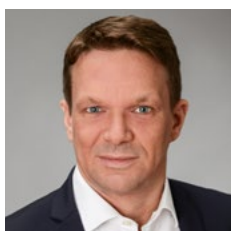


Spitzenmedizin. Menschlich.

Die Augustinum Klinik München



Zuweiser*innen-Newsletter
Ausgabe Juni 2021



Ingo Rebmann
Klinikleiter



Dr. Werner von Wulffen, PhD
Ärztlicher Direktor



Resad Puhovac
Pflegedienstleiter

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema COVID-19 beschäftigt uns nun schon seit mehr als einem Jahr in den meisten Lebenslagen – sei es beruflich oder privat. Ich hoffe sehr, dass Sie und Ihre Familien bisher gut durch diese Pandemie gekommen sind, und danke Ihnen für die gute Zusammenarbeit in dem zurückliegenden Jahr.

Dieses vergangene Jahr hat uns vor viele neue Herausforderungen gestellt und ich freue mich darüber, dass wir diese als Augustinum Klinik bisher so gut gemeistert haben.

Neben allen pandemischen Themen, die uns im Klinikalltag beschäftigen, gibt es aber auch allerhand Neuigkeiten aus der Augustinum Klinik, über die wir auf den folgenden Seiten berichten:

Herr Prof. Dr. Michael Block verabschiedet sich mit persönlichen Worten nach fast 23 Jahren in der Augustinum Klinik in den wohlverdienten Ruhestand und wir bedanken uns sehr herzlich bei ihm für seine Lebensleistung – auch im Namen aller Patient*innen und Kolleg*innen. Außerdem stellen wir Ihnen seinen Nachfolger Herrn Prof. Dr. Oliver Husser vor. Falls Sie Prof. Dr. Husser persönlich kennenlernen möchten, finden Sie auf Seite 2 eine eingelegte Karte zur Terminvereinbarung, die Sie bei Interesse gerne an uns zurücksenden können.

Neu an Bord ist auch Herr Resad Puhovac, unser neuer Pflegedienstleiter, der sich schon über die ersten Bewerbungen für das neue Angebot der praktischen generalistischen Ausbildung im Bereich Pflege in unserem Haus freut.

Ein neuer Internetauftritt unserer Klinik steht in den Startlöchern – und Sie sind die Ersten, denen wir diesen im Vorfeld vorstellen möchten.

Selbstverständlich erwarten Sie auch wieder verschiedene interessante Fachbeiträge unserer Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie und Nephrologie / Rheumatologie.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre unseres Klinik-Newsletters und hoffe, dass wir uns noch in diesem Jahr bei einem Symposium oder einer Fortbildungsveranstaltung im Augustinum persönlich kennenlernen. Über die Planungen dazu halten wir Sie selbstverständlich auf dem Laufenden.

Herzliche Grüße aus der Augustinum Klinik München

Ingo Rebmann
im Namen der Klinikleitung

Augustinum Φ

Klinik München

Abschiedsworte von Prof. Dr. Michael Block	Seite 2
Vorstellung Prof. Dr. Oliver Husser	Seite 3
Vorhofflimmern: Kryoablation als Erstlinientherapie	Seite 4
Neue Implantat-Therapie: PASCAL-System und WATCHMAN-FLX	Seite 6
Die Koloskopie rettet Leben	Seite 8
Rheuma, Lunge und kleiner Kreislauf – eine komplexe Beziehung	Seite 10
Immunsuppression während Corona	Seite 12
Personalien	Seite 13
Ausblick	Seite 14
Verantwortliche und Kontakte	Seite 16

Persönliche Worte zum Abschied von Prof. Dr. Michael Block

Fast 23 Jahre durfte ich in der Augustinum Klinik die Geschicke der Kardiologie prägen. Dass es eine Erfolgsgeschichte wurde, war nicht vorbestimmt. Die Kardiologie hat sich in dieser Zeit rasant entwickelt und wir mussten uns immer wieder neu erfinden. Bei meinen Oberärzten darf ich mich besonders dafür bedanken, dass Sie immer offen waren, Innovationen anzunehmen und nicht allein im Bewährten zu verharren.



Prof. Dr. Michael Block

So war die Einführung vieler neuer, heute etablierter Techniken möglich: in der Rhythmologie, z. B. der kardialen Resynchronisationstherapie, aufwendiger Katheterablationen insbesondere von Vorhofflimmern, der subkutanen Defibrillatorimplantation, des Leadless Pacing oder der HIS-Bündel-Stimulation; im Bereich der koronaren Herzerkrankung, z. B. der Einführung der Rotablation, der Thrombusabsaugung, der Eröffnung chronischer Gefäßverschlüsse oder des Einsatzes des intravaskulären Ultraschalls; im Bereich der strukturellen Herzerkrankung, z. B. der TAVI, der Verwendung des MitraClips, von PFO-, ASD- oder LAA-Verschlässen.

Um all dieses zu erreichen, sind natürlich viel mehr Personen als ein Chef und motivierte Oberärzte erforderlich: Pflegekräfte, Funktionsassistent*innen, Study Nurses, wissbegierige Assistenzärztinnen und -ärzte und nicht zuletzt ein immer freundliches und hilfsbereites Sekretariat, nicht zu vergessen die enge, sehr gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeiter*innen der Herzchirurgie und Kardioanästhesie der LMU am Augustinum. Allen ihnen gilt mein Dank und der Leitung der Augustinum Klinik, dass Sie hierfür einen fruchtbaren Boden bereithielten.

Besonders aber möchte ich Ihnen, meinen zahlreichen Zuweiser*innen aus München und seinem Umfeld, danken. Ohne Sie wäre die Erfolgsgeschichte der Kardiologie im Augustinum in den letzten Jahren nicht möglich gewesen. Ich war und bin immer noch gerührt darüber, dass ich als Westdeutscher hier in Bayern mit offenen Armen empfangen wurde. Nicht nur das Augustinum wurde meine berufliche Heimat, sondern auch München für mich und meine Familie. Ich bin sicher, dass mein Nachfolger Herr Prof. Dr. Husser die Erfolgsgeschichte der Kardiologie im Augustinum fortsetzen wird. Er wird der Kardiologie mit seinem Elan neuen Auftrieb geben und sie um Innovationen bereichern. Also schenken Sie ihm bitte Ihr Vertrauen.



Termin

Einladung zum Kardiologischen Symposium mit Prof. Dr. Michael Block und Prof. Dr. Oliver Husser am 23.10.2021* in der Augustinum Klinik München.

* Da wir die Corona-Entwicklung nicht absehen können, informieren wir Sie über etwaige Terminverschiebungen auf unserer Website: www.augustinum-kliniken.de

Augustinum Kardiologie unter neuer Leitung

Prof. Dr. Oliver Husser tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Michael Block an

Seit dem 1. Juni 2021 ist Herr Prof. Dr. Oliver Husser neuer Chefarzt der Abteilung Kardiologie und Intensivmedizin in der Augustinum Klinik München. Er übernimmt die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. Michael Block, der die Herzabteilung der Augustinum Klinik seit 1998 geführt hat und Ende Mai in den Ruhestand gegangen ist.

*„Das Ausscheiden von Prof. Dr. Block bedeutet für uns eine echte Zäsur. Er hat die Klinik in ihrer medizinischen Leistung über mehr als zwei Jahrzehnte mitgeprägt und sich auch um die Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten verdient gemacht. Für diese Leistung sind wir ihm sehr dankbar, und wir freuen uns, dass wir mit Prof. Dr. Husser erneut einen ausgewiesenen Experten für die Kardiologie der Augustinum Klinik gewinnen konnten.“
(Dr. Matthias Heidler, Geschäftsführer Augustinum)*

Geboren und aufgewachsen im Rheinland, studierte Prof. Dr. Husser Medizin an der Universität Regensburg sowie in Spanien, Südamerika und den USA. Nach Promotion und Habilitation wechselte er vom Universitätsklinikum Regensburg an das Deutsche Herzzentrum München. Hier konnte er seine wissenschaftliche und



Prof. Dr. Oliver Husser

klinische Tätigkeit vor allem in den Bereichen der interventionellen Kardiologie und der minimalinvasiven Behandlung von Herzklappenerkrankungen intensivieren. Im Rahmen seiner Forschungstätigkeit erwarb Prof. Dr. Husser einen internationalen PhD-Titel der Universität Valencia. Im Alter von 38 Jahren folgte die Berufung zum außerplanmäßigen Professor für das Fachgebiet Innere Medizin an der Technischen Universität München. Im Jahr 2018 nahm er die Herausforderung an, am St.-Johannes-Hospital Dortmund – einer der größten interventionellen kardiologischen Kliniken in Deutschland, als leitender Oberarzt tätig zu sein.

„Ich freue mich auf die zukünftigen Aufgaben an einem angesehenen Haus wie der Augustinum Klinik München. Als interventioneller Kardiologe möchte ich besonders die Weiterentwicklung der minimalinvasiven Therapie von Herzklappenerkrankungen ausbauen. Ich glaube fest daran, dass die Verbindung anspruchsvoller kardiologischer Spitzenmedizin mit den christlichen Werten der Augustinum Gruppe am Standort München einzigartig ist und langfristig erfolgreich sein wird.“ (Prof. Dr. Oliver Husser)

Bei seiner Arbeit stehen für den Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin sowie den Zusatzqualifikationen Interventionelle Kardiologie und Herzinsuffizienz die optimale Diagnostik und Therapie kardialer Erkrankungen sowie die Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors in enger Kooperation mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Vordergrund. Ein besonderes Anliegen ist dem Herzspezialisten auch die Ausbildung junger Nachwuchsmediziner*innen.

*„Die Augustinum Klinik und die angeschlossene Herzchirurgie verfügen über ein sehr gut eingespieltes und kompetentes Team aus Ärzt*innen und Pflegekräften, das auch fachbereichsübergreifend vorbildlich zusammenarbeitet. Dies und die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleg*innen sind für mich die wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit, bei der unsere Patient*innen im Mittelpunkt stehen.“ (Prof. Dr. Oliver Husser)*

Privat ist der Familienvater gerne sportlich unterwegs. Neben Reisen und dem Bau von E-Gitarren hält er sich mit Joggen, Tennis und Fahrradfahren fit und freut sich darauf, seinen Söhnen (3 und 1) im Winter das Skifahren beizubringen.

*„Ich danke Prof. Dr. Michael Block sehr herzlich für sein jahrzehntelanges, unermüdliches Engagement. In dieser Zeit hat er eine der angesehensten Kardiologien in München und Umgebung aufgebaut. Mit Prof. Dr. Oliver Husser haben wir den idealen Nachfolger für die Position des Chefarztes der Abteilung Kardiologie und Intensivmedizin gefunden. Er macht Spitzenmedizin menschlich und ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit.“
(Ingo Rebmann, Klinikleiter der Augustinum Klinik München)*

Wenn Sie Herrn Prof. Dr. Husser persönlich kennenlernen möchten, nutzen Sie die beiliegende Rücksendeantwort für eine Terminvereinbarung.

Vorhofflimmern – Erhalt des Sinusrhythmus durch **Kryoablation der Pulmonalvenen** wird zur **Therapie der ersten Wahl**

Vorhofflimmern bedeutet üblicherweise eine beträchtliche Belastung für die betroffenen Patient*innen, stellt aber auch eine zunehmende Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Schätzungsweise wird zeitlebens jeder dritte der heute 55-Jährigen an Vorhofflimmern erkranken. Was ist der aktuelle Diagnose- und Therapiestandard?

Hierzu sind bereits im August 2020 im Rahmen des ESC-Kongresses aktualisierte Leitlinien erschienen, in welchen der Algorithmus „**CC to ABC**“ (**C**onfirm and **C**haracterize to **A**void Stroke / **A**nticoagulation – **B**etter Symptom Control – **C**ardiovascular Risk Factors / **C**oncomitant Diseases) den Behandelnden als nützliches Instrument dienen kann (Abbildung 1).

Wie bisher gelten die neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) als Blutverdünner der ersten Wahl. Die Katheterablation als sichere und bezüglich Effektivität der Antiarrhythmika überlegene Therapie wurde bei Patient*innen mit paroxysmalem Vorhofflimmern sowie bei solchen mit Herzinsuffizienz und Verdacht auf Tachyopathie aufgewertet, die Entscheidung zur rhythmuserhaltenden oder frequenzkontrollierenden Strategie bleibt nach den Leitlinienautoren jedoch abhängig von der Symptomatik.

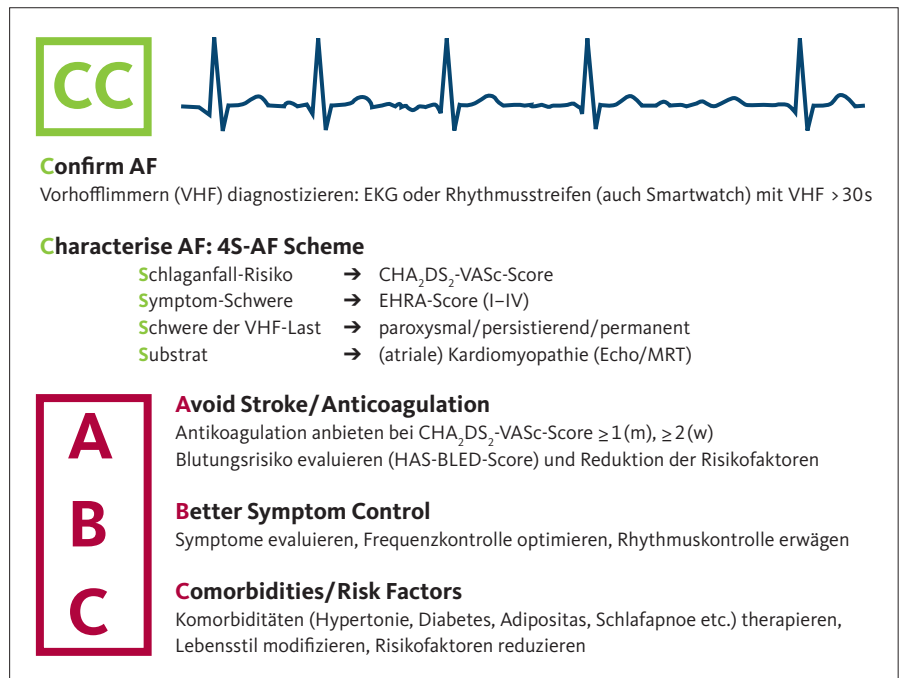


Abb. 1: CC to ABC: Der von den aktuellen Leitlinien empfohlene Therapiealgorithmus. Adaptiert nach Hindricks G et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. EurHeart J. 2020;42:373–498.

Neue Studienergebnisse: Frühe Rhythmuserhaltung von Vorteil – und dies am besten mit Kryo-Pulmonalvenenisolation?

Ein erstes Update der neuen Leitlinien betreffend der Therapiestrategie von Vorhofflimmern ist möglicherweise durch die kürzlich vorgestellte EAST-AFNET-4-Studie notwendig, an der wir als Klinik über mehrere Jahre mitgewirkt haben. In der Studie wurden 2789 Patient*innen mit neu diagnostiziertem (< 1 Jahr vor Studieneinschluss) Vorhofflimmern zu zwei Therapiekonzepten randomisiert – „early rhythm control“ als rhythmuserhaltende Strategie mittels Antiarrhythmika/Katheterablation oder „usual care“ als zunächst reine Frequenzkontrolle und Therapieeskalation nur bei persistierenden Symptomen. Die unerwünschten Ereignisse aus dem kombinierten primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Schlaganfall, Hospitalisierung mit Herzinsuffizienz oder akutes Koronarsyndrom) traten in der Early-Rhythm-Control-Gruppe (249 Patient*innen) signifikant ($p = 0,005$) seltener als in der Usual-Care-Gruppe (316 Patient*innen) auf (Abbildung 2).

Die EAST-AFNET-4-Studie zeigte als erste große, randomisierte Studie einen positiven Effekt auf kardiovaskuläre Komplikationen durch eine frühe rhythmuserhaltende Strategie und sollte bei Patient*innen mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern berücksichtigt werden.

Zur Frage, welche rhythmuserhaltende Therapie zu bevorzugen ist, wurden in diesem Jahr mit dem STOP AF Trial sowie dem EARLY AF Trial gleich zwei Studien im New England Journal of Medicine publiziert, bei denen bei Patient*innen mit paroxysmalem Vorhofflimmern eine Pulmonalvenenisolation (PVI) mittels Kryoablation mit einer antiarrhythmischen Therapie bezüglich Effektivität und Sicherheit als Erstlinientherapie verglichen wurde.

Die Kryoablation zeigte sich in der STOP-AF-Studie mit einer Erfolgsrate von 75 % gegenüber einer antiarrhythmischen Therapie mit 45 % deutlich überlegen (Abbildung 3). In der EARLY-AF-Studie fiel der Ablationserfolg durch ein durchgehendes Rezidiv-Monitoring mittels implantiertem Eventrecorder mit 57 % gegenüber 32 % in der antiarrhythmischen Gruppe auf.

In dem EARLY AF Trial wie auch in dem 2019 publizierten CIRCA DOSE Trial – in welchem die Effektivität und Sicherheit von Kryoballon-PVI gegenüber Hochfrequenz-PVI ebenfalls u. a. mittels kontinuierlichem Rhythmusmonitoring mit implantiertem Eventrecorder untersucht wurde – konnte erneut gezeigt werden, dass die Vorhofflimmerlast (Dauer und Häufigkeit der Episoden) durch die Pulmonalvenenisolation hoch effektiv reduziert werden kann.

In all den genannten Studien zeigte die rhythmuserhaltende Strategie mittels Katheterablation trotz ihrer Invasivität keine höhere Rate an Komplikationen oder unerwünschten Nebenwirkungen als die antiarrhythmische Therapie.

Die Pulmonalvenenisolation bestätigt somit in puncto Rhythmusstabilität und Symptomverbesserung ihre deutliche Überlegenheit gegenüber einer antiarrhythmischen Therapie und bietet für Patient*innen mit symptomatischem paroxysmalem Vorhofflimmern eine effektive und sichere Form der Erstlinientherapie.



Dr. Daniel Zimmer, Oberarzt

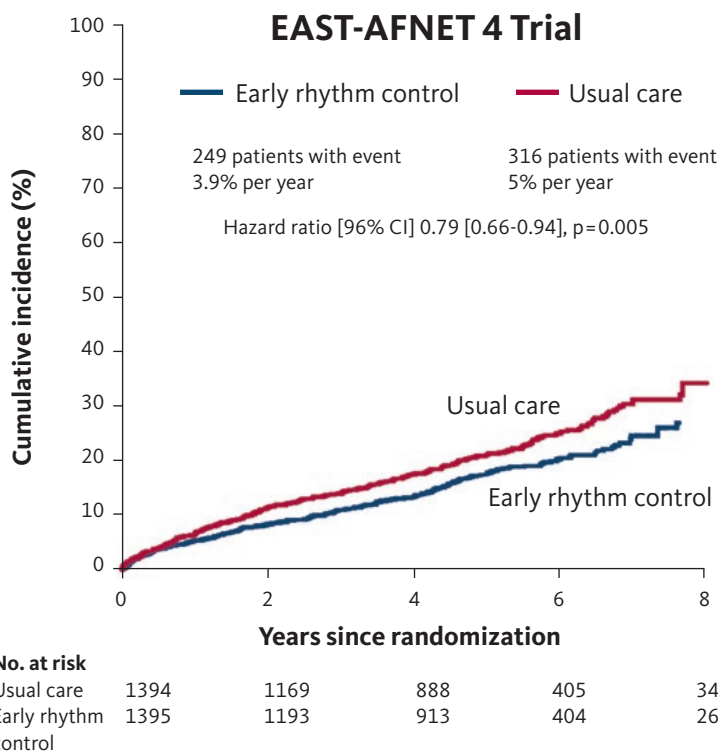


Abb. 2: EAST-AFNET 4 Trial: Für alle Komponenten des primären Endpunktes (kardiovaskuläre Todesfälle, Schlaganfälle, Krankenhausaufenthalte wegen Herzinsuffizienz oder akutem Koronarsyndrom) waren die Ereigniszahlen bei früher rhythmuserhaltender Therapie (early rhythm control) niedriger als bei konventioneller Therapie (usual care). Kirchhof P et al; EAST-AFNET 4 Trial Investigators. *Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2020 Oct 1;383(14):1305-1316.*

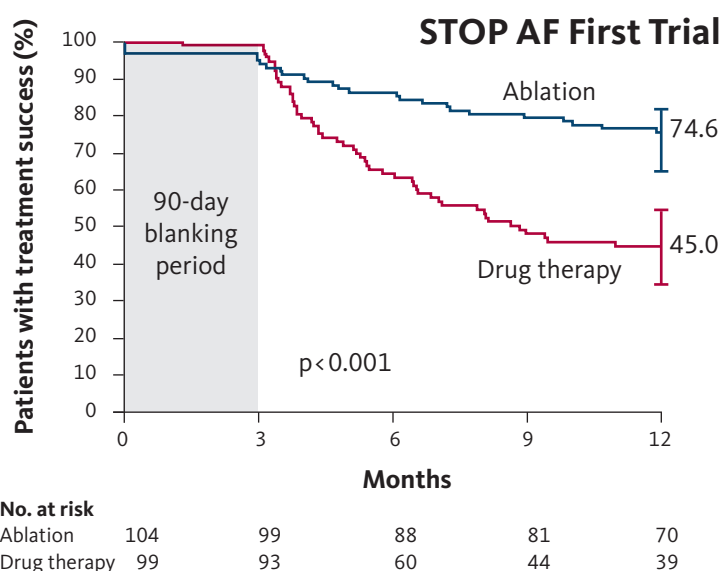


Abb. 3: STOP-AF First Trial: Therapieerfolg nach zwölf Monaten, definiert als Ausbleiben der Ereignisse: initial frustrane Prozedur, wiederholte Ablation, Rezidiv von Vorhofflimmern, elektrische Kardioversion oder Neubeginn einer Antiarrhythmika-Therapie (Ablationsgruppe) nach der Blanking-Zeit von 90 Tagen. Wazni OM et al; STOP AF First Trial Investigators. *Cryoballoon Ablation as Initial Therapy for Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2021 Jan 28;384(4):316-324.*

Neue Implantat-Therapie bei interventioneller Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz und Verschluss des linken Vorhofohres

An der Klinik Augustinum München wird seit 11 bzw. 12 Jahren in der interventionellen Therapie die sogenannte Edge-to-Edge-Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz und der Verschluss des linken Vorhofohres zur Vermeidung einer Antikoagulation bei Vorhofflimmern durchgeführt. Seit einigen Monaten werden nun mit dem PASCAL Device der Firma Edwards Lifesciences bzw. dem WATCHMAN FLX System, einem Schirmchen, der Firma Boston Scientific hierzu neue Therapieoptionen angeboten.

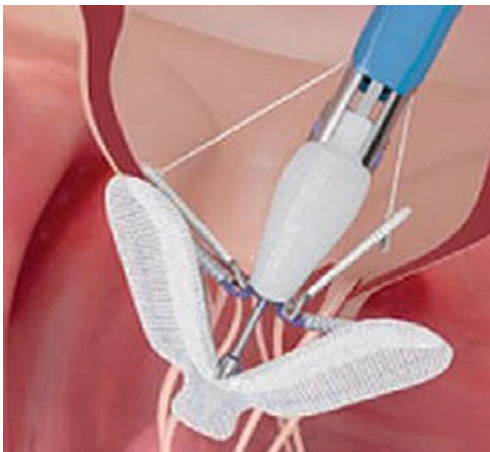


Abb. 1A: PASCAL-Device. Paddles in „capture ready“-Position: Der posteriore Clasp ist abgesenkt, der anteriore Clasp liegt dem Spacer an.

PASCAL-System als weitere Behandlungsoption zur „Edge-to-Edge“-Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz

Als Alternative zur seit vielen Jahren durchgeführten interventionellen Mitralklappentherapie mit dem MitraClip-System der Firma Abbott wurde in diesem Jahr an der Klinik Augustinum München mit dem PASCAL-System (Abbildungen 1A und B) ein weiteres interventionelles Verfahren zum „edge to edge repair“ der Mitralklappe eingeführt. Wie beim MitraClip wird auch mit diesem System durch das Implantat eine Verbindung zwischen anteriorem und posteriorem Mitralsegel geschaffen. Bei der Prozedur, welche unter TEE-Kontrolle und in Intubationsnarkose durchgeführt wird, wird das System mittels transvenösem Zugang in der Leiste über eine transeptale Punktion des Vorhofseptums in den linken Vorhof eingebracht. Das neue Implantationssystem besteht aus insgesamt drei einzelnen ineinander geschobenen Kathetern und erlaubt damit eine direkte und präzise dreidimensionale Steuerung. Das relativ weiche und flexible Implantat hat einen Grundgerüst aus dem thermosensiblen Material Nitinol. Die beiden Segel der Mitralklappe werden beim Rückzug des Device aus dem linken Ventrikel zunächst auf die beiden geöffneten federelastischen Paddles aufgeladen. Anschließend werden von oben sogenannte Clasps, welche kleine Widerhäkchen tragen, auf die Segel abgesenkt und die Segel werden damit fixiert. Letztendlich werden dann die Segel beim Schließen der Paddles an einen zentralen Spacer gedrückt. Durch die neue breite Auflagefläche, das atraumatische Design der Clasps und die gewölbte Kontur der Paddles wird die auf die Mitralsegel ausgeübte Zugspannung gleichmäßig verteilt und reduziert. Hierdurch soll eine Perforation der Segel oder ein Ausreißen des Implantats besser verhindert werden und der postprozedurale Gradient über der Mitralklappe möglichst gering ausfallen. Zudem soll das zentrale Spacer-Element die Regurgitationsöffnungsfläche der Mitralklappe verringern und die Zugspannung auf die Mitralsegel minimieren. Wie bei der neuesten Version des MitraClips lassen sich auch beim PASCAL-System die beiden Clasps getrennt voneinander absenken und anheben, sodass es bei schwieriger Anatomie mit einer großen Lücke zwischen beiden Klappensegeln auch möglich ist, die Mitralsegel nacheinander zu greifen oder nachträglich den Greifvorgang zu optimieren, wenn eines der beiden Segel nur mit geringer Segellänge im Implantat gefasst wurde. Das PASCAL-Implantat ist in zwei unterschiedlichen Größen (PASCAL und das schmalere PASCAL Ace) erhältlich und hat die CE-Zulassung für die interventionelle Therapie von Mitral- und Trikuspidalklappe. Die Alternative einer chirurgischen Mitralklappenrekonstruktion, ob minimalinvasiv oder über eine Sternotomie durchgeführt, wird jede Patientin und jeden Patienten in der kardiologisch-kardiochirurgisch-kardioanästhesiologischen Herzteamkonferenz abgeklärt.

Verschluss des linken Vorhofohres mit dem WATCHMAN FLX System

In der Vorhofflimmern-Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahr 2020 wird empfohlen, einen Verschluss des linken Vorhofohres (LAA) bei Patient*innen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und zumindest moderatem Schlaganfallrisiko in Betracht zu ziehen (Klasse IIb, Evidenzgrad B),

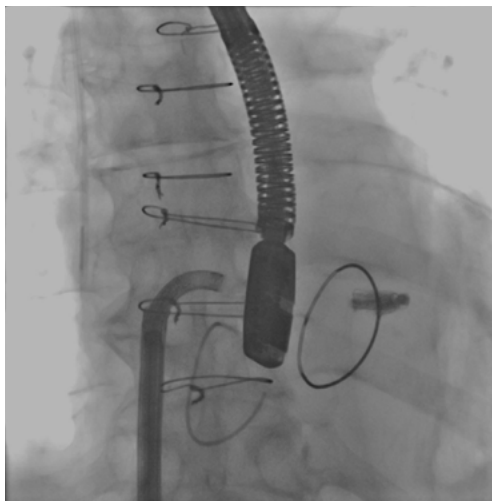
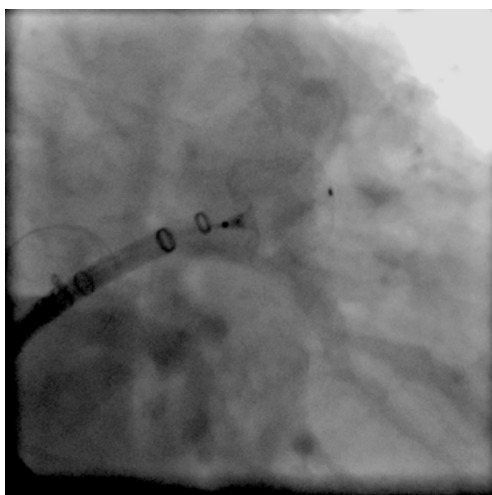


Abb. 1B: 87-jähriger Patient, bei dem fünf Jahre zuvor eine Mitral- und Trikuspidalrekonstruktion mit Implantation von Annuloplastierungen durchgeführt worden war. Aktuell wurde wegen einer hochgradigen Rezidiv-Mitralinsuffizienz bei einem Prolaps des posterioren Mitralsegels ins Segment 1 der Mitralklappe ein PASCAL-Device implantiert.



Abb. 2A: WATCHMAN FLX-Device



wenn eine Kontraindikation für eine dauerhafte Therapie mit oralen Antikoagulanzen besteht. Nach der Erstellung der Leitlinien konnte eine erste randomisierte Studie eine Nichtunterlegenheit des interventionellen LAA-Verschlusses gegenüber neuen oralen Antikoagulanzen (NOAKs) für Patienten mit einem CHA₂DS₂-VASc-Score ≥ 3 und einem erhöhten Blutungsrisiko zeigen (PRAGUE-17 Trial).

Mit dem WATCHMAN-FLX-Device (Abbildungen 2A und B) steht eine Fortentwicklung des in mehreren großen Studien (PROTECT AF, PREVAIL, EWOLUTION) bereits erprobten WATCHMAN-Schirmchens zu Verfügung, welches jetzt in fünf Größen von 20 bis 35 mm einen größeren Bereich von Ostiumdurchmessern zwischen 14 und 31,5 mm abdeckt. Im Unterschied zum Vorgängermodell hat das WATCHMAN FLX System eine größere Zahl von großen Stentzellen, um das Device flexibler zu machen, und ist 10 bis 20 % kürzer und distal abgerundet, um die Device-Implantation bei kurzer LAA-Tiefe zu vereinfachen und Perforationen mit Perikardtamponade zu vermeiden. In der amerikanischen Zulassungsstudie PINNACLE FLX IDE konnten 98,8 % aller 400 Patient*innen erfolgreich einer Implantation unterzogen werden und bei niemandem wurde eine Katheterintervention oder gar eine herzchirurgische Intervention erforderlich. Die Zahl der zur Verankerung dienenden J-förmigen Widerhaken wurde auf 18 erhöht, die in zwei Reihen angeordnet sind. Der Polyesterüberzug des neuen Schirmchens reicht nun weiter nach distal, um die Rate an Peridevice-Leckagen gering zu halten, und das Schraubgewinde, an dem das Einführkabel bei der Implantation am Schirmchen befestigt ist, wurde versenkt und ragt nicht mehr über das Schirmchen hinaus, um eine Thrombusbildung an diesem Punkt zu vermeiden. Lediglich bei sieben Patient*innen konnte in der amerikanischen Zulassungsstudie ein Thrombus in der TEE gesehen werden, und zwar nur unter alleiniger Thrombozytenaggregation. Das abgerundete distale Ende des Device lässt sich nach partieller Freisetzung in eine „flex ball“-Konfiguration bringen, in welcher die Widerhaken nicht freiliegen und das Device atraumatisch und ohne Perforationsrisiko sowohl nach proximal zurückgezogen wie auch nach distal in die Tiefe des Herzohres vorgeschoben werden kann. Somit lässt sich das System, wie mit dem Vorgängersystem üblich, durch Zurückziehen der Einführschleuse, durch Verschieben des Device in „flex ball“-Konfiguration oder durch eine Kombination beider Techniken implantieren. Durch diese vereinfachte und flexiblere Implantationstechnik lassen sich schwierigere anatomische Gegebenheiten besser bewältigen und es lässt sich die Rate an Peridevice-Leckagen noch weiter reduzieren. 100 % aller Patient*innen hatten in der amerikanischen Zulassungsstudie nach zwölf Monaten kein bedeutsames Randleck (> 5 mm) und 90 % überhaupt kein Randleck.



Dr. Markus Füller,
Oberarzt

Abb. 2B: 55-jähriger Patient, bei welchem 14 Jahre zuvor nach einem kryptogenen Thalamusinfarkt ein persistierendes Foramen ovale (PFO) mit einem 25-mm-Helix-Schirmchen interventionell verschlossen worden ist. Daraufhin erfolgte bei paroxysmalem Vorhofflimmern und Unmöglichkeit einer oralen Antikoagulation wegen eines Morbus Osler mit rezidivierender Epistaxis und rezidivierenden gastrointestinalen Blutungen nach transeptaler Punktion des Vorhofseptums inferior und posterior des PFO-Occluder-Schirmchens ein interventioneller LAA-Verschluss mit einem 24-mm-WATCHMAN-FLX-Device.

Die Koloskopie rettet Leben

Nicht jedes Opfer zu Zeiten der Pandemie ist direkt durch COVID-19 zu beklagen. Immer häufiger begegnen uns die mittelbaren Folgen einer reduzierten medizinischen Versorgung im Gesundheitssystem [1]. Ein eindrückliches Beispiel dafür war ein knapp 50-jähriger Patient, der im vergangenen Jahr wiederholt Blut im Stuhlgang wahrgenommen hatte, jedoch eine Koloskopie aufgrund der vermeintlichen Risiken durch COVID-19 bewusst verschob.

Die Diagnose eines kolorektalen Karzinoms im fortgeschrittenen Krankheitsstadium wurde vor Kurzem gestellt und hinterlässt die Ungewissheit, ob sich diese Erkrankung unter anderen Rahmenbedingungen hätte verhindern lassen. Vergleichbare Krankheitsverläufe werden aktuell in allen westlichen Ländern in vielen Bereichen der Medizin beobachtet. Allein in Deutschland sterben jährlich 23.800 Menschen an einem kolorektalen Karzinom [2]. Diese Zahl – so steht zu befürchten – wird zukünftig durch die jüngsten Versäumnisse wieder steigen. So geht z. B. aus einem französischen Zentralregister hervor, dass allein in den ersten sechs Monaten der Pandemie ca. 250.000 Koloskopien weniger durchgeführt wurden als im Jahr zuvor [3]. In deutschen Endoskopieeinrichtungen wird ein Rückgang von bis zu 80 % der Koloskopienachfrage [2] verzeichnet, der zweifellos Spuren hinterlassen wird. Während in Europa die Angst vor Infektion eine Vorsorgekoloskopie verhindert, sind es in anderen Ländern mangelnde Schutzausstattung sowie materielle Nöte, die die Zurückhaltung verursachen.

Das deutsche Darmkrebs-Früherkennungsprogramm existiert seit 2002 und hat sich zu einem echten Erfolgsmodell entwickelt. Die steigende Inzidenz von kolorektalen Karzinomen in der Vergangenheit konnte in den letzten zwei Jahrzehnten gebrochen werden und befand sich vor 2020 im Sinkflug (Abbildung 1, Deutsches Zentrum für Krebsstatistik). Wesentlichen Anteil an diesem Erfolg hat die Erkennung von Kolonpolypen und deren gleichzeitige Entfernung im Rahmen der Koloskopie. Nicht selten wird dann die Diagnose eines Polypenkarzinoms durch den Pathologen gestellt, welches ohne die Vorsorgekoloskopie zu einer ernsthaften Bedrohung der Patientin oder des Patienten geworden wäre (Abbildung 2).

Neuerungen im Früherkennungsprogramm waren die seit 2019 auf 50 Jahre herabgesetzte Altersgrenze für die erste Vorsorgekoloskopie bei Männern sowie die schriftlichen Einladungen zur Vorsorgekoloskopie bei Erreichen der Altersgrenze. Die neue Zurückhaltung seit COVID-19 gegenüber Untersuchungen in Praxen und Krankenhäusern ist sehr oft spürbar, aber selten gerechtfertigt. In der Augustinum Klinik legen wir größten Wert auf den Schutz unserer Patient*innen und Mitarbeiter*innen. Um nosokomiale Infektionen zu vermeiden und Vorsorgeuntersuchungen gefahrlos zu gewährleisten, halten wir strikte Hygienevorschriften ein:

- Vor jeder ambulanten Untersuchung muss ein negatives PCR-Test-Ergebnis auf COVID-19 (nicht älter als 48 Stunden) der Patientin oder des Patienten vorliegen.
- Untersuchungen werden in Schutzkleidung einschließlich FFP2-Masken durchgeführt.
- Alle Mitarbeiter*innen der Endoskopie (Pflege und ärztlicher Dienst) sind geimpft und werden zweimal pro Woche mittels Antigenschnelltest getestet.



PD Dr. Tilman Gerlach,
Chefarzt

Wir bitten Sie, uns im Kampf gegen den Darmkrebs weiterhin zu unterstützen. Helfen Sie uns, die erzielten Erfolge zu verteidigen und Verzögerungen bei klarer Indikation zur Koloskopie zu vermeiden.

Inzidenz und Mortalität des Darmkrebses

(ICD-10: C18, europastandardisierte Rate)

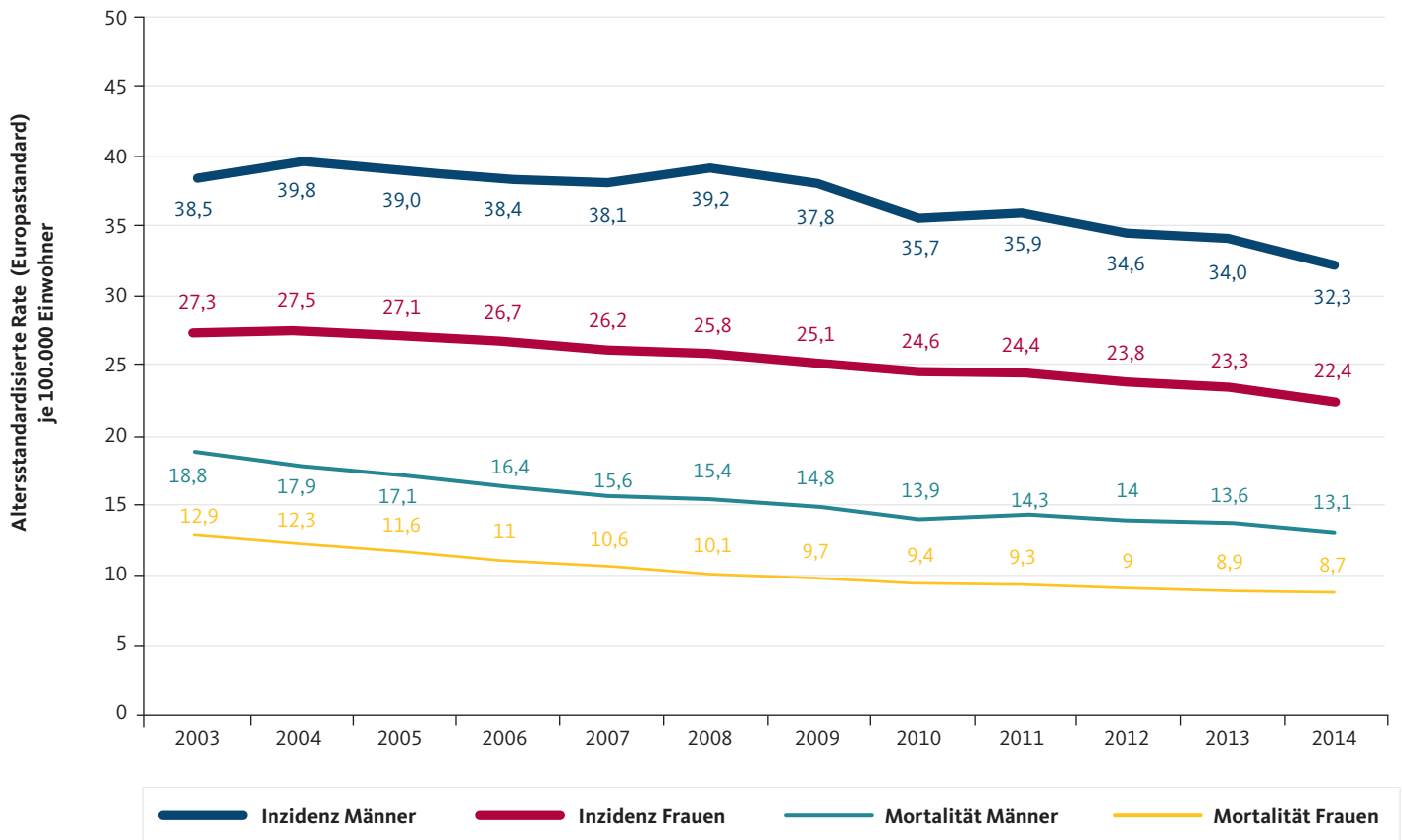


Abb. 1: Rückläufige Inzidenz des Kolonkarzinoms seit Einführung der Vorsorgekoloskopie als Krankenkassenleistung [3].



Abb. 2: Beispiel eines Kolonpolypen, der bei der histologischen Untersuchung bereits ein Karzinom beinhaltetete.

1. Gupta S, Lieberman D. Screening and Surveillance Colonoscopy and COVID-19: Avoiding More Casualties. *Gastroenterology*. 2020;159(4):1205-1208. doi:10.1053/j.gastro.2020.06.091
2. Riemann JF. Darmkrebsvorsorge zu COVID-19-Zeiten [Colon cancer screening in times of COVID-19] [published online ahead of print, 2020 Nov 3]. *Gastroenterologie*. 2020;1-4. doi:10.1007/s11377-020-00483-2
3. Meyer A. et al. Colonoscopy in France during the COVID-19 pandemic. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36:1073-5. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03816-3>.

Rheuma, Lunge und kleiner Kreislauf – eine komplexe Beziehung

Neben der Niere ist die Lunge eines der Organe, das am häufigsten bei rheumatologischen Systemerkrankungen betroffen ist. Bei einigen dieser Erkrankungen, z. B. der Systemklerose (SSc), ist die Entwicklung einer Lungenbeteiligung sehr relevant für die Prognose. So entwickeln ca. 10 bis 20% der SSc-Patient*innen eine pulmonale Hypertonie (PH), was die Prognose stark verschlechtert. Aber auch interstitielle Lungenerkrankungen (ILD, bei Systemklerose als SSc-ILD bezeichnet) treten in einem relevanten Prozentsatz auf und sind inzwischen eine der führenden Todesursachen bei SSc.

Neben der SSc können auch andere rheumatologische Erkrankungen wie Vaskulitiden, die Rheumatoide Arthritis oder das Sjögren-Syndrom zu einer Beteiligung der Lunge und der Pulmonalarterien führen. Daher sollte bei allen diesen Patient*innen aktiv nach einer Lungenbeteiligung gesucht werden.

Andererseits sind Lungenveränderungen nicht selten die erste Manifestation einer rheumatologischen Erkrankung, sodass v. a. bei unklaren interstitiellen Lungenerkrankungen oder pulmonaler Hypertonie nach einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises gesucht werden muss. Und schließlich können Rheumatherapien teils gravierende Nebenwirkungen an den respiratorischen Organen haben.

In allen Szenarien ist zum Wohl der Patient*innen eine interdisziplinäre rheumatologische und pneumologische Betreuung nötig. Im Folgenden soll dieses an drei kurzen Fallbeispielen illustriert werden.

Fall 1:

Aufnahme einer 48-jährigen Frau mit progredienter Belastungsdyspnoe seit ca. zwei Wochen, seit einer Woche nun zusätzlich Hämoptysen und eitriger Auswurf. Bei Aufnahme periphere Sauerstoffsättigung bei 86% bei Raumluft. Laborwerte: Leukozytose (16,9 Tsd/ μ l), normochrome Anämie (Hb 9,0 g/dl), erhöhter CRP-Wert (104 mg/l) und stark erhöhter D-Dimerwert. Zudem mäßig eingeschränkte Nierenfunktion (GFR 49 mg/min).

Im initialen Thorax-CT konnte eine Lungenembolie ausgeschlossen werden, es zeigten sich aber deutliche Infiltrate sowie in beiden Oberlappen noduläre Indurationen ohne Nekrosen/Kavernen (Abbildung 1A).

Die Rheumaserologie ergab erhöhte cANCA sowie Antikörper gegen Proteinase, sodass der hochgradige Verdacht auf eine Granulomatose mit Polyangiitis (GPA, Morbus Wegener) gestellt wurde. Nachdem sich im Sputum keine säurefesten Stäbchen gezeigt hatten und die PCR auf *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex negativ war, erfolgte eine Bronchoskopie. In dieser zeigte sich eine ausgeprägte floride Bronchitis mit erhabenen Knoten (Abbildung 2), histologisch eine floride Bronchitis mit Nekrosen, vereinbar mit GPA. Alle Kulturen aus den tiefen Atemwegen blieben steril. Mithilfe einer Nierenbiopsie konnte eine ANCA-assoziierte Vaskulitis gesichert werden.

Entsprechend wurde eine Therapie initial mit hoch dosierten Steroiden, im Anschluss dann mit Rituximab und Cyclophosphamid eingeleitet.

Darunter kam es zu einem raschen Sistieren der Hämoptysen und einer substantiellen Verbesserung der Dyspnoe. In einem kurzfristigen Verlaufs-CT zwei Wochen nach Beginn der Therapie war eine weitgehende Rückbildung der GPA-assoziierten Lungenveränderungen zu dokumentieren (Abbildung 1B).

Fall 2:

Aufnahme einer 81-jährigen Patientin mit dem Bild einer kardialen Dekompensation mit beidseitigen großen Pleuraergüssen und geringem Perikarderguss. In der Vorgeschichte fanden sich u. a. rezidivierende Lungenembolien, weshalb eine durchgehende Antikoagulation mit Apixaban bestand, ein Z. n. Herzschrittmacher-Implantation 2011 bei Sinusbradykardie sowie nach TAVI bei hochgradiger Aortenstenose ca. sechs Monate vor der damaligen Aufnahme. Zudem bestand eine seronegative Rheumatoide Arthritis (RA), die unter niedrig dosierten Steroiden sowie Sulfasalazin gut kontrolliert war. Bereits seit Langem waren geringe basale Fibrosierungen der Lunge bekannt, dieses a. e. im Rahmen der seronegativen RA, und seit Jahren lungenfunktionell und CT-morphologisch stabil. Der CRP-Wert war initial stark erhöht bei durchgehend normwertigen Leukozytenzahlen und normalen Procalcitoninwerten. Eine Pneumonie konnte ebenso ausgeschlossen werden wie ein Harnwegsinfekt, eine Endokarditis oder eine andere Infektion. Urin, Sputum und wiederholt angesetzte Blutkulturen blieben steril.

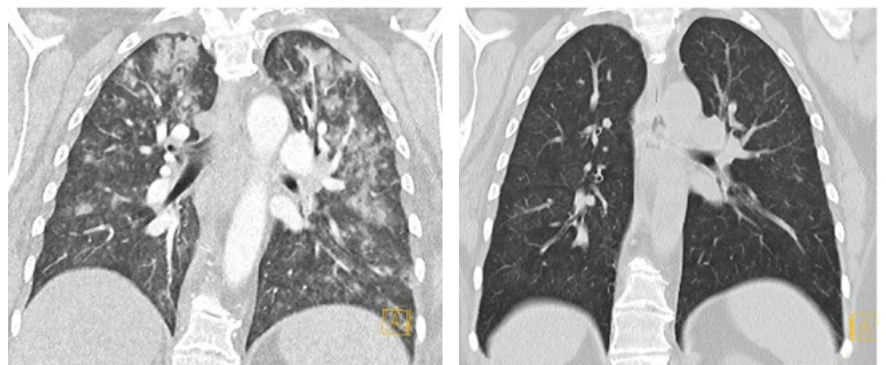


Abb. 1: Thorax-CT vor (A) und nach zweiwöchiger Therapie (B). Die initialen nodulären Infiltrate mit Betonung in beiden Oberlappen sind komplett regredient.

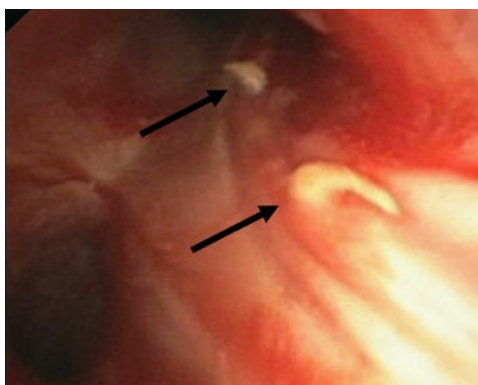


Abb. 2: Schleimhautläsionen in der distalen Trachea und im proximalen rechten Hauptbronchus. Bioptisch ausgeprägte floride Bronchitis mit Nekrosen, vereinbar mit GPA (Granulomatose mit Polyangiitis).

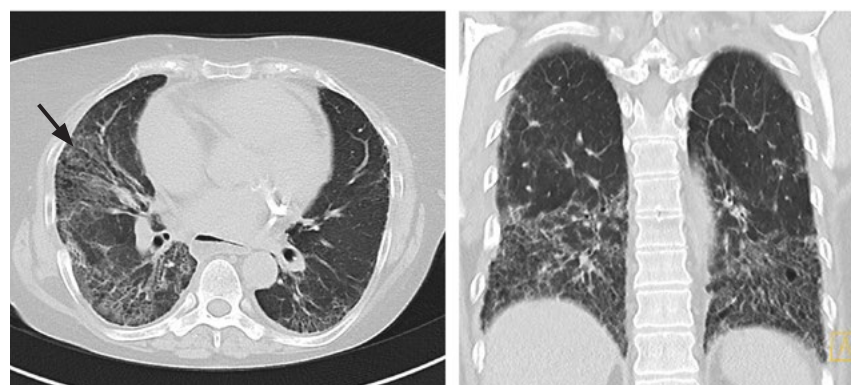


Abb. 3: Thorax-CT bei Systemisklerose (SSc) mit fortgeschrittenen basalen Fibrosierungen ohne typisches subpleurales Honigwabemuster. Im Mittellappen Milchglaszeichnung als Ausdruck einer floriden Entzündung (Pfeil).

Nachdem eine Intensivierung der diuretischen Therapie erfolglos geblieben war, erfolgten sequenziell mehrere Pleurapunktionen mit Drainage von kumulativ ca. 3,5 l. Laborchemisch handelte es sich durchgehend um Transsudate mit normalem pH-Wert. Alle kultivierten Proben blieben steril, zytologisch zeigte sich eine minimale gemischtzellige Entzündungsreaktion ohne maligne Zellen.

Echokardiographisch ergab sich bei Z. n. TAVI ansonsten ein Normalbefund; der geringe Perikarderguss war zu keiner Zeit hämodynamisch relevant.

In der weitergehenden serologischen Abklärung zeigte sich nun im Gegensatz zu allen verfügbaren Vorbefunden, zuletzt von 6/2018, ein leicht erhöhter ANA (antinukleäre Antikörper)-Titer (1:320) mit Nachweis von Anti-Histon-Antikörpern. Unter dem Verdacht auf einen Sulfasalazin-induzierten Systemischen Lupus Erythematoses wurde daher das Sulfasalazin abgesetzt und die Dosis der systemischen Steroide erhöht. Darunter kam es zu einem raschen Abfall des CRP-Werts und einer kompletten Regredienz der Pleuraergüsse, die auch nach Reduktion des Prednisolons auf die Erhaltungsdosis von 2,5 mg/Tag nicht wieder auftraten.

Fall 3:

63-jährige Patientin mit diffuser kutaner SSc (Erstdiagnose vor ca. 20 Jahren). Die erste Vorstellung in unserer Klinik erfolgte bei progredienter Dyspnoe über die letzten zehn bis zwölf Monate, zuletzt war nur noch eine Gehstrecke von wenigen Metern möglich. In der Vergangenheit waren mehrere Therapien versucht worden, die alle

aufgrund schlechter Verträglichkeit beendet worden sind; aktuell bestand nur eine orale Prednisolon-Therapie.

Klinisch zeigte sich eine kardial dekompensierte Patientin mit Beinödemen, Ulzerationen an den Akren sowie großen Pleuraergüssen. Nach Rekompensation und Entlastungspunktionen der Pleuraergüsse erfolgte die weitere Diagnostik. Hierbei stellten sich neben einer höhergradigen Restriktion und einer schweren Diffusionsstörung in der Lungenfunktionsdiagnostik auch eine deutliche Rechtsherzbelastung in der Echokardiographie dar. Mittels Rechts-Links-Katheter wurde eine hochgradige pulmonale Hypertonie (PH Nizza-Klasse I) diagnostiziert. Eine stenosierende Koronare Herzkrankheit (KHK) wurde ausgeschlossen.

CT-morphologisch wurde, passend zu der Lungenfunktion, eine deutliche basal betonte Fibrosierung im Sinne einer Non-specific Interstitial Pneumonia (NSIP) ohne typisches Muster einer Usual Interstitial Pneumonia (UIP) gesichert (Abbildung 3). Im Mittellappen fiel ein Areal mit Milchglaszeichnung als Ausdruck einer noch aktiven Entzündung auf.

Entsprechend wurden eine immunsuppressive Therapie mit Rituximab sowie eine spezifische PH-Therapie mit Bosentan und Sildenafil eingeleitet. Darunter verbesserte sich die Belastbarkeit in den nächsten Monaten deutlich; auch die Vitalkapazität stieg um 200 ml an.

Wir von der Augustinum Klinik sind daher froh, für diese oft schwer kranken und komplexen Patient*innen eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapiefindung bieten zu können, beides auch sehr gern in engem Kontakt mit Ihnen als Zuweiser*innen. Bei Bedarf bieten wir auch alle relevanten interistischen Diagnostik- und Therapieverfahren wie Ösophagusmanometrie, kardiale CT-Bildgebung etc. an.



Dr. Werner von Wulffen, PhD,
Ärztlicher Direktor

Wie verfahren mit Immunsuppression während Corona?

Fragen, die von Patient*innen mit rheumatischen oder Autoimmunerkrankungen immer wieder an die behandelnden Rheumatolog*innen herangetragen werden, sind, ob eine Impfung gegen SARS-CoV-2 gerade in diesem Kollektiv besondere Nebenwirkungen hat, ob die immunmodulierende Therapie für die Impfung unterbrochen werden soll und ob die Impfung unter immunmodulierender Therapie zu einem Impfansprechen führt. Darüber hinaus wird immer wieder die Frage nach dem Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 und dem Verlauf der Erkrankung im Fall einer Infektion gestellt.

Prinzipiell sind alle Impfstoffe gegen SARS-CoV-2, die derzeit zugelassen sind, keine Lebendimpfstoffe. Die mRNA der mRNA-Vakzinen (von BioNTech, Moderna) und die in den Vektorimpfstoffen befindliche DNA (von AstraZeneca, Johnson & Johnson) integrieren sich nicht in das menschliche Genom. Der geimpfte Organismus kann außerdem aus den verabreichten Substanzen keine infektiösen Viruspartikel zusammensetzen. Der Einsatz aller bisher verfügbaren Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 entspricht also Totimpfstoffen und ist – im Gegensatz zu Lebendimpfstoffen – bei Patient*innen mit immunmodulierenden Therapien möglich. Die Daten zur Sicherheit und Effektivität der SARS-CoV-2-Vakzinen bei Patient*innen mit rheumatischen und Autoimmunerkrankungen sind begrenzt, da diese Patientengruppe in den Phase-III-Studien der Impfstoffe ausgeschlossen waren. Allerdings sind bisher keine Meldungen über besondere Risiken bekannt. Eine erste Arbeit einer deutschen Gruppe [1] hat sich genau dieses Themas angenommen: Untersucht wurde eine Gruppe von 26 Patient*innen mit rheumatischen und Autoimmunerkrankungen, von Rheumatoider Arthritis bis hin zu schweren Systemerkrankungen, von denen sich der Großteil (20/26) unter Therapie mit Biologika (TNF-Blocker, IL-17-, IL-6-, IL-12/23-, Integrin- und BLYSS-Antagonisten) befand, aber auch unter Therapie mit Basistherapeutika und Kortison, die eine zweifache Immunisierung gegen SARS-CoV-2 mit einem mRNA-Impfstoff erhielten. Untersucht wurde der Impftiter vor der ersten Impfung und sieben

Tage nach der zweiten Impfung. Weiterhin wurden die Krankheitsaktivität jeweils sieben Tage nach jeder Impfung sowie mögliche Nebenwirkungen untersucht. Die Ergebnisse wurden mit denen eines gematchten Gesundkollektivs (n = 42), das die gleichen Impfungen erhalten hatte, verglichen. Nicht ganz unerwartet lagen die Impftiter des Kollektivs mit rheumatischen und Autoimmunerkrankungen signifikant (ca. 25 %) unter denen des Gesundkollektivs, wurden aber immer noch als ausreichend für ein Impfansprechen beurteilt. Es kam zu keiner Zunahme der Krankheitsaktivität und die Nebenwirkungsrate unterschied sich im Patienten- und im Gesundkollektiv nicht.

In Verbindung mit den zur Verfügung stehenden Registerdaten wurden diese Daten dahingehend interpretiert, dass zum Zeitpunkt einer Impfung gegen SARS-CoV-2 die Immunsuppression so gering wie möglich sein sollte, dass aber keine Reaktivierung der rheumatischen Grunderkrankung in Kauf genommen werden sollte. Eine längere Pausierung der immunmodulierenden Therapie sollte daher nicht erfolgen. Dies bedeutet für die meisten Patient*innen, dass die immunmodulierende Therapie auch während der Impfung weitergeführt werden sollte. Eine Sondersituation sind Patient*innen, die eine Erhaltungstherapie mit Rituximab (CD20-Antagonist), beispielsweise bei Rheumatoider Arthritis oder Granulomatose mit Polyangiitis (GPA, ehemals Morbus Wegener) erhalten. Hier ist häufig eine Verzögerung einer Wiederholungsgabe bis zum Zeitpunkt einer abgeschlossenen Impfung möglich. Und natürlich sollte stets die Indikation zur Gabe von Glukokortikoiden und die Höhe der Dosis der verabreichten Glukokortikoide kritisch hinterfragt werden. In einer ersten Publikation der Daten des Deutschen Registers von Patient*innen mit rheumatischen und Autoimmunerkrankungen [2] war das Risiko für einen schwereren Krankheitsverlauf mit Notwendigkeit zur Hospitalisierung bereits ab einem Prednisolon-Äquivalent von 5 mg pro Tag angegeben. Weitere Risikofaktoren waren eine erhöhte Krankheitsaktivität, höheres Alter und kardiovaskuläre, pulmonale und renale Vorerkrankungen.

Sollte es zu keinem ausreichenden Impfansprechen kommen, muss möglicherweise eine Auffrischung erwogen werden. Eine Präferenz für einen Impfstoff besteht bei Patient*innen mit rheumatischen oder Autoimmunerkrankungen nicht. Es liegen zwar keine Hinweise auf Interferenzen mit anderen Impfungen vor, es wird aber empfohlen, einen zeitlichen Abstand von 14 Tagen vor und nach einer Impfserie gegen SARS-CoV-2 einzuhalten.



Dr. Klaus Thürmel,
Chefarzt

1. Geisen UM et al. Ann Rheum Dis 2021;0:1–6. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220272.
2. Hasseli R et al. Older age, comorbidity, glucocorticoid use and disease activity are risk factors for COVID-19 hospitalisation in patients with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. RMD Open. 2021 Jan;7(1):e001464.

Neue Pflegedienstleitung in der Augustinum Klinik München

Seit August 2020 ist Herr Resad Puhovac neuer
Pflegedienstleiter der Augustinum Klinik



Mehr als 25 Jahre Erfahrung in der Pflege bringt Herr Resad Puhovac mit in die Augustinum Klinik München. Nach verschiedenen Stationen in der Intensiv- und OP-Pflege, als Stationsleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung ist er seit 2012 als Pflegedienstleiter tätig.

In seiner bisherigen Berufslaufbahn hat der erfahrene Pflegedienstleiter neben den Weiterbildungslehrgängen „Leitung einer Station, Pflegegruppe oder Stationseinheit“ und „Berufspädagogische Qualifizierungsmaßnahme zum Praxisanleiter für die praktische Ausbildung in der Pflege“ am Klinikum der Universität München berufsbegleitend Gesundheitsökonomie und Pflegemanagement studiert. Zusätzlich absolvierte Herr Puhovac ein berufsbegleitendes Studium zum Diplomökonom.

„Eine hohe Professionalität sowie die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sind die tragenden Pfeiler einer optimalen Patientenversorgung“, betont Herr Puhovac und freut sich darauf, an der Weiterentwicklung der Augustinum Klinik mitwirken zu können. Neben der bereits bestehenden Expertise wie z. B. im Bereich des Wundmanagements oder der Schmerz- und Aromatherapie möchte Herr Puhovac eine Ausbildung im Hause aufbauen.

„Herr Puhovacs Einarbeitung fand pandemiebedingt unter erschwerten Bedingungen statt und er war von Anfang an stark gefordert. Seine langjährige Erfahrung in der Leitung hat ihm sehr geholfen, sich schnell in der Klinik zurechtzufinden und auch in der Krise eine stabile Personalsituation zu gewährleisten.“ (Ingo Rebmann, Klinikleiter der Augustinum Klinik München)

Privat ist Herr Puhovac durch und durch Familienmensch; er ist verheiratet und Vater von fünf Kindern. Außerdem musiziert er leidenschaftlich gern.

Neuer Oberarzt in der Kardiologie

Herr PD Dr. Christian Tesche verstärkt als neuer Oberarzt seit dem 1. Juni 2021 das Team um Herrn Prof. Dr. Oliver Husser in der Abteilung Kardiologie und Intensivmedizin der Augustinum Klinik.



Herr PD Dr. Tesche hat Humanmedizin an der LMU München studiert. Die klinische Ausbildung erfolgte am Klinikum Bogenhausen. Nach einem Forschungsaufenthalt an der Medical University of South Carolina, USA, mit nachfolgender Habilitation an der LMU München wechselte er an das St.-Johannes-Hospital in Dortmund, wo er als Oberarzt tätig war. Berufsbegleitend erfolgte der erfolgreiche Abschluss eines Masterstudienganges zum Gesundheitsökonom.

Neben der interventionellen Kardiologie liegt sein Fokus im Bereich der kardialen Bildgebung mit Schwerpunkt Computertomographie und Magnetresonanztomographie.

„Mit seiner Expertise wird Herr PD Dr. Christian Tesche neben dem weiteren Ausbau der interventionellen Kardiologie die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Erweiterung der nicht invasiven Bildgebung sowie die ambulante Vernetzung vorantreiben.“ (Ingo Rebmann, Klinikleiter der Augustinum Klinik München)

Ausbildung für Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte an der Augustinum Klinik München



Die neue Pflegedienstleitung hat es sich zur Aufgabe gemacht, künftig auch die praktische generalistische Ausbildung im Bereich Pflege an der Augustinum Klinik anzubieten. Hierzu wurden bereits verschiedene Kooperationen geschlossen, z. B. mit dem Diakoniewerk München und anderen Einrichtungen der Augustinum Gruppe.

Für den theoretischen Teil der Ausbildung wird die Augustinum Klinik mit der Münchner Akademie kooperieren. Mit einer weiteren Schule sind die Verhandlungsgespräche so gut wie abgeschlossen.

Die ersten Bewerbungen für die neu angebotenen Ausbildungsberufe sind bereits bei Herrn Puhovac, dem Pflegedienstleiter, eingetroffen. Zusammen mit seinem Team und der Klinikleitung freut er sich schon darauf, die ersten Auszubildenden im September 2021 begrüßen zu können.

Der neue Internetauftritt der Augustinum Klinik München

Mobil, übersichtlich, skalierbar.

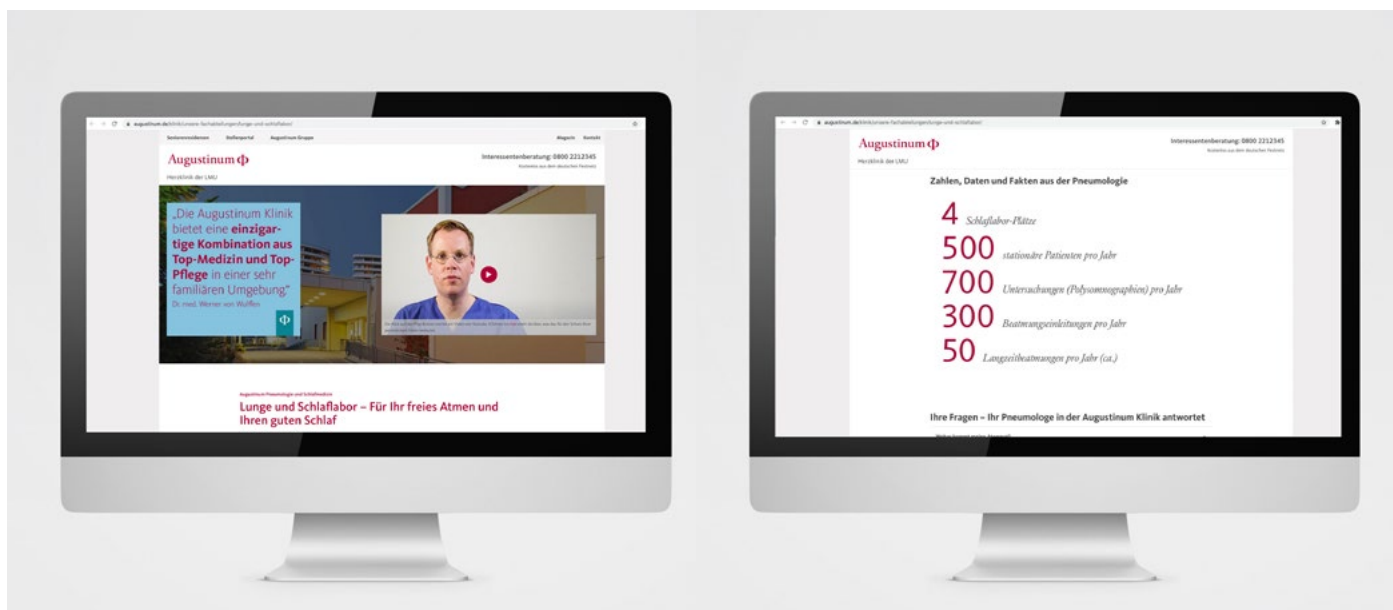
Mobile first. Was nach dem Werbespruch eines Telefonanbieters klingt, ist ein wesentliches Element der Google-Strategie. Desktop-PCs wirken wie Antiquitäten, Notebooks werden immer schlanker. Schon heute surfen die Deutschen mehrheitlich mit Mobilgeräten, seien es Smartphones oder Tablets. Dies gilt übrigens auch für die älteren User.

Schon vor ca. vier Jahren drohte Google damit, Desktopseiten nur noch nachrangig gegenüber mobilen Seiten zu indizieren, nun macht der Marktführer unter den Suchmaschinen wohl endgültig ernst.

Augustinum Gruppe mit „Ein-Domain-Strategie“

2017 begannen die konzeptionellen Überlegungen, alle Internetauftritte der Augustinum Gruppe unter der Domain augustinum.de zu vereinen und sich ganzheitlich als Sozialunternehmen mit seinen drei Geschäftsfeldern zu präsentieren: Augustinum Klinik, Leben im Alter und Pädagogische Einrichtungen. Selbstverständlich war „Mobile First“ bei allen Überlegungen hierzu ein zentraler Gedanke. Im April 2020 ging dann die neue augustinum.de mit Stellenportal, Inhalten zu den Seniorenresidenzen und Sanatorien, einem neuen Online-Magazin und Informationen über die Augustinum Gruppe live.





Augustinum-Chefärzte stellen sich per Video vor

Auf der Website: plakative, zum Teil animierte „big numbers“

Userverhalten hat sich verändert

Dachte man vor einigen Jahren noch in verschachtelten Seitenstrukturen, komplexen Navigationsbäumen und mehrschichtigen Informationsarchitekturen und folgte der Maßgabe „viel (Content), hilft viel“ sind die Anforderungen nun andere: eine schlanke Navigation, denn nur diese ist für den mobilen Daumen beherrschbar. Der User von heute surft intuitiv durch die Inhalte und nutzt eher Klicks auf Bilder, Links und Schaltflächen, als sich an einer komplizierten Navigation entlangzuhandeln. Die angebotenen Informationen sind konzentriert und deutlich multimedialer: Videos gewinnen immer mehr an Bedeutung.

Google und andere Suchmaschinen belohnen Websites, die für mobile Endgeräte optimiert sind, und für aktuelle Inhalte. Die Folge: Der News-Charakter der Augustinum Klinik-Seite wird sich deutlich erhöhen.

Die neue Internetpräsenz der Augustinum Klinik – Spitzenmedizin. Menschlich.

Die neue Website soll das Besondere der Augustinum Klinik auf den Punkt zu bringen:

- Die Behandlungsschwerpunkte der Fachbereiche Kardiologie, Nephrologie / Rheumatologie, Pneumologie, Gastroenterologie und Intensivmedizin
- Die Pflege als eigener kompetenter Fachbereich, der eine enorm wichtige Rolle bei der Behandlung der Patient*innen spielt
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Die Kooperation mit der Herzchirurgie der LMU, die insbesondere mit der Kardiologie des Augustinum eng zusammenarbeitet (Intensivstation, Krankenzimmer, Pflegedienstleistungen)
- Die intensive Zusammenarbeit mit Zuweiser*innen, für die es einen eigenen Bereich auf der neuen Website geben wird

Die Basis steht. Was kommt noch?

Der neue Internetauftritt der Augustinum Klinik steht in den Startlöchern. Derzeit werden noch letzte inhaltliche Anpassungen vorgenommen. Leider konnte pandemiebedingt das für die Website geplante Fotoshooting noch nicht durchgeführt werden. Sobald es die Lage zulässt, wird dieses aber umgehend nachgeholt.

Freuen Sie sich also jetzt schon auf authentische und aktuelle Bilder, die die Klinik auch hinter den Kulissen zeigen, kompakte Informationen für Zuweiser*innen sowie Ankündigungen und Nachberichte von Weiterbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte.



Michael Zabler,
Leiter Konzernmarketing

**Kardiologie/Angiologie
Intensivmedizin**

Chefarzt

Prof. Dr. med. Oliver Husser

Leitender Oberarzt für Interventionelle Kardiologie

Dr. med. Etienne Luciani

Leitender Oberarzt Elektrophysiologie

Jürgen Brömsen

Oberärzte

Dr. med. Markus Füller
Dr. med. Peter Holzapfel
PD Dr. Christian Tesche
Dr. med. Daniel Zimmer

Sekretariat

Tel.: 089 7097-1154
Fax: 089 7097-1882
E-Mail: sekretariat-prof.husser@med.augustinum.de

**Nephrologie
Hypertensiologie / Stoffwechsel
Rheumatologie**

Chefarzt

PD Dr. med. Klaus Thürmel

Oberärztin

Dr. med. Beatrix Engel

Sekretariat

Tel.: 089 7097-1694
Fax: 089 7097-1137
E-Mail: sekretariat-dr.thuermel@med.augustinum.de

Dialyse

Udo Kappler
Tel.: 089 7097-1409

**Gastroenterologie
Hepatologie**

Chefarzt

PD Dr. med. Tilman Gerlach

Oberärztinnen

Dr. med. Caroline März
Sabine Spielberger

Sekretariat

Tel.: 089 7097-1151
Fax: 089 7097-1155
E-Mail: sekretariat-dr.gerlach@med.augustinum.de

**Pneumologie
Schlafmedizin**

Chefarzt

Ärztlicher Direktor

Dr. med. Werner von Wulffen, PhD

Oberärzte

Dr. med. Tobias Meis
Prof. Dr. med. Frank Reichenberger

Sekretariat

Tel.: 089 7097-1581
Fax: 089 7097-1582
E-Mail: sekretariat-dr.vonWulffen@med.augustinum.de

**Wichtige Rufnummern für die Einweisung
von Patient*innen**

Belegungsmanagement und stationäre Aufnahme

Tel.: 089 7097-5004

Intensivstation

Tel.: 089 7097-1338

Empfang / Vermittlung

Tel.: 089 7097-0
Fax: 089 7097-1819

Herausgeber:

Augustinum Wohnstifte gemeinnützige GmbH

als Träger der Augustinum Klinik München
Wolkerweg 16 · 81375 München
Amtsgericht München, HRB 128 945, USt-ID DE 206 362 421
Geschäftsführer: Joachim Gengenbach, Dr. Matthias Heidler,
Axel Krieg, Dr. Johannes Rückert

**Augustinum Klinik München
Wolkerweg 16 · 81375 München**

Telefon: 089 7097-0

Fax: 089 7097-1819

E-Mail: info@med.augustinum.de

Internet: www.augustinum-kliniken.de

