



Zusammenfassungen der Vorträge

4. Innovationsgipfel der Medizinischen Hochschule Hannover

23. November 2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Haut aus der Tube ? Neue Hautersatzverfahren in der Plastischen Chirurgie	3
2. Prävention, Diagnostik und Therapie am Beckenbodenzentrum der MHH	4
3. Wege aus der Kostenfalle: Allergien vermeiden durch Toleranz	6
4. Jenseits von Gut und Böse: neue Aufgaben für die Tumorpathologie	8
5. Mit 66 Jahren, da hört das Sehen auf ? – Eine neue Kombinationsbehandlung verspricht Hilfe bei feuchter Makuladegeneration	10
6. Implantierbare Hörgeräte – wie begegnen wir den wachsenden Herausforderungen von Hörstörungen in der modernen Kommunikationsgesellschaft ?	12
7. Metall-Stents im GI-Trakt – teuer erkaufte Spielerei oder technische Innovation ?	13
8. Auf Knopfdruck beschwerdefrei: Die Neuromodulation eröffnet neue Horizonte in der Schmerzbehandlung	14

Haut aus der Tube? – Neue Hautersatzverfahren in der Plastischen Chirurgie

Herr OA Dr. med. P. Kolokythas

Abteilung Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

T: 0511/ 532-8864 oder Kolokythas.Perikles@mh-hannover.de

Der Ersatz zerstörter Haut bei Verbrennungen ist die älteste und gleichzeitig aktuellste Herausforderungen der Wundbehandlung in der Plastischen Chirurgie. Je nach Verbrennungstiefe bedarf es dabei der Rekonstruktion epithelialer oder zusätzlich dermaler Anteile. Als Goldstandard für den Hautersatz kann heutzutage die autologe Spalthauttransplantation bezeichnet werden. Je nach Lokalisation, Verbrennungstiefe und Verlauf ist dieses allgemein anwendbare Verfahren jedoch mit Nachteilen in puncto Funktion und Ästhetik behaftet: so führt eine Spalthauttransplantation zum Gesicht stets zu mehr oder weniger sichtbaren, hypertrophen und kontrakten Narben mit Entstellung und Stigmatisierung. Die alleinige Spalthauttransplantation bei drittgradigen Brandverletzungen hinterlässt in der Regel starre Narbenplatten ebenfalls mit deutlichen funktionellen und ästhetischen Einschränkungen. Ein Differenziertes Vorgehen und die Entwicklung und Anwendung innovativer Verfahren sind daher unabdingbar. Der erfolgreiche Einsatz von Dermisersatzmaterial war mit den bisher erhältlichen Produkten aufwendig, teuer und mit einer hohen Komplikationsrate behaftet. Das bisherige Prinzip bestand aus der Auflage einer Kollagenmatrix, die innerhalb von drei Wochen vaskularisiert und von körpereigenem Kollagen ersetzt wurde. In einem zweiten Schritt erfolgte dann die endgültige Defektdeckung durch autologe Spalthauttransplantation. Im Brandverletztzentrum der Klinik für PHW-Chirurgie ist seit zwei Jahren eine neuartige Kollagenmatrix (Matriderm[®]) im klinischen Einsatz, bei der die Spalthauttransplantation in einem Schritt mit dem Dermisersatz erfolgt. Die Indikation, die Anwendung sowie die bisherigen klinischen Resultate werden präsentiert.

Autologe Keratinozytentransplantationen waren bisher ebenfalls mit einer langen zeitlichen Latenz zwischen Probengewinnung und Transplantation behaftet. Die Folge der Latenz waren Kontrakturen und hypertrophe Narben. Mittlerweile sind

durch innovative Verfahren die Kultivierungszeiten auf eine Woche reduziert worden (CellSpray®). Es ist sogar möglich, autologe Keratinozyten unmittelbar nach der Biopsie aufzubereiten und unverzüglich zu transplantieren. Für kleine Flächen bis 320 cm² ist sogar ein Kit erhältlich (ReCell®), der im OP verwendet wird. Auch zu diesem Verfahren werden die Indikationen, die Handhabung und die eigenen Ergebnisse präsentiert.

Ihre Notizen:

Prävention, Diagnostik und Therapie am Beckenbodenzentrum der MHH

Herr Prof. Dr. P. Hillemanns, OA Dr. H. Hertel

Abteilung Geburtshilfe, Pränatalmedizin und Allgemeine Gynäkologie

T: 0511/532-6144 oder Hillemanns.Peter@mh-hannover.de

Einleitung: Das Risiko für Frauen im Laufe ihres Lebens eine Genitalsenkung oder einen Genitalprolaps zu entwickeln liegt bei 30-50%. Dies kann neben Miktionsstörungen auch zu Stuhlgangsbeschwerden führen. Eine Genitalsenkung ist nicht selten mit einer Belastungsinkontinenz assoziiert oder überdeckt diese (larvierte Inkontinenz). Als Ursachen für die Entwicklung einer Beckenbodenschwäche gelten neben Bindegewebsschwäche, Übergewicht, Rauchen, schwerer körperlicher Arbeit auch Schwangerschaft und natürliche Geburt. Viele schwangere Frauen wünschen zur Vermeidung von Beckenbodenschäden durch eine natürliche Geburt immer häufiger den Wunschkaiserschnitt. In der Kooperation mit den Urologen, Viszeralchirurgen und der Physikalischen Medizin bieten wir unseren Patientinnen Beratung und

Prävention zur Vermeidung von Beckenbodenschäden und alle Möglichkeiten der modernen urogynäkologischen Diagnostik an. Auf dieser Basis erfolgt die stadiengerechte, interdisziplinäre Therapie.

1. Konzept bei Genitalseenkung: Für diese Patientinnen sieht unser Behandlungskonzept die rechtzeitige Vorstellung in unserer urogynäkologischen Sprechstunde vor. Nach der klinischen Einstufung des Schweregrades durch Anamnese, Untersuchung, Ultraschalldiagnostik, ggf. Zystoskopie erfolgt die urodynamische Messung zum Ausschluss einer larvierten Inkontinenz. In Abstimmung mit der Patientin und den zuweisenden Kollegen erfolgt die Empfehlung und Erörterung der präventiven, konservativen und, wenn bei höhergradigen Descensus notwendig, die Festlegung der operativen Therapie.

2. Konzept bei Inkontinenz: Patientinnen mit Belastungsinkontinenz werden nach urogynäkologischer Einstufung des Krankheitsbildes im Stadium 1 und 2 für konservative Behandlungsstrategien vorgesehen (Beckenbodengymnastik, lokale Östrogentherapie, medikamentöse Therapie, Elektrostimulation und Biofeedbacktraining). Die Belastungsinkontinenz 3. Grades wird operativ versorgt (vaginale und abdominale OP-Verfahren). Die Dranginkontinenz wird medikamentös, und/oder ggf. mit Elektrostimulation therapiert.

3. Konzept für junge Frauen: Für junge Frauen nach vaginal-operativer Entbindung (Zangen- oder Vakuumentbindung) sieht unser Konzept eine standardmäßige Vorstellung 6 Monate nach der Geburt vor. Es erfolgt die Einstufung der Beckenbodenfunktionalität. Sollten sich Funktionsstörungen des Beckenbodens andeuten oder manifest sein, erfolgt die Festlegung der präventiven, konservativen oder wenn notwendig operativen Therapieoptionen. Frühzeitig erfolgt die Festigung und Bewahrung der Beckenbodenstabilität. Auch jeder Frau nach natürlicher vaginaler Geburt wird die Möglichkeit der Beratung, Aufklärung und Untersuchung in unserer Spezialsprechstunde angeboten.

Schlussfolgerung: Unser Konzept der interdisziplinären Versorgung und Prävention der Beckenbodenschwäche setzt bei jungen Frauen auf Beratung und Aufzeigen von konservativen Möglichkeiten der Beckenbodenerhaltung und -

stärkung. Frühzeitig sollen mögliche Probleme erkannt und adäquat therapiert werden. Mit zunehmender Lebenserwartung steigt die Anzahl der älteren Patientinnen mit Inkontinenz und Genitalsenkung. Durch rechtzeitige urogynäkologische Untersuchung kann unter Ausschöpfung der konservativen und ggf. operativen Therapieoptionen diesen Frauen ein hohes Maß an Lebensqualität wiedergegeben und ggf. Pflegeprobleme der Pflege im höheren Alter vermieden werden.

Ihre Notizen:

Wege aus der Kostenfalle: Allergien vermeiden durch Toleranz

Frau Prof. Dr. med. Gesine Hansen

Abteilung Kinderheilkunde, Pädiatrische Pneumologie und Neonatologie

T: 0511/532-9138 oder Hansen.Gesine@mh-hannover.de

Die Inzidenz allergischer Erkrankungen hat sich in den westlichen Nationen innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte nahezu verdoppelt und stellt dort die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter dar. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übersteigen die insgesamt durch Asthma verursachten Kosten bei Weitem die durch Tuberkulose und HIV gemeinsam bedingten Ausgaben. Asthma ist eine komplexe chronische Erkrankung, die durch eine pulmonale Entzündung und eine reversible Obstruktion der Atemwege charakterisiert ist. Gerade im Kindesalter ist Asthma in ca. 90 % der Fälle auch allergisch bedingt und damit das Ergebnis einer inadäquaten Immunantwort auf an sich harmlose Antigene wie Allergene bei genetisch prädisponierten

Individuen. Die Verbesserung der Therapieerfolge beim allergischen Asthma bronchiale in den letzten 10 Jahren sind im Wesentlichen auf den frühzeitigeren und großzügigeren Einsatz von inhalativen Kortikosteroiden zurückzuführen, nicht aber auf innovative Therapie-Ansätze. Die zur Zeit zur Verfügung stehenden Medikamente sind vorwiegend symptomatisch. Sie greifen erst am Ende einer langen Kaskade von immunologischen Mechanismen an und haben keine Chance auf einen langanhaltenden Therapieerfolg oder sogar eine Heilung. Diese Ziele können nur durch kausale Therapieansätze erreicht werden, die die dem Asthma bronchiale zugrunde liegenden Pathomechanismen berücksichtigen. Ziel unserer Forschung ist es, kausale Strategien zur Therapie des allergischen Asthma bronchiale zu identifizieren und für den klinischen Einsatz zu etablieren. Wir versuchen der Natur zu folgen und die Mechanismen zur Induktion von Toleranz gegenüber potentiellen Allergenen zu verstehen und sie für die Prävention und Therapie allergischer Erkrankungen zu nutzen. Die in dem Beitrag vorgestellten Ansätze sind ein Schritt auf dem Weg, der epidemischen Zunahme allergischer Erkrankungen und der damit verbundenen Kostenexplosion in den westlichen Industrienationen zu begegnen und diese aufzuhalten.

Ihre Notizen:

Beyond Typing and Grading: Target Analysis in individualized therapy as a new challenge for tumour pathology

Herr Prof. Dr. med. H. Kreipe

Abteilung Pathologie

T: 0511/532-4500 oder Kreipe.Hans@mh-hannover.de

For decades, clinical cancer research was focussed on the study of empirical combinations of nonspecific cytotoxic drugs. In recent years oncology is witnessing a revolution sparked by targeted therapies, notably the chimeric monoclonal antibodies against surface molecules such as CD20 or epidermal growth factor receptor. Meanwhile almost all patients suffering from B-cell lymphomas are treated with this mode of therapy. How does this revolution of therapy interfere with the classical function of histopathology to classify and to grade malignant neoplasm? Will morphological categories be replaced by a list or profile of markers which constitute potential targets for therapy? This will certainly not be the case, although the biological significance of lymphoma classification has to be reconsidered against the background of treatment response which will potentially be more relevant than the spontaneous course of disease.

Whereas the task of typing and grading will still form the indispensable basis of cancer therapy new additional challenges with regard to reliability and reproducibility of target identification are awaiting modern pathology. Cancer ceases to be invincible as it has happened to antique heroes before, once their concealed vulnerable spot got known to the opponent. Already in the ancient myth it needed a person to uncover the secret and to tell Paris to aim at Achill's heel instead at his armpit (which would have been appropriate to wound Ajax). There is good reason to believe that in case of cancer the pathologist will be the one to tell the secret and to guide the strike to the appropriate spot.

Are pathologists prepared to take over the task to guide targeted therapy and are their methods reliable enough to prove the presence or absence of an appropriate target on a cancer cell? This is still an open question and a major cause for uncertainty with regard to modern therapies. In particular, quantitative parameters might be insufficiently reproducible. Principally, there are two ways to cope with this problem: centralisation of diagnostics or standardization of diagnostics in a multicentric setting. In Germany pathologists have decided to opt for the second

alternative and consequently nation-wide trials for tissue-based markers in breast cancer have been set up.

The immunohistochemical detection of steroid hormone receptors has been used as a model system to erect a new kind of interlaboratory trial. In these trials tissue arrays are used for testing reproducibility of estrogen- and progesterone receptor assessment. The trials are conducted annually with up to 180 participating laboratories in Germany (www.ringversuch.de; <http://www99.mh-hannover.de/institute/pathologie/dgp>). With the help of tissue arrays it becomes possible for the first time to distribute several tumours among a high number of participating pathologists whereby almost identical tumour areas will be studied by all participants. The first and the final slide sectioned from a tissue array block have a distance of less than a millimetre. Furthermore, potential hazards by tumour heterogeneity are neutralized by a high number of samples which are encompassed by a tissue array.

The trials to assess interlaboratory reliability of steroid hormone receptor evaluation are conducted since six years. Recently, a comparable trial was unleashed for Her2/ which yielded satisfactory results with regard to immunohistochemistry as well as FISH. Only with the help of interlaboratory trials it will be possible to guarantee a reliable and standardized detection of target molecules in a non-centralized system of histopathological service.

In conclusion, pathology is facing a new challenge bringing this speciality even closer to therapy than it has already been before. In order to guide tumour therapy beyond typing and grading new methods and standards of quality assurance have to be established in histopathology.

Ihre Notizen:

Mit 66 Jahren, da hört das Sehen auf ? - Eine neue Kombinationsbehandlung verspricht Hilfe bei feuchter Makuladegeneration

Herr OA Dr. med. L. Blomberg

Abteilung Augenheilkunde

T: 0511/532-2455 oder Blomberg.Lutz@mh-hannover.de

Innovatives therapeutisches Verfahren:

Kombinationsbehandlung aus Anti VEGF- Injektion und Photodynamischer Therapie

Einführung:

Die altersabhängige Makuladegeneration ist heutzutage weltweit, insbesondere in den Industrieländern einer der Hauptgründe für Erblindung.

Die schwerste Form dieser Erkrankung, die **Choroidale NeoVaskularisation** oder auch sogenannte feuchte AMD konnte bis vor etwa 10 Jahren lediglich mit konventioneller Argonlasertechnik im Sinne einer schadensbegrenzenden Massnahme visuslimitierend verödet werden. Mit dem Beginn des 21. Jahrhunderts kam eine neue vielversprechende Methode in das Therapiearsenal: die **PhotoDynamische Therapie**, eine selektive Diodenlaserbehandlung der **CNV**, welche durch den lichtaktivierbaren Farbstoff Verteporfin zu einer Photothrombose des pathologischen Gefäßes führt. Allerdings zeigte sich in der klinischen Anwendung, dass die **PDT** nicht für alle Läsionsformen eine Visusstabilisierung brachte.

Neue Behandlungsoptionen:

Behandlungsverfahren mit Angiogenesehemmern sind zurzeit weltweit in vielen unterschiedlichen klinischen Studien erforscht:

Drei anti-VEGF Wirkstoffe sind derzeit klinisch verfügbar: Pegaptanib oder **Macugen** von der Fa. Pfizer und als off-label Präparat Bevacizumab (Avastin / Genentech). Ein drittes Präparat Ranibizumab (Lucentis / Genentech / Novartis) ist seit kurzem über die Auslandsapotheke verfügbar.

Der Angiogenesehemmer Pegaptanib Natrium ist ein über Polymerasekettenreaktion synthetisierter Wirkstoff, der spezifisch die Isoform 165 des **Vascular Endothelial Growth Factors** inhibiert, die Isoform, welche vornehmlich für die okuläre CNV verantwortlich gemacht wird.

Die VEGF Inhibition Study konnte zeigen, dass mit der Macugen Monotherapie von 9 intravitrealen Injektionen innerhalb von 6 wöchigen Intervallen **unabhängig von der CNV Läsionsform** bei mehr als 50% der Patienten eine Visusstabilisierung zu verzeichnen war.

Die Effektivität von alleiniger PDT bei der vorwiegend kleinflächigen klassischen CNV bzw. der intravitrealen Injektion von Angiogenesehemmern bei größeren gemischten oder occulteren Membranen kann durch eine Kombinationsbehandlung gesteigert werden.

Frühe experimentelle Studien mit Angiogenesehemmern bei CNV im Tiermodell zeigen bei Kombinationsbehandlung mit PDT eine bessere Wirksamkeit im Sinne einer in der fluoresceinangiographischen Diagnostik geringeren Leckage in der Spätphase.

Die derzeitige PDT Monotherapie wird in naher Zukunft einer Kombinationstherapie aus Angiogenesehemmer und PDT weichen.

Ihre Notizen:

**Implantierbare Hörgeräte –
wie begegnen wir den wachsenden Herausforderungen von Hörstörungen
in der modernen Kommunikationsgesellschaft ?**

Prof. Dr. med. Th. Lenarz

Abt. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover

T: 0511/532-6565 oder Lenarz.Thomas@mh-hannover.de

Die demographische Entwicklung sowie die sich ändernden Lebensbedingungen der postindustriellen Gesellschaft führen zu einer Zunahme des Anteils der Bevölkerung mit einer therapiebedürftigen Schwerhörigkeit. Die steigenden Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit mit raschem Wandel des Berufslebens machen bereits bei jungen Patienten im aktiven Berufsleben eine effektive Hörhilfenversorgung immer öfter erforderlich. Unterschiedliche Ursachen und verschiedene anatomische Situationen verlangen verschiedene Hörhilfen für eine individuell optimale Versorgung. Dank der raschen technologischen Entwicklung steht heute eine breite Palette an Lösungen bereit, über die in diesem Vortrag berichtet wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf implantierbaren Hörgeräten. Besonders eingegangen wird auf verschiedene technische Prinzipien (teil- oder vollimplantierbar, passiv oder aktiv), die Indikation (Schalleitungs-, Schallempfindungs- oder kombinierte Schwerhörigkeit), die zu versorgenden Patientengruppen sowie die Abgrenzung gegenüber konventionellen Therapieformen (Ohrchirurgie, konventionelle Hörgeräte). Neben eigenen Erfahrungen kommen auch Kosten-Nutzen-Betrachtungen zu Wort.

Stichwort: RetroX, BAHA, Vibrant Soundbridge, DACS, Otologics MET

Ihre Notizen:

Metall-STENTS im GI-Trakt –

Teuer erkaufte Spielerei oder technische Innovation ?

Herr OA Dr. med. J. Wedemeyer

Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

T: 0511/532- 3302 oder Wedemeyer.Jochen@mh-hannover.de

Vielen vertraut ist die Implantation von Metall–STENTs in verengte Herzkranzgefäße nach Dilatation (PTCA) bei koronarer Herzkrankheit. Auch im Gastrointestinaltrakt werden seit über 15 Jahren selbstexpandierende Metall-STENTs mit unterschiedlichen Indikationen eingesetzt. Neben den durch Tumor bedingten Engstellungen (Stenosen) des Gastrointestinaltrakts können Metall-STENTs mittlerweile auch für andere Indikationen z.B. gutartige narbige Stenosen oder Nahtinsuffizienzen eingesetzt werden.

Wir haben in unserer Klinik beispielsweise wiederholt selbstexpandierende, beschichtete Ösophagus-STENTs eingesetzt, um zum Teil ausgedehnte Nahtinsuffizienzen z.B. nach Magenhochzug erfolgreich zu behandeln.

Haupteinsatzbereich der Metall-STENTs bleibt jedoch die Überbrückung von tumorbedingten Engstellen der Speiseröhre, der Gallenwege und des Dickdarms. Aufgrund Ihrer hohen Anschaffungskosten werden Metall-STENTs bis heute über Zusatzentgelt finanziert und sind somit in unsere Klinik pro Jahr auf ein bestimmtes Kontingent begrenzt. Dies steht im Kontrast zu der Tatsache, dass die Implantation von Metall-STENTs mittlerweile einen festen Platz in den Leitlinien zur Therapie verschiedener gastrointestinaler Erkrankungen einnimmt. Dabei haben mehrere Studien gezeigt, dass die Implantation von Metall-STENTs, die z.B. zur Behandlung von malignen Stenosen des Gallengangs eingesetzt wurden, nicht nur die Lebensqualität des Patienten signifikant verbessern, sondern auch kosteneffizienter sind als die standardmäßig eingebrachten Plastik-STENTs. Dies liegt u.a. an der geringeren Verschlussrate der Metall-STENTs und der damit geringeren Zahl von stationären Aufenthalten für Wiederholungseingriffen und/oder elektiven STENT-Wechseln, wie sie bei Plastik-STENTs nach 8-12 Wochen erforderlich sind.

Die zunehmende Auswahl an unterschiedlichen STENTs (beschichtet, unbeschichtet, partiell beschichtet, variable Längen und Durchmesser,

unterschiedliche Freisetzungsmöglichkeiten, Antirefluxventile bei Ösophagus-STENTs), ja sogar die von verschiedenen Firmen angebotene Möglichkeit „maßgeschneiderte“ STENTs zu erhalten, haben die Einsatzmöglichkeiten zunehmend erweitert und verbessert.

Zusammenfassend stellen Metall-STENTs im Gastrointestinaltrakt eine wichtige Innovation in der Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder dar und können sowohl zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten führen, Re-Operationen verhindern und können, wenn Sie entsprechend eingesetzt werden, möglicherweise auch zur Einsparung von Kosten beitragen.

Ihre Notizen:

Auf Knopfdruck beschwerdefrei:

Die Neuromodulation eröffnet neue Horizonte in der Schmerzbehandlung

Herr Prof. Dr. med. J. Krauss

Abteilung Neurochirurgie

T: 0511/532-6650 oder Krauss.Joachim@mh-hannover.de

Die medikamentöse Schmerzbehandlung hat in den letzten Jahren viele Neuerungen erfahren und die Mehrzahl der Patienten mit chronischen Schmerzen kann heute zufriedenstellend therapiert werden. Bei einem kleinen Teil der Patienten jedoch vermag die konservative Therapie nicht das Leiden der Patienten zu lindern. Dies trifft besonders Patienten mit sogenannten neuropathischen Schmerzen, dies sind Schmerzsyndrome durch unmittelbare Schädigungen des peripheren oder zentralen Nervensystems. Hier haben sich in den letzten Jahren neuromodulatorische Verfahren etabliert. Bei der Neuromodulation werden

abhängig von der Indikation spinale oder cerebrale Elektroden implantiert, wobei zunächst die Elektroden externalisiert werden, um im Rahmen einer Testphase die Patienten zu identifizieren, welche dann tatsächlich auch von einer dauerhaften Stimulation profitieren. Bei positivem Response, und hier spielt in erster Linie die Selbstbewertung des Patienten eine Rolle, wird dann in einem zweiten Schritt ein Impulsgeber implantiert.

In den letzten Jahren ist es zu wesentlichen technischen Fortschritten gekommen: Entwicklung neuer Elektrodenkonfigurationen, perkutan wiederaufladbarer Impulsgeber und ausgereifterer Programmiermöglichkeiten.

Die Rückenmarksstimulation ist besonders hilfreich bei neuropathischen Schmerzen der unteren Extremitäten. Bei der Thalamusstimulation wird nicht nur die Schmerzwahrnehmung sondern auch die Schmerzverarbeitung beeinflusst. Die Motorcortexstimulation wird vorwiegend bei unbehandelbaren Schmerzen nach Schlaganfällen und nach Verletzungen des Gesichtsnerven eingesetzt. Das jüngste Verfahren ist die Stimulation des posterioren Hypothalamus bei Patienten mit Cluster-Kopfschmerz – einem seltenem Kopfschmerzsyndrom, welches äußerst quälend sein kann und die betroffenen Patienten erheblich beeinträchtigt. Die ersten beiden Patienten mit Clusterkopfschmerz wurden dieses Jahr an der MHH implantiert.

Neben der Schilderung der Prinzipien der Eingriffe und der Ergebnisse kommen anhand von Filmbeispielen auch betroffene Patienten zu Wort.

Ihre Notizen:
