

# 3-Jahresbericht 2004 – 2006

St. Josef- und  
St. Elisabeth-Hospital

Kliniken der Ruhr-Universität Bochum



Chirurgische Klinik ▪ St. Josef-Hospital Bochum

---

Klinikum der Ruhr-Universität Bochum

**Internet:**

**[www.klinikum-bochum.de](http://www.klinikum-bochum.de)**

**[www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)**

**[www.pankreaszentrum.de](http://www.pankreaszentrum.de)**





### **3-Jahresbericht 2004 – 2006**

Chirurgische Klinik

Direktor: Prof. Dr. med. W. Uhl, FRCS, Executive MHSA

St. Josef – Hospital Bochum

Klinikum der Ruhr-Universität

Gudrunstr. 56

D-44791 Bochum

[www.klinikum-bochum.de](http://www.klinikum-bochum.de)

[www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)

[www.pankreaszentrum.de](http://www.pankreaszentrum.de)

[www.darmzentrum-ruhr.de](http://www.darmzentrum-ruhr.de)

## Impressum

---

Redaktion: Prof. Dr. med. W. Uhl  
Priv. Doz. Dr. med. M. Seelig  
Frau K. Kasoly

Layout: Frau K. Kasoly

Druck: Kolander u. Poggel Zeitdruck

ISBN: 978-3-939417-03-3



HAFEN VERLAG DATTELN 2007

Hafenstr. 129  
45711 Datteln

Dieses Werk sowie alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Auch die Rechte zur Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Nennung von Warenzeichen, Handelsnamen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zur Annahme, dass im Sinne der Warenzeichen- und Markengesetzgebung solche Namen als frei betrachtet und deshalb von jedermann benutzt werden dürfen.

Von Autoren und Herausgeber wurde große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Buch erwähnten Dosierungen und Applikationsformen dem Wissensstand bei Fertigstellung des Buches entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom Anwender im Einzelfall durch genaues Studium des Beipackzettels, anhand anderer Literaturstellen oder durch Konsultation eines Spezialisten auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

## Logos der Klinik

---

Katholisches  
Klinikum Bochum



DARMZENTRUM RUHR  
Eine Initiative der Ruhr-Universität Bochum und der  
Kath. St. Lukas Gesellschaft Dortmund/Gestrop-Rauer



Deutsches Netz  
Gesundheitsfördernder  
Krankenhäuser gem. e. V.



Health  
Promoting  
Hospitals  
Ein Netz der  
Weltgesundheitsorganisation  
(WHO)



Deutsches Netz  
Rauchfreier  
Krankenhäuser

## Inhaltsverzeichnis

---

Vorwort .....	7
Mitarbeiter.....	14
Ärztliche Mitarbeiter.....	14
Mitarbeiter der Forschung .....	15
Mitarbeiter der Pflege.....	18
Personalia / Preise .....	21
Gäste der Klinik .....	23
Zentrales Patientenmanagement .....	25
Pankreaszentrum am St. Josef Hospital Bochum .....	27
Spezialsprechstunden .....	30
Schilddrüsenprechstunde.....	30
Hernienprechstunde .....	31
Allgemeine Gastroenterologische Sprechstunde .....	32
Proktologiesprechstunde/ Stomaberatung .....	33
Pankreassprechstunde .....	35
Patientenversorgung .....	37
Operative Intensivstation .....	37
Chirurgische Stationen .....	44
Operationen.....	47
Operationszahlen im Überblick .....	47
Operative Schwerpunkte der Klinik (2004-2006).....	48
Lehre .....	53
Forschung.....	58
Klinische Studien.....	59
Hernienchirurgie/ Biokompatibilität von Kunststoffimplantaten .....	63
Pankreas.....	67
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen .....	71
Publikationsverzeichnis .....	76
Originalarbeiten mit Peer Review .....	76
Bücher .....	80
Buchbeiträge.....	80
Reviews/ Übersichtsarbeiten.....	81
Abstracts .....	83
Vorträge .....	87
Dissertationen .....	99
Operationsvideos .....	100
Veranstaltungen .....	101
Kongresse.....	101
Fortbildungsveranstaltungen .....	102
Adressen und Kontakte.....	103

## Vorwort

---

Mit einem gewissen Stolz und einem herzlichen Dank an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege, Ärzte und Sekretärinnen sowie an die Kooperationspartner in und außerhalb der Klinik überreichen wir Ihnen diesen 3-Jahresbericht der Chirurgischen Klinik am St. Josef-Hospital Bochum, Klinikum der Ruhr-Universität. Nach Übernahme der „Geschäfte“ der Chirurgischen Klinik und Emeritierung von Herrn **Prof. Dr. V. Zumtobel** gilt mein besonderer Dank meinem Vorgänger, der uns eine intakte und aktive universitäre chirurgische Abteilung nach 24 Jahren eigenem großen Engagement übergeben hat.

Der Übergang nach dem 5. Januar 2004 war aus meiner Sicht reibungslos und es kam zu einer raschen Verschmelzung aus „altem“ und „neuen“ Team mit einer besonderen Aufbruchstimmung. Die Chirurgische Klinik hat sich von Beginn an drei Leitmotive auf die Fahnen geschrieben - **Qualität, Service und Humanität** - und hat sich dabei gut weiterentwickelt und eine neue Ausrichtung erfahren, über deren Schwerpunkte wir berichten und eine erste eigene Beurteilung geben wollen.

### **Dienstleistung:**

Gleich zu Beginn standen wir vor grossen ökonomischen Herausforderungen im gerade angebrochenen DRG(Diagnosis-related Group)-Zeitalter. Im Vorfeld wurde aus der Chirurgischen Klinik die Unfallchirurgie mit einem 30%-Anteil „herausgebrochen“ und eine gleichzeitige Leistungssteigerung im Rahmen der Fusion mit Schliessung der chirurgischen Abteilung am St. Elisabeth-Hospital eingefordert, die es entsprechend den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen neu zu erwirtschaften galt. Im starken Konkurrenzumfeld im Ruhrgebiet eine nahezu unlösbare Situation.

Wesentlich geholfen hat uns dabei die Einrichtung des **Zentralen Patienten-Managements (ZPM)**, das als zentrales Steuerungsorgan innerhalb kurzer Zeit seine Funktion erfolgreich aufnahm und die gesamten stationären Patientenströme in der Chirurgischen Klinik koordiniert. Beim Aufbau waren Herr **Oberarzt Dr. Ch. Müller**, **Herr R. Grabs** und **Frau S. Gremer** federführend tätig und verdienen deshalb einen wesentlichen Dank: das ZPM wollen wir nicht mehr missen. Neben dem Patientenprozeß wurde gleichzeitig die Aufbaustruktur der von uns bewirtschafteten 70 Betten reorganisiert. Die Chirurgische Station 1 wurde in eine **Interdisziplinäre Bauchstation (Inter 2)** mit 20 Betten umstrukturiert. Auf dieser Station werden gemeinsam mit dem Team von **Herrn Prof. Dr. W. E. Schmidt** (Innere Medizin I) Patienten mit gastroenterologischen Problemen behandelt, um „quasi aus einem Guss“



## Vorwort

---

ein optimales Behandlungskonzept zu entwickeln. An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. W.E. Schmidt und seinem Team, das naturgemäß mit unserer Chirurgischen Klinik eng verbunden ist, für die gute und konstruktive Zusammenarbeit in Klinik und Forschung ganz herzlich danken. Zum Bettenausgleich wurde eine **Interdisziplinäre Kurzliegerstation (Inter 3)** etabliert; auf der Patienten mit kleinen und mittleren operativen Eingriffen oder zur Diagnostik von montags bis freitags aufgenommen werden können. Diese gelungene Umorganisation fand nahezu alles gleichzeitig im April 2004 statt und allen Beteiligten in der Pflege, bei den Ärzten und in der Verwaltung haben hier beispielhaft und erfolgreich zusammengearbeitet. Beide Stationen wurden darüberhinaus in den letzten Monaten modern und attraktiv für unsere Patienten renoviert.

Die Patientenzahl, Operationen pro Monat und vor allen Dingen die DRG-Kennzahlen und der Casemixindex wurden mit der Änderung der Aufbaustruktur der Chirurgischen Klinik und Optimierung der Patientenprozesse sowie eines für alle transparenten Teamkonzeptes, Schaffung eines Motivations-fördernden Umfeldes und durch die Verbesserung der Kommunikation mit den Zuweisern in den letzten Jahren signifikant gesteigert. Beispielsweise wurden bereits im ersten Jahr die Patientenzahl im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie um 82% von 1291 auf 2345 gesteigert.

Durch die Etablierung des **Interdisziplinären Pankreaszentrums**, als ein wesentlicher Schwerpunkt in der großen Viszeralchirurgie und Gewinnung weiterer Patienten im hohen Kostengewichtsbereich (Ösophagus, Leber, Rektum) erhöhte sich gleichzeitig der Casemix-Index als Gradmesser für die Behandlungsschwere von 1,15 auf 1,72 Punkte (50%) im Jahr 2004. Das mit allen Disziplinen am St. Josef-Hospital gegründete Interdisziplinäre Pankreaszentrum hat sich regional und überregional einen guten Ruf erworben. Bis zum heutigen Tage wurden über 2000 Patienten mit Pankreaserkrankungen beraten oder behandelt, wovon über 500 einem operativen Eingriff an der Bauchspeicheldrüse zugeführt wurden.

In den letzten Monaten des Jahres 2005 wurde mit dem Knappschaftskrankenhaus Langendreer in Bochum und 2 weiteren Kliniken in Dortmund das **Interdisziplinäre Darmzentrum Ruhr** gegründet, das als 1. Zentrum dieser Art von der Deutschen Krebsgesellschaft im März 2006 nach einer entsprechenden Auditierung vor Ort zertifiziert wurde. Ein wesentliches Motiv für uns war der interdisziplinäre Austausch in der Behandlung der Patienten mit komplexen Colorektal-Karzinomen und die Mitwirkung bei klinischen und experimentellen Studien.



## Vorwort

---

### **Forschung und Lehre:**

Die Chirurgische Klinik des St. Josef-Hospital ist über das Bochumer Modell eine Klinik der Ruhr-Universität und der Auftrag für die Lehre wird von unseren Ärztinnen und Ärzten trotz der zunehmenden Arbeitsverdichtung und Mehrbelastung durch drei verschiedene Studiengänge sehr ernst genommen. In der Evaluation unserer Lehre durch die Bochumer Medizinstudenten wird der Chirurgischen Klinik stets eine gute Note bescheinigt.

Im April 2005 konnte unser **eigenes Chirurgisches Labor** in der ehemaligen Pathologie neben den Forschungsräumen von Herrn Prof. Dr. A. Mügge eingeweiht werden. Dieser Umbau wurde wohlwollend durch die Verwaltung unterstützt und es gilt einen besonderen Dank den **Herren Rüther, Satzer und Herrn Oberarzt Dr. D. Weyhe** auszusprechen, die dieses ehrgeizige Vorhaben und die Pläne in die Realität umgesetzt haben. Unsere „kleine“ Chirurgische Klinik hat drei wesentliche Forschungssäulen aufgebaut. Die Gruppe um Herrn **Oberarzt Dr. D. Weyhe und Frau Oberärztin Meurer** befasst sich mit der Biokompatibilität von Netzen im Rahmen der Hernienchirurgie, ein immer wichtiger werdendes Thema. Die zweite Gruppe um **Herrn Oberarzt Dr. Ch. Müller** und unseres wissenschaftlichen Gastarztes **Herrn Dr. O. Belyaev** ist dem großen Thema der Pankreaserkrankungen gewidmet und die dritte Gruppe um **Herrn Privatdozent Dr. U. Mittelkötter, Herrn Privatdozent Dr. M. Seelig** und **Dr. A. Chromik** beschäftigt sich mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen. Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erzielten Gesamtpunkte für den sogen. „Impact Factor“ lag durchschnittlich bei beachtenswerten 18-19 Punkte pro Jahr (total 2004-2006: 56,96 Impact Factor-Punkte). Bestens bewährt hat sich die Stelle der „Study Nurse“, die mit **Frau K. Kasoly** besetzt ist und die für die Chirurgische Klinik weitere wichtige Aufgaben übernommen hat. Mittlerweile werden von Ihr 11 klinikeigene und nationale/internationale klinische Studien mit großem Engagement betreut. In den letzten Jahren haben wir Fördermittel über drei gereviewte Forumanträgen durch die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität erhalten und Drittmittel in Höhe von über 750.000.- € eingeworben – das kann sich sehen lassen und deshalb ganz herzlichen Dank an die Einwerbenden und die Pharmazeutische Industrie.

Abschließend ist es mir ein besonderes Bedürfnis Dank auszusprechen für die hervorragende und positive Arbeitsatmosphäre in der Chirurgischen Klinik. An dieser Stelle muß zunächst einmal unsere Chefarztsekretärin, **Frau M. Bures**, genannt werden, die hier einen wesentlichen Beitrag leistet und von Ihrer Vorgängerin **Frau M. Hötte**

## Vorwort

---

reibungslos im Oktober 2004 eingeführt wurde. Frau Hötte ist uns in Ihrer Altersteilzeit dankenswerterweise treu geblieben und ist nach nunmehr 40 Jahren Diensttätigkeit am St. Josef-Hospital weiter für uns im Rahmen der Administration und Abrechnung tätig. Alle Mitarbeiterinnen (50% Frauenanteil !) und Mitarbeiter der Chirurgischen Klinik haben die beschriebenen Veränderungen aktiv mitgestaltet. Mit Dank und Stolz können wir auch einen ersten Chefarzt präsentieren, und zwar unseren Leitenden Oberarzt, Herrn **Privatdozent Dr. U. Mittelkötter**, der nach seinem 2-jährigen „Schliff“ bei uns im Januar 2006 die Chefarztstelle der Chirurgischen Klinik am Katharinen-Hospital Unna angetreten hat. Die positive Leistungsentwicklung wird durch die hervorragende Arbeit im OP-Bereich, auf den Stationen, aber auch in den Funktionsbereichen, wie des Chirurgischen Sekretariates, Chirurgische Ambulanz und neuerdings Zentrale Patientenaufnahme mit Liegendanfahrt genannt, Interdisziplinäre Operative Intensivstation und den anderen Abteilungen des Standortes getragen. Besonderer Dank gilt hier unseren direkten Partnern im Operationssaal, hier zu nennen **Herr Prof. H. Laubenthal** mit seinem Anästhesie-Team und **Frau Dr. K. Rosengarten** in der Funktion der Koordinatorin mit Ihrem Team am und um der Operationstische.

Kommend von großen süddeutschen Universitätskliniken mit feudal ausgestattetem Personalbestand habe ich hier in Bochum immer den Eindruck, dass wir Personen-mäßig einen ständigen Versuch laufen haben, wie man mit einem minimalsten Mitarbeiterstamm eine Chirurgische Klinik betreiben kann. Deshalb geht mein letzter und besonderer Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege, die in allen Bereichen die positive Entwicklung der Chirurgischen Klinik mit sehr hohem Einsatz unterstützt haben und dies tagtäglich zur Zufriedenheit der Patienten tun.

Die Zukunft wird sicherlich nicht einfach werden, aber wir haben gemeinsam eine gute Basis geschaffen, auf der wir uns weiter entwickeln werden.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen der Lektüre und verbleibe

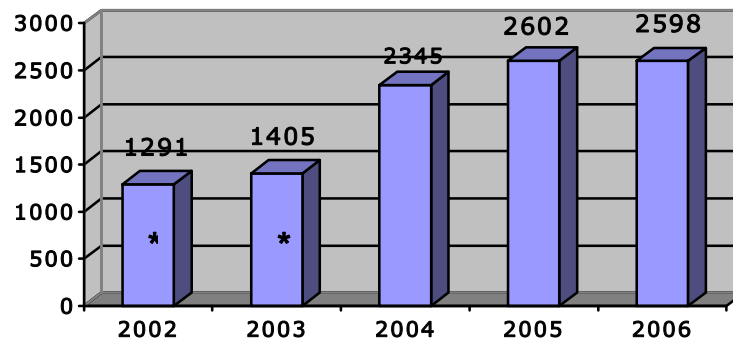
mit besten Dank und freundlichen Grüßen



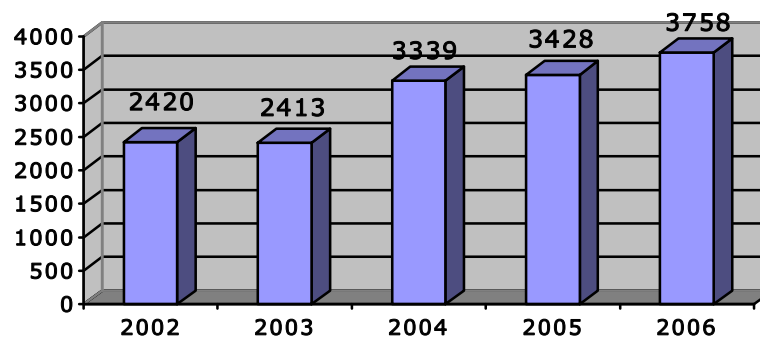
Prof. Dr. Waldemar Uhl

## Vorwort

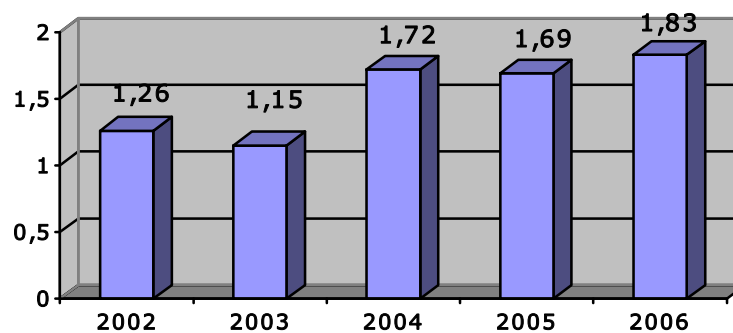
### Klinik: DRG-Kennzahlen für die Jahre 2004-2006



Patientenanzahl im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie 2002-2006 inkl. Intensivstation. \* korrigiert unter Abzug 30%-Unfallchirurgie-Anteil.



Summe des abgerechneten Casemix der Patienten im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie 2002-2006.

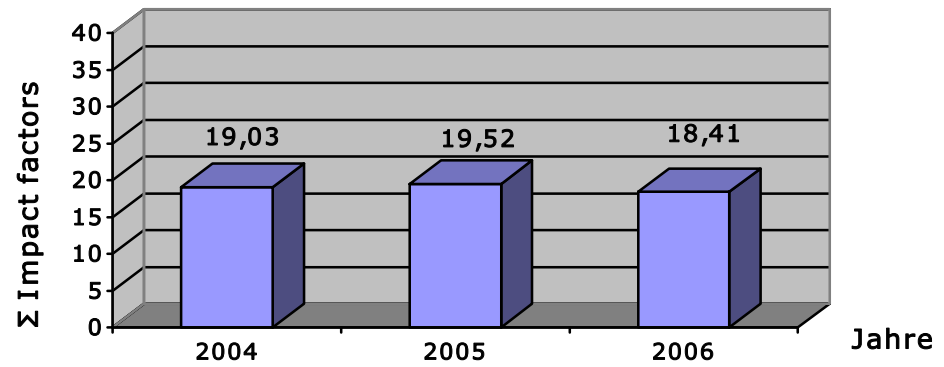


Entwicklung des Casemix-Indexes 2002-2006.

## Vorwort

---

Forschung: Summe der Impact factors für die Jahre 2004-2006



Wissenschaftliche Bewertung der Originalpublikationen der chirurgischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den „Impact factor“.

## Team der Chirurgischen Klinik

---



Team der Chirurgischen Klinik mit Sekretärinnen und Study Nurse

## **Mitarbeiter**

---

### **Ärztliche Mitarbeiter**

#### **Klinikleitung: Direktor der Chirurgischen Klinik**

Herr Prof. Dr. med. Waldemar Uhl

#### **Leitender Oberarzt**

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Seelig (seit 01.01.2006)

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Mittelkötter (bis 31.12.2005)

#### **Geschäftsführender Oberarzt**

Herr Dr. med. Dirk Weyhe

#### **Leitung Chirurgische Forschung/ Lehre**

Herr Dr. med. Christophe Müller

#### **Oberärzte/ -in**

Frau Dr. med. Kirsten Meurer

Herr Dr. med. Christophe Müller

Herr Dr. med. Rainer Jochum

Herr Dr. med. Dirk Weyhe

#### **Assistenzärzte:**

Frau Inna Agula

Herr Bernd Bolik

Dr. med. Ansgar Chromik

Frau Karin Eleyth

Herr Thorsten Herzog

Frau Dr. med. Sabine Kersting

Frau Dr. med. Siri Sophia Leyendecker

Frau Dr. med. Verena Liu

Herr Arthur Eduard Matuschek

Herr Nicolay Denis Mayer

Herr Georgios Papapostolou

Frau Elke Schwinke

Frau Claudia Steinfort

Frau Dominique Sülberg

Herr Andreas Ziegler

## Mitarbeiter

---

### Gastärzte:

Herr Dr. Orlin Belyaev

Frau Eleni Gkika

Herr Erdem Gür

Herr Edwar Soufiah

### Mitarbeiter der Forschung:

Frau Maria Krisztina Kasoly, Study nurse

Frau Marina Libe, MTA

### Austauschrotationen mit der Chirurgischen Klinik am Katharinen-Hospital Unna (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. U. Mittelkötter):

Frau Dr. med. Siri Sophia Leyendecker (BO) 01.01.2006 - 31.10.2006

Herr Tim Kurpanek (Unna) 01.01.2006 - 31.10.2006

Frau Inna Agula (Unna) 01.10.2006 -

Herr Dr. med. Ansgar Chromik (BO) 01.10.2006 -

Frau Dominique Sülberg (BO) 01.10.2006 -

### Delegationsrotation aus dem Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, Handchirurgiezentrum, Operatives Referenzzentrum für Gliedmaßenentumore (Direktor: Prof. Dr. med. H.U. Steinau):

Herr Dr. med. Adrien Daigeler (01.04.2005 - 31.03.2006)

### Nicht mehr beschäftigte ärztliche Mitarbeiter:

Herr Helmut Todt (01.05.1981 - 31.01.2004)

Herr PD Dr. med. Ulrich Mittelkötter (01.01.2004 - 31.12.2005)

Herr Dr. med. Thomas Deska (01.01.1999 - 31.01.2006)

Frau Dr. med. Okka Pfisterer (01.07.2004 - 31.12.2006)

Frau Ellen Susen Burock (01.06.2004 - 30.09.2006)

Herr Dario Siger (01.01.2005 - 28.02.2007)

Herr Thorsten Strohmann (01.01.2001 - 31.01.2007)

Herr Philipp Kühle (01.12.2003 - 30.11.2004)

Herr Christoph Stork (01.12.2003 - 31.12.2005)

Herr Dr. med. Thomas Hummel (15.11.1999 - 01.01.2005)

Herr Robert Grabs (01.12.1999 - 30.09.2005)



## Mitarbeiter

---

### Konsildienste und Sonderfunktionen:

Kinderklinik	Herr Priv.-Doz. Dr. M. Seelig
St. Elisabeth-Hospital Bochum	Frau K. Eleyth
DRG	Frau Dr. med. K. Meurer/Frau K.Eleyth
Qualitätssicherung	Herr Dr. med. R. Jochum
Hygiene	Herr Dr. med. D. Weyhe
Strahlenschutz	Herr Dr. med R. Jochum
OP-Buch Auswertung	Frau D. Sülberg
Morbiditäts & Letalitätskonferenz „Mona Lisa“	Herr B. Bolik
Medizinproduktegesetz – MPG	Herr Dr. med. D. Weyhe/ Frau Dr. med K. Meurer
Pankreas	Frau Dr. med V. Liu
Hernien	Herr G. Papapostolou
Colo-Rektum	Herr T. Herzog
Schilddrüse	Frau K. Eleyth/Herr A. Ziegler
Appendizitis/Kinderchirurgie	Frau D. Sülberg
Peritonitis/Sepsis	Frau E. Schwinke
Ösophagus/Magen	Frau C. Steinfort
M. Crohn/Colitis ulcerosa	Herr Dr. med A. Chromik
Proktologie	Herr B. Bolik/Frau Dr. med S. Kersting
Endokrine Chirurgie	Frau Dr. med. S. Leyendecker
Lap. Chirurgie	Herr G. Papapostolou/Herr D. Siger

## Mitarbeiter

---

### Sekretariate

#### **Sekretariat Prof. Dr. med. Waldemar Uhl:**

Frau Marion Monika Bures, Chefarztsekretärin

Frau Marita Hötte, Chefarztsekretärin Privatliquidation

Frau Nicole Wigger, Auszubildende zur Arzthelferin

Spezialsprechstunde: Ösophagus, Leber, Pankreas, Rektum

#### **Zentrales Patientenmanagement (ZPM):**

Frau Stephanie Gremer, Pflegesekretärin

#### **Chirurgisch Amulanz/ Liegendanfahrt (ZPA):**

Frau Edelgard Gerdes, Sekretärin

#### **Chirurgisches Ärztebüro:**

Frau Christa Becker, Ärztliche Schreibkraft

Frau Cornelia Janz, Ärztliche Schreibkraft

Frau Irene Kaczmarczyk, Archivarin

Frau Ingrid Feitner, Ärztliche Schreibkraft



Sekretärinnen der Chirurgischen Klinik

## Mitarbeiter

---

### Mitarbeiter der Pflege

#### Station Inter I (Interdisziplinäre Privatstation)

Sabine Kesting, Stationsleitung, Olivia Kolanus, Stellvertretende Stationsleitung



Pflegeteam der Station Inter 1

#### Chirurgie 2 (Chirurgische Allgemeinstation)

Klaudia Wenke, Stationsleitung; Sonja Waltering Stellvertretende Stationsleitung



Pflegeteam der Station Chirurgie 2



## Mitarbeiter

---

### Inter 2 (Interdisziplinäre Bauchstation)

Claudia Amerkamp, Stationsleitung, Brigitte Draws, Stellvertretende Stationsleitung



Pflegeteam der Station Inter 2

### Inter 3 (Interdisziplinäre Kurzliegerstation)

Antje Weinkauf, Stationsleitung



Pflegeteam der Station Inter 3

## Mitarbeiter

---

### Operative Intensivstation (OP-ITS)

Herr Stefan Enders



Pflegeteam der OP-ITS

### OP-Abteilung

Leitung und Koordination: Frau Dr. med. K. Rosengarten



Team im OP-Saal

## Mitarbeiter

---

### Personalialia / Preise

01.01.2004	<b>Priv.-Doz. Dr. Ulrich Mittelkötter</b> Ernennung: Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik
01.01.2004	<b>Dr. med. Christophe Müller</b> Ernennung: Oberarzt der Chirurgischen Klinik
2004	<b>Frau Claudia Steinfort</b> Preis der Lehre für PJ-Ausbildung
10.12.2004	<b>Prof. Dr. med. Waldemar Uhl</b> Erwerb: Dipl. Spitalmanager NDS FH (Executive Master of Health Service Administration), FHS Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit in St. Gallen.
02.2005	<b>Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Mittelkötter</b> Umhabilitation an die RUB
29.04.2005	<b>Prof. Dr. med. Waldemar Uhl</b> Aufnahme in den Wissenschaftlichen Beirat: Arbeitskreises der Pankreatektomierten e. V. (AdP) in Leipzig beim 43. Bundesweiten Informationstreffen des AdP
04.2005	<b>Prof. Dr. med. Waldemar Uhl</b> Auszeichnung mit dem <b>Edgar Ungeheuer-Preis 2005</b> für den Film: Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion bei chronisch entzündlichem Pankreaskopftumor.
06.2005	<b>Dr. med. Ansgar M. Chromik</b> <b>Posteraward</b> beim International Meeting: Inflammatory Diseases of Barrier Organs 3. - 4.06.2005, University Hospital, Kiel
09.2005	<b>Frau Maria Krisztina Kasoly</b> Abschluss: " <b>Bachelor of Science in Nursing</b> " an der Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft. Thema der Bachelorarbeit: Case Management-Modelle im Krankenhaus. Darstellung und Begründung eines Beispiels in Deutschland.
01.01.2006	<b>Priv.-Doz. Dr. Ulrich Mittelkötter</b> Ernennung: Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie - Unfallchirurgie -Katharinen-Hospital Unna
01.01.2006	<b>Prof. Dr. med. Waldemar Uhl</b> Aufnahme in den Wissenschaftlichen Beirat des Journals: Der Gastroenterologe
01.01.2006	<b>Frau Dr. med. Kirsten Meurer</b> Ernennung: Oberärztin der Chirurgischen Klinik

## Mitarbeiter

---

- 01.2006            **Prof. Dr. med. Waldemar Uhl**  
**British Journal of Surgery Price 2006** für die Arbeit: Seiler, C.A., Wagner, M., Bachmann, T., Redaelli, A., Schmied, B., Uhl, W., Friess, H., Büchler, M.W.: for the work Randomized clinical trial of pylorus-preserving duodenopancreat-ectomy versus classical Whipple resection – long term results (Brit J Surg 92: 547ff, 2005)
- 28.01.2006        **Frau Claudia Steinfort**  
Erwerb: Facharzt Chirurgie
- 28.01.2006        **Herr Bernd Bolik**  
Erwerb: Facharzt Chirurgie
- 05.2006            **Dr. med. Dirk Weyhe**  
Erwerb: Facharzt für Viszeralchirurgie
- 28.08.2006        **Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Seelig**  
Erwerb Facharzt Proktologie
- 13.-14.10.2006    **Prof. Dr. med. Waldemar Uhl**  
Teilnahme an der Konsensuskonferenz S3-Leitlinie Pankreaskarzinom, GENO-Akademie, Stuttgart
- 15.11.2006        **Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Seelig**  
Umhabilitation an die RUB
- 16.12.2006        **Dr. med. Dirk Weyhe**  
Erwerb Facharzt Intensivmedizin



## Gäste

---

### Gäste der Klinik

Priv.-Doz. Dr. med. O. Tcholakov	21. – 24.04.2004
Dr. med O. Belyaev	19. – 23.05.2004
Prof. Dr. med. Anders Borgström	27.04.2005
Dipl. Ing. Horst Urban	04. – 29.07.2005
Dimitrios Balafontas	01. - 29.09.2005
Dr. med. D. G. Vrachanski	30.09. – 04.11.2005
Dr. med. S.S. Stoykov	01. – 31.10.2005
Dr. med. G. Tzivras	01. – 17.03.2006
Dr. med. M. Brendel	19.07.2006
Priv.-Doz.. Dr. med. H.J. Schrag	23.08.2006

### Gastvorträge:

21.04.2004	<b>Prof. Dr. med. F. Köckerling, Klinikum Siloah, Hannover</b> „Knopflochchirurgie für die Leistenhernie – DRG oder Patientenkomfort entscheidend?“
21.04.2004	<b>Dr. med. G. Weiß, Universitätsklinik Magdeburg</b> Moderne Intensivtherapie – Sicherheit für den multi-morbiden Patienten
21.04.2004	<b>Prof. Dr. med. M.W. Büchler, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg</b> Pankreaschirurgie: Erfahrung macht die Qualität
21.04.2004	<b>Prof. Dr. med. W.E. Schmidt, St.Josef-Hospital Bochum, Klinikum der RUB</b> Bauchzentrum: Beginn einer Viszeralmedizin !
27.04.2005	<b>Prof. Dr. med. A. Borgström, Universitätsklinik Malmö</b> Activation peptides in acute pancreatitis
31.08.2005	<b>Priv.-Doz Dr. med. S. Sakka, Universitätsklinik Jena</b> Kardiopulmonales Monitoring mit PICCO

## Gäste

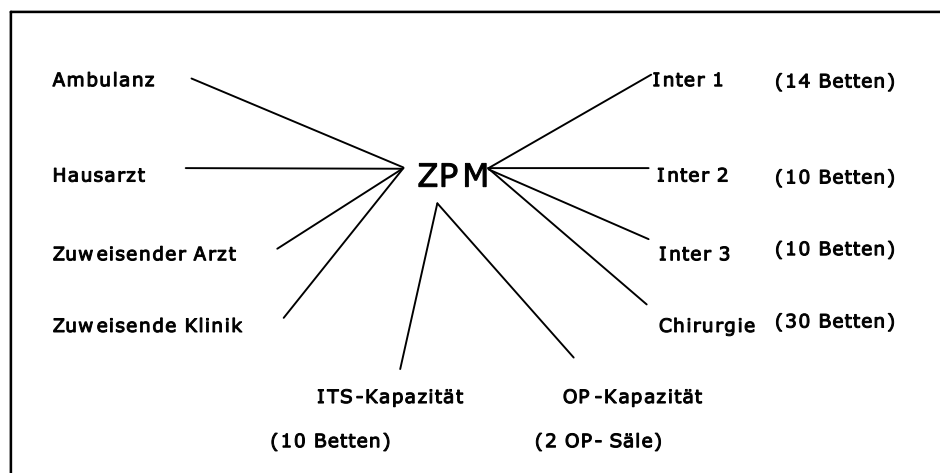
---

- 19.07.2006                    **Dr. med. M. Brendel, Universitätsklinik Gießen**  
Stand der hetero- und autologen Inselzelltransplantation
- 16.08.2006                    **Priv.-Doz. Dr. med. D. Strumberg, Marienhospital  
Herne, Klinikum der RUB**  
Innovative onkologische Konzepte beim Pankreaskarzinom
- 23.08.2006                    **Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Schrag, Universitäts-  
klinik Freiburg**  
Neue Therapieansätze in der Behandlung der  
Stuhlinkontinenz

## Zentrales Patientenmanagement

---

Das Zentrale Patientenmanagement (ZPM) wurde 2004 als neue Organisationsstruktur geschaffen. Seine Aufgabe ist es, den stationären Aufenthalt der Patienten optimal zu terminieren und zu koordinieren sowie die Kooperation mit den zuweisenden niedergelassenen Kollegen und Kliniken zu vereinfachen. Hierfür wurden in unserer Klinik in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Krankenpflegedienstes eine Reihe von Neuerungen eingeführt, die den Ablauf des stationären Aufenthaltes verbesserten.



Mit der Einführung des ZPM wurde die dezentrale, stationsgebundene Einbestellpraxis und Operationsplanung aufgegeben. Das ZPM verfügt täglich über die aktuelle Belegung jedes Patientenzimmers in der Chirurgischen Klinik sowie über die geplanten Entlassungen. Elektive und notfallmäßige Aufnahmen über alle Ambulanzen, niedergelassenen Kollegen und auswärtigen Kliniken werden dem ZPM gemeldet und entsprechend auf die Stationen verteilt. Dadurch wird eine optimale Bettenverteilung erreicht und dem Patienten und Zuweisern der Service der schnellen und reibungslosen stationären Aufnahme gewährleistet. Zeitgleich werden die ärztlichen Kollegen und Mitarbeiter des Krankenpflegedienstes nahezu komplett von der zeitaufwendigen administrativen Aufgabe der Bettenplanung und -verteilung entlastet. Dadurch kann der Patientenversorgung auf Station mehr Zeit gewidmet werden.

Über das ZPM erfolgt die Terminierung der Operationen unter optimaler Auslastung der täglich verfügbaren OP- und Intensivkapazität. Durch diese zentrale Vergabepaxis können dringlichere OP Termine kurzfristig vergeben werden. Selbstverständlich können weiterhin Notfalleingriffe jederzeit durchgeführt werden.

## Zentrales Patientenmanagement

---

Durch das ZPM verfügen erstmals alle zuweisenden niedergelassenen Kollegen und Kliniken über einen zentralen und kompetenten Partner, der jederzeit Auskunft bei organisatorischen und medizinischen Fragestellungen erteilen kann. Ebenfalls erfolgt hier, falls noch nicht in den zahlreichen organspezifischen Sprechstunden erfolgt, eine Sichtung und Begutachtung aller Voruntersuchungen. Hierdurch können Doppeluntersuchungen vermieden werden und die präoperative Liegedauer zur Diagnostik durch die Erstellung eines Diagnostikplans auf ein Minimum reduziert werden. Das lästige Warten auf Untersuchungstermine entfällt. Bei abgeschlossener Diagnostik kann sogar ein Aufnahmetermin bis zu 24h vor der Operation vergeben werden.

Mit der Einführung vom ZPM wurde die Wartezeit für die großen visceralchirurgischen Eingriffe auf ca. 2 Wochen reduziert, für kleinere Operationen auf deutlich weniger. Ebenfalls wurde die Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen und anderen Kliniken verbessert. Aber auch für die Patienten besteht durch das ZPM ein fachkundiger Ansprechpartner für organisatorische und medizinische Fragen. Im DRG-Zeitalter konnte die hiermit geforderte Rationalisierung der stationären Liegedauer durch das ZPM über die Verkürzung der präoperativen Liegezeit erreicht werden.

Das ZPM hat sich in seiner Vermittlungsfunktion zwischen ärztlichen Zuweisern und Management im stationären Bereich bewährt. Es hat sich als wirkungsvolles Steuerungsinstrument in der Abteilung etabliert, das einen reibungslosen Ablauf der Patientenaufnahme und OP-Koordination gewährleistet.

### Weitere Informationen:

Zentrales Patientenmanagement:

Frau S. Gremer, Tel.: 0234-509 2200/01; Fax.: 0234-509 2202



Team des ZPM

## Pankreaszentrum

---

### Pankreaszentrum am St. Josef Hospital Bochum

Im Januar 2004 wurde das interdisziplinäre Pankreaszentrum am St. Josef-Hospital Bochum gegründet und seither wurden über 2000 Patienten mit Pankreaserkrankungen beraten und/oder behandelt. Mit Stichtag 24. Januar 2007 wurden davon **500 Patienten mit verschiedensten Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen operiert**. Die Operationsindikationen und Ergebnisse sind in der Tabelle im Anschluß zu entnehmen. Im Nachfolgenden sollen die beiden häufigsten Erkrankungen an der Bauchspeicheldrüse, das Pankreaskarzinom und die chronische Pankreatitis, dargestellt werden.

Bauchspeicheldrüsenerkrankungen zeigen eine deutliche weltweite Zunahme, v.a. in den Industrieländern. Dies liegt zum einen an unserem Lifestyle („gutes und üppiges Essen“ mit wenig Bewegung sowie Alkohol und Rauchen) und zum anderen an der demographischen Entwicklung mit immer mehr älteren und älter werdenden Menschen. Der **Bauchspeicheldrüsen-Krebs (Pankreaskarzinom)** steht heute in der Krebstodesursachen-Statistik an 4. Stelle und hat den Magenkrebs bereits überholt. In NRW kommt es pro Jahr zu ca. **2.500 Neuerkrankungen** und die Erkrankungshäufigkeit steigt mit dem Alter (jenseits von 75 Jahren liegt die Erkrankungshäufigkeit bei 200 auf 100.000 Einwohner). Zwar sind die Heilungsaussichten beim Pankreaskarzinom auch heute noch gering, es hat sich in den letzten Jahren in Bezug auf die Therapie und die Prognose aber Einiges getan. Mit radikaler und komplikationsarmer Chirurgie und postoperativer Chemotherapie lassen sich heute wesentlich bessere Überlebenschancen erzielen mit **5-Jahresüberlebensraten von 25-30%**. Neuerdings lassen sich auch Blutgefäße, die vom Tumor befallen sind, mit entfernen und rekonstruieren. Neben diesen Neuerungen in der chirurgischen Technik gibt es gezielte Chemotherapien in Kombination mit Strahlentherapie, wobei große Hoffnungen in neue Chemotherapeutika gesetzt werden, die aus der molekularbiologischen Tumorforschung entwickelt wurden, wie etwa Antikörper gegen Wachstumsfaktoren und Gefäßneubildung.

Ein weiteres wichtiges Krankheitsbild, das einer interdisziplinären Behandlung zugeführt werden sollte, ist die **chronische Bauchspeicheldrüsen-Entzündung (=chronische Pankreatitis)**. In NRW kommt es pro Jahr zu ca. 1.500 Neuerkrankungen. Die Hauptursache (80%) dieser gutartigen Erkrankung ist ein zu hoher langjähriger Alkoholkonsum, aber es gibt auch vererbte Formen, so dass auch Kinder und Jugendliche betroffen sein können. Unser jüngster operierter Patient mit chronischer Pankreatitis und jahrelangen Bauchschmerzen war 10 Jahre alt, dem es heute sehr gut

## Pankreaszentrum

---

geht. Die davon betroffenen Patienten leiden unter chronischen, oft schwer behandelbaren Schmerzen und entwickeln im Verlauf häufig Komplikationen an Nachbarorganen, so dass ein operativer Eingriff bei jedem 2. Patienten innerhalb von wenigen Jahren erforderlich wird. Mit Hilfe von neuen interventionellen endoskopischen Verfahren können in der Frühphase heute eine Reihe von Komplikationen der chronischen Pankreatitis behandelt oder zumindest beschwerdegebessert bis zur Operation überbrückt werden.

Diese modernen Therapiekonzepte beim Pankreaskarzinom und der chronischen Pankreatitis lassen sich nur in einem interdisziplinären Team realisieren, in dem professionelle Erfahrung bei Ärzten und Pflegepersonal vorhanden ist. Internisten, Gastroenterologen, Chirurgen und Onkologen sowie weitere benachbarte Disziplinen (Radiologie, Anästhesie, Ernährungs-therapie) bringen dabei jeweils ihr Expertenwissen für die richtige Diagnose und Therapie-Entscheidung beim individuellen Patienten ein. Ganz besonders wichtig nach den großen Pankreaseingriffen ist die Versorgung auf der Station und ein gezielter postoperativer Nahrungsaufbau. Hierzu wurde gemeinsam mit den Ernährungstherapeuten und der Pflege eine **Ernährungsbroschüre** entwickelt. Hier an dieser Stelle gebührt unserer Ernährungsmedizinischen Beraterin, **Frau R. Holr-Larose**, und der Stationsleiterin von Inter2, **Frau C. Auerkamp**, ein besonderer Dank, auf deren Initiative diese schöne Ernährungsbroschüre entstanden ist. Nach den aufwändigen und komplexen operativen Eingriffen waren die Patienten und Angehörigen nach dem Krankenhausaufenthalt oft auf sich alleine gestellt, weshalb bereits vor 30 Jahren eine sehr aktive Patientenorganisation, der **Arbeitskreis der Pankreatektomierten (AdP)** gegründet wurde und an die unsere Patienten gerne weiter empfohlen werden. Mit dem AdP besteht ein reger Austausch und eine gute Kooperation mit gemeinsamer Ausrichtung von Informationsveranstaltungen. In dieser bundesweiten Selbsthilfegruppe mit über 1200 Mitgliedern kommen Patienten zusammen, die an der Bauchspeicheldrüse operiert wurden. Zu den Aufgaben des AdP gehören u.a. Information der Patienten und der wichtige Erfahrungsaustausch untereinander.

Auch aus ökonomischen Gesichtspunkten ist die Bildung von spezialisierten Kliniken in diesem Zusammenhang wichtig. Aufgrund des wachsenden Kostendrucks in unserem Gesundheitssystem liegt es im Interesse der Allgemeinheit und der Kostenträger, dass Patienten in regionale Spezialkliniken überwiesen werden, die über eine ausreichende Erfahrung in der Diagnostik und Durchführung bestimmter und vor allen Dingen komplexen Eingriffe verfügen. Vor allem für Pankreaseingriffe konnte in mehreren

## Pankreaszentrum

---

Studien gezeigt werden, dass hohe Fallzahlen und entsprechende Erfahrung nicht nur zu besseren klinischen Ergebnissen führen, sondern auch zu reduzierten Kosten pro Behandlungsfall, so dass derartige Operationen im DRG-Zeitalter für die Klinik lohnend sind.

Mit den nach 3 Jahren erreichten Zahlen und Ergebnissen ist das Pankreaszentrum am St. Josef-Hospital in NRW das **größte Zentrum dieser Art** und darauf können alle Beteiligten stolz sein. Es ist uns bewusst, dass diese unglaubliche Leistung nur durch die Kooperation und das Engagement von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Hause möglich war. Ein besonderer Dank gilt vor allen Dingen den Pflegenden auf den Stationen, die in den letzten Jahren durch die Änderung im Patientengut in der Chirurgischen Klinik eine große Aufgabe bewältigt haben und dies auch trotz des knappen Personals stets bewältigen.

<b>Anzahl behandelter Patienten</b>	n= 2000
<b>Anzahl operierter Patienten</b>	n= 500 (27,7%)
Bösartige Pankreastumore (Karzinome)	n= 291 (58,2%)
Gutartige Pankreastumore	n= 31 ( 6,2%)
Chronische Pankreatitis	n= 134 (26,8%)
Akute Pankreatitis	n= 17 ( 3,4%)
Andere Erkrankungen	n= 21 ( 4,2%)
<b>Komplikationsrate</b>	n= 69 (13,8%)
<b>Sterblichkeit bei Resektionen *</b>	n= 7 ( 2,2%)
<b>Liegezeit nach der Operation *</b>	14 Tage (Durchschnitt)

**Tab.: Interdisziplinäres Pankreaszentrum am St. Josef-Hospital Bochum. Darstellung der Patienten mit Pankreaserkrankungen und der chirurgischen Ergebnisse im Zeitraum 2004-2006.** \* Angaben für ausgedehnte operative Eingriffe (n=307). Die aktuellen Daten können auf unserer Homepage: [www.pankreaszentrum.de](http://www.pankreaszentrum.de) nachgelesen werden.



## Spezialsprechstunden

---

### Schilddrüsenprechstunde

**Leitung:** Fr. OÄ Dr. K. Meurer  
Fr. C. Steinfort

In der Schilddrüsenprechstunde werden alle Patienten mit Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenenerkrankungen ambulant beraten.

Durch die gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten liegen zum Vorstellungszeitpunkt meist die wesentliche Befunde und die aktuellen Schilddrüsenwerte vor. Im Rahmen des Beratungsgespräches führen wir eine gezielte chirurgische Sonographie der Schilddrüse mit Erfassung und Dokumentation der knotigen Veränderungen durch. In der Zusammenschau der Befunde werden dem Patienten dann die verschiedenen Therapiemöglichkeiten mit allen Vor- und Nachteilen erörtert. Diese umfassen neben einer Operation auch konservative Verfahren wie eine Radiojodbehandlung oder eine medikamentöse Therapie.

Sollte eine Operation notwendig sein, wird im Rahmen der ambulanten Untersuchung der stationäre Aufenthalt geplant. Dies umfasst zum einen weitere notwendige Untersuchungen (HNO-ärztliche Laryngoskopie und Untersuchungen zur Abklärung der OP-Fähigkeit). Zum anderen wird festgelegt, ob die Operationsvorbereitung prästationär erfolgen kann.

Schilddrüsenprechstunde (Mo 10-15 Uhr, Do 14-17 Uhr):

ZPM Tel.: 0234 / 509-2200  
-2201  
Fax: 0234 / 509-2202

E-Mail: [zpm@klinikum-bochum.de](mailto:zpm@klinikum-bochum.de)  
Internet-Homepage: [www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)

## Spezialsprechstunden

---

### Herniensprechstunde

**Leitung:** OA Dr. D. Weyhe  
Fr. OÄ Dr. K. Meurer

In der Herniensprechstunde werden Patienten mit Leistenhernien oder Nabelhernien, aber auch mit komplexen Bauchdeckenhernien oder komplizierten Rezidivhernien beraten. Während der ambulanten Untersuchung wird der Patient über die verschiedenen Operationsverfahren (offen oder laparoskopisch) mit den unterschiedlichen Vor- und Nachteilen informiert. In Abhängigkeit von dem klinischen Befund, den Begleiterkrankungen und dem Patientenwunsch wird das Operationsverfahren festgelegt. Zusätzlich wird entschieden, ob die Operation ambulant oder stationär/prästationär durchgeführt werden kann.

Ein weiterer Schwerpunkt der Sprechstunde liegt in der Diagnostik und Behandlung von chronischen Leistenschmerzen. Es umfasst Patienten, die an der Leiste operiert wurden, wobei wir sowohl eigene als auch auswärts operierte Patienten behandeln. Es schließt aber auch Patienten ein, bei denen kein Leistenbruch als Ursache der Leistenbeschwerden vorliegt.

Bei diesen meist komplexen Beschwerden wird eine aufwendige Diagnostik durchgeführt, die ggf. in Zusammenarbeit mit der Radiologischen Klinik ein spezielles Belastungs-MRT beinhaltet.

Je nach Befund kann dann eine entsprechende Therapie eingeleitet werden, die von einer medikamentösen Therapie bis hin zu mehrmaligen, lokalen Infiltrationen reichen kann. In einigen Fällen kann eine operative Intervention (z.B. Laparoskopie oder lap. Neurektomie) notwendig sein.

### Herniensprechstunde (Mi 14-16 Uhr):

ZPM Tel.: 0234 / 509-2200  
-2201

Fax: 0234 / 509-2202

E-Mail: [zpm@klinikum-bochum.de](mailto:zpm@klinikum-bochum.de)

Internet-Homepage: [www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)

## Spezialsprechstunden

---

### Allgemeine Gastroenterologische Sprechstunde

**Leitung:** Priv.-Doz. Dr. M. Seelig/OA Dr. Ch. Müller  
OA Dr. D. Weyhe  
Fr. OÄ Dr. K. Meurer

In der Allgemeinen Gastroenterologischen Sprechstunde werden alle Patienten mit gut- und bösartigen Erkrankungen des Ösophagus, des Magens, der Leber, der Gallenblase/-wege, der Nebenniere und des Dünn- und Dick-/Enddarmes beraten und behandelt.

Bei jedem zweiten in dieser Sprechstunde vorgestellten Patienten handelt es sich um ein Malignomleiden an diesen Organen als Ersterkrankung oder mit einer Rezidiverkrankung. Nach Durchsicht der entsprechenden Befunde werden diese Fälle ambulant oder stationär über das Zentrale Patienten-Management zur Diagnostik und Therapie aufgenommen.

Bei komplexen Tumorerkrankungen werden die betroffenen Patienten in der einmal pro Woche jeweils mittwochs stattfindenden **Onkologischen Tumorkonferenz** besprochen und die weitere Therapie interdisziplinär festgelegt. Bezüglich der Colorektal-Karzinome besteht eine enge Kooperation mit dem **Darmzentrum Ruhr**, um ein optimales Behandlungskonzept zu erarbeiten und/oder ggf. den Patienten in eine prospektive Studie entsprechend unserer universitären Zentrumsaufgabe einzuschliessen.

Allgemeine Gastroenterologische Sprechstunde (Mi 10-12 Uhr, Do 14-17 Uhr):

ZPM Tel.: 0234 / 509-2200  
-2201  
Fax: 0234 / 509-2202

E-Mail: [zpm@klinikum-bochum.de](mailto:zpm@klinikum-bochum.de)  
Internet-Homepage: [www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)  
[www.darmzentrum-ruhr.de](http://www.darmzentrum-ruhr.de)

## Spezialsprechstunden

---

### Proktologiesprechstunde/ Stomaberatung

**Leitung:** Ltd. OA Priv.-Doz. Dr. M. Seelig  
Hr. B. Bolik  
Dr. S. Kersting

In der proktologischen Spezialsprechstunde werden alle Patienten mit Erkrankungen des Enddarms, des Dammbereiches, des Schließmuskels und mit Stomaproblemen beraten und behandelt. Dies umfasst meist gutartige Erkrankungen wie Hämorrhoiden, Marisken, Fisteln und Analabszesse.

Die ambulante Untersuchung beinhaltet eine digitale Untersuchung des Enddarms, eine Rektoskopie und je nach Krankheitsbild ggf. eine rektale Endosonographie und eine Sphinkterdruckmessung. In Abhängigkeit der Befunde wird dann ein Therapiekonzept erstellt, das konservative oder operative Verfahren enthält. Die Sprechstunde behandelt zusätzlich Patienten nach einer Operation mit komplexen Analfisteln und -abszessen, die ggf. ein mehrzeitiges, operatives Vorgehen benötigen.

Weiterhin werden Patienten mit Beckenbodeninsuffizienzen und Schließmuskelschwäche behandelt. Meist schließt sich der ambulanten Untersuchung noch eine komplexe, im Rahmen eines kurzen stationären Aufenthaltes durchgeführte Diagnostik an. Neben einer Operation kann dann ein Schließmuskeltraining erforderlich werden. Dies wird in Zusammenarbeit mit der Fa. Innocept ambulant angepasst.

Es werden auch die Patienten mit malignen Tumoren des Enddarms diagnostiziert. Die ambulante Untersuchung dient zur Einschätzung der lokalen Tumorausdehnung, um in Kooperation mit den Onkologen und Strahlentherapeuten sowie dem Darmzentrum Ruhr das Therapiekonzept festzulegen. Das umfasst leitliniengerecht eine primäre Operation, eine Kurzzeitvorbestrahlung des Tumors oder eine Langzeitbehandlung mit Bestrahlung und Chemotherapie bei lokal fortgeschrittenen Tumoren.

Bei Vorstellung von Patienten mit Stomaproblemen (z.B. Versorgungsschwierigkeit oder Stomaprolaps oder -hernie, etc) ist eine **professionelle Stomaschwester** beratend vor Ort tätig. Bestens bewährt hat sich hier auch die Zusammenarbeit mit der **ILCO**, der Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs.

## Spezialsprechstunden

---

Proktologische/Stomasprechstunde (Di 14-16 Uhr, Do 10-12 Uhr):

ZPM

Tel.: 0234 / 509-2200

-2201

Fax: 0234 / 509-2202

E-Mail:

[zpm@klinikum-bochum.de](mailto:zpm@klinikum-bochum.de)

Internet-Homepage:

[www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)

[www.darmzentrum-ruhr.de](http://www.darmzentrum-ruhr.de)

## Spezialsprechstunden

---

### Pankreassprechstunde

**Leitung:** Prof. Dr. W. Uhl  
OA Dr. R. Jochum

In der Pankreassprechstunde werden alle Patienten mit chronisch-entzündlichen oder bösartigen Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse vor und/oder nach ihrer stationären Aufnahme untersucht und beraten.

Je nach Beschwerde- u. Krankheitsbild wird ambulant die Indikation zur weiterführenden stationären Diagnostik oder zur operativen Therapie gestellt. Das Spektrum umfasst neben der Abklärung von Oberbauchbeschwerden, Stuhlnunregelmäßigkeiten, fettigen Durchfällen die Therapie von chronischen Pankreatitiden mit unterschiedlichsten Ausprägungen bzgl. der Organveränderungen. Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der Behandlung der Pankreastumore. Einen wichtigen Anteil machen die Patienten aus, die sich, teilweise auch schon nach erfolgter Operation, eine „zweite Meinung“ zu einem Therapiekonzept einholen möchten.

Zusätzlich werden Patienten, die in unserer Klinik diagnostiziert oder operiert wurden, nachbetreut und bei Bedarf auch längerfristig im Zusammenarbeit mit unserer gastroenterologische Abteilung behandelt. Dies betrifft vor allem die Patienten mit einer chronischen Pankreatitis, die zunächst noch keiner operativen, sondern einer medikamentösen Therapie bedürfen. Aber auch bei den operierten Patienten werden ambulant die Stoffwechselfunktionen (Enzymsubstitution, Insulin) überwacht und eingestellt. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit der Ernährungs- und Diabetesberatung, die bereits während des stationären Aufenthaltes die Patienten nach festen Schemata schult.

Um weit entfernt und im Ausland lebenden Patienten den Kontakt zu erleichtern, bieten wir neben der ambulanten, persönlichen Vorstellung auch eine Beratung bzw. Kontaktaufnahme über Telefonate und Internet an.

Pankreassprechstunde (Mo, Di und Do, Termin nach Vereinbarung):

Fr. Bures (CA-Sekretariat): Tel.: 0234 / 509-2211  
Fax: 0234 / 509-2209  
E-Mail: [w.uhl@klinikum-bochum.de](mailto:w.uhl@klinikum-bochum.de)  
Internet-Homepage: [www.pankreaszentrum.de](http://www.pankreaszentrum.de)





## Operative Intensivstation

---

### Patientenversorgung

#### Operative Intensivstation

**Ärztliche Leitung Anästhesie:** Prof. Dr. H. Laubenthal  
OA Dr. A. Meiser

**Ärztliche Leitung Chirurgie:** Prof. Dr. W. Uhl  
OA Dr. D. Weyhe

**Leitung Pflege:** Hr. S. Enders  
Fr. S. Demberg

Die operative Intensivtherapiestation (OP-ITS) wird gemeinsam von der Klinik für Anaesthesiologie und der Klinik für Chirurgie geführt und umfasst 10 Intensivbehandlungsplätze. Neben Patienten aus der Allgemein- u. Viszeralchirurgie werden auch Patienten der gefäßchirurgischen und der traumatologisch-orthopädischen Klinik betreut. Im Jahr 2006 wurden 1092 Neuaufnahmen registriert. Abb. 1 zeigt ein Histogramm der Verweildauer dieser Patienten auf der Intensivstation.

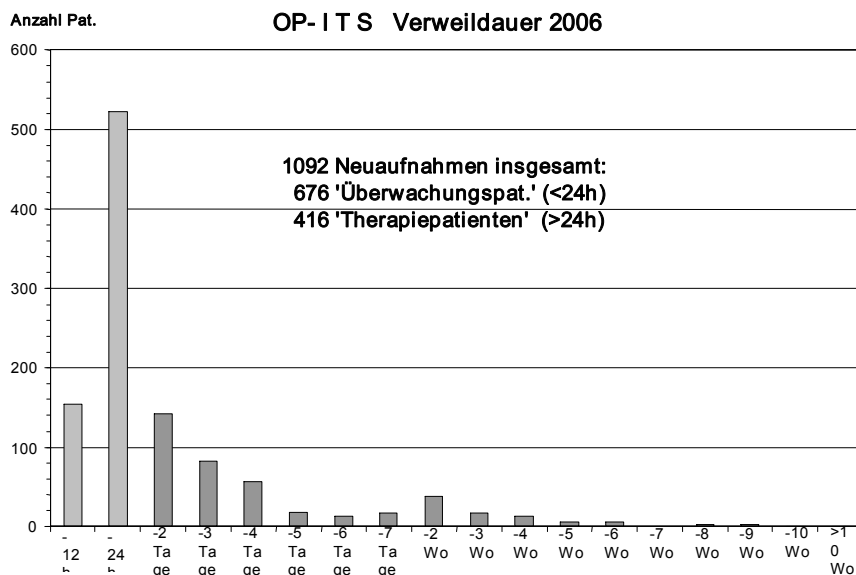


Abb. 1: Verweildauer der im Jahr 2006 auf die OP-ITS aufgenommenen Patienten

Nach den INEK-Vorgaben werden „Therapiepatienten“, die länger als 24 Stunden auf einer Intensivstation behandelt werden müssen, sogenannten „Überwachungspatienten“ gegenüber gestellt, die zum raschen Erkennen von Komplikationen bis zu 24 h intensiv

## Operative Intensivstation

kreislaufüberwacht werden. Postoperative Patienten, die zum Beispiel Bluttransfusionen, eine angepasste Infusions- oder eine Beatmungstherapie benötigen, und die am ersten postoperativen Tag auf Normalstation verlegt werden, fallen aufgrund der Vorgaben in die letztere Gruppe.

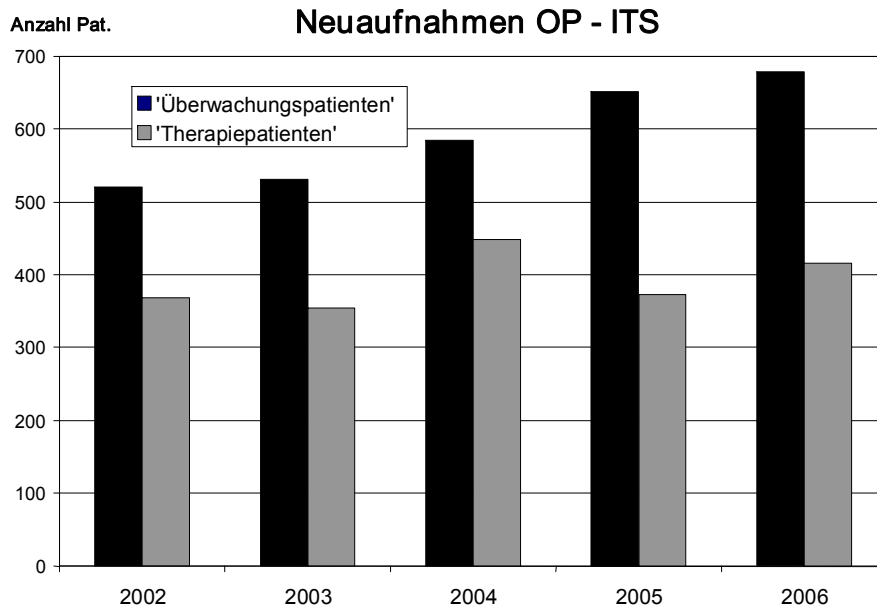


Abb. 2: Balkendiagramm der auf der OP-ITS aufgenommenen Patienten in den Jahren 2002 bis 2006, getrennt nach „Überwachungs-„ und „Therapiepatienten“

Über die letzten Jahre ist eine deutliche Zunahme der „Überwachungspatienten“ zu verzeichnen, wie Abb. 2 zeigt. Hierbei handelt es sich meist um Patienten, die aufgrund der Schwere des Eingriffs oder aufgrund von Vorkrankheiten postoperativ überwacht und therapiert wurden. Der Anteil der Patienten, die aufgrund Ihrer Erkrankung (z.B. Peritonitis, Pankreatitis) oder aufgrund postoperativer Komplikationen länger auf der OP-ITS therapiert wurden, ist dagegen annähernd konstant geblieben. Dies ist umso bemerkenswerter, als dass Patienten, die nach vergleichbaren operativen Eingriffen in früheren Jahren auf der Intensivstation aufgenommen worden wären, heute meist, nach Überwachung im Aufwachraum, direkt auf die periphere Krankenpflegestation verlegt werden, wie sich anhand einiger Leit-Operationen (Carotisoperationen, unkomplizierte Hüftendoprothetik) leicht zeigen lässt.

Der Anteil an Notfallpatienten ist mit 46% an den „Überwachungspatienten“ und mit 69% an den „Therapiepatienten“ äußerst hoch. Diese Patienten wurden nicht geplant nach einem elektiven Eingriff auf die OP-ITS aufgenommen, sondern ungeplant.

## Operative Intensivstation

---

Im Zusammenhang mit der hohen Bettenbelegung von über 90% spiegelt sich hierin die Flexibilität des auf der OP-ITS arbeitenden Teams und das reibungslose Funktionieren der Schnittstellen (Zentrale Patientenaufnahme, OP-Bereich, andere Stationen und Intensivstationen) wider.

Die OP-ITS wurde baulich im Jahr 1989 fertig gestellt und gerätetechnisch in der Folge auf dem neuesten Stand gehalten. Die Qualität der Behandlung konnte durch Einführung eines ärztlichen Schichtdienstes im Januar 2005 gesteigert werden. Für die Beatmung werden moderne Intensivrespiratoren vom Typ Bennett 840<sup>®</sup> (Tyco Healthcare) und Evita 2<sup>®</sup> (Dräger medical, s. Foto) eingesetzt. Mit Respiratoren vom Typ Bipap Vision<sup>®</sup> (Respironics) können Patienten nichtinvasiv über eine Gesichtsmaske beatmet werden. Dadurch kann eine Intubation in vielen Fällen vermieden werden.

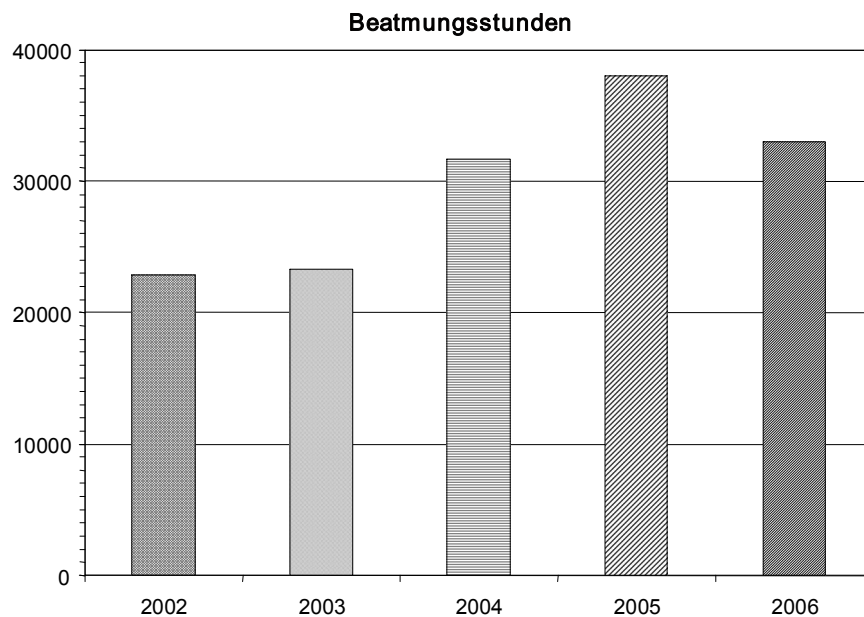


Abb. 3: Summe der auf der OP-ITS geleisteten Beatmungsstunden

Die Summe der auf der OP-ITS geleisteten Beatmungsstunden hat über die letzten Jahre deutlich zugenommen, wie Abb. 3 zu entnehmen ist. Die Spitze im Jahr 2005 erklärt sich durch einen Patienten mit schwerer COPD als Vorerkrankung, der insgesamt 5476 Stunden (228 Tage) beatmet und insgesamt 285 Tage auf der OP-ITS therapiert wurde. Nach einem kurzen Anschlussaufenthalt in einer Reha-Klinik konnte der Patient ohne Atemhilfe in seine häusliche Umgebung entlassen werden.

Eine längerfristige Respiratortherapie erfolgt regelhaft über Trachealkanülen. Dabei hat die Punktionstrachostomie mit Schraubendilatator nach Frova den klassischen offenen Luftröhrenschnitt weitgehend verdrängt.

## Operative Intensivstation

---

Die Trachostomie erfolgt unter bronchoskopischer Kontrolle. Nach Entfernen der Trachealkanüle wird die Öffnung mit einem Klebeverband abgedichtet und schließt sich innerhalb weniger Tage.

Zur Analgesie werden nichtsteroidale Schmerzmittel mit Opioiden kombiniert. Zu elektiven Baueingriffen werden Periduralkatheter angelegt, die mit Ropivacain plus Sufentanil beschickt werden. Im Sinne der „Fast Track Rehabilitation“ kann durch dieses Vorgehen die postoperative Wiedergenesung beschleunigt werden. Mit Hilfe von patientenkontrollierten Schmerzpumpen, die sowohl intravenös (PCA), wie auch peridural (PCEA) angeschlossen werden, gewinnen die Patienten ein Höchstmaß an Autonomie.



Abb. 4: Die Vorteile der inhalativen Sedierung rechtfertigen den etwas höheren apparativen Aufwand (1=Anästhetikareflektor, 2=Gasmonitor, 3=Anästhesiegasfortleitung)

Die Langzeitsedierung mit intravenösen Medikamenten ist mit den Nachteilen Atemdepression, Darmlähmung sowie Kumulation mit verzögertem Aufwachen oft über mehrere Tage behaftet. Daher setzen wir für die Langzeitsedierung zunehmend moderne Anästhetika ein, die die Patienten in niedriger Konzentration inhalieren (Abb. 4). Wenn es den Patienten wieder besser geht, wird die Zufuhr gestoppt und die Anästhetika werden sehr rasch abgeatmet. Das vorhersagbar schnelle Aufwachen rechtfertigt den etwas höheren apparativen Aufwand. Diese inhalative Sedierung oder **ANACONDA-Behandlung** stellt ein neues Therapiekonzept dar. Hier sind unsere anästhesiologischen

## **Operative Intensivstation**

---

Kollegen Vorreiter in Deutschland und beteiligt bei der Erstellung der neuen Siedierungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin.

Zum erweiterten Kreislaufmonitoring wird bei den meisten Therapiepatienten das PiCCO<sup>®</sup>-System (Pulsion medical) eingesetzt. Dabei wird das Herzzeitvolumen zunächst mittels transpulmonaler Thermodilution und anschließend über eine kontinuierliche Pulskonturanalyse ermittelt. Auch werden das extravaskuläre Lungenwasser ebenso wie das zentrale Blutvolumen als echte Volumenparameter bestimmt. Demgegenüber wurde vom Swan-Ganz-Katheter als früherem ‚Goldstandard‘ zur HZV-Messung wegen höherer Invasivität und Komplikationsrate Abstand genommen.

Im Falle eines akuten Nierenversagens werden kontinuierliche Nierenersatzverfahren angewandt, die für kritisch kranke Patienten wesentlich schonender sind als die Kurzzeitdialyse. Diese Verfahren werden durch das Stationsteam vor Ort circa 200mal pro Jahr eingesetzt. Dabei kann die Antikoagulation im pumpengetriebenen extrakorporalen Kreislauf durch Citrat erfolgen, wenn wegen Blutungsrisiko eine hochdosierte Heparin-gabe unterbleiben muss. Zum therapeutischen Spektrum gehören ferner die Hämo-filtration zur Giftstoffelimination, die Immunadsorption zur Entfernung autoaggressiver Antikörper, Plasmapherese und Verfahren zur Unterstützung der Leberfunktion.

Aber auch bei einer hochtechnisierten Ausstattung muss Intensivmedizin menschlich bleiben. Auch beatmete Patienten brauchen menschliche Zuwendung. Abb. 5 zeigt, wie liebevoll eine unserer Pflegekräfte einen Patienten betreut.

## Operative Intensivstation

---



Abb. 5: Beatmete Patienten werden von den Pflegekräften liebevoll betreut

Manchmal muss bei Aussichtslosigkeit der Behandlung über deren Sinn nachgedacht werden. Mit einer fortwährend verbesserten Intensivmedizin ist es möglich, immer mehr Organe zu unterstützen oder gar deren Funktion ganz zu ersetzen. Aber was ist, wenn die Organfunktionen sich nicht wieder erholen? Wenn das Leben nur künstlich aufrechterhalten wird? Oder andersherum: wenn der Mensch am Sterben gehindert wird?

Wenn ein Angehöriger oder jemand im therapeutischen Team diese oder ähnliche Fragen stellt, setzen wir uns zusammen und versuchen in einem Ethikgespräch für den individuellen Patienten die beste Lösung zu finden. Zum Kreis gehören die betreuenden Pflegekräfte, der Stationsarzt, jeweils ein Oberarzt der Anästhesie, der Chirurgie, eventuell ein Arzt einer anderen Fachabteilung, falls diese an der Behandlung beteiligt ist. Moderiert wird das Gespräch von einem Seelsorger. Entscheidend ist immer der (mutmaßliche) Wille des Patienten. Da die meisten Patienten in diesem Stadium sediert und beatmet sind, können wir sie nicht direkt fragen, welche Behandlungsmethode sie noch wünschen, und welche nicht. Sehr hilfreich kann in dieser Situation eine Patientenverfügung sein. Oder wir versuchen durch Befragen der Angehörigen oder des Hausarztes den mutmaßlichen Willen des Patienten zu rekonstruieren. Ergebnis dieses Gespräches ist ein Votum, das im Einvernehmen mit den beiden Chefärzten formuliert

## **Operative Intensivstation**

---

wird. Dieses Votum ist eine Empfehlung an die weiter betreuenden Ärzte und Pflegekräfte. Es wird zum Beispiel empfohlen, die Therapie noch weiter fortzuführen und gegebenenfalls zu steigern, z.B. noch einmal ein neues Antibiotikum einzusetzen, oder die Therapie fortzuführen, aber nicht weiter zu eskalieren, oder auch einzelne oder mehrere Behandlungsmethoden zu beenden oder zu reduzieren und palliative Maßnahmen einzuleiten. Darunter verstehen wir eine gute Schmerzausschaltung, Vermeidung von Hunger- und Durstgefühlen, sowie eine Fortführung aller Pflegemaßnahmen. Das Votum wird mit den Angehörigen besprochen und einvernehmlich umgesetzt.

## Chirurgische Station

---

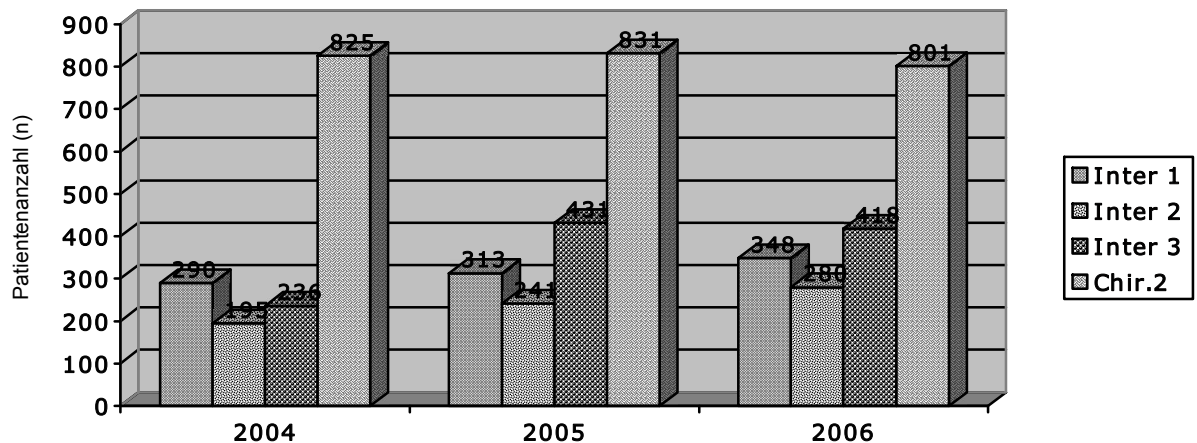
### Chirurgische Stationen

Zur Klinik für Chirurgie gehören die interdisziplinäre Privatstation Inter 1 (14 Betten), die interdisziplinäre „Bauchstation“ Inter 2 (10 „chirurgische“ Betten, gesamt 20 + 2 Reservebetten), eine interdisziplinäre Kurzliegerstation Inter 3 (10 chirurgische Betten, gesamt 30 Betten) und die allgemeinchirurgische Station Chir 2 (30 Betten) sowie die operative Intensivstation, die in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Anästhesiologie geführt wird. Weiterhin wird die neu errichtete interdisziplinäre Ambulanz und Liegendanfahrt (zentrale Patientenaufnahme –ZPA) von der Chirurgischen Klinik genutzt.

Beginnend im Jahr 2004 erfolgte eine Umstrukturierung der Allgemeinchirurgischen Klinik mit kompletter Ausgliederung der Unfallchirurgie und Integration in die Orthopädische Klinik (Direktor: Prof. Dr. med. J. Krämer). Bedeutender war aber der Aufbau der Interdisziplinären Stationen, hier führend die Errichtung einer „Bauchstation“, Inter 2. Auf diese Weise wurde die Zusammenarbeit mit den Kollegen der Medizinischen Klinik I (Direktor: Prof. Dr. med. W.E. Schmidt) intensiviert, um dadurch eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit gastroenterologischen Krankheitsbildern zu gewährleisten.

Durch die Arbeit des Zentralen Patienten-Managements (ZPM) konnte die präoperative Diagnostik optimiert werden, so dass die stationäre Verweildauer der Patienten bei insgesamt steigendem Schweregrad der Erkrankungen (CMI) konstant gehalten werden konnte.

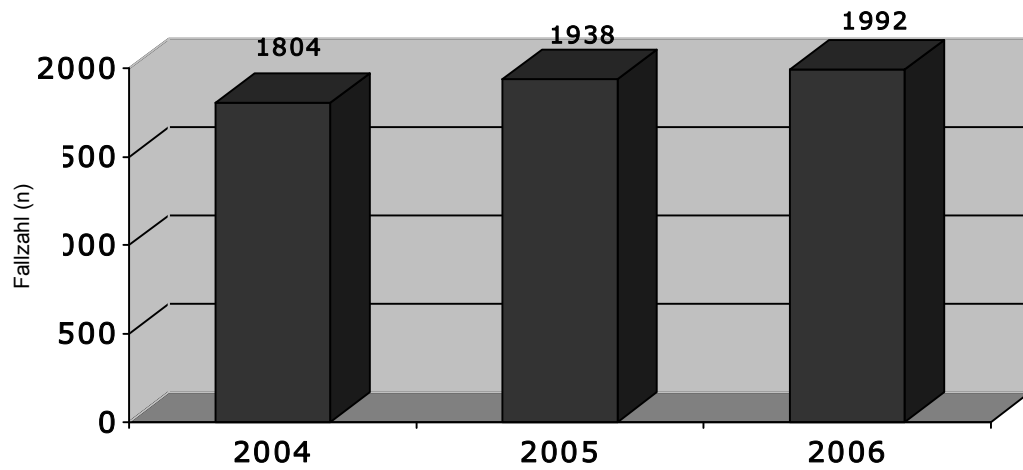
### Fallzahlen der einzelnen Chirurgischen Stationen





## Chirurgische Station

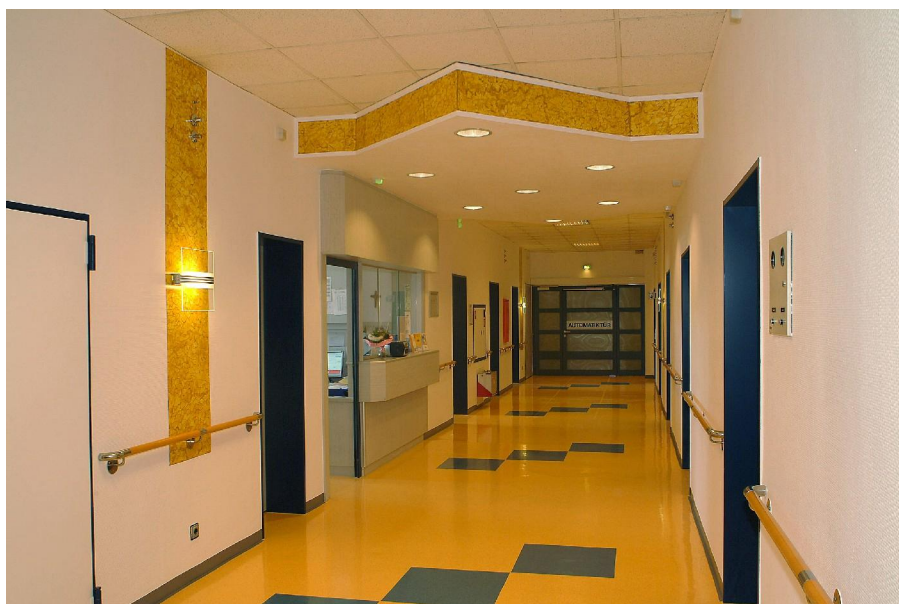
### Gesamtfallzahlen der Chirurgischen Klinik



### Stationen und Kontakte

Station	Telefon- Nr.	Pflegeleitung
Inter 1	0234/ 509- 2028	Sabine Kesting
Inter 2	2005	Claudia Ammerkamp
Inter 3	2009	Antje Weinkauf
Chir. 2	2018	Klaudia Wenke

### Station Inter 2 und Inter 3:



Flur der im Dezember 2006 renovierten Interdisziplinären Bauchstation

## Chirurgische Station

---



Blick in ein 2-Bettzimmer der im Dezember 2006 renovierten Interdisziplinären Bauchstation



Blick auf das Stationsschwesternzimmer der im August 2006 renovierten Interdisziplinären Kurzliegerstation

## Operationen

### Operationen

#### Operationszahlen im Überblick

In den vergangenen 3 Jahren erfolgte eine erhebliche Leistungssteigerung hinsichtlich der Fallzahlen, weshalb die Chirurgische Klinik im St. Josef-Hospital inzwischen zu den TOP 3-Abteilungen gehört.

Das heutige Patientengut setzt sich zu zwei Dritteln aus dem Bereich der kleinen und mittleren sowie einem Drittel aus der großen Allgemein- und Viszeralchirurgie zusammen. Im klinischen Schwerpunkt Interdisziplinäres Pankreaszentrum wurden in den letzten 3 Jahren 2000 Patienten mit unterschiedlichen Pankreaserkrankungen beraten oder behandelt, wovon 500 operiert wurden.

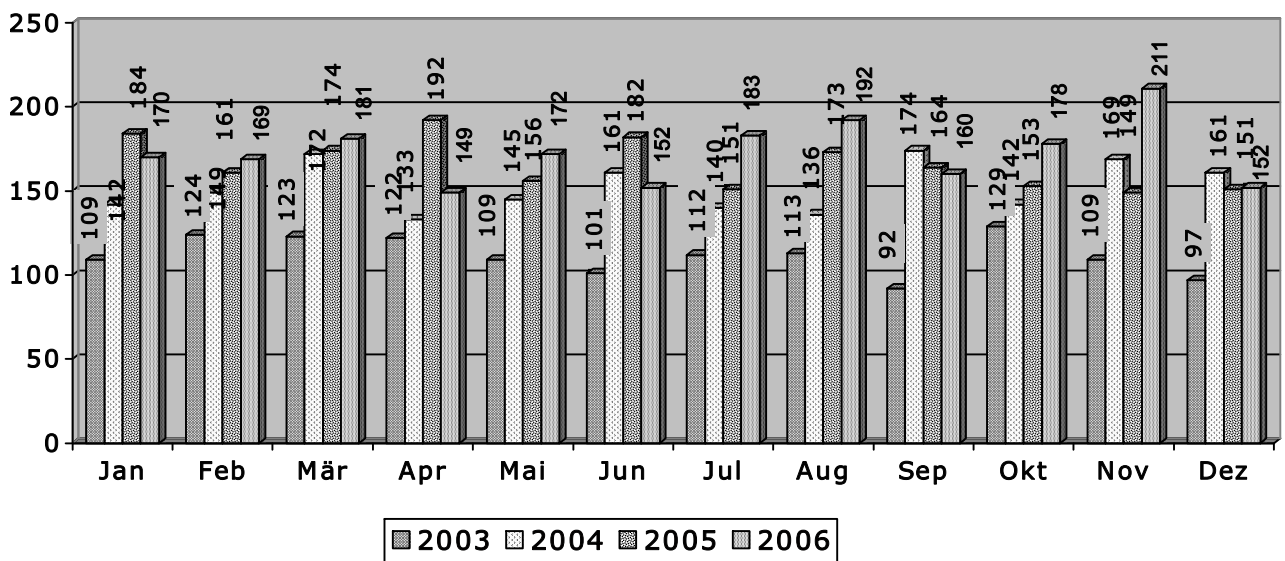


Abbildung zeigt die Operationszahlen pro Monat in den Jahren 2003 bis 2006 im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

## Operationen

---

### Operative Schwerpunkte der Klinik (2004-2006)

#### Mittlere und kleine Chirurgie:

<b>Schilddrüsen:</b>	<b>Σ 299</b>
Thyreoidektomie	200
Hemithyreoidektomie	26
Hemithyreoidektomie und subt. Resektion	46
Restthyreoidektomie	12
Subtotale Resektion einseitig	15
<b>Nebenschilddrüsen</b>	<b>Σ 14</b>
Thyreoidektomie/Parathyreoidektomie	9
Hemithyreoidektomie/Parathyreoidektomie	2
Parathyreoidektomie	3
<b>Magen:</b>	<b>Σ 190</b>
Gastrektomie, Y-Roux	29
Restgastrektomie	7
2/3 Magenresektion	16
subtotale Magenresektion	13
Wedge-Resektion	17
Ulcusexzision und Naht	29
GE	72
Sonstige	7
<b>Kolon:</b>	<b>Σ 465</b>
<b>Sigmaresektion:</b>	<b>Σ 180</b>
Konventionell	137
Laparoskopisch	43
Hemikolektomie li.	46
Hemikolektomie re.	92
Transversumresektion	9
<b>Ileozökalresektion:</b>	<b>Σ 30</b>
Konventionell	29
Laparoskopisch	1
Kontinuitätswiederherstellung	22
Kolostomaanlage	25
Kolostomarückverlagerung	8

## Operationen

---

Kolonsegmentresektion	20
Sonstige	33

<b>Gallenblase:</b>	<b>Σ 1035</b>
Laparoskopisch	400
Konversion	55
Konventionell	58
Im Rahmen anderer Eingriffe	522

<b>Appendektomien:</b>	<b>Σ 668</b>
Laparoskopisch	443
Konversion	33
Offen	40
Im Rahmen anderer Eingriffe	152

<b>Hernien:</b>	<b>Σ 1082</b>
Leistenhernien	793
Nabelhernien	160
Narbenhernien	110
Epigastrische Hernien	19

### OP Verfahren Leistenhernien:

TEP	79,7%
Lichtenstein	16,3%
Shouldice	1,8%
Stoppa	0,5%
Lotheisen-Mc Vay	0,5%
Perfix Plug	0,3%

### OP Verfahren Nabelhernien

Stoß auf Stoß	44,4%
Mayo	33,8%
Ventralex	13,1%
Sublay	8,1%
Onlay	0,1%

## Operationen

---

### OP Verfahren Narbenhernien:

IPOM lap.	12,7%
IPOM konv.	32,7%
Stoß auf Stoß	17,3%
Mayo	2,7%
Onlay Vicryl	6,4%
Onlay PP	2,7%
"Sandwich"	3,4%
Sublay Vicryl	0,9%
Sublay PP	20,9%

### OP Verfahren Epigastrische Hernien:

IPOM konv.	15,8%
IPOM lap.	21,1%
Stoß auf Stoß	36,8%
Mayo	15,8%
Sublay PP	10,5%

## Operationen

---

### Große Viszeralchirurgie:

#### Pankreas:

**Σ 500**

Resezierende OP	Σ 307
pp-Whipple	122
klassischer Whipple	34
„Redo“ Whipple	10
DEPKR	30
Pankreas Linksresektion	57
Pankreatektomie	19
Restpankreatektomie	8
Nekrosektomie	18
Sonstige	9

#### *Davon:*

Multiviszerale Resektionen	27
Pfortaderteilresektion	18
Tr. Coeliacus/ A. Hepatica Resektionen	2

Nicht-resezierende OP	Σ 193
Exploration	60
Double Bypass	48
Gastroenterostomie	33
biliodigestive Anastomose	21
Zysto-Jejunostomie	10
Externe Pseudozysten Drainage	2
Sonstige Pankreasanastomose	1
Sonstige	18

#### Ösophagus:

**Σ 35**

Abd/thor. Resektion mit Magenhochzug	22
Abd/thor. Resektion und Koloninterponat	2
Divertikelabtragung und Myotomie	3
Thorakoskopische Divertikelabtragung	1
Distale Ösophagusresektion	5
Andere	2

## Operationen

---

**Leber:** **Σ 187**

Hemihepatektomie re.	5
Erweiterte Hemihepatektomie re.	7
Erweiterte Hemihepatektomie li.	2
Hemihepatektomie li.	5
Lebersegmentresektion	13
Zystenentdachung	10
Atypische Leberresektion	43
Leber PE	102

**Nebennieren:** **Σ 3**

<i>Morbidität</i>	0%
-------------------	----

**Rektum:** **Σ 156**

Abdomino-perineale Rektumextirpation:	Σ 17
Konventionell.	15
Laparoskopisch	2
Subtotale Kolektomie	38
Proktokolektomie mit Ileoanaler Anastomose	5
Tiefe anteriore Rektumresektion	96



## Lehre

---

Von den 33.685 im Wintersemester 2006/2007 an der Ruhr-Universität Bochum eingeschriebenen Studenten gehören 2.076 Studenten der Medizinischen Fakultät an.

Zum **Klinikum der Ruhr-Universität Bochum** gehören neben den **vier Universitätskliniken**:

- Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil,
- Knappschaftskrankenhaus Langendreer,
- Marienhospital Herne und dem
- St.Josef-Hospital

folgende **Fachabteilungen**:

- Westfälisches Zentrum Bochum für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Herz- und Diabeteszentrum NRW,
- Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsmedizin,
- Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Kopf- und Halschirurgie am St. Elisabeth Hospital,
- Institut für Pathologie an den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil
- Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Westfälischen Klinik Dortmund

sowie **acht Akademische Lehrkrankenhäuser**.

Dadurch ist gewährleistet, dass der klinische Unterricht am Krankenbett in relativ kleinen Studentengruppen stattfinden kann. In Bochum wird der Regelstudiengang und seit 2003 zusätzlich der Modellstudiengang angeboten. Beide Studiengänge sind darauf ausgerichtet, dem Paragraphen 1 der Approbationsordnung gerecht zu werden, nämlich grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern zu vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Es soll erreicht werden, dass der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt zur eigenverantwortlichen und selbständigen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt ist.

### Regelstudiengang

Das Studium der Medizin gliedert sich in einen vorklinischen und 3 klinische Abschnitte:

Vorklinik: 1.-4. Studiensemester

1. Klinischer Abschnitt: 5. und 6. Studiensemester

2. klinischer Abschnitt: 7. – 10. Studiensemester

3. Klinischer Abschnitt: Praktisches Jahr = 11. und 12. Studiensemester.

Nach den jeweiligen Abschnitten nehmen die Studenten an den bundesweiten Staatsexamen teil und können erst nach Bestehen derselben ihr Studium fortführen.

## Lehre

---

Mit der Ausbildung im Fachgebiet **Chirurgie** beginnen die Studierenden des Regelstudienganges bereits im ersten klinischen Abschnitt, d.h. im 5. und 6. Studiensemester.

Im **5. Studiensemester** erlernen die Studierenden im Kursus „**Theorie und Praxis der Patientenuntersuchung**“ in Zusammenarbeit mit der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik die Untersuchungstechniken in nicht operativen und operativen Fächern. Dieser Kursus findet im Wintersemester mittwochs von 14.00 bis 16.00 Uhr statt. Einer einstündigen Vorlesung für alle Studierenden folgt ein einstündiger Unterricht in kleinen Gruppen, in dem den Studenten die Untersuchungstechniken demonstriert werden, sie von den Studenten untereinander geübt und unter Mithilfe ausgewählter Patienten nochmals erprobt werden. In diesem Kurs lernen die Studenten Anamnesen zu erheben und haben erstmals als Untersuchende Kontakt mit Patienten.

Im **6. und 7. Studiensemester** findet für **alle** Studenten des Semesters eine **gemeinsame Vorlesung** jeweils **montags und donnerstags von 8.00 bis 10.00 Uhr** statt. Die Vorlesungen werden von den Chefärzten oder deren vertretenden Oberärzten der vier chirurgischen Universitätskliniken gehalten.

Neben dem theoretischen Unterricht wird in diesen Semestern großer Wert auf den praktischen Unterricht gelegt. Dieser findet an **Donnerstagen von 14.15 – 16.30 Uhr** wiederum getrennt in den vier Chirurgischen Universitätskliniken in kleinen Gruppen von 6 – 8 Studenten als **Unterricht am Krankenbett** statt.

Diese Studentengruppen werden von erfahrenen ärztlichen Mitarbeitern der Chirurgischen Kliniken betreut. Der Unterricht gliedert sich immer in eine Patientenuntersuchung, in der die im 5. Studiensemester erlernten Untersuchungstechniken wiederholt und angewandt werden, und einen theoretischen Teil, in dem die jeweiligen Krankheitsbilder, die erhobenen Befunde, die entsprechende Anamnese und die apparativen Untersuchungen sowie deren Befunde und die nachfolgende operative/bzw. konservative Therapie diskutiert werden. Die Sonographie u.a. des Abdomens und der Schilddrüse wird den Studenten demonstriert und von ihnen untereinander geübt. Ebenso dazu gehören das Erlernen von Naht- und Knotentechniken und das Anlegen von Gipsverbänden. Wenn möglich, begleiten die Studenten den Stationsarzt beim Wechseln aufwändiger Verbände sowie beim Legen von zentralen Venenkathetern und Thoraxdrainagen. Im Rahmen dieses Kurses ebenfalls möglich sind eine Visite auf der operativen Intensivstation und die Besichtigung des am Hause stationierten Notarzt- und Rettungswagens der Feuerwehr Bochum.

## Lehre

---

Im **8. und 9. Studiensemester** wird der klinische Unterricht der Studenten in **14-tägigen Blockpraktika** in den verschiedenen Disziplinen gehalten. Die Studenten werden in Gruppen von 5-6 Studenten jeweils für 14 Tage einem Oberarzt der Chirurgischen Klinik zugeteilt. Zusammen mit dem Oberarzt visitieren die Studenten alle Patienten einer Station, diskutieren besondere Fälle vom Klinikeintritt bis zur Entlassung. Hierbei werden neben den klinischen und apparativen Untersuchungstechniken und deren Befunde alle Therapieoptionen -auch die der nach erfolgter chirurgischer Therapie weiterbehandelnden Disziplinen, z. B. die onkologischen Therapie besprochen. Nicht zuletzt werden im Operationssaal die anatomischen Gegebenheiten, die pathologischen Veränderungen und die operativen Techniken demonstriert und erklärt. Die Unterrichtszeit in diesen 2 Wochen beträgt jeweils 28 Wochenstunden. Am Ende dieser 2 Wochen ist eine mündliche Prüfung abzulegen, die von den unterrichtenden Oberärzten durchgeführt und benotet wird. Die Ergebnisse werden in schriftlicher Form festgehalten und dem Studienbüro der Medizinischen Fakultät an der Ruhr-Universität übermittelt.

Im **10. Studiensemester** wird kein Unterricht im Fachgebiet Allgemeinchirurgie erteilt.

Der 3. klinische Studienabschnitt (das **11. und 12. Studiensemester**) besteht aus dem **Praktischen Jahr**. Innere Medizin und Chirurgie sind Pflichtfächer und müssen von allen Studenten für je 1 Trimester belegt werden. Das dritte Trimester können die Studenten in einer Disziplin ihrer Wahl verbringen, z.B. Orthopädie, Anästhesie, Radiologie, Pädiatrie, Gynäkologie, Urologie. Sie werden jetzt vollständig in den Stationsalltag integriert und haben unter Anleitung der Stationsärzte eigene Aufgaben wie die Aufnahmeuntersuchungen der Patienten, Blutabnahmen, Verbandswechsel, Hilfe bei Operationen als 2. oder 3. Assistenz, Vorbereiten der Patientenunterlagen für die chirurgische Indikationsbesprechung für anstehende Operationen. Sie nehmen an allen chirurgischen Besprechungen (Morgen- und Nachmittagsrapport mit Indikationsbesprechung und Röntgendemonstration) und allen Weiterbildungen teil. Neben den praktischen Tätigkeiten sollen die Studenten auch administrative Aufgaben, wie das Kodieren von DRG's, das Beantworten von Versicherungsanfragen, das Beantragen von Rehabilitationsmaßnahmen und das Schreiben / Diktieren von Entlassungsbriefen etc. erlernen.

An jedem Mittwoch von 9.15 bis 12.45 Uhr findet für alle PJ-Studenten des St. Josef-Hospitals eine Vorlesung statt, die von den Chef- bzw. Oberärzten der Kliniken gehalten wird.

## Lehre

---

### Modellstudiengang

Eine weitere Besonderheit der Bochumer Medizinischen Fakultät ist der im Jahr 2003 eingeführte Modellstudiengang. Hier sind 42 Studenten integriert und werden neben dem oben beschriebenen Regelstudiengang ausgebildet. Der Schwerpunkt des Modellstudienganges liegt auf problem- und patientenbezogenen Lehrmethoden (POL). Dieser Studiengang ist in thematische Module (und nicht in verschiedene Fächer) aufgebaut. Die Themen werden multidisziplinär behandelt und verknüpfen so die Grundlagen mit den klinischen Lehrzielen. Die 1-7wöchigen Blöcke sind so aufeinander abgestimmt, dass immer komplexere Wissensbereiche erschlossen werden und durch die Verknüpfung theoretischer und klinisch relevanter Themen eigenständiges motiviertes Lernen gefördert wird. In den Blöcken der ersten beiden Studienjahre werden Organe und Organsysteme und im 5. Studiensemester die Entwicklung von der Schwangerschaft bis zum Altern behandelt.

Ab dem 6. Semester bis zum 10. Semester kommen dann die häufigsten Erkrankungen hinzu. Diese werden in verschiedene Blöcke aufgeteilt, wie z.B. einen Block „Tumorerkrankungen“ und in 2-3wöchigen, aufeinanderfolgenden Praktika in den entsprechenden Disziplinen den Universitätskliniken praxisnah und patientennah unterrichtet. So findet z.B. der Unterricht Tumorerkrankungen nacheinander in den Medizinischen, den Chirurgischen und den Strahlentherapeutischen Kliniken statt. Zusätzlich angeboten werden die Teilnahme an den Tumor-Sprechstunden in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Die Inhalte der praktischen klinischen Ausbildung wurden in Zusammenarbeit von Mitarbeitern aller beteiligten Unisitätskliniken unter Federführung der Mitarbeiter des Büros für Studienreform Medizin festgelegt und in einem sogenannten Pflichtenheft zusammengefaßt. Die Durchführung wird im Pflichtenheft bestätigt und eine Einstufung der erlernten Tätigkeiten vorgenommen. Begleitend zur praktischen Ausbildung werden an 1,5 Tagen jeder Woche den Blockthemen entsprechende Vorlesungen gehalten.

Als roter Faden zieht sich durch das gesamte Studium des Modellstudienganges das Erlernen ärztlichen Handelns. Hierzu zählen neben der ärztlichen Interaktion Themen der Gesundheitsökonomie, der Wissenschaft und Forschung, der Medizinischen Ethik, der Geschichte der Medizin und der Humanitären Hilfe, welche vom 1. bis zum 10. Semester angeboten werden.

## **Lehre**

---

Wie der Regelstudiengang wird auch der Modellstudiengang im 11. und 12. Semester mit dem Praktischen Jahr beendet. Selbstverständlich nehmen die 42 Studenten des Modellstudienganges an den bundesweiten Staatsexamina teil.

### **Zahlen:**

Im Wintersemester 2006 / 2007 wurden in der Chirurgischen Universitätsklinik St. Josef-Hospital folgende Praktika von den 5 Oberärzten und von 6 Assistenzärzten (bzw. deren Vertretern) neben dem „klinischen Alltag“ durchgeführt:

### **Unterricht am Krankenbett**

an jedem Donnerstag des Semesters jeweils von 14.15 – 16.30 Uhr für insgesamt 47 Studenten.

### **Blockpraktikum Chirurgie**

5 mal für je 2 Wochen mit einer Unterrichtszeit von 28 Wochenstunden für insgesamt 27 Studenten.

### **Blockpraktikum Modellstudiengang**

2 mal für je 2 Wochen für insgesamt 10 Studenten

### **Theorie und Praxis der Patientenuntersuchung**

jeweils mittwochs von 14.00 – 16.00 Uhr über einen Zeitraum von 10 Wochen

in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik für ca. 50 Studenten

Zusätzlich werden je Trimester 6-10 Studenten des **Praktischen Jahres** an jedem Tag ausgebildet.

Im Rahmen der Vorlesungen für das 7. Semester wurden sechs Vorlesungen über zwei Stunden und für den Modellstudiengang eine Vorlesung über eine Stunde vom Chefarzt bzw. den Oberärzten der Chirurgischen Klinik des St. Josef-Hospitals gehalten.

## Forschung

---

### **Forschungsschwerpunkte:**

Nach Aufnahme der Chefarztstätigkeit am St. Josef-Hospital Bochum musste zunächst einmal am Standort selbst nach Laborräumlichkeiten gesucht werden, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Chirurgischen Klinik neben der finanziellen Unterstützung eine adäquate Forschungsmöglichkeit anzubieten. Hierbei ergab sich die Möglichkeit in einem ehemaligen Pathologie-Flachbau gemeinsam mit der Inneren Medizin II (Kardiologie) des St. Josef-Hospitals durch Umbau ein eigenes großzügiges Chirurgisches Labor zu etablieren. Der überwiegende Anteil der Kosten des Umbaus wurde durch die Chirurgische Klinik selbst getragen. Die Einweihung fand im Mai 2005 statt.

In der Chirurgischen Klinik wurden gleich zu Beginn 3 Forschergruppen definiert, die jeweils einen verantwortlichen Leiter haben und denen Personen des chirurgischen Teams zugeordnet sind.

Die **Forschergruppe 1 (Leiter Oberarzt Dr. D. Weyhe)** beschäftigt sich klinisch und experimentell mit der Biokompatibilität von Netzen, die in der Hernienchirurgie beim Patienten eingesetzt werden. Mit Spezialanalysen wird der „genetische Fingerabdruck“ untersucht.

Die **2. Forschergruppe (Leiter Oberarzt Dr. Ch. Müller und Gastarzt Dr. O. Belyaev)** ist mit dem Interdisziplinären Pankreaszentrum verbunden und beforscht klinisch und experimentell die Diagnostik, Prognostik und Therapie der akuten und chronischen Pankreatitis sowie der Pankreastumore. Ein aktueller Schwerpunkt bei der akuten Pankreatitis ist z.B. die Bedeutung des Cortisol-Metabolismus und dessen Beeinflussung in der Initialphase der Erkrankung. Bei der chronischen Pankreatitis und beim Pankreaskarzinom beschäftigt sich diese interdisziplinäre Forschergruppe u. a. mit der Entwicklung und Verhinderung des Diabetes mellitus.

Die **Foschergruppe Nr. 3 (Leiter Oberarzt Priv.-Doz Dr. M. Seelig, Priv.-Doz. Dr. U. Mittelkötter und Dr. A.M. Chromik)** ist über eigene Forschungsk Kooperationen mit z. B. der Universität Kiel vernetzt und widmet sich dem Krankheitsbild der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED und DSS-Colitis). Ein weiteres Forschungsfeld dieser Gruppe ist die Apoptose und die Rolle von Taurolidin und TRAIL bei unterschiedlichen gastrointestinalen Tumoren.

## Forschung

---

### Klinische Studien:

Zeitgleich mit dem Aufbau der Forschergruppen wurde die von der Chirurgischen Klinik finanzierte Stelle der Study Nurse geschaffen, die mit Frau K. Kasoly bestens besetzt wurde. Von Frau K. Kasoly werden alle laufenden klinischen Studien wesentlich unterstützt resp. betreut, um eine hohe Qualität dieser Untersuchungen sicher zu stellen. Daneben wird von Frau K. Kasoly eine Reihe wichtiger Aufgaben in unserer Chirurgischen Klinik wahrgenommen: z.B. Mitbetreuung des ZPM, DRG-Statistiken, Innen- und Außendarstellung der Klinik im Internet, um nur ein paar zu nennen.

<u>Studienkategorien</u>	<u>Anzahl der Studien</u>
Auftragsstudien	7
Kooperationsstudien	3
Klinikinterne Studien	1
<b><u>GESAMT</u></b>	<b><u>11</u></b>

### Auftragsstudien:

#### ***Tazobac 4,5 – Anwendungsbeobachtung***

Zielsetzung: Ziel dieser Anwendungsbeobachtung ist die Validierung der bereits in klinischen Studien und bisherigen Anwendungsbeobachtungen gewonnenen Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Tazobac® 4,5 g in der Behandlung von Infektionen des Bauchraumes, der Lunge, der Haut und des Weichteilgewebes an einem größeren Patientenkollektiv.

Randomisierte Patienten: 17 Patienten

Laufzeit: 06.2004 – 10.2004

Auftraggeber: Wyeth Pharma GmbH

***Tigecycline*** – Multicenter, Open-Label, Randomized Comparative Study of Tigecycline vs. Ceftriaxone Sodium Plus Metronidazole for the Treatment of Hospitalized Subjects with Complicated Intra-abdominal Infection

Studiendesign: Randomisierte, offene, multizentrische Phase 3b Vergleichsstudie

Indikation: Kompizierte intra-abdominelle Infektionen

Randomisierte Patienten: 5 Patienten

Laufzeit: 01.2006 -

Auftraggeber: Wyeth Pharma GmbH

## Forschung

---

**Beobachtungsstudie** - Behandlungskosten der sekundären Peritonitis in der Bundesrepublik Deutschland aus der Perspektive des Krankenhauses.

Indikation: Behandlungskosten der sekundären Peritonitis in der Bundesrepublik Deutschland aus der Perspektive des Krankenhauses.

Behandelte Patienten: 3 Patienten

Laufzeit: 10.2006 –

Auftraggeber: Institut für Empirische Gesundheitsökonomie

### ***Insect – Trial***

Studiendesign: multizentrische, multinationale, intra-operativ randomisierte, kontrollierte und doppelblinde Studie.

Zielsetzung: Ziel der Studie ist drei unterschiedliche Verschließungsmethoden der Bauchhöhle bei Hernien zu vergleichen.

Randomisierte Patienten: 15 Patienten

Laufzeit: 03.2005 –

Auftraggeber: SDGC

### ***EPC2004-01***

Studiendesign: multizentrische, doppelblinde, randomisierte, placebo-kontrollierte Studie in Parallellgruppen.

Zielsetzung: Bestimmung der Wirksamkeit eines lokal wirksamen Lidocainpflasters bei Patienten nach einer Hernien-OP.

Randomisierte Patienten: 14 Patienten

Laufzeit: 11.2004 – 07.2006

Auftraggeber: FGK Clinical Research GmbH

### ***CHOLIDA – Studie***

Studiendesign: Doppelblinde, randomisierte, multizentrische, Placebo-kontrollierte, parallele Studie.

Zielsetzung: Wirksamkeit und Verträglichkeit von Cholincitrat bei postoperativer Darmatonie nach Hemikolektomie, Sigma-, Transversum-, oder Rektumresektion ohne endständiges oder protektives Ilostoma ohne Peritonitis CC0401

Randomisierte Patienten: 5 Patienten

Laufzeit: 07.2005 –

Auftraggeber: Gesellschaft für Therapieforchung



## Forschung

---

### ***DISPACT – TRIAL***

Studiendesign: Randomisierte, kontrollierte Studie mit Vergleich von zwei verschiedenen chirurgischen Methoden.

Zielsetzung: Der Nachweis der Reduktion der postoperativen Pankreasfistelrate und/oder Krankenhausmortalität durch Staplerresektion verglichen mit der Handnaht des Pankreasstumpfes nach Pankreaslinksresektion.

Randomisierte Patienten:

Laufzeit: 03.2007 –

Auftraggeber: SDGC

### **Kooperationsstudien:**

#### ***ESPAC-3 Studie***

Studiendesign: randomisiert-kontrollierte Multicenterstudie.

Zielsetzung: Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, ob eine Behandlung mit Chemotherapie (Gemcitabine und 5 FU-Folinsäure) nach Resektion eines Pankreastumors ein geringeres Risiko des Wiederauftretens der Tumorerkrankung bietet. Die Studie vergleicht die beiden Chemotherapeutika Gemcitabine und 5 FU-Folinsäure.

Randomisierte Patienten: 9 Patienten

Laufzeit: 08.2004 –

Institution: ESPAC Liverpool

***CT 4001*** - EndoTAG® und Gemcitabine zur Behandlung des inoperablen Pankreaskarzinoms

Studiendesign: Phase 2 Studie mit Endo-TAG\* 1 in Kombination mit Gemcitabine zur Behandlung des inoperablen lokal Fortgeschrittenen oder metastasierten Pankreaskarzinoms \*(Kombination des etablierten Zytostatikums Paclitaxel mit einem Trägersystem aus positivgeladenen Lipidkomplexen)

Randomisierte Patienten: 7 Patienten

Laufzeit: 12.2005 –

Auftraggeber: MediGene AG

## Forschung

---

**CAO/ARO/AIO-04** - präoperative Radiochemotherapie und adjuvante Chemotherapie mit 5-Fluoracil plus Oxaliplatin vs. präoperative Radiochemotherapie und adjuvanten Chemotherapie mit 5-FU beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom im UICC-Stadium II und III.

Studiendesign: Phase III-Studie

Randomisierte Patienten: 2 Patienten

Laufzeit: 12.2006 -

Auftraggeber: WiSP GmbH

### Klinikinterne Studien:

**Harmonic Skalpell Ultracision 300**- Einsatz des Harmonic Skalpell Ultracision 300 in der Pankreaschirurgie.

Studiendesign: Monozentrische prospektive Untersuchung

Zielsetzung: Anwendbarkeit und Sicherheit für die Freipräparation und Parenchymdurchtrennung mittels Harmonic Scalpel UltraCision 300. Intra- und postoperative Machbarkeitsstudie, Sicherheit und Minimierung des Blutverlusts und der postoperativen Morbidität/Letalität.

Laufzeit: 01.2005 -

### Weitere Informationen:

Frau Maria Krisztina Kasoly, BScN

Tel.: 0234/509 2716

Fax.:0234/5092735

## **Forschung**

---

### **Hernienchirurgie/ Biokompatibilität von Kunststoffimplantaten**

#### **Arbeitsgruppenleiter:**

Herr Dr.med. Dirk Weyhe

d.veyhe@elis-stiftung.de

#### **Ärztliche Mitarbeiter:**

Frau Dr.med. Kirsten Meurer

Herr Dr.med. Orlin Belyaev

Herr Georg Papapostolou

Herr Arthur Matuschek

#### **Nichtärztliche Mitarbeiter:**

Frau Kirsten Mros

Frau Krisztina Kasoly

#### **Doktoranden**

Herr Götz Büttner

Herr Stefan Morrosch

Herr Christoph Bernd

Frau Ulrike Henniges

#### **Kooperationspartner:**

Herr Prof. Dr. W. Schmidt

Labor für molekulare Gastroenterologie, Medizinische Klinik I, St. Josef- Hospital

Herr Dr. rer nat. A. Polten

Agilent Technologies

Frau Prof. Dr. A. Tannapfel

Institut für Pathologie, Bergmannsheil Bochum

Herr Prof. Dr. St. Hahn

Zentrum für klinische Forschung

Herr Priv.Doz. Dr. K.-H. Bauer

Chirurgische Klinik, Knappschafts Krankenhaus Dortmund

#### **Internationale Kooperationspartner**

Studienleitung und Koordination

Multicenterstudy „Incisional Hernia - IPOM technique“ Deutschland /USA

(n=12 teilnehmende Institute und Kliniken)

## Forschung

---

### Klinisch- experimentelle Hernienforschung

Die Operation von Leistenhernien gehört mit 280/100.000 Einwohner zu den häufigsten Eingriffen in Deutschland. Die Inzidenz von Nabelhernien wird mit 50-70/100.000 geschätzt. In Metaanalysen großer Kollektive zeigte sich, dass konventionelle Mesh-Verfahren eine signifikante (bis zu 50%) geringere Rezidivrate besitzen als direkte Nahtverfahren. Bei der Versorgung von Narbenhernien wird ein 24fach höheres Rezidivrisiko ohne Netzimplantation festgestellt. Warum also wird trotz überzeugender postoperativer Ergebnisse die Implantation von Kunststoffnetzen fortwährend diskutiert? Ein Hauptgrund besteht darin, dass die Unbedenklichkeit der verfügbaren Materialien nicht sichergestellt erscheint und unabsehbare Langzeitfolgen befürchtet werden.

Entgegen früheren Berichten aus der Laienpresse kann ein kanzerogenes Potential von Polypropylenetzen heute sicher ausgeschlossen werden. Es ist offensichtlich, dass zur Beurteilung der verschiedenen Operationsverfahren die bisher geltenden Qualitätskriterien wie Rezidivrate, Krankenhausverweildauer und Arbeitsunfähigkeit um den Parameter funktionelle Langzeitfolgen zu erweitern ist. Hierunter kann die Ausbildung chronischer Leistenschmerzsyndrome, funktionelle intestinale und urogenitale Störungen nach Netzimplantation subsummiert werden.

In der Diskussion um die Verfahren mit Netzeinsatz wird von den Implantaten die bestmögliche Biokompatibilität gefordert. Die Beschreibungen biokompatibler Eigenschaften basiert zumeist auf tierexperimentellen Untersuchungen. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse führten zu gewichtsreduzierten und beschichteten Polypropylenimplantaten.

Die Arbeitsgruppe „Hernien-und Faszienchirurgie“ untersucht labor- und tierexperimentell systematisch verschiedene Parameter der Biokompatibilität. Im Rahmen klinischer Studien werden mittel- und langfristige Ergebnisse der im Hause operierten Patienten erfasst.

In der Chirurgischen Klinik wurden von Jan. 2004- Jan. 2007 nachfolgende Projekte in der Hernienforschung durchgeführt:

- Untersuchung von 10-Jahresergebnissen nach minimal invasiver Leistenhernienoperation (TEP)
- Vergleich von 3 verschiedenen Implantatplatzierungstechniken bei der TEP
- Analyse physikalisch-biologischer Parameter von Kunststoffimplantaten im Literaturvergleich
- Laborexperimentelle Untersuchung zum Stellenwert von Fremdkörperreaktionen auf teilresorbierbare Kunststoffimplantate in der Hernienchirurgie
- Klinische Untersuchung zur ambulanten Operation von Leistenbrüchen in minimal invasiver Technik (TEP)

## Forschung

- Tierexperimentelle Untersuchung zur Fremdkörperreaktion verschiedener Implantate in der Hernienchirurgie
- Beschreibung der biologischen Fremdkörperreaktion im eindimensionalen Zellmodell an humanen Fibroblasten mittels Genexpressionsanalyse
- Untersuchung genotoxischer Effekte durch Polymerverbindungen
- Erstellung von Genexpressionssignaturen als Prediktoren für Fremdkörperreaktionen
- Teilnahme an der bereits geschlossenen multizentrischen Studie:
  - A Randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, clinical study to evaluate the effects of topical LIDOCAINE PATCHES in post hernioraphy patients (EPC2004-01, FGK 3019)

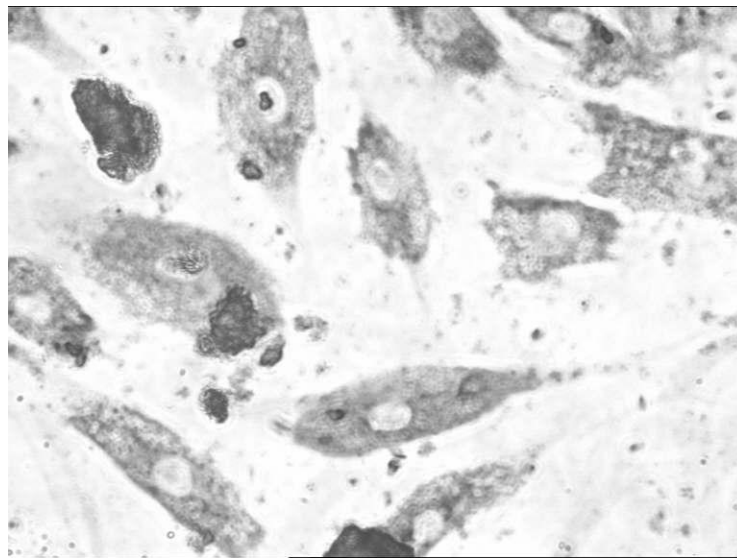


Abb.1: Gezüchtete menschliche Darmzellen (Primärkulturen) zur Biokompatibilitätstestung

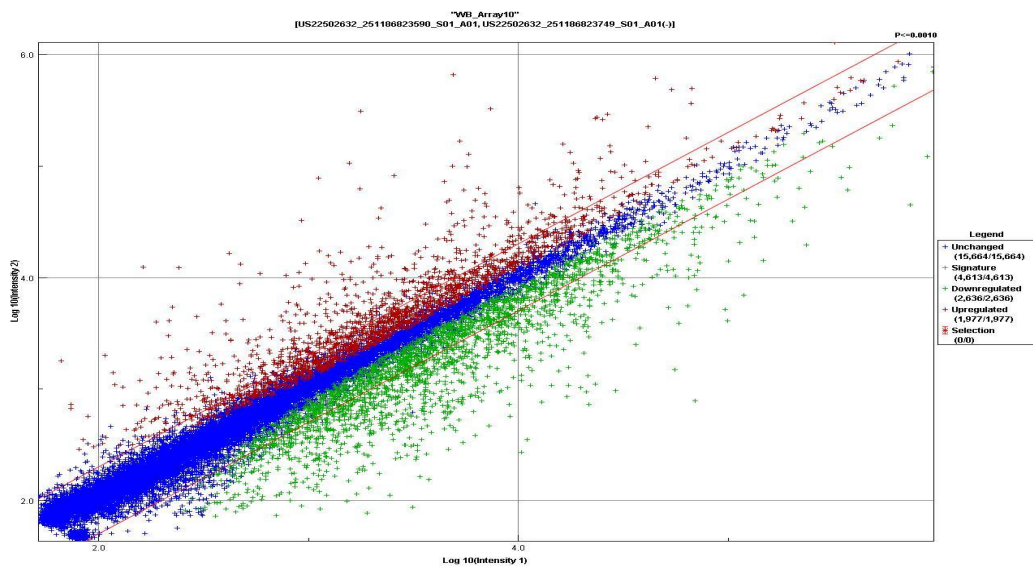


Abb2.: Genexpressionsprofil von Bindegewebszellen nach Inkubation mit Kunststoffnetzen (jeder Punkt= ein Gen)

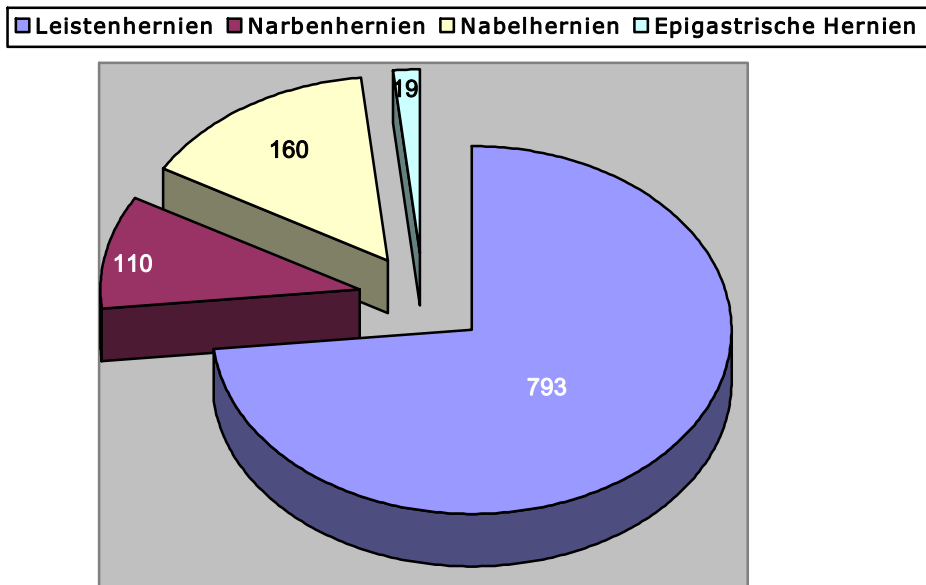


Abb.3: Verteilung der 2004-2006 durchgeführten Hernienoperationen (gesamt n= 1082)

**OP-Verfahren Leistenhernie**

	n	%
TEP	632	79,7
Lichtenstein	135	17,1
Stoppa	4	0,5
Shouldice	14	1,8
Andere	8	1,0

## **Forschung**

---

### **Pankreas**

#### **Arbeitsgruppenleiter:**

Herr Prof. Dr.med. W. Uhl

w.uhl@klinikum-bochum.de

#### **Stv. Arbeitsgruppenleiter:**

Herr Dr.med. C. Müller

c.mueller@klinikum-bochum.de

#### **Ärztliche Mitarbeiter:**

Herr O. Belyaev

Herr Dr. T. Herzog

Herr B. Bolik

#### **Doktoranden:**

Herr N. McArthur

Herr W. Burr

Herr E. Soufiah

Frau E. Kika

#### **MTA:**

Frau M. Libe

#### **Kooperationen:**

##### **National**

Klinik für Gastroenterologie, St. Josef Hospital, Klinikum der Ruhr-Universität

Herr Prof. Dr.med. W.E. Schmidt, Herr Dr.med. P. Ritter, Herr Dr.med. H. Schrader,

Herr Dr.med. J. Meier, Herr Dr.med. P. Felderbauer, Herr Dr.med. N. Ansorge

##### **Klinik für Pathologie, BG-Klinik Bergmannsheil, Klinikum der Ruhr-Universität**

Frau Prof. Dr. A. Tannapfel

Klinik für Allgemeine Chirurgie und Europäisches Pankreaszentrum, Universität Heidelberg

Herr Prof. Dr.Dr.med. M.W. Büchler, Herr Priv.-Doz. Dr.med. J. Werner

Institut für Klinische Chemie, Ludwig-Maximilian Universität München

Herr Priv.-Doz. Dr.med. M. Vogeser

## **Forschung**

---

### **International**

Klinik für Allgemeine- und Transplantationschirurgie, Inselspital, Universität Bern, Schweiz

Herr Priv.-Doz. Dr.med. B. Gloor

Klinik für Experimentelle Chirurgie, Universität Malmö, Schweden

Herr Prof. Dr.med. A. Borgström

### **Pankreas**

Bei den klinischen Forschungsprojekten im Rahmen der akuten Pankreatitis beschäftigen wir uns vor allem mit der frühen Einschätzung des Schweregradverlaufes der Erkrankung. Im Mittelpunkt steht die Untersuchung verschiedener Proteine im Serum und Urin von Patienten mit akuter Pankreatitis hinsichtlich ihrer prognostischen Vorhersage.

Als Prädiktoren eignen sich besonders Proteine aus dem Bereich des akuten Entzündungsprozesses: wie z.B. C-reaktives Protein, Antiporteasen, Zytokine, TNF $\alpha$ , Granulozytenstimulierender Faktor (GCSF), Procalcitonin (PCT). Desweiteren eignen sich nach eigenen Untersuchungen Cortisol-bindendes Globulin (CBG), freies und totales Serumcortisol, Adrenocorticotropes Hormon (ACTH) und z.B. die direkt aus dem Pankreas stammenden Aktivierungspeptide des Trypsinogens (TAP) und der Carboxipeptidase B (CAPAP).

Weitere Schwerpunkte sind: Die Untersuchung des Einflusses der Abwehrkräfte bzw. des Immunsystems (Glucocorticoidstoffwechsel) auf den Krankheitsverlauf bei Patienten mit akuter Pankreatitis und die Evaluation genetischer Veränderungen (Punktmutationen) in Patienten mit akuter Pankreatitis oder Pankreaskarzinomen, um Krankheitsveranlagungen für diese Erkrankungen frühzeitig erkennen zu können.

Im Rahmen von Tierexperimenten werden die Wirkung neuer Antibiotika in der akuten Pankreatitis getestet. Weiterhin wenden wir Tiermodelle an, um Veränderungen des Immunsystems mit verschiedenen Medikamenten zu simulieren und entsprechend den Verläufe einer akuten Pankreatitis in Abhängigkeit von der Abwehrlagen zu untersuchen. Als weiteres interessantes und wichtiges tierexperimentelles Anwendungsgebiet für unsere Forschungsgruppe ist die Untersuchung von verschiedenen Chemotherapeutika und Applikationsformen (intravenös, peritoneal usw.) beim, in der Ratte angezüchteten, humanen metastasierenden Pankreaskarzinom.



## Forschung

---

Mit anderen Pankreasschwerpunktkliniken nehmen wir an verschiedenen Multizenterstudien teil z.B. :

DISPACT-Studie, einer Studie zur Pankreaslinksresektion mit im Vergleich Stapler versus Handnaht zur Pankreasstumpfversorgung, ESPAC-3 Studie (Europäische Studiengruppe für Pankreaskarzinom) zur Evaluation der Wertigkeit der adjuvanten Chemotherapie beim resezierten Pankreaskarzinom, der Endo-TAG-Studie der Firma Medigene AG mit Endo-TAG\* in Kombination mit Gemcitabine zur Behandlung des lokal inoperablen und fortgeschrittenen oder metastasierten Pankreaskarzinoms (\*Kombination des Zytostatikums Paclitaxel mit einem Trägersystem aus positiv-geladenen Lipidkomplexen) und der ATIP-Studie = klinische Phase II Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit einer adjuvanten Therapie mit Gemcitabine und Erbitux (Antikörper) bei Patienten mit R0-resezierten Adenocarcinomen des Pankreas.

In der folgenden Liste sind die verschiedenen aktuellen Projekte systematisch aufgelistet:

### **Akute Pankreatitis**

#### ***Klinische Studien:***

- Frühe Schweregradmarker der akuten Pankreatitis, CAPAP, PCT, GCSF, CBG, f-Cortison, t-Cortisol, ACTH,  $\alpha$ 1-Antitrypsin
- Rolle des Glucocorticoidmetabolismus
- Rolle von Melatonin
- Genpolymorphismen  $\alpha$ 2-Makroglobulin,  $\alpha$ 1-Antitrypsin, GCSF
- Bacteriobilia nach präoperativem Gallengangstenting

#### ***Experimentelle Studien:***

- Rolle der Immunsuppression
- Rolle des aktivierten Protein-C
- Rolle von Synacthen (synthetischer ACTH-Agonist)
- Antibiotikapenetrationsstudie

## Forschung

---

### Pankreaskarzinom:

#### *Klinische Studien:*

- Wirkung der perioperativen Sandostatintherapie auf die Pankreaskonsistenz
- Bedeutung der R0-Resektion
- Qualität und Quantifizierung des Gewebeumbaus im Rahmen
  1. der Chronischen Pankreatitis und
  2. der peritumoralen desmoplastischen Reaktion
- Genpolymorphismen beim Pankreaskarzinom

#### *Experimentelle Studien:*

- Die Rolle der intraperitonealen Chemotherapie beim metastasierenden Pankreaskarzinom

### Teilnahme an Multizenterstudien:

- DISPACT-Studie: Pankreaslinksresektion Stapler versus Handnaht
- ESPAC-3 Studie (Europäische Studiengruppe für Pankreaskarzinom): Evaluation der Wertigkeit von adjuvanter Chemotherapie beim resezierten Pankreaskarzinom (Gemcitabine versus 5FU-Leukovorin)
- Endo-TAG Studie: Phase 2 Studie mit Endo-TAG\* in Kombination mit Gemcitabine zur Behandlung des inoperablen und lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Pankreaskarzinoms (\* Kombination des Zytostatikums Paclitaxel mit einem Trägersystem aus positiv-geladenen Lipidkomplexen)
- ATIP-Studie: Phase II Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit einer adjuvanten Therapie mit Gemcitabine und Erbitux bei Patienten mit R0-resezierten Adenocarcinomen des Pankreas.

### Projekt-Förderung:

FoRUM – Forschungsförderung der Ruhr-Universität Bochum: Evaluation von Niedrig- versus Hochdosishydrocortison-Therapie in der experimentellen akuten Pankreatitis (Projekt AZ F424-2004).

## Forschung

---

### Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Arbeitsgruppe „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Tumorapoptose“

#### Arbeitsgruppenleiter:

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Seelig

m.seelig@klinikum-bochum.de

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Mittelkötter

u.mittelkoetter@katharinen-hospital.de

#### Stellvertretender Arbeitsgruppenleiter:

Herr Dr. med. Ansgar Michael Chromik

a.chromik@klinikum-bochum.de

#### Ärztliche Mitarbeiter:

Herr Dr. med. Adrien Daigeler (Klinikum für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, BG-Kliniken Begmannsheil)

Frau Dominique Sülberg

Frau Dr. med. Sabine Kersting

Frau Dr. med. Siri Leyendecker

Frau Dr. med. Verena Ott

#### Doktoranden:

Frau Julia Körner

Herr Martin Albrecht

Frau Sabrina Rottmann

Herr Tim Wemhoener

Frau Anne Geisler

Frau Tina Brenzel

Herr Christoph Hilgert

Herr Hayssam Osseili

Frau Lisa Frick

Herr Benjamin Saewe

Frau Radhna Terbrüggen

#### Kooperationspartner:

Labor für molekulare Gastroenterologie, Medizinische Klinik I, St. Josef-Hospital

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang E. Schmidt, Herr Dr. med. Jan-Michel Otte

Medizinische Klinik II, St. Josef-Hospital

Herr Prof. Dr. med. Andreas Mügge, Herr Dr. med. D. Bulut

Institut für Pharmakologie, Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Herr Prof. Dr. med. Thomas Herdegen

## **Forschung**

---

Klinikum für Pathologie, Klinikum Bergmannsheil, Bochum

Frau Prof. Dr. med. Andrea Tannapfel

Institut für Kinderpathologie, Universität Mainz

Frau Priv.-Doz. Dr. med. Annette Müller

### **Projekt-Förderungen:**

Sonderforschungsbereich 415 der DFG: "Spezifität und Pathophysiologie von Signaltransduktionswegen", Universität Schleswig Holstein, Campus Kiel

[www.sfb415.uni-kiel.de/de/](http://www.sfb415.uni-kiel.de/de/)

FoRUM – Forschungsförderung der Ruhr-Universität Bochum, Projekt AZ F472-2005

## Forschung

---

### **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen:**

Die Pathophysiologie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) Colitis ulcerosa (CU) und Morbus Crohn (MC) ist noch unzureichend aufgeklärt. Derzeit wird eine genetisch determinierte überschießende immunologische Reaktion auf bestimmte intestinale Antigene mit nachfolgender Störung der epithelialen Barriere-Funktion angenommen. Die überschießende immunologische Reaktion ist gekennzeichnet durch eine Aktivierung von Immunzellen mit gesteigerter Sekretion von pro-inflammatorischen Zytokinen wie TNF $\alpha$ , IL-1 oder IL-2.

Funktion der mitogen aktivierten Proteinkinasen (MAPK) bei CED

### **Hintergrund:**

Innerhalb dieser immunologischen Kaskade nimmt die Gruppe der mitogen aktivierten Proteinkinasen (MAPKs) eine entscheidende Rolle ein, da sie durch Phosphorylierung von Transkriptionsfaktoren die Expression einer Vielzahl von pro-inflammatorischen Zytokinen und Immunmodulatoren regulieren. Die zu den MAPKs zählende c-Jun N-terminale Kinase (JNK) stellt daher mit ihren im Darm exprimierten Isoformen JNK1 und JNK2 einen möglichen therapeutischen Ansatzpunkt in der CED-Therapie dar.

### **Projekte:**

In unserer Arbeitsgruppe wurde die Funktion der JNKs in der experimentellen DSS-Colitis (Dextran Sulfat Natrium) anhand von JNK *knock out* Tieren untersucht. Hier zeigte sich, dass weder JNK1 *knock out* noch JNK2 *knock out* die Mäuse vor der Entwicklung einer chronischen Colitis schützt. Entgegen den Erwartungen verschlimmert die genetische Inaktivierung von JNK2 – und im geringeren Maße JNK1 sogar den klinischen Verlauf und histologischen Befund der DSS Colitis.

Die Inhibition von JNK scheint somit kein aussichtsreiches Prinzip in der CED-Therapie zu sein. Allerdings werfen diese Ergebnisse weitere Fragen zur Funktion von MAPK in der intestinalen Inflammation auf. In weiteren Projekten wird daher untersucht, ob möglicherweise die Inaktivierung der ansonsten pro-apoptotischen Gene JNK1 und JNK2 zu einer verstärkten Aktivität von pro-inflammatorischen Immunzellen und damit zur Zunahme der Inflammation führt.

Gefördert durch den SFB 415/A12 der DFG

## Forschung

---

### Taurolidin als neues therapeutisches Prinzip bei CED

#### Hintergrund:

Das Anti-Infektivum Taurolidin wird aufgrund seiner anti-inflammatorischen und antimikrobiellen Eigenschaften schon länger in der Peritonitis Behandlung und in der Therapie von Infektionen zentraler Venenkatheter eingesetzt. Bisher wurde noch nicht die Wirksamkeit von oral appliziertem Taurolidin in einem intestinalen Entzündungsmodell untersucht.

#### Projekte:

In unserer Arbeitsgruppe konnte erstmalig ein protektiver Effekt von oral appliziertem TRD auf ein experimentelles Colitis-Modell (DSS Colitis) gezeigt werden, wobei sowohl das Überleben als auch die Krankheitsaktivität signifikant verbessert wurden.

In Anschluss-Projekten soll untersucht werden, ob Taurolidin das mikrobielle Milieu im Colon verändert, was nachweislich die DSS-Colitis beeinflussen kann, oder ob es sich bei dem Taurolidin-Effekt um einen systemischen anti-inflammatorischen Effekt handelt.

Gefördert durch den SFB 415/A12 der DFG und  
FoRUM (AZ F472-2005) der Ruhr-Universität Bochum

#### Tumor-Apoptose:

Die Apoptose-Induktion in Tumorzellen stellt ein wichtiges therapeutisches Prinzip in der Onkologie dar. Ziel ist es, in den malignen Tumorzellen den programmierten Zelltod auszulösen, ohne dabei gesunde Zellen bzw. Gewebe zu schädigen. Hier gibt es zahlreiche Substanzgruppen mit unterschiedlichen Therapieansätzen.

**Projekt:** Tumor-Apoptose-Induktion durch TRAIL und Taurolidin in unterschiedlichen Zelllinien gastrointestinaler Tumoren.

#### Hintergrund:

Unsere Arbeitsgruppe untersucht die Wirkung von TRAIL auf Tumorzellen (*TNF related apoptosis inducing ligand*). Dabei handelt es sich um ein Protein aus der TNF-Familie, das über sog. Todes Rezeptoren (*death receptors*) selektiv in Tumorzellen Apoptose induziert. Einige Tumoren sind jedoch TRAIL-resistent und daher dieser Therapie nicht zugänglich. Die bereits oben erwähnte Substanz Taurolidin besitzt ebenfalls Apoptose-induzierende Wirkung – jedoch unabhängig von den Todes-Rezeptoren.

## **Forschung**

---

### **Projekt:**

Unsere Arbeitsgruppe untersucht die Wirkung von TRAIL, Taurolidin und deren Kombination auf unterschiedliche humane Zelllinien gastrointestinaler Malignome (Ösophagus, Magen, Kolon). Dabei konnten wir mittels FACS und TUNEL eine synergistische Wirkung beider Substanzen zeigen – auch bei Zelllinien, die primär TRAIL-resistent sind.

### **Methoden-Spektrum der Arbeitsgruppe:**

Tierversuche mit gentechnisch veränderten Organismen (GVOs)

Zellkultur

Immunhistochemie, Immunfluoreszenz, Morphometrie mit Bildverarbeitungssoftware

TUNEL Apoptose-Assay

DNA-Isolierung, Genotypisierung von gentechnisch veränderten Organismen mittels PCR

RNA-Isolierung, quantitative Real-time PCR mit dem LightCycler

Protein-Isolierung, Western blot, ELSA

Durchflusszytometrie (FACS).

## Publikationen

---

### Publikationsverzeichnis

#### Originalarbeiten mit Peer Review

Brandt B, Kemming D, Packeisen J, Simon R, Helms M, Feldmann U, **Matuschek A**, Kersting C, Hinrichs B, Bidart JM, Bellet D, Bartkowiak K, Dankbar N, Dittmar T, Sauter G, Boecker W, Buerger H. Expression of early placenta insulin-like growth factor in breast cancer cells provides an autocrine loop that predominantly enhances invasiveness and motility. *Endocr Relat Cancer* 12:823-837, 2005

Brecht S, Kirchhof R, **Chromik A**, Willesen M, Nicolaus T, Raivich G, Wessig J, Waetzig V, Goetz M, Claussen M, Pearse D, Kuan C Y, Vaudano E, Behrens A, Wagner E, Flavell R A, Davis R J, Herdegen T. 2005. Specific pathophysiological functions of JNK isoforms in the brain. *Eur J Neurosci* 21:363-377, 2005

**Chromik AM**, Müller AM, Körner J, Belyaev O, Albrecht M, Schmitz F, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. [Genetic inactivation of c-Jun N-terminal Kinase 1 and 2 (JNK1 and JNK2) aggravates the chronic DSS colitis in mice.] *Chirurgisches Forum* 35:215-217, 2006

**Chromik, AM**, Endter F, Uhl W, Thiede A, Reith H B, Mittelkötter U. Pre-emptive antibiotic treatment vs 'standard' treatment in patients with elevated serum procalcitonin levels after elective colorectal surgery: a prospective randomised pilot study. *Langenbecks Arch Surg* 391:187-194, 2006

Dikow R; Degenhard M, Kraus T, Sauer P, Schemmer P, **Uhl W**, Buchler M, Zeier M: Blood pressure profile and treatment quality in liver allograft recipients-benefit of tacrolimus versus cyclosporine. *Transplant Proc* 36(5):1512-1515, 2004

Giese Th, Zeier M, Schemmer P, **Uhl W**, Schoels M, Dengler Th, Büchler M, Meuer St: Monitoring of NFAT-regulated gene expression in the peripheral blood of allograft recipients: a novel perspective toward individual optimized drug doses of cyclosporine A. *Transplantation* 77: 339-344, 2004

Hartwig W, Werner J, Warshaw AL, Antoniu B, Castillo CF, Gebhard MM, **Uhl W**, Buchler MW: Membrane-bound ICAM-1 is upregulated by trypsin and contributes to leukocyte migration in acute pancreatitis. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 287(6):1194-1199, 2004



## Publikationen

---

Hackert T, Werner J, Pfeil D, Hartwig W, Gebhard M, Büchler M W, **Uhl W**: Bedeutung der Thrombozyten für Mikrozirkulation und Gewebeschaden bei der experimentellen akuten Pankreatitis. Chirurgisches Forum, 121. Deutscher Chirurgenkongress Berlin, Springer Verlag, Forumband 33: 189-191, 2004

Hackert T, Werner J, **Uhl W**, Gebhard MM, Buchler MW, Schmidt J: Reduction of ischemia/reperfusion injury by antithrombin III after experimental pancreas transplantation. Am J Surg 189(1):92-97, 2005

Huber FX, **Belyaev O**, Huber C, Meeder PJ. A standard surgical protocol for a rabbit ulnar osteotomy model. Scand J Lab Anim 33(2):89-95, 2006

Keese M, Magdeburg R J, **Herzog T**, Hasenberg T, Ofterdinger M, Pepperkok R, Sturm J W, Bastiaens P I. Imaging epidermal growth factor receptor phosphorylation in human colorectal cancer cells and human tissues; J Biol Chem 280(30): 27826- 31, 2005

Klingler PJ, **Seelig MH**, Floch NR, Branton SA, Freund MC, Katada N, Hinder RA. Aberrant left hepatic artery in laparoscopic antireflux procedures. Surg Endosc 218: 807-811, 2004

Kraus MC, **Seelig MH**, Linnemann U, Berger MR. The balanced induction of K-ras codon 12 and 13 mutations in mucosa differs from their ratio in neoplastic tissues. Intern J Oncology 29: 957-964, 2006

Lebiedz P, Ullerich H, **Seelig MH**, Domschke W, Kucharzik T. Jejunal feeding tube causing intestinal pneumatosis and fulminant portal venous gas embolism. Endoscopy 37: 926, 2005

Meier JJ\*, **Weyhe D\***, Michaely M, Senkal M, Zumtobel V, Nauck MA, Holst JJ, Schmidt WE, Gallwitz B. \*(contributed equally at work). Intravenous glucagon- like peptide 1 normalizes blood glucose after major surgery in patients with type 2 diabetes. Crit Care Med 32(3):848-51, 2004

Müller A, **Chromik A**, Bolik B, Müller K, Mittelkötter U: Leiomyosarcoma of the inferior vena cava. Review of a rare disease. Der Pathologe 26(2): 153-8, 2005

## Publikationen

---

**Müller CA**, Vogeser M, Belyaev O, Gloor B, Strobel O, Weyhe D, Werner J, Borgstrom A, Buchler MW, Uhl W. Role of endogenous glucocorticoid metabolism in human acute pancreatitis. Crit Care Med 34(4):1060-1066, 2006

Renzulli P, Joeris A, Strobel O, Hilt A, Maurer C A, **Uhl W**, Büchler M W.: Colon interposition for esophageal replacement. A single-center experience. Langenbecks Arch Surg 389: 128-133, 2004

Rodenbach M, Eyol E, **Seelig MH**, Berger MR. Combination treatment of CC531-lac-Z rat liver metastases by chemo-embolization with pemetrexed disodium and gemcitabine. J Cancer Res Clin Oncol 131:289-99, 2005

**Seelig MH**, Senninger N, Kocher T. Laparoskopische Splenektomie: Erste Erfahrungen mit einer 3-Trokar-Technik und dem 'hanging spleen Manöver'. Zentralbl Chir 129: 387-390, 2004

Seiler CA, Wagner M, Bachmann T, Redaelli CA, Schmied B, **Uhl W**, Friess H, Buchler MW: Randomized clinical trial of pylorus-preserving duodenopancreatectomy versus classical Whipple resection-long term results. Br J Surg 92(5):547-56, 2005

Senkal M.; Haaker R.; **Deska T**; Hummel T.; Steinfurt C.; Zumtobel V.; Alteheld B.; Stehle P. Early enteral gut feeding with conditionally indispensable pharmaconutrients is metabolically safe and is well tolerated in postoperative cancer patients- a pilot study, Clin Nutr 23 (5) : 1193-8, 2004

Senkal M, Koch J, **Hummel T**, Zumtobel V: Laparoscopic needle catheter jejunostomy - Modification of the technique and outcome results. Surgical endoscopy 18(2): 307-309, 2004

Senkal M, Marpe B, **Deska T**, Zumtobel V, Adolph M: [Pancreatic elastase-1 in the stool for the determination of exocrine pancreas function of postoperative patients with early enteral nutrition -- a pilot study]. Deutsche Medizinische Wochenschrift 131(1-2): 13-16, 2006

Strobel O, Wachter D, Werner J, **Uhl W**, Mueller CA, Khalik M, Geiss HK, Fiehn W, Buechler MW, Gutt CN Effect of a pneumoperitoneum on systemic cytokine levels, bacterial translocation, and organ complications in a rat model of severe acute pancreatitis with infected necrosis Surg Endosc 20 (12): 1897-1903, 2006

## Publikationen

---

Tsekov C, Belyaev O, Tcholakov O, Tcherveniakov A. Intraoperative Doppler assessment of gastric tube perfusion in esophagogastroplasty. J Surg Res 132(1):98-103, 2006

Weyhe D, Hoffmann P, Belyaev O, Mros K, Muller C, Uhl W, Schmitz F. The role of TGF-beta1 as a determinant of foreign body reaction to alloplastic materials in rat fibroblast cultures: comparison of different commercially available polypropylene meshes for hernia repair. Regul Pept 2007 Jan 10;138(1):10-4. Epub Sep 12, 2006

Weyhe D, Schmitz I, Belyaev O, Grabs R, Muller KM, Uhl W, Zumtobel V. Experimental comparison of monofile light and heavy polypropylene meshes: less weight does not mean less biological response. World J Surg 30(8):1586-91, 2006

Weyhe D, Geier B, Belyaev O, Steinfort C, Uhl W, Zumtobel V. Central perineal hernia mimicking rectocele: a case report. Langenbecks Arch Surg 391(1):43-6, 2006

Weyhe D, Winnemöller C, Hellwig A, Meurer K, Plugge H, Kasoly K, Laubenthal H, Bauer KH, Uhl W. Das Aus für die total extraperitoneale Leistenhernienversorgung durch § 115b SGBV - eine Analyse zu Patienten-Outcome und Ökonomie. Chirurg 77(9):844-855, 2006

## Publikationen

---

### Bücher

Pankreaserkrankungen: Akute Pankreatitis, Chronische Pankreatitis, Pankreastumore. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Herausgeber Büchler M.W., Uhl W. und Malfertheiner P. Karger Verlag, Basel, 2004

Diseases of the Pancreas, edited by Büchler M.W., Uhl, W., Malfertheiner, P., Sarr M. Karger Verlag, Heidelberg, Bochum, Magdeburg, Rochester, Minnesota 2004

### Buchbeiträge

Burock S, Uhl W, Büchler MW. Kapitel G 14: Entzündliche Pankreaserkrankungen: Chirurgische Therapie. In Therapie-Handbuch, Herausgeber W. Domschke, T. Sauerbruch und andere, 14-18, 2006

Belyaev O, Herzog T, Müller C, Uhl W.: Pankreaschirurgie – der Chirurg als Prognosefaktor. Falk gastroforen 2006 Kompendium, 58-59, 2006

Kremer M, Ulrich A, Buchler MW, Uhl W:Fast-track surgery: the Heidelberg experience. Recent Results Cancer Res 165:14-20, 2005

Seelig MH: Stellenwert minimal-invasiver operativer Verfahren bei Erkrankungen des Magens und des Ösophagus. In: N. Senninger, M. Colombo-Benkmann (Hrsg.): Chirurgie des Magens und des Ösophagus; Philippka-Verlag, Münster 56-65, 2004

Werner J, Schneider L, Uhl W, Büchler M W: Akute Pankreatitis –Chirurgische Therapie. In: X.Gastroenterologie, Seminarwoche Titisee, 7.-11. Februar 2004. Herausgeber: K.-P. Meier und H.E. Blum. Falk Foundation e.V., Freiburg, 140-144, 2004

Uhl W, Büchler MW: Kapitel 33 Pankreas. Berchtold Chirurgie. Herausgeber H.-P. Bruch und O. Trentz. Urban & Fischer, 943-965, 2005

Uhl W, Büchler MW.: Kapitel Pankreas in Berchtold Repetitorium Chirurgie. Herausgeber R. Keller, H.-P. Bruch, O. Trentz, Urban & Fischer, 389-399, 2006

## Publikationen

---

### Reviews/ Übersichtsarbeiten

Banasch M, Lembcke B, Kuhnen C, Köster O, Uhl W, Schmidt WE, Schmitz F. Zerebraler Krampfanfall und Hypoglykämie. Der Gastroenterologe 1: 51-53, 2006

Belyaev O, Herzog T, Chromik A, Müller C, Uhl W. Pankreaschirurgie: Der Chirurg als entscheidender Prognosefaktor. Der Gastroenterologe 1: 34-42, 2006

Belyaev O, Tcholakov O, Tchalakova P, Tcherveniakov A. Evidence based medicine – the new method of clinical decision making. Modern Medicine (Bulgarian) 57:36- 43, 2006

Belyaev O, Muller C, Uhl W. Neosphincter surgery for fecal incontinence: a critical and unbiased review of the relevant literature. Surg Today 36(4):295-303, 2006

Chromik AM, Uhl W. Benigner Pankreaskopftumor: Therapie aus chirurgischer Sicht. MedReport 20 (29. Jahrgang): 38, 2005

Encke J., Uhl W, Stremmel W., Sauer P.: Immunosuppression and modulation in liver transplantation. Nephrol Dial Transplant 19 Suppl 4:22-25, 2004

Esposito S, Mittelkötter U.: Ceftriaxone prophylaxis in abdominal, cardiovascular, thoracic, orthopaedic, neurosurgical and general surgery: a review of practice 1996 - 2003. J Chemother 17 Suppl 2:17-32, 2005

Felderbauer P, Müller C, Bulut K, Belyaev O, Schmitz F, Uhl W, Schmidt WE. Pathophysiology and treatment of acute pancreatitis: new therapeutic targets - a ray of hope? Basic Clin Pharmacol Toxicol 97(6):342-350, 2005

Herzog T, Chromik A, Müller CA, Weyhe D, Uhl W. 20 Jahre total mesorectale Exzision- wo stehen wir? Caduceus 11-15, 2006

Mehrabi A, Schemmer P, Schmidt J, Sauer P, Friess H, Kraus T, Martin E, Buchler MW, Uhl W.: Heidelberg´s first experiences in establishing a living-donation liver transplantation programme. Nephrol Dial Transplant 19 Suppl 4:1-5, 2004

## Publikationen

---

**Müller C**, Belyaev O, Deska T, Chromik A, Weyhe D, Uhl W. Fecal incontinence: an up-to-date critical overview of surgical treatment options. Langenbecks Arch Surg 390(6):544-52, 2005

Sauer P, Schemmer P, **Uhl W**, Encke J: Living-donor liver transplantation: evaluation of donor and recipient. Nephrol Dial Transplant 19 Suppl 4:iv11-15, 2004

Schemmer P, Mehrabi A, Kraus T; Sauer P, Gutt C, **Uhl W**, Buchler MW.: New aspects on reperfusion injury to liver-impact of organ harvest. Nephrol Dial Transplant 19 Suppl 4:26-35, 2004

**Uhl W**, Schemmer P, Mittelkötter U, Müller Ch, Weyhe D, Mehrabi A, Buehler M W: Leberresektion – verkürzte OP-Zeiten und weniger Komplikationen durch innovatives Verfahren. Nahdran 02/04, 42-43, 2004

Werner J, Feuerbach S, **Uhl W**, Buchler MW: Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care. Gut 54(3):426-36, 2005

## Publikationen

---

### Abstracts

**Belyaev O**, Müller C, Uhl W. Modern multidisciplinary treatment of rectal cancer. Bulgarian Surgical Society: XII National Surgical Congress with international participation., Sofia, Bulgaria, 5.-8.10.2006

**Belyaev O**, Müller C, Uhl W. Stapler-Hepatectomy: a safe and cost-effective technique in major liver resections. Bulgarian Surgical Society: XII National Surgical Congress with international participation. Sofia, Bulgaria, 5.-8.10.2006, Congress Papers Collection: pp. 21-28.

**Belyaev O**, Müller C, Uhl W. Aggressive surgical treatment of pancreatic cancer. Bulgarian Surgical Society: XII National Surgical Congress with international participation. 5.-8.10.2006, Sofia, Bulgaria, Congress Papers Collection: pp. 373-380.

**Belyaev O**, Müller C, Papapostolou G, Uhl W. Double sigmoid colon perforation following a migrated biliary stent. Z Gastroenterologie 44(8): 918, 2006

**Chromik AM**, Muller AM, Belyaev O, Körner J, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase 1 (JNK1) hat keinen Einfluss auf die Krankheitsaktivität und das Überleben im Maus Modell der chronischen DSS Colitis. Z Gastroenterologie 43: 811, 2005

**Chromik AM**, Muller AM, Korner J, Belyaev O, Holland-Letz T, Schmitz F, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Genetic inactivation of JNK1 and JNK2 aggravates the DSS induced colitis in mice. Gastroenterology 130 (4): A553-A553, 2006.

**Chromik AM**, Endter F, Uhl W, Thiede A, Reith H B, Mittelkötter U. Prospective randomized trial: Preemptive antibiotic treatment versus 'standard' treatment in patients with elevated serum procalcitonin levels after elective colorectal surgery. Gastroenterology 130 (4): A866, 2006

**Chromik AM**, Müller AM, Albrecht M, Rottmann S, Seelig MH, Herdegen T, Mittelkötter U, Uhl W. Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase 2 (JNK2) erhöht Krankheitsaktivität und Mortalität in der chronischen DSS-Colitis. Z Gastroenterologie; 44: 722, 2006

## Publikationen

---

**Chromik AM**, Otte JM, Banasch M, Tannapfel A, Seelig MH, Schmidt WE, Uhl W. Alles ein Kopfproblem ...“ oder „Eine unkonventionelle chirurgische Lösung verhindert den pankreopriven Diabetes mellitus nach Fehlbehandlung“. Z Gastroenterologie; 44: 917, 2006

**Chromik AM**, Sommerer F, Otte JM, Seelig MH, Schmidt WE, Tannapfel A, Uhl W. Ein multifokales seröses Cystadenocarcinom des Pankreas mit chronischer Pankreatitis – Ein seltenes Krankheitsbild. Z Gastroenterologie; 44: 928, 2006

Daigeler A, Buluth D, Geisler A, **Chromik A**, Krieg A, Uhl W, Mittelkötter U. In vitro Apoptoseinduktion durch Taurolidin und rhTRAIL in Ösophagus-Plattenepithelkarzinom-Zelllinien. Z Gastroenterologie; 44: 708, 2006

**Herzog T**, Mittelkötter U, Müller CA, Weyhe D, Uhl W.: Treatment of complicated diverticulitis - Hartmann´s procedure can be reduced to less than 50%! Falk Symposium 148: Diverticular Disease: Emerging Evidence in a common condition 17.-18.06.2005, München, Deutschland

**Herzog T**, Müller C, Mittelkötter U, Weyhe D, Uhl W. Perforierte Sigmadivertikulitis – Eine Hartmann Situation ist in 50% der Fälle vermeidbar! Z Gastroenterol 44: 883, 2006

**Herzog T**, Müller C, Mittelkötter U, Weyhe D, Uhl W; Schmidt W. Trotz biliärem Stenting bei Verschlussikterus muss die postoperative Morbidität nicht erhöht sein! Z Gastroenterol 44: 889, 2006

**Herzog T**, Müller CA, Mittelkötter U, Weyhe D, Uhl W.: Erhöht präoperatives Stenting bei Pankreaskopferkrankungen die postoperative Morbidität – Jein! Kongressband DGCH 2006

Huber FX, **Belyaev O**, Hillmeier J, Kock HJ, Huber C, Meeder PJ, Berger I. First histological observations on the incorporation of a novel nanocrystalline hydroxyapatite paste OSTIM in human cancellous bone. BMC Musculoskelet Disord 7:50, 2006

**Mueller CA**, Vogeser M, Belyaev O, Gloor B, Strobel O, Bergstrom A, Buechler M, Uhl WH. Corticosteroid-binding globulin - a reliable early predictor of necrosis infection in acute pancreatitis. Gastroenterology 128 (4): A175-A175, 2005.



## Publikationen

---

**Müller C**, Vogeser M, Belyaev O, Gloor B, Strobel O, Werner J, Borgström A, Büchler M, Uhl W. Corticosteroidbindendes Globulin (CBG) – Ein möglicher früher Marker für die infizierte Pankreasnekrose. Z Gastroenterologie 2006 Aug; 44(8): 744, 2006

**Müller C**, Belyaev O, Appelros S, Uhl W, Borgström A. Dexamethason zeigt keinen Einfluss auf die Aktivierung von Trypsinogen in der taurocholatinduzierten Pankreatitis im Rattenmodell. Z Gastroenterologie 2006 Aug; 44(8): 755, 2006

Otte JM, Werner I, **Chromik AM**, Brand S, Schmitz F, Schmidt WE. Stabilisierung und Regeneration der intestinalen Barrierefunktion durch humanes beta-Defensin 2. Z Gastroenterologie; 44: 736. 61. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Hannover, 13.-16- September 2006.

**Seelig MH**, Senninger N, Kocher T. Laparoscopic Splenectomy using a three trocar technique. Surg Endosc 18 (Supl): S67, 2004

**Seelig MH**, Haier J, Güller M, Owczarek M, Spagnoli GC, Senninger N, Kocher T. Prognostic relevance of expression of tumor associated antigens of the MAGE-family in patients with esophageal cancer. J Cancer Res Clin Oncol 130: S87, 2004

**Seelig MH**. Prognostische Relevanz des präoperativen CEA-Spiegels bei Patienten Plattenepithelkarzinom des Ösophagus. Der Onkologe 10: 649-650, 2004

**Steinfort C**, Mittelkötter, U, Mumme A, Uhl, W. Postoperative Thromosierung der Art. hepatica communis- eine seltene Komplikation visceralchirurgischer Oberbaucheingriffe NWC Köln, 2004

**Suelberg D**, Chromik AM., Müller AM, Mittelkötter U, Uhl W. Altersappendizitis: Das CRP macht den Unterschied! Z Gastroenterologie; 44: 882, 2006

Utech M, **Seelig MH**, Ullerich H, Weckesser M, Senninger N, Colombo-Benkmann M. Durchfall bei von Recklinghausen-Krankheit. Häufiges Symptom bei seltener Ursache. 172. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, Münster 29.9.-1.10.2005

**Weyhe D**, Meier J, Michaely M, Holst J, Gallwitz B, Schmidt W, Zumtobel V. Perioperative Blutzuckerregulation bei Typ- II Diabetikern durch exogenes Glucagon-like-peptide 1 (GLP-1) Kongressband 121, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mai 2004

## Publikationen

---

**Weyhe D**, Polten A, Mros K, Belyaev O, Meurer K, Müller C, Uhl W.: Gene expression patterns as predictors of foreign body reaction towards synthetic meshes ?!  
3rd International Hernia Congress of the American and European Hernia Society, Congress Booklet 2006

**Weyhe D**. TGF- $\beta$ 1 determines the growth of NRK-49F fibroblasts: an in vitro study comparing heavy and light meshes .3rd International Hernia Congress of the American and European Hernia Society. Congress Booklet 2006

**Weyhe D**, Büttner G, Mros K, Schmitz F, Grabs R, Schmidt WE, Uhl W, Zumtobel V.  
Führt eine Materialreduktion tatsächlich zu einer Verbesserung der Biokompatibilität von Polypropylenenetzen? Vergleichende immunologische in vitro Analysen.10. Treffen, MIC-Club West, Universitätsklinikum Aachen. Mai 2004

**Weyhe D**, Polten A, Mros K, Belyaev O, Meurer K, Müller C, Uhl W. Gene expression patterns as predictors of foreign body reaction towards synthetic meshes ?! 3rd International Hernia Congress of the American and European Hernia Society. Boston/USA, Jun 2006

## Vorträge

---

### Vorträge

**Chromik A**, Brüwer M, Ganslandt T, Wassenaar L-H, Kunze U, Mittelkötter U, Senninger N, Krieglstein CF. Optimierung der Auslastung einer allgemein chirurgischen Operationseinheit durch Online work-flow Analyse. CAQ-Jahrestagung Berlin, 2004.

**Chromik A**, Brüwer M, Ganslandt T, Kunze U, Mittelkötter U, Senninger CF, Krieglstein. Online-Dokumentation der OP-Auslastung in einer chirurgischen Universitätsklinik: Ein wirksames tool zur Prozessanalyse und -optimierung. 121. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 27. – 30.04.2004.

**Chromik AM**, Belyaev O, Körner J, Albrecht M, Uhl W, Mittelkötter U. Dead End JNK? Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase (JNK1 und JNK2) und hat keinen Einfluss auf die DSS-Colitis. Wissenschaftliches Kolloquium der Medizinischen Klinik I und der Chirurgischen Klinik, St. Josef Hospital Bochum, 08.07.2005.

**Chromik AM**, Müller AM, Belyaev O, Körner J, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Knockout of c-Jun N-terminal Kinase (JNK) 1 and 2: Divergent effects on clinical outcome and survival in a murine model of chronic colitis. International Meeting: Inflammatory Diseases of Barrier Organs, University Hospital, Kiel, 3. - 4.06.2005.

**Chromik AM**, Müller AM, Belyaev O, Körner J, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Die c-Jun N-terminale Kinase 1 (JNK1) in der chronischen DSS-Colitis: Der Knock out von JNK1 hat keinen Einfluss auf die Krankheitsaktivität. 14. Jahrestagung der Gesellschaft für Gastroenterologie in NRW 2005, 22.-23. April 2005.

**Chromik AM**, Pfisterer O, Rottmann S, Uhl W, Mittelkötter U. Die Wirkung von Taurolidin in der Colitis-Dysplasie-Karzinom-Sequenz im Tiermodell der DSS Colitis. Wissenschaftliches Kolloquium der Medizinischen Klinik I und der Chirurgischen Klinik, St. Josef Hospital Bochum, 08.07.2005.

**Chromik AM**, Belyaev O, Körner J, Albrecht M, Uhl W, Mittelkötter U. *Dead End* JNK? Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase (JNK1 und JNK2) und hat keinen Einfluss auf die DSS-Colitis. Wissenschaftliches Kolloquium der Medizinischen Klinik I und der Chirurgischen Klinik, St. Josef Hospital Bochum, 08.07.2005.

## Vorträge

---

**Chromik A.** Animal models for chronic inflammatory bowel diseases and tumorigenesis in JNK knock-out mice" 2<sup>nd</sup> Symposium on „Novel functions of JNK stresskinases“, Institut für Pharmakologie der Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel, 28. – 30. August 2005.

**Chromik AM,** Müller AM, Belyaev O, Körner J, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase 1 (JNK1) hat keinen Einfluss auf die Krankheitsaktivität und das Überleben im Maus Modell der chronischen DSS Colitis. Z Gastroenterologie 2005; 43: 811. 60. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Köln, 14.-17. September 2005.

**Chromik AM,** Müller AM, Körner J, Belyaev O, Albrecht M, Schmitz F, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Die genetische Inaktivierung der c-Jun N-terminalen Kinase 1 und 2 (JNK1 und JNK2) verschlimmert die chronische DSS-Colitis der Maus. 123. Jahreskongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2.-5. Mai 2006.

**Chromik AM,** Endter F, Uhl W, Thiede A, Reith H B, Mittelkötter U. Prospective randomized trial: Preemptive antibiotic treatment versus 'standard' treatment in patients with elevated serum procalcitonin levels after elective colorectal surgery. 47th Annual meeting, Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT) Los Angeles, USA, 20.- 24. Mai 2006.

**Chromik AM,** Müller AM, Körner J, Belyaev O, Holland-Letz T, Schmitz F, Herdegen T, Uhl W, Mittelkötter U. Genetic Inactivation of JNK1 and JNK2 Aggravates the DSS Induced Colitis in Mice. Digestive Disease Week, Los Angeles, USA, 20.–25. Mai 2006.

**Chromik AM,** Genetic basis of chronic pancreatitis. Children's Hospital, University of Washington, Seattle, USA, 25. Mai 2006.

**Chromik AM,** Müller A M; Albrecht M, Rottmann S, Seelig M H, Herdegen T, Mittelkötter U, Uhl W. Der Knock out der c-Jun N-terminalen Kinase 2 (JNK2) erhöht Krankheitsaktivität und Mortalität in der chronischen DSS-Colitis. 61. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Hannover, 13.-16- September 2006.

## **Vorträge**

---

**Chromik AM**, Müller A M; Albrecht M, Albrecht M, Hilgert C, Mittelkötter U, Uhl W. Die Wirkung der anti-proliferativen Substanz Taurolidin in der Colitis-Dysplasie-Karzinom-Sequenz im Tiermodell der DSS Colitis. Forum Tagung 2006, Ruhr Universität Bochum, 13. Dezember 2006.

**Herzog T.** Postoperative Darmatonie – aktuelle Prävention und neuartige Therapieansätze. CHOLIDA Studientreffen. Frankfurt, Deutschland, 20.09.2006

**Meurer K.** „Der Leistenbruch – Therapieverfahren und Ergebnisse nach 2000 Operationen“ Arzt-Patienten-Seminar „Die Sportlerleiste“, Bochum, 14.11.2004

**Meurer K.** Optimierte Biokompabilität durch weniger Polypropylen, 1.Hamburger Hernientag, Winsen Hamburg, 07.10.2005

**Meurer K.** Biomaterialien in der Hernienchirurgie, 3. Leipziger Hernientag, Leipzig, 05.04.2006

**Mittelkötter U.:** Darmkrebs-Operation: 90% ohne künstlichen Darmausgang! 1. Arzt-Patientenseminar, St. Josef-Hospital, Bochum, 24. 04. 2004

**Mittelkötter U.:** Abdominoplastik. Cosmedica 2004, RuhrCongress Bochum, 24.-25. 04. 2004

**Mittelkötter U,** Chromik AM, Uhl W. Chirurgische Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen 2005. 14. Jahrestagung der Gesellschaft für Gastroenterologie in NRW 2005, 22.-23. April 2005

**Müller C.** Zentrales Patienten Management (ZPM). Patronatstag des St.Josef-Hospital Bochum, 19. März 2004.

**Müller C.** Medizinisches Forum am Josef-Hospital, Neue operative Darmreservoir-Methoden, Bochum, 24. April 2004.

**Müller C.** Technik der Pankreatico-Jejunostomie 172. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, Münster, Sept. 2005.

**Müller C.** Corticosteroidbindendes Globulin (CBG)- Ein möglicher früher Marker für die infizierte Pankreas Nekrose. 61. Jahrestagung DGVS DGVC, Hannover, 13-16 Sept 2006.

## Vorträge

---

**Müller C**, Belyaev O, Appelrose S, Uhl W, Borgström A. Dexamethason zeigt keinen Einfluss auf die Aktivierung von Trypsinogen in der taurocholatinduzierten Pankreatitis im Rattenmodell. DGVS/DGVC, Hannover, 13-16 Sept 2006.

**Seelig MH**. AVK der Arteria subclavia – operative Therapie. Interdisziplinäres Angiologisches Kolloquium; Münster, 24.1.2004.

**Seelig MH**, Güller U, Owczarek M, Spagnoli GC, Senninger N., Kocher T. Hat die Expression von Tumor-assoziierten Antigenen der MAGE-Familie beim Ösophaguskarzinom eine prognostische Bedeutung? 121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 27.04.-30.04.2004.

**Seelig MH**. Stellenwert minimal-invasiver operativer Verfahren bei Erkrankungen des Magens und des Ösophagus. Operationsworkshop: Chirurgie des Magens und des Ösophagus. Münster, 1.-2.7.2004.

**Seelig MH**, Rupp KD, Kocher T, Senninger N. Erfahrungen mit der laparoskopischen Splenektomie bei 32 Patienten: 3 Trokare und ‚hanging-spleen‘-Manöver. 171. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, Köln, 16.-18.9.2004.

**Seelig MH**. Operative Karotisrevaskularisation: Argumente für die Operation. Neurologische Notfallmedizin und aktuelle Therapie des Schlaganfalls, Universitätsklinikum Münster, 22.10.2005.

Senninger N, **Seelig MH**. Bariatrische Chirurgie: Indikationen, Technik, Ergebnisse. Kompetenzzentrum Psychogene Essstörungen Münster, Universitätsklinikum Münster, 28.4.2005.

**Seelig MH**. Aktuelle Richtlinien zur chirurgischen Behandlung des Magenkarzinoms. Arbeitsgemeinschaft Gastroenterologie in Münster und Münsterland. Münster, 10.3.2006

**Seelig MH**. Probleme am Darmausgang und am Stoma. Welche Untersuchungsverfahren gibt es, welche Behandlungsmöglichkeiten sind sinnvoll? Arzt-Patienten Seminar ‚Chronisch-Entzündliche Darmerkrankungen‘, St. Franziskus-Hospital; Münster, 16.8.2006.

**Steinfort, C**. Chirurgische Möglichkeiten der Schmerzreduktion; Schmerztherapie in der ambulanten Chirurgie Curriculum Akutschmerz der DGSS, Bochum, Sept. 2006.

## **Vorträge**

---

**Uhl W.**: Darmtumor: was ist heute machbar?, Operation von Metastasen: Leber und Lunge. 1. Arzt-Patienten-Tag 2004, Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum, 24. April 2004.

**Uhl W.**: Gastric Banding: Indikationen und Möglichkeiten, Cosmedica, Kongress für ästhetische und kosmetische Medizin mit Fachmesse., RuhrCongress Bochum, 24 – 25 April 2004.

**Uhl W.**: Conservative Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis. National Surgical Conference with Foreign Participation., International House of Scientists "Fr, Joliot-Curie", "St. Constantine" Resort, Varna, 1 – 3 Oktober 2004.

**Uhl W.**: Stapler Hepatectomy: a Safe, Fast and Cost-effective Liver Dissection technique (Video and First Results). National Surgical Conference with Foreign Participation., International House of Scientists "Fr, Joliot-Curie", "St. Constantine" Resort, Varna, 1 – 3 Oktober 2004.

**Uhl W.**: Gallengangskarzinom – wann ist der Chirurg gefordert?. Aktuelle Gastroenterologie und Gastrointestinale Onkologie 2004, Hörsaalgebäude des St. Josef-Hospitals Bochum, 13. Oktober 2004.

**Uhl W.**: Chirurgische Resektion von Lebermetastasen 2004 – der Stand der Dinge!. Aktuelle Gastroenterologie und Gastrointestinale Onkologie 2004, Hörsaalgebäude des St. Josef-Hospitals Bochum, 13. Oktober 2004.

**Uhl W.**: Operative Therapie chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Arzt-Patienten-Seminars, St. Franziskus-Hospital Münster, 27. Oktober 2004.

**Uhl W.**: Praxis interdisziplinären Intensivmedizin und Intensivpflege: Der Bauch als Sepsisquelle, Kongresszentrum Westfalenhallen Dortmund, 4 – 5 November 2004.

**Uhl W.**: Ethisches Fachgespräch „21 Fragen an...“. Sozial-Ethisches Forum im St. Josef-Hospital, Universitätsklinik St. Josef-Hospital, 22 November 2004.

**Uhl W.**: Definition des Schweregrades: a.) Was leistet die Labordiagnostik?, 7. Deutscher Interdisziplinärer Kongress für Intensiv- und Notfallmedizin, Congress Centrum Hamburg, 1 – 4 Dezember 2004.

## Vorträge

---

**Uhl W.**: Pro laparoskopische Leistenhernienversorgung. MIC-Club West, Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik der RWTH Aachen, 02. April 2004.

**Uhl W.**: Ein-Jahresbilanz des „Pankreaszentrum Bochum“ mit interdisziplinärer Bauchstation, 1. AdP Regionaltreffen – Nordrhein-Westfalen in Bochum, 15 Januar 2005.

**Uhl, W.**: Chirurgische Intensivmedizin: Aktuelle Behandlungskonzepte der schweren akuten Pankreatitis, Seminarkongress – Interdisziplinäre Intensivmedizin, Garmisch-Partenkirchen Kongresshaus, 6 – 11 März 2005.

**Uhl W.**: Zur chirurgischen Intervention bei entzündlichen Komplikationen von Dickdarm-Divertikel, Arbeitskreis für Gastroenterologie Münster und Münsterland e.V., 11 März 2005.

**Uhl W.**: Klinische Wertigkeit von Procalcitonin (PTC) in der Vorhersage septischer Komplikationen und der Gesamtprognose bei schwerer akuter Pankreatitis und Peritonitis: Ergebnisse einer prospektiven internationalen Multizenterstudie, 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ICM München, 5 – 8 April 2005.

**Uhl W.**: Von der Kontroverse zum Konsens?: Ist die optimale Operationstechnik weniger als das Tumorstadium?. Interdisziplinäre gastrointestinale Onkologie –, 14. Tagung der Gesellschaft für Gastroenterologie in Nordrhein-Westfalen, RuhrCongress Bochum und Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum, 22 – 23 April 2005.

**Uhl W.**: Update Diagnostik und Therapie: Innovationen in der Pankreaschirurgie – Was ist heute technisch möglich? 14. Tagung der Gesellschaft für Gastroenterologie in Nordrhein-Westfalen, RuhrCongress Bochum und Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum, 22 – 23 April 2005.

**Uhl W.**: New developments in pancreatic cancer surgery: How far can we go? EHPBA Meeting, Convention Centre Heidelberg, 25 – 28 Mai, 2005.

**Uhl W.**: Unklare Pankreastumor: Therapie des benignen Pankreaskopftumors, XVI. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Heidelberg, 3 – 4 Juni 2005.



## Vorträge

---

**Uhl W.**: Die gemeinsame gastroenterologisch-viszeralchirurgische Station: Ein Modell mit Zukunft?, Berufspolitisches Forum Bundesverband Gastroenterologie Deutschland e.V., XVI. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Heidelberg, 3 – 4 Juni 2005.

**Uhl W.**: Hereditäres Pankreaskarzinom – klinische Relevanz. 60. Jahrestagung der DGVS, Köln, 14.-17. September 2005.

**Uhl W.**: „Große Viszeralchirurgie – quo vadis ?“. Fortbildung der Medizinischen Gesellschaft Bochum, 10. Januar 2006.

**Uhl, W.**: Pankreaschirurgie – der Chirurg als Prognosefaktor. Viszerale Medizin 2006 – aktuelle Entwicklungen und kontroverse Diskussionen. Bochum, 04. März 2006.

**Uhl W.**: Standards und Ausblick in der onkologischen Chirurgie beim Pankreaskarzinom. 44. Bundesweite AdP-Informationstreffen „Pankreaskarzinom und chronische Entzündung – Stand 2006“, Bochum, 05.-07. Mai 2006.

**Uhl W.**, Der Chirurg als Prognosefaktor beim Pankreaskarzinom. Festakt zur Verabschiedung von Frau Dr. M. Kibler und Vorstellung von Herrn Prof. Dr. V. Rudat, Klinik für Strahlentherapie am St. Josef-Hospital Bochum, 10. Mai 2006.

**Uhl W.**: Current Standards in Pancreatic Surgery. Pancreatic and Groin Hernia Symposium and Workshop. Sofia, Bulgaria, June 15-17, 2006.

**Uhl, W.**: Das Pankreaszentrum am St. Josef-Hospital. Katholischer Deutscher Frauenbund, Zweigverein Bochum, Bochum, 20.06.2006.

**Uhl W.**: Konservative und operative Therapieoptionen bei chronischer Cholangitis. 173. Jahrestagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen, Forum Leverkusen, 31.08.-02.09.2006.

**Uhl W.**: Multimodale Konzepte beim Pankreaskarzinom. State of the Art für die Chirurgische Behandlung. START 3. Solide Tumoren Am Runden Tisch, Zeche Zollverein, Essen, 13. September 2006.

**Uhl W.**: Stapler-hepatectomy: a safe and cost-effective technique in major liver resections. XII National Surgical Congress, Sofia, October 5-8, 2006.

## Vorträge

---

**Uhl W.**: Aggressive surgical treatment of pancreatic cancer. XII National Surgical Congress, Sofia, October 5-8, 2006.

**Uhl W.**: Modern multi-disziplinary treatment of rectal cancer. XII National Surgical Congress, Sofia, October 5-8, 2006.

**Uhl W.**: Antibiotische Therapie: neue Therapieoptionen. 1. Wiesbadener Viszerales Interdisziplinäres Symposium. Divertikulose – Divertikulitis: Volkskrankheit mit Risikopotential. Wiesbaden, 03.-04. November 2006.

**Uhl W.**: Pro Probelaparotomie: Sitzung Differenzialdiagnose chronische Pankreatitis / Pankreaskarzinom. Essener Endoskopietage 2006. Kontroversen der interventionellen Endoskopie. Universitätsklinikum Essen, 08. - 09. Dezember 2006.

**Uhl W.**: Komplikationen in der Chirurgie der schweren akuten Pankreatitis. 18. Workshop „Good Clinical Practice“ Komplikationsmanagement in der Viszeralchirurgie. Langenbeck-Virchow-Haus Berlin, 15.-16. Dezember 2006.

**Weyhe D.** Light meshes- ein kritischer Kommentar- 2. Jahrestagung der Deutschen Herniengesellschaft- Stuttgart. Jun. 2004.

**Weyhe D.** Von der Zellkultur über den Tierversuch zum Patienten: Neues zur Fremdkörperreaktion von Kunststoffnetzen in der Hernienchirurgie. 12. Informationstreffen der Tierschutzbeauftragten und der mit Tierversuchen befassten Behördenvertreter in Nordrhein- Westfalen. Aug 2004.

**Weyhe D.** Functional MR- study for the differentiation of chronic groin pain. 1st Endoscopic & Laparoscopic Hernia Surgery Meeting Greece. Mai 2004.

**Weyhe D.** Light mesh vs. Heavy mesh. Is an overdose truly poisonous? 1st Endoscopic & Laparoscopic Hernia Surgery Meeting Greece. Mai 2004.

**Weyhe D., Uhl W.** „Knopflochchirurgie“ Möglichkeiten und Grenzen in der minimal invasiven Chirurgie KKV“Constantia“Bochum. Okt 2004.

**Weyhe D.** Studienergebnisse über verschiedene Meshmaterialien. Zürser Hernienforum (Österreich). Dez 2004.

## **Vorträge**

---

**Weyhe D.** Grabs R, Büttner G, Mros K, Schmitz F, Schmitz I , Müller KM , Zumtobel V.  
Führt eine Materialreduktion tatsächlich zur Verbesserung der Biokompatibilität von Polypropylnetzen? Vergleichende immunologische in- vitro Analysen. Internationales Hernien Symposium Ulm, April 2004.

**Weyhe D.** J. Meier, M. Michaely, J. Holst, B. Gallwitz, W. Schmidt, V. Zumtobel  
Perioperative Blutzuckerregulation bei Typ- II Diabetikern durch exogenes Glucagon-like-peptide 1 (GLP-1). 121 Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mai 2004.

**Weyhe D.** Führt weniger Material auch zu weniger Reaktion? Immunologische in- vitro-Analysen Untersuchungen von Polypropylnetzen? Satelliten- Symposium, 121 Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mai 2004.

**Weyhe D.** Meurer K, Berndt C, Grabs R, Bauer KH, Senkal M, Zumtobel V.  
Total extraperitonealre Bruchlückenverschluß (TEP) - klinische Lernkurve und Outcome - Internationales Hernien Symposium Ulm, April 2004.

**Weyhe D.** Bartsch N. Probleme mit dem künstlichen Darmausgang. 1. Arzt- Patienten-Tag, Medizinforum am Bauchzentrum Bochum 2004.

**Weyhe D.** Grabs R, Büttner G, Mros K, Schmitz F, Schmitz I , Müller KM , Zumtobel V.  
Light- mesh vs. Heavy- mesh. ...macht wirklich die Dosis das Gift. Österreichische Gesellschaft für Chirurgie, Klagenfurt, Jun 2004.

**Weyhe D.** Die Sportlerleiste - Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten - . Arzt-Patienten Seminar Bochum, Nov. 2004.

**Weyhe D.** Ein Kunststoffnetz im Körper. Arzt- Patienten Seminar Bochum, Nov. 2004.

**Weyhe D.** Entwicklung der Leistenhernien OP unter DRG Bedingungen- ambulantes Operieren- Nordrheinwestfälisches Symposium für operatives Assistenzpersonal Feb. 2005.

**Weyhe D.** Light mesh- ja oder nein? 1. Leipziger Hernien Symposium, Elisabeth KH. März 2005.

**Weyhe D.** MIC- hernie auch ambulant machbar. Lunchsymposium, 122 Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Apr. 2005.

## **Vorträge**

---

**Weyhe D.** Pro- MIC Narbenhernie 11. MIC- Club West Universitätsklinikum Düsseldorf. Mai 2005.

**Weyhe D.** Optimierte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen- Fakt oder Fiktion? 46. Österreichischer Chirurgenkongress. Wien, Mai 2005.

**Weyhe D.** Light mesh- ja oder nein? 1. Karlsruher Hernien Symposium, Städtische Klinikum Karlsruhe. Mai 2005.

**Weyhe D.** Technik der Narbenhernienversorgung: Onlay vs. Sublay, Laparoskopische Technik, Fremdkörperreaktion, Langzeitergebnisse. 1. Karlsruher Hernien Symposium, Städtische Klinikum Karlsruhe. Mai 2005.

**Weyhe D.** Technik der Narbenhernienversorgung: Onlay vs. Sublay, Laparoskopische Technik, Fremdkörperreaktion, Langzeitergebnisse. Satellitensymposium Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Jun. 2005.

**Weyhe D.** Technik der Narbenhernienversorgung: Onlay vs. Sublay, Laparoskopische Technik, Fremdkörperreaktion, Langzeitergebnisse. Gelsenkirchener Hernien Symposium, Marienhospital GK- Buer, Sept. 2005.

**Weyhe D.** „ Neues von den Netzen „ Optimierte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen ? Hernien Symposium Idstein, Sept. 2005.

**Weyhe D.** Verbesserte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen? - Fakt oder Fiktion- 5. Internationale Hernien Symposium Wiesbaden. Nov. 2005.

**Weyhe D.** Verbessertes Outcome durch Light meshes in der Hernienchirurgie ? 1. Hernien Symposium München/ Neuperlach. März 2006.

**Weyhe D.** Kosteneffektivität in der laparoskopischen Hernienchirurgie 123. Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mai. 2006.

**Weyhe D,** Meurer K, Plugge H, Hellwig A, Winnemöller C, Kasoly K, Bauer KH, Uhl W. §115b SGB V: Das Aus für die MIC- Hernie oder patientenorientierte ambulante Therapieoption? 123. Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mai. 2006.

## Vorträge

---

**Weyhe D.** Schmitz F, Belyaev O, Mros K, Müller C, Schmidt W, Uhl W.

TGF-  $\beta$  1; determiniert das Wachstum von NRK 49-F Fibroblasten: ein in vitro Vergleich von heavy und light meshes. 123. Kongress, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Mai. 2006.

**Weyhe D.** Uhl W. TEP vs. Shouldice - minimal invasive oder konv. Operation. Pro-Contra Debatte. Medizinische Gesellschaft Bochum. Apr. 2006.

**Weyhe D.** Verbessertes Outcome durch Light meshes in der Hernienchirurgie ? Optimierte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen ? 2. Karlsruher Hernien Symposium, Städtische Klinikum Karlsruhe. April 2006.

**Weyhe D.** Laparoskopische Versorgung von Narbenhernien in IPOM- Technik Composix EX® 2. Leipziger Hernien Symposium, Elisabeth KH. April 2006.

**Weyhe D.** Verbessertes Outcome durch Light meshes in der Hernienchirurgie ? Optimierte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen ? Gelsenkirchener Hernien Symposium, Marienhospital GK- Buer. Mai 2006.

**Weyhe D.** § 115 b SGB V: Das Aus für die MIC – Hernie oder patientenorientierte ambulante Therapieoption ? Gelsenkirchener Hernien Symposium, Marienhospital GK- Buer. Mai 2006.

**Weyhe D.** TGF- $\beta$ 1 determines the growth of NRK-49F fibroblasts: an in vitro study comparing heavy and light meshes 3rd International Hernia Congress of the American and European Hernia Society. Boston/USA, Jun 2006.

**Weyhe D.** Belyaev O, Uhl W. TEP repair in hernia surgery overview of clinical experience and research in biocompatibility Workshop Endoscopic Hernia Repair/ Live OP. Bulgaria Jun 2006.

**Weyhe D.** Verbessertes Outcome durch Light meshes in der Hernienchirurgie ? Optimierte Biokompatibilität durch weniger Polypropylen ? 2. Hamburger Hernien Symposium, Geestacht KH. Jun 2006.

**Weyhe D.** Ökonomie in der Hernienchirurgie - Analyse ambulanter Vergütungen im Krankenhausbetrieb. 1. Kölner Herniensymposium Sept 2006.

## **Vorträge**

---

**Weyhe D.** Fremdmaterial im menschlichen Körper. Darf ein bisschen mehr sein? 1. Kölner Herniensymposium, Sept 2006.

**Weyhe D.** Macht die Dosis das Gift? Wie sollte das optimale Netz beschaffen sein? Meeting Aktuelle Hernienchirurgie Ostercappeln Okt. 2006.

**Weyhe D.** Narbenhernien Multicenterstudie. Erste Ergebnisse. 6. Internationale Herniensymposium Wiesbaden, Nov. 2006,

## Dissertationen

---

### Dissertationen

**Dr. med. Ch. Bernd:**

„Mittelfristige klinische Ergebnisse der TEP-Hernienversorgung“

Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

**Dr. med. T. Herzog:**

„Nachweis der Phosphorylierung des Epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors EGFR in kolorektalen Tumorzellen über Fluorescence Resonance Energy Transfer (FRET)“

Fakultät für Klinische Medizin Mannheim, Ruprecht- Karls- Universität Heidelberg

**Dr. med. A. Matuschek:**

„Untersuchung der Kinetik von Calciumflüssen in Tumorzellen und der damit einhergehenden Umlagerung von Zytosklettstrukturen für die gerichtete Zellbewegung. Induktion der Tumorzellmigration“

Medizinische Fakultät der Universität Hamburg

**Frau Dr. med. K. Meurer:**

„Vergleich unterschiedlich angelegte, total extraperitoneale Patch-Plastiken bei der videoassistierten Hernienreparation (TEP)“

Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

**Frau Dr. med. V. Liu:**

„Evaluation der Dissektionseigenschaften eines cw Thulium-YAG Lasersystems für den Einsatz in der laparoskopischen Kolonresektion“

Medizinische Fakultät der Universität zu Lübeck

## Operationsvideos

---

### Operationsvideos

Schemmer, P., **Uhl, W.**, Büchler, M.W.: Leberresektion mittels Vascular-stapler: eine sichere und schnelle Dissektionstechnik.

**Uhl, W.**, Curti, G., Baer, H.U., Büchler, M.W.: Duodenumhaltende Pankreasresektion: chirurgische Therapie der Wahl bei chronischer Pankreatitis mit entzündlichem Pankreaskopftumor

**Uhl, W.**, Curti, G., Baer, H.U., Büchler, M.W.: Duodenum-preserving pancreatic head resection: best surgical treatment for chronic pancreatitis with an inflammatory enlargement of the pancreatic head



## Veranstaltungen

---

### Kongresse

1. Einführungsveranstaltung von Herr Prof. W. Uhl – „Moderne interdisziplinäre Viszeralmedizin“, Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum, 21. April 200
2. 1. Arzt-Patienten-Tag 2004, „Darmtumor: was ist heute machbar?“, Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum, 24. April 2004
3. 1. AdP Regionaltreffen – Nordrhein-Westfalen in Bochum, „Der Pankreasoperierte Patienten und seine Angehörigen“, 15. Januar 2005
4. Tyco Healthcare Lunch-Symposium: "DRG und § 115b SGB V: Das Aus für die MIC-Hernie", 122 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ICM München, 8 April 2005
5. „Folgeerkrankungen der Bindegewebsschwäche. Müde und schwere Beine, Cellulite, Leistenbruch, Hämorrhoiden“. St. Josef-Hospital Bochum, Abteilungen /Kliniken für Dermatologie, Gefäß-, Allgemein- und Viszeralchirurgie, 29. September 2005
6. Wyeth-Lunchsymposium; „Chirurgische Intensivmedizin: Antibiotikaeinsatz wann und wie?“, 123 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, ICC Berlin, 3 Mai 2006
7. 44. Bundesweite AdP-Informationstreffen „Pankreaskarzinom und chronische Entzündung – Stand 2006“, Bochum, 05.-07. Mai 2006
8. 1. MIC-Workshop, Hörsaalzentrum, St. Josef-Hospital Bochum, 25.-26.08.2006

## Veranstaltungen

---

### Fortbildungsveranstaltungen

1. Interne Mittwochsfortbildung: jeden Mittwoch 07.00 – 08.00 Uhr. Zertifiziert mit 1 Punkt von der Ärztekammer Westfalen Lippe
2. Interdisziplinäre Fortbildung mit der Klinik für Anästhesie. Jeden ersten Mittwoch im Monat 07.00 – 08.00 Uhr. Zertifiziert mit 1 Punkt von der Ärztekammer Westfalen Lippe
3. Pathologiekonferenz jeden letzten Mittwoch im Monat 07.00 – 08.00 Uhr mit Frau Prof. Dr. med. A. Tannapfel. Zertifiziert mit 1 Punkt von der Ärztekammer Westfalen Lippe
4. Onkologische Konferenz jeden Mittwoch 16.00 – 17.00 Uhr gemeinsam mit Innere Medizin I, Strahlentherapie, Radiologie, Chirurgische Klinik und externe Onkologen. Zertifiziert mit 1 Punkt von der Ärztekammer Westfalen Lippe

### Adressen und Kontakte



#### **St. Josef-Hospital Bochum**

Chirurgische Klinik  
Ruhr Universität Bochum  
Gudrunstr. 56  
44791 Bochum  
**Tel.:** 0234 509 0  
[www.klinikum-bochum.de](http://www.klinikum-bochum.de)  
[www.chirurgie-bochum.com](http://www.chirurgie-bochum.com)  
[www.darmzentrum-ruhr.de](http://www.darmzentrum-ruhr.de)



#### **Pankreaszentrum Bochum**

St. Josef-Hospital Bochum  
Chirurgische Klinik  
Ruhr Universität Bochum  
Gudrunstr. 56  
44791 Bochum  
**Tel.:** 0234 509 2211  
**Fax.:** 0234 509 2209  
[www.pankreaszentrum.de](http://www.pankreaszentrum.de)



#### **Sekretariat Prof. Dr. med. Waldemar Uhl:** Frau Marion Monika Bures, Chefarztsekretärin

Frau Marita Hötte, Chefarztsekretärin  
Privatliquidation  
Frau Nicole Wigger, Auszubildende zur  
Arzthelferin  
**Tel.:** 0234 509 2211  
**Fax.:** 0234 509 2209  
**Email.:** [m.bures@klinikum-bochum.de](mailto:m.bures@klinikum-bochum.de)

Katholisches  
Klinikum Bochum



#### **Zentrales Patientenmanagement (ZPM):**

Frau Stefanie Gremer, Pflegesekretärin  
**Tel.:** 0234 509 2201/00  
**Fax.:** 0234 509 2202  
**Email.:** [zpm@klinikum-bochum.de](mailto:zpm@klinikum-bochum.de)

#### **Chir. Ambulanz/Liegendanfahrt (ZPA):**

Frau Edelgard Gerdes, Sekretärin  
**Tel.:** 0234 509 2850  
**Fax.:** 0234 509

#### **Chirurgisches Ärztebüro:**

Frau Christa Becker, Ärztliche Schreibkraft  
**Tel.:** 0234 509 2216  
**Fax.:** 0234 509 2226



**DARMZENTRUM RUHR**

Eine Initiative der Ruhr-Universität Bochum und der  
Kath. St. Lukas Gesellschaft Dortmund/Gastrologie Ruhr

Frau Irene Kaczmarczyk, Archivarin

**Tel.:** 0234 509 2217

**Fax.:** 0234 509 2226

Frau Ingrid Feitner, Ärztliche  
Schreibkraft

**Tel.:** 0234 509 2216

**Fax.:** 0234 509 2226

Frau Cornelia Janz, Ärztliche  
Schreibkraft

**Tel.:** 0234 509 3068

### **Station Inter I**

**Tel.:** 0234 509 2028

**Fax.:** 0234 509 4999

### **Chirurgie 2**

**Tel.:** 0234 509 2018

**Fax.:** 0234 509 3118

### **Inter 2**

**Tel.:** 0234 509 2005

**Fax.:** 0234 509 3105

### **Inter 3**

**Tel.:** 0234 509 2009

**Fax.:** 0234 509 3309

### **OP ITS**

**Tel.:** 0234 509 2017

### **OP-Abteilung**

**Tel.:** 0234 509 2017

### **Forschung:**

Frau Maria Krisztina Kasoly, BScN  
Study Nurse

**Tel.:** 0234 509 2716

**Fax.:** 0234 509 2735

Frau Marina Libe MTA

**Funk:** 426