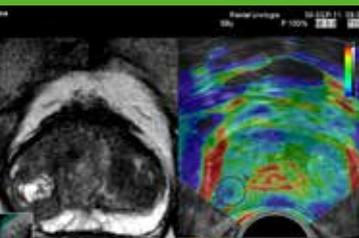




Exzellentes
Transfusions-
regime



Fusionsbiopsie
zur Diagnose
von Prostata-
karzinomen



TOPTHEMA

Diabetes ist Einstellungssache

Ihr Magazin
zum *Mitnehmen*

IHRE DIAKONIE- UND SOZIALSTATIONEN IN DEN LANDKREISEN BÖBLINGEN, CALW UND DER STADT GERLINGEN SIND VERLÄSSLICHE PARTNER UND KOOPERIEREN MIT DEM KLINIKVERBUND SÜDWEST.

Wenn Sie nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause noch weiterhin Hilfe benötigen, ist die Diakonie-/Sozialstation vor Ort für Sie da.

Unsere Mitarbeiter beraten Sie bereits im Krankenhaus, wie es zu Hause weitergehen kann und leiten notwendige Vorbereitungen ein.

- Pflege und Betreuung kranker und schwerkranker Menschen
- Krankenpflege
- Altenpflege
- Spezielle ambulante Palliativversorgung
- Pflegerische Anleitung und Beratung für Angehörige
- Nachtwachen
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Wohnungsreinigung
- Familienpflege
- Nachbarschaftshilfe
- Hausnotruf
- Stundenweise Betreuung
- 24-Stunden-Betreuung
- Kontaktpflege/-anrufe
- Betreutes Wohnen
- Betreuung für Menschen mit demenzieller Veränderung
- Besuchsdienste
- Gesprächskreis für pflegende Angehörige
- Krankenpflegekurse
- Hospizarbeit
- Essen auf Rädern / Mittagstisch



**ZENTRALE
HOTLINE:
0180 – 5 24 63 78**

14 Cent/Minute
aus dem deutschen
Festnetz

Liebe Leserin, lieber Leser,



die Zahl der Diabetespatienten ist in den letzten zehn Jahren um etwa 40 Prozent gestiegen! Und viele Menschen wissen noch nicht einmal, dass sie Diabetes haben. Dabei ist ein gut eingestellter Diabetes nicht nur wichtig, um Gefäße und Organe zu schonen, sondern auch, um bei einem eventuellen operativen Eingriff nicht besonders gefährdet zu sein. Denn Diabetiker haben bei Operationen ein deutlich höheres Risiko für Komplikationen. Früher konnten sie deshalb häufig gar nicht oder nur unter hohem Risiko operiert werden.

Heute ist das anders: Dank schonenderen Operations- und Anästhesiemethoden können alle wichtigen Eingriffe vorgenommen werden. Allerdings müssen ein paar Dinge berücksichtigt werden. Ganz wichtig ist es, während der OP den Stoffwechsel stabil zu halten, was besonders bei längeren Eingriffen kompliziert sein kann. Und generell ist eine interdisziplinäre Betreuung durch Kardiologen, Nephrologen und Intensivmediziner für Diabetiker von besonderer Bedeutung.

Wer Diabetes hört, denkt vor allem an ältere Menschen. Dabei ist es auch ein Thema für Schwangere, und sogar Kinder können bereits an Diabetes erkranken. Wir fanden es an der Zeit, einmal über Diabetes mellitus aus Sicht einer Klinik zu berichten.

In dieser Ausgabe von **impulse** informieren wir Sie außerdem über einige neue Angebote und Methoden, welche für Patienten einen echten Fortschritt in der Medizin bedeuten.

Dank einer neuen Labortechnologie beispielsweise können Erreger signifikant schneller nachgewiesen werden. Das bedeutet, es kann früher mit der richtigen Therapie begonnen werden – ein großer Vorteil für den Patienten. Und mit dem noch neuen Verfahren der Fusionsbiopsie ist die Diagnose von Prostatakarzinomen entscheidend besser geworden. Auch das SpyGlass-System und die HIPEC-Methode sind neue medizinische Verfahren, die eine erfreuliche Weiterentwicklung bedeuten, um einige Beispiele aus diesem Heft hervorzuheben.

Ein besonderes Anliegen ist es uns, auf unser Projekt „Schülergeleitete Station“ zu lenken. In den Medien wird die Pflege vor allem im Zusammenhang mit Personalmangel genannt. Was dabei völlig untergeht, ist der Wandel, der in der Pflege stattgefunden und der ein anderes Berufsverständnis hervorgebracht hat. Der Pflegeberuf ist attraktiv. Pflegekräfte sind spezialisierte Fachkräfte, deren Wissen und Können wesentlich für gelingende Medizin sind. Um ein besseres Verständnis für die Herausforderungen im Pflegealltag zu vermitteln, haben wir das Projekt „Schülergeleitete Station“ an allen Standorten eingeführt, bei dem die Schüler unserer Schule für Gesundheitsberufe für einen Tag die Verantwortung für die Patienten einer Station übernehmen – unter Supervision durch die hauptamtlichen Praxisanleiter selbstverständlich. Das Projekt erfährt viel Zuspruch, natürlich von den Schülern, die motiviert und gestärkt daraus hervorgehen, aber auch von den Patienten, die erleben, wie aktiv und umfassend die Pflegekräfte von morgen ihren Beruf erlernen.

Nun wünschen wir Ihnen viel Spaß beim Lesen. Ihre

Dr. Jörg Noetzel
Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender)

Martin Loydl
Kaufmännischer Geschäftsführer



Topthema Diabetes im Krankenhaus Seite 6



Schwangerschaftsdiabetes Seite 10



HED-I - Mehr Teilhabe für Demenzerkrankte Seite 38



Diabetikerkur im Bohnenbad
Seite 6



Diabetes ist Einstellungssache
Seite 12



Filmarray-Technologie
Seite 18



Krankenhausesen
Seite 31



Flugfeldklinikum
Seite 45

3 EDITORIAL

TOPTHEMA DIABETES

- 6 Diabetikerkur im Bohnenbad
- 10 Mit dem Verzicht auf das süße Stückle ist es nicht getan
- 12 Diabetes ist Einstellungssache
- 16 Energie tanken durch gute Ernährung

FOKUS MEDIZIN

- 14 Fusionsbiopsie – bei Verdacht auf Prostatakarzinom
- 18 Filmarray-Technologie – Kleine Kiste, großer Fortschritt

- 20 HIPEC – Tumorzellen mögen's nicht heiß
- 36 SpyGlass – Der direkte Blick in die Gallengänge
- 38 HED-I – Häusliche Ergotherapie bei Demenz
- 40 Kinderanästhesie – Wach, aber schmerzfrei
- 42 Exzellentes Transfusionsregime – Blutmanagement nach Schwabenart

IMPULSE regional

- 23 Für Sie vor Ort

Impressum

impulse

Herausgeber: Klinikverbund Südwest GmbH

Verantwortlich:

Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender):

Dr. med. Jörg Noetzel

Kaufmännischer Geschäftsführer:

Martin Loydl

Ursula Kächele, Unternehmenskommunikation

Redaktion: Edda Karnowski

Art Direktion: Freework Grafik-Design GmbH, Möglingen

Foto- und Bildbearbeitung: Egon Bässler

Anzeigen: Diana Hiesinger und Edda Karnowski

Druck: GO Druck Media GmbH & Co. KG, Kirchheim

Bildquellen: buildingSMART e. V., fotolia, Foto-Grafik-Atelier Gudrun de Maddalena, fraunhofer-Institut, iStockphoto, Klinikverbund Südwest, pixelio, Horst Streitferdt, Thinkstock, 123RF, Zimmer Germany GmbH, Marcel Zahlen

Titelbild und Leitartikel: thinkstock

impulse erscheint zwei Mal im Jahr und ist kostenlos.

Redaktionsanschrift:

Klinikverbund Südwest

Unternehmenskommunikation

Arthur-Gruber-Straße 70

71065 Sindelfingen

Tel.: 07031 98-11071

Fax: 07031 98-19071

E-Mail:

unternehmenskommunikation

@klinikverbund-suedwest.de

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verwendet die Redaktion Begriffe wie z. B. Patienten und Besucher geschlechtsneutral. Natürlich sind immer Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher gemeint.

KRANKENHAUS AKUT

- 22 Pflegesymposium 2017
- 34 Schülergeleitete Station – Heute sind wir der Boss
- 45 Flugfeldklinikum – Von der Planung bis zur Baustelle. Wie entsteht ein Krankenhaus?

GUT ZU WISSEN

- 31 Krankenhausessen – Kulinarik im Krankenhaus?

FACHZENTREN

- 48 Osteosynthesen – Ein Netzwerk für die Knochen

50 SPOTS



Unsere Produkte und Dienstleistungen

Sanitätsfachhandel

Klassische Sanitätshausartikel wie z. B. Kompressionsstrümpfe, Bandagen, Alltagshilfen ...

Orthopädietechnik & Sonderbau

Prothesen, Orthesen, Stützmitter, Silikontechnik, Sitzschalen ...

Orthopädie-Schuhtechnik

Orthopädische Schuheinlagen und Schuhe nach Maß, dynamische Fußdruckmessung, Bewegungsanalyse ...

Rehatechnik

Rollstühle, Rollatoren, Pflegebetten, Anti-Dekubitusmatratzen, Elektromobile, Kinder-Reha ...

Schlafapnoetherapie

Schlafapnoetherapiegeräte, Maskensprechstunden ...

Sauerstofftherapie

Flüssigsauerstoffgeräte, Lieferung und Befüllung von Sauerstoff-tanks, Wartung der Geräte, Einweisung in Therapiesysteme ...

Heimbeatmung

Heimbeatmungsgeräte, Inhalationsgeräte, Atemgasbefeuchter, Trachealkanülen, Absauggeräte, Pulsoximeter ...

Homecare

Schmerztherapie, Wundtherapie, Enterales Ernährung, Kontinenzversorgung ...

Vital-Zentrum Glotz

Zu Hause in Gerlingen. In Stuttgart und Böblingen für Sie vor Ort.
www.glotz.de



Diabetikerkur im Bohnenbad



Wer das Bein gebrochen hat, erhält eine Prothese, wer unter einer fortgeschrittenen Arthrose leidet, dem kann mit einer Knie-OP geholfen werden. Doch was, wenn sich im Krankenhaus herausstellt, dass der Patient zudem Diabetiker ist?

Gar nicht so selten treffen die Fachärzte im Klinikverbund auf diese komplexe Konstellation, und so hat man längst Strategien entwickelt, um dem zuckerkranken Patienten und seinen speziellen Bedürfnissen gerecht zu werden.



Sie hat ihn vor vielen Jahre als Souvenir aus dem Urlaub mitgebracht und sehr lieb gewonnen – doch in einer unvorsichtigen Sekunde wird der Orientteppich zur Stolperfalle: Beim nächtlichen Gang zur Toilette stürzt Elsbeth Lauer und kann ohne Hilfe nicht mehr aufstehen. Erst am nächsten Morgen wird die 87-Jährige von ihrer Tochter gefunden und vom Rettungsdienst ins zertifizierte Zentrum für Alterstraumatologie (ZAT) am Klinikum Sindelfingen-Böblingen gebracht. Nach Auswertung des Röntgenbildes steht fest: Frau Lauer hat sich einen Oberschenkelhalsbruch eingehandelt. Für Prof. Axel Prokop läuft ab jetzt die Uhr. Binnen eines Tages will der Chefarzt der Sindelfinger Klinik für Unfallchirurgie die Patientin operieren, denn er weiß: „Jeder verlorene Tag verdoppelt das Sterblichkeitsrisiko.“ Kurzum: Der chirurgische Eingriff besitzt oberste Priorität – vor der Behandlung aller weiteren Gebrechen.

Derer nehmen sich die Altersmediziner im Rahmen der Geriatrischen Komplexbehandlung (GKB) an, nachdem die Patientin die Operation am Bein wohlbehalten überstanden hat. Zunächst führt Dr. Karl-Michael Reinauer, Chefarzt der Klinik für Altersmedizin, eine Reihe von Tests durch und spricht mit den Angehörigen, um sich ein genaues Bild von Frau Lauer zu machen. Der Geriater stellt fest: Ausgelöst durch ihre Diabeteserkrankung leidet die 87-Jährige unter einer Vielzahl von Beeinträchtigungen. Sie hört und sieht schlecht, was den Sturz verursachte. Im Gespräch erfährt Dr. Reinauer zudem von den tagsüber anschwellenden Beinen, und die Patientin offenbart ihm: „Herr Doktor, ich spür da auch nicht mehr so viel.“ Der Geriater muss nicht lange rätseln, was das zu bedeuten hat. Die Rentnerin leidet an einer bei Diabetikern häufig auftretenden Nervenkrankung, der Polyneuropathie, die sich in verschiedentlichen Gefühlsstörungen äußert.

Bestens geschult für derlei komplexe Konstellationen steht das Geriatrieteam bereits in den Startlöchern. Pflegekräfte und Apotheker, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, der Sozialdienst und der Geriater kümmern sich in den 14 Tagen nach der Operation um die

rasche Mobilisierung von Frau Lauer. Hilfsmittel wie ein Rollator und ein Trippelrollstuhl werden organisiert, die Patientin erhält diabetikergeeignetes Schuhwerk, und im Rahmen der Sturzprophylaxe erfährt die 87-Jährige, wie sie sich trotz ihrer diabetesbedingten Sehschwäche sicher bewegen kann ohne hinzufallen. Einen sorgsamen Blick wirft das Team auch auf die Ernährung. „Wichtig ist bei älteren Patienten, dass sie überhaupt etwas zu sich nehmen. Denn das Hauptproblem ist meist, dass sie zu wenig essen und trinken“, so die Erfahrung von Dr. Reinauer. Ist der Flüssigkeitshaushalt mit ein paar Gläsern Wasser erst einmal saniert, fühlt sich Frau Lauer schon viel besser, und mit etwas hochkalorischer Astronautenkost kehrt auch die Kraft wieder zurück. „Viele blühen auf wie ein Pflänzlein“, beschreibt Prof. Prokop diese Verwandlung.



fotolia Robert Kneschke

Nun kann sich Dr. Reinauer an die Beurteilung der Zuckerwerte machen. Denn: „Oft sieht man erst dann, wenn die Patienten wieder essen, wie gravierend der Zuckerstoffwechsel gestört ist. Vorher sehen die Werte meist besser aus, als sie es in Wirklichkeit sind.“ Ist die Auswertung erstellt, beginnt die Diabetestherapie: Frau Lauers Blutzucker wird nun dreimal täglich gemessen, ebenso oft erhält sie Insulin. Das ist wichtig, erklärt Prof. Prokop, und fügt hinzu: „Patienten, die einen nicht gut eingestellten Zucker haben, neigen zu Wundheilungsstörungen und Infektionen.“ Davon hat auch Frau Lauer schon gehört, doch dass man am ZAT ganz ohne Zuckerverbote auskommt

– da staunt die Rentnerin. Dr. Reinauer erklärt dieses Vorgehen so: „Eine Ernährungsumstellung mit über 80 Jahren funktioniert nicht. Wir analysieren deshalb, was die Patientin isst und überlegen dann, wie wir es mit dem Zucker hinkriegen.“

Frau Lauer ist mittlerweile sichtlich zu Kräften gekommen. Vor der Rückkehr in den Alltag bereitet die Ambulante Geriatriische Reha (AGR) sie nun auf das selbstständige Leben zu Hause vor. Rasch hat Frau Lauer hier ein Erfolgserlebnis: Sie freut sich, dass die drei Insulinspritzen in der AGR auf eine Spritze reduziert werden können. Und sie macht noch eine weitere Entdeckung: trockene Fußbäder. Neugierig taucht sie ihre tauben Beine in ein Meer aus Bohnen und versucht, darin ein Holzstück zu ertasten. Dr. Reinauer hat beobachtet: „Die Patienten finden ihren Spaß daran und merken, dass die Polyneuropathie durch das Sensi-Training besser wird.“ Nach fünf Wochen ist es dann schließlich so weit: Die Selbstständigkeit von Frau Lauer ist wiederhergestellt, sie darf zurück nach Hause.

Die 87-Jährige hatte Glück. Ein Sturz kann bei Diabetikern auf durchaus schwerwiegendere Ursachen zurückzuführen sein, wie Dr. Uwe Helber, Chefarzt der Klinik für Kardiologie in Nagold und Herrenberg, weiß. War die Patientin beim Hinfallen bewusstlos, könnte sie aufgrund ihrer Zuckerkrankheit etwa unter einer koronaren Herzerkrankung leiden, die zu einer Herzschwäche und zu Herzrhythmusstörungen führte, was letztlich den Sturz verursachte. Sind die Herzkranzgefäße aufgrund einer Zuckererkrankung bereits über viele Jahre verengt und verschließt sich eines davon gänzlich, kann Diabetes indirekt auch Ursache für einen Herzinfarkt sein. Gerade bei Zuckerkranken mit Polyneuropathien sind derlei Infarkte tückisch: „Sie merken es oft vorher nicht, denn die Sensibilitätsstörungen kaschieren typische Symptome wie Brustschmerzen oder Engegefühle“, erläutert Dr. Helber. Die jeweils zugrunde liegende koronare Herzerkrankung kann der Kardiologe zusätzlich zu Medikamenten mit Stents oder der Herzchirurg

mit einer Bypass-Operation gut behandeln. Zudem muss ein Diabetiker mit Gefäßstörungen lebenslang Acetylsalicylsäure (auch als Aspirin oder ASS bekannt) einnehmen, um die Bildung von Gerinnseln zu verhindern. Denn wie Dr. Helber weiß, verhält es sich mit dem Blut von Zuckerkranken so: „Es ist nicht nur süßer, sondern auch klebriger. Das Thromboserisiko ist erhöht.“ Bei einer Stent-OP wird zusätzlich ein zweiter Blutgerinnungshemmer verabreicht, bis das Implantat eingewachsen ist, was jedoch wiederum das Blutungsrisiko erhöht.

Auch Dr. Joachim Quendt, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie in Leonberg, hat es in seinem Berufsalltag häufig, nämlich in zwei Dritteln aller Fälle, mit Diabetikern zu tun. „Diabetes schädigt Gefäße und Nerven“, erläutert Dr. Quendt. „So kann es zu diabetischen Durchblutungsstörungen und zur Gefühllosigkeit des Fußes kommen. Dadurch spüren die Patienten nicht mehr, wenn sie sich am Fuß verletzen.“ Schon eine kleine Wunde am diabetischen Fuß kann sich dann leicht zu einem offenen Geschwür auswachsen. In solch einem Fall prüft der Gefäßchirurg, ob eine ausreichende Durchblutung vorliegt. Ist dies nicht der Fall, kann das verengte Gefäß mit einem kleinen Ballon geweitet oder mit einer Bypass-Operation umgeleitet werden. „Führt das nicht zum Erfolg und die Zehen werden schwarz, müssen diese manchmal amputiert werden“, weiß Dr. Quendt. Im schlimmsten Fall – das kommt allerdings selten vor – verliert der Diabetiker den ganzen Fuß.

So weit muss es aber nicht kommen. Um das Risiko für derlei Komplikationen zu senken, kann ein Zuckerkranker vorbeugend einiges tun: den Blutzucker und den Blutdruck gut einstellen lassen, die Blutfettwerte senken, nicht mehr rauchen, 30 Minuten Bewegung in den Tagesablauf integrieren und die Ernährung auf mediterrane Kost umstellen. Wer dann noch darauf achtet, ausreichend zu schlafen und Stress zu vermeiden, der hat einen starken Schutzschild aufgestellt.

Nadine Dürr





Mit dem Verzicht auf das süße Stückle ist es nicht getan

Diabetes gehört zu den häufigsten Begleiterkrankungen in der Schwangerschaft. Wird der Umgang mit der Stoffwechselerkrankung zu lax gehandhabt, birgt das große Risiken für Mutter und Kind.

Großer Durst, gesteigerter Harndrang, (Haut-)Infektionen – diese Symptome weisen auf eine Diabeteserkrankung hin. Nicht so bei schwangeren Frauen, bei ihnen zeigen sich die Merkmale oft nur schwach oder gar nicht. Die Stoffwechselerkrankung bleibt somit oftmals unerkannt und

das, obwohl „Diabetes zu den häufigsten Begleiterkrankungen in der Schwangerschaft gehört“, wie Dr. Steffi Grau, Leitende Oberärztin des Fachzentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg, weiß.

Knapp fünf Prozent der schwangeren Frauen entwickeln einen Gestationsdiabetes, umgangssprachlich Schwangerschaftsdiabetes genannt. Die Gründe dafür sind vielfältig, genetische Faktoren und





Übergewicht sind zwei davon. Lag bei den Frauen das eigene Geburtsgewicht bei über 4.000 Gramm, ist das Risiko weitaus größer, dass sie eine Schwangerschaftsdiabetes entwickeln. Gleiches gilt für eine zweite Schwangerschaft, wenn das erste Kind bei der Geburt ebenfalls mehr als 4.000 Gramm auf die Waage brachte.

Die Erkrankung tritt häufig im Zeitraum zwischen der 20. und 30. Schwangerschaftswoche auf. Der Körper produziert dann eine große Menge an Plazentahormonen, die Hormone wiederum sorgen dafür, dass mehr Glukose freigesetzt wird. Kann die Bauchspeicheldrüse mit dieser Veränderung nicht Schritt halten und das für den Zuckerabbau benötigte Hormon Insulin freisetzen, steigt der Blutzuckerwert in einen kritischen Bereich.

Mittels Suchtest, seit Jahren schon Standard in der Vorsorge, wird der Schwangerschaftsdiabetes nachgewiesen. Dieser sollte unbedingt behandelt werden. Denn neben den üblichen Langzeitfolgen für die Mutter – sie entwickelt später einen Diabetes Typ 2, wobei es zu Gefäß-, Augen- und Nierenschädigungen kommt – kann der unbehandelte Diabetes vor allem für das ungeborene Kind sehr gefährlich werden. „Fehlbildungen beim Fötus oder Entwicklungsverzögerung

bei lebenswichtigen Organen sind möglich und das Risiko einer Fehlgeburt ist um ein Vielfaches größer“, zählt Dr. Joachim Mayer, ebenfalls Leitender Oberarzt der Böblinger Geburtshilfe, einige der Risiken auf. Durch den unbehandelten Diabetes nimmt die Menge des Fruchtwassers zu, der Muttermund kann sich frühzeitig öffnen oder es kommt weit vor dem eigentlichen Geburtstermin zu einem Blasensprung. „Aufgrund des hohen Zuckergehalts wachsen die Kinder sehr schnell, was eine natürliche vaginale Geburt fast unmöglich macht“, nennt Dr. Grau einen weiteren negativen Nebeneffekt. Darüber hinaus bewirkt der überhöhte Zuckergehalt eine Eindickung des Blutes, dessen Fließeigenschaften werden verschlechtert. Für die Mütter erhöht sich das Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt, den Kindern droht eine Unterversorgung, die durchaus tödliche Folgen für das Ungeborene haben kann.

Um die Risiken zu minimieren, braucht es einen gut eingestellten Blutzuckerwert. In erster Linie sind hier die Mütter gefordert, denn „in der Hälfte der Fälle ist eine Ernährungsumstellung ausreichend“, so die Erfahrung von Dr. Grau. Allerdings ist es mit dem Verzicht auf das berühmte süße Stückle nicht getan. Nur durch das Einhalten einer fettarmen und ballaststoffreichen Diät bleiben die Zuckerwerte im

gewünschten Bereich, Sport verstärkt diesen Effekt. Erst wenn die Kombination aus Diät und Bewegung nicht ausreicht, ist eine Insulintherapie unumgänglich.

In allen Fällen stehen Diabetesberater den Schwangeren zur Seite, darüber hinaus finden die betroffenen Frauen in der Böblinger Geburtshilfe Ansprechpartner. Hier sollten sich die Frauen möglichst früh vorstellen, sodass durch eine engmaschige Kontrolle rechtzeitig auf die Verschlechterung der Blutzuckerwerte reagiert werden kann.

Bei schwangeren insulinpflichtigen Frauen wird die Geburt spätestens zum errechneten Geburtstermin eingeleitet. Zudem wird die Entbindung in einem Perinatalzentrum, einer Geburtsklinik mit direkt angeschlossener Kinderklinik, empfohlen. „Die Neugeborenen sind nach der Geburt oft im Unterzucker, und so können wir sie besser auffangen“, begründet Dr. Mayer diesen Schritt.

In vielen Fällen pendelt sich der Blutzuckerspiegel der Frauen sechs bis acht Wochen nach der Geburt wieder im Normbereich ein. Da sich jedoch der Schwangerschaftsdiabetes mitunter auch zu einem Diabetes vom Typ 2 entwickelt, sind regelmäßige Nachkontrollen ratsam.

Sabine Haarer



Diabetes ist Einstellungssache

Sie sind drei, neun und elf Jahre alt und alle drei haben etwas gemeinsam: Sie wurden im Abstand von wenigen Tagen in die Böblinger Kinderklinik eingeliefert und haben die gleiche Diagnose bekommen: Diabetes.



Wie bei den Erwachsenen hat sich auch bei den drei Kindern die Stoffwechselkrankheit durch ganz bestimmte Symptome bemerkbar gemacht: „Sie hatten großen Durst, mussten oft auf die Toilette, waren apathisch“, zählt Dr. Lutz Feldhahn, ab 1. Juli dieses Jahres geschäftsführender Chefarzt der Böblinger Kinderklinik, einige der Symptome auf. Dazu war bei ihnen innerhalb weniger Wochen ein großer Gewichtsverlust zu beobachten, was bei Kindern keinesfalls normal ist. Zwar kann man dem Typ-2-Diabetes aktiv vorbeugen, indem man sich gesund ernährt, Sport treibt und auf diese Weise Übergewicht frühzeitig einen Riegel vorschiebt. Doch bei Diabetes vom Typ 1 ist der Auslöser unklar. „Ob das Kind ab und zu ein Schokolädle isst oder nicht, hat damit überhaupt nichts zu tun“, räumt Dr. Feldhahn mit einem Vorurteil auf, und er wird noch deutlicher: „Keiner kann etwas dafür, wenn er krank wird.“

Fakt ist aber, dass immer mehr Kinder an Diabetes erkranken. Vor allem im Alter zwischen drei und sechs Jahren oder aber dann, wenn die Kinder in die Pubertät kommen, tritt Diabetes zutage. Anders als bei den Ursachen kann der Patient sein Leben und den Umgang mit der Autoimmunkrankheit maßgeblich beeinflussen. „Diabetes ist Einstellungssache“, sagt Dr. Feldhahn und wählt ganz bewusst die zweideutige Formulierung. Nicht nur die Zuckerwerte müssen stimmen, Diabetes ist vor allem Kopfsache. „Es gehört eine gehörige Portion Disziplin und Genauigkeit dazu“, weiß Dr. Feldhahn aus langjähriger Erfahrung. „Doch wer verinnerlicht hat, dass eine gute Therapie das A und O ist, kann uralt werden und gut durchs Leben gehen.“

Die Grundlagen dazu werden unmittelbar nach der Diagnose geschaffen, noch in der Böblinger Kinderklinik, denn tritt Diabetes bei Kindern auf, ist eine stationäre Aufnahme notwendig. „Oft wird der Diabetes erst festgestellt, wenn er entgleist“, sagt der Leitende Oberarzt. Die Kinder sind meist dehydriert und infolgedessen übersäuert; mit Infusionen muss der Wasserhaushalt wieder ins Lot gebracht werden. Parallel wird mit der Insulinabgabe begonnen und nach und nach die Dosierung erhöht. Für die stationäre Aufnahme der neu erkrankten Diabeteskinder spricht

noch ein weiterer Grund: „Es ist wichtig, dass die Kinder frühzeitig lernen, mit ihrer Erkrankung richtig umzugehen“, erklärt Tanja Schwer, Kinderkrankenschwester und Diabetesberaterin. Das Piksen und das Messen des Blutzuckerwertes, das Abwiegen der Mahlzeiten, das Umrech-



nen der Kohlenhydrate in Broteinheiten, das Berechnen der Insulinmenge – all das muss zur Selbstverständlichkeit werden. Für die Patienten, aber auch für ihre Eltern, die vor allem dann gefordert sind, wenn die Kinder bei der Erstmanifestation im Kleinkindalter sind. „Viele sind zunächst schockiert und überfordert“, hat Tanja Schwer immer wieder beobachtet,

und sie kann das nachfühlen. Welcher Dreijährige lässt sich schon gerne piksen oder gar spritzen und das dann auch noch mehrmals am Tag? Ein Kampf für die Eltern. Dazu muss der Familienalltag komplett umgekrempelt, das Umfeld entsprechend angeleitet werden. Die passende Starthilfe dazu bekommen Kinder und Eltern im Böblinger Krankenhaus: In den ersten Tagen sind Diabetesberaterin Tanja Schwer oder die speziell geschulten Pflegekräfte bei jeder Mahlzeit an der Seite der Patienten, dann geht es zu Trainingszwecken zum Mittagessen-Kochen auch einmal alleine nach Hause. „In der Regel dauert es zwei

bis vier Wochen, bis sich alles eingespielt hat“, sagt Tanja Schwer. Was aber nicht heißt, dass die Familien danach auf sich allein gestellt sind, ganz im Gegenteil: Bis zur Volljährigkeit werden die jungen Diabetespatienten engmaschig betreut. Alle drei Monate werden ihre Werte überprüft, vor allem dem gezuckerten Hämoglobinwert gilt dabei die Aufmerksamkeit. Per Mail hält Tanja Schwer Kontakt zu den Eltern und ist jederzeit bei Fragen und Problemen ansprechbar. Für die Kinder und Jugendlichen werden regelmäßig Fortbildungen und Schulungen angeboten, die Themen dazu sind ebenso vielschichtig wie die

Herausforderungen, denen man sich als Zuckerkranker stellen muss: Die Dosisanpassung beim Sport, die Insulininjektion in den Bauch oder auch das Zusammenspiel von Diabetes und Alkohol werden angesprochen. Bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten stehen der Austausch und das Kennenlernen mit Gleichaltrigen im Vordergrund. „Es ist, wie es ist, aber wir machen das Beste daraus“ – diese Grundhaltung möchte man den Kindern und Jugendlichen dabei vermitteln. Denn wie Dr. Feldhahn sagt: „Diabetes ist Einstellungssache.“

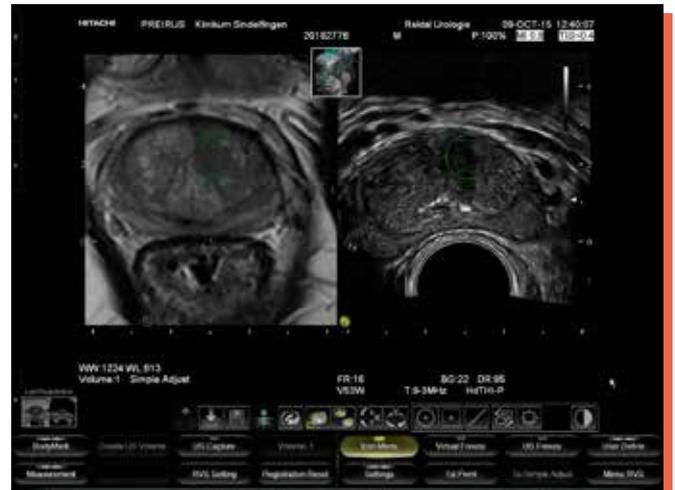
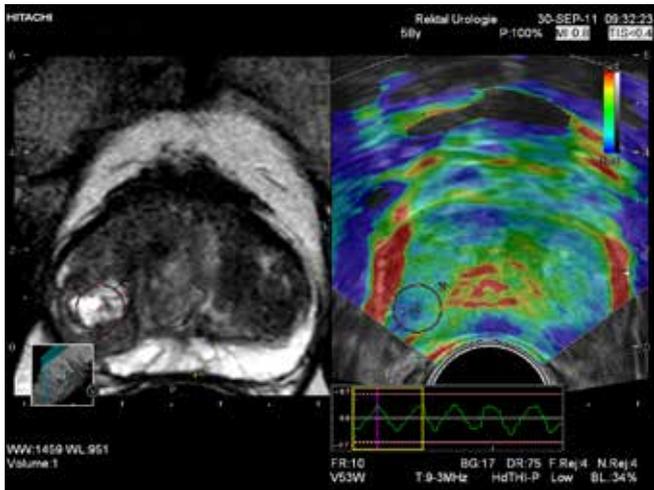
Sabine Haarer

GANZ PRÄZISE

Ein erhöhter PSA-Wert oder ein auffälliger Tastbefund sind Indizien für ein Prostatakarzinom, weshalb das Gewebe untersucht werden muss. Doch nicht immer bringt die Gewebeentnahme (Biopsie) die gewünschte Klarheit, weitere werden notwendig. Mit der sogenannten Fusionsbiopsie, einem noch neuen Verfahren, ist die Aufklärungsquote entscheidend gestiegen.

PSA-Wert. Dieser Begriff fällt immer, wenn es um das Thema Prostatakrebs geht. PSA ist die Abkürzung für prostataspezifisches Antigen. In einem ersten Schritt für die Früherkennung eines Tumors wird dieser Wert gemessen. Ist er erhöht, kann Prostatakrebs vorliegen – das muss aber nicht sein. Bei einem niedrigen PSA-Wert kann auch eine Erkrankung bestehen.

Ein erhöhter Wert, kombiniert mit dem Tastbefund eines Urologen, dient jedoch als Basis für weitere Maßnahmen. Prostatakrebs gilt bei Männern als die am häufigsten auftretende Krebserkrankung: 26 Prozent aller Tumore entfallen auf die Vorsteherdrüse. Rechtzeitig und in einem lokal begrenzten Stadium entdeckt, ist diese Erkrankung gut heilbar.



Besteht also ein Verdacht auf ein Prostatakarzinom, wird eine ultraschallgesteuerte Gewebentnahme, eine Biopsie, durchgeführt. „Dabei werden über die Prostata verteilt zwölf Gewebeprobe entnommen, die eine Länge von 15 Millimeter und eine Breite von drei Millimeter haben“, erklärt Prof. Dr. Thomas Knoll, Chefarzt der Urologischen Klinik Sindelfingen am Klinikum Sindelfingen-Böblingen des Klinikverbundes Südwest. Die Schwierigkeit ist, dass sich im Ultraschallbild tumorbefallenes Gewebe mitunter nicht von gesundem Gewebe unterscheidet. Die Gewebeprobe können daher gutartig sein, obwohl ein Prostatakrebs vorliegt, der in der Biopsie jedoch nicht erfasst wurde.

In diesen Fällen wird bei weiter ansteigendem PSA eine sogenannte Fusionsbiopsie als Maßnahme empfohlen; mit ihr lassen sich Karzinome signifikant genauer erkennen und sie ermöglicht damit eine zielgerichtete Therapie. In der Sindelfinger Urologie des Klinikverbundes Südwest wird diese Methode seit einem Jahr angewandt.

In einem ersten Schritt wird von einem Radiologen eine spezielle Kernspintomografie durchgeführt, multiparametrische MRT genannt. „Radiologen und Urologen arbeiten Hand in Hand. Gemeinsam werden die Aufnahmen angeschaut, verdächtige Bereiche werden gekennzeichnet“, erklärt Prof. Knoll. Durch diese

Untersuchung können Tumore besser erkannt und deren Aggressivität besser eingeschätzt werden. Prof. Knoll: „Es ist entscheidend, die aggressiven Tumore zu erkennen, bevor sie streuen.“

Auf die Kernspintomografie folgt dann die eigentliche Fusionsbiopsie. Die Aufnahme aus der Kernspintomografie wird mittels einer Software in das Livebild des Ultraschalls eingespielt, die Bilder werden fusioniert. „Die Überlagerung der beiden Bilder ermöglicht es uns, gezielt bei der Biopsie Areale in der Prostata auszumachen und anzusteuern, bei denen der Verdacht auf einen Tumor besteht“, erläutert Prof. Knoll, „wir erhalten dadurch eine signifikant bessere Quote.“

Ist ein Tumor einmal diagnostiziert, gibt es verschiedene Behandlungsmethoden: Er muss rasch entfernt oder er kann von innen bzw. außen bestrahlt werden; eine dritte Möglichkeit ist das aktive Zuwarten. „Das ist bei Patienten mit einem weniger aggressiven Tumor möglich“, erklärt Prof. Knoll. „Bei diesen Patienten werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchgeführt.“

Bilder oben: In beiden Aufnahmen zeigt die rechte Bildhälfte das MRT-Bild mit markiertem Krebsverdächtigem Areal, während links das Ultraschallbild nach der Fusion ebenfalls mit dem markierten Areal zu sehen ist, aus dem dann gezielt ultraschallgesteuert die Proben entnommen werden können

Thomas Oberdorfer



Gute Ernährung ist für onkologische Patienten eine ebenso wichtige wie schwierige Angelegenheit. Kommt eine Diabeteserkrankung hinzu, wird die Sache noch kniffliger. Deshalb arbeiten Ärzte und Ernährungsexperten im Verbund in solchen Fällen eng zusammen.

Wenn ein Mensch an Diabetes erkrankt, steckt manchmal auch etwas noch Ernsteres dahinter. Die Stoffwechselerkrankung kann durch Tumoren an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) ausgelöst werden. Sie kann auch als Folge der Tumorbehandlung auftreten, etwa, wenn ein Großteil der Pankreas operativ entfernt wurde. Hämatologische Erkrankungen, die dauerhafte Cortisongaben

erfordern, können ebenfalls Diabetes mellitus nach sich ziehen. Wo auch immer die Ursachen liegen, die Kombination stellt für die Behandlung eine ziemliche Herausforderung dar. Bei beiden Erkrankungen spielt die Ernährung eine wesentliche Rolle, bei einer Tumorerkrankung besteht zusätzlich die Gefahr der Mangelernährung. Nicht selten erschweren zudem Wechselwirkungen die Therapie.

Am Klinikum Sindelfingen-Böblingen kümmern sich Dr. Axel Ohmenhäuser, Oberarzt der internistischen und onkologischen Station, und Ernährungsberaterin Silke Weidemeyer in enger Absprache um diese Patienten. Sie arbeiten bereits ab der Diagnosestellung zusammen und passen die Ernährung der Patienten stetig deren aktuellem Gesundheitszustand an. Die Kooperation, die im stationären

Bereich schon länger besteht, wird derzeit auch für die ambulante Begleitung der Patienten aufgebaut.

Die Therapie richtet sich vor allem nach der onkologischen Prognose. Man versucht, den Blutzucker mit Tabletten oder Insulingaben so zu regulieren und zu stabilisieren, dass Entgleisungen wie Über- und Unterzucker vermieden werden können. Besonders bei rasch voranschreitenden bösartigen Tumoren ist das allerdings oft schwierig, da die Nahrungsaufnahme je nach Allgemeinzustand stark schwanken kann, was wiederum die Wirkung der Diabetesmedikamente schwer einschätzbar macht. Schwierig wird es auch, wenn die Ernährung ganz oder teilweise über Infusionen, Sonde oder Port erfolgt. Außerdem werden nicht selten im Lauf der Behandlung Antidiabetika und Insulin aufgrund der stetigen Gewichtsabnahme abgesetzt. Zielsetzung und Fokus der Diabetestherapie liegen in diesen Fällen auf Symptomfreiheit, daher nimmt man etwas höhere Blutzuckerwerte als üblich in Kauf.

Das Hauptziel der Ernährungsmedizin ist es, der bei Tumorpatienten häufig auftretenden Mangelernährung, die durch den veränderten Stoffwechsel, Durchfälle, Übelkeit, Schmerzen, Geschmacksveränderungen und Appetitverlust bedingt ist, entgegenzuwirken.

Dabei ist vor allem eine energie- und nährstoffreiche Kost mit einem hohen Anteil an günstigen Fetten und wertvollem Eiweiß angesagt. „Prinzipiell sollen Tumorpatienten einen deutlich höheren Anteil an Kalorien über Fett aufnehmen. Statt der normalerweise empfohlenen 30 Prozent dürfen sie 50 Prozent ihrer Kalorien über Fett beziehen. Denn Tumorzellen ernähren sich überwiegend von Kohlehydraten und Glukose, während Fett den gesunden Zellen des Patienten zugutekommt“, erklärt Dr. Ohmenhäuser. Gar nichts hält der Onkologe, Internist und Ernährungsmediziner dagegen von Diätempfehlungen, die Tumorpatienten dazu auffordern, Kohlehydrate zu sparen, um damit die Krebszellen „auszuhungern“. „Das funktioniert leider nicht, da der Blutzuckerspiegel aufrechterhalten werden muss. Führt man keine Kohlehydrate zu, holt der Körper sie sich aus den Muskeln. Der Patient wird dadurch geschwächt, baut schneller ab und verliert Gewicht. Eine Krebsdiät gibt es leider nicht.“

Grundsätzlich gelten für Tumorpatienten dieselben Ernährungsempfehlungen wie auch bei gesunden Menschen, eben mit besonderer Betonung auf hochwertige Fette und Eiweiß. Ziel ist es, die gesunde Zell- und Muskelmasse

nach Möglichkeit zu erhalten und zu stärken. Dafür ist eine frühe und konsequente ernährungsmedizinische Begleitung unabdingbar, Patienten erhalten individuell auf sie abgestimmte Schulungen. „Wir zeigen den Patienten Möglichkeiten auf, wie sie ihre Nahrung anreichern können – mit Eiweißpulvern, günstigen Ölen wie zum Beispiel Leinöl oder Olivenöl, sowie fetten Fischen, Nüssen, Butter, Schmalz und der richtigen Trinkzusatznahrung“, erklärt Silke Weidemeyer. Die deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) hat zur Unterstützung ein Stufenschema entwickelt, das in sieben Stufen die Ernährung von Normalkost mit und ohne Zusätze, wie etwa der als „Astronautenkost“ bekannten energiereichen Trinkzusatznahrung, über verschiedene Mischformen bis hin zur völligen künstlichen Ernährung festlegt.

Jutta Krause



Kleine Kiste, großer Fortschritt



Bei Verdacht auf Hirnhautentzündung oder Gehirnentzündung: Eine neue Labortechnik ermöglicht schnellste Diagnose und gezielte Therapie.

Kaum größer als eine Schuhschachtel ist ein neues Analysegerät, das im Zentrallabor des Klinikverbundes Südwest neben einem Computer steht. Und doch bedeutet es einen Quantensprung – für Erwachsene und vor allem für Kinder, die mit Verdacht auf Hirnhautentzündung (Meningitis) oder Gehirnentzündung (Enzephalitis) in die Kliniken kommen. Solche Patienten sind immer kritische Fälle: Gerade bei einer Meningitis geht es um Zeit, die Infektion kann tödlich sein; rund 170.000 Menschen sterben weltweit jedes Jahr daran.

Die Patienten kommen mit diffusen grippeähnlichen Beschwerden in die Notaufnahme. Besonders oft sind es Kinder. Das neue Gerät braucht etwa eineinhalb Stunden, um zu klären, ob es wirklich um eine der beiden hochgefährlichen Krankheiten geht. Und auch, welcher Erreger dahintersteckt: Das können verschiedene Bakterien, Viren oder Pilze sein. Dank der präzisen Analyse können Ärzte sofort die richtigen Medikamente geben.

Das war bisher nicht so. Denn Entzündungen im Gehirn machen es Ärzten schwer: Eine sichere Diagnose ist nur über die Untersuchung von Liquor möglich, jener Flüssigkeit, die Gehirn und Rückenmark umgibt. Das dauerte und war kompliziert. Mit einer Punktion am Rücken entnimmt man Liquor – kleinste Mengen, erklärt Chefarzt Dr. Thilo Rünz, Leiter des Zentrallabors. Vier bis fünf Milliliter bei Erwachsenen, bei Kindern ist es nur ein Fünftel. Die winzigen Flüssigkeitsmengen wurden bislang in Laborkulturen analysiert, die bis zu 48 Stunden dauerten. Eine sehr lange Wartezeit, in der Ärzte den Patienten sicherheitshalber oft schon hochdosiert Antibiotika und antivirale Medikamente gaben.

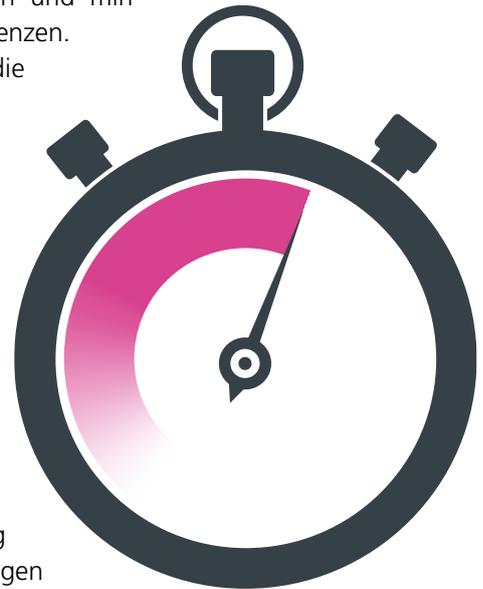
Die neue Filmarray-Technologie liefert aus vier Tropfen Liquor die Ergebnisse nach exakt 70 Minuten. Denn dieses Gerät muss nicht

abwarten, bis Keime durch Wachstum auf einer Agarplatte nachweisbar sind. Es liefert vielmehr einen Gennachweis der Erreger und ihrer Abbauprodukte.

Für kleine wie große Patienten bringt diese Zeitersparnis enorme Vorteile. Wenn sofort die optimalen Medikamente gegeben werden, sinkt die Belastung für den Körper, man vermeidet Nebenwirkungen und mindert das Risiko für Resistenzen. Auch die Menschen, die mit dem Kranken zu tun hatten, profitieren: Angehörige und das Klinikteam erfahren schnell, ob sie vorbeugend Antibiotika nehmen müssen.

Zudem ist die Maschine treffsicher und arbeitet sehr differenziert. Die Messung spürt auch geringe Mengen der Erreger auf. Und sie untersucht alle infrage kommenden Keime im ersten Durchgang, sodass keine zusätzlichen Tests nötig werden. Weiterer Vorteil: Hat ein Patient zuvor bereits Antibiotika genommen, wurden Erreger teilweise abgetötet oder von Abwehrzellen aufgenommen. Ein klassischer Nachweis funktioniert dann häufig nicht mehr. Die Genanalyse findet die Keime trotzdem.

Im März 2016 hat Chefarzt Rünz die neue Technologie auf einem Kongress kennengelernt. Gleich nach seiner Rückkehr aus Amsterdam warb er dafür, ein solches Gerät nach Sindelfingen zu holen. Seit April 2016 ist die Anlage tatsächlich da. Das gesamte medizinisch-technische Team wurde daran geschult, damit Untersuchungen rund um die Uhr möglich sind. Etwa 100 Analysen hat das Gerät inzwischen hinter sich und somit 100 Mal die so wichtige Klarheit gebracht.





Bei der HIPEC-Methode wird eine chemotherapeutische Substanz erwärmt und direkt im Bauchraum verteilt. Dank der hyperthermen Tumorbehandlung können Bauchfellmetastasen behandelt werden, die bis vor wenigen Jahren noch als unheilbar galten.

Tumorzellen mögen's nicht heiß

Das Risiko ist hoch, leider: Wer einen Tumor im Bauchraum hat, sei es im Darm, im Magen, in der Bauchspeicheldrüse oder in den Eierstöcken, der hat oft auch mit Bauchfellmetastasen zu kämpfen. „Die Zellen des Primärtumors werden über die Blut- oder Lymphbahnen angeschwemmt und siedeln sich in der Folge im Bauchfell an“, erklärt Prof. Dr. Stefan Rolf Benz aus langjähriger Erfahrung. Und der Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie im Klinikum

Sindelfingen-Böblingen bestätigt, dass eben diese Bauchfellmetastasen noch bis vor ein paar Jahren als unheilbar galten. Da die Medikamente das Bauchfell nur schwer durchdringen können, zeigt eine herkömmliche Chemotherapie wenig Wirkung und auch chirurgisch konnten die Tochtergeschwulste nicht entfernt werden. Zu groß und aufwändig war der Eingriff, vor allem die Anästhesie stieß dabei an ihre Grenzen. Das hat sich im Laufe der Jahre geändert; dank der Fortschritte in der Narkosemedizin und dank wissenschaftlicher Erkenntnisse können nun auch Bauchfellmetastasen wirkungsvoll behandelt werden. Dies geschieht mittels der Peritonektomie mit HIPEC, darunter versteht man die chirurgische Entfernung des Bauchfells (Peritoneum) und die daran anschließende sogenannte hypertherme intraperitoneale Chemotherapie. Ein Verfahren, das zwar längst nicht zum Standard, aber natürlich zum Portfolio des Darmkrebszentrums im Klinikum Sindelfingen-Böblingen gehört.

„Wir wenden HIPEC an, wenn sich aufgrund einer Darmkrebserkrankung Metastasen im Bauchfell gebildet haben“, sagt Prof. Dr. Benz. „Studien zeigen, dass der Eingriff in diesen Fällen die größte Wirkung zeigt.“ Vorausgesetzt, es haben sich nur einzelne, wenige Geschwulste im Bauchfell gebildet und der Dünndarm ist durch den Primärtumor nicht oder nur wenig befallen, dann kann die große und aufwändige Operation durchgeführt werden. Dabei wird in einem ersten Schritt der Bauchraum geöffnet und alle befallenen Areale des Bauchfells chirurgisch entfernt. Eine diffizile Aufgabe, da die Metastasen oft sehr klein sind. Sind sie bereits mit den Organen verwachsen, müssen auch Teile der Leber, des Magens, des Dünndarmes oder Dickdarms entfernt werden. Mit dem operativen Entfernen der Bauchfellmetastasen ist der Eingriff längst nicht beendet. Ist der Bauchraum wieder geschlossen, folgt die HIPEC. Dabei wird ein Chemotherapeutikum direkt in den Bauchraum gespült. Mithilfe einer Pumpe, ähnlich einer Herz-Lungen-Maschine, zirkuliert es eineinhalb Stunden lang im Bauchraum, bevor es wieder ausgeleitet wird. Durch die Abgabe direkt vor Ort, man spricht auch

von einer regionalen Chemotherapie, kann eine wesentlich höhere Medikamentendosis verabreicht werden und dennoch hat der Patient weniger unter Nebenwirkungen zu leiden als bei einer systemischen Behandlung. Die Spüllösung wird auf knapp 42 °C erwärmt, ein zentraler Aspekt der HIPEC-Methode: „Durch die Wärme breitet sich das Chemotherapeutikum besser aus“, nennt Prof. Dr. Benz einen Vorteil der hyperthermen Tumorbehandlung. Ein weiterer Pluspunkt: „Tumore reagieren empfindlich auf Wärme.“

Die Wirkung der Peritonektomie mit HIPEC lässt sich anschaulich an Zahlen festmachen. „Für 30 Prozent der behandelten Patienten ergibt sich mit dem Eingriff die Chance, weitere fünf Jahre zu leben“, sagt der Chefarzt der Böblinger Chirurgie. Früher hatten Patienten mit Bauchfellmetastasen überhaupt keine Überlebenschance.

Als eines der führenden Darmkrebszentren in Deutschland bietet das Böblinger Zentrum die Operation seit inzwischen zwei Jahren an. Keine Selbstverständlichkeit, wie Prof. Dr. Benz betont: „Es handelt sich um einen Eingriff, bei dem das ganze Team während und auch nach der Operation ganz besonders ein Auge auf den Patienten haben muss, und für den sowohl die Pflegekräfte auf den Stationen wie auch die Mitarbeiter der hauseigenen Apotheke speziell geschult sein müssen.“ Nur im interdisziplinären Zusammenspiel haben Patienten, die an Bauchfellmetastasen leiden, nun eine Chance auf Heilung.

Sabine Haarer



PFLEGESYMPOSIUM 2017

In den Kliniken Sindelfingen fand das erste Pflegesymposium im Klinikverbund Südwest statt.



Während in den Medien meist nur vom Fachkräftemangel gesprochen wird, wenn es um Pflege geht, bleiben die Veränderungen des Berufsbildes oft unbenannt. Dabei haben sich Arbeitsrhythmus und Anforderungen im Pflegealltag stark verändert. Die aktuellen Herausforderungen wie zum Beispiel der Anstieg von Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit erfordern eine Neugestaltung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche – gerade in der Pflege.



Wie kann Pflege auch in Zukunft qualitativ hochwertig erfüllt werden? Und wie geht es den Pflegekräften dabei? Im Klinikverbund Südwest will man nicht nur auf die Veränderungen reagieren, sondern das vorhandene reiche Fachwissen und die umfangreiche Berufserfahrung der eigenen Pflegekräfte nutzen, um Antworten auf drängende Fragen zu finden. So wurde das erste Pflegesymposium ins Leben gerufen – fast 100 Pflegekräfte aus allen Standorten des Klinikverbundes folgten der Einladung.



Medizinischer Geschäftsführer Dr. Jörg Noetzel (ganz oben)
Pflegedirektor Joachim Erhardt (oben),
Prof. Michael Löhr, Fachhochschule Bielefeld (unten)

„Visionen weit über den Tellerrand hinaus entwickeln, Einblicke in die Akademisierung der grundständigen Pflege geben, diskutieren und fachsimpeln über aktuelle Themen der Pflege, kollegialer Austausch über die Standortgrenzen hinweg“, so beschreibt Joachim Erhardt, seines Zeichens Pflegedirektor im Klinikverbund Südwest, die Ziele dieses ersten Symposiums. „Wir haben dafür zwei Referenten eingeladen: Prof. Margrit Ebinger von der Dualen Hochschule Stuttgart informierte uns über den Studiengang Pflege. Prof. Michael Löhr von der Fachhochschule Bielefeld lud dazu ein, eine Vorstellung, wie die Zukunft in der Pflege aussehen könnte, zu entwickeln. Als Ausgangsbasis dafür dient die Fragestellung nach den Auswirkungen einer Erkrankung und deren Symptome auf die Alltagsbewältigung

des Patienten. Aus den Einschränkungen und Fähigkeiten des Patienten ergibt sich der individuelle Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Denn darum geht es schlussendlich: für den Patienten die bestmögliche Pflege zu erbringen.“

Die aktuellen Ansätze, mit denen dem Fachkräftemangel begegnet werden könnte, wurden hingegen in Fachforen diskutiert:

Im Klinikverbund Südwest wurden im vergangenen Jahr ca. 76.000 Menschen stationär und mehr als 303.000 Menschen ambulant von 2.100 Mitarbeitern des Pflege- und Funktionsdienstes (1.335 Vollkräftestellen) versorgt, betreut und gepflegt.

- Sinnhaftigkeit und Machbarkeit von Rotation, welche Voraussetzungen sind für ein Gelingen nötig?
- Wie können Pflegekräfte gewonnen werden, wenn am Arbeitsmarkt keine freien Pflegekräfte mehr zu finden sind? Stichwort „Mitarbeiter aus anderen Ländern“
- Wie kann Pflege in den nächsten zehn Jahren die Ziele exzellente Patientenergebnisse, hohe Berufszufriedenheit bei den Pflegenden, offene Kommunikation erreichen?
- Welche Ziele und welchen Nutzen hat eine akademische Pflegeausbildung?

Das Pflegesymposium ist ein auf die Zukunft angelegtes Forum der Geschäftsführung und der Pflegedirektion, in dem der kollegiale fachliche Austausch kultiviert wird. Zusammen mit dem umfangreichen Bildungsangebot im Klinikverbund Südwest trägt es dazu bei, die Patientenversorgung auf hohem medizinisch-pflegerischen Niveau sicherzustellen sowie die Mitarbeiter und Führungskräfte dabei zu unterstützen, ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln.

Der große Erfolg der Veranstaltung zeigt, wie sinnvoll es ist, auch im kommenden Jahr ein solches Forum anzubieten und daraus eine feste Größe im Fort- und Weiterbildungsplan zu machen.

Redaktion

50 Jahre Böblinger Krankenhaus



1967 wurde das Böblinger Krankenhaus auf der Waldburg eingeweiht, denn das alte Haus am Maienplatz geriet wegen der wachsenden Bevölkerungszahlen an seine Grenzen.

Tag
der offenen Tür
am
18. Nov. 2017

Das Kreiskrankenhaus bot zunächst rund 500 Betten und vier Abteilungen – die Innere, die Chirurgie und eine Frauen- und Kinderklinik. „In den 1960er-Jahren gab es noch keine Intensivstation, und der Chirurg hat selbst die Narkose übernommen. Der Arzt hat auch von Hand geröntgt“, erzählt Prof. Dr. Hans-Georg Leser, Chefarzt der Medizinischen Klinik IV Gastroenterologie/Onkologie und Ärztlicher Direktor am Klinikum Sindelfingen-Böblingen. Er ist seit 1994 in Böblingen tätig und kennt sich mit der Klinikgeschichte aus. Wer ins Krankenhaus

kam, wurde erst einmal lange Zeit ins Bett gesteckt. Anders als heute: „Die Klinik ist nicht mehr Hort der stationären Medizin, es gibt Sprechstunden, ambulante Betreuung und Tageskliniken.“

Der medizinische Fortschritt hat vieles verändert: „Die Entwicklung verlief in Schüben“, hält der Chefarzt fest. In den 1970er-Jahren brachte Prof. Dr. Gerhard Rettenmaier das erste Ultraschallgerät an das Haus, ein Meilenstein. „Da sind Heerscharen von Mediziner



50 Jahre Böblinger Krankenhaus
Seite A



Wohltuende Therapie
Seite C



Erste Hilfe für die Seele
Seite E



Medizin für Sie
Seite F



Die guten Geister
Seite H



gekommen, die den Umgang mit Ultraschall lernen wollten“, erzählt Prof. Leser. Und in der Chirurgie ersetzte die Schlüssellochtechnik zunehmend offene Operationen. 1985 entfernte Prof. Dr. Erich Mühe, damals Chefarzt für Allgemeinchirurgie in Böblingen, als erster Chirurg der Welt laparoskopisch eine Gallenblase. „Das war damals eine Sensation“, so Leser. 1985 war auch das Jahr, in dem ein Computertomograf ins Haus kam. „IBM hat ihn gespendet“, sagt Leser. In den 1980er- und 1990er-Jahren entwickelte sich außerdem die Endoskopie.

Im Laufe der Jahre differenzierten sich zudem die medizinischen Fächer aus: 1972 entstand eine Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Die Bauchchirurgie trennte sich von der Unfallchirurgie und die Frauenheilkunde von der Geburtshilfe; mit der Kinderklinik bildet Letztere in Böblingen seit 1992 das Perinatalzentrum. „Die Kinderklinik war und ist ein Aushängeschild“, meint Prof. Leser. Ab 1997 besaß Böblingen auch eine Geriatrische Rehabilitationsklinik auf dem Klinikgelände. Sie rechnete sich jedoch nicht. Dafür zog dort 2013 eine Dependence des Calwer Zentrums für Psychiatrie ein. Auch die Radiologie und Nuklearmedizin erlebten einen Entwicklungsschub – und ermöglichten schonendere Krebstherapien. Inzwischen gibt es in Böblingen drei zertifizierte Zentren für Darm-, Brust- und Bauchspeicheldrüsenkrebs; diese kooperieren mit der Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie gegenüber der Klinik und mit dem Medizinischen Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen Pathologie, Radiologie und Onkologie.

Die Böblinger Krankenhausgeschichte war lange durch die Konkurrenz mit der Städtischen Klinik Sindelfingen geprägt: „Manche Patienten gingen lieber nach Stuttgart oder Tübingen, als sich im anderen Haus behandeln zu lassen“, schildert Leser die Situation. Da grenzt es an ein Wunder, dass es 2006 gelang, die beiden Kliniken zusammenzuschließen und sogar einen Klinikverbund zu schaffen. Dies kombinierte man mit der Sanierung des Böblinger Krankenhauses. Damals wurden zum Beispiel Zweibettzimmer errichtet und der Kreißaal wurde an die Neugeborenen-Intensivstation angedockt.

Interdisziplinarität und Digitalisierung charakterisieren das 21. Jahrhundert in der Klinik. Das wirkt sich etwa in Tumorkonferenzen bei Krebstherapien aus, in denen mehrere Fächer kooperieren. Als nächster Entwicklungsschritt in der Krankenhausgeschichte steht nun der Bau eines gemeinsamen Klinikums auf dem Flugfeld an (mehr dazu auf Seite 45): „Es wird Hochleistungsmedizin bieten, die sich ökonomisch trägt“, erklärt der Ärztliche Direktor. Eine Mischkalkulation zwischen finanziell lukrativen und defizitären Bereichen ermöglicht es, dass der Klinikverbund Südwest in der öffentlichen Hand bleiben kann.

Anne Abelein



Wohltuende Therapie

**Im Zentrum für Alters-
traumatologie der
Kliniken Sindelfingen-
Böblingen (ZAT)
kümmert man sich um
hochbetagte Patienten
mit Knochenbrüchen.
Diese leiden zumeist
noch an mehreren
Begleiterkrankungen wie
Osteoporose, Diabetes,
Schlaganfall oder
Demenz.**

Vor sechs Jahren wurde das ZAT unter der Leitung von Prof. Dr. Axel Prokop, Chefarzt der Unfallchirurgie, und Dr. Karl-Michael Reinauer, Chefarzt der Medizinischen Klinik VI – Altersmedizin, gegründet. Das Resümee der beiden: „Für Patienten ist die enge Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Altersmedizinern ein Segen.“ Diese

Aussage lässt sich nicht nur in Zahlen belegen. „Häufig blühen die Patienten hier wieder auf, weil wir uns ganzheitlich um sie kümmern“, so die Erklärung der beiden Chefärzte.

Mit zunehmend eingeschränkter Koordinationsfähigkeit, mit Kraftlosigkeit und eingeschränktem Sehen steigt die Gefahr, zu stürzen. Die Folgen, meist Knochenbrüche der Hüfte, der Arme oder eines Wirbelkörpers, können gerade bei älteren Menschen massive Komplikationen nach sich ziehen und sogar die Selbstständigkeit des Betroffenen gefährden. Um hier den bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, wurde das ZAT im Klinikum Sindelfingen-Böblingen gegründet – und als bundesweit zweites und landesweit

erstes Zentrum für Alters-
traumatologie vom TÜV zertifiziert. „Der TÜV ist sehr prozessorientiert. Da geht es darum, dass Abläufe korrekt eingehalten werden und es regelmäßige interdisziplinäre Konferenzen gibt. Dem liegt ein sehr industrialisiertes Konzept des Qualitätsmanagements zugrunde“, erklärt Prof. Prokop. „Deswegen haben wir uns ein zweites Mal zertifizieren lassen durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Deren Kriterien sind patientenorientiert. Der wesentliche Aspekt im ZAT ist ein ganzheitliches Behandlungskonzept mit hohen therapeutischen Standards, gewährleistet durch ein interdisziplinäres Team aus Unfallchirurgen, Geriatern, Pharmazeuten und Therapeuten verschiedener



Chefarzt Dr. Karl-Michael Reinauer

Fachrichtungen. Die Behandlung wird auf den jeweiligen Patienten abgestimmt und ist dadurch gezielter und wesentlich intensiver“, erläutert Prof. Prokop den Unterschied zum TÜV-Zertifikat. Sein Kollege Dr. Reinauer ergänzt: „Was möglich ist, machen wir, die Mobilität, die ein Patient erreichen kann, wird voll ausgeschöpft. Inkontinenz, Delir und ähnliche Erkrankungen werden durch diesen Behandlungsansatz positiv beeinflusst.“



Chefarzt Prof. Dr. Axel Prokop

Der Unterschied zu einer herkömmlichen Behandlung liegt unter anderem darin, dass von vorneherein ein Zeitplan feststeht und die Therapie schon am ersten Tag beginnt. „Normalerweise wird ein Patient wegen der Erkrankung behandelt, wegen der er eingeliefert wurde. Treten ein paar Tage später Beschwerden auf, wird darauf reagiert. Im ZAT beugen wir, soweit dies möglich ist, vor“, erklärt Dr. Reinauer und nennt ein Beispiel: „Viele ältere Menschen trinken nicht ausreichend, was beispielsweise zu Verwirrtheit führen kann, und sie essen auch nicht unbedingt das Richtige. Wir hier im ZAT schauen darauf, wie viel und was der Patient

zu sich nimmt. Hat er plötzlich ausreichend Flüssigkeit zu sich genommen, blüht er auf.“ Besonders schonende Operationstechniken und eine aktivierende Pflege tun ihr Übriges: Ein Tag Bett bedeutet bei Hochbetagten vier Tage Reha-Training. Deshalb ist es wichtig, gestürzte Patienten innerhalb von 24 Stunden zu operieren und zwar mit einer Technik, die den Körper soweit als irgend möglich schont, was eine Voraussetzung für eine frühe Mobilisierung ist. „Ich setze als Etappenziel immer das Essen am Tisch“, erklärt Dr. Reinauer. „Ich will die Patienten möglichst bald am gemeinsamen Esstisch sehen. Da fühlen sie sich wohler; wer im Bett liegt, fühlt sich krank. Und in Gemeinschaft schmeckt das Essen einfach besser. Das ist mehr Lebensqualität und unterstützt eine schnellere Genesung.“

Das Beispiel macht Schule, die anderen Krankenhäuser im Klinikverbund haben das Konzept übernommen, und auch weitere Kliniken ziehen nach. Dennoch ist das ZAT in Sindelfingen in der Region noch immer das einzig zertifizierte, das nächste findet sich in Stuttgart. „Das Entscheidende sind das Team und

die Denkweise“, erklärt Prof. Prokop. „Selbst das Pflegepersonal auf Station denkt inzwischen ganzheitlich und ist sich der Besonderheiten eines hochbetagten Patienten bewusst. So etwas wirkt sich aus. Um Schwierigkeiten und Probleme wie Delir oder Lungenentzündungen vorzusehen und von vorneherein zu verhindern, kommt es außerdem darauf an, wie die Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgen und Geriatern funktioniert“, betont er nachdrücklich. Die Begeisterung über ihren gemeinsamen Arbeitsalltag ist beiden Chefarzten anzumerken: „Wir lernen täglich dazu. Zum Beispiel müssen wir Patienten inzwischen nicht mehr fixieren, wir haben Betten, die ein Herausfallen der Patienten verhindern, Dekubitus, also Wundliegen, ist bei uns auch kein Thema mehr, wir achten auf eine aktivierende Pflege. Zum Beispiel erhalten die Patienten von uns im ersten Schritt sogenannte Trippel-Rollstühle. Da müssen sie aktiv mittrippeln und lassen sich nicht passiv schieben. All diese Maßnahmen klingen nach Kleinigkeiten, sind aber in ihrer Gesamtheit entscheidend.“

Redaktion





Der Notfallsorgedienst:

Erste Hilfe für die Seele

Unmittelbar nach einem Unfall oder plötzlichem Todesfall stehen die Zurückgebliebenen meist unter Schock. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter des Notfallsorgedienstes begleiten sie in den ersten schweren Stunden. In den Kliniken entlasten sie mit ihrem Einsatz Ärzte und Pflegepersonal.

Manchmal ändert sich mit einem Schlag das ganze Leben: Ein schwerer Verkehrsunfall, der Suizid oder plötzliche Tod eines nahestehenden Menschen oder eine erfolglose Reanimation reißen die Betroffenen aus dem gewohnten Alltag. Der Notfallsorgedienst (NND) des DRK sorgt dafür, dass sie in den ersten Stunden nicht allein sind. Rund um die Uhr sind die ehrenamtlichen Helfer zur Stelle, um den Menschen unmittelbar nach solch einem Schicksalsschlag beizustehen. Wenn Polizei und Rettungsdienst zum nächsten Einsatz, Ärzte und

Pfleger in der Klinik sich wieder ihrem Tagesgeschäft zuwenden müssen, nehmen sich die Ehrenamtlichen Zeit für die Betroffenen und unterstützen sie.

Der NND arbeitet eng mit Rettungskräften, Notärzten, Polizei und Feuerwehr zusammen. „Wir werden über die Rettungsleitstelle alarmiert, wenn es einen Verkehrsunfall mit Schwerverletzten oder Toten gegeben hat“, erzählt Teamleiterin Monika Friedrich, die für den Bereich Nord, den Altkreis Leonberg, zuständig ist und dort die Einsätze koordiniert. Rund 40 Mitarbeiter bestreiten im Kreis Böblingen um die 100 Einsätze pro Jahr. Bei Großeinsätzen – wie etwa dem Amoklauf in Winnenden – geht es auch über die Kreisgrenzen hinaus.

Die Einsatzbereiche sind vielseitig: Die Helfer begleiten die Polizei beim Überbringen von Todesnachrichten, betreuen Unverletzte und Augenzeugen nach einem schweren Unfall, gehen mit Angehörigen zu Identifizierungen oder bringen sie in das Krankenhaus, in das ihre Angehörigen eingeliefert wurden.

Es ist ein „Einsatz für den Moment“, der bis zu sechs Stunden dauern kann. Dabei geht es darum, die Zeit zu überbrücken, bis weitere Familienmitglieder oder nahestehende Menschen da sind und die Lage sich langsam stabilisiert.

Der Dienst ist nicht nur für die Betroffenen hilfreich, auch den Einsatzkräften vor Ort und dem Klinikpersonal erleichtert die Anwesenheit der Helfer die Arbeit. „Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ist sehr gut, Ärzte und Pfleger sind froh, wenn wir kommen und uns um die Angehörigen kümmern“, berichtet die Teamleiterin.

Seit 20 Jahren gibt es den Notfallnachsorgedienst des DRK bereits und seit fast ebenso langer Zeit engagiert sich Monika Friedrich, die in ihrem Hauptberuf als Pflegerin am



MEDIZIN FÜR SIE

Wie heißt es so schön: „Wer fragt, steuert das Gespräch!“ Doch um ein Gespräch in die richtige Richtung lenken zu können, muss man wissen, was man überhaupt fragen soll. Und das ist gar nicht so einfach, besonders wenn das Thema ein medizinisches ist. Etwa die Hälfte aller Patienten wollen aktiv bei der Planung des weiteren Vorgehens mitreden, andere überlassen die Wahl der richtigen Therapie ihrem Arzt – was auch eine bewusste Entscheidung ist. Wichtig ist, dass der Patient einverstanden ist mit der Entscheidung, wie die Therapie verlaufen soll. Trägt er sie mit, beeinflusst das den Behandlungserfolg positiv.



Um Patienten, Angehörigen und Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich in lockerer Atmosphäre unabhängig von einer konkreten Behandlung zu informieren, wurden im Klinikverbund Südwest an allen Standorten kostenfreie Vortragsreihen etabliert. Zuhörer können darüber hinaus individuelle Fragen stellen.

Die nächsten Vorträge im Überblick:



Donnerstag, 1. Juni 2017, 19 Uhr

Stadthalle Holzgerlingen, Berkenstr. 18

Aspirin, Sport und Kaffee – Mittel gegen Darmkrebs?

Chefarzt Prof. Dr. Stefan Benz, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie, Kliniken Böblingen

Donnerstag, 6. Juli 2017, 19 Uhr

Stadthalle Holzgerlingen, Berkenstr. 18

Demenz

*Chefarzt Prof. Dr. Guy Arnold, Klinik für Neurologie, Kliniken Sindelfingen
Chefarzt Dr. Karl-Michael Reinauer, Medizinische Klinik VI – Altersmedizin, Kliniken Sindelfingen*

Donnerstag, 5. Oktober 2017, 19 Uhr

Stadthalle Holzgerlingen, Berkenstr. 18

Ein Krankenhausaufenthalt steht an – Bluttransfusion, MRSA, Verwechslung, Wundinfektion ...

Welche präventiven Maßnahmen können Sie und wir ergreifen?

*Dr. Thilo Rünz, Chefarzt am Institut für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie
Leitung Fachabteilung Hygiene und Infektionsprävention*

Krankenhaus Leonberg arbeitet und auch in der Kinderhospizarbeit aktiv ist, in diesem Bereich. Sie kennt die Situation der Menschen, die sie betreut, aus eigener Erfahrung: „Vor 25 Jahren verstarb mein Vater ganz plötzlich – er war erst 63! Ich war zunächst kaum handlungsfähig und hätte mir eine solche Betreuung gewünscht“, erinnert sie sich.

Wer sich für dieses Ehrenamt interessiert, sollte einfühlsam und psychisch belastbar sein. Der Mitarbeit gehen zwei Wochenendseminare, eine Abschlussprüfung und eine

Hospitationsphase von sechs Monaten voraus. Die Gruppe trifft sich regelmäßig zu Fortbildungen, Fallbesprechungen und Austausch. „Wir haben in all den Jahren nicht einen Einsatz absagen müssen – selbst an Weihnachten nicht“, erzählt Monika Friedrich.

Jutta Krause

Donnerstag, 19. Oktober 2017, 19 Uhr

Stadthalle Holzgerlingen, Berkenstr. 18
Spezialisierte Ärzte für Senioren – macht das Sinn?

Erfahrungen aus einem Zentrum für Alterstraumatologie

*Chefarzt Prof. Dr. Axel Prokop,
Klinik für Unfallchirurgie,
Kliniken Sindelfingen*

*Chefarzt Dr. Karl-Michael Reinauer,
Medizinische Klinik VI – Altersmedizin,
Kliniken Sindelfingen*

Donnerstag, 23. November 2017, 19 Uhr

Kliniken Böblingen, Bunsenstr. 120,
Konferenzräume

Leber – lebenswichtig!

*Chefarzt Prof. Dr. Hans-Georg Leser,
Medizinische Klinik IV – Gastroenterologie/
Onkologie, Kliniken Böblingen*

Donnerstag, 14. Dezember 2017, 19 Uhr

Stadthalle Holzgerlingen, Berkenstr. 18
Radiologische Behandlung von Lebertumoren

*Chefarzt Dr. Jens Schneider, Fachzentrum
für Radiologie Leonberg-Böblingen,
Standort Böblingen*

**Mehr Informationen finden Sie auf
www.klinikverbund-suedwest.de/Veranstaltungen**

ORTHOPÄDIE VERSTEHEN

Die kostenfreie Vortragsreihe der Orthopädischen Klinik Sindelfingen OKS findet in den Kliniken Sindelfingen, Chesterfield-Saal statt.

Donnerstag, 18. Mai 2017, 18 Uhr

Nicht auf die leichte Schulter nehmen - Ursachen, Diagnostik und Therapie von Schulterschmerzen

Oberarzt Dr. Tobias Heger

Donnerstag, 22. Juni 2017, 18 Uhr

Wenn die Hüfte oder das Knie nicht mehr mitmacht - Künstlicher Gelenkersatz

Chefarzt Prof. Dr. Stefan Kessler

Donnerstag, 20. Juli 2017, 18 Uhr

Kleine Operation - große Wirkung! Behandlung bei Problemen an Hüft-, Knie- und Sprunggelenk

Oberarzt Dr. Joachim Hinderer

Donnerstag, 7. September 2017, 18 Uhr

Alles für Ihre Sicherheit - Patientensicherheit in der Orthopädie

Oberärztin Dr. Ute Berweiler

Donnerstag, 19. Oktober 2017, 18 Uhr

Fehlstellungen an Fuß und Zehen – Behandlung von der Einlage bis zur Operation

Oberärztin Dr. Kathrin Spitznagel

Weitere Vorträge sind in Planung. Bitte informieren Sie sich unter www.klinikverbund-suedwest.de/Veranstaltungen



Die guten Geister

Generationenwechsel im Förderverein für das Klinikum Sindelfingen-Böblingen e. V.

Viele kleine Puzzle-Teile ergeben ein großes Ganzes. So verhält es sich auch mit dem Förderverein für das Klinikum Sindelfingen-Böblingen e. V., der nun einen neuen Vorstand hat. Joachim Seidel, Inhaber der Löwen-Apotheke in Sindelfingen, wirkt jetzt als Vorsitzender des Vereins und übernimmt die Position von Gisela Rockenfeller-Ziehmann. Zeitgleich mit ihm treten auch andere Mitglieder eine Position im Vorstand an: Harald Kogel, Inhaber der Orthopädie und Rehathechnik Kogel in Sindelfingen, sowie Priv.-Doz. Dr. Markus Ritter, Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Klinikum Sindelfingen-Böblingen. Auch Melanie Zeitler-Dauner, die Kaufmännische Leitung der Gesundheitszentren im Klinikverbund Südwest innehat, Bernd Waiblinger, Leiter des Sicherheitsmanagements des Klinikverbundes Südwest, und Thomas Riesch, Bürgermeister von Gärtlingen, sind neu dabei. Die Ehemaligen gehen in den verdienten Ruhestand. Mit dem Generationenwechsel rüstet sich der Verein für künftige Herausforderungen. „Wenn der Klinikneubau kommt, müssen wir durchstarten“, betont Joachim Seidel.

Gerade steckt der Vorstand mitten im Umbau. So hat er bereits einen neuen Flyer für Beitrittserklärungen und Spenden entwickelt. Mit signalroten Puzzle-Teilen und einer motivierenden Aufforderung wirbt er um Unterstützung: „Den Menschen im Blick. Es ist ein gutes Gefühl, zu helfen. Jeder kann dazu beitragen, den Klinikalltag für alle Beteiligten zu erleichtern.“ Wer etwas spenden oder in den Verein eintreten möchte, kann einfach den Flyer ausfüllen und ihn im Eingangsbereich der Kliniken Sindelfingen und Böblingen in die Boxen mit dem Vereinssignet werfen.

Der Förderverein entstand vor rund zehn Jahren aus zwei Vereinen: Ende der 1990er-Jahre wurde der Förderverein der Sindelfinger Kliniken gegründet und 1998 der Verein für das Kreis Krankenhaus und die Geriatrische Rehaklinik Böblingen. Nachdem 2006 der Klinikverbund entstanden war, fusionierten auch die beiden Vereine. „Wir möchten das Bewusstsein schärfen, dass das Klinikum Sindelfingen-Böblingen ein Haus ist“, erklären Seidel und Waiblinger.

Was plant der Verein in Zukunft? Die Mitglieder möchten die Homepage erweitern und können sich Veranstaltungen wie beispielsweise ein Sommerfest vorstellen. Die Chefärzte bieten den Vereinsmitgliedern mit den Vortragsreihen „Medizin für Sie“ eine Plattform, um ihre Arbeit vorzustellen und so um neue Mitstreiter zu werben. „Unser Ziel ist es, in der Öffentlichkeit präserter zu werden“, sagt Seidel.

Den derzeit 75 Mitgliedern des Vereins hat Landrat Roland Bernhard in einem persönlichen Gespräch mit Seidel seine Unterstützung zugesagt. Die Großzügigkeit der Spender hat schon einiges bewirkt: Das aktuell größte Projekt ist der Umbau der Onkologie. Hier werden Zimmer mit Nasszellen und Schleusen im Bereich der Leukämienstation der Sindelfinger Medizinischen Klinik I – Hämatologie/Onkologie ausgestattet. Für große Vorhaben wie diese spenden auch die Städte sowie Firmen und Banken.

Der Verein unterstützt außerdem kleine Projekte wie Verschönerungen der Stationen mit Bildern. „Die Spender stammen aus allen Teilen der Gesellschaft – von Jung bis Alt“, berichten Seidel und Waiblinger. Auch Sachspenden oder Rabatte helfen weiter. Allen bisherigen Unterstützern des Vereins möchten die beiden an dieser Stelle für ihre Hilfe herzlich danken: „Der Verein würde sich freuen, wenn Sie ihm weiterhin verbunden bleiben, denn es braucht auch in Zukunft Menschen wie Sie.“ *Anne Abelein*



Hoch oben auf dem Berge



Seit 40 Jahren thronen die Kliniken in Nagold 500 Meter über der Stadt. Seit der Eröffnung im Oktober 1977 bis heute bieten sie den Bürgern von Nagold und Umgebung eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau.

Bereits im Jahr 1447 führte die Stadt am Schwarzwaldrand ein Siechenhaus außerhalb der Stadtmauern. Im 19. Jahrhundert wurde das auch als „Gutleutehaus“ bezeichnete

Gebäude abgerissen und an seiner Stelle das Bezirkskrankenhaus errichtet.

Fortschritte und Ausdifferenzierung in der Medizin sowie ein rasantes Bevölkerungswachstum machten schließlich einen weiteren Neubau unumgänglich. Ein ortsansässiger Unternehmer stellte das Grundstück kostenfrei zur Verfügung und besiegelte damit den Standort des neuen Hospitals auf dem Areal mit dem klingvollen Namen „Teufels Hirnschale“.



Hoch oben auf dem Berge
Seite A



Zertifizierung Schlaganfallereinheit
Seite C



Punktlandungen dank Ultraschall
Seite D



Medizin verstehen, Medizin erleben
Seite F



Wenn die Blase nicht zur Ruhe kommt
Seite H

Am 1. Oktober 1977 eröffnete dort das Kreis-
krankenhaus Nagold – ein sowohl baulich als
auch von seinem Gesamtkonzept her ausge-
sprochen innovatives Haus mit 263 Planbetten.
Die Architektur war modern und ansprechend;
statt der bisher weitgehend üblichen Vier- oder
gar Sechsbettzimmer waren die Räume schon
damals als Einzel-, Zwei- oder Dreibettzimmer
nutzbar, die – zu dieser Zeit ein Luxus – jeweils
über eine eigene, direkt zugängliche Nasszelle
verfügten. Mit den Abteilungen Anästhesie
und Intensivmedizin, Chirurgie, Gynäkologie
und Geburtsmedizin, Innere Medizin, Radiologie
mit Nuklearmedizin und Urologie war die
Klinik für die Grund- und Regelversorgung der
Bevölkerung bestens ausgestattet. Eine Kranken-
pflugeschule mit 50 Ausbildungsplätzen
sowie eine DRK-Station komplettierten den
Standort.

„Seither hat sich die Krankenhauslandschaft
gravierend verändert“, erklärt Dieter Schmid,
Pflegedienstleiter in Nagold. „Um auf der Höhe
der Zeit zu bleiben, hat sich das Haus in
allen Bereichen weiterentwickelt und sich den
veränderten Behandlungsformen angepasst.
Es ist charakteristisch für dieses Haus, dass es
immer wieder neue Wege beschreitet und sich
fortentwickelt.“

Das geschah beispielsweise sowohl mit bau-
lichen als auch strukturellen Maßnahmen. So

stockte man in den 1990er-Jahren auf, um
noch mehr Platz zu schaffen. Sehr früh wurden
in Nagold auch solch innovative Konzepte wie
etwa die Gliederung der Stationen in Bereiche
oder Patientensprechanlagen an jedem Bett
eingeführt. Neu ausgerichtete Fachgebiete
und das veränderte medizinische Spektrum
führten zu Gründungen neuer Abteilungen. So
teilte man etwa die Abteilung für Innere Me-
dizin auf in Kardiologie und Gastroenterologie.
Später kamen ganz verschiedene Formen von
Spezialisierungen hinzu wie das Darmzentrum,
das Herzkatheterlabor, die Wundambulanz
und die Intermediacare, eine Intensivüber-
wachungspflegeeinheit, die zwischen Inten-
siv- und Normalstation anzusiedeln ist. Auch
ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
wurde etabliert. „Das absolute Plus in Nagold
ist der große Rückhalt des Krankenhauses in
der Bevölkerung“, betont Dieter Schmid. Mit
über 500 Mitarbeitern ist die Klinik auch ein
wichtiger Arbeitgeber in der Region.

Seit 2006 nun gehört das Krankenhaus Nagold
zum Klinikverbund Südwest. Dessen Medizin-
konzeption 2020 sieht für die Sanierung des
Nagolder Hauses Investitionen in Höhe von
mehr als 30 Millionen Euro vor. Darin sind u. a.
auch die Kosten für die Erreichung einer durch-
gängigen Zweibettzimmerstruktur enthalten.

Jutta Krause



Tag
der offenen Tür
am
23. Sept. 2017

Zertifizierte S T R O K E U N I T

Gezielte Versorgung von Schlaganfallpatienten

„Jeder Schlaganfall ist ein Notfall!“ Der leitende Oberarzt der Neurologie am Calwer Krankenhaus, Klaus Kahle, und der Leiter der Stroke Unit Dr. Michael Gasser machen beim Rundgang durch die neu zertifizierte Stroke Unit deutlich, dass sie vom schwäbischen Understatement, dem berühmten „Schlägle“, nicht viel halten.

Dass das Thema Schlaganfall auch keinesfalls harmlos und mehr denn je aktuell ist, zeigen folgende Zahlen: Jährlich erleiden in Deutschland mehr als 260.000 Menschen einen Schlaganfall, statistisch etwa alle drei Minuten einer, bei rund einem Drittel der Betroffenen mit tödlichem Ausgang. Der Schlaganfall ist damit die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. „Allein auf der Schlaganfalleinheit, der sogenannten Stroke Unit, der Kliniken Calw behandeln wir mittlerweile jährlich mehr als 250 Schlaganfallpatienten, Tendenz steigend“, verdeutlicht Klaus Kahle. Rettungsdienste und Kliniken führen seit jeher einen Wettlauf gegen die Zeit. „Time is Brain oder Zeit ist Gehirn heißt nicht umsonst der medizinische Leitsatz bei der Behandlung von Schlaganfällen, deren Ursache in rund 80 Prozent der Fälle eine Durchblutungsminderung einer begrenzten Region im Gehirn ist“, erläutert Dr. Joachim Hartmann, Chefarzt der Calwer Klinik für

Neurologie. „Wird der Gefäßverschluss nicht umgehend behandelt und das Blutgerinnsel beispielsweise mittels einer Lyse-Therapie aufgelöst, stirbt der mit Sauerstoff unterversorgte Teil des Gehirns ab. Mehr als zwei Drittel aller Überlebenden sind danach auf Fremdhilfe angewiesen; der Schlaganfall ist deshalb im Ergebnis bundesweit die häufigste Erkrankung, die zu einer lang anhaltenden Pflegebedürftigkeit führt.“

Gefragt ist deshalb nicht nur Geschwindigkeit, sondern auch Qualität und Expertise in der Behandlung. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurde die Stroke Unit in Calw mit ihren vier modern ausgestatteten Betten vor Kurzem offiziell als lokale Stroke Unit zertifiziert. Seit knapp 15 Jahren ist die Zertifizierung von Stroke Units in Deutschland ein allgemein anerkanntes Verfahren zur Qualitätssicherung. Die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) und die Stiftung



Deutsche Schlaganfall-Hilfe haben dafür über die Jahre einen strengen Kriterienkatalog entwickelt, der laufend überprüft und aktualisiert wird. So müssen zertifizierte Schlaganfallstationen eine Vielzahl von Vorgaben in Bezug auf medizinische Ausstattung und fachliche Qualifikation des Personals vorweisen. Mindestmengen in der Behandlung stellen unter anderem den Erfahrungsschatz des Teams sicher, hinzu kommt die verpflichtende Präsenz neurologischer Fachärzte sowie die dauerhafte Einsatzbereitschaft der Stroke Unit an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr mit medizinischem Equipment für alle notwendigen Untersuchungen wie EKG, Blutuntersuchung im Labor, Computertomografie (CT) oder Kernspintomografie (MRT).

Leitender Oberarzt Klaus Kahle, Regionaldirektorin Alexandra Freimuth, Oberarzt Dr. Michael Gasser, Chefarzt Dr. Joachim Hartmann (v. l. n. r.)

Regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen aller Mitarbeiter gehören ebenfalls dazu sowie ein funktionierendes fachübergreifendes Netzwerk aus Neurologen, Kardiologen, Gefäßchirurgen, Radiologen, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Mitarbeitern des Rettungs- und Sozialdienstes. „Teamarbeit ist ohnehin essenziell für den Behandlungserfolg“, macht Oberarzt Dr. Michael Gasser deutlich, der zusammen mit seinem Oberarztkollegen Kahle die aufwändige Zertifizierung parallel zum alltäglichen Arbeitspensum federführend vorangetrieben hatte. „Nur wenn Pflegekräfte, Therapeuten, Ärzte sowie alle internen und externen Partner Hand in Hand arbeiten, hat der Patient die besten Heilungschancen.“

„Die eigentliche Rettungskette sollte aber schon weit vor dem Notarzteinsatz anfangen“, ergänzt der Neurologe Klaus Kahle. „Da wäre zum einen natürlich ein gesunder, aktiver Lebensstil sowie beeinflussbare Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes oder auch Bluthochdruck, zum anderen im Falle eines Verdachtes auf einen Schlaganfall vor allem die schnelle Reaktion von Angehörigen.“ Oftmals geht hier viel wertvolle Zeit verloren, bis die Anzeichen richtig gedeutet werden. Um zu verhindern, dass bei einem Verschluss einer Gehirnarterie, der pro Minute bis zu zwei Millionen Nervenzellen unwiederbringlich zerstören kann, wertvolle Zeit verloren geht, können sich Laien am sogenannten FAST-Test orientieren. FAST (engl. für schnell) steht dabei

für Face (Gesicht), Arms (Arme), Speech (Sprache) und Time (Zeit):

FACE: Bitten Sie die Person, zu lächeln. Ist das Gesicht einseitig verzogen, deutet das auf eine halbseitige Lähmung hin.

ARMS: Bitten Sie die Person, die Arme nach vorne zu strecken und dabei die Handflächen nach oben zu drehen. Bei einer Lähmung können nicht beide Arme gehoben werden, sie sinken ab oder drehen sich.

SPEECH: Lassen Sie einen einfachen Satz nachsprechen. Ist die Person dazu nicht in der Lage oder klingt die Stimme verwaschen, sind diese Sprachstörungen ebenfalls ein deutliches Warnsignal für einen möglichen Schlaganfall.

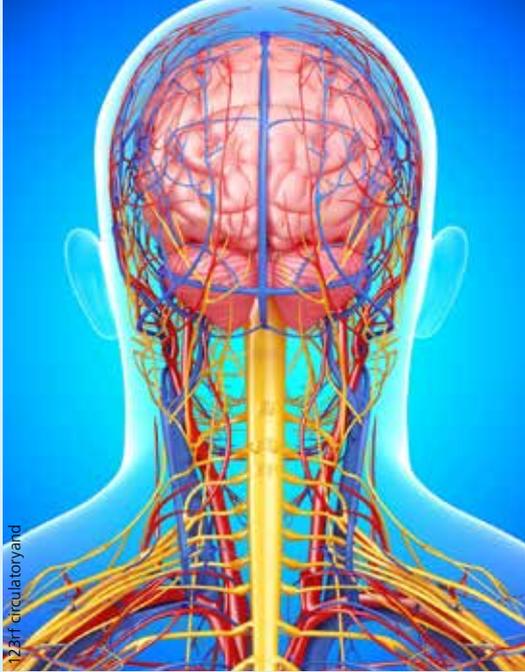
TIME: Wählen Sie unverzüglich die 112 und schildern Sie die Symptome. / Matheus

Punktlandungen

Bei der Regionalanästhesie verlässt sich Dr. Jens Döffert auf ein gestochen scharfes Bild und weniger auf sein Gefühl. Dadurch kann er Narkose- und Schmerzmittel exakt dorthin spritzen, wo sie wirken sollen.

Die Trefferquote ist nicht schlecht, in knapp 75 Prozent der Fälle landet das Anästhetikum auch bei einigen herkömmlichen Regionalanästhesiemethoden an der richtigen Stelle. Für Dr. Jens Döffert, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin an den Kliniken Calw, ist das aber nicht genug. „Warum soll ich denn überhaupt das Risiko eingehen, dass ich danebenspritze?“, lautet seine rhetorische Frage. Dr. Döffert weiß, dass er eine bessere Quote erreichen kann, und er weiß auch wie: durch

die Zuhilfenahme eines Ultraschallgerätes mit einem hochauflösenden Schallkopf. Dieser macht nicht nur Muskeln oder Blutgefäße erkennbar, sondern auch einen Großteil der Nervenfasern. „Ich kann damit zwei Drittel der Nerven sehen, die mit einem Lichtmikroskop sichtbar wären“, sagt der Calwer Chefarzt. Die Sonografie zeigt zudem auch die Injektionsnadel, die Spritze kann also punktgenau gesetzt werden: ganz nah an den Nerv heran, ohne diesen allerdings zu treffen.



Die Vorteile der ultraschallgesteuerten Anästhesie liegen für Dr. Döffert auf der Hand: „Die Medikamente wirken unmittelbar und das, obwohl ich eine geringere Dosis davon spritzen muss.“ In vielen Fällen kann aus eben diesem Grund auf eine Vollnarkose verzichtet werden, was eine geringere Belastung für das Herz-Kreislauf-System mit sich bringt. Der Patient ist nach einer Operation schneller wieder auf den Beinen, hat weniger Schmerzen und kann deshalb früher mit der unterstützenden Physiotherapie beginnen. Darüber hinaus bleibt dem Patienten die unangenehme Erfahrung erspart, dass sich die gewünschte Wirkung der Regionalanästhesie erst nach der zweiten oder gar dritten Spritze einstellt.

auf diese Weise auch die zielgenaue Schmerzmittelanwendung gewährleisten. Der Schmerzpegel wird also von Anfang an auf niedrigem Niveau gehalten, der Patientenkomfort steigt, die Genesung wird beschleunigt.



*Chefarzt
Dr. Jens Döffert*

„Es gibt viele weitere Möglichkeiten, bei denen der Ultraschall eingesetzt werden kann“, sagt Dr. Döffert. Venenkatheter können damit auch bei schlechten Venen einfacher gelegt, Gefäßpunktionen exakter durchgeführt, neurologische Erkrankungen schneller und präziser diagnostiziert werden. Dafür braucht es die richtigen Geräte, vor allem aber ausgebildete und geübte Anästhesisten.

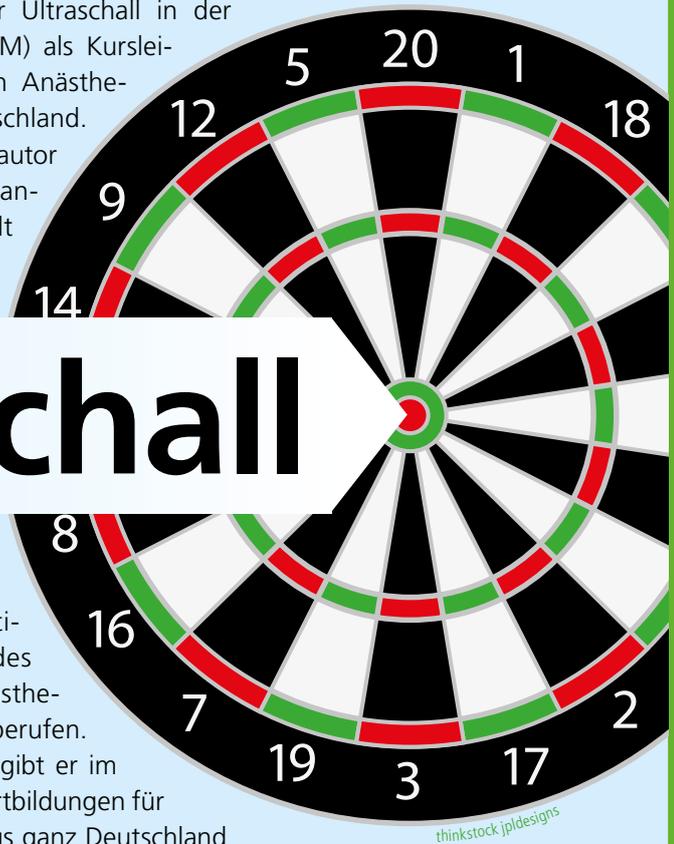
Beide Voraussetzungen sind in den Calwer Kliniken gegeben. Dr. Döffert selbst wendet die Methode seit vielen Jahren an und ist hierfür einer der ersten, von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) als Kursleiter zertifizierten Anästhesisten in Deutschland. Er ist Lehrbuchautor zur Ultraschallanwendung, hält Vorträge und

dank Ultraschall

Während man bei Operationen im Bauchraum zumeist auf die ultraschallgestützte Regionalanästhesie verzichtet – die Patienten bekommen dabei so oder so eine Vollnarkose –, wird das Verfahren bei Operationen an allen Extremitäten angewendet. Ob eine Hüft- oder Schulterverletzung chirurgisch behandelt werden muss oder ob nur der kleine Zeh Probleme bereitet, spielt dabei keine Rolle. In der postoperativen Schmerztherapie kann der Ultraschall ebenfalls sehr wirkungsvoll eingesetzt werden. Durch die Bildgebung kann der Narkosearzt den Schmerzkatheter zielgenau platzieren und

wurde gerade ins Organisationskomitee des deutschen Anästhesiecongresses berufen. Vor allem aber gibt er im Calwer Haus Fortbildungen für Narkoseärzte aus ganz Deutschland und den Nachbarländern, und er erarbeitet derzeit ein eigenes Ausbildungskonzept.

Sabine Haarer





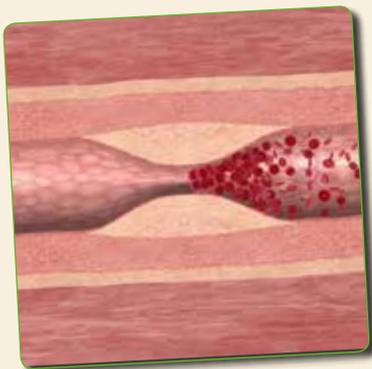
VORTRAGSREIHEN



Patienteninfoabende rund um neue Diagnose- und Therapieverfahren stehen hoch im Kurs.

Wie heißt es so schön: „Wer fragt, steuert das Gespräch!“ Doch um ein Gespräch in die richtige Richtung lenken zu können, muss man wissen, was man überhaupt fragen soll. Und das ist gar nicht so einfach, besonders wenn das Thema ein medizinisches ist.

ob er verstanden hat, was der Arzt versucht, ihm zu erklären. Findet das Infogespräch direkt vor einer Operation statt, wird es doppelt schwierig: Der Patient wie auch seine Begleiter befinden sich in einer Ausnahmesituation, sind emotional angestrengt und daher erfahrungsgemäß nicht in der Verfassung, weitreichende komplexe und komplizierte Informationen zu verarbeiten.



Etwa die Hälfte aller Patienten wollen aktiv bei der Planung des weiteren Vorgehens mitreden, andere überlassen die Wahl der richtigen Therapie ihrem Arzt – was auch eine bewusste Entscheidung ist. Wichtig ist, dass der Patient einverstanden ist mit der Entscheidung, wie die Therapie verlaufen soll. Trägt er sie mit, beeinflusst das den Behandlungserfolg positiv.

Um Patienten, Angehörigen und Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich in lockerer Atmosphäre unabhängig von einer konkreten Behandlung zu informieren, wurden im Klinikverbund Südwest an allen Standorten kostenfreie Vortragsreihen etabliert, um allen Interessierten regelmäßig die Möglichkeit zu geben, sich gezielt über ein medizinisches Thema aus Klinik-sicht zu informieren. Zuhörer können darüber hinaus individuelle Fragen stellen.



Um sich das notwendige Wissen anzueignen, bedienen sich immer mehr Menschen des Internets – mit unterschiedlichem Erfolg. Informationsgespräche mit Ärzten hingegen scheitern manchmal daran, dass nicht jeder Arzt ein begnadeter Kommunikator ist. Und nicht jeder Patient lässt erkennen,

Wie groß das Bedürfnis nach medizinischem Hintergrundwissen in der Bevölkerung tatsächlich ist, zeigen die ansteigenden Besucherzahlen der Veranstaltungen und die positiven Rückmeldungen. Der Klinikverbund befragt seine Zuhörer bei jeder seiner Veranstaltungen und erhält so ein aktuelles Bild von Themenwünschen und der Zufriedenheit der Zuhörer.

Die nächsten Vorträge im Überblick:



Inkontinenzwoche 2017

Informationsveranstaltung in den Kliniken Nagold
Donnerstag, 22. Juni 2017, ab 18 Uhr





MEDIZIN VERSTEHEN

Alle Vorträge finden im Gemeinschaftsraum, 4. OG der Kliniken Calw statt

Dienstag, 27. Juni 2017, 18 Uhr

Häusliche Notfälle – was tun?

*Dr. Rolf Lauterbach,
Facharzt für Innere Medizin, in Zusammen-
arbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz*

Dienstag, 25. Juli 2017, 18 Uhr

**Refluxkrankheit, Magen- und Zwölffinger-
darmgeschwür – was tun, wenn der Magen
brennt?**

*Oberarzt Dr. Michael Sander, Klinik für Innere
Medizin – Kardiologie, Kliniken Calw*

Dienstag, 26. September 2017, 18 Uhr

**Bluthochdruck:
neue Grenzwerte – längeres Leben?**

*Oberärztin Antonina Lutz,
Innere Medizin – Kardiologie*

Dienstag, 24. Oktober 2017, 18 Uhr

Gutartige Knoten der Gebärmutter – Myome
*Chefarzt Arkadiusz Praski, Klinik für Frauen-
heilkunde und Geburtshilfe, Kliniken Calw*

Dienstag, 23. November 2017, 18 Uhr

Neues von der Arthrose

*Oberarzt Oliver Wiech, Klinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie, Kliniken Calw*

Dienstag, 28. November 2017, 18 Uhr

Wie erkenne ich ein Burnout?

Vorbeugung – Krankheit – Heilung
*Gabriele Plappert, Psychotherapeutin (HP),
Aktives Mitglied Initiative Burnout*

Dienstag, 5. Dezember 2017, 18 Uhr

**Diabetes – Aktuelles zur Erkennung
und Behandlung**

*Oberarzt Dr. Michael Sander, Klinik für Innere
Medizin – Kardiologie, Kliniken Calw*



MEDIZIN ERLEBEN

**Alle Vorträge finden in der Cafeteria, EG
Kliniken Nagold statt**

Dienstag, 16. Mai 2017, 18 Uhr

Schilddrüsenchirurgie

*Assistenzarzt Friedemann Hieronimus,
Klinik für Allgemein-, Viszeral- u. Gefäßchirur-
gie mit Unfallchirurgie, Kliniken Nagold*

Dienstag, 27. Juni 2017, 18 Uhr

**Welchen Einfluss hat unsere Darmflora auf
unsere Gesundheit?**

*Prof. Dr. Hubert Mörk, Klinik für Innere
Medizin mit Gastroenterologie, Kliniken
Nagold*

Dienstag, 12. September 2017, 18 Uhr

Neue Behandlungsformen der Herzschwäche

*Dr. Uwe Helber, Klinik für Innere Medizin II -
Herz und Kreislauf, Kliniken Nagold*

Dienstag, 26. September 2017, 18 Uhr

Update Hernienchirurgie

*Chefarzt Dr. Ralf Wilke, Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Gefäßchirurgie mit
Unfallchirurgie, Kliniken Nagold*

Dienstag, 17. Oktober 2017, 18 Uhr

**Krebsvorsorge in der Urologie –
was ist sinnvoll?**

*Chefarzt Dr. Ulrich Haag,
Klinik für Urologie, Kliniken Nagold*

Dienstag, 14. November 2017, 18 Uhr

Unfallchirurgie

*Dr. Kai Roy, Klinik für Allgemeine Chirurgie
und spezielle Unfallchirurgie, Kliniken Nagold*

Dienstag, 05. Dezember 2017, 18 Uhr

Wir kümmern uns um Ihre Wunde

*Dr. Armin Seeger, Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Bereichsleiter Gefäßchir-
urgie, Dieter Schmid, Wundmanager, Nagold*

Mehr Informationen finden Sie auf www.klinikverbund-suedwest.de/Veranstaltungen

Wenn die Blase nicht zur Ruhe kommt

Häufiger Harndrang ist für die Betroffenen oft zermürbend. Eine minimalinvasive Operation kann Abhilfe schaffen. Seit einigen Monaten wird sie in Calw erfolgreich praktiziert.



Wenn die Blase schon bei kleinsten Urinmengen Alarm schlägt, kann das auf eine überaktive Blase hindeuten. Etwa sechs Millionen Frauen sind deutschlandweit davon betroffen: Häufiges Wasserlassen, plötzlicher Harndrang, der nicht ignoriert werden kann, oft verbunden mit ungewolltem Urinverlust sind die ebenso typischen wie lästigen Symptome dieses Leidens, das die Mediziner als imperativen Harndrang bezeichnen und das vor allem bei älteren Frauen auftritt. Die Ursachen dafür liegen häufig in

schwachem Bindegewebe und einer Beckenbodenschwäche. Durch die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren werden die Schleimhäute dünner, das Bindegewebe erschlafft und dehnt sich aus. Es kommt zu Senkungen, die wiederum übersteigerten Harndrang zur Folge haben können. „Bis vor Kurzem galt diese Erkrankung

als unheilbar, nur eine Symptombehandlung mit Medikamenten war möglich“, erzählt Dr. Arkadiusz Praski, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie in Calw. Um die vier Milliarden Euro werden jährlich ausgegeben für Heilmittel und Medikamente, die die Blase beruhigen und den Betroffenen damit Linderung verschaffen sollen. Die Mittel wirken zwar in vielen Fällen, sind aber auch mit Nebenwirkungen verbunden. Versuche, dem Leiden operativ beizukommen, brachten bislang meist nicht die gewünschte Wirkung.

Erfolg verspricht nun eine neue Operationsmethode, die den natürlichen Halteapparat anatomisch korrekt rekonstruiert: die bilaterale Sakropexie. Hierbei wird das im Volksmund auch als „Mutterband“ bekannte Ligamentum sakrouterinum – ein muskel- und faserreiches Band, das den Gebärmutterhals mit dem Kreuzbein verbindet – beidseitig durch Kunststoffbänder ersetzt, die jeweils an Kreuzbein und Gebärmutterhals (Cervico-Sakropexie, CE-SA) oder an Kreuzbein und Scheidenstumpf (Vaginal-Sakropexie, VASA) befestigt werden.

Die noch relativ neue Methode, die bislang nur in wenigen Zentren durchgeführt wird, hat eine Erfolgsquote von etwa 80 Prozent. „Bei 40 Prozent aller Patientinnen treten nach der Operation keine Beschwerden mehr auf. Bei weiteren 40 Prozent bleibt die Belastungsinkontinenz bestehen. Wird aber in einem weiteren Schritt ein Harnröhrenband implantiert, sind auch diese Patientinnen beschwerdefrei“, berichtet Dr. Praski, der den Eingriff an den Kliniken Calw seit August 2016 bislang 14 Mal erfolgreich durchgeführt hat. Der Operation geht eine umfassende Diagnosestellung voraus, die eine gynäkologische Untersuchung, Ultraschall des Beckenbodens, Blasenspiegelmessung sowie eine Blasendruckmessung beinhaltet. Damit werden andere mögliche Ursachen wie etwa Blasensteine oder Tumoren ausgeschlossen. „In 80 Prozent aller Fälle kann diese Operation minimalinvasiv über die Bauchdecke durchgeführt werden. Die Patientin ist schon am nächsten Tag vollkommen mobil und kann nach drei bis vier Tagen nach Hause“, erklärt der Gynäkologe. „Frauen, die schon verschiedene Medikamente probiert haben, ohne die gewünschte Wirkung zu erzielen, sollten diese Therapie erwägen. Von dieser OP können bereits auch die Patientinnen mit einer minimalen Senkung profitieren.“

Jutta Krause



Chefarzt
Dr. Arkadiusz Praski



INTENSIV

Die Intensivmedizin gilt nach wie vor bei vielen als Stereotyp für kühle, sterile Hightech-Apparatemedizin. Dabei verbirgt sich aber gerade hinter den für viele Besucher und Patienten furchteinflößend erscheinenden Monitoren, Beatmungsgeräten und ungewohnten Geräuschen die menschlich intensivste Seite der modernen Medizin.

Zahlreiche hochqualifizierte Fachkräfte, sowohl aus dem ärztlichen, dem pflegerischen als auch aus dem medizintechnischen Bereich, werfen Tag für Tag ihr Wissen und ihre Erfahrung zum Wohle schwerstkranker Menschen in die Waagschale und kämpfen interdisziplinär

im Team um das Leben eines jeden einzelnen Patienten. Seit Mitte März hat das Team um Dr. Martin Schipplick, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Leonberger Krankenhaus, dafür jetzt technisch und baulich die besten Voraussetzungen. Mit finanzieller Unterstützung durch den Träger Landkreis Böblingen und 2,25 Millionen Euro Zuschuss durch das Land Baden-Württemberg ist dort in etwas über einem Jahr Bauzeit eine komplett neue Intensivstation für rund 4,5 Millionen Euro entstanden.

Pro Jahr wurden auf der alten Intensivstation bis zu 1.500 Patienten intensivmedizinisch betreut. Bei allein rund 20.000 Beatmungsstunden



Intensivstation

Seite A



Gemeinsam stark für Menschen mit Demenz

Seite C



Medizin vor Ort

Seite D



Der Stent

Seite F



Geschult und erfahren in der Königsdisziplin

Seite H

→ stieß man zunehmend an räumliche Grenzen. Mit einer Grundfläche von 946 Quadratmetern ist die neue Intensivstation baulich exakt doppelt so groß wie bisher. Während die zwölf Intensivbetten bislang in sechs Doppelzimmern untergebracht waren, gibt es seit März acht Intensivbetten (ITS) in Einzelzimmern sowie vier IMC-Betten in Doppelzimmern. Intermediate Care (kurz: IMC) schließt die Lücke zwischen Normal- und Intensivstationen. „In diesem besonderen Bereich, in dem die technische Ausstattung der einer Intensivstation ähnelt, werden sich speziell ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte um solche Patienten kümmern, die zwar einer umfangreicheren Überwachung bedürfen, als sie auf einer Normalstation gewährleistet werden kann, die aber nicht zwingend auf einer Intensivstation untergebracht werden müssen“, erläutert Dr. Jörg Noetzel, seines Zeichens selbst Mediziner und Medizinischer Geschäftsführer des Klinikverbundes Südwest. Pflegebedürftige, aber natürlich auch besuchende Angehörige, profitieren so zukünftig von einer angenehmeren Unterbringungs- und Betreuungssituation. „Insbesondere durch die Differenzierung in ITS- und IMC-Betten und durch die höhere Anzahl an Einzelzimmern sind wir zudem in der Lage, die hohen hygienischen Anforderungen, insbesondere bei Patientenisolierungen, noch besser und effizienter zu erfüllen und so gleichzeitig mehr Intensiv- und Intermediate-Care-Bettenkapazitäten für unsere Patienten vorzuhalten“, ergänzt Dr. Schipplack.

Aber nicht nur räumlich setzt die neue Leonberger Intensivstation Maßstäbe. Allein 1,2 Millionen Euro der Gesamtinvestitionssumme flossen in die medizinisch-technische Ausstattung. Eine komplett neue Monitoring-Anlage zur Überwachung der Vitalparameter der Patienten wurde bereits 2015 noch im bisherigen Bereich im zweiten Obergeschoss installiert und zog mit in die neuen Räumlichkeiten ins Erdgeschoss um, zudem wurden unter anderem alle acht Intensivbetten mit neuen Beatmungsgeräten ausgestattet. Über- bzw. Unterdruckschleusen vermindern zusätzlich mögliche Keimübertragungen und Infektionsrisiken. Bei aller neuen Technik, die die Mitarbeiter im Behandlungsprozess unterstützt, ist aber eines beim Alten geblieben: die Menschen, die sich auf der Intensivstation für Menschen einsetzen. „Auch wenn die meisten unserer Patienten sediert sind und nicht sprechen können, findet doch laufend eine nonverbale Kommunikation statt“, verdeutlicht Dr. Schipplack. „Wir geben unseren Patienten zusätzlich etwas, was über die Gerätemedizin hinaus geht und versuchen, auf ihn als Persönlichkeit einzugehen und so auch möglichst viele seiner seelischen Bedürfnisse zu erfüllen. Ein freundliches Wort, wertschätzender Umgang, der Ausdruck menschlicher Nähe und Fürsorge sowie das unterstützende und ermutigende Gespräch mit Angehörigen tragen ihren Teil zum erklärten Ziel der Intensivmedizin bei: Der Rückkehr zu einem selbstbestimmten Leben.“

Ingo Matheus



Demenz ist auf dem Vormarsch. Und: Demenz ist nicht heilbar. Trotzdem macht diese Leonberger Geschichte Mut.

„Lassen Sie uns nicht von Krankheit sprechen.“ Joachim Erhardt, Pflegedirektor des Klinikverbundes Südwest, beobachtet: „Es handelt sich um ein Phänomen, das immer mehr Menschen in einer älter werdenden Gesellschaft betrifft.“ Jürgen Rein, Leiter der Abteilung Familie und Senioren der Stadt Leonberg, will ebenfalls Ängste abbauen. „Auch diese Lebensphase hat ihre Berechtigung.“ Trotzdem bleibt sie eine Herausforderung. „Keiner sollte sie allein bewältigen müssen“, sagt Dr. Regine Bölter, Leitende Ärztin der Geriatrie im Krankenhaus Leonberg.

Das haben sich diese drei und viele weitere in Leonberg vorgenommen. Und ein Netz geknüpft: Gefördert durch das Bundesprogramm „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz“ rief Jürgen Rein 2015 mit großer Unterstützung des Oberbürgermeisters eine kommunale Leonberger Allianz ins Leben.

Der Klinikverbund Südwest schloss sich gerne an. Fast jeder fünfte der über 65-jährigen Patienten in deutschen Allgemeinkrankenhäusern leidet an Demenz, so eine Studie. Dr. Bölter will Patienten mit Demenz besonders auffangen, ihre Lebensqualität erhalten. In der Leonberger Geriatrie hat sie die Flure



Gemeinsam stark für Menschen mit Demenz

thinkstock highwaystarz

farblich markieren lassen – damit keiner vergisst, wo sein Zimmer ist. Und bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung zählt die Förderung der Selbstständigkeit älterer Patienten ebenso wie die Versorgung akuter Beschwerden. Dr. Bölter betont aber: „Ein Delir, ein akuter Verwirrheitszustand, kann viele Ursachen haben. Um eine Demenz zu erkennen und darauf einzugehen, brauchen wir Informationen von Bezugspersonen.“ Pflegedirektor Erhardt erklärt, warum der Austausch zwischen Klinik, ambulantem Pflegedienst und Pflegeheim so wichtig ist. Ein Mensch mit Demenz bricht sich beispielsweise den Arm. Der ambulante Pflegedienst informiert den Pflegedienst in der Klinik: Herr oder Frau XY aß bisher noch selbstständig. Im Krankenhaus besteht das Risiko, dass er bzw. sie diese Selbstversorgung verlernt. „Die Pflegekräfte und Ergotherapeuten üben

daher mit dem Patienten, mit der anderen Hand zu essen. Ein zeitaufwändiges Training, dass aber für die Eigenständigkeit des Betroffenen und dessen Angehörige wichtig ist“, so Erhardt.

Daher begrüßte der Klinikverbund die Lokale Allianz als Chance, sich noch stärker mit anderen zu vernetzen. Als ersten Schritt berief Jürgen Rein eine Steuerungsgruppe. Vertreter von Stadt, Klinikverbund, Stadtseniorenrat, Samariterstift und Sozialstation trafen sich einmal monatlich. Das Ziel: Strukturen aufbauen, die Betroffene und Angehörige noch besser unterstützen. Was hat sich heute, nach zwei Jahren getan?

„Man kennt sich. Die Zusammenarbeit über Institutionen hinweg läuft viel selbstverständlicher“, sagt Rein. Ein Beispiel: Um Informationen auszutauschen, die den Übergang vom Heim oder



Dr. Regine Bölter

der ambulanten Pflege in die Klinik und zurück erleichtern, hat man im Klinikverbund einen Pflegeüberleitungsbogen in der Steuerungsgruppe gemeinsam mit Kollegen und Kolleginnen aus ambulanten

Pflegeeinrichtungen überarbeitet.

Die Allianz leistete Aufklärungsarbeit. Vorträge, Theater- und Filmabende zeigten: Demenz geht jeden an. Auch

Schulungen wurden angeboten. Polizisten oder Verkäufer bekamen Tipps für den Umgang mit Menschen mit Demenz. Geriaterin Dr. Bölker organisierte Fortbildungen für Mediziner und



MEDIZIN VOR ORT

Patienteninfoabende rund um neue Diagnose- und Therapieverfahren stehen hoch im Kurs.

Wie heißt es so schön: „Wer fragt, steuert das Gespräch!“ Doch um ein Gespräch in die richtige Richtung lenken zu können, muss man wissen, was man überhaupt fragen soll. Und das ist gar nicht so einfach, besonders wenn das Thema ein medizinisches ist.

Etwa die Hälfte aller Patienten wollen aktiv bei der Planung des weiteren Vorgehens mitreden, andere überlassen die Wahl der richtigen Therapie ihrem Arzt – was auch eine bewusste Entscheidung ist. Wichtig ist, dass der Patient einverstanden ist mit der Entscheidung, wie die Therapie verlaufen soll. Trägt er sie mit, beeinflusst das den Behandlungserfolg positiv.

Um sich das notwendige Wissen anzueignen, bedienen sich immer mehr Menschen des Internets – mit unterschiedlichem Erfolg. Informationsgespräche mit Ärzten hingegen scheitern manchmal daran, dass nicht jeder Arzt ein begnadeter Kommunikator ist. Und nicht jeder Patient lässt erkennen, ob er verstanden hat, was der Arzt versucht, ihm zu erklären. Findet das Infogespräch direkt vor einer Operation statt, wird es doppelt schwierig: Der Patient wie auch seine Begleiter befinden sich in einer Ausnahmesituation, sind emotional angestrengt und daher erfahrungsgemäß nicht in der Verfassung, weitreichende komplexe und komplizierte Informationen zu verarbeiten.

Um Patienten, Angehörigen und Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich in lockerer Atmosphäre unabhängig von einer konkreten Behandlung zu informieren, wurden im

Klinikverbund Südwest an allen Standorten kostenfreie Vortragsreihen etabliert, um allen Interessierten regelmäßig die Möglichkeit zu geben, sich gezielt über ein medizinisches Thema aus Kliniksicht zu informieren. Zuhörer können darüber hinaus individuelle Fragen stellen.

Wie groß das Bedürfnis nach medizinischem Hintergrundwissen in der Bevölkerung tatsächlich ist, zeigen die ansteigenden Besucherzahlen der Veranstaltungen und die positiven Rückmeldungen. Der Klinikverbund befragt seine Zuhörer bei jeder seiner Veranstaltungen und erhält so ein aktuelles Bild von Themenwünschen und der Zufriedenheit der Zuhörer.

Die nächsten Vorträge im Überblick:

Mittwoch, 10. Mai 2017, 19 Uhr

Heimsheim, Schleglerkasten (Nähe Kirche)
Zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum – Gelenkersatz am Krankenhaus Leonberg
Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar, CA der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Krankenhaus Leonberg

Mittwoch, 17. Mai 2017, 19 Uhr

Ditzingen-Heimerdingen, Bürgerhaus, Pforzheimer Straße 16
Schlüsselloch-Chirurgie – Was ist möglich? Was ist sinnvoll?
Dr. Karl Josef Paul, CA Klinik für Allgemeinchirurgie am Krankenhaus Leonberg

Dienstag, 23. Mai 2017, 19 Uhr

Weil der Stadt, „Klösterle“, Kapuzinerberg 11
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten (pAVK) – erkennen, behandeln



Pflegefachkräfte. Ein Faltblatt listet Ansprechpartner von der Seelsorge über die Betreuung bis zur Rechtsberatung und ermutigt: „Sprechen Sie uns an!“. Zusätzlich informiert ein Film über die Angebote.

Ende 2016 ist das Leonberger Projekt Lokale Allianz zunächst ausgelaufen. Man möchte aber weiterhin gemeinsam für Menschen mit Demenz da sein. Die Steuerungsgruppe gründete im Pro-

jektverlauf einen erweiterten „Runden Tisch Demenz“. Dieses Netzwerktreffen soll auch zukünftig mehrmals jährlich stattfinden.

Lena Jauernig

Dr. Joachim Quendt, CA der Klinik für Gefäßchirurgie, Krankenhaus Leonberg
Dr. Jens Schneider, CA der Klinik für Radiologie, Krankenhaus Leonberg

Dienstag, 20. Juni 2017, 19 Uhr

Mönsheim, Bürgersaal (Alte Kelter)

Bluthochdruck – Druck im Kessel

Dr. Olaf Weber, CA der Medizinischen Klinik/
Schwerpunkt Herz-, Lungen- und Gefäß-
krankungen am Krankenhaus Leonberg

Donnerstag, 6. Juli 2017, 19 Uhr

Gerlingen, Familienzentrums, Im Gehenbühl
**Innenleben mit der Minikamera und Ultra-
schall erkunden. Kapselendoskopie und
Endosonografie**

Dr. Barbara John, CÄ der Klinik für Innere
Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie

Donnerstag, 12. Juli 2017, 19 Uhr

Rutesheim, Bürgersaal, Pforzheimer Straße 1
Schlaganfall – erkennen, behandeln, vorbeugen
Dr. Joachim Quendt, CA Gefäßchirurgie, Leo
Dr. Olaf Weber, CA Medizinischen Klinik, Leo
Dr. Albrecht Kächele, OA Neurologie, Sifi

Donnerstag, 27. Juli 2017, 18.30 Uhr

Leonberg, Krankenhaus, Mehrzweckraum (EG)
**1. Säuglingskurs für werdende Mütter, Väter,
Großeltern und Interessierte**
Carolin Volk, Fachkinderkrankenschwester für
pädiatrische und neonatologische Intensiv-
pflege am Klinikum Stuttgart
2. Erste Hilfe bei Kindernotfällen
Ramona Heger, Gesundheits- und Kranken-
pflegerin am Krankenhaus Leonberg und
ehrenamtliche Erste-Hilfe-Ausbilderin und
Referentin für Erste Hilfe am Kind

Donnerstag, 5. Oktober 2017, 19 Uhr

Hemmingen, Gemeinschaftshalle, Friedensstraße
Inkontinent: Wenn die Blase schwächelt ...
Jürgen Mewald, Ltd. Arzt im Zentrum für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-
Leonberg

Dienstag, 10. Oktober 2017, 19 Uhr

Leonberg, Krankenhaus, Mehrzweckraum (EG)
**Ein Krankenhausaufenthalt steht an – Blut-
transfusion, MRSA, Verwechslung, Wundin-
fektion. Welche präventiven Maßnahmen kön-
nen Sie und welche werden wir ergreifen?**
Dr. Thilo Rünz, CA im Institut für
Laboratoriums-, Transfusionsmedizin und
Mikrobiologie, Fachabteilung für Hygiene
und Infektionsprävention

Montag, 16. Oktober 2017, 19 Uhr

Renningen, Bürgerhaus, Jahnstraße
**Schlüsselloch-Chirurgie – Was ist möglich?
Was ist sinnvoll?**
Dr. Karl Josef Paul, CA der Klinik für
Allgemeinchirurgie am Krankenhaus Leonberg

Montag, 13. November 2017, 19 Uhr

Weissach-Flacht, Gemeindehaus der ev. Kirche
**Unfallchirurgie im höheren Lebensalter –
mehr als Schrauben und Zement**
Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar, CA der Klinik für
Orthopädie und Unfallchirurgie,
Krankenhaus Leonberg

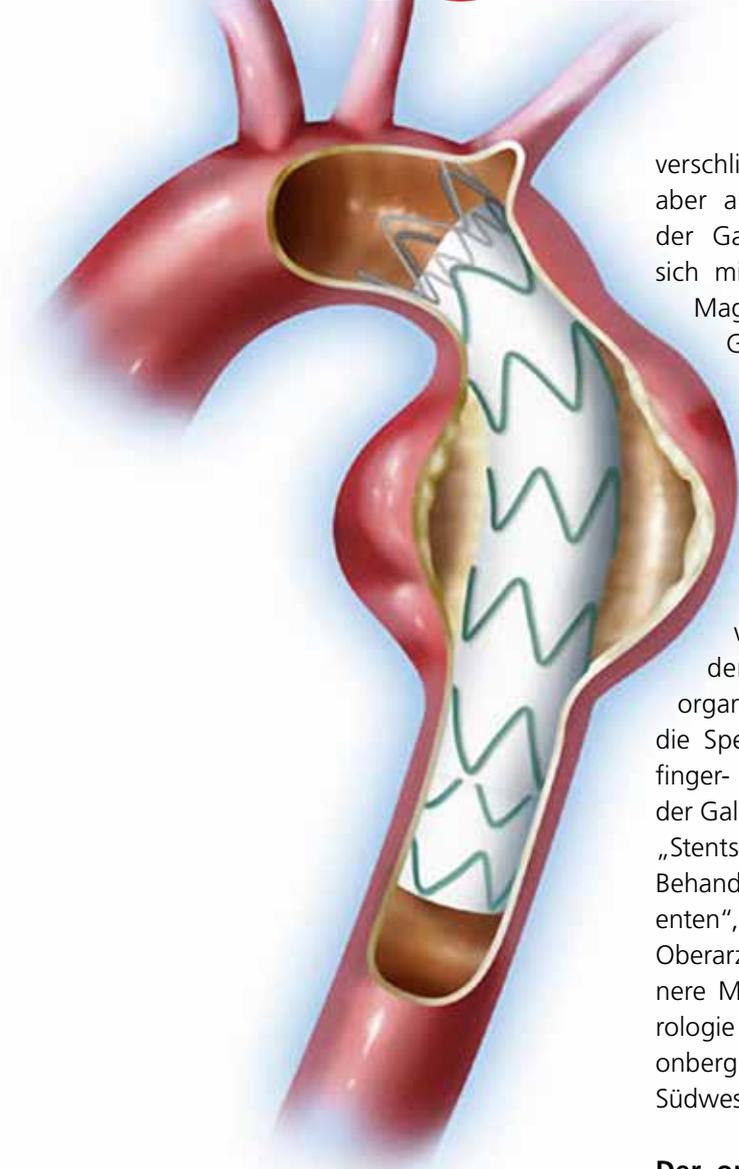
Donnerstag, 30. November 2017, 18.30 Uhr

Leonberg, Krankenhaus, Mehrzweckraum (EG)
**1. Säuglingskurs für werdende Mütter, Väter,
Großeltern und Interessierte**
2. Erste Hilfe bei Kindernotfällen
(Wiederholung vom 27. Juli)



Vielseitig und
sehr hilfreich

DER STENT



verschließen. Stents finden aber auch Verwendung in der Gastroenterologie, die sich mit Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, der Gallenblase, der Leber und der Bauchspeicheldrüse befasst. Darüber hinaus werden Stents oft Patienten implantiert, die an Tumoren erkrankt sind, weshalb Abschnitte der Verdauungshohlorgane wie zum Beispiel die Speiseröhre, der Zwölffinger- und Dünndarm oder der Gallengang verengt sind. „Stents sind ein Segen in der Behandlung von Tumorpatienten“, findet Dr. Peter Heiß, Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie im Krankenhaus Leonberg des Klinikverbundes Südwest.

Der optimale Werkstoff, um Metallstents herzustellen, ist Nitinol, ein Material mit beeindruckenden Eigenschaften. Es handelt sich um eine Nickel-Titan-Legierung, die extrem elastisch ist und dennoch sehr stabil. Sie ist korrosionsbeständig und in der Lage, nach einer

Verbiegung wieder ihre ursprüngliche Form anzunehmen – man spricht auch von einem Gedächtnismetall.

Metallstents gibt es in unterschiedlichen Formen und Größen. Sie sind entweder nicht beschichtet, teilweise beschichtet oder komplett ummantelt. „Für jeden Bereich, in dem ein Stent gesetzt werden kann, gibt es auch das passende Modell“, erläutert Dr. Peter Heiß. Mit einem Stent lassen sich verschlossene Hohlorgane öffnen oder ein erneuter Verschluss verhindern. Stents kommen sowohl bei gutartigen als auch bösartigen Engstellen zum Einsatz. Bei Ersteren werden zumindest teilweise ummantelte Metallprothesen genutzt, die nach erfolgreicher Aufdehnung wieder entfernt werden. Bei den Tumorstenosen werden je nach Situation überwiegend nichtummantelte Prothesen verwendet. Die Dichte des Geflechts hemmt ein Einwachsen des Tumors.

Weitere Verwendung finden Stents bei der Überbrückung von Fisteln der Speiseröhre, wie sie beispielsweise nach

Der Begriff Stent (Gefäßstütze) ist von Eingriffen am Herzen bekannt. Stents werden in Herzkranzgefäße eingesetzt, um zu verhindern, dass sich diese wieder



Operationen bei Tumoren des Speiseröhren-Magen-Übergangs auftreten, oder bei der Behandlung von mit herkömmlichen Methoden nicht stillbaren Blutungen aus Krampfadern der Speiseröhre – was quasi einem Druckverband von innen gleichkommt, der nach einer gewissen Zeit dann wieder entfernt wird. Andere Stents dienen zur zeitweisen Aufrechterhaltung von künstlich geschaffenen Fisteln beispielsweise durch die Magenwand, wenn auf diese Weise infizierte Hohlräume mit abgestorbenem Gewebe nach schwerer Bauchspeicheldrüsenerkrankung in mehreren Schritten endoskopisch ausgeräumt werden sollen.

Das Metallgeflecht wird entweder durch das Endoskop oder über einen

endoskopisch eingelegten Draht in den Körper eingeführt. Der Arzt erkennt durch die endoskopische und bzw. oder röntgenologische Sichtkontrolle, wie er punktgenau den Stent in der Engstelle auslösen kann.

Dr. HeiB: „Es ist wichtig, dass diese Eingriffe von einem Team mit erfahrenen Ärzten und speziell ausgebildeten Schwestern und Pflegekräften durchgeführt wird, wie es in Leonberg der Fall ist.“ Drei Ärzte und sechs Endoskopieschwester und -pfleger stehen dafür in Leonberg zur Verfügung. Seit April 2016 gibt es dort im Bereich der Gastroenterologie die separate Abteilung Endoskopie.

In der Palliativ-Medizin geht es in erster Linie nicht darum, das Leben zu

verlängern, sondern die Symptome einer unheilbaren Erkrankung zu lindern. Mit dem Einsetzen eines Stents können aufwändige, für die Patienten sehr belastende Operationen vermieden werden. „Die Lebensqualität der durch Tumorstenosen betroffenen Patienten wird auf diese Weise rasch und wirkungsvoll verbessert“, freut sich Dr. HeiB. Da gehe einem das Herz auf, wenn man beobachten könne, wie dem Patienten so schnell quälende Beschwerden genommen werden und er vielleicht nach längerer Zeit endlich wieder essen und trinken kann.



Oberarzt
Dr. Peter HeiB

Thomas Oberdorfer

Geschult und erfahren in der Königsdisziplin

Die Leonberger Gastroenterologie ist einer von drei Standorten innerhalb des Fachzentrums Gastroenterologie und Onkologie, an dem das SpyGlass-System zur Anwendung kommt.

Nicht nur in Böblingen und Nagold, sondern auch in der Gastroenterologie im Leonberger Krankenhaus wurde im Herbst des vergangenen Jahres das SpyGlass-System eingeführt, die endoskopische Untersuchung innerhalb der Gallenwege, die sich vor allem in zwei Punkten ganz zentral von der bisherigen Untersuchung der Gallengänge und der Behandlung von Gallensteinen unterscheidet: Erstmals bekommen die Fachärzte einen direkten Einblick in die kleinen, fein verästelten Gallengänge – eine Kamera macht dies möglich. Darüber hinaus kann mit einer zusätzlichen, über das System eingeführten Sonde ein elektrohydraulischer Impuls abgegeben und dadurch können selbst große, festsitzende Gallensteine zerkleinert werden (vgl. Seite 36).



*Chefärztin
Dr. Barbara John*

„Auf der ganzen Welt gibt es nur etwa 700 Zentren, in denen SpyGlass eingesetzt wird“, berichtet Dr. Barbara John, Chefärztin der Gastroenterologie in Leonberg. Eines dieser Zentren ist ihre Abteilung. „Das ist doch ein echter Knaller“, strahlt die Chefärztin nicht ohne einen gewissen Stolz, „und es zeigt, dass sich auch kleine Kliniken nicht verstecken müssen.“ Dass das hochspezielle Verfahren im Leonberger Krankenhaus eingesetzt wird, ist kein Zufall. Ganz bewusst und gemeinsam haben die Chefärzte des Fachzentrums Gastroenterologie und Onkologie des Klinikverbundes entschieden, SpyGlass auch hier zu etablieren. Nicht nur, dass Dr. John die Methode schon an einer vorherigen Arbeitsstelle erlernt hat. Vielmehr ist die Einführung der endoskopischen Untersuchung innerhalb der Gallenwege vor Ort ein logischer und konsequenter Schritt. „Mein Schwerpunkt ist die Endosonografie, also der Ultraschall von innen. Die Problematik der Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse und deren Gang ebenso wie die

Behandlung und Diagnose von chronisch entzündeten Darmerkrankungen gehören zu meinem Spezialgebiet“, sagt die Chefärztin. „Es macht deshalb nur Sinn, dass ich die Gallengänge und ihre Erkrankungen nach der neuesten Methode untersuchen kann.“

Trotz ihrer Erfahrung hat Dr. John im Vorgriff auf die Einführung des SpyGlass-Systems eigens eine Fortbildung besucht und dafür an der Uniklinik in Essen hospitiert. „Schon die normale Cholangioskopie ist kein einfacher Eingriff“, erläutert die Chefärztin die herkömmliche Endoskopie der Gallenwege. „Die SpyGlass-Methode ist jedoch die Königsdisziplin.“ Denn durch die vier Kanäle – das Highend-Endoskop besitzt neben der Kamera auch noch zwei Spülkanäle und einen therapeutischen Kanal – hat die Gastroenterologin während des Eingriffs nicht nur sprichwörtlich alle Hände voll zu tun.

Sabine Haarer

Hilfe für das beanspruchte Scharniergelenk

Eine Knie-Totalendoprothese kann Abhilfe schaffen, wenn das Knie durch stark fortgeschrittenen oder großflächig auftretenden Verschleiß Probleme macht. Und der Patient kann selbst viel dazu beitragen, dass die OP ein Erfolg wird.

„Operativ gesehen ist der Ersatz des Kniegelenks mit einer sogenannten Totalendoprothese, also einem kompletten künstlichen Kniegelenk, für uns Routine. Wir verwenden bewährtes Material, unsere Arbeitsabläufe sind standardisiert, was der Sicherheit dient, und unser Vorgehen ist optimiert“, sagt Dr. Dirk

Ruhe, Bereichsleiter der Endoprothetik in der Klinik für Chirurgie am Krankenhaus Herrenberg. Seit 14 Jahren schon operiert er gemeinsam mit dem gleichen Team Kniegelenke. „Das hat den Vorteil, dass alle Erfahrung haben und wir gut aufeinander eingespielt sind.“



Hilfe für das beanspruchte Scharniergelenk
Seite A



Hygiene im OP – vorbildlich
Seite C



Enddarm-erkrankungen
Seite E



Mit kleinen Schritten zurück in den Alltag
Seite G



Medizin für jeden
Seite H

Ein Knie ist nicht nur ein sehr komplexes Gelenk, es ist auch äußerst stark beansprucht, weshalb Verschleißerkrankungen hier besonders häufig auftreten. Wenn Beschwerden wie Bewegungsunfähigkeit und Schmerzen die Lebensqualität einschränken, ist es Zeit, über eine endoprothetische Versorgung nachzudenken. „Dort, wo der Unterschenkelknochen und der Oberschenkelknochen aufeinandertreffen, kann es durch übermäßige Beanspruchung, durch Verletzungen oder einfach durch altersbedingten Verschleiß dazu kommen, dass die Knorpelschicht, die normalerweise eine sanfte, reibungsfreie Bewegung ermöglicht, verschwindet; dann reibt Knochen auf Knochen, was natürlich zu Beschwerden führt. Ist der Verschleiß schon sehr weit fortgeschritten oder tritt er sehr großflächig auf, werden

die beiden Oberflächen – wie bei einer Zahnüberkronung – mit einem Oberflächenersatz, bestehend aus Metall und Kunststoff, erneuert. Dabei können die Bänder und Sehnen erhalten bleiben, das Knie ist auch mit der Prothese stabil und kann wieder allen Aufgaben gerecht werden.“

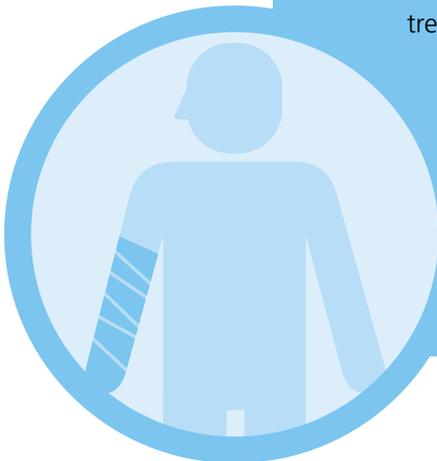
Das alles klingt zunächst unkompliziert. Doch wer selbst betroffen ist, für den stellen sich viele Fragen. Dr. Ruhe weiß aus Erfahrung, dass die meisten Patienten die Narkose fürchten. „Da hat sich aber sehr viel getan, heute ist die Narkose sehr viel individueller und damit deutlich weniger belastend für den Körper geworden, Komplikationen treten nur noch sehr selten auf.“ Die größte Gefahr sei immer noch die Infektion. „Aber das ist beherrschbar, wir können aktiv sehr viel tun, um das von vorneherein zu verhindern.“

Dr. Ruhe und sein Team haben das jüngst auch bewiesen und sich einer freiwilligen OP-Begleitung durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene unterzogen, bei der die Einhaltung der Hygienevorschriften und der Umgang mit Hygiene geprüft wurde. Das Ergebnis fiel überaus erfreulich aus (vgl. nebenstehenden Artikel).

Womit sich Dr. Ruhe intensiv beschäftigt, ist der sogenannte vordere Knieschmerz, der gelegentlich nach der OP auftritt. „Etwas Ähnliches gibt es nach einem Hüftgelenkersatz eher selten, weil das Knie im Vergleich zur Hüfte ein anders belastetes und dabei sehr komplexes Gelenk ist.“ Möglicherweise ist das Zusammenspiel der verschiedenen Bänder und Muskeln gestört. Deshalb ist es wichtig, dass der Patient selbst dazu beiträgt, Komplikationen schon

FACHZENTRUM UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

Im Klinikverbund Südwest wurden die bestehenden Kliniken und Fachabteilungen für Unfallchirurgie und Orthopädie zu einem gemeinsamen standort- und kreisübergreifenden Fachzentrum zusammengeschlossen. Die eigenständigen Fachabteilungen arbeiten dabei mit dem Ziel, sämtliche Patienten der Kreise Calw und Böblingen auch in Zukunft umfassend und auf höchstem qualitativem Niveau zu versorgen. Die Leiter der beteiligten Fachabteilungen treffen sich regelmäßig zur Abstimmung über die die Kliniken betreffenden Themen, beispielsweise die zukünftige Ausrichtung des Behandlungsspektrums, gemeinsam verwendete Medizinprodukte oder gemeinsame Investitionen. Die Zusammenarbeit umfasst die Verlegung von Patienten zur Behandlung zwischen den einzelnen Standorten, wenn die besondere Expertise, die Vorgaben der Kostenträger oder Versorgungsengpässe dies erfordern. Spezialinstrumentarien können gemeinsam genutzt werden. Zur Verbesserung ihrer Ausbildung rotieren Assistenzärzte zwischen den Kliniken.



im Vorfeld zu verhindern. So sollte man nach Ausschöpfen aller nichtoperativen Therapieoptionen – falls die Beschwerden weiterbestehen – nicht zu lange zögern, die Operation machen zu lassen; eine weit fortgeschrittene Arthrose bereitet insgesamt mehr Schwierigkeiten. „Außerdem ist es wichtig“, so Dr. Ruhe, „dass der Patient die Physiotherapie und Reha nach der OP engagiert mitmacht. Die Muskeln und Sehnen dürfen sich nicht zu sehr verkürzen, man sollte sich also ausreichend bewegen und vor allem auch dehnen. Es ist außerdem kein Fehler, darauf schon vor der Operation zu achten. Man kann das gegebenenfalls gemeinsam mit einem Physiotherapeuten üben.“ Sind Muskeln und Sehnen trainiert, kommt es seltener zu Fehlhaltungen und damit treten weniger häufig Schmerzen auf.

Die Prothese hält insgesamt 15 bis 20 Jahre. „Allerdings“, schränkt Dr. Ruhe ein, „kommt es etwa 15 Jahre nach der Operation in einigen Fällen zu ersten Lockerungserscheinungen. Das ist normal. Man muss es sich nur bewusst machen. Denn viel hängt davon ab, wie pfleglich man seine Prothese behandelt.“ Man darf eben nicht übertreiben, auch wenn die Prothese es erlaubt, alles wieder wie gewohnt zu tun: Autofahren, Radfahren, Skifahren. „Geht alles“, lächelt Dr. Ruhe, „aber nicht übermütig werden!“

Redaktion

Hygiene im OP – vorbildlich



Die Herrenberger Klinik für Chirurgie – Bereich Endoprothetik hat sich einer freiwilligen Prozessbegleitung zur Beurteilung der Infektionspräventionsmaßnahmen unterzogen und erzielte ein sehr gutes Ergebnis.

Um Infektionen vorzubeugen und somit den Behandlungserfolg zu sichern, müssen in Kliniken strenge und komplizierte Hygienevorschriften befolgt werden. Dr. Dirk Ruhe, Bereichsleiter Endoprothetik der Chirurgischen Klinik am Krankenhaus Herrenberg, und sein Team haben sich einer Prozessbegleitung durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene (BZH) während einer Hüftgelenkoperation unterzogen. Das Ergebnis fiel für alle sehr erfreulich aus: Es wurde lediglich ein geringes Verbesserungspotenzial festgestellt.



Ltd. OA Dr. Dirk Ruhe

Mit der Hygiene ist es ähnlich wie beim Autofahren. Durch Erfahrung und Routine gewinnt man Sicherheit und Überblick. Doch schleichen sich mit der Zeit kleine Gewohnheiten ein, die nicht im Sinne der Perfektion sind. Das ist der Grund, weshalb es das Fazit „Fehlerfrei“ in einem solch komplexen Prozess wie einer Operation nicht geben kann. Erst recht nicht, wenn verschiedene Bereiche Hand in Hand zusammenarbeiten müssen.

Bei der Prozessbegleitung der Hüft-OP am Herrenberger Krankenhaus wurde durch einen unabhängigen Berater der gesamte Prozess beobachtet: die Vorbereitung des Patienten auf Station, die Übergabe an den Operationssaal, das Einschleusen in den OP, die Operation selbst sowie das Ausschleusen, der Aufenthalt im Aufwachraum sowie auf der Intensivstation und die Rückführung auf die Station. Über den gesamten Zeitraum wurden die hygienischen Maßnahmen und Handlungen zur Infektionsprävention auf Basis des derzeit wissenschaftlichen Kenntnisstandes beurteilt. Das Ergebnis wurde in einem Protokoll festgehalten. Dr. Ruhe freut sich, dass dieses Protokoll extrem kurz ausgefallen ist: „Wir hatten natürlich gehofft, dass wir ein solch gutes Ergebnis erzielen. Doch können sich im Alltag Gewohnheiten einschleichen, die einem selbst gar nicht mehr auffallen. Deswegen wird hier im Verbund auf die regelmäßige Schulung aller Mitarbeiter so viel Wert gelegt. Und wir hier in der Endoprothetik sind ein seit Jahren eingespieltes Team, wir passen aufeinander auf und arbeiten konstruktiv zusammen“, erklärt er den Erfolg. „Wir haben Standards entwickelt, wie sie auch in zertifizierten Kliniken zu finden sind. Das gibt uns Sicherheit.“

Im Klinikverbund Südwest, zu dem das Krankenhaus Herrenberg gehört, steht die Hygiene besonders im Fokus.

Neben den geforderten Hygienebeauftragten im ärztlichen Dienst und der Pflege arbeiten acht Vollzeit-Hygienefachkräfte im Verbund. Der Klinikverbund bildet seine Hygienefachkräfte selbst aus und fördert Mitarbeiter, die sich dafür entscheiden. Eine zentrale Hygienekommissionssitzung wird regelmäßig durchgeführt, ständige Mitglieder sind unter anderem die Ärztliche Leitung, die Verwaltungsleitung, die Pflegedienstleitung, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte, die hygienebeauftragten Ärzte, die Leitung der Krankenhausapotheke sowie die Technische Leitung und die Leitung von hauswirtschaftlichen Bereichen. So ist der Informationsfluss in alle Bereiche hinein sichergestellt.

Mit Dr. Thilo Rünz, Chefarzt am Institut für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie, leitet die Fachabteilung Hygiene und Infektionsprävention ein Medizinhygieniker, der sich einen Ruf als Experte aufgebaut hat. „Solche Prozessbegleitungen sind ein besonders effektiver Qualitätsmarker“, erklärt er. „Diese Effektivität wollen wir natürlich nutzen und weitere Prozesse im Klinikverbund unter die Lupe nehmen.“ Das Herrenberger Endoprothetik-Team hatte sich als Erstes dem Urteil des BZH gestellt und ist damit Vorbild für alle.

Redaktion



Stockphoto Janulla

Enddarmkrankungen

Bewährtes und Neues von Fall zu Fall abwägen

Wer von Hämorrhoiden, Analfissuren oder Fisteln hört, denkt an eher lästige Symptome und Begleiterscheinungen. Es sind Enddarmkrankungen, die in die Behandlung des Spezialisten gehören. Allen gemeinsam ist, dass sie, wenn diätetische Maßnahmen und Medikamente (zumeist Salben und Zäpfchen) nicht mehr helfen und eine Operation notwendig wird, eine Herausforderung für den Operateur darstellen. Dafür zuständig ist der Proktologe, der neben proktologischem Wissen auch chirurgische Fertigkeiten, internistische und dermatologische Kenntnisse haben muss, um erfolgreich behandeln zu können. Denn der Darm und insbesondere der Enddarm ist ein sehr komplexes, empfindliches Organ, Eingriffe müssen daher gut vorbereitet und überlegt sein.

Spiridon Anargirou, Oberarzt der Klinik für Chirurgie am Krankenhaus Herrenberg, verdeutlicht das am Beispiel der Hämorrhoiden: „Wenn Hämorrhoiden stark vergrößert sind, helfen keine konservativen Therapien mehr. Dann muss man operativ Abhilfe schaffen, weil die Gefahr besteht, dass sie einklemmen, was einen Notfall darstellen würde.“ Viele Jahre hinweg wurde klassisch operiert, das heißt, die Hämorrhoidalknoten

wurden mitsamt der bedeckenden Schleimhaut weggeschnitten, und immer noch zeigt diese Methode sehr gute Ergebnisse und wird weiter verbessert. Es entwickelten sich jedoch auch alternative Methoden, wie beispielsweise die Stapleroperation nach Longo: Dabei wird ein Gewebering im Enddarm entnommen, die beiden verbleibenden Darmabschnitte werden wieder mit einer versetzten zweireihigen Klammernaht zusammengeführt und damit das Hämorrhoidalpolster an seine korrekte anatomische Position geliftet. „Das war im Vergleich zur offenen Operation schmerzfreier, die Patienten waren schneller wieder auf den Beinen und arbeitsfähig, die OP-Zeit kürzer. Zehn, 15 Jahre nach der Operation traten jedoch bei diesen Patienten Beschwerden auf, die man mit der lange zurückliegenden Longo-OP nicht in Zusammenhang brachte. Erst als man genauer hinschaute, stellte man fest, dass der Körper, immer bestrebt, die Zellen zu erneuern und sich selbst zu heilen, auch neue Nerven bildet. Diese sendeten nun in dem vernarbten Gewebe Schmerzsignale oder aber es entstanden Engstellen an der Vereinigungsstelle.“

Viele Methoden, Hämorrhoiden zu behandeln, stehen inzwischen zur Auswahl, aus denen der Operateur die für



Oberarzt
Spiridon Anargirou

den Patienten passende Methode auswählen muss. Außerdem haben technische Innovationen Einzug gehalten in das operative Spektrum der Proktologie. Sehr gelobt werden derzeit die minimalinvasiven Verfahren, darunter werden Techniken verstanden, bei denen kein Gewebe entfernt wird. Beispielsweise die Laserhämorrhoidoplastie (LHP), bei der das erkrankte Hämorrhoidalgewebe mittels einer Lasersonde verödet und damit geschrumpft wird und die DGHAL-RAR-Methode (Doppler-Gesteuerte Hämorrhoiden-Arterien-Ligatur kombiniert mit Recto-Anal-Repair). Dabei wird zunächst die Arterie, die die Hämorrhoid mit Blut versorgt, mittels einer Ultraschallsonde identifiziert und mit einer Naht unterbunden, wodurch die Blutzufuhr gedrosselt wird. Dadurch kann die Hämorrhoid später schrumpfen. Durch das Recto-Anal-Repair wird überschüssiges Gewebe in den Analkanal hineingezogen und an der richtigen anatomischen Position fixiert. Dabei entstehen keine offenen Wunden, da auch nichts weggeschnitten wird, was gleichbedeutend ist mit weniger Schmerz für die Patienten.

„**D**a bei diesen Techniken die Gefahr einer postoperativen Komplikation wie zum Beispiel eine Stuhlinkontinenz recht gering ist, werden diese Methoden sehr geschätzt. Doch muss man schauen, wie lange der Erfolg anhält. Wir haben noch keine Langzeiterfahrungen. Und wie man an der Longo-OP sieht, weiß man dann noch nicht wirklich, welche Langzeitfolgen tatsächlich auftreten und wie hoch die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv, also einen Rückfall, ist“, so Anargirou. „Nicht immer ist das Neue das Bessere. Es ist wichtig, die herkömmlichen, bewährten Methoden nicht völlig zu vergessen. Letztendlich kommt es darauf an, was für den Patienten die richtige Methode ist. Dazu müssen wir berücksichtigen, was der Patient selbst will, was er erwartet, wie er lebt und wie bereitwillig er ist, seine Lebensgewohnheiten eventuell umzustellen. Zusammen mit den medizinischen Gegebenheiten schlagen wir ihm dann die Vorgehensweise vor.“ Oft kommen seine Patienten mit sehr festen Vorstellungen, viele

haben sich vorher informiert und auch im Internet gegoogelt. „Es ist wichtig, die Patienten ausführlich zu beraten“, spricht der Oberarzt aus Erfahrung. „Die im Internet gefundenen Informationen sind ja nicht auf die individuelle Situation zugeschnitten.“

All das gilt genauso für die Behandlung anderer Enddarmkrankungen, wie zum Beispiel Analfisteln. Bei deren Operation ist immer auch der Schließmuskel betroffen und damit die Gefahr einer Stuhlinkontinenz gegeben. Neben den bekannten Methoden wurde nun auch hier der Laser eingeführt. Dabei kommt eine Lasersonde zum Einsatz, die den Fistelgang verödet (Laser Fi-LaC) und den Kollateralschaden minimal hält. Somit hofft man, dass die Komplikation der Stuhlinkontinenz für die Patienten der Vergangenheit angehört und ein Rezidiv verhindert werden kann.

Aber gerade den neuen OP-Techniken folgt nach der ersten Euphorie über die guten Ergebnisse manchmal die Ernüchterung dank der etwas schlechteren Langzeitergebnisse. Und wenn es viele Operationsmethoden für eine Krankheit gibt, heißt das meistens, dass die optimale Therapieform (noch) nicht existiert.

Heute sollte man generell vorsichtiger bei der Entscheidung der Operationsmethode sein, so Spiridon Anargirou, denn „neue Methoden müssen vom Operateur lange geübt werden und viele Jahre im Einsatz sein, bevor sich etwas über die Langzeitwirkung sagen lässt“, erklärt er. Zunächst versuche man, die Symptome so weit zurückzudrängen, dass die Erkrankung leichter zu behandeln ist und somit die Voraussetzungen für das optimale Operationsziel geschaffen werden. Neben den technischen Neuerungen spielt die Erfahrung des Operateurs und die Mitarbeit des Patienten eine Schlüsselrolle. „Der Enddarm ist empfindlich. Deshalb muss sehr kritisch entschieden werden, womit dem Patienten am meisten gedient ist“, verdeutlicht der Oberarzt das Vorgehen.

Altersmedizin in Herrenberg

Mit kleinen Schritten zurück in den Alltag

Anfang des vergangenen Jahrhunderts zeigte ihre Spitze noch nach oben, doch in absehbarer Zeit steht die Alterspyramide kopf. Längst sind hochbetagte Patienten mit Mehrfach-Erkrankungen auch am Herrenberger Krankenhaus keine Seltenheit mehr. Ihrer speziellen Bedürfnisse nimmt sich seit 2012 ein multiprofessionelles Geriatrie-Team an.

Ob Pflege in den eigenen vier Wänden möglich ist, darüber entscheidet oft der Grad der Selbstständigkeit. Diese Selbstständigkeit nach einer Operation bestmöglich wiederherzustellen und so eine gelungene Rückkehr in den Alltag vorzubereiten – das ist die Aufgabe des geriatrischen Teams um die Altersmedizinerin Maria Friese. Bereits seit 2015 kümmert sich die erfahrene Geriaterin um das Wohl der älteren Patientengeneration. Täglich fünf betagte Menschen kann sie mit ihrem Team im Herrenberger Krankenhaus behandeln.

Jene Kranken zu identifizieren, die mit den besten Aussichten von der sogenannten geriatrischen Komplexbehandlung (GKB) profitieren, ist die Hauptaufgabe der Altersmedizinerin. „Die Patienten müssen nicht gleich aufstehen und gehen können, aber es sollte ein deutliches Verbesserungspotenzial erkennbar sein“, erläutert Maria Friese. „Das ist zum Beispiel der Fall, wenn jemand am Ende der Behandlung es schafft, wieder sitzen oder wenige Schritte gehen zu können und dadurch die häusliche Pflege wieder möglich wird.“

Um keine kostbare Zeit zu verlieren, kümmern sich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und die aktivierende Pflege gleich am ersten Tag nach dem Eingriff um die rasche Mobilisierung des Patienten. „Täglich steht eine halbe Stunde Krankengymnastik und eine halbe Stunde Ergotherapie auf dem Programm“, erzählt Maria Friese. Die Geriaterin führt derweil verschiedene Tests etwa zur Mobilität oder zum geistigen Zustand des Patienten durch.

Die Medikamentenliste muss sorgfältig durchgesehen werden, insbesondere um die Zahl verordneter Medikamente möglichst klein zu halten, da Medikamentenwechselwirkungen sonst gefährlich werden können. Bei geriatrischen Patienten sind oft niedrigere Dosen der Medikamente angebracht. Liegen Schluckstörungen vor, holt man sich außerdem eine Logopädin mit ins Boot. Die gesammelten Befunde tragen alle Beteiligten in der wöchentlichen Teambesprechung zusammen und erstellen dann gemeinsam ein individuelles Behandlungskonzept für den einzelnen Patienten.

Dass sich dabei alle Teammitglieder auf Augenhöhe begegnen, ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. „Pflege, Ergo und Physio haben bei uns alle denselben Stimmwert“, betont Maria Friese. Auch gute Absprachen sind für eine gelungene Therapie unabdingbar, zumal die Patienten über mehrere Abteilungen und Stationen verteilt liegen. Die langen Wege könnten jedoch bald schon der Vergangenheit angehören. Um die Geriatrie in Herrenberg fit für die Zukunft



Oberärztin
Maria Friese



Chefarzt
Dr. Alexis Wolf

zu machen, sähe Dr. Alexis Wolf, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, diese gern in neue Strukturen gegossen: „Für ein Haus unserer Größe besteht der große Wunsch nach einer akutgeriatrischen Behandlungseinheit mit 15 Betten, wo wir die Patienten konzentrieren können.“

Die Geriatrie ist in Herrenberg für alle Abteilungen des Hauses zuständig und organisatorisch unter dem Dach der Klinik für Innere Medizin untergebracht. Dr. Wolf sieht jedoch die Notwendigkeit, die Akutgeriatrie zur zentralen Aufgabe der Klinik für Innere Medizin zu machen. Denn:

Der Altersdurchschnitt steigt, die Zahl der schwerkranken und multimorbiden Patienten nimmt kontinuierlich zu. „Das Haus braucht eine akutgeriatrische Abteilung, wenn es vernünftig arbeiten will“, ist der Internist überzeugt.

Nadine Dürr



MEDIZIN FÜR JEDEN

Patienteninfoabende rund um neue Diagnose- und Therapieverfahren stehen hoch im Kurs.

Wie heißt es so schön: „Wer fragt, steuert das Gespräch!“ Doch um ein Gespräch in die richtige Richtung lenken zu können, muss man wissen, was man überhaupt fragen soll. Und das ist gar nicht so einfach, besonders wenn das Thema ein medizinisches ist.

Etwa die Hälfte aller Patienten wollen aktiv bei der Planung des weiteren Vorgehens mitreden, andere überlassen die Wahl der richtigen Therapie ihrem Arzt – was auch eine bewusste Entscheidung ist. Wichtig ist, dass der Patient einverstanden ist mit der Entscheidung, wie die Therapie verlaufen soll. Trägt er sie mit, beeinflusst das den Behandlungserfolg positiv.

Um sich das notwendige Wissen anzueignen, bedienen sich immer mehr Menschen des Internets – mit unterschiedlichem Erfolg. Informationsgespräche mit Ärzten hingegen scheitern manchmal daran, dass nicht jeder Arzt ein begnadeter Kommunikator ist. Und nicht jeder Patient lässt erkennen, ob er verstanden hat, was der Arzt versucht, ihm zu erklären. Findet das Infogespräch direkt vor einer Operation statt, wird es doppelt schwierig: Der Patient wie auch seine Begleiter befinden sich in einer Ausnahmesituation, sind emotional angestrengt und daher erfahrungsgemäß nicht in der Verfassung, weitreichende komplexe und komplizierte Informationen zu verarbeiten.

Um Patienten, Angehörigen und Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich in lockerer Atmosphäre unabhängig von einer konkreten

Behandlung zu informieren, wurden im Klinikverbund Südwest an allen Standorten kostenfreie Vortragsreihen etabliert, um allen Interessierten regelmäßig die Möglichkeit zu geben, sich gezielt über ein medizinisches Thema aus Klinikperspektive zu informieren. Zuhörer können darüber hinaus individuelle Fragen stellen.

Wie groß das Bedürfnis nach medizinischem Hintergrundwissen in der Bevölkerung tatsächlich ist, zeigen die ansteigenden Besucherzahlen der Veranstaltungen und die positiven Rückmeldungen. Der Klinikverbund befragt seine Zuhörer bei jeder seiner Veranstaltungen und erhält so ein aktuelles Bild von Themenwünschen und der Zufriedenheit der Zuhörer.

Die nächsten Vorträge im Überblick:

Dienstag, 11. Juli 2017, 19 Uhr

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Erkrankungen in den Wechseljahren

Chefärztin Dr. Ines Vogel

Dienstag, 7. November 2017, 19 Uhr

Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie
Reizdarmsyndrom – wenn der Bauch drückt und der Arzt nichts findet

Chefarzt Dr. Alexis Wolf

Dienstag, 20. Juni 2017, ab 18 Uhr

Informationsveranstaltung im Rahmen der
Inkontinenzwoche 2017 im Krankenhaus Herrenberg



Mehr Informationen finden Sie auf www.klinikverbund-suedwest.de/Veranstaltungen



Kulinarik im Krankenhaus?

Pünktlich um kurz vor zwölf Uhr, eingebettet in die medizinische und pflegerische Versorgung, erreicht das Mittagessen den Patienten. Den hatte am Vortag bereits die Menüassistentin nach seinen Wünschen gefragt: Hähnchenbrustfilet mit Mango- sauce, panierten Seelachs und Polenta-Spinat-Knusper- tasche hat er für die kommen- den Tage gewählt.

Klingt vielversprechend. Aber schmeckt es auch so gut, wie es klingt? Krankenhaus- essen gilt noch immer als halb verkocht und fade so- wieso. Tatsächlich? Nachge- forscht in der Service GmbH Schwarzwald im Klinikverbund Südwest: Wie ist es wirklich ums



Kulinarische im Krankenhaus bestellt?

„Eigentlich bin ich ein guter Esser“, seufzt der Patient. „Aber wenn es einem schlecht geht, schlägt sich das auch auf den Appetit nieder.“ Psychische Anspannung und Schmerzen, dazu vielleicht Medikamente, die das Geschmacksempfinden stören: Man ist im Krankenhaus nicht gerade im Genuss-Modus. Dabei stellt das Essen oft das Highlight am Tag dar. Wenn es nicht schmeckt, ist die Enttäuschung groß.

„Uns ist es lieber, wenn uns unsere Patienten sagen, so- bald etwas nicht passt.“ Menüassistentin Pe- tra Feyer versichert: „Wenn was nicht

schmeckt, können wir Abhil- fe schaffen!“ Immerhin um- fasst die Bestellliste für Früh- stück und Abendessen vier verschiedene Sets, für jeden Geschmack etwas, inklusive einem Vitalangebot, das den Standards der Deutschen Ge- sellschaft für Ernährung (DGE) entspricht. Auch das Angebot fürs Mittagessen ist vielfältig und wechselt saisonal. Drei Menüs stehen zur Wahl: Voll- kost, leichte Kost und vege- tarisch, sechs Wochen lang täglich neu, dann geht es von vorne los.

Aber: Nicht jeder darf alles essen, denn das Speisenan- gebot im Krankenhaus ist Teil des medizinischen Therapie- verfahrens. So gibt es nach der OP Suppen und Brei und, wenn medizinisch verordnet,





beispielsweise salzfreie und passierte Kost. Persönliche Vorlieben und Diätverordnung klaffen da auch mal deutlich auseinander. Dann ist die Beratung und Aufklärung der Menüassistenten und des Pflegedienstes gefragt.



Eine Großküche mit Fürsorge für den Einzelnen

Deutlich wird das Spektrum der Anforderungen in der Organisation der Küche: „Die Köche produzieren zum Beispiel für 500 Personen Linsen und Spätzle, und nebenan bereitet die Diätassistentin eine Sonderkost speziell für einen Patienten zu, der eine Allergie hat“, erläutert Oliver Beer. Er ist der Betriebsleiter der Krankenhaus-Service GmbH Schwarzwald, einer 100-prozentigen Tochter des Klinikverbundes Südwest.

Immerhin 90 Mitarbeiter kümmern sich um die Speisenzubereitung für die Patienten: „Unsere ‚Kunden‘ in den Kliniken können nicht einfach nach Hause gehen. Wir haben einen Versorgungsauftrag, das heißt, die Versorgung mit Speisen muss unter allen Umständen, auch wenn etwas Unvorhergesehenes geschieht, gesichert sein.“

Doch das ist nicht der einzige Anspruch, den er und sein Team an ihre Arbeit haben. Das Essen soll wirklich schmecken, und es soll die Patienten in ihrem Genesungsprozess unterstützen. Deshalb ist Oliver Beer auf das neueste Zertifikat besonders stolz: die Auszeichnung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Diese Zertifizierung bescheinigt dem Klinikverbund

Südwest unter anderem, dass den Patienten eine Menülinie zur Auswahl steht, die den Nährstoffbedarf nach den Vorgaben der DGE optimal deckt. In Baden-Württemberg wurde bisher nur insgesamt fünf von 220 Kliniken dieses Siegel verliehen. Der Klinikverbund Südwest ist der erste Klinikverbund in Baden-Württemberg.

Qualität spricht sich herum. Die Service GmbH Schwarzwald versorgt mit der Cook & Chill-Küche nicht nur die Patienten im Klinikverbund Südwest, sondern darüber hinaus 14 eigene gastronomische Betriebe, Kindergärten, Schulen und weitere öffentliche Einrichtungen. Macht alles in allem 5.000 Menüs pro Tag. Produziert werden diese im Versorgungszentrum in Calw, selbstverständlich



unter strengsten Hygiene- und Sicherheitsauflagen.



Qualität hat mehr als nur einen Aspekt

Hygiene – das ist so ein Stichwort. Diese Auflagen führen dazu, dass das Frühstück und das Abendessen sehr kalt beim Patienten ankommen, was häufig zu Unverständnis führt. Die kalte Butter beispielsweise aber ist ein Indikator für die funktionierende Kühlkette, also dafür, dass die Speisen, die auf dem Teller liegen, einwandfrei sind.

Sven Krauss ist diesbezüglich sehr penibel. Der Küchenchef, der lange Jahre in der gehobenen Gastronomie gearbeitet hat, legt allergrößten Wert auf Qualität. Und die beginnt für ihn bei hochwertigen Zutaten, die Rezepte entwickelt er dann zusammen mit seiner Leitenden Diätassistentin persönlich. Die Produkte, mit denen die beiden arbeiten, kommen zu 70 Prozent aus Baden-Württemberg. Und für die Kindergartenkinder wird sogar eine BIO-Menülinie angeboten.



Die Standards der deutschen Gesellschaft für Ernährung gelten übrigens nicht nur für das zertifizierte Angebot. Grundverständnis der Küche ist: Der Eigengeschmack der

Produkte soll klar im Vordergrund stehen. Eine Karotte soll nach Karotte schmecken und Kartoffeln nach Kartoffeln. Salz und Würzmittel werden behutsam und gezielt eingesetzt. Für so manchen ein ganz ungewohntes Geschmackserlebnis.

Gekocht wird grundsätzlich im Cook & Chill-Verfahren, das heißt, die Speisen werden konventionell zubereitet und knapp fertig gegart, um dann in einem streng definierten Verfahren heruntergekühlt und bis zur Verwendung bei circa drei Grad Celsius gelagert zu werden. Vitamine und Nährstoffe bleiben auf diese Weise bestmöglich erhalten. Erst unmittelbar vor dem Verzehr werden die Produkte schonend regeneriert, also wieder erhitzt und fertig gegart.

Hier verbirgt sich allerdings eine Schwierigkeit. Im Krankenhausalltag ist immer wieder mit unvorhersehbaren Situationen zu rechnen; Notfälle kommen dazwischen oder eine Untersuchung dauert länger. Das Essen muss manchmal warten, was zugegeben der Qualität nicht gut tut.

Doch zurück auf Station: Dem Patienten geht es wieder besser, er kann schon am Tisch essen und der Appetit kommt zurück. Also überlegt



er sich genüsslich, was es in den nächsten Tagen geben soll; Zeit hat man ja und die Auswahl ist groß.

Lena Jauernig



Fotolia Emuck

HEUTE SIND WIR DER **BOSS** 😊

Schülergeleitete Station im Krankenhaus Herrenberg

Mit Netz und doppeltem Boden: die Pflegeschüler der Schule für Gesundheitsberufe des Klinikverbundes Südwest können im Rahmen des Projektes „Schülergeleitete Station“ erfahren, was den Pflegeberuf eigentlich ausmacht. Statt Anweisungen entgegenzunehmen, entscheiden sie selbst – und merken so ganz schnell, worauf es ankommt in ihrem verantwortungsvollen Beruf.

Alles begann mit der Überlegung, wie man ein besseres Verständnis zwischen Auszubildenden und examinierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern und -pflegerinnen erreicht und nebenbei die Zufriedenheit der Auszubildenden steigert. Sonja Traxler, Pflegekraft in der Kinderklinik Böblingen hatte eine Idee: Wer am eigenen Leib erfährt, wie sich der Alltag auf Station aus Sicht der Verantwortlichen gestaltet, entwickelt ein tieferes Verständnis für Patienten und deren Bedürfnisse, für Kompetenzüberschneidungen, Arbeitsabläufe und



Das Projekt „Schülergeleitete Station“ wird an allen Standorten angeboten. Hier in Leonberg: Gesundheits- und Krankenpflegerin Lisa Stahl, die Auszubildenden Jan Korinek und Fatma Gül Solakoglu sowie Olga Schmidt, Praxisanleiterin (v. l. n. r.)

Entscheidungsprozesse. Das Projekt „Schülergeleitete Station“ wurde ins Leben gerufen und war in der Böblinger Kinderklinik so erfolgreich, dass es auch auf die anderen Standorte im Klinikverbund Südwest übertragen wurde.

In Herrenberg beispielsweise übernahmen vier Pflegeschüler aus drei Ausbildungsjahren in der Klinik für Innere Medizin das Zepter. Der Oberkursschüler Dany Brauns leitet seine drei Kollegen und Kolleginnen an, die examinierten Betreuerinnen Christine Egeler-Huber, hauptamtliche Praxisanleiterin, und Edeltraud Bauer, Dienstplanverantwortliche, hielten sich als stille Beobachterinnen im Hintergrund – bereit, im Bedarfsfall einzugreifen. „Es fällt schwer, sich so zurückzuhalten“, schmunzelt die Praxisanleiterin. Und Brauns erzählt: „Aber nach ein, zwei Stunden hatten wir uns reingefunden. Wir haben Zweier-Teams für je drei Patienten gebildet.“ Am ersten Tag übernahmen sie die Spätschicht; am nächsten Morgen die Frühschicht.

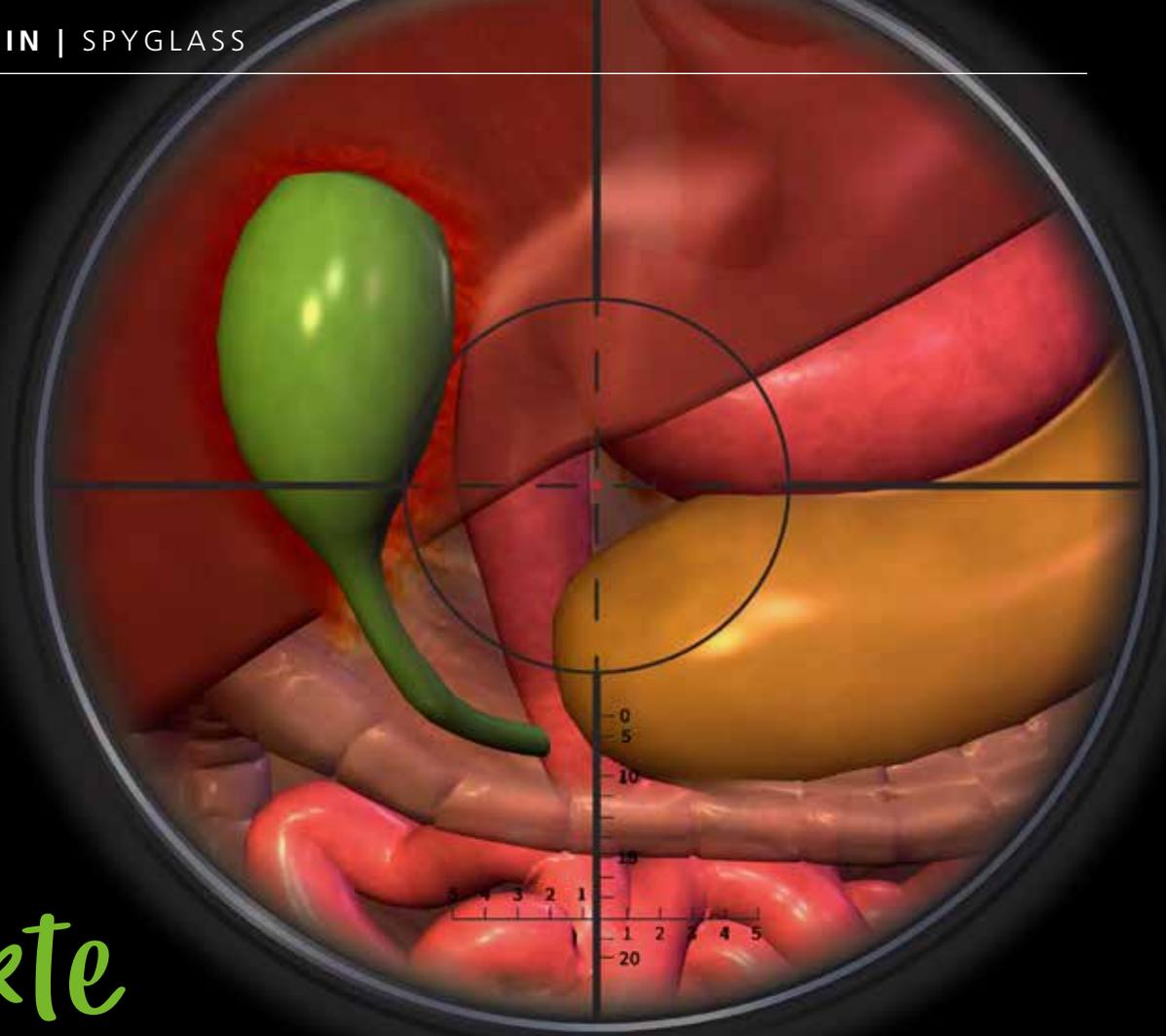
Die vier Schüler bewältigten die Aufgaben souverän: Patienten bei der Körperpflege unterstützen, Visiten begleiten, Aufnahmegespräche führen, dokumentieren, Medikamente richten – der Alltag einer Pflegekraft erfordert Flexibilität, ein umfangreiches Fachwissen, Kommunikations- und Organisationstalent sowie Geschicklichkeit. Dennoch: Probleme gab

es fast keine, obwohl die Patienten durchaus pflegebedürftig sind. „Nur das Katheterlegen hat bei einem Mann aus anatomischen Gründen nicht ohne Hilfestellung funktioniert“, meint Pflegeschülerin Kay Ratei. Selbst eine Isolationspatientin mit MRSA-Keim brachte das Team nicht aus der Fassung. Schließlich gibt es Schutzkleidung und eine Therapie: „MRSA-Sanierung“ nennt sich die aufwändige Prozedur mit Tabletten, Nasenspülungen und Gurgeln.

Die Patienten reagierten positiv, ja, sogar begeistert. Schließlich weiß inzwischen jeder, wie wichtig kompetente Pflegekräfte sind. Im Stationszimmer gibt Christine Egeler-Huber Rückmeldung, was gut lief und was noch verbessert werden kann: „Versucht, die Zusammenhänge ganz deutlich darzustellen, damit beim Gesprächspartner ein Gesamtbild entsteht.“ Und sie ermuntert den schon routinierten Dany Brauns zu mehr Delegation.

Die Schüler wissen dieses Projekt sehr zu schätzen. „Es ist viel Verantwortung“, meint Brauns. „Und man merkt ganz schnell, warum etwas so geregelt ist und nicht anders.“ Eine eindrückliche Art des Lernens, die man im Klinikverbund auf jeden Fall beibehalten will.

Anne Abelein



Der direkte Blick in die Gallengänge

Mit dem SpyGlass-System können die Gastroenterologen im Klinikverbund erstmals direkt in die Gallengänge hineinschauen und sie bekommen damit jetzt selbst die größten Gallensteine klein.

Sie sind klein, fein verästelt, und sie ließen sich lange Zeit nur indirekt in Augenschein nehmen: Gallengänge. Kommt es zu einer akuten Gallengangsentzündung – die Patienten bekommen hohes Fieber, haben große Schmerzen im Oberbauch, die Färbung von Haut und Augen weist auf eine Gelbsucht hin –, so kann diese Entzündung mehrere Ursachen haben. Vernarbungen, Anomalien, Gallensteine oder auch Tumore können zu Engstellen in den Gallengängen führen und den ungehinderten Abfluss der Galle erschweren, was letztendlich zu einer Entzündung führt. Bislang konnten die Gastroenterologen im Klinikverbund der Ursache für die Entzündung mittels der endoskopisch

retrograden Cholangio-Pankreatikografie (ERCP) auf den Grund gehen. „Dabei wird ein Endoskop über den Magen und Zwölffingerdarm an die Gallengänge herangeführt, es wird ein Kontrastmittel gespritzt, das bei einer Röntgenaufnahme die Gallengänge sichtbar macht“, beschreibt Prof. Dr. Hubert Mörk, Chefarzt der Gastroenterologie im Nagolder Krankenhaus, die ERCP. Die Gallengänge und damit auch die Engstellen sind aber nur indirekt sichtbar. Gallensteine lassen sich zwar zweifelsfrei erkennen, doch oft bleibt unklar, um was für eine Engstelle es sich handelt, ob Tumore gut- oder bösartig sind. Schwierigkeiten, mit denen die Gastroenterologen auch im Klinikverbund Südwest zu kämpfen hatten – bis zum vergangenen Herbst. Seitdem gehört das

SpyGlass-System zum Portfolio der Fachärzte, die sich innerhalb des Verbundes hausübergreifend zum Fachzentrum Gastroenterologie und Onkologie zusammengeschlossen haben.

„Bei SpyGlass handelt es sich um ein Endoskop, das durch das ERCP-Endoskop eingeführt werden kann“, sagt Dr. Barbara John, Chefärztin für Gastroenterologie im Leonberger Krankenhaus. Das hochkomplexe System verfügt neben zwei Spülkanälen und einem therapeutischen Kanal auch über eine optische Komponente, also über eine Kamera. Erstmals kann somit ein direkter Blick auf und in die Gallengänge hineingeworfen werden; ohne technischen Mehraufwand erscheint das Kamerabild auf dem Endoskopie-Monitor.

Da sich die Spitze des SpyGlass-Endoskops in vier Richtungen manövrieren lässt und die Bildqualität durch eine sehr hohe Auflösung besticht, können genauere Diagnosen gestellt werden, als das bisher möglich war. Die flexible Spitze bringt weitere Vorteile mit sich: Es können in einem größeren Umfang Biopsien (Gewebeentnahmen) durchgeführt und die Gewebeproben durch die beiden Spülkanäle besser befördert werden.

Auch Patienten, die unter Gallensteinen leiden, profitieren von der neuen Methode. Bei der ERCP können nur durchschnittlich große Gallensteine, also nicht übergroße Steine, entfernt werden. „Die stecken wie festbetoniert im Gallengang fest“, beschreibt Prof. Dr. Mörk die Situation sehr anschaulich. Bisher wurde der Stein mit Hilfe eines Lasers zertrümmert, ein nicht ungefährlicher Eingriff, der meist auch mehrmals wiederholt werden musste. Oder aber es musste ein großer Bauchschnitt gesetzt und der Stein über die Leber entnommen werden. „Durch SpyGlass können wir zusätzlich eine Sonde einführen und mit dieser einen elektrohydraulischen Impuls abgeben, der selbst große Steine zertrümmert“, informiert Dr. John. Meist ist dafür

sogar eine einmalige Stoßwellen-Behandlung ausreichend.

Zusammenarbeit im Fachzentrum

Wie bei anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kommt auch beim SpyGlass-System das Fachzentrum Gastroenterologie und Onkologie zum Tragen. Gemeinsam haben die Leitenden Chefarzte die Anschaffung des SpyGlass-Systems initiiert und sich darauf verständigt, diese endoskopische Untersuchung an den Krankenhäusern in Böblingen, Nagold und Leonberg zu etablieren. Trotz der Zusammenarbeit wird das Endoskop an allen drei SpyGlass-Standorten vorgehalten, das aber aus gutem Grund: „Erst während der Untersuchung entscheidet sich, ob die ERCP ausreichend ist oder ob die Untersuchung ausgeweitet und SpyGlass angewendet wird“, erläutert Prof. Dr. Mörk.

Der Generator für die Stoßwellen-Therapie wurde innerhalb des Fachzentrums nur einmal angeschafft. Er ist problemlos transportabel und damit mobil und flexibel. Da große Gallensteine schon bei der Voruntersuchung diagnostiziert werden können, ist die Behandlung mit den Stoßwellen planbar und der Generator kann rechtzeitig am gewünschten Standort in Leonberg, Nagold oder Böblingen eingesetzt werden.

Doch nicht nur bei der Anschaffung des Generators haben sich durch das Fachzentrum Synergieeffekte ergeben. „Wir Fachärzte profitieren vom monatlichen Austausch, wir können Schulungen, auch für das Pflegepersonal, gemeinsam anbieten, und durch die Erweiterung des Portfolios können wir qualifizierte Fachkräfte auch in anderen Disziplinen leichter gewinnen und längerfristig an den Klinikverbund binden“, nennen Prof. Dr. Mörk und Dr. John weitere Vorteile der verbundweiten Zusammenarbeit.



Sabine Haarer



Mehr Teilhabe für die Erkrankten

Häusliche Ergotherapie bei Demenz

HED-I – was fast wie ein Vorname klingt, bezeichnet die „Häusliche Ergotherapie bei Demenz“. Zurzeit vor allem in Norddeutschland verbreitet, fasst die Methode langsam auch im Süden Fuß. Patienten mit leichter und mittelschwerer Demenz und die pflegenden Angehörigen können das Angebot in Anspruch nehmen. Ziel der Behandlung ist es, den Alltag gemeinsam zu meistern, sodass die Erkrankten so lange wie möglich am gewohnten Leben

teilnehmen können. Daher findet im Unterschied zu anderen Behandlungen die Ergotherapie zu Hause statt.

„Wir arbeiten klientenzentriert. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse des Patienten“, erklärt Maike Sarrasch vom Therapiezentrum im Klinikverbund Südwest am Standort Sindelfingen, Rathausplatz, den Therapieansatz. Die Ergotherapeutin hat in Hannover eine Ausbildung

für HED-I absolviert. „Dieser Ansatz ist für die Erkrankten und pflegenden Angehörigen erst einmal neu.“ Zu Beginn führt sie deshalb mit den Patienten und Familienmitgliedern ein ausführliches Gespräch, um die Ziele festzulegen. Diese sind individuell verschieden. Entgegen älteren ergotherapeutischen Ansätzen steht nicht allein die Beschäftigung im Zentrum: „Die Philosophie der Ergotherapie ist es, in allen Lebensphasen Partizipation zu ermöglichen“, meint Sarrasch. Diese Vorgehensweise ist auch erfolgversprechender: „Wenn die Ziele vom Patienten selbst kommen ist die Motivation, mitzumachen, höher“, weiß sie.

An welchen Punkten hakt es bei den Betroffenen im Alltag? Um die Schwierigkeiten herauszufinden, analysiert Sarrasch das Verhalten und sammelt wichtige Informationen über Barrieren wie auch über unterstützende Faktoren. Oft muss sie genau hinschauen, wo die Probleme liegen. Bevorzugt der Patient andere Lebensmittel, weil sich sein Geschmack verändert hat oder weil ihm Begriffe nicht mehr einfallen? Helfen ihm Ratschläge von Angehörigen oder machen sie ihn eher nervös? Dann überlegt sie, wie sich Tätigkeiten vereinfachen lassen: So markiert sie an Geräten die Startknöpfe. Oder sie notiert gemeinsam mit dem Patienten die einzelnen Handlungsschritte, etwa eines

Kochrezeptes, und verdeutlicht sie mit Bildern. So fördert sie die Teilhabe der Patienten am alltäglichen Leben. Diese kann darin bestehen, dass Patienten ihre Enkel betreuen, Kontakt mit Freunden pflegen, tägliche Routinen wie Kaffeekochen ausführen und altgewohnten Rollen auf neue Weise gerecht werden.

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist sehr eng; Sarrasch vermittelt bei Konflikten und leistet viel Aufklärungsarbeit. „Es geht darum, die Pflegebedürftigkeit zu reduzieren und Angehörige zu entlasten“, betont sie und erklärt, dass die Erkrankten nachts manchmal unruhig sind und nicht viele Dinge auf einmal verarbeiten. Sie weiß auch, dass die Stimmungen und Fähigkeiten von Tag zu Tag schwanken: „Da hilft es, an Vertrautes anzuknüpfen. Wenn der Patient früher spazieren gegangen ist, wenn er schlechter Stimmung war, tut ihm das jetzt auch gut.“

Jedes Therapietreffen findet gemeinsam mit einem pflegenden Angehörigen statt. Zehn bis 20 Termine Häusliche Ergotherapie kann der Haus- oder Facharzt verschreiben, im Bedarfsfall auch mehr.

Anne Abelein

Endlich gesund und erholt schlafen!

Das Modulsystem der N1-Matratze: So individuell wie Sie selbst!

Stellen Sie sich vor, Sie wachen jeden Morgen erholt und ausgeschlafen auf. Ihr Rücken fühlt sich gut an. Sie starten fit, ausgeruht und vital in den Tag. Das klingt wunderbar? Dann testen Sie jetzt unsere patentierte modulare N1-Matratze für Ihren erholsamen und gesunden Schlaf. Kommen Sie uns im Nachtlager besuchen und lernen Sie die Vorteile eines modularen Schlafsystems kennen.

Der Schulter- und Beckenbereich kann individuell an Ihre Bedürfnisse angepasst werden.

Von Physiotherapeuten und Orthopäden empfohlen ★★★★★

BERATUNG
nur nach Terminvereinbarung

Bachstraße 18 · 71287 Weissach · 07044 / 915609-30 · info@das-nachtlager.de · www.das-nachtlager.de



WACH, ABER SCHMERZFREI



Derzeit wird diskutiert und in verschiedenen Studien untersucht, inwieweit und ob sich eine Narkose in den ersten Lebensjahren negativ auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns auswirkt. Durch die in den Kliniken Böblingen des Klinikverbundes Südwest angewandte Methode bei einer Leistenbruch-OP, eine der häufigsten Operationen bei Früh- und Neugeborenen, wird diese Fragestellung umgangen, denn die Kinder werden während der Operation in der Regel nicht narkotisiert. Es wird also keine Allgemeinanästhesie durchgeführt, sondern sie

werden regional betäubt. Der Fachbegriff lautet Wach-Kaudalanästhesie. Für den kleinen Patienten findet der Eingriff damit so behutsam wie möglich statt.

Es herrscht Verunsicherung bei vielen Eltern, wenn es um eine Leistenbruchoperation des noch sehr kleinen Kindes geht. Ein Grund dafür sind reißerische Überschriften wie „Anästhesie schadet Kindergehirnen“ in diversen Medien. Ein zweiter Grund ist die Fülle an richtigen, aber auch unrichtigen Informationen, die im Internet zu finden sind. Die Eltern können solche Nachrichten in der Regel

nicht auf ihren Wahrheitsgehalt hin prüfen und oft sind sie auch nicht in der Lage, sie einzuordnen. Beispielsweise gibt es Experimente an jungen Ratten, bei denen durch eine Narkose hervorgerufene Schädigungen im Gehirn festgestellt wurden. „Diese Versuchsreihen taugen vor allem dazu, Sorgen bei Müttern und Vätern entstehen zu lassen. An dieser Stelle ist der Anästhesist gefragt, und es ist eine umfassende Beratung der Eltern gefordert. Wir klären sie darüber auf, dass die Studien an Tieren nicht pauschal auf kleine Kinder übertragbar sind“, sagt Dr. Andreas Ostermeier, Chefarzt der Klinik für Anästhesie

und Intensivmedizin in den Kliniken Böblingen. Zudem informieren die Anästhesisten die Eltern detailliert über die Risiken und Vorzüge einer Narkose und stellen die Vorteile und Nachteile einer Regionalanästhesie dem gegenüber. „Im Übrigen wird eine Narkose ja nicht zum Selbstzweck durchgeführt, sondern ist aufgrund eines nicht zu verschiebenden Eingriffs unumgänglich“, ergänzt Dr. Holger Lünig, Leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Eine umfassende internationale Studie kommt zu dem Zwischenergebnis, dass es keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen des kindlichen Gehirns gibt, wenn im ersten Lebensjahr eine Allgemeinanästhesie (Narkose) durchgeführt wurde. In der Fachliteratur wird diese Erkenntnis von Prof. Dr. Robert Sümpelmann von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover als „ein Lichtblick“ bezeichnet, „den man besorgten Eltern durchaus mitteilen kann“, so Dr. Ostermeier.

Bei Leistenbruchoperationen an Früh- und Neugeborenen verzichten die Böblinger Anästhesisten auf die Narkose und vermeiden damit eventuell mögliche Auswirkungen auf das kindliche Gehirn. In etwa 80 bis 90 Prozent aller Fälle werden die Kinder bei diesem Eingriff mittels einer Regionalanästhesie betäubt,

in der medizinischen Fachsprache Wach-Kaudalanästhesie genannt. „Die Eltern sind anfangs überrascht und auch skeptisch, und sie können sich zunächst schwer vorstellen, dass das möglich ist“, erklärt Dr. Lünig; ein Großteil willige aber nach der entsprechenden Aufklärung ein. Seit etwa einem halben Jahr kontrolliert man in Böblingen diese Betäubungen im Sinne einer zusätzlichen Sicherheit sonografisch, also durch Ultraschall. Das gehört zum obligatorischen Vorgehen. „Dadurch ist ein noch genaueres Setzen der Injektion möglich“, erklärt Dr. Lünig. Diese Art der Anästhesie hat außerdem den Vorteil, dass die Kinder während der Operation selbstständig atmen, mithin keine der grundsätzlich möglichen anästhesiebedingten Atemwegsprobleme auftreten. Zudem sind die kleinen Patienten nach einem Eingriff – eine einseitig durchgeführte Leistenbruch-OP dauert etwa 30 bis 40 Minuten – rasch wieder munter. Diese Form der regionalen Betäubung wirkt üblicherweise 45 bis 60 Minuten, ausreichend Zeit also für eine normal verlaufende Leistenbruchoperation.

Möglich sind Eingriffe dieser Art dann, wenn ein eingespieltes und bestens geschultes Team zusammenarbeitet. In der Kinderklinik des Klinikums Sindelfingen-Böblingen gehören neben den Anästhesisten auch der Kinderchirurg Oberarzt Dr. Michael Buntrock und die Kinderärzte



dazu. „Als Sicherheit für die postoperative Nachbetreuung der zum Teil sehr kleinen Patienten steht uns in Böblingen, sofern erforderlich, auch die Kinderintensivstation zur Verfügung“, sagt Dr. Ostermeier.

Thomas Oberdorfer



Kompetent, freundlich und attraktiv im Preis!

- Neuwagen
- Gebrauchtwagen
- Jahreswagen
- Reparatur Service
- Unfallinstandsetzung
- Abschleppdienst
- Hol- und Bring-Service
- Leasing
- Finanzierung
- Versicherung



autohaus BRAUN





Calwer Straße 304
72218 Wildberg
Tel. 0 70 54 - 365

www.autohausbraun.de

BLUT- MANAGEMENT nach Schwabenart

Blut ist – man weiß es nicht erst seit Goethes „Faust“ – ein ganz besonderer Saft. Als Transfusion im Bedarfsfall verabreicht, rettet es Leben. Doch eine Blutübertragung bedeutet für den Körper auch Stress und birgt nicht zu vernachlässigende Risiken. Deshalb sollte erst nach sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit eine Fremdblutgabe erfolgen. Im Klinikverbund wacht darüber seit zwei Jahren ein preisgekröntes Transfusionsregime.

Ohne Unterschrift geht bei den Labormedizinerinnen im Klinikverbund gar nichts mehr. Seit gut zwei Jahren händigen sie Blutkonserven nur noch dann aus, wenn der behandelnde Arzt mit seinem Namen für die jeweilige Blutübertragung einsteht. „Transfusionstrigger-Checkliste“ lautet das Zauberwort, das nun in fett gedruckten Lettern auf dem Konserven-Abholschein prangt.

Das Prinzip der Checkliste ist so simpel wie genial: Um unnötige Bluttransfusionen zu vermeiden, zwingt selbige den Arzt, die Fremdblutgabe noch einmal zu überdenken. Nur wenn ausgeprägte klinische Zeichen der Blutarmut bestehen oder bestimmte Schwellenwerte des roten Blutfarbstoffs Hämoglobin im Patientenblut – die Transfusionstrigger – unterschritten werden, ist die Blutübertragung gerechtfertigt. Laut einer seit 2007 geltenden Leitlinie der Bundesärztekammer liegt diese Grenze zum Beispiel beim Gesunden bei einem Hämoglobinwert von sechs Gramm pro Deziliter Blut. Wird dieser Schwellenwert nicht unterschritten und

der Arzt erachtet eine Transfusion dennoch für erforderlich, muss er seine Entscheidung plausibel begründen und auf der Checkliste etwa eine beim Patienten vorliegende Herzerkrankung eintragen.

Der im Blutmanagement verankerte „Schlagbaum“, er verfehlt seine Wirkung nicht. „Den eigenen Namen unter die Checkliste zu setzen – das ist schon eine erhebliche Hürde“, weiß Dr. Peter Zaar, Chefarzt der Sindelfinger Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Erst recht vor dem Hintergrund, dass die vom Arzt gemachten Angaben im Labor später stichprobenartig mit den dort gespeicherten Blutwerten verglichen und auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Gemeinsam entwickelt hatten das ausgeklügelte Konzept Dr. Dirk Holten, Oberarzt der Sindelfinger Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, und Dr. Thilo Rünz, Chefarzt des Instituts für Labormedizin am Sindelfinger Krankenhaus. „Dabei ist die Idee nicht völlig neu – die erfolgreiche krankenhausesweite Umsetzung dagegen schon“, ergänzt Dr. Holten. Sehr am Herzen lag dem Duo, dass die Leitlinien der Bundesärztekammer im Klinikverbund nun zuverlässig umgesetzt werden.

Denn diese Empfehlungen gründen auf einer ganzen Reihe wissenschaftlicher Studien. Während man noch vor nicht allzu langer Zeit oft sicherheitshalber ein wenig mehr Blut verabreichte, mahnen die jüngsten Erkenntnisse zur Vorsicht. So macht Dr. Zaar auf immunologische Probleme aufmerksam: „Man hat deutlich mehr Infektionen um Operationen herum, und Krebs neigt eher zu einer Wiederentstehung oder Metastasierung.“ Auch virale Infektionen sind in seltenen Fällen nach wie vor möglich. Insbesondere bei herzschwachen Patienten sehr fortgeschrittenen Alters besteht zudem die Gefahr des Herzversagens aufgrund einer Volumenüberlastung: Eine zu große Blutmenge im Kreislauf führt zur Überlastung des Herzens.

Vor einer Bluttransfusion sollten Risiko und Nutzen folglich gut gegeneinander abgewogen werden. Indes: Wer Fremdblut benötigt, dem wird dieses im Klinikverbund selbstverständlich

auch in Zukunft nicht verwehrt. „Unser Ziel ist nicht, die Transfusionsrate so stark wie möglich zu senken. Was wir wollen, ist die Vermeidung unnötiger Transfusionen“, betont Dr. Holten. „Genauso wichtig ist uns, dass es im Notfall keine zusätzlichen Verzögerungen durch die Checkliste gibt. Der Arzt muss nur ‚Notfall‘ ankreuzen und bekommt ohne weitere Fragen so viele Blutkonserven, wie er braucht.“

Doch nicht nur aus Patientensicht, auch betriebswirtschaftlich geht die Rechnung auf. „Jede Transfusion kostet Zeit und Geld“, weiß Dr. Rünz. Die transfundierten Patienten müssen durch Pflegepersonal und Ärzte überwacht werden, zudem sind alle Nebenwirkungen der Blutübertragung meldepflichtig. Diesen Aufwand kann man durch das neue Konzept minimieren. Dr. Rünz: „So erspart man nicht nur dem Patienten die Risiken, sondern auch dem Haus viel Arbeit.“ Ein Blutmanagement, das mit Fug und Recht als schwäbisch bezeichnet werden darf. Nicht zu vergessen: die ethische



„Bei uns sind Sie bestens versorgt.“

**Sanitätshaus
Rehatechnik
Orthopädietechnik
Pflege zuhause**
Schaible
Das Sanitätshaus

Telefon 0 74 52 / 84 51-0
info@schaible-gmbh.de
www.schaible-gmbh.de

Nagold · Altensteig · Bad Wildbad · Böblingen · Herrenberg

Dimension. „Die Bevölkerung altert, und die Spender werden weniger“, umreißt Dr. Holten das Problem. „Zu Spitzenzeiten vermeiden einige Regionen immer wieder Engpässe in der Versorgung mit Blutkonserven. Die sind teils so groß, dass OPs verschoben werden müssen.“ Im Klinikverbund wirkt man dieser Entwicklung mit der Einsparung von Blutkonserven entgegen und trägt so zur Sicherung der Versorgung bei.

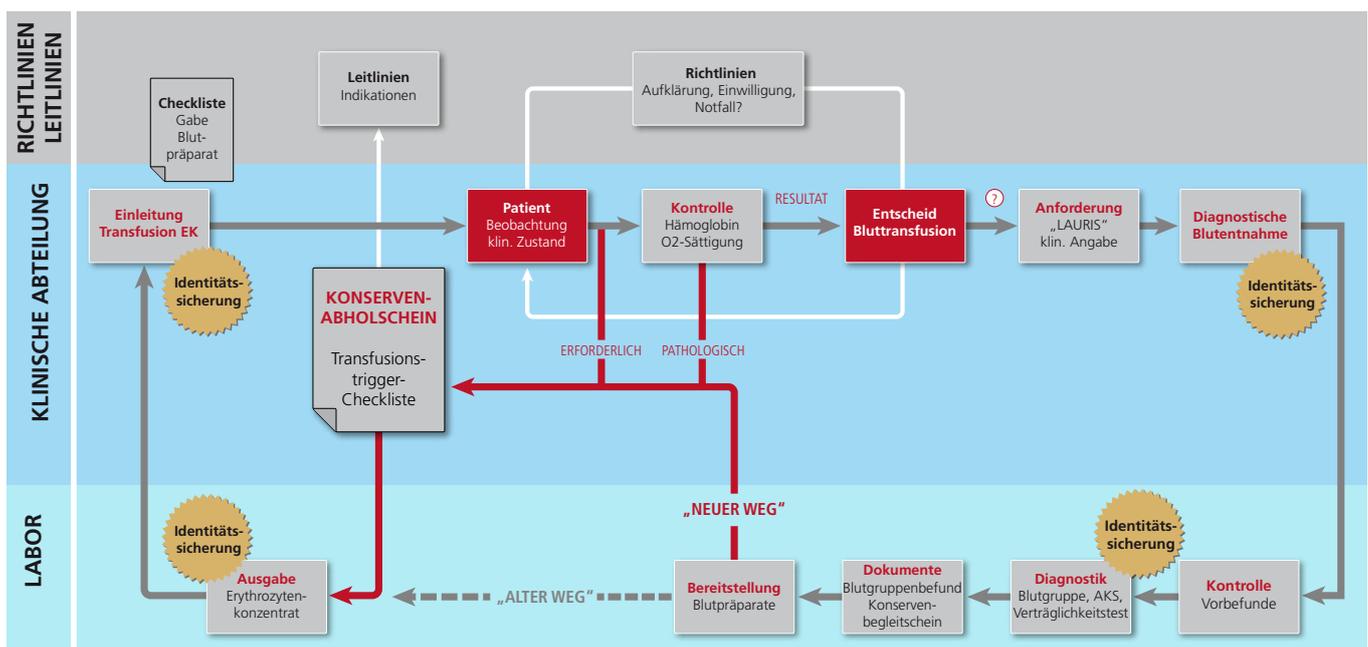
Wie erfolgreich das im Klinikverbund eingeführte Transfusionsregime tatsächlich ist, führt eine von Dr. Holten erstellte Statistik vor Augen: Um fast 20 Prozent ging die Zahl der verabreichten Transfusionen demnach im ersten Jahr der Umsetzung zurück, im operativen Bereich sank die Rate gar um 27 Prozent – und das, obwohl einige operative Abteilungen des Klinikverbundes so schonend operieren, dass sie schon zuvor im europäischen Vergleich besonders selten Blut transfundieren mussten. Mit diesen Werten wusste man auch die Jury des Verbunds Qualität und Management im Krankenhaus (QuMiK) zu überzeugen, die das Transfusionsregime mit einem Preis auszeichnete. „Die Besonderheit unseres Projekts ist, dass wir es flächendeckend und auf breiter Front eingeführt haben, nicht nur für einzelne Fachabteilungen“, erläutert Dr. Rünz.

Offene Türen rannte das Sindelfinger Team damit bei Dr. Ulrich Haag ein. Der Chefarzt der Nagolder Klinik für Urologie wacht schon seit vielen Jahren mit Argusaugen über den sparsamen Einsatz von Blutkonserven. Von 11,3 auf 1,6 Prozent konnte er die Bluttransfusionen bei Prostatektomien bereits im Zeitraum von 2004 bis 2014 reduzieren. Dessen ungeachtet findet der Urologe lobende Worte für die Transfusionstrigger-Checkliste: „Sie hat die Aufmerksamkeit noch einmal erhöht. Man schaut so noch ein bisschen genauer hin.“

Zwischenzeitlich ist eine ganze Reihe von Kliniken auf das im Klinikverbund gestartete Projekt aufmerksam geworden. Aus Ludwigsburg, Göppingen und Karlsruhe liegen Dr. Rünz bereits Anfragen vor. Dr. Holten wird die Erfolge seiner Initiative im April 2017 auf dem Kongress des Network for the Advancement of Transfusion Alternatives (NATA) in Florenz vorstellen. Eben dieser alljährliche Kongress war es, der den Mediziner drei Jahre zuvor auf das Potenzial der Transfusionstrigger aufmerksam machte und inspirierte. „Jetzt schließt sich der Kreis“, freut sich Dr. Holten. „Das Projekt kehrt wieder dorthin zurück, wo alles begann.“

Nadine Dürr

Der Prozess „Transfusion Erythrozytenkonzentrat“



Von der Planung bis zur Baustelle. Wie entsteht ein Krankenhaus?

Um die wohnortnahe hochwertige medizinische Versorgung für die Menschen in der Region langfristig sicherzustellen und weiterzuentwickeln, plant der Klinikverbund Südwest ein gemeinsames Klinikum für Sindelfingen und Böblingen. Der Zeitplan für den Neubau auf dem Flugfeld steht schon fest: Im Jahr 2020 sollen die Bauarbeiten für das Flugfeldklinikum beginnen. Bei einer geplanten Bauzeit von knapp vier Jahren plus circa neun Monate für finale Arbeiten wie Einrichtung und Umzug kann das neue Klinikum folglich im September 2024 öffnen. Aber was passiert, bis in drei Jahren die Bauarbeiten losgehen?

Erster Spatenstich, Ausheben der Baugrube, Montage des Rohbaus – sobald der erste Bagger anrollt, sind die Fortschritte bei Bauprojekten deutlich sichtbar. Auf dem Flugfeld wird man ab 2020 live mitverfolgen können, wie das neue gemeinsame Klinikum für Böblingen und Sindelfingen entsteht. Die Arbeit beginnt jedoch viel früher: Schon bevor der Kreistag im Mai 2014 die Medizinkonzeption und damit den Bau des Flugfeldklinikums beschlossen hat, wurden beispielsweise vorbereitende Gutachten erstellt und in unterschiedlichen Veranstaltungen präsentiert. Nachdem das Sozialministerium dann Mitte 2015 die erste Planungskostenrate bewilligt hatte, begannen die konkreten Planungen.

Baugenehmigung soll bis 2019 vorliegen

„2016 stand neben dem Aufbau der Projektorganisation und dem Erwerb des Grundstücks vor allem der städtebauliche Ideenwettbewerb im Mittelpunkt“, fasst Projektgeschäftsführer Harald Schäfer die Schwerpunkte seit seinem Start im Januar 2016 zusammen. Die Ergebnisse dieses Wettbewerbs haben wichtige Ideen für die Erschließung, die Anordnung der Klinikbereiche und die städtebauliche Einbindung ins Flugfeld geliefert und fließen jetzt in die Bauleitplanung ein – der erste große Meilenstein auf dem Weg zum Baubeginn. „Aus den preisgekrönten Entwürfen werden die besten Aspekte herausgefiltert und in einen

Screenshot aus der Echtzeit-3D-Visualisierung der Siegerentwürfe des städtebaulichen Ideenwettbewerbs Neubau Flugfeldklinikum (erstellt vom Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO)

*BIM als Daten-
grundlage für
Visualisierungen,
Quelle:
Felix Platter-Spital*

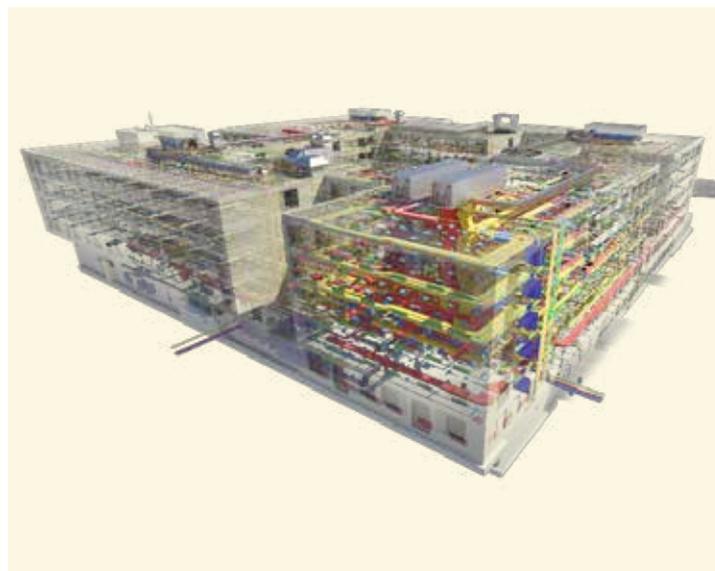
Bebauungsplan überführt“, erklärt Schäfer das Verfahren, das vom Zweckverband Flugfeld Böblingen-Sindelfingen durchgeführt wird. Dabei arbeiten Zweckverband und Klinikverbund nicht nur mit dem Landkreis und den beiden Städten eng zusammen, auch weitere Träger öffentlicher Belange und die Öffentlichkeit werden informiert und angehört. Inklusive der beiden vorgesehenen öffentlichen Auslegungen der Entwürfe und den damit verbundenen Abstimmungen wird das Verfahren und somit der Bebauungsplan voraussichtlich bis Herbst 2019 finalisiert sein. Mit der Baugenehmigung rechnet der Klinikverbund bis Ende 2019.

*Virtuelle Baubege-
hungen können
die Planung und
Nutzerabstimmung
im weiteren
Projektverlauf
vereinfachen.*

*Quelle: Fraunhofer
IAO (Foto: Ludmilla
Parsyäk)*

**Gesucht wird der beste
Architekt für das Flug-
feldklinikum**

Parallel zu diesem Prozess wird der Krankenhausarchitekt



ausgewählt, der den Gebäudeentwurf erstellt – ein weiterer wichtiger Schritt im Projekt, ohne den auch der Bebauungsplan nicht verbindlich beschlossen werden kann. „Wir werden anhand von Referenzen und Arbeitsproben sehr genau prüfen, ob die Architekten fähig sind, ein Krankenhaus in dieser Größenordnung zu bauen“, erläutert der Projektgeschäftsführer das

Auswahlverfahren, das bis Sommer 2017 abgeschlossen sein soll, und fügt hinzu: „Schließlich wollen wir den besten Krankenhausarchitekten für das Flugfeldklinikum finden.“ Im Gegensatz zum Ideenwettbewerb, der die städtebauliche Einbindung des Gebäudes im Fokus hatte, wird der Krankenhausarchitekt das Gebäude von innen nach außen planen, also die funktionalen Aspekte für Patienten und Mitarbeiter in den Mittelpunkt stellen. In dieser Phase ist es daher besonders wichtig, das Expertenwissen der späteren Nutzer des Klinikums, also der Ärzte, Pfleger und Verwaltungsmitarbeiter, einzubeziehen. In über 40 Sitzungen wurde mit den verschiedenen Abteilungen bereits erarbeitet, welche Räume und Flächen im neuen Klinikum benötigt werden. Sobald im Frühjahr 2018 ein erster Gebäudeentwurf vorliegt, werden auch die Grundrisse mit den Nutzern abgestimmt. Inclusive der Zeit für



Optimierungen wird der fertige Gebäudeentwurf voraussichtlich Ende 2018 vorliegen.

Innovative Methoden ermöglichen eine frühe Visualisierung der Klinik

Damit der Bau beginnen kann, müssen neben dem Architekten jedoch noch weitere Planer und Dienstleister an Bord geholt werden. „Vom Projektsteuerer über den Tragwerksplaner bis zu einem Zuständigen für die Baustellenlogistik werden wir in den nächsten drei Jahren circa zwei Dutzend Dienstleister auswählen“, so Schäfer über das nächste Arbeitspaket auf dem Weg zum ersten Baggerbiss. Ein Auswahlkriterium wird bei allen die Erfahrung im Umgang mit dem innovativen Instrument *Building Information Modeling (BIM)* sein,

mit dem das Flugfeldklinikum geplant und gebaut werden soll. Dabei arbeiten alle Planer an einem virtuellen Modell, was die Zusammenarbeit enorm vereinfacht und die Qualität der Ergebnisse verbessert. Und noch einen Vorteil hat die BIM-Methode: Sie ermöglicht eine sehr genaue Visualisierung des späteren Gebäudes, mit der man beispielsweise Mitarbeitern den zukünftigen Arbeitsplatz zeigen und ihn noch während der Planung optimieren kann – und das, bevor auf der Baustelle der erste Bagger zu sehen ist.

Eva Dehoust

daten & druck[®]
optiplan



Unsere Leistungen:

- Digitaldruck
- Archivierung
- Plandatenmanagement
- Kopieren
- Scannen
- 3D- Druck
- Werbetechnik

optiplan GmbH
Kopie + Medientechnik
Stuttgarter Straße 29
71032 Böblingen
T: 07031 - 22 90 15
optiplan-bb@datenunddruck.de
www.datenunddruck.de

Geplanter zeitlicher Ablauf





Ein Netzwerk für die Knochen



Der Apfeling zu hoch und die Leiter war zu kurz – so beginnen viele Geschichten, die mit einem Knochenbruch enden. Nach dem klassischen Sturz vom Obstbaum, aber auch nach Sport- oder Motorradunfällen sind die Unfallchirurgen gefragt, um kleinere und größere Frakturen zu versorgen. Die Vernetzung im Fachzentrum Unfallchirurgie kann dabei Unterstützung bieten.

Therapiert werden viele Frakturen heute mithilfe einer minimalinvasiven Osteosynthese – ein operativer Eingriff, der bewirkt, dass durchtrennte Knochen wieder zusammenwachsen. Zunächst rückt der Chirurg hierbei die Knochenfragmente in ihre ursprüngliche Position, ehe die Fixierung mit einem Implantat erfolgt. Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar, Chefarzt der Leonberger Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, führt aus: „Das kann entweder ein Marknagel sein, der über eine kleine Öffnung in die Markhöhle des Knochens eingeführt wird, oder eine Platte, die man außen am Knochen anbringt.“ Für eine gute Verankerung sorgen winkelstabile Schrauben, die der Chirurg einsetzt, um Implantat und Knochen fest miteinander zu verbinden.

Wenn möglich, führen die Unfallchirurgen und Orthopäden

im Klinikverbund die Osteosynthesen, aber auch Gelenkspiegelungen (Arthroskopien), Wirbelsäulen- und Prothesen-OPs minimalinvasiv durch. So wird der Blutverlust reduziert und die Muskulatur geschont. „Die Weichteile um den Knochen herum sind wichtig“, erklärt Dr. Sarkar. „Sie sorgen dafür, dass der Knochen durchblutet wird.“ Nur so kann der Bruch gut heilen.

Die Erfahrung der einzelnen Unfallchirurgen im Klinikverbund ist groß und ein fachlicher Austausch über das operative Vorgehen in aller Regel nicht erforderlich. Bei sehr komplexen Knochenbrüchen mit schwierigem Management von Weichteilschäden indes schalten die Mediziner schon mal Röntgenbilder für die Kollegen frei und bitten um deren Einschätzung. Auch wenn ein Spezialbohrer fehlt, ist die verbundweite Vernetzung im neuen Fachzentrum Unfallchirurgie und Orthopädie hilfreich; man arbeitet an allen Standorten weitgehend mit demselben Instrumentarium und kann dieses gegebenenfalls gegenseitig abrufen. Und da man verbundweit

Implantate von den gleichen Herstellern bezieht, können diese zudem günstiger eingekauft werden. Das birgt einen weiteren Vorteil: Wenn Mitarbeiter die Klinik wechseln, sind sie vertraut mit dem System und müssen nicht neu eingelernt werden. Auch erleichtert die enge Zusammenarbeit im Fachzentrum die Rotation von Mitarbeitern. „Ich habe hier in Leonberg zum Beispiel fünf Jahre Weiterbildungsermächtigung“, berichtet Dr. Sarkar. Will ein Assistenzarzt seinen Facharzt machen, muss er also noch ein Jahr an einem anderen Standort verbringen. „Dieses Jahr können wir innerhalb des Verbunds gut abdecken. Das wird immer wichtiger in Zeiten knapper werdenden Nachwuchses.“ Davon profitiert auch der Patient, da der Arzt in Weiterbildung in jedem Haus Neues lernt. Nicht zuletzt ermöglicht das Fachzentrum den Unfallchirurgen mehr Mitsprache – sowohl bei Neuinvestitionen als auch bei der Nachbesetzung von Kollegen. Wohin sich eine Klinik entwickelt, können sie so mitgestalten.

Nadine Dürr

Portraits linke Seite, von oben links im Uhrzeigersinn: Ltd. OA Dr. Matthias Nebe, CW, Ltd. OA Dr. Dirk Ruhe, HBG, CA Prof. Dr. Stefan Kessler, SI, Ltd. OA Dr. Walther Wenzel, HBG, CA Prof. Dr. Axel Prokop, SI, CA Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar, LE, Ltd. OA Dr. Kai Roy, NA und CA Prof. Dr. Martin Handel, CW.

Sanitätshaus

reutter

Orthopädie-Technik · Reha-Technik

Kompetenz
in Gesundheit!

<p>Hauptstandort: Sanitätshaus reutter Orthopädie- und Reha-Technik Stuttgarter Straße 8 75365 Calw</p>	<p>Standort - Ärztehaus am Rathaus: Sanitätshaus reutter Salzgasse 11 75365 Calw</p>
<p>Telefon 07051 159964 - 0 Fax 07051 159964 - 99 E-Mail info@reutter-calw.de</p>	<p>Telefon 07051 40575 Fax 07051 9362019 www.reutter-calw.de</p>








Aufbaustudium HREM

Der Klinikverbund Südwest unterstützt aktiv den Aufbaustudiengang Healthcare Real Estate Management der Uni Stuttgart.

Planung, Bau und Betrieb von Immobilien im Gesundheitswesen erfordern ganz besondere Fachkenntnisse. Dies trifft vor allem auf Krankenhäuser zu. Der Masterstudiengang HREM Healthcare Real Estate Management bietet als einziger Studiengang im deutschsprachigen Raum die Möglichkeit, bautechnisches Wissen mit dem Verständnis für den Betrieb solcher komplexer Gesundheitsbauten zu vernetzen. Studenten entwickeln ein Verständnis für Arbeitsabläufe und Raumnutzung, was zu einer anderen Herangehensweise an Bauplanungen führt. Als Beispiel können hier die Sterilgutversorgung oder die Speiseversorgung auf Station dienen. Wo fällt das Transportgut an, welche Wege muss es zurücklegen, welchen Anforderungen muss es nach dem Transport genügen – das sind nur drei von unzähligen Fragen, die es zu berücksichtigen gilt.

Die sechs Krankenhäuser des Klinikverbundes Südwest sind in der Regel zwischen 40 und 50 Jahre alt, weshalb kontinuierliche Sanierungen und Erweiterungen notwendig sind. Geplant sind außerdem zwei Neubauten. Vor diesem Hintergrund engagiert sich der Klinikverbund

aktiv bei der Ausbildung von spezialisierten Baufachleuten. Michael Hartmann, Geschäftsbereichsleiter Bau & Technik des Klinikverbundes Südwest, unterrichtet Technisches Gebäudemanagement und Oliver Beer, Betriebsleiter der Service GmbH Schwarzwald, vermittelt Infrastrukturelle Dienstleistungen, worunter beispielsweise Reinigung und Speiseversorgung zu verstehen ist. Gemeinsam mit Harald Schäfer, dem Projektgeschäftsführer für den Neubau Flugfeldklinikum, sind sie Mitglieder im Studiengangsbeirat und prägen die Inhalte der Ausbildung mit. Das Ziel ist, langfristig geeignete Fachkräfte für die verschiedenen Bauprojekte und den späteren Gebäude- und Servicebetrieb zu gewinnen. Der Klinikverbund bietet Exkursionen und Praxisarbeiten an, um den Studenten tiefe Einblicke in den Betrieb eines Krankenhauses der Maximalversorgung zu geben.

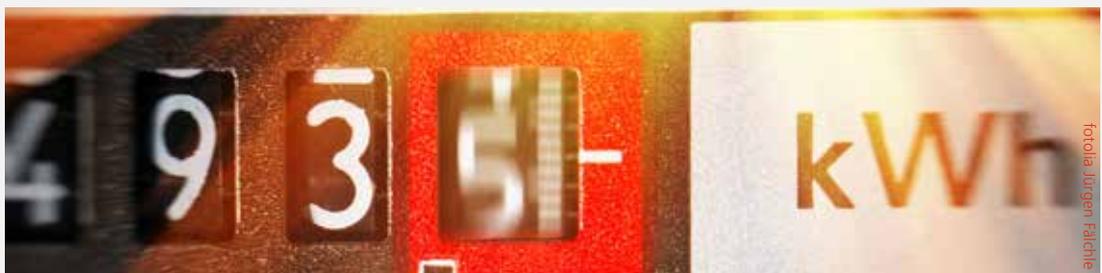
Der Studiengang richtet sich an Bauingenieure, Architekten und Mediziner. Dauer des Masterstudiengangs sind vier Semester, nächster Studienbeginn ist 2018.

Redaktion

ENERGIEMANAGEMENT

Klinikverbund führt DIN EN ISO 50001 ein
Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben hat der Klinikverbund Südwest beschlossen, ein Energiemanagement nach DIN EN ISO 50001 einzuführen. Es geht dabei sowohl um den rationalen Umgang mit Energie als auch um die

finanzielle Entlastung für das Unternehmen. Durch den reduzierten Einsatz fossiler Energieträger und dem verringerten Ausstoß des klimarelevanten CO₂ stellt der Klinikverbund seinen Beitrag zur Umweltentlastung dar und trägt zur Schonung knapper Ressourcen bei.



Keine Keime

„Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ – unter diesem Motto steht die landesweite Hygiene-Initiative für Baden-Württemberg, an der auch die Krankenhäuser des Klinikverbundes Südwest teilgenommen haben. Die Initiative soll für das Thema Keime sensibilisieren und über wichtige Hygiene-Maßnahmen aufklären, denn jeder kann dazu beitragen, durch verantwortungsvolles Verhalten sich und andere zu



schützen und so eine mögliche Übertragung von gesundheitsschädlichen Keimen schon von vorneherein zu unterbinden.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) und ihre Mitglieder aus dem Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich wollen mit der gemeinsamen Hygiene-Initiative dazu beitragen, dass das Infektionsrisiko in den Gesundheitseinrichtungen im Land so gering wie möglich ist. Der Klinikverbund Südwest nahm an der Hygiene-Initiative teil und informierte über Krankheitserreger, Antibiotikaresistenzen und Screeningmaßnahmen sowie weitere umfangreiche Schutzmechanismen. Die Experten zeigten auf, wie sich resistente Keime übertragen können, wann sie gesundheitsgefährdend sind und welche Hygiene-Maßnahmen ergriffen werden, um Patienten zu schützen.



Fortbildungstag für medizinische Fachangestellte

Mitten drin statt nur dabei

Beim Fortbildungstag im Krankenhaus Herrenberg bekommen medizinische Fachangestellte einen Eindruck vom Haus und wichtige Informationen für den beruflichen Alltag.

Arzthelfer und -helferinnen, wie Medizinische Fachangestellte (MFA) umgangssprachlich genannt werden, sind wichtige Vermittler zwischen niedergelassenem Arzt, Patient und Klinik. In der Regel kennen sie sich mit der Arbeitsweise in Kliniken nicht aus, das Fortbildungsangebot ist mager. Um ihnen wichtige Einblicke zu vermitteln, bieten die Kliniken Herrenberg jedes Jahr MFA-Workshop an.

Einen Nachmittag lang sind Medizinische Fachangestellte im Krankenhaus zu Gast. Dabei haben sie Gelegenheit, in Workshops zu Themen wie „Verletztenversorgung in der Praxis“ oder „Hygiene und Infektionsprävention“, bei Führungen durch den OP oder der Endoskopie und Vorträgen beispielsweise zu Diabetes- oder Wundversorgung oder über

Strahlenschutz tiefe Einblicke in den Klinikalltag zu gewinnen und ihre Ansprechpartner in der Klinik persönlich kennenzulernen. Insbesondere praxisrelevante Inhalte wie leitliniengerechte Sedierung, Überwachung, Geräteschutz, Risikominimierung und Notfallmanagement stoßen auf großes Interesse.

Der gute Kontakt und Informationsaustausch mit den Fachkräften aus den Praxen, mit denen sie häufig zusammenarbeiten, war das Ziel der Initiatorinnen. „Vor allem in Bezug auf Hygiene, Problemkeime und schwierige Wunden ist es sehr wichtig, dass in den Praxen geschulte Leute sind, die das entsprechende Hintergrundwissen mitbringen“, erklärt Alexandra Freimuth, Regionaldirektorin Süd. „Das wird auch von den niedergelassenen Ärzten und den MFA selbst so gesehen. Die Resonanz auf diese Fortbildung ist enorm“, freut sie sich. Deshalb werden diese Tage auch in Calw, Leonberg und Nagold angeboten.

Redaktion

Richtig wichtig!



Sie werden gebraucht –

auf Stationen, im Operationssaal, im Kinderzimmer. Wir suchen Mitarbeiter, die ihren Job beherrschen. Um bei uns im Krankenhaus zu arbeiten, müssen Sie eine Menge wissen und können, sich mit Pflege, Medizin und Hygiene auskennen, mit Technik, Organisation und Kommunikation. Der Klinikverbund Südwest bildet seine zukünftigen Mitarbeiter in der Schule für Gesundheitsberufe aus, solide und gründlich. Und wer mehr will, kann sich weiter spezialisieren. Zum Beispiel im Bereich Intensivpflege oder Onkologie. Auch ein Studium ist drin. Alles offen!

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in in Teilzeit
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Operationstechnische/r Assistent/in (OTA)
- Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen (MTRA)
- Medizinische/r Fachangestellte/r
- Hebamme/Entbindungspfleger



Helfen Sie mit, Menschen im Krankenhaus professionell und engagiert zu versorgen und zu betreuen!



**Akademie im
Klinikverbund Südwest**

