

KLINIK AUGUSTINUM MÜNCHEN

Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München | Mittelpunkt Innere Medizin



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

1963, vor 50 Jahren, konnte Prof. Dieter Michels, der erste Ärztliche Direktor unserer Klinik, die Innere Medizin noch alleine repräsentieren. Der medizinische Fortschritt führte jedoch zwangsläufig zu einer Spezialisierung in der Inneren Medizin. Bei uns zuerst mit der Aufteilung in Kardiologie und Gastroenterologie. In der Folgezeit kamen noch Pneumologie und Nephrologie hinzu. Gestiegene Ansprüche an Versorgung und Komfort führten zu einem Neubau, der 1984 eröffnet wurde. Diese ständige Weiterentwicklung und Spezialisierung bedeutet für unsere Patienten eine optimale Versorgung in der Inneren Medizin.

Eine kurze Chronik der fünfzigjährigen Geschichte unserer Klinik finden Sie am Ende dieser Ausgabe. Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Matthias Blumenstein

INFORMATION FÜR ÄRZTE | AUSGABE 11/2013

Akute Herzinfarkte optimal versorgen

Neue Studien zur Erstversorgung

Auf dem ESC in Amsterdam im Spätsommer 2013 wurden drei hochrangig publizierte, randomisierte Studien zum akuten Myokardinfarkt vorgestellt, die für die Versorgung neue Erkenntnisse erbrachten.

Mit den Leitlinien des European Society of Cardiology von 2012 (Eur Heart J 2012;33:2569–619) wurde für Myokardinfarkte empfohlen statt Clopidogrel Prasugrel oder Ticagrelor unter Berücksichtigung möglicher Kontraindikationen zu verwenden (Klasse I Indikation). Nun wurde durch Montalescot et al. an 4033 Pat. mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt untersucht, ob die Gabe besser vor oder nach dem Herzkathetereingriff erfolgt (ACCOAST trial; N Engl J Med 2013;369:999–1010). Die Vorbehandlung mit Prasugrel reduzierte nicht schwerwiegende ischämische Komplikationen in den ersten 30 Tagen, aber erhöhte die Zahl schwerer Blutungskomplikationen um 90%. Gerade in der Münchener Situation der schnellen Erreichbarkeit eines Herzkatheterlabors für den Notarzt muss daher Clopidogrel, Prasugrel oder Ticagrelor nicht sofort gegeben werden. Heute werden wir über IVENA sofort über einen kommenden Herzinfarkt informiert (siehe Abbildung „IVENA“) und können ein Herzkatheterlabor so vorbereiten, dass der Notarzt direkt unter Umgehung unserer Chest-Pain-Unit oder der Intensivstation direkt in das Herzkatheterlabor fahren kann.

Fortsetzung auf Seite 2

LifeVest® ermöglicht Schutz vor dem plötzlichen Herztod

Seite 3

Immunadsorption – eine ergänzende Therapieoption bei DCMP

Seite 4

Endosonographie: unentbehrliches Instrument für moderne GI

Seite 5

Interview mit Dr. med. Werner von Wulffen, PhD

Seite 6

Akute Herzinfarkte optimal versorgen

Fortsetzung von Seite 1

Auch im laufenden Betrieb gelingt es fast immer eines unserer 3 Herzkatheterlabore rechtzeitig bereit zu machen. Nur so kann die von der European Society of Cardiology geforderte Zeit von unter einer Stunde vom ersten medizinischen Kontakt bis zur Gefäßeröffnung erreicht werden. Ein grosser Vorteil die Gabe von Clopidogrel, Prasugrel oder Ticagrelor hinauszuzögern, besteht vor allem für die Patienten, für die eine sofortige Bypassoperation im Hause die sicherste Möglichkeit der Versorgung ist. In der ACCOAST Studie gab es bei den mit Prasugrel vorbehandelten Patienten (6 %) in 21 % schwere Blutungskomplikationen in Zusammenhang mit der koronaren Bypassoperation.

In Frage gestellt wurde dagegen auf dem ESC das von uns häufig angewandte Verfahren bei grosser Thrombuslast im Infarktgefäß eine Thrombusaspiration als Routineverfahren bei jedem Myokardinfarkt vorzunehmen (bisher Klasse IIa Indikation). Frobert et al. zeigten an 7244 Pat., dass hierdurch die 30-Tages-Mortalität nicht verbessert werden konnte, aber ein Trend bestand, die Rate von Koronarthrombosen und Rehospitalisierungen wegen eines erneuten Myokardinfarktes zu halbieren (TASTE-Trial; N Engl J Med 2013;369:1587-97). Wir werden bis zum Abschluß der zweiten laufenden großen Studie (TOTAL trial) weiterhin die Thrombusaspiration in Kombination mit einem GP IIb/IIIa Inhibitor (zur sofortigen Inhibierung der Thrombozytenaggregation; Klasse IIa Indikation) in den Fällen anwenden, in denen im Infarktgefäß auf Grund hoher Thrombuslast kein ausreichender Fluss erzeugt werden kann.



Prof. Dr. med.
Michael Block
Chefarzt der Kardiologie | Angiologie | Intensivmedizin
Stellvertretender Ärztlicher Direktor

Bestätigt hat sich dagegen unser Vorgehen bei Infarktpatienten neben dem Infarktgefäß auch alle wesentlichen Koronarstenosen anderer großer Äste im gleichen stationären Aufenthalt zu versorgen. Das für den Patienten nicht attraktive Verfahren, ihn zur Rehabilitation mit verbleibenden signifikanten Koronarstenosen zu schicken und diese erst nach der Rehabilitation in einem zweiten stationären Aufenthalt zu behandeln, haben wir nur in Einzelfällen beschränkt, wenn auch die Bezahlung im DRG-System hierfür wesentlich besser ist. Nun haben Wald et al. an 465 Patienten gezeigt, dass es nicht nur für den Patienten angenehmer ist sofort komplett behandelt zu werden, sondern auch weniger kardiale Todesfälle (66%), nicht-tödliche Myokardinfarkte (68%) und medikamentös nicht-beherrschbare Angina pectoris (65%) im Verlauf auftreten (PRAMI trial; N Engl J Med 2013;369:1115-23). Somit werden wir auch in Zukunft versuchen Patienten, bei denen wir im Rahmen eines akuten Herzinfarktes das Infarktgefäß stenten, wenn immer möglich im gleichen stationären Aufenthalt auch alle anderen signifikanten Koronarstenosen zu versorgen.

Alarmierung	Alarmzeit	Schick-Status	Herz-Status	Art des	Wkt. Alter	Reanimiert	Beatmet	Fachbereich	Leitstelle	Transportmittel
SH2	05:59 06:14			Interdisziplinärer Notfall	W 89			Allg. Interne Medizin	München 205-1922	RTW
SK1	03:58 04:28	S-	H+	Interdisziplinärer Notfall	M 75	R-	B-	Chest Pain Unit	München 180-1922	NAW
SK1	21:47 22:07	S-	H-	Interdisziplinärer (STEMI)	M 71	R-	B-	Chest Pain Unit	FFB 08141-1922	NAW
SK1	19:22 19:22	S+	H+	Interdisziplinärer Notfall	W	B-	B-	Allg. Interne Medizin	München 180-1922	RTW

Monitor der Chest Pain Unit bzw. Intensivstation auf der die Einlieferung von Notfallpatienten seitens der Rettungsleitstelle angekündigt wird. Das IVENA-System (www.ivena.de) des Rettungszweckverbandes München (www.ivena-muenchen.de) ermöglicht seit dem 01.02.2013 eine optimale Nutzung von Notfallkapazitäten in den Münchener Krankenhäuser. Die Rettungsleitstelle disponiert in Abhängigkeit von den aktuell vom Krankenhaus gemeldeten Behandlungskapazitäten den Patienten und kündigt diesen sofort in dem gewählten Krankenhaus an. Auf dem Monitor wird angezeigt: die Zeit der Alarmierung des Notfalles, die voraussichtliche Eintreffzeit im Krankenhaus, die Erfordernis eines Schockraums für den Patienten, der Anlass (hier ST-Hebungsinfarkt (STEMI) beim 3. Patienten von unten), Alter und Geschlecht, ob der Patient reanimiert und/oder beatmet wird, welcher Fachbereich primär angesteuert wird (hier Chest Pain Unit), welche Leitstelle zuständig ist und mit welchem Transportmittel der Patient kommt (hier Notarztwagen).

Originalaufnahme des Monitorbildes

LifeVest® ermöglicht Schutz vor dem plötzlichen Herztod

Vom Patienten selbst am Thorax tragbarer Defibrillator

Der plötzliche Herztod trifft jedes Jahr in Deutschland ca. 65.000 Patienten. Hiervor kann man gefährdete Patienten am zuverlässigsten durch den implantierten Cardioverter Defibrillator (ICD) schützen, der vor 30 Jahren am 17.01.1984 erstmalig in Deutschland implantiert wurde. Manche Patienten haben aber nur ein passageres Risiko für den plötzlichen Herztod wie z. B. im Rahmen einer akuten Myokarditis. In der Regel ist für die Indikation entscheidend, dass der Patient einen stabil schlechten linken Ventrikel mit einer Ejektionsfraktion < 30–40% aufweist. Wird eine solche schlechte linksventrikuläre Funktion erstmalig im Rahmen eines großen

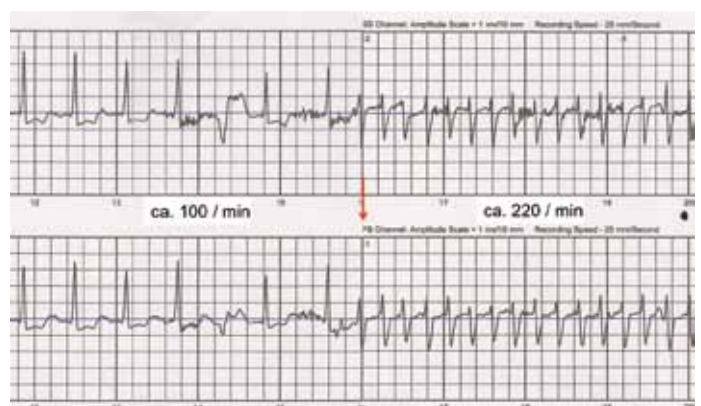


Patient mit angelegter LifeVest®. Unter der linken Mamille und links und rechts beider Schulterblätter befinden sich die Defibrillationselektroden, aus denen unmittelbar vor einem Schock Gel austritt. In der Mitte unten über der Wirbelsäule befindet sich der Alarmvibrator und rund um den Gürtel sind 4 EKG-Elektroden verteilt.

Herzinfarktes gesehen oder im Rahmen einer neu entdeckten schweren Herzinsuffizienz, so sollten mindestens 45 bzw. 90 Tage gewartet werden, ob die linksventrikuläre Ejektionsfraktion sich unter der Therapie bessert oder so schlecht wird, dass der Patient an einer Herzinsuffizienz

stirbt oder in Kürze zu sterben droht. Erst nach dieser Zeit sollte entschieden werden, ob die kostenintensive Implantation eines ICD sinnvoll ist. Um zu vermeiden, dass Patienten in dieser Zeit plötzlich versterben, bietet sich ein tragbarer Cardioverter Defibrillator (Wearable Cardioverter Defibrillator = WCD) an, der in Form einer Weste (LifeVest®) über viele Wochen getragen werden kann (siehe Abbildung „LifeVest®“). Die Weste verfügt über 3 Defibrillationselektroden, 4 EKG-Elektroden und einen Alarmvibrator. Verbunden ist die Weste mit dem ein halbes Kilogramm wiegenden WCD, der an einem Gürtel getragen werden kann. Der WCD verfügt über einen Lautsprecher für Alarme und gesprochene Warnungen. Wird über die EKG-Elektroden eine ventrikuläre Tachykardie oder Kammerflimmern entdeckt, so wird der Träger über den Vibrator und abgestufte Alarmsignale darüber informiert (Abbildung „VT“). Kurz vor der Abgabe des Schocks werden der Patient und seine Umgebung über die kurz bevorstehende Abgabe des Schocks gewarnt. Die Abgabe des Schocks kann durch den Patienten über eine Drucktaste unterdrückt werden z. B. bis zum Bewusstseinsverlust. Die Effektivität und Sicherheit des Systems wurde bereits an mehr als 100.000 Patienten weltweit gezeigt. Auch das Augustinum setzt den WCD bereits seit mehr als 2 Jahren ein, um Patienten passager vor dem plötzlichen Herztod zu schützen und nimmt seit kurzem an dem deutschen WEARTIT II Register teil. Durch den WCD können nicht nur plötzliche Todesfälle vermieden werden, sondern auch nicht indizierte ICD-Implantationen, die seitens der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung für das Jahr 2012 mit 8% kalkuliert wurden.

Aus dem Speicher des WCD zeigt sich der Beginn einer VT aus einem Sinusrhythmus heraus in einer 2-Kanal-EKG-Ableitung.



Immunadsorption – eine ergänzende Therapieoption bei DCMP

Entfernung der Antikörper führt zu einer Verbesserung der Hämodynamik

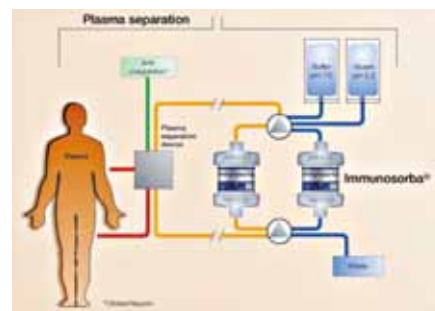
Bei DCMP-Patienten (Dilatative Kardiomyopathie) sind kardiale Autoantikörper ein nachgewiesener Faktor für die Verschlechterung der Herzmuskelfunktion. Zu den kardialen Antigenen zählen u. a. kontraktile Proteine, der kardiale beta-adrenerge Rezeptor, mitochondriale Proteine, Calciumkanäle sowie das sarkoplasmatische Retikulum. Diese Autoantikörper haben bei der Mehrheit der DCMP-Patienten zusätzlich negative inotrope Effekte. In einer Reihe von Studien konnte belegt werden, dass die Entfernung dieser Antikörper zu einer Verbesserung der Hämodynamik geführt haben.

Gerade für Patienten auf der Warteliste zur Herztransplantation eröffnet sich aus diesen Erkenntnissen eine neue Behandlungsoption: die Immunadsorption. Bei geschätzten zwei Dritteln der Betroffenen ergibt sich durch die Immunadsorption die Chance, dass sich die Symptome der Herzmuskelschwäche bessern bzw. stabilisieren, so dass die Wartezeit bis zum Erhalt eines Transplantates besser überbrückt werden kann. Bei einigen Patienten ist in der Vergangenheit bei der Behandlung in anderen Herzzentren eine Transplantation sogar überflüssig geworden. In Kooperation mit der Herzchirurgie in Großhadern haben die Fachbereiche Nephrologie und Kardiologie an der Klinik Augustinum München ein Projekt initiiert, um DCMP-Patienten diese Behandlungsoption systematisch zu eröffnen. Bereits bei mehreren hundert Patienten mit ideopathischer dilatativer Kardiomyopathie wurden durch die Immunadsorption diese Antikörper entfernt.

Die Immunadsorption ist eine Blutwäsche, die mit Hilfe der Immunosorba® Adsorber durchgeführt wird. Das Blut des Patienten wird in einem extrakorporalen Kreislauf in Blutzellen und Blutplasma aufgeteilt.

Das Blutplasma fließt über eine Art Filter, die Adsorber. Die Adsorber sind zwei kleine Plastikzylinder, die in Trägermaterial enthalten, das Protein-A beschichtet ist. Protein-A wird aus Bakterien gewonnen und bindet Abwehrstoffe – Antikörper und Immunkomplexe – aus dem Blut. Anschließend werden das gereinigte Plasma und die Blutzellen wieder zusammengeführt und dem Patienten zurückgegeben (siehe Abbildung). Während einer Behandlung wird in der Regel die 1,5 bis 2-fache individuelle Blutplasmamenge des Patienten mit den beiden Adsorbent behandelt.

Schematische Darstellung der Immunadsorption



Bei uns umfasst die gesamte Behandlung fünf Immunadsorptionen – jeweils im Abstand von einem Tag. Jede Behandlung dauert etwa fünf bis sechs Stunden. Die Immunadsorptionen werden stationär in unserer Klinik durchgeführt. Bisherige Studien zeigten, dass ein einmaliger Immunadsorptionszyklus mit fünf Behandlungen an fünf aufeinanderfolgenden Tagen ähnlich Effekte aufweist wie die Behandlungen in monatlichen Abständen. Nach der letzten Immunadsorptionstherapie verabreichen wir Immunglobuline zur Reduzierung des Infektionsrisikos und Stärkung des Abwehrsystems.

Die positiven Effekte der Immunadsorption lassen sich in den Studien und auch nach unseren Erfahrungen an einer Reihe von Markern ablesen – etwa beim signifikanten Anstieg der linksventrikulären Auswurfraction oder dem Rückgang humoraler Parameter wie des NT-BNP. Die unerwünschten Wirkungen der Immunadsorption sind in den allermeisten Fällen leichter Natur. Dazu zählen Fehlpunktion einer Vene, sehr selten Infektion, Nachblutung oder Nervenschädigung, Blutverlust über den extrakorporalen Kreislauf, Kreislaufchock, Blutdruckabfall, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen, Überempfindlichkeitsreaktionen und Allergien auf die verwendeten Materialien, Bluthochdruck, Flüssigkeitseinlagerungen ins Gewebe, Verringerung des freien Calciums im Blut mit Krabbeln, Missempfindungen oder Herzrhythmusstörungen.

Unsere bisherigen Erfahrungen mit der Immunadsorption sind sehr ermutigend. Gerade in Zeiten des Mangels an Spenderorganen ist die Immunadsorption für dieses Patientenkollektiv – in Deutschland leiden ca. zwei Millionen Patienten an einer Herzinsuffizienz, davon etwa 30% bedingt durch DCMP – eine vielversprechende Therapieoption.

Endosonographie: unentbehrliches Instrument für moderne GI-Diagnostik

Überragende Sensitivität und Spezifität im Staging von GI-Tumoren

Die Endosonographie (EUS) hat sich in den letzten Jahren zu einem unentbehrlichen Instrument der gastrointestinalen Diagnostik entwickelt. Der Ultraschallkopf in der Spitze des Endoskops liefert qualitativ hochwertige Bilder aller Darmwandschichten und auch der angrenzenden Organe und Strukturen (Pankreas, Gallenwegsystem, Nebennieren und Lymphknoten).

Vor allem beim Staging von GI-Tumoren zur anschließenden stadienadaptierten Tumorthherapie liefert diese Methode die besten Ergebnisse. Die hohe Auflösung sowie die Möglichkeit der unmittelbaren Materialentnahme sind klare Vorteile im Vergleich zum Ultraschall von außen oder radiologischen Untersuchungsmethoden wie CT oder MRT. Mit einer sonogezielten Biopsie werden unklare Befunde komplikationsarm abgeklärt. So erlaubt das mit der Punktionsnadel entnommene Material nach unseren Erfahrungen in etwa 95% der Fälle eine diagnostische Zuordnung der Befunde.

Sehr wichtig ist die Endosonographie auch zur Detektion von Gallengangserkrankungen und präpapillären Konkrementen. Unnötige ERCPs werden dadurch vermieden, da Steine im Gallengang zweifelsfrei identifiziert werden können und nur dann mittels ERCP extrahiert werden müssen. Auch therapeutische Eingriffe sind mit der Endosonographie möglich: z.B. bei der Drainage von Pankreaszysten. Unter endosonographischer Kontrolle können Drainagen vom Magen oder Duodenum aus in die Zyste gelegt werden, die dann risikoreiche Operationen ersparen. Die Leistungsfähigkeit der endosonographischen Diagnostik in

Der Ultraschallkopf liefert für die Diagnostik qualitativ hochwertige Bilder. Gleichzeitig können mit einer sonogezielten Biopsie unklare Befunde komplikationsarm abgeklärt werden. Aber auch therapeutische Eingriffe wie die Drainage von Pankreaszysten sind mit dieser Technik möglich.



Privatdozent
Dr. med. Tilman Gerlach
Chefarzt der
Gastroenterologie |
Hepatologie

Kombination mit ihren Therapiemöglichkeiten haben dazu geführt, dass einige medizinische Fachgesellschaften klare Empfehlungen für diese Technik ausgesprochen haben. In der Klinik Augustinum München setzen wir die Endosonographie seit vielen Jahren erfolgreich ein. Unsere Geräte der neuesten Generation liefern brillante Bilder mit höchster Auflösung und dienen somit der optimalen Vorbereitung für die weitergehenden therapeutischen Schritte.

Derzeit typische Indikationen:

- Raumforderungen des Ösophagus, Differenzialdiagnose, Staging
- Raumforderungen des Magens, Differenzialdiagnose, Staging
- Differenzialdiagnose von Pankreasraumforderungen, ggf. Punktion und Drainage
- Endorektaler Ultraschall zur Diagnose von Prostataveränderungen, Fisteln und Staging von Rectumkarzinomen



Interview mit Dr. med. Werner von Wulffen, PhD

Pneumologie und Schlaflabor unter neuer Leitung

Herr Dr. von Wulffen, Sie haben zum 1. Oktober 2013 die Leitung der Pneumologie an der Klinik Augustinum übernommen. Wo sehen Sie ihre Aufgaben?

Pneumologische Erkrankungen sind häufig Grund für eine ausgeprägte Morbidität und ein hohes Maß an Einschränkungen im Alltag. Genauso häufig finden sich aber pneumologische Erkrankungen als wesentliche Komorbiditäten anderer Erkrankungen, etwa das sehr häufige Zusammengehen von koronarer Herzerkrankung und COPD. Eine suffiziente Therapie muss in diesem Fall immer beide Krankheitsentitäten berücksichtigen. Mein Ziel ist es daher, die Pneumologie in ihrer Breite zu vertreten und gleichzeitig die pneumologische Expertise im Zusammenspiel mit den anderen Disziplinen den Patienten zugutekommen lassen. Sie profitieren bei uns von der Expertise der anderen Abteilungen, z. B. wenn es um die Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie oder von rheumatischen Erkrankungen mit pulmonaler Beteiligung geht.

Was sind zurzeit die großen Themen in der Pneumologie?

Erkrankungen der Lunge und der Atemwege sind in die Top 10 der Morbiditäts- und Mortalitätsprognosen der WHO aufgestiegen. Die COPD und Pneumonien werden in den Jahren 2015 und 2030 die Plätze 3 und 4 belegen, Malignome von Lunge, Trachea und Bronchien werden auf Platz 7 bzw. 6 liegen.

Solche statistischen Prognosen sind relativ kühl und abstrakt. Wichtiger ist, dass wir neue Konzepte entwickeln. So hat die Häufigkeit der Exazerbationen und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit von COPD-Patienten seit Ende 2011 Eingang in die neue GOLD-Klassifikation gefunden. Zu der bisherigen Klassifikation anhand der Flusslimitierung in der Lungenfunktion sind also zwei weitere, auf den ersten Blick etwas „weiche“ Kriterien gekommen. Das unterstreicht die Bedeutung, die die Häufigkeit von Exazerbationen für die Prognose von COPD-Patienten hat und macht deutlich, dass man mit einer Senkung der Exazerbationsrate die Morbidität und Mortalität von COPD-Patienten deutlich verbessern kann. Für häufige Erkrankungen wie das Asthma bronchiale gibt es Neuerungen wie die Einführung der inhalativen Steroide. Für seltenere Fälle wurde ein monoklonaler Antikörper gegen zirkulierendes IgE entwickelt, weitere Biologicals sind in Erprobung.



Dr. med. Werner von Wulffen, PhD

Internist | Pneumologe
Leitender Arzt der
Pneumologie | Schlaflabor

Wie sieht es mit den Lungenkarzinomen aus?

Es gibt neue Erkenntnisse zu multimodalen Therapiekonzepten mit der Kombination aus Chirurgie, Chemotherapie und/oder Strahlentherapie. Dazu kommt auch hier das inzwischen sehr weite Feld der Biologicals. Die entsprechende nationale Leitlinie fordert, dass alle Patienten mit einem Lungenkarzinom in einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden. Das ist bei uns über das Board für thorakale Tumore am Klinikum der LMU gewährleistet.

Wie sehen Sie die Therapie von alten Patienten mit Malignomen der Lunge?

Viele Lungentumore werden bei alten Menschen diagnostiziert, wo aufgrund des Allgemeinzustandes oder Komorbiditäten keine „klassische“ Therapie mehr möglich ist. So wie die Thoraxchirurgen inzwischen viele „octogenarians“ (Patienten zwischen 80 und 89 Jahren) noch mit limitierten oder thorakoskopischen Verfahren erfolgreich operieren, erlauben die besseren supportiven Maßnahmen oft noch eine Chemotherapie oder Bestrahlung zur Symptomlimitierung. Ist dies nicht mehr möglich, sollten alle Möglichkeiten einer Palliation ausgelotet werden: Schmerztherapie, Pleurodesen oder längerfristig implantierte Pleurakatheter mit freier Beweglichkeit bei malignen Pleuraergüssen, ggf. auch eine lokale endobronchiale Tumorabtragung sind gut einsetzbar.

Welche Arten der Diagnostik haben Sie zur Verfügung?

Wir bieten alle üblichen nicht-invasiven Methoden wie die Bodyplethysmographie, die Spiroergometrie, die Sonographie des Thorax und alle radiologischen Verfahren. In unserer Endoskopie-Abteilung ist die flexible Bronchoskopie mit allen diagnostisch nötigen Verfahren wie der endo- und transbronchialen Biopsie und den Nadelaspirationen vorhanden; ebenso die endobronchiale Sonographie (EBUS) mit EBUS-gestützter transbronchialer Nadelaspiration. Damit können viele mediastinale Befunde, die noch vor einigen Jahren einer Mediastinoskopie zugeführt werden mussten, effizient und schonend abgeklärt werden. Falls nötig, kann die Probenentnahme vom Oesophagus mittels EUS durch die Kollegen der Gastroenterologie abgeklärt werden.



1963	Eröffnung Stiftsklinik Augustinum als Internistische Fachklinik, 13. November 1963		Prof. Dr. Dieter Michel, Chefarzt und Ärztlicher Direktor
1984	Einweihung Neubau 13.11.1984		Gudrun Strohacker, Pflegedirektorin; Dr. Winfried Zimmermann, CA und Ärztl. Direktor; Kurt-Dietrich Willke, Verwaltungsdirektor
1985	Aufteilung in Gastroenterologie und Kardiologie, Eröffnung der Intensivstation, Versorgungsstufe „F“ als Fachkrankenhaus		Prof. Dr. Rainer von Essen, Chefarzt Kardiologie
1994	Pneumologie und Schlaflabor, Chefarztwechsel Gastroenterologie		Dr. Nikolaus Frank, Chefarzt Gastroenterologie
1995	Nephrologie mit 6 Dialyseplätzen		Prof. Dr. Matthias Blumenstein, Chefarzt Nephrologie und Ärztlicher Direktor
1995	Veränderung in der Verwaltung		Angela Benne, Betriebsdirektorin, ab 2009 Verwaltungsdirektorin
1996	Wechsel Kaufmännischer Direktor		Kurt Wilkin, ab September 1996 Kaufmännischer Direktor, ab Januar 2000 Geschäftsführer Augustinum gGmbH
1998	Neu: Elektrophysiologie (Behandlung von Herzrhythmusstörungen)		Prof. Dr. Michael Block, Chefarzt Kardiologie
2001	Wechsel Pflegedirektorin		Maria Hoch, Pflegedirektorin
2004	Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München		LUDWIG- MAXIMILIANS- UNIVERSITÄT MÜNCHEN
2006	Namensänderung	 	Stiftsklinik Augustinum wird zur Klinik Augustinum München
2008	Erstmals Aortenklappenimplantation		Vom 09.05.2008 bis 30.04.2013 190 Fälle
2011	Chefarztwechsel Gastroenterologie, Wechsel Pflegedienstleitung	 	Privatdozent Dr. Tilman Gerlach, Chefarzt Gastroenterologie; Elke Schauerte, Pflegedienstleitung
2013	Arztwechsel Pneumologie und Schlaflabor		Dr. Werner von Wulffen, PhD Leitender Arzt Pneumologie und Schlaflabor

2013 50 Jahre Klinik Augustinum München
„Wir wollen jeden Patienten so behandeln,
als wäre er ein naher Angehöriger.“

Sommerakademie 2013

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Klinik Augustinum München veranstaltete die Kardiologie im Sommer 2013 eine praktisch orientierte Sommerakademie zur Interventionellen Herzklappentherapie im Augustinischen Fortbildungsgut Algertshausen an der ca. 40 Kardiologen teilnahmen. Angesichts der guten Resonanz ist für den Sommer 2014 dort eine neue Sommerakademie geplant, und zwar zum Thema „Vorhofflimmern – eine Erkrankung im Spannungsfeld zwischen Negierung und maximaler Therapie“.



Personalia

Auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft in Dresden vom 10.-12.10.2013 war die Kardiologie des Augustinums mit fünf wissenschaftlichen Postern durch die **Dres. Basic, von Bodman, Brill, Füller** und **Katsianos** zu den Themen Katheterablation, Lifest, MitraClip und TAVI gut vertreten.

Prof. Dr. Michael Block wird auf dem 9. Symposium „Praxis der klinischen Elektrophysiologie“ am 21.3.2014 in Karlsruhe einen Vortrag zum Thema „Implantierbare Cardioverter-Defibrillatoren in der Primärprävention des plötzlichen Herztodes“ und einen Vortrag mit dem Thema „Ventrikuläre Tachykardie, Kammerflimmern“ halten. Prof. Dr. Michael Block ist erneut in die Focus-Ärzteliste 2013 der Topmediziner aufgenommen worden, und zwar als einer von 73 Kardiologen in Deutschland.

Einladung zur ärztlichen Fortbildung

Thema der Veranstaltung	Datum	Zeit	Ort	Punkt- wert	Anmeldung erforderlich
Therapie bei hochgradiger Aortenstenose und Mitralinsuffizienz: Operation oder Intervention? <small>Dr. Georg von Bodman, Dr. Suvi Maroto – Klinik Augustinum</small>	08.11.2013	13:00 – 14:30 Uhr	D	2	Nein
Fortbildung für Patienten und Laien im Rahmen der Herzwoche der Deutschen Herzstiftung „Herzinsuffizienz“	13.11.2013	08:00 – 20:00 Uhr	A	0	Nein
Sachkunde ICD-Therapie	15.11.2013 16.11.2013	09:00 – 18:30 Uhr	C	21	Ja
Mitralklappen Clipping: Wie funktioniert das? <small>Dr. Markus Füller, Dr. Dirk Brill – Klinik Augustinum München</small>	15.11.2013	13:00 – 14:30 Uhr	D	2	Nein
Rhythmologisches Gespräch „Die obstruktive und nichtobstruktive hypertrophe Kardiomyopathie (HOCM/HNCM)“	27.11.2013	18:00 – 20:30 Uhr	D	3	Ja
Gesundheitssprechstunde Pneumologie Wenn die Luft knapp wird: Untersuchung auf Lunge und Herz Immer müde und unausgeschlafen: Das muss nicht sein	27.11.2013	18:00 – 20:00 Uhr	B	0	Nein
Neue Entwicklungen in der Kardiologie und Kardiochirurgie – Fallbeispiele und Übersichtsreferate	25.01.2014	08:45 – 14:00 Uhr	A	6	Ja
Veranstaltungsorte: A: Klinik Augustinum München, Theatersaal B: Klinik Augustinum München, Vortragsraum Ebene 0 C: Residence Starnberger See D: Klinik Augustinum München, Bibliothek oder Personalkasino	Anmeldung per Post: Klinik Augustinum Wolkerweg 16 81375 München		Anmeldung per Internet oder E-Mail: – www.augustinum-kliniken.de Aktuelles&Jobs > Fortbildungen > Ärzte – fortbildung@med.augustinum.de		