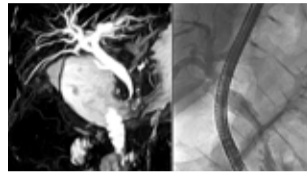




### NEUE OP METHODE

Versorgung von Kreuzbandrissen

Seite 2



### „MULTITASKING“

im Katheterlabor mit neuer Angiographieanlage

Seite 3



### KRAMPFADERBEHANDLUNG

Operative und endovenöse Behandlung

Seite 4

## KLINIK JOURNAL der Kreiskliniken Unterallgäu

VON DR. MED. MANFRED NUSCHELER

### Sehr geehrte Kolleginnen, Kollegen und Kooperationspartner der Kreiskliniken Unterallgäu – Mindelheim und Ottobeuren!



Dr. med. Manfred Nuscheler

Ganz gewiss besteht ein Krankenhaus nicht nur aus Chefarzten und beruht sein medizinisches Wirken nicht nur auf diesen. Bestens qualifizierte Oberärzte, Assistenzärzte und vor allem auch unser engagiertes und sympathisches Pflegefachpersonal bilden das Rückgrat einer erfolgreichen Patientenbetreuung. Höchste Zeit also, dass auch diese im Klinikjournal zu Wort kommen.

So freue ich mich, dass sich Ihnen, auch stellvertretend für andere Stationen, die Station C der Kreisklinik Ottobeuren vorstellt. Ohnehin ist in Zeiten, wo wir täglich vom gravierenden Pflegenotstand lesen und diesen in unserer näheren wie weiteren Umgebung erleben, die Welt in den Kreiskliniken noch ziemlich in Ordnung: erfahrene Pflegekräfte, wenig Fluktuation und, auch dank unserer angesehenen Berufsfachschule für Krankenpflege, noch immer eine stabiler Gewinn des nötigen Nachwuchses. Hoffen wir, dass das so bleibt!

Hygienefragen sind eine weitere Schlagzeile unserer Tage. Aus früheren Klinikjournalen wissen Sie, dass die Sorge darüber ein „Steckenpferd“ unserer Kliniken darstellt. Mit dem Bericht von Frau OÄ Dr. Starke, die gemeinsam mit Herrn OA Dr. Schöner aus Ottobeuren das Antibiotic Stewardship-Team leitet, bekommen Sie einen interessanten Eindruck hierzu.

Vergegenwärtigen Sie sich gerne auch, dass wir in Ottobeuren unsere Schwerpunkte für Lungenmedizin mit der Pneumologie von Prof. Hautmann und der Schmerzmedizin rund um die Chefarztkollegen Wiedemann und Hartje mit Ehrgeiz ausbauen.

Und ohne Zweifel tut sich auch rund um unsere bewährten Recken Peter Steinbigler, mit einem Ausbau der Gefäßmedizin, Markus Tietze, mit der Etablierung eines Schilddrüsenschwerpunkts, Till Eßlinger, mit einem Novum in der Versorgung von Kreuzbandrupturen und Wolfgang Frehner in der Varizientherapie, regelmäßig was Neues. Gut, dass all dies durch den Blick und Durchblick unserer Radiologie um Severin Greiner unterstützt wird.

Probieren Sie's gerne aus!  
Mit einem freundlichen kollegialen Gruß, Ihr

Dr. med. Manfred Nuscheler

Ärztlicher Direktor  
der Kreiskliniken Unterallgäu

## Schmerztagesklinik an der Kreisklinik Ottobeuren im Chefarzt-Kollegialsystem

VON VORSTAND FRANZ HUBER



Vorstand Franz Huber

Die Schmerztagesklinik an der Kreisklinik Ottobeuren hat sich sehr erfolgreich als ein überregional gefragtes Schmerzzentrum etabliert. Die Nachfrage nach den angebotenen Leistungen ist hoch. Auch aufgrund der weiter steigenden Patientenzahlen wurde die chefarztliche Tätigkeit der Schmerztagesklinik zum 01.01.2018 auf 2 Schultern verteilt: Im Chefarzt-Kollegialsystem wird die Schmerztagesklinik nun gemeinsam von Herrn Chefarzt Martin Wiedemann und Herrn Dr. Horst Hartje vertreten. Der bisherige leitende Oberarzt der Schmerztagesklinik, Herr Dr. Hartje verfügt über eine langjährige entsprechende Leitungserfahrung und ist gut ins Schmerzzentrum eingearbeitet. Als erfahrenen Schmerztherapeut leitete er bereits die Schmerztagesklinik an den Kliniken St. Elisabeth in Neuburg / Donau. Darüber hinaus

ist Herr Dr. Hartje Anästhesiologe mit den Zusatzbezeichnungen in Palliativmedizin, Akupunktur und Notfallmedizin. Im Rahmen seiner Tätigkeit als Chefarzt übernimmt Dr. Hartje die persönliche Ermächtigung von Herrn Chefarzt Wiedemann zur Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten auf Überweisung von Haus- und Fachärzten im Rahmen der Schmerzambulanz, da Herr Chefarzt Wiedemann seinen Beschäftigungsumfang reduziert hat.

Dem gemeinsamen Wunsch von Herrn Wiedemann und der Krankenhausleitung, Herrn Dr. Hartje als Chefarzt zu bestellen, hat der Verwaltungsrat der Kreiskliniken Unterallgäu daher in seiner jüngsten Sitzung entsprochen und Herrn Dr. Hartje zum Chefarzt im Kollegialsystem bestellt.

Wir freuen uns, über zwei Chefarzte, die den Schmerzpatienten aus der Region mit ihrer ganzen Erfahrung und Reputation zur Verfügung stehen.



Wir wünschen Herrn Dr. Hartje viel Erfolg und Freude an seiner Tätigkeit in unserem Haus und beiden Chefarzten eine stets glückliche Hand bei der Führung der Schmerztagesklinik.

**Franz Huber**  
Vorstand  
Kreiskliniken Unterallgäu  
Tel: 08261/797-7128, Fax -7160  
f.huber@kkh.unterallgaeu.de

## Chronischer Schmerz im Fokus – Interdisziplinäres Schmerzzentrum in Ottobeuren bietet differenziertes Therapieangebot

VON DR. MED. HORST HARTJE

Die in der Schmerztagesklinik Ottobeuren angebotene multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie ist als „Goldstandard“ in der Behandlung chronischer Schmerzkrankungen bekannt und findet immer mehr Eingang in nationale und internationale Leitlinien (z. B. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz).

In der zweiten Jahreshälfte 2017 konnten wir parallel zum bisherigen intensiven multimodalen Gruppenprogramm die erste alltagsbegleitende Gruppe über 6 Wochen, für in der Regel ältere

Patienten, mit einer reduzierten wöchentlichen Behandlungsintensität, durchführen. Die positive Rückmeldung der Patienten hat uns darin bestärkt, auch weiterhin solche Gruppen anzubieten und zu einem festen Bestandteil unseres Behandlungsangebotes zu machen.

Aufgrund ihrer teilstationären Ausrichtung ist die Schmerztagesklinik dabei besser als andere Versorgungsangebote in der Lage, den Transfer erlernter Maßnahmen zur Schmerzbewältigung in den Alltag sicher zu stellen.

„Refresher-Woche“ angeboten, die als integraler Bestandteil der Gesamtbehandlung anzusehen ist. Der Effekt der vorangehenden multimodalen Behandlung kann, wie Studien belegen, so nachhaltig gefestigt und ausgebaut werden.

Seit Herbst 2017 finden diese „Refresher-Wochen“ nun regelmäßig in einem festen zeitlichen Abstand von ca. 6-9 Monaten nach der primären Gruppenphase statt. Dies hat sich auch in vergleichbaren Schmerzzentren in Bayern als zielführend, effektiv und für den einzelnen Patienten besser planbar etabliert.

Auf der Grundlage unserer langjährigen kompetenten schmerztherapeutischen Expertise in Diagnostik und Therapie wird unser multiprofessionelles Team stets versuchen gemeinsam mit den Patienten eine individuelle Lösung zu erarbeiten.

**Dr. med. Horst Hartje**  
Chefarzt Schmerztagesklinik  
Kreisklinik Ottobeuren  
Tel: 08332/792-5507  
h.hartje@kkh.unterallgaeu.de



Dr. med. Horst Hartje

## Lungenkarzinom – Immer mehr Möglichkeiten für Patienten im fortgeschrittenen Stadium

VON PROF. DR. MED. HUBERT HAUTMANN



Chefarzt Prof. Dr. med. Hubert Hautmann

Das Lungenkarzinom galt im fortgeschrittenen, metastasierten Stadium lange Zeit als schwer oder gar nicht behandelbar. Auch wenn der Lungenkrebs heute zunehmend früher erkannt wird, betrifft das fortgeschrittene Stadium immer noch die überwiegende Zahl der

Erkrankten. Die Sterblichkeit war hier bislang eine der höchsten, die Möglichkeiten beschränkt.

Das hat sich in den letzten Jahren zugunsten der Betroffenen grundlegend geändert. Auch wenn für die meisten Patienten die Basis der Behandlung nach wie vor die konventionelle Chemotherapie darstellt, so konnten die Möglichkeiten durch die Entwicklung der sogenannten zielgerichteten Therapie nun deutlich erweitert werden. Zielgerichtet bedeutet in diesem Zusammenhang, dass



Tumorzellen nicht mehr nur durch unspezifische Toxine geschädigt werden, sondern dass gezielt in spezifische Stoffwechselmechanismen und in die Erkennung dieser Zellen durch körpereigene

Immunzellen eingegriffen wird. Die Vorteile liegen auf der Hand: Wir sehen beim Einsatz dieser neuen Substanzen nicht nur eine höhere Effektivität der Behandlung, sondern auch eine geringere Nebenwirkungsrate, was dem Patienten am Ende doppelt zu Gute kommt.

Doch noch qualifizieren sich nicht alle Patienten für die schon jetzt zur Verfügung stehenden neuen Konzepte. Voraussetzung ist beispielsweise die Identifikation von Treibermutationen wie

solchen im EGFR-Gen oder ein bestimmter Rezeptorbesatz an der Zelloberfläche, um gezielt eingreifen zu können. Dies ist jeweils vor Therapiebeginn auszutesten. Aktuell kann eine zielge-

richtete Therapie bei bis zu 30 % aller Patienten im fortgeschrittenen Stadium bereits in der Erstlinie eingesetzt werden.

Trotzdem erfordert die Behandlung des fortgeschrittenen Lungenkarzinoms immer die Expertise aller beteiligten Fachdisziplinen, da nicht selten mehrere Therapiemodalitäten, bis hin zu palliativ-chirurgischen Interventionen zum Einsatz kommen. Dies ist durch die in unserem Hause regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Tumorkonferenzen gewährleistet. Die zielgerichtete Therapie wird dabei aber eine immer größere Bedeutung einnehmen und die Behandlung des fortgeschrittenen Lungenkarzinoms zukünftig in entscheidendem Maße voranbringen.

**Prof. Dr. med. Hubert Hautmann**  
Chefarzt Innere Medizin  
Kreisklinik Ottobeuren  
Tel: 08332/792-5463, Fax -5450  
h.hautmann@khh.unterallgaeu.de

## Clostridienenteritis – Gradmesser für erfolgreiches Antibiotic Stewardship

VON DR. MED. KATRIN STARKE



Dr. med. Katrin Starke

Die Clostridienenteritis, kurz CDAD (Clostridium difficile assoziierte Diarrhö), kennen wir als eine Durchfallerkrankung, die fast ausnahmslos durch Antibiotikagabe gebahnt wird. Sie trifft Menschen jeden Alters, mit und ohne Vorerkrankungen.

Pathophysiologisch rufen toxinbildende Clostridium-difficile-Stämme, die durch eine vorausgehende antibiotische Therapie aus der normalen Darmflora herausselektiert werden, das Krankheitsbild der pseudomembranösen Kolitis hervor, regelmäßig mit massiven wässrigen Durchfällen einhergehend. Clostridien sind grampositive, anaerobe Stäbchenbakterien. Sie bilden Sporen und weisen

der Antibiotikaeinsatz zum Tragen. Studien zeigen, dass das Risiko einer CDAD sowohl mit der Dauer, als auch mit der therapeutischen Breite der eingesetzten Substanzen steigt. Zudem ist bekannt, dass bestimmte Substanzklassen wie Chinolone, Cephalosporine ab der 3. Generation sowie auch Clindamycin hochselektiv bezüglich der Vermehrung von Clostridium difficile wirken.

In unseren Kliniken wurde dazu 2014 ein ABS (Antibiotic Stewardship) – Team ins Leben gerufen. Dieses setzt sich aus Fachärzten der Chirurgie, der Inneren, der Anästhesie, aber auch der Krankenhaushygiene und der Mikrobiologie zusammen. Ergänzt wird das Team, das von speziell dafür weitergebildeten „ABS-Experten“ geleitet wird, durch unseren Apotheker und die Hygienefachkraft. Das Team hat sich den umsichtigen, gezielten und sinnvollen Einsatz von Antibiotika im stationären Bereich, aber auch in der ambulanten Notfallbehandlung zur Aufgabe gemacht. Dazu wurde anhand offizieller Leitlinien und Empfehlungen sowie unter Berücksichtigung der regionalen Resistenzsituation ein hauseigener Standard zur Einleitung einer kalkulierten antibiotischen Therapie erarbeitet und herausgegeben. Zudem finden regelmäßige Schulungen, insbesondere des ärztlichen Personals sowie Fallbesprechungen statt. Mit diesem Maßnahmenbündel ist es uns gelungen, den Antibiotikaverbrauch in unseren Häusern deutlich zu vermindern. Dies wirkte sich unmittel-



CT-Befund einer pseudomembranösen Colitis mit langstreckiger Wandverdickung

eine bekannt hohe Kontagiosität auf. In der Klinik ergreifen wir deshalb umfangreiche Barriere- und Desinfektionsmaßnahmen, um die Übertragung auf andere Patienten zu verhindern: Spezielle Hygiene- und Desinfektionsmaßnahmen sind selbstverständlich und der betroffene Patient wird isoliert, bis die Durchfälle sistieren.

Da eine Übertragung bei penibler Einhaltung dieser Hygienevorschriften weitgehend vermieden werden kann, kommt als Auslöser nosokomialer, also im Krankenhaus erworbener CDAD-Fälle, vor allem

bar und erfreulich auf die Anzahl nosokomialer Clostridienenteritiden aus. So konnte mit dem Etablieren des ABS-Teams die Anzahl der jährlichen CDAD-Fälle um ca. 70 % gesenkt werden.

**Dr. med. Katrin Starke**  
Oberärztin Anästhesie  
ABS-Expertin  
Kreisklinik Mindelheim  
Tel: 08261 / 797 7143  
k.starke@khh.unterallgaeu.de

## Neue OP-Methode bei der Versorgung von Kreuzbandrissen

VON DR. MED. TILMAN ESSLINGER



Dr. med. Tilman Esslinger

Die Kreuzbänder werden von den Muskeln und ihren Sehnen unterstützt. Bei drohender Überlastung werden zum Schutz des Bandes die entsprechenden Muskeln angespannt. Solche Schutzreflexe sind eine unwillkürliche Reaktion, können aber durch Geschicklichkeitsübungen trainiert werden. Dieser „Eigenschutzmechanismus“, der Kreuzbänder wird „Propriozeption“ genannt und von, im nativen Kreuzband liegenden spezialisierten Nerven-Zellen vermittelt. Das heißt, bei Anspannung des Kreuzbandes werden diese „Dehnungsrezeptoren“ aktiviert und lösen eine unwillkürliche, reaktive Anspannung der Muskeln rund um das Kniegelenk aus.

Wenn das vordere Kreuzband nicht funktioniert, kommt es durch die dauerhaft gestörte Kinematik des Kniegelenkes zu einer Mehrbelastung von Knorpel und Menisken, somit ist das Risiko eines Meniskusrisse oder Knorpelverschleißes deutlich erhöht.

Der Ersatz des gerissenen Kreuzbandes mittels körpereigener Sehnen ist die derzeit etablierteste Methode, nach einem Kreuzbandriss die mechanische Stabilität des Kniegelenkes wiederherzustellen. Ein Problem der Kreuzbandplastik ist jedoch die Tatsache, dass der nervale Reflexbogen natürlich nicht rekonstruiert wird.

Der Versuch Kreuzbänder zu nähen zeigte Anfang der 90er Jahre eher schlechte Ergebnisse, deshalb wurde diese Technik wieder weitgehend verlassen. Durch im Laufe der Zeit zusätzlich gewonnene Erkenntnisse über das Heilungsverhalten von gerissenen Kreuzbändern, als auch die geradezu stürmische technische Entwicklung der OP-Methodik, hat sich jedoch eine „Renaissance“ der Kreuzbandnaht bzw. -refixation eingestellt. Bei gewissen Rissformen (proximaler Ausriss), der etwa bei 30-40 % aller Kreuzbandrisse

vorliegt, lässt sich das gerissene Kreuzband reflexieren; damit wird nicht nur die mechanische Stabilität des Kniegelenkes sondern auch die Propriozeption wiederhergestellt. Der Erhalt der Propriozeption kann v. a. für den Sportler den Unterschied zwischen Bundesliga und Regionalliga ausmachen.

Voraussetzung hierfür ist jedoch die zeitnahe (0-4 Wochen nach Unfall) operative Versorgung. Aufgrund der teilweise langen Wartezeiten auf eine MRT-Untersuchung sind wir deshalb dazu übergegangen bei eindeutiger Klinik (Erguss im Knie nach Unfall!) und genauer Eruiierung des Unfallmechanismus, auch ohne Schnittbildgebung (MRT) die Arthroskopie des Kniegelenkes durchzuführen. Zum einen lassen sich fast immer vorliegende Begleitverletzungen (v. a. Riss des Außenmeniskus) mitversorgen, zum anderen ist es zeitnah möglich, mit einem im Vergleich zur Kreuzbandplastik wesentlich kleineren Eingriff,



nicht nur die mechanische sondern auch propriozeptive Stabilität des Kniegelenkes wieder herzustellen.

Die Nachbehandlung nach einer Kreuzbandrefixation entspricht in etwa der einer Kreuzbandplastik, d. h. die Ausfallzeit im Sport beträgt, je nach Sportart, auch in etwa 9-12 Monate.

**Dr. med. Tilman Esslinger**  
Chefarzt Unfallchirurgie und Orthopädie  
Kreiskliniken Unterallgäu  
Mindelheim: Tel: 08261/797-7625, Fax -7602  
Ottobeuren: Tel: 08332/792-5427, Fax -5346  
t.esslinger@khh.unterallgaeu.de

## „Multitasking“ im Katheterlabor mit neuer Angiographieanlage – Ballondilatation und Stentapplikation in fast allen Gefäßgebieten und in den Gallenwegen möglich!

VON PD DR. MED. PETER STEINBIGLER



PD Dr. med. Peter Steinbigler

Seit 2009 besteht an der Klinik in Mindelheim eine Herzkatheterabteilung, die durch interventionelle Kardiologen und fachlich speziell ausgebildete Herzkatheterpflegekräfte im 24-Stunden-Dienst betrieben wird.

Im Sommer 2017 wurde die Abteilung durch eine zweite Angiographieanlage ergänzt, die das Leistungsspektrum der Klinik in vielen Bereichen erweitert. So zeichnet sich das neue komplexe Röntgengerät durch ein wesentlich breiteres Detektorfeld aus, was ein größeres Übersichtsbild erlaubt. Dies kann besonders im Bereich der Angiologie und Gefäßchirurgie sowie im Bereich der Gastroenterologie von besonderem Nutzen sein. Darüber hinaus ist für die Menschen im Unterallgäu die Herzinfarktversorgung weiter optimiert worden, denn mit der Verfügbarkeit einer zweiten Angiographieanlage besteht eine rasche Ausweichmöglichkeit für den Fall, dass während eines langwierigen Eingriffs ein zweiter Akutpatient mit Herzinfarkt rasch behandelt werden muss.

Ein besonderes Verwendungsfeld ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die bei mindestens 50 % der Patienten mit Arteriosklerose, Herzkrankgefäßkrankung, Diabetes oder



Kernspintomographische Darstellung der Gallenwege (links) und Stenting der Gallenwege nach ERCP in der neuen Angiographieanlage (rechts)

Schlaganfällen zu finden ist. Die neuen Möglichkeiten der kernspintomographischen Angiographie an der Klinik Mindelheim erlauben auch subklinische Stadien im Vorfeld zu erkennen und der Intervention zuzuweisen. In enger Abstimmung im Gefäß-Team werden die Patienten vor dem Eingriff zwischen Gefäßchirurg, Kardiologen und Angiologen besprochen und der beste, individualisierte interventionelle therapeutische Weg für den Patienten gefunden. Die besondere

Expertise im Umgang mit Draht, Katheter, Ballons und Stents der Kardiologen lassen es zu, auch kleine Unterschenkelgefäße, insbesondere bei Diabetikern, mit Angioplastie zu behandeln, lästige Wundheilungsstörungen zu beheben und Amputationen, nicht selten von Zehen, zu vermeiden.

Die Innere Medizin wird in Mindelheim in ihrer Gesamtheit allen Teilgebieten gerecht und die Angiographieanlage teilgebietsübergreifend eingesetzt. Viel zu selten steht, bei entsprechender Risikokonstellation, die Viszera-

lischämie zur Diagnostik und Therapie an, weswegen in Zusammenschau mit den nichtinvasiven bildgebenden Möglichkeiten durch MRT und Mehrzeilen-CT die Angiographieanlage auch zur Therapie mit Ballondilatation und ggf. Stenting im Bereich von Nieren- und Mesenterialarterien eingesetzt wird.

Die Führung von Endoskopen oder endoskopischem Ultraschall unter Durchleuchtung ist gelegentlich erforderlich, was mit großem digitalem Bildwandlersystem ausgezeichnet möglich ist. Vor allem bei Erkrankungen des Pankreasgang- und Gallenwegsystems sind therapeutische Eingriffe mit Dilatation ggf. mit Stentapplikation indiziert (ERCP). Sie können nach schonender vorausgehender Diagnostik mit Kernspintomographie (MRCP) oder Endosonographie elegant im Angiographielabor vom Gastroenterologen durchgeführt werden.

**PD Dr. med. Peter Steinbigler**

Chefarzt Innere Medizin  
Kreisklinik Mindelheim  
Tel: 08261/797-7640, Fax -7600  
p.steinbigler@khh.unterallgaeu.de

## Umsichtige Operationsindikation bei der benignen Struma

VON DR. MED. MARKUS TIETZE



Dr. med. Markus Tietze

Wir konnten in den letzten 4 Jahren die Schilddrüsenschirurgie als Schwerpunkt an der Kreisklinik Mindelheim etablieren. Fachliche Expertise und Patienten-Zuwendung sind der Schlüssel zum Erfolg. Unser Ziel ist es, die bisher auswärts operierten Patienten für uns zu gewinnen, um ihnen „den Weg nach München oder Nürnberg zu ersparen“. Eine umsichtige und nachhaltige Operationsindikation hat daher für uns Priorität. Neben der AWMF-Leitlinie zur „Therapie der benignen Schilddrüsenerkrankungen“ von 2015 möchten wir daher an dieser Stelle aus der jüngst publizierten Übersichtsarbeit der Dt. Gesell. für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur „Operationsindikation bei der benignen Struma des Erwachsenen“ berichten.

Auf Grundlage der verfügbaren Daten stellen der begründete Malignitätsverdacht, lokale Kompressionssymptome (Dyspnoe, Stridor, Dysphagie, retrosternales Wachstum mit Trachealverlagerung oder V. cava-superior-Syndrom) und selten kosmetische Gründe (ventrale Struma Grad II/III) Operationsindikationen bei der Struma dar. Bei Hyperthyreose mit Struma und beim Morbus Basedow stellt die Operation eine mögliche Alternative zur Radiojodtherapie dar, insbesondere bei einem Schilddrüsenvolumen > 80 ml, bei fortgeschrittener oder florider Orbitopathie, bei bestehender/geplanter Schwangerschaft, Ablehnung einer Radiojodtherapie und bei Nebenwirkungen oder Rezidiv nach konservativer Therapie. Die große asymptomatische euthyreote Knotenstruma ohne

Malignitätsverdacht und „szintigraphisch kalte“ Knoten ohne weitere Malignitätsindikatoren sind für sich allein keine Operationsindikationen.

Die Entscheidung zur Operation sollte interdisziplinär und unter Ausschöpfung der diagnostischen Mittel erfolgen. Mit den 5 sonographisch verdächtigen Merkmalen Solidität, Hypoechoogenität oder markante Hypoechoogenität, Mikrolobulierung oder irreguläre Begrenzung, Mikrokalzifikationen und Höher-als-Breit-Form lässt sich das Malignitätsrisiko von Schilddrüsenknoten zuverlässig bestimmen (TI-RADS-Klassifikation). Bei zufällig gefundenen, sonst asymptomatischen Knoten sind bei Knoten größer 1 cm die Szintigraphie und bei funktionell inaktiven „kalten“ Knoten eine Feinnadelaspirationszytologie (FNAC) sowie das Calcitonin-Screening empfohlen. MIBI-Szintigraphie und BRAF-Mutationsanalysen aus der FNAC sind neue Ansätze zur Determinierung des Malignitätsrisikos, sind aber für die klinische Routine noch nicht etabliert.

Abschließend sind die Radikalität des Eingriffs und potenzielle Komplikationen individuell abzuwägen, was auch bedeutet, dass die Operationsindikation für jede Schilddrüsenseite getrennt gestellt werden soll. Das gilt für den Ersteingriff, aber ganz besonders auch im Falle des Rezidivs, mit dem wir zunehmend konfrontiert werden.

**Dr. med. Markus Tietze**

Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie  
Kreisklinik Mindelheim  
Tel: 08261/797-7625, Fax -7602  
chirurgie@kreisklinik-mindelheim.de



MRT-Angiographie bei schwerer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (links oben) und sukzessive Wiederherstellung der arteriellen Gefäßversorgung des rechten Beines mit Ballondilatation.

## Eine wichtige Stütze für unsere Patienten – die internistische Station C in der Kreisklinik Otto beuren stellt sich vor

VON S. KOREN



Stanislav Koren

Die Station C ist eine internistische Station mit 27 Betten. Unter der Leitung von Frau Miliha Cobovic (Stationsleitung) und Frau Helena Pineker (Stellv. Stationsleitung) werden Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin behandelt. In erster Linie sind dies Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse, sämtliche Lungenerkrankungen oder Erkrankungen des Herzens. Außerdem haben wir zwei Monitorüberwachungsplätze für neurologische Notfallsituationen (Stroke-Unit) wie z. B. Schlaganfall oder Gehirnblutung. Die Patienten werden hier von unserem fachlich qualifizierten und freundlichen Pflegepersonal betreut. Neben der Grund- und Behandlungspflege ist es uns ein wichtiges Anliegen, dass wir unsere Patienten ganzheitlich pflegen und eine menschliche und wohlthuende Atmosphäre auf der Station schaffen. Gute Pflege erfordert gewisse organisatorische Maßnahmen und deshalb arbeiten wir nach dem Modell der Bereichspflege. Diese umfasst die qualifizierte Versorgung und Betreuung von Patienten unter Berücksichtigung aller Bedürfnisse und Ressourcen. Dabei greifen die Aufgaben des Pflegedienstes und der Ärzte eng ineinander und ergänzen sich. Die hausinternen und

stationspezifisch erstellten Pflegestandards sind voll in unsere Pflegedokumentation integriert und somit ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung. Das Pflegepersonal auf der Station C wird regelmäßig weiter- und fortgebildet. Die monatlichen hausinternen Fortbildungen und Stationsbesprechungen dienen dazu, alle Mitarbeiter der Station rechtzeitig zu informieren und mit neuen Entwicklungen in der Pflege vertraut zu machen.

Unser primäres Ziel ist es, unseren Patienten auf ihrem Weg der Genesung zu unterstützen.



**Stanislav Koren**

Pflegedirektor  
Kreiskliniken Unterallgäu  
Tel: 08261/797-7130, Fax -7195  
s.koren@khh.unterallgaeu.de

## Operative und Endovenöse Behandlung der Hauptstammvenen bei Krampfadern

VON DR. MED. WOLFGANG FREHNER UND DR. MED. MICHAEL HAILER



Dr. med. Wolfgang Frehner

Ziel der klassischen Krampfaderoperation ist die Beseitigung des Rückflusses aus dem tiefen in das oberflächliche Venensystem. Die Ursache des Rückflusses besteht meistens durch eine Insuffizienz im Mündungsgebiet der Stammvenen in der Leiste oder Kniekehle. Die Evidenz der sogenannten Krossektomie und das Stripping der oberen Stammvenensegmente (OP n. Babcock) ist gut belegt. Seit der Jahrtausendwende wurde die Endovenöse Laserablation als Alternative zum klassischen Vorgehen kontinuierlich weiterentwickelt. Ziel der endovenösen thermischen Verfahren ist die Aus-

schaltung der insuffizienten Stammvene durch eine dosierte Hitze einwirkung auf die Innenseite und Muskelzellen der Venenwand. Auf eine Krossektomie und ein Stripping wird verzichtet. Das Venenlumen verschließt sich, baut sich bindegewebig um und ist nach mehreren Monaten sonografisch nicht mehr nachweisbar.

ben einer Schmerzausschaltung ein Schutz des perivenösen Gewebes vor thermischen Schäden und ein verbesserter Kontakt der Lasersonde mit der Venenwand erreicht. An der Kreisklinik Ottobeuren steht als Generator ein Diodenlaser mit Infrarotstrahlung zur Verfügung. Die endovenös applizierte Energiedichte wird hauptsächlich durch die Leistung des Generators und die Rückzugsgeschwindigkeit der Sonde bestimmt. Beides wird an den Durchmesser der Vene angepasst und von dem damit vertrauten Operateur bestimmt.

Die Endovenöse Laserablation ist nicht bei allen Patienten mit Stammveneninsuffizienz anwendbar. Die Indikationsstellung erfolgt an der Kreisklinik Ottobeuren im eigenen MVZ durch dessen Ärztlichen Leiter, Herrn Dr. Michael Hailer. In Beobachtungsstudien und Untersuchungen,

hauptsächlich aus dem Angloamerikanischen Raum, wo diese Verfahren bereits seit längerer Zeit angewandt werden, sind die Ergebnisse mit den klassischen operativen Verfahren gleichwertig bei weniger lokalen Komplikationen. Für Patienten mit Stammveneninsuffizienz bieten die Endovenösen Verfahren zweifelsohne einen besseren Komfort und weniger Traumatisierung bei guten Langzeitergebnissen.

Das Gesamtpaket an Operativen, Endovenösen Thermischen und Nichtthermischen Maßnahmen bei der Behandlung der Stammvenen-, Seitenast-, Perforans-, Rezidivvarikosis, als auch Besenreiser varicosis steht an der Kreisklinik sowohl im stationären, als auch ambulanten Setting zur Verfügung. Die Kreisklinik Ottobeuren ist mit den Krankenkassen in Verhandlung um diese Methode zukünftig als Kassenleistung anerkennen zu lassen.

**Dr. med. Wolfgang Frehner**  
Chefarzt Allgemein-, Viszeral- & Thoraxchirurgie  
Kreisklinik Ottobeuren  
Tel: 08332/792-5427, Fax -5346  
w.frehner@khh.unterallgaeu.de

Das Ergebnis der MRT-Untersuchung bildet in jedem Fall die Grundlage zur Weiterbehandlung bzw. Fortführung der entsprechenden Therapie durch den nachbehandelnden Kollegen.

Absolut wichtig ist das Einbringen einer Tumescenzflüssigkeit (NaCl 0,9 % + Lokalanästhetikum + Bicarbonat + Epinephrin) unmittelbar vor der endothermischen Behandlung. Dadurch wird ne-

## Der Blick ins Gelenk – mit dem hochauflösenden MRT den aktuellen Gelenkstatus beurteilen.

VON SEVERIN GREINER



Chefarzt Severin Greiner

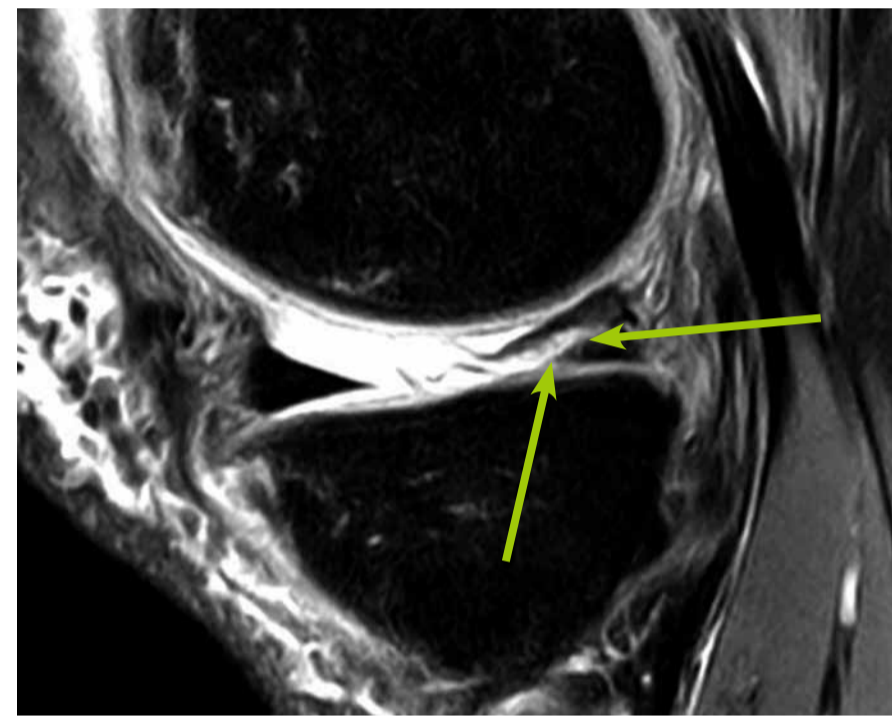
Die Gelenke stellen die wichtigsten Untersuchungsregionen des MRT dar. Dabei werden am häufigsten Untersuchungen des Schulter- und des Kniegelenks nachgefragt. In den konventionellen Röntgenaufnahmen können Frakturen und degenerative knöcherne Veränderungen schnell dargestellt werden. Die Computertomographie erlaubt – ebenfalls mit Röntgenstrahlen – eine detailliertere Untersuchung und kann beispielsweise Knochenbrüche, die sich nicht eindeutig abgrenzen lassen, aufdecken.

Mit der strahlenlosen Magnetresonanztomographie können nicht nur die ossären Verhältnisse mit ihren Abnutzungserscheinungen oder posttraumatischen Läsionen beurteilt werden. Als einzige radiologische Disziplin ermöglicht das Kernspin auch eine genauere Beurteilung des Knorpels und der Weichteile in und um ein Gelenk. Im Gegensatz zum Röntgen oder CT können im MRT auch Ödeme, Infraktionen und okkulte Frakturen des Knochens nachgewiesen werden. Pathologische Knorpelveränderungen lassen sich von initialen Inhomogenitäten bis hin zur vollständigen Knorpelglätte kategorisieren. Im Meniskus oder im Labrum können schon diskrete Verletzungen bzw. Einrisse bis hin zur vollständigen Mazerationen oder komplexen Ruptur di-

agnostiziert und Tendinopathie, Enthesiopathien, geringe bis komplette Rupturen von Sehnen und Bänder hochauflösend abgebildet werden.

Sämtliche Gelenke lassen sich zumeist ohne eine intravenöse Kontrastmittelapplikation detailliert in meist unter 20 Minuten Liegezeit untersuchen. Entsprechend der Klinik und Fragestellung können verschiedene Wichtungen bzw. Untersuchungsprotokolle gewählt werden, um eine bestmögliche Darstellbarkeit der entsprechenden Pathologie zu erreichen.

Das Ergebnis der MRT-Untersuchung bildet in jedem Fall die Grundlage zur Weiterbehandlung bzw. Fortführung der entsprechenden Therapie durch den nachbehandelnden Kollegen.



Horizontaler Einriss des Innenmeniskushinterhorns mit Gelenkerguss

**Severin Greiner**  
Chefarzt der Radiologie  
Kreisklinik Mindelheim  
Tel: 08261/797-6678  
s.greiner@khh.unterallgaeu.de

## Neues aus dem Gesundheitsteam Unterallgäu

VON DR. MED. MANFRED NUSCHELER UND KIRSTEN BOOS

Die Kreiskliniken Unterallgäu freuen sich, Ihnen an dieser Stelle unseren neuen Chef- und Oberarzt sowie eine erfolgreiche Zusatzbezeichnung vorstellen zu dürfen.

### Kreisklinik Ottobeuren

#### Chefarzt Dr. med. Horst Hartje

Seit dem 01.07.2017 verstärkt Herr Dr. Horst Hartje das Team des Schmerzzentrums Ottobeuren. Zum 01.01.2018 wurde Herr Dr. Hartje als zusätzlicher Chefarzt der Schmerztagesklinik an der Kreisklinik Ottobeuren bestellt. Herr Dr. Hartje ist Facharzt für Anästhesiologie, mit den Zusatzbezeichnungen Schmerztherapie, Palliativmedizin, Akupunktur und Notfallmedizin. Herr Dr. Hartje steht den Schmerzpatienten sowohl im Schmerzzentrum als auch als Konsiliararzt im stationären Bereich mit Rat und Tat zur Seite.

Das Schmerzzentrum Ottobeuren wird künftig im Kollegialsystem, gemeinsam von Herrn Chefarzt Martin Wiedemann und Herrn Chefarzt Dr. Hartje geführt.

#### Chefarztvertreter Dr. Wolfgang Schöner

Als langjähriger Oberarzt und erfahrener Internist steht Herr Dr. Wolfgang Schöner seinen Patienten rund um alle Fragen der Inneren Medizin zur Verfügung. Nun, mit Wirkung vom 01.02.2018 wurde Herr Oberarzt Dr. Wolfgang Schöner zum ständigen Vertreter von Herrn Chefarzt Prof. Dr. Hubert Hautmann für die Innere Abteilung bestellt. Zu dieser Bestellung gratulieren wir Herrn Dr. Schöner ganz herzlich.

#### Oberarzt Dr. Hannes von Dellemann

Der neue Schwerpunkt für Lungenheilkunde an der Kreisklinik Ottobeuren freut sich über Zuwachs durch Herrn Dr. Hannes von Dellemann. Herr Dr. von Dellemann ist Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und als Oberarzt der internistischen Klinik tätig. Seinen Patienten steht Herr Dr. von Dellemann auch als erfahrener Notarzt in Ottobeuren und der Umgebung zur Verfügung.

#### Funktionsoberarzt Roland Reinelt

Herr Roland Reinelt ist seit 2008 an der Kreisklinik Ottobeuren tätig. Er ist Facharzt für Allgemeinchirurgie und hat nun, mit Wirkung vom 20. Februar 2018, die Facharztbezeichnung „Facharzt für Viszeralchirurgie“ erworben. Herzlich gratulieren wir Herrn Reinelt zu diesem Erfolg. Herr Reinelt führt ebenfalls die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ und ist notärztlich am Standort Ottobeuren tätig.

#### Kreisklinik Mindelheim

#### Oberarzt Bertram Hummel

Seit dem 01.04.2015 ist Herr Bertram Hummel Oberarzt der unfallchirurgischen Abteilung an der Kreisklinik Mindelheim. Seit Juni 2012 führt er die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie. Zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie mit Wirkung vom 18.10.2017, gratulieren wir Herrn Hummel ganz herzlich.



Chefarzt Dr. med. Horst Hartje



Chefarztvertreter Dr. Wolfgang Schöner



OA Dr. Hannes von Dellemann



FA Roland Reinelt



OA Bertram Hummel