriomen am Ovar
- Epitheliale Stammzellen liegen in der Nähe der Basalmembran des Endometriums nahe der Funktionaliszone und dringen während der Menstruation in den angio-lymphatischen Raum ein. Auf diesem Weg findet die Verbreitung in weiter entfernte Organe statt.
- Müller Epithel ist schon bei der Geburt von Neugeborenen in den Douglasraum versprengt und führt zu der tief infiltrierenden Endometriose (TIE), weil vermutlich bei der fetalen Organogenese Endometrium versprengt wurde.

Endometriosezellen haben keine Verbindung zu ihrem ursprünglichen Wirkort im Uterus. Sie sind östrogenabhängig und rufen an den Stellen ihres Vorkommens einen entzündlichen Prozess hervor. Zum Aufbau einer Endometriosezelle steht die Vermutung, dass die Gene für den Aufbau von Progesteron und Östrogenrezeptoren einen Defekt haben. Weiterhin ist das Vorkommen von Aromatase-Enzymen erhöht, was zu einer höheren Östrogenkonzentration vor Ort führt.

Diese Progesteronresistenz kann zum Teil erklären, warum sich entkoppelte Zellen einnisten können. Nachdem sich die Endometriosezellen vermehren und dabei auch vorhandene Gewebe-Grenzschichten überwinden, entstehen Schmerzen in unterschiedlicher Ausprägung.

Dabei erfolgt eine zentrale Sensibilisierung im Gehirn, wodurch der Schwellenwert für das Schmerzempfinden abgesenkt wird. Die inflammatorische Schmerzausbreitung wird der Zytokinfreisetzung zugeschrieben. Neuropathische Schmerzen werden im somatosensorischen System wahrgenommen.

Folglich hat die Therapie der Endometriose unterschiedliche Ansätze:

1. Operative Entfernung der Endometrioseherde zur Reduktion der inflammationsfördernden Zytokine.
2. Hormonelle Therapie mit der Pille verhindert die Ovulation und senkt den Östrogenspiegel. Zusätzlich wird die Menge an Periodenblutung reduziert.
3. Bei tief infiltrierender Endometriose wird Gestagen gegeben.
4. Suffiziente Schmerztherapie (Bekämpfung der neuropathischen, inflammatorischen und analgetischen Komponente).

5. Ernährung und Endometriose: Früchte, Gemüse, Fisch, Milchprodukte, Omega-3-Fettsäuren, Folsäure, Vitamin C und Vitamin E senken die Ausbreitung. Soja, Isoflacine, rotes Fleisch und Alkohol hingegen steigern sie.

Zusammenfassend sollten junge Frauen mit diesen Symptomen bei den niedergelassenen Gynäkologen vorgestellt werden, um mit der transvaginalen Sonographie (TVS) und der gynäkologischen Untersuchung eine Endometriose näher einzugrenzen. Die Therapie dieser Frauen kann so frühzeitiger aufgenommen werden und verhindert damit eine jahrelange Odyssee von jungen Frauen.

Autoren:
Chefärztin Dr. Carina Paschold
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Veranstaltungen & Termine

Die hier aufgeführten Termine sind unter Vorbehalt aufgelistet, da zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht konkretisiert werden kann, ob sie weiterhin Bestand haben und unter welchen Voraussetzungen sie stattfinden werden.

Bitte kontaktieren Sie in jedem Fall die unten aufgeführten Ansprechpersonen zu den jeweiligen Veranstaltungen.

ANTIBIOTIKA- FÜHRERSCHEIN

Die letzte Veranstaltung des Antibiotika-Führerscheins 2020 findet im Januar 2021 statt. Mit dieser Veranstaltung erfolgt auch die Ausgabe der Zertifikate.

Zusätzlich wird diese Veranstaltung wieder als Livestream online stattfinden. Link über Mailanfrage bei: wiltrud.probst@kliniken-heidenheim.de

Titel / Inhalte	Referent	Nr.	Termin	Ort
Gastrointestinale Infektionen	Dr. Nobert Jung (MK I) und Dr. Alexander Maier (MK I)	10	20. Januar 2021 16:00 - 17:30 Uhr	Konferenzraum und Online

Anmeldung und Koordination über
Frau Dr. Wiltrud Probst, Apotheke
(Telefon: 07321-33 2363 oder
wiltrud.probst@kliniken-heidenheim.de)

ANÄSTHESIE – INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZKONFERENZ

Jeweils Mittwoch von 16:30 bis 18:00 Uhr
im Besprechungsraum Haus A, 2. Stock,
Zimmer 2.216.

TERMINE	27.01.2021	10.02.2021	10.03.2021	21.04.2021	19.05.2021	09.06.2021
	21.07.2021	08.09.2021	20.10.2021	10.11.2021		

Anmeldung und Koordination über
Frau Andrea Weichsel, Sekretariat Schmerzambulanz
(Telefon: 07321-33 2229 oder
andrea.weichsel@kliniken-heidenheim.de)

Psychiatrie- Fortbildungen

Jeweils Dienstag von 13:30 bis 15:00 Uhr im Konferenzraum der Psychiatrie.

Aufgrund von Corona-Einschränkungen dürfen vorerst nur 15 Personen (inklusive Referent) an den Fortbildungen teilnehmen.

Inhalte	Referent	Termin
Hilfe für psychisch kranke Obdachlose – Quartiersarbeit in der Härtsfeldstraße Psychiatrisch-psychotherapeutisches Fallseminar	Oliver Tornseifer, Heidenheim	26. Januar 2021
Schwerpunkt Notfallpsychiatrie Psychiatrische Notfälle: Delir	Jose Kousse mou, Heidenheim	9. Februar 2021
Schwerpunkt Notfallpsychiatrie Psychiatrische Notfälle: Psychosen und Manien	Jose Kousse mou, Heidenheim	30. März 2021
Schwerpunkt Notfallpsychiatrie Psychiatrische Notfälle: Selbstverletzungen	Dr. Martin Zinkler, Heidenheim	20. April 2021
Schwerpunkt Notfallpsychiatrie Psychiatrische Notfälle: Alkohol- und Drogenintoxikationen bzw. Entzugssymptome; Psychiatrisch-psychotherapeutisches Fallseminar	Silvia Streitel-Proske, Heidenheim	4. Mai 2021
Schwerpunkt Notfallpsychiatrie Psychiatrische Notfälle: Angst und Panik	Urike Ohlmeier, Heidenheim	18. Mai 2021
Schwerpunkt: Sozialpsychiatrie in der Großstadt Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes: niedrigschwellige Angebote zur Beratung von Betroffenen und Angehörigen	Klaus Obert und Jo Melcher, Stuttgart	22. Juni 2021
Schwerpunkt: Sozialpsychiatrie in der Großstadt Unterstützung beim Wohnen, auch für Wohnungslose: Ansätze im Lebensfeld und Alltag	Jürgen Bielisch und Marija Tadic, Stuttgart	6. Juli 2021
Schwerpunkt: Sozialpsychiatrie in der Großstadt Unterstützung für Suchtkranke, niedrigschwellige Hilfen jenseits des Abstinenzparadigmas: Konsumraum, Notfallaufnahmen. Zieloffene Suchtarbeit im Suchthilfeverbund	Jörg Rabel, Stuttgart	20. Juli 2021

Anmeldung und Koordination über
Frau Manuela Arlt, Sekretariat Psychiatrie
(Telefon: 07321-33 2452 oder
manuela.arlt@kliniken-heidenheim.de)

OSP

Inhalte	Ort	Termin
49. Onkologisches Kolloquium	Hörsaal	30. Juni 2021 18:00 - 21:00 Uhr
4. Krebstag Ostwürttemberg	Congress Centrum Heidenheim	09. Oktober 2021 09:00 - 15:00 Uhr

Anmeldung und Koordination über
Frau Ute Banzhaf, Sekretariat OSP
(Telefon: 07321-33 2954 oder
ute.banzhaf@kliniken-heidenheim.de)

Qualitätszirkel Darmkrebszentrum

Jeweils Mittwoch von 17:30 bis 19:00 Uhr
im Konferenzraum.

TERMINE 17.03.2021 30.06.2021 22.09.2021 15.12.2021

Anmeldung und Koordination über
Sekretariat Darmkrebszentrum
(Telefon: 07321-33 2665 oder
sekretariat.mki@kliniken-heidenheim.de)

Telefonnummern

Klinikum Heidenheim	07321 33	- 0
Zentrale Notaufnahme (ZNA)		- 91 120
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie		- 22 12
Schmerzambulanz		- 22 29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		- 95 507
Ambulanz		- 95 500
Kreißsaal		- 95 300
Kinder- und Jugendmedizin		- 22 70
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Onkologie)		- 26 65
MRE-Koordinator		- 94 005
Medizinische Klinik II (Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie)		- 28 62
Dialyse teilstationär		- 21 45
Neurologie		- 21 02
Stroke Unit		- 91 410
Orthopädie und Unfallchirurgie		- 21 82
Elektivambulanz		- 23 39
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik		- 24 52
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)		- 26 59
Radiologie		- 23 09
Radioonkologie und Strahlentherapie		- 26 71
Urologie		- 23 42
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie		- 21 72
Elektivambulanz		- 23 39
ZAM Zentrum für Altersmedizin		- 94 021
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen		07322 954-201
Zfl Zentrum für Intensivmedizin		- 91 300
ZBM Zentrales Belegungsmanagement / ZPA Zentrale Patientenaufnahme		
Für Ärzte		- 95 609
Für Patienten		- 95 600
Belegklinik HNO (Station B7)		- 93 700
Belegklinik Homöotherapie (Station B5H)		- 93 500
Belegklinik MKG (Station B1)		- 93 100
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg (OSP)		- 29 54
Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)		- 23 62
STAUfrei-Studienzentrale		- 93 050

Impressum: med.izin
Newsletter für niedergelassene Ärzte
aus dem Klinikum Heidenheim

Herausgeber: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Schloßhastr. 100, 89522 Heidenheim

Redaktion: Professor Dr. Peter Helwig, Katja Hertwig

Bilder: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Layout: Katja Hertwig

Zuschriften: Redaktion med.izin,
c/o Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Sekretariat
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim

E-Mail: med.izin@kliniken-heidenheim.de

Für Schreibfehler wird keine Haftung übernommen.