

Mit diesem Newsletter erhalten Sie aktuelle Informationen aus dem Malteser Waldkrankenhaus St. Marien (WKH) in Erlangen aus den Bereichen der Viszeralmedizin (Viszeralchirurgie & Kardiologie sowie Gastroenterologie, Interventionelle Endoskopie, Hämato-Onkologie, Diabetes- und Stoffwechselerkrankungen). Er gibt Ihnen einen aktuellen Überblick über die verfügbaren Behandlungsspektren, speziellen Ansprechpartner, organisatorische und personelle Neuigkeiten sowie Interessantes zur Fortbildung im Malteser WKH.

Wir hoffen Ihnen damit eine interessante Lektüre anbieten zu können und freuen uns, wenn Sie über die folgenden Möglichkeiten mit uns in Kontakt treten:

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
+49 (0)9131 822-3311
chirurgie@waldkrankenhaus.de

Medizinische Klinik II
+49 (0)9131 822-3253
medizin2@waldkrankenhaus.de

Wir wünschen Ihnen allen ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2024 sowie viel Kraft und Energie, um die anstehenden gesundheitspolitischen und medizinischen Herausforderungen gut zu überstehen.

Nachstehend finden Sie die nächsten Fortbildungstermine für 2024 und die Daten zu unserem wöchentlichen Tumorboard.

Interdisziplinäres Tumorboard am Malteser WKH St. Marien Erlangen

Jeden Mittwoch 15.00 – 15.45 Uhr

Hierzu finden Sie unter dem Link <https://darmkrebszentrum-erlangen.de/tumorboard.html> das entsprechende Anmeldeformular. Alternativ können Sie uns Ihre Fälle per Fax, E-Mail oder persönlich in den Sekretariaten der Chirurgie (+49 (0)9131 822-3311) oder der Med. Klinik II per Fax (+49 (0)9131 822-3571 oder medizin2@waldkrankenhaus.de), vorstellen. Die Fälle werden interdisziplinär besprochen und Ihnen danach ein Tumorboardbeschluss zugesandt. Auch zur Einholung einer Zweitmeinung können Sie uns jederzeit gerne kontaktieren!

Individualisiertes Prähabilitationspaket

Vor größeren operativen Eingriffen ist eine intensivierte Vorbereitung unserer Patienten sinnvoll. Hierzu gehören neben einer guten Informationsübermittlung auch die kurzfristige Verbesserung des Ernährungszustands, der Muskelkraft und der Ausdauerleistung. Diese sogenannte „Prähabilitation“ ist keine Leistung der Krankenkassen, sondern erfolgt – wenn überhaupt – als Kulanzleistung der Kliniken. Da wir von dem Konzept der Prähabilitation überzeugt sind, stellen wir für unsere Patienten vor größeren Operationen bereits beim ersten Sprechstundentermin ein individualisiertes Prähabilitationspaket, bestehend aus Trinknahrung nach Wunsch, Atemtrainer, einer Broschüre mit physiotherapeutischen Übungen und weiterem Informationsmaterial zusammen. Künftig wird dies noch durch ein Patiententagebuch ergänzt werden.

Fortbildungstermine

Veranstaltung 2024	Wann?	Wo?	Thematik	Teilnehmer
9. Endoskopie-Praxis-Tage	Freitag bis Montag 26.01.-29.01.2024	Endoskopie	LIVE-Endoskopien Ausbildung Endoskopie Basis – Interventionen – Notfälle	Interne & externe Ärzte, Studenten Humanmediziner, Medizintechnik
Innere Medizin Update kompakt – 3er DMP	Mittwoch 28.02.2024	Hörsaal Malta Online / Hybrid	KHK und Herzinsuffizienz – COPD - Diabetes	Interne & externe Ärzte
7. Interdisziplinärer Workshop Gastrointestinale Immunität – Histamin, Th2 Erkrankungen, Malabsorption	Mittwoch 06.03.2024	Endoskopie & Hörsaal Malta	Übersichtsvorträge Fallberichte Spezielle Schulung & Live-Demo zu immunologischen Erkrankungen, Diagnostik am GIT (endoskopische Lavage) und moderne Therapien	Interne & externe Ärzte, Endoskopie-Pflege, Ernährungsberatung, Heilberufe
8. Interdisziplinäre Frühjahrstagung Medizin	Mittwoch 20.03.2024	Hörsaal Malta Online / Hybrid	Interdisziplinäre Medizin	Interne & externe Ärzte, Pflegekräfte, Studenten
Patienteninformationsveranstaltung Darmkrebszentrum	Mittwoch 25.09.2024	Online-Übertragung und in Präsenz Hörsaal Malta		Patienten & Interessierte
8. Allergie- und Endoskopietagung	Samstag 12.10.2024	Online-Übertragung, Hybrid & Workshops zu Spezialthemen	Moderne Endoskopie, Immunsystem – Mikrobiom – chron. Entzündungen, eos. Erkrankungen und ihre Auswirkungen bei Allergien und Intoleranzen	Patienten & Ärzte
9. Interdisziplinäre Herbsttagung Medizin	Mittwoch 13.11.2024	Online / Hybrid	Verschiedene interdisziplinäre Themen	Interne & externe Ärzte, Studenten, Pflegekräfte

Anmeldung unter medizin2@waldkrankenhaus.de | Telefonische Auskunft unter +49 (0)9131 822-3253

Aktualisierte deutsche S2k-Leitlinie für gastrointestinale Infektionen inkl. pseudo-membranöse Colitis (Clostridioides difficile-Infektionen, CDI)

Clostridioides difficile-Infektionen (CDI) sind zunehmende Erkrankungen im stationären (oft nosokomial) und ambulanten Bereich mit hoher Rezidivneigung^{1,2}. Sie gehen mit einem hohen Risiko für Komplikationen, Letalität, Patientenbelastung und erheblichen Kosten einher (stationär bis 10000 EUR/Fall)^{3,4}. Die 30-Tages-Letalität ist in den letzten Jah-

ren erheblich gestiegen (3-30%), vermutlich auch aufgrund der zunehmenden Verbreitung hypervirulenter, epidemisch bedeutsamer Stämme.¹ Die aktualisierte S2k-Leitlinie empfiehlt daher als präferierte Therapie bereits ab der 1. Episode einer CDI und auch beim 1. Rezidiv seit November 2023 Fidaxomicin einzusetzen, um die oben beschriebenen Belastungen signifikant zu reduzieren.^{1,5,6}

Früh testen, Rezidivrisiko einschätzen, spezifisch therapieren

Am Malteser WKH Erlangen werden alle Patienten mit neu manifestierter Diarrhoe sofort auf CDI getestet. Auch bei bestimmten Risikofaktoren ist besonders daran zu denken, z. B. vorausgehende Antibiotikatherapie, Hospitalisierung < 3 Mo, frühere CDI-Infektion, chron. entzündliche Darmerkrankung, >65 Jahre, Komorbiditäten etc.¹ Der Nachweis der Infektion erfolgt aus einer breiig-flüssigen Stuhlprobe (geformter Stuhl ungeeignet).¹ Zur Anwendung kommt

heute ein 2-stufiges Verfahren mit einem hochsensitiven Screening-Test auf Glutamat-Dehydrogenase (GDH)-Antigen mittels ELISA zur Ausschlussdiagnostik. Bei positivem Screening wird mit einem hochspezifischen Bestätigungstest der Nachweis der Enterotoxine A und/oder B erbracht.¹ Der Nachweis von C. difficile hat unmittelbare Konsequenzen für spezifische Therapie- und Hygienemaßnahmen.¹

Bei Verdacht auf bzw. bestätigter CDI sollten potenziell auslösende Antibiotika, Motilitäts-hemmer inkl. Opiaten sowie PPIs möglichst abgesetzt werden.¹ Nur bei leichtem Krankheitsbild ohne Risikofaktoren kann nach Absetzen des auslösenden Antibiotikums bei engmaschiger klinischer Beobachtung auf eine Therapie verzichtet werden.¹ In allen anderen Fällen sollte rasch gehandelt werden. Die Einschätzung des Rezidivrisikos hat dabei entscheidenden Einfluss auf die Therapie.¹

Fidaxomicin: Niedrige Rezidivrate durch selektive Wirkung auf *C. difficile*








Die internationalen wie die deutsche Leitlinie empfehlen Fidaxomicin als präferierte Erstlinientherapie der CDI.^{1,5,6} Denn Fidaxomicin hat ähnlich gute Ansprechraten wie Vancomycin, zeigt ein um nahezu 50% niedrigeres Rezidivrisiko und hat eine deutlich spezifischere Wirkung auf *C. difficile* als die anderen Therapeutika (Abb. 1). Der früher übliche Goldstandard Metronidazol ist der Behandlung mit Vancomycin und damit Fidaxomicin signifikant unterlegen und sollte heute keine Rolle mehr spielen. Gerade die selektive Wirksamkeit von Fidaxomicin auf *C. difficile*, was die Aufrechterhaltung der Diversität der Mikrobiota begünstigt, die Rezidivrate und auch die Selektion multiresistenter Bakterien reduziert, spielt im modernen Behandlungsmanagement im Malteser WKH Erlangen eine große Rolle in der Geriatrie, Chirurgie, Onkologie und bei Reizdarm, CED sowie Mastzellerkrankungen etc.

- 1 Manthey CF et al. S2k-Leitlinie GI-Infektionen DGVS. Version 2.1, 11/2023. AWMF-Reg.Nr. 021 – 024.
- 2 KRINKO. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2019; 62(7): 906-923.
- 3 Vehreschild MJGT et al. Infection 2023; 51:1695-1702.
- 4 Wingen-Heimann SM et al. Clin Microbiol Infect 2023; 29(5): 651.e1-651.e8.
- 5 Van Preen J et al. Clin Microb. Infect 2021; 27: S1-S215
- 6 Johnson S et al. Clin Infect Dis 2021; 73: e1029-e1044
- 7 Krutova et al. Int J Infect Dis. 2022; 124:118-123.

Therapie der Erstmanifestation und Rezidive

Da früher bei **Erstmanifestation** und initialer Behandlung mit Metronidazol/Vancomycin in ca. 20-30% der Rezidive aufgetreten sind, wird nun die Therapie bei initialer CDI mit Fidaxomicin (Dificlir®) 2 x 200 mg/Tag p.o. über 10 Tage empfohlen.

Bei **Rezidiven** kann auch die verlängerte gepulste Fidaxomicin-Gabe (2 x 200 mg Tag 1-5, 1 x 200 mg jeden 2. Tag für 20 Tage) geeignet sein.

	METRONIDAZOL	VANCOMYCIN	FIDAXOMICIN (DIFICLIR®)
 Systemische Aufnahme	● Hoch	● Niedrig	● Niedrig
 Konzentration im Stuhl	● Niedrig	● Hoch	● Hoch
 Reduktion der Bioaktivität durch Fäzes	● Am höchsten	● Geringer	● Geringer
 Auswirkung auf die Vielfalt der Mikrobiota	● Reduktion	● Reduktion	● Erhalt
 Rückgang der Ausscheidung von <i>C. difficile</i> im Stuhl	● Langsam	● Schnell	● Schnell
 Umgebungskontamination	● Am höchsten	● Geringer	● Geringer
 Hemmung der Sporulation	● Nein	● Nein	● Ja

Die Bedeutung der Clostridioides difficile-Infektionen (CDI), ihre gesundheitsökonomischen Auswirkungen, das klinische Bild und der Stellenwert der aktuellen Therapeutika sind u.a. auch ein Hauptthema der 8. Interdisziplinären Frühjahrstagung Medizin am 20.03.2024 im Malteser WKH Erlangen.

Die Veranstaltung findet online und in Präsenz von 16.00 – 21.00 Uhr statt. Melden Sie sich gerne an und besuchen Sie uns, Programm unter www.waldkrankenhaus.de

Abb. 1: Übersicht zu den Eigenschaften der oralen Therapeutika Metronidazol, Vancomycin oder Fidaxomicin für CDI (modif. n. Krutova et al.)^{1,5,6,7}

Prospektive, randomisierte, doppelt-blinde, placebo-kontrollierte Studie zum Effekt von Luvos® Heilerde bei Patienten mit Histamin-vermittelten, rezidivierenden Verdauungsbeschwerden

An der Med. Klinik II läuft derzeit bis Juni 2024 eine prospektive Studie bei Reizdarmsyndrom (RDS) zur Behandlung von Histamin-vermittelten Beschwerden (Reizdarm, Mastzellaktivierung, Verdauungsstörungen). Hintergrund der Studie ist die gute und starke Bindungsfähigkeit von Luvos Heilerde für biogene Amine wie Histamin. Primäres Studienziel ist die klinisch relevante Reduktion (>25%) der klinischen Symptome der Patienten unter 6-wöchiger Behandlung (versus Placebo), gemessen mittels eines 10-Item Symptomscores.

Sekundäre Studienziele sind die Reduktion verschiedener anderer Scores, die Gesamtbeurteilung durch Arzt und Patient sowie objektive Biomarker (Histamin im Plasma, Stuhl, Methylhistamin im Urin). Damit wird versucht, die Heterogenität des RDS in Zukunft weiter klinisch zu differenzieren und Patienten mit einem Histamin-vermittelten RDS (H-IBS) zu identifizieren. Solche Patienten genauso wie Allergiker und Mastzellerkrankungen etc. könnten von einer luminalen Histaminbindung über dieses naturheilkundliche Prinzip profitieren.

Sollten Sie entsprechende Personen oder Patienten kennen, die unter einer derartigen Symptomatik leiden und ggf. daran teilnehmen wollen, wenden Sie sich gerne an die Med. Klinik II des Malteser Waldkrankenhaus (Sekretariat Fr. Amon, Tel. Nr. +49 (0)9131 822-3253 oder Studientelefon +49 (0)9131 822-3196 bzw. per E-Mail an studie.heilerde@waldkrankenhaus.de). Die Ein- und Ausschlusskriterien zur Studie können Sie auch unter www.heilerde-studie.de einsehen. Wichtig ist, dass während der Studiendauer die sonstige übrige Medikation auf einem konstanten Niveau gehalten werden kann.

Dynamik der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) zum Jahreswechsel 2023/2024

Die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen (ARE) in der Bevölkerung nahm seit 07/2023 von rund 2.700 ARE in der 25. KW auf rund 10.600 ARE pro 100.000 Einwohner bis 12/2023 zu. In der 50. KW hatten damit 10,6 % der Bevölkerung in D bzw. rund 8,9 Millionen Personen eine neu aufgetretene ARE mit mindestens Husten, Halsschmerzen, Fieber etc. unabhängig von einem Arztbesuch.

Seit der 50. KW ist die ARE-Inzidenz deutlich gesunken und lag in der 1. KW bei rund 5.500 ARE pro 100.000 Einwohner. Der Rückgang der ARE- und auch der Influenza-Inzidenzen um den Jahreswechsel herum konnte auch in allen Vorjahren beobachtet werden und geht wahrscheinlich auf die reduzierten Kontakte in den letzten Kalenderwochen des Jahres infolge der Feiertage und Ferien zurück.¹ Diese Beobachtungen zeigten sich auch in den Notaufnahmefäl-

len des Malteser WKH Erlangen. Für Januar bis März 2024 wird eine weitere Zunahme der ARE erwartet aufgrund des Winters, einer Jahreszeit, wo die mittleren Vitamin D Spiegel oft niedrig sind und eine erhöhte Infektanfälligkeit besteht.

Akute Atemwegserkrankungen: COVID-19? oder RSV? Influenza?

Neben SARS-CoV-2 zirkulieren derzeit wieder sog. „Erkältungsviren“ wie Rhinoviren oder auch das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) und die Influenza. Die Symptome von COVID-19 können denen anderer viraler Atemwegserkrankungen wie Influenza oder RSV sehr ähnlich sein. Einen detaillierten Überblick über Symptome und Therapiemöglichkeiten verschiedener saisonaler Atemwegserkrankungen findet sich z. B. unter www.pfi.sr/atemwegserkrankungen und im wöchentlichen Bericht des Robert-Koch-Instituts (RKI).¹

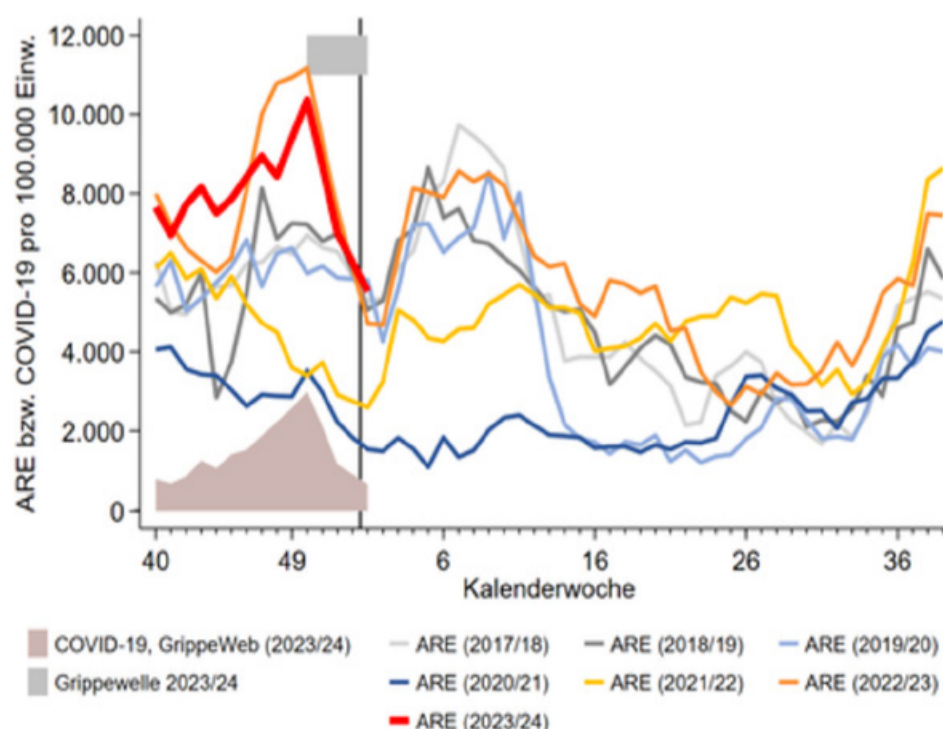


Abb. 2: Akute Atemwegserkrankungen (ARE) laut RKI-Wochenbericht 1. KW 2024¹ Dargestellt sind für die Bevölkerung in D die geschätzten ARE-Inzidenzen (gesamt, pro 100.000 Einwohner; Linien) in den Saisons 2017/18 bis 2023/24. Im Vergleich dazu ist die aus GripeWeb berechnete COVID-19-Inzidenz (GripeWeb-Teilnehmende mit akuter ARE, die einen Erregernachweis „SARS-CoV-2“ aufwiesen), angegeben und als braune Fläche ab der 40. KW 2023 dargestellt. Als grauer horizontaler Balken wurde die Dauer der Grippewelle (nach Definition der AGI) in der Saison 2023/24 gekennzeichnet. In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. KW und der 1. KW dargestellt. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. Quelle: RKI

Testen schafft Gewissheit!

Durch gezielte Testung bei typischen respiratorischen-, aber auch untypischen Symptomen (AZ-Minderung, Schwäche, Inappetenz, Entzündungszeichen etc.) kann in der NFA des Malteser WKH rasch Klarheit über das Vorliegen einer SARS-CoV2, Influenza oder RSV geschaffen werden. So kann COVID-19 klar von anderen viralen Atemwegserkrankungen abgegrenzt und eine leitliniengerechte Therapie frühzeitig eingeleitet werden.

Bei COVID-19: Handeln, statt warten!

Empfehlungen zur medikamentösen Therapie im hausärztlichen Setting beschränken sich momentan auf den Einsatz von Nirmatrelvir/Ritonavir (=Paxlovid®).^{2,3,4,5}

Diese Grundsätze werden auch in der NFA des Malteser WKH Erlangen umgesetzt und für den ambulanten Bereich empfohlen. Im stationären Bereich wird dies sofort entsprechend den Empfehlungen und der Begleitmedikation umgesetzt und mit Paxlovid begonnen bei Personen älter als 60 Jahre und/oder bei jüngeren mit Risikofaktoren. Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz kommt Remdesivir zum Einsatz.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellte für die orale antivirale COVID-19 Therapie Paxlovid® in 2022 einen beträchtlichen Zusatznutzen fest. Der Zusatznutzen bezieht sich gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „Therapie nach ärztlicher Maßgabe“ auf die Behandlung von Erwachsenen mit COVID-19, die keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr benötigen und ein erhöhtes Risiko haben, einen schweren COVID-19 Verlauf zu entwickeln.

Nachfolgend finden Sie Risikofaktoren für einen schweren COVID-19 Verlauf im Rahmen einer indikationsgerechten Verschreibung von Paxlovid im Überblick.^{5,6,7}

- Alter ab 60 Jahren, unabhängig von Begleiterkrankungen
- Übergewicht (BMI > 30 kg/m²)
- Menschen mit Down-Syndrom (Trisomie 21)
- Personen mit bestimmten Grunderkrankungen:
 - o Kardiovaskuläre Grunderkrankung
 - o Chronische Lungenerkrankung
 - o Chronische Nieren- und Lungenerkrankung
 - o Neurologische und psychiatrische Erkrankungen
 - o Aktive Krebserkrankung
 - o Diabetes mellitus
- Immunsuppressive Erkrankung oder immunsuppressive Therapie

Ein Risikofaktor reicht für die Verschreibung von Paxlovid aus.

Darüber hinaus gibt es weitere medizinische Gegebenheiten oder Faktoren, die bei individuellen Patient:innen altersunabhängig ebenfalls ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf bedeuten können. Mehr als jeder 3. Erwachsene in Deutschland hat ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf. Bitte entnehmen Sie die umfassende Auflistung der mit einem erhöhten Risiko einhergehenden Faktoren den Veröffentlichungen des RKIs.^{6,7}

Paxlovid® sollte so schnell wie möglich nach der Diagnose von COVID-19 (positiver PCR- oder Antigen-Schnelltest) und innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn (auch bei milder Symptomatik) angewendet werden.^{4,5}

Vor der Therapie mit **Paxlovid®** muss die Dauermedikation auf relevante Interaktionen überprüft werden. Mögliche Wechselwirkungen können mit dem COVID-19 Drug Interaction Checker der University of Liverpool über www.covid19-druginteractions.org einfach und schnell geprüft werden.⁸

Paxlovid® kann Risiko-Gruppen vor einem schweren COVID-19-Verlauf schützen – unabhängig vom Impfstatus.^{9,10,11}

Paxlovid® könnte möglicherweise auch die Leiden von Patienten mit Langzeitfolgen einer Corona-Infektion (Post-/Long-Covid) lindern, wie es in einigen US-Studien beobachtet wurde.^{9,12,13}

Verordnung von Paxlovid®

Die frühzeitige Therapie nach einem positiven COVID-19 PCR- oder Antigen-Schnelltest und innerhalb von 5 Tagen nach Symptombeginn ist nicht nur in der Klinik relevant, sondern auch in der hausärztlichen Praxis und in Alters- und Pflegeheimen bei Personen älter als 60 Jahre. Denn diese Personengruppe stellt eine besonders vulnerable Patientengruppe dar. Durch den Einsatz mit Paxlovid kann ggf. eine Krankenhauseinweisung vermieden werden.

- 1 RKI - Aktueller Wochenbericht - GrippeWeb-Wochenbericht
- 2 RKI: COVID-19-Therapieempfehlungen: Interaktive Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte, <https://www.dgiiin.de/covriin/index.html#/>; aufgerufen am 31.8.2023.
- 3 DEGAM S1-Handlungsempfehlung: SARS-CoV-2/COVID-19-Informationen und Praxishilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (Version 24)
- 4 EU-Kommission 28. Januar 2022 bedingte Zulassung für das orale antivirale Arzneimittel Paxlovid® (Nirmatrelvir + Ritonavir) für COVID-19 erteilt.
- 5 Fachinformation PAXLOVID®, aktueller Stand, Informationen zu PAXLOVID® sowie die aktuelle Fachinformation finden Sie auf www.pfizerpro.de/produkt/paxlovid
- 6 RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19
- 7 Epidemiologisches Bulletin 21/2023 (rki.de)
- 8 Liverpool COVID-19 Interactions: covid19-druginteractions.org
- 9 Dryden-Peterson S et al. „Nirmatrelvir Plus Ritonavir for Early COVID-19 in a Large U.S. Health System“. Ann Intern Med. Published online December 13, 2022:M22-2141.
- 10 Arbel R et al. „Nirmatrelvir Use and Severe Covid-19 Outcomes during the Omicron Surge“. New England Journal of Medicine. 2022;387(9):790-798.
- 11 Ganatra S et al. „Oral Nirmatrelvir and Ritonavir in Nonhospitalized Vaccinated Patients With Coronavirus Disease 2019“. Clin Infect Dis. 2023;76(4):563-572.
- 12 Xie Y, Choi T, Al-Aly Z. Association of treatment with nirmatrelvir and the risk of post-COVID-19 condition. JAMA Intern Med 2023; e230743
- 13 Aggarwal NR, Molina KC, Beaty LE et al. Real-world use of nirmatrelvir/ritonavir in outpatients with COVID-19 during the era of omicron variants including BA.4 and BA.5 in Colorado, USA: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis 2023; S1473-3099(23)00011-7

Bei Fragen zur Verordnung, Interaktion mit Medikamenten etc. können Sie uns gerne kontaktieren (09131/822-3502 oder diensthabender Oberarzt).

Da antivirale Medikamente wie **Paxlovid®** laut der europäischen Arzneimittelagentur EMA auch gegen neuere Subtypen des Coronavirus (z.B. Omikron-Varianten) wirksam bleiben, wird laut EMA den EU-Mitgliedstaaten empfohlen einen Vorrat für Hochrisikopatienten anzulegen.

Gelbfieber-Impfstelle am Waldkrankenhaus

Seit Mitte 2023 sind wir zugelassene Gelbfieber-Impfstelle und bieten auch Impfungen gegen Dengue-Fieber an. Dengue ist mit über 5 Millionen Erkrankungen und ca. 5000 Todesfällen weltweit im vergangenen Jahr, auch in Europa, eine der am meisten unterschätzten Infektionskrankheiten unserer Zeit. Aufgrund guter Kontakte zum Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin können wir auf die dortigen Erfahrungen mit dem im vergangenen Jahr zugelassenen Lebendimpfstoff QDenga® zurückgreifen. Terminvereinbarungen sind über das Sekretariat der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (09131/822-3311) möglich.

Wir danken
folgenden Firmen für die
freundliche Unterstützung



Information

Jeden Mittwoch 15.00-15.45 Uhr

Interdisziplinäres Tumorboard

Malteser Waldkrankenhaus St. Marien

Hierzu können Sie uns Ihre Fälle per Fax, E-Mail oder persönlich in den Sekretariaten vorstellen. Die Fälle werden interdisziplinär besprochen und Ihnen danach ein Tumorboardbeschluss zugesandt. Auch zur Einholung einer Zweitmeinung können Sie uns kontaktieren!

Kontakt- aufnahme über Sekretariate

Chirurgische Klinik

Tel.: +49 (0) 9131 822-3311

Fax: +49 (0) 9131 822-3480

chirurgie@waldkrankenhaus.de

Medizinische Klinik II

Tel.: +49 (0) 9131 822-3253

Fax: +49 (0) 9131 822-3571

medizin2@waldkrankenhaus.de