

NEUE ZENTRALE ENDOSKOPIE AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM

Noch breiteres Diagnostik- und Therapieangebot



Editorial



Prof. Dr. Thomas Seufferlein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

man möchte es kaum glauben, aber es gibt in Kliniken auch außerhalb der COVID-Pandemie interessante Entwicklungen. Daher dieses Mal ein komplett COVID-freier Newsletter u.a. zum Thema ENDOSKOPIE: Wir haben aktuell eine komplett neue Endoskopieausstattung erhalten. Zusammen mit der ebenfalls neuen Röntgendurchleuchtungsanlage versetzt uns dies in die Lage, alle innovativen endoskopischen Verfahren in Bereich Diagnostik und Therapie anzubieten. Parallel dazu haben wir in enger Kooperation mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, die seit Oktober 2020 von Herrn Prof. Christoph Michalski geleitet wird, unsere Endoskopie neu als „Zentrale Endoskopie“ des Universitätsklinikums Ulm unter der Leitung von PD Dr. Benjamin Walter strukturiert und bieten ihnen in enger interdisziplinärer Kooperation alle endoskopischen Leistungen aus einer Hand an. Die „Hot Topics“ aus der neuen Endoskopie finden sie auf den Seiten 3 und 4 des Newsletters.

Ein weiteres, sehr erfreuliches Ereignis ist die Gründung eines zweiten Zentrums für Personalisierte Medizin am Standort Ulm, das neben der Onkologie jetzt auch die immunvermittelten Erkrankungen umfasst. Das „ZPMI“ hat eine Förderung aus dem Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg erhalten. Im Zentrum kooperieren Spezialisten für Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, der Haut und für chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Das Zentrum ist eng mit den entsprechenden Zentren an den anderen Universitätsstandorten in Baden-Württemberg vernetzt und wird von PD Dr. Jochen Klaus aus unserer Klinik koordiniert, der ihnen das ZPMI auch kurz im Newsletter präsentiert.

Last not least freuen wir uns über neue Mitarbeiter*innen in der Klinik, die sich auf Seite 5 vorstellen.

Ganz herzlich darf ich sie alle noch zur Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie am 25. und 26.6.2021 – virtuell – nach Ulm einladen, bei der Prof. Ludwig und ich als Kongresspräsidenten firmieren.

Viel Spass mit dem Newsletter und herzlicher Gruss,

Prof. Dr. Thomas Seufferlein

im Namen der Mitarbeiter/innen - Innere Medizin I - Universitätsklinikum Ulm

Betrieb zum Jahresbeginn 2021 aufgenommen

Unsere neue zentrale Endoskopie stellt sich vor



PD Dr. med. Benjamin M. Walter
Ärztliche Leitung der zentralen Endoskopie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Leserinnen und Leser

Nach einer intensiven Planungs- und Umbauphase hat die neue **zentrale Endoskopie am Universitätsklinikum Ulm** am 01.01.2021 ihren Betrieb aufgenommen. Die neu geschaffene Einheit geht aus einer Verschmelzung der bisherigen internistischen Endoskopie mit der chirurgischen Endoskopie und dem Gastrolabor hervor und ist am **Oberen Eselsberg, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm** lokalisiert.

Die **ärztliche Leitung** der neuen interdisziplinären zentralen Endoskopie übernimmt **PD Dr. med. Benjamin M. Walter** aus der Klinik für Innere Medizin I (Ärztlicher Direktor Prof. T. Seufferlein).

Dr. Walter ist seit 2016 an der Universität Ulm tätig und leitet seit Juli 2019 bereits organisatorisch die internistische Endoskopieabteilung, sowie das angeschlossene Gastrolabor. Seine Forschungsschwerpunkte (Endoscopic research group) liegen ebenso wie seine klinischen Schwerpunkte im Bereich der interventionellen Endoskopie, sowie der Darmkrebsvorsorge. Seine endoskopische Ausbildung absolvierte Dr. Walter bei verschiedenen hochrangigen Endoskopikern und Zentren so z.B. bei Prof. A. Meining, Prof. H. Messmann und an internationale Zentren wie z.B. bei Prof. T. Oyama in Japan.

Nach intensiver Planungs- und Umbauphase

Noch breiteres Diagnostik- und Therapieangebot



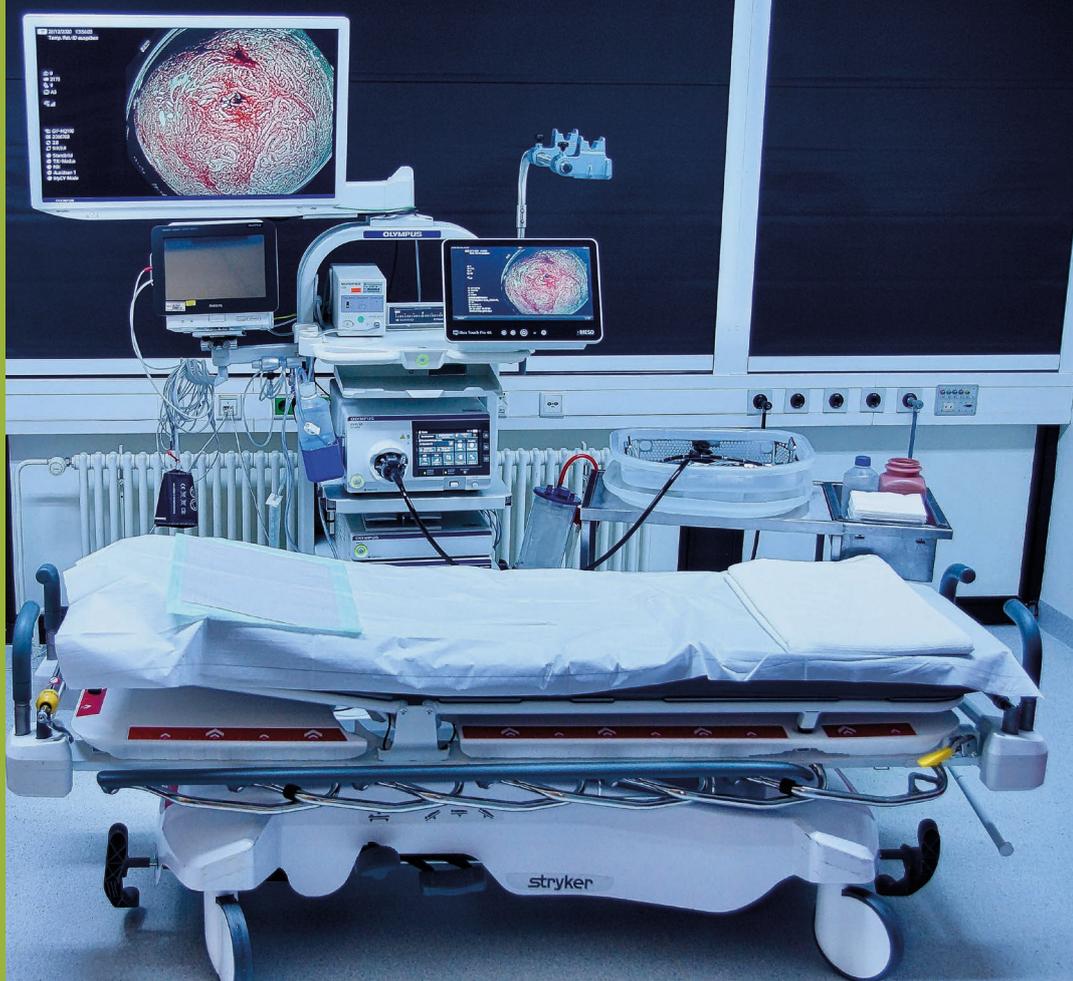
Mit der neuen zentralen Endoskopie wird den PatientInnen ein noch breiteres Diagnostik- und Therapieangebot geboten. Dieses Angebot erstreckt sich nahezu über das gesamte Spektrum der interventionellen Endoskopie.

Dr. Walter freut sich sehr, „dass wir mit der neuen zentralen Endoskopie am oberen Eselsberg unseren Zuweisern und PatientInnen ein noch breiteres Diagnostik- und Therapieangebot machen können, das sich nahezu über das gesamte Spektrum der interventionellen Endoskopie erstreckt.“

Die neue Endoskopieeinheit umfasst neben zwei Räumen für ambulante Untersuchungen, eine ERCP-Einheit, einen Raum für endosonographische Fragestellungen, zwei weitere für die Durchführung stationäre Endoskopien, sowie einen Raum eigens für Patienten mit infektiösen Erkrankungen. Außerdem sind mobile Untersuchungseinheiten vorhanden, die Untersuchungen des oberen und unteren GI-Trakts z.B. auf den Intensivstationen vor Ort durchführen können.

Nach der Untersuchung werden die Patienten in einem eigenen Überwachungs- und Aufwachbereich betreut. Dank einer hochmodernen zentralen Überwachungseinheit haben die betreuenden Pflegekräfte den Zustand aller PatientInnen zu jeder Zeit im Blick.

Für die Überwachung und Betreuung von PatientInnen nach invasiven Eingriffen steht unsere Kurzliegerstation zur Verfügung.



Die neue Endoskopieeinheit umfasst neben zwei Räumen für ambulante Untersuchungen, eine ERCP-Einheit, einen Raum für endosonographische Fragestellungen, zwei weitere für die Durchführung stationäre Endoskopien, sowie einen Raum eigens für Patienten mit infektiösen Erkrankungen.

Im Mai des vergangenen Jahres konnte bereits die neue ERCP Durchleuchtungseinheit (Azurion 7, Philipps) in Betrieb genommen werden. Pünktlich zum Jahreswechsel konnte das Team der Endoskopie nun noch die neuesten Prozessoren der X1-Serie der Firma Olympus entgegennehmen. „Zusammen mit den ebenfalls hochmodernen Endoskopen können wir in allen Eingriffsräumen eine noch umfassendere Diagnostik und Therapie liefern“. Durch das nun zur Verfügung stehende Spiralendoskop sind auch noch präzisere diagnostische und therapeutische Eingriffe im Bereich des Dünndarms möglich.

„Stillstand heißt Rückschritt“ sagte schon Konfuzius. Innovation soll daher in unsere neuen Endoskopie groß geschrieben werden. Neben den klassischen endoskopischen Eingriffsformen werden auch neuartige vielversprechende Therapieoptionen wie z.B. eine Spaltung von Zenkerdivertikeln in POEM-Technik oder endosonographische Histoaryloklusion von Varizen des oberen GI-Traktes angewandt und studientechnisch begleitet. Nicht nur in Zeiten der COVID-19 Pandemie ist eine optimale Kommunikation innerhalb des Endoskopieteams elementar. Die notwendige Schutzausrüstung sorgt jedoch für eine akustisch verschlechterte Kommunikationssituation. Deshalb hat die Universitätsklinik Ulm eine hochwertige DECT basierte Kommunikationseinheit angeschafft. Hiermit ist nun eine störungsfreie Kommunikation zwischen den Teammitgliedern während komplexer endoskopischer Eingriffe möglich. Die Anforderungen an eine interdisziplinäre Endoskopie sind vielfältig und nur in einem guten Team zu meistern. „Daher freue mich auf ein bewährtes und nun erweitertes Team zurückgreifen zu können. Mit diesem Team

können wir unseren Patientinnen und Patienten in einem Haus der Maximalversorgung ein ebenso breites Spektrum an endoskopischen Eingriffen anbieten“, so PD Dr. Walter.

Prof. Martin Wagner steht uns als erfahrener Interventionalist (Cholangioskopie, PTCO, ESD, ERCP, EMR, Endosonographie) weiterhin zur Seite.

PD Dr. Walter (Vollwandresektion, EMR, ESD, BARRX, Kapselendoskopie, Dünndarmenteroskopie)

Als Ansprechpartner für spezielle hepatologische Eingriffe (HVPG, Minilaparoskopie, TIPS) fungiert Leiter der Hepatologie der Klinik für Innere Medizin I, **PD Dr. med. Eugen Zizer**.

Der Leiter der Pankreatologie der Klinik für Innere Medizin I, **Prof. Dr. Alexander Kleger** steht zusammen mit **PD Martin Müller** rund um Fragestellungen der Bauchspeicheldrüse und der Gallenwege zur Verfügung (Endosonographie, ERCP).

Mit den speziellen Anforderungen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen an die Endoskopie kennt sich **PD Dr. Jochen Klaus** (Leiter der CED-Ambulanz) bestens aus.

Spezifische chirurgische Fragestellungen sowie die proktologische Sprechstunde werden u.a. von **Dr. Roland Alberts** aus der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (**Prof. Dr. C. Michalski**) betreut.

Das Team wird von weiteren ärztlichen Kollegen und Kolleginnen in der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Gastroenterologie unterstützt.

Von pflegerischer Seite kümmert sich **Frau Helen Galus**, die langjährige Leiterin der internistischen Endoskopie, mit ihrem hochmotivierten Team um unsere Patientinnen und Patienten. Durch die Verschmelzung



Unser ERCP-Arbeitsplatz: Multimodale Bildgebung mit Endosonographie und Durchleuchtung bei nur minimaler Strahlenbelastung

der vorher getrennten Fachbereiche könne alle Mitarbeiter ihre Expertise noch besser einbringen, so ist sich Fr. Galus sicher.

Neben der apparativen Ausstattung liegt Dr. Walter auch viel daran, dass sich die Patientinnen und Patienten in den Räumlichkeiten der Endoskopie wohlfühlen. So erfolgte ein grundlegender Umbau des Wartebereichs. Außerdem können Patientinnen und Patienten, die das wünschen, selbstgewählte Musik zu ihrer Untersuchung hören. „Wir konnten bereits in einer wissenschaftlichen Studie zeigen, dass Musik Menschen deutlich entspannter an die Untersuchung herangehen lässt“, berichtet Dr. Walter. Diesen Effekt wollen wir in Zukunft auch in der Breite nutzen und unseren PatientInnen dieses Angebot machen (Walter et al. 2020). Für die ausführlichen persönliche Aufklärungsgespräche vor geplanten Eingriffen steht die angegliederte Endoskopie-Ambulanz zur Verfügung. Hier erfolgt auch die Diagnostikplanung und Befundbesprechung (Terminvereinbarung Tel. 0731-500 - 44032 / -44805). Auch im Vorfeld der Untersuchung setzen wir verstärkt auf Synergieeffekt der Digitalisierung, so wird zur

Vorbereitung auf die Darmspiegelung bereits eine in München und Ulm entwickelte APP verwendet.

In räumlicher Nähe zur zentralen Endoskopie liegt das Gastroenterologische Funktionslabor. Hier werden Untersuchungen wie Atemtests, Manometrie, 24h-pH-Metrie, Kapselendoskopie sowie Impedanzmessungen angeboten (Terminvereinbarung unter Tel. 0731-500-44631)

Anmeldung Endoskopie:

Fr. Häge 0731 500 - 44632 / -35

Haben Sie Fragen zur Anbindung von PatientInnen oder möchten Sie diese zu uns überweisen, können Sie sich gerne direkt an uns wenden. Wir kümmern uns dann um die weitere Koordination.

Das **zentrale Bettenmanagement (ZBM)** ist das wichtigste Bindeglied zwischen ärztlichen Zuweiserinnen und Zuweisern und unserer Klinik. Hier können sowohl stationäre als auch ambulante Termine vereinbart werden. **Sie erreichen unser Bettenmanagement (Hr. Negele) unter Tel. 0731-500-44583 per Fax 0731-500-44589 oder per Email (ZBM.Innere1@uniklinik-ulm.de).**

Zentrum für personalisierte Medizin (ZPM) NEU: Inflammation



PD Dr. Jochen Klaus
Geschäftsführender Oberarzt,
Leiter Schwerpunkt CED

Im Rahmen der Zentren für personalisierte Medizin (ZPM) Initiative Baden-Württemberg, welche im Fachbereich Onkologie bereits erfolgreich arbeitet und am UKU als ZPM-O etabliert ist, wurde aktuell eine Erweiterung um den Fachbereich der autoimmunen/inflammatorischen Erkrankungen (ZPM-I) beantragt und genehmigt. Damit nimmt am UKU das ZPM-I ab sofort seine Arbeit auf.

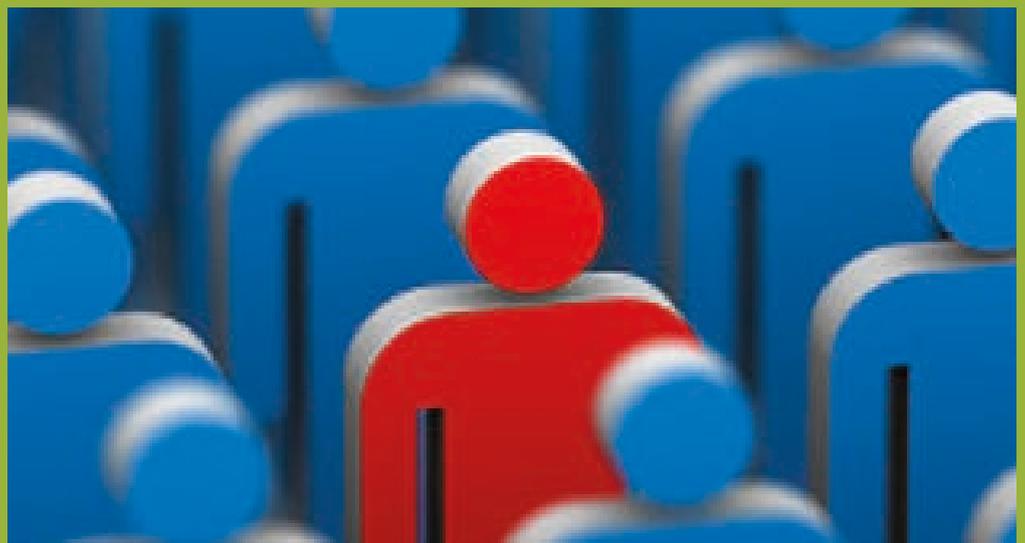
Beteiligt sind die Abteilungen/ Bereiche Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie mit den Modell-erkrankungen Psoriasis, Spondylarthropathie und chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

Gemäß dem Motto 1 Land, 4 Uniklinika und im ZPM-I aktuell 3 Arbeitsgruppen (AG interdisziplinäres/ molekulares Entzündungsboard, AG Advanced Diagnostik und Biobanking, AG klinische Dokumentation und Bioinformatik) arbeiten wir überregional mit den anderen Standorten am

Aufbau einer lokalen Versorgungsstruktur, um in enger Zusammenarbeit mit unseren Partnern und Zuweisern ein regionales Netzwerk aufzubauen.

In diesem Netzwerk wollen wir durch eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen z.B. durch eine zentrale Beratung und ggf. Spezialdiagnostik am UKU bei Fortführung der dezentralen Therapie durch eine gemeinsame Dokumentation einen Informationsaustausch etablieren und Evidenz aus Real-World-Daten generieren, die zu einer besseren Versorgungsqualität für die mit den genannten Krankheitsbildern vorgestellten Patienten führen kann.

Zum Sprecher des ZPM-I am UKU wurde PD. Dr. med. J. Klaus, Innere 1 ernannt, Koordinator ist Dennis Skotnik. Sie erreichen uns per Mail (dennis.skotnik@uniklinik-ulm.de). Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.



„Hot Topics“ aus unserer Endoskopie

Barrett-Ösophagus

Bei einem endoskopischen Verdacht auf einen Barrett-Ösophagus sollten gezielte Biopsien aller suspekten Areale und 4-Quadrantenbiopsien der übrigen Schleimhautareale erfolgen¹. Bei Nachweis einer niedriggradigen intraepithelialen Neoplasie (LGIEN) im Barrett-Ösophagus und Vorliegen sichtbarer Veränderungen sollte eine endoskopische Resektion en bloc erfolgen. Nach erfolgreicher endoskopischer Resektion sollte dann der nicht neoplastische Rest-Barrett-Ösophagus ablatiert werden, um die Rate der metachronen Neoplasien zu senken. Gerade bei langstreckigen Barrett-Arealen kann eine zirkumferentielle Ablationssonde (BARRX) eingesetzt werden. In der Regel sind bei long segment Barrett mehrere Sitzungen notwendig um die Barrett-Areale vollständig zu ablatieren³.

¹ S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit | ² Magee et al. Surg Endosc. 2021 | ³ va Wilsteren et al. Endoscopy 2013

Cholangioskopie

Die endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) stößt mit ihrer deduktiven Darstellung über KM-Füllung der Gallenwege in manchen Fällen an ihre Grenzen. Die Cholangioskopie ermöglicht hier eine weiterführende direkte endoskopische Visualisierung der Gallenwege und in Einzelfällen auch des Pankreasgangs¹. Über die sogenannte „Mother-Baby Technik“ kann über den Arbeitskanal eines ERCP-Gerätes nach Vorlage eines Drahtes das Cholangioskop in die Gallenwege eingeführt werden. Neben der optische Diagnosesicherung kann eine Gewinnung von Histologie bei malignitätsverdächtigen Veränderungen erfolgen². Ebenso ist eine gezielte Therapie von komplexen Obstruktionen möglich.

¹ Mc Carty et al. Endoscopy 2021 | ² Miyabe et al Intern Med. 2021

Künstliche Intelligenz (KI)

Künstliche Intelligenz (KI, engl. AI) hält in allen Bereichen des täglichen Lebens Einzug. Neben den mittlerweile verbreiteten Sprachassistenten der großen Internetanbietern, autonom agierenden Staubsaugerrobotern oder Gesichtserkennung hat die KI auch eine vielfältiges Anwendungspotential in der Endoskopie. Beispiel: Darmkrebsvorsorge. Die Koloskopie ist weiterhin der Goldstandard bei der Detektion und Entfernung von Darmkrebsvorstufen. Trotz größter Sorgfalt können aber immer wieder Polypen übersehen werden. Um dieses Problem zu adressieren werden aktuell Systeme eingeführt, die mit Hilfe von digitaler Bilderkennung die Polypensuche unterstützen sollen.

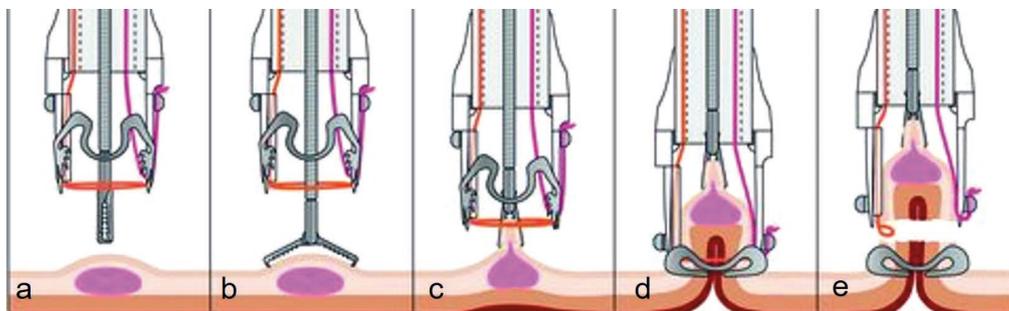
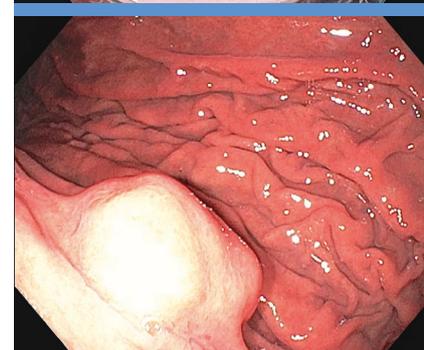
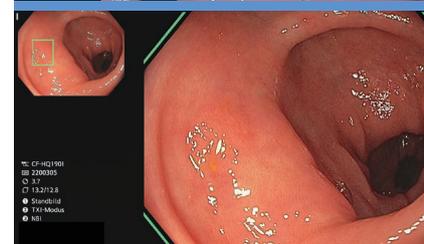
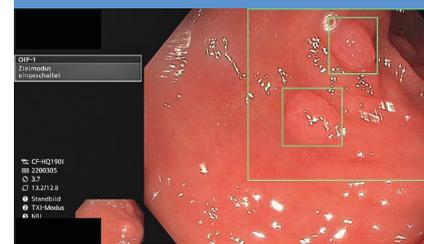
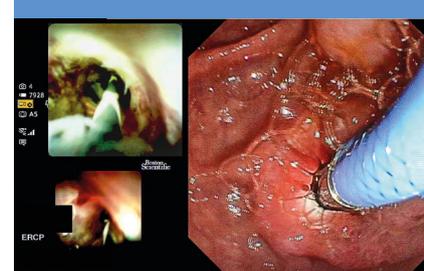
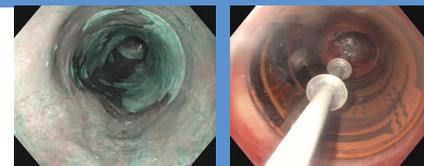
Ein technisches Hilfsmittel, dass unabhängig von Tageszeit und erschöpfungsfrei in der Lage ist den Untersucher bei seiner Suche nach Polypen im Dickdarm zu begleiten. Durch eine optische Kenntlichmachung eines als Polyp erkannten Areals kann sich der Untersucher diesen Bereich noch einmal detailliert betrachten. In Ulm verwenden wir das KI-System von Olympus.

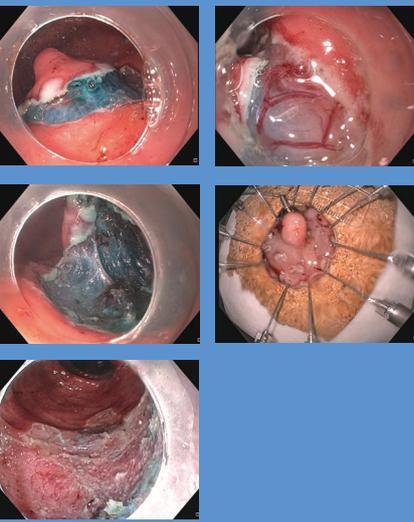
Berzin et al. The Lancet 2020

Full-Thickness-Resection Device (FTRD)

Bei der Therapie von Rezidivadenomen oder submuköser Tumore kommt die Endoskopie mit der klassische Schlingen-technik oftmals aufgrund von Vernarbungen oder einer unerwarteten tieferen Infiltration des Gewebes an ihre Grenzen. Eine tiefere Resektion ist dann mit einem erhöhten Perforationsrisiko assoziiert. Gerade bei der komplexen Therapie von Rezidivadenomen kann die Vollwandresektionstechnik zum Einsatz kommen. Befunde bis 2 cm Größe können im Bereich des Magens, des Duodenums und des Kolons mittels des FTRD (full-thickness-resection device) vollständig abgetragen werden¹. Hierzu erfolgt nach Markierung der geplanten Resektionsränder die Mobilisierung des Befundes in die aufgesetzte Kappe. Durch einen auf die Kappe aufgesetzten over-the-scope-Clip (OTSC) ist eine Verschluss des Gewebes hinter dem zu resezierenden Bereich gewährleistet. Mit der auf den Innenseite der Kappe befindlichen Resektionsschlinge kann dann der Befund abgetragen werden. Vorteil ist neben der in der Regel vergleichsweise raschen Durchführbarkeit, die Möglichkeit ein vollständig transmurales Präparat zu gewinnen, welches dann eine verlässliche Aussage über den R-Status ermöglicht.

¹ Meier et al. Am J Gastroenterol 2020





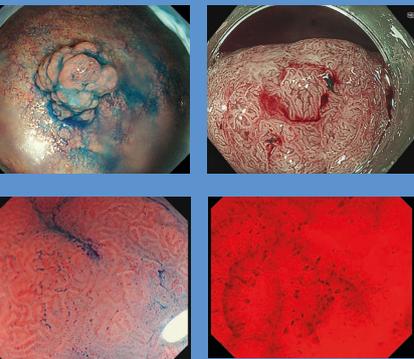
Endoskopische Submukosaresektion (ESD) / Endoskopische Mukosaresektion (EMR)

Zur Abtragung von großflächigen Adenomen kommt die Endoskopische Mukosaresektion (EMR) zum Einsatz. Bei diesem Verfahren wird nach Unterspritzung die veränderte Schleimhaut Stück für Stück vollständig abgetragen. Dieses Verfahren erlaubt ein rasches und sicheres Abtragen von z.B. lateral spreading Adenomen.

Nachteil dieses piece-meal Resektionsverfahren ist, dass der analysierende Pathologe keine Aussagen zum R-Status machen kann, da ihm nur Gewebestücke vorliegen. Um eine verlässliche Aussage zum R-Status zu erhalten sollte eine en-bloc Resektion erfolgen, was vor allem in der Behandlung von Frühkarzinomen des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes essentiell ist.

Hier bietet sich die endoskopische Submukosaresektion (ESD) als präexquisite Interventionsform an¹. Beim Magenfrühkarzinom z.B. ist dieses Verfahren innerhalb der sogenannten extended criteria ein leitliniengerechtes, minimal-invasives, und kuratives Vorgehen².

¹ Oyama et al. World J Gastroenterol 2015 | ² DGVS S3-Leitlinie Magenkarzinom, 2019

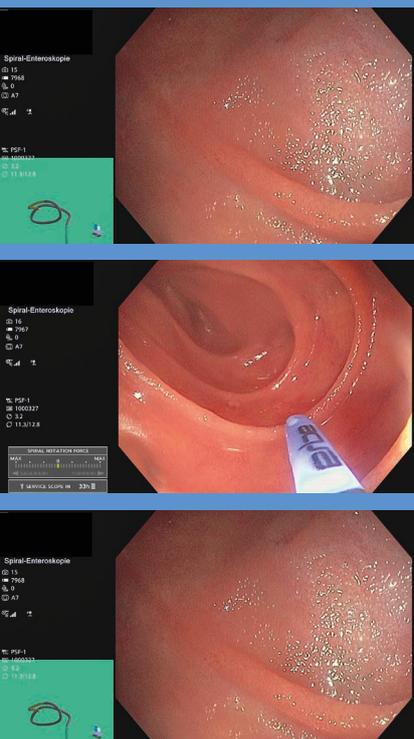


Optical Biopsy, Endoctrscopy

Eine exakte Bestimmung welcher Gewebetyp vorliegt und ob es sich um einen gutartigen oder einen bösartigen Befund handelt ist eine Thema von höchster Wichtigkeit. Bisher ist dies nur durch eine Biopsie und eine Analyse durch die Pathologie möglich. Jedoch ist auch in den Bereich der sogenannten „optische Biopsie“ also der Bestimmung von Gewebe anhand von morphologischen Kriterien Bewegung gekommen. Durch die Verwendung neuer digitaler Färbeverfahren (z.B. NBI, TXI) ist eine noch akkuratere Bestimmung von Gewebegrenzen und -arten möglich¹. Polypen des Colon können anhand von Klassifikation (NICE, WASP) vorab hinsichtlich ihres malignen Transformationspotentials eingeschätzt werden. So können harmlose hyperplastische Polypen von klassischen Adenomen und mittlerweile immer besser von serratierten Adenomen abgegrenzt werden^{2,3}.

Sogar eine Beurteilung von Befunden bis hin zur Zellebene ist neuerdings durch den Einsatz der Endozytoskopie möglich. Hierbei wird nach Färbung des zu untersuchenden Areals ein spezielles Endoskop verwendet. Dieses Endozytoskop kann mit einer bis 520-fachen Vergrößerung den Befund betrachten. Das Potential dieser Methode wird noch weiter erforscht und soll noch bessere Differenzierung vor Durchführung einer Therapie ermöglichen⁴.

¹ Yoshida et al. GUT 2021 | ² Repici et al. GIE 2016 | ³ Puig et al. Gastroenterology 2019 | ⁴ Kagamoto et al. Endoscopy 2020



Spiralendoskopie

Der Dünndarm ist seit jeher ein für die Endoskopie schwierig zugängliches Arbeitsumfeld. Bei Patienten mit Blutungen aus dem mittleren GI-Trakt kommt als Diagnostikum zunächst häufig die Kapselendoskopie zum Einsatz. Mit diesem etablierten Verfahren ist die Detektion von Blutungsquellen im Jejunum und Ileum, die einer konventionelle Endoskopie nicht zugänglich sind, möglich. Zur Therapie von im tiefen Dünndarbereich gelegenen Pathologie sind verschiedene Verfahren möglich. Neben der Ballon-Enteroskopie gibt es jetzt ein neues endoskopisches Gerät, das in der Lage ist noch tiefer in den Dünndarm vorzudringen. Das Spiralendoskop erlaubt mit Hilfe einer sich drehenden auf dem Endoskop befestigten Spirale (Power Spiral Endoscopy, Fa. Olympus) deutlich tiefer als bisher in den Dünndarm vorzudringen. Dadurch ergeben sich daher ganz neue Ansätze in Diagnostik und Therapie von Dünndarmerkrankungen¹.

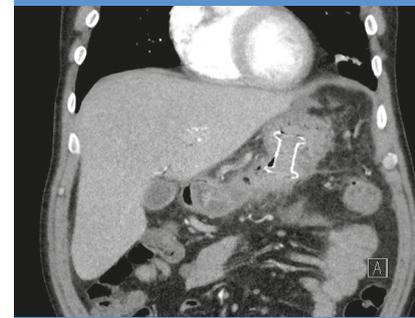
¹ Beyna et al. GIE 2020



Endoskopische Interventionen bei schwer verlaufender Pankreatitis

Ca. 10% der akuten Pankreatitiden führen zu einem komplizierten Verlauf mit Ausbildung akuter Nekrosen („acute necrotic collection“, ANC) oder akuten Flüssigkeitskolektionen („acute fluid collections“, AFC) und später dann zu „walled off“-Nekrosen (WON). Im weiteren Krankheitsverlauf können lokale und systemische Komplikationen dieser Verhalte den Patienten bedrohen. Im Rahmen eines sogenannten „step-up-Approaches“ von rein konservativer Therapie über transkutane Drainageanlage, endoskopischer Intervention hin zur chirurgischen Sanierung stellt die transgastrale Nekrosektomie ein wesentliches Therapieverfahren dar. Dabei wird in aktuellen Leitlinien insbesondere betont: **1)** Drainage und Nekrosektomie sollten erst beim Nachweis einer Superinfektion der Nekrosen/Verhalte durchgeführt werden. **2)** In der Frühphase (<2 Wochen) sollte nur in Ausnahmefällen eine endoskopische Intervention erfolgen. **3)** Transgastrale Zugangswege sind im Regelfall den transkutanen Zugängen vorzuziehen. Beide Maßnahmen können bei Bedarf kombiniert werden. **4)** Selbstexpandierende Metallstents sind in Ihrer Drainagewirkung Plastikstents überlegen, wiederum werden beide Ableitungsverfahren häufig kombiniert. **5)** Das Outcome chirurgischer Therapie verbessert sich, wenn die chirurgische Therapie erst nach Ausschöpfung aller minimalinvasiven Maßnahmen angewendet wird. Grundsätzlich stellt die kompliziert verlaufende Pankreatitis eine hochkomplexes Krankheitsbild dar, dass in einem spezialisierten Zentrum interdisziplinär von den Bereichen interventionelle Gastroenterologie, Chirurgie, Radiologie und Intensivmedizin versorgt werden muss. Unsere Klinik kann auf eine umfangreiche Expertise in der Versorgung dieser Patienten zurückgreifen.

1. Arvantakis et al., Endoscopy. 2018 | 2. Baron et al.; Gastroenterology 2020 | 3. Dorrell et al., Clin Med. 2021



Nachgefragt bei Prof. Dr. T. Seufferlein und Prof. Dr. C. Michalski anlässlich der Zusammenlegung von chirurgischer und internistischer Endoskopie

Wie kam es zur Etablierung einer gemeinsamen Endoskopieabteilung?

SEUFFERLEIN: Im Rahmen der Berufung von Prof. Michalski haben wir eine enge Kooperation vereinbart, die unseren Kliniken aber klare Aufgaben zuordnet. Wir als Gastroenterologen haben die Verantwortung für die Endoskopie übernommen, sehen diese aber ganz klar in einem interdisziplinären Konzept, z.B. auch in Form von Hybrideingriffen gemeinsam mit den Kolleg*innen der Chirurgie. Das erweitert unser therapeutisches Spektrum in der Endoskopie enorm. Die Proktologie wird weiterhin überwiegend chirurgisch betreut.

Interdisziplinarität in der Viszeralmedizin – geht dieses Prinzip in Ulm auch über die Endoskopie hinaus?

MICHALSKI: Endoskopie ist nur ein Aspekt der viszeralmedizinischen Interdisziplinarität. Wir treffen alle Entscheidungen über onkologische Therapien gemeinsam in unserem Tumorboard – zusammen mit den Kollegen der anderen Disziplinen. Auch im nicht onkologischen Bereich, z.B. bei der Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stimmen wir uns eng ab.

Gibt es eine gemeinsame viszeralmedizinische Sprechstunde? Ist eine interdisziplinäre Station geplant?

MICHALSKI: Wir haben eine gemeinsame viszeralonkologische Sprechstunde etabliert, in der wir gemeinsam Patienten sehen, die eine „interdisziplinäre“ Therapie bekommen.

SEUFFERLEIN: Wir haben darüber hinaus konkrete Pläne, diese direkte Kooperation auch im stationären Bereich in einer gemeinsamen viszeralmedizinischen Station umzusetzen.

Ein Schwerpunkt in Ulm ist zweifelsohne die GI-Onkologie – Welche Neuerungen haben Sie zuletzt in der Diagnostik und Therapie von gastrointestinalen Tumoren in Ulm eingeführt?

MICHALSKI: Die wesentliche Neuerung ist die minimalinvasive robotische Chirurgie, die z.B. Eingriffe am Ösophagus oder der Leber für die Patienten wesentlich schonender macht und die Rekonvaleszenz nach einer Operation deutlich verkürzt, ohne Kompromisse bei der chirurgischen Radikalität machen zu müssen.

SEUFFERLEIN: Wir haben gerade eine komplett neue high end Endoskopieausstattung bekommen und können nun alle aktuellen Verfahren, einschließlich der Spiralenteroskopie auf höchstem Niveau zum Einsatz bringen.

Wie kann ich meinen Patienten in Ihrer Abteilung vorstellen?

MICHALSKI: Gerne auch kurzfristig über unser Sekretariat unter 0731-500-53500.

SEUFFERLEIN: Der einfachste Weg ist über unseren diensthabenden Oberarzt Tel. 0731-500-44777, die Endoskopie-Anmeldung Tel. 0731-500-44632 oder über unser zentrales Bettenmanagement (Hr. Negele) unter Tel. 0731-500-44583 per Fax 0731-500-44589 oder per Email (ZBM.Innere1@uniklinik-ulm.de)



Prof. Dr. C. Michalski, Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (L.)
Prof. Dr. T. Seufferlein, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin I (r.)



Weitere Neuigkeiten aus unserer Klinik

Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Abteilung

Wir begrüßen herzlich neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserer Abteilung:

Mitarbeiter DRG/Kodierung: Herr Karsten Kochmann, Frau Maria Wilhelm. **Ärzt*innen:** Frau Dr. Henriette Weimer, Frau Dr. Anna Fichtl, Frau Dr. Kathrin Popp, Frau Alexandra Kaestner, Herr Dr. Yazid Resheq. **Study Nurse:** Frau Nicole Struck. **Dokumentarinnen im ZPM:** Frau Aysegül Dinc, Frau Stefanie Uhl.



Frau Dr. Anna Fichtl



Frau Alexandra Kaestner



Herr Karsten Kochmann



Frau Dr. Kathrin Popp



Herr Dr. Yazid Resheq



Frau Dr. Henriette Weimer



Frau Aysegül Dinc



Frau Stefanie Uhl

Impressum

Herausgeber

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Innere Medizin
Direktor Prof. Dr. T. Seufferlein
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm

Redaktion

T. Seufferlein, M. Müller

Kontakt

Tel. 0 731 500 44501
Fax 0 731 500 44502
sekretariat.innere1@uniklinik-ulm.de
www.uniklinik-ulm.de/innere1

Gestaltung

webvisio mediadesign OHG
www.webvisio.de

Veranstaltungen 2021

25. – 26.06.2021

31. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft
für Gastroenterologie
(virtuell)

27.10.2021

GE Kolloquium:
S3 Leitlinie Pankreaskarzinom
(bisher geplant: Studio der Sparkasse Neue Mitte Ulm)

