



**Karl-Olga
Krankenhaus**
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Ulm



**Krankenhaus
vom Roten Kreuz**



**Sana Herzchirurgische
Klinik Stuttgart GmbH**

Klinikbrief 01/08

der Sana-Kliniken Stuttgart

An den Muskeln vorbei

Rund 70 Prozent aller Hüftendoprothesen werden in der Baumann-Klinik Orthopädie am Karl-Olga-Krankenhaus minimalinvasiv operiert. Der entscheidende Vorteil: schnellere Mobilität und Rehabilitation bei geringerem Blutverlust.

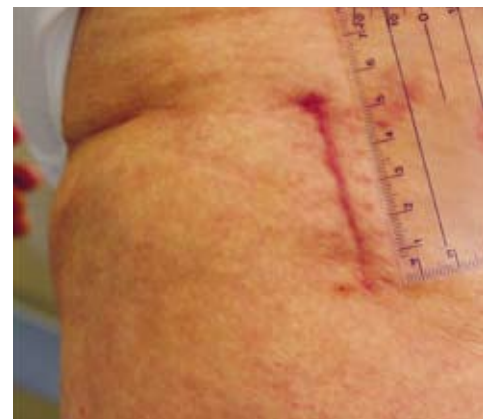
Längst gehört die Hüftarthrose zu den Volkskrankheiten. Jährlich lassen sich rund 180.000 Deutsche ein künstliches Hüftgelenk einsetzen. Zunehmend gewinnt dabei die minimalinvasive Operationstechnik an Popularität. „Bei der minimalinvasiven Hüftendoprothetik werden während der Operation keine Muskeln abgelöst“, erklärt Privatdozent Dr. Dominik Parsch. Der Chefarzt der Baumann-Klinik Orthopädie am Karl-Olga-Krankenhaus gehört zu den Pionieren dieser Operationstechnik. Bereits seit 2004 operiert er einen zunehmend größeren Anteil seiner Patienten mit Hilfe dieses schonenden Verfahrens. „Der operative Zugangsweg zum Hüftgelenk erfolgt ausschließlich in vorbestehenden Muskelintervallen. Das Ziel dieser Operationstechnik liegt darin, dass durch die geringere Schädigung der Muskulatur die Rehabilitation, die Koordination und Mobilisation des Patienten schneller vonstatten geht“, so Parsch. Darüber hinaus sei der Blutverlust bei der minimalinvasiven Hüftendoprothetik geringer als bei der konventionellen Technik und kosmetisch gesehen könne die Operation über einen kleineren Hautschnitt erfolgen.

Demgegenüber werden bei den konventionellen Operationstechniken in der Regel zumindest Teile der hüftumspannenden Muskulatur abgelöst und nach der Implantation des Hüftgelenkes wieder refixiert. „Hier besteht die Sorge, dass es zu einer relevanten Muskelschädigung kommt, die sich zum Beispiel in Form von Hinken oder

einer verzögerten Rehabilitation bemerkbar machen kann“, sagt Dr. Parsch, in dessen Klinik ein Großteil der jährlich rund 600 Hüftpatienten minimalinvasiv operiert wird. „Bei Voroperationen oder bei grober Fehlstellung des Hüftgelenkes, etwa schwerer Dysplasie, würde ich individuell entscheiden, ob die konventionelle Technik oder die minimalinvasive Technik günstiger ist.“

Die Vorteile liegen vor allem in der schnellen Rehabilitation. „Wir streben bei unseren Patienten das erste Aufstehen noch am OP-Tag abends an“, so Parsch. Die Mobilisation erfolgt in den allermeisten Fällen vom ersten Tag an mit Vollbelastung, wobei natürlich zur Gangsicherheit anfangs Gehstöcke verwendet werden müssen. Der stationäre Aufenthalt in der Baumann-Klinik dauert in den meisten Fällen zwischen acht und zwölf Tagen. In dieser Zeit ist der Patient selbstständig mobil und kann zumeist noch mit Unterarmgehstützen auch längere Gehstrecken oder auch Treppen problemlos bewältigen. In der anschließenden Rehabilitation (ambulant oder stationär) erfolgt ein weiteres Koordinations- und Muskelaufbautraining, so dass in Abhängigkeit von den individuellen Fertigkeiten bei den Patienten nach drei bis sechs Wochen die Gehstöcke abtrainiert werden können. „Nach etwa sechs Wochen sind die meisten Patienten wieder ohne Gehstöcke selbstständig mobil“, sagt Dr. Parsch.

Befürchtungen, die minimalinvasive OP-Methode könne sich auf die Haltbarkeit der



Die Hüftpfanne wird zwischen den Muskeln hindurchgeschoben (Bild oben). Dafür reicht ein kleiner Schnitt aus (Bild unten).

Endoprothese auswirken, weist der Orthopäde zurück: „Da die minimalinvasive Hüftendoprothetik eine OP-Technik ist, bei der wir die etablierten Implantate verwenden können, ist die Haltbarkeit der Endoprothese nicht beeinflusst. Die exzellenten Langzeitergebnisse der etablierten Implantate sollten nach allen vorliegenden Daten auf die minimalinvasive OP-Technik übertragbar sein.“

**Ansprechpartner:
PD Dr. Dominik Parsch
Chefarzt Baumann-Klinik Orthopädie
Telefon 0711 2639-6119**



Editorial



Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

im Mittelpunkt unserer aller Arbeit steht die Zufriedenheit der Patienten. Wenn diese sich am Ende unserer Behandlung besser fühlen, haben wir unser Ziel erreicht. Dabei gibt es viele Faktoren, die für Patientenzufriedenheit sorgen: Das Vertrauen in die Kompetenz des Arztes und die Art der Behandlung gehören ebenso dazu wie die Zeit für ein aufklärendes und ausführliches Gespräch. Welche entsprechenden Möglichkeiten es in den Stuttgarter Sana-Häusern gibt, können Sie in diesem ersten Klinikbrief des Jahres 2008 lesen. Aber: neueste Gerätetechnik oder modernste minimalinvasive Methoden sind eben nur der eine Teil. Wir wollen uns darauf besinnen, stets ein offenes Ohr für die Ängste unserer Patienten zu haben.

Ich wünsche Ihnen allen ein frohes und gesundes neues Jahr und freue mich weiterhin auf einen intensiven Austausch und Kontakt.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Dr. Jürgen Benz
Ärztlicher Direktor des
Karl-Olga-Krankenhauses

Kurs für Transfusionsverantwortliche

Das Karl-Olga-Krankenhaus veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Praxis für Transfusionsmedizin Stuttgart eine Fortbildung zur Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter. Das Seminar entspricht den Fortbildungsinhalten des Curriculums der Bundesärztekammer und umfasst 16 Stunden (für Personen, die mit Plasmaderivaten und Blutkomponenten umgehen) oder acht Stunden (nur Plasmaderivate). Die theoretische Fortbildung ist gemäß den aktuellen Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten für Transfusionsverantwortliche/Transfusionsbeauftragte sowie für Ärzte, die ein Blutdepot oder ein

blutgruppenserologisches Laboratorium leiten, erforderlich.

Die Termine, jeweils 14 – 18 Uhr:

- Mittwoch, 13. Februar 2008
- Mittwoch, 20. Februar 2008
- Mittwoch, 27. Februar 2008
- Mittwoch, 5. März 2008

Das Seminar findet im Karl-Olga-Krankenhaus statt, die Kosten betragen für den 16-Stunden-Kurs (alle vier Kurstage) 200 Euro, für den 8-Stunden-Kurs (die beiden ersten Kurstage) 120 Euro.

Verbindliche Anmeldung bis zum 1. Februar 2008 an
Dr. Angela Schabel
Transfusionsmedizinische Praxis
Telefon 0711 2576747
Fax 0711 2597527
A.Schabel@t-online.de

Qualitätsberichte und Fortbildungsbroschüre online

Die strukturierten Qualitätsberichte, die das Karl-Olga-Krankenhaus, das Krankenhaus vom Roten Kreuz sowie die Sana Herzchirurgische Klinik umgesetzt haben, geben nicht nur fundierte und transparente Einblicke in die Behandlungsqualität der Häuser. Auf freiwilliger Basis haben alle drei Kliniken ihrem Qualitätsbericht noch einen Imageteil hinzugefügt, der – allgemeinverständlich formuliert und ansprechend gestaltet – interessante Eindrücke und Entwicklungen aus den Häusern vermittelt. Jetzt können die Qualitätsberichte auch schnell und komfortabel aus dem Internet heruntergeladen werden.

Auch die Fortbildungsbroschüre des Karl-Olga-Kranken-

hauses sowie des Krankenhauses vom Roten Kreuz wird von diesem Jahr an nur noch als pdf-Datei zum Herunterladen angeboten. Unter www.karl-olga-krankenhaus.de sowie www.rkk-stuttgart.de finden alle Interessierten eine Übersicht für das erste Halbjahr 2008 in gewohnter Art und Weise. Dabei haben wieder die verschiedenen Fachabteilungen des Karl-Olga-Krankenhauses, die an der Klinik angesiedelten Fachärzte sowie die Kliniken des Krankenhauses vom Roten Kreuz ein umfangreiches Angebot vorbereitet.

Downloads unter:
www.karl-olga-krankenhaus.de
www.rkk-stuttgart.de
www.sana-herzchirurgie.de

Neueste Technik in der Radiologie

Im Februar wird in der Radiologischen Abteilung am Karl-Olga-Krankenhaus ein modernes multifunktionales C-Bogen-Röntgensystem mit dynamischem Flachdetektor installiert. Davon profitiert auch die Gefäßchirurgie.

Das Gerät AXIOM – Artis dMP der Firma Siemens mit seinem digital hochauflösenden Flachdetektor eignet sich für ein breites Spektrum der Röntgendiagnostik, insbesondere für die Anforderungen der angiographischen und interventionellen Applikationen. Damit sind unter anderem auch alle Voraussetzungen geschaffen, den Schwerpunkt Gefäßchirurgie am Karl-Olga-Krankenhaus weiter auszubauen.

Die Vorteile der Flachdetektortechnologie im Vergleich zu Aufnahmesystemen mit herkömmlichem Bildverstärker sind die höchste räumliche Auflösung bei gleichzeitig hervorragendem Kontrast, ein wesentlich homogeneres Bild mit hoher Detailerkennbarkeit und Aufnahmefrequenzen bis 30 Bilder pro Sekunde. Die Strahlendosis kann – sowohl für Patient als auch für das medizinische Personal – bis zu 90 Prozent im Vergleich zu der herkömmlichen Technolo-

gie reduziert werden. „Es ist wirklich das beste, was es zurzeit auf dem Markt gibt“, sagt die Chefärztin der Radiologischen Abteilung am Karl-Olga-Krankenhaus, Dr. Zora Kratochvil.

Vor allem die Gefäßchirurgie profitiert von dem neuen Gerät, das eine weitaus genauere Darstellung von Gefäßveränderungen erlaubt. Trotz der heutigen Möglichkeit der MRT-Angiographie ist eine exakte Gefäßdiagnostik, vor allem im Bereich der Unterschenkelarterien, nur mit einer hochqualitativen Arteriographie möglich. „Mit dem neuen Gerät können wir außerdem interventionell tätig werden“, sagt Dr. Kratochvil, „wodurch sich neue Perspektiven für unser Krankenhaus eröffnen.“

Die hochqualitativen Bilder ermöglichen den Gefäßchirurgen viel gezieltere Eingriffe. „Im Prinzip schafft der Kauf dieses Gerätes die Voraussetzung für einen weiteren Ausbau

der Gefäßchirurgie im Karl-Olga-Krankenhaus“, so die Radiologin. Für Dr. Thomas Mengel von der Klinik für Allgemein, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Karl-Olga-Krankenhauses gilt der Einsatz der invasiven angiographischen Abklärung in DSA-Technik weiterhin als Goldstandard zur Planung von Bypassoperationen. „Insbesondere bei der Darstellung der kleineren Arterien des Unterschenkels und des Fußes ist es für eine optimale OP-Planung essenziell, eine präzise Bildgebung zu erhalten“, erklärt der Gefäßchirurg. „Hier wird es sicherlich einen deutlichen Qualitätszuwachs durch die moderne, hochwertige Röntgenanlage geben.“

Der Austausch des Röntgengerätes ist nur der erste Schritt einer gerätetechnischen Kompletterneuerung der Radiologischen Abteilung. Im Laufe des Jahres 2008 werden alle anderen Geräte, darunter auch der Computertomograph, ausgetauscht. Alle neuen Geräte werden sukzessiv an das PACS-System angeschlossen.

**Ansprechpartnerin:
Dr. Zora Kratochvil
Chefärztin Zentrale Röntgenabteilung
Telefon 0711 2639-2461**

Schlaganfall im Alter

Prognosen der Schlaganfallbehandlung im hohen Lebensalter sind abhängig von der Kenntnis und Beachtung spezifisch geriatrischer Risiken. Im Krankenhaus vom Roten Kreuz erhalten betagte Schlaganfall-Patienten eine spezifisch geriatrische Behandlung.

„Die schlaganfallspezifische Behandlung innerhalb der Geriatrie orientiert sich an den Maßstäben, die auch für den jüngeren Schlaganfallpatienten etabliert sind“, erklärt Dr. Ilse Gehrke, Chefärztin der Klinik für Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation am Krankenhaus vom Roten Kreuz. Medikamentös sei die Indikation einer Antikoagulation (bei Vorhofflimmern und fehlenden Kontraindikationen) zu prüfen, andernfalls kommen ASS, ASS/Dipyridol oder Clopidogrel gemäß der Leitlinien zum Einsatz. Sinnvoll erscheint der Chefärztin ein Scree-

ning der Patienten in Hinblick auf das Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. „Für diese Patientengruppe wurde eine Prognoseverbesserung unter Clopidogrel nachgewiesen.“ Klinisch ist dieses unkompliziert durch Messung des Knöchel-drucks in Korrelation zum Blutdruck möglich.

Physiotherapeutisch rückt die häufige Wiederholung von Bewegungen in den Vordergrund. „Im Vergleich mit den konventionellen neurophysiologischen Therapien ergibt sich mit einer hochfrequenten Bewegungsabfrage der betroffenen Extremität eine deutliche Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit“, erklärt Dr. Gehrke.

„Weitaus höhere Bedeutung für die Prognose als das Alter selbst haben das Ausmaß einer etwaigen Behinderung im Vorfeld des Schlaganfalls und die Schwere des Insults, ebenso das Vorliegen von Begleiterkrankungen“, so Dr. Gehrke. All diese Risikofaktoren nehmen mit dem Lebensalter zu und führen dazu, dass sich

das Behandlungsergebnis verschlechtert. Auch die Komplikationsraten, etwa pulmonale Infektionen oder Harnwegsinfekte, liegt höher als bei jüngeren Patienten.

Eine Mangelernährung nach Schlaganfall erhöht ebenfalls die Rate an Komplikationen und verschlechtert den Behandlungserfolg. Daher ist in der Rehabilitation ein besonderes Augenmerk auf eine adäquate Ernährungstherapie unter Berücksichtigung der Dysphagie zu legen. „Die langfristige Prognose der Betroffenen wird weiterhin beeinflusst von den Defizitzuständen nach Schlaganfall“, sagt Dr. Gehrke. Kognitive Defizite, die persistierende Urininkontinenz und das Vorhandensein von Hautläsionen führen zu einer signifikanten Prognoseverschlechterung, ebenso die anhaltende Depression.

**Ansprechpartnerin:
Dr. Ilse Gehrke
Chefärztin Klinik für Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation
Telefon 0711 5533-1116**

Arthroskopie: Schneller wieder auf den Beinen

In der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Karl-Olga-Krankenhaus werden Verletzungen und degenerative Erkrankungen der Kreuzbänder, der Menisken und des Knorpels arthroskopisch behandelt.

Die arthroskopische Diagnostik und Therapie gehören seit Jahren zum Standard der Unfallchirurgie. In der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Karl-Olga-Krankenhauses werden am Kniegelenk Verletzungen und degenerative Erkrankungen der Kreuzbänder, der Menisken und des Knorpels arthroskopisch behandelt. Vor allem jüngere, sportlich aktive Menschen profitieren von der Kreuzbandrekonstruktion mit einem körpereigenen Transplantat, das vorzugsweise aus den Sehnen des Musculus gracilis und semitendinosus gebildet und mit resorbierbaren Interferenzschrauben verankert wird. Die präzise Anlage der Bohrkanäle in der proximalen Tibia und im distalen Femur unter arthroskopischer Sicht bietet die Gewähr für eine Wiederherstellung der Stabilität und damit der Gebrauchsfähigkeit des Kniegelenkes. Detaillierte Nachbehandlungsprotokolle, die

jedem Patienten bei Entlassung ausgehändigt werden, definieren die postoperative Physiotherapie, der gerade bei Gelenkverletzungen zentrale Bedeutung zukommt. Sofern der Patient dies wünscht, kann die ambulante Nachbehandlung im Zentrum für Physiotherapie des Karl-Olga-Krankenhauses durch die gleichen Therapeuten erfolgen, die er vom Klinikaufenthalt her kennt.

Andere endoskopische Therapieverfahren sind die Naht frischer Meniskusverletzungen bei jüngeren Patienten und das Debridement bei älteren, degenerativen Meniskusrisen. Bei Knorpelschäden kommen je nach Ausdehnung der Läsion und Alter des Patienten sowohl endoskopische wie offene Verfahren zum Einsatz (Mikrofrakturierung, autologe Chondrocytentransplantation – ACT oder osteochondrale Transplantate – OATS). Am häufigsten wird die Arthroskopie am Kniegelenk eingesetzt,



Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit körpereigener Sehne in arthroskopischer Technik
Foto: Fa. DePuy Mitek

aber auch am Schulter-, Ellen- und Sprunggelenk werden in steigender Zahl minimalinvasive Eingriffe durchgeführt. Das Indikationsspektrum umfasst dabei unter anderem Instabilitäten, Läsionen der Rotatorenmanschette, freie Gelenkkörper und degenerative Erkrankungen.

Ansprechpartner:
Dr. Harald Hertl
Leitender Oberarzt Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Telefon 0711 2639-2288

Frühkorrektur komplexer angeborener Herzfehler

Von Anfang an gehört die Kinderherzchirurgie zum Leistungsspektrum der Sana Herzchirurgischen Klinik Stuttgart (SHS).

Für die Operation von Neugeborenen und Kindern mit angeborenen Herzfehlern kommt ein komplettes OP-Team aus der SHS regelmäßig ins Olgahospital. Rund 150 Operationen führen die Kinderherzchirurgen der SHS so pro Jahr im Olgahospital durch. Dabei werden auch sehr komplexe Herzfehler inzwischen immer früher korrigiert. Hier drei Beispiele aus dem breiten Operationsspektrum der SHS-Kinderherzchirurgie:

Switch-Operation bei Transposition der großen Gefäße: Bei dieser angeborenen Herz- und Gefäßfehlbildung sind die Körperschlagader und die Lungenschlagader am Herzen vertauscht „angeschlossen“. Ohne eine Operation haben Kinder mit einem solchen Herzfehler keine Überlebenschance. Dieser Herz-

fehler wird mit einer so genannten Switch-Operation korrigiert. Aorta und Pulmonalis werden dabei vom Herzen abgetrennt und vertauscht wieder angenäht – bei einem Säugling mit gerade mal 3.000 Gramm Gewicht eine diffizile Angelegenheit.

Fallotsche Tetralogie: Mehrere Herzfehler vereinigen sich hier zu einem komplizierten Befund. Vorhofseptumdefekt, Ventrikelseptumdefekt, Pulmonalstenose und ein charakteristisches Überreiten der Aorta in unterschiedlicher Ausprägung gehören zu diesem Krankheitsbild, von dem etwa zehn Prozent der Kinder mit angeborenem Herzfehler betroffen sind. Hier rekonstruieren die Kinderherzchirurgen zunächst den Aortenbogen und verschließen dann die Septumdefekte. Dabei wird möglichst kein Fremdmaterial verwendet.

Truncus arteriosus communis: Dieser Herzfehler ist selten und kommt nur bei

einem Prozent der angeborenen Herzfehler vor. Die beiden vom Herzen abgehenden großen Gefäße bilden einen gemeinsamen Stamm (Truncus). Damit verfügt das Herz hier auch nur über eine Herzklappe, die Truncusklappe, die meist auch noch fehlgebildet ist. Außerdem besteht bei diesem Krankheitsbild ein Ventrikelseptumdefekt. Der Septumdefekt wird verschlossen und der Truncus in Aorta und Pulmonalis aufgeteilt. Die rekonstruierte Truncusklappe übernimmt die Aufgabe der Aortenklappe. Da die operierten Kinder oft sehr klein sind, wird die Pulmonalis meist erst klappenlos rekonstruiert.

Ansprechpartner:
Dr. Alexander Horke
Sana Herzchirurgische Klinik Stuttgart
Telefon 0711 278-6151