

Internist mit Nähe zu chirurgischem Handwerk

Er sei schon immer gern zur Arbeit gegangen, sagt **Privatdozent Dr. Arthur Hoffman**, umso mehr seit er ans Klinikum Aschaffenburg-Alzenau berufen wurde: »Ich fühle mich persönlich glücklich und habe zudem eine erfolgreiche Zeit hinter mir, denn in den ersten Monaten konnte ich bereits positive Veränderung anstoßen.« Seit Juni 2018 ist der 44-jährige **Chefarzt der Medizinischen Klinik III** für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie.



PD Dr. Arthur Hoffman ist Chefarzt der Medizinischen Klinik III für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie.

Foto: Dora Lutz-Hilgarth

Eigentlich wollten Sie Pathologe werden, kein Gastroenterologe. Was reizt Sie heute an Ihrer Arbeit?

Auf der einen Seite sind das die klassisch-internistischen Tugenden: Ich arbeite mit Patienten, mache eine ausführliche Anamnese und nehme mir die Zeit für Differentialdiagnosen. Gleichzeitig steht die Gastroenterologie der Disziplin der Chirurgie vermutlich am nächsten. Als Gastroenterologe kann ich handwerklich therapeutisch wirksam arbeiten, indem ich endoskopiere und Frühkarzinome »herausoperiere«, oder wenn notwendig auch in die Leber pieksen, um eine Diagnose stellen zu können.

Sie gelten als sehr strukturiert. So arbeiten Sie als Chefarzt in Aschaffenburg und wurden fast gleichzeitig Vater einer Tochter.

Ich bin ein Mensch, der gerne Strukturen in den Alltag bringt, weil sie mich entlasten,

wenn unerwartete Dinge dazukommen. Ich bearbeite noch vor der offiziellen Arbeitszeit meine Mails, um mich dann in der Klinik um meine Patienten zu kümmern.

In der Regel mache ich morgens gleich die erste Visite, weil mir als Chefarzt der tägliche Bezug zu den Stationen wichtig ist. Ich frage nach Patienten, möchte wissen, ob es Ausfälle beim Personal gibt. Dann gehe ich zum Endoskopieren. Ab 13 Uhr folgen administrative Aufgaben. So schaffe ich es auch, dass meine Familie nicht zu kurz kommt.

Sie haben schon Veränderungen auf Station eingeführt?

Wir halten jetzt eine tägliche Mittagsbesprechung. Dabei erfahre ich von schwerwiegenden Fällen, von neuen Patienten und wer am nächsten Tag geht. So können wir der Notaufnahme melden, welche Betten wann frei sind. Darüber sind die Kollegen dort sehr glücklich. Als Projektstation erproben wir klinikerintern, wie gutes Bettenmanagement aussehen kann.

Seit Kurzem gibt es in Ihrer Klinik eine Patientenlounge. Was genau hat es damit auf sich?

Patienten kommen gestaffelt, zeitnah zu ihrem endoskopischen Termin zu uns. Im Idealfall wartet der Patient nicht länger als eine halbe Stunde. In dieser Zeit überprüfen wir noch einmal Akten und Blutwerte und beantworten letzte Fragen. Dabei wartet der Patient nun in einer angenehmen Lounge. Es gibt Wasser, schöne Sitzgelegenheiten, es liegen Zeitschriften aus. Von dort aus geht es dann direkt zum endoskopischen Eingriff – und anschließend mit dem Bett direkt auf Station.

Behandeln Sie auch ambulant?

Seit Kurzem haben wir eine Teilzulassung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern für ambulante Patienten, und zwar für Endosonographie und Kapselendoskopie. Diese Leistungen bieten die Aschaffener Gastroenterologen bislang nicht ambulant an. Wir erweitern damit das Spektrum für Kassenpatienten vor Ort.

Sie streben auch eine Zweitmeinungssprechstunde für gesetzlich Versicherte an. Warum?

Wenn Patienten bei komplexen Fragestellungen eine Zweitmeinung einfordern, ist das sinnvoll. In manchen Fällen empfehle ich es

sogar. Ich bin immer froh, wenn mich ein Kollege bestätigt, wenn Zweifel ausgeräumt werden und der Patient mit einem guten Gefühl in die Therapie geht. Als Klinik fehlt uns für solche ambulanten Leistungen bislang die Zulassung. Wenn ich meine Expertise bei bestimmten Fällen einbringen kann, will ich dies aber gerne tun.

Was ist noch neu in der Gastroenterologie?

Wir haben mit Kollegen der Chirurgischen Klinik I ein Reflux-Zentrum ins Leben gerufen für Patienten mit komplexen Symptomen wie Sodbrennen und bieten Sprechstunden an (siehe »Spezialsprechstunde«, Seite 9). Wir planen Veranstaltungen für Ärzte und Patienten, unter anderem rund um das Thema Leber. Einmal pro Woche halten wir eine ambulante Sprechstunde in den frühen Abendstunden für Berufstätige.

Der Blick nach vorn: Welche Ideen haben Sie noch?

Ich möchte weitere endoskopische Verfahren in Aschaffenburg einführen, um in der ersten Reihe mitzuspielen. Und ich möchte Patienten auch in Zukunft ganzheitlich sehen. Mir ist es wichtig, nicht nur auf die Krankheit zu schauen und das Symptom zu behandeln, sondern – trotz aller ökonomischen Zwänge – auch Hilfestellung für die Familie zu bieten.

Zur Person:

Privatdozent Dr. med. Arthur Hoffman, Chefarzt Medizinische Klinik III

44 Jahre, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie; seit Juli 2018 Chefarzt der Medizinischen Klinik III am Standort Aschaffenburg.

Zuvor Leitender Oberarzt der Medizinischen Kliniken II, Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie der Helios-Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden. Medizinstudium in Mainz.

Habilitation 2011: »Neue und innovative diagnostische Methoden der gastrointestinalen Endoskopie«

Kontakt:

Sekretariat Birgit Clement

Telefon: 06021 32-3011,

Fax: 06021 32-3031





Mit dem Endoskop schauen Dr. Hoffman und sein Team ins Körperinnere. Wird dabei eine Krebsvorstufe entdeckt, kann sie im gleichen Eingriff entfernt werden (siehe Illustration).

Foto: Annika Hollmann
Grafik Mohammed Haneefa Nizamudeen/Getty Images

Keine Angst vor der Darmspiegelung

Die **harmlose Routineuntersuchung** kann **Krebs effektiv verhindern** – die Endoskopie am Klinikum in Aschaffenburg arbeitet mit **hochmodernen Techniken**.

Patienten sollten keine Angst vor einer Darmspiegelung haben«, sagt PD Dr. Arthur Hoffman. »Sie sollten Angst haben, keine Darmspiegelung zu machen«, findet der Chefarzt der Gastroenterologie und interkonventionellen Endoskopie (Medizinische Klinik III) am Klinikum.

Denn die harmlose Routineuntersuchung kann mögliche Krebsvorstufen erkennen, beseitigen und damit den Krebs verhindern. Bei der sogenannten Koloskopie blickt der Arzt über ein heute schlankes und sehr biegsames Rohr mit einer Kamera (Endoskop) ins Körperinnere und erkennt dabei Vor- und Frühformen von Darmtumoren. Der Eingriff dauert nicht länger als zehn Minuten, läuft in der Regel komplikationsarm und schmerzfrei ab – und der Patient verschläft ihn. Während des gleichen Eingriffs kann der Gastroenterologe direkt Biopsien entnehmen und Krebsvorstufen abtragen.

Hoffman spricht von einer »absoluten Erfolgsgeschichte«, seit die Darmspiegelung vor 16 Jahren in den Präventionskatalog deutscher Krankenkassen aufgenommen wurde; in neuer Überarbeitung gilt er für Männer ab 50 und für Frauen ab 55 Jahren. Die Zahl der Neuerkrankungen ist dadurch deutlich

gesunken. Gleiches gilt für Todesfälle durch Darmkrebs. Bei rund 20 Prozent der Patienten finden Ärzte Polypen oder Krebsvorstufen, die dann mit Schlinge und Strom oder mit Messerchen minimalinvasiv entfernt werden.

Über Einfärbungen kann der Polyp oder die krankhafte Schleimhaut heute exakt abgegrenzt werden. »Wir versuchen immer, Polypen im Ganzen zu entfernen, um dem Pathologen ein Stück zu übergeben. Das ermöglicht eine klare Beurteilung, ob das komplette erkrankte Areal entfernt worden ist«, erklärt der Chefarzt.

Vorreiter in Deutschland

Falls dies nicht gelingt oder Restadenome (Geschwulste) im vernarbten Areal stehenbleiben, wird am Klinikum ein Stück Darmwand-schicht mit einem Keil herausgeschnitten, um das krankhafte Gewebe sicher zu entfernen. Dieses »Loch« wird anschließend mit einem Clip direkt verschlossen. »Mit anderen Worten: Ich operiere ein Stück Darm endoskopisch heraus, ohne einen einzigen Schnitt in der Haut zu setzen«, veranschaulicht Hoffman.

Aschaffenburg bietet dieses Verfahren als eines der ersten Krankenhäuser deutschland-

weit nicht nur im Dickdarm, sondern auch im Dünndarm an. Ausbauen will das Team um den Chefarzt als nächstes die endoskopische Submukosa-Desektion (ESD) im Dickdarm. Diese neue Technik ermöglicht es Ärzten, Areale mit einer Größe von bis zu fünf Zentimetern im Ganzen zu entfernen.

Auch die bildgebende Technik hat sich in der Endoskopie weiterentwickelt. Gearbeitet wird heute mit hochauflösenden Geräten, Farbfilter können zugeschaltet werden, um noch kleinere Läsionen oder Polypen zu identifizieren. »Die Endoskopie können Sie mit ihrem Fernseher im Wohnzimmer vergleichen«, sagt Hoffman. »Vor 15 Jahren gab es Farbfernsehen, aber das Bild war nicht hochauflösend und bei Weitem nicht so sauber wie heute.« Inzwischen können selbst kleinste Veränderungen im Schleimhautniveau sichtbar gemacht werden.

Der Darm ist ein sehr großes Organ – »aufgerollt« entspräche er der Größe von ein bis zwei Tennisplätzen. Entsprechend vielfältig sind weitere zu behandelnde Krankheitsbilder der Gastroenterologie. So profitieren von einer guten Endoskopie etwa auch Patienten mit Durchfällen, Entzündungen, Blutungen, Divertikeln (Ausstülpungen der Wände) oder Verengungen im Darm.

»Ultraschall von innen«

Die **Endosonographie** ist nicht nur ein wichtiges diagnostisches Instrument, sie **ersetzt manche aufwändige Operation**.

Sie ist ein »Ultraschall von innen«: die Endosonographie. Ein spezielles Endoskop wird mit einer integrierten Ultraschallsonde über den Mund oder den After in den Körper eingeführt, um Organe zu untersuchen. Neben der reinen Diagnostik kann die Methode manch aufwändige Operation ersetzen. »Die Endosonographie erlebt einen regelrechten Boom in therapeutischen Verfahren«, sagt PD Dr. Arthur Hoffman, Chefarzt der Medizinischen Klinik III.

Sie ist aber auch eine diagnostische Methode: Empfohlen wird sie Patienten mit unklaren Erkrankungen etwa an der Bauchspeicheldrüse. »Häufig entdecken wir dort bei einer Kernspintomographie zufällig

Zysten oder kleine Läsuren. Nicht immer müssen diese einen Krankheitswert haben, sollten aber weiter evaluiert werden, um dem Patienten einen Fahrplan zu geben«, so Hoffman.

Der »Ultraschall von innen« ermöglicht dem Arzt, ganz nah an den Organen zu schallen – für entsprechende Feindiagnostik. So kann ohne Operation abgeklärt werden, ob es sich um harmlose Läsionen oder doch kleine

Tumore handelt. Anschließend erhalten Patienten im interdisziplinären Gespräch mit der Chirurgie eine Empfehlung zu Operation oder Nachsorgeintervallen, oder es wird – bei harmlosem Befund – komplett entwarnt.

Auch bei Tumorpatienten spielt die Endosonographie eine wichtige Rolle. »Man kann bei Speiseröhren-, Magen- oder Bauchspeicheldrüsenkrebs die Ausdehnung des Tumors exakt beschreiben, Lymphknoten darstellen und über eine endosonographische Punktion Gewebe entnehmen – ohne Operation«, erklärt Hoffman. Mit weiterer Diagnose ermöglicht dies eine optimale Therapieplanung.

Gleichzeitig gewinnt die Endosonographie an Bedeutung als therapeuti-

sches Verfahren. Wenn etwa die Galle nicht mehr gut abfließt, musste man die Leber früher manchmal von außen punktieren, und Patienten wurden mit einem kleinen Beutel entlassen, in den die Galle abfloss.

Heute hingegen wird per Endoskop vom Magen oder Dünndarm aus der Gallengang an der Leber punktiert und ein kurzes Röhrchen (Stent) gelegt. Die Galle kann so wieder über den normalen Weg abgeleitet werden. Durch per Endosonographie gesetzte Stents kann der Arzt etwa bei schwereren Bauchspeicheldrüsenentzündungen minimalinvasiv Abszesse ausräumen. Angeboten werden diese Verfahren am Klinikum bereits. Hoffman will die Endosonographie weiter ausbauen.

»Ganz nah an den Organen«

Chefarzt Dr. Arthur Hoffman
über Endosonographie

Lebensgefährliche Blutung gestillt

Chefarzt-Stil: Patient Peter Weiß aus Haibach ist begeistert von Dr. Hoffmans Kompetenz und Menschlichkeit

Mit Krankenhaus hatte ich nie was am Hut«, räumt Peter Weiß ein, »bis zu jenem Vormittag vor Allerheiligen.« Der 68-jährige Haibacher hatte sich kurz hingelegt, irgendwie war ihm leicht unwohl: »Plötzlich habe ich Blut gespuckt, in Unmengen. Ich konnte nicht mehr reagieren, hatte einfach nur gewaltige Angst.«

Seine Frau rief den Notarzt. Der ließ Weiß sofort ins Klinikum bringen, Verdacht auf Magenblutung. Notaufnahme, dann Intensivstation.

Eine Magenspiegelung ergab nichts Auffälliges. Erst bei erneuter Endoskopie zur Spiegelung des Darms wurden die Ärzte fündig. Zwei Geschwüre saßen zwischen Magenausgang und Zwölffingerdarm. Von da war das Blut in den Magen zurückgeflossen und suchte sich den Weg. »Das Schlafzimmer sah aus wie ein Schlachtfeld«, hat Weiß später erfahren.

Es gelang, die blutenden Geschwüre endoskopisch zu therapieren und die Blutung zu stillen. Dabei kam auch ein neues Verfahren zum Einsatz, eine Art Pulver (Hemospray), das, endos-

kopisch aufgetragen, Blutungen an schwierigen Stellen zum Stillstand bringt.

Zurückzuführen war die Entzündung wohl auf den Magenkeim *Helicobacter pylori*, ein Bakterium, das viele Menschen in sich tragen, häufig unbemerkt. Es lässt sich mit der konzentrierten Einnahme von Antibiotika sanieren. Diese Tabletten musste auch Peter Weiß nehmen.

»Richtige Kavenzmänner waren das«, sagt er. Erst auf Normalstation lernte er den Arzt hinter der Behandlung kennen, PD Dr. Arthur Hoffman, seit Sommer 2018 Chefarzt der Gastroenterologie. »Dr. Hoffman hat sich sehr interessiert, warum wohl das Bakterium aktiv wurde«, berichtet Weiß. Zuviel Stress, Rauchen, Trinken, zu viele Tabletten?

»Alles negativ«, sagt der Haibacher. Auch wenn die genaue

Antwort ausblieb, hatte er ein gutes Gefühl: »Dr. Hoffman kümmert sich. Ich war bei ihm sehr gut aufgehoben.« Der Arzt habe sich an den Tisch gesetzt und alles erklärt. »Wir haben uns auch unterhalten. Das hätte ich so nicht erwartet.«

Nach einer Woche wurde Weiß entlassen, der Hausarzt übernahm die weitere Regie. Bei der Kontrolluntersuchung im Klinikum hat Weiß vom gefürchteten »Schlauch Schlucken« dank leichter Betäubung nichts gespürt.

Und das Ergebnis? Alles ist gut verheilt. »Dr. Hoffman hat sogar nach meiner Frau gefragt, um die ich mir im November große Sorgen gemacht hatte«,

wundert sich Weiß und schiebt nach: »Er hat mein Bild von einem Chefarzt auf die menschliche Seite gerückt.«

»Ich fühlte mich sehr gut aufgehoben«

Peter Weiß, Patient

Peter Weiß kann den Frühling wieder genießen.

Foto: Dora Lutz-Hilgarth



Morbus Crohn: Biomarker spüren optimale Therapie auf

Die Fallzahlen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen steigen – die Zahl der Medikamente auch. In Deutschland leiden rund 320.000 Menschen an Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, den zwei häufigsten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Vor allem die Zahl der Morbus-Crohn-Patienten steigt.

»Neben genetischen Faktoren spielen der Lebensstil eine Rolle und wohl auch unsere übertriebenen Hygienestandards«, sagt Gastroenterologe Dr. Arthur Hoffman. Babys kommen nach dieser Theorie mit bestimmten Antigenen nicht mehr in Kontakt, ihr Körper wird nicht trainiert. In Folge ist er für bestimmte autoimmune allergische Erkrankungen anfälliger.

Auf die steigenden Fallzahlen reagiert auch die Pharmaindustrie: Mehr und mehr Medikamente kommen auf den Markt und werden für die Behandlung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen zugelassen. »Das überfordert nicht nur den Patienten, sondern auch manchen Arzt«, beobachtet Hoffman. Er appelliert, nicht zu vergessen, dass altbewährte Mittel durchaus ihren Stellenwert behalten. Gleichzeitig sollten neue Medikamente schnell und gezielt eingesetzt werden. Vielfach sind dies Biologika – biotechnologisch hergestellte, den körpereigenen Substanzen aber sehr ähnliche Eiweiße.

»Die Behandlung chronischer Darmentzündungen wird immer mehr zu einer personalisierten Medizin«, erklärt der Chefarzt, der von der Universitätsmedizin Mainz große Erfahrung in der Behandlung dieser Erkrankungen mitbringt. »Wir versuchen für jeden Patienten, anhand von Biomarkern oder biologischen Persönlichkeitsanalysen die optimale Therapie herauszufinden.«