Arztbrief**plus**
Ausgabe 42 | 3. Quartal 2026

ASKLEPIOS KLINIK ALTONA

Aktuelle Informationen für zuweisende Ärztinnen und Ärzte

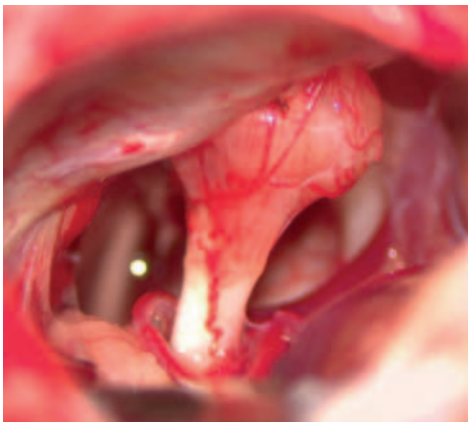


Abb. 1: Vestibularisschwannom einer 32-jährigen Patientin

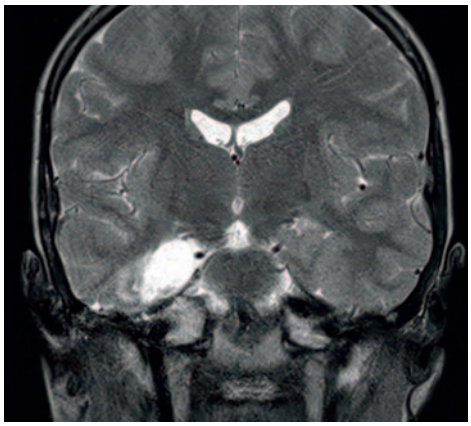


Abb. 2: Postoperatives MRT nach selektiver Entfernung des rechten Hippocampus bei therapierefraktärer Epilepsie

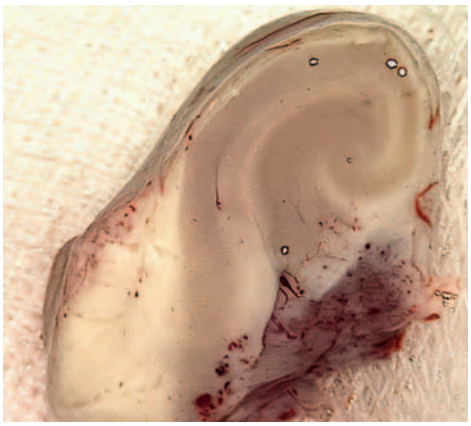


Abb. 3: OP-Präparat des Hippocampus

interdisziplinär, vernetzt, patientennah

Das Neurozentrum der Zukunft

Die Asklepios Klinik Altona ist überregional bekannt unter anderem für neurovaskuläre Medizin und Hydrocephalus – basierend auf gelebter Interdisziplinarität und fachlicher Kompetenz. Neben diesen etablierten Schwerpunkten geht der Generationswechsel der Chefärzte mit einem Ausbau des Spektrums einher: In der Neurochirurgie wird die Therapie von Patient:innen mit Hirntumoren – im Rahmen des Asklepios Tumorzentrums – künftig einen noch größeren Stellenwert einnehmen und langjährige Erfahrung mit innovativen Therapien verknüpfen. So ermöglicht die molekularpathologische Diagnostik auf höchstem Niveau die Behandlung bestimmter „Targets“ mit zielgerichteten Therapien.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Schnittstelle zwischen Tumor und umliegendem Hirngewebe: Hier können epileptische Anfälle entstehen, was die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinflusst. In Kooperation mit dem Epilepsiezentrum Alsterdorf und im Rahmen einer geplanten Teilnahme an einem ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsnetzwerk (ASV) für Epilepsie wird das Team aus Neurochirurgie und Neurologie epilepsiechirurgische Eingriffe durchführen. Sowohl Tumor- als auch Epilepsieeingriffe erfolgen nach modernsten Standards unter Einbeziehung sämtlicher intraoperativer Monitoringtechniken. So lassen sich beispielsweise auch Läsionen in der Sprachregion im Rahmen einer Wach-OP entfernen.

Als koordinierendes Zentrum des Neurovaskulären Netzwerks Nordelbe steht die Neuromedizin weiterhin für eine nahtlose Versorgungskette – von der hochspezialisierten Akutbehandlung bei Schlaganfall oder Hirnblutung, über die auf 20 Betten erweiterte neurologische Frührehabilitation bis hin zur ambulanten Nachsorge und langfristigen Begleitung. Mit einem Neurotherapiezentrum (NTZ) entsteht ein innovatives ambulantes Angebot für Menschen nach Schlaganfall sowie bei M. Parkinson, MS, Gangstörungen und weiteren neurologischen Erkrankungen, ergänzt durch ASV-Angebote für MS, Epilepsie und neuromuskuläre Erkrankungen. Damit stärkt die Asklepios Klinik Altona die sektorenübergreifende Versorgung und Vernetzung in diesem Bereich.

Ein weiterer Schwerpunkt ist der Ausbau der Parkinson-Komplexbehandlung durch ein Team aus Neurologie-, Therapie- und spezialisierten Pflegekräften mit individuellen Diagnostik- und Behandlungskonzepten zur nachhaltigen Verbesserung von Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität. Gemeinsam entwickeln Neurochirurgie und Neurologie zudem interdisziplinäre Versorgungswege weiter, etwa in einer Sprechstunde für Stürze und Gangstörungen zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung zum Beispiel von neurodegenerativen Erkrankungen, chronischen Subduralhämatomen oder Normaldruckhydrozephalus. Die Interdisziplinarität kommt auch im Bereich komplexer Kopfschmerzerkrankungen zum Tragen – etwa beim Pseudotumor cerebri mit Einbindung der Augenheilkunde und der Neuroradiologie und Behandlungsverfahren von der Sinusvenen-Stentversorgung bis zur Shunt-Therapie. So verbinden wir neurologische und neurochirurgische Expertise zu einer modernen, patientennahen Neuromedizin.

Kontakt

Neurochirurgie:
Prof. Dr. Tobias Martens
t.martens@asklepios.com
Neurologie:
Priv.-Doz. Dr. Robert Schulz
robe.schulz@asklepios.com
Neuroradiologie:
Priv.-Doz. Dr. Till Illies
t.illies@asklepios.com

Eine interdisziplinäre Herausforderung

Systemischer Lupus erythematodes und Tuberkulose

Sechs Monate nach Symptombeginn stellte sich eine 24-jährige Patientin vietnamesischer Herkunft erstmals in der Sprechstunde vor. Sie berichtete über Arthralgien, ein Schmetterlingserythem sowie Unterschenkelödeme. Laborchemisch und urinanalytisch zeigte sich eine ausgeprägte nephrotische Proteinurie bei aktivem Urinsediment und noch erhaltener Nierenfunktion. Serologisch fanden sich erhöhte ANA, dsDNA- und Sm-Antikörper sowie ein Komplementverbrauch. Wir stellten die Diagnose eines systemischen Lupus erythematodes (SLE) mit schwerer Nierenbeteiligung. Eine stationär durchgeführte Nierenbiopsie bestätigte den Verdacht mit Befund einer Lupusnephritis Klasse IV. Bei einer Bronchoskopie mit BAL aufgrund von Lungeninfiltraten bei positivem Quantiferontest wurde M. tuberculosis (in PCR und Kultur) nachgewiesen. Daraus ergab sich ein therapeutisches Dilemma: Die schwere Lupusnephritis erforderte eine rasche effektive Immunsuppression, zugleich bestand bei aktiver Tuberkulose das Risiko einer Dissemination. Nach interdisziplinärer Abstimmung (Rheumatologie, Pneumologie, Infektiologie) wurde zunächst eine tuberkulostatische Therapie eingeleitet. Parallel erfolgte unter engmaschiger Kontrolle eine Immunsuppression mit hochdosiertem Prednisolon. Im Verlauf favorisierten wir eine Therapie mit Obinutuzumab gegenüber Mycophenolat-Mofetil (MMF) oder Cyclophosphamid, da dessen Wirkmechanismus ein günstigeres Verhältnis zwischen Wirksamkeit auf die rheumatologische Grunderkrankung und negativer

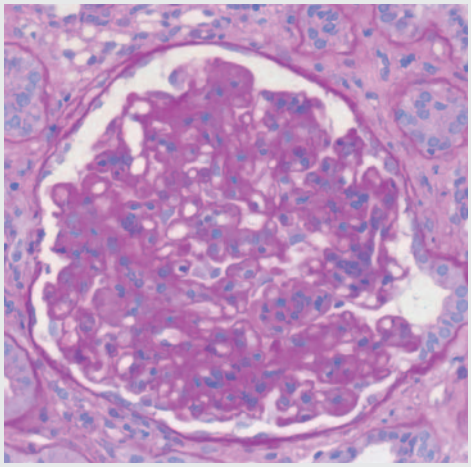


Abb. 1: Histologie einer Glomerulonephritis bei SLE

Beeinflussung der Infektionserkrankung erwarten lässt. Der Fall verdeutlicht die Herausforderungen bei gleichzeitiger infektiologischer und rheumatologischer Erkrankung.

Kontakt
Dr. Inga Pohlenz
i.pohlenz@asklepios.com



Abb. 1: Basisbefund ohne Belastung



Abb. 2: Exophthalmus rechts mit begleitender Ptosis unter Belastung

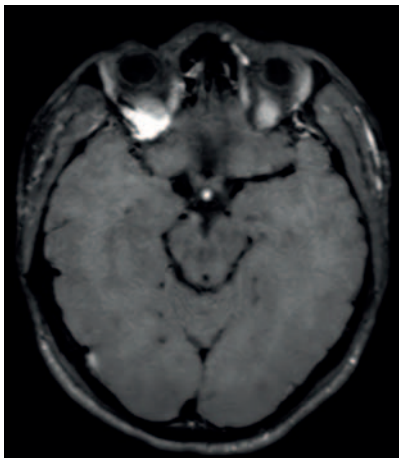


Abb. 3: Orbitavarize im MRT unter Valsava-Manöver

Belastungsabhängiger Exophthalmus

Ein 24-jähriger, sportlich aktiver Patient berichtet über Hervortreten des rechten Auges unter Belastung, vor allem beim Krafttraining, gelegentlich auch Doppelbilder. Wegen Kopfschmerzen nahm er nahezu täglich Analgetika ein. Die Basisdiagnostik zeigte beidseits vollen Visus, normotone Augeninnendrücke, seitengleiche Lidstellung sowie symmetrische Hertel-Werte (Abb. 1). Funduskopisch und in der OCT präsentierte sich der Sehnerv beidseits vital ohne Hinweise auf Stauung oder Atrophie. In der Motilitätsprüfung fand sich eine diskrete endgradige Hebungseinschränkung rechts, ohne aktuell angegebene Diplopie.
Unter Liegestützen trat ein rechtsseitiger Exophthalmus mit begleitender Ptosis (Abb. 2) auf, der sich nach Belastungsende innerhalb von Sekunden vollständig zurückbildete. Die Bildgebung mit dynamischen Orbita-Sequenzen unter Valsalva-Manöver zeigte eine T2-hyperintense, homogen kontrastmittelaufnehmende Läsion oberhalb des Musculus rectus superior (Abb. 3), die unter Valsalva deutlich anwuchs – vereinbar mit einer orbitalen Varize. Orbitavarizen sind seltene venöse Malformationen, die meist einseitig zu einem intermittierenden, druckabhängigen Exophthalmus führen. Auslöser sind Situationen mit erhöhtem venösen Druck, wie Pressen oder körperliche Anstrengung. Bei erneut unauffälligem ophthalmologischem Befund und ohne funktionelle Einschränkungen empfahlen wir ein beobachtendes Vorgehen. Der Patient wurde über das Krankheitsbild, potenzielle Komplikationen sowie die Notwendigkeit regelmäßiger augenärztlicher Kontrollen aufgeklärt. Ergänzend soll er Valsalva-belastende Aktivitäten zu vermeiden. Nach interdisziplinärer Rücksprache ist eine Therapie ausschließlich bei Komplikationen wie akuter Thrombose, Blutung oder progredienter Visusminderung indiziert. Aufgrund der nicht unerheblichen Risiken interventioneller oder operativer Verfahren erscheint bei stabiler Befundlage ein konservatives Management aktuell als sinnvollste Strategie.

Kontakt
Dr. Diana Bittersohl
d.bittersohl@asklepios.com

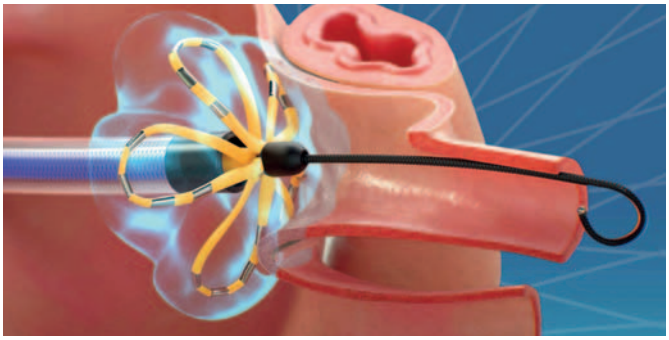


Abb. 1: Pulmonalvenenisolation mit Pulse Field Technik (Rhythmuskontrolle)

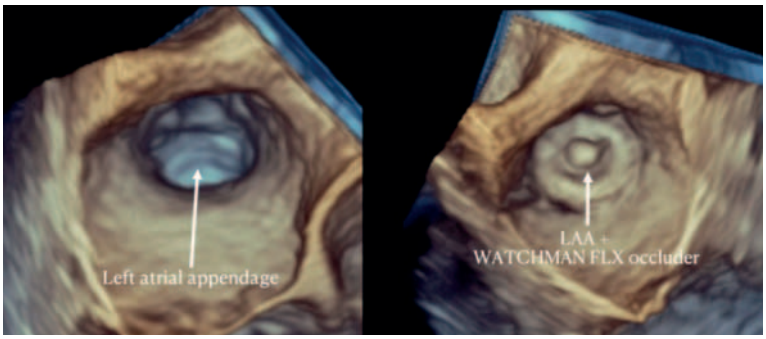


Abb. 2: LAA-Verschluss mit WATCHMAN FLX™ (Schlaganfallprophylaxe)

Vorhofflimmern

Katheterablation und Vorhofohrverschluss in einer Prozedur

Patient:innen mit Vorhofflimmern weisen häufig sowohl eine Indikation zur Katheterablation als auch zur Schlaganfallprophylaxe mittels interventionellem Verschluss des linken Vorhofohrs (LAAC) auf, insbesondere bei erhöhtem Blutungsrisiko oder Kontraindikationen gegen eine orale Antikoagulation.
Beide Eingriffe erfolgen im linken Vorhof und nutzen denselben transseptalen Zugangsweg. Im klinischen Alltag werden sie in Deutschland bislang überwiegend zweizeitig mit einem Intervall von etwa zwei bis drei Monaten durchgeführt.

Die von uns initiierte, multizentrische und prospektive COCONUT-II-Studie untersucht nun den potenziellen klinischen Nutzen einer einzeitigen Kombination aus Katheterablation und LAAC. Sie evaluiert erstmals in einem prospektiven Setting die Durchführung beider Verfahren in einer gemeinsamen Prozedur. Primäres Ziel ist die Untersuchung, ob der kombinierte Ansatz gegenüber dem konventionellen zweizeitigen Vorgehen Vorteile hinsichtlich Patientenkomfort, Reduktion prozeduraler Belastungen und Ressourcennutzung bietet, ohne die Sicherheit oder Effektivität der Einzelverfahren zu beeinträchtigen. Die Ergebnisse der COCONUT-II-Studie könnten dazu beitragen, den Stellenwert des kombinierten interventionellen Vorgehens bei ausgewähltem Patient:innen mit Vorhofflimmern und Indikation zum LAAC neu zu definieren und zukünftig eine patientenzentriertere sowie ressourcenschonendere Behandlungsstrategie zu etablieren.

Kontakt
Prof. Dr. Christian-Hendrik Heeger
c.heeger@asklepios.com
Prof. Dr. Martin W. Bergmann
mar.bergmann@asklepios.com

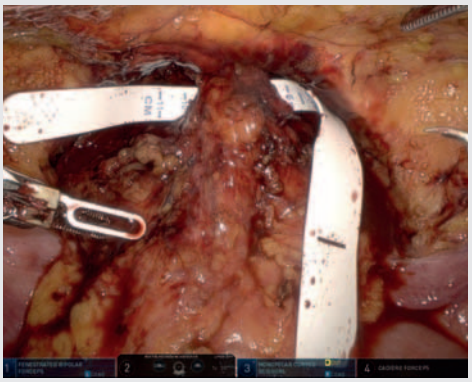


Abb. 1: Messung des Harnröhrendurchmessers mit dem Maßband zur Auswahl der passenden Harnröhrenmanschette



Abb. 2: Finaler Zustand nach Implantation des künstlichen Schließmuskels; dargestellt sind die um die Harnröhre platzierte Manschette und das mit Kontrastmittel gefüllte Reservoir.

Roboter-assistierte Implantation

Künstlicher Blasenschließmuskel bei Frauen

Für Patientinnen mit hochgradiger, therapieresistenter Belastungsinkontinenz (Grad 3) bietet die Urologie der Asklepios Klinik Altona als erster Standort in Norddeutschland die robotergestützte Implantation des künstlichen Harnröhrensphinkters AMS 800™ an und schließt damit eine Versorgungslücke in der Region. Indiziert ist das Verfahren als letzte und effektivste Therapieoption, wenn konservative und minimalinvasive Optionen ausgeschöpft sind. Diese sehr seltene Konstellation führt bundesweit zu etwa 15–25 Eingriffen pro Jahr, die bisher nur an spezialisierten Standorten in Süd- und Mitteldeutschland durchgeführt wurden. Der robotische Zugang erlaubt durch bis zu zehnfache 3D-Vergrößerung eine präzise Präparation auch bei voroperiertem Situs, schont den Beckenboden sowie Nerven- und Muskelstrukturen und ermöglicht eine raschere Genesung. Eine multizentrische Vergleichsstudie zeigt gegenüber dem offenen Vorgehen höhere Kontinenzraten (83 % vs. 62 %) und seltenere Explantationen. Den Ersteingriff in Altona führte Dr. Osama Andura, der leitende Oberarzt der urologischen Abteilung (Chefarzt Prof. Dr. C. Wülfing), am 20. November 2025 bei einer 73-jährigen Patientin durch. Das System ist nach komplikationsloser Heilung erfolgreich aktiviert. Für die Beurteilung möglicher Kandidatinnen aus Ihrem Patientenkreis stehen wir gern zur Verfügung – eine interdisziplinäre Zuweisung ist jederzeit willkommen.

Kontakt
Dr. Osama Andura
o.andura@asklepios.com

Falsche Penicillin-Allergie entlarven

Viele angebliche Penicillin-Allergien in der Anamnese wurden nie formal bewiesen. Oft wurde eine harmlose Unverträglichkeit oder eine Begleitsymptomatik eines Infekts in der Kindheit fehlinterpretiert – mit weitreichenden Folgen:

1. Ausweichpräparate sind oft schwächer wirksam, teurer oder mit mehr Nebenwirkungen verbunden.

2. Bei schweren Erkrankungen (z. B. Lungenentzündung oder Endokarditis) fehlt das Mittel der ersten Wahl. Ein falsches Label gefährdet den schnellen Heilerfolg.

3. Ersatz-Antibiotika fördern die Entstehung multiresistenter Keime. Es gibt also gute Gründe, Klarheit zu schaffen und wichtige Behandlungsoptionen womöglich zurückzugewinnen.

Für maximale Sicherheit bietet die HNO-Abteilung der Asklepios Klinik Altona dafür einen oralen Provokationstest im eintägigen stationären Setting an. Nach der Risikoeinschätzung im Vorfeld erhalten die Patient:innen vorsorglich einen venösen Zugang, um im Fall einer Reaktion schnell reagieren zu können. Nach Einnahme des Antibiotikums in therapeutischer Dosierung werden RR, Puls, Hautzustand und Atemfunktion engmaschig überwacht, zur Sicherheit folgt ein 24-stündiger stationärer Aufenthalt, um etwaige Spätreaktionen zu behandeln. Tritt keine Reaktion auf, wird der Allergieeintrag offiziell gelöscht und ein De-Labeling-Zertifikat ausgestellt. Die Kosten übernimmt die Krankenversicherung.

Anmeldung
hno.altona@asklepios.com
Tel. (0 40) 18 18 81-17 41

Rheumatologische Videosprechstunde

Eine strukturierte Videosprechstunde ergänzt unsere reguläre rheumatologische Sprechstunde für Patient:innen, bei denen Verlaufskontrollen, Therapieanpassungen oder Beratung keine körperliche Untersuchung erfordern. Viele Betroffene leben in Regionen mit eingeschränkter rheumatologischer Versorgung oder haben weite Anfahrtswege. So können Verlaufskontrollen und therapeutische Entscheidungen in geeigneten Fällen ortsunabhängig erfolgen, was die kontinuierliche Betreuung erleichtert. Für Patient:innen mit eingeschränkter Mobilität entfallen belastende Anfahrten, während der regelmäßige ärztliche Kontakt erhalten bleibt. In der Videosprechstunde besprechen wir Krankheitsverläufe, Laborbefunde, Nebenwirkungen und Therapieanpassungen. Auch Beratungen vor Einleitung oder Umstellung einer Therapie lassen sich oft gut digital durchführen. Die Videosprechstunde ersetzt aber nicht die ärztliche Untersuchung. Bei Beschwerden, klinischen Veränderungen oder diagnostischem Bedarf bleibt eine persönliche Vorstellung erforderlich. Sie ist eine sinnvolle Ergänzung zur Präsenzsprechstunde und unterstützt eine möglichst kontinuierliche, patientennahe Betreuung sicherzustellen.

Dr. Inga Pohlenz | Dr. Lisa Duken
rheumaambulanz.altona@asklepios.com



Neue und innovative klinische Studien

In der **Onkologie** sind kürzlich zwei Studien gestartet:
Die Phase-II-Studie PHP-CRC-201 (NCT06607458) untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit einer lebergerichteten Induktionstherapie mittels perkutaner hepatischer Perfusion (Melphalan/HDS) bei Patient:innen mit refraktärem, metastasiertem Kolorektalkarzinom (mCRC) und leberdominantem Befall.
Im experimentellen Studienarm wird die hochdosierte Chemotherapie direkt in die Leber verabreicht, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Trifluridin-Tipiracil plus Bevacizumab, im Kontrollarm die Standardtherapie allein. In der Phase III-Studie Symbiotic-GI-03 (NCT07222800) werden die Wirksamkeit und Sicherheit des bispezifischen PD-1/VEGF-Antikörpers PF-08634404 in Kombination mit der Standard-Chemotherapie mFOLFOX6 bei Patient:innenen mit mCRC in der First-Line untersucht.

Kontakt
Onkologie: Prof. Dr. Dirk Arnold, d.arnold@asklepios.com
Asklepios proresearch: Dagmar Pilz, da.pilz@asklepios.com

Haben Sie Fragen zu den hier vorgestellten oder weiteren klinischen Projekten des Asklepios Tumorzentrums? Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung! Nähere Informationen zu Studien bei anderen Entitäten im Asklepios Tumorzentrum Hamburg finden Sie auch in unserem Studienmonitor auf unserer Homepage: https://www.asklepios.com/hamburg/tumorzentrum/aerzte/studienmonitor/

Dr. med. Nele Geßler
Leitung ASKLEPIOS proresearch

Spitzenreiter in der Forschung

Asklepios Klinik Altona erneut auf Platz 1

Im aktuellen Forschungsbericht der Asklepios Kliniken 2025 festigt die Asklepios Klinik Altona ihre Position als führendes Forschungshaus im Verbund. 141 von insgesamt 519 Forschungsprojekten in Hamburg finden hier statt, insbesondere bei hämatologisch-onkologischen, kardiologischen, urologischen und neurologischen Erkrankungen. Durch die zahlreichen interventionellen Studien erhalten die Patient:innen in Altona frühzeitigen Zugang zu hochmodernen und innovativen Therapieansätzen, lange bevor sie in der klinischen Routine Eingang finden. Diese exzellente Forschungsarbeit ist nur durch ein spezialisiertes und engagiertes Team möglich: Allein in der Hämatologie und Onkologie sorgen sieben Study Nurses und Studienkoordinator:innen für einen reibungslosen Ablauf und bestmögliche Betreuung der Studienteilnehmenden.

IMPRESSUM

Herausgeber | Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Str. 1 – 22763 Hamburg
V.i.S.d.P. | Birthe Vogel
Redaktion | Andrea Castillo Sohre
Tel. (0 40) 18 18 81-22 14
E-Mail: a.castillo@asklepios.com

Sie möchten den Arztbrief plus künftig lieber per E-Mail bekommen? Eine kurze Notiz genügt: a.castillo@asklepios.com