



GPR

**Gesundheits- und Pflegezentrum
Rüsselsheim gemeinnützige GmbH**

Newsletter

Klinikum

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

für Arztpraxen

Ausgabe 3/2011

Seite 1/4

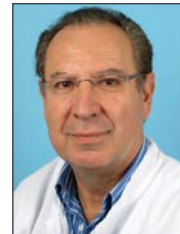
Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

ich begrüße Sie zur Lektüre unseres neuen GPR Newsletters. Seit der letzten Ausgabe haben sich wieder einige interessante und relevante Neuerungen im GPR Klinikum ergeben, die wir Ihnen in prägnanter Form mitteilen wollen. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen unseres GPR Newsletters und stehe Ihnen als Ärztlicher Direktor des GPR Klinikums auch gern für Fragen zur Verfügung. Gleichzeitig danke ich Ihnen allen für die gute Zusammenarbeit im ablaufenden Jahr. Ich wünsche Ihnen eine schöne Adventszeit, einige besinnliche Stunden zum Weihnachtsfest und ein gutes, erfolgreiches Jahr 2012 bei guter Gesundheit!

Beste Grüße

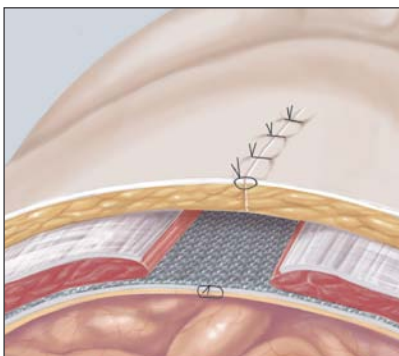
Vassilios Vradelis
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Vassilios Vradelis
Ärztlicher Direktor



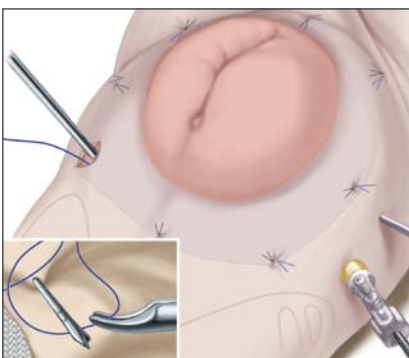
IPOM-Versorgung für Narbenhernien

Etwa 20 Prozent der Patienten, die eine Laparotomie erhalten haben, erleiden im



Verlauf der ersten Jahre nach der Operation eine Narbenhernie. Eine Fasziendopplung wurde früher häufig angewendet, weil eine Direktnaht nicht für ausreichend erachtet wurde. Es werden in zahlreichen Varianten Kunststoffnetze zur Verstärkung einer Bruchversorgung verwendet. Die Standardversorgung einer Bruchbildung in der Mittellinie ist die Implantation eines Netzes in Sublay-Technik. Hierbei wird in einer aufwendigen Operation die Narbe in der Mittellinie vollständig exzidiert und ein ausreichend großes Kunststoffnetz in die hintere Rektusscheide eingenäht und dadurch die Bauchdecke rekonstruiert. Dieser Eingriff geht mit einer großen Wunde einher, benötigt einige Wochen Rehabilitation und hat bis zu 8 Prozent Infektionsrisiko, hat aber den Vorteil einer kompletten Exzision der alten Narbe und der vollständigen anatomischen Rekonstruktion der Bauchdecke. Dieses Verfahren ist für Brüche weit seitlich der Mittellinie leider nicht optimal geeignet, da zum Beispiel bei queren Bauchschnitten oder Schnitten nahe am Rippenbogen eine ausreichend weite (5 cm) Überlappung in dieser Region schwierig oder unmöglich ist. Außerdem ist eine dreimonatige körperliche Schonung nötig, damit das Netz ordentlich narbig in die Bauchdecke einheilen kann. Das GPR Klinikum bietet seinen Patienten alternativ eine laparoskopische Narbenhernienversorgung (IPOM) an. Diese erfolgt minimalinvasiv und hat damit neben einem deutlich niedrigeren Infektionsrisiko ein weniger operatives Trauma zur Folge. Der Zugang erfolgt in Vollnarkose weit seitlich der ursprünglichen Narbe beziehungsweise Hernie und ohne die Exzision der Hautnarbe. Nach Darstellung des Bruchringes an der vorderen Bauchwand werden Omentum majus und angewachsene Darmschlingen im Rahmen einer Adhäsiole vom

Verlauf der ersten Jahre nach der Operation eine Narbenhernie. Eine Fasziendopplung wurde früher häufig angewendet, weil eine Direktnaht nicht für ausreichend erachtet wurde. Es werden in zahlreichen Varianten Kunststoffnetze zur Verstärkung einer Bruchversorgung verwendet. Die Standardversorgung einer Bruchbildung in der Mittellinie ist die Implantation eines Netzes in Sublay-Technik. Hierbei wird in einer aufwendigen Operation die Narbe in der Mittellinie vollständig exzidiert und ein ausreichend großes Kunststoffnetz in die hintere Rektusscheide eingenäht und dadurch die Bauchdecke rekonstruiert. Dieser Eingriff geht mit einer großen Wunde einher, benötigt einige Wochen Rehabilitation und hat bis zu 8 Prozent Infektionsrisiko, hat aber den Vorteil einer kompletten Exzision der alten Narbe und der vollständigen anatomischen Rekonstruktion der Bauchdecke. Dieses Verfahren ist für Brüche weit seitlich der Mittellinie leider nicht optimal geeignet, da zum Beispiel bei queren Bauchschnitten oder Schnitten nahe am Rippenbogen eine ausreichend weite (5 cm) Überlappung in dieser Region schwierig oder unmöglich ist. Außerdem ist eine dreimonatige körperliche Schonung nötig, damit das Netz ordentlich narbig in die Bauchdecke einheilen kann. Das GPR Klinikum bietet seinen Patienten alternativ eine laparoskopische Narbenhernienversorgung (IPOM) an. Diese erfolgt minimalinvasiv und hat damit neben einem deutlich niedrigeren Infektionsrisiko ein weniger operatives Trauma zur Folge. Der Zugang erfolgt in Vollnarkose weit seitlich der ursprünglichen Narbe beziehungsweise Hernie und ohne die Exzision der Hautnarbe. Nach Darstellung des Bruchringes an der vorderen Bauchwand werden Omentum majus und angewachsene Darmschlingen im Rahmen einer Adhäsiole vom



Verlauf der ersten Jahre nach der Operation eine Narbenhernie. Eine Fasziendopplung wurde früher häufig angewendet, weil eine Direktnaht nicht für ausreichend erachtet wurde. Es werden in zahlreichen Varianten Kunststoffnetze zur Verstärkung einer Bruchversorgung verwendet. Die Standardversorgung einer Bruchbildung in der Mittellinie ist die Implantation eines Netzes in Sublay-Technik. Hierbei wird in einer aufwendigen Operation die Narbe in der Mittellinie vollständig exzidiert und ein ausreichend großes Kunststoffnetz in die hintere Rektusscheide eingenäht und dadurch die Bauchdecke rekonstruiert. Dieser Eingriff geht mit einer großen Wunde einher, benötigt einige Wochen Rehabilitation und hat bis zu 8 Prozent Infektionsrisiko, hat aber den Vorteil einer kompletten Exzision der alten Narbe und der vollständigen anatomischen Rekonstruktion der Bauchdecke. Dieses Verfahren ist für Brüche weit seitlich der Mittellinie leider nicht optimal geeignet, da zum Beispiel bei queren Bauchschnitten oder Schnitten nahe am Rippenbogen eine ausreichend weite (5 cm) Überlappung in dieser Region schwierig oder unmöglich ist. Außerdem ist eine dreimonatige körperliche Schonung nötig, damit das Netz ordentlich narbig in die Bauchdecke einheilen kann. Das GPR Klinikum bietet seinen Patienten alternativ eine laparoskopische Narbenhernienversorgung (IPOM) an. Diese erfolgt minimalinvasiv und hat damit neben einem deutlich niedrigeren Infektionsrisiko ein weniger operatives Trauma zur Folge. Der Zugang erfolgt in Vollnarkose weit seitlich der ursprünglichen Narbe beziehungsweise Hernie und ohne die Exzision der Hautnarbe. Nach Darstellung des Bruchringes an der vorderen Bauchwand werden Omentum majus und angewachsene Darmschlingen im Rahmen einer Adhäsiole vom

Dr. med. Michael Habekost,
Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral-, Thorax- und
Gefäßchirurgie



IPOM = intra peritoneales
onlay mesh

Bruchsack und seiner Umgebung abgelöst. Der Bruch wird dann von innen mit einem beschichteten Netz (zur Verhinderung von neuen Adhäsionen) mit mindestens 5 cm Überlappung auf das Bauchfell aufgelegt, befestigt und ergänzend transfaszial mit einigen Nähten fixiert. Das Netz wächst vollständig in einer Narbe ein und muss - wegen der Schrumpfung um bis zu 30 Prozent - ausreichend groß und den Bruch überlappend gewählt werden. Leider hat auch diese anspruchsvolle Operation ihre Nachteile: Der Bruchsack wird nicht reseziert und kann sich mit Hämatom oder Serom füllen. Meist lässt sich dieses aber primär mit einer Drainage oder durch einen kleinen Eingriff entlasten. Anspruchsvoll wird dieser Eingriff durch die notwendige ausgiebige Adhäsiolese der Darmschlingen, die unter anderem mit einem Ultraschallmesser (Ultracision) durchgeführt werden. Postoperativ ist ein Aufenthalt von etwa 3–5 Tagen erforderlich, die volle Belastung ist bereits nach etwa 3–4 Wochen möglich.

Direktionale Atherektomie als erfolgreiche Alternativtechnik in der Gefäßchirurgie

Bereits im November 2007 wurde im GPR Klinikum das Spektrum der minimalinvasiven, endovaskulären Techniken zur Behandlung von Verengungen und Verschlüssen der Schlagader um die sogenannte „direktionale Atherektomie“ erweitert. Es handelt sich dabei um ein System, mit dem gezielt die atheromatösen Ablagerungen in der Arterienwand oder narbige Gefäßwandveränderungen entfernt werden können, ohne Fremdkörper implantieren zu müssen und ohne Erweiterungen des Gefäßlumens.

Bei den herkömmlichen Methoden wie Ballonangioplastie mit oder ohne Stenteinsatz wird das Gefäß mit dem Ballon aufgedehnt, ohne die Kalkmassen oder die narbigen Veränderungen zu entfernen, diese werden lediglich auseinandergedrängt. Dabei entstehen häufig Risse in der Gefäßwand. Solche Risse führen oft zur Narbenbildungen mit erneuter Verengung des Gefäßlumens. Bei Einsatz von Stents wird ein Fremdkörper hinterlassen, der durch den ständigen Reiz ebenfalls reaktiv zu Bildung von sogenannten Pseudointim (narbiges Bindegewebe) und so zu Rezidivstenosen oder sogar Verschlüssen der Schlagadern führen kann.

Durch eine Punktion der Leistenschlagader wird, wie bei einer Herzkatheter-Untersuchung, eine „Schleuse“ in das Gefäßlumen eingeführt. Nachdem ein Führungsdraht jenseits der Verengung oder Verschlusses platziert wurde, wird mit einem Atherektomie die Veränderung in mehreren Passagen, unter ständiger Röntgenkontrolle gezielt entfernt. Das „Herz“ dieses Systems ist eine auf der Seite des Gerätes platzierte rotierende Carbonfräse. Durch diese seitliche Anordnung kann der Gefäßchirurg präzise die Ablagerungen entfernen, ohne dabei die gesunde Gefäßwand zu verletzen.

Internationale Studien haben ergeben, dass die Offenheitsrate bei Ballonangioplastie nach einem Jahr bei 61 Prozent, mit zusätzlichem Stenteinsatz bei 67 Prozent liegt. Im GPR Klinikum wurden von November 2007 bis Juni 2011 140 Patienten mit 172 Verengungen mit dem Verfahren der direktionalen Atherektomie behandelt mit dem Ergebnis, dass die Offenheitsrate ein Jahr nach Behandlung mit 93 Prozent hier deutlich höher liegt.

Neue Chest Pain Unit am GPR Klinikum für noch besseres Handeln bei Notfällen

Anfang Oktober 2011 konnte nach gründlicher Vorbereitung eine Chest Pain Unit (CPU) im Notaufnahmebereich des GPR Klinikums etabliert werden. Alle Patienten mit akutem Brustschmerz, die vom Hausarzt eingewiesen werden, mit dem Notarzt/Rettungsdienst eingeliefert werden oder sich selbst vorstellen, sollen in dieser zentralen Anlaufstelle des Klinikums einer raschen Diagnose und Therapie zugeführt werden. Dies ist von Bedeutung, weil sich hinter einem akuten Brustschmerz oftmals lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungenembolie oder Einriss der Hauptschlagader (Aortendissektion) verbergen. Bei all diesen Krankheitsbildern ist eine rasche Erkennung und Therapie lebensrettend. Weniger schwere Krankheitsbilder sollen in der CPU soweit abgeklärt werden, dass gegebenenfalls auch eine Entlassung bereits nach wenigen Stunden ermöglicht wird.

Dr. med. Jaroslaw Nakonieczny,
Leiter des interdisziplinären
Gefäßzentrums Rüsselsheim/
Groß-Gerau und des Schwer-
punktes Gefäßchirurgie der
Klinik für Allgemein-, Viszeral-,
Thorax und Gefäßchirurgie



**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen
Rupperecht, Chefarzt der
II. Medizinischen Klinik**



Die strategische Anbindung an die allgemeine Notaufnahme garantiert eine optimale Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Chest Pain Unit zeichnet sich dadurch aus, dass sich ein speziell geschultes Team, bestehend aus Ärzten und Pflegekräften, rund um die Uhr um Patienten mit akutem Brustschmerz kümmert. Daneben sind zahlreiche räumliche und apparative Voraussetzungen an die Etablierung einer Chest Pain Unit geknüpft. Es müssen Liegeplätze mit Überwachungsmöglichkeit (Monitorüberwachung) und nicht invasiver Blutdruckmessung ebenso vorhanden sein wie ein externes Herzschrittmachergerät, Transportmonitore und ein transportables Beatmungsgerät. Neben der allgemeinen klinischen Untersuchung stehen Labor, EKG, Echokardiographie sowie die Röntgenabteilung mit Computertomographie unmittelbar zur Verfügung. Es kann rasch entschieden werden, ob eine weitere invasive Untersuchung wie etwa eine Herzkatheteruntersuchung bei Herzinfarkt oder intensivmedizinische Betreuung erforderlich ist. Ganz wesentlich ist die über 24 Stunden verfügbare Bereitschaft eines erfahrenen Teams für die Herzkatheterdiagnostik und Therapie.

Das Konzept der Chest Pain Unit kommt aus den USA und hat sich dort, wie mittlerweile auch in zahlreichen anderen Ländern, bewährt. So konnte nachgewiesen werden, dass durch die effiziente und leitliniengerechte Therapie von Patienten mit akutem Brustschmerz die Prognose dieser Patienten verbessert werden konnte. Sowohl die Sterblichkeit als auch die Rate erneuter Herzinfarkte oder Schlaganfälle konnte nach Einführung der Chest Pain Units deutlich gesenkt werden. In Deutschland wird die Einrichtung von Chest Pain Units von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie gefördert. Eine Zertifizierung nach den Standards der Deutschen Gesellschaft der Kardiologie wird auch in Rüsselsheim nach einer Probephase angestrebt.

Grundsteinlegung zum Neubau der Radiologierweiterung am GPR Klinikum

Mit der Grundsteinlegung im Oktober 2011 wurden die Bauarbeiten für ein neues Praxisgebäude eingeleitet, das einen weiteren Meilenstein in der Weiterentwicklung des GPR Klinikums markiert. Ab dem späten Frühjahr des kommenden Jahres wird das medizinische Behandlungsspektrum auf dem Gelände des GPR Klinikums durch eine Radioonkologie erweitert. Es wird sich dabei um einen zweiten Praxisstandort des Ärztinnenteams Dr. Ute Metzmann und Dr. Gabriele Lochhas handeln, die bereits seit Februar 2010 in Mainz-Hechtsheim eine Praxis für Strahlentherapie betreiben.



Die neue Praxis am GPR Klinikum wird mit einem hochmodernen Linearbeschleuniger ausgestattet sein, der es ermöglicht, Strahlenbehandlungen schonend und präzise durchzuführen. Zu nennen sind neben der 3D-konformen Bestrahlung Techniken wie die Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), die bildgesteuerte Radiotherapie (IGRT), aber auch die atemgesteuerte Bestrahlung und die punktgenaue Bestrahlung von Krankheitsherden (Stereotaxie). Behandelt werden können alle Tumorerkrankungen, die einer Strahlentherapie bedürfen. Das Behandlungsspektrum der zukünftigen Praxis umfasst die Therapie bösartiger Erkrankungen wie Karzinome oder Metastasen, aber auch gutartige Erkrankungen wie beispielsweise Arthrosen, Fersensporn oder das Schulter-Arm-Syndrom.

Veranstaltungsreihe der Klinik für Anästhesie 2012

- 16.01.2012 Hirntod-Diagnostik
- 30.01.2012 Ökonomischer Ausblick der Kliniken in Deutschland – Auswirkungen auf das GPR Klinikum
- 06.02.2012 Antiinfektive Therapie auf der ICU – Hit hard and early?
- 20.02.2012 Maligne Hyperthermie

Die Grundsteinlegung durch:
(v. l. n. r.): Vassilios Vradelis (Ärztlicher Direktor des GPR Klinikums), Heinz E. Schneider (Stadtverordnetenvorsteher der Stadt Rüsselsheim), Sabine Sari (Pflegedirektorin des GPR Klinikums), Friedel Roosen (Geschäftsführer des GPR Gesundheits- und Pflegezentrums Rüsselsheim), die beiden Strahlentherapeutinnen Dr. Gabriele Lochhas und Dr. Ute Metzmann sowie Wolfgang Greb (leitender Architekt der Firma Greb Architekten)

Für weitere Fragen stehen Ihnen das Sekretariat der Anästhesie unter der Rufnummer 06142 88-1396 oder die GPR Akademie unter der Rufnummer 06142 88-1001 zur Verfügung

Kliniken/Institute	Ansprechpartner	Durchwahl/Fax
I. Medizinische Klinik • Gastroenterologie • Hepatologie • Infektiologie • Onkologie • Endokrinologie mit Diabetologie	Chefarzt Professor Dr. Dimitri Flieger Vorzimmer Ambulanz Interne Aufnahme Ernährungsberatung Diabetesberatung	88-1456 88-1367/88-1280 88-1864 88-1640/88-1670 88-1661 88-1694
II. Medizinische Klinik • Kardiologie • Angiologie • Intensivmedizin • Nephrologie mit Dialyse • Schlaganfallereinheit (Stroke Unit)	Chefarzt Professor Dr. Hans-Jürgen Rupprecht Vorzimmer Ambulanz Echolabor Anmeldung Hämodialyse, Ltd. Oberarzt Dr. Gerhard Rupprecht Ltd. Oberarzt Dr. Johannes Richter	88-1331 88-1831/88-1224 88-1523 88-1546 88-1753 88-1958
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	Chefarzt Professor Dr. Lothar Rudig Vorzimmer	88-1924 88-1924/88-1914
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Chefarzt Dr. Michael Habekost Vorzimmer Gefäßchirurgie, Ltd. Oberarzt Dr. Jaroslaw Nakonieczny	88-1402 88-1348/88-1647 88-1348
Geriatrische Klinik	Chefarzt Dr. Stefan Haas Vorzimmer	88-1856 88-1857/88-1440
Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde	Dr. Wilhelm Rau, Dr. Christian von Mallinckrodt Anmeldung Facharztpraxis	88-1937 88-1937 62122/965079
Frauenklinik	Chefarzt PD Dr. Eric Steiner Vorzimmer und Ambulanz Kreißaal/Aufnahme	88-1449 88-1316/88-1223 88-1941
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Chefarzt Dr. Bernd Zimmer Vorzimmer	88-1447 88-1391/88-1491
Klinik für Urologie, Kinderurologie und onkologische Urologie	Chefarzt Dr. Vassilios Vradelis, Ärztlicher Direktor Vorzimmer	88-1361 88-1362/88-1240
Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-, Hals- und Plastische Gesichtschirurgie	Chefarzt Dr. Bernd Korves Vorzimmer Ambulanz	88-1373 88-1446/88-1695 88-1612
Klinik für Anästhesiologie, anästhesiologische Intensivmedizin und perioperative Schmerztherapie	Chefarzt PD Dr. Gerd Albuszies Vorzimmer Ambulanz	88-1404 88-1396/88-1274 88-1250
Orthopädische Klinik	Dr. Manfred Krieger Terminvergabe	88-1051/88-1751 88-1051
Institut für Radiologie und Nuklearmedizin	Chefarzt Dr. Andreas Wieschen, Stellvertretender Ärztlicher Direktor Vorzimmer Anmeldung	88-1444 88-1320/88-1855 88-1500
Institut für Laboratoriumsmedizin	Chefärztin Dr. Yolanta Dragneva Vorzimmer	88-1443 88-1643/88-1592
Ambulantes Zentrum	Leitung Sandra Kalkan-Linay	88-1264
Chemotherapie-Zentrum	Leitung Sabine Hainke	88-1024/88-1798
Notfallambulanz	Leitung Stefan Münch	88-1345/88-1670
GPR Operative Tagesklinik (OTK)	Leitung Dr. Ralf Bickel-Pettrup Anmeldung	88-1565 88-1051/88-1751
GPR Medizinisches Versorgungszentrum Rüsselsheim • Radiologie • Nuklearmedizin • Laboratoriumsmedizin • Onkologie • Gastroenterologie	Anmeldung Dr. Stephan Bender und Dr. Bettina Haag Dr. Dirk Vehling Dr. Sabine Emrich Sabine Hainke Dr. Berthold Fitzen	88-4500 88-4515/88-4505 88-4510/88-4505 88-4530/88-1916 88-4504/88-1709 88-1482/88-1798
Nauheim • Frauenheilkunde & Geburtshilfe	Dr. Clemens Wildt und Susanne Petri	06152 69521/06152 64656
Raunheim • Frauenheilkunde & Geburtshilfe • Hausarzt	Irina Kluge und Heike Zajonz Dr. Stephan Thiel	06142 22333 06142 926910
GPR Therapiezentrum PhysioFit	Leitung Irina Tecza/Nicole Welter Terminvergabe	88-1991/-1558 88-1419/88-1777
GPR Ambulantes Pflegeteam	Leitung Renate Hildebrandt 24-h-Rufbereitschaft für Notfälle	88-1888/88-1880 88-1888
GPR Seniorenresidenz „Haus am Ostpark“	Heim- und Pflegedienstleitung Eilert Kuhlmann Vorzimmer Zentrale	88-1120 88-1129/561787 88-110
Mobiler Mahlzeiten-Service „Essen auf Rädern“	Jolanka Rocker/Brigitte Anthes	88-3000
Klinik-Apotheke	Clemens Müller (kommisarisich) Vorzimmer	88-1403 88-1420/88-1608
GPR Ärzteportal	Ansprechpartner Reimar Engelhardt	88-1537/88-4113