



Das Magazin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihrer Unternehmen

Ausgabe 2 · 2017



TOP-THEMA

Thoraxonkologie

Lungenkarzinom – Personalisierte
Therapien verbessern Prognose
S. 10

Medizin, Forschung und Innovation

IKF-Studienergebnisse verändern
Therapiestandard bei Magen- und
Speiseröhrenkrebs
S. 20

Bösartige Veränderungen im Gastro-
intestinaltrakt – Neue diagnostische
und therapeutische Methoden
S. 17

Klinisches Risikomanagement

S. 40

IM GESPRÄCH

Skadi Stahlberg:
„Verwirrt nach der OP
– Das postoperative
Delir“

S. 24

SPENDENAUFRUF

Helfen auch Sie zu helfen!

Liebe Freunde, Förderer und Sponsoren,

ob Unternehmen oder Privatperson, ob Stiftung oder sonstige Organisation – auch Sie sind jederzeit herzlich als Förderer willkommen. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung.

Spendenkonto:

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
IBAN: DE27 5005 0201 0000 0279 79
BIC: HELADEF1822

Treten Sie mit uns in Kontakt:

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 76 01-3204

Den Verwendungszweck bestimmen Sie!



Impressum

Herausgeber und Kontakt

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 76 01-3204

V.i.S.d.P.

Tobias Gottschalk
Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Redaktionsleitung

Brigitte Ziegelmayer
Leitung Unternehmenskommunikation

Ausgabe 2 · 2017

© Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Druckerei

C. Adelmann GmbH, Frankfurt am Main

Fotografien

Klaus Wäldele – www.klauswaeldele.de: Coverbild,
Seiten 6, 10/11, 13, 15, 21, 23, 27, 43–51

Fotolia: hakase420 Seite 2, Photographee.eu Seite 25,
Parilov Seite 28/29, VadimGuzhva Seite 31,
M. Schönfeld Seite 54 (unten links)

Thorsten Jansen – www.tjansen.com: Seite 3

Porträts von Siegfried Lustenberger, Angela Jakob
und privat: Seiten 10, 14, 17, 20, 22, 24, 26, 30, 34, 37,
38, 40, 42, 52, 54, 55

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann: Seite 18, 19 (links
und rechts)

ESD Aufnahme – Erbe Elektromedizin GmbH:
Seite 19 (Mitte)

Siegfried Lustenberger: Seite 33, 42

Kollage mit Ausschnitt aus einem Werk von
Angelina Gaus: Seite 35

Tracy Ramatan: Seite 39

Aufnahmen privat: Seiten 54, 55



*Tobias Gottschalk,
Direktor der Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist*

Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2017 stand für uns ganz im Zeichen der 750-Jahr-Feierlichkeiten der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, eine der ältesten bürgerlichen Stiftungen Frankfurts. Der Festakt im Römer am 26. Oktober anlässlich unseres Jubiläums stand unter dem Motto „gestern – heute – morgen“. Impressionen dieser Feier aus dem Kaisersaal finden Sie in dieser Ausgabe. Aus dem mittelalterlichen Hospiz am Main, in dem Knechte, Mägde und Reisende gepflegt wurden, ist inzwischen ein modernes Dienstleistungsunternehmen im Gesundheitswesen mit u. a. zwei Krankenhäusern und zwei Seniorenstiften geworden, die ihren festen Platz in der Gesundheitslandschaft des Rhein-Main-Gebiets haben.

Ein bedeutsamer Schwerpunkt im Krankenhaus Nordwest ist die Onkologie – seit 2009 ist das Haus mit dem Gütesiegel „Onkologisches Spitzenzentrum“ ausgezeichnet. Das Top-Thema „Fortgeschrittenes Lungenkarzinom – Personalisierte Therapien verbessern Prognose“ unseres Experten für Thoraxonkologie, Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca, beschreibt neue Therapien bei Lungenkrebs. Übrigens: Als einziges Krankenhaus im Rhein-Main-Gebiet bündelt das Krankenhaus Nordwest seine Thorax- und Lungenexpertise im neuen Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie. Die neuesten Studienergebnisse der FLOT4-Studie zur Behandlung von Magen- und Speiseröhrenkrebs stellen Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran und Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten O. Götze vom Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) in ihrem Beitrag vor. Das Besondere: Diese Ergebnisse werden die Behandlungsstandards nicht nur in Deutschland, sondern auch weltweit verändern. Prof. Dr. med. Elke Jäger, Chefärztin der Klinik für Onkologie und Hämatologie, setzt sich in dieser Ausgabe mit dem Thema „Um Leben und Tod – Hoffnung und Mut“ kritisch mit den Herausforderungen der „personalisierten Medizin“ auseinander. Die gleichnamige Vortragsreihe, die gemeinsam mit dem Zentrum für Ethik in der Medizin und der Evangelischen Akademie Frankfurt ins Leben gerufen wurde, ergänzt in einer ganz besonderen Weise die personalisierte Medizin um Grundfragen der menschlichen Existenz und der Hoffnung. Das Programm der Vortragsreihe finden Sie ebenfalls in diesem Heft.

Aus dem Hospital zum Heiligen Geist stellt Dr. med. Wolfgang Merkle die Ursachen und Therapien bei der „Somatoformen Schmerzstörung“ vor. Die Psychosomatische Klinik ist weit über die Grenzen Frankfurts bekannt und gehört mit der Psychosomatischen Tagesklinik zu den größten in Deutschland. Viele insbesondere ältere Patienten fürchten das postoperative Delir nach einem operativen Eingriff. Wir sprachen mit Skadi Stahlberg, Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Hospital zum Heiligen Geist, darüber, wie die Gefahr der vorübergehenden Verwirrtheit reduziert werden kann.

Darüber hinaus finden Sie noch weitere lesenswerte Themen in diesem Heft. Viel Spaß bei der Lektüre wünscht

Ihr

Tobias Gottschalk,
Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist



STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihre Unternehmen

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist eine Milde Stiftung des öffentlichen Rechts in Frankfurt am Main. Ihre Ursprünge lassen sich bis ins 13. Jahrhundert zurückverfolgen. Damals wie heute dienen die Einrichtungen der Stiftung der medizinischen Versorgung und der Ausbildung. Neben dem Krankenhaus Nordwest und dem Hospital zum Heiligen Geist gehören die Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal, die Agnes-Karll-Schule, die Hospital-Service & Catering GmbH, das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum sowie das Fachärzteezentrum Frankfurt zur Stiftung. Insgesamt sind etwa 2.700 Beschäftigte für die Stiftung tätig.



Das Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 582 Betten, die sich auf elf Kliniken und vier Institute verteilen. Das Krankenhaus leistet seit mehr als 50 Jahren einen wichtigen Beitrag in der Krankenversorgung.



Das Hospital zum Heiligen Geist ist ein Akutkrankenhaus mit 276 Betten und 50 tagesklinischen Plätzen in der Psychosomatischen Klinik, gelegen in der Frankfurter Innenstadt in unmittelbarer Nähe zur Europäischen Zentralbank.



In der Umgebung des idyllischen Taunus bietet das Seniorenstift Hohenwald individuelle Pflege und Betreuung von höchster Qualität. Eine persönliche, familiäre Atmosphäre und eine hohe Qualität der Pflege werden hier groß geschrieben.



Das Team des Seniorenstifts Kronthal setzt sich für eine hohe Lebensqualität im Alter ein. Das Seniorenstift Kronthal bietet vollstationäre Pflege und Betreuung, Kurzzeitpflege sowie „Wohnen auf Probe“ an.



Die Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist – Krankenhaus Nordwest, Hospital zum Heiligen Geist, Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal – sowie weitere externe Unternehmen in der Gesundheitsbranche sind Auftraggeber der Hospital-Service & Catering GmbH und nehmen den Service der Gesellschaft in Anspruch.



Das Hotel am Krankenhaus Nordwest bietet seinen Gästen 28 Zimmer in einer angenehmen und entspannenden Atmosphäre. Das Hotel liegt auf dem Gelände des Krankenhauses Nordwest. Umgeben von einer freundlichen Grünanlage und abseits des Straßenverkehrs kommen die Gäste zur Ruhe.



Das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum am Krankenhaus Nordwest bietet Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Gesundheitstraining unter professioneller Anleitung an.



Das Fachärzteezentrum Frankfurt bietet an seinen sieben Standorten im Stadtgebiet Frankfurt sowie in Hanau mit insgesamt 25 Praxen aus unterschiedlichen Fachgebieten modernste Diagnostik, Therapie und Gesundheitsvorsorge.



Die Agnes-Karll-Schule ist eine gemeinsame Ausbildungsstätte des Universitätsklinikums Frankfurt, des Krankenhauses Nordwest sowie des Hospitals zum Heiligen Geist für Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe.

In dieser Ausgabe

Editorial	3
Inhalt	5
Kurzmeldungen – Neues aus den Häusern	6
Top-Thema: Fortgeschrittenes Lungenkarzinom – Personalisierte Therapien verbessern Prognose	10
Medizin, Forschung und Innovation Moderne Therapie des Aortenaneurysmas – EVAR (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair)	14
Bösartige Veränderungen im Gastrointestinaltrakt und ihre Vorstufen – Neue diagnostische und therapeutische Methoden	17
Studienergebnisse des IKF verändern Therapiestandard bei Magen- und Speiseröhrenkrebs	20
Brustkrebs – eine interdisziplinäre Herausforderung	22
Im Gespräch: „Verwirrt nach der OP – Das postoperative Delir“	24
Patient Blood Management „extrem“ – Blutungsmanagement bei den Zeugen Jehovas	26
Chronische Schmerzen – Somatoforme Schmerzstörung	30
Um Leben und Tod – Hoffnung und Mut: Die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie	34
Mit guter Ausbildung dem Fachkräftemangel entgegenwirken	37
Brunei Neuroscience Stroke and Rehabilitation Centre – Klinikumzug verlief nach Plan	38
Klinisches Risikomanagement	40
Eltern werden ist nicht schwer – Eltern sein dagegen sehr!	42
Veranstaltungen	43
Personalien	52
Stiftungsgeflüster	54

Spezialisten für die Lunge

Als einziges Krankenhaus im Rhein-Main-Gebiet bündelt das Krankenhaus Nordwest seine Thorax- und Lungenexpertise im neu gegründeten Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie. Das Zentrum vereint erstmalig die drei Fachrichtungen Pneumologie, Thoraxchirurgie und Thoraxonkologie unter einem Dach. Für Patienten bedeutet die Vernetzung eine schnelle und umfassende Diagnose sowie eine maßgeschneiderte und bestmögliche Therapie und Nachsorge von gut- und bösartigen Erkrankungen der Lunge.

Das Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie wird die Zusammenarbeit der drei beteiligten Fachbereiche zukünftig noch weiter intensivieren. Angesichts der mannigfaltigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei gut- und bösartigen Erkrankungen der Lunge ist die Kooperation verschiedener Fachrichtungen und rehabilitativer sowie sozialer Einrichtungen von großer Bedeutung. Besondere Merkmale am Krankenhaus Nordwest sind die eigene Sektion Pneumologie sowie der traditionell starke onkologische Schwerpunkt des Hauses. Das Krankenhaus Nordwest trägt seit 2009 das Gütesiegel „Onkologisches Spitzenzentrum“, verliehen durch die Deutsche Krebshilfe e. V. Eine weitere Besonderheit ist die eigene Klinik für Radioonkologie, die jährlich rund 1.400 Patienten stationär aufnimmt und laut der FOCUS-Klinikliste zu den 100 Top-Kliniken Deutschlands im Bereich Strahlentherapie zählt. Für Patienten mit Lungen- oder Thoraxbeschwerden bietet die Neugründung des Zentrums für Lungenmedizin



Leitung des Zentrums für Lungenmedizin und Thoraxonkologie, Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca, Dr. med. Stefanie Veit, Dr. med. Markus Kindermann (v. l. n. r.)

und Thoraxonkologie viele Vorteile: Sie profitieren von dem fachübergreifenden Austausch bei der umfassenden Diagnose und der maßgeschneiderten bestmöglichen Behandlung ihrer Erkrankung aus dem breiten Spektrum der modernen Hochleistungsmedizin am Krankenhaus Nordwest. Durch die Bündelung der Expertise an einem Standort sind schnelle Entscheidungsfindungen zur Therapie und kurze Wege ein weiterer Vorteil. Zudem gewährleistet die Neustrukturierung eine höchstmögliche Transparenz für die Erkrankten. Dank der engen Verzahnung mit weiteren Kliniken im Haus ist eine patientenorientierte Behandlung garantiert. Das eingespielte Team aus Ärzten und Pflegekräften kümmert sich intensiv um die Patienten und steht ihnen mit ihrem Fachwissen während des stationären Aufenthaltes zur Seite.

Die Gründung des Zentrums ist die Folge nachhaltiger Bestrebungen: Erst im September 2016 wurde die Klinik für Thoraxchirurgie unter der Leitung von Dr. med.

Stefanie Veit gegründet, um das medizinische Portfolio am Krankenhaus Nordwest zu ergänzen und vor allem die onkologische Lungenchirurgie auszubauen. Nun wurde die Ausrichtung mit der Gründung der Sektion Thoraxonkologie unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Akin Atmaca weiter vorangetrieben. Auch die Sektion Pneumologie unter der Leitung von Dr. med. Markus Kindermann wird kontinuierlich ausgebaut. Das neu gegründete Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie bietet Patienten das komplette Spektrum der konservativen und operativen Therapieverfahren in fallbezogener interdisziplinärer Absprache an. •

Kontakt

Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie
Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca
Telefon: (069) 76 01-4700
Dr. med. Markus Kindermann
Telefon: (069) 76 01-4800
Dr. med. Stefanie Veit
Telefon: (069) 76 01-4660

Facharztpraxis für Kardiologie im Fachärztezentrum Frankfurt-Mitte

Seit Anfang Juni behandeln Dr. med. Alex Gehring und Dr. med. Yusuf Sarikaya – beide Oberärzte im Hospital zum Heiligen Geist – Patienten in der neuen kardiologischen Facharztpraxis im Fachärztezentrum Frankfurt-Mitte. In der Facharzt-

praxis werden sämtliche moderne ambulante Diagnose- und Behandlungsmethoden der Kardiologie angeboten. Durch die enge Verbindung zur Medizinischen Klinik im Hospital zum Heiligen Geist ist bei Bedarf eine stationäre Weiterbehandlung

unter gleicher ärztlicher Betreuung möglich. •

Kontakt

Fachärztezentrum-Mitte
Telefon: (069) 28 76 78

Neues Behandlungsangebot bei Krebserkrankungen

Das Krankenhaus Nordwest hat die Zulassung zur „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ (ASV) zum 1. Juli 2017 als erstes Krankenhaus im Rhein-Main-Gebiet vom erweiterten Landesausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erhalten. Ab sofort kann ein interdisziplinäres Spezialistenteam aus Klinik- und niedergelassenen Fachärzten Krebspatienten mit einem Magen-, Darm- oder Bauchhöhlentumor ambulant behandeln. Die Kosten werden von der Krankenkasse getragen.

Das Krankenhaus Nordwest behandelt bereits jetzt jährlich rund 7.800 Patienten in der onkologischen Ambulanz, davon 2.200 im Bereich der Gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GiT). Für diese Patienten bietet das Krankenhaus Nordwest zukünftig eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung an. Zum Ärzteteam gehören 57 Experten aus

unterschiedlichen Fachbereichen, darunter neun niedergelassene Ärzte und fünf Ärzte aus anderen Krankenhäusern (Hospital zum Heiligen Geist und Universitätsklinikum Frankfurt).

Bereits jetzt kooperiert das Krankenhaus Nordwest mit über 1.500 niedergelassenen Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, die nun noch enger in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Die Zusammenarbeit erfolgt in einem interdisziplinären Team, welches aus drei Ebenen besteht: dem Teamleiter, dem Kernteam und den hinzugezogenen Fachärzten. Auch nichtärztliche Berufsgruppen und Sozialdienste können Teil des Teams sein. In gemeinsamen Tumorkonferenzen werden die Fälle besprochen, um jeweils die optimale Behandlung für jeden Patienten zu entwickeln. Erster Ansprechpartner für den Patienten ist der Teamleiter, der die Behandlung fachlich und organisatorisch

koordiniert. Darüber hinaus steht er für Fragen zur Verfügung und informiert über Angebote, die beim täglichen Umgang mit der Erkrankung hilfreich sein können. Hierzu zählen zum Beispiel Angebote von Selbsthilfeorganisationen, sozialen Diensten und nichtärztlichen Berufsgruppen. In die Entscheidungsfindung zu den einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden die Patienten umfassend eingebunden.

Zugangsvoraussetzung ist eine Überweisung des niedergelassenen Arztes mit der „gesicherten Diagnose“ eines GiT. Eine ASV kann zudem von einem Krankenhausarzt am Ende eines Krankenhausaufenthaltes veranlasst werden. •

Kontakt

Klinik für Onkologie und Hämatologie
Prof. Dr. med. Elke Jäger
Telefon: (069) 76 01-3340

Patientensicherheit an erster Stelle

Das Hospital zum Heiligen Geist sowie das Krankenhaus Nordwest setzen seit dem 1. Juli 2017 Patientenidentifikationsarmbänder ein

Jeder Patient, der stationär im Hospital zum Heiligen Geist oder im Krankenhaus Nordwest aufgenommen wird, erhält seit dem 1. Juli 2017 ein Patientenidentifikationsarmband. Damit folgen die beiden Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist den Empfehlungen des bundesweiten Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und passen ihre Sicherheitsstandards fortlaufend den neusten Erkenntnissen zum Schutz der Patienten an.

Auf dem Patientenidentifikationsarmband aufgedruckt sind persönliche Daten wie der vollständige Name, das Geburtsdatum, die zuständige Station, die Fallnummer sowie ein Barcode. Diese Daten dienen der eindeutigen Identifikation der Patienten, zum Beispiel bei der Medikamentenvergabe oder bei medizinischen Eingriffen. Gerade in

Situationen und Momenten, in denen Patienten selbst keine Auskunft geben können, wie nach der Einnahme sedierender Medikamente oder in Narkose, bei sprachlichen Verständigungsproblemen, bei Namensähnlichkeiten oder bei der Notwendigkeit zu schnellem medizinischen Handeln in Notfallsituationen, greift das Patientenidentifikationsarmband als zusätzliche Sicherheitsmaßnahme, um Verwechslungen von Personen auszuschließen.

Die von der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist verwendeten Patientenidentifikationsarmbänder wurden speziell für den Gesundheitssektor entwickelt. Das Armband besteht aus einem hypoallergischen, latexfreien Kunststoff, was die problemlose Reinigung und Desinfektion ermöglicht. Es trägt alle Aktionen des Alltags und Verletzungen sind ausgeschlossen, da das Arm-

band bei zu starker Belastung einfach reißt. Die Einführung der Patientenidentifikationsarmbänder reiht sich nahtlos ein in verschiedene Aktivitäten der beiden Krankenhäuser, Hospital zum Heiligen Geist und Krankenhaus Nordwest, die Sicherheit der Patienten während des stationären Aufenthaltes weiter zu erhöhen. So setzen die Einrichtungen beispielsweise schon seit längerer Zeit bei Operationen auf standardisierte Checklisten und die Team-Time-Out-Regelung: eine letzte Sicherheitsstufe vor dem operativen Eingriff, bei der das OP-Team noch einmal alle patientenrelevanten Daten mit Hilfe einer Checkliste überprüft. •

Kontakt

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Telefon: (0 69) 76 01-3204



Make it in Germany

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist beteiligt sich am Modellvorhaben zur Gewinnung von vietnamesischen Auszubildenden in der Krankenpflege in Deutschland

Die Sicherung einer guten Pflegeversorgung ist eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Aufgaben, zu der die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist mit ihrer Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe, der Agnes-Karll-Schule, maßgeblich beiträgt. Da der Bedarf mittel- und langfristig jedoch weder durch einheimische Kräfte noch durch Arbeitskräfte aus EU-Mitgliedsstaaten gedeckt werden kann, beteiligt sich die Stiftung am Modellvorhaben, das die Ausbildung von jungen Menschen aus Vietnam in der Krankenpflege erprobt. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) gefördert, von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) durchgeführt und von der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA) unterstützt.

In Deutschland herrscht im Pflegesektor ein sehr großer Fachkräftebedarf. Nach Expertenschätzung wird im Zuge des demografischen Wandels die Zahl der Pflegebedürfti-

gen in Deutschland von derzeit ca. 2,3 Millionen bis 2030 auf rund 3,4 Millionen steigen. Nach einer Studie des Instituts für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS) und des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) von 2015 werden bis zum Jahr 2030 allein in der Altenpflege (stationäre und ambulante Pflege) über 200.000 zusätzliche Pflegekräfte gebraucht.

Im September 2017 landeten 23 Vietnamesen am Frankfurter Flughafen, um im Oktober mit dem neuen Ausbildungsjahrgang an der Agnes-Karll-Schule ihre Ausbildung zu beginnen. Schon ein Jahr zuvor wurden sie in Vietnam ausgesucht. Voraussetzung war eine abgeschlossene Ausbildung im Heimatland – fast alle Bewerber besitzen einen Hochschul- oder Uniabschluss. Nach der Auswahl durchliefen die Auserwählten ein staatlich gefördertes Qualifizierungsprogramm in Kooperation mit dem Goethe-Institut in Hanoi. Dieses umfasste einen dreizehnmonatigen Sprachunterricht bis Sprachniveau B2

inklusive einer fachsprachlichen Qualifizierung, interkulturelles Training und Absolvierung eines fachlichen Zusatzmoduls zur Vorbereitung auf das Berufsbild der Pflegefachkraft in Deutschland.

In Deutschland begleiten fachnahe Regionalkoordinatoren und Vietnamesisch sprechende Mentoren die Auszubildenden und ihre Praxispartner in Beruf und Theorie. Nach einer einwöchigen Eingewöhnungsphase mit Ausflügen in die Region startete am 2. Oktober der Ausbildungsjahrgang. Die 23 Vietnamesen werden zukünftig gemeinsam mit 64 weiteren Auszubildenden – aufgeteilt auf drei Klassen – die nächsten drei Jahre ausgebildet und auf das Berufsleben vorbereitet. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Unternehmenskommunikation
Telefon: (0 69) 76 01-3204



Zentralinstitut für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene erbringt Laborleistungen für das Gesundheitszentrum Wetterau

Das Krankenhaus Nordwest mit seinem Zentralinstitut für Labormedizin gehört zu den größten Laborversorgern der Region

Das Zentralinstitut für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene des Krankenhauses Nordwest, unter der Leitung von Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, erbringt jetzt auch für das Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH spezielle labormedizinische Dienstleistungen und insbesondere mikrobiologische Untersuchungen, die vor Ort nicht selbst vorgenommen werden. Damit erhöht sich die Anzahl der externen Kooperationspartner auf derzeit zehn

Kliniken sowie verschiedene niedergelassene Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Das Krankenhaus Nordwest mit seinem Zentralinstitut für Labormedizin gehört damit zu den größten Laborversorgern der Region.

Zur Einhaltung hoher labormedizinischer Standards werden die zu untersuchenden Proben mehrfach arbeitstäglich und auch an Wochenenden und Feiertagen von den verschiedenen Standorten an das Kranken-

haus Nordwest transportiert und bearbeitet. Die Übermittlung der Analyseergebnisse erfolgt telemedizinisch rund um die Uhr binnen Sekunden in die jeweiligen Krankenhausinformationssysteme. •

Kontakt

Zentralinstitut für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, MPH
Telefon: (069) 7601-3450



Stillen fördern – gemeinsam! Babyfreundliche Geburtshilfe

Die Weltstillwoche vom 2. bis zum 8. Oktober 2017 stand unter dem Motto „Stillen fördern – gemeinsam!“ Die Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest unterstützt von Geburt an die Nähe und das Kennenlernen zwischen Eltern und Kind und fördert mit speziellen Angeboten das Stillen. „Bindung ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des Babys. Als babyfreundliche Geburtsklinik ist das Krankenhaus Nordwest ein wichtiger Partner für die Mutter und junge Familien, auch wenn es darum geht, das Stillen zu fördern“, so Prof. Dr. med. Jörg B. Engel, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest.

Derzeit wird nach Angaben von Prof. Engel auf die Zertifizierung als „babyfreundliches Krankenhaus“ hingearbeitet. In naher Zukunft soll es so weit sein. Die Weltge-

sundheitsorganisation (WHO) und UNICEF haben die weltweite Initiative „Babyfreundlich“ gestartet, um die Eltern-Kind-Bindung und das Stillen zu fördern. In einer babyfreundlichen Geburtsklinik werden die Eltern zu viel Hautkontakt mit dem Neugeborenen ermutigt. Sie können rund um die Uhr mit ihrem Kind zusammen sein. Damit der Stillbeginn leichter fällt, gibt es am Krankenhaus eine umfassende Stillberatung bereits bei der Schwangerenvorsorge. Für Eltern, die keine Hebamme gefunden haben, hat das Krankenhaus Nordwest eine Stillambulanz eingerichtet. Dieses nachgeburtliche kostenlose Angebot bietet Frauen, die ohne Hebamme nach der Geburt aus dem Krankenhaus Nordwest entlassen werden, Beratung und Unterstützung beim Stillen und anderen Nachsorgethemen von klinikeigenen Hebammen.

Die Weltstillwoche findet seit 1991 jährlich in der 40. Kalenderwoche statt, so auch in Deutschland. Sie gilt als größte gemeinsame Kampagne für das Stillen, an der sich eine Vielzahl von Organisationen in mehr als 120 Ländern beteiligen. Die World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) gibt das jährliche Motto heraus. WABA ist eine globale Initiative für den Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens weltweit. Die Weltstillwoche 2017 steht unter dem internationalen Motto „Sustaining Breastfeeding – Together!“. Die stillfördernden Verbände in Deutschland haben sich auf den Slogan „Stillen fördern – gemeinsam!“ verständigt. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon (069) 7601-4580



FOCUS-Ärzteliste 2017: Krankenhaus Nordwest mit sechs Chefarzten vertreten

Die onkologischen Fächer sind zum wiederholten Mal in der Liste der TOP-Mediziner Deutschlands aufgeführt

Gute Leistungen zahlen sich aus: Erneut sind sechs Chefarzte des Krankenhauses Nordwest in der aktuellen Ausgabe der FOCUS-Liste der TOP-Mediziner Deutschlands gelistet. Prof. Dr. med. Max Zegelman gehört in der Gefäßchirurgie zu den TOP-Ärzten Deutschlands, Prof. Dr. med. Elke Jäger bei den Leukämien, Lymphomen und Metastasen, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Eduard W. Becht bei den Urologischen Tumoren und Priv.-Doz. Dr. med. Michael van Kampen in der Strahlentherapie. Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF), und der Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, werden bei der Behandlung von Tumoren des Verdauungstrakts

zu den besten gezählt, Prof. Kraus zusätzlich im Bereich Bauchchirurgie.

Die Bewertung der FOCUS-Ärzteliste ergibt sich maßgeblich aus den Daten von Experteninterviews mit Ärzten und den Urteilen von Patienten. So wurden beispielsweise Patientenverbände und regionale Selbsthilfegruppen um ihre Einschätzung gebeten. Darüber hinaus wurde berücksichtigt, wie viele wissenschaftliche Publikationen der jeweilige Mediziner veröffentlicht hat, und ob Patienten an wissenschaftlichen Studien teilnehmen können.

Fünf der sechs in der Ärzteliste aufgeführten Chefarzte sind auf die Behandlung von Tumorerkrankungen spezialisiert und mit ihren Organzentren Teil des Interdiszipli-

nären Onkologischen Zentrums (IOZ) am Krankenhaus Nordwest. Das zertifizierte IOZ umfasst insgesamt sieben hochspezialisierte Organzentren (Darm-, Pankreas-karzinom, Lungenkrebs-, Gastrointestinales, Prostatakarzinom- Brustzentrum und Gynäkologisches Tumorzentrum). Durch die exzellente Vernetzung der verschiedenen Disziplinen im Rahmen des Onkologischen Zentrums können darüber hinaus auch seltenere Tumorarten auf höchstem Niveau behandelt werden. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Unternehmenskommunikation
Telefon: (0 69) 76 01-3204

Fortgeschrittenes Lungenkarzinom – Personalisierte Therapien verbessern Prognose

von Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca

Im Institut für Pathologie und Zytodiagnostik sind die neuesten Technologien (Next-Generation-Sequencing, NGS) zur Bestimmung der Genmutation etabliert und finden Anwendung in der Routinediagnostik aller Patienten mit metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom.



Priv.-Doz. Dr. med.
Akin Atmaca, Sektionsleiter
Thoraxonkologie in der Klinik für
Onkologie und Hämatologie am
Krankenhaus Nordwest

Lungenkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen. Weltweit erkranken nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, Factsheet 2014) ca. 1,8 Millionen Menschen an Lungenkrebs. Die Tatsache, dass die Erkrankung oft in einem fortgeschrittenen oder sogar metastasierten Stadium diagnostiziert wird, führt dazu, dass sie in vielen Fällen nicht mehr in kurativer Absicht behandelt werden kann. Die Mortalität (Sterblichkeit) der Erkrankung ist daher sehr hoch, so dass pro Jahr weltweit ca. 1,5 Millionen Menschen an Lungenkrebs versterben. Somit ist jeder fünfte Krebsstod auf das Lungenkarzinom zurückzuführen. Unter verschiedenen auslösenden Faktoren ist das inhalative Zigarettenrauchen der wichtigste Faktor und für 90 Prozent der Lungenkarzinome verantwortlich. Die im Tabakrauch zahlreich enthaltenen krebserregenden Substanzen führen wie auch andere karzinogene Faktoren (z. B. Strahlung, Asbest, Staubbelastung) zu so-

nannten Mutationen, einer Veränderung der Erbsubstanz und der Gene. Die Funktion und Eigenschaften der Zellen werden dadurch derart gestört, dass sie sich zu Krebszellen entwickeln und damit die Grenzen anderer Zellen nicht respektieren, diese überwuchern und zu Aussaat im Körper (Metastasen) führen.

Behandlungsmöglichkeiten bei Lungenkrebs

Im frühen Stadium (Patienten ohne Fernmetastasen) können Lungenkrebspatienten durch Operation und ggf. nachfolgende Chemo- und Strahlentherapie potenziell geheilt werden. Bei Patienten mit Lymphknotenmetastasen kann in bestimmten Stadien alternativ zur Operation eine kombinierte Radiochemotherapie erfolgen. Bei Patienten mit Fernmetastasen (ca. 70 Prozent) ist bzw. war die Behandlung bisher nicht kurativ, sondern hat das Ziel einer Lebensverlängerung und einer Symptomkontrolle. Standardtherapie ist

bzw. war eine Behandlung mit Chemotherapie (Zytostatika). Diese ist zum Teil allerdings mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden und kann daher nicht bei allen Patienten durchgeführt werden. Insbesondere ältere Patienten und solche mit relevanten Begleiterkrankungen werden oft von diesen Therapien ausgeschlossen, um unnötigen Schaden angesichts der relativen Wirkung und Effektivität vom Patienten abzuwenden.

Im Gegensatz zur Chemotherapie sind die Wirksamkeitseffekte nachhaltig und führen oft zur Rückbildung und Kontrolle der Erkrankung über mehrere Jahre.

Personalisierte Therapien bei Lungenkrebs

Mit der Entdeckung sogenannter Treibermutationen beim Lungenkrebs ist diese Erkrankung gewissermaßen zum Modell-Tumor und zum Prototyp einer Krebserkrankung avanciert, bei der eine personalisierte Behandlung etabliert werden konnte. Anfang 2000 wurde die Mutation des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (EGFR) als wichtigste Treibermutation bei einer Gruppe von Lungenkarzinom-Patienten identifiziert. Diese Mutation ist insbesondere bei den Patienten nachweisbar, die niemals geraucht haben. Durch diese Mutation wird die bösartige Eigenschaft der Tumorzellen der betroffenen Patienten durch eine Daueraktivierung des EGF-Rezeptors bestimmt. Blockiert man diesen durch spezifische Medikamente, sogenannte Tyrosinkinase-Inhibitoren, kann man dramatische Rückbildungen des Tumors und seiner Metastasen beobachten. Im Gegensatz zur Chemotherapie sind

die Wirksamkeitseffekte nachhaltig und führen oft zur Rückbildung und Kontrolle der Erkrankung über mehrere Jahre bei zugleich deutlich besserer Verträglichkeit. Diese Therapien werden mit oralen Medikamenten, sprich Tabletten, durchgeführt und haben dadurch außerdem eine hohe Akzeptanz. Mittlerweile sind mehrere andere sogenannte Treibermutationen identifiziert worden, die es erlauben, gewisse Gruppen von Patienten mit spezifischen Medikamenten hocheffektiv zu behandeln. Die Identifikation dieser Mutationen und genetischen Aberrationen erfolgt über eine Gewebetypisierung und über den Nachweis bestimmter Merkmale in den Tumorzellen. In der Regel sind das Genanalysen des betreffenden Tumorgewebes mittels Gensequenzierung oder punktueller Analyse des Gens (PCR). Neuerdings können zeitgleich mehrere Zielgene gleichzeitig analysiert und bestimmt werden, was angesichts des oft geringen Tumormaterials bei einer Biopsie

extrem wichtig ist. Am Krankenhaus Nordwest sind im Institut für Pathologie und Zytodiagnostik die neuesten Technologien (Next-Generation-Sequencing, NGS) zur Bestimmung dieser Genmutation bereits etabliert und finden Anwendung in der Routinediagnostik aller Patienten mit metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom. In der Regel können die Betroffenen auch mit einer personalisierten Therapie mit spezifischen Medikamenten (sogenannten Tyrosinkinase-Hemmern) nicht geheilt werden. Nach längerer Therapiedauer (teilweise mehrere Jahre) entstehen auch hier wieder Resistenzen, so dass die eingesetzten Medikamente nicht mehr ausreichend helfen. Durch erneute Biopsien des resistent gewordenen Tumors können durch die bereits erwähnte molekulare Typisierung oft andere „Resistenz-Mutationen“ nachgewiesen werden, für die auch schon gezielt Medikamente entwickelt wurden. Durch den erneuten Ansatz dieser Zweit- und Drittgenerations-Tyrosinkinase-Hemmer kann die resistente Erkrankung wiederum zurückgedrängt werden und oft erneut über Monate und sogar Jahre kontrolliert werden. Bei manchen Patienten kann man so auf den Einsatz der klassischen Chemotherapie mit Zytostatika komplett verzichten.

Ausblick Immuntherapie

Dass das Immunsystem bei der Entstehung und Ausbreitung von Krebs eine besondere Bedeutung besitzt, ist lange bekannt. Versuche, Krebs durch die „Stärkung des Immunsystems“, z. B. mittels Vakzinierung bzw. Impfung mit tumorspezifischen Bestandteilen (Proteine, Peptide), zu behandeln, waren in den vergangenen Jahrzehnten bis auf Einzelfallbeispiele als Therapieprinzip nicht ausreichend breit einsetzbar. Ein Durchbruch gelang jüngst mit der Entdeckung sogenannter Immun-Checkpoint-Inhibitoren. Tumorzellen schaffen es, bestimmte Moleküle zu bilden, die an spezifische Rezeptoren von Immunzellen andocken und diese quasi abschalten, so dass die Tumorzellen nicht erkannt bzw. nicht attackiert werden. Durch den Einsatz dieser Immun-Checkpoint-Inhibitoren kann man gewissermaßen dieses hemmende Signal unterbinden, somit die Immunzellen aktivieren, damit diese wiederum die Tumorzellen eliminieren können. Je höher dieses hemmende Molekül (PD-L1) beispielsweise auf Tumorzellen gebildet wird,

desto effektiver ist die Wirkung dieser neuen Immuntherapeutika. Durch Testung auf dieses Molekül kann die Wahrscheinlichkeit einer durch die Immuntherapie hervorgerufenen positiven Wirkung ermittelt werden. Diese ist mittlerweile bei verschiedenen Krebsarten soweit untersucht, dass sie als Standardtherapie eingesetzt werden kann – so auch beim zuvor chemotherapeutisch behandelten Lungenkrebs. Nach bahnbrechenden Ergebnissen einer kürzlich vorgestellten Studie bei zuvor nicht chemotherapeutisch vorbehandelten Patienten hat die Immuntherapie bei Patienten mit sehr hoher Tumor-PD-L1-Expression (> 50 Prozent) die Chemotherapie sogar ersetzt. Somit hat bei einigen Patienten die Ära der chemotherapiefreien Behandlung begonnen.

Die Testung auf den „neuen Biomarker“ PD-L1 erweitert somit das Portfolio der personalisierten Therapie um den Einsatz der Immuntherapie.

Dass das Immunsystem bei der Entstehung und Ausbreitung von Krebs eine besondere Bedeutung besitzt, ist lange bekannt.

Forschung und klinische Studien

Klinische Studien sind ein unverzichtbares Instrument, die Wirksamkeit neuer Therapiekonzepte und Medikamente zu überprüfen und zu validieren, bevor sie Eingang in die Routineversorgung von Patienten erhalten. Das Krankenhaus Nordwest ist mit dem Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) hervorragend aufgestellt. Durch frühe Studien der Phase I und II eröffnen sich außerdem Möglichkeiten, an vorderster Front an der wissenschaftlichen Entwicklung und klinischer Forschung teilzuhaben und auch mitzugestalten, sich bereits früh mit neuen Therapiekonzepten und Medikamenten vertraut zu machen und Erfahrungen zu sammeln. Im Rahmen dieser klinischen Studien, vor allem mit neuen Substanzen, laufen wissenschaftliche Begleitprojekte, um neue mögliche Biomarker für personalisierte Therapien zu erforschen und sie

später in die klinische Routine zu implementieren. Die Entwicklung in der klinisch-onkologischen Forschung entfernt sich dabei zunehmend vom „One fits all“-Konzept (eine Behandlung für alle) und entwickelt sich in Richtung der personalisierten Therapie, zur Biomarker gesteuerten Behandlung von Patientensubgruppen.

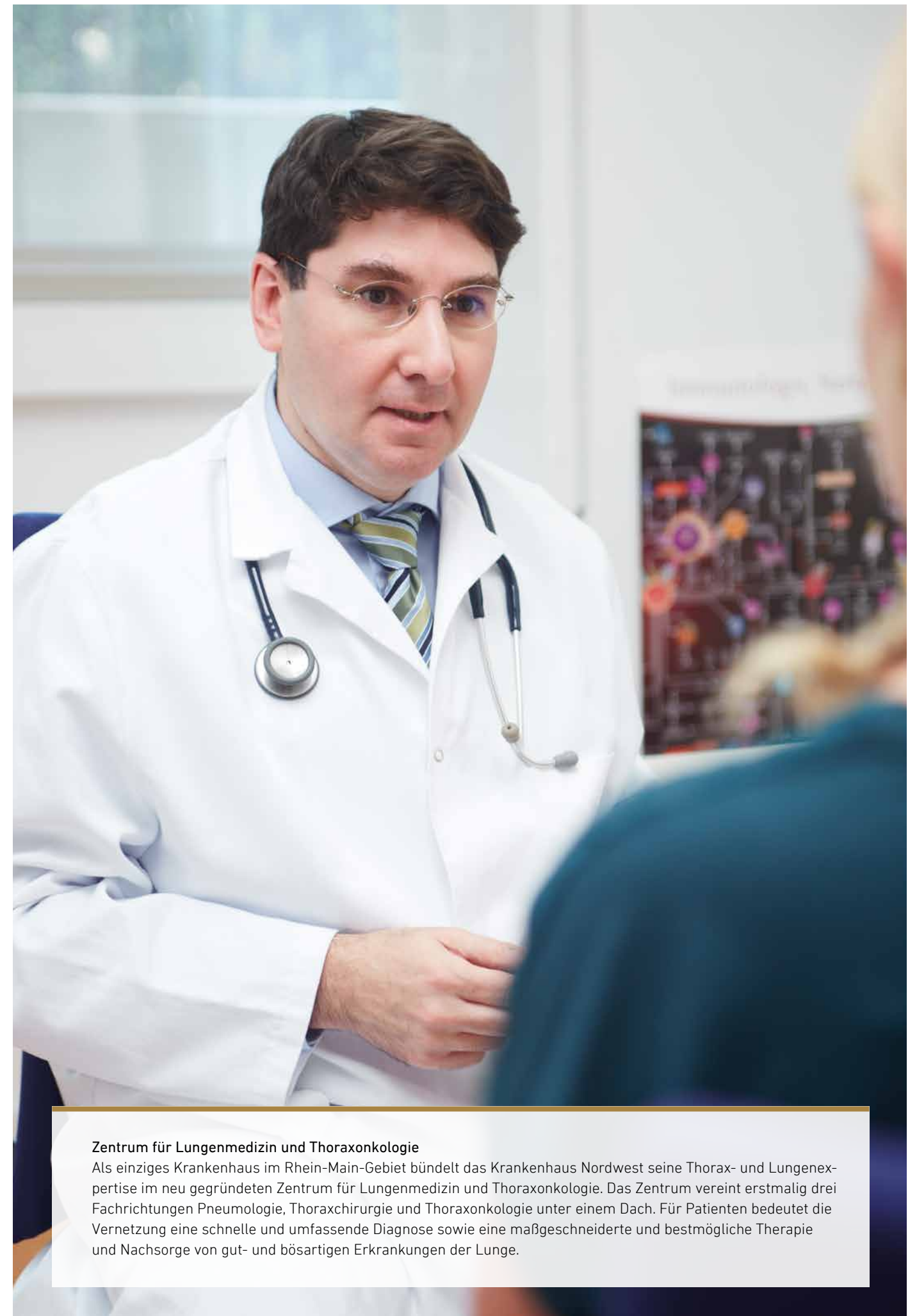
Bedeutung der Thoraxonkologie als eigene Disziplin

Die rasante Entwicklung der Forschung und die Flut neuer Daten aus klinischen Studien und der Grundlagenforschung machen eine zunehmende Spezialisierung in der Onkologie unumgänglich. Die Diversität der Tumorzellen sowie die Komplexität molekularer Abläufe und Zusammenhänge in den Tumorzellen, individuelle Verläufe bei personalisierten Therapien erfordern eine zunehmend differenzierte Betrachtung von Tumoren und Krankheitsbildern, die man bisher einheitlich bewertet und behandelt hat, und untermauern diese Notwendigkeit der Spezialisierung. Eben diese Diversität der molekularen Subgruppen beim Lungenkarzinom erfordert immer tiefere Einsicht in die molekularen Abläufe, nicht nur bei Diagnosestellung, sondern auch im Verlauf der Erkrankung unter molekular gesteuerten, personalisierten Therapien. Auf der anderen Seite verlangt auch das Management der Nebenwirkungen der neuartigen Therapien, insbesondere der Immuntherapien, eine hohe Expertise als Ausdruck des individualisierten, patientenzentrierten Ansatzes.

Eine Spezialisierung ist im Bereich der Thoraxonkologie notwendig, um Patienten auf qualitativ höchstem und aktuellem Niveau zu behandeln und mit der rasanten Entwicklung der Wissenschaft und Forschung Schritt zu halten. Diesem Ziel dient die Einrichtung einer eigenständigen Sektion „Thoraxonkologie“ und die Bündelung der Expertise sowie die enge Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen wie der Thoraxchirurgie und der Pneumologie im Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie am Krankenhaus Nordwest. ●

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Onkologie und Hämatologie
Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca
Telefon: (0 69) 76 01-3340



Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie

Als einziges Krankenhaus im Rhein-Main-Gebiet bündelt das Krankenhaus Nordwest seine Thorax- und Lungenexpertise im neu gegründeten Zentrum für Lungenmedizin und Thoraxonkologie. Das Zentrum vereint erstmalig drei Fachrichtungen Pneumologie, Thoraxchirurgie und Thoraxonkologie unter einem Dach. Für Patienten bedeutet die Vernetzung eine schnelle und umfassende Diagnose sowie eine maßgeschneiderte und bestmögliche Therapie und Nachsorge von gut- und bösartigen Erkrankungen der Lunge.



KRANKENHAUS NORDWEST

Moderne Therapie des Aortenaneurysmas – EVAR (Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair)

von MUDr./Univ. Bratislava Milan Lisy



MUDr./Univ. Bratislava
Milan Lisy, PhD, Facharzt für
Herz- und Gefäßchirurgie,
Klinik für Gefäßchirurgie
und Angiologie am
Krankenhaus Nordwest

Albert Einstein, Charles de Gaulle und den US-Spitzendiplomat Richard Holbrooke ereilte das gleiche Schicksal: Alle drei starben an den Folgen eines Aneurysmas der Bauchaorta. Pathologische Erweiterungen der Hauptschlagader, d. h. wenn der Durchmesser der Aorta auf mehr als 3 cm erweitert ist, werden als Aortenaneurysma bezeichnet. Das Risiko dieser zumeist asymptomatischen Erkrankung liegt in einem plötzlichen Zerreißen der Aorta (Ruptur) und einem konsekutiven Verblutungstod.

Ätiologie

Aortenaneurysmen entstehen auf dem Boden einer chronischen Entzündung der Aortenwand und sind mit der Atherosklerose assoziiert. Risikofaktoren für die Entstehung eines Aneurysmas sind andere Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck und Rauchen sowie eine familiäre Vorgeschichte mit Aortenaneurysmen. Seltener beiträgende Faktoren sind Verletzungen, Gefäßentzündungen, Syphilis und Bindegewebskrankungen. Bei 60 Prozent aller Patienten ist die abdominale Aorta betroffen. Während 95 Prozent dieser Aneurysmen unterhalb der Nierenarterien beginnen, sind die Nierenarterien nur in drei Prozent und das Viszeralsegment lediglich in zwei Prozent der Fälle miteinbezogen.

Epidemiologie

Die Inzidenz für Aortenaneurysmen der großen Gefäße beträgt 40/100.000 Einwohner. Männer sind von dieser Erkrankung sechsmal häufiger betroffen als Frauen. Das Risiko einer Ruptur hängt vom Axialdurchmesser des Aneurysmas ab. Bei einem Durchmesser von 4,0 bis 4,9 cm liegt das Risiko bei rund drei Prozent, bei 5,0 bis 5,9 cm bei zehn Prozent, bei 6,0 bis

6,9 cm bei 15 Prozent und bei mehr als 7 cm beträgt es 60 Prozent. Ein weiterer Einflussfaktor auf das Rupturrisiko ist die Wachstumsrate. Bei einem Wachstum von mehr als 0,5 cm in sechs Monaten muss dieses Risiko als hoch eingeschätzt werden. Daher sollten asymptomatische Aneurysmen mit einem Wachstum von mehr als 0,5 cm in sechs Monaten oder einem Durchmesser von mehr als 5 bis 5,5 cm elektiv ausgeschaltet werden. Symptomatische Aneurysmen sollten innerhalb von 24 Stunden versorgt werden und rupturierte Aneurysmen stellen eine Notfallindikation dar.

Risikofaktoren für die Entstehung eines Aneurysmas sind andere Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck und Rauchen sowie eine familiäre Vorgeschichte.

Diagnostik

Alle Aneurysmen sind normalerweise symptomlos, falls sie sich nicht rasch ausweiten oder reißen. Die Symptome können manchmal auf dem Druck beruhen, den das Aneurysma auf die umgebenden Strukturen ausübt. So kann ein Bauchaortenaneurysma zu Rücken- und Bauchschmerzen führen, die häufig lang anhalten. Manchmal kommt es zu Durchblutungsstörungen der Füße, weil sich kleine Blutgerinnsel vom Aneurysma lösen und im Blut zu den unteren Extremitäten mitgenommen werden. Ein Bauchaortenaneurysma kann zufälligerweise als pulsierende Geschwulst im Bauch entdeckt



Bereits vor zwei Jahren wurde im Krankenhaus Nordwest ein moderner „Hybrid-OP“ mit biplanarer Röntgenanlage zur Durchführung der interventionellen Gefäßtherapie und somit endovaskulären Aortenchirurgie gebaut

werden. Ein schnell wachsendes Aneurysma kann zu Bauchschmerzen führen.

Ein Aneurysma der im Brustkorb verlaufenden Aorta kann zu Brustschmerzen oder zu Symptomen führen, die durch den Druck gegen die Speiseröhre, den Stimmbandnerv oder die großen Hohlvenen bedingt sind. Infolgedessen kommt es möglicherweise durch zusammengedrückte Atemwege oder Bronchien zu blutigem Husten. Ebenfalls kann Heiserkeit durch den Druck auf die linke Seite des Stimmbandnervs hervorgerufen werden. Ein Aneurysma im Brustanteil der Aorta ist meist ein Zufallsbefund bei einer radiologischen Diagnostik des Brustkorbs.

Eine Ultraschall-Untersuchung kann die Größe und Ausdehnung des Aneurysmas zeigen. Vor allem Bauchaortenaneurysmen sind im Ultraschall deutlich zu erkennen. Über 80 Prozent aller abdominalen Aortenaneurysmen sind klinisch asymptomatisch

und werden zufällig im Rahmen einer Ultraschall-Untersuchung des Abdomens entdeckt. Die Untersuchung dient auch der Kontrolle, ob es eventuell zu einer Zunahme gekommen ist. Mit einer Computertomografie (CT) ist eine präzise Messung möglich. Sie zeigt die genauen anatomischen Gegebenheiten und ist daher eine mögliche Alternative zur Ultraschall-Untersuchung. Vor einer möglichen Operation ist eine CT-Angiografie der Aorta mit einem Kontrastmittel zu empfehlen.

Therapie

Die konventionelle offene Operation beinhaltet immer noch eine hohe Mortalitäts- und Morbiditätsrate, trotz der Fortschritte im perioperativen Management, bei intraoperativen Zusatzmaßnahmen und verbesserter postoperativer Behandlung. Nach der ersten Einführung im Jahr 1991 wurde die endovaskuläre Reparatur (EVAR) von abdominalen Aortenaneurysmen (AAA) in vielen Zentren die Standardprozedur. Ein

direkter Vergleich mit der offenen Operation ist allerdings unrealistisch, da einerseits die meisten endovaskulär behandelten Patienten sowieso als ungeeignet für den offenen Eingriff eingeschätzt wurden und man andererseits berücksichtigen muss, dass die anatomische Eignung für die endovaskuläre Reparatur ebenfalls eine Selektion der Fälle bedeutet.

Die Verwendung von Stentprothesen ermöglicht es, abdominale (AAA) sowie thorakoabdominale (TAAA) Aortenaneurysmen minimal invasiv zu behandeln. Heutzutage können alle, nicht nur die Patienten, denen aufgrund ihrer Komorbidität oder auch ihres Alters eine offene Operation verweigert wurde, nun mit EVAR risikoreicher behandelt werden. In der offenen Aortenchirurgie muss für die Zeit der Rekonstruktion die Aorta geklemmt werden („cross-clamping“). Cross-clamping erhöht die kardiale Nachlast und ist der Hauptgrund für kardiale Ischämien oder

kardiale Dekompensation während der Operation oder im frühpostoperativen Verlauf. Diese kardiale Belastung ist während der EVAR nicht erforderlich.

Die Hauptbeschränkung von EVAR ist jedoch die Notwendigkeit eines geeigneten normalen infrarenalen Aortensegments (d. h. proximalen Halses) als Landezone für die Stentprothese. Ein starkes Kinking, Stenosen, größere Thromben oder ausgedehnte Kalzifikationen der Aorta bzw. der Iliakalarterien können eine Kontraindikation darstellen. Die Lösung der geeigneten Landezone im peri- bzw. suprarenalen Bereich sowie im Bereich der linken arteria subclavia war die Einführung von maßgefertigten fenestrierten und mit Seitenarmen versehenen (gebrachten) Prothesen zum Anschluss der lebenswichtigen viszerale/supraaortalen Arterien. Die dadurch möglichen Fortschritte in der fenestrierten endovaskulären Technik (F-EVAR) haben in den letzten zehn Jahren den Weg zur Behandlung von juxtarenalen gelegenen Aneurysmen und solchen mit kurzem Hals geebnet. Mit über 2.500 Fällen weltweit ist F-EVAR inzwischen etabliert. Die weitere Entwicklung in der endovaskulären Technologie, insbesondere von gebrachten Prothesen (B-EVAR, d. h. Prothesen mit gerichteten Seitenästen), führte zu den ersten Versuchen, auch TAAA und das Aneurysma des Aortenbogens zu behandeln.

Goldstandard zur Verlaufsdiagnostik ist zurzeit die CT-Angiografie.

Die verschiedenen auf dem Markt erhältlichen Prothesentypen haben unterschiedliche Konfigurationen, so dass der Anwender unter Berücksichtigung der anatomischen Voraussetzungen die für den Patienten am besten geeignete Prothese auswählen kann. Die Hersteller geben für ihre Stentprothesen Anwendungsbeschränkungen und Limitationen vor. Der Einsatz von Stentprothesen außerhalb dieser Normen (Off-Label-Gebrauch) wird weltweit im klinischen Alltag praktiziert. Ein solcher Off-Label-Gebrauch der Prothesen wird als einer der unabhängigen signifikanten Risikofaktoren für eine

Vergrößerung des Aneurysmasacks nach EVAR erkannt.

Wachstum des Aortenaneurysmas nach EVAR

Wenn das Aneurysma durch die Stentprothese ausgeschaltet wurde, kann im Verlauf eine Größenreduktion im Aneurysmasack beobachtet werden. In Fällen, in denen eine Expansion des Aneurysmas nach Implantation beobachtet werden kann, ergibt sich ein potenzielles Rupturrisiko. Ursächlich hierfür ist meist eine Endoleckage, dies muss als Therapieversagen gewertet werden. Es handelt sich hierbei offensichtlich durchweg um ein Problem, das im Langzeitverlauf vorkommen kann.

Nachsorge nach EVAR

Die Mortalität der Ruptur nach EVAR ist hoch (> 60 Prozent). Jedoch sind die Komplikationen nach EVAR, die zur sekundären Aneurysmaruptur führen, bis auf sehr seltene Ausnahmen mit entsprechender Bildgebung erkennbar. Dabei werden im Rahmen der Kontrollen folgende Parameter beurteilt:

- Dynamik des Aneurysmasacks (Schrumpfung, Expansion)
- Endoleckagen (ja/nein, Typ)
- Position der einzelnen Stentgraftkomponenten (Migration, Dislokation)

Goldstandard zur Verlaufsdiagnostik ist zurzeit die CT-Angiografie. Neben dem Vorteil einer sehr kurzen Untersuchungszeit liefert diese Methode detaillierte Informationen zu allen oben genannten Punkten. Der Nachteil der Methode ist die sich im Laufe der Zeit kumulierende Strahlenbelastung sowie das jodhaltige nephrotoxische Kontrastmittel. Um die Belastung durch CT-Angiografien bei EVAR-Patienten zu reduzieren, können alternativ kontrastmittelunterstützte Ultraschalluntersuchungen zur jährlichen Verlaufskontrolle durchgeführt werden. Damit können die Größe des Aneurysmasacks und Endoleckagen beurteilt werden. Eine weitere Alternative zur Reduktion der kumulativen Strahlendosis nach EVAR ist die Magnetresonanztomographie (MRA).

Zusammenfassung

Mit Etablierung der endovaskulären Technik konnte auch eine weitere Senkung der perioperativen Mortalitätsrate der offenen

Chirurgie erreicht werden. Die Einführung der Stentprothesen scheint zudem das Risiko, an einer Aneurysmaruptur zu sterben, zu reduzieren. Die Weiterentwicklung seit Beginn der endovaskulären Technik und die Verwendung von daraus resultierenden modernen Prothesen der dritten Generation ermöglicht eine zunehmend breitere Anwendung. Dies hat zur Folge, dass Ärzte immer häufiger vor der Entscheidung stehen, den Patienten zu einem bestimmten Verfahren zu raten. Bei einem Patienten mit niedrigem operativen Risikoprofil, dessen zu behandelndes Aortenaneurysma die morphologischen Voraussetzungen für eine EVAR erfüllt, treten die beiden Methoden, EVAR und offene Operation, in Konkurrenz.

EVAR kann mit einer niedrigen Komplikationsrate durchgeführt werden.

Die Indikation für einen offenen oder endovaskulären Ersatz der Aorta ist klar definiert und die Operationen können in gefäßchirurgischen Zentren mit ausgewiesener Expertise und breiter Erfahrung mit einer niedrigen Komplikationsrate durchgeführt werden. Im Langzeitverlauf könnten bei der endovaskulären Aortenprothese jedoch einige Komplikationen auftreten. Daher werden zurzeit nach EVAR regelmäßige Kontrollen empfohlen.

Endovaskuläre Therapie der Aortenaneurysmen im Krankenhaus Nordwest
Bereits vor zwei Jahren wurde im Krankenhaus Nordwest ein moderner „Hybrid-OP“ mit biplanarer Röntgenanlage zur Durchführung der interventionellen Gefäßtherapie und somit endovaskulären Aorten Chirurgie gebaut. Dies ermöglicht der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. med. M. Zegelman als zentraler Bestandteil des interdisziplinären Gefäßzentrums die Durchführung der modernen, hochkomplexen Aorten Chirurgie. •

Kontakt

*Klinik für Gefäßchirurgie und Angiologie
MUDr./Univ. Bratislava Milan Lisy, PhD
Telefon: (0 69) 76 01-3235*



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Bösartige Veränderungen im Gastrointestinaltrakt und ihre Vorstufen – Neue diagnostische und therapeutische Methoden

von Prof. Dr. med. Rainer Duchmann



Prof. Dr. med. Rainer Duchmann, Chefarzt der Medizinischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Bösartige Neubildungen des Magen-Darm-Traktes, der Leber und der Bauchspeicheldrüse führen in deutschen Krankenhäusern jährlich zu 320.000 stationären Behandlungsfällen mit 3,3 Millionen Behandlungstagen und fordern rund 24.000 Sterbefälle. Sie führen damit die jeweiligen Häufigkeitstabellen vor allen anderen malignen Erkrankungen an und erfordern eine optimale gastroenterologische und interdisziplinäre Diagnostik und Therapie.

Karzinome des Dickdarms und des Magens, der Bauchspeicheldrüse und der Speiseröhre sind die häufigsten bösartigen gastroenterologischen Erkrankungen und wurden 2013 in Deutschland bei ca. 100.000 Menschen diagnostiziert. Am Beispiel des Dickdarmkrebses wird deutlich, dass sich hinter der Zahl der diagnostizierten Karzinome eine sehr viel größere Anzahl von Patienten mit einer Risikokonstellation für einen bösartigen Tumor verbirgt. So zeigte eine große deutsche Registerstudie an 269.000 Vorsorgekoloskopien, dass auf jedes in einer Vorsorgekoloskopie festgestellte Karzinom ca. 25 diagnostizierte Adenome kamen, von denen zehn in der Karzinogenese (Tumorentwicklung) bereits fortgeschritten waren.

Die im Rahmen der „digitalen Revolution“ entwickelte, exzellente Bildgebung durch Endoskopie und endoskopischen Ultraschall ermöglicht heute eine sehr frühzeitige und genaue Diagnostik von Veränderungen im Gastrointestinaltrakt und damit eine sehr differenzierte, stadiengerechte

Therapieplanung. Technische und methodische Fortschritte vor allem im Bereich der interventionellen Endoskopie erweitern dabei zunehmend die Grenzen für eine sichere, schonende und auf den jeweiligen Patienten maßgeschneiderte endoskopische Therapie lokal begrenzter Tumoren. Die Diagnose und Therapie bösartiger gastrointestinaler Veränderungen und ihrer Vorstufen ist ein Schwerpunkt der Medizinischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist, in der alle nachfolgend beschriebenen Methoden angeboten und durchgeführt werden.

Karzinome des Dickdarms und des Magens, der Bauchspeicheldrüse und der Speiseröhre sind die häufigsten bösartigen gastroenterologischen Erkrankungen.

Diagnostische Endoskopie

Die von den Schleimhäuten des GI-Traktes ausgehenden Veränderungen liegen naturgemäß im Dunkeln. Die Sicht auf diese Veränderungen von innen (Endoskopie) ist daher in der Diagnostik und Therapie von gut- und bösartigen Veränderungen in Speiseröhre, Magen und Dickdarm sowie deren Vorstufen unverzichtbare Grundlage. Der diagnostische Blick auf die Schleimhaut erfolgt in der modernen

Endoskopie durch hochauflösende optische Systeme mit Visualisierung auf großformatigen Monitoren und erlaubt es, Befunde im Millimeterbereich zu entdecken und zu charakterisieren. Diese „digitale Revolution“ wird durch Verfahren wie Zoom, Chromoendoskopie und elektronische Verfahren (z. B. Narrow-Band-Imaging, NBI) zur besseren Differenzierung von feinsten Veränderungen der Schleimhaut und deren Gefäßarchitektur weiter unterstützt. Die fortgeschrittene Technik und ein geübter Blick erlauben heute eine hochsensitive Detektion auffälliger Läsionen. Gleichzeitig ermöglicht alleine die Bewertung der Feinauflösung der Oberflächenstruktur (Pit-Pattern) und des Wachstumsverhaltens (Paris-Klassifikation) einer Läsion bereits eine sehr genaue Einteilung suspekter Befunde und somit eine maßgeschneiderte, individuelle Therapie. So weist eine eingesenkte Oberfläche der Dickdarmschleimhaut auf eine bereits fortgeschrittene, endoskopisch nicht sinnvoll abtragbare Läsion mit submukosaler Invasion hin. Andererseits ist z. B. bei den nichtpolypoiden „laterally spreading“ Läsionen eine submukosale Invasion bei nichtgranulärer Oberfläche deutlich häufiger als bei homogen granulärer Oberfläche. Die visuelle Bewertung erlaubt jedoch nicht nur eine wichtige Ersteinschätzung einer Läsion, sie führt zudem die Zange zur histologischen Sicherung an die relevantesten Stellen und ist im Falle einer geplanten endoskopischen Abtragung essenziell für die Feststellung der Flächenausdehnung und äußeren Grenzen des abzutragenden Tumors.

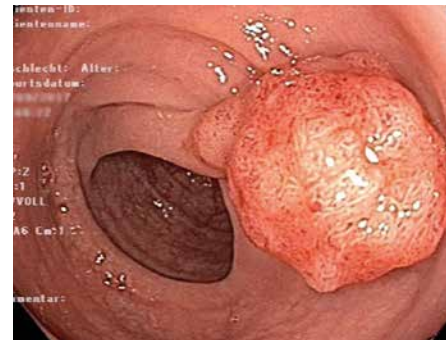
Die fortgeschrittene Technik und ein geübter Blick erlauben heute eine hochsensitive Detektion auffälliger Läsionen.

Ergänzend zum Blick auf das immer Kleinere haben auch die Endoskope selbst in den letzten Jahren eine Miniaturisierung erfahren. Ultradünne Endoskope können heute bei Bedarf nicht nur tumorbedingte hochgradige Engstellen passieren, sondern auch in kleinste physiologische Öffnungen eingeführt werden. Durch Vorschub eines ultradünnen Endoskops über die Papilla vateri in den Gallengang können z. B. dort ansässige Veränderungen visualisiert und gezielt unter Sicht biopsiert werden. Wie auch bei anderen endoskopischen Verfahren wird das Lumen in der Endoskopie während der Untersuchung aufgrund der besseren Verträglichkeit und Sicherheit hierbei mit Kohlendioxid (CO₂) extendierte, anstelle der früher genutzten Raumluft.

Die Endosonografie eröffnet den Blick in die tieferen Schleimhautstrukturen und angrenzenden Körperregionen.

Diagnostische Endosonografie

Während die Endoskopie auf die Betrachtung der oberflächlichen Schleimhautschicht begrenzt ist, eröffnet die Endosonografie (innerer Ultraschall) den Blick in die tieferen Schleimhautstrukturen und angrenzenden Körperregionen. Sie ergänzt damit das diagnostische Repertoire insbesondere dann, wenn Anhaltspunkte für ein fortgeschrittenes Wachstum in Speiseröhre, Magen und Enddarm vorliegen und eine erweiterte Diagnostik zur Festlegung des Tumorstadiums und der sich hierauf gründenden individuellen Therapieplanung erforderlich wird. In diesen Fällen setzen wir die Endosonografie als strahlenfreie und sehr genaue Methode ein, um ein möglicherweise infiltratives Wachstum in den physiologisch fein geschichteten

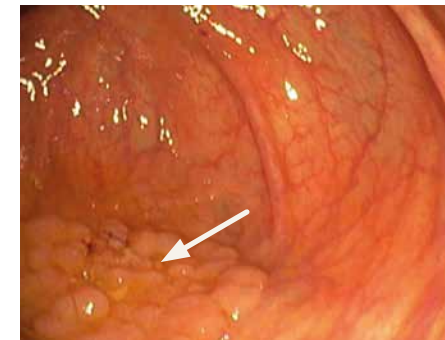


Gestielter Polyp (0-Ip), Dickdarm

Wandaufbau, ein wandüberschreitendes Wachstum oder auch pathologisch veränderte Lymphknoten als Hinweis auf eine lokale Metastasierung zu untersuchen. Eine Punktion auffälliger Lymphknoten oder anderer unklarer Raumforderungen in diesen Bereichen mit Gewinnung einer Zytologie oder Histologie erfolgt bei entsprechender Indikation unter Verwendung geeigneter Endosonografiegeräte (Linear-scanner). Die diagnostische Endosonografie einschließlich der Möglichkeit zur Punktion wird nicht nur bei der Abklärung von Tumoren des Magen-Darm-Traktes eingesetzt, sondern hat vor allem auch bei der Abklärung unklarer Pankreaserkrankungen einen zentralen Stellenwert.

Konventioneller und kontrastmittelverstärkter Ultraschall

Die Abklärung bei Tumorverdacht, die genaue Zuordnung einer bekannten Raumforderung und auch das Staging (Stadienbestimmung) von Tumorerkrankungen erfordern allgemein eine möglichst exakte Schnittbildgebung mit Computertomografie (CT), Magnetresonanztomografie (MRT) oder Ultraschall. Vorteile des Ultraschalls sind neben der Strahlenfreiheit der dynamische Ablauf und die durch moderne High-End-Geräte erzielbare exzellente Bildauflösung unter gleichzeitiger Bestimmung der Vaskularisierung und Messung des Blutflusses in der interessierenden Region. Aufgrund spezifischer Vaskularisierungsmuster verschiedener benignen und malignen Läsionen ermöglicht der kontrastmittelverstärkte Ultraschall, nach intravenöser Applikation geeigneter Kontrastmittel, insbesondere im Bereich der Leber eine sehr gute Differenzierung



Laterally spreading tumor, granular (LST-G) homogen, Dickdarm

maligner (z. B. Metastasen, lebereigene Tumoren) und nichtmaligner Lebererkrankungen. Bei entsprechender Indikation lässt sich eine aussagekräftige Gewebeprobe durch die sonografisch geführte Feinnadelpunktion gewinnen.

Therapeutische Endoskopie

Die therapeutische Endoskopie hat in den letzten Jahren in viele Bereiche Einzug gehalten und kann heute bei vielen Erkrankungen, bei denen früher große Operationen mit Laparotomie notwendig waren, gleichwertige Ergebnisse mit minimalster Invasivität bieten. Eine verbesserte Diagnostik mit adäquater Selektion der Patienten, verbesserte und neue Techniken der Resektion und des endoskopischen Komplikationsmanagements bis hin zum endoluminalen Verschluss von Perforationen erlauben auch die rein endoskopische Resektion früher Karzinome und großflächiger Veränderungen, ohne Bauchschnitt und mit entsprechend geringerem Risiko und niedriger postoperativer Mortalität und Morbidität. Der Vorteil endoskopisch-reserzierender Verfahren, in der Praxis vor allem in Speiseröhre, Magen und Dickdarm, ist evidenzbasiert und wird in allen aktuellen Leitlinien empfohlen. Technisch stehen zur endoskopischen Abtragung von bösartigen Läsionen oder deren Vorstufen im Verdauungstrakt je nach Lokalisation und Indikation verschiedene, teils konkurrierende Verfahren zur Verfügung. Am häufigsten kommt die Schlingenabtragung zum Einsatz. Diese wird entweder direkt oder bei flachen Läsionen nach Unterspritzung in die Submukosa und Anhebung der Läsion als endoskopische Mukosaresektion (EMR) durchge-



Endoskopische Submukosadisektion (ESD), Präparation in der Submukosa nach Unterspritzung und Anhebung der Schleimhaut

führt. Bei großen, breitflächigen und nichtmalignen Polypen des Dickdarms kann die Schlingenabtragung auch fraktionierte, in piece-meal-Technik erfolgen. Insbesondere bei Verdacht auf eine karzinomatöse Entartung ist zur sicheren Feststellung der seitlichen und unteren Resektionsgrenzen jedoch immer eine En-bloc-Resektion anzustreben. Dies kann bei kleineren Läsionen durch eine EMR erfolgen, erfordert insbesondere bei größeren Läsionen eine Endoskopische Submukosa-Resektion (ESD). Hierbei wird die Läsion nach Markierung ihrer Grenzen mit einem elektrischen Messer umschnitten und durch Abtragung auf Ebene der Submukosa en bloc reseziert. Wie bei der EMR ist die Unterspritzung der Submukosa mit Flüssigkeit für die Methode essenziell. In unserer Klinik verwenden wir für die ESD einen Waterjet und ein spezielles Messer, das Unterspritzen und Schneiden im gleichen Arbeitsgang erlaubt und damit sehr effektiv und elegant ist. Die Durchführung einer EMR und ESD erfordert Erfahrung in der Indikationsstellung und technischen Durchführung sowie eine spezielle Geräteausstattung für elektrochirurgische Anwendungen in der Endoskopie, zur Blutstillung und zum Verschluss von Gewebedefekten. Als weitere endoskopische therapeutische Methoden setzen wir je nach Indikation die Argon-Plasma-Coagulation (APC) zur Devitalisierung von Gewebe, zur Ablation von Barrett-Schleimhaut des Ösophagus in Kombination mit dem Waterjet (Hybrid-APC), zur Reduktion von Tumorgewebe, zur Rekanalisation von tumorbedingten Engstellen sowie zur Blutstillung ein. Therapiebedürftige fortgeschrittene Stenosen im Bereich des Gast-



Endosonografisches Bild eines Tumors

rointestinaltraktes werden mit selbst-expandierbaren Metallstents und im Bereich der Gallenwege je nach Indikation auch mit Plastikstents überbrückt.

Ausblick

Die vorwiegend durch technischen Fortschritt und innovative Techniken getriebenen aktuellen Möglichkeiten der gastroenterologischen Diagnostik und Therapie, auf die der vorliegende Artikel fokussiert, liefern einen wichtigen Beitrag für eine bessere medizinische Versorgung unserer Bevölkerung. Gleichzeitig beleuchten sie die Faszination für die Gastroenterologie und halten sie attraktiv für den medizinischen Nachwuchs. Wie immer werden die Herausforderungen der Zukunft jedoch nicht geringer werden, sie werden sich wandeln. Ein abschließendes Zitat aus dem „Weißbuch Gastroenterologische Erkrankungen 2017“ mag dies verdeutlichen: „Durch intensive Vorsorgemaßnahmen, wie z. B. die 2003 eingeführte Vorsorgekoloskopie, wird es wahrscheinlich gelingen, die Sterblichkeitsrate bei Darmkrebs deutlich zu senken. Für andere Tumorerkrankungen, wie z. B. den Bauchspeicheldrüsenkrebs, gelingt dies mangels geeigneter Früherkennungsinstrumente nicht, so dass das Pankreaskarzinom im Jahr 2030 wahrscheinlich die zweithäufigste Krebstodesursache in der westlichen Welt sein wird.“ •

Kontakt

Hospital zum Heiligen Geist
Medizinische Klinik
Prof. Dr. med. Rainer Duchmann
Telefon: (0 69) 21 96-2420



KRANKENHAUS NORDWEST

Studienergebnisse des IKF verändern Therapiestandard bei Magen- und Speiseröhrenkrebs

von Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran und
Priv. Doz. Dr. med. Thorsten Oliver Götze



Prof. Dr. med.
Salah-Eddin Al-Batran,
Ärztlicher Direktor des
Instituts für Klinisch-Onko-
logische Forschung (IKF) am
Krankenhaus Nordwest



Priv.-Doz. Dr. med.
Thorsten Oliver Götze,
Institut für Klinisch-Onko-
logische Forschung (IKF) am
Krankenhaus Nordwest

Auf dem weltweit größten Krebskongress, dem Jahrestreffen der American Society of Clinical Oncology (ASCO) in Chicago, hat das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest erstmalig die Phase-III-Ergebnisse der FLOT4-Studie zur Behandlung von Adenokarzinomen des Magens und des gastroösophagealen Übergangs (AEG) vorgestellt. Die Daten weisen einen neuen Behandlungsstandard in der perioperativen Behandlung dieser Tumorentität auf.

Bei der FLOT4-Studie handelt es sich um eine multizentrische randomisierte Phase II/III-Studie. Im Rahmen der Studie wurden 716 Patienten mit lokal fortgeschrittenem,

resektablem Adenokarzinom des Magens und gastroösophagealen Übergangs (AEG) randomisiert in eine perioperative Therapie mit FLOT (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatin und Docetaxel) beziehungsweise der bisherigen Standardtherapie ECF/ECX (Epirubicin, Cisplatin und 5-FU respektive Capecitabin) übernommen. Nach Randomisierung erfolgte die präoperative Therapie entsprechend mit vier Zyklen FLOT oder drei Zyklen ECF/ECX. Anschließend wurde nach einem Zwischenstaging die radikale Operation unter onkologischen Gesichtspunkten durchgeführt. Postoperativ erfolgte die Gabe von weiteren vier Zyklen FLOT beziehungsweise drei Zyklen ECF/ECX.

Bereits die positiven Phase-II-Daten an den ersten 300 Patienten wurden in Lancet Oncology [Al-Batran et al. Lancet Oncol. Volume 17, No. 12, p.1697–1708, Dezember 2016] publiziert. Es zeigte sich in der Phase II bereits, dass eine perioperative Therapie mit FLOT im direkten Vergleich zur bisherigen internationalen Standardtherapie ECF/ECX bezogen auf pathologische Tumoremision eine signifikant höhere Rate an komplett- sowie subtotalen pathologischen Remissionen zeigt. Der unmittelbare Zusammenhang zwischen dem Grad der pathologischen Remission und Gesamtüberleben ist in der Literatur bereits vielfach publiziert.

Im Rahmen des Phase-III-Teils der Studie wurden deutschlandweit 716 Patienten in 38 Zentren behandelt. Die von der Deutschen Krebshilfe geförderte FLOT4-IIT-Studie (Investigator initiated trial) des IKF ist somit die größte je in Deutschland zu dieser Thematik durchgeführte Studie. Der primäre Studienendpunkt des Phase-III-Teils war Überleben (OS). Sekundäre



Das IKF verfügt über ein Netzwerk von mehr als 500 medizinischen Einrichtungen in Deutschland und engagiert sich in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen – darunter die FLOT-Studiengruppe für Tumoren des oberen Gastrointestinaltraktes

Endpunkte beinhalteten unter anderem Progressionsfreies Überleben (PFS), den Anteil an kompletten Resektionen, alles in der ITT (Intention to treat Population). Weiterhin erfolgte die Analyse der chirurgischen Morbidität und Mortalität (surgery population) und Chemotherapie assoziierten Toxizitäten (safety population). Die Auswertung der Gesamtstudie zeigte nun, dass eine perioperative Behandlung mit dem FLOT-Schema bezogen auf den primären, aber auch auf die sekundären Endpunkte der Therapie dem ehemaligen internationalen Standard signifikant überlegen ist.

Bezogen auf das Gesamtüberleben zeigt sich eine signifikante Verbesserung des OS von 35 auf 50 Monate, was einer zehnprozentigen Verbesserung der Drei- und Fünf-Jahresüberlebensrate im Vergleich zur ehemaligen Standardtherapie entspricht. Ebenso ist das PFS signifikant (median 18 Monate vs. 30 Monate) verbessert. Auch die Rate an R0-Resektionen ist

mit FLOT signifikant höher. Weder bezogen auf die operative Morbidität/Mortalität noch bezogen auf die Chemotherapie assoziierte Toxizität zeigt sich durch die FLOT-Therapie ein erhöhtes Risiko. Es ist sogar so, dass Patienten, die mit FLOT therapiert wurden, öfter den postoperativen/adjuvanten Teil der Therapie begonnen und abgeschlossen haben als mit ECF/ECX.

Auch die exemplarischen Subgruppenanalysen zeigen, dass beispielsweise der siegelringzellige Typ des Magenkarzinoms (ca. 25 Prozent der Fälle), dem zum Teil ein schlechtes Ansprechen auf Chemotherapie nachgesagt wird, deutlich von einer FLOT-Therapie profitiert. Aber auch die Subgruppe der AEG-I-Tumore, die in Deutschland häufig mit einer Strahlentherapie behandelt werden, zeigen einen ausgeprägten Vorteil bezogen auf das progressionsfreie und auch Gesamtüberleben durch FLOT.

Die neuen Ergebnisse werden die Behandlungsstandards nicht allein in Deutschland, sondern weltweit verändern. Diese ermutigenden Ergebnisse veranlassten die Organisatoren der ASCO-Tagung dazu, die Zusammenfassung der FLOT4-Studienergebnisse als herausragenden „late breaking abstract“ zu würdigen und somit ihre Bedeutung als Durchbruch für die weltweite medizinisch-wissenschaftliche Gemeinschaft zu unterstreichen. Auch die europäische Gesellschaft für medizinische Onkologie (ESMO) wird die Ergebnisse im Rahmen einer Pressemitteilung würdigen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) hat die Studie als „Best Abstract“ ausgezeichnet. •

Kontakt

Institut für Klinisch-Onkologische
Forschung (IKF)
Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran
Telefon: (0 69) 76 01-4420



KRANKENHAUS NORDWEST

Brustkrebs – eine interdisziplinäre Herausforderung

von Prof. Dr. med. Jörg B. Engel



Prof. Dr. med. Jörg B. Engel,
Chefarzt der Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe
am Krankenhaus Nordwest

Brustkrebs ist die häufigste Tumorerkrankung der Frau. In Deutschland werden jährlich 75.000 Frauen mit dieser Diagnose konfrontiert. Eine Krebsdiagnose ist immer ein Schock für die betroffene Patientin, dennoch ist Brustkrebs in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine heilbare Erkrankung. Durch eine sichere Diagnosestellung, gefolgt von einer von Anfang an unter Berücksichtigung der Tumorbilogie interdisziplinär geplanten und qualitativ hochwertigen Behandlung, kann eine sehr gute Überlebenschance erreicht werden. Aktuell liegt das Fünf-Jahresüberleben über alle Erkrankungsstadien bei 85 Prozent.

Modernste Brustdiagnostik

Durch den flächendeckenden Einsatz von Mammografie und Mammasonografie werden die Mammakarzinome in einem immer früheren Stadium entdeckt. Je früher die Entdeckung, d. h. je kleiner der Tumor, desto höher ist die Chance auf Heilung, so dass den bildgebenden Verfahren in der Diagnostik des Mammakarzinoms eine Schlüsselrolle zukommt. Heute wird vor der Brustkrebsoperation fast immer die Sicherung der Diagnose durch eine feingewebliche Untersuchung nach sonografisch oder mammografisch gesteuerter Stanzbiopsie angestrebt, um den operativen Eingriff besser planen zu können. Direkt vor der Operation müssen kleine, nicht tastbare Befunde sonografisch oder mammografisch drahtmarkiert werden, um die sichere aber kosmetisch günstige Entfernung in engen, aber onkologisch sicheren Grenzen zu gewährleisten. Um diese Leistungen auf hohem Niveau bieten zu können, ist die 3D-Sono-

grafie sowohl zur Detektion als auch zur Markierung kleiner Tumoren ein etabliertes Verfahren.

Brustchirurgie – ein zentraler Bestandteil der Behandlung

Brustkrebs lässt sich inzwischen in 80 Prozent der Fälle mit kosmetisch sehr guten Ergebnissen brusterhaltend operieren. Falls ein plastischer Wiederaufbau geplant ist, kann dieser in gleicher Sitzung entweder mit Hilfe von Silikonimplantaten oder Eigengewebe durchgeführt werden. Die Lymphknoten der Achselhöhle werden nicht mehr routinemäßig entfernt, sondern es wird zunächst der sogenannte „Wächterlymphknoten“, der die Lymphe der Brust drainiert, entfernt. Nur bei Befall des Wächterlymphknotens in der Schnellschnittdiagnostik ist gelegentlich die komplette Entfernung der Achsellymphknoten notwendig. So ist die Operation der Achselhöhle für die überwiegende Anzahl der Patienten deutlich schonender geworden.

Hocheffektive Tumorbehandlung durch modernste Bestrahlungstherapie

Bei den deutlich häufigeren brusterhaltenden Operationen muss eine Brustbestrahlung erfolgen. Dies ist aufgrund hochmoderner Hochpräzisionsbestrahlung und innovativer Bestrahlungskonzepte mit lediglich geringen Nebenwirkungen möglich. Klassisch wird die Bestrahlung entweder nach der Operation durchgeführt oder im Anschluss an eine Chemotherapie – sollte diese notwendig sein. Ein Schwerpunkt der Tumorbehandlung am Krankenhaus Nordwest ist die Intraoperative Radiotherapie (IORT) in Kooperation mit



Im interdisziplinären Tumorboard wird in der Zusammenschau aller Befunde ein individuell auf jede Patientin zugeschnittenes Therapiekonzept erstellt

der Klinik für Radioonkologie. Die direkte Bestrahlung eines Tumors bzw. Tumorbetts während der Operation kürzt eine langwierige postoperative Bestrahlung ab oder macht diese gänzlich überflüssig.

Individualisierte Tumorthherapie

Für die Brustkrebsbehandlung ist eine wirksame Systemtherapie genauso wichtig wie eine adäquat durchgeführte Operation. Mögliche Behandlungen sind die Therapien mit Antihormonen, mit Antikörpern und die Chemotherapie. Die Entscheidung, welche Patientin von welcher Therapie am meisten profitiert, wird zunehmend nach dem Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung getroffen. Hier kommen immer differenziertere Untersuchungsmethoden zum Einsatz, die ein breiteres Methodenspektrum und eine hohe fachliche Expertise des befundenden Pathologen voraussetzen. Das Institut für Pathologie und Zytodiagnostik am Krankenhaus Nordwest ist mit ausgewiesener Expertise in der Mammapathologie ein unverzichtbarer Kooperationspartner des Brustzentrums.

In der Systemtherapie des Brustkrebses kommen zunehmend „maßgeschneiderte“ und „zielgerichtete“ Therapieansätze zur Anwendung. Diese individualisierte Tumorthherapie zielt darauf ab, für jede Patientin die für ihren Tumorsubtyp optimale Behandlung zu finden. Das bedeutet ein „so viel wie nötig und so wenig wie möglich“ an teilweise belastenden Systemtherapien für die Patientinnen.

Im interdisziplinären Tumorboard, einer Expertenrunde, die wöchentlich stattfindet und an der Vertreter aller onkologischen Fachabteilungen teilnehmen, wird in der Zusammenschau aller Befunde ein individuell auf jede Patientin zugeschnittenes Therapiekonzept erstellt. In unserer Brustsprechstunde wird die Therapie dann ausführlich mit der Patientin besprochen, woraufhin alle weiteren anstehenden Behandlungen durchgeführt werden können. Darüber hinaus ermöglicht die Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) die Teilnahme an klinischen Studien.

Die Diagnose Brustkrebs ist immer eine starke psychische Belastung für die betroffene Patientin, so dass sich die Therapie nicht nur auf die optimale Behandlung der körperlichen Erkrankung beschränken darf, sondern auch der seelischen Verletzung Rechnung tragen muss. Im Bedarfsfall kann die Abteilung für Psychoonkologie in die Therapie eingebunden werden, um den Patientinnen Hilfestellung bei der psychischen Bewältigung ihrer Krankheit zu leisten. Des Weiteren kann der Kontakt zu Krebselbsthilfe- oder Krebsportgruppen vermittelt werden, was viele Patientinnen als sehr hilfreich für ihr seelisches Wohlbefinden beschreiben, da hier ein Kontakt auf Augenhöhe mit anderen Krebspatienten stattfindet. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Brustzentrum
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon: (0 69) 76 01-4580



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

„Verwirrt nach der OP – Das postoperative Delir“

Eine besondere Gefahr nach der Operation stellt die Entwicklung einer Verwirrtheit („Delir“) dar, die sich dauerhaft nachteilig auf die Lebenssituation der Patienten auswirken kann, z. B. erhöhtes Sturz- und Infektionsrisiko, und mit einer erhöhten Mortalität einhergeht. Doch die Gefahr kann reduziert werden: Über die Problematik und Schutzmaßnahmen sprechen wir mit Skadi Stahlberg, Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Hospital zum Heiligen Geist.



*Skadi Stahlberg, Oberärztin
der Klinik für Anästhesiologie,
Operative Intensivmedizin
und Schmerztherapie am
Hospital zum Heiligen Geist*

DIE STIFTUNG:

Frau Stahlberg, immer mehr ältere Menschen werden heute im Krankenhaus operiert. Wie oft kommt es dabei zu einem postoperativen Delir?

Skadi Stahlberg:

» Wir wissen heute, dass das Delir die häufigste psychiatrische Erkrankung von Patienten auf der Intensivstation und im perioperativen Umfeld darstellt. Studien zeigen, dass bis zu 60 Prozent der älteren hospitalisierten Patienten perioperativ ein Delir entwickeln. Hohes Alter und bestehende neurodegenerative sowie neurovaskuläre Erkrankungen sind klassische Risikofaktoren für die Entstehung eines Delirs. Leider stellt auch der operative Eingriff selbst ein erhebliches Risiko dar. Neben einer unbekannten Umgebung in den Operationsräumen, im Aufwachraum oder auf der Intensivstation, also insgesamt dem Entreißen der Patienten aus ihrem gewohnten Umfeld, spielt speziell die präoperative Flüssigkeitskarenz eine erhebliche Rolle. «

Was sind Symptome eines Delirs?

» Die Symptome können eine Vielzahl an psychotischen, psychomotorischen und affektiven Symptomen umfassen. Neben einer gestörten Kognition – Wahrnehmung,

Gedächtnis, Sprache und Orientierung – ist häufig auch der Schlaf-Wach-Rhythmus beeinträchtigt. Die Symptome zeichnen sich zudem durch einen akuten Beginn nach der Operation sowie einen fluktuierenden Verlauf aus. «

Wie kann man ein postoperatives Delir vermeiden?

» 2010 erschien in Deutschland erstmalig eine S3-Leitlinie zum Thema „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement“, welche in fachübergreifender Zusammenarbeit entstanden ist. 2015 gab es bereits eine Neuauflage, was die Dringlichkeit des Themas unterstreicht. Für die Prävention eines Delirs werden in der Leitlinie nicht-medikamentöse sowie auch medikamentöse Optionen vorgestellt. Dabei wird der Aufrechterhaltung der „Homöostase“, dem Gleichgewichtszustand aller offenen dynamischen Systeme des Patienten, eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Das bedeutet für den betreuenden Anästhesisten, dass er intraoperativ ein ausreichendes Sauerstoffangebot an die Gewebe gewährleisten muss, vor allem an das Gehirn. Deshalb ist genau auf die Aufrechterhaltung eines suffizienten Kreislaufs und eines adäquaten Hämoglobinwerts als Sauerstofftransportkapazität zu achten. «

Postoperatives Delir

Ein Delirium ist ein akuter Verwirrheitszustand mit desorganisiertem Denken, Desorientiertheit im Allgemeinen und Wahrnehmungsstörungen. Das peri- oder postoperative Delir, auch Durchgangssyndrom genannt, ist ein Delir, das sich über die Entstehungssituation definiert: Es entsteht unmittelbar bis zu 72 Stunden nach der Operation. Betroffen sind vor allem Menschen im Alter von über 65 Jahren.

Gibt es spezielle Maßnahmen im Hospital zum Heiligen Geist, um ältere Menschen davor zu schützen?

» Besonders wichtig ist uns die Aufklärung: Unsere wöchentlich stattfindenden Abteilungsfortbildungen behandeln das Thema regelmäßig und berichten über neue medizinische Erkenntnisse. Zudem erarbeitet das Ärzteteam gemeinsam mit den Pflegekräften ein optimales Umsetzungskonzept. Wichtig ist uns zudem die Umsetzung der Maßnahmen aus der S3-Leitlinie, so ist die Aufrechterhaltung der Homöostase des Patienten oberstes Ziel.

Zusätzlich achten wir auf eine angemessene Narkoseführung: Dazu zählen die Auswahl des adäquaten Narkoseverfahrens, der Verzicht auf bestimmte Medikamentengruppen, z. B. Benzodiazepine, und ein engmaschiges Monitoring. Auch halten wir die präoperativen Nüchternheitszeiten so gering wie möglich. Trotz des schönen hellen Tageslicht-Aufwachraums im Hospital bleiben die Patienten postoperativ in der ungewohnten Umgebung nur so kurz wie möglich. Unser Team bemüht

sich darum, die Patienten nach der Operation zügig zu mobilisieren. So werden z. B. Hörgeräte und Brille rasch wieder angelegt und Patienten zu Aktivitäten angeregt, um sie aus ihrer Passivität herauszuholen.

Auch wurde eine intensivisierte Patientenbetreuung implementiert: weniger verschiedene Ansprechpartner – dafür Bezugspersonen, die Orientierung, Zuwendung und Aufmerksamkeit vermitteln. Auch versucht man, Angehörige und gewohnte Gegenstände durchgängig einzubinden. Ebenso wurde das Entlassungsmanagement optimiert: Die Kontaktaufnahme zum Sozialdienst erfolgt noch frühzeitiger, um eine angepasste Rückkehr in den Alltag zu gewährleisten. «

Internationale Studien zeigen, dass bis zu 84 Prozent aller von einem Delir Betroffenen vom Krankenhauspersonal nicht erkannt und daher auch nicht behandelt werden. Wie stellen Sie sicher, dass ein Delir frühzeitig erkannt wird?

» Es ist wichtig, dass ein Delir frühzeitig erkannt wird, um Folgeschäden zu vermeiden. Hierfür führen wir regelmäßige Tests

zur Einschätzung der aktuellen kognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten durch. Dies ist notwendig, da vor allem Menschen mit einem hypoaktiven Delir kaum auffallen. Sollte ein Delir festgestellt werden, lässt sich eine vorsichtig dosierte medikamentöse Therapie nach Ausschöpfung aller nicht-medikamentösen Optionen zur Vermeidung der Eigengefährdung des Patienten nicht immer umgehen.

Am schönsten ist es für uns Anästhesisten aber natürlich, wenn uns Patienten bei der postoperativen Visite am nächsten Morgen berichten: „Frau Doktor, das hatten wir uns schlimmer vorgestellt!“ Dann wissen wir, dass sich unsere vielfachen Bemühungen gelohnt haben. « •

Das Gespräch führte Marina Kallis.

Kontakt

**Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Anästhesiologie, Operative
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Skadi Stahlberg
Telefon: (0 69) 21 96-2169**



KRANKENHAUS NORDWEST

Patient Blood Management „extrem“ – Blutungsmanagement bei den Zeugen Jehovas

von Prof. Dr. med. Oliver Habler



Prof. Dr. med. Oliver Habler,
Chefarzt der Klinik für
Anästhesiologie, Operative
Intensivmedizin und
Schmerztherapie am
Krankenhaus Nordwest

Zeugen Jehovas – eine „Herausforderung“ für die operative Medizin

Der 1869 in den USA gegründeten Glaubensgemeinschaft „Zeugen Jehovas“ (ZJ) gehören weltweit etwa acht Millionen Mitglieder an, in Deutschland derzeit rund 166.000. Der rechtliche Status ist der einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die ZJ sind somit rechtlich den traditionellen Kirchen gleichgestellt.

Eine insbesondere für die im operativen Bereich tätigen Mediziner wichtige Besonderheit bei der Behandlung von ZJ ist deren strikte Ablehnung einer Transfusion von Fremdblut (FB), d. h. von allogenen Erythrozyten und Thrombozyten sowie von allogenen Plasma.

Selbst vor großen Operationen mit statistisch belegtem Transfusionsbedarf wird ein gläubiger ZJ seine behandelnden Ärzte auf seine Ablehnung von FB-Transfusionen hinweisen – auch für den Fall der Entwicklung einer letalen Anämie. Entschließt sich das Ärzteteam zum Abschluss eines Behandlungsvertrages mit dem Patienten, ist es aus ethischer und juristischer Sicht an vorher getroffene Absprachen gebunden.

Dennoch können auch ZJ von modernen Therapien einschließlich großer operativer Eingriffe profitieren, ohne dass ein übertrieben hohes Letalitätsrisiko in Kauf genommen werden muss. Die besondere Situation der ZJ besteht allerdings darin, dass im Falle einer kritischen Verdünnungsanämie bzw. Koagulopathie die Option zur Transfusion von allogenen Blutkomponenten als ultima ratio grundsätzlich fehlt.

Ziel bei der perioperativen Behandlung von ZJ muss es daher sein, den „point of no return“ einer letalen Anämie bzw. Koagulopathie niemals zu erreichen. Voraussetzung ist ein perioperatives Management, welches – in der jeweils gebotenen Abstufung – die zur Verfügung stehenden und von ZJ akzeptierten Maßnahmen zur Vermeidung von FB-Transfusionen beinhaltet. Entscheidend ist eine enge Absprache und interdisziplinäre Kooperation aller behandelnden Fachgebiete. Eine besondere Rolle spielt hierbei die enge Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Chirurgen.

Sämtliche im Folgenden dargestellten Maßnahmen zur Vermeidung der Transfusion von FB, Fremdplasma und Thrombozyten werden am Krankenhaus Nordwest auch bei operativen Patienten durchgeführt, die nicht der Glaubensgemeinschaft der ZJ angehören. Generell sollte heute aus medizinischen und ökonomischen Gründen eine unnötige Transfusion von FB unbedingt vermieden werden.

Aufgrund seiner hohen Expertise bei der Vermeidung von FB-Transfusionen (auch bei komplexen operativen Eingriffen) gehört das Krankenhaus Nordwest zu den sogenannten „Vertrauenskliniken“ der ZJ und wird von Mitgliedern der Glaubensgemeinschaft häufig frequentiert.

Präoperatives Management von ZJ

Ziel ist es, Risikofaktoren, welche die Kompensation einer intra-, bzw. postoperativ auftretenden Anämie beeinträchtigen könnten, bereits präoperativ zu identifizieren und bis zum OP-Termin entweder gänzlich zu eliminieren oder zumindest



Prof. Dr. med. Oliver Habler beschäftigt sich im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit am renommierten Institut für Chirurgische Forschung der Ludwig-Maximilians-Universität München intensiv mit der Sauerstoffversorgung des Körpers in Grenzsituationen – insbesondere während extremer Anämie. Aus dieser Forschungsarbeit heraus entwickelte sich einer seiner späteren klinischen Schwerpunkte, die Vermeidung von Fremdbluttransfusionen bei komplexen operativen Eingriffen – eine Thematik von besonderem Interesse für operative Patienten der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas.

Komplexe Operationen ohne Fremdbluttransfusionen sind am Krankenhaus Nordwest die Regel und mit professioneller Vorbereitung sicher realisierbar

bestmöglich zu kontrollieren. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die Evaluation und ggf. Verbesserung des kardiopulmonalen Zustandes des Patienten sowie die Identifikation und Korrektur einer präoperativen Anämie bzw. Gerinnungsstörung.

Anästhesiologische Aufklärung

Neben der allgemeinen anästhesiologischen Risikoaufklärung steht bei ZJ die Abklärung der Akzeptanz von FB-vermeidenden Verfahren im Vordergrund (siehe Tabelle).

Während eine Vielzahl von ZJ bzgl. FB-vermeidender Maßnahmen die Klinik bereits bestens informiert betritt, besteht insbe-

Verfahren zur Vermeidung einer FB-Transfusion	Akzeptanz durch ZJ
Präoperative Eigenblutspende	nein
Akute normovolämische Hämodilution (ANH)	ja (Voraussetzung: geschlossenes System „Patient-Blutbeutel“)
Maschinelle Autotransfusion (MAT)	ja (Voraussetzung: geschlossenes System „Patient-Blutbeutel“)
Bestrahlung von MAT-Blut	nein
Rekombinantes humanes Erythropoetin (rHuEPO)	ja (Albuminhaltige Produkte: individuelle Entscheidung)
Fibrinogenkonzentrat, PPSB, Faktor XIII-Konzentrat	ja (individuelle Entscheidung)
Rekombinanter humaner Faktor VIIa	ja
Antifibrinolytika, Desmopressin	ja
Hämoglobinlösungen (human/bovin)	ja
Perfluorocarbon-Emulsionen	ja

Tabelle: Akzeptanz und Ablehnung FB-vermeidender Maßnahmen durch ZJ

sondere bei älteren Patienten häufig ein erhebliches Informationsdefizit. Die Folge ist dann oft eine generelle Ablehnung sämtlicher angebotener und im Allgemeinen von ZJ auch akzeptierter Maßnahmen. Oft kann hier die Einschaltung des lokalen oder regionalen Krankenhaus-Verbindungskomitees der ZJ hilfreich sein. Letztlich sollte der Anästhesist eine detaillierte schriftliche Einwilligung in sämtliche potenziell zum Einsatz kommenden Verfahren und Substanzen von dem ZJ einholen, da zum Zeitpunkt der konkreten Indikationsstellung häufig keine Einwilligung des Patienten mehr möglich ist.

Perioperatives Management von Blutverlusten bei ZJ

Perioperative Gewinnung von Eigenblut
Wenn möglich sollte bei großen operativen Eingriffen Eigenblut des Patienten gesammelt und rücktransfundiert werden. Dies kann in Form einer „akuten normovolämischen Hämodilution ANH“ (Gewinnung von autologem Vollblut unmittelbar nach Narkoseeinleitung) oder der „maschinellen Autotransfusion MAT“ (Gewinnung autologer Erythrozyten während der Operation aus abgesaugtem Wundblut) erfolgen. ZJ akzeptieren ANH und MAT, vorausgesetzt Patient, Schlauchsysteme und Sammelbeutel bilden zu jedem Zeitpunkt ein geschlossenes System.

Reduktion intraoperativer Blutverluste
Sowohl der Operateur als auch der Anästhesist können reduzierend auf den Blutverlust (BV) des Patienten einwirken. Folgende Maßnahmen stehen hierfür zur Verfügung:

- Anwendung spezieller OP-Techniken
- Lagerung des OP-Gebietes über Herzhöhe
- Anwendung von Regionalanästhesie bzw. totaler intravenöser Anästhesie (TIVA)
- Aufrechterhaltung von Normothermie
- Aufrechterhaltung eines physiologischen pH-Wertes
- ZVD-Management
- Kontrollierte Hypotension
- Auswahl möglichst gerinnungsinaktiver Infusionslösungen
- Frühzeitiges Gerinnungsmanagement: Fibrinogen-Konzentrat, PPSB, Tranexamsäure, Desmopressin, Faktor-XIII-Konzentrat, rekombinantes Faktor-VIIa-Konzentrat

Da der Ersatz eines BV durch kristalloide und/oder kolloidale Infusionslösungen immer zu einer Verdünnung sämtlicher Komponenten des Gerinnungs- und Fibrinolyse-Systems und letztlich zur Ausbildung einer Verdünnungs-koagulopathie führt, spielt die Stabilisierung der Gerinnung und die ggf. frühzeitige Korrektur von Faktorendefiziten eine zentrale Rolle. Die Auswahl und die zeitliche Sequenzierung der Applikation der einzelnen Gerinnungskomponenten orientiert sich dabei an der bekannten Reihenfolge des Verlustes bzw. Verbrauchs dieser Komponenten und das jeweilige Unterschreiten kritischer unterer Grenzwerte in Abhängigkeit von Stärke und Dynamik des BV (siehe Abbildung).

Nutzung der natürlichen Anämietoleranz des Patienten
Der Ersatz eines BV durch erythrozytenfreie Infusionslösungen führt unmittelbar zur Entwicklung einer „Verdünnungsanämie“. In Allgemeinanästhesie und unter Aufrechterhaltung von Normovolämie wird diese bis zu sehr niedrigen Hb-Konzentrationen ohne Gefährdung von Organperfusion, -oxygenierung und -funktion toleriert (sog. „natürliche Anämietoleranz“ des

menschlichen Organismus). Eine Angabe allgemein gültiger Zahlenwerte für die minimal tolerable Hb-Konzentration eines Menschen ist unmöglich, da diese sowohl inter- als auch intraindividuell unterschiedlich sind und von einer Reihe von Faktoren beeinflusst wird. Bei herzgesunden Versuchstieren und Patienten in Allgemeinanästhesie wurde die Grenze der Verdünnungsanämie bei Hb-Konzentrationen zwischen 3.3 und 1.1 g/dl gefunden. Obwohl sich aus der Kenntnis des aktuel-

len Schweregrades einer Verdünnungsanämie bei ZJ keine Transfusionsindikation ableiten wird, muss der narkoseführende Anästhesist die Mechanismen und Grenzen der Toleranz einer akuten Anämie kennen, um diese optimal nutzen bzw. in Grenzsituationen effektiv steigern zu können. Maßnahmen zur akuten Steigerung der Anämietoleranz des Organismus sind:

- Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Normovolämie
- Hyperoxische Beatmung (FiO2 1.0)

- Adäquate Narkosetiefe
- Noradrenalin-Infusion
- Muskelrelaxierung
- Hypothermie (aber cave: Gerinnungshemmung)
- Künstliche Sauerstoffträger

Hierdurch kann Zeit bis zur chirurgischen Kontrolle der Blutung gewonnen werden.

Hilfestellung bei der Einschätzung einer perioperativ auftretenden Verdünnungs-



Abbildung: Pyramiden-Stufenschema der Gerinnungsstabilisierung bei schwerem BV: Die Transfusion von Erythrozyten, Frischplasma und Thrombozyten wird von ZJ abgelehnt

anämie quoad vitam leisten die Ergebnisse umfangreicher Patientenstudien, in denen der Zusammenhang zwischen postoperativer Anämie und Letalität der Patienten analysiert wurde. In der Regel stammen diese Daten von ZJ. Bis zu einer postoperativen Hb-Konzentration von 6 bis 8 g/dl konnte – auch bei alten Patienten mit kardiopulmonalen Vorerkrankungen – kein statistischer Zusammenhang mit einer erhöhten postoperativen Letalität hergestellt werden. Bei anämischen Patienten, deren Tod kausal mit Anämie in Verbindung zu bringen war, lag die Hb-Konzentration immer unter 5 g/dl.

Therapie einer postoperativen Anämie
ZJ mit schwerer postoperativer Anämie (Hb < 5 – 6 g/dl bei jungen gesunden Patienten, Hb < 8 g/dl bei alten Patienten bzw. Patienten mit kardiopulmonalen Risikofaktoren) sollten auf der Intensivstation weiter betreut und die Anämietoleranz durch die bereits erläuterten Maßnahmen gesteigert werden. Blutabnahmen sollten auf ein absolutes Mindestmaß reduziert werden. Weiterhin müssen optimale Rahmenbedingungen für die Gerinnung geschaffen und gerinnungswirksame Substanzen sowie Antifibrinolytika frühzeitig eingesetzt werden. Wenn möglich sollten Wund- und Drainagenblut weiter gereinigt und retransfundiert werden. Neben der Substitution der für die Erythropoese erforderlichen Substrate Eisen, Vitamin B12 und Folsäure sollte frühzeitig rekombinantes humanes Erythropoetin appliziert werden. ●

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
Prof. Dr. med. Oliver Habler
Telefon: (0 69) 76 01-3453



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Chronische Schmerzen – Somatoforme Schmerzstörung

von Dr. med. Wolfgang Merkle



Dr. med. Wolfgang Merkle,
Chefarzt der
Psychosomatischen Klinik am
Hospital zum Heiligen Geist

Bei der großen Mehrheit chronischer Schmerzpatienten – Schmerzdauer länger als sechs Monate – lässt sich nicht immer ein organischer Hintergrund finden. Häufig liegen emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Diese „Schmerzkranken“ weisen meist eine lange Anamnese insgesamt ineffektiver medizinischer und chirurgischer Interventionen auf und haben zwischenzeitlich eine ganze Reihe zusätzlicher Komplikationen entwickelt: Medikamentenmissbrauch mit entsprechenden zentralnervösen Folgeerscheinungen, sekundäre körperliche Schädigungen aufgrund pharmakologischer und chirurgischer Behandlungen, zunehmende körperliche Inaktivität oder dysphorische Stimmung. Auch multiple Therapieabbrüche, Konflikte mit medizinischem Personal oder Bezugspersonen, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und reaktive Depressivität können Resultate sein. Ein Teil dieser Epiphänomene ist Folge iatrogenen Schädigungen, die oft dadurch entstehen, dass chronische Schmerzzustände nicht von akuten unterschieden werden.

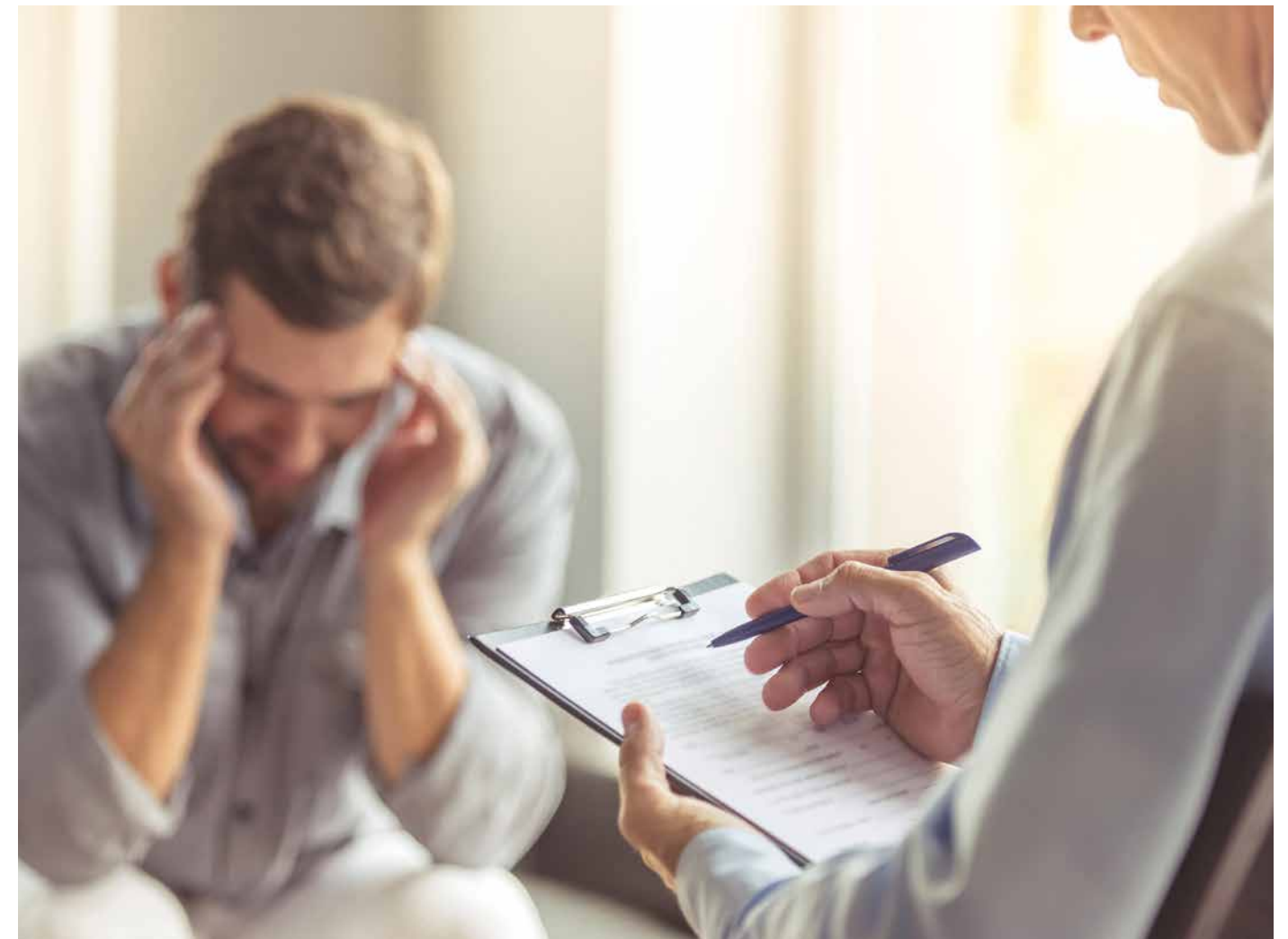
Um dies zu verhindern, ist es erforderlich, psychische und soziale Faktoren von Beginn an in Betracht zu ziehen. Bei chronischen Schmerzpatienten sollte nach einmaliger sorgfältiger somatischer Abklärung frühzeitig oder sogar gleichzeitig eine ebenso sorgfältige psychosomatische Abklärung bei einem Arzt für Psychotherapeutische Medizin durchgeführt werden, der in der Diagnostik mit dem verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Schmerzverständnis vertraut ist.

Definition „Somatoforme Schmerzstörung“
Eine somatoforme Schmerzstörung äußert sich durch eine subjektiv empfundene, mindestens sechs Monate anhaltende Schmerzsymptomatik (chronischer Schmerz), die durch einen physiologischen

Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Neben dem Ausschluss einer zugrundeliegenden körperlichen Ursache muss eine psychosoziale Belastungssituation, ein kritisches Lebensereignis oder eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein. Dieser Nachweis kann gelegentlich erst im Laufe einer Therapie genauer nachvollzogen werden. Ärzte sollten sich bei der Diagnose auf keinen Fall bei der Anamnese des psychosozialen Hintergrundes schon mit der Aussage begnügen: „Bei mir ist alles normal.“ Den Hintergrund dieser Schmerz Erkrankung bildet eine Störung der Schmerz- und Stressverarbeitung: Seelische Belastungsfaktoren, emotionaler Stress und Konflikte spielen eine wesentliche Rolle für das Auftreten und das Aufrechterhalten der Erkrankung. Die somatoforme Störung wird psychotherapeutisch behandelt, wenn körperliche Ursachen ausgeschlossen wurden.

Risikofaktoren

Wie bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen prädisponieren eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend für die spätere Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Besonders bedeutsam erscheint dabei die Kombination eines gestörten frühen Bindungsverhaltens, d. h. dem primären Bindungsbedürfnis des Säuglings/Kleinkindes wird von der Hauptbezugsperson nicht adäquat begegnet. Negative Gefühle, die durch Ausgrenzung, Mangelsituationen oder Verlusterfahrungen hervorgerufen werden, verknüpfen sich mit Schmerz. Sozialer Stress in der Ursprungsfamilie oder frühe reale Schmerzerlebnisse, beispielsweise durch Alkoholismus, chronische Krankheit, Scheidung der Eltern oder durch körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung, können eine Rolle spielen.



Von Beginn an sollte dem Patienten die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände dargelegt werden

Als erster Indikator für eine somatoforme Schmerzstörung können die Schmerzbeschreibungen des Patienten verwendet werden: Somatoforme Schmerzpatienten beschreiben ihre Schmerzen sehr viel stärker mit affektiven Begriffen (z. B. scheußlich, grauenhaft, beängstigend). Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt üblicherweise vor dem 35. Lebensjahr, nicht selten schon in Kindheit und Jugend. Frauen sind im Verhältnis doppelt bis dreimal so häufig betroffen wie Männer. Die Lokalisation variiert stark. Besonders häufig betroffen sind Extremitäten und der Lendenwirbelsäulenbereich, aber auch Gesicht und Unterleib. Besonders auffällig ist eine Häufung bei jungen Frauen im Bereich der Unterarme (häufig als Symptome eines Karpaltunnelsyndroms fehlinterpretiert) und der Knie. Im Rahmen einer sorgfältigen biografischen Anamnese kann herausgearbeitet werden, dass sich diese Patientinnen in einer subjektiv als zwiespältig erlebten Ablösesituation vom Elternhaus befinden

und die Symptomatik insofern Ausdruckscharakter hat, als sie ihr Leben buchstäblich „in die eigene Hand nehmen“ bzw. „auf ihren eigenen Beinen stehen“ sollen.

Auch ein Teil der Patienten mit multilokulären Schmerzen, die seitens Rheumatologen als generalisierte Tendomyopathie oder primäre Fibromyalgie diagnostiziert werden, können aufgrund der typischen biografischen Entwicklung als somatoforme Schmerzstörung klassifiziert werden.

In der Vorgeschichte dieser Patienten findet sich nicht selten eine Reihe anderer funktioneller Beschwerden, v. a. Kloß- und Enggefühle, Bauchschmerzen, Mundbrennen sowie eine insgesamt erhöhte vegetative Reaktionsbereitschaft. Bei Exploration der Entwicklung in Kindheit und Jugend fällt auf, dass diese Patienten zunächst dazu neigen, pauschal eine „glückliche“ zumindest jedoch unproblematische Kindheit zu vermitteln. Erst bei genauerem Nachfragen

wird dann das oben skizzierte Ausmaß an emotionaler Deprivation, körperlicher Misshandlung und auch sexuellen Missbrauchserfahrungen deutlich. Viele Patienten können die emotionale Bedeutung nicht erfassen, da das, was sie in der Kindheit erfahren haben, für sie „normal“ ist. Die Identifizierung mit dem Aggressor stumpfte das eigene Selbstempfinden ab.

Das Erwachsenenalter zeichnet sich infolge der Selbstwertproblematik durch eine permanente Suche nach Anerkennung und einer hohen Kränkbarkeit aus. Eine psychische Verursachung der Schmerzen wird deshalb auch aus Angst vor einer damit verbundenen Stigmatisierung meist abgelehnt. Außerdem droht mit der Anerkennung dieses Zusammenhangs intrapsychisch eine schwere Krise, da das ganze seelische „Elend“ emotional erfasst und verarbeitet werden muss (primärer Krankheitsgewinn).

Diagnostik

- Indikatoren für eine somatoforme Schmerzstörung sind, dass
- die anatomischen Grenzen der sensiblen Versorgung nicht eingehalten werden (z. B. bei Gesichtsschmerz die Mittellinie zur Gegenseite oder die Unterkiefergrenze zum Hals, beim „Bandscheibenschmerz“ der radikuläre Charakter),
 - nach oft lokalem Beginn eine starke Ausweitung erfolgt,
 - die Angaben nach Lokalisation und Modalität wechseln,
 - die Schmerzmerkmale weniger typisch geschildert werden (oft recht vage) als bei bekannter Schmerzursache,
 - überwiegend eine hohe Schmerzintensität ohne freie Intervalle angegeben werden.

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich, deren Grundlage ein biopsychosoziales Schmerzverständnis aller Beteiligten ist und bei der nicht vorschnell fachspezifische (Zufalls-)Befunde und Normvarianten dem Patienten als ursächlich relevant vermittelt werden. Von Beginn an und nicht erst als Ultima Ratio sollte dem Patienten die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände dargelegt werden. Die Abklärung sollte als Routinemaßnahme – mit demselben Stellenwert wie eine neurologische oder orthopädische Untersuchung – erfolgen.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zum Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist die biografische Anamnese. Die skizzierten biografischen Belastungsfaktoren haben eine Sensitivität und eine Spezifität von 80 bis 90 Prozent hinsichtlich der Abgrenzung zu einem primär organisch determinierten chronischen Schmerzsyndrom.

Bei den häufig bestehenden Partnerschaftskonflikten sollte (wenn möglich) ein diagnostisches Paargespräch durchgeführt werden. Von der Erhebung einer Fremdanamnese ohne Beisein des Patienten ist auf dem Hintergrund der skizzierten Psychodynamik abzuraten.

Differentialdiagnose

Weitere psychische Störungen mit Schmerz als vorherrschendes Symptom sind neben somatoformen autonomen Funktionsstörungen, Somatisierungsstörungen, depressive Störungen, Hypochondrie, hypochondrischer Wahn, coenästhetische Psychose und posttraumatische Belastungsstörung.

Abzugrenzen sind Patienten mit nachweisbaren muskulären Spannungszuständen, auch wenn diese durch psychosoziale Stresssituationen bedingt sind („funktionelle“ Schmerzzustände). Des Weiteren müssen Betroffene mit primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzzuständen unterschieden werden, deren Bewältigungsstrategien inadäquat sind (z. B. Katastrophisieren, fatalistisches Resignieren) oder die zusätzlich unter einer psychischen Erkrankung leiden (somatische und psychische Komorbidität). Bei einer Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen in Deutschland von 20 bis 25 Prozent ist letzteres rein statistisch bei jedem vierten bis fünften Schmerzpatienten mit einer primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzerkrankung zu erwarten.

Verlauf und Prognose

Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sind meist von einer körperlichen Ursache ihrer Schmerzen überzeugt („Ich habe es in den Armen und nicht im Kopf.“) und verlangen nicht selten von sich aus diagnostisch wie therapeutisch invasive Interventionen. Bringen sie nicht die erhoffte körperliche Erklärung für die Schmerzen bzw. deren Linderung, so zweifeln die Patienten an der Qualität des betreffenden Arztes und suchen einen anderen auf („Doktor-Hopping“). Da auch viele Ärzte bis heute von der Vorstellung ausgehen, dass jeder Schmerz eine körperliche Ursache hat (Reduktion des Schmerzes auf seine Funktion als Warnsignal), so trifft sich dies oft mit den Wünschen des Patienten, wodurch somatische Zufallsbefunde leicht überbewertet und kausal mit den Schmerzen verknüpft werden. Dieser „Circulus vitiosus“ zwischen Arzt und Patient leistet der Chronifizierung Verschub und führt nicht selten zu sekundären iatrogenen körperlichen Schädigungen (z. B. Extraktion von Zähnen,

„Verwachsungen“ nach Laparaskopien und Laparatomien, Karpaltunnelsyndrom, Bandscheibenoperationen). Bei somatoformen Schmerzpatienten werden im Vergleich zu solchen mit nozizeptiv bzw. neuropathisch determinierten Schmerzzuständen invasive Eingriffe häufiger durchgeführt; einen Medikamentenmissbrauch entwickeln ca. 30 Prozent.

Therapie

Allgemeine Maßnahmen

- Im Umgang mit Betroffenen ist es wichtig, dass ihnen ihre Schmerzen genau so „geglaubt“ werden wie jenen, bei denen eine organische Ursache nachweisbar ist. Die Patienten spüren aufgrund ihrer hohen Sensibilität für Zurückweisung sehr schnell, ob sie mit ihren Beschwerden ernst genommen werden.
- Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist deshalb die wesentliche Voraussetzung für die Motivierbarkeit der Betroffenen zu einer Psychotherapie.
- Eine Reinszenierung der Muster der Eltern-Kind-Beziehung ist in der Arzt-Patient-Beziehung zu vermeiden, d. h. einseitige Überbewertung des Körperlichen bei der Beschäftigung mit dem Patienten und iatrogene körperliche Misshandlung in Form sehr weit gestellter OP-Indikationen sind zu vermeiden.
- Auch nach dem Beginn einer Psychotherapie sollte eine umfassende somatische Betreuung bei einem in der Schmerztherapie Erfahrenen gewährleistet sein, um bei Verstärkung der Symptomatik oder dem Auftreten neuer Schmerzen eine erneute diagnostische Odyssee bzw. therapeutische Polypragmasie zu verhindern.
- Der behandelnde Arzt muss in der Lage sein, die unbewussten „Reinszenierungen“ des Patienten zu erfassen und ein gewisses Ausmaß an Empathie und Erfahrung im Umgang mit den Betroffenen, die „nichts Richtiges haben“, besitzen, um die eigenen Handlungen reflektieren zu können. Hier besteht noch ein großer Weiterbildungsbedarf.

Psychotherapie

- Aufgrund der Bindungsstörung, der psychischen Traumatisierungen und der daraus resultierenden Störung des Selbstwerterlebens und der Beziehung zu anderen Menschen ist eine psychoanalytisch fundierte Psychotherapie die Methode der Wahl.
- Gute Ergebnisse sind bei der Behandlung in symptomhomogenen Therapiegruppen belegt, wobei jedoch der hohen Kränkbarkeit und den ausgeprägten Abhängigkeitswünschen dieser Patienten Rechnung getragen werden muss, d. h. dass erhebliche Modifikationen zum üblichen psychoanalytischen Behandlungskonzept erforderlich sind (Egle et al, 1992). Durch eine Weiterentwicklung dieses Konzeptes und eine Operationalisierung in Form

eines Manuals (Nickel u. Egle, im Druck) ist heute eine wirksame Behandlung durch 40 Gruppensitzungen über einen Zeitraum von sechs Monaten (zweimal wöchentlich) bei vielen der Betroffenen möglich, auch wenn manche wegen der großen Schamproblematik eine Einzeltherapie brauchen.

- Eine psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie ist vor allem bei „nicht-gruppenfähigen“ Patienten indiziert. Dies trifft besonders oft auf Männer zu, die nicht selten zusätzlich noch unter einer Persönlichkeitsstörung leiden.
- Entspannungsverfahren und Schmerzbewältigungsprogramme sind primär nicht indiziert. Ausnahmen bilden der Einsatz von Entspannungsverfahren im Rahmen eines multimodalen stationären Therapie-

- programms oder als gezielter erster Schritt zu einer besseren Motivation für eine psychoanalytisch orientierte Behandlung sowie die vorgeschaltete Durchführung von Schmerzbewältigungsprogrammen bei einer ausgeprägten Chronifizierung mit iatrogenen Schädigung.
- Die stationäre Aufnahme in eine psychosomatische Klinik ist indiziert, wenn
 - a) ein Missbrauch von Analgetika oder anderen Medikamenten besteht,
 - b) es zu Arbeitsunfähigkeit bzw. häufigen Arbeitsfehlzeiten gekommen ist,
 - c) eine ausgeprägte häusliche Konfliktsituation besteht,
 - d) mit dem Patienten Zusammenhänge zwischen seiner Schmerzsymptomatik und psychischen Problemen nicht erarbeitet werden können und damit seine Vermittelbarkeit zu einer ambulanten Psychotherapie nicht aussichtsreich ist.
- Eine Alternative kann die teilstationäre tagesklinische psychosomatische Behandlung darstellen. Leider ist sie bisher nur an wenigen Orten in Deutschland eingerichtet.
- Hervorzuheben ist die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie, da ein längerfristiger Erfolg der Behandlung häufig davon abhängt, ob der Übergang in eine ambulante Behandlung gelingt.

Medikamentöse Maßnahmen

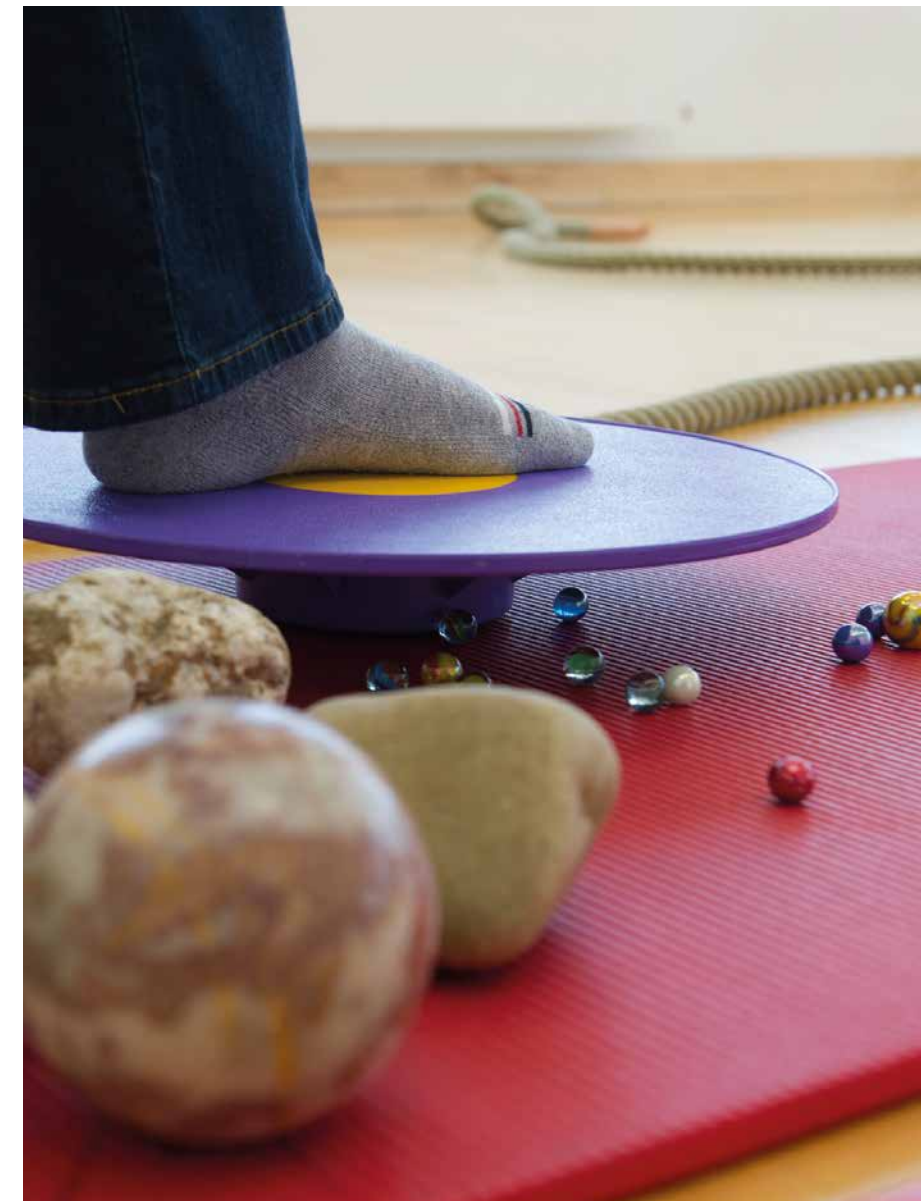
Für Analgetika besteht keine Indikation. Antidepressiva, v. a. Amitriptylin und Clomipramin, sind nur indiziert, wenn zusätzlich die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt sind.

Adjuvante Verfahren

Eine ergänzende Behandlung mit Akupunktur sowie mit körpertherapeutischen Verfahren (z. B. konzentrierte Bewegungstherapie oder funktionelle Entspannung) kann sinnvoll sein. Sie sind jedoch bisher im ambulanten Bereich keine anerkannte Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen. ●

Kontakt

Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
 Dr. med. Wolfgang Merkle
 Telefon: (0 69) 21 96-2101



Ergänzende Behandlungen, wie Bewegungstherapie, können helfen



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Um Leben und Tod – Hoffnung und Mut: Die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie

von Prof. Dr. med. Elke Jäger



Prof. Dr. med. Elke Jäger,
Chefärztin der Klinik für
Onkologie und Hämatologie
am Krankenhaus Nordwest

Neuentwicklungen in der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen haben in nur wenigen Jahren grundsätzlich wirksamere Behandlungsmöglichkeiten geschaffen. Die neuen, oft im Verhältnis zu Biomarkern individuell definierbaren Perspektiven führen bei allen Beteiligten zu einem erhöhten Anspruch auf Heilung und haben tiefgreifende Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Inhalte der ärztlichen Fürsorge.

Anfang der 1990er Jahre hatten Patienten mit Lungen- oder Dickdarmkrebs im fortgeschrittenen Stadium eine mittlere Lebenserwartung von nur wenigen Monaten und wirksame ursächliche Heilungsmöglichkeiten standen kaum zur Verfügung. Die Behandlungssituation war von relativer therapeutischer Hilflosigkeit und schicksalhaft unausweichlichem Krankheitsverlauf geprägt.

Die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wecken bei Patienten und Ärzten die Erwartung auf eine verlässlich kalkulierbare, optimale Wirksamkeit der individualisierten Therapie.

Die Entwicklung neuer Operationsmethoden, Bestrahlungstechniken und zytostatisch wirksamer Medikamente sowie die Kombination der verschiedenen Therapiemodalitäten haben bei den meisten Krebserkrankungen zu einer Verlängerung der Gesamtüberlebenszeit nach Diagnosestellung eines fortgeschrittenen Krankheitsstadiums geführt. Die gesteigerte Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen führt zu einer vermehrten Diagnose früher, und damit heilbarer, Krankheitsstadien.

Ein besonderer Durchbruch in der Krebsmedizin scheint nun durch die Möglichkeiten der genetischen Typisierung individueller Tumoren zu gelingen. Die Charakterisierung einzelner Zellmerkmale verspricht Entscheidungskriterien für die voraussichtlich wirksamste Therapie zu liefern und skizziert ein prognostisches Bild für die wahrscheinliche Entwicklung der jeweiligen Erkrankung. Medikamente mit gezielter zytostatischer Wirkung werden durch Stimulatoren tumorkontrollierender Elemente des Immunsystems wirksam ergänzt, so dass inzwischen langfristige stabile Krankheitsverläufe im Sinne einer chronischen Erkrankung beobachtet werden.

Die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erwecken bei Patienten und Ärzten die Erwartung auf eine verlässlich kalkulierbare, optimale Wirksamkeit der individualisierten Therapie. Diese Hoffnung ist auch deshalb beson-



Die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie

September 2017 – Juni 2018
Evangelische Akademie Frankfurt am Main

Vortragsreihe Medizin und Ethik

Montag, 25. September 2017, um 17.00 Uhr
Auftaktveranstaltung:
Gewissensentscheidungen in der Medizin
Prof. Dr. theol. Wilfried Härle, Heidelberg/Ostfildern
Prof. Dr. jur. Torsten Verrel, Bonn

Montag, 9. Oktober 2017, um 18.30 Uhr
Mut zum Leben – Mut zum Sterben: Beispiele aus der Antike
Prof. Dr. phil. Hans-Joachim Glücklich, Frankfurt am Main

Dienstag, 24. Oktober 2017, um 18.30 Uhr
Sprechen über Sterben und Tod
Prof. Dr. med. Dipl. theol. Matthias Volkenandt, München

Dienstag, 14. November 2017, um 18.30 Uhr
Personalisierte Krebsmedizin – Grenzen der ärztlichen Verantwortung
Prof. Dr. jur. Wolfram Eberbach, Erfurt

Sonderveranstaltung im Stadel Museum

Donnerstag, 7. Dezember 2017, um 18.30 Uhr
Krankheit und Tod in der Kunst
Dr. Chantal Eschenfelder, Frankfurt am Main

Veranstaltungsort: Stadel Museum, Schaumainkai 63, 60596 Frankfurt am Main

Veranstaltungsort
Evangelische Akademie Frankfurt
Panoramasaal
Römerberg 9
60311 Frankfurt am Main

Anmeldung
Die Anmeldung erfolgt über die Website der Evangelischen Akademie Frankfurt:
www.evangelische-akademie.de/veranstaltungen/kalender

Kontakt
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Steinbacher Hohl 2 – 26, 60488 Frankfurt a. M.
Telefon: (0 69) 76 01-4542

Dienstag, 16. Januar 2018, um 18.30 Uhr
Krankheit, Sterben und Tod in verschiedenen Kulturen
Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé, Frankfurt am Main

Dienstag, 6. Februar 2018, um 18.30 Uhr
mens sana in corpore sano
Prof. Dr. phil. nat. Winfried Banzer, Frankfurt am Main

Montag, 19. Februar 2018, um 18.30 Uhr
Was ist Gesundheit: Gibt es „gesundes“ Verhalten in der Erkrankung?
Dipl. Psych. Claudia Gutmann, Frankfurt am Main

Sonderveranstaltung im Kloster Eberbach

Samstag, 3. März 2018, um 15.00 Uhr
Da-sein – Über die heilsame Kraft der Zuwendung
Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A., Freiburg

Veranstaltungsort: Kloster Eberbach, 65346 Eltville im Rheingau

Montag, 19. März 2018, um 18.30 Uhr
Ausgeliefert, nichts nutz, unansehnlich? Justizseelsorge als Inspiration für Arzt-Patienten-Gespräche im Krankenhaus
Klaus Hamburger, Koblenz

Dienstag, 12. Juni 2018, um 18.30 Uhr
Big Data und Gesundheit
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Erlangen

Mitveranstalter sind:



ders gewachsen, weil es lange Zeit keinen grundsätzlich neuartigen therapeutischen Durchbruch für die meisten Krebserkrankungen gegeben hat. Dies könnte sich nun mit der sogenannten „personalisierten Medizin“ ändern.

Doch bei aller Hoffnung ist Zurückhaltung und nüchterne Reflexion geboten. Zum einen sei daran erinnert, dass die Ansätze der somatischen Gentherapie, die Anfang der 1990er Jahre in die klinische Phase gingen, eine rasche Heilung monogenetischer Erkrankungen versprach. Selbst Kritiker des Verfahrens bezweifelten damals kaum, dass in wenigen Jahren vorher unerreichbare Heilungserfolge möglich würden, da das wissenschaftstheoretische Konzept, Krankheiten direkt an ihren genetischen Ursachen zu bekämpfen, „einfach“ und überzeugend klang. Die großflächigen Heilungserfolge sind bis heute jedoch ausgeblieben.

Zudem beeinflusst die Erwartung auf neuartige Behandlungserfolge die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Erkrankung und sein Verhältnis zum Arzt und der Institution Krankenhaus. Merkmalsbezogene Entscheidungsalgorithmen suggerieren Sicherheit und lassen die Möglichkeit des Therapieversagens kaum zu. In diesem Erfolgsszenario scheinen Gedanken zu Krankheitsbedrohung und Existenzangst unberechtigt und werden vermieden. Vergessen wird dabei, dass jede Erkrankung ein Hinweis auf die Endlichkeit des Lebens ist und ein Gewahrwerden der Sterblichkeit, ein Memento mori, darstellt. Gespräche zwischen Arzt und Patienten fokussieren jedoch vor allem auf sachliche Inhalte und sind kaum auf krankheitsbedingte emotionale und seelische Faktoren bezogen. Die ärztliche Verantwortung für das bestmögliche Wohlergehen des Patienten wird zunehmend auf scheinbar berechenbare Inhalte konzentriert und auf psychosozialer Ebene kaum noch getragen. Die Eventualität des Sterbens hat kaum einen Platz, Zuversicht und Kampfbereitschaft sind auf beiden Seiten gefragt, die Begleitung in den Tod als „Niederlage“ der medizinischen Möglichkeiten findet erst wieder in der Palliativmedizin einen professionellen Rahmen. In kritisch und lebensbedrohlich empfundenen Erkrankungssituationen scheint es für Patienten kaum möglich, ihre Kraft und Energie zum einen für die Hoffnung auf eine lebensverlängernde Behandlung

und zum anderen auf die Vorbereitung auf einen möglichen Sterbeprozess aufzuteilen.

Das Zulassen und Formulieren eigener Ängste und Wünsche stärkt das physische und seelische Persönlichkeitsbewusstsein des Einzelnen und der Behandlungsprozess wird nach individuellen Bedürfnissen mündiger und verantwortlicher mitgestaltet.

Jeder neue erfolgversprechende therapeutische Ansatz trägt zudem das verführerische Potenzial in sich, die schwierigen und belastenden existenziellen Fragen wegzuschieben. Diese Verführung besteht für Arzt und Patient in gleicher Weise. Um Lebensbedrohung und Tod im Arzt-Patienten-Dialog zu adressieren, bedarf es zunächst einer aktiveren und ehrlichen Auseinandersetzung der Akteure mit diesen Themen. Reflektionen über Leiden und Tod jenseits der Möglichkeiten der Medizin können aus geschichtlicher, philosophischer, spiritueller oder ethischer Sicht angestoßen werden und gleichermaßen Patienten und Bezugspersonen sowie an der Behandlung beteiligte professionelle Personen einbeziehen. Vorbilder aus der Antike und verschiedenen Religionen, Leiden und Todesangst mit Weisheit und Akzeptanz zu begegnen, relativieren die heutige Vorstellung des Berechen- und Beherrschbaren und stellen damit eine Lebenshilfe dar. Philosophisch-spirituelle Betrachtungen des Seins helfen, die eigene Not aus anderen Perspektiven neu zu erkennen und zu bewerten und führt so zu einer mentalen Befreiung von Vorgezeichnetem und Erhofftem. Das Zulassen und Formulieren eigener Ängste und Wünsche stärkt das physische und seelische Persönlichkeitsbewusstsein des Einzelnen und der Behandlungsprozess wird nach individuellen Bedürfnissen mündiger und verantwortlicher mitgestaltet. Damit kann eine entscheidende Versorgungslücke der „personalisierten Medizin“ geschlossen werden, die sich nach bisherigem Ver-

ständnis nur an dem individuellen genetischen Code des Patienten orientiert. Die Einbeziehung der Biografie, der persönlichen Erlebnisse, Wünsche und Hoffnungen ist unabdingbar für eine personalisierte Medizin, die diesem Namen gerecht werden will. Zudem können Ärzte durch geschichtlich-philosophische Vergleiche und medizin-ethische Betrachtungen die eigentliche Dimension ihrer Verantwortlichkeit überdenken und ihrer Schlüsselrolle in der neuzeitlichen Medizin angemessener gerecht werden.

Eine solche Entwicklung bleibt nicht ohne Folgen für die aktuelle Struktur der Patientenversorgung und unser gesamtes Gesundheitssystem. Die demokratischere Beteiligung des Einzelnen an diagnostischen und therapeutischen Prozessen, an Therapieentscheidungen und Behandlungsabläufen erscheint zwar als fortschreitende Errungenschaft des ethischen und rechtlichen Diskurses der letzten 100 Jahre, widerspricht aber andererseits der heutigen Vorstellung von Standards und Leitlinien als Optima einer qualitätsgesicherten Versorgung.

Die Berücksichtigung individueller Vorstellungen in der Behandlung setzt eine Neugewichtung der therapeutischen Verantwortung voraus und erfordert eine selbstbewusste, mutige Beteiligung des Patienten in eigenkompetenter Rolle. Diese wird er jedoch nur einnehmen können, wenn ein Schwerpunkt des Gesundheitssystems zukünftig in der Aufklärung und Förderung der Gesundheitskompetenz liegt.

Es ist eine gesellschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabe, in einer von maximaler Informiertheit und scheinbarer Berechenbarkeit gekennzeichneten Zeit, die grundlegenden Elemente menschlicher Hoffnung auf Leben, die Akzeptanz von Gebrechlichkeit und Endlichkeit ebenso wie das Wagnis eines individuellen Lebensentwurfs und der Möglichkeit seines Scheiterns zu erkennen und als Basis einer jeden medizinischen Behandlung anzuerkennen. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Onkologie und Hämatologie
Prof. Dr. med. Elke Jäger
Telefon: (0 69) 76 01-3340



AGNES-KARLL-SCHULE

Mit guter Ausbildung dem Fachkräftemangel entgegenwirken

von Miriam Freudenberger



Miriam Freudenberger,
Schulleiterin der
Agnes-Karll-Schule

Der „Pflegernotstand“ ist zum politischen Schlagwort geworden und wird derzeit heiß in der Öffentlichkeit diskutiert. Fest steht: In Deutschland herrscht im Pflege-sektor ein sehr großer Fachkräftebedarf. Um diesen zu decken, setzt die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist auf Ausbildung. Seit fast 50 Jahren wird an der Agnes-Karll-Schule der Pflegenachwuchs für beide Stiftungskrankenhäuser ausgebildet – und das mit Erfolg!

Erfolgreicher Ausbildungsabschluss
Ende September wurde der Ausbildungsjahrgang 2014 feierlich verabschiedet. 31 Absolventen freuten sich über die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung. Besonders erfreulich: 40 Prozent des Jahrgangs schlossen mit der Note „sehr gut“ oder „gut“ ab. Die duale Ausbildung zum „Gesundheits- und Krankenpfleger“ dauert drei Jahre und endet mit einer staatlichen Abschlussprüfung.

Duales Studium als Chance
Neben der klassischen Ausbildung bietet die Agnes-Karll-Schule seit 2013 in Kooperation mit der Carl Remigius Medical School den dualen Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ an. Innerhalb von acht Semestern können die Studierenden eine Doppelqualifikation erreichen: Die Absolventen schließen mit dem Examen der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege sowie dem akademischen Abschluss Bachelor of Science ab. Die Inhalte des Studiums stellen eine wissenschaftliche Vertiefung des Lernstoffs aus der praktischen und theoretischen Ausbildung dar. In diesem Jahr erhielten die ersten vier jungen Frauen aus dem Krankenhaus Nordwest ihr Abschlusszeugnis.

Neuer Ausbildungsjahrgang und größeres Team

Anfang Oktober starteten 87 junge Menschen ihre Ausbildung, davon 15 im Bereich „Kinderkrankenpflege“ – so viele, wie noch nie. Auch 23 Vietnamesen, die im Rahmen eines Modellprojekts in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit (BA), sind unter den Auszubildenden. Die Agnes-Karll-Schule will, als erste zertifizierte Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe in der Bundesrepublik Deutschland, dem Fachkräftemangel aktiv entgegenwirken. Wir freuen uns, dass wir so viele junge Menschen für den Pflegeberuf begeistern können. Pflege ist ein eigener Zweig in der Gesundheitsversorgung, der eine hohe Qualifikation voraussetzt. Neben den vielseitigen Aufgaben warten auf die Auszubildenden hervorragende Jobaussichten und Aufstiegschancen.

Die Agnes-Karll-Schule wächst und somit auch der Bedarf an qualifizierten Dozenten, Praxisanleitern und Mentoren, die fundiertes theoretisches und praktisches Fachwissen an die Schüler vermitteln. Mit dem neuen Ausbildungsjahr starten auch fünf neue Lehrer: Nadine Milbratz, Kristina Blees, Nadine-Nicole Raske, Tanja Hofmann und Frank P. Egerer. •

Kontakt

Agnes-Karll-Schule
Miriam Freudenberger
Telefon: (0 69) 76 01-3343



KRANKENHAUS NORDWEST

Brunei Neuroscience Stroke and Rehabilitation Centre (BNSRC) – Klinikumzug verlief nach Plan

von Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé



Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé, Chefärztin der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Nordwest sowie Chefärztin und Geschäftsführende Direktorin des BNSRC

Seit Anfang des Jahres befindet sich das Brunei Neuroscience Stroke and Rehabilitation Centre (BNSRC) im neu erbauten, auf neurologische und onkologische Patienten ausgerichteten Pantai Jerudong Specialist Centre (PJSC). Zunehmende Patientenzahlen machten einen Umzug aus dem Jerudong Park Medical Centre (JPMC) in Brunei in das neue dreizehnstöckige Gebäude notwendig. In der hochmodernen Klinik mit Intensivstation, Phase-B-Rehabilitation, modernsten Exoskeletten sowie Neuro-Rehabilitation werden nicht nur Schlaganfälle, sondern alle neurologischen Erkrankungen behandelt.

Eine der wichtigsten Qualitätsmerkmale des Lebens ist der Zugang zu medizinischer Versorgung. Steigende Lebenserwartung durch erfolgreiche und neuartige Behandlungskonzepte moderner Medizin lassen die Schere weit auseinanderklaffen zwischen Regionen mit Zugang zu moderner Spitzenmedizin und Regionen, die diesen Zugang nicht haben. Neurologische Erkrankungen zählen weltweit zu den häufigsten Erkrankungen mit Todesfolge oder bleibender Behinderung.

Aufgrund der fehlenden neurologischen Akutversorgung und der fehlenden Neurologie im Sultanat Brunei Darussalam wurde im Juli 2010 das BNSRC im JPMC eine vollständige Akut-Neurologie mit Schlaganfallspezialstation, spezialisierter neurologischer Intensivmedizin, Neuro-Rehabilitation, allen erforderlichen Diagnostiklaboren, einschließlich Krankenhausadministration und Forschung von der Klinik für Neurologie und der Verwaltung der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

innerhalb von drei Monaten aufgebaut. Zudem wurde dies durch ein Telemedizinnetzwerk zwischen der Klinik für Neurologie und dem Institut für Neuroradiologie am Krankenhaus Nordwest und dem BNSRC ermöglicht. Seitdem finden täglich telemedizinische Fallkonferenzen und Lehrveranstaltung statt. Die Neuroradiologie wird unter Leitung von Prof. Dr. med. Bodo Kress, Chefarzt des Instituts für Neuroradiologie am Krankenhaus Nordwest, durchgeführt.

Der Umzug in das neue PJSC

Nach einer Bauzeit von nur knapp drei Jahren und vielen Architekturbesprechungen, nicht nur vor Ort, sondern auch telemedizinisch, war das PJSC Ende Januar 2017 bezugsfertig. Das Heidelberger Architekturbüro „Kessler De Jonge Architekten und Partner“ war wesentlich an der Planung und Umsetzung beteiligt.

Am Vorabend des Umzugs hatte man sich feierlich versammelt, um gemeinsam für das „gute Gebäude“ zu beten und dieses zu segnen. Viele Angestellte aus den verschiedensten Bereichen, wie Pflegekräfte, Verwaltungsangestellte, Ärzte, aber auch der Deputy Chairman, wohnten dieser Feierstunde bei. Innerhalb von nur zwei Tagen ist das BNSRC mit 35 Behandlungsplätzen – davon acht in der zertifizierten Stroke Unit – und den Stationen Stroke Unit, Intensiv-, Normal- und Reha-Station sowie die gesamte Diagnostik unter Leitung von Oberarzt B. Bassa ins neue Gebäude umgezogen.

Durch die dezidierte vorrausschauende Planung konnte der Umzug reibungslos während des ganz normalen Arbeitsalltags



V. l. n. r.: Prof. Dr. med. Kress, Oberarzt Bassa, Prof. Dr. med. Meyding-Lamadé und Dr. med. Kok vor dem Gebäude



PJSC – Blick vom Chinesischen Meer

vollzogen werden – obwohl es an dem Tag zur Behandlung eines lebensbedrohlichen Notfalls kam. Während die stationären Patienten nach und nach in das neue Gebäude gebracht wurden, versorgte ein Notfallteam routiniert den lebensbedrohlichen Notfall.

Nach rascher Diagnostik durch die Experten wurde der Schlaganfallpatient zügig behandelt – mit einer Door-to-Needle-Zeit von nur 14 Minuten. Durch eine zügige Lysetherapie besteht beim ischämischen Schlaganfall eine gute Prognose auf Überleben und sogar Heilung. In vielen deutschen Kliniken geht noch viel zu viel Zeit nach Einlieferung der Patienten verloren, so dass das Zeitfenster nach Symptombeginn eines Schlaganfalls bis zur Behandlung häufig zu groß ist. Eine Stroke Unit gilt als Organisationszentrale für die umfassende Versorgung von Schlaganfallpatienten. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte wie Neurologen, Kardiologen,



Ankunft der ersten Patienten im PJSC



Hybrid-OP mit Telemedizin

Neuro- und Gefäßchirurgen sowie Radiologen wird für die Patienten ein individuelles Behandlungskonzept erstellt. Dadurch steigen die Chancen, den Hirnschlag zu überleben und keine bleibenden Schäden davonzutragen, um 25 Prozent. Das Gütesiegel einer Stroke Unit erhalten nur Schlaganfallabteilungen, die bestimmte, kontinuierlich aktualisierte Qualitätskriterien erfüllen. In Deutschland gibt es rund 250 dieser Spezialeinrichtungen – eine davon am Krankenhaus Nordwest.

Seit 2010 wurden rund 7.000 Patienten in Brunei behandelt und viele Menschenleben durch modernste Schlaganfallmedizin und neurologische Intensivmedizin auf Spitzenniveau gerettet. Inzwischen ist das

BNSRC nicht nur ein Leuchtturmprojekt in Brunei, sondern es zieht bereits Medizintouristen aus Thailand und Singapur an. Die Kooperation zwischen dem Krankenhaus Nordwest und der Regierung von Brunei Darussalam, der gelungene Aufbau eines Neurologischen Zentrums mit Stroke Unit, Rehabilitation und Wissenschaft mittels Telemedizin, zeigt, dass es möglich ist, über eine große Distanz den Zugang zu deutscher Spitzenmedizin zu gewährleisten. •

Kontakt

Klinik für Neurologie
Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé
Telefon: (0 69) 76 01-3246



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Klinisches Risikomanagement

von Roland Koch-Wöhlte



*Roland Koch-Wöhlte,
Auditor für Qualitäts-
managementsysteme,
Klinischer Risikomanager,
Leiter der Abteilung
Qualitäts- und Risiko-
management der Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist*

Durch begrenzte Personal- und Zeitressourcen und immer komplexere Prozesse hat sich die Sicherstellung der Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu einer anspruchsvollen Aufgabe entwickelt. Diese steigenden Anforderungen veranlassten den Gesetzgeber über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) auch den Krankenhäusern den Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen verbindlich vorzuschreiben. Der GBA setzt damit die Vorgaben aus dem Patientenrechtgesetz um, dessen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement (QM) Anfang 2014 erstmals erweitert wurden. So müssen Krankenhäuser ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement etablieren, Mindeststandards für ein klinisches Risikomanagement erfüllen, ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem haben und an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem teilnehmen.

Fehler sind im Krankenhausalltag nicht vermeidbar

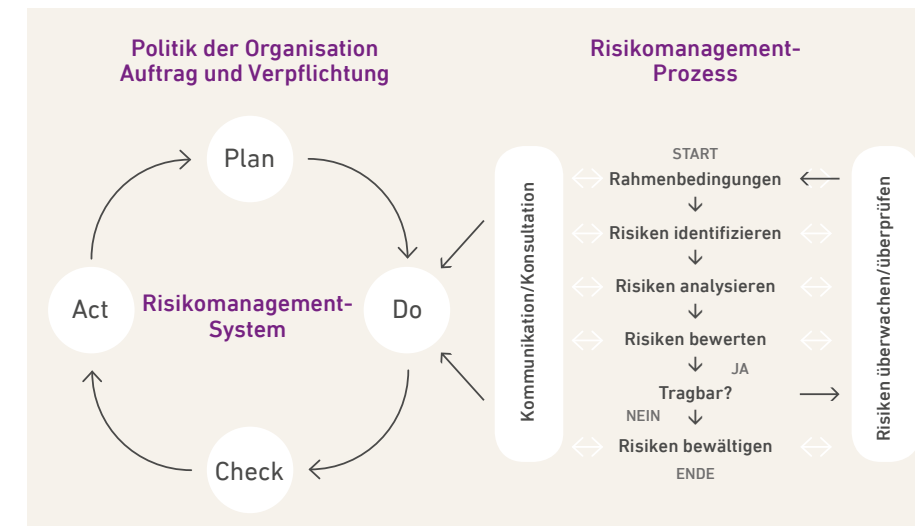
In deutschen Krankenhäusern hat man nach schwierigen Anpassungsprozessen erkannt, dass Fehler auch im Krankenhausalltag nicht zu vermeiden sind. Sie sind ein fester Bestandteil menschlichen Handelns. Aus diesem Grund ist das Auftreten von Fehlern auch im klinischen Bereich als „normal“ einzuordnen. Beispiele hierfür sind Informationsdefizite, Missverständnisse im Team, falsch ausgeführte Anordnungen, vergessene Maßnahmen, Verwechslungen und fehlerhafte Entscheidungen.

Beim klinischen Risikomanagement handelt es sich um eine Methode, in systematischer Form, Fehler oder Risiken in der Patientenversorgung zu verhindern und somit die Patientensicherheit zu erhöhen bzw. die Haftungsrisiken des Krankenhauses zu reduzieren. Unter einem Risiko-

managementsystem versteht man dementsprechend die Gesamtheit aller organisatorischen Maßnahmen, die zur Erkennung, Analyse und Verhinderung von Risiken getroffen werden.

Gründe für die Einführung eines klinischen Risikomanagements sind neben den Sicherheitsaspekten für Patienten auch die Wirtschaftlichkeit – Fehler sind teuer – und die teils stark gestiegenen Versicherungsbeiträge. Die Themen „Patientensicherheit und Risikomanagement“ werden in den Krankenhäusern derzeit noch sehr unterschiedlich gehandhabt. In vielen Einrichtungen wurden Teilsysteme und Instrumente eingeführt, um mit den identifizierten Risiken umzugehen. Ein systematischer Ansatz steht hierbei nicht im Vordergrund. Es wird versucht, mit schriftlichen Anweisungen die Risiken zu beherrschen.

Eine deutlich wirksamere, aber auch aufwendigere Herangehensweise ist die Einführung eines Risikomanagementsystems. Damit erst können die vielen Elemente des Risikomanagements geordnet und koordiniert werden. Das heißt, es befähigt die Organisation, mit Risiken umzugehen. Die Abbildung „Risikomanagement-Prozess“ verdeutlicht dies. Der Risikomanagement-Prozess beinhaltet den Prozess der systematischen und laufenden Risikoanalyse. Ziel der Risikoidentifikation ist die frühzeitige Erkennung von „den Fortbestand der Organisation gefährdenden Entwicklungen“, d. h. die möglichst vollständige Erfassung aller Risikoquellen, Schadensursachen und Störpotenziale. Für einen effizienten Risikomanagement-Prozess kommt es darauf an, dass Risikomanagement als kontinuierlicher Prozess – im Sinne eines Regelkreises (siehe Abbildung „Risikomanagement-Prozess“) – in die Unternehmensprozesse integriert wird.



Risikomanagement-Prozess

Eine Schlüsselstelle im gesamten Risikomanagement-Prozess nimmt die Risiko-steuerung und -kontrolle ein. Diese Phase zielt darauf ab, die Risikolage des Unternehmens positiv zu verändern bzw. ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Chance und Risiko zu erreichen, um den Unternehmenswert zu steigern. Die Risikosteuerung und -kontrolle umfasst alle Mechanismen und Maßnahmen zur Beeinflussung der Risikosituation. Ziel ist die Verringerung der Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder des Schadensausmaßes.

Klinisches Risikomanagement in den beiden Krankenhäusern der Stiftung

Den Umgang und auch die Handhabung von Risiken praktizieren wir im Rahmen unseres Qualitätsmanagementsystems schon seit mehreren Jahren. Die internen Audits sowie ein konventionelles Fehlermeldesystem dienen der Informations-sammlung. Auch zu dieser Zeit haben wir bereits Risiken und auch Maßnahmen zu deren Bewältigung schriftlich festgelegt. Weiterentwickelt haben wir uns durch die Einführung der Software Intrafox mit den nachfolgenden Modulen, die uns als Instrumente für unser Risikomanagement wie folgt zur Verfügung stehen:

Critical Incident Reporting System (CIRS)

Die CIRS-Fallmeldungen erfolgen anonym und strukturiert über ein elektronisches Erfassungsportal im Intranet. Die abgefragten Inhalte können dabei von der Beschreibung des Ereignisses über Verbesserungsvorschläge und bereits getrof-

fene Maßnahmen bis zu möglichen Ursachen wie persönlichen Faktoren, System- oder Teamfaktoren reichen. Über eine Vorgangsnummer kann der Meldende den Status und das Ergebnis seiner CIRS-Meldung jederzeit anonym nachvollziehen. Die CIRS-Fallmeldung wird in Intrafox von einem Mitarbeiter des zentralen Qualitätsmanagements anonymisiert und de-identifiziert. Bei der Anonymisierung werden personenbezogene Daten ersetzt, bei der De-Identifikation werden Informationen, welche Rückschlüsse auf einen einzelnen Mitarbeiter oder auf einen Patienten erlauben, abstrahiert.

Da ein wichtiger Aspekt des CIRS auch das Lernen aus Fehlern ist, präsentieren wir interessante Fälle anonymisiert auf der internen Plattform dieser Software. Zudem veröffentlichen wir ausgewählte Meldungen im Internet über die externe Plattform CIRS Health Care. Bei CIRS Health Care handelt es sich um ein klinikübergreifendes Critical Incident Reporting System. Dabei tauschen Krankenhäuser einrichtungsübergreifend interessante CIRS-Vorgänge und bereits erprobte Maßnahmen aus. Zusätzlich erhalten teilnehmende Einrichtungen Analysen vom Expertenteam und Zugriff auf Handlungsempfehlungen sowie Präventionsmittel.

Beschwerdemanagement

Auch unser Lob- und Beschwerdemanagement betreiben wir seit mehreren Jahren IT-gestützt mit der gleichen Software wie dem oben genannten CIRS. Die diesbezüg-

lichen Patientenrückmeldungen werden ebenfalls durch einen Mitarbeiter des zentralen QM entgegengenommen, gemeinsam mit den Verantwortlichen der Kliniken analysiert und, wenn erforderlich, Maßnahmen zur Verbesserung abgesprochen. Mit Unterstützung der Software lässt sich der gesamte Schriftwechsel zeitsparend durchführen.

Schadenfallmanagement

Auch bei der strukturierten Bearbeitung von Haftpflichtschäden unterstützt uns die gleiche Software. Aber auch über dieses Instrument identifizieren wir Risiken, welche wir ebenfalls in den oben genannten Risikoprozess miteinbeziehen. Weitere Informationen zum Thema Patientensicherheit erhalten wir über interne und externe Audits, Fallbesprechungen, unser Hygienemanagement und durch die Analyse von Zufriedenheitsbefragungen. Aus allen diesen Informationen identifizieren wir gemeinsam mit den Verantwortlichen der Kliniken die resultierenden Risiken. Diese werden von uns hinsichtlich der Eintrittswahrscheinlichkeit bzw. Häufigkeit und der möglichen Auswirkung kategorisiert. Diese Bewertung erfolgt unter der Betrachtung der ungünstigsten, aber doch vorstellbaren Auswirkung. In der Terminologie des Risikomanagements ist die englische Bezeichnung „Credible Worst Case“ sehr verbreitet. Nach gründlicher Analyse der zuvor beschriebenen Bewertung werden risikominimierende oder -vermeidende Maßnahmen in Absprache mit den Verantwortlichen der Kliniken festgelegt oder angepasst.

In der weiteren Entwicklung unseres klinischen Risikomanagements beschäftigen wir uns mit einer umfassenden Erfassung von Risiken in allen Bereichen auch über die medizinischen Fachbereiche hinaus. Die Festlegung einer Risikostrategie sowie die Etablierung eines Controlling-Systems zur Steuerung des gesamten Prozesses sind weitere Vorhaben der Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement. •

Kontakt

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Qualitäts- und Risikomanagement
Roland Koch-Wöhlte
Telefon: (0 69) 21 96-3373



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Eltern werden ist nicht schwer – Eltern sein dagegen sehr!

von Kerstin Flöhr



Kerstin Flöhr,
Pflegebereichsleitung der
Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe am
Hospital zum Heiligen Geist

Das Hospital zum Heiligen Geist bietet mit seiner Elternschule ein vielfältiges Programm rund um die Geburt eines Babys an, das es jungen Eltern erleichtert, sich auf die Geburt vorzubereiten, mit der neuen Lebenssituation umzugehen und sich mit dem Zusammenleben und der Pflege eines Säuglings vertraut zu machen.

Während der Schwangerschaft können sich junge Paare beim Infoabend für werdende Eltern und im Geburtsvorbereitungskurs auf das freudige Ereignis vorbereiten. Nach der Geburt bietet das Hospital zum Heiligen Geist neben der Nachsorgesprechstunde direkt nach der Geburt die Stillambulanz mit Unterstützung und Beratung für junge Mütter rund um das Thema Stillen an. Es stehen Säuglingspflegekurse, Tragetuchschule, Rückbildungsgymnastik, Beckenbodentraining, Lasertherapie bei wunden Brustwarzen, Kinesiologisches Taping und Babymassage auf dem Programm. Im Rahmen der Thementage „Beikost“ wird die Ernährung des Babys nach der Stillzeit erklärt.

In der Elternschule bekommen junge Eltern von erfahrenen Hebammen und Kinderkrankenschwestern Sicherheit und nützliche Tipps für einen souveränen Umgang mit dem neuen Familienmitglied.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.hospital-zum-heiligen-geist.de/medizinische-einrichtungen/gynaekologie-und-geburtshilfe •

*Die Elternschule am
Hospital zum Heiligen Geist
hilft jungen Eltern, leichter
in die neue Rolle hinein-
zuwachsen.*



Kontakt

Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Kerstin Flöhr
Telefon: (0 69) 21 96-2770



KRANKENHAUS NORDWEST

Tag der offenen Tür der Geburtsstation am Krankenhaus Nordwest

Am 16. September 2017 fand der Tag der offenen Tür in der Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest statt.

Das neue Kreißsaalteam – bestehend aus Ärzten, Hebammen und Kinderkrankenschwestern – lud ein, das vielfältige Angebot und die Räumlichkeiten der Geburtshilfe in aller Ruhe kennenzulernen. Neben individuellen Gesprächen und Rundgän-

gen durch die Kreißsäle und die Wochenbettstation erfuhren Besucher an Informationsständen Wissenswertes rund um Themen wie Stillen, Akupunktur und Säuglingspflege. Zudem bestand die Möglichkeit, den eigenen Schwangerschaftsbauch durch einen Gipsabdruck für die Ewigkeit festzuhalten. Aber auch auf die kleinen Gäste wartete ein abwechslungsreiches Programm mit Kinder-

schminken und Luftballontieren. Werden- de Eltern konnten sich zudem über das vielfältige Kursprogramm sowie das neue Angebot „Stillambulanz“ informieren. Die Stillambulanz ist ein kostenfreies Nachsorgeangebot für Frauen, die im Krankenhaus Nordwest entbunden haben und keine Hebamme für die Nachbetreuung zu Hause finden konnten.





STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST



Stiftungssenior Stefan Majer und Stiftungsdirektor Tobias Gottschalk bei der Begrüßung

Mitarbeiterfest 2017

1267 Anno Dazumal

Am 8. Juni 2017 fand auf dem Gelände vor dem Hotel am Krankenhaus Nordwest das gemeinsame Mitarbeiterfest aller Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist statt.

Es ward die frohe Kunde von der großen Feyerey der Mägde und Knechte mit Speis und Trank überbracht. Auf dass mit großer Freud getanzet und gelachtet wurde. Allen Mägden und Knechten wurde ein guder Schmaus und Glück bei der großen Tombola zuteil.



Ruben Müller, Stefan Majer, Tobias Gottschalk



Mitarbeiter der Intermediate Care Unit



Mittelalterliche Musikanten sorgten für Stimmung



Das Team der Operativen Intensivstation



Zwei Köche im Einsatz



Dr. med. Wolfgang Merkle und Claas Drefahl



Dagmar Lavi, Monika Horlebein, Dr. med. Gerd Neidhart



Mitglieder der mittelalterlichen Tanzgruppe



Philipp Tibitz und Mandy Wagner





Bewohner der Seniorenstifte informieren sich über die geplanten Baumaßnahmen

Beginn der Baumaßnahmen und Verabschiedung des Bereichsleiters Frank P. Egerer

Am 29. September fand die Veranstaltung anlässlich des Beginns der Bauarbeiten am Seniorenstift Hohenwald und der Verabschiedung von Frank P. Egerer statt.

Der erste Bauabschnitt umfasst u. a. die Neuorganisation der Wohnbereiche in kleinere Wohngruppen, die Vergrößerung zentraler Gemeinschaftsbereiche zu einer „Neuen Mitte“ mit einem Tante-Emma-Laden und einem Friseurstübchen sowie die Errichtung eines Sinnesgartens für Menschen mit Demenz. Geplant sind zudem eine Modernisierung der Zentralküche, die Verlagerung von Parkplätzen zur Verkehrsberuhigung sowie die Aufsto-

ckung eines Hauses um ein zweites Obergeschoss zur Erweiterung von Altenwohnappartments. Der erste Bauabschnitt soll bis Mitte 2018 abgeschlossen werden. Erst anschließend findet die Schließung des Seniorenstiftes Kronthal und der damit verbundene Umzug der Bewohner nach Hohenwald statt.

Im zweiten Abschnitt ist ein Neubau mit insgesamt 32 Seniorenwohnappartments vorgesehen. Dieser soll zwischen Ende 2019 und Anfang 2020 fertiggestellt werden. Daran anschließend soll eine bestehende Altenwohnanlage durch einen Neubau ersetzt werden.

Mit der Bestandssanierung wird ein spezialisiertes Wohngruppenkonzept eingeführt, um dem sehr unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsbedarf und den individuellen Bedürfnissen der Bewohnergruppen noch stärker gerecht zu werden. So werden wesentliche Elemente des Tagesablaufs in das unmittelbare Umfeld der Bewohner zurückgebracht, zum Beispiel das gemeinsame Kochen. Hierfür verfügen alle Wohngruppen nach den Umbauarbeiten über eigene Wohnbereichsküchen mit Aufenthaltsraum. Innerhalb der Gruppen wird jedem Bewohner eine Bezugspflegekraft zur Seite gestellt.



Schlüsselübergabe an die beiden Einrichtungsleiterinnen



V.l.n.r.: Klaus E. Temmen, Mariá Kinka, Frank P. Egerer, Daisy Kohen, Tobias Gottschalk



Mit dem Beginn der Baumaßnahmen stehen auch personelle Veränderungen an. Der derzeitige Bereichsleiter der Seniorenstifte, Frank P. Egerer, der auch examinierter Altenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe und Diplom-Pädagoge ist, folgt einem Ruf an die Agnes-Karll-Schule der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt. Dort wird er künftig als Pflegepädagoge tätig sein. Frank P. Egerer arbeitet seit dreizehn Jahren für die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist – seit 2009 als Bereichsleiter Seniorenstifte und Einrichtungsleiter des Seniorenstiftes Hohenwald. Zukünftig übernimmt Christian Schug kommissarisch die Leitung der Seniorenstifte und wird von Mariá Kinka, in ihrer Funktion als Pflegedienst- und Heimleiterin in Kronthal, und Daisy Kohen als neue Einrichtungsleiterin in Hohenwald unterstützt.



Christian Schug und Frank P. Egerer





STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST



Musikalische Begrüßung am Flügel – Dr. med. Gerd Neidhart, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Hospital zum Heiligen Geist

STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist feiert 750-jähriges Jubiläum

26. Oktober – Mit einem Festakt im Kaisersaal des Römers feierte die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ihr 750-jähriges Jubiläum. Vor 300 geladenen Gästen würdigten der Gastgeber Oberbürgermeister Peter Feldmann, der Hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner und der Senior des Pflamts der Stiftung, Stadtrat Stefan Majer, die Leistungen der 1267 erstmals urkundlich erwähnten Institution. Die Stiftung ist eine der ältesten sozialen Einrichtungen der Stadt Frankfurt am Main.

Teil der großen Frankfurter Stiftungs-familie

Oberbürgermeister Peter Feldmann begrüßte die Gäste und betonte in seinem Grußwort das Engagement der Frankfurter Bürger seit dem Mittelalter: „In Frankfurt gibt es über 600 Stiftungen. Wir gehören zu den Städten mit den meisten Stiftungen pro Einwohner. Das Goldene Buch der Stiftungen, in das sich Stifter der Stadt eintragen können und dies auch heute noch tun, ist bundesweit einzigartig. Die

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist zählt zu den ältesten in unserer Stadt und ist damit Wegbereiter unseres sozialen Frankfurts. Heute zählt sie zu den großen Institutionen der Gesundheitspflege in Frankfurt mit den beiden Krankenhäusern, der Agnes-Karll-Schule für Pflegeberufe, dem Fachärzteezentrum sowie Altenhilfeeinrichtungen.“

Unterstützung des staatlichen Auftrags

Hessens Gesundheitsminister Stefan Grüttner bedankte sich für das Engagement der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist: „Stiftungen sind aus einem funktionierenden Gemeinwesen nicht mehr wegzudenken und mehr denn je sind wir auf das ehrenamtliche Engagement unserer Bürgerinnen und Bürger und dabei insbesondere auf die vielfältigen gemeinnützigen Stiftungen angewiesen.“

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen

„Wir haben den Anspruch, die enormen Fortschritte der modernen Medizin den

Menschen, die darauf angewiesen sind, zur Verfügung zu stellen“, stellte Stadtrat Stefan Majer, Senior des Pflamts der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, in seinem Grußwort fest. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, stehe die Stiftung vor der Aufgabe, das medizinisch-pflegerische Angebot stets mit der ökonomischen Seite in Einklang zu bringen und trotzdem dem medizinischen Fortschritt auf hohem Niveau gerecht zu werden.

Aufgaben und heutige Struktur

Die Aufgaben der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist sind von jeher die Pflege und Versorgung Kranker und Bedürftiger. Im Mittelalter bezog sich die Fürsorge insbesondere auf Mägde, Knechte und Reisende, die die Messestadt Frankfurt besuchten. Heute haben alle Menschen Anspruch auf medizinische, pflegerische und berufsbildende Leistungen der Stiftungsunternehmen.



Oberbürgermeister Peter Feldmann begrüßt die Gäste



Hessischer Minister für Soziales und Integration Stefan Grüttner



Stadtrat Stefan Majer, Senior des Pflamts



Dr. phil. Oliver Ramonat, Historiker



Podiumsdiskussion „Medizin, Pflege, Management – Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in der Zukunft“ Moderator: Detlef Hans Franke, Geschäftsführender Gesellschafter FuP Kommunikations-Management GmbH, Teilnehmer der Gesprächsrunde: Tobias Gottschalk, Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, Dagmar Lavi, Pflegedirektorin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, Prof. Dr. med. Elke Jäger, Chefin der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest



Neues aus der Stiftung



Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé

Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé, Chefärztin der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Nordwest und Chefärztin des Brunei Neuroscience Stroke and Rehabilitation Centre in Brunei Darussalam, wurde zum Member des Board of Directors des National Heart Centre in Brunei berufen. Das National Heart Centre Brunei ist auf die Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen des Herzens spezialisiert und bietet eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.



Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, Chefarzt des Zentralinstituts für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Krankenhaus Nordwest, wurde zum Frankfurter Kongress-Botschafter ernannt. Mit dieser Auszeichnung würdigt die Tourismus und Congress GmbH der Stadt Frankfurt das ehrenamtliche Engagement zur Positionierung Frankfurts als internationale Kongress- und Tagungsdestination.



Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA) hat Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle auf der 46. Jahrestagung im September 2017 in Berlin mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet. In seiner Laudatio hob Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs, Chefarzt der Klinik für Gefäßmedizin am Klinikum Darmstadt, das herausragende Engagement von Prof. Hach-Wunderle bei der Implementierung der interdisziplinären Gefäßzentrumszertifizierung und der erfolgreichen Leitlinienarbeit hervor.



Priv.-Doz. Dr. med. Akin Atmaca

Nach erfolgreicher Habilitation im Fach „Innere Medizin“ zum Thema „Vergleich platinhaltiger, palliativer Chemotherapie-Regime beim metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom und Validierung des Östrogen-Rezeptor (ESR1) als prognostischer Biomarker“ erhielt Dr. med. Akin Atmaca die Lehrbefugnis (venia legendi) und wurde nach seiner Antrittsvorlesung Ende Juni 2017 zum Privatdozenten der Medizinischen Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt am Main ernannt.



Christian Schug

Christian Schug, Leiter der Unternehmensentwicklung der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, ist seit Kurzem Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ) e.V. Als kaufmännischer Leiter des Fachärzteezentrums Frankfurt ist er schon lange bei der Interessenvertretung für Medizinische Versorgungszentren aktiv.



Daisy Kohen

Seit Oktober 2017 ist die examinierte Altenpflegerin Daisy Kohen Einrichtungsleiterin im Seniorenstift Hohenwald. Sie hat ihre Ausbildung in der Altenpflege 2005 abgeschlossen und war in verschiedenen stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten als Altenpflegerin bis hin zur Pflegedienstleiterin tätig. Sie übernimmt die Position von Frank P. Egerer.

Außerdem feiern 2017 Dienstjubiläum



Gabriele Bluman
Ute Dalski
Michael Härtel
Maria Hefke
Carmen Horstmann
Ute Janse
Gisela Levy
Uta Loderstädt
Monika Schulze
Edith Witt



Christina Bolog
Concetta Cancellieri
Christina Djordjevic
Sultana Markovic
Achim Ritz
Martina Spengler-Greim



Bettina Cornel
Bekira Delalic
Merita Demiri
Mahija Dolovac
Alicia Domingues Duarte Schröder
Danica Dukic
Snjezana Geisel
Nicole Hammann
Steffi Hanika-Mikolajetz
Ines Hardert
Evelin Heinz
Wolfgang Heurich
Christian Janik
Gabriele Kiesewetter
Annemarie Kondziella
Elzbieta Kowalczyk

Bakir Krndzija
Mario Krsnic
Heidi Linne
Jasna Lovric
Renata Mandic
Zoran Marcius
Ankica Maric
Sifet Memic
Nada Milunovic
Susanne Müller
Liane Müller-Herfort
Antje Neumann
Blanche Nicolai
Akram Pahlevani
Michaela Petzold
Doris Ramb

Birgit Reichmann
Dorothea Riefer
Monika Schiltz
Hildegard Seelisch
Barbara-Beate Shafiei-Mahryar
Anka Sonntag
Dzemail Sulejmani
Monika Uhlig



Doreen Arnold
Sultana Badzovic
Armin von Bergen
Sandra Bergmann
Milica Bilonic
Divna Celakova
Isabella Fehlau
Sissi Henneberg
Tanja Janschak
Monika Klühs
Peter Laps
Kristina Möller
Andrea Mudrich

Manuela Pfauz
Kristin Pieritz
Corinna Pohle
Susanne Rohländer
Angela Schmidt
Ursula Schmidt
Tanja Stapf
Heike Trippen

Klaus Engel persönlich gefragt

Klaus Engel ist stellvertretender Pflegedirektor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und für die Mitarbeiter der Pflege im Hospital verantwortlich. Er arbeitet seit 20 Jahren für die Stiftung. Nach einer Ausbildung zum Industriekaufmann ist er durch den Zivildienst auf den Krankenpflegeberuf gekommen und arbeitete in Führungspositionen verschiedener Kliniken. Der Bad Homburger ist Vater von drei Söhnen und spielt in seiner Freizeit Gitarre in den Bands Chordjacks und Clover. Seine Freizeit bringt er am liebsten mit seiner Familie und unternimmt gerne Fahrradausflüge im Rhein-Main-Gebiet. Wir haben ihm einige persönliche Fragen gestellt:

Ihre Lieblingsbeschäftigung? *Ich bin leidenschaftlicher Familienvater, Hobbymusiker, Rad-, Motorrad- und Skifahrer.*

Ihr Lieblingsort? *Ich lebe gerne in Bad Homburg, freue mich aber auch über Ausflüge nach Frankfurt und ins Rhein-Main-Gebiet.*

Welche Fehler entschuldigen Sie am ehesten? *Fast alle, denn aus Fehlern lernt man am nachhaltigsten.*

Ihre Lieblingsmusik? *Ich höre eigentlich alles mit Interesse, am liebsten mag ich Folk-Rock und Singer-Songwriter.*

Was schätzen Sie bei ihren Freunden am meisten? *Zuverlässigkeit und Humor.*



Ihr größter Fehler? *Fällt mir kein besonderer ein, vielleicht kommt der noch.*

Ihr Traum vom Glück? *Frieden, Familie, Freunde, Musik und dass es anhält.*

Ihr Lieblingsschriftsteller? *Definitiv: T. C. Boyle (alles gelesen).*

Ihr Hauptcharakterzug? *Gelassenheit, gute Nerven, Menschenfreund.*

Ihr Lieblingsfilm? *Da fallen mir zu viele ein...*

Ihr Lieblingessen? *Italienische Küche.*

Benefizregatta der Stiftung Leben mit Krebs e. V.

Die Stiftung Leben mit Krebs e. V. rudert seit 2005 für den guten Zweck. Die traditionelle Benefizregatta gilt als Aushängeschild der Stiftung und hat sich mittlerweile zum festen Saisonprogramm vieler deutscher Städte etabliert. Am 24. September 2017 traten Mannschaften aus Wirtschaft, Gesellschaft,

Krankenhaus- und Klinikpersonal in Offenbach auf dem Main gegeneinander an. Das Krankenhaus Nordwest war mit den Booten „Brumsumsel“ (Markus Feick, Jennifer Heubach, Laura Tibitanzl, Philipp Tibitanzl), die die Meisterklasse gewan-

nen, den „Nordpiraten“ (Dr. med. Petra Maksan, Prof. Dr. med. Jörg B. Engel, Martin Grexa und Till Heidsieck) und den „Nordis auf Durchzug“ (Lena Borth, Denise Preßler, Christina Schmiedel, Andrea Baecker) sehr gut vertreten. Alle Teams haben in ihren Booten eine tolle Mannschaftsleistung abgeliefert!

Ehrenamtsmesse im Römer

Die Unternehmen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist sind auf die Unterstützung durch ehrenamtliche Mitarbeiter angewiesen. Daher präsentierte sich die Stiftung auf der Ehrenamtsmesse im Frankfurter Römer am 16. September mit allen Angeboten für Menschen, die sich für andere engagieren möchten. An einer ehrenamtlichen Tätigkeit Interessierte können sich gerne unter Telefon: (069) 7601-3207 melden. Wir informieren Sie gerne!



Stiftungsgeflüster

Drachenbootrennen am Museumsuferfest

Auch in diesem Jahr war die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist wieder mit einem 18-köpfigen Team beim traditionellen Drachenbootrennen am 26. August im Rahmen des Museumsuferfests dabei. Im ersten Durchgang paddelte die Mannschaft auf den sensationellen 2. Platz – und hatte dabei zwei Paddler weniger als die anderen Boote! Im zweiten Rennen landete das Team auf dem 4. Platz, der aber mit einer Differenz von nur zwei Hundertstel Sekunden ein gefühlter 3. Platz war. Bei bestem Wetter war die Stimmung hervorragend und zum Schluss stießen die Mitstreiter auf das Kommando „alle in die Auslage“ mit einem kühlen Getränk an.



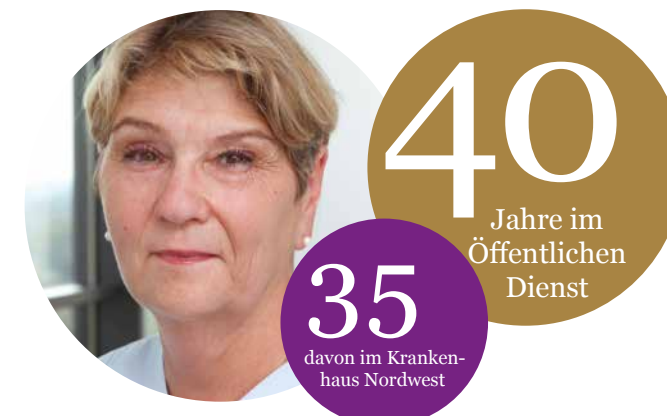
Carmen Horstmann von Station 10 feiert Dienstjubiläum

Am 1. Oktober feierte Carmen Horstmann ihr 40-jähriges Jubiläum im Öffentlichen Dienst. In diesem Jahr ist sie darüber hinaus seit 35 Jahren Mitarbeiterin im Krankenhaus Nordwest.

Nach einem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) 1972 in Berlin stand ihr Berufswunsch fest: Krankenpflegerin. Die Ausbildung absolvierte sie am Städtischen Klinikum Höchst, wo sie auch erste Berufserfahrung auf der chirurgi-

schen Intensivstation sammelte, bis sie eine berufliche Pause nach der Geburt des zweiten Kindes einlegte. 1982 ist sie zunächst als Aushilfe, ab 1984 dann unbefristet als Pflegekraft im Krankenhaus Nordwest tätig und hat viele Stationen durchlaufen. Heute arbeitet sie auf Station 10. Ein wichtiger Abschnitt ihrer beruflichen Laufbahn war ihr Engage-

ment als Betriebsratsvorsitzende von 2000 bis 2007, 2010 hat sie sich ganz aus dem Betriebsrat zurückgezogen. Wir gratulieren herzlich zum Jubiläum und wünschen Carmen Horstmann weiterhin alles Gute.



Das Team der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist beim B2Run am 4. Juli in der Commerzbank-Arena. Der Lauf geht über 6,2 km rund um das Stadion im Frankfurter Stadtwald. Highlight ist immer der Zieleinlauf in das Stadion und die Siegerehrung vor grandioser Kulisse.



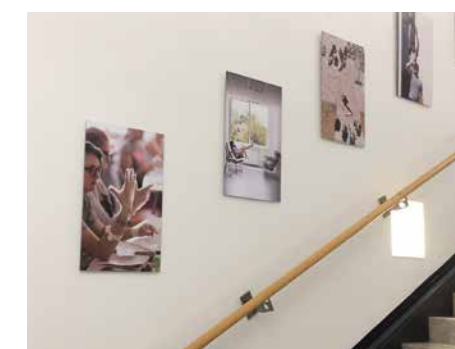
Mainova Frankfurt-Marathon 2017 – Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist war am 29. Oktober mit vielen Einzelläufern und zwei Staffeln beim diesjährigen Mainova Frankfurt Marathon vertreten. Alle Läufer erreichten erfolgreich das Ziel: das Finale in der Festhalle an der Messe! Wir gratulieren allen herzlich zu dieser tollen Leistung!

750-Jahre Stiftung – Vernissage „Die Stiftung heute“

Am 27. September wurde die Sonderausstellung „Die Stiftung heute“ feierlich mit einer Vernissage eröffnet. Die Fotoreihe im Treppenhaus der Kunsttreppe war vom 27. September bis 1. November im Hospital zum Heiligen Geist für die Öffentlichkeit zugänglich.

Zum 750-jährigen Jubiläum der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist hat der Fotograf Thorsten Jansen Momente aus

dem Alltag der verschiedenen Einrichtungen der Stiftung fotografisch festgehalten. Der Betrachter erhält scheinbar zufällige Einblicke, beobachtet Menschen in intimen Momenten und ist nah am Arbeitsalltag der unterschiedlichsten Berufsgruppen. Die Ausstellung porträtiert die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist heute als modernes Unternehmen im Gesundheitswesen in Frankfurt und dem Rhein-Main-Gebiet.





STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Steinbacher Hohl 2-26
60488 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 76 01-3204

www.stiftung-hospital-zum-heiligen-geist.de