



DIE STIFTUNG



Das Magazin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihrer Unternehmen

Ausgabe 1 · 2022



IM GESPRÄCH
mit Ralph
Freiherr von Follenius
„Die Zukunft
der Stiftung“

S. 14

TOP-THEMA

Psychosomatik

Die Therapie der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung

S. 10

Medizin, Forschung und Innovation

Prostatakarzinom – Krebs mit vielen Gesichtern, aber auch Therapiemöglichkeiten

S. 18

Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist – Mutter und Kind in besten Händen

S. 26

Speiseröhrenchirurgie am Krankenhaus Nordwest – ein minimal invasiver Ansatz

S. 28

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.

Ralph Freiherr von Follenius
Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Redaktionsleitung

Brigitte Ziegelmayer
Leitung Unternehmenskommunikation

Gestaltung

Astrid Kehry

Ausgabe 1 · 2022

© Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Druckerei

C. Adelman GmbH, Frankfurt am Main

Fotografien

Thorsten Jansen – www.tjansen.com: Coverbild, Seiten 3, 10/11 (oben), 12, 13, 14/15, 34/35, 36, 42, 47 (Mitte, unten)
Porträts: Angela Jakob: Seiten 10, 21, 26, 28, 39 (rechts), 44 (1., 2. und 4. v. oben), 45 (2. und 3. v. oben); Prof. Inga Peters (priv.): Seiten 18, 44 (3. v. oben); Prof. Thorsten Götze (priv.): Seiten 31, 45 (oben); Dr. Rajendra Persaud (priv.): Seite 39 (links); Dr. Michael Schroth (priv.): Seite 39 (Mitte); Natalie Kalisz (priv.): Seite 45 (unten); Dr. Petra Maksan (priv.): Seite 46
Adobe Stock: alien185 Seite 2, VanHope Seiten 22 und 41 (in Montage unten links), putilov_denis Seiten 40/41 (Montage)
Klaus Wäldele – www.klauswaeldele.de: Seiten 17 (oben), 27, 32, 41 (in Montage oben rechts)
Krankenhaus Nordwest: Seiten 17 (Mitte links) 23, 29, 41 (in Montage oben links)
Siegfried Lustenberger: Seiten 17 (unten rechts), 40 (in Montage), 41 (in Montage unten rechts), 47 (oben)
Frank Egerer: Seite 17 (unten links)
Prof. Inga Peters: Seite 19 (links); Stebabiotech: Seite 19 (rechts)
Kollage mit Ausschnitt aus Werk v. Angelina Gaus: Seiten 37, 38

Liebe Leserinnen und Leser,

seit vergangenem Dezember bin ich neuer Hospitalmeister der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und Geschäftsführer ihrer Gesellschaften. Über die Herausforderungen und Themen, die anstehen, um die Stiftung und ihre Gesellschaften zukunftssicher zu machen, spreche ich im Interview mit der Redaktion Die Stiftung (Seite 14).

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist stellt sich in der Führungsspitze breiter auf: Seit 1. Juni ist Manuel Zelle als weiterer Geschäftsführer in unserer Stiftung tätig. Er wird gemeinsam mit mir künftig die Gesellschaften leiten. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit und wünsche ihm einen guten Start in seiner neuen Position. Ebenfalls in der Stiftung herzlich begrüßen möchte ich Prof. Dr. med. Inga Peters. Sie leitet seit dem 1. Juni als neue Chefärztin die Klinik für Urologie am Krankenhaus Nordwest. Die Expertin für urologische Onkologie stellt in dieser Ausgabe die Therapiemöglichkeiten bei einem Prostatakarzinom vor (Seite 18).

In unserem TOP-Thema informiert Dr. med. Susanne Krebs, die Chefärztin der Klinik für Psychosomatik am Hospital zum Heiligen Geist, über die Therapie der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung (Seite 10).

Die beiden Geburtshelferinnen, Dr. med. Pileva-Reiher und Nadine Varga, stellen in ihrem Beitrag die Neuausrichtung und die Besonderheiten der Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist vor (Seite 26). Sowohl durch ihre eigenen Schwangerschaften und Geburten als auch durch ihre langjährige Berufserfahrung wissen Dr. med. Pileva-Reiher und Nadine Varga genau, wie sensibel die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind. Sie können deshalb bestmöglich auf die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und deren Familien eingehen.

An der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest wurde Anfang des Jahres der erste total minimal invasive Eingriff bei einem Ösophagus-Patienten durchgeführt. Die Chirurgie an der Speiseröhre gehört zu den anspruchsvollsten Operationen der Viszeralchirurgie – in Frankfurt wird die minimal invasive Ösophagusresektion übrigens nur von zwei Kliniken angeboten. Dr. med. Moustafa Elshafei und Dr. med. Thomas Schriener berichten auf Seite 28 über die erfolgreiche Operation.

Auf 30 Jahre im Kampf gegen den Krebs kann Prof. Dr. med. Elke Jäger zurückblicken. Über die gewaltigen Fortschritte, die in diesen drei Jahrzehnten in den therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei Tumorkrankheiten gemacht werden konnten, berichten wir ab Seite 34.

Bei der Lektüre der wie immer hochinteressanten und vielfältigen Themenauswahl wünsche ich Ihnen viel Freude.

Ihr

Ralph Freiherr von Follenius,
Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist



STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihre Unternehmen

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist eine Milde Stiftung des öffentlichen Rechts in Frankfurt am Main. Ihre Ursprünge lassen sich bis ins 13. Jahrhundert zurückverfolgen. Damals wie heute dienen die Einrichtungen der Stiftung der medizinischen Versorgung und der Ausbildung. Neben dem Krankenhaus Nordwest und dem Hospital zum Heiligen Geist gehören das Seniorenstift Hohenwald, 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 503 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 TRIAMEDIS Gesundheitszentrum am Krankenhaus Nordwest bietet Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Gesundheitstraining unter professioneller Anleitung an.



Die Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist – Krankenhaus Nordwest, Hospital zum Heiligen Geist, Seniorenstift Hohenwald – 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 Fachärzteezentrum Frankfurt bietet an seinen vier Standorten im Stadtgebiet Frankfurt mit insgesamt 14 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 die generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft.

Gendern: In der Vielfalt liegt die Lösung
Eine gendergerechte Sprache und Schreibweise ist auch für die Redaktion Die Stiftung ein wichtiges Thema. Es ist unser Anspruch, geschlechtliche Gleichberechtigung und Vielfalt in unseren Arbeitsalltag und in unsere Kommunikation zu integrieren. Für die Beiträge des Magazins bedeutet das: nicht nur eine (!) Lösung wird propagiert, sondern mehrere. Wir haben es daher unseren Autoren freigestellt, welche Schreibweise sie verwenden.

In dieser Ausgabe

Editorial	3
Inhalt	5
Kurzmeldungen – Neues aus den Häusern	6
 Top-Thema: Psychosomatik: Die Therapie der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung	 10
 Im Gespräch: mit Ralph Freiherr von Follenius Die Zukunft der Stiftung: „Wir stehen vor großen Herausforderungen“	 14
 Medizin, Forschung und Innovation Das Prostatakarzinom – Ein Krebs mit vielen Gesichtern, aber auch vielen Therapiemöglichkeiten	 18
 Akuter Schlaganfall: Hervorragende Therapie in der Schlaganfallmedizin durch Optimierung der Abläufe in Hessen	 21
 Die Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist – Hier sind Mutter und Kind in den besten Händen	 26
 Speiseröhrenchirurgie am Krankenhaus Nordwest – ein minimal invasiver Ansatz	 28
 Organerhalt – ein neuer Trend in der Onkologie	 31
 Prof. Elke Jäger im Porträt – 30 Jahre im Kampf gegen Krebs	 34
 ... um Leben und Tod, Hoffnung und Mut – die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie	 36
 Digitalisierung – Fluch und Segen zugleich	 39
 Dagmar Lavi im Porträt – „Mir war immer daran gelegen, die Menschen bei ihrer Entwicklung zu unterstützen“	 42
 Personalien	 44
 Stiftungsgeflüster	 46



Ralph Freiherr von Follenius übernimmt die Leitung der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Zum 15. Dezember 2021 hat Ralph v. Follenius die Leitung der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist übernommen und ist somit Hospitalmeister der Stiftung und Geschäftsführer der beiden Stiftungskrankenhäuser Krankenhaus Nordwest und Hospital zum Heiligen Geist. Mit dem 64-jährigen Krankenhausmanager aus Neu-Isenburg gewinnt die Stiftung einen ausgewiesenen Spezialisten für die Prozess- und Strukturoptimierung sowie für die strategische Ausrichtung von Krankenhäusern.

„Mit Herrn v. Follenius haben wir eine im Gesundheitsbereich erfahrene Persönlichkeit für die zurzeit besonders herausfordernden Aufgaben in unserer Stiftung gewonnen. Wir erwarten von ihm – neben gemeinnützigkeitsorientiertem unternehmerischen Handeln – die Förderung des Zusammenwirkens aller Berufsgruppen und eine hohe Transparenz der Betriebsabläufe. Die Zukunftssicherung unserer Stiftung setzt aber auch ehrgeizige Prozesse zur wirtschaftlichen Stabilisierung

voraus, und dafür steht Herr v. Follenius“, so Prof. Bernd Weber, Aufsichtsratsvorsitzender der Gesellschaften der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist.

Ralph v. Follenius verfügt über langjährige Managementenerfahrung in Krankenhäusern unterschiedlichster Größen und Versorgungsstufen. Für die Neuaufstellung der Stiftung setzt der studierte Diplom-Kaufmann auf einen umfassenden Strategieprozess, der eine klinik- und fächerübergreifende Vernetzung der Krankenhäuser und Kooperationen mit regionalen Versorgungspartnern beinhaltet und in einem engen Zusammenwirken mit den Leitungskräften zügig umgesetzt werden soll. Darüber hinaus sieht er die Weiterentwicklung der Stiftung zu einer Arbeitgebermarke als eine der wichtigen Aufgaben insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels.

„Ich bin gespannt auf die kommende Zeit als neuer Leiter der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und Geschäftsführer.

Die Herausforderungen, die die Pandemie in organisatorischer und auch in wirtschaftlicher Hinsicht an alle Krankenhäuser stellt, sind sehr groß. Die traditionsreiche Stiftung mit ihren Krankenhäusern hat allerdings einen hervorragenden Ruf. Das ist eine sehr gute Ausgangssituation, um gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die notwendigen Veränderungsprozesse anzugehen“, sagt Ralph v. Follenius zu seiner neuen Aufgabe.

„Wir wünschen Herrn v. Follenius einen guten Start in der neuen Position und freuen uns, in ihm einen profilierten und kompetenten Krankenhausmanager gefunden zu haben, der den begonnenen Prozess der Umstrukturierung der Stiftung voranbringen wird“, so Stadtrat Stefan Majer, Senior der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. •

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



Neue Einrichtungsleiterin des Seniorenstifts Hohenwald – Claudia Richter-Neidhart tritt Nachfolge an

Seit dem 1. April 2022 hat das Seniorenstift Hohenwald in Kronberg eine neue Einrichtungsleiterin: Claudia Richter-Neidhart löst Dagmar Lavi ab, die seit 2020 die Leitung des Seniorenstifts innehatte. Das Seniorenstift Hohenwald gehört seit 1902 zur Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. Zunächst wurde es als Genesungsstätte für Mütter und Kinder geführt, bevor es nach dem zweiten Weltkrieg in ein Seniorenstift umgewandelt wurde. Heute ist es ein modernes Pflegeheim für Seniorinnen und Senioren mit 140 Betreuungsplätzen für vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Seniorenwohnen in zwölf seniorengerechten Apartments und Palliativpflege.

Seit 2019 war Claudia Richter-Neidhart bereits an der Seite von Dagmar Lavi als stellvertretende Einrichtungsleiterin tätig

und verantwortete davor die Sozialberatung sowohl in Hohenwald als auch in dem 2021 geschlossenen Seniorenstift Kronthal. Die ausgebildete Krankenschwester und Fachwirtin für Sozialdienste ist bereits seit 1999 in der ambulanten Pflege beschäftigt und war vor ihrer Tätigkeit für die Seniorenstifte der Stiftung für die Sozialberatung und das Vermietungsmanagement in einer betreuten Wohnanlage verantwortlich.

Die dreifache Mutter sieht sich mit ihrer frisch abgeschlossenen Weiterbildung zur Heim- und Einrichtungsleiterin bestens für ihre neue Aufgabe gerüstet: „In meiner neuen Rolle als Heimleiterin möchte ich gemeinsam mit meinem sehr engagierten Team einen wichtigen Beitrag für eine fachgerechte, zeitgemäße Pflege für die

Menschen leisten, und diese beständig und erfolgreich weiterentwickeln.“

Ralph v. Follenius, Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, ist überzeugt, mit Frau Richter-Neidhart genau die richtige Besetzung für die Heimleitung des Seniorenstifts gefunden zu haben: „Frau Richter-Neidhart hat schon in den bisherigen Positionen gezeigt, dass sie gestaltend unsere Seniorenheime entwickeln und ein gutes Klima für unsere Bewohnerinnen und Bewohner erzeugen kann.“ •

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



Neue Chefärztin am Hospital zum Heiligen Geist – Dr. med. Krebs leitet die Psychosomatische Klinik

Dr. med. Susanne Krebs ist seit 1. Januar 2022 die neue Chefärztin der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist. Die Fachärztin für Psychosomatik, Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie löst Dr. med. Wolfgang Merkle ab, dessen Abschied in den Ruhestand im November 2021 mit dem 25-jährigen Jubiläum der Klinik zusammenfiel.

„Herr Dr. Merkle hat vor 25 Jahren nicht nur die erste psychosomatische Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus gegründet, sondern sie seither sehr erfolgreich zu einer zentralen psychosomatischen Klinik im Rhein-Main Gebiet mit einem breiten ambulanten, teilstationären und stationären Spektrum ausgebaut. Er leitete die Klinik mit hoher Empathie für Patientinnen und Patienten wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ich danke ihm ausdrücklich für seine herausragende Arbeit und wünsche ihm weiterhin alles Gute für den Ruhestand“, so Ralph v. Follenius, Geschäftsführer des Hospitals zum Heiligen Geist.

„Umso mehr freut es mich, dass wir mit Frau Dr. Krebs eine so versierte Chefärztin aus den eigenen Reihen gewinnen konnten. Ich bin überzeugt, dass wir mit ihr genau die richtige Besetzung der Chefarztposition gefunden haben, um einerseits den bereits eingeschlagenen Weg der Klinik für Psychosomatik fortzuführen und andererseits eigene Impulse und weitere Schwerpunkte zu setzen.“

Dr. Krebs ist mit der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist bereits sehr gut vertraut. Mehr als 18 Jahre gestaltete sie als Leitende Oberärztin und Stellvertretende Chefärztin gemeinsam mit ihrem Vorgänger den Aufbau und den Erfolg der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist maßgeblich mit. Zuvor war die gebürtige Offenbacherin unter anderem als Fachärztin in Montabaur und Darmstadt tätig. Ihre psychiatrische Facharztweiterbildung absolvierte sie am

Klinikum Frankfurt-Höchst. Die Weiterbildung als Psychoanalytikerin erfolgte bei der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) in Frankfurt. Die neue Chefärztin freut sich auf ihre neue Rolle und die Weiterentwicklung des innovativen Behandlungskonzeptes: „Ich bin stolz, dass ich dieses wichtige psychosomatische und psychotherapeutische Angebot für unsere Patientinnen und Patienten gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Klinik weiterentwickeln und ausbauen kann. Der Bedarf ist groß und infolge der Coronapandemie noch größer geworden.“ Besonders wichtig ist ihr die Fortführung der sehr guten Zusammenarbeit mit den somatischen Fächern des Krankenhauses und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Region. •

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



Neue Chefärztin am Krankenhaus Nordwest – Prof. Inga Peters übernimmt die Klinik für Urologie

Seit dem 1. Juni 2022 ist Prof. Dr. med. Inga Peters die neue Chefärztin der Klinik für Urologie und übernimmt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Dr. hc. Eduard W. Becht, der seit seinem Ausscheiden als Chefarzt im vergangenen Jahr der Klinik noch als Senior Consultant zur Seite steht. Die klinischen Schwerpunkte der Expertin für urologische Onkologie sind neben der robotischen Chirurgie und der offenen Tumorchirurgie auch die fokale Therapie von urologischen Tumoren sowie die Endourologie.

Prof. Peters war zuvor mehr als 12 Jahre als Urologin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig. Neben ihren fachlichen Qualifikationen konnte sich die Fachärztin für Urologie in dieser Zeit in verschiedenen Leitungspositionen, u. a. als geschäftsführende Oberärztin, Leiterin des Prostatakarzinomzentrums und des Urolo-

gischen Tumorzentrums sowie Leiterin der PROBASE Studie (Standort Hannover) auch ein profundes Wissen über betriebswirtschaftliche Abläufe und krankenhausspezifische ökonomische Belange aneignen.

„Mit Frau Prof. Peters haben wir eine erfahrene Expertin als neue Chefärztin für die Klinik für Urologie gewinnen können, mit der wir nicht nur die urologischen Anwendungsgebiete der robotergestützten Chirurgie ausweiten können, sondern auch neue Expertisen auf dem Gebiet der molekularbasierten individuellen Therapieansätze in unserem Haus etablieren können“, so Ralph von Follenius, Geschäftsführer des Krankenhauses Nordwest.

Als ein Behandlungsverfahren, das mit Start von Prof. Peters in das Portfolio der Klinik für Urologie am Krankenhaus Nordwest aufgenommen werden soll, gilt das

sogenannte TOOKAD®, auch Vascular-Targeted Photodynamic Therapy genannt. Hierbei handelt es sich um eine Therapie, die auf Anregung eines Photosensibilisators durch Licht entsprechender Wellenlänge beruht. Dabei entstehen hochreaktive Sauerstoffspezies, die zu einer Oxidation von lokalen Lipiden oder Proteinen führen und das Zielgewebe zerstören. Es kommt zu einer Okklusion der tumorversorgenden Gefäße innerhalb der Prostata. Neben der Anwendung moderner Medizin auf hohem Niveau ist für die 40-jährige Medizinerin eine vertrauensvolle Arzt-Patient:innen-Beziehung entscheidend für eine individuell angepasste und risikoadaptierte Therapie. •

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

Jeder Schlaganfall ist ein Notfall – Stroke Unit am Krankenhaus Nordwest rezertifiziert

Die Stroke Unit (Schlaganfall-Station) der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Nordwest wurde erneut vom TÜV Rheinland im Rahmen eines umfangreichen Audits erfolgreich als überregionale Stroke Unit rezertifiziert. Die Prüfer bewerteten besonders positiv die Qualifikation der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die technische Ausstattung, die enge Zusammenarbeit mit der Neuroradiologie, die Möglichkeiten der Frührehabilitation, Kooperationen mit Rehakliniken, wissenschaftliche Aktivitäten, Schulungen und Fortbildungen für Mitarbeitende und Angehörige und eine Reihe weiterer Kriterien.

In Deutschland erleiden rund 280.000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall als Folge einer Blutung im Gehirn oder eines Blutgerinnsels in einem Hirngefäß. Dadurch wird Hirngewebe geschädigt. Dies kann zu schwerwiegenden körperlichen Ausfällen bis hin zu irreversiblen Schäden führen. Patient:innen mit einem Schlagan-

fall müssen so schnell wie möglich ärztlich versorgt werden – am besten in einer Stroke Unit. Eine Stroke Unit ist eine speziell ausgestattete Station, die zum Fachgebiet der Neurologie gehört. (Leiterin und Chefärztin der Neurologie ist Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé.) Hier werden Schlaganfall-Patient:innen engmaschig behandelt und frühzeitig wieder mobilisiert, um die Folgen des Schlaganfalls abzumildern. Die Stroke Unit am Krankenhaus Nordwest verfügt über acht Behandlungsplätze mit Monitor und liegt direkt neben der neurologischen Intensivstation. Sie ist eine der größten Stroke Units in Frankfurt. Die enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Neuroradiologie (Chefarzt Prof. Dr. med. Bodo Kress) ermöglicht es, in ausgewählten Fällen eine Rekanalisation der verschlossenen Hirnarterien (interventionelle Therapie) durchzuführen. Das Krankenhaus Nordwest verfügt über eine eigene Sektion für Interventionelle Neuroradiologie unter der Leitung von Oberarzt Dr. med. Ansgar Schütz.

„Jeder Schlaganfall ist ein Notfall. Betroffene müssen schnellstmöglich professionell versorgt werden – am besten in einer Stroke Unit. Hier am Standort verfügen wir über die nötige Kompetenz und Ausstattung, was auch die wiederholte Zertifizierung belegt. Als eines von nur wenigen Zentren in Hessen verfügt das Krankenhaus Nordwest zudem über die Möglichkeit, jederzeit Schlaganfallpatient:innen mit einer Thrombektomie zu behandeln. Dabei wird das für den Schlaganfall verantwortliche Blutgerinnsel mechanisch entfernt“, betont Prof. Uta Meyding-Lamadé. Jährlich werden in der zertifizierten überregionalen Stroke Unit des Krankenhauses Nordwest etwa 800 akute Schlaganfälle behandelt und auf die Verlegung in eine Rehaklinik vorbereitet. •

Kontakt

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

Drei AOK-Bäumchen für die Operation bei Verschluss eines Leistenbruchs am Krankenhaus Nordwest

Im Verfahrensjahr 2021 hat die AOK das Krankenhaus Nordwest und speziell die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie unter Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus erneut mit einem überdurchschnittlich guten Ergebnis bewertet. Die Klinik wird aufgrund ihrer herausragenden Kompetenz im Leistungsbereich Operation bei Verschluss eines Leistenbruchs mit der Bestnote – drei AOK-Bäumchen – ausgezeichnet. Der Krankenhausnavigator der AOK bildet die Behandlungsergebnisse von Kliniken seit 2011 online ab.

Die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie des Krankenhauses Nordwest ist auf Operationen im Bauchraum spezialisiert und wurde aktuell auch von der Deutschen Gesellschaft für

Hernienchirurgie (DHG) als Hernienzentrum zertifiziert. Operationen bei Verschluss eines Leistenbruchs gehören zu den häufigsten hier durchgeführten operativen Eingriffen. Diese werden in den meisten Fällen unter Einsatz minimal invasiver Technik durchgeführt, um die Belastungen für die Patienten so gering wie möglich zu halten.

„Wir freuen uns sehr, dass uns die AOK erneut die überdurchschnittliche Qualität unserer chirurgischen Arbeit bestätigt. Dahinter stehen ein hervorragend eingespieltes Team aus Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften und sehr gut etablierte Abläufe“, äußert sich Prof. Thomas W. Kraus zu den positiven Ergebnissen. Für den AOK-Krankenhausnavigator werden ausgewählte stationäre Behand-

lungen aus Kliniken nach QSR-Methodik (Qualitätssicherung mit Routinedaten) bewertet. Dazu werden Qualitätsindikatoren, die im Behandlungsverlauf aufgetretene Komplikationen oder unerwünschte Behandlungsfolgen berücksichtigen, herangezogen. Dies schafft Vergleichbarkeit und erleichtert Patienten die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus für eine bevorstehende Behandlung oder Operation. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
Prof. Dr. med. Thomas Werner Kraus, MBA, FACS
Telefon (069) 76 01-3233/-3008

Prof. Al-Batran mit dem renommierten Deutschen Krebspreis ausgezeichnet

Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran ist für seine Beiträge zur Verbesserung der Behandlung von Magen- und Speiseröhrenkrebs mit dem Deutschen Krebspreis 2022 in der Sparte „Klinische Forschung“ ausgezeichnet worden. Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebsstiftung würdigen damit seine herausragenden klinischen und wissenschaftlichen Leistungen in der Krebsmedizin und -forschung. Der Preis zählt zu den höchsten Auszeichnungen in der Onkologie und wird jährlich in den Sparten „Klinische Forschung“, „Translationale Forschung“ und „Experimentelle Forschung“ vergeben. „Ich freue mich sehr und betrachte es als eine besondere Ehre, diesen Preis zu erhalten. Unsere jahrzehntelange Arbeit in der Krebsforschung erfährt auf diese Weise eine außerordentliche Anerkennung“, sagt Prof. Al-Batran.

Prof. Al-Batran hat zunächst als Assistenz- und Oberarzt und später als ärztlicher

Direktor und Leiter des Instituts für Klinische Krebsforschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest eine der weltweit besten Forschungsplattformen zum Magen- und Speiseröhrenkrebs aufgebaut. Er entwickelte die FLOT-Therapie, eine Chemotherapie, die vor und nach der Operation von Tumoren verabreicht wird und im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie die Überlebenschancen der Patient:innen signifikant verlängert. Diese Ergebnisse gaben den Anstoß für eine Veränderung der weltweit geltenden Therapiestandards beim Magen- und Speiseröhrenkrebs. Prof. Al-Batran und seine Arbeitsgruppe initiierten – auch in Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Partnern im In- und Ausland – eine Vielzahl weiterer wegweisender Phase-III-Studien zum Magen- und Speiseröhrenkrebs, darunter die DANTE-, RENAISSANCE-, PREVENT-, und RACE-Studie. Darüber hinaus arbeiten sie am Aufbau einer interaktiven, modularen Plattform zur klinischen Biomarker-

forschung mit definierten Schnittstellen und standardisierten Prozessen.

„Ich gratuliere Prof. Al-Batran und seinem Team zu dieser wichtigen Auszeichnung, die die herausragenden Leistungen im Bereich der onkologischen Forschung würdigt“, so Ralph v. Follenius, Geschäftsführer des Krankenhauses Nordwest. „Er hat mit zahlreichen Studien einen maßgeblichen Beitrag für eine evidenzbasierte, auf wissenschaftlichen Fakten basierende Krebstherapie geleistet und damit die Umsetzung eines weltweiten Therapiestandards in der Behandlung des Magen- und Speiseröhrenkrebs vorangetrieben.“ •

Kontakt

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

Neuer dualer Studiengang Hebammenkunde am Hospital zum Heiligen Geist

Erstmals zum Wintersemester 22/23 bietet das Hospital zum Heiligen Geist in Kooperation mit der Technischen Hochschule Aschaffenburg das duale Studium Hebammenkunde an. Das Vollzeitstudium ist untergliedert in Theorie- und Praxisphasen, wodurch Lerninhalte und Erfahrungen aus der Praxis miteinander verknüpft werden. Zwischen dem 2. und 31. Mai 2022 konnten sich Interessierte für den neuen Studiengang bewerben.

Die Absolventinnen und Absolventen erwerben nach erfolgreichem Abschluss zum einen die staatliche Berufszulassung als Hebamme (m/w/d) und zum anderen den akademischen Grad Bachelor of Science (B. Sc.). Die Lerninhalte des Studiums erstrecken sich über die Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und die Bezugswissenschaften der Hebammenkunde bis hin zu weite-

ren Modulen wie bspw. hochkomplexe Betreuungsprozesse, intra- und interprofessionelles Handeln sowie Gesundheitswissenschaften. Die Theoriephasen finden auf dem Campus der TH Aschaffenburg statt, wobei auch hier die Praxis nicht zu kurz kommt: In neu eingerichteten Skill Labs lernt man direkt an modernsten Simulationspuppen in Kreißsaalumgebung. Die ausgewiesenen Praxisphasen finden im Hospital zum Heiligen Geist statt, das eines der klinischen Kooperationspartner der TH Aschaffenburg ist.

„Wir freuen uns, viele Studierende der Hebammenkunde im Hospital zum Heiligen Geist begrüßen und anlernen zu können, denn unsere Klinik für Geburtshilfe ist ein optimaler Ort, um alle wesentlichen Inhalte, die für den Beruf der Hebamme notwendig sind, in familiärer Atmosphäre vermittelt zu bekommen“, so

Pflegedirektor Klaus Engel vom Hospital. „Wir sind überzeugt, dass der neue duale Studiengang nicht nur optimal theoretisches Wissen mit der praktischen Anwendung verknüpft, sondern auch hochprofessionell konzipiert ist und eine qualitativ anspruchsvolle Ausbildung zur Hebamme garantiert.“

Am Hospital zum Heiligen Geist kommen jedes Jahr durchschnittlich 1.200 Babys zur Welt. Die Geburtshilfe ist für ihre familienfreundliche Atmosphäre, individuelle Betreuung und qualitativ hochwertige Versorgung bekannt. •

Kontakt

Hospital zum Heiligen Geist
Pflegedirektion
Klaus Engel
Telefon: (0 69) 21 96-2285

Top-Thema: Psychosomatik



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Die Therapie der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung

von Dr. med. Susanne Krebs

Das multiprofessionelle Team der Klinik arbeitet nach einem psychoanalytischen, konfliktzentrierten Konzept unter Einbeziehung gruppenspezifischer, systemischer und verhaltensmedizinischer Gesichtspunkte.



Dr. med. Susanne Krebs,
Chefärztin der
Psychosomatischen Klinik am
Hospital zum Heiligen Geist

Seit mehr als 25 Jahren arbeiten wir als Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist erfolgreich mit einer multimodalen psychosomatischen Behandlung auf psychoanalytischer Grundlage stationär, tagesklinisch und in der vor kurzem gegründeten Psychosomatischen Institutsambulanz. Neu konzeptualisiert und eingeführt wurden jeweils störungsspezifische (Gruppen-)Therapien der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung.

Symptome der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung

In der ICD 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wird der Bereich der komplexen Traumafolgestörung als eigenständiges Krankheitsbild mit den Leitsymptomen nicht nur, wie bisher in der ICD 10, in der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, den intru-

siven Erinnerungen und den Flashbacks gesehen. Die komplexe Traumafolgestörung zeichnet sich, neben den genannten Symptomen, durch die Übererregung, das heißt durch eine andauernde und vor-schnelle Aktivierung des sympathogenen autonomen Nervensystems sowie durch eine Störung der Emotionsregulation und des negativen Selbstbildes, aus.

Durch die anhaltende Übererregung kommt es zu einer veränderten Modulation im Bereich des Stressverarbeitungssystems, sodass es, geleitet durch eine verstärkte muskuläre Aktivierung, bei anhaltender Anspannung im Verlauf zu einer stressbedingten Schmerzstörung kommen kann. Bei den betroffenen Patienten waren Kindheit und Jugend geprägt von Erfahrungen emotionaler Gewalt, Misshandlungen und sexuellem Missbrauch sowie Vernachlässigung. Es lassen sich im Vergleich mit Menschen ohne diese Belastungsfaktoren Alterationen in verschiede-

nen Hirnarealen wie im präfrontalen Cortex, in der Amygdala und im Hypocampus finden. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse verändert sich durch die Ausschüttung von Stresshormonen und nachfolgend modulierter Cortisol Ausschüttung. Diese Alterationen gehen mit einer erhöhten Stressanfälligkeit des Individuums einher.

Epigenetische Prozesse verändern vor allem das junge Gehirn und programmieren es in Richtung Überleben und schnellere körperliche und seelische Reifung. So gibt es Hinweise, dass Menschen, die früh Vernachlässigung und Gewalt ausgesetzt sind, schneller in die Pubertät kommen, im Verlauf schneller altern, aber auch durch Telomerverkürzung früher versterben.

Wenn die individuelle Entwicklung in Richtung stressinduzierter Schmerzstörung weist, geht häufig eine altruistische Abtretung voraus, das heißt Fehlen des

Wahrnehmens eigener Bedürfnisse, ausgeprägtes Kümern um andere mit Defiziten in der Selbstfürsorge. Die Kommunikation dieser Bedürfnisse und Emotionen wird unterdrückt und die Wahrnehmung körperlicher Stressoren als normalerweise wichtiges Signal des Selbstschutzes wird übergangen.

Die Patienten leiden häufig unter komorbiden Störungen wie Depressionen und Angststörungen

Bei Menschen mit chronischer Schmerzstörung und somatoformen Störungen kommt es nach einer Phase der Überkompensation (zur Selbstwertregulation) im weiteren Verlauf dann zu einer absinkenden Schmerzschwelle. Mit Veränderungen und Erhöhung der muskulären Spannung, häufig nach einem dem Patienten nicht

bewussten Auslöseerlebnis, folgt die Dekompensation der bisherigen Bewältigungsmechanismen in Richtung der psychosomatischen Symptome.

Alle Patienten, die zu uns in die Klinik für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung kommen, werden zuvor im Vorgespräch von erfahrenen Kollegen gesehen. In der Ambulanzkonferenz überlegen wir als Leitungsteam vor der Aufnahme, welche Station beziehungsweise Tagesklinik am geeignetsten wäre und stellen die Indikation für die entsprechenden störungsspezifischen Gruppen. Je nach Krankheitsbild der Betroffenen sind die störungsspezifischen Gruppen auch kombinierbar. So kann ohne Zeitverlust nach der Aufnahme mit dem individualisierten Therapieplan gestartet werden.

Die Patienten leiden zudem häufig unter komorbiden Störungen wie Depressionen und Angststörungen. Es ist unumgäng-



In den Kreativtherapien wie Kunsttherapie, Musiktherapie und Körpertherapie können nonverbale Erfahrungen gemacht und dann versprachlicht werden.

lich, diese Störungen mit in die Behandlungsplanung einzubeziehen.

Störungsspezifische Therapie der komplexen Traumafolgestörung und der stressbedingten Schmerzstörung

Was bedeutet störungsspezifische Therapie? Ein Ineinandergreifen von psychoedukativen Elementen des entsprechenden Krankheitsbildes und psychoanalytisch-interaktionelle ärztlich/psychologisch geleitete Gruppentherapie mit Austausch der Patienten untereinander. Hinzu kommen Gruppen, die von einer ausgebildeten Pain Nurse geleitet werden, in der Entspannungsverfahren eingeübt, aber auch nicht medikamentöse Therapien wie Biofeedback und Aromatherapie angewandt werden.

Dies ist eng verbunden mit einem individuellen Behandlungsplan. Jeder Mensch ist mit seiner Lebensgeschichte einzigartig und muss in der Therapie auf dieser Ebene verstanden werden und sich verstanden fühlen. Hierbei ist gerade zu Beginn der Behandlung der Aufbau der therapeutischen Beziehungen von elementarer Wichtigkeit. Wir arbeiten in der Psychosomatik mit Patienten mit komplexer Traumafolgestörung und somatoformer Störung, die pathologische Bindungsmuster aufweisen, das heisst, dass sie Erfahrungen mit primären Bezugspersonen gemacht haben, die gewaltvoll oder ungünstig waren.

Es geht gerade am Anfang darum, einen Platz des Angenommenseins, des Willkommenseins zu schaffen. Eine Aufgabe, die in der Gestaltung des Stationsmilieus vom Pflegeteam kompetent wahrgenommen wird, wie auch in den ersten therapeutischen Gesprächen, die die Mitarbeiter aus dem ärztlichen und psychologischen

Therapeutenteam führen. Die Grundlagen dieser Beziehungsarbeit beruhen auf der psychoanalytischen Theorie der beziehungsorientierten Selbstpsychologie von Michael Balint und Heinz Kohut.

Es gilt weiterhin, das Positive der therapeutischen Gemeinschaft der Patienten zu nutzen, die auf den Stationen und in der Tagesklinik bezüglich Diagnosen, Alter und Geschlecht gemischt sind und in dieser Form voneinander profitieren. Das Gespräch mit den Mitpatienten hat in unserer poststationären Befragung einen hohen Stellenwert. So kann die Isolation durch die Erkrankung und deren eigene Wahrnehmung durch die Erfahrung, dass andere Patienten ähnliche Schwierigkeiten und Symptome haben und darunter leiden, verändert werden und eine Erfahrung der Solidarität und Aufhebung der Vereinzelung erfolgen.

Patienten profitieren von der Kombination aus Einzeltherapie und Gruppenangeboten

Dies findet Ergänzung in den neuen störungsspezifischen Gruppen, in denen der Austausch und die Behandlung der besonderen Symptome beziehungsweise des speziellen Krankheitsbilds für Verständnis und Entlastung sorgt.

In der Behandlung der Patienten mit stressinduzierten somatoformen Störungen und chronischen Schmerzstörungen liegt der Schwerpunkt auf Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung, das heißt Wahrnehmung der Emotionen und das korrekte Benennen der Gefühle. Patienten mit Schmerz Erkrankungen leiden häufig unter einer sogenannten Alexithymie: Gefühle können nicht oder nur undifferen-

ziert wahrgenommen werden. Hierbei profitieren die Patienten von der Kombination der Behandlung aus Einzel- und Gruppentherapie. Die Gruppenteilnehmer können einander Feedback geben, schwierige Gruppenerfahrungen können wiederum in der Einzeltherapie im nachhinein besprochen oder auch Themen vorbereitet werden.

Neben der „Talking Cure“ kommt in den Modulen und Gruppen auch der körperbezogene Ansatz zum Tragen. Hier können in den Kreativtherapien wie Kunsttherapie, Musiktherapie und Körpertherapie nonverbale Erfahrungen gemacht und dann versprachlicht werden.

In den störungsspezifischen Gruppen werden neben der Psychoedukation auch Stabilisierungsmaßnahmen eingeübt. Hier kommen vor allem imaginative Verfahren zur Anwendung. Ziel ist, dass die Patienten vor der Traumakonfrontation genügend Möglichkeiten haben, Selbstregulation zu üben, um auch belastendes traumatisches Material bis zur Bearbeitung aushalten zu können. Gleichzeitig geht es in imaginativen Übungen um das Gefühl, eine gewisse Sicherheit zu erfahren und auszubauen. Vorübergehend können Hilfs-Ich-Funktionen auch von den Therapeuten und dem Team übernommen werden, aber Ziel ist die Möglichkeit des Patienten, auf das eigene Befinden Einfluss zu nehmen, und dieses zu regulieren. Dies kann jedoch nur in einem vertrauten und emotional geschützten Umfeld geschehen.

Je nach psychosozialer Belastung und Strukturlevel des Patienten wird zunächst dieser Bereich verbessert, und es kann in individueller Entscheidung eine Traumakonfrontation mittels z. B. EMDR (Eye Movement Desensitization and Repro-



Dr. med. Susanne Krebs ist seit 1. Januar 2022 Chefärztin der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist.

cessing) stattfinden. Hierbei wird mittels bilateraler Stimulation (optisch oder haptisch) die Traumaverarbeitung der Patienten verbessert, unter den kontrollierten Bedingungen einer dualen Aktivierung der traumatischen Vergangenheit und der Gegenwart im Hier und Jetzt. Dies fördert die Verarbeitung des Traumas und die Speicherung der Erinnerung im expliziten Gedächtnis.

Für die Traumaverarbeitung müssen die Patienten jedoch eine gewisse Stabilität aufweisen. Hierbei gibt es auch deutliche

Unterschiede, ob es sich um eine sogenannte Einmaltraumatisierung, z. B. einen Verkehrsunfall handelt, welche die Verarbeitungsfähigkeit des Individuums überfordert, oder um eine komplexe Traumatisierung, die den Patienten im Kindesalter trifft bzw. anhaltende Traumata wie Folter oder sexualisierte Gewalt. Nach erfolgreicher Traumakonfrontation beginnt eine Zeit der Reintegration des Geschehens. In der Psychotherapie spielen hierbei zeitliche Faktoren eine Rolle, sodass dieser Teil auch häufig im ambulanten Setting weitergeführt wird.

Ich bin überzeugt, dass wir mit diesem erweiterten Modell als Psychosomatische Klinik und als multiprofessionelles Team die Möglichkeit haben, im stationären und teilstationären Rahmen Patienten bei der Bearbeitung ihrer Erkrankungen nachhaltig zu helfen. •

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



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Die Zukunft der Stiftung: „Wir stehen vor großen Herausforderungen“

Im Gespräch mit Ralph Freiherr von Follenius

Seit Dezember 2021 leitet Ralph von Follenius als Hospitalmeister die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und als Geschäftsführer die Gesellschaften* der Stiftung. Die Redaktion „Die Stiftung“ sprach mit dem 64-jährigen Krankenhaus-Manager über die Zukunft der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist.

*das Krankenhaus Nordwest, das Hospital zum Heiligen Geist, die Fachärzteezentren Frankfurt, die Hospital-Service & Catering GmbH, die HP Pflege

DIE STIFTUNG:

Herr von Follenius, Sie sind seit einigen Monaten der neue Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und Geschäftsführer des Krankenhauses Nordwest und Hospitals zum Heiligen Geist. Die Coronapandemie hat den Einstieg sicher nicht leicht gemacht. Wie ist es Ihnen ergangen?

Ralph von Follenius:

» In den letzten Monaten habe ich in allen Kliniken, Bereichen und Abteilungen sehr viele Gespräche mit Verantwortlichen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt. Inzwischen habe ich einen sehr guten Einblick in die Stiftung und die Einrichtungen bekommen. Ich habe eine hoch motivierte Mannschaft kennengelernt, die sich mit ihrem Arbeitgeber identifiziert und sehr engagiert ist. In der

Coronapandemie sind die Krankenhäuser in besonderer Weise gefordert. Auch wenn sich die Situation augenscheinlich in der Öffentlichkeit entspannt, so ist die hohe Inzidenz weiterhin eine große Herausforderung für unsere Kliniken und das Seniorenstift. So führen immer wieder kleinere Coronaausbrüche zu Isolationserfordernissen von Patientinnen und Patienten, aber auch zu Quarantäne unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das wird wohl auch noch in den nächsten Monaten ein Thema bleiben. Doch die Coronapandemie hat auch gezeigt, dass die Teams unserer Krankenhäuser und des Seniorenstifts, aber auch in unseren anderen Gesellschaften gut zusammenarbeiten und damit in der Lage waren und auch noch sind, diese schwierige Zeit zu meistern. «

Die Konkurrenzsituation der Krankenhäuser ist im Rhein-Main-Gebiet enorm. Wie sehen Sie die Situation der Krankenhäuser der Stiftung?

» Der Frankfurter Gesundheitsmarkt mit seiner hohen Krankenhausdichte und den vielfältigen medizinischen Angeboten ist in der Tat eine große Herausforderung. Um hier bestehen zu können, ist ein ausgezeichnetes medizinisches Angebot Voraussetzung. Die beiden Stiftungskrankenhäuser erfüllen dies mit sehr unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Einzugsbereichen. Das Hospital zum Heiligen Geist versorgt als Stadt Krankenhaus mit seinen Kliniken insbesondere die Stadtteile direkt nördlich und südlich des Mains und nimmt mit seinen chirurgischen und internistischen Kliniken eine wichtige



Funktion in der Notfallversorgung wahr. Überregionale Bedeutung genießt die Psychosomatik mit ihrem breiten Spektrum. Hier ist beispielsweise das Schmerzzentrum für chronische Schmerzpatienten zu nennen. Es handelt sich um ein interdisziplinäres stationäres Angebot der Psychosomatischen Klinik und der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie.

Das Krankenhaus Nordwest hat den Schwerpunkt seines Einzugsgebietes in den nördlichen Stadtteilen, aber auch in den anliegenden Landkreisen. Das Krankenhaus ist überregional bekannt für seine Exzellenzschwerpunkte in der interdisziplinären Onkologie und in der Neurologie sowie Neuroradiologie. Mit seinem vielfältigen Spektrum an den chirurgischen Kliniken und den Instituten gehört das Krankenhaus Nordwest der höchsten Stufe der Notfallversorgung an. Nicht vergessen sollten wir unsere Fachärztezentren, die ein wichtiges Bindeglied an der Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind. Die Chefarzte und Leitungskräfte entwickeln dieses Spektrum stetig weiter. In diesem Sinne stehen beide Krankenhäuser und unsere Fachärztezentren für Spitzenmedizin und haben einen sehr guten Ruf in Frankfurt und in der Region. Das ist eine sehr gute Ausgangsposition, um den Strategieprozess zur wirtschaftlichen Stabilisierung und Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsportfolios voranzubringen. «

Wie sieht dieser Strategieprozess aus?

» Zukünftig wird die Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser stärker in den Vordergrund rücken. Ein Beispiel ist aktuell der Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe, der an beiden Standorten

unterschiedliche Schwerpunkte setzen wird. Die gemeinsame Nutzung der unterschiedlichen Einzugsgebiete ist eines unserer Ziele. In einem nächsten Schritt werden wir das Leistungsportfolio der Stiftungskrankenhäuser anschauen, um weitere Kräfte zu bündeln und die Häuser mit einem starken Versorgungsangebot für unsere Patientinnen und Patienten zukunftssicher zu machen. Die wirtschaftliche Stabilisierung spielt ebenfalls bei der Zukunftssicherung eine ganz entscheidende Rolle. Hier werde ich gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die begonnenen Prozesse der Umstrukturierung der Stiftung weiter voranbringen. «

Sie erwähnten gerade die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Was ist das neue Konzept der Kliniken an ihren beiden Standorten?

» Die beiden Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe der Stiftungskrankenhäuser stellen sich nach einem Beschluss des Aufsichtsrates neu auf. Die Geburtshilfe konzentriert ihre Kreißsäle am Standort Hospital zum Heiligen Geist – d.h. dort bündeln wir alle personellen und medizinischen Ressourcen, um die bereits sehr erfolgreiche Geburtshilfe weiterzuentwickeln. Dennoch werden wir die Diagnostik und die prä- und postnatalen Leistungsangebote an beiden Standorten anbieten, um Ansprechpartner für werdende Mütter in beiden Einzugsgebieten zu sein. Hinzu kommt ein definiertes gynäkologisches Leistungsspektrum am Hospital zum Heiligen Geist. Die gynäkologische Onkologie wird sich künftig stärker auf den Standort Krankenhaus Nordwest konzentrieren, wo bereits das gesamte onkologische Leistungsangebot unter dem Dach des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums verankert ist. Mir war es bei

diesem Prozess sehr wichtig, dass die Beschäftigten aus den Kliniken gemeinsam mit den Fachleuten aus der Verwaltung aktiv eingebunden wurden und ihre Ideen und Vorstellungen einbringen konnten. Auf diese Weise haben wir nicht nur für Transparenz in den beteiligten Abteilungen gesorgt, sondern konnten die Expertise unserer Mitarbeitenden auch auf beste Weise nutzen, um ein für beide Häuser passendes und nachhaltiges Konzept zu entwickeln. «

Für das Hospital zum Heiligen Geist sind umfangreiche Baumaßnahmen geplant. Wie geht es dort weiter?

» Ja, die Planungen für eine grundlegende bauliche Sanierung laufen schon seit einer sehr langen Zeit. Die Planungen sind bis auf einen technischen Teilbereich in den sogenannten Leistungsphasen 1 bis 5 praktisch abgeschlossen, die Baugenehmigung liegt vor.

Derzeitig arbeiten wir an den Möglichkeiten der Bauzeitenplanung, d. h. wie soll der Umbau erfolgen, welche Gebäudebereiche müssen gesperrt werden, mit welchen Einschränkungen ist zu rechnen. Dies ist eine besondere Herausforderung, da das enge Gelände am Hospital zum Heiligen Geist keine Ausweichmöglichkeiten bietet. Zum Schluss ist noch die Finanzierung zu klären. Der Gesellschafter hat mit der Zusage, zehn Millionen Euro für die bauliche Sanierung bereitzustellen, eine wichtige Voraussetzung geschaffen. Das Land Hessen stellt darüber hinaus noch Fördermittel zur Verfügung. Es bleibt jedoch noch eine Lücke zu den tatsächlich benötigten Investitionen, die wir mit einer Fremdfinanzierung decken müssen. Ich bin zuversichtlich, dass wir diese große Herausforderung stemmen werden. «



Von oben links nach rechts: Krankenhaus Nordwest, Agnes-Karll-Schule, Triamedis Ärztehaus mit Fachärztezentrums Frankfurt, Hospital zum Heiligen Geist, Seniorenstift Hohenwald

Die nächsten Jahre bringen viele Veränderungen. Wie kann der Wandel gelingen?

» Wir stehen vor großen Herausforderungen. Der Fachkräftemangel, der anhaltend hohe Investitionsbedarf, der notwendige Digitalisierungsprozess sowie der zunehmende Qualitätswettbewerb sind nur einige Themen, die uns beschäftigen und einen Veränderungsprozess in Gang gesetzt haben. Dieser Wandel kann sich nur durch gemeinsames Handeln gestalten. Hierzu gehört Vertrauen: Vertrauen in die Prozesse von Medizin und Pflege aber auch Vertrauen in das Krankenhausmanagement und die Verwaltungs- und Wirtschaftsbereiche, die die Infrastruktur unter Beachtung der Finanzen betreiben

und die langfristigen Maßnahmen und Entwicklungsstrategien nicht aus dem Blick verlieren.

Wandel geschieht durch Vertrauen in das Know-how der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einerseits und steter Reflektion des eigenen Handelns und das Öffnen für neue Ideen. Der erfolgreiche Veränderungsprozess in der Geburtshilfe steht beispielhaft für partizipative Elemente der Veränderung. Dies wollen wir weiter entwickeln. «

Vielen Dank für das Gespräch. •

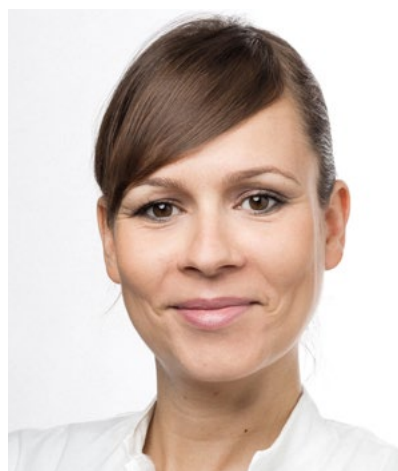
Das Gespräch führte Brigitte Ziegelmayr

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



Das Prostatakarzinom – Ein Krebs mit vielen Gesichtern, aber auch vielen Therapiemöglichkeiten

von Prof. Dr. med. Inga Peters



Prof. Dr. med. Inga Peters,
Chefärztin der
Klinik für Urologie am
Krankenhaus Nordwest

Das Prostatakarzinom ist in Deutschland mit etwa 65.200 Neuerkrankungen im Jahr die häufigste Krebserkrankung des Mannes.¹ Exzellente Heilungschancen bietet die Therapie der Erkrankung in frühen Krankheitsstadien. Im Zuge verbesserter Diagnostik, insbesondere der gezielten Prostatastanzbiopsie auf Grundlage einer multiparametrischen Magnetresonanztomographie (MRT), ergeben sich bei früher Entdeckung der Erkrankung auch mehrere Möglichkeiten der Behandlung.

Entscheidend für eine individuell angepasste und risikoadaptierte Therapie ist eine suffiziente Beratung des Patienten und seiner Angehörigen in einer interdisziplinären Prostatakarzinomsprechstunde. Hier werden die Ergebnisse der Bildgebung, die histopathologischen Befunde und, sofern vorhanden, Resultate weiterführender molekulopathologischer Untersuchungen mit dem Patienten ausführlich besprochen, um eine möglichst maßgeschneiderte Therapieentscheidung treffen zu können. Im folgenden Artikel sollen etablierte und innovative Therapieverfahren zur Behandlung des lokal-begrenzten Prostatakarzinoms kurz erläutert werden.

Aktive Überwachung

Die aktive Überwachung ist eine leitlinienkonforme Option zur Behandlung bzw. engmaschigen Kontrolle von Patienten, die mittels MRT fusionsbasierter Prostatastanzbiopsie den Nachweis eines Niedrig-Risiko-Prostatakrebs erhalten haben. Der PSA Wert sollte unter 10ng/ml sein und es sollte nur eine Prostatahälfte vom Tumor befallen sein (max. zwei Biopsien, cT1-cT2a). Aktuell wird in Studien geprüft,

ob nicht auch Patienten der mittleren Risikogruppe mit günstiger Prognose (ISUP Grad 2) für eine aktive Überwachung in Frage kommen. Ergebnisse hierzu werden in naher Zukunft erwartet.

Im Rahmen der aktiven Überwachung werden in festgelegten Zeitintervallen PSA- und auch MRT-Kontrollen gemacht; nach etwa 12 Monaten erfolgt eine erneute Biopsie der Prostata, um eine mögliche Progression der Erkrankung frühzeitig zu erkennen. Im weiteren Verlauf sind dann bei stabilen Befunden zunächst keine weiteren Biopsien nötig.

Kontrolliertes Beobachten reicht mitunter aus

Basierend auf den Daten der PROTECT Studie, einer prospektiv randomisierten Studie zum Vergleich der aktiven Überwachung, der Radikalen Prostatektomie und der Radiotherapie bei Patienten mit Niedrig-Risiko-Prostatakrebs ließ sich kein Unterschied im 10-Jahresüberleben nachweisen.²

Fokale Therapie des Prostatakarzinoms

In den letzten Jahren konnten sich, nicht zuletzt durch verbesserte bildgebende Verfahren und somit auch genauere Tumorklassifikation, fokale-therapeutische Verfahren bei der Behandlung des lokal-begrenzten Prostatakrebs mit guter oder günstiger intermediärer Prognose etablieren.

Insbesondere durch ein deutlich positives Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu den aktuellen Standardverfahren (Radio-

therapie oder Radikale Prostatektomie) gewinnen sie vor allem für Betroffene an Bedeutung. Anzumerken ist jedoch, dass bei fehlenden prospektiv randomisiert-kontrollierten Studien nur bedingt Aussagen über Unter- oder Überlegenheit einzelner Verfahren im Vergleich zum Goldstandard möglich sind. Nichtsdestotrotz gibt es bereits einige Studien, die die onkologische Wirksamkeit fokale-therapeutischer Verfahren belegen.

Grundsätzlich haben fokale Therapien stets das Ziel, Tumore gezielt in einem Teilbereich des betroffenen Organs und in gleicher Qualität zu einer radikalen Therapie zu behandeln, ohne dabei gesundes Nachbar- oder Prostatagewebe zu schädigen, um auf diese Weise therapieassoziierte Nebenwirkungen zu reduzieren.^{3,4}

Verschiedene thermische und nicht-thermische Verfahren, teils mit MRT Thermometrie, stehen zur Verfügung. Eine Übersicht von Tabrizi und Peters et al. stellt die in Deutschland am häufigsten angewendeten Methoden vor.⁵

Aktuell sind bereits zwei thermische Verfahren am Krankenhaus Nordwest etabliert. Erstens die fokale Kryoablation, d.h. die Tumordestruktion durch Vereisung. Hierbei werden spezielle Nadeln in das tumortragende Areal inseriert und nachfolgend durch einen Wechsel von Argon- und Heliumgasinsufflation das Tumoraerial vereist und wieder aufgetaut. Durch diesen Prozess kommt es zur Denaturierung von Proteinen und Zerstörung von Zellmembranen sowie Stillstand der Durchblutung mit Einleitung einer konsekutiven Apoptose. Dieser Prozess lässt sich durch Ultraschall und Entstehung eines sog. „Iceballs“ kontrollieren (Abbildungen oben).

Zweitens die MRgFUS (Magnetresonanztomographie gesteuerte fokussierte Ultraschalltherapie). Hierbei wird der Tumor unter Steuerung und Überwachung im MRT mittels Hitze zerstört. Letzteres Verfahren wird in enger Zusammenarbeit der Abteilung für Urologie und der Abteilung für Radiologie (Prof. Markus Düx) angeboten.

Ein weiteres vielversprechendes nicht-thermisches Verfahren ist die photodynamische Therapie (VTP „Vascular-Targeted Photodynamic therapy“ oder TOOKAD®). Das Prinzip beruht auf der Anregung eines Photosensibilisators durch Licht entsprechender Wellenlänge. Hierbei entstehen hoch reaktive Sauerstoffspezies, die zu einer Oxidation von lokalen Lipiden oder Proteinen führen und das Zielgewebe zerstören. Es kommt zu einer Okklusion der tumorversorgenden Gefäße innerhalb der Prostata.⁶ Auch dieses Verfahren soll in Kürze am Krankenhaus Nordwest mit ins Portfolio der fokale-therapeutischen Verfahren des Prostatakarzinoms aufgenommen werden.

Nur den tumortragenden Teil der Prostata therapieren – eine probate Behandlung bei gut ausgewählten Patienten

Für fokale-therapeutische Verfahren kommen grundsätzlich Patienten mit einem niedrigen bis mittleren Risikoprofil (ISUP Grad 1 bis 2) und einem PSA Wert <15ng/ml in Frage. Das Alter zum Zeitpunkt der Diagnose stellt kein spezielles In- oder Exklusionskriterium dar.

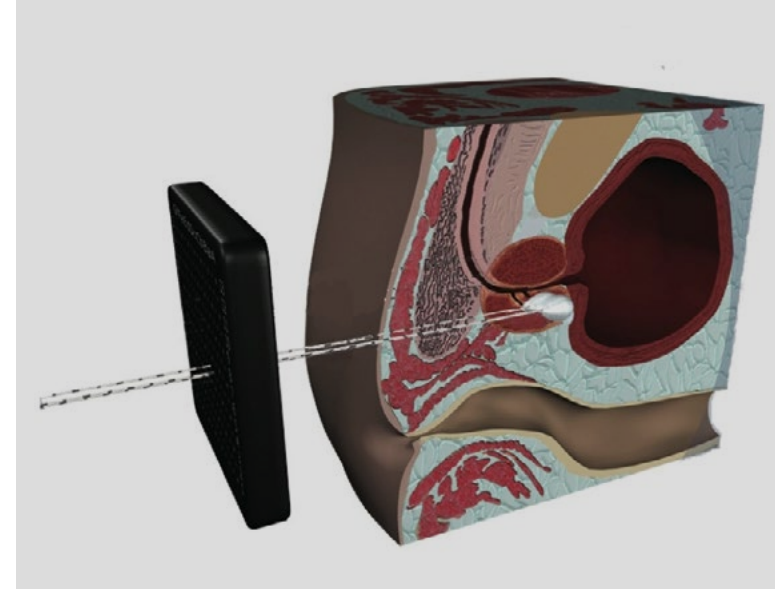
Eine Beratung des Patienten in einer für Prostatakarzinomerkrankungen und

Fokaltherapie spezialisierten Klinik ist unerlässlich und dringend vor der Wahl einer Behandlung anzuraten.

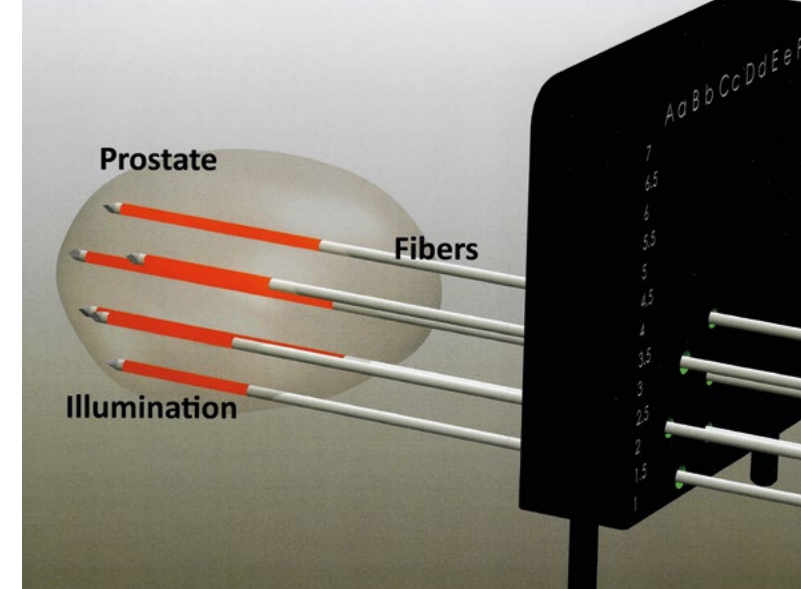
Minimal-invasive, roboterassistierte radikale Prostatektomie

Mittlerweile hat sich die robotisch-assistierte radikale Prostatektomie als Standardverfahren zur operativen Therapie des lokal-begrenzten Prostatakarzinoms aller Risikogruppen (Niedrig- bis Hochrisiko) etabliert. Nur in bestimmten Ausnahmesituationen oder bei Kontraindikationen, z. B. für die notwendige Kopftiefenlagerung, ergibt sich noch für wenige Patienten die Indikation zur offenen, retropubischen Radikaloperation. In Studien konnte die onkologische Sicherheit der roboterassistierten im Vergleich zur offenen Operation gezeigt werden mit jedoch häufig deutlichen Vorteilen hinsichtlich der Krankenhausaufenthaltsdauer (ca. 5,5 Tage) und geringeren Blutverlusten sowie Transfusionsraten (<0,5 Prozent).⁷ Insgesamt sind, in Abhängigkeit der Expertise des Operateurs, sicherlich auch verbesserte funktionelle Ergebnisse bei der roboterassistierten Prostatektomie zu erreichen – wobei dies häufig noch kontrovers diskutiert wird. Mehrere systematische Metaanalysen belegen diese Zusammenhänge eindrücklich, wobei auf den fehlenden Charakter einer prospektiv randomisierten Studie hingewiesen sei.

Zu benennen sind die Vorteile der roboterassistierten Prostatektomie in Hinblick auf die Erektions- und Kontinenzfunktion – sicherlich entscheidende Lebensqualitätsparameter für die Betroffenen. Auch am Krankenhaus Nordwest wird mittlerweile mit dem Da Vinci-Robotersystem operiert – insbesondere der interdisziplinäre Ansatz macht dieses System zu Erfolgs-



Kryoablation der Prostata mit „Iceball“ im tumortragenden Teil der Prostata



Ultraschallbild der Prostata (grüne Markierung, sagittal) mit Entstehung des TOOKAD Laserlichttherapie der Prostata (Illustration von Stebabiotech)

geschichte. Mit der robotergestützten Technik können nämlich nicht nur Urologen, sondern auch Abdominalchirurgen, Gynäkologen und Thoraxchirurgen unsere Patienten verbessert behandeln.

Schlussendlich ist die minimal-invasive und in der Fortsetzung die roboterassistierte Chirurgie unter heutigen modernen und innovativen Gesichtspunkten aus vielen Gebieten der Medizin nicht mehr wegzudenken. Moderne Verfahren sind aus ökonomischer Sicht häufig für Krankenhaussträger zunächst nicht rentabel, jedoch zeigt sich auch hier in Studien, dass die Kostenstruktur für derartige Verfahren nach Absolvieren der Lernkurven deutlich reduziert werden kann.⁸

Letztlich stellt sich auch die ethische Frage, ob ein nachweislich für den Patienten besseres Verfahren, sofern es die Indikationsstellung zulässt, nicht als primär operatives Verfahren angesehen werden sollte.

Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)

Die perkutane Strahlentherapie stellt nach aktuellem Standard eine Alternative zur Operation und aktiven Überwachung bei Patienten mit lokal-begrenztem oder lokal-fortgeschrittenen Prostatakarzinom dar. Im Regelfall werden hierbei heutzutage die applizierten Dosen auf 74–80 Gy eskaliert, was in Bezug auf das onkologische Outcome eine Verbesserung im Vergleich zu den früher üblichen 64–72 Gy zeigte. Der Behandlungszyklus beträgt im Normalfall etwa 7–9 Wochen, wobei unter bestimmten Voraussetzungen auch die moderat hypofraktionierte Strahlentherapie (Behandlungsdauer etwa 4–6 Wochen) mit Betroffenen diskutiert werden kann. Letztlich müssen bei der Abwägung zum Therapieentscheid die Endpunkte Rezidivfreiheitsrate bzw. Gesamtüberleben als auch die Daten zu den verschiedenen Nebenwirkungsprofilen kritisch und im besten Falle interdisziplinär diskutiert werden. •

Kontakt

Krankenhaus Nordwest
Klinik für Urologie
Prof. Dr. med. Inga Peters
Telefon (0 69) 76 01-3917

Zur Person

Prof. Dr. med. Inga Peters war mehr als 12 Jahren als Urologin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig. Ihre Facharztweiterbildung startete sie im Jahre 2007 zunächst in der Abteilung für Neurochirurgie der Universitätsklinik Bonn, bevor sie dann im Jahre 2010 die Weiterbildung zur Urologin an der MHH begann.

Hier folgten nach Erhalt der Facharztreihe im Jahre 2014, die Venia legendi für das Fach Urologie im Jahr 2015 und die Ernennung zur apl. Professorin im Jahre 2021.

Ihre klinischen Schwerpunkte sind neben der Uroonkologie, die robotisch-assistierte Chirurgie sowie die Fokalthherapie von urologischen Tumoren. Als Geschäftsführende Oberärztin, Leiterin des Prostatakarzinomzentrums und der Probase Studie (Standort Hannover) konnte Prof. Peters neben reichlich Führungserfahrung auch profunde Erkenntnisse in Hinblick auf ökonomische Belange eines Krankenhauses erlangen. Insbesondere der Teamgeist und der kollegiale Austausch spielen für sie im Erreichen von Zielen eine eminente Rolle.

¹ Arndt V, Dahm S, Kraywinkel K. Krebsprävalenz in Deutschland 2017: Anzahl der Cancer Survivors basierend auf Daten bevölkerungsbezogener Krebsregister. Onkol. August 2021;27(8):717–23.

² Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, Mason M, Metcalfe C, Holding P, u. a. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med. 13. Oktober 2016;375(15):1415–24.

³ de la Rosette J, Ahmed H, Barentsz J, Johansen TB, Brausi M, Emberton M, u. a. Focal therapy in prostate cancer-report from a consensus panel. J Endourol. Mai 2010;24(5):775–80.

⁴ Donaldson IA, Alonzi R, Barratt D, Barret E, Berge V, Bott S, u. a. Focal Therapy: Patients, Interventions, and Outcomes—A Report from a Consensus Meeting. Eur Urol. 26. September 2014;1–7.

⁵ Faraj Tabrizi P, Peters I. Fokale Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms. Journal Onkologie. 26. April 2021.

⁶ Kimm SY, Tarin TV, Monette S, Srimathveeravalli G, Gerber D, Durack JC, u. a. Nonthermal Ablation by Using Intravascular Oxygen Radical Generation with WST11: Dynamic Tissue Effects and Implications for Focal Therapy. Radiology. Oktober 2016;281(1):109–18.

⁷ Basiri A, de la Rosette JJ, Tabatabaei S, Woo HH, Laguna MP, Shemshaki H. Comparison of retropubic, laparoscopic and robotic radical prostatectomy: who is the winner? World J Urol. April 2018;36(4):609–21.

⁸ Burgess SV, Atug F, Castle EP, Davis R, Thomas R. Cost Analysis of Radical Retropubic, Perineal, and Robotic Prostatectomy. J Endourol. Oktober 2006;20(10):827–30.



KRANKENHAUS NORDWEST

Akuter Schlaganfall: Hervorragende Therapie in der Schlaganfallmedizin durch Optimierung der Abläufe in Hessen

von Prof. Dr. med. Matthias W. Lorenz und Dr. med. Ansgar Schütz



*Prof. Dr. med.
Matthias W. Lorenz,
Leiter der Stroke-Unit am
Krankenhaus Nordwest*



*Dr. med. Ansgar Schütz,
Sektionsleiter Interventionelle
Neuroradiologie am
Krankenhaus Nordwest*

Die gebotene Eile bei der Schlaganfallbehandlung setzt voraus, dass sich im Krankenhaus ein eingespieltes Team aus Neurologen, Neuroradiologen und Anästhesisten um die Patienten kümmert. Nur wenn die Abläufe perfekt eingespielt sind, können unnötige Verzögerungen minimiert werden und stets eine optimale Patientenversorgung gewährleistet bleiben. Auch wenn der Schlaganfall eine häufige Erkrankung ist, können solche Eingriffe nicht in jedem Krankenhaus mit einer Stroke-Unit durchgeführt werden, sondern nur dort, wo die entsprechende Infrastruktur und Expertise vorhanden ist. Glücklicherweise benötigen die meisten

Patienten, die mit einem Schlaganfall ins Krankenhaus kommen, keine interventionelle Therapie und können damit in jeder Stroke-Unit vollumfänglich versorgt werden. Patienten, die jedoch eine interventionelle Therapie bei einem entsprechenden Gefäßverschluss benötigen, müssen dann in eine Klinik mit den entsprechenden Möglichkeiten verlegt werden.

Die Stroke-Unit am Krankenhaus Nordwest (Chefärztin der Neurologie Prof. Dr. Uta Meyding-Lamadé, Leiter der Stroke-Unit Prof. Dr. Matthias W. Lorenz) ist in der Klinik für Neurologie angesiedelt. Hier werden Schlaganfallpatienten engmaschig behandelt und frühzeitig wieder mobilisiert, um die Folgen des Schlaganfalls abzumildern. Sie ist eine der größten Stroke-Units in Frankfurt. Die enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Neuroradiologie (Chefarzt Prof. Dr. med. Bodo Kress) ermöglicht es, in Fällen mit einem Gefäßverschluss eine Rekanalisation der verschlossenen Hirnarterien (interventionelle Therapie) durchzuführen. Das Krankenhaus Nordwest verfügt über eine eigene Sektion für Interventionelle Neuroradiologie unter der Leitung von Oberarzt Dr. med. Ansgar Schütz.

In Hessen wurden schon frühzeitig Strukturen geschaffen, die eine solche Verlegung sehr beschleunigen. Im Jahr 2013 wurde das Interdisziplinäre Neurovaskuläre Netzwerk Rhein-Main (INVN) unter Federführung des Krankenhauses Nordwest, der Universitätsklinik Frankfurt am



In Hessen steht dem Rettungsdienst IVENA zur Verfügung, der jederzeit die verfügbaren Krankenhausbetten anzeigt.

Main und den Dr. Horst Schmidt-Kliniken Wiesbaden gegründet. In diesem Netzwerk kooperiert das Krankenhaus Nordwest eng mit vielen Kliniken im Rhein-Main Gebiet, um eine bestmögliche Versorgung bei einem Schlaganfall zu gewährleisten. Häufig werden Schlaganfall-Patienten, die einer Thrombektomie bedürfen (siehe Kasten S. 24), von anderen INVN-Kliniken den Kliniken mit Thrombektomiemöglichkeit, wie z. B. das Krankenhaus Nordwest, zuverlegt.

Die Dringlichkeit solcher Verlegungen wurde auf die höchste Prioritätsstufe festgelegt. Darüber hinaus steht dem Rettungsdienst in Hessen das strategische Dispositionsverfahren IVENA (Interdisziplinärer Versorgungs-Nachweis) zur Verfügung, das jederzeit die verfügbaren Krankenhauskapazitäten anzeigt. Patienten können so direkt in ein Krankenhaus gebracht werden, das freie Kapazitäten hat. Ergänzend sind die meisten der beteiligten Krankenhäuser in der Lage, die angefertigten Bilder des Gehirns in kurzer Zeit zu verschicken. Das Team in der aufnehmenden Klinik kann sich so schon während des Patiententransports auf die Behandlung vorbereiten, und diese nach Ankunft des Patienten direkt einleiten.

Optimierung der Abläufe

Ein wesentlicher Teil einer guten Schlaganfalltherapie – ob nun im Einzelfall eine Thrombolyse oder eine Thrombektomie durchgeführt wird – besteht in der Optimierung der Abläufe und zwar sowohl

innerklinisch als auch präklinisch. Die präklinischen Abläufe wurden durch Schulung des Rettungsdienstpersonals verbessert, teils auch durch Hospitationen von Rettungsdienstpersonal an Schlaganfallkliniken. In manchen Schlaganfallkliniken (wie auch am Krankenhaus Nordwest) werden die Abläufe durch ein spezielles „Stroke-Alarm“-System und durch regelmäßige Fortbildungen in Verbindung mit praktischem Training laufend optimiert, um die „Door-to-needle-time“, also die Zeit vom Eintreffen des Patienten in der Klinik bis zur Injektion des Lysebolus, oder die „Door-to-groin-time“, also die Zeit bis zur Leistenpunktion bei der Thrombektomie, so kurz wie möglich zu halten.

Ein Schlaganfall tritt am häufigsten im häuslichen Umfeld auf. Er kann natürlich auch in anderen Situationen auftreten oder erstmals auffallen, z. B. bei der Arbeit, auf der Straße, im Restaurant oder auch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus, im Herzkatheterlabor, im OP oder auf Station. In vielen Fällen sind die Abläufe – wie eben dargestellt – gut trainiert und reibungslos, vor allem dann, wenn es sich sozusagen um „Standardsituationen“ handelt.

Gelegentlich ist der Ablauf weniger reibungslos, wenn der Schlaganfall in einem Umfeld auftritt, in dem andere Abläufe eingeübt sind, z. B. in einer Klinik ohne Neurologie. Dies wird in den allermeisten Fällen durch die räumliche Nähe zu Diagnostikmöglichkeiten (CT) ausgeglichen, sodass eine zügige Verlegung auf die

nächste Stroke-Unit durchgeführt wird. Dennoch ist es immer nützlich, sich die nötigen Schritte und Prioritäten zu vergegenwärtigen, um den Zeitvorteil zu behalten und eine schnellstmögliche Zuführung zu einer rekanalisierenden Therapie zu gewährleisten.

Deshalb haben wir hier noch einmal die wichtigsten praktischen Schritte in unterschiedlichen Situationen dargestellt.

1. Schlaganfall zuhause
Sofort den Rettungsdienst rufen:
112, Stichwort „Schlaganfallverdacht“
Anhaltende Symptome, die eine Behinderung darstellen (selbst wenn es „nur“ eine Feinmotorikstörung einer Hand oder eine leichte Sprachstörung ist), sollten Anlass zu einer schnellen Aufnahme in einer Schlaganfallklinik (eine Klinik mit Schlaganfallstation) sein. Das berühmte „Abwarten, dass es von selbst weggeht“ hat schon vielen Menschen eine vermeidbare Behinderung beschert.

Auch wenn die Symptome sich wieder vollständig zurückbilden, sollte ohne Verzug eine spezialisierte Schlaganfalleinheit aufgesucht werden. Zum einen können die Symptome wiederkommen, zum anderen muss die Ursache dafür gefunden werden, um den Patienten vor einem zukünftigen Schlaganfall schützen zu können.

Was tun, bis der Rettungsdienst eintrifft?
Bis der Rettungsdienst eintrifft (im Raum Frankfurt sind dies meistens höchstens

zehn Minuten), sollten Angehörige, wenn nötig, den Patienten beruhigen. Falls es beengende Kleidungsstücke gibt, sollten diese gelockert werden.

Sie sollten keine Medikamente geben! Gutgemeinte Medikamente, insbesondere „zur Blutverdünnung“, können eine Hirnblutung (die bei Schlaganfallsymptomen immer möglich ist) verschlimmern oder die Notfalltherapie des ischämischen Schlaganfalls verhindern.

Ebenso sollten dem Patienten keine Speisen oder Getränke gegeben werden. Der Schlaganfall kann eine Schluckstörung verursachen, unter Umständen führt normale Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme zur Aspiration mit Atemnot oder zur Pneumonie. Das kann sogar vom Patienten unbemerkt geschehen, wenn nämlich die Sensibilität in Rachen und Kehlkopf durch den Schlaganfall gemindert ist. Der Patient wird im Krankenhaus durch geschulte Logopäden untersucht und erst dann ggf. für orale Kost freigegeben.

Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes kann man die Zeit nutzen, um medizinische Vorunterlagen wie Arztbriefe, Implantatausweise (Herzschrittmacher), Medikationspläne, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht zusammenzusuchen und dem Rettungsdienst mitzugeben.

Ansprechpartner für Rückfragen
Angehörige, die den Patienten kennen, den Beginn der Symptomatik beobachtet haben oder vorsorgebevollmächtigt sind, sollten ihre Telefonnummer dem Rettungsdienst mitgeben und erreichbar bleiben. Die fehlende Erreichbarkeit ist einer der häufigsten Fehler, der die Prognose des Patienten im Einzelfall deutlich verschlechtern kann, da die Entscheidung

zur Art der Notfalltherapie sehr zeitkritisch ist und häufig noch wichtige Informationen fehlen.

2. Schlaganfall in der Arztpraxis/Schlaganfall im Krankenhaus (in hospital stroke)
Hier gelten im Prinzip die gleichen, eben genannten Punkte. Ein wesentlicher Unterschied ist, dass die Zeugen des Schlaganfalls bzw. diejenigen, die den Patienten aufgefunden haben, meistens nicht die Zeit haben, auf den Anruf des Schlaganfallneurologen zu warten. Deshalb ist eine gute Übergabe besonders wichtig.

Die häufigsten kritischen Punkte sind:
Oft ist der Zeitpunkt, zu dem die Symptome auffallen, nicht der Zeitpunkt des Schlaganfalls. Hier ist es von großer Wichtigkeit, den genauen Zeitpunkt festzustellen, zu dem der Patient noch asymptomatisch war bzw. asymptomatisch gesehen wurde. Hier lohnt sich die genaue Nachfrage bei den zuständigen Pflegekräften. Oft können auch Angehörige weiterhelfen, z. B. wenn der Patient vorher noch mit ihnen telefoniert hat. Manchmal gewinnt man noch entscheidende Informationen durch Nachfrage beim Nachtdienst, bevor dieser das Haus verlässt.

Falls ein Ansprechpartner telefonisch erreichbar bleiben kann, der den Patienten bzw. die Auffindsituation kennt, ist das in vielen Fällen hilfreich.

Sobald die Situation „akuter Schlaganfall“ erkannt ist, sollte unverzüglich ein Computertomographie des Gehirns durchgeführt werden. Dabei ist „unverzüglich“ wörtlich gemeint. In den meisten neurologischen Kliniken haben akute Schlaganfallpatienten eine hohe Priorität, und die Schlaganfallteams optimieren laufend ihre Abläufe, um ohne Wartezeiten schnell zur

Diagnostik zu kommen und im Bereich von Minuten zu optimieren. Wenn ein mindestens mittlerer Schweregrad der neurologischen Symptome vorliegt, sollte eine CT-Angiografie erwogen werden, wenn die Begleiterkrankungen (wie Nierenfunktion, Hyperthyreose oder Kontrastmittelallergie) dies erlauben. So kann – im Kontakt mit Neurologen und Neuroradiologen des Zielkrankenhauses – schnell die Indikation zu einer Thrombektomie gestellt werden.

Falls der Zugang zur CT-Diagnostik nicht schnell möglich ist, geht es unter Umständen schneller, den Patienten sofort mit dem Rettungswagen in die nächste Schlaganfallklinik zu verlegen.

Auch hier gilt: Eine gut gemeinte Notfallmedikation kann schlimmstenfalls zur iatrogenen Verschlechterung oder zur Verhinderung einer Therapieoption führen.

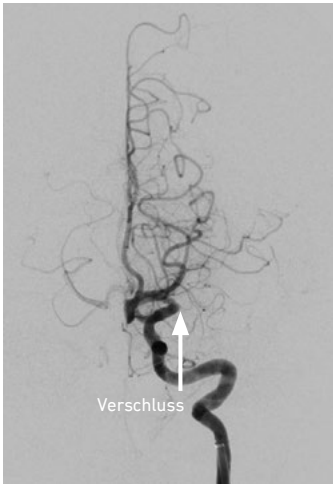
Folgende Punkte sind zu beachten:

- Eine akute Schlaganfallsymptomatik kann immer auch von einer Hirnblutung verursacht werden, auch wenn die klinischen Symptome sich spontan bessern.
- Auch nachdem eine Blutung ausgeschlossen ist, kann eine Therapie mit Heparin eine Thrombolyse verhindern.
- Hypertensiv entgleiste Blutdruckwerte können Ausdruck einer Bedarfshypertonie sein, die die Perfusion der Penumbra aufrechterhält. Vor Ausschluss einer intrazerebralen Blutung werden meist Blutdruckwerte bis 180 mmHg systolisch toleriert, danach bis zu 200 mmHg natürlich angepasst an eine eventuelle Herzinsuffizienz.

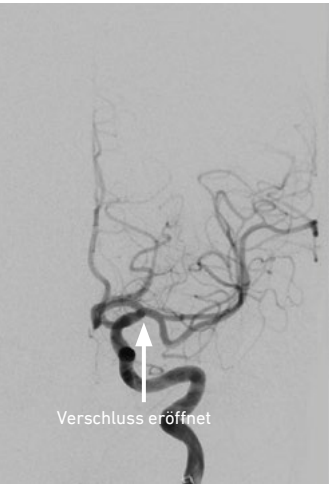
Die sofortige Kontaktaufnahme mit den Neurologen einer nahegelegenen Klinik mit Stroke-Unit bzw. Thrombektomie-Möglichkeit kann über die unten aufgelisteten



CT-Angiografie



Katheterangiografie



Notfallnummern erfolgen, welche Klinik im Moment aufnahmebereit ist, der Softwarelösung IVENA entnommen werden (www.ivena-hessen.de). Falls die Klinik an ein Radiologienetzwerk angeschlossen ist, können die CT-Bilder hierüber sofort übermittelt werden. Alle hessischen Thrombektomie-Kliniken und Stroke-Units sind an das Westdeutsche Tele-radiologie-Netzwerk angeschlossen.

3. Schlaganfall im Herzkatheter-Labor
Gelegentlich fallen während oder nach einer Koronarangiografie bzw. eines Linksherzkatheters Schlaganfallsymptome auf. Falls zu diesem Zeitpunkt die Schleuse noch liegt, sollte sie nicht gezogen, sondern angenäht und steril verbunden werden. Den intraarteriellen Zugangsweg zu belassen, kann Zeit sparen bei der mechanischen Thrombektomie, und auch bei einer systemischen Thrombolyse ist es günstiger, wenn die Schleuse vorerst liegenbleibt und ggf. nach Abschluss der Lyse entfernt wird. Dieses Vorgehen vermindert die Wahrscheinlichkeit einer thrombolyseinduzierten Nachblutung aus der Punktionsstelle.

Es sollte sofort Kontakt mit dem diensthabenden Neurologen aufgenommen werden. Falls es an der Klinik keine Stroke-Unit gibt, empfehlen wir die sofortige Kontaktaufnahme mit einer nahegelegenen Klinik mit Stroke-Unit bzw. Thrombektomie-Möglichkeit, wie oben beschrieben.

4. Schlaganfall im OP
Hier gilt Ähnliches wie unter 3. Wir empfehlen, sofort beim Erkennen der neurolo-

gischen Symptome Kontakt zur Abteilung für Neurologie am eigenen Haus oder, wenn nicht vorhanden, mit einer nahegelegenen Schlaganfallneurologie aufzunehmen.

Wichtige Informationen für den Neurologen/die Neurologin sind

- Wenn die Schlaganfallsymptome nach Ausleitung bemerkt werden, der Zeitpunkt der Einleitung
- Intraoperative Besonderheiten (z. B.

hoher Blutverlust, Blutdruckabfall, hypertensive Entgleisungen, epileptische Anfälle)

- Eine Stellungnahme des Operateurs zum Blutungsrisiko bei eventueller Thrombolyse

Dank der aktuellen, effektiven Therapieoptionen, zusammen mit schnellen Abläufen und hoher Priorität für Transport, Diagnostik und Therapie lässt sich die Prognose des Schlaganfalles weiter verbessern. •

Notfallnummern der Schlaganfallkliniken im Interdisziplinären Neurovaskulären Netzwerk Rhein-Main (INVN):	
Klinik	Telefonnummer Dienstarzt Neurologie (zuständig für akute Schlaganfälle)
Krankenhaus Nordwest, Frankfurt	069-7601-4085
St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt	069-4603-6269
Varisano Klinikum Frankfurt Höchst	0160-90989187
Universitätsklinikum Frankfurt	069-6301-80618
Sana-Klinikum Offenbach	069-8405-7459
Klinikum Hanau	06181-296-1260
Asklepios-Klinik Bad Salzhausen	06043-804-117
Klinikum Aschaffenburg	06021-3243-3930
Helios-Klinik Erlenbach	09372-700-2002
Klinikum Darmstadt	06151-107-942079
Helios-Klinik HSK Wiesbaden	0152-22645208
BDH-Klinik Braunfels	06442-936-530
St. Vinzenz-Krankenhaus Limburg	06431-292-7666
Vitos-Klinikum Weilmünster	06472-60-592
Hochtaunus-Kliniken Bad Homburg	06172-14-1517

Entwicklung der intraarteriellen Therapie bei der Schlaganfallbehandlung

Zum Ende der ersten Dekade der 2000er Jahre schien die Therapie des akuten Schlaganfalls „am Ende der Fahnenstange“ angekommen zu sein. Mit der systemischen Thrombolyse stand eine evidenzbasierte Therapie zur Verfügung, die einen gut belegten Benefit hat. Allerdings wurde die Wahrnehmung im Alltag einer Stroke-Unit oft von den schwer betroffenen Patienten bestimmt, deren Gefäßverschluss (meist großer Hirngefäße) sich trotz schneller Zuverlegung eben nicht mit systemischer Thrombolyse rekanalisieren ließ.

Es wurde nach weitergehenden Behandlungsstrategien gesucht. Naheliegend war zunächst, die Lysetherapie direkt am Thrombus anzuwenden. Hierzu wurde von der Leiste aus ein kleiner Mikrokatheter bis direkt vor den Thrombus geführt

und das Lysemedikament direkt am Thrombus appliziert. Doch auch hiermit ließen sich viele Verschlüsse nicht auflösen.

Daraus resultierte das Bestreben, den Verschluss mechanisch zu rekanalisieren, indem man den Embolus aus dem Gefäß entfernt. Hierzu wurden unterschiedliche Devices ersonnen und getestet.

Einerseits gab es Drahtgeflechte (2004 Merci-Retriever, Fa. Concentric), Körbchen (2005 Catch, Fa. Balt) bzw. bürstenartige Gebilde (2006 pCR, Fa. Phenox), die sich mit dem Thrombus verhaken, und diesen beim Rückzug dann mit sich ziehen sollten. Diese Devices waren jedoch nicht besonders effektiv.

Ein weiterer Ansatz war, den Thrombus mit einem Aspirationskatheter abzusaugen. Da zum damaligen Zeitpunkt die Durchmesser dieser Aspirationskatheter jedoch nicht groß genug waren, um den Thrombus komplett abzusaugen, musste dieser dazu mit einem speziell geformten Mikrodraht zunächst fragmentiert werden (2006 Penumbra Aspirations-system, Fa. Penumbra). Hiermit konnten zwar gute Rekanalisationsraten erzielt werden, aufgrund der Fragmentation der Thromben war jedoch das klinische Ergebnis schlechter als erwartet, da die Fragmente zum Teil abgeschwemmt wurden und weiter entfernte Gefäße verschlossen.

Die Initialzündung
Die Geschichte der modernen Thrombektomie beim Schlaganfall begann am 3. März 2008, als Prof. Hans Henkes im Katharinenhospital in Stuttgart eine 67-jährige Patientin mit einem Schlaganfall (NIHSS 10) bei einem großen Gefäßverschuß zur intraarteriellen Thrombektomie angiographierte, da eine iv-Lysetherapie keinen Erfolg gezeigt hatte. Mit einem büstenartigen pCR Device ließ sich zwar etwas Thrombusmaterial gewinnen, der Verschluss jedoch nicht rekanalisieren. Merci- oder Catch-Retriever (zum damaligen Zeitpunkt die einzigen sonstigen zugelassenen Produkte) waren gerade nicht verfügbar. Auf der Suche nach einem Device, was so mit dem Thrombus interagieren könnte, um ihn herausziehen zu können, fiel er auf die Idee, einen Stent (Solitaire, Fa. ev3) zu verwenden, der eigentlich für die Behandlung von intracraniellen Aneurysmata entwickelt worden war. Der Stent wurde in Höhe des Verschlusses entfaltet und nach einer Wartezeit von mehreren Minuten unter Aspiration am Führungskatheter zurückgezogen. Daraufhin war das gesamte Gefäßgebiet vollständig rekanalisiert und die Patientin erwachte mit einem NIHSS von 2 aus der Narkose. Bei einer Kontrolle nach 30 Tagen war der NIHSS bei 0.

Der Durchbruch
Die nun folgenden Jahre zeigten eine zunehmende Verbreitung der mechanischen Thrombektomie mittels Stentretreiver und die Initiierung mehrerer großer klinischer Studien zur Sicherheit und Effektivität der Methode bei der Behandlung von Verschlüssen der A. cerebri media. Im Jahr 2015 erschienen dann innerhalb kurzer Zeit einige Studien, die die Effektivität und die Sicherheit der Thrombektomie bewiesen. Mehrere Studien wurden sogar vorzeitig abgebrochen, da die Effizienz vorzeitig offensichtlich war.

- SWIFT (Solitaire vs Merci), 113 Patienten > Stop wegen Effizienz
- Trevo-2 (Trevo vs Merci), 178 Patienten
- MR Clean (Thrombektomie vs iv-Lyse alleine)
- Escape (Thrombektomie vs iv-Lyse alleine), 316 Patienten > Stop wegen Effizienz
- Swift-Prime (Thrombektomie vs iv-Lyse alleine), 196 Patienten > Stop wegen Effizienz
- Extend-IA (Thrombektomie vs iv-Lyse alleine), 70 Patienten > Stop wegen Effizienz

In der Folge dieser Studien entwickelte sich die mechanische Thrombektomie weltweit zum Standard der Behandlung von Schlaganfällen mit großen Gefäßverschlüssen. Die Technik setzte sich in den interventionell tätigen Neuroradiologischen Abteilungen rasch auf breiter Front durch. Eine 24/7-Bereit-

schaft zur Thrombektomie konnte so schnell flächendeckend angeboten werden. Der oftmals beeindruckende Erfolg der neuen Methode hat die Wahrnehmung der Prognose des Schlaganfalls zumindest unter Schlaganfall-Medizinern deutlich verändert.

Weiterentwicklung der mechanischen Thrombektomie
Im Laufe der Verbreitung der mechanischen Thrombektomie als anerkannte Form der Behandlung eines akuten Schlaganfalls wurden Weiterentwicklungen auf mehreren Ebenen vorangetrieben.

Einerseits stellten weitere Firmen alternative Stentretreiver vor, indem Materialien, Geometrie der Stentmaschen und Konfiguration der Retriever modifiziert wurden. Es gab Größenanpassungen, um sowohl kleinere, weiter entfernte Gefäße zu erreichen, aber auch, um größere, proximaler gelegene Verschlüsse behandeln zu können.

Führungskatheter mit Ballons an der Spitze wurden eingeführt, um während des Rückzugs des Stentretreivers durch eine kräftige Aspiration zu verhindern, dass Thrombusfragmente in die Peripherie geschwemmt würden.

Parallel wurde auch die Aspirationstechnik weiterentwickelt. Die Durchmesser der Aspirationskatheter wurden vergrößert, sodass die Thromben nun ohne vorherige Fragmentation abgesaugt werden können. Die große technische Herausforderung hierbei ist, dass der Katheter stabil genug sein muss, um durch den Sog nicht zu kollabieren. Gleichzeitig muss er aber flexibel genug sein, um durch die engen Kurven der Hirngefäße bis zum Verschluss geführt werden zu können.

Da es weiterhin eine Anzahl an Verschlüssen gibt, die sich auch unter Verwendung mehrerer Manöver und unterschiedlicher Aspirationskatheter oder Stentretreiver nicht eröffnen lassen, wird auch intensiv an der Zusammensetzung der gefäßverschließenden Thromben geforscht, indem geborgenes Thrombusmaterial feingeweblich untersucht wird. Anschließend kann man entsprechende Thromben unter Laborbedingungen herstellen und testen, mit welchen Methoden sie sich am besten entfernen lassen. Die begleitende Forschung konnte mittlerweile wichtige Erkenntnisse gewinnen. Unbestritten ist es eminent wichtig, den Thrombus so schnell wie möglich zu entfernen, idealerweise auch gleich beim ersten Manöver. Auf der anderen Seite gibt es immer wieder Patienten, die auch mehrere Stunden nach Eintritt des Schlaganfalls davon profitieren können, wenn das Blutgerinnsel entfernt wird und die Durchblutung des Gehirns wiederhergestellt wird.

Sämtliche modernen Verfahren der interventionellen Schlaganfallbehandlung werden durch die Sektion für Interventionelle Neuroradiologie des Krankenhauses Nordwest angeboten und eingesetzt. •

Kontakt	
<i>Krankenhaus Nordwest</i>	<i>Krankenhaus Nordwest</i>
<i>Klinik für Neurologie</i>	<i>Institut für Neuroradiologie</i>
<i>Prof. Dr. med. Matthias W. Lorenz</i>	<i>Dr. med. Ansgar Schütz</i>
<i>Telefon: (0 69) 76 01-3246</i>	<i>Telefon: (0 69) 76 01-3460/4588</i>



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST



Die Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist – Hier sind Mutter und Kind in den besten Händen

von Dr. med. Mariya Pileva-Reiher und Nadine Varga



Dr. med. Mariya Pileva-Reiher, Oberärztin und Ärztliche Leiterin der Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist



Nadine Varga, Leitende Hebamme an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist

Ein Kind zur Welt zu bringen – das ist für Frauen wohl eine der intensivsten Erfahrungen ihres Lebens. Umso wichtiger ist es, dass sie und ihre Angehörigen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und während der ersten Monate als Familie in den besten Händen sind – bei Menschen, die sich ihnen und ihren Bedürfnissen aufmerksam und respektvoll zuwenden, ihr Recht auf Selbstbestimmtheit und Mitgestaltung achten und gleichzeitig eine medizinisch hochqualifizierte Betreuung sichern. Genau das geschieht in der geburtshilflichen Abtei-

lung des Hospitals zum Heiligen Geist im Zentrum Frankfurts, einem der ältesten und traditionsreichsten Krankenhäuser der Stadt. Hier erblicken jedes Jahr rund 1.200 Babys das Licht der Welt.

Um ihnen und auch ihren Eltern einen guten Start in diese neue und aufregende Lebensphase zu ermöglichen, haben die Verantwortlichen und Mitarbeiter des Hospitals zum Heiligen Geist ein Rundum-Sorglos-Paket für werdende und frischgebackene Eltern sowie ihren Nachwuchs geschnürt. Dessen Kernstück bilden die hellen, modernen und großzügigen Kreißsäle mit Geburtswanne, Geburtshocker und umbaufähigen Entbindungsbetten, die dabei helfen, die Ankunft der neuen Erdenbürger natürlich, entspannt und sicher zu gestalten. Sie sind rund um die Uhr mit Geburtshelfern, Anästhesisten und mindestens zwei Hebammen besetzt.

Mehr Geborgenheit

Der Entbindungsraum im Krankenhaus Nordwest wurde geschlossen, stattdessen wird standortübergreifend die geburtshilfliche Abteilung im Hospital zum Heiligen Geist gestärkt. Dort im Hospital zum Heiligen Geist gibt es derzeit neben einem Wehenzimmer drei Kreißsäle, in nächster Zeit wird ein vierter hinzukommen. Außerdem werden die Funktionalität und das Design der Räume optimiert, um für noch bessere Betreuung und mehr Geborgenheit zu sorgen. Diese Maßnahmen finden ohne großen baulichen Aufwand statt, sodass es keine Einschränkungen der Abläufe geben wird. Sämtliche Zimmer sind bereits jetzt mit Lichttherapie und

Die Autorinnen:

Oberärztin Dr. Mariya Pileva-Reiher leitet seit Januar 2019 die Kreißsäle und die Geburtshilfe im Hospital zum Heiligen Geist. Sie hat zwei Kinder. Leitende Hebamme Nadine Varga gehört dem Geburtshilfe-Team des Hospitals zum Heiligen Geist seit 25 Jahren an. Nach der Geburt ihres vierten Kindes kehrte sie im vergangenen November aus der Elternzeit in die Kreißsäle der Klinik zurück.

Sowohl durch ihre eigenen Schwangerschaften und Geburten als auch durch ihre langjährige Berufserfahrung wissen Dr. Pileva-Reiher und Nadine Varga genau, wie sensibel der Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist. Sie können deshalb bestmöglich auf die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und deren Familien individuell eingehen.



In den hellen und modernen Kreißsälen im Hospital zum Heiligen Geist erblicken jedes Jahr rund 1.200 Babys das Licht der Welt.

Duftlampen ausgestattet, ebenso mit HiFi-Anlagen, damit die werdenden Mütter zur Entspannung ihre Lieblingsmusik hören können.

Natürlich können die werdenden Mütter ihren Partner oder eine andere vertraute Person zur Geburt mitnehmen. Im Fall eines geplanten oder ungeplanten Kaiserschnitts ist diese Begleitung auch im Operationssaal herzlich willkommen. Mehrere Familienzimmer ermöglichen es den Eltern außerdem, die ersten Tage zusammen mit ihrem Baby in besonderer Intimität zu erleben – damit von Beginn an eine stabile Eltern-Kind-Bindung wachsen kann. Auch Still-Betreuung wird dabei großgeschrieben: Fachkundige Beraterinnen mit einer entsprechenden Ausbildung, die im geburtshilflichen Team des Hospitals zum Heiligen Geist tätig sind, unterstützen die Wöchnerinnen beim Stillen ihrer Babys. Mit Erfolg: Mehr als 90 Prozent der Frauen, die ihrem Kind die Brust geben wollen, verlassen die Klinik voll stillend. Auch Wassergeburten sind im Hospital zum Heiligen Geist möglich ebenso ambulante Entbindungen – und zwar rund um die Uhr. Wenn es aus medizinischer Sicht keine Bedenken gibt, können Mutter und Baby schon wenige Stunden nach der Geburt nach Hause gehen. Die Möglichkeiten für ambulante Entbindungen werden in nächster Zeit noch ausgebaut.

Entspannt und gelassen

Bereits während der Schwangerschaft gibt es für die werdenden Eltern zahlreiche Angebote, damit sie der Ankunft ihres Babys möglichst entspannt und gelassen entgegenblicken können: z. B. Informationsabende, Hebammen-Sprechstunden und eine Elternschule, die viele informative Kurse rund um Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege bereithält. Sämtliche Kurse finden inzwischen wieder in Präsenz statt, es gibt aber auch weiterhin Online-Angebote. Akupunktur und Lasertherapie zur Linderung von Schwangerschaftsbeschwerden gehören ebenfalls zum Programm. Während der ärztlichen Sprechstunde von Oberärztin Dr. Mariya Pileva-Reiher ist außerdem eine ausführliche sonografische Diagnostik möglich, was gerade bei Risikoschwangerschaften von großer Bedeutung ist.

Viele Angebote rund um die Geburt

In der Zeit nach der Geburt werden die Wöchnerinnen und ihre Familien im Rahmen der Elternschule ebenfalls einfühlsam und fachkundig begleitet, zum Beispiel mit Kursen zur Handhabung von Tragetuch und Co., für Babymassage, Rückbildungsgymnastik und Beckenbodentraining. Da nicht wenige Frauen nach der Geburt eine Beckenbodenschwäche

entwickeln und Probleme mit Inkontinenz bekommen, bietet das Hospital zum Heiligen Geist außerdem eine urogynäkologische Sprechstunde an, um betroffene Patientinnen zu begleiten und zu betreuen. Beschwerden durch Kaiserschnittnarben oder schmerzende Brustwarzen lassen sich durch Lasertherapie lindern. Kinesiologisches Taping fördert darüber hinaus körpereigene Heilungsprozesse und die Bewegungsfähigkeit der Gelenke.

Elternschule am Krankenhaus Nordwest

Auch an der Frauenklinik im Krankenhaus Nordwest wird es weiterhin eine Elternschule mit Kursen für die Zeit vor und nach der Geburt geben ebenso eine Sprechstunde für Pränataldiagnostik bei Oberärztin Dr. Anna Oberstein. Schwangere, die an Kursen der Elternschule im Krankenhaus Nordwest teilnehmen oder sich dort in der Sprechstunde vorstellen, können selbstverständlich im Hospital zum Heiligen Geist entbinden – für den bestmöglichen Start ins Leben als Familie. •



Kontakt

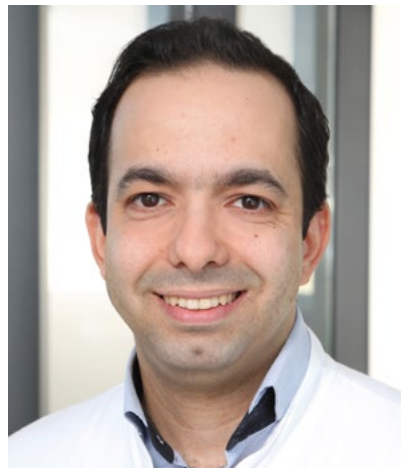
Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Dr. med. Mariya Pileva-Reiher
Nadine Varga
Telefon: (0 69) 21 96-2778



KRANKENHAUS NORDWEST

Speiseröhrenchirurgie am Krankenhaus Nordwest – ein minimal invasiver Ansatz

von Dr. med. Moustafa Elshafei und Dr. med. Thomas Schriener



Dr. med. Moustafa Elshafei,
Leitender Oberarzt an der
Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Minimal
Invasive Chirurgie
am Krankenhaus Nordwest



Dr. med. Thomas Schriener,
Oberarzt an der
Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Minimal
Invasive Chirurgie
am Krankenhaus Nordwest

Anfang des 20. Jahrhunderts erfolgte die erste onkologische Speiseröhrentfernung durch ein offenes Operationsverfahren über die Brusthöhle. Die anfangs hohe Sterblichkeit konnte in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesenkt werden. Die Komplikationsraten blieben jedoch hoch. Mit der Einführung der Minimal Invasiven Chirurgie gelang speziell im Hinblick auf perioperative Komplikationen ein neuer Meilenstein.

Die Speiseröhre stellt die Verbindung von Mund und Magen dar. Sie dient dem Nahrungs- und Flüssigkeitstransport und ist aus funktioneller Sicht ein recht einfaches Organ.

Die anatomische Lage der Speiseröhre vom Hals bis in den Bauchraum ist umso komplexer. Durch die enge Lagebeziehung zu lebenswichtigen Organen wie Lunge und Herz gehört die Chirurgie an der Speiseröhre zu den anspruchsvollsten Operationen der Viszeralchirurgie.

Da nur ein kleiner Teil der Karzinome der Speiseröhre durch die Bauchhöhle erreicht werden kann, gilt der sogenannte „Zwei-Höhleneingriff“ als der heutige Goldstandard. Für die Patienten bedeutet dies, dass sowohl die Bauchhöhle als auch die Brusthöhle eröffnet werden muss. Der Brusthöhlenzugang erfolgt beim offenen Verfahren durch einen großen Schnitt an der rechten mittleren Brustwand. Häufig kommt es hierbei zu unvermeidbaren Rippenbrüchen. Postoperativ klagen Patienten häufig über langanhaltende bewegungs- und atemabhängige Schmerzen des Brustkorbs. In der Folge kommt es nicht selten durch Schonhaltungen und veränderte Atemmuster zu lebensbedrohlichen Komplikationen wie Lungenentzündungen.

Im Vergleich zu den offenen chirurgischen Eingriffen profitieren die Patienten bei der „Schlüssellochtechnik“ von einem deutlich geringeren und gewebeschonenderen Zugangstraumata.



Mit der Einführung der Minimal Invasiven Chirurgie gelang speziell im Hinblick auf perioperative Komplikationen ein neuer Meilenstein.

Durch die hiermit verbundene erhebliche Schmerzreduktion kann nicht nur der Medikamentenverbrauch für den Patienten reduziert werden. Insbesondere der Krankenhausaufenthalt wird durch die verringerten postoperativen Komplikationen minimal invasiver Operationsverfahren deutlich verkürzt.

Der Patient ist früher belastbar und kann mögliche postoperative Anschlussheilbehandlungen wie z. B. wichtige Chemotherapien zügiger beginnen.

Die minimal invasive Speiseröhrenchirurgie gilt nicht zuletzt durch die deutliche Verringerung perioperativer Komplikationen bei gleichen onkologischen Ergebnissen als ein neuer Meilenstein in der interdisziplinären Behandlung des Speiseröhrenkarzinoms.

Aufgrund der Komplexität solcher Eingriffe werden diese Operationen nur in speziellen Zentren unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils des Patienten durchgeführt. •

Die erste onkologische total minimal invasive Ösophagusresektion am Krankenhaus Nordwest

An der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest wurde Anfang des Jahres der erste total minimal invasive Eingriff bei einem Ösophagus-Patienten durchgeführt. Der Patient ist hoch zufrieden. Im Gespräch mit Dr. med. Moustafa Elshafei und Dr. med. Thomas Schriener beschreibt der Patient seinen Zustand vor der Operation und den Stand der Genesung heute nach einem Eingriff, der bislang nur von zwei Kliniken in der Rhein-Main-Region durchgeführt wird.

Dr. Elshafei:

Herr Eichenauer, wie geht es Ihnen?

Herr Eichenauer:

» Vielen Dank. Mir geht es sehr gut. Ich komme gerade von der Gartenarbeit. Meine Frau erinnert mich täglich daran, dass ich mich schonen sollte. «

Dr. Schriener:

Herr Eichenauer, wie wurde bei Ihnen der Krebs diagnostiziert?

Herr Eichenauer:

» Alles fing harmlos mit einem Besuch bei meinem Hausarzt aufgrund von Luftproblemen an. Man gab mir eine Überweisung mit der Aufforderung einen Internisten zwecks einer Magenspiegelung aufzu-

suchen. In der Odenwaldklinik wurde dies dann auch entsprechend ausgeführt. Eine Ärztin erklärte mir vor Ort nach Einsicht der Bilder, dass das, was sie sähe, nichts Gutes zu bedeuten hat, und ich mich im Krankenhaus Nordwest in Frankfurt zur weiteren Abklärung vorstellen müsse. «

Dr. Schriener:

Wie war die anschließende Vorgehensweise im Krankenhaus Nordwest?

Herr Eichenauer:

» Anfangs hatte ich das erste Gespräch in der Allgemeinchirurgie mit Ihnen,

Herr Dr. Schriener. Sie hatten ja die weiteren Diagnostiken (ÖGD + CT) eingeleitet. Anschließend fand ein Gespräch in der Magen-Ösophagus Sprechstunde statt, in welcher es dann um das Staging und die Tumorboard Vorstellung ging. Das Tumorboard entschied, dass ich im Rahmen einer Studie, welche über das IKF und Forschungsinstitut läuft, mit dem ich auch in Kontakt stehe, nun vier Einheiten Radio-Chemo erhalten sollte. Nachfolgend kam es dann zu dem operativen Eingriff. «

Dr. Elshafei:
Hatten Sie Sorgen oder Bedenken bezüglich der OP?

Herr Eichenauer:
» Tatsächlich hatte sich meine Frau viel größere Sorgen um mein Leben gemacht, als ich es tat. Das bezog sich vor allem auf meine schlechte körperliche Verfassung zu diesem Zeitpunkt. Ich empfand allerdings, dass ich hier in den besten Händen bin. Ich habe mir keine großen Gedanken gemacht. Die ausgehändigte Broschüre selbst habe ich auch nur einmal durchgelesen, um mir selbst nicht allzu große Gedanken machen zu müssen. «

Dr. Elshafei:
Wie haben Sie sich diesen minimal invasiven Eingriff vorgestellt?

Herr Eichenauer:
» Anfänglich überlegt man natürlich. Das dürfte bestimmt ein großer operativer Eingriff werden. Allerdings wurde ich seitens der Operateure direkt abgeholt, denn es sollte ja ein minimal invasiver Eingriff werden, bei dem über eine Sonde agiert wird. Das war natürlich eine große Erleichterung für mich. Die kleinen Narben, die auf meinem Körper zu sehen sind, sind im Vergleich zu dem operativen Eingriff und dem, was hier geschaffen wurde, harmlos. «

Dr. Elshafei:
Wie erging es Ihnen direkt nach der Operation?

Herr Eichenauer:
» Ich war zu aller Erstaunen ziemlich schnell wieder fit und konnte ein paar Stunden später sogar schon meine Zähne putzen gehen. Für den Eingriff, den ich gerade hinter mir habe, komme ich sehr gut voran, dachte ich mir. Auch meine Frau, die ich am selben Tag anrief, war mehr als nur erstaunt darüber, wie schnell ich mich erholt habe. Das hatte sie überhaupt nicht erwartet. Ich war ziemlich klar im Kopf und konnte normal mit den Ärzten sprechen. Von der Intensivstation aus ging es dann auf eine normale Station. Drei Tage nach der Operation konnte ich mit Hilfe von Mobilisation bereits wieder normal laufen. «

Dr. Schriener:
Wie erging es Ihnen die erste Zeit nach dem Eingriff zuhause?

Herr Eichenauer:
» Am neunten Tag nach der OP durfte ich das Krankenhaus verlassen. Anfänglich war ich noch etwas schwach auf den Beinen. Ansonsten gibt es über die Nachwirkungen nichts zu sagen. Ich beschreite meinen Alltag ganz normal, auch wenn meine Frau mich ab und an bremsen möchte, da ich doch sehr aktiv bin. «

Dr. Schriener:
Hatten Sie einen Schmerzmittelbedarf zuhause?

Herr Eichenauer:
» Nein, überhaupt nicht. Ich fing bereits im Krankenhaus an, auf Schmerzmittel, wie Novalgin zu verzichten, da es mir doch auch ohne sehr gut ergangen ist. «

Dr. Schriener:
Wie war es als Sie das erste Mal Ihre Narben sehen konnten?

Herr Eichenauer:
» Ich habe mich doch sehr über diese wirklich sehr feinen und kleinen Narben gewundert und gefreut. «

Dr. Elshafei:
Wie kamen Sie mit der Ernährung nach der Operation zurecht?

Herr Eichenauer:
» Anfänglich habe ich wenig gegessen, aber mein Gewicht weiterhin konstant gehalten. In der ersten Zeit habe ich mich natürlich eher breiförmig ernährt. Doch aktuell esse ich wieder ganz normal. Wichtig ist nur ordentlich zu kauen. Ich kann eben kein ganzes Schnitzel mehr essen, was ja nicht unbedingt schlecht ist. «

Dr. Elshafei:
War ein Reha-Aufenthalt geplant?

Herr Eichenauer:
» Anfangs wurde es vorab natürlich empfohlen. Der Sozialdienst entschied, dass es aufgrund der Tatsache, dass ich so fit bin, keinen Vorteil für mich gäbe, wenn ich mich in eine Reha begeben würde. Also entschieden wir zusammen mit meiner Frau und den Ärzten, dass eine Reha auch nicht nötig sei. «

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
Dr. med. Moustafa Elshafei
Dr. med. Thomas Schriener
Telefon: (0 69) 76 01-3107



KRANKENHAUS NORDWEST

Organerhalt – ein neuer Trend in der Onkologie

von Prof. Dr. med. Thorsten Oliver Götze



Prof. Dr. med.
Thorsten Oliver Götze,
Stellv. Leiter des Instituts
für Klinisch-Onkologische
Forschung (IKF) am
Krankenhaus Nordwest

Lokale Therapiekonzepte finden gegenwärtig vermehrt Berücksichtigung in der Kuration von Tumoren, im Speziellen auch bei gastrointestinalen Tumoren.

Ein bereits bekanntes Beispiel ist das Rektumkarzinom. Das lokal fortgeschrittene, nicht metastasierte Rektumkarzinom wird gewöhnlich mit einer Sequenztherapie behandelt, die aus einer neoadjuvanten Chemostrahlentherapie und der sich anschließenden Operation mit totaler mesorektaler Exzision und einer weiteren adjuvanten Chemotherapie besteht.

Bei der sog. „totalen neoadjuvanten Therapie“ (TNT) wird entweder entsprechend der Daten der vor kurzem publizierten „RAPIDO-Studie“ nach einer Kurzzeitbestrahlung, eine 18-wöchige Doubletten-Chemotherapie (FOLFOX/CAPOX) verabreicht und danach operiert oder wie in der aktuell gezeigten „OPRA-Studie“ eine konventionelle 5-Fu basierte Radiochemotherapie um eine 16- bis 18-wöchige Doubletten-Chemotherapie (FOLFOX/ CAPOX) ergänzt, ebenfalls als Block vor der Operation oder eine „Organerhaltung“ bei kompletter Remission ohne Operation durchgeführt. Die Rate an kompletten Remissionen im Rahmen von diesen Studien und einer weiteren ähnlichen französischen Studie (PRODIGE-23) war verdoppelt im Vergleich zu den klassischen Therapien, sodass in der Zusammenschau aller genannten Studien (RAPIDO, PRODIGE-23, OPRA) die TNT als präferierte neue Therapieoption bei Patienten mit einem lokal weit fortgeschrittenen Rektumkarzinom gelten darf. Die mit Hilfe des Instituts für Klinische Forschung (IKF) in Deutschland an den Start gebrachte AIO-/ARO-/ACO-18.1-Phase 3-Studie vergleicht nun im Grunde

die Konzepte der „RAPIDO“ und „OPRA-Studie“ und wird u. a. auch im Krankenhaus Nordwest angeboten mit Chefarzt PD Dr. van Kampen als Principal Investigator. Deutschlandweit rekrutiert die Studie rasant.

Auch in dieser Studie ist Organerhalt im Falle der Komplettremission sowie vice versa die Operation nach kompletter Remission möglich. Zertifizierte Darmkrebszentren, die an der ACO/ARO/AIO-18.1-Studie teilnehmen und die Mindestvorgabe von mindestens 20 operativen Primärfällen beim Rektumkarzinom nicht erreichen, können Studienpatienten, die sie im Datenfeld „Watch and Wait“ führen, zu den operativen Primärfällen hinzuzählen. Die gezeigten Konzepte/Studien weisen die Zukunft des Organerhalts, der nun nicht nur bspw. beim Analkarzinom, wo es ja seit Jahren Standard ist, zum Einsatz kommt.

Weitere neue Studien aus dem eigenen Hause stammend, die in Deutschland durchgeführt werden und in die gleiche Richtung weisen, sind die PEARLDIFER – Gallengangsmalignom und die PRESTO-Adenokarzinomen der Ösophagus-Studie.

Bei Patienten mit intrahepatischem cholangiozellulärem Karzinom kommen in bis zu 16 Prozent sog. FGFR2-Fusionen vor. Diese Fusionen können mit einer zugelassenen Therapie, dem Pemigatinib, zielgerecht behandelt werden und führen zu einer Verdreifachung des Überlebens von Patienten in dieser Entität. Bei der sog. „PEARLDIFER- Studie“ handelt es sich um eine Phase-II-Studie mit Pemigatinib in Kombination mit stereotaktischer Bestrahlung als definitive organerhaltende



Bestrahlungseinheit in der modernen Radiotherapie

Therapie kombiniert mit einer Erhaltung aus Pemigatinib bei lokal fortgeschrittenem intrahepatischem Cholangiokarzinom, welche FGFR2-Fusionen/Rearrangements aufweist. Diese Studie hatten wir bereits in unseren letzten Artikel zu Gallengangstumoren vorgestellt. Ganz neu ist nun die „PRESTO-Studie“.

Bei der sog. „PRESTO-Studie“ geht es ebenfalls um Organerhalt durch kombinierte Immuntherapie mit Durvalumab-basierter Therapie in Kombination mit Induktionschemotherapie und Chemoradiation als definitive Therapie für Adenokarzinome des Ösophagus im Frühstadium, cT1 und cT2N0 (einschließlich Adenokarzinome des gastroösophagealen Übergangs). Diese Studie trifft den Zahn der Zeit. Beim Speiseröhrenkrebs, typischerweise beim Plattenepithelkarzinom, werden häufig lokal nicht mehr resektable Tumoren aufgrund ihrer Ausdehnung und Lage radiochemotherapiert.

In der „PRESTO-Studie“ erfolgt nun bei frühem noch heilbaren Adenokarzinomen deutschlandweit eine Therapie mit der bekannten durch Prof. Al-Batran am Krankenhaus Nordwest entwickelten und mittlerweile als internationaler Standard

genutzten FLOT-Chemo plus zusätzliche Radiochemotherapie, um den lokalen Tumor zu sterilisieren, kombiniert mit einer Immunchemotherapie (IO), die für ein Jahr auch nach erfolgter Induktions-FLOT und Radiochemotherapie im Falle einer kompletten pathologischen Remission fortgeführt wird.

PRESTO-Studie – Organerhalt für Adenokarzinome des Ösophagus im Frühstadium

Die sogenannte IO-Therapie wird mittels dem eingangs erwähnten Durvalumab durchgeführt. Durvalumab ist ein sog. Checkpointinhibitor und wird zur Immuntherapie eingesetzt. Der Antikörper bindet spezifisch an den Liganden von PD-1 und ist somit ein PD-L1 (programmed cell death ligand 1)-Antikörper. PD-L1 interagiert mit PD-1 (programmed cell death protein 1) und CD80 (Lymphozyten-Aktivierungsantigen) und hemmt dadurch die Aktivität von T-Zellen (zytotoxische Aktivität, Proliferation, Produktion von Zytokinen). Dies ist ein Mechanismus der Tumorzellen, um sich gegen das körpereigene Immunsystem zu schützen (Immunevasion). Durch Durvalumab werden die Wech-

selwirkung von PD-L1/PD-1 und PD-L1/CD80 unterdrückt sowie Proliferation und Aktivität von T-Zellen gegenüber Tumorzellen (antitumorale Antwort) verstärkt. Ziel dieser Phase-II-Studie ist es, zu untersuchen, ob eine definitive organerhaltende Therapie, bestehend aus der Kombination von Durvalumab mit Induktionssystemtherapie und Chemoradiation, eine effiziente und sichere Behandlungsoption für das Adenokarzinom des Ösophagus T1-T2N0 darstellt.

Die Ergebnisse von Patienten mit Adenokarzinomen des Magens und des ösophagogastrischen Übergangs (GEJ) sind nach wie vor unbefriedigend, und wie die schlechten 5-Jahres-Überlebensraten von 24–84 Prozent zeigen, stellen selbst frühe Stadien hochgradig tödliche Malignome dar. Bislang gilt die chirurgische Resektion als Eckpfeiler der kurativen Behandlung von Patienten mit Ösophagus-Adenokarzinom (EGA) im Frühstadium, ist jedoch mit einer erheblichen Sterblichkeit (4–10 Prozent), schwerer Morbidität und einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patienten verbunden.

Die Landmark-CROSS-Studie (Chemoradiotherapie für Speiseröhrenkrebs, gefolgt

von einer Operation) sowie mehrere Studien mit perioperativer Chemo(radio)therapie haben gezeigt, dass eine Operation mit neoadjuvanter Therapie gegenüber einer alleinigen Operation von Vorteil ist, insbesondere bei lokal fortgeschrittenem EGA im Stadium III. Ein pathologisch komplettes Ansprechen (pCR) wurde bei 16–29 Prozent der Patienten erreicht, die sich nach einer neoadjuvanten Chemo(radio)therapie einer Resektion unterzogen, und die 5-Jahres-Gesamtüberlebensrate war im Vergleich zur alleinigen Operation um das bis zu 1,6fache verbessert. Obwohl die erwartete pCR-Rate unter perioperativer Chemoradiotherapie bei EGA im Frühstadium noch höher ist, ist der tatsächliche Nutzen aufgrund der seltenen Präsentation und des Fehlens spezieller randomisierter Studien noch unbekannt. Für lokal fortgeschrittene EGA hat die Landmark FLOT4-Studie von Prof. Al-Batran kürzlich gezeigt, dass die perioperative Behandlung mit dem FLOT-Triple dem früheren SOC-Backbone ECF/ECX überlegen war. Darüber hinaus wurde das FOLFOX-Behandlungsregime (Fluorouracil plus Leucovorin und Oxaliplatin) als alternative Behandlungsoption zu Fluorouracil plus Cisplatin im Rahmen der Chemoradiotherapie für Patienten mit lokalisiertem Speiseröhrenkrebs identifiziert.

Jüngste Studien deuten darauf hin, dass eine immunonkologische Therapie, die auf Immun-Checkpoint-Inhibitoren (ICI) wie das programmierte Zelltodprotein 1 (PD-1) abzielt, ein neuer vielversprechender Ansatz für die Behandlung von fortgeschrittenem EGA ist. Da es immer mehr Belege dafür gibt, dass ionisierende Strahlung und in gewissem Maße auch Chemotherapie die Infiltration tumorspezifischer T-Zellen verstärken und gleichzeitig die PD-1/PD-L1-Expression in der Mikroumgebung des Tumors hochregulieren können, gibt es gute Gründe für die Kombination von PD-1/PD-L1-Inhibitoren mit Chemo(radio)therapie. Diese Rationale wird durch Daten unterstrichen, die zeigen, dass der PD-L1-Expressionsscore nach einer Chemoradiotherapie bei Plattenepithelkarzinomen des Ösophagus signifikant anstieg. In der Tat wurden kürzlich in den neuen Landmark-Studien KEYNOTE-590 und der CHECKMATE-649 vielversprechen-

de und zur Zulassung führende Ergebnisse für die Kombination von Pembrolizumab oder Nivolumab mit Chemotherapie als Erstlinienbehandlung bei fortgeschrittenem EGA erzielt. Beide Studien zeigten außerdem, dass etwa die Hälfte der Ösophagus- und GEJ-Karzinome PD-L1-CPS-Werte von 10 oder höher aufweisen. Eine aktuelle Studie, in der eine neoadjuvante Chemostrahlentherapie mit adjuvanten Durvalumab kombiniert wurde, einem weiteren PD-L1-gerichteten Antikörper, der für die Konsolidierungstherapie nach einer Chemostrahlentherapie bei inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkrebs im Stadium III zugelassen ist, zeigte eine klinisch bedeutsame Verbesserung des rezidivfreien 1-Jahres-Überlebens im Vergleich zur historischen Kontrollrate bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Ösophagus- und GEJ-Krebs.

Immunonkologische Therapie vielversprechender Ansatz

Mit den erheblichen Verbesserungen in der Wirksamkeit der neoadjuvanten und perioperativen Protokolle sollten Zeitpunkt und Notwendigkeit der Ösophagektomie bei Patienten nach Anwendung der neoadjuvanten systemischen Chemo-(Radio-)Therapie und der IO-Therapie neu überdacht werden. Insbesondere in sehr frühen Stadien ist eine definitive Therapie ohne Operation bei einer definierten Untergruppe von Patienten eine Option, um operationsbedingte Nebenwirkungen und Komplikationen zu vermeiden, die es zu untersuchen gilt. Die Patientenpopulationen, die für diesen Ansatz von Interesse sind, sind Patienten mit einem Adenokarzinom der Speiseröhre im Frühstadium, klassifiziert als T1 oder T2N0, die 27–34 Prozent der Patienten mit Magen- und GEJ-Krebs ausmachen, die in chirurgischen Abteilungen vorgestellt werden. Da die Wirksamkeit einer Chemotherapie in Kombination mit einer ICI-Behandlung bei Patienten mit PD-L1-exprimierenden Tumoren und/oder Mikrosatelliteninstabilität günstiger ist, wären Patienten mit Magen- und GEJ-Karzinomen im Frühstadium, die einen PD-L1-CPS ≥ 1 und, aber nicht zwingend, einen hohen MSI-Status

aufweisen, besonders, aber nicht ausschließlich, gut geeignete Kandidaten für die aktuelle Studie.

Im Rahmen dieser Studie schlagen wir einen „chirurgischen Eingriff nach Bedarf“ (Salvage Surgery) nach Abschluss einer Hauptbehandlungsphase vor, die aus einer Chemoradiation in Kombination mit einer Durvalumab-Immuntherapie besteht. Eine chirurgische Resektion würde nur denjenigen Patienten angeboten, bei denen eine lokoregionale Persistenz stark vermutet oder nachgewiesen wird und bei denen es keine Anzeichen für eine Fernausbreitung gibt. Eine solche organerhaltende Strategie hätte eindeutig große Vorteile. Unsere Hypothese ist, dass unser Konzept der traditionellen Chirurgie in drei Punkten überlegen ist:

1. keine chirurgische Mortalität und Morbidität,
 2. bessere systemische Wirkung und
 3. bessere Lebensqualität.
- Daher werden die Ergebnisse dieser Studie eine Begründung dafür liefern, die Notwendigkeit einer Standard-Ösophagektomie bei Patienten nach Anwendung einer IO-Therapie und einer Induktionschemotherapie mit FLOT, gefolgt von einer CRT/IO-Therapiekombination, zu überdenken und zu untersuchen.

Die intensive Studientätigkeit wird die Prognose unserer Patienten verbessern. Wir sind gut gewappnet mit einer Reihe an eigeninitiierten Studien, die in der Lage sind, aktuelle Fragen zu beantworten, im Sinne unserer Patienten. ●

Kontakt
Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF)
Prof. Dr. med. Thorsten Oliver Götze
Telefon: (0 69) 76 01-4420



KRANKENHAUS NORDWEST

Prof. Elke Jäger im Porträt – 30 Jahre im Kampf gegen Krebs

Seit 30 Jahren prägt Prof. Dr. med. Elke Jäger die Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest. Drei Jahrzehnte, in denen es bei den therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Tumorkranken gewaltige Fortschritte gegeben hat – auch dank Jägers Engagement.

Kann man Onkologen mit Sportlern vergleichen? Durchaus, sagt Prof. Dr. med. Elke Jäger (61) – nämlich mit einer Ruder-Mannschaft: „Die gewinnt nur dann, wenn sich das Team aufeinander einlässt, im selben Takt auf ein gemeinsam definiertes Ziel hinrudert und den Kommandos des Steuermanns folgt. Und das ist es, was Sie auch in der Onkologie machen müssen.“ Jäger muss es wissen: Seit 30 Jahren engagiert sie sich in der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest, zunächst als Oberärztin, seit 2003 als Chefärztin. Drei Jahrzehnte, in denen sich die Einrichtung zu einer der größten und bedeutendsten Onkologie-Kliniken im Rhein-Main-Gebiet entwickelt hat. Seit 2009 ist sie zusammen mit dem Universitätsklinikum Frankfurt onkologisches Exzellenzzentrum, gefördert von der Deutschen Krebshilfe.

Ein Wachstum, das eng mit der Entwicklung der Onkologie zusammenhängt. Als sie Mitte der 1980er-Jahre in der Mainzer Universitätsklinik ihre Facharztausbildung im Bereich Innere Medizin begonnen habe, „da gab es das Fach Onkologie gar nicht“, erinnert sich Jäger. Damals arbeitet die angehende Internistin in der Klinik für Gastroenterologie und begegnet dort auch Menschen, die schwer an Magenkrebs oder Dickdarmkrebs leiden. Sie erlebt bei Visiten immer wieder, dass Mediziner gerade um diese Patienten lieber einen Bogen machen, weil sie ihnen



kaum Therapien anbieten können. Schließlich bedeutet die Diagnose Krebs im fortgeschrittenen Stadium in jenen Jahren, dass die Betroffenen den Tod vor Augen haben. Die Not dieser Patienten lässt der jungen Ärztin keine Ruhe. Als ein damaliger Oberarzt 1992 ans Krankenhaus Nordwest wechselt, um hier als Chefarzt die Klinik für Onkologie aufzubauen, geht sie mit als Oberärztin. Dabei hat sie gerade erst ihre Facharztausbildung abgeschlossen: „Für mich

war das ein großer Karriereschritt.“ Und nicht nur das: Elke Jäger bringt in jenen Monaten auch ihr zweites Kind zur Welt. Kinder haben und als Medizinerin arbeiten – das sei in ihren Anfangsjahren eigentlich unmöglich gewesen, sagt sie. Es gibt kaum Krippen, Elternzeit ist ein Fremdwort. Nur zu gut erinnert sie sich an die Reaktion ihres früheren Chefs in Mainz, als dieser von ihrer ersten Schwangerschaft erfährt: „Mädchen, siehst du hier irgendeine Mutter in meinem Team?“

Doch die junge Frau, die aus einer Mainzer Arztfamilie stammt und bei Abschluss ihres Studiums mit 24 Jahren Deutschlands jüngste Ärztin ist, lässt sich nicht entmutigen. Schon als Kind sei sie zu Leistungsbereitschaft erzogen worden, sagt sie. „Das steckt einfach in mir drin.“ Bei jeder ihrer drei Schwangerschaften arbeitet sie „bis in den Kreißsaal hinein“

1996 eine Palliativstation eröffnet hat.“ Eine Abteilung, die der ausgebildeten Palliativmedizinerin besonders am Herzen liegt. Dass etliche ihrer Kollegen den Tod als Versagen empfinden, kann sie nicht nachvollziehen: „Sterben ist ein wichtiger Teil des Lebens. Das entsprechend zu gestalten, die Menschen dabei zu begleiten, das erfüllt mich.“

In den folgenden Jahren erlebt sie, wie sich die Möglichkeiten in der Krebstherapie allmählich verbessern – auch dank des klinisch-immunologischen Forschungslabors im Krankenhaus Nordwest, für eine nicht-universitäre Klinik eine durchaus ungewöhnliche Einrichtung. Hier kann sie unter anderem Immunreaktionen untersuchen, die einzelne Krebspatienten gegen Tumore entwickeln, und daraus antigenspezifische Immuntherapien erzeugen – ein Fachgebiet, in dem sie sich 1997 habilitiert. Inzwischen werde das im Krankenhaus Nordwest auch als Therapie angeboten, sagt sie: „Dafür kommen Menschen aus der ganzen Welt zu uns.“

Trotz der Fortschritte erlebt sie Anfang der 2000er-Jahre immer wieder, wie niedergedrückt viele Tumorkranken sind: „Die Leute haben zu Hause traurig auf dem Sofa gesessen, sie haben sich nicht gefreut über die besseren medizinischen Möglichkeiten.“ Elke Jäger, seit ihrer Kindheit begeisterte Sportlerin, beginnt zu grübeln: Vielleicht könnte Bewegung eine Möglichkeit sein, die Betroffenen wieder aufzubauen? So startet sie eine Kooperation mit dem Institut für Sportmedizin, wo man zunächst skeptisch ist. Training für schwer kranke Krebspatienten – wie soll das funktionieren? Lohnt sich das überhaupt? Aber die Onkologin, die sich auch politisch engagiert und das hessische Onkologiekonzept mit vorbereitet hat, lässt nicht locker. Ihre Idee: Eine Gruppe mit 20 Betroffenen, die dreimal pro Woche in kontrolliertem Rahmen Sport treibt, in kleinen Einheiten mit wenig Belastung.

In Frankfurt stürzt sie sich voller Enthusiasmus in die Arbeit. Setzt sich für die Schaffung einer onkologischen Ambulanz und einer Palliativstation ein. „Wir waren das erste Krankenhaus in Hessen, das

deutlich besser. Erkenntnisse, die mittlerweile zum Standardwissen in der Onkologie gehören. Heute gebe es für die Tumorkranken am Krankenhaus Nordwest zahlreiche Sportangebote, sagt Jäger – übrigens auch Rudern. Um das Sportprogramm zu finanzieren, gründet sie 2005 eine Stiftung unter dem Titel „Leben mit Krebs“. Diese unterstützt inzwischen noch andere Aktivitäten. Etwa die Reihe „Kunst zum Leben“ in Zusammenarbeit mit dem Städel-Museum, in der Teilnehmer auch künstlerisch tätig werden können.

Seit einigen Jahren widmet sie sich noch einem weiteren Thema: Wie können Menschen mit den existenziellen Krisen umgehen, die die Diagnose Krebs auslösen kann? Zwar hätten Onkologen heute „ein Feuerwerk an therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten“, sagt sie. Doch Sorgen, Zweifel und Ängste der Betroffenen kämen dabei oft zu kurz. Aber, so Jäger, „wenn ich diese Fragen als Patient nicht stellen kann, dann kann ich auch keine Hoffnung haben“. Genau das will sie mit der Vortragsreihe „Um Leben und Tod, Hoffnung und Mut“ ändern, die die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist seit 2017 zusammen mit anderen Veranstaltern an der Evangelischen Akademie Frankfurt organisiert.

Den Patienten als Gesamtpersönlichkeit zu sehen und sich gut um ihn zu kümmern, das treibe sie an, sagt die Chefärztin. So sehr, dass sie 2005 sogar einen Ruf an die Universität Heidelberg ablehnt, wo sie die Leitung des ersten Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen übernehmen soll. Ein begehrter Posten. Doch sie ahnt, dass damit auch viel politische Arbeit verbunden ist und dass ihr kaum noch Zeit bleiben würde für die Krebskranken. Ihre Absage hat sie nie bereut. Auch wegen der optimalen Arbeitsbedingungen am Krankenhaus Nordwest: „Ich kann mir kaum einen Ort vorstellen, wo man besser Onkologie betreiben kann. Das Haus hat alle Fachdisziplinen, dazu das Forschungslabor. Man hat hier alles, was man braucht.“ •

Kontakt

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



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

...um Leben und Tod, Hoffnung und Mut – die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie

von Prof. Dr. med. Elke Jäger



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

Die Behandlungsmöglichkeiten für die in Europa häufigen Krebserkrankungen haben sich in den letzten 30 Jahren entscheidend verbessert. Während Patienten mit beispielsweise Dickdarm- oder Lungenkrebs in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in den 90er Jahren nur sehr begrenzte Therapieoptionen hatten und in der Regel wenige Monate nach Diagnosestellung verstorben sind, gibt es heute eine Vielzahl neu entwickelter Medikamente mit entscheidend verbesserter Behandlungsperspektive. Zunächst waren es Weiterentwicklungen bestimmter Chemotherapeutika, die nach 2000 die Therapieoptionen verbreitert haben. Allerdings sind Chemotherapeutika über längere Zeiträume verabreicht meist sehr toxisch und schon dadurch in der Anwendung limitiert. Weitere Medikamentenentwicklungen der letzten 20 Jahre umfassen die Gruppen der sogenannten Signalinhibitoren, Rezeptorantagonisten, Antikörperkonjugate sowie Checkpoint Inhibitoren, die ihre Wirkung gegenüber speziellen Zielstrukturen der Krebszelle entfalten und eine therapeutische Wirksamkeit nur bei Vorhandensein der entsprechenden Merkmale aufweisen.

Dieser Zusammenhang hat die Onkologie in den letzten zehn Jahren unter dem Stichwort „personalisierte Medizin“ um neue, im Einzelfall sehr wirksame Behandlungsperspektiven bereichert. Obwohl Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien auch mit den neuen Medikamenten nicht häufiger geheilt werden, so haben sie doch eine mitunter jahrelange Überle-

bensperspektive mit stillstehender, chronisch gewordener Erkrankung und unter fortgesetzter Therapie.

Grundlage für eine Therapieentscheidung mit modernen Medikamenten ist eine genaue, immunhistochemische und zu meist auch molekulargenetische Untersuchung einer möglichst aktuell entnommenen Tumorprobe. Das so erhobene Profil bestimmter Biomarker wird zusammen mit klinischen Aspekten der Erkrankung im sogenannten molekularen Tumorboard diskutiert und eine Therapieempfehlung erarbeitet. Die Komplexität der Analysen erfordert mitunter mehrere Wochen Zeit und damit entsteht eine signifikante Latenz bis zu einem möglichen Therapiebeginn.

„... Bitte geben Sie mir etwas Hoffnung. Danke ...“

Im Frühjahr 2017 stellte sich ein Anfang 50-jähriger Patient, bekannter Rechtsanwalt in Frankfurt, zusammen mit seiner Ehefrau zur Beratung im Sinne einer Zweitmeinung ambulant vor. Zuvor war extern die Diagnose eines metastasierten Pankreaskarzinoms mit Lebermetastasen gestellt worden. Der Patient hatte mehrere Aktenordner mit Ergebnissen seiner molekularen Tumoranalysen dabei sowie eine computergestützte Biomarkerauswertung und eine Liste mit 27 möglichen Medikamenten zur Behandlung seiner Erkrankung. Das Gespräch verlief seitens des Patienten nahezu euphorisch, er lobte



die Organisation der Ambulanz, berichtete über seine strukturierte Sport-, Ernährungs- und Psychotherapie und wusste bereits, dass nach Therapiebeginn ein Zeitraum von zwei Monaten abzuwarten sei, bis zum ersten Mal ein CT über den Behandlungserfolg Aufschluss geben würde. Schnell verließ er den Besprechungsraum, besondere Fragen hatte er mir eigentlich nicht gestellt. Am selben Nachmittag erhielt ich eine E-Mail von diesem Patienten, in der er nochmals alle Umstände seiner Behandlung euphorisch lobte: „... alles Besprochene klappt wunderbar, die Therapie vertrage ich sehr gut, Sport und Psychotherapie sind ideal, alles bestens, aber – irgendwie fehlt mir komplett der Mut. Bitte geben Sie mir etwas Hoffnung. Danke ...“

Nur zwei Tage später ein ähnliches Erlebnis: ein etwa 70-jähriger Patient mit Dickdarmkrebs, Leber- und Bauchfellmetastasen, extern diagnostiziert, die Beschlüsse der molekularen Tumorboards zweier Uni-Kliniken lagen vor, meine Zweitmeinung war gefragt. Wir gingen die Untersuchungsergebnisse durch, bespra-

chen die Empfehlungen, alles schien bereits verstanden zu sein und wieder war mir die Informationslücke nicht recht bewusst. „... ja, hier steht ja alles, beide Uni-Kliniken schreiben etwas Ähnliches, aber wissen Sie – mir hat noch niemand erklärt, ob mir diese Therapie helfen kann und ob sie gut für mich ist ...“

Mit Mut auf allen Seiten kann es gelingen, über tabuisierte Fragen zu sprechen

Viele ähnlich gelagerte Beispiele könnten hier aufgezählt werden – was war hier passiert? In den letzten 25 Jahren zuvor hatte mich nie ein Patient explizit gebeten, ihm Hoffnung zu geben. Das war immer das klare Resultat eines Therapieplanungsgesprächs, in dem die Ausgangslage der Erkrankung, die möglichen Behandlungsalternativen zusammen mit den zu erwartenden Nebenwirkungen und Wirkungen unter Benennung eines erreichbaren Behandlungsziels erörtert wurden. Bei dieser Gelegenheit kamen existenzielle Fragen zur Sprache, Angst vor der Be-

handlung, Angst vor einem möglichen Therapieversagen, Angst vor körperlichen Beschwerden, vor Funktionsverlust, vor sozialen Folgen der Krebserkrankung, vor einem nahenden Lebensende. In der Auseinandersetzung mit diesen Fragen, für die es allzu oft keine verbindlichen Antworten geben kann, konnte der Patient jedoch eine eigene Position und Haltung entwickeln, die seine Besorgnis, aber auch seine Ressourcen berücksichtigte. Er konnte eine Behandlung beginnen und sich ihren Belastungen und dem offenen Ausgang mit den individuellen Methoden der Bewältigung stellen.

Im Zeitalter der individualisierten Medizin mit maßgeschneiderten Therapiekonzepten nach hochaufwändiger Genanalyse und Computeralgorithmus wird eine sehr hohe Erwartungshaltung an einen unbedingten Behandlungserfolg – bei Ärzten und Patienten – provoziert. Die diagnostischen Prozeduren und die komplexen Ergebnisprotokolle binden die volle Aufmerksamkeit und Gedankenkapazität des Patienten. Empfindungen von Leid, Angst und Hoffnungslosigkeit werden im Arzt-Patienten-Gespräch häufig zurückgedrängt, gelten sie doch als Ausdruck von Schwäche und Hilflosigkeit und stehen dem unbedingten Glauben an den zweifelsfrei eintretenden Therapieerfolg im Sinne eines schlechten Omens entgegen. Tragischerweise führt dies dazu, dass Sorgen und Ängste unausgesprochen bleiben. Sie werden so nicht selten für den Patienten und seine Lebenspartner zu einem großen Tabu. Was folgt, ist gedankliche Isolation und Schweigen.

Nach unserem Verständnis ist es auch im Zeitalter der hochtechnisierten, personalisierten Möglichkeiten die Aufgabe von Medizin und Pflege, den Patienten in seiner Gesamtheit wahrzunehmen, auf seine körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse zu achten und ihn mit seinen individuellen Ressourcen und Wünschen so weit wie möglich und mündig in Behandlungsentscheidungen einzubeziehen. Mit Mut auf allen Seiten kann es gelingen, über tabuisierte Fragen zu

Leben und Tod, Hoffnung und Mut

sprechen. So können sich für den Patienten neue Wege öffnen, das Leben mit der Erkrankung in wahrhaftiger und ehrlicher Kommunikation und Selbstbestimmung zu führen.

Wie kann es nun gelingen, im Verhältnis zur hochtechnisierten Präzisionsmedizin Fragen um seelische Not, Angst und Hilflosigkeit ebenbürtig zu adressieren? Zusammen mit Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt aus dem Zentrum für Ethik in der Medizin Frankfurt haben wir im Jahr 2017 die Vortragsreihe „... um Leben und Tod, Hoffnung und Mut – die Herausforderungen der personalisierten Medizin in der Onkologie“ begonnen. Exkurse in Wissenschaft, Kunst, Philosophie, Theologie, Musik, Literatur und Sport sollten Erfahrungen mit Visionen verbinden und allen Akteuren des Behandlungsgeschehens Anregungen vermitteln, wie existenzielle Bedürfnisse unserer Patienten besser artikulierbar werden und so in der Behandlung unter Einbeziehung der Patientenwünsche angemessen adressiert werden können.

Konnte das gelingen? Eine Patientin, 48 Jahre alt, diagnostiziert mit weit fortgeschrittenem Magenkarzinom, angewiesen auf parenterale Ernährung zuhause, hatte einen 14-jährigen Sohn, dem sie bislang nichts von ihrer Erkrankung erzählt hatte. Trotz evidenten intensiven Behandlungsbedarfs mit täglichen Infusionen zuhause wurde die Krankheitstatsache vollständig tabuisiert. Die Patientin erschien in Begleitung ihres Ehemanns zum Vortrag „So stirbst Du“. Alles Wissenswerte um das Versterben in Deutschland wurde vermittelt. Die Ausstellung des Leichenscheins, der Transport des Leichnams, die Organisation des Begräbnisses, der Ort des Grabs, die Austragung aus dem Melderegister, Vorschriften, Pflichten, Gestaltungsmöglichkeiten der Hinterbliebenen waren die Themen. Ein paar Tage nach dem Vortrag erschien die Patientin zu ihrem nächsten Ambulanztermin. Sie begegnete mir gelöst und heiter und bedankte sich herzlich für den Vortrag. Die Patientin und ihr Ehemann hatten ihrem Sohn am nächsten Tag von diesem Vortrag berichtet und das Vortragsthema als Vehikel nutzen können, um die eigene Krankheitsrealität zu thematisieren. Das Tabu um ihre

Erkrankung war gebrochen und der Sohn konnte in das offene Erleben der Krankheitsaspekte, die Erwartung des nahenden Todes und die Planung des Begräbnisses einbezogen werden.

Die Gespräche rund um die Vorträge machen deutlich, wie wichtig die Verständigung aller an einer onkologischen Therapie beteiligten Akteure ist

Nach einer Laufzeit von fast fünf Jahren hat die Vortragsreihe in unregelmäßigen Abständen einen festen Stamm von Zuhörern aus dem Kreis unserer Patienten, der Pflege, aus Klinik und ambulanter wie stationärer Palliativmedizin sowie onkologisch tätiger Ärzte und weiterer interessierter Personenkreise gewonnen. Über die jeweilige spezielle Vortragsthematik hinaus ist eine interdisziplinäre Diskussion angestoßen worden über die essenzielle Bedeutung der ärztlichen Positionierung in der Therapieberatung, der Empathie-getragenen Besprechung existenzieller Fragen des Patienten, die Vermeidung angstgetriebener Tabus und die sachgerechte Einbindung technischen Fortschritts in die individualisierte Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen. Die Gespräche rund um die Vorträge machen deutlich, wie wichtig die Verständigung aller an einer onkologischen Therapie beteiligten Akteure ist, um eine klare, gemeinsame Zielsetzung für die Behandlung zu definieren und mit fachlich begründetem Optimismus auf allen Behandlungsebenen empathisch zu verfolgen.

Nach der Sommerpause werden weitere Beiträge auf der Website der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und dem Internetauftritt der Evangelischen Akademie Frankfurt angekündigt. •

Kontakt

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



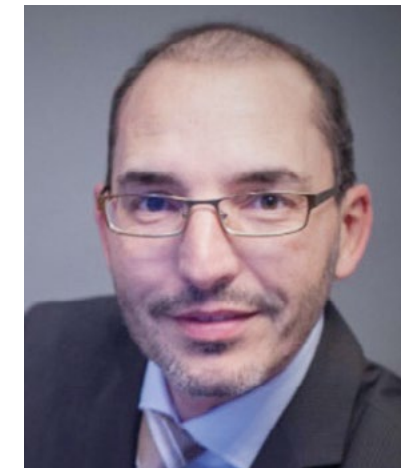
STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Digitalisierung – Fluch und Segen zugleich

von Dr. Rajendra Persaud, Dr. Michael Schroth und Daniel Mittag



Dr. Rajendra Persaud,
Leiter der IT der Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist



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



Daniel Mittag,
Teamleiter IT-Betrieb
der Stiftung Hospital zum
Heiligen Geist

Schon seit Jahren sind Krankenhäuser bestrebt, ihre Prozesse zu digitalisieren und vom geliebten Papier loszukommen – und hinken wie so oft in der IT anderen Industrien deutlich hinterher.

Das Krankenhaus-Zukunftsgesetz (KHZG) hat mit einer Förderung von in Summe 4,3 Mrd. Euro eine starke finanzielle Unterstützung gegeben. Trotz dieser positiven Entwicklung sieht es allerdings so aus, als würden durch das KHZG die etablierten KIS-Hersteller weiter gestärkt und kleine innovative Start-ups benachteiligt. Gleichzeitig ist zu bemerken, dass der Markt mit Anbietern überschwemmt wird, die bislang mit dem Gesundheitswesen kaum Berührungspunkte hatten.

Der Fokus beim KHZG liegt auf medizinischen Anwendungen und der Informationssicherheit. Dringend benötigte Investitionen in die grundlegende Infrastruktur oder eine Digitalisierung von Verwaltungsprozessen sind davon nicht erfasst. Die in Aussicht stehenden Mittel sind daher zwar ein guter Schritt, aber trotz allem nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Auf die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist entfallen Fördermittel von etwa 6 Mio. Euro. Damit sollen u. a. ein Patientenportal für die digitale Interaktion mit Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt, ein Kommissionierungsauftrag für die Apotheke sowie ein Informationssicherheits-Management-System zur Verbesserung der Informationssicherheit finanziert werden.

Alle Maßnahmen und Projekte sind Bausteine auf dem steinigen Weg zur vollständigen Digitalisierung. Die Komplexität lässt sich dabei z. B. anhand eines einfachen Formulars betrachten. Die Überführung von Papierformularen in digitale Dokumentation ist wesentlicher Bestandteil der Digitalisierung. Allerdings gilt nach wie vor der vielzitierte Ausspruch von Thorsten Dirks, seinerzeit Vorstandsvorsitzender der Telefonica Deutschland: „Wenn Sie einen scheiß Prozess digitalisieren, haben Sie einen scheiß digitalen Prozess.“ Digitalisierung gelingt also nicht einfach so, sondern muss sorgfältig, gemeinsam und unter Aufgabe althergebrachter Verhaltensweisen und -muster angegangen werden.

Was sind die typischen Probleme bei der Digitalisierung von Formularen?

- In der Regel sind solche Formulare vor Urzeiten entstanden, veraltet und werden nur teilweise/schlecht/uneinheitlich ausgefüllt/genutzt; Formulare sollten daher nie 1:1 digitalisiert werden – das scheitert eher; stattdessen sollte sich der Dokumentationsprozess angeschaut werden.
- Oftmals ist auf der Fachseite gar nicht 100-prozentig klar, wie die Felder eines Formulars genau ausgefüllt werden sollen, oder aber die Felder sind nicht eindeutig ausfüllbar; z. B. kommt es häufig vor, dass Auswahlmöglichkeiten nicht disjunkt zueinander sind, was zu uneindeutigen Erfassungen führt (der eine interpretiert es so, der andere anders); das sollte in der digitalen Welt nicht wiederholt werden.
- Auf dem Papier hat jeder die Berechtigung, jeden Eintrag zu tätigen; digital sollte das möglichst über Berechtigungen differenziert werden.
- Auf einem Papierformular können an beliebigen Stellen Ergänzungen vorgenommen werden und Informationen aller Art überall erfasst werden, das ist digital nicht mehr möglich.

Was ist bei der Digitalisierung von Formularen zu bedenken?

- **Datenintegrität:** In der digitalen Welt muss unbedingt vermieden werden, dass Inkonsistenzen entstehen, weil Daten z. B. an mehreren Stellen redundant erfasst werden.
- **Layout:** Das Layout eines Formulars sollte bei der Digitalisierung immer

überarbeitet werden, da sich häufig bei der digitalen Erfassung andere, elegantere und automatisierte Möglichkeiten der Erfassung ergeben; insb. ist zwischen einer Erfassungsmaske und einer etwaigen Druckversion zu unterscheiden.

- **Auswertbarkeit:** Man sollte immer eine mögliche Auswertbarkeit mit berücksichtigen, d. h. überlegen, ob Freitexterfassungen wirklich nötig sind oder durch vorgegebene Listen/Auswahlfelder ersetzt werden können.
- **Vereinfachung:** Es sollte immer z. B. über Textbausteine, vorgefertigte Auswahllisten etc. nachgedacht werden, die die Erfassung erleichtern.
- **Prozess:** Ziel der digitalen Erfassung sollte immer auch eine Effizienzsteigerung sein. Der Erfassungsprozess muss daher mit betrachtet werden; je nachdem, wo die Papierformulare erfasst werden, müssen Erfassungsmöglichkeiten geschaffen werden (z. B. Terminals); sobald ein Formular von mehreren Personen befüllt wird, ist es nicht trivial, den Workflow digital abzubilden (wichtig ist immer der Trigger, d. h. was triggert, wer wann womit dran ist; ein Papierformular dient in der physischen Welt häufig als Token, das müsste digital abgebildet werden).
- **Schnittstellen:** Medizingerätedaten oder Daten aus anderen Subsystemen, die bereits digital vorliegen, müssen in ein Formular einfließen; häufig liegen die Daten aber z. B. kontinuierlich vor, im Formular muss dann aber ein spezifischer Zeitpunkt abgebildet werden – auch das ist nicht zwingend trivial.
- **Verantwortlichkeiten:** Es muss bedacht werden, wer verantwortlich ist für welche Felder in einem Formular; z. B. darf eine Pflegekraft ja (eigentlich) keine Anordnung/Verordnung dokumentieren, dem muss über Berechtigungen gesprochen werden.
- **Standards:** Wenn es Fachgruppenstandards gibt, die von der Hausversion abweichen, oder es hausübergreifend verschiedene Versionen der gleichen Formulare gibt, so müssen diese im Rahmen der Digitalisierung angeschaut und idealerweise vereinheitlicht/angepasst werden.
- **Qualität:** Digital ergibt sich immer die Möglichkeit, z. B. mit Pflichtfeldern eine gewisse Qualität und auch Vollständigkeit in der Erfassung zu erwirken, das sollte ebenfalls bedacht werden.

- **Kosten:** Digitalisierung kostet Geld. Häufig ergibt sich leider nur in wenigen Fällen aus einer Digitalisierung eine nachweisliche Einsparung in der Gewinn- und Verlustrechnung. Häufig werden daher Business Cases „schöngerechnet“ und der monetäre Nutzen überschätzt. Stattdessen ist Digitalisierung zunehmend ein Wettbewerbsvorteil, nicht nur für die Akquise von Patienten, sondern auch von Mitarbeitern. Digitalisierung sollte daher idealerweise als Eckpfeiler der Unternehmensstrategie verstanden



und konsequent umgesetzt werden – den häufig schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zum Trotz.

- **Datenschutz:** Schutz vor der missbräuchlichen Verarbeitung personenbezogener Daten sowie dem Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung. Dementsprechend sind Maßnahmen zu ergreifen, welche die digitalen Daten vor unberechtigter Einsicht und Weitergabe schützen.

Wie kann die Digitalisierung von Formularen gelingen?

- Ohne eine **intensive Beteiligung der Fachseite** und einem Verständnis der obigen Punkte kann eine Digitalisierung von Formularen nicht wirklich gelingen.
- Für eine Vereinheitlichung oder auch Veränderung von Formularen muss es eine **fachliche Instanz** geben, die schlussendlich entscheidet, welche Fassung

verwendet werden soll; in Verbünden/Ketten gibt es dazu z. B. etablierte Fachgruppen, die sich auch um SOPs (Standard Operation Procedure) etc. kümmern.

- Es müssen vor der Digitalisierung immer viele **ausgefüllte Exemplare** angeschaut und analysiert werden, um zu sehen, wie die Formulare genutzt werden.
- Idealerweise wird das Thema durch **einen Projektleiter/eine Projektleiterin** orchestriert (der/die zwischen Fachseite und IT vermitteln kann).

plätze mussten in kurzer Zeit gestemmt werden. Und natürlich funktionieren viele Prozesse noch nicht reibungslos. Individuelle Wünsche von allen Seiten und auf allen Ebenen führen zu einer komplexen Infrastruktur, der Aufwand für die Aufrechterhaltung des Betriebs steigt mit jeder nicht standardisierten Lösung.

Zusätzlich steigen mit der wachsenden Digitalisierung die grundsätzlichen Anforderungen an die Infrastruktur (Bandbreite, Verfügbarkeit von Netzwerk und Strom,

Digitalisierungswünschen auch einem Spardruck ausgesetzt – ein Spagat, der kaum zu schaffen ist.

Die Krankenhäuser befinden sich bzgl. IT-technischer Fachkräfte in einem offenen Wettstreit mit den KIS-Herstellern, Software-Anbietern und Systemhäusern. Das betrifft die Attraktivität des Arbeitgebers, die Weiterbildungsmöglichkeiten, das Gehaltsgefüge, die Karrierechancen, die zur Verfügung stehenden Mittel im Rahmen der Arbeit und vieles mehr. Die Value

Um also ein Formular zu digitalisieren, müssen viele Hausaufgaben erledigt werden, in weiten Teilen von der Fachseite und natürlich auch von der IT. Zudem ist zu beachten, dass die IT zwar „Werkzeug“ im Sinne von Hard- und Software liefert, die Prozesse und Workflows allerdings im jeweiligen Fachbereich geklärt und optimiert werden müssen. Mit der einfachen Anschaffung von IT-Komponenten ist es also in der Regel nicht getan.

Neben den Formularen gibt es natürlich viele weitere Facetten der Digitalisierung. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind durch die mobile Arbeit von zu Hause aus und durch Videokonferenzen am Rande mit der Digitalisierung konfrontiert worden. Die plötzliche massenweise Auslieferung von Headsets, Kameras, Laptops, die Ausweitung der dafür nicht ausgelegten Infrastruktur auf die mobilen Heimarbeits-

Ausfallsicherheit) sowie an die Informationssicherheit. Der Schutz vor Schadsoftware wie Viren, Würmern und Trojanern vor Datendiebstahl, vor Datenmanipulation, vor unbefugtem Zugriff auf Daten, vor Spam/Phishing-Angriffen sowie vor den mittlerweile dramatisch zunehmenden Ransomware-Angriffen wird immer wichtiger. Das verhältnismäßig harmlose Beispiel eines Internetausfalls am 25.10.2021 hat einmal mehr aufgezeigt, wie vulnerabel die heutige Infrastruktur geworden ist.

Gleichzeitig werden Krankenhäuser gezwungen, sich kontinuierlich zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit immer mehr in den Fokus zu rücken, um die wirtschaftlich schwierige Situation zu meistern. Der Kelch des „kollektiven Spardrucks“ geht dabei auch nicht an der IT vorüber. Die IT sieht sich also bei allen

Proposition einer Krankenhaus-IT steht daher auf immer wackeligeren Füßen. Die kaum zu beantwortende Frage lautet also, was einem ITler von heute geboten werden kann, seine Tätigkeit im Krankenhaus aufzunehmen. Denn die kommenden Digitalisierungsprojekte müssen mit entsprechenden personellen Ressourcen unterfüttert werden.

Fazit: Digitalisierung ist ein komplexes Unterfangen und kann letztendlich nur gelingen, wenn gegenseitig Verständnis aufgebracht wird und alle an einem Strang ziehen. •

Kontakt

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Informations-Technologie
Dr. Rajendra Persaud
Telefon: (0 69) 76 01-4738



STIFTUNG HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Dagmar Lavi im Porträt – „Mir war immer daran gelegen, die Menschen bei ihrer Entwicklung zu unterstützen“

Gut zwei Jahrzehnte hat Dagmar Lavi in der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist gewirkt – jahrelang als Pflegedirektorin, zuletzt als Leiterin des Seniorenstifts Hohenwald in Kronberg. Ende Juni hat sie sich verabschiedet.

Bräuchte ein Regisseur eine Expertin, die in einem Imagefilm für die Arbeit in der Pflege wirbt, so wäre Dagmar Lavi die beste Kandidatin dafür. Seit gut vier Jahrzehnten wirkt sie in diesem Bereich – und noch immer kommt sie ins Schwär-

men, wenn sie davon erzählt. Ein „toller Beruf“ sei das, in dem man sich in alle möglichen Richtungen entwickeln könne: Kardiologie, Intensivpflege, Neurologie, Anästhesie, Pflegeausbildung – „Es stehen einem unglaublich viele Wege offen.

Und es ist eine sinnstiftende Tätigkeit.“ Nach gut 20 Jahren in der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist der 62-Jährigen keine Müdigkeit anzumerken. Dabei neigt sich ihre Berufsleben dem Ende entgegen, denn im Sommer beginnt die passive Phase ihrer Altersteilzeit.

Viel kann sie erzählen von ihrem Werdegang. Davon, wie sie als Krankenschwester Anfang der 1980er-Jahre aus ihrer Heimatstadt Weilburg nach Frankfurt kam, um sich zur Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensivmedizin zu qualifizieren. Wie sie dabei ihren späteren Ehemann, einen gebürtigen Israeli, kennenlernte. Wie beide 1992 mit ihren zwei kleinen Kindern nach Israel auswanderten, obwohl Dagmar Lavi damals noch kaum Hebräisch sprach. Ein Entschluss, der manche in ihrer hessischen Verwandtschaft schlucken ließ, wie sie sich lachend erinnert – der für sie aber genau richtig gewesen sei: „Ich bin ein abenteuerlustiger Mensch. Und ich wollte schon immer etwas anderes machen als andere.“

Das konnte sie im Nahen Osten: „Die Israelis sind unglaublich offen, ich habe mich dort sehr wohl gefühlt.“ Sie lernte die Sprache und begann in der Kinderklinik in Tel Aviv zu arbeiten. Anfangs als Hilfskraft, später in der Pflegedienstleitung, während sie nebenbei ein Studium in Health-Services absolvierte. Doch dann erschütterten die Attentate vom 11. September 2001 die Welt. Und in Israel, wo im Jahr zuvor die zweite Intifada mit zahlreichen palästinensischen Selbstmordattentaten ausgebrochen war, spitzte sich die Lage zu. So sehr, dass sich die Familie zur Rückkehr nach Frankfurt entschied, wo Dagmar Lavi Anfang 2002 eine Stelle in der Pflegedienstleitung des Hospitals zum Heiligen Geist antrat.

Schon ein Jahr später folgte der Karrieresprung zur Pflegedirektorin. Eine Herausforderung, vor der andere wohl zurückgeschreckt wären. Nicht so die damals 43-Jährige. Immer zukunftsorientiert sein, sich auch mal neu erfinden, Verantwortung übernehmen – diese Haltung, die ihr in Israel so oft begegnet sei, habe sie geprägt, sagt sie. Außerdem machte ihr auch der damalige Stiftungsgeschäftsführer Siegfried Twelker Mut. Immer noch muss sie lachen, wenn sie an den Satz denkt, den er ihr zum Einstieg mit auf den Weg gab: „Frau Lavi, Sie war’n im Kriesch (Krieg) – Sie können auch ins Heilig Geist.“

„Frau Lavi, Sie war’n im Kriesch (Krieg) – Sie können auch ins Heilig Geist.“

Er behielt recht. So gut meisterte Dagmar Lavi ihre Leitungsaufgaben, dass sie 2014 auch zur Pflegedirektorin des Krankenhauses Nordwest berufen wurde und damit in beiden Häusern für mehr als 800 Pflegekräfte verantwortlich war. Obwohl in ihre ersten Jahre bei der Stiftung eine der tiefgreifendsten Reformen fiel, die das deutsche Gesundheitssystem bisher erlebt hat: die Einführung der Fallpauschalen. Die auch dazu führte, dass die Zahl der Ausbildungsplätze in der Pflege zeitweise drastisch reduziert wurde – ein Grund für den heutigen Pflegenotstand.

Dass es ihr dennoch gelang, die Beschäftigten trotz aller damit verbundenen Probleme immer wieder neu zu motivieren, hängt wohl auch mit ihrer eigenen Leidenschaft für den Pflegeberuf zusammen. Und mit ihrem Verständnis von Mitarbeiterführung. „Mir war immer daran gelegen, die Menschen bei ihrer Entwicklung zu unterstützen“, sagt sie. „Ihnen viele

Freiräume zu geben. Und ihnen das Gefühl zu geben, dass sie Dinge gestalten können.“ Dabei setzte sie auch auf unkonventionelle Ideen. Um Mitarbeiter zu entlasten, schuf sie beispielsweise einen „Springer-Pool“, bestehend aus Pflegekräften im Ruhestand, die hin und wieder auf Minijob-Basis einsprangen. 2015 schaffte sie es schließlich zusammen mit der Universitätsklinik, die Krankenpflegeschule so aufzustellen, dass sich die Zahl der Ausbildungsplätze von 30 auf 90 erhöhte.

2019 schließlich wurde sie von der damaligen Stiftungsdirektion gebeten, neben der Pflegedirektion noch die Leitung der Seniorenstifte Hohenwald und Kronthal zu übernehmen. Nach einigen Monaten entschied sie sich dafür, sich ganz den Führungsaufgaben in den beiden Einrichtungen zu widmen, zumal sich bereits die Schließung des Standorts Kronthal wegen dessen maroder Infrastruktur abzeichnete. Erleichtert ist sie darüber, dass niemand entlassen werden musste, und dass alle Bewohner im verbliebenen Stift Hohenwald untergebracht werden konnten.

Dank der Aufbauarbeit, die sie dort leistete – „Jetzt gibt es dort eine tolle Führungsmannschaft“ – kann sie nun guten Gewissens Abschied nehmen. Ob ihr dieser Schritt schwerfällt? Sie überlegt einen Moment. Nein, sagt sie dann: „Ich kann loslassen, ich halte nichts fest“. Getreu den buddhistischen Weisheiten, auf denen ihre Lebenshaltung gründet. Zudem hat sie schon neue Ziele im Blick: die Hochzeit ihres Sohnes im Sommer, ihre Tochter, die ihr zweites Kind erwartet, ihre 87-jährige Mutter, die sie öfter als bisher besuchen will. Und die zahlreichen Bücher, die darauf warten, endlich gelesen zu werden. „Beschäftigt bin ich auf jeden Fall.“

Kontakt

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

Neues aus der Stiftung



Manuel Zelle

Seit dem 1. Juni fungiert Manuel Zelle als Beauftragter der Stiftung und weiterer Geschäftsführer der Gesellschaften der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. Manuel Zelle studierte Betriebswirtschaft und spezialisierte sich früh auf das Management von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Der 39-jährige Diplom-Kaufmann (FH) war zuvor im Bereich Healthcare bei Wirtschaftsprüfungsgesellschaften und als Finanzchef und Prokurist in mehreren Kliniken tätig. Zuletzt war er als Konzernbereichsleiter Finanzen und Controlling sowie als Geschäftsführer für die Medizinischen Versorgungszentren im Klinikverbund varisano mit den Krankenhausstandorten Frankfurt Höchst, Bad Soden und Hofheim tätig.



Dr. med. Susanne Krebs

Dr. med. Susanne Krebs ist seit 1. Januar 2022 die neue Chefärztin der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist. Die Fachärztin für Psychosomatik, Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie löst Dr. med. Wolfgang Merkle ab, dessen Abschied in den Ruhestand im November 2021 erfolgte. Schwerpunkte, die sie in ihrer neuen Funktion setzen möchte, sind die Behandlung älterer Patienten und die psychosomatische Therapie der komplexen Traumafolgestörung.



Prof. Dr. med. Inga Peters

Seit dem 1. Juni 2022 ist Prof. Dr. med. Inga Peters die neue Chefärztin der Klinik für Urologie und übernimmt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Dr. hc. Eduard W. Becht. Die klinischen Schwerpunkte der Expertin für urologische Onkologie sind neben der robotischen Chirurgie und der offenen Tumorchirurgie auch die Fokale Therapie von urologischen Tumoren sowie die Endourologie.



Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran

Prof. Dr. Salah-Eddin Al-Batran ist für seine Beiträge zur Verbesserung der Behandlung von Magen- und Speiseröhrenkrebs mit dem Deutschen Krebspreis 2022 ausgezeichnet worden. Die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Krebsstiftung würdigen damit seine herausragenden klinischen und wissenschaftlichen Leistungen in der Krebsmedizin und -forschung. Der Preis zählt zu den höchsten Auszeichnungen in der Onkologie.



Prof. Dr. med. Thorsten Götze

Priv. Doz. Dr. med. Thorsten Götze wurde von der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität die akademische Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen. Prof. Götze verfasste seine kumulative Habilitationsschrift zum Thema „Prognostic factors in surgical therapy of incidental gallbladder carcinoma“. Weitere klinische Studien in den Entitäten Gallengangs- und Magenkarzinom führten nun zur Verleihung der außerplanmäßigen Professur.



Claudia Richter-Neidhart

Seit dem 1. April ist Claudia Richter-Neidhart neue Einrichtungsleiterin des Seniorenstifts Hohenwald in Kronberg und tritt die Nachfolge von Dagmar Lavi an. Seit 2019 war Claudia Richter-Neidhart bereits stellvertretende Einrichtungsleiterin in Hohenwald und Kronthal und verantwortete seit 2015 die Sozialberatung sowohl in Hohenwald als auch in dem 2021 geschlossenen Seniorenstift Kronthal. Die Fachwirtin für Sozialdienste ist bereits seit 1999 in der ambulanten Pflege tätig.



Jennifer Marx

Jennifer Marx hat am 6. April 2022 die Leitung des Patientenmanagements am Krankenhaus Nordwest übernommen. Die gelernte Sozialversicherungsfachangestellte mit anschließendem Bachelorabschluss im Gesundheitsmanagement hatte in den vergangenen zehn Jahren die häuserübergreifende Abteilungsleitung im Patientenmanagement der Krankenhäuser Bad Soden und Hofheim inne.



Nathalie Kalisz

Seit Ende April ist Nathalie Kalisz neue Leiterin des Qualitätsmanagements der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. Sie ist bereits seit 2018 im Qualitäts- und Risikomanagement der Stiftung tätig. Zu ihren Hauptaufgaben zählen u. a. der Aufbau und die Weiterentwicklung des Risikomanagements, die Etablierung von Projektmanagementstrukturen sowie die Steuerung von Projekt- und Arbeitsgruppen und die Sicherstellung der kritischen Infrastruktur.



Dr. Petra Maksan persönlich gefragt

Dr. Petra Maksan ist seit neun Jahren als Verwaltungsleiterin und Prokuristin des Krankenhauses Nordwest und als Bereichsleiterin Medizinische Organisationsentwicklung für die Stiftung tätig.

Die 52-jährige Krankenhaus-Managerin machte bereits direkt nach ihrem Medizin-Studium 1995 ihre erste berufliche Erfahrung im Krankenhaus Nordwest und stellte hier die Weichen für ihre spätere Karriere in der Krankenhausverwaltung. Petra Maksan ist Mutter von zwei Söhnen und reist mit ihrem Defender und ihrem wuscheligen Golden Retriever gerne durch die Welt.

Ihre Lieblingsbeschäftigung?

Ganz viel, immer wieder etwas Neues ausprobieren.

Ihr Lieblingsort?

Das Dach meines Defenders.

Welche Fehler entschuldigen Sie am ehesten?

Alles – mit Ausnahme, wenn jemand lügt.

Ihre Lieblingsmusik?

Adele, Sarah Connor.

Was schätzen Sie bei Ihren Freunden am meisten?

Offenheit auch über kritische Themen im Miteinander zu sprechen.

Ihr größter Fehler?

Jeder Fehler ist eine Chance auf persönliche Veränderung, sodass ich nichts bereue und es keinen „größten Fehler“ gibt.

Ihr Traum vom Glück?

Loszulassen... und mit meinem Defender, fremde Länder zu erkunden.

Ihr Lieblingsschriftsteller?

Jorge Bucay – ein argentinischer Schriftsteller, der wunderbare Geschichten und Gleichnisse über das Leben erzählt.

Ihr Hauptcharakterzug?

Authentizität und Ambivalenztoleranz.

Ihr Lieblingsfilm?

„Das Beste kommt zum Schluss“ dicht gefolgt von „Dieses bescheuerte Herz“.

Ihr Lieblingsessen?

Als echtes Frankfurter Mädchen gibt es nur eins: Grüne Soße.

Stiftungs

„Genussvoll essen – Gestärkt gegen Krebs®“



In Kooperation mit der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen und der HKG wurde im Rahmen des Projektes „Genussvoll essen – Gestärkt gegen Krebs®“ eine Website entwickelt, die Betroffenen und Angehörigen eine Hilfestellung geben soll, um den Auswirkungen einer Krebserkrankung durch eine bewusste Ernährung zu begegnen. Und die darüber hinaus auch Menschen während und nach einer Krebserkrankung helfen soll, die Freude am Essen zurückzuerlangen.

Die Website erreichen Sie über die folgende Internet-Adresse:
www.genussvoll-essen.com

Inbetriebnahme von Kronthal als Flüchtlingsheim für Frauen, Kinder und Jugendliche aus der Ukraine



Das ehemalige Seniorenstift Kronthal wird als Flüchtlingsheim vorbereitet.

Gemeinsam mit dem Hochtaunuskreis und der Stadt Kronberg wird die Einrichtung ab Sommer für 120 Geflüchtete aus der Ukraine zur Verfügung gestellt.



Instone Real Estate – Neubau von 153 Wohn- ungen, Kindergarten und Tiefgarage auf dem Stiftungsgelände

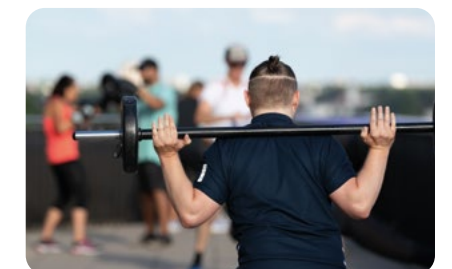
Auf dem schon viele Jahre brachliegenden Grundstück der ehemaligen Agnes-Karll-Schule – im Bereich der Steinbacher Hohl 74/76 – soll künftig durch die Instone Real Estate eine mehrgeschossige Wohnanlage mit integrierter Kindertagesstätte entstehen. Die geplanten Mietwohnungen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenhäusern und Pflegepersonal vorbehalten.

geflüster

Vielfältiges Sportangebot für Mitarbeitende am TRIAMEDIS Gesundheitszentrum



Mit den wärmeren Temperaturen und sonnigen Tagen wird auch der Drang nach mehr sportlicher Aktivität allseits spürbar. Was viele Mitarbeiter:innen der Stiftung nicht wissen: Das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum bietet neben rezeptbasierten Maßnahmen aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auch abwechslungsreiche Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in Form von Einzel- und Gruppenangeboten. Auch eine wohltuende Entspannungsmassage zur



Verbesserung des Wohlbefindens kann in den Therapieräumen im 3. Stock des Ärztehauses gebucht werden. In Zusammenarbeit mit der AOK bietet das TRIAMEDIS darüber hinaus verschiedene Präventionskurse für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stiftung kostenfrei an! Unabhängig davon, ob sie bei der AOK versichert sind.

Die Vorteile auf einen Blick:

- Vergünstigte Mitgliedschaften (Medizinisches Gerätetraining/Kurse)
- Vergünstigte 10er-Karten (Medizinisches Gerätetraining/Kurse)
- Vergünstigte Diagnostikangebote
- Kostenlose Präventionskurse

Sprechen Sie uns einfach an, unter:
Tel.: (069) 7601 – 8000
Fax: (069) 7601 – 8001
E-Mail: info@triamedis.de



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