



DIE STIFTUNG



Das Magazin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihrer Unternehmen

Ausgabe 1 · 2020

TOP-THEMA

Onkologische Sporttherapie

Auf dem Weg in die Regelversorgung
S. 14

Medizin, Forschung und Innovation

Schatten auf der Lunge –
Die Angst vor Lungenkrebs
S. 20

Komplementäre Medizin bei
Endometriose
S. 30

Unterschriftsreif?
Die elektronische Signatur
S. 42

IM GESPRÄCH
mit Dr. med.
Rafaela Korte:
„Alle machen hier einen
sehr guten Job“

S. 10



SPENDENAUFTRUF

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.

Dr. Rafaela Korte
Direktorin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Redaktionsleitung

Brigitte Ziegelmayer
Leitung Unternehmenskommunikation

Gestaltung

Astrid Kehry

Ausgabe 1 · 2020

© Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Druckerei

C. Adelman GmbH, Frankfurt am Main

Fotografien

Thorsten Jansen – www.tjansen.com: Coverbild, Seiten 10/11

Fotolia: Axel Jahns Seite 2, abasler Seite 31

Porträts von Angela Jakob: Seiten 3, 14, 18, 20, 23 (links), 26, 30, 34, 38, 49 (erstes und drittes von oben)

Astrid Kehry: Seiten 15 (oben, unten rechts), 44/45, 46, 47, 48

Krankenhaus Nordwest: Seiten 15 (unten links), 16

Adobe Stock: Nopphon Seite 21, stockdevil Seite 22, Gajus Seiten 24/25, Yakobchuk Olena Seite 32 (links), Natalia Lisovskaya Seiten 32/33 (Mitte), Helmut Seite 33 (rechts), boonchok Seite 37, cameravit Seite 43, Drobot Dean Seite 51 (unten)

Dr. med. Katja Walesch (privat): Seite 23 (rechts)

CSI cardiovascular systems Inc.: Seite 28

archive.org: Seiten 38, 39

Skadi Stahlberg: Seiten 40, 41

Dr. med. Michael Schroth (privat): Seite 42

Dr. med. Moustafa Elshafei, Marcel Rachel (privat): Seite 49

Lukas Kalisz (privat): Seite 50 (oben)

Team Women's run (privat): Seite 50 (unten)

Miriam Freudenberger (privat): Seite 51 (oben)

Liebe Leserinnen und Leser,



*Dr. med. Rafaela Korte,
Direktorin der Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist*

seit September 2019 bin ich die neue Hospitalmeisterin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und die Geschäftsführerin der Tochtergesellschaften. In den vergangenen Monaten gab es viel zu tun und ich blicke gespannt und zuversichtlich auf die Herausforderungen, die das Jahr 2020 bringt. In einem ausführlichen Interview (Seite 10) gebe ich Ihnen einen Überblick über die anstehenden Themen. Freuen Sie sich mit mir gemeinsam auf die aktuelle Ausgabe 1/2020 unseres Magazins Die Stiftung.

Körperliche Bewegung und Sport haben vielfältige positive Wirkungen, wenn sie begleitend zu einer Krebstherapie eingesetzt werden. Therapiebedingte Nebenwirkungen wie zum Beispiel das bei nahezu allen Patienten beobachtete Müdigkeits-Syndrom (Fatigue) werden durch regelmäßige körperliche Bewegung wesentlich erleichtert. Dennoch gibt es derzeit noch keine flächendeckende Versorgungsstruktur für diese hoch wirksame Unterstützungsmaßnahme. In unserer Rubrik TOP-Thema stellen Prof. Elke Jäger und Dr. Katharina Graf die onkologische Sport- und Bewegungstherapie als relevante Komponente der onkologischen Regelversorgung vor (Seite 14). Übrigens: Ein Netzwerk-Projekt, das am Krankenhaus Nordwest seit kurzem von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird.

Ebenfalls von der Deutschen Krebshilfe unterstützt wird die von Ärzten und Wissenschaftlern des Krankenhauses Nordwest ins Leben gerufene deutschlandweite Studie zur interdisziplinären Behandlung des Magenkrebses. Prof. Salah-Eddin Al-Batran und Priv.-Doz. Dr. Thorsten Götze stellen die Studie, die möglicherweise auch für andere Krebsarten mit Bauchfellmetastasen relevant ist, in diesem Heft auf Seite 18 vor.

Endometriose betrifft rund 10 Prozent der Frauen in Deutschland und gehört damit zu den häufigsten gutartigen Erkrankungen. Welche Alternativen es zu den operativen und hormonellen Therapien gibt, beschreiben Prof. Jörg B. Engel, Prof. Hans-Rudolf Tinneberg und Alin Stefan Constantin in ihrem Artikel „Komplementäre Medizin bei Endometriose – Humbug oder ernstzunehmende Therapie?“ (Seite 30).

Einen historischen Abriss zur Entwicklung der Schmerztherapie gibt Skadi Stahlberg, Oberärztin an der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, in ihrem Artikel „PDA, SPA, ISB & Co. – Die Geschichte neuroaxialer und peripherer Leitungsanästhesie“ (Seite 38).

Aus der Stiftungsverwaltung informiert Dr. Michael Schroth, Stv. Abteilungsleiter IT, in seinem Bericht auf Seite 42 über die technischen, organisatorischen und rechtlichen Aspekte der elektronischen Signatur. Eine Pilotierung dieses Projekts ist in diesem Jahr im Krankenhaus Nordwest geplant und wird nach erfolgreichem Test eingeführt. Sie sehen, es bewegt sich viel in unserer Stiftung!

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und uns allen einen beschwingten Start ins Jahr 2020.

Ihre



Dr. med. Rafaela Korte,
Direktorin 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 rund 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 13 Kliniken und sechs 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 großgeschrieben.



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 die Dienstleistungen 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 hier 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

Im Gespräch: Alle machen hier einen sehr guten Job – Die beste Voraussetzung, um die Stiftung und ihre Unternehmen zukunftssicher zu machen	10
--	----

Top-Thema: Onkologische Sport- und Bewegungstherapie – Auf dem Weg in die Regelversorgung	14
--	----

Medizin, Forschung und Innovation Deutsche Krebshilfe fördert Studie zur interdisziplinären Behandlung des Magenkrebses	18
---	----

Schatten auf der Lunge – Die Angst vor Lungenkrebs	20
--	----

Im Gespräch: „Diagnose Krebs ... und wohin mit meinen Gedanken?“ Kreatives und heilsames Schreiben – Ein neues Angebot der Klinik für Onkologie	23
---	----

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	26
---	----

Komplementäre Medizin bei Endometriose – Humbug oder ernstzunehmende Therapie?	30
--	----

Behandlung chronisch depressiver Patienten in einer psychosomatischen Tagesklinik	34
---	----

PDA, SPA, ISB & Co. Die Geschichte neuroaxialer und peripherer Leitungsanästhesie	38
--	----

Unterschriftsreif? Die elektronische Signatur	42
---	----

Pasteis de Natas oder Brezeln – Weißbier oder Vinho Verde? Ein Portugiese als Fachpflegekraft in Deutschland	44
---	----

Veranstaltungen	46
------------------------	----

Personalien	49
--------------------	----

Stiftungsgeflüster	50
---------------------------	----



Lungenkrebszentrum am Krankenhaus Nordwest von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert

Das Lungenkrebszentrum am Krankenhaus Nordwest wurde vom Zertifizierungsinstitut OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erfolgreich zertifiziert. Mit der Zertifizierung bestätigt OnkoZert die hervorragende Behandlungs- und Versorgungsqualität bei Krebserkrankungen der Lunge am Krankenhaus Nordwest. In Hessen haben nur Bad Nauheim, Gießen-Marburg, Greifenstein und Immenhausen vergleichbare Einrichtungen zur Behandlung von Lungenkrebskranken.

„Lungenkrebskrankungen zählen zu den am häufigsten auftretenden bösartigen Tumorerkrankungen. Es ist uns daher ein wichtiges Anliegen, Betroffenen bestmöglich zu helfen“, erklärt Dr. med. Rafaela Korte, Geschäftsführerin des Krankenhauses Nordwest. „Mit dem hoch qualifizierten Lungenkrebszentrum am Krankenhaus Nordwest wird die Versorgung von Lungen-

krebserkrankten im Raum Frankfurt und insgesamt in Hessen erheblich verbessert.“

Das Lungenkrebszentrum ist Bestandteil des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums (IOZ), welches die Zusammenarbeit der an der Tumorthherapie beteiligten Kliniken und Institute des Krankenhauses Nordwest koordiniert. „Durch das enge Zusammenspiel von Fachärztinnen und Fachärzten aus den Bereichen Pneumologie, Thoraxchirurgie, Thoraxonkologie, Strahlentherapie, Pathologie und Radiologie bieten wir Tumordiagnostik und -therapie auf höchstem wissenschaftlichen Stand. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit an einem Standort bedeutet für Patienten kurze Wege, direkte Ansprechpartner, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und innovative Behandlungskonzepte“, erläutert Chefarztin Dr. med. Stefanie Veit, Ärztliche Leitung des Lungenkrebszentrums.

Bei dem zweitägigen Vorort-Audit des internationalen Instituts OnkoZert wurden die Versorgungsqualität, die Versorgungsabläufe sowie die Patienten- und Einweiserzufriedenheit von externen Experten bis in alle Einzelheiten geprüft und beurteilt. Die Prüfer hoben die wissenschaftlichen Aktivitäten des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) hervor und lobten das Studienmanagement des UCT (Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt) am Krankenhaus Nordwest. Auch die sehr gut strukturierte ambulante und stationäre Palliativversorgung der Patienten wurde positiv bewertet. ●

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Lungenkrebszentrum
Telefon (0 69) 76 01-4598



Krankenhaus Nordwest stellt Versorgung von komplex verletzten Patienten sicher

Rezertifizierung als Regionales Traumazentrum

Das Krankenhaus Nordwest konnte jetzt erneut seine Kompetenz und Professionalität bei der Behandlung von Schwerverletzten unter Beweis stellen: Das Zertifizierungsinstitut Cert iQ hat im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Nordwest als Regionales Traumazentrum rezertifiziert. Das Haus erbringt damit nachweislich alle strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen zur Behandlung von Schwerst- und Mehrfachverletzten nach den Kriterien des Weißbuches der DGU.

Damit gehört das Krankenhaus Nordwest zum „TraumaNetzwerk Hessen-Süd“ und stellt so gemeinsam mit den anderen zertifizierten Kliniken die Schwerverletz-

tenversorgung im Rhein-Main-Gebiet sicher. Die Bildung von Trauma-Netzwerken wurde von der DGU initiiert, um die Versorgung Schwerverletzter zu standardisieren, zu verbessern und somit jedem Schwerverletzten in Deutschland die gleichen Überlebenschancen zu bieten.

„Wir sind stolz, dass wir die hohen Anforderungen der Zertifizierung meistern konnten und stehen für die Versorgung Schwerverletzter in der Stadt und der Region Frankfurt rund um die Uhr zur Verfügung“, sagt Dr. Rafaela Korte, Geschäftsführerin am Krankenhaus Nordwest. Die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Nordwest versorgt unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Sven Rogmans gemeinsam mit hochspezialisierten Ärzten aus

verschiedenen anderen Fachdisziplinen wie Anästhesie und Intensivmedizin, Neurochirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäßmedizin, Thoraxchirurgie, Gynäkologie und Urologie am Krankenhaus Nordwest komplex verletzte Patienten. „Die Rezertifizierung als Regionales Traumazentrum ist für uns eine Bestätigung, dass wir mit unserer hochqualifizierten Arbeit kontinuierlich die Kriterien der DGU erfüllen“, freut sich Chefarzt Dr. Rogmans über die Auszeichnung. ●

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Sven Rogmans
Telefon (0 69) 76 01-3447/-3857



Muskelschwund und Mangelernährung verkürzen das Leben bei operablem Magenkarzinom

Ärzte im UCT Frankfurt finden neuen Ansatzpunkt für gezielte Ernährung bei Magenkrebspatienten unter multimodaler Therapie

Ein Team forschender Ärztinnen und Ärzte am Universitätsklinikum Frankfurt in Kooperation mit dem Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) des Krankenhauses Nordwest konnte in einer kürzlich veröffentlichten Studie zeigen, dass ein Abbau von Muskelmasse und -funktion das Überleben von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Magenkrebs unter multimodaler Therapie deutlich verkürzt. Die Ergebnisse der Studie deuten jedoch darauf hin, dass eine frühzeitige gezielte Ernährung diesem Risikofaktor entgegenwirken und ein längeres Überleben der Betroffenen ermöglichen könnte.

Mehr als 15.000 Menschen in Deutschland erkranken jährlich an Magenkrebs. Die Betroffenen leiden häufig an Appetitmangel oder Verengungen im Verdauungstrakt, die eine Nahrungsaufnahme erschweren. Gemäß Leitlinie werden diese Patienten mit einer sogenannten multimodalen Therapie zunächst ungefähr zwei Monate

lang mit einer Chemotherapie behandelt. Dann wird der Magentumor operativ entfernt und anschließend erhalten die Patienten erneut eine Chemotherapie über circa zwei Monate. Durch die Behandlung leiden die Betroffenen jedoch oft zusätzlich an chemotherapiebedingter Übelkeit und Erbrechen sowie Schleimhautveränderungen oder Geschmacksstörungen, was in Summe zu einer Mangelernährung führen kann. Eine Mangelernährung wiederum ist eine der Ursachen für Sarkopenie, einem Verlust von Muskelmasse und -funktion im Verdauungstrakt. Im klinischen Alltag zeigt sich, dass Patienten mit Sarkopenie den Anteil der Chemotherapie, der nach der Operation folgt, oft schlechter vertragen als die Therapie vor der Operation. „Der Einfluss der Sarkopenie bei multimodaler Therapie wurde bisher aber noch nicht untersucht. Unser Anliegen war es außerdem, herauszufinden, bei welchen Patienten eventuell eine Ernährungstherapie angezeigt ist“, so Dr. Christine Koch, Ober-

ärztin im Viszeralonkologischen Zentrum des Universitätsklinikums und Erstautorin der Studie. In der Studie des Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) Frankfurt wurden an seinen beiden Standorten, dem Universitätsklinikum Frankfurt und dem Krankenhaus Nordwest, die Daten von allen Patienten mit lokal fortgeschrittenem Magenkarzinom zwischen 2012 und März 2017 zum Zeitpunkt vor der Operation rückblickend ausgewertet. Hier zeigte sich, dass das mittlere Gesamtüberleben der Betroffenen mit Sarkopenie rund ein Jahr kürzer war als das der Personen ohne Sarkopenie. Außerdem war die Sarkopenie neben dem Tumorstadium der einzige Faktor, der signifikant das Überleben beeinflusste. ●

Kontakt

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



Dagmar Lavi übernimmt die Heimleitung der Seniorenstifte

Zum 1. Januar 2020 wechselte Dagmar Lavi auf eigenen Wunsch von der Pflegedirektion zur Heimleitung und übernahm die Führung der Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal. Die Funktion der Pflegedirektion für die Stiftungskrankenhäuser bleibt kommissarisch ebenfalls bei ihr, bis eine geeignete Nachfolge gefunden ist. Mit diesem Schritt führt die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist die Verwaltungs- und Arbeitsprozesse wieder in die direkte Zuständigkeit der Stiftung zurück. Die Baumaßnahmen im Seniorenstift Hohenwald werden wie geplant fortgeführt. Eine bauliche und wirtschaftliche Perspektivplanung für die beiden Standorte Hohen-

wald und Kronthal wird darüber hinaus derzeit geprüft und entwickelt.

Dagmar Lavi wurde 2014 als Pflegedirektorin für die beiden Stiftungskrankenhäuser Krankenhaus Nordwest und Hospital zum Heiligen Geist berufen. Zuvor leitete sie seit 2002 den Pflegedienst im Krankenhaus Nordwest und übernahm 2003 die Pflegedirektion am Hospital zum Heiligen Geist. Sie kennt die Stiftung sehr gut und wird bei allen Mitarbeitern überaus geschätzt. „Dagmar Lavi ist eine kompetente und respektierte Persönlichkeit, die in ihrem gesamten Berufsleben immer den Menschen im Blick hat. Mit ihrer Entschei-

dung für die Seniorenstifte zeigt sie erneut, wie wichtig ihr die Menschen – Kollegen, Mitarbeiter, Patienten und Angehörige – sind“, so Dr. Rafaela Korte, Direktorin der Stiftung. „Mit ihrem Wechsel in die Heimleitung der Seniorenstifte nehmen wir den Unternehmensbereich der Seniorenstifte, der seit jeher ein zentraler Auftrag der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist, wieder neu in den Blick.“ ●

Kontakt

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



Zertifiziertes Endometriosezentrum am Krankenhaus Nordwest

Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest ist von der Zertifizierungseinrichtung EuroEndoCert GmbH sowie der Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. im Auftrag der Stiftung Endometriose Forschung (SEF) sowie der Europäischen Endometriose Liga erfolgreich als Endometriosezentrum zertifiziert worden und bescheinigt damit dem interdisziplinären Team um Prof. Dr. med. Jörg B. Engel, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest und Leiter des Endometriosezentrums, die „Struktur- und Prozessqualität eines klinischen Endometriosezentrums“ erreicht zu haben.

Die Prüfer lobten insbesondere die hohe Qualität in der Diagnostik und der operativen Therapie der Endometriose am Krankenhaus Nordwest sowie die sehr gute Organisation der Abläufe. Das Zertifikat bestätigt, dass in der Einrichtung die Behandlung der Endometriose an den individuellen Bedürfnissen der Frau und den aktuellen Leitlinien orientiert ist.

„Die Zertifizierung als Endometriosezentrum und der damit bestätigten hohen Behandlungsqualität kommt vor allem unseren Patientinnen zugute“, freut sich Dr. Rafaela Korte, Geschäftsführerin am Krankenhaus Nordwest. „Dahinter stehen ein hervorragend eingespieltes Team aus Ärzten und Pflegekräften und sehr gut etablierte Abläufe.“

Endometriose betrifft etwa 10 Prozent aller Frauen und ist damit eine der häufigsten gutartigen gynäkologischen Erkrankungen. Bei 20 bis 30 Prozent der Frauen, die ungewollt kinderlos bleiben, steckt die chronische, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut dahinter. Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Jörg B. Engel und Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg bietet das Endometriosezentrum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe das gesamte Spektrum von der Beratung über die Diagnostik bis hin zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. „Endometriose wird häufig erst spät diagnostiziert und geht bei den

oft noch jungen Frauen einher mit Blutungsstörungen und Unfruchtbarkeit. Zwischen ersten Symptomen und der Diagnose vergehen häufig Jahre und der unerfüllte Kinderwunsch ist für viele der Patientinnen ein sehr großes Problem“, so Prof. Tinneberg. Die Erkrankung wird durch das Vorkommen von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter charakterisiert. Die Folge sind starke Menstruationsbeschwerden, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie Missempfindungen beim Wasserlassen. Eine Therapie kann je nach Art und Beschwerden medikamentös oder chirurgisch erfolgen. Eine Operation wird dann notwendig, wenn trotz einer medikamentösen Therapie weiterhin Beschwerden bestehen oder eine tief infiltrierende Endometriose mit starken Schmerzen vorliegt. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Endometriosezentrum
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon: (0 69) 76 01-4200



Drei „AOK“-Bäumchen für ausgezeichnete Behandlungsqualität

Die Medizinische Klinik am Krankenhaus Nordwest wurde jetzt von der AOK Hessen für die überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität bei Herzkatheter-Untersuchungen an Patienten mit koronarer Herzerkrankung ohne akuten Herzinfarkt mit drei „AOK-Bäumen“ – der höchsten Bewertung – ausgezeichnet. Die Daten können im AOK-Krankenhausnavigator (www.weisse-liste.krankenhaus.aok.de) von Patienten abgerufen werden und erleichtern so die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus für ausgewählte Untersuchungen und Operationen.

„Wir freuen uns über die Bestätigung einer hervorragenden Behandlungsqualität zum Nutzen der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten. Diese verdanken wir einem

sehr engagierten und kompetenten Team aus Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten“, so Dr. med. Gerhard Cieslinski, Leitender Oberarzt Kardiologie der Medizinischen Klinik am Krankenhaus Nordwest über die Auszeichnung.

Im AOK-Krankenhausnavigator werden ausgewählte stationäre Behandlungen aus Kliniken im QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) bewertet. Dazu werden Qualitätsindikatoren herangezogen, die im Behandlungsverlauf aufgetretene Komplikationen oder unerwünschte Behandlungsfolgen berücksichtigen. Die aktuellen Ergebnisse der Analyse sind im AOK-Krankenhausnavigator (www.weisse-liste.krankenhaus.aok.de) online abrufbar. Interessierte finden dort Informatio-

nen darüber, bei welchen Eingriffen eine Klinik überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Behandlungsqualität aufweist.

Eine Herzkatheter-Untersuchung wird zur Diagnostik und Therapie insbesondere der koronaren Herzerkrankung durchgeführt. Am Krankenhaus Nordwest steht dafür ein umfassendes Angebot für Diagnostik, Therapie und Notfallbehandlung kardiologischer Patienten zur Verfügung. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Medizinische Klinik
Telefon (0 69) 76 01-3370



Focus-Liste: Krankenhaus Nordwest gehört auch 2020 zu den besten Kliniken Deutschlands

Gleich in fünf Fachdisziplinen erhielt das Krankenhaus Nordwest jetzt die Auszeichnung „TOP Nationales Krankenhaus 2020“ und gehört somit zu den 10 Prozent der besten Kliniken in Deutschland.

Zum wiederholten Male wurde damit die hohe medizinische und pflegerische Kompetenz des Hauses ausgezeichnet. Die Klinikliste des Nachrichtenmagazins Focus ist bundesweit der größte unabhängige Krankenhausvergleich.

Neben der Auszeichnung „Top Nationales Krankenhaus 2020“ kann sich das Kran-

kenhaus Nordwest auch über den Titel „Top Regionales Krankenhaus 2020“ freuen. Die Ehrungen untermauern die gute Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit und gute Position im bundesweiten und regionalen Umfeld. Besonders empfohlen wird das Krankenhaus Nordwest bei den folgenden Krankheitsbildern bzw. Fachdisziplinen: Darmkrebs, Gallenblasen- sowie Gallenwegschirurgie, Gefäßchirurgie, Prostatakrebs und Strahlentherapie.

„Das hervorragende Ergebnis ist für uns ein Ansporn, diese positive Entwicklung fortzusetzen“, so Dr. med. Rafaela Korte,

Geschäftsführerin am Krankenhaus Nordwest. „Die Auszeichnung belegt, dass sich unsere Patienten auf die hohe Kompetenz und das Engagement unserer Ärzte und Pflegekräfte verlassen können und wir auf dem aktuellsten Stand medizinischer Erkenntnisse mit modernster Technik arbeiten.“ •

Kontakt

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



Endoprothetikzentrum des Hospitals zum Heiligen Geist von DGOOC bestätigt

Hohe Qualität der Endoprothetik durch Zertifizierung bestätigt

Die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Hospital zum Heiligen Geist wurde erneut als Endoprothetikzentrum (EPZ) bestätigt. Die Klinik hat unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Thomas Forer erneut das deutschlandweite, standardisierte Zertifizierungsverfahren der Initiative EndoCert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie mit Bravour bestanden.

„Die hohe Qualität der Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik wurde durch die Zertifizierung erneut bestätigt und anerkannt“, freut sich Gesundheitsdezernent Stefan Majer, Senior der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. „Es zeigt, dass die Patienten, die einen Gelenkersatz benötigen, im Hospital zum Heiligen Geist bestens aufgehoben sind.“

Für die Versorgung der Patienten mit künstlichen Knie- und Hüftgelenken werden hohe Qualitätsstandards festgelegt, und es müssen umfangreiche Voraussetzungen erfüllt werden. So ist beispiels-

weise vorgeschrieben, dass mindestens zwei sogenannte Hauptoperateure pro Jahr jeweils mindestens 50 Endoprothesen implantieren. Die operativen Eingriffe dürfen nur durch einen der Hauptoperateure selbst erfolgen oder dieser muss als Verantwortlicher bei einem solchen Eingriff assistieren. So können die Patienten sicher sein, dass sie immer von einem Chirurgen mit großer Erfahrung operiert werden.

Rund 400.000 künstliche Knie- und Hüftgelenke, sogenannte Endoprothesen, werden Jahr für Jahr in Deutschland eingesetzt. Gleichzeitig werden jährlich rund 37.000 Wechseloperationen durchgeführt. Das Endoprothetikzentrum am Hospital zum Heiligen Geist steht für eine individuelle und differenzierte Endoprothetik mit intelligenten Implantatkonzepten. Die Klinik arbeitet ausschließlich mit namhaften Implantatherstellern zusammen und setzt auf moderne Behandlungsverfahren. Dies bestätigt auch der Überwachungsaudit des weltweit ersten Zertifi-

zierungssystems in der Endoprothetik, EndoCert.

Die EndoCert-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) stellt eine qualitativ hochwertige Durchführung von Gelenkersatz-Eingriffen sicher. Die Zertifizierung erfolgt nach verschiedensten Qualitätsmerkmalen, darunter die konsequente, durchgehende Begleitung und ausführliche Kommunikation mit dem Patienten, die Vorhaltung von Strukturelementen, die für eine sichere und qualitativ hochwertige Patientenversorgung erforderlich sind sowie die Einhaltung von rechtlichen Standards im Bereich der Hygiene. •

Kontakt

Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Thomas Forer
Telefon (0 69) 76 01-42268



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Interview: Alle machen hier einen sehr guten Job – Die beste Voraussetzung, um die Stiftung und ihre Unternehmen zukunftssicher zu machen

mit Dr. med. Rafaela Korte

Seit September leitet Dr. Rafaela Korte als Hospitalmeisterin die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und als Geschäftsführerin das Krankenhaus Nordwest, das Hospital zum Heiligen Geist, die Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal, die Fachärzteezentren Frankfurt, die Agnes-Karll-Schule, das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum und die Hospital-Service & Catering GmbH. Die Redaktion Die Stiftung sprach mit der 56-jährigen Krankenhaus-Managerin über die Zukunft der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und die Herausforderungen im Krankenhausmarkt.

DIE STIFTUNG:

Frau Dr. Korte, was ist Ihre wichtigste Eigenschaft?

Dr. med. Rafaela Korte:

» Verlässlichkeit. Ich glaube, dass ich ein sehr verlässlicher und gut strukturierter Mensch bin. Man kann sich auf das, was ich sage und tue verlassen. Manche sagen mir allerdings auch eine gewisse Hartnäckigkeit nach bei Dingen, die mir wichtig sind. «

Sie sind seit September 2019 die neue Hospitalmeisterin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und die neue Geschäftsführerin des Krankenhauses Nordwest und des Hospitals zum Heiligen Geist. Wie waren die ersten Monate?

» Mit zwei Worten zusammengefasst: spannend und ereignisreich. Was mich besonders beeindruckte, war die Freund-

lichkeit, mit der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – egal wo sie mich getroffen haben – auf mich zugegangen sind. Das hat mich sehr gefreut. Aber ganz ehrlich, ich hätte mir gerne etwas mehr Zeit zum Umschauen gewünscht.

In den ersten Wochen und Monaten musste ich mir zügig einen Überblick verschaffen und mitunter auch sehr schnell wichtige Entscheidungen bezüglich der wirtschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen treffen. Wir haben glücklicherweise in allen unseren Einrichtungen der Stiftung eine sehr hohe Qualität, in dem was wir tun. Wir bieten für unsere Patienten in beiden Krankenhäusern und in den Seniorenstiften eine hervorragende Versorgung. Im Krankenhaus Nordwest

und Hospital zum Heiligen Geist erbringen unsere Mitarbeiter Spitzenmedizin. Die Kolleginnen und Kollegen aller Berufsgruppen von der Ärzteschaft über die Pflege bis hin zu den Teams in der Verwaltung, Technik und den Servicebereichen – alle machen hier einen sehr guten Job. Das ist die beste Voraussetzung, um die Stiftung und ihre Unternehmen zukunftsicher zu machen. «

Welches sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen für die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist?

» Die Stiftung ist 750 Jahre alt und eine große Herausforderung ist es, sie erfolgreich für die nächste Generation vorzubereiten. Mein Ziel ist es daher, die Unternehmen der Stiftung wirtschaftlich stabil und sicher in die Zukunft zu führen. Um als Krankenhaus in diesem komplexen Gesundheitsmarkt insbesondere im Rhein-Main-Gebiet bestehen zu können, ist zunächst ein gutes Medizinangebot entscheidend. Neben der Qualität sind jedoch die Wirtschaftlichkeit und die Investitionsfähigkeit wesentliche strategische Faktoren.

Für mich als Geschäftsführerin der Krankenhäuser Hospital zum Heiligen Geist und Krankenhaus Nordwest ist es wichtig, die langfristige und verlässliche Planung der Leistungs- und Kapazitätsentwicklung festzulegen, die wir dann auch konsequent umsetzen. Erlössicherung, Prozessoptimierung und Potenziale im ambulanten Angebot sind hier wichtige Schlagworte. Wir brauchen darüber hinaus eine bauliche Zielplanung insbesondere für

die Standorte unserer Seniorenstifte und das Krankenhaus Nordwest. Eine solche strategische Zielplanung ist der Dreh- und Angelpunkt, um einen verbindlichen Businessplan zu erstellen, aus dem sich auch der konkrete Investitionsbedarf ableitet. Das ist unsere Hausaufgabe für das nächste halbe Jahr. Ohne diese Planung sind die Herausforderungen nicht zu stemmen. «

Welche Themen wollen Sie zuerst anpacken?

» In den Seniorenstiften Kronthal und Hohenwald haben wir bereits einiges erreicht. Wir mussten sehr schnell die Leitungsebene umstrukturieren. Frau Lavi, die bisherige Pflegedirektorin des Krankenhauses Nordwest und des Hospitals zum Heiligen Geist, wechselte Anfang des Jahres in die Seniorenstifte, um dort die Heimleitung zu übernehmen. Dafür bin ich ihr wirklich sehr dankbar. Mit dieser Entscheidung wird es uns gelingen, die Verwaltungs- und Arbeitsprozesse wieder enger mit der Stiftung zu vernetzen und die Seniorenstifte zukunftsicher aufzustellen.

Im Krankenhaus Nordwest gibt es ebenfalls wichtige Themen. Wir haben auf der einen Seite Spitzenmedizin und auf der anderen Seite wirtschaftliche Herausforderungen, die gemeistert werden müssen. Und im Hospital zum Heiligen Geist starten wir jetzt mit umfangreichen Baumaßnahmen, um auch unser Haus in der Stadtmitte fit für die Zukunft zu machen. «

Nun ist die Konkurrenzsituation gerade im Rhein-Main-Gebiet enorm. Wie wollen Sie sich behaupten? In welche Richtung werden sich das Krankenhaus Nordwest und das Hospital zum Heiligen Geist entwickeln?

» Behaupten kann man sich meiner Meinung nach nur mit einer hervorragenden Qualität in der medizinischen Versorgung. Nur das, was wirklich gut ist, wird von Menschen wahrgenommen und auch angenommen. Die medizinische Versorgung im Krankenhaus Nordwest und Hospital zum Heiligen Geist ist exzellent, was eine sehr gute Voraussetzung ist, um sich im Wettbewerbsumfeld im Rhein-Main-Gebiet zu positionieren.

Andererseits sind wir gerade im Krankenhausbereich nicht nur von regionalen Anforderungen abhängig, sondern die Krankenhausplanung erfolgt in einer wirtschaftlichen, politischen und rechtlichen Gemengelage, die sehr komplex ist und die sich ständig ändert. Hier müssen wir vorbereitet sein. Stichworte werden in Zukunft sein: Kooperationen, Abstimmungen, Partnerschaften und Spezialisierungen, und zwar in beiden Krankenhäusern. Wo ein Leistungsangebot nicht wirtschaftlich erbracht werden kann, sind Kooperationen und Absprachen erforderlich. «

Wie sieht für Sie das Krankenhaus der Zukunft aus?

» Das Krankenhaus der Zukunft ist für mich ein vernetztes Gesundheitszentrum. Neben den hochspezialisierten eigenen Angeboten sind regionale Gesundheitsnetzwerke sowie Kooperationen mit

anderen Krankenhäusern die Voraussetzung für ein optimales Versorgungsangebot, das den Patienten zugutekommt und auch einen höheren wirtschaftlichen Nutzen verspricht. «

Letzte Frage Frau Dr. Korte, was wünschen Sie sich von Ihren Mitstreitern, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stiftung und der Unternehmen?

» Ich wünsche mir, dass sie tatsächlich Mitstreiter sind. Mitstreiter und Partner im besten Sinne. Wir sind ein sehr traditionsreiches Unternehmen – darauf dürfen wir alle stolz sein. Aber Tradition ist kein Ruhekissen, sondern Tradition sollte als Sprungbrett für die Veränderungen, die anstehen, gesehen werden. Ich wünsche mir Mitarbeiterinnen und Mitar-

Zur Person:

Zum 1. September 2019 hat Dr. Rafaela Korte die Leitung übernommen und ist somit Hospitalmeisterin der Stiftung und Geschäftsführerin der Tochtergesellschaften. Zur Stiftung gehören das Krankenhaus Nordwest, das Hospital zum Heiligen Geist, die beiden Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal, das Fachärzteezentrum Frankfurt, die Hospital-Service & Catering GmbH, die Agnes-Karll-Schule sowie das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum. In den vergangenen rund 15 Jahren trug sie die ökonomische Gesamtverantwortung für Häuser in verschiedener Trägerschaft. Seit 2015 fungierte Dr. Korte als Geschäftsführerin der BG Unfallklinik in Frankfurt, die sie wirtschaftlich erfolgreich führte. Zuvor war sie von 2009 bis 2014 Vorsitzende der Geschäftsführung der Kreiskliniken Reutlingen, ein Klinikum mit 900 Betten an drei Standorten mit 2.000 Mitarbeitern. Von 2004 bis 2009 leitete sie als Klinikdirektorin und Prokuristin das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg.

beiter, die mit mir diesen Weg gehen und die neuen Aufgaben gemeinsam mit mir anpacken und gestalten. «

Vielen Dank für das Gespräch. •

Das Gespräch führte Brigitte Ziegelmayr

Kontakt

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

Onkologische Sport- und Bewegungstherapie – Auf dem Weg in die Regelversorgung

von Prof. Dr. med. Elke Jäger und Dr. phil. Katharina Graf



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



Dr. phil. Katharina Graf,
Leiterin des Instituts für
onkologische Sport- und
Bewegungstherapie am
Krankenhaus Nordwest

Medizinische Fortschritte verbessern zwar zunehmend die Prognose und die Überlebensdauer bei einer Krebserkrankung, dennoch stellen die Erkrankung und die Therapie eine hohe Belastung für Betroffene dar. Speziell die therapiebedingten hochsymptomatischen Nebenwirkungen und Folgen beeinträchtigen den psychophysischen Status sowie die soziale und berufliche Reintegration sowohl kurz- als auch langfristig. Supportiv-Maßnahmen kommt daher eine immer zentralere Rolle zu.

Mehr als 700 qualitativ hochwertige Studien belegen, dass regelmäßige körperliche Aktivität, speziell in Form von strukturierter, bedarfsorientierter Sport- und Bewegungstherapie, ein entsprechendes, hochwirksames Supportivum während und nach einer Krebstherapie darstellt. Beispielsweise können Patienten mit Bewegungstherapie selber aktiv dazu beitragen, behandlungs- und krankheitsbedingte Belastungen wie die hochprävalente Fatiguesymptomatik sowie psychische und physische Einschränkungen deutlich zu reduzieren oder sogar ganz zu verhindern und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Zudem kann ein positiver Einfluss von Bewegungstherapie auf Kurz- und Langzeitkomplikationen wie periphere Polyneuropathie sowie Kardio-, Neuro- und Knochenmarkstoxizität angenommen werden. Die vielfältigen biopsychosozialen Effekte von Bewegungstherapie führen nicht nur zu einer entscheidenden Verbesserung der Lebensqualität von Patienten sowie einer besseren Verträglichkeit der onkologischen Therapien, sondern sie beeinflussen auch die Prognose, Therapie-Compliance, Rehabilitation, Rezidivprophylaxe und allgemeine Gesundheitsförderung positiv.

Verschiedene Fachgesellschaften und Leitlinien wie z. B. die S3-Leitlinie zur Supportivtherapie und die Nationale Expertengruppe für Bewegung und körperliche Aktivität in der Onkologie (NEBKO) der Deutschen Krebsgesellschaft betonen daher die Relevanz von Konzepten zur



Regelmäßige körperliche Aktivität stellt ein hochwirksames Supportivum während und nach einer Krebserkrankung dar.



In Kooperation mit der Stiftung „Leben mit Krebs e. V.“ organisiert das Krankenhaus Nordwest betreute Aktivreisen.

Bewegungsförderung und -therapie und fordern deren Integration in die onkologische Regelversorgung. Bislang liegen allerdings national noch keine spezifischen Leitlinien zur onkologischen Bewegungstherapie oder von den Kostenträgern unterstützte Bewegungstherapie-Programme für Krebspatienten – mit Ausnahme der stationären und ambulanten Rehabilitation nach abgeschlossener Therapie – vor. Einzelne Arbeitsgruppen in Deutschland, zumeist angebunden an die onkologischen Spitzenzentren, bieten regional Bewegungstherapieprogramme an, allerdings basieren diese Pilot-Projekte überwiegend auf der Investition von Eigenmitteln und der Einwerbung von Drittmitteln und somit persönlichem Engagement.

Als eines der ersten Projekte bundesweit initiierte Prof. Dr. med. Elke Jäger bereits 2006 am Krankenhaus Nordwest die Integration von Bewegungstherapie in die Onkologie. Mit Hilfe von Fördermitteln wurde das Projekt in den Folgejahren kontinuierlich ausgebaut und um strukturierte Angebote in den Bereichen Bewegungsberatung, Trainingsplanung, sportwissenschaftliche Diagnostik und ambulante Bewegungstherapie sowie mit qualifiziertem Personal (Sportwissenschaftler/-therapeuten) erweitert. Seit 2014 wird unter dem gemeinsamen Dach des Universitären Centrums für Tumorer-

krankungen (UCT) auch das Universitätsklinikum Frankfurt mitversorgt. Orientiert am Forschungsstand und Empfehlungen wurde ein (teil-)standardisierter Ablauf zur Beratung und Diagnostik mit einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Onkologie und Sportwissenschaft in die bewegungsbezogene Versorgung am Krankenhaus Nordwest und Universitätsklinikum integriert. Regelmäßig werden Informationsveranstaltungen, Workshops und Aktivreisen umgesetzt, um möglichst viele Patienten zu erreichen und die Aufklärung von relevanten Berufsgruppen wie z. B. betreuenden Ärzten und Pflegepersonal als Wegweiser zur Bewegungstherapie zu verbessern. Jährlich organisiert und veranstaltet die Arbeitsgruppe medizinisch und therapeutisch betreute Aktivreisen zum Wandern und Skilanglauf für Krebspatienten mit rund 50 Teilnehmern in Kooperation mit der Stiftung „Leben mit Krebs e. V.“.

Integration in die Regelversorgung gefordert

Zur weiteren Versorgungs- und Strukturoptimierung wurde 2017 das Institut für onkologische Sport- und Bewegungstherapie als sportwissenschaftlich-onkologische Schwerpunkteinrichtung am Krankenhaus Nordwest gegründet. Ziel des Instituts ist es, neben der bewegungsbe-

zogenen Versorgung und Forschung eine Grundlage für eine nachhaltige und evidenzbasierte Bewegungstherapie nach hohen Qualitätsrichtlinien zu schaffen und im Netzwerk mit qualifizierten Kooperationspartnern die sportonkologische Betreuung im Rhein-Main-Gebiet langfristig zu unterstützen. Aktuell sind drei Sportwissenschaftler unter der Teamleitung von Dr. phil. Katharina Graf am Institut in der Umsetzung sowie der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Arbeitsbereiche aktiv.

Seit Initiierung des Programms haben mehr als 1.500 Patienten mit unterschiedlichsten Tumordiagnosen, Krankheitsstadien und Therapieformen die Angebote und sportwissenschaftliche/-therapeutische Begleitung – häufig über mehrere Jahre – wahrgenommen. Nicht nur die durchweg positiven Patienten-Rückmeldungen, sondern auch angebotsbegleitende Beobachtungsstudien belegen das Potenzial des gewählten Versorgungsansatzes und liefern in Kombination mit den Praxiserfahrungen wertvolle Implikationen für die fortlaufende Optimierung der Patientenbetreuung. Das Angebot der onkologischen Sport- und Bewegungstherapie steht internen und externen Patienten in fast allen Therapiephasen und Erkrankungsstadien offen und beinhaltet u. a. folgende Komponenten:

- Personalisierte und bedarfsorientierte Bewegungsberatung für onkologische Patienten während und nach der Therapie
- Erarbeitung eines spezifischen und individualisierten Bewegungs-/Trainingsplanes gemeinsam mit den Patienten und in interdisziplinärer Abstimmung sowie regelmäßige Anpassungen an den Therapieverlauf
- Sportwissenschaftliche Diagnostik/Untersuchungen
- 21 spezifische Bewegungstherapie-Angebote in Kooperation mit den hausinternen Gesundheitszentren wie dem TRIAMEDIS am Krankenhaus Nordwest (z. B. Kraft- und Ausdauertraining an Geräten, Nordic Walking, Yoga, Pilates, Rudern)
- Bedarfsabhängig stationäres Training
- Unterstützung bei der Suche nach wohnortnahen Angeboten/Trainingsmöglichkeiten und Vermittlung von Patienten an kooperierende Therapie-/Trainingseinrichtungen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerke und Outreach-Aktivitäten sind essenziell für die Qualitätssicherung sowie die flächendeckende und therapiephasenübergreifende Versorgung in der onkologischen Bewegungstherapie.

Mit dem Ziel, möglichst vielen Patienten während und nach der Therapie in der Region Rhein-Main den Zugang zur supportiven Bewegungstherapie sowie einen schnellen Transfer neuer Forschungsergebnisse in die interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen, engagiert sich das Institut in den Bereichen Vernetzung und Outreach und ist verantwortlich gestaltend aktiv in Fachgesellschaften wie der NEBK. Als regionales Koordinationszentrum (OnkoAktiv Zentrum Rhein Main) wird in Kooperation mit dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg bereits seit 2017 das qualitätsgesicherte Netzwerk OnkoAktiv e.V. mit ambulanten Anbietern aus den Bereichen Bewegungstherapie, Physiotherapie und Gesundheitssport für die wohnortnahe Vermittlung und Betreuung von Krebspatienten aufgebaut. Gemeinsam mit dem organisierten Sport (Landessportbund Hessen, Deutscher Olympischer Sportbund) engagiert sich das Institut weiterhin für die Förderung qualitätsgesicherter Rehabilitationsmaßnahmen und Gesundheitssportangebote

von Sportvereinen sowie für Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Onkologische Sport- und Bewegungstherapie.

Durch zwei aktuelle Förderzusagen wird die Arbeit des Instituts auch für die nächsten Jahre sichergestellt. Die Deutsche Krebshilfe fördert ab Frühjahr 2020 das von Prof. Jäger und Dr. Graf gemeinsam beantragte Projekt zum Ausbau des kooperativen interdisziplinären Netzwerkes. Im Rahmen des Projektes soll durch die Erweiterung der Netzwerke und das Nutzen von Synergien die Sport- und Bewegungstherapie einem noch größeren Patientenkreis in der Rhein-Main-Region möglichst wohnortnah zugänglich gemacht werden. Nach einer umfassenden Beratung am Krankenhaus Nordwest können Patienten in den qualitätsgeprüften Kooperationseinrichtungen im Umkreis von ca. 100 km um Frankfurt ein spezifisches und individualisiertes Training umsetzen, wobei ein enger Informationsaustausch zwischen dem Koordinationszentrum, dem Kooperationspartner und den mitversorgenden Ärzten sowie den Patienten selbst besteht. Aktuell besteht das Netzwerk unter Koordination des Krankenhauses Nordwest aus zwanzig Einrichtungen. Darüber hinaus sollen weitere onkologische Einrichtungen sowie niedergelassene Ärzte im Rahmen des Projektes unter anderem mittels Wandsprechstunden durch Instituts-Mitarbeiter unterstützt werden, um auch ihre Patienten hinsichtlich einer adäquaten Bewegungstherapie im Netzwerk beraten und vermitteln zu können.

Seit Initiierung des Programms haben mehr als 1.500 Patienten die Angebote und sportwissenschaftliche sowie -therapeutische Begleitung wahrgenommen

Im Frühsommer 2020 startet zudem die durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) geförderte bundesweite Studie „INTEGRATION“, bei der das Krankenhaus einer von elf konzipierenden und durchführenden klinischen Konsortialpartnern ist. Ziel der randomisiert-kontrollierten Studie ist die Evalua-

tion der Effekte einer kombinierten und bedarfsorientierten bewegungs- und ernährungstherapeutischen Intervention während einer onkologischen Therapie auf behandlungsassoziierte Nebenwirkungen und den Therapieverlauf. Bei positiver Evaluation kann ein solcher personalisierter Interventionsansatz unter anderem aufgrund der Zusammenarbeit mit Kostenträgern und Krankenkassen im Rahmen Innovationsfond-geförderter Projekte anschließend in die onkologische Regelversorgung überführt werden.

Zur weiteren Förderung der bewegungstherapeutischen Versorgung im Kontext Onkologie arbeiten die Mitarbeiter des Instituts auch bundesweit an der Konzeption und Umsetzung von Informationsmaßnahmen und Projekten im Bereich der Versorgungsforschung sowie zur Zusammenarbeit mit Kostenträgern mit. Beispielsweise wurde durch die NEBK im Juli 2019 ein Antrag für eine S3-Leitlinie „Onkologische Sport- und Bewegungstherapie“ im Leitlinienprogramm Onkologie gestellt, sodass im Erfolgsfall innerhalb weniger Jahre erste nationale Leitlinien unter Beteiligung des Instituts für onkologische Sport- und Bewegungstherapie konzipiert werden können.

Resümierend lässt sich festhalten, dass die onkologische Bewegungstherapie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Wirkpotenzials eine relevante unterstützende Maßnahme in der interdisziplinären onkologischen Versorgung darstellt. Am Krankenhaus Nordwest bestehen ein umfangreiches Beratungs- und Versorgungsangebot sowie interdisziplinäre Netzwerke im Bereich Bewegungstherapie für onkologische Patienten. Hinsichtlich der regionalen sowie bundesweiten Initiativen und Projekte ist die onkologische Bewegungstherapie auf einem vielversprechenden, jedoch sicherlich noch herausfordernden Weg ein von Kostenträgern unterstützter Bestandteil der onkologischen Regelversorgung zu werden. •

Kontakt

Institut für onkologische Sport- und Bewegungstherapie
Dr. phil. Katharina Graf
Telefon: (0 69) 76 01-4605



KRANKENHAUS NORDWEST

Deutsche Krebshilfe fördert Studie zur interdisziplinären Behandlung des Magenkrebses

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) des
Krankenhauses Nordwest



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

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt die von Ärzten und Wissenschaftlern des Krankenhauses Nordwest ins Leben gerufene deutschlandweite Studie „FLOT-HIPEC/FLOT9“. In der sehr visionären Studie wird die moderne FLOT-Chemotherapie (Al-Batran et al. Lancet 2019) mit einer zusätzlichen, die Operation begleitenden Chemo-Wärme-Therapie der Bauchhöhle (sogenannte intraoperative hypertherme Chemotherapie) kombiniert.

Es soll geprüft werden, ob die Entstehung von Bauchfellmetastasen nach der Operation damit besser verhindert werden kann. Die Studie wird für Patienten mit einem nicht vorbehandelten Magenkarzinom angeboten. Die Studienergebnisse haben möglicherweise auch eine Relevanz für andere Krebsarten, die häufig das Bauchfell befallen (z. B. Bauchspeicheldrüsenkrebs, Dickdarmkrebs, Gallengangskrebs). Die Studie wurde vom Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) des Krankenhauses Nordwest konzipiert und wird in der Klinik für Onkologie und Hämatologie, im IKF und in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest und anderen klinischen Partnerinstitutionen durchgeführt.

Das Bauchfell kleidet die Innenseite der Bauchwand aus und überzieht die inneren Organe des Bauches. Verschiedene Krebsarten bilden häufig Tochtergeschwülste (Metastasen) im Bauchfellraum, eine Situation, die als schwer behandelbar gilt und die Prognose einer Krebserkrankung in der Regel deutlich verschlechtert. Als klinische Symptome einer Bauchfellbeteiligung gelten die Bildung von Bauchwasser, Schmerzen im Bauchraum und eine Behinderung der Magen- und Darmtätigkeit. Eine konventionell über die Vene verabreichte Chemotherapie hat für die Bauchfellmetastasierung oft eine nur unzureichende Wirkung, was der soge-

nannten „Peritoneal-Plasma-Barriere“ zugeschrieben wird. Nach den Statistiken der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) haben Patienten mit Bauchfellmetastasen zu meist eine deutlich reduzierte Lebensqualität.

*Patienten mit
Bauchfellmetastasen haben
eine deutlich reduzierte
Lebensqualität*

Bei Magenkrebs wird davon ausgegangen, dass etwa ein Drittel der Patienten bereits vor der Operation bösartige Zellen in der Bauchfellflüssigkeit hat. Die chirurgische Manipulation während der Operation fördert die Verbreitung von Krebszellen im Bauchfell weiter. Freie Krebszellen in der Bauchhöhle sind in der Lage, lokale Tumoren zu bilden und weiter zu streuen (metastasieren). Daher verschlechtert sich die Behandlungsprognose bei nachweisbaren Krebszellen in der Spülflüssigkeit des Bauchfelles erheblich.

Das Team des IKF um Prof. Dr. Salah-Eddin Al-Batran ist auf die klinische Erforschung von neuen Behandlungsmöglichkeiten für Tumoren des Verdauungstraktes besonders spezialisiert. Im vergangenen Jahr veröffentlichte die Studiengruppe die Ergebnisse einer klinischen Arbeit (FLOT4-AIO) in der angesehenen Zeitschrift Lancet. Durch die Einführung eines neuen Chemotherapie-Regimes (FLOT) ist in der klinischen Arbeit eine Verbesserung der Heilungschancen von Magenkrebs um ca. 10 Prozent erzielt worden. Mit der neuen Studie zur Vorbeugung von Bauchfellmetastasen bei Magenkrebs (FLOT-HIPEC/FLOT9) stellt sich das IKF des Krankenhauses Nordwest nun einer besonderen, neuen Herausforderung bei dieser Erkrankung. Studienziel ist es, Bauchfellmetastasen frühzeitig zu verhindern, anstatt sie später behandeln zu müssen, und damit die Heilungschancen betroffener Patienten weiter zu verbessern.

Bei der FLOT-HIPEC/FLOT9-Studie handelt es sich um eine multizentrische, deutschlandweite Phase-III Studie. Es wurden die Arbeitsgemeinschaften AIO – Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie; CAOGI – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft

Oberer Gastrointestinaltrakt und ACO – Assoziation Chirurgische Onkologie mit eingebunden. An der Studie sollen rund 20 bis 30 medizinische Zentren in Deutschland mit bis zu 200 Patienten teilnehmen. Die Patienten, die unabhängig von der Studie einer Operation unterzogen werden, werden per Zufallsprinzip einer der beiden Behandlungsgruppen zugeteilt (Randomisierung). Eine Gruppe erhält die Standard-Chemotherapie mit FLOT, die andere Gruppe die experimentelle Therapie mit einer Spülung des Bauchfellraumes nach erfolgter Operation mit einer 42°C warmen, chemotherapiehaltigen Lösung kombiniert mit FLOT. Ziel ist es, die beiden Behandlungsstrategien im Hinblick auf die Verträglichkeit und ihre Auswirkung auf das Gesamtüberleben zu überprüfen. Gelingt hierbei der Nachweis, dass durch die zusätzliche chemotherapeutische Spülung des Bauchfellraumes bessere Ergebnisse erreicht werden als mit den bisherigen Verfahren, würde das eine direkte Auswirkung auf die Behandlungsweise des operablen Magenkrebses und möglicherweise anderer Krebsarten haben.

*Studienziel ist es,
Bauchfellmetastasen
frühzeitig zu verhindern,
anstatt später behandeln
zu müssen*

Wissenschaftlicher und organisatorischer Dreh- und Angelpunkt der Forschung wird das IKF unter Leitung des Ärztlichen Direktors Prof. Salah-Eddin Al-Batran sein. Leiter der Studie ist PD Dr. Thorsten Götze (ltd. Oberarzt). Der chirurgische Ratgeber ist der renommierte HIPEC-Chirurg Prof. Pompiliu Piso aus Regensburg. Die Begutachtungsgruppe „Klinische Studien“ der Deutschen Krebshilfe hatte zuvor in ihrer Beurteilung die FLOT-HIPEC/FLOT9 Studie als „sehr relevant und zeitgemäß“ bezeichnet und das innovative Studiendesign gelobt. Die Förderung durch die Deutsche Krebshilfe ist eine Bestätigung und Anerkennung für die Trägerinstitutionen des Instituts, das Krankenhaus Nordwest und das UCT. Die Deutsche Krebshilfe bewilligt pro Jahr nur wenige ausgesuchte Projekte, die als wissenschaftlich besonders wertvoll angesehen werden.

Über das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF)

Das IKF der Krankenhaus Nordwest GmbH ist Teil des UCT und wurde zum Ausbau und zur Förderung der klinischen Forschung gegründet.

Ziel des IKF ist es, die Behandlungsergebnisse von Patienten mit Tumorerkrankungen zu verbessern, indem neue Behandlungsansätze in klinischen Studien konsequent fortentwickelt werden. Für die erfolgreiche Bewältigung dieser verantwortungsvollen Aufgaben hat das IKF ein Netzwerk von mehr als 200 kooperierenden medizinischen Einrichtungen in Deutschland aufgebaut und engagiert sich in diversen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen. Besonders hervorzuheben ist hier die sogenannte FLOT-Studiengruppe, welche unter kontinuierlicher Leitung des IKF erfolgreich neue, wirksamere Therapiestandards zur Behandlung von Patienten mit Tumoren des Magen-Darm-Traktes entwickeln konnte.

Das IKF kann langjährige Erfahrungen in der Durchführung klinischer Studien nachweisen. Im Schnitt werden 50 bis 60 onkologische Studien bei verschiedenen Krebserkrankungen durchgeführt. Die Betreuung von Patienten in klinischen Studien erfolgt durch ein hochqualifiziertes Team aus Studien- und Projektleitern, Prüfarzten und speziell ausgebildeten Krankenschwestern auf der institutseigenen Phase-I-Station und in Kooperation mit der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest unter Einhaltung strenger nationaler und internationaler ethischer, rechtlicher und wissenschaftlicher Richtlinien.

Detailliertere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite www.ikf-nordwest.de. •

Kontakt

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



Schatten auf der Lunge – Die Angst vor Lungenkrebs

von Dr. med. Karsten Perbandt



Dr. med. Karsten Perbandt,
Oberarzt an der
Medizinischen Klinik
am Hospital zum
Heiligen Geist

Häufig sind es zufällige Befunde im normalen Röntgenbild der Lunge, z. B. vor einer geplanten Operation, die den Radiologen veranlassen, weitere diagnostische Schritte anzuraten: „Sie haben da einen Schatten auf der Lunge. Wir müssen da noch mal weiter untersuchen“. Manchmal ist es auch der chronische Husten, der nicht verschwinden will, der alles in Gang bringt. Spätestens jetzt fühlen sich viele Patienten im wahrsten Sinne überrollt. Schatten auf der Lunge = Lungenkrebs = Tod? Das ist der Gedanke, den die meisten Patienten sofort haben. Insbesondere Raucher. Dass das Rauchen das Risiko für Lungenkrebs erhöht, ist hinlänglich bekannt. In Zahlen: Der männliche Raucher hat im Vergleich zum Nichtraucher ein 24-fach erhöhtes Risiko und der weibliche Raucher ein 8,7-fach erhöhtes Risiko an Lungenkrebs zu erkranken.

Im Gegensatz zu anderen Tumorerkrankungen kommt jetzt aufgrund der Eigenverantwortung im hohen Maße schuldbehaftete Angst zum Tragen. Und Angst vor den Vorwürfen der Familie: „Ich habe es dir ja immer gesagt“. Nicht nur der Patient, auch seine Familie ist nunmehr „erkrankt“. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt häufig der Erstkontakt zwischen dem Patienten mit seiner Familie und den Klinikärzten. Hier müssen wir den Patienten und seine Angehörigen mitnehmen, ernst nehmen und sie in Bezug auf die vorliegenden Befunde über die weiteren diagnostischen Schritte und deren Sinnhaftigkeit aufklären. Unterstützung erhalten wir durch unsere Kollegen der Psychoonkologie.

Wie bei jeder anderen Erkrankung gilt: Vor der Therapie und der Prognose ist die Diagnose zu stellen. Denn nicht jeder Herd in der Lunge ist ein Lungenkrebs. Einschmelzende Lungenentzündungen können im Röntgenbild mit einem Lungenkrebs verwechselt werden. Rheumatische Erkrankungen haben nicht selten mehrere Herde in der Lunge. Die Sarkoidose, als systemische also den ganzen Körper betreffende Erkrankung, manifestiert sich zu 80 Prozent in der Lunge. Die Tuberkulose kann wie ein Lungenkrebs aussehen, macht zudem ähnliche Beschwerden wie Husten, ungewollte Gewichtsabnahme und Nachtschweiß. Absiedlungen, Metastasen anderer Tumoren z. B. bei Nierentumoren, unterem Dickdarm-Krebs, Brustkrebs etc. können vor Kenntnis der eigentlichen Grunderkrankung bereits in der Lunge auffällig werden. Selten gibt es zudem gutartige Tumoren der Lunge, die meist keiner Therapie bedürfen. Das heißt, die möglichen resultierenden Therapien sind entsprechend vielfältig: Antibiotische Therapie, Kortisontherapie, Immuntherapien, Chemotherapie, Operationen etc.

Um die Diagnose zu sichern, stehen uns zahlreiche Methoden zur Verfügung. Allen voran modernste endoskopische Verfahren. Mithilfe der modernen hochauflösenden Lungenspiegelung, Bronchoskopie, können wir Gewebeproben von auffälligen Befunden der Lungen mithilfe kleiner Zangen, die nur 2 mm groß sind, entnehmen und von den Pathologen feingeweblich begutachten lassen. Die Pathologen

Lungenfakten:

- 8 bis 10 Prozent aller Menschen entwickeln Lungenmetastasen
- 30 Prozent an Krebs Erkrankter entwickeln Lungenmetastasen
- Geschätzt 59.900 neue Lungenkrebserkrankungen in Deutschland im Jahr 2020
- Lungenkrebs: zweithäufigster Tumor bei Männern, dritthäufigster Tumor bei Frauen
- 85 Prozent aller Lungenkrebstodesfälle in der EU sind auf das Rauchen zurückzuführen

erkennen dabei die genaue Tumorart und mit differenzierten Verfahren können sie auf die Tumorbilologie, die Tumoroberfläche und sogar auf genetische Besonderheiten schließen. Wird die Lunge mit einer Kochsalzlösung gespült, BAL (bronchoalveoläre Lavage), können aus dem Mengenverhältnis der gewonnenen unterschiedlichen Zellreihen Hinweise für seltene Erkrankungen gewonnen werden. Die BAL ist z. B. sehr hilfreich bei der Diagnose der Sarkoidose. Bei Infekten erlaubt die mikrobiologische Aufarbeitung eine gezielte antibiotische Therapie.

Zur Beurteilung der Ausbreitung einer Tumorerkrankung ist es häufig notwendig, vergrößerte Lymphknoten genau zu untersuchen. Hierbei ist zu klären, ob die Lymphknoten eher reaktiv entzündlich verändert sind, oder ob Tumorzellen in den Lymphknoten gestreut haben. Lymphknoten der Lunge können wir gezielt mit einem speziellen Endoskop, dem EBUS (endobronchialer Ultraschall), eben unter Ultraschallkontrolle mit einer kleinen Nadel, punktieren. Diese Proben werden ebenfalls von den Pathologen feingeweblich begutachtet.

Da die jeweiligen Endoskope, Bronchoskop und EBUS, nur einen Außendurchmesser

von 6 bzw. 6,9 mm haben, können wir die Untersuchung über die Nase oder den Mund durchführen. Wie bei einer Magen- oder Darmspiegelung reicht es in den allermeisten Fällen, die Untersuchung mit einem kurzwirksamen Schlafmittel durchzuführen, eine Vollnarkose ist nicht notwendig. Wenn beide endoskopische Verfahren benötigt werden, so bieten wir diese in einer Sitzung an.

85 Prozent aller Lungenkrebserkrankungen sind auf das Rauchen zurückzuführen

Können die Herde der Lunge endoskopisch nicht erreicht werden oder finden sich metastasenverdächtige Herde außerhalb der Lunge, so besteht die Möglichkeit der ultraschallgesteuerten oder CT (Computertomografie) gesteuerten Punktion von außen durch die Haut. Dies erfolgt nach lokaler Betäubung des entsprechenden Hautareals, wenn nötig auch mithilfe kurzwirksamer Schlafmittel.

Besteht der hochgradige Verdacht, dass ein Lungenkarzinom vorliegt, werden die Ergebnisse der feingeweblichen Untersuchung durch den Pathologen entscheidend

sein. Um Zeitverzögerungen zu vermeiden und die für den Patienten quälend lange Wartezeit sinnvoll zu nutzen, werden bereits parallel die notwendigen weiterführenden Untersuchungen durchgeführt. Mit Ultraschall, radiologischer Computertomografie (CT), Kernspintomografie (MRT) und häufig auch der Skelettszintigrafie wird der „ganze Mensch“ untersucht. Im Anschluss muss bei speziellen Fragen nach der Tumorausdehnung und Verteilung ein PET-CT, eine Kombination einer nuklearmedizinischen Diagnostik mit dem Computertomogramm, ambulant durchgeführt werden.

Abhängig von dem nachgewiesenen Verteilungsmuster, dem Stadium der Erkrankung, wird eine lokale oder eine systemische Therapie, die im gesamten Körper wirkt, empfohlen. Das Stadium wird durch drei verschiedene Aspekte definiert. Diese sind die Tumorgöße, der Tumorbefall naher und ferner Lymphknoten und der Befall anderer Organe. Bedauerlicherweise neigt der Lungenkrebs dazu, Metastasen im Körper zu streuen. Wenn wir den Lungenkrebs dennoch in einem frühen Stadium erkennen, so kann man diesen mit dem Ziel einer dauerhaften Heilung operieren. Hier arbeiten wir sehr eng mit der Klinik für Thoraxchirurgie des



Ein Mensch kann ohne Weiteres auf einen seiner zwei Lungenflügel verzichten.

Krankenhauses Nordwest zusammen. Vor einer möglichen Operation ist zu klären, ob der Patient nach dem operativen gewollten Verlust eines Teiles der Lunge anschließend weiter beschwerdefrei oder beschwerdearm leben kann. Ein sonst lungengesunder Mensch kann ohne Weiteres auf einen seiner zwei Lungenflügel verzichten. Zeigt sich ein fortgeschrittenes Stadium, so ist eine Systemtherapie angeraten. Diese wird nicht selten gleichzeitig oder in zeitlicher Abfolge mit der lokal wirkenden Strahlentherapie kombiniert. Hier besteht die enge Kooperation mit der Radioonkologie des Krankenhauses Nordwest.

Noch vor etwa 15-20 Jahren konnten wir den Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkarzinom nur wenige Chemotherapien anbieten. Sehr zum Vorteil der Patienten hat aber eine dramatische Dynamik in der Entwicklung neuer Therapien zu völlig neuen Therapieansätzen, insbesondere der personalisierten Therapie, geführt. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Dazu werden die Tumormaterialien aufbereitet und auf genetische Veränderungen, Mutationen, untersucht. Finden

sich sogenannte Treibermutationen, so ist eine hoch spezialisierte, effektive Therapie meist in Tablettenform möglich. Ebenfalls werden die Oberflächenstrukturen der Zellen betrachtet. Hier besteht der Ansatz für eine Immuntherapie, welche es der körpereigenen Abwehr ermöglicht, sehr effektiv gegen den Tumor anzukämpfen. In unseren regelmäßigen interdisziplinären Tumorkonferenzen wird jeder Patient mit seiner Erkrankung besprochen und die Therapieempfehlung festgelegt.

**Hochspezialisierte,
effektive Therapie
möglich**

Nach der initialen Diagnostik durch unsere Klinik können wir die Patienten in ambulante Behandlung durch die onkologische Ambulanz im Hospital zum Heiligen Geist übergeben. In enger Abstimmung werden die Patienten gemeinsam weiterbetreut. Aus der Tumorerkrankung resultierende Probleme können dann wieder von uns unter stationären Bedingungen behandelt werden. Ggf. notwendige Tumorabtragun-

gen in den Lungenwegen, der Einsatz von Stents zum Offenhalten der Atemwege oder der Einbau dauerhafter Schlauchsysteme (Drainagen) zum Ablassen von die Lunge umgebender Flüssigkeit (Pleuraerguss) führen wir aus.

Zusammenfassend: Es ist erforderlich, bei Verdacht auf ein Lungenkarzinom eine umfangreiche Diagnostik einzuleiten. Bei gesicherter Krebsdiagnose erfolgt die Therapie entsprechend dem Stadium und den feingeweblichen Befunden der Erkrankung. Auch in den fortgeschrittenen Stadien können wir aktuelle, moderne, personalisierte Therapien anbieten. Hier stellen wir selbstverständlich den Patienten in seiner schwierigen Lebenslage und mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt unserer Bemühungen. •

Kontakt

**Hospital zum Heiligen Geist
Medizinische Klinik
Pneumologie
Dr. med. Karsten Perbandt
Telefon: (0 69) 21 96-7084**



KRANKENHAUS NORDWEST

„Diagnose Krebs ... und wohin mit meinen Gedanken?“ Kreatives und heilsames Schreiben – Ein neues Angebot der Klinik für Onkologie



*Prof. Dr. med. Elke Jäger,
Chefärztin der Klinik für
Onkologie und Hämatologie
sowie Leiterin des Zentrums
für Palliativmedizin am
Krankenhaus Nordwest*



*Dr. med. Katja Walesch,
Poesie- und Bibliothérapeutin,
Ärztin für Osteopathische
Medizin und Bewegungstherapie in eigener Praxis*

Prof. Dr. med. Elke Jäger:

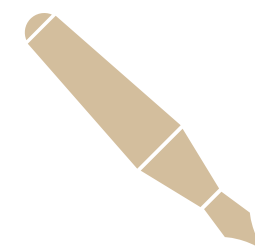
» Die Diagnose „Krebs“ verändert trotz wesentlich gebesserter Behandlungsmöglichkeiten meist grundlegend die Lebensperspektive der Patienten und ihrer Angehörigen. Die Gesprächsinhalte zwischen Patient und Arzt werden meist von Beratungen über diagnostische und therapeutische Prozeduren bestimmt. Existenzielle Fragen werden nur selten thematisiert. Die Hoffnung auf ein gutes Behandlungsergebnis wird in erster Linie an die vielversprechenden neuen und individualisierten Therapiemodalitäten geknüpft. Schreiben ist da eine wertvolle Möglichkeit, um Gedanken zu sortieren und auszudrücken – entweder nur für den Schreibenden selbst, oder adressiert an einen bestimmten oder einen offenen Leserkreis. Mich motiviert die Idee eines begleiteten Angebotes, durch das die Menschen das Schreiben mit verschiedener Zielsetzung lernen und üben können, um neue Perspektiven für sich zu entwickeln. «

Dr. med. Katja Walesch:

» Es ist doch so: Gefühle, Gedanken und Fragen können sprachlos machen. Im Alltag bleiben die Menschen mit ihren Botschaften oft ohne Resonanz. Die Folge ist eine Isolation in eigenen Gedanken und Emotionen. Wie wichtig Resonanz, Schwingungsfähigkeit, ist, sehe ich immer wieder in den Gesichtern von Kursteilnehmern: Die Berührtheit, wenn sie mit ihren Botschaften wahrgenommen werden und

DIE STIFTUNG:

Frau Professor Jäger, in Ihrer Klinik können Patienten neben sporttherapeutischen auch kunst- und musiktherapeutische Angebote wahrnehmen. Auch die Möglichkeit tiergestützter Therapie gibt es. Nun erweitern Sie das Angebot um die Poesie- und Bibliothérapie. Was hat Sie dazu bewegt?



Botschaften sie erreichen. Eine wichtige Erfahrung von Sonanz und Resonanz, einem inneren Schwingen und Mitschwingen. Die Poesie- und Bibliotherapie hilft, Sprachlosigkeit zu überwinden. Das ist auch der Grund, warum ich sofort zugesagt habe, als Frau Professor Jäger mich fragte, ob ich in ihrer Klinik Kreatives Schreiben anbieten wolle. «

Welche Fragen beschäftigen die Patienten Ihrer Erfahrung nach?

Dr. med. Katja Walesch:

» Zuerst die wichtigste: Gibt es Hoffnung auf Heilung? Und dann die Frage: Was jetzt? Die Gedanken der Menschen kreisen auch um das Thema Warum: Warum ich, warum jetzt, warum überhaupt? Angst schwingt immer mit: Vor der Therapie, vor dem Ausgeliefertsein, vor dem Sterben. Viele Patienten stehen noch lange nicht am Ende ihres Lebens, wenn bei ihnen Krebs diagnostiziert wird. Sie machen sich Gedanken, wie es weitergeht – für sie selbst und auch für ihre Angehörigen. Gefühle wie Trauer, Hilflosigkeit und Wut kommen auf und die Unsicherheit, etwas falsch gemacht zu haben. «

Wie kann Ihr Angebot da helfen?

Dr. med. Katja Walesch:

» Die Poesie- und Bibliotherapie zählt wie Musik-, Tanz- oder Kunsttherapie zu den künstlerisch-kreativen Therapieformen. Sie unterstützt die Heilkraft der Sprache sowohl durch das Lesen von beruhigender, erhellender und aufbauender Literatur als auch durch das Schreiben und Gestalten eigener Texte. «

Worum geht es dabei?

Dr. med. Katja Walesch:

» Im Kern geht es um die belebende Erfahrung, sich in einem literarischen Text wiederzuerkennen: „Ah, was ich fühle, hat schon einmal jemand gefühlt“, dadurch ist man weniger allein. Und es geht darum, sich etwas von der Seele zu schreiben und sich Gutes zuzuschreiben, sich ohne Leistungsdruck oder Erklärungsnot zum Ausdruck zu bringen und mit anderen austauschen zu können. Das entlastet, inspiriert und schafft Gemeinschaft, ganz unabhängig von Gesundheitszustand, Alter oder Lebenskontext. Ausdruck braucht Sprachen. Und Schreiben ist einer der sinnvollsten Wege zu selbstbestimmter Kommunikation und verantwortlichem

Miteinander. Es ist eine Kraftquelle, aus der wir schöpfen können. Als Kursleiterin für Integrative Poesie- und Bibliotherapie möchte ich das auch Menschen mit onkologischer Erkrankung zugänglich machen. «

Prof. Dr. med. Elke Jäger:

» Manches mag leichter geschrieben werden, als es gesagt werden kann. «

Dr. med. Katja Walesch:

» Ja, und es sind Worte, die geschrieben werden. Durch Poesie – aus dem Griechischen *poesis*: erschaffen – also durch das Gestalten von Sprache mit Worten, und durch das Lesen von Texten im *biblos*, im Buch, vermittele ich als Poesie- und Bibliotherapeutin konkrete Hilfen, um eigene

sprüche. Sie wussten, dass das richtige Wort zur richtigen Zeit Wunder bewirken kann... Joseph Eichendorff hat es so schön in seinem Gedicht ausgedrückt:

*Schläft ein Lied in allen Dingen
die da träumen fort und fort
und die Welt hebt an zu singen
triffst du nur das Zauberwort*

Körper, Seele und Geist kommen hierin vor: *Alle Dinge* – das Körperliche, die Materie. *Ein Lied* – das, was beseelt, lebendig macht. Und *die Welt* – der Geist, der dies alles umfasst. Diese drei befinden sich immer in dynamischer Wechselwirkung. Auch in der Medizin hat sich herumgesprochen, dass es zwischen körper-

kens. Diesen Sinn hat der Mensch noch nicht vollumfänglich erfasst, aber darauf gehe ich jetzt nicht ein, das würde zu weit führen. Ich möchte aber doch sagen, dass wir neben Körper und Seele natürlich auch unseren Geist nähren können. Sprache und Worte sind hier die Nahrungsmittel. Durch die Auseinandersetzung mit den aufgenommenen Inhalten reflektieren wir über uns und die Welt. Je vollwertiger beziehungsweise sinnhafter, desto wertvoller. Von einem so genährten Geist können wir immer zehren, sogar wenn der Körper geschwächt oder die Seele belastet ist. Wie das geht, vermittele ich zum Beispiel beim kreativen und heilsamen Schreiben. Es ist vielleicht ein bisschen wie in einem Kochkurs. «

zu leben, entlastet schon und schafft Vertrauen. Es gibt natürlich kein „Kochrezept mit 'Geling'-Garantie“. Meine Anregungen sind lebenspraktisch und lassen sich direkt in den Alltag umsetzen. Nach einer kleinen Einstimmung gebe ich verschiedene Impulse, die leicht ins Schreiben führen. Anders als in der Schule gibt es hier kein Richtig oder Falsch. So ergibt sich ein ungezwungenes Spiel mit Sprache, und man kann sich im Innehalten von Wörtern, Zeilen und Texten finden lassen. Es wird viel geschrieben, es wird gelesen. Es darf geweint und gelacht werden. «

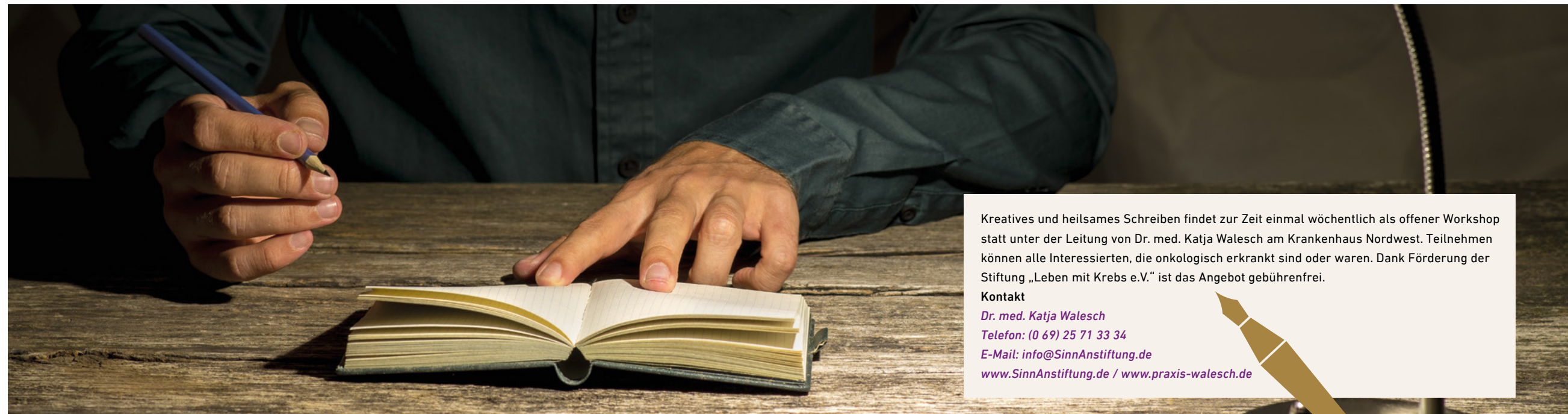
An wen richtet sich Ihr Angebot und wie wird es finanziert?

roimmunologische Untersuchungen zeigen, dass die Bewusstheit über die eigene Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit nicht nur ein gesundes Selbstbewusstsein fördert, sondern auch positiv auf das Immunsystem wirkt. Es ist also nicht nicht nur tröstliche Magie, sondern biophysologisch nachweisbar, dass „Zauberworte“ Heilkraft haben. «

Ein sehr spannendes Thema! Frau Dr. Walesch, eine Frage noch: Sie sind ursprünglich Ärztin für Allgemeinmedizin. Wie kamen Sie auf Poesie- und Bibliotherapie?

Dr. med. Katja Walesch:

» Wie Körper, Seele und Geist sind Leib,



Kreatives und heilsames Schreiben findet zur Zeit einmal wöchentlich als offener Workshop statt unter der Leitung von Dr. med. Katja Walesch am Krankenhaus Nordwest. Teilnehmen können alle Interessierten, die onkologisch erkrankt sind oder waren. Dank Förderung der Stiftung „Leben mit Krebs e.V.“ ist das Angebot gebührenfrei.

Kontakt

Dr. med. Katja Walesch

Telefon: (0 69) 25 71 33 34

E-Mail: info@SinnAnstiftung.de

www.SinnAnstiftung.de / www.praxis-walesch.de

Schreiben als Kochkurs? Klingt ungewöhnlich – aber interessant: Wie kann ich mir das vorstellen, was machen Sie da?

Dr. med. Katja Walesch:

» Wir können ja körperlich nicht aus unserer Haut – und doch können wir es: Mit Hilfe der Phantasie und der Bewusstheit. Beides sind Flügeltüren zur Freiheit, sie machen Mut und geben Kraft. Ein Patient ist auf die ein oder andere Art immer mit seiner Erkrankung konfrontiert. Im Schreibkurs steht jetzt nicht die Krankheit im Vordergrund, sondern der Mensch selbst mit seinen Empfindungen, seiner Neugier und mit seinem Gestaltungsantrieb. Die Tatsache, dass die anderen in der Gruppe Ähnliches erlebt haben und wissen, wie es ist, mit einer Krebserkrankung

Prof. Dr. med. Elke Jäger:

» Die Stiftung „Leben mit Krebs“ fördert unser Projekt „Kreatives und heilsames Schreiben“. Es ist offen für alle Menschen mit bestehender oder überstandener onkologischer Erkrankung. Dank der finanziellen Unterstützung entstehen den Teilnehmern keine Kosten. Das Angebot ist nicht als psychotherapeutische Intervention zu verstehen, sondern als Unterstützung für Betroffene, in der neuen Situation eine beschreibbare Basis zu gewinnen und ein wirksames Gestaltungsmittel zu erhalten. «

Dr. med. Katja Walesch:

» Dadurch verbessert sich sowohl das Wohlbefinden als auch die Lebensqualität. Die Meditationsforschung und psychoneu-

Worte zu finden, zur Sprache zu kommen, Unsägliches sagbar zu machen. Sprache hat ja Kraft, sie kann gewaltig sein – „Krebs!“ Wo können wir Trost finden, Hoffnung und Kraft schöpfen, wenn wir uns traurig, alleingelassen oder schwach fühlen? Und: Sprache hat Heilkraft – zum Beispiel im tröstlichen Wort, im teilnehmenden Zuspruch, in der befreienden Aussprache. «

Das Sprechen in der Medizin wird meistens der Psychotherapie zugeordnet. Poesie-therapie ist da eher unbekannt...

Dr. med. Katja Walesch:

» Die Heilkraft von Sprache und Wort ist seit der Antike bekannt. Schon die frühen Menschen in Mesopotamien entwickelten heilsame Beschwörungen und Zauber-

licher und seelischer Gesundheit wesentliche Zusammenhänge gibt. Die Psychosomatische Medizin und ihr noch relativ junger Zweig der Psychoonkologie interessieren sich genau für diese Interaktion zwischen *Psyche*, der Seele und *Soma*, dem Körper. *Interesse*, lateinisch: dazwischen-sein. Wenn wir die Wortwurzeln aufspüren, kommen wir den Dingen immer näher... Also, wenn wir aber nochmal genauer lesen, erkennen wir: Da war auch von einem Geist die Rede. «

Was hat es damit auf sich?

Dr. med. Katja Walesch:

» Es gibt eine Gesundheit des Geistes. Diesen Geist übersetze ich gern mit Bewusstheit: Sie enthält den Sinn des Den-

Bewegung und Sprache untrennbar miteinander verwoben – das ist mein zentrales Thema. Sprache bewegt sich im Leiblichen wie im Zwischenleiblichen, verbal und nonverbal. Sie schafft Brücken und öffnet Horizonte. Die Säulen meiner Arbeit sind die Osteopathische Medizin und die Bewegungstherapie, mein Ansatz ist leiborientiert. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Genesung, also die Heilungsentwicklung der Patienten, damit korreliert, wie wir sprechen und zuhören. Zur Integrativen Poesie- und Bibliotherapie kam ich, weil ich diese Erfahrungen vertiefen wollte. «

Frau Dr. Walesch, Frau Prof. Jäger, ich danke Ihnen für das interessante Gespräch. •

Das Gespräch führte Brigitte Ziegelmayr



KRANKENHAUS NORDWEST

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)

von MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D.



MUDr./Uni Bratislava
Milan Lisy, Ph.D.,
Chefarzt der Klinik
für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin am
Krankenhaus Nordwest

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) als wichtige Manifestation der systemischen Atherosklerose stellt mit weltweit über 200 Millionen Patienten und einer altersspezifischen Prävalenz eine bedeutende Erkrankung für das globale Gesundheitssystem dar. In Deutschland liegt die Prävalenz im unselektierten Patientengut im Alter ab 65 Jahren bei etwa 21 Prozent. Versicherungsdaten aus Deutschland zeigen jährlich 500 bis 600 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner. Besonders gefährlich ist diese Erkrankung, weil mit ihr auch ein hohes Risiko für Herzkrankungen, abdominelles Aortenaneurysma sowie Schlaganfälle und damit eine hohe Sterblichkeit verbunden ist. Risikofaktoren für eine pAVK sind vor allem Rauchen und Diabetes.

Eine Einteilung der pAVK kann nach klinischen oder morphologisch-anatomischen Aspekten erfolgen, wobei sich in Deutschland die nach dem französischen Chirurgen René Fontaine benannte Klassifikation im Alltag durchgesetzt hat (Tab. 1).

Tab.1: Einteilung pAVK nach René Fontaine

Stadium	Klinik	Therapie
I	Asymptomatisch	Konservativ
II a/b	Claudicatio intermittens >/< 200 m	Im Stadium IIb je nach Leidensdruck eine Revaskularisation zu erwägen.
Kritische Extremitätenischämie mit Amputationsgefahr		
III	Ruheschmerzen	Revaskularisation
IV	Gewebeuntergang	Revaskularisation ggf. + adjuvante konservative Verfahren. Wenn Revaskularisation nicht möglich: konservative Verfahren, ggf. Amputation.

Als kritische Extremitätenischämie (auch: Critical Limb Ischemia, CLI) bezeichnet man das Stadium mit bestehenden Ruheschmerzen oder chronischen Wunden mit Gewebsverlust, welches mit einer deutlich schlechteren Prognose verbunden ist und deshalb in der Therapie eine besondere Bedeutung darstellt. Bei der belastungsabhängigen Claudicatio intermittens (Schau-fensterkrankheit) bilden das begleitete Gehtraining und die konsequente Optimierung der Risikofaktoren eine Grundlage für die optimale Therapie, welche sich als eine gleichwertige Behandlungsoption im Vergleich zu den invasiven Verfahren zeigt. Darum werden die modernen „minimal invasiven“ interventionellen Verfahren und Devices in dem noch kompensierten pAVK-Stadium oft aufgrund der unzureichenden Evidenzbasis kontrovers diskutiert. Dagegen ist die Anwendung der invasiven Therapieverfahren bei der CLI unumstritten, bei der der Beinerhalt und die damit einhergehende vitale Bedrohung der Patienten im Vordergrund stehen. Die Gesamtmortalität von Patienten mit CLI beträgt 3,7 Prozent nach 30 Tagen, 17,5 Prozent nach einem Jahr und bereits 46,2 Prozent nach fünf Jahren.

Manifestationen der Atherosklerose
Die koronare Herzkrankheit (KHK), die Karotisstenose und das abdominelle Aortenaneurysma (AAA) gehören neben der pAVK zu den Manifestationen der systemischen Atherosklerose. Infolge dieser systemischen Erkrankung kommt es in den betroffenen Arterien zu Verengungen oder Verschlüssen mit der Ausbildung von Kollateralkreisläufen und turbulenten Strömungen. Kommt es durch die atherosklerotischen Veränderungen der

Gefäßwand zu einer Abnahme des distalen Blutflusses, spricht man von einer kritischen Arterienstenose. Die Wahrscheinlichkeit einer peripheren arteriellen Veränderung in verschiedenen Lokalisationen steigt mit dem Lebensalter und mit dem Vorliegen von kardiovaskulären Hauptrisikofaktoren: Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen jedem Risikofaktor und dem jeweiligen Gefäßgebiet ist variabel. Wenn ein Gefäßgebiet von Atherosklerose betroffen ist, ist nicht nur das entsprechende Organ gefährdet (z. B. das Gehirn bei Stenosierung der A. carotis), sondern auch das Gesamtrisiko für jegliche kardiovaskuläre Ereignisse erhöht (z. B. koronare Ereignisse).

Diabetisches Fußsyndrom
Das diabetische Fußsyndrom (DFS) mit dem Symptomkomplex aus Gewebeerlust, Infektion und Neuropathien stellt eine besondere Herausforderung dar. Hierbei kann die Polyneuropathie die Schmerzsymptomatik verschleiern und eine Media-sklerose der peripheren Arterien kann zu falsch hohen Messwerten in der Diagnostik führen. Sobald atherosklerotische Veränderungen mit einer hämodynamisch relevanten pAVK hinzukommen, wird die Wundbehandlung limitiert und die Prognose signifikant verschlechtert. Man sollte dann wegen der Bedrohung von einer kritischen Extremitätenischämie sprechen.

Das diabetische Fußsyndrom mit dem Symptomkomplex aus Gewebeerlust, Infektion und Neuropathien stellt eine besondere Herausforderung dar

Symptome und Diagnostik
Die Symptome und Ausprägungen der pAVK sind vielfältig und richten sich maßgeblich nach dem Krankheitsstadium. Abhängig von der Lokalisation der Verengung und einer möglichen Kollateralisie-

rung treten die belastungsabhängigen Beschwerden dabei im versorgten Stromgebiet auf. Typischerweise klagen Patienten mit Läsionen der Oberschenkelgelenke (A. femoralis superficialis) über eine Wadenclaudicatio. Ist die distale Aorta oder die Aortenbifurkation betroffen, kommt es zu glutealen oder Oberschenkel-schmerzen. Das Auftreten von Ruheschmerzen ohne jede Belastung kennzeichnet die kritische Extremitätenischämie, wobei eine diabetische Neuropathie zu einem stummen Verlauf führen kann. Oft findet sich bei der kritischen Extremitätenischämie auch eine blasse oder livide Extremität mit verzögerter oder aufgehobener Rekapillarisation. Vor allem bei Befall der drei Unterschenkelgefäße kommt es in fortgeschrittenen Stadien nach traumatischen Verletzungen oder spontan zum Untergang von Hautgewebe, zu chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen. Eine feuchte Nekrose oder eine Gangrän kann zu einem Befall des Knochens (Osteitis) oder septischem Verlauf führen und bedarf daher einer dringenden Behandlung.

Die Therapie der pAVK verfolgt primär eine Minimierung der Risikofaktoren

Neben der gewissenhaften Anamnese und klinischen Untersuchung inklusive Pulsstatus stellt die Dopplerverschlussdruckmessung (Tab. 2) das Fundament der vaskulären Stufendiagnostik dar. Ein Ankle-Brachial-Index (ABI, auch: Knöchel-Arm-Index) unter 0,9 gilt heute als beweisend für das Vorliegen einer pAVK und sollte zu einer kardio-neuro-vaskulären Umfelddiagnostik führen. Deutlich erhöhte ABI-Werte über 1,3 können dagegen auf eine diabetische Mediasklerose hinweisen. Mittels farbkodierter Duplexsonographie (FKDS) kann der geübte Untersucher die Becken-Bein-Strombahn auf Verschlüsse und Flussbeschleunigungen hin untersuchen und so die Stenosegrade

abschätzen. Goldstandard der invasiven Diagnostik ist die digitale Subtraktionsangiographie (DSA), bei der jodhaltiges Kontrastmittel oder bedarfsweise CO2 verwendet werden kann. Mittels DSA lassen sich auch kleine Gefäße und Kollateralen bis in die distale Strombahn darstellen und durch die einliegende Schleuse besteht gleichzeitig die Möglichkeit einer interventionellen Revaskularisation.

Tab. 2: ABI-Kategorien zur Abschätzung des pAVK-Schweregrads

ABI-Wert	Schweregrad der pAVK
1,3	falsch hohe Werte (Verdacht auf Mediasklerose)
> 0,9	Normalbefund
0,75 – 0,9	leichte pAVK
0,5 – 0,75	mittelschwere pAVK
< 0,5	schwere pAVK (kritische Ischämie)

Therapie der kritischen Extremitätenischämie und des diabetischen Fußsyndroms
Die Therapie der pAVK verfolgt primär eine Minimierung der Risikofaktoren, da die Prognose dieser Patientengruppe maßgeblich durch den natürlichen Verlauf der kardio-neuro-vaskulären Komorbiditäten (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz) bestimmt ist. Alle Patienten sollten daher einem begleiteten Gehtraining zugeführt werden. Darüber hinaus ist eine strikte Nikotinkarenz, Blutdruckeinstellung, die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern und Statinen sowie die Behandlung einer KHK, Herz- oder Niereninsuffizienz von lebenswichtiger Bedeutung (Tab. 3). Patienten mit einem Diabetes mellitus sollten darüber hinaus interdisziplinär durch Gefäßmedizin, Diabetologie und Fußspezialisten betreut werden, wobei die peripher-vaskuläre Erkrankungskomponente primär durch die Gefäßmedizin betreut werden sollte.

Tab. 3: Stadiengerechte Behandlung der pAVK. (Modifiziert nach pAVK-Leitlinie S3)

Maßnahme	Fontaine-Stadium			
	I	II	II	IV
Nikotinkarenz, Blutdruck-Blutzuckeroptimierung, Statin	+	+	+	+
Thrombozytenaggregationshemmer	(+)	+	+	+
Strukturiertes Gehtraining	+	+	–	–
Orale vasoaktive Substanzen (Cilostazol/Naftidrofuryl)	–	+	–	–
Revaskularisation (operativ und/endovaskulär)	–	+ ^a	+	+
Strukturierte Wundbehandlung	–	–	–	+
CT-gesteuerte Sympatikolyse	–	–	(+) ^b	(+) ^b
Alprostadilinfusionstherapie	–	–	(+) ^b	(+) ^b
Epidurale Rückenmarkstimulation	–	–	(+) ^b	(+) ^b
Intermittierende pneumatische Kompression	–	–	(+) ^b	(+) ^b

CT-Computertomographie, ^a bei hohem Leidensdruck und geeigneter Gefäßmorphologie, ^b adjuvant oder nach Ausschöpfen aller Revaskularisationsmöglichkeiten

Evidenzbasiert überlegen gegenüber dem überwachten Gehtraining ist aktuell nur die invasive Behandlung der kritischen Extremitätenischämie. Primär sollte möglichst der Versuch einer endovaskulären Revaskularisation (ER) erfolgen, solange ein mindestens gleichwertiger Behandlungserfolg zum offen-chirurgischen Vorgehen erwartet werden kann. Femoropopliteale Bypässe sollten wenn möglich mit autologer Vene konstruiert werden (Abb. 1), Läsionen unterhalb des Knies sollten mittels Ballonangioplastie (PTA) und ggf. mittels optionalen Atherektomie (Abb. 2) oder ggf. Stentings („Bailout“) behandelt werden.

Femoropopliteale Bypässe

Der Stellenwert beschichteter Stents (DES – drug eluting stent) und Ballons (DEB – drug eluting ballon) ist nicht abschließend geklärt. Zur evidenzbasierten Therapieentscheidung bei kritischer Extremitätenischämie und diabetischem Fußsyndrom kann ein neu entwickeltes Risikoklassifikationssystem (Wifl = Wound, Ischemia and foot Infection) hilfreich sein.

Postoperative Nachbetreuung

Alle Patienten mit einer pAVK sollten mit Thrombozytenaggregationshemmern (ASS – Aspirin und/oder Clopidogrel) periinterventionell bzw. perioperativ behandelt werden. Vorteile für eine orale Antikoagulation konnten in der Beurteilung aller Studien zur Rezidivprophylaxe nach



Abb. 2: Atherektomie Device für Oberschenkel/Unterschenkelarterien

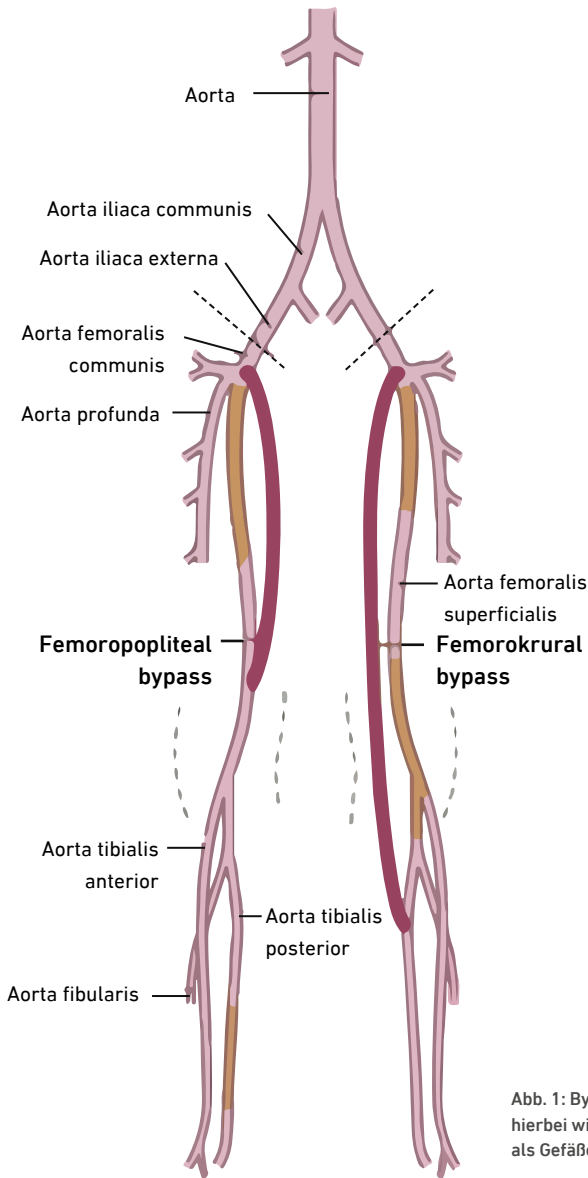


Abb. 1: Bypass-Implantation – hierbei wird eine autologe Vene als Gefäßersatz verwendet

Bypassoperationen nicht nachgewiesen werden, während nach kardialer und arterieller Embolie und nach Lysebehandlungen arterieller appositionsthrombotischer Verschlüsse eine solche empfohlen wird. Kombinationsbehandlungen mit vorübergehender dualer Thrombozytenaggregationshemmung sind nach infrainguinaler endovaskulärer Therapie mit Stent, DEB oder PTA zu empfehlen. Falls ein infrapoplitealer Prothesenbypass angelegt werden muss, kann eine Kombinationsbehandlung aus ASS und oraler Antikoagulation bei einem hohen Risiko für einen Bypassverschluss verordnet werden. In der aktuellen COMPASS-Studie verglichen Forscher eine kombinierte Behandlung mit Rivaroxaban (2x2,5mg/Tag) plus ASS (100 mg/Tag) mit ASS allein bei Patienten mit peripheren arteriellen Erkrankungen (pAVK) (n=7410). Die kombinierte Behandlung konnte das Risiko für kardiovaskuläre sowie pAVK-spezifische Ereignisse wie schwere Gliedmaßenischämien und Amputationen dabei deutlich stärker reduzieren.

Die primäre Therapie der kritischen Extremitätenischämie bei pAVK ist die endovaskuläre Revaskularisierung

Ein strukturiertes gefäßmedizinisches Nachsorgeprogramm umfasst die regelmäßige Patientenbetreuung mit konsequenter Behandlung von kardiovaskulären Risikofaktoren und Erfassung weiterer Behandlungsoptionen. Eine Duplexsonografie sollte in Intervallen zwischen drei und sechs Monaten stattfinden. Ein überwachtes Gehtraining bzw. der Einschluss in Gefäßsportgruppen gehört nach Gefäßeingriffen zur Basisbehandlung.

Die primäre Therapie der kritischen Extremitätenischämie bei pAVK ist die endovaskuläre Revaskularisierung. Man muss allerdings wissen, dass dieses Verfahren immer nur symptomorientiert ist und weder die Morphologie arteriosklerotisch vorgeschädigter Gefäße ändert noch den arteriosklerotischen Progress verhindert. Es kann aber aufgrund des Mobilitätsgewinns zu einer langfristigen Prophylaxe führen. Zudem können ein frühzeitiges Erkennen der Arteriosklerose, die Optimierung der Risikofaktoren und die stadiengerechte Revaskularisierung schwere Ereignisse wie Myokardinfarkt, Schlaganfall oder Beinverlust verhindern. ●

Kontakt

Krankenhaus Nordwest

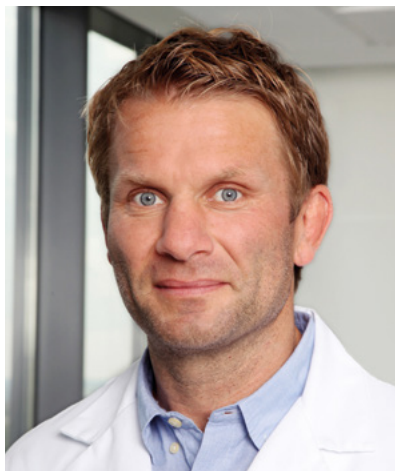
Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin

MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy

Telefon (0 69) 76 01-3235

Komplementäre Medizin bei Endometriose – Humbug oder ernstzunehmende Therapie?

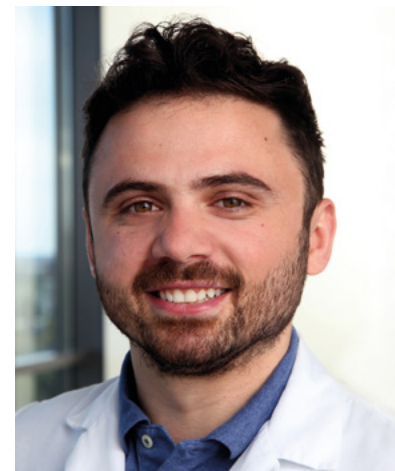
von Prof. Dr. med. Jörg B. Engel, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg
und Doctor-medic Alin Stefan Constantin



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



Prof. Dr. Dr. h.c. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg,
Sektionsleiter
Endometriosezentrum
am Krankenhaus Nordwest



Doctor-medic
Alin Stefan Constantin,
Funktionsoberarzt an der
Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe am
Krankenhaus Nordwest

Endometriose betrifft etwa 10 Prozent aller Frauen und ist damit eine der häufigsten gutartigen gynäkologischen Erkrankungen. Um den oft noch jungen Patientinnen die bestmögliche Behandlung zu bieten, bündelt das Krankenhaus Nordwest seine Kompetenzen in einem Endometriosezentrum. Das von der Stiftung Endometrioseforschung (SEF) zertifizierte Zentrum ist spezialisiert auf das Erkennen und das Behandeln der Endometriose nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien.

Neben den Möglichkeiten der operativen und hormonellen Therapie gibt es Studien, die sich mit den komplementären Maßnahmen bei der Behandlung einer Endometriose-Erkrankung beschäftigen. Im Rahmen des Symposiums "Komplementäre Therapie für Endometriose" am Krankenhaus Nordwest unter wissenschaftlicher Organisation von Prof. Dr. med. Jörg Engel und von Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg wurden im September 2019 komplementäre Behandlungsmethoden der Endometriose einem Fachpublikum vorgestellt und diskutiert.



Die häufigsten Symptome der Endometriose sind Unterbauchschmerzen.

Die Erkrankung Endometriose

Die Erkrankung Endometriose ist durch das Vorhandensein von Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium) außerhalb der Gebärmutterhöhle definiert. Diese Absiedlungen können theoretisch im ganzen Körper auftreten. In den meisten Fällen ist der Manifestationsort aber das kleine Becken. Die ektopen Endometriumsinseln sind den hormonellen Veränderungen des Menstruationszyklus unterworfen und verursachen typischerweise zyklusabhängige Unterbauchschmerzen. Endometriose ist zwar die zweithäufigste gutartige gynäkologische Erkrankung, doch ist die Bedeutung bisher wenig ins öffentliche Bewusstsein vorgedrungen.

Die häufigsten Symptome der Endometriose sind Unterbauchschmerzen, die am Anfang noch zyklisch auftreten, später aber permanent bestehen, sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Diese Schmerzen können als moderat, aber auch als heftiger Vernichtungsschmerz wahrgenommen werden. Die Endometriose kann

Ursache für einen unerfüllten Kinderwunsch sein. Darüber hinaus verursacht die Endometriose-Erkrankung substanzielle ökonomische Schäden, da sie durch ihre körperlich sehr belastenden Symptome zu häufigen Fehlzeiten am Arbeitsplatz führt.

Endometriose betrifft etwa zehn Prozent aller Frauen

Endometriose ist eine chronisch-rezidivierend auftretende Krankheit und stellt deswegen hohe Anforderungen an die Expertise des Arztes und die Geduld der Patientin. Die primäre Therapie der Endometriose ist die laparoskopische Sanierung, die von einem sehr erfahrenen Operationsteam durchgeführt werden sollte. In den vergangenen Jahren wurden immer mehr Endometriosezentren etabliert, in denen alle Aspekte der Therapie wie Operation, medikamentöse Behandlung, Rehabilitation und psychologische Betreuung unter einem Dach vereinigt sind. In

diesen Zentren wird dem komplexen und chronischen Charakter dieser Erkrankung Rechnung getragen und so können Patientinnen, die zum Teil jahrelang an sehr einschränkenden Schmerzsymptomen litten, wieder ein normales Leben führen.

Komplementäre Therapiemodalitäten
Neben den Möglichkeiten der operativen und hormonellen Therapie werden bei der Endometriosebehandlung zunehmend komplementäre Maßnahmen diskutiert und von betroffenen Frauen zwecks Beschwerdelinderung und gegebenenfalls Heilung gewünscht. Dieser Trend ist nicht als Beleg für die Wirksamkeit der Komplementärmedizin aufzufassen, erfüllt jedoch den Wunsch nach Erweiterung der therapeutischen Optionen seitens der Patientinnen und ihrer behandelnden Ärzte.

Der chronisch-rezidivierende Charakter der Endometriose-Erkrankung und die Tatsache, dass sich bei chronischen Schmerzpatientinnen durch das Schmerzgedächtnis



Die ayurvedische Therapie besteht aus Ayurveda-Massagen und -Reinigungstechniken, der Ernährungslehre, spiritueller Yogapraxis und Pflanzenheilkunde.

nis die Symptome verfestigen und damit noch schwerer behandelbar werden, lässt es sinnvoll erscheinen, auch komplementäre Therapiemodalitäten in ein ganzheitliches Therapiekonzept einzubeziehen. Alle komplementären Heilverfahren, die die Eigenregulation des Organismus unterstützen und damit die Selbstheilungskräfte aktivieren, können hilfreich in der ganzheitlichen Behandlung einer Endometriose-Erkrankung sein und das Gesamtkonzept der Behandlung ergänzen.

Im Folgenden werden komplementäre Methoden vorgestellt und hinsichtlich ihrer Evidenz in der Therapie beschrieben.

Ernährung

Trotz der bestehenden Unklarheit hinsichtlich der Entstehung der Endometriose konnten Studien belegen, dass es eine Korrelation zwischen der Ernährung und dem Auftreten von Endometriose gibt. Es ist bekannt, dass einige Lebensmittel Auswirkungen auf Immunsystem, Entzündungen und oxidativen Stress haben. Einige interessante wissenschaftliche Studien und Beobachtungen demonstrieren auf jeden Fall eindrücklich die ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse:

- Der Verzehr von Rindfleisch und anderem roten Fleisch sollte reduziert werden, da dieser nach Studien mit einem erhöhten Endometrioserisiko verbunden ist.
- Gesunde Fette wie Olivenöl und pflanz-

liche und marine Omega-3-Fettsäuren (wie Leinöl und fettreiche Kaltwasserfische) reduzieren den oxidativen Stress.

- Vitamin E und C sowie Selen und Zink inhaltsreiche Lebensmittel wirken entzündungshemmend.
- Die Erhöhung der Magnesiumzufuhr sowie die Vermeidung von Kuhmilchprodukten eine Woche vor der Regelblutung können zu einer Schmerzlinderung während der Periode führen.
- Ballaststoffe in Vollkornprodukten, Gemüse und Obst, Vermeidung von Alkohol und Abbau eines starken Übergewichtes führen zu einer Senkung des Östrogenspiegels (Östrogene sind wesentlicher Faktor bei der Entstehung der Endometriose).

Generell ist ein hoher Anteil aus frischen, natürlichen und unverarbeiteten Lebensmitteln ratsam. Je weniger Zusatzstoffe, desto besser. Eine Heilung wird durch die Ernährung nicht erreicht, doch zum Wohlbefinden trägt sie sicherlich bei.

Ayurveda

Die traditionelle Medizin Ayurveda ist eine indische Heilkunst, die in Deutschland in den vergangenen Jahren zunehmend bekanntgeworden ist. Genauso wie die Traditionelle Chinesische Medizin ist Ayurveda von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) als medizinische Wissenschaft anerkannt. Die ayurvedische Therapie besteht aus



Studien belegen, dass es eine Korrelation zwischen der Ernährung und dem Auftreten von Endometriose gibt.

Ayurveda-Massagen und -Reinigungstechniken, der Ernährungslehre, spiritueller Yogapraxis und Pflanzenheilkunde. Wie es in der ayurvedischen Lehre empfohlen wird, können Endometriose-Patientinnen von den regelmäßigen Mahlzeiten, leicht verdaulichen, nährhaften Speisen, und der warmen und leichten Kost am Abend profitieren. Gewürze wie z. B. Ingwer und Kreuzkümmel können die Verdauungskraft unterstützen. Sehr schwere oder kalte Speisen im Übermaß werden vermieden. Die regelmäßige sanfte Ausdauerbewegung wirkt verjüngend, zellerneuernd und vitalisierend. Die pflanzlichen Arzneien umfassen beispielsweise Präparationen aus Knoblauch, Kreuzkümmel und anderen Gewürzen, fermentierte Arzneizubereitungen (zum Beispiel auf der Basis von Aloe vera) sowie Pulver oder Tabletten (mit Honig, Süßholz u. a.).

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) als jahrtausendealte Erfahrungsmé- dizin basiert auf der Vorstellung, dass die Lebensenergie im Körper reguliert und ausbalanciert fließen kann. Die Energie im Körper, das so genannte Qi, fließt in der chinesischen Vorstellung über definierte Meridiane durch den Körper. Ist der Energiefluss geschwächt, können Schmerzen und Krankheiten entstehen. In der TCM wird der freie Fluss von Blut und Qi (Energie) im Körper durch energetische Blockaden behindert, wodurch sich stoffliche Ansammlungen bilden können. In der Traditionellen Chinesischen Medizin geht

man davon aus, dass für die Ansiedlung von Endometriuszellen im Bauchraum eine Stagnation von Qi und Blut in der Gebärmutter die Voraussetzungen sind. Das Qi und das Blut können nicht regulär nach unten abfließen. Dadurch entsteht eine umgekehrte Fließrichtung. Bei Endometriose liegt der Schwerpunkt der TCM in der Kräutermedizin, Lebensführung, speziellen Körperübungen, z. B. Qi Gong, Akupunktur und einer auf die Störung bezogenen ausgewählten Ernährung.

Osteopathie

Osteopathie ist eine ganzheitliche manuelle Behandlungsform. Die osteopathische Philosophie befasst sich mit dem Anspruch an das Wohlbefinden durch Kenntnis der Zusammenhänge von Struktur und Funktion sowie mit der Suche nach den Ursachen für die Probleme der Patienten. In Bezug auf die Schmerzbekämpfung bei Patientinnen bietet es einen globalen Ansatz für komplexe psychophysische und soziale Faktoren, die die Entwicklung chronischer Schmerzen beeinflussen. Osteopathie beschreibt die Kausalität zwischen zahlreichen Symptomen und Krankheiten aufgrund der faszialen Verbindungen zwischen dem Bewegungsapparat und den inneren Organen. Somit kann eine chronische Entzündung der genitalen Organe zu Symptomen des Bewegungsapparates und umgekehrt führen. Mit speziellen Techniken werden Funktionsstörungen im Bereich des Bewegungsapparats, aber auch im Bereich innerer Organe behandelt und behoben.



Osteopathie ist eine ganzheitliche manuelle Behandlungsform.

Die Dehnung und Bewegung des Zwerchfells ist insbesondere für die Beweglichkeit der Bauchorgane sehr wichtig. Durch Atmung erfolgt die Selbstmassage der inneren Organe. Durch Zwerchfell und Bauchatmung kann eine Mobilisierung der Beckenorgane erfolgen und Verklebungen gelöst werden. Darüber hinaus sind alle Übungsmethoden, die eine tiefe Atmung beinhalten (Qi Gong, Yoga, Feldenkrais, Autogenes Training, Jakobsentraining) geeignet. Die Osteopathie kann das Problem nicht in jedem Fall lösen, sie kann jedoch dazu beitragen, andere Regionen zu entlasten, wodurch die biomechanischen Belastungen des Beckens und des Beckenbodens verringert werden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass neben den etablierten schulmedizinischen Behandlungsverfahren auch komplementäre Therapien in der Behandlung von Patientinnen mit Endometriose als Ergänzung eingesetzt werden können. Zur Heilung der Endometriose werden diese Therapieoptionen jedoch nicht führen: zur Steigerung des Wohlbefindens der Patientinnen tragen sie sicherlich bei, wodurch diese Therapieansätze als positiv zu bewerten sind. •

Kontakt

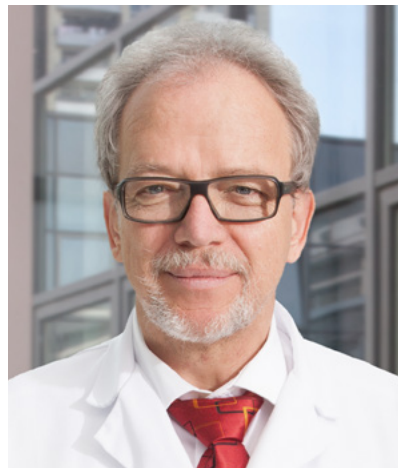
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Endometriosezentrum
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon: (0 69) 76 01-4200



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Behandlung chronisch depressiver Patienten in einer psychosomatischen Tagesklinik

von Dr. med. Wolfgang Merkle



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

Psychodynamische Aspekte und Besonderheiten der teilstationären psychosomatischen Behandlung: Der Psychoanalytiker Enke (1994) verstand den psychoanalytischen Prozess im stationären Geschehen so, dass es notwendig sei, einen sozialen Wirklichkeitsraum der Klinik therapeutisch zu gestalten und für soziales Lernen und Vergessen zu nutzen. Die Interaktionen, das wirkliche Handeln ebenso wie das Ausagieren müssen reflektiert werden, um so viel wie möglich an Psychoanalyse zu verwirklichen.

Innerhalb der regressionsfördernden tagesklinischen Behandlung – die gleichzeitig noch einige Aspekte der Konfrontation mit der Realität aufrechterhält – erfolgt in der stationären psychoanalytisch orientierten Therapie die Reflexion und Bearbeitung unbewusster Konflikte, wie sie sich in der Übertragung zum Therapeuten oder in aufgespaltenen Übertragungen zu verschiedenen Teammitgliedern zeigen. Für alle Teammitglieder gilt es, für die Abstinenz, die akzeptierende Grundhaltung, die Atmosphäre der Offenheit und des Fragens Sorge zu tragen. Dies soll dem depressiven Patienten, der mit Selbstvorwürfen, Wendung gegen das Selbst, Identifikation mit dem Aggressor und anderen Abwehrmechanismen beschäftigt ist, ermöglichen, mit Vertrauen und Geduld die narzisstische Regression auf das eigene Selbst und den eigenen Körper aufzugeben und sich neuen Beziehungserfahrungen zu stellen. Die Vorbilder der Mitpatienten in den Gruppen sollen die Offenheit des Patienten fördern und ihm ermöglichen, über bisher nicht akzeptable Gefühle zu sprechen. Dies wird nur möglich sein, wenn die Einzel- und Gruppen-

therapeuten in der Lage sind, sich in das innere Erleben, die Gefühle und Ängste des Patienten einzufühlen und gleichzeitig auch bei inakzeptablen Gefühlen als Container fungieren. Dabei müssen die Abwehrbedürfnisse des Patienten beachtet werden (Thomä und Kächele, 1985, 1988).

Im Rahmen der Tagesklinikbehandlung kommt es nicht selten zu Wiederholungen der Situation, dass depressive Patienten Konflikte innerhalb des Settings zur Sicherung der Beziehung gegen sich selbst wenden. Die nach Kränkung auftretenden Spannungen und Wutgefühle werden nicht als Folge, sondern als ursächlich für die eingetretene Distanz fantasiert und im Weiteren in Form der schuldhaften Wendung gegen das eigene Ich verarbeitet.

Es etabliert sich entsprechend häufig die Vorstellung „selber schuld“ an der eingetretenen Situation zu sein, wie auch ein Kind in der Deprivation sich selbst als ursächlich für den Verlust fantasiert. Durch diese beim Erwachsenen dann verinnerlicht und unbewusst ablaufende autoaggressive Konfliktverarbeitung kommt es zu einer weiteren Schwächung realitätsbezogener Bewältigungsmöglichkeiten und in der Folge zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik. Hieraus resultieren dann beispielsweise die psychomotorischen Hemmungssymptome, Selbstzweifel, Schuldgefühle oder Selbstanklagen bis hin zur Suizidalität sowie ungünstige Interaktionen, wie z. B. ein depressiv-ängstliches Anklammern an private oder professionelle Bezugspersonen verbunden mit einer hohen Kränkbarkeit (Rudolf 2000).

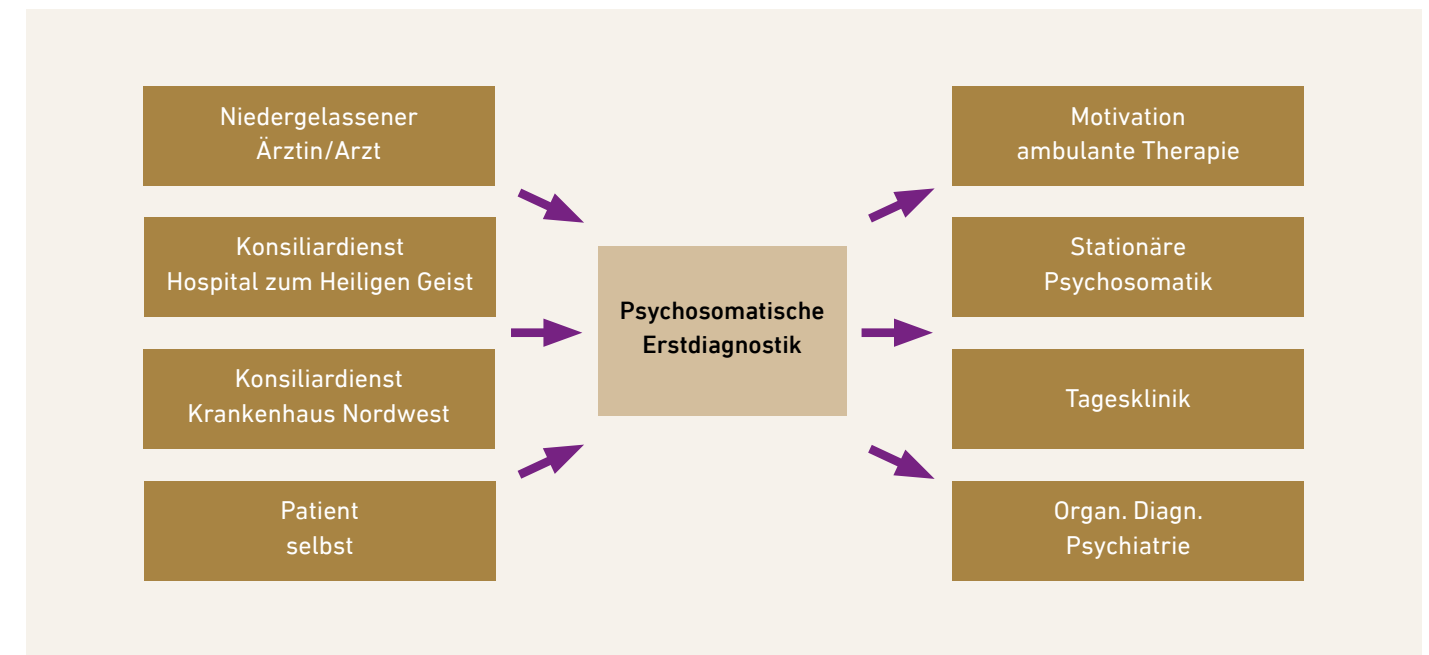


Abb. 1: Psychosomatische Erstdiagnostik

Zugang der Patienten in die Tagesklinik

Nach der Anmeldung in unserem Sekretariat durch den Patienten selbst, seinen Hausarzt, Facharzt, psychologischen Psychotherapeuten, durch Ärzte aus anderen Kliniken (z. B. über Konsile aus unserem eigenen, aber auch aus anderen Krankenhäusern in Frankfurt und Umgebung) kommt der Patient zur psychosomatischen Erstdiagnostik (Abb. 1). Hier werden das Ausmaß der Erkrankung, die körperlich-seelischen Zusammenhänge, das Ausmaß der Einschränkungen, die Lebensgeschichte und die Psychodynamik festgestellt. In diesem Erstgespräch versuchen wir dann dem Patienten eine Entscheidungshilfe für den nächsten Schritt im diagnostisch-therapeutischen Prozess zu geben und ihn gegebenenfalls auch für eine Therapie zu motivieren.

Struktur der Therapie

Wichtig für die Struktur der Therapie in unserer Tagesklinik ist, dass sie kein Stand-alone-Bereich ist, sondern dass zu den 50 Tagesklinikplätzen 30 vollstationäre Behandlungsplätze in der Klinik dazukommen. Patienten, die also während der tagesklinischen Behandlung, insbesondere auch in der Nacht oder an den Wochenenden, akute Notfallversorgung brauchen, können sich durchgängig an das stationäre Behandlungsteam wenden. In einem Bereich haben wir sogar eine tagesklinische Einheit mit einer vollstationären Einheit verknüpft, sodass Patienten zunächst im vollstationären Bereich und

dann im tagesklinischen Bereich behandelt werden können, ohne den Therapeuten und die Gruppe wechseln zu müssen. Dies ist natürlich auch umgekehrt denkbar, dass ein Patient, der zunächst nur tagesklinisch behandelt werden konnte, später auch vollstationär übernommen werden kann.

Kein Stand-alone-Bereich

Ungefähr 30 bis 40 Prozent aller Tagesklinikpatienten haben die Diagnose einer chronischen Depression als einzige Diagnose oder als Komorbidität. Die Tagesklinikeinheiten bestehen jeweils aus 20 Patienten mit zwei Gruppen. Diese Gruppen stellen dann auch die Kleingruppen dar, die halb offen sind und durch die Gemeinsamkeit vieler therapeutischer Gruppenaktivitäten ziemlich kohärent sind. Wir haben keine störungsspezifischen Stationen, sondern behandeln die depressiven Patienten mit anderen psychosomatischen Diagnosen zusammen (Schmerzpatienten, Angststörung, phobische Störung, Essstörung), was zu einer größeren Lebendigkeit in den Gruppen führt. Nichtsdestotrotz haben die depressiven Patienten, ähnlich wie die anderen Diagnosegruppen, störungsspezifische Behandlungsansätze, z. B. in Form der Bezugspflege, der angeordneten Pflegekontakte, der Psychoedukation usw. In der Regel sind die Patienten ca. acht bis zehn Wochen teilstationär, an allen Werktagen

beginnt die Therapie um 8.30 und endet um ca. 16.30 Uhr (Abb. 2). Es gibt immer ein gemeinsames Mittagessen. Die übrigen Mahlzeiten sind zu Hause. Die Behandlungsdichte während der tagesklinischen Behandlung ist relativ intensiv, sodass jeder Patient über 20 Behandlungsstunden im Durchschnitt in der Woche hat. Patienten mit depressiven Störungen können allmählich in die Therapien eingeführt werden, wenn sie zunächst mit der Intensität der Behandlung überfordert sind.

Integration der unterschiedlichen Therapieverfahren

Da die Patienten im Team unterschiedliche Objektbeziehungserfahrungen auf unterschiedliche Therapeuten projizieren, ja zum Teil sogar spalten, ist es besonders wichtig, die Partialobjektanteile im Team wieder zusammenzuführen. Wir müssen in unseren Besprechungen wieder ein Gesamtbild des Patienten entwerfen, die unterschiedlichen Aspekte im Team und dann vor allem im Einzeltherapeuten wieder integrieren. Dafür haben wir verschiedene Teambesprechungen. Besonders wichtig sind natürlich die Besprechungen am Montag (nach dem Wochenende) und am Freitag (Wochenendbesprechung und Besprechung der Neuaufnahmen) sowie die Übergabetermine der verschiedenen Stationen morgens am Arbeitsbeginn. Insbesondere montags, freitags und bei der Visite in der Mitte der Woche, sind nach Möglichkeit alle an der Therapie beteiligten Mitarbeiter versam-

Therapieschema				
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 – 8.45 Uhr Morgenrunde	8.30 – 8.45 Uhr Morgenrunde	8.15 – 8.30 Uhr Morgenrunde	8.15 – 8.30 Uhr Lockerung	8.15 – 8.30 Uhr Morgenrunde
8.50 – 10.15 Uhr Konzentriative Bewegungstherapie 1	9.10 – 10.00 Uhr Atemtherapie	8.30 – 10.00 Uhr Gestaltungstherapie 1	8.45 – 10.15 Uhr Kleingruppen 1 und 2	8.45 – 10.15 Uhr Konzentriative Bewegungstherapie 1
10.30 – 12.00 Uhr Gestaltungstherapie 2		10.15 – 11.45 Uhr Gestaltungstherapie 2		10.30 – 12.00 Uhr Konzentriative Bewegungstherapie 2
	ab 11.00 Uhr Chefarztvisite bis ca. 12.00 Uhr			
12.00 – 12.30 Uhr Mittagessen				
13.20 – 14.50 Uhr Konzentriative Bewegungstherapie 2	12.30 – 14.00 Uhr Kleingruppen 1 und 2	14.45 – 16.15 Uhr Großgruppe	14.30 – 16.00 Uhr Gestaltungstherapie 1	13.30 – 14.00 Uhr Gymnastik 1
				14.00 – 14.30 Uhr Gymnastik 2
	15.30 – 16.10 Uhr Störungsspezifische Gruppen			14.50 – 15.30 Uhr Störungsspezifische Gruppen
16.15 Uhr Tagesabschlussrunde	16.15 – 17.00 Uhr Autogenes Training bzw. progressive Muskelrelaxation		16.15 Uhr Tagesabschlussrunde	15.30 – 16.00 Uhr Wochenabschluss

Abb. 2: Therapieschema – Tagesablauf in der Klinik.

melt. Hier geht es darum, aus den verschiedenen Aspekten ein möglichst umfassendes Bild über den derzeitigen Fokus des Patienten zu etablieren. Aufgabe ist es, für jeden Patienten, den wir besprechen, einen Fokus vor der Visite zu finden. Dieser Fokus besteht immer aus einem wünschenswerten Entwicklungsschritt des Patienten und dem Grund für die Abwehr oder Hemmung auf der anderen Seite. So ein Fokus kann also z. B. heißen: „Wie kann sie freundlich sein, auch wenn sie Angst hat, falsch verstanden und überwältigt zu werden.“

In der Begegnung des Gesamtteams mit den Patienten in den Aufenthaltsräumen (während des zweiten Teils der Gesamtvisite) wird zum einen dieser Versuch der Integration konkret dargestellt, andererseits wird bei der Gelegenheit durch den Chefarzt, als Vertreter der Gruppe, versucht, diesem Fokus den Patienten zu übermitteln. Für einen depressiven Patienten kann z. B. so ein Fokus auch lauten: „Wie kann er aggressiv sein, obwohl er sich für das Geschehene immer selbst schuldig fühlt.“ Sehr wichtig für den Gesamt-„Container“ der Abteilung ist die psychoanalytische Supervision, die 14-tägig stattfindet und zwei Stunden dauert. In dieser Supervision findet eine patientenzentrierte Gruppensupervision statt. Hier sollen vor allem Gegenübertragungshindernisse, die verhindern, dass eine heilende Atmosphäre in dem Gesamtteam

überwiegt, deutlich gemacht und überwunden werden. Sehr häufig sind die Konflikte innerhalb des Teams auch ausgelöst von externalisierten Konflikten und Spaltungen der Patienten, andererseits können auch teaminterne, patientenunabhängige Konflikte ein ungünstiges Therapieklima schaffen.

Männer bevorzugen tagesklinische Behandlung

Ein ganz wichtiger Aspekt im Umgang mit depressiven Patienten ist die Verantwortung für die Suizidalität des Patienten. Diese wird nach Möglichkeit gemeinsam getragen. Suizidale Impulse werden immer ernst genommen, es wird abgeklärt, inwiefern eine Absprechbarkeit mit dem Patienten möglich ist und welche äußeren Maßnahmen (Beschränkung des Ausgangs, feste Besprechungstermine, ein Suizidvertrag usw.) nötig sind, um das Überleben des Patienten zu sichern. Immer kommt der größte Halt aus der Beziehung und dies gilt es zu nutzen. Durch die große Einzeltherapiedichte haben wir hier einen großen Vorteil in unserem Setting und deshalb kaum Suizidversuche. Sehr selten ist auch eine vorübergehende Einweisung in eine geschütztere Umgebung nötig. Dies kann bedeuten, dass der Patient vollstationär aufgenommen wird oder gar in eine

geschützte Umgebung, in eine psychiatrische Klinik, eingewiesen werden muss.

Vorteile und Nachteile im Vergleich zur vollstationären Behandlung

Die tagesklinische Behandlung ermöglicht ein geringeres Ausmaß der sozialen Isolierung. Frühere Erfahrungen mit stationären Krankenhausaufenthalten sind möglicherweise nicht so belastend. Bei einigen Patienten ist die Gefahr einer Regression und einer Hospitalisierung geringer, wenn sie täglich nach Hause gehen und immer wieder die Alltagswelt und die gewohnte Umgebung erfahren. Sie können dadurch wichtige soziale Beziehungen im Umfeld aufrechterhalten. Die Tagesstruktur mit der intensiven Therapie ist durchaus schon eine Belastungsproben für die Patienten. Insbesondere wenn depressive Patienten krankgeschrieben sind, ist die ambulante Einzeltherapie zu wenig Herausforderung für die kognitive Belastung und das emotionale Training im Alltag. Durch die nur teilweise Herausnahme kann die Heilung verzögert werden, da der Abstand zu belastenden Situationen im familiären Umfeld im Vergleich zu einer stationären Therapie geringer ist. Möglicherweise sind auch noch Belastungen im Alltag (Pflege von Angehörigen, Kinder, Haustiere, Auseinandersetzungen in der Partnerschaft) ein Hindernis für die Heilung. Patienten, die stationär sind, haben in der Regel eine größere Angst vor Stigmatisierung. Insbesondere bei Männern haben

wir die Erfahrung gemacht, dass sie sehr viel lieber tagesklinisch kommen als stationär, weil sie stationär eine größere Stigmatisierung befürchten.

Im Falle des Auftretens von Suizidalität sind die Überwachungsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Belastung durch unvorhergesehene Ereignisse im tagesklinischen Bereich wesentlich kleiner als im stationären Bereich. Die Entfernung aus dem familiären Umfeld ist gelegentlich mehr als wünschenswert. Natürlich ist das Ausmaß der Erschöpfung auch mitentscheidend für die Frage einer stationären oder tagesklinischen Behandlung. Möglicherweise ist auch der Anreiseweg zu groß für eine tagesklinische Behandlung.

Ein Ausagieren oder Ausweichen vor Konflikten durch Abwesenheit kommt in der Tagesklinik häufiger vor, da das Überwinden des morgendlichen Weges doch schon erhebliche Probleme bringen kann und damit ein Ausweichen im tagesklinischen Bereich durch Nichtteilnahme sehr viel leichter möglich ist als im stationären Setting. Dort kann der Patient mit Antriebsstörung wesentlich besser und konkreter unterstützt werden als im tagesklinischen Bereich. Je nachdem wie stark die Selbstverletzungen oder auch Essstörungen von Patienten sind, ist möglicherweise eine permanente Überwachung und Kontrollmöglichkeit nötig. Die tagesklinischen Patienten müssen in der Regel auch ein höheres Maß an Compliance zeigen als die stationären Patienten.

Die Ablehnung eines stationären Aufenthaltes trotz größter Beeinträchtigung durch die Symptome kann auch ein Vermeidungsverhalten gegenüber der notwendigen Regression darstellen. Die täglichen Alltagsbelastungen können einerseits sehr förderlich sein, andererseits natürlich auch eine Überlastung darstellen. Interessanterweise haben Patienten mit frühen Störungen oft große Angst vor der Intensität von Kontakten und Begegnungen im stationären Bereich und brauchen den abendlichen Rückzug im teilstationären Setting.

Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen und Kooperationstreffen

In den vergangenen Jahren, seit der Entstehung der psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist (1996), hat sich die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychotherapeuten immer



Eine Therapie in der Tagesklinik ermöglicht es den Patienten, ihre sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten.

mehr intensiviert. Nicht selten werden jetzt auch Patienten, die in eine Krise während der ambulanten Behandlung geraten sind, in die Tagesklinik eingewiesen, um dann anschließend weiter betreut zu werden. Außerdem gibt es nicht wenige niedergelassenen Kollegen, die Patienten, bei denen ein ambulanter Ansatz nicht ausreicht, schon mit der Maßgabe zu unschicken, dass sie danach ein Behandlungsplatz bei ihnen bekommen. Der niedergelassene Therapeut bekommt mit Einverständnis des Patienten einen detaillierten Bericht über die stationäre Behandlung.

Da wir um die Bedeutung der Kooperation für das Gelingen der langfristigen Behandlung des Patienten wissen, haben wir in den vergangenen zehn Jahren das Netzwerk verdichtet. Insbesondere haben wir mit den niedergelassenen Kollegen ein regelmäßiges Kooperationstreffen vereinbart. Dieses findet zweimal jährlich abends (zwei Stunden) statt. An ihnen nehmen alle Ärzte der Abteilung und interessierte niedergelassene Kollegen teil. Das Treffen dient dem Austausch von Problemen an den Übergängen, z. B. die Frage der Überweisung, die Frage der Wartezeiten, die Frage der Übertragungsschicksale, die Frage der Entwöhnung der Patienten aus dem Krankenhausbereich usw. Es entstehen dadurch interessante Falldiskussionen und Dokumentationen, auch Fälle, bei denen Patienten mehrfach

zwischen den einzelnen Bereichen hin und her pendeln bis allmählich eine Besserung stattfindet. Insbesondere für die traumatisierten Patienten stellt dieser Austausch eine wichtige Brücke dar, die in der Kindheit erlebte Traumatisierungen deutlich leichter behandeln lässt, da das imaginierte „Elternpaar“ (stationär-tagesklinisch-ambulant) wirklich zusammenarbeitet und Kontinuität bietet. Diese Kooperationstreffen stellen für beide Seiten einen wichtigen Anker in der Zusammenarbeit dar. An diesen Abenden können die niedergelassenen Kollegen ein Bild von den Ärzten in der Klinik bekommen und umgekehrt. Dies erleichtert auch die Übergabe des Patienten an den entsprechenden Kollegen. Dieser Vertrauensvorschluss spielt oft beim Gelingen einer Anschlussbehandlung eine wichtige Rolle, insbesondere wenn ein Patient, Entwürfen auszuagieren versucht.

Die Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den niedergelassenen Kollegen wird auch durch zweimal jährlich stattfindende Klinikabende vertieft, an denen immer wieder Fälle aus dem Alltag dargestellt und diskutiert werden. ●

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



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

PDA, SPA, ISB & Co. Die Geschichte neuroaxialer und peripherer Leitungsanästhesie

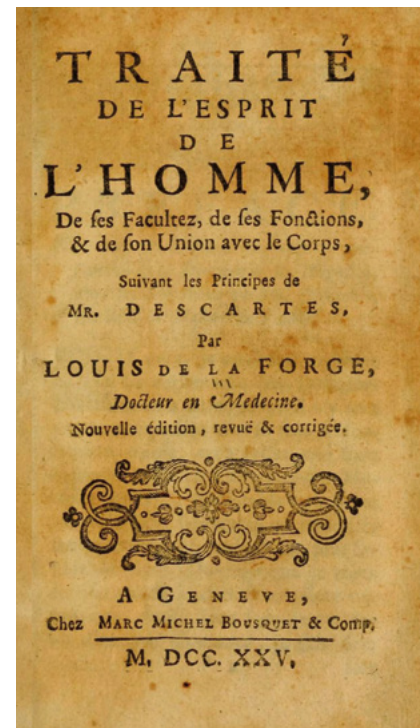
von Skadi Stahlberg



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

Den Schmerz bei und nach operativen Eingriffen zu mindern oder sogar auszuschalten war ein alter Traum, den man bis in die 40er Jahre des 19. Jahrhunderts mit unzulänglichen Mitteln zu verwirklichen gesucht hatte. Jährlich werden in Deutschland 15 Millionen und weltweit 240 Millionen Operationen durchgeführt. Intra- und postoperative Risiken wie Myokardischämien, pulmonale Komplikationen und Infektionen sowie die Entwicklung chronischer Schmerzen bei unzureichender Behandlung akuter postoperativer Schmerzen lassen sich, bestätigt durch zahlreiche Studien, um ein Vielfaches durch die Anwendung einer Regionalanästhesie oder eines neuroaxialen Verfahrens reduzieren. Die Prävention der genannten Risiken unzureichender Schmerztherapie ist eine der wichtigsten Aufgaben des heute klinisch tätigen Anästhesisten.

Den Grundstein für die Ausschaltung des Gefühls „Schmerz“ legte René Descartes, der Universalgelehrte des 17. Jahrhunderts. Er veröffentlichte 1662 in seiner Schrift „Traité de l'homme“ seine Theorie zur mechanischen Weiterleitung von Schmerzinformationen an das Gehirn. In der modernen multimodalen Behandlung chronischer Schmerzen entfernt man sich in der Zwischenzeit von diesem unidirektionalen Ansatz, welcher impliziert, dass nur dort eine Schmerzempfindung auftreten kann, wo eine Verletzung vorliegt. Längst wissen wir und lernen zu akzeptieren, dass eine Schmerzempfindung mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung oder auch nur mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann.



René Descartes veröffentlichte 1662 die Schrift „Traité de l'homme“

1850 entdeckte der deutsche Physiologe Hermann von Helmholtz die elektrische Natur der neuronalen Signalübertragung. Georg Perthes, ein deutscher Arzt, machte sich dies zunutze und führte in der Folge elektrische Stimulationen von Nerven i. S. einer Blockade durch.

Nur kurze Zeit später wurde 1884 eine erste Operation am Auge mit Kokain als lokales Betäubungsmittel erfolgreich durchgeführt. Für die Injektion von Flüssigkeiten wurde von Alexander Wood, einem schottischen Arzt, bereits 1853 die erste Hohlneedle entwickelt.

1898 führte der deutsche Chirurg August Bier im Selbstversuch mit seinem Assistenten August Hildebrandt die erste Spinalanästhesie durch. Nach einem misslungenen Versuch durch den Assistenten gelang es schließlich Bier, den Spinalkanal Hildebrandts erfolgreich zu punktieren und 5 mg Kokain zu injizieren. Zwei Drittel von Hildebrandts Körper blieben für 45 Minuten schmerzfrei. Getestet wurde übrigens mit „starken Schlägen mit einem Eisenhammer auf das Schienbein sowie starkes Drücken und Ziehen am Hoden“.

Nur drei Jahre danach applizierte der französische Neurologe Jean-Athanase Sicard seinen Patienten mit Ischialgien oder Lumbago über eine sakrale Punktion Kokain in den Hiatus sacralis zur Schmerzlinderung. Es liegt auf der Hand, dass solche Erfolge auch für andere Schmerzerfahrungen nutzbar gemacht werden konnten. So griff 1908 der deutsche Gynäkologe Walter Stoeckel die Idee für eine sakrale Epiduralanästhesie während der Geburt auf und wurde somit Wegbereiter der geburtshilflichen Periduralanästhesie. Arthur Längen, wiederum ein deutscher Chirurg, setzte seit 1910 die sakrale Epiduralanästhesie regelhaft für Operationen im Unterbauch ein. Die Entwicklung der neuroaxialen Blockaden war von nun an unaufhaltsam. In den folgenden zehn Jahren entdeckte man bei zahlreichen, nicht immer ungefährlichen Versuchen die Vorteile der Epiduralanästhesie in allen Höhen der Wirbelsäule.

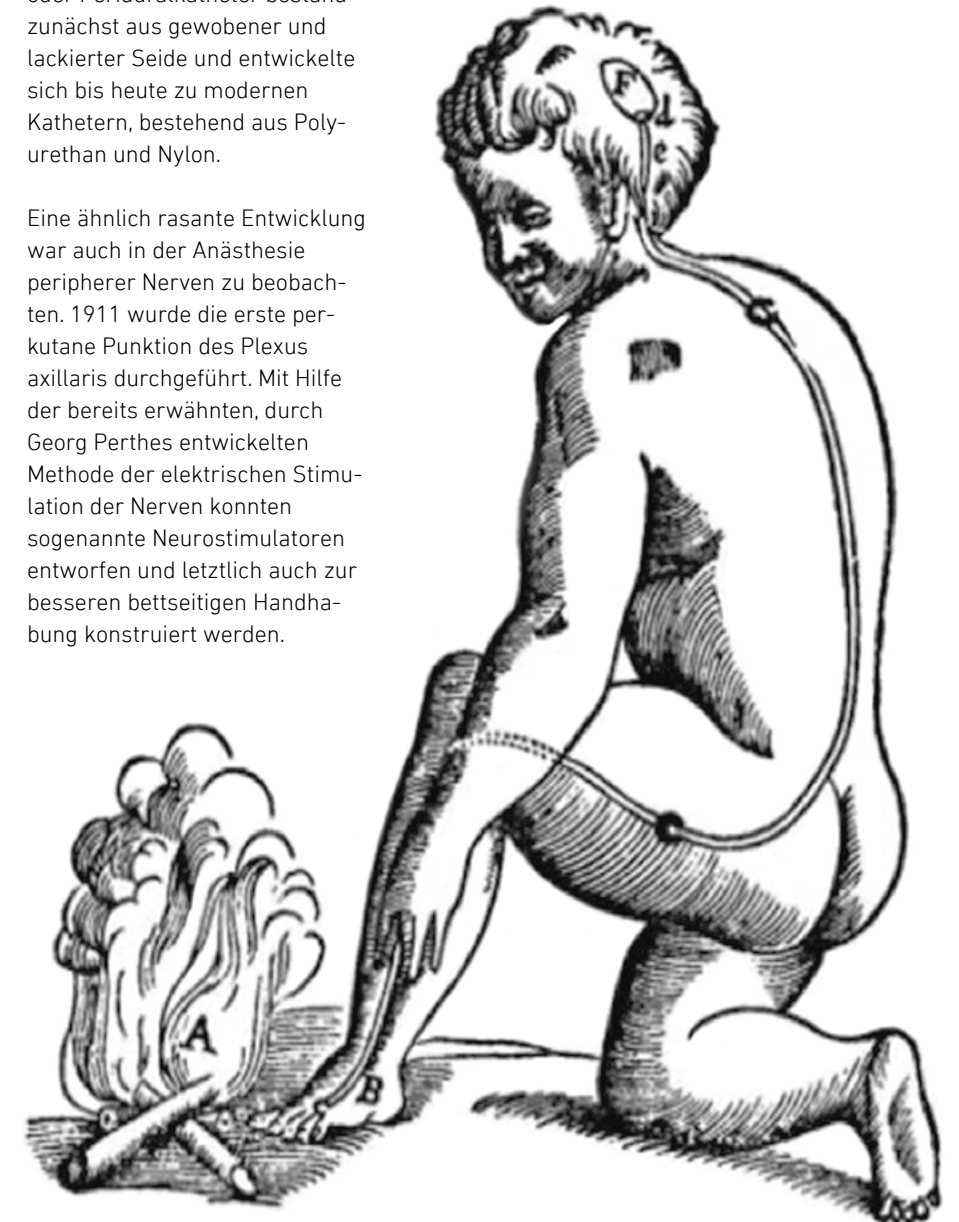
Um eine sichere Punktion des Epiduralraums zu garantieren, entwickelte der italienische Herzchirurg Achille Mario Dogliotti 1933 die „Loss of Resistance“-Methode, während zur selben Zeit Alberto Gutierrez die Identifikation des Epiduralraums mit dem „hängenden Tropfen“ in seinen Arbeiten beschrieb. Ein uns Anästhesisten sehr bekannter Pionier der neuroaxialen Verfahren, der US-amerikanische Anästhesist Edward Tuohy (nun endlich einer von uns!), erkannte in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts die Vorteile einer kontinuierlichen Epiduralanästhesie durch das Einbringen eines Katheters. Darüber hinaus verdanken wir ihm, dass die gebogene Hohlneedle durch ein scharfes Stilet ergänzt wurde, um eine

Perforation der Haut zu erleichtern. Diese noch heute in sämtlichen Narkoseprotokollen dieser Welt dokumentierte „Tuohy-Nadel“ wurde durch Robert Hus-tad im Winkel auf 12-15° abgeschrägt und in den 50er Jahren um eine Zentimetermarkierung ergänzt. Von nun an stand der peri- und postoperativen Schmerztherapie auch bei großen abdominalchirurgischen Operationen nichts mehr im Wege.

Regionalanästhesie spielte im 2. Weltkrieg eine große Rolle

Das Material der sogenannten Epidural- oder Periduralkatheter bestand zunächst aus gewobener und lackierter Seide und entwickelte sich bis heute zu modernen Kathetern, bestehend aus Polyurethan und Nylon.

Eine ähnlich rasante Entwicklung war auch in der Anästhesie peripherer Nerven zu beobachten. 1911 wurde die erste perkutane Punktion des Plexus axillaris durchgeführt. Mit Hilfe der bereits erwähnten, durch Georg Perthes entwickelten Methode der elektrischen Stimulation der Nerven konnten sogenannte Neurostimulatoren entworfen und letztlich auch zur besseren bettseitigen Handhabung konstruiert werden.



Weg des Schmerzes nach R. Descartes

Eine große Rolle kommt der Regional- und Lokalanästhesie leider in den finsternen Zeiten unserer Geschichte zu. Alexander Wischniewski, ein russischer Chirurg und Militärarzt während des 2. Weltkrieges, beschrieb in seinem veröffentlichten „Tagebuch eines Feldchirurgen“ auf fesselnde Art und Weise die Vorteile der Regionalanästhesie unter den schlimmsten Umständen:



Edward B. Tuohy (1908-1959)

„...Man konsultierte mich wegen eines Schwerverletzten, der soeben eingeliefert worden war. Sein rechter Fuß war abgerissen, Unter- und Oberschenkel waren zertrümmert. Der Verwundete befand sich zudem in einem schweren Schockzustand. Da die großen Gefäße zerrissen waren und mehrfach Frakturen vorlagen, entschloss ich mich, das rechte Bein zu amputieren. Ich erklärte den Ärzten, dass die Lokalanästhesie unter den Bedingungen des schweren Schockzustandes die schonendste Form der Schmerzausschaltung ist. Die Amputation verlief zügig und schnell. Kurz darauf wurde der fadenförmige Puls kräftiger; der bis dahin halb bewusstlose Verwundete kam zu sich, wurde ansprechbar und bat um etwas zu trinken. Ich verließ ihn mit der Überzeugung, dass er überleben werde.“



Braun® Stimuplex Nervenstimulator

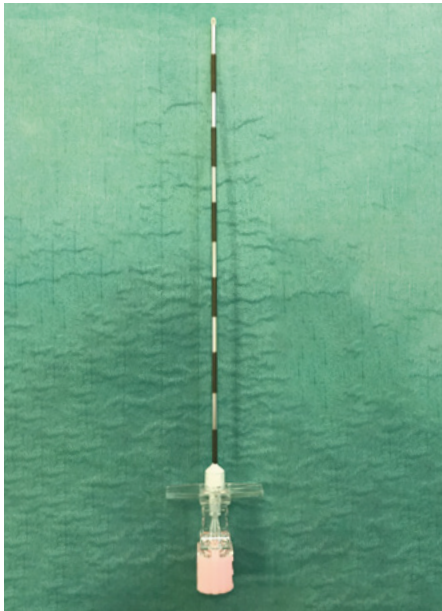
Die noch heute nicht von der Hand zu weisenden Vorteile der Regionalanästhesie wie minimale Beeinträchtigung des kardiopulmonalen Systems, verbesserte Gewebesperfusion, verringerter Postaggressionsstoffwechsel, schnellere postoperative Nahrungsaufnahme uvm. trugen zu damaliger Zeit ohne hämodynamisches Monitoring, maschinelle Beatmung und schnell an- und abflutender volatiler Anästhetika zum Überleben unzähliger Menschen bei.

Doch welche Lokalanästhetika wurden verwendet? Wie oben erwähnt, begann die Erfolgsgeschichte mit Kokain, ein Tropen-Alkaloid, welches in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Europa bereits aus dem Cocastrauch gewonnen werden konnte. 1904 synthetisierte Alfred Einhorn, ein deutscher Chemiker, Procain, ein Lokalanästhetikum vom Ester-Typ, das noch heute als Novocain bei der örtlichen Betäubung, z. B. bei Zahnextraktionen, weite Verbreitung hat. Auch Alexander Wischniewski berichtet in seinem Tagebuch immer

wieder von den Wirkungen seiner „Novocain-Blockaden“. Ein weiterer Blockbuster der Lokalanästhetika wurde 1943 vom schwedischen Chemiker Nils Löfgren synthetisiert, das uns allen vertraute Lidocain. 1965 wurde das Spektrum erweitert durch ein länger wirksames Medikament, das im Bereich der neuroaxialen Analgesie nicht mehr wegzudenken ist, dem Bupivacain. Erst seit 1996 wird Ropivacain, ebenfalls als langwirksames Lokalanästhetikum, in der modernen Regionalanästhesie weltweit eingesetzt.

Regionalanästhesie ist ohne die Verwendung des Ultraschalls nicht mehr vorstellbar

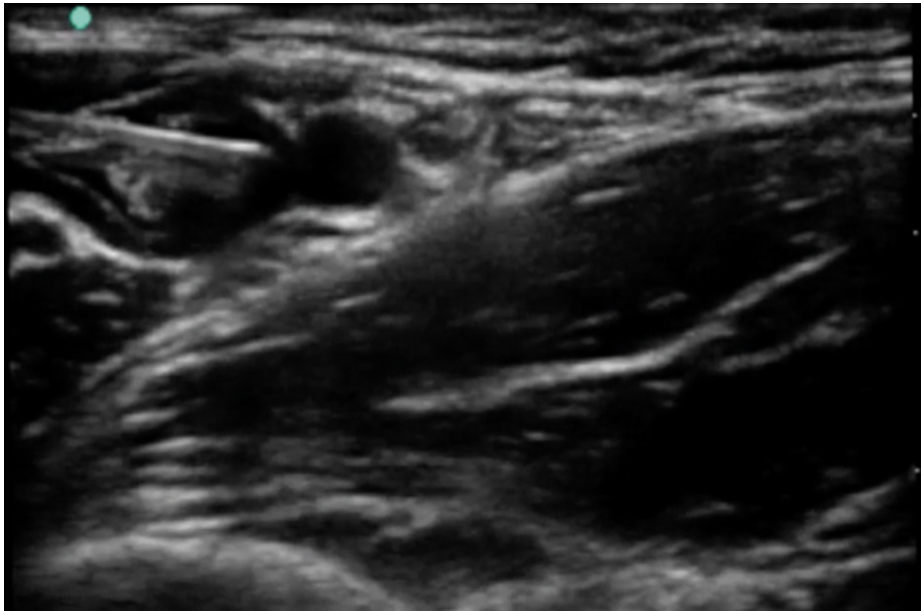
Doch wie steht es nun heute um die Regionalanästhesie? Die Vorteile liegen klar auf der Hand: Reduzierter Opioidverbrauch, dadurch Reduktion der opioidbedingten Nebenwirkungen wie Atemdepres-



Moderne Tuohy-Nadel

sion, PONV (postoperative nausea and vomiting), Obstipationsneigung, Schwindel, des Weiteren Reduktion kardialer und pulmonaler Komplikationen mit in der Folge geringerer Krankenhausmortalität und der bereits erwähnten verminderten Inzidenz chronischer postoperativer Schmerzen.

Die moderne Regionalanästhesie ist seit den 1990er Jahren ohne die Verwendung des Ultraschalls nicht mehr vorstellbar. Es ist eigentlich verwunderlich, dass es in der Anästhesie so lang gedauert hat, bis die Sonografie eine akzeptierte Routine-methode geworden ist. Über Jahrzehnte konnten wir Nachbardisziplinen beim Einsatz des Ultraschalls beobachten. Die ersten Arbeiten haben sich in den späten 70er Jahren mit dem Doppler als indirekte Methode bei Plexusblockaden beschäftigt. Die folgende Zeit war durch die zunehmende Verbreitung der Nervenstimulation geprägt. Die Regionalanästhesie hat mittlerweile durch die Ultraschall-Methoden neue Attraktivität und Verbreitung



Sonografisch kontrollierte axilläre Plexusblockade

gefunden. Die direkte Sicht erlaubt eine klare Identifikation von Nerv und Nadel, welche in der Zwischenzeit speziell für sonografische Methoden hergestellt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin entwickelte die aus fünf Modulen bestehende Seminarreihe „Anästhesie fokussierte Sonografie“, unter der sich ein Modul ausschließlich mit der Neurosonografie beschäftigt. Somit können Risiken und Komplikationen der Regionalanästhesie um ein Vielfaches reduziert werden. Im Sinne einer höheren Patientensicherheit und Effektivität heißt es jedoch für jeden Anästhesisten: üben, üben, üben. In diesem Sinne: Nur Mut! •

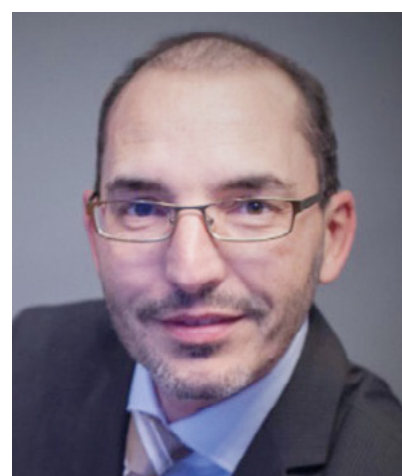
Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Anästhesiologie, operative
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Skadi Stahlberg
Telefon: (0 69) 21 96-2169



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Unterschriftsreif? Die elektronische Signatur

von Dr. med. Michael Schroth



Dr. med. Michael Schroth,
Teamleiter Applikation und
stv. Abteilungsleiter der IT
der Stiftung Hospital zum
Heiligen Geist



Sie kennen den Vorgang zum Beispiel vom Kreditinstitut oder auch von Paketdiensten. Mit einer einfachen digitalen Unterschrift auf einem Signaturtablett können Dokumente unterschrieben und Empfangsbestätigungen dokumentiert werden. Für elektronische Signaturen und Siegel gibt es heutzutage zahlreiche unterschiedliche Anwendungsfälle.

Die medienbruchfreie Einbettung von Unterschriften in Prozessketten sowie die durch technische Maßnahmen sichergestellte Integrität und Authentizität signierter Dokumente und Transaktionen sind zwei wesentliche Vorteile von digitalen Unterschriften.

Doch ist eine Anwendung dieser Technologie auch im Krankenhausumfeld denkbar? Zum Beispiel für die Unterschrift von Wahlleistungsverträgen, Aufnahmedokumentationen und Aufklärungsbögen. Es gilt hierbei sowohl technische, organisatorische als auch rechtliche Aspekte zu beachten.

Seit dem 1. Juli 2016 regelt die EU-Verordnung eIDAS die rechtliche und technologische Grundlage für elektronische Signaturen in Europa. eIDAS steht für „electronic IDentification, Authentication and trust Services“. Die neue Verordnung sowie das neue deutsche Vertrauensdienstegesetz (VDG) ersetzen die zuvor gültige EU-Richtlinie 1999/93/EG, welche im Signaturgesetz (SigG) sowie der Signaturverordnung (SigV) verankert war. Zweck der gesetzlichen Neuerung war die europaweite Standardisierung und Anerkennung von elektronischen Signaturen sowie eine Förderung und Entwicklung der digitalen Anwendungen.

Es werden dabei drei Stufen von Signaturen unterschieden:

- 1. Elektronische Signatur, auch einfache Signatur (EES)**
Die elektronische Signatur besteht aus Daten in elektronischer Form und ist mit anderen elektronischen Daten verknüpft. Ein Beispiel hierfür ist die Unterschrift beim Paketboten.
- 2. Fortgeschrittene elektronische Signatur (FES)**
Die fortgeschrittene elektronische Signatur ist eine elektronische Signatur, die eindeutig dem Unterzeichner zugeordnet wird und dessen Identifizierung ermöglicht. Zusätzlich muss er diese unter Verwendung elektronischer Signaturerstellungsdaten erstellen, die der Unterzeichner nur unter seiner alleinigen Kontrolle nutzen kann. Sie ist so mit den unterzeichneten Daten verbunden, dass eine nachträgliche Veränderung sichtbar wird.
- 3. Qualifizierte elektronische Signatur (QES)**
Die qualifizierte elektronische Signatur ist eine mit einer sicheren Signaturerstellungseinheit erstellte und auf einem qualifizierten Zertifikat beruhende elektronische Signatur.

In Deutschland erfüllen derzeit nur qualifizierte elektronische Signaturen (QES) die Anforderungen an die elektronische Form gemäß § 126a BGB, welche die gesetzlich vorgeschriebene Schriftform ersetzen kann. Diese höchsten Anforderungen werden z.B. bei Verbraucherdarlehensverträgen (§ 492 Abs. 1 BGB) oder Mietverträgen über ein Jahr Laufzeit (§§ 550, 578 Abs. 2 BGB) erforderlich. Auch erhalten nur mit



Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist setzt bereits an vielen Stellen auf moderne digitale Verfahren.

einer qualifizierten elektronischen Signatur versehene elektronische Dokumente den gleichen Beweiswert wie (Papier-) Urkunden im Sinne der Zivilprozessordnung (§ 371a Abs. 1 ZPO).²

Die Bundesnetzagentur ist die zuständige Aufsichtsbehörde für Vertrauensdiensteanbieter, die qualifizierte Zertifikate für elektronische Signaturen ausstellen, und als solche mit dem Aufbau und der Überwachung einer sicheren und zuverlässigen Infrastruktur für qualifizierte elektronische Signaturen betraut.¹

Allerdings ist der technische Aufwand immens, um Dokumente mit einer qualifizierten Signatur elektronisch unterzeichnen zu können. Der Unterzeichner muss sich bei einem Zertifizierungsdienst anmelden, der von der Bundesnetzagentur akkreditiert ist. Diese Anmeldung bei einem Zertifizierungsdienst ist mit laufenden Kosten verbunden. Außerdem muss eine Signaturkarte, ein Kartenleser und eine spezielle Software angeschafft werden.

Für sonstige sogenannte „**formfreie Vereinbarungen**“, die nicht per Gesetz die Schriftform benötigen, jedoch aus Beweisgründen freiwillig schriftlich verfasst und unterzeichnet bzw. signiert werden, können die Vertragspartner für elektronische Dokumente auch eine andere Signaturform vereinbaren, also entweder eine „einfache“ (EES) oder eine „fortgeschrittene elektronische Signatur“ (FES) wählen (§ 127 BGB).²

Bei diesen einfacheren elektronischen Signaturformen ist der technische Auf-

wand deutlich geringer und es sind keine zertifizierte Signaturkarte und kein Kartenlesegerät notwendig.

Über Signaturtablets können mittlerweile „fortgeschrittene elektronische Signaturen“ (FES) ISO-konform (PDF-Standard) erzeugt werden. Sie ermöglichen die Erfassung dynamischer biometrischer Daten bei der händischen Unterschrift, z. B. das zweidimensionale Schriftbild, Schreibgeschwindigkeit, Andruckstärke und Winkel des Signierstiftes.

Doch zurück zur Eingangsfragestellung und zum Use-Case im Krankenhaus. Ist es denkbar, dass Patienten auf einem Signaturtablett ihre Verträge mit dem Krankenhaus unterschreiben?

Die Rechtsverbindlichkeit einer (Patienten-)Unterschrift mittels elektronischer Signatur bewertet z. B. Stefan C. Schicker, Fachanwalt für IT-Recht. Seiner Meinung nach kann die elektronische Signatur als sogenannte gewillkürte Schriftform in einem Vertrag rechtsgültig vereinbart werden. [...] Somit können Vertragspartner auch eine elektronische Signatur als valide Basis für einen Vertragsschluss verwenden. Er weist allerdings darauf hin, dass alle Beteiligten im Vertrag vereinbaren müssen, dass sie damit einverstanden sind, diese Art der Unterschrift einsetzen zu wollen. Das geschieht im Rahmen einer sogenannten Formklausel.³

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist mit ihren beiden Krankenhäusern Krankenhaus Nordwest und Hospital zum Heiligen Geist setzt bereits an vielen

Stellen auf moderne digitale Verfahren. Zum Beispiel bei der digitalen Spracherkennung oder der Vidierung mit Finger-Print-Scannern. Auch die digitale Archivierung von Dokumenten in einem modernen HyMedia G5 Archiv ist bereits Realität.

Ein weiterer Baustein im digitalen Transformationsprozess ist nun, dass Formulare im Workflow direkt digital signiert und anschließend im digitalen Archiv abgelegt werden, anstatt dass diese über den „Umweg“ Papier ausgedruckt werden, um sie dann später wieder einzuscannen. Dies würde unter Berücksichtigung der aktuellen juristischen Rahmenbedingungen zum einen eine Ressourcenersparnis (Toner, Papier, Scandienstleistung etc.) mit sich bringen, zum anderen könnte dadurch die digitale Prozesskette in den Häusern der Stiftung weiter vervollständigt werden. Eine Pilotierung der digitalen Signaturtablets ist für das Jahr 2020 in einem definiertem Bereich des Krankenhauses Nordwest geplant und soll nach erfolgreichem Test weiter ausgerollt werden. ●

¹ www.bundesnetzagentur.de/DE/Service-Funktionen/ElektronischeVertrauensdienste/ElektronischeVertrauensdienste-node.html
² de.wikipedia.org/wiki/Elektronische_Signatur
³ www.zdnet.de/88307031/rechtsgueltigkeit-und-rechtsverbindlichkeit-der-elektronischen-signatur/

Kontakt

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
IT-Abteilung
Dr. med. Michael Schroth
Telefon: (0 69) 76 01-4035



seine pflegerische Karriere in der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist – zunächst als Fachpflegekraft auf der Intensivstation des Hospitals zum Heiligen Geist.

Was ausländische Pflegekräfte mitbringen müssen, um in Deutschland zu arbeiten:

- **Anerkannter Abschluss:**
Der Abschluss als Pflegekraft aus dem Herkunftsland muss in Deutschland anerkannt werden. Die zuständige Behörde prüft, ob der Berufsabschluss gleichwertig zu deutschen Abschlüssen ist. Sollte das nicht der Fall sein, kann ein Anpassungslehrgang absolviert werden.
- **Ausreichende Deutschkenntnisse:**
Bewerber benötigen, je nach Bundesland, Kenntnisse auf dem Niveau B2 oder B1 nach dem Europäischen Referenzrahmen.
- **Gesundheitliche Eignung:**
Mit einer Bescheinigung eines deutschen Arztes müssen Bewerber nachweisen, dass sie körperlich und geistig gesund und damit für den Beruf der Pflegekraft geeignet sind.
- **Zuverlässigkeit:**
Um ihre Vertrauenswürdigkeit zu belegen, benötigen Bewerber einen Nachweis der Straffreiheit. Je nach Situation müssen sie diesen durch ein Führungszeugnis aus ihrer Heimat oder durch ein deutsches polizeiliches Führungszeugnis erbringen.

Aller Anfang ist schwer, das merkte auch Cabrera, der in der Stiftung inzwischen als Paradebeispiel für gelungene Integration und berufliche Weiterentwicklung ausländischer Pflegekräfte gilt. Die Sprachbarriere bereitete ihm anfangs Probleme und Unsicherheiten, doch Kollegen und Vorgesetzte seien ihm stets mit Verständnis, Hilfe und Unterstützung entgegengekommen, schildert der 35-Jährige. Sein Tipp für Kollegen aus dem Ausland: Vertraut euch selbst, schämt euch nicht und habt Geduld. Das Lernen einer Sprache ist ein Prozess, der viel Zeit erfordert und nicht immer einfach ist. Was da hilft? Die Zähne zusammenbeißen und weitermachen.

Dass es sich lohnt, an sich zu arbeiten, zeigt auch der weitere Werdegang des Portugiesen. Im Jahr 2016 stellte er sich der Herausforderung und begann auf Empfehlung der Pflegedirektion und Pflegebereichsleitung die zweijährige Fachweiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege – komplett auf Deutsch. Nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung arbeitet er nun bereits seit Juli 2019 als stellvertretende Pflegebereichsleitung der Operativen Intensivstation im Krankenhaus Nordwest und absolviert schon die nächste Weiterbildung im Bereich Führen und Leiten. Dass ihn in Deutschland eine solche Karriere erwarten würde, hätte Cabrera vor sechs Jahren nicht gedacht. „Ich habe mich selbst nie in einer Leitungsposition gesehen und bin sehr dankbar für die Möglichkeiten, die mir die Pflegedirektion der Stiftung hiermit gegeben hat“, erzählt Cabrera, der heute mit seiner Familie in Bad Soden am Taunus lebt.

Die Zukunft seiner Familie sieht Cabrera, der inzwischen Vater von einer Tochter ist, in Deutschland. Einen Zehn-Jahres-Plan hat er zurzeit noch nicht – fest steht jedoch, dass er sich erst einmal voll und ganz auf seine neue Aufgabe als stellvertretende Pflegebereichsleitung konzentrieren möchte. Und ganz vielleicht geht es dann irgendwann in ferner Zukunft zurück ins sonnige Portugal, um deutsche Brezeln wieder gegen Pasteis de Nata und Weißbier gegen Vinho Verde einzutauschen.

Was die Stiftung zur Integration ausländischer Pflegekräfte beiträgt:

- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Hilfestellung zur Anerkennung der Pflegeausbildung in Deutschland
- Unterstützung bei Sprachkursen
- Organisation von Kennenlernangeboten

Weitere Informationen unter info.pflegedirektion@khnw.de •

Das Gespräch führte Julia Cruz da Silva



KRANKENHAUS NORDWEST

Pasteis de Natas oder Brezeln – Weißbier oder Vinho Verde?

Ein Portugiese als Fachpflegekraft in Deutschland



Was Tiago Cabrera aus Portugal im deutschen Winter am meisten vermisst, sind die Sonne und das portugiesische Essen. Trotzdem steht für ihn fest: Vor mehr als fünf Jahren nach Deutschland zu kommen, war für ihn und seine Familie die richtige Entscheidung, denn in Deutschland hat er trotz kultureller Unterschiede und anfänglicher Sprachschwierigkeiten eine zweite Heimat gefunden.

Die Entscheidung, dass seine berufliche Zukunft vorerst nicht in Portugal liegen soll, fällt Cabrera im Jahr 2013, nachdem er bereits vier Jahre im Uniklinikum Lissabon tätig war. Während bei seinen Landsleuten häufig der fehlende Job ein Grund ist, das berufliche Glück im Ausland zu suchen, waren es für Cabrera vor allem die fehlenden Karrieremöglichkeiten. Ein Blick auf seine Kollegen zeigte ihm: Erfahrene Pfleger mit mehreren Jahrzehnten Berufserfahrung werden nicht mehr wertgeschätzt als Berufseinsteiger. Grund genug für den damals 28-Jährigen einen beruflichen Neustart in Deutschland zu wagen.

So geht es für den Portugiesen, der gebürtig aus Chaves nahe der spanischen Grenze stammt, im Januar 2013 von der Lissabonner Uniklinik in ein Frankfurter Pflegeheim. Nicht nur ein kultureller, sondern auch ein beruflicher Schock – denn zur Anerkennung seiner Ausbildung in Deutschland ist der studierte Pflegewissenschaftler nun erst einmal als Pflegehelfer tätig. Das Jahr im Pflegeheim nutzte er vor allem, um Deutsch zu lernen, denn nur so kann sein portugiesischer Abschluss hier anerkannt werden. Im Jahr 2014 absolvierte Cabrera erfolgreich die Sprachprüfung und begann im Anschluss



KRANKENHAUS NORDWEST

Feierliche Einführung von Dr. med. Rogmans

Seit Anfang 2019 ist Dr. med. Sven Rogmans neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Nordwest.

Der 55-Jährige übernahm die Nachfolge von Prof. Christoph Rangger, nachdem

er zuvor bereits elf Jahre als leitender Oberarzt in der Klinik tätig gewesen war. Dr. med. Rafaela Korte, Geschäftsführerin Krankenhaus Nordwest, betonte bei der feierlichen Einführungsfeier am 11. September 2019: „Wir freuen uns, mit Dr. Sven Rogmans einen erfahrenen, kompetenten

und in besonderem Maße bei den Patienten beliebten Chefarzt für die Klinik gewinnen zu können.“ Dr. Rogmans hat bereits seine Facharztausbildung für Chirurgie und seine Weiterbildung als Unfallchirurg in den Chirurgischen Kliniken des Krankenhaus Nordwest absolviert.



Dr. med. Sven Rogmans



Dr. med. Rafaela Korte



Prof. Dr. med. Hermann Bockhorn



Dr. med. Thomas Forer



KRANKENHAUS NORDWEST

Feierliche Einführung von Dr. med. Weiner als Chefarztin

Seit Anfang 2019 leitet Dr. med. Sylvia Weiner die neue Klinik für Bariatrische und Metabolische Chirurgie am Krankenhaus Nordwest. Mit der neuen Fachklinik für Adipositas-Chirurgie wird die interventionelle Behandlung von Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen am Krankenhaus Nordwest weiter ausgebaut. Die neue Chefarztin wurde am 16. Oktober feierlich eingeführt.

Dr. Weiner übernahm bereits 2018 die Leitung des Adipositaszentrums und schaffte im gleichen Jahr gemeinsam mit ihrem engagierten und ambitionierten Team die Auszeichnung zum Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. So freute sich auch Hospitalmeisterin und Direktorin Dr. Rafaela Korte, die neue Chefarztin begrüßen zu dürfen: „Mit Ihnen übernimmt nicht nur eine erfahrene Operateurin die Leitung der Klinik, sondern auch eine Chefarztin, die außerordentlich beliebt und geschätzt ist. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg, Kraft und Glück für die Aufgaben, die jetzt anstehen und ich bin mir sicher, dass Sie die gesetzten Ziele erreichen werden.“



Stefan Majer, Senior der Stiftung



Prof. Dr. med. Thomas Kraus



Dr. med. Colin Uhle



Dr. med. Rafaela Korte



Prof. Dr. med. Rudolf Weiner



Dr. med. Sylvia Weiner



Dr. med. Rafaela Korte



Dr. med. Günay Kalender



Prof. Dr. med. Max Zegelman



MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D.



KRANKENHAUS NORDWEST

Feierliche Einführung von MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D.

Am 30. Oktober wurde MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D. als neuer Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Krankenhaus Nordwest feierlich eingeführt.

Bereits im März übernahm der Facharzt für Herz- und Gefäßchirurgie die Leitung der Klinik von Prof. Max Zegelman.

Dr. Lisy gestaltete die Arbeit der Klinik bereits seit April 2017 als leitender Oberarzt maßgeblich mit. Das betonte auch Direktorin Dr. Rafaela Korte in ihrem Grußwort bei der Einführungsfeier im Kommunikationszentrum des Krankenhauses Nordwest und wünschte Dr. Lisy für seine neue Funktion viel Glück und Erfolg.



Neues aus der Stiftung



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer hat Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg für die kommenden fünf Jahre zum neuen Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung gewählt. Die Akademie bietet seit 50 Jahren produktneutrale und industrieunabhängige ärztliche Fortbildungen in Hessen an. Die Teilnehmer kommen aus dem gesamten Bundesgebiet und bescheinigen der Akademie höchste Qualität. Die Produktneutralität der Akademie-Angebote weiterhin zu erhalten und die Bekanntheit in Hessen und darüber hinaus zu stärken, sind erklärte Ziele von Prof. Tinneberg für seine Amtszeit.



Dr. med. Moustafa Elshafei

Seit dem 1. Januar 2020 ist Dr. med. Moustafa Elshafei leitender Oberarzt in der Klinik für Bariatrische und Metabolische Chirurgie. Der Facharzt für Viszeralchirurgie studierte in Alexandria, USA und Deutschland Medizin. Zuletzt war er am Universitätsklinikum Erlangen als Oberarzt tätig, wo er unter anderem als Koordinator das dortige Adipositaszentrum aufbaute und etablierte.



Christian Brase

Seit August 2019 verstärkt Christian Brase die Pflegedirektion als Pflegedienstleiter im Hospital zum Heiligen Geist. Christian Brase ist ausgebildeter Krankenpfleger, geprüfter Personalmanager und systemischer Organisationsberater, hat das Leadership-Programm der B. Braun-Stiftung durchlaufen und absolviert berufsbegleitend ein Master-Studium im Pflegemanagement. Nach langjähriger Tätigkeit am KRH Klinikum Region Hannover ist er vor kurzem ins Rhein-Main-Gebiet gezogen und freut sich nun über die Chance, gemeinsam mit dem Team der Pflegedirektion die Pflege in der Stiftung weiterzuentwickeln. Zuständig ist er für die Normalstationen der Chirurgie, der Inneren Medizin und für die ZAA.



Marcel Rachel

Seit Mitte November 2019 ist Marcel Rachel Objektleiter Technik im Hospital zum Heiligen Geist. Nach seiner Ausbildung zum Industriemechaniker im Industriepark Höchst arbeitete er dort zunächst in der Energieversorgung im Bereich Service und Instandhaltung. Für die Belimed AG, Schweiz war er anschließend mehrere Jahre im Bereich Medical and Life Science europaweit tätig, bevor es ihn zurück nach Frankfurt zog. Nach Weiterbildung in Vollzeit zum Meister Elektrotechnik, Schwerpunkt Automatisierungstechnik hat er im Herbst 2019 seine Tätigkeit bei der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist aufgenommen.



Bronze für die „Nordis auf Durchzug“ bei Benefiz-Ruderregatta „Rudern gegen Krebs“

Unter der Flagge des Krankenhauses Nordwest – Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum holten die „Nordis auf Durchzug“ bei der Benefiz-Ruderregatta „Rudern gegen Krebs“ am 29.09.2019 in Offenbach-Bürgel die Bronzemedaille in der Frauenklasse.

Über ihren Erfolg freuen sich die Ruderinnen Dr. Petra Maksan (Medizinische Organisationsentwicklung), Dr. Katharina Graf



(Klinik für Onkologie und Hämatologie – Sportwissenschaft), Andrea Baecker und Nathalie Kalisz (beide Qualitäts- und Risikomanagement).

Das Team „Nordwestleuchten“ mit Josefin Hartmann-Klein (Personal & Recht), Ricarda Herms (Pflege), Verena Metz und Stephanie Reuter (beide Pflegedirektion) ging zum ersten Mal bei der Regatta an den Start und musste sich im Hoffnungslauf lediglich einem Boot geschlagen geben.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)

Die Gesundheit und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter liegen uns sehr am Herzen. Daher kümmern sich seit Mitte 2019 unsere BEM-Fallmanagerinnen um Beschäftigte, die längere Zeit arbeitsunfähig erkrankt sind, um ihnen einen möglichst sanften und reibungs-

losen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen.

Zuständig für die Mitarbeiter am Standort Krankenhaus Nordwest, in den Seniorenstiften und in der Hospital Service & Catering GmbH ist Alexandra Metska. Daniela Schulze-Biermann ist Ansprechpartnerin für die Beschäftigten im Hospital

zum Heiligen Geist. Stellvertreterin der beiden ist Judith Witzick.

Alexandra Metska
Telefon: (069) 76 01-5128
metska.alexandra@hohg.de

Daniela Schulze-Biermann
Telefon: (069) 21 96-2636 oder -2238
schulze-biermann.daniela@hohg.de

Gemeinsam aktiv werden

Wenn Kollegen gemeinsam laufen, geht es nicht um Bestzeiten – Teamgeist und Spaß an der Bewegung sind das, was zählt. Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist beteiligt sich auch 2020 wieder an zwei Firmenläufen.

Am 26.05.2020 startet ein Team beim B2Run Frankfurt am Sportpark Stadion an der Commerzbank Arena.

Am 11.10.2020 geht es beim Sportscheck Run mit den Kollegen durch die Frankfurter City.

Also jetzt aktiv werden und sich bei Ruben Müller unter mueller.ruben@khnw.de für einen oder beide Läufe anmelden!



Miriam Freudenberger persönlich gefragt

Seit 15 Jahren leitet Miriam Freudenberger die Agnes-Karll-Schule – die gemeinsame Ausbildungsstätte für Pflegefachkräfte des Krankenhauses Nordwest, des Hospitals zum Heiligen Geist sowie des Universitätsklinikums Frankfurt.

Miriam Freudenberger ist verheiratet und hat eine Tochter und einen Enkel. Die Leiterin der Agnes-Karll-Schule lebt in Egelsbach bei Frankfurt.

Ihre Lieblingsbeschäftigung?
Verreisen.

Ihr Lieblingsort?
Mein Zuhause.

Welche Fehler entschuldigen Sie am ehesten?
Eigentlich entschuldige ich alle Fehler – einmal!

Ihre Lieblingsmusik?
Deutsche Musik, besonders Herbert Grönemeyer.

Was schätzen Sie bei ihren Freunden am meisten?
Gemeinsame Zeit.

Ihr größter Fehler?
Ich habe sicher einige Fehler gemacht und es werden auch noch welche dazu kommen, an einen größten Fehler kann ich mich aber nicht erinnern.

Ihr Traum vom Glück?
Ein Haus am See zum Angeln.

Ihr Lieblingsschriftsteller?
Ein guter Krimi muss es sein!

Ihr Hauptcharakterzug?
Wertschätzend und optimistisch.

Ihr Lieblingsfilm?
Das Leben der Anderen.

Ihr Lieblingsessen?
Ein gutes Steak.

November



Die Movember Foundation e.V. setzt sich weltweit für Männergesundheit mit dem Fokus auf Prostata- und Hodenkrebs, psychischer Gesundheit sowie Suizidprävention ein und finanziert mit Spenden Projekte hierzu.

Für das Uroonkologische Zentrum am Krankenhaus Nordwest beteiligten sich im November 2019 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses an der „Movember“-Kampagne. Es wuchsen Schnurrbärte, es wurde gelaufen, es wurde über Männergesundheit gesprochen und so kamen 194 Euro für den guten Zweck zusammen!

Stiftungs geflüster

Mit dem Rad umweltfreundlich und fit zur Arbeit



Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist haben ab sofort die Möglichkeit, ein „JobRad“ zu attraktiven Konditionen über die Stiftung zu beziehen. Egal ob Stadtfahrrad, E-Bike, Mountainbike oder Lastenrad, sie suchen sich ihr Wunschrad beim Fahrradhändler vor Ort oder online aus. Die Stiftung lässt das Fahrrad als Dienstrad, überlässt es

dem Mitarbeiter und behält einen Teil des monatlichen Bruttogehalts des Mitarbeiters für die Leasingrate ein. Das JobRad ist versichert und darf auch in der Freizeit genutzt werden. Dadurch entsteht dem Mitarbeiter ein geldwerter Vorteil, der seit dem 1. Januar 2020 nur noch mit 0,25 Prozent des Fahrrad-Listenpreises (UVP) versteuert werden muss. So spart der Mitarbeiter gegenüber einem herkömmlichen Kauf deutlich.

Weitere Informationen finden Sie im Intranet.





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