Klinikverbund Südwest

impulse

• Gesundheitsmagazin

Eine Informationsbroschüre des Klinikverbundes Südwest

Ausgabe 1/2019
Kostenloses Exemplar

Mobile Visite

In Kooperation mit

LEONBERGER KREISZEITUNG

GÄUBOTE
Die Herrenberger Zeitung

Schwarzwälder Bote
Die große Zeitung in Baden-Württemberg

SZ BZ Sindelfinger Zeitung Böblinger Zeitung

Topthema

Minimalinvasive Operation

Mit **impulse regional**

entspannen
Die Wohlfühl-Therme

Gönnen Sie sich eine Pause vom Alltag, spüren Sie die heilsame Kraft unseres Thermalwassers, stärken Sie Ihr Immunsystem beim regelmäßigen, ganzjährigen Saunieren und atmen Sie feinsten Salznebel in unseren MeerKlimaAngeboten. Zwischendurch können Sie im harmonisch angelegten Saunagarten entspannen und in den Gastronomiebereichen leckere Köstlichkeiten genießen. Dazu unsere gewohnte Wohlfühl-Atmosphäre – der perfekte Rahmen für eine rundum entspannende, gesunde und wertvolle Auszeit vom Alltag!

Wir freuen uns Sie kennenzulernen!
Ihr Therme-Team

15% Kennenlern-Rabatt* auf den Einzeleintritt

* Gegen Vorlage dieses Abschnittes erhalten Sie 15% Rabatt auf den Einzeleintritt an unserer Eingangskasse bis zum 28.07.2019 in der Mineraltherme Böblingen. Dieser Rabatt ist nicht mit anderen Rabatten kombinierbar, eine Barauszahlung oder ein Aufbuchen auf einen Wertchip ist nicht möglich.

Unsere Öffnungszeiten:
Montag bis Mittwoch von 9 bis 22 Uhr · Donnerstag bis Samstag von 9 bis 23 Uhr
Sonntag von 8 bis 22 Uhr · Jeden ersten und dritten Freitag im Monat von 9 bis 0.30 Uhr.
Mineraltherme Böblingen · Am Hexenbuckel 1 · 71032 Böblingen
Tel. 07031/ 817489-0 · info@mineraltherme-boeblingen.de

Mineraltherme BÖBLINGEN

Liebe Leserin, lieber Leser,

die minimalinvasive Operationsmethode wurde in den 1990er Jahren entwickelt und ist heute als gängiger Standard anerkannt – ein Segen für viele Patienten, denn dieses Operationsverfahren ist sehr schonend und gilt daher als Quantensprung in der Medizin. Doch was genau bedeutet minimalinvasiv?

In diesem Heft möchten wir Ihnen auf diese Frage eine Antwort geben. Doch ist das nicht mit wenigen Worten getan; so unterschiedlich die Fachdiszplinen in der Medizin sind, so unterschiedlich sind die einzelnen minimalinvasiven Verfahren. Als gemeinsamen Nenner haben sie gemein, dass dem Körper nur die kleinstmöglichen Verletzungen zugefügt werden, um an die zu operierenden Stellen zu gelangen. Entweder werden nur ganz kleine Schnitte vorgenommen oder aber es werden Körperöffnungen gewählt und mithilfe eines Endoskops oder speziell für diese Operationstechnik entwickelten Instrumenten operiert.

Die Anwendung dieser Technik bedeutet eine größtmögliche Schonung des Körpers und damit ein entscheidendes Mehr an Patientensicherheit. Die Bedeutung dieser Entwicklung ist vergleichbar mit der Entwicklung schonender Narkoseverfahren, heute können dank minimalinvasiver Operationen und schonender Narkoseverfahren auch Patienten operiert werden, für die ein Eingriff früher zu risikoreich gewesen wäre.

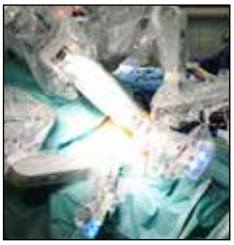
Auf der anderen Seite verlangt die minimalinvasive Vorgehensweise vom Operateur eine Höchstleistung, was räumliches Vorstellungs- und Koordinationsvermögen zwischen Videobild und Operationsgebiet angeht. Auch wenn es schon so viele Jahre Schlüsselloch-Operationen gibt, bleiben sie etwas ganz Besonderes. Wir haben für Sie exemplarisch aus verschiedenen Fachgebieten Eingriffe ausgewählt, um sie Ihnen vorzustellen. Ob das die robotergestütze Prostataoperation ist, die minimalinvasive Gebärmutterentfernung oder die Behandlung von Knorpelschäden am Fuß mittels Arthroskopie.

Das Thema ist umfassend, dennoch haben wir noch Platz für andere Themen gefunden. So berichten wir zum Beispiel darüber, wie der Geschäftsbereich Wirtschaft und Beschaffung dazu beiträgt, den Krankenhausbetrieb wirtschaftlicher zu gestalten. Oder über unser bundesweit einmaliges Muster-Patientenzimmer, das wir im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen zur Generalsanierung und Erweiterung der Kliniken Nagold eingerichtet haben, um im Echtbetrieb die geplante Ausstattung, Pflege- und Behandlungsabläufe, technische Anschlüsse, Belastbarkeit der Materialien und vieles mehr auf Praxistauglichkeit zu testen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und hoffen, Sie entdecken viel Informatives und Neues für sich!
Ihre

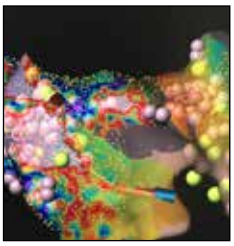
Dr. med. Jörg Noetzel
Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender)

Martin Loydl
Kaufmännischer Geschäftsführer



OP-Roboter Da Vinci
Seite 10

Ein Zimmer nach Maß
Seite 20



Präzision auf den Millimeter genau
Seite 26

Minimalinvasive Steintherapie
Seite 9

Leistenbruch-OP bei Kindern
Seite 12

Schlauch statt OP
Seite 14

Arthroskopie
Seite 40

3 EDITORIAL

TOPTHEMA MINIMALINVASIVE OPERATION

6 Operieren durchs Schlüsselloch – Kleine Narben, schnelle Genesung

9 Minimalinvasive Steintherapie – Klein, kleiner, überhaupt keine Schnitte

10 Roboterassistiertes Chirurgiesystem Da Vinci – Operieren wie im Kino

12 Neue laparoskopische OP-Methode – Mit winzigen Schnitten gegen den Leistenbruch

14 Endoskopische Entfernung von Frühkarzinomen – Schlauch statt OP

18 Minimalinvasive Speiseröhren-operation – Wenn der Bissen im Hals stecken bleibt

22 Kyphoplastie – Stütze für den Rücken

23 Laparoskopische Gebärmutter-entfernung – Wenn möglich, narbenlos

25 Minimalinvasive Versorgung von Schlüsselbeinfrakturen – Stabilität durch Titanstifte

28 Minimalinvasive Bauchspeichel-drüsen-OP – Tumor minimalinvasiv entfernt, Milz erhalten

30 OP-Verfahren eMILOS – Neue Verfahren bei Bauchwandbrüchen

34 Innovative patientenfreundliche Endoprothetik – Das Gesamtpaket gibt es nur bei uns

Impressum

impulse
Herausgeber: Klinikverbund Südwest GmbH

Verantwortlich:
Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender):
Dr. med. Jörg Noetzel

Kaufmännischer Geschäftsführer:
Martin Loydl

Ingo Matheus, Geschäftsbereichsleiter
Unternehmenskommunikation & Marketing

Redaktion: Edda Karnowski
Art Direktion: Freework Grafik-Design GmbH, Möglingen
Druck: pva, Druck und Medien-Dienstleistungen GmbH
Industriestraße 15, D-76829 Landau in der Pfalz

Redaktionsanschrift:
Klinikverbund Südwest
Unternehmenskommunikation
Arthur-Gruber-Straße 70, 71065 Sindelfingen
Telefon: 07031 98-11071, Fax: 07031 98-19071
E-Mail:
unternehmenskommunikation@klinikverbund-suedwest.de

Bildquellen: Adobestock, ConforMIS Europe GmbH
Die Werber, fotolia, Foto-Grafik-Atelier Gudrun de Maddalena,
iStockphoto, Klinikverbund Südwest, Ingo Reimer, Thinkstock,
123RF, Sandra Wolfer, Marcel Zahlen

Titelbild: koszivu_adobe stock

impulse erscheint zwei Mal im Jahr und ist kostenlos.

40 Arthroskopie – Geduld, Geduld

KRANKENHAUS AKUT

16 Auf Achse für den Verbund – Wirtschaften mit Köpfchen

36 Prof. Dr. Stefan Benz im Interview – Darmkrebs-Koryphäe mit Wissenschaftsgen

38 Mobile Visite – Krankenhaus Herrenberg

ZUKUNFT KRANKENHAUS

20 Musterzimmer – Ein Zimmer nach Maß

42 Hubschrauberlandeplatz – Wenn jede Minute zählt

IMPULSE *regional*

23 Für Sie vor Ort

FOCUS MEDIZIN

26 Ablationskatheter – Präzision auf den Millimeter genau

32 Multiple Sklerose – Krankheit mit tausend Gesichtern

Wirtschaften mit Köpfchen
Seite 16

Gebärmutterentfernung
Seite 23

Multiple Sklerose
Seite 32

Impressum, **v**erantwortlich für die Anzeigen sind folgende Verlage:

Zeitungsverlag Leonberg GmbH,
Stuttgarter Straße 7-9, 71229 Leonberg
Telefon 0 71 52/9 37 28 55
E-Mail: werbung@leonberger-kreiszeitung.zgs.de
Anzeigenleitung: Uwe Reichert

Röhm Verlag & Medien GmbH & Co. KG,
Böblinger Straße 76, 71065 Sindelfingen
Telefon 0 70 31 / 862 232
E-Mail: anzeigen@szbz.de
Anzeigenleitung: Hans-Jörg Zürn

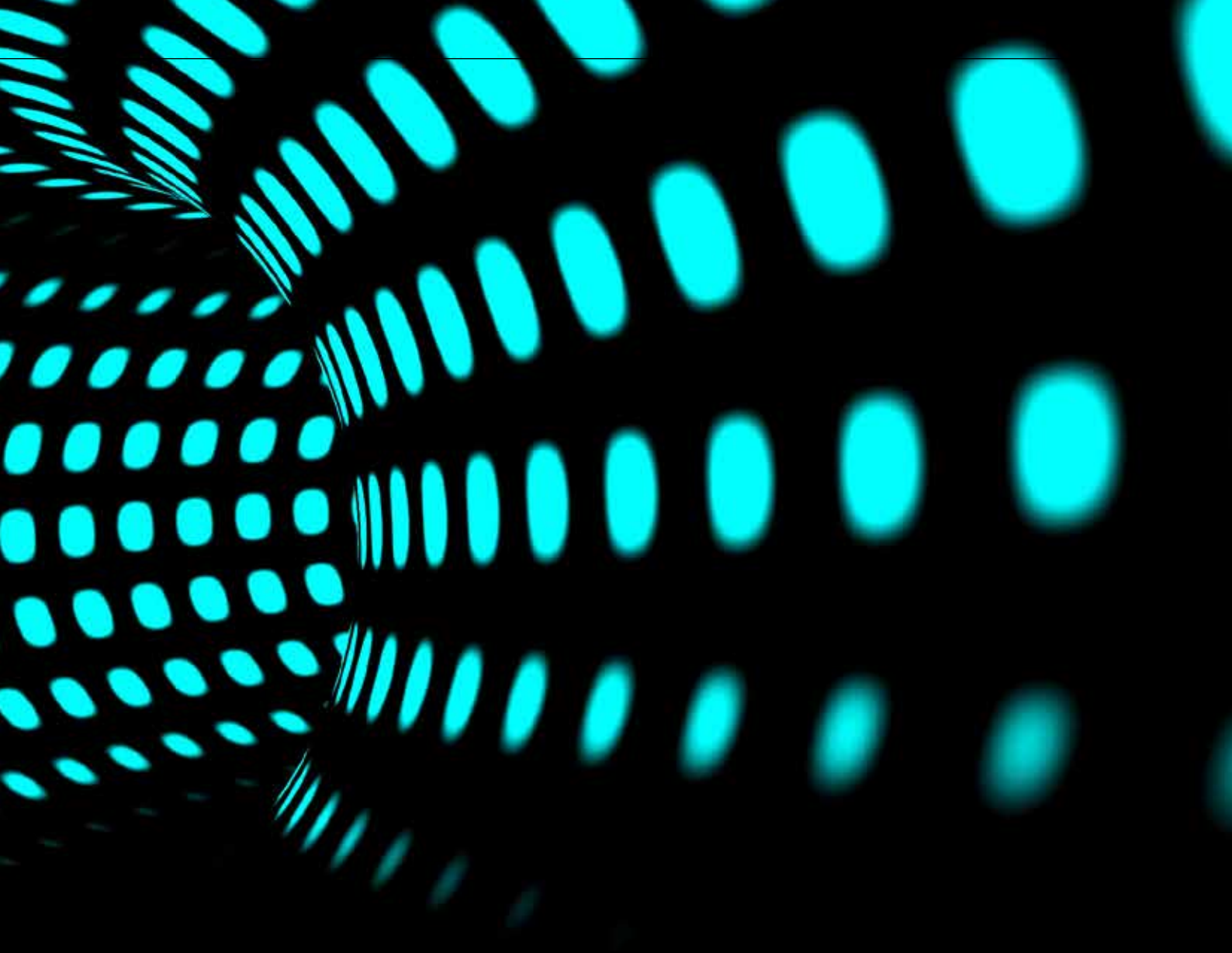
Schwarzwälder Bote Medienvermarktung Südwest GmbH, Kirchtorstraße 14, 78727 Oberndorf a. N.
Telefon: 0800/7 80 78 01
E-Mail: info@schwarzwaelder-bote.de
Anzeigenleitung: Hans-Dieter Meng

Theodor Körner GmbH & Co. KG,
Horber Straße 42, 71083 Herrenberg
Telefon: 0 70 32 / 95 25 0
E-Mail: anzeigen@gaeubote.de
Anzeigenleitung: Elmar Schöllkopf

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.

Kleine Narben –

viewgene/AdobeStock



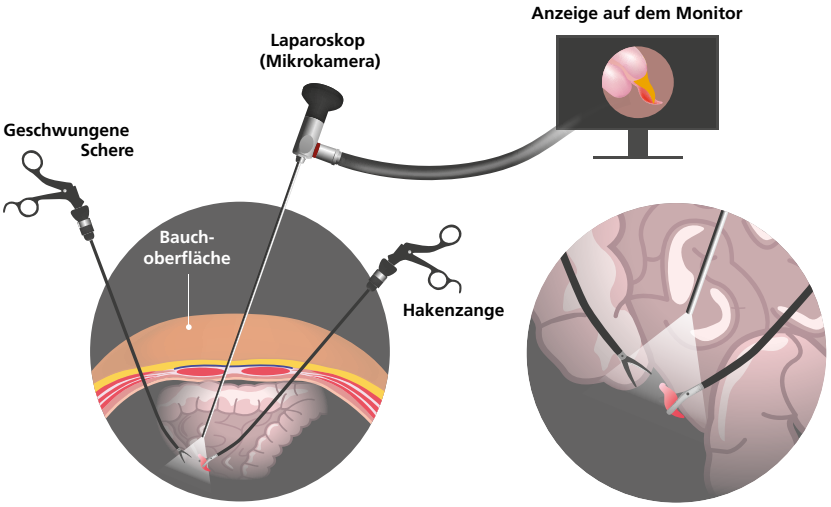
OPERIEREN DURCHS SCHLÜSSELLOCH

– schnelle Genesung

Die minimalinvasive Chirurgie hat in den vergangenen Jahrzehnten den klinischen Alltag erobert. Die sogenannten Schlüsselloch-Eingriffe gehören mittlerweile zum Standard. Minimalinvasive Techniken wurden anfangs zur Diagnose, heute aber auch zu therapeutischen Zwecken eingesetzt.

Früher war es bei Operationen allgemein üblich, einen großen Schnitt zu machen, um etwa an die Bauchhöhle, Brusthöhle oder an Gelenke zu gelangen. Heute sind bei Eingriffen nur noch kleine Schnitte nötig, weshalb man gerne von Schlüsselloch-OPs oder minimalinvasiver Chirurgie (MIC) spricht.

Über die kleinen Schnitte der MIC führt der Operateur eine winzige hochauflösende Kamera sowie spezielle OP-Instrumente in das Operationsgebiet ein. Das vergrößerte Bild wird auf einen Monitor übertragen. So können die Chirurgen ihr Vorgehen und die Operation direkt am Bildschirm verfolgen und steuern. In speziellen Fällen wird der Operateur hierbei von einem hochentwickelten roboterassistierten System (siehe Beitrag Da-Vinci-System, Seite 10) unterstützt.



Graphic_BKK1979_iStock

Mit diesem schonenden Zugang in den Körper liegen die Vorteile dieser Technik auf der Hand: weniger Wundinfektionen, weniger Schmerzen, eine raschere Genesung, ein kürzerer Krankenhausaufenthalt – und zudem kosmetisch bessere Ergebnisse.

UNIVERSELL EINSETZBAR

Was im allgemeinen Sprachgebrauch als Spiegelung bezeichnet wird, ist im medizinischen Vokabular mit der Endung „-skopie" versehen. Davor wird die jeweilige Körperregion gesetzt, in der „gespiegelt" wird. So spricht der Mediziner etwa beim Bauchraum von der Laparoskopie, bei Gelenken von der Arthroskopie oder bei der Brusthöhle von der Thorakoskopie.

Viele Jahre war der Begriff minimalinvasive Chirurgie gleichbedeutend mit der Laparoskopie, der Bauchspiegelung. Aber mit der Weiterentwicklung der Operationsinstrumente hat sich die Schlüsselloch-Chirurgie weiter ausgedehnt. So sind zwischenzeitlich die Entfernung von Gallenblase, Blinddarm, Eierstöcken und der Gebärmutter sowie der Verschluss von Leistenbrüchen Routine. Und Spezialisten können sogar komplizierte Operationen wie Teilentfernungen von Dickdarm, Leber, Magen oder Bauchspeicheldrüse durchführen oder mithilfe der endoskopischen Submukosadissektion (ESD) große Polypen und Frühkarzinome aus Magen und Dickdarm entnehmen.

Weitere Verfahren zur endoskopischen Darstellung sind neben der Laparoskopie auch die Thorakoskopie und Bronchoskopie. Diese können zunächst zur Diagnostik genutzt und bei Bedarf durch den Einsatz zusätzlicher Instrumente zur Operation erweitert werden. Bei einer Thorakoskopie kann beispielsweise das Lungenfell und die Lunge nicht nur untersucht, sondern auch operiert werden. Dazu gehören Entfernungen von einzelnen Metastasen, aber auch von ganzen Lungenlappen.

Mittels einer Arthroskopie, dem Patienten besser als Gelenkspiegelung bekannt, hat der Chirurg die Möglichkeit, Verletzungen des Knie- oder Hüftgelenks sowie des Schulter-, Ellenbogen-, Hand- oder Sprunggelenks besonders weichteilschonend zu erkennen. Beim minimalinvasiven Zugang mit stumpfen Instrumenten werden die Muskeln gespreizt und gedehnt, sodass der Chirurg eine gute Sicht auf die zu untersuchenden Gelenke erhält. Die durch die Arthroskopie festgestellten Schäden können häufig noch während des Eingriffs behandelt werden.

Auch beim Gelenkersatz, der Endoprothetik, bei dem mit höchster Präzision Teile des Knochens entfernt und durch Prothesen ersetzt werden, stellen minimalinvasive Verfahren eine echte Errungenschaft dar. Denn sie ermöglichen es, neue Knie- oder Hüftgelenke einzusetzen, ohne große Narben zu hinterlassen.

Auch wenn mittlerweile viele minimalinvasive Eingriffe möglich sind, ist eine ausführliche Beratung mit den Spezialisten der für die Erkrankung zuständigen Fachbereiche notwendig, um die für den Patienten optimale Operationstechnik sowie das angemessene und beste Operationsverfahren auszuwählen.

Eva-Maria Waas

Mohammed Haneefa Nizamudeen/iStock

Klein, kleiner – überhaupt keine Schnitte

Die endoskopische minimalinvasive Steintherapie, bei der über kleine Schnitte in der Flanke ein Zugang zur Niere geschaffen wird, erfährt eine Steigerungsform: Flexible Endoskope und moderne bildgebende Verfahren machen es möglich, dass Nierensteine über den Harnleiter zertrümmert und entfernt werden können.

Bei der Harnleiterspiegelung (Ureteroskopie) werden die Harnleiter als natürliche Zugänge zur Niere genutzt. Über die Harnröhre und die Blase werden spezielle Endoskope eingeführt und über den Harnleiter zur Niere vorgeschoben. Die Endoskope verfügen nicht nur über einen Arbeitskanal, sondern zugleich auch über einen Licht- und einen Optikkanal. „Dank modernster Technik entstehen hochauflösende Bilder in bester 3D-Qualität", nennt Dr. Ulrich Haag ein Detail. Der Chefarzt der Klinik für Urologie am Krankenhaus Nagold spricht von „High-End-Geräten", die allesamt zur Ausstattung des Hauses gehören. Die patientenschonenden minimalinvasiven Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der Steintherapie gehören seit vielen Jahren zum Portfolio des Fachbereichs und deshalb zum Arbeitsalltag von Dr. Haag und seinem Team.

Auch wenn das technische und fachliche Know-how stets zur Verfügung steht, sind andere Faktoren ausschlaggebend dafür, mit welchem Verfahren die Steine entfernt werden. „Vor allem die Größe des Steins und seine Lage, aber auch die Anzahl der Steine entscheiden über die Art des Eingriffs", zählt Dr. Haag die wesentlichen Entscheidungskriterien auf. Handelt es sich um einen oder wenige Steine, die allesamt kleiner als zwei Zentimeter sind, wird auf eine offene Operation verzichtet und ein minimalinvasives Verfahren gewählt. Immer häufiger kann dabei sogar komplett auf kleine Schnitte verzichtet werden. Der Zugang zur Niere muss nicht über die Flanke geschaffen werden, sondern kann eben wie eingangs beschrieben über den Harnleiter erfolgen. „Die Geräte werden immer flexibler und wendiger, sodass wir sie inzwischen bis in den letzten Winkel der Niere vorschieben können", beschreibt Dr. Haag den entscheidenden medizintechnischen Fortschritt. Dank Licht und Kamera behält der Urologe den Überblick, über den Arbeitskanal können Steinfasszange und Körbchen eingeführt und kleinere Steine im Ganzen entfernt werden. Ist der Stein größer, lässt er sich mittels Laser oder hydraulischem Hämmerchen in kleinere Fragmente zerkleinern und entfernen.

Es gibt allerdings eine besondere Herausforderung. Denn: „Der Harnleiter ist gut durchblutet", erklärt Dr. Haag. Wird die Harnleiterwand nur minimal verletzt, ist über die Kamera kein klarer Blick mehr möglich. Mit der Folge, dass die Steine nicht mehr minimalinvasiv entfernt werden können. So simpel es sich anhört, die Ureteroskopie erfordert fachliches Können und Fingerspitzengefühl.

Sabine Haarer

airborne77/AdobeStock

danr13/AdobeStock

Operieren wie im Kino

Er könnte einem Science-Fiction-Film entstammen. Tatsächlich aber hat der Da-Vinci-Operationsroboter längst weltweit Einzug in die OP-Säle gehalten. Das Hightech-Gerät mit den futuristisch anmutenden Kamera- und Operationsarmen liefert beste Ergebnisse bei Prostata- oder Nierenkrebsoperationen, aber auch bei Harninkontinenz oder Harnleiterverengungen. Auf dem Feld der minimalinvasiven Chirurgie gilt der Da-Vinci-Roboter als die spektakulärste Errungenschaft.

Das zukunftsweisende Operationssystem kombiniert die Vorteile der Schlüsselloch-Chirurgie mit den Vorzügen einer offenen OP: Zum einen ermöglicht der computergestützte Eingriff minimalinvasive, also schonende Zugänge, zum anderen erlauben die sogenannten Endo-Wrist-Instrumente am Ende der Operationsarme Bewegungen wie mit einer menschlichen Hand. „Die mikrochirurgischen Instrumente verfügen über sieben Freiheitsgrade“, erläutert Prof. Thomas Knoll. Zudem, so der Chefarzt der Urologischen Klinik Sindelfingen, profitiere der Operateur von einer zehnfachen Vergrößerung mit dreidimensionalen Sichtverhältnissen: „Das ist wie im Kino.“

Von robotischer Chirurgie indes redet Prof. Knoll nicht gern. „Der Begriff impliziert, dass etwas von allein passiert. Das ist hier aber nicht der Fall. Der Da-Vinci-Roboter funktioniert nach dem Master-Slave-Prinzip: Ich sitze an der Konsole neben dem Patienten und die Operationsarme führen nur aus, was ich über den Computer befehle.“ Herr über das Geschehen bleibe so stets der Mensch: „Der Da-Vinci-Roboter ist nichts anderes als eine Fernsteuerung, mit der man die PS noch besser auf die Straße bringt.“

Für den Patienten birgt die Operationsmethode

eine ganze Reihe an Vorteilen. Die Schnitte der Schlüsselloch-Chirurgie etwa lassen nur kleine Narben zurück. Durch die fein abgestufte Übertragung der Handbewegung – drei Zentimeter Bewegung entsprechen nur einem Zentimeter Bewegung des Instruments im Körper – ist ein präzises und schonendes Vorgehen auch bei komplizierten Strukturen möglich. Das Komplikationsrisiko fällt so geringer aus und die Nerven werden geschont, wodurch bei einer Prostatektomie auch die Erektionsfähigkeit besser erhalten werden kann. „Es sieht außerdem so aus, als sei das Wiedererlangen der Kontinenz mit dem robotischen Verfahren schneller zu erreichen“, ergänzt Prof. Knoll. Auch hinsichtlich Funktionserhalt und Krebskontrolle sei die Da-Vinci-OP dem offenen Eingriff überlegen. Kommt die robotische Methode zum Einsatz, werden – anders als teils bei der offenen Operation – nur sehr selten Bluttransfusionen notwendig, der Patient ist schneller fit, hat weniger Schmerzen und die Wunden heilen zügiger. Was die Dauer des Krankenhausaufenthalts anbelangt, so halbiert sich diese beim Prostatakrebs gegenüber der offenen OP, und nach der Entlassung kann der Patient wieder deutlich früher seine täglichen Aktivitäten aufnehmen.

Es gibt indes auch Patienten, für die der computergestützte Eingriff nicht infrage kommt. Dies sind Personen mit zahlreichen Operationserfahrungen, die beispielsweise Verwachsungen am Darm zur Folge hatten. Auch Patienten mit schwerer Lungenerkrankung müssen auf eine Da-Vinci-OP verzichten, da sie das Gas nicht gut vertragen, das Prof. Knoll und seine Oberärzte in den Bauchraum blasen, um mehr Platz für die Operation zu schaffen. „Das betrifft aber nur ganz wenige Patienten“, sagt der Urologe. Meist eigne sich die robotische OP-Methode gut. Ganze 300 Mal im Jahr ist der Da-Vinci-Roboter so in Sindelfingen im Einsatz. „Mit 190 Prostatakrebs-OPs im Jahr liegen wir in Deutschland bei den oberen zehn Prozent“, betont Prof. Knoll. „Das ist wichtig für die Qualität.“
Sorge, dass der Operateur angesichts der umfassenden Digitalisierung durch einen Roboter ersetzt werden könnte, beschleicht den Sindelfinger Urologen nicht. „Kurz- bis mittelfristig wird das nicht passieren. Die Patienten sind dazu viel zu individuell und zu unterschiedlich.“ Viel geforscht werde derzeit jedoch an einer navigierten Chirurgie, etwa für die Nierenkrebsoperation. Auch diskutiere man die Sinnhaftigkeit eines Da-Vinci-Einsatzes bei einer großen Blasenkrebsindikation. „Technisch“, sagt Prof. Knoll, „waren die Urologen schon immer die Vorreiter.“ Dies gilt insbesondere auch für die Sindelfinger Abteilung: Als erste Klinik im Raum Stuttgart arbeitete man dort bereits im Jahr 2011 mit dem Da-Vinci-System. Inzwischen hat sich die Operationsmethode flächendeckend durchgesetzt.

Nadine Dürr

Roboterassistiertes Chirurgiesystem Da Vinci

Mit winzigen Schnitten gegen den Leistenbruch

Bis zu fünf Prozent aller Kinder kommen mit einem Leistenbruch auf die Welt. Wir erklären, wann die Schwellung gefährlich werden kann und eine OP nötig ist.

Neugeborene, die bereits mit Verletzungen auf die Welt kommen? Was dramatisch klingt, ist vergleichsweise alltäglich: Rund jedes 20. Baby wird mit einem Leistenbruch geboren – bei Frühchen ist es sogar jedes dritte Kind. Doch wie erkennt man diese Verletzung bei einem so kleinen Menschen?

Normalerweise deutet eine beulenförmige Schwellung in der Leisten- oder Schamgegend auf einen Leistenbruch hin. Die kindliche Form unterscheidet sich allerdings von der im Erwachsenenalter: „Streng genommen bricht nichts, sondern es verschließen sich bestimmte Strukturen im Lauf der embryonalen Entwicklung nicht“, erklärt Dr. Michael Buntrock, Leitender Oberarzt und Leiter der Kinderchirurgie am Klinikum Sindelfingen-Böblingen.

fizkes/iStock

Wie ein kindlicher Leistenbruch entsteht

„Jungen sind etwa viermal so oft betroffen wie Mädchen. Das liegt daran, dass beim Wandern der Hoden aus dem Bauchraum durch den Leistenkanal in den Hodensack etwas vom Bauchfell wie eine Art Schlauch mit sich gezogen wird“, so Buntrock weiter und erklärt: „Normalerweise verklebt das Bauchfell so, dass dieser Schlauch noch vor der Geburt verödet. Geschieht das nicht, kann ein Bruchsack entstehen, in den etwa ein Stück Darm rutschen kann.“ Der „Bruch“ tritt rechts mit 60 Prozent der Fälle am häufigsten auf, ist aber auch links (25 Prozent) oder sogar beidseitig möglich (15 Prozent).

Bei Mädchen kann sich in die Ausstülpung ein Eierstock verirren. Bei ihnen bildet sich im Laufe der embryonalen Entwicklung ein Schlauch aus Bauchfell, der sich in der Regel schneller verschließt als bei Jungen. „Das größere Risiko bei Frühchen entsteht dadurch, dass die Reifung noch nicht abgeschlossen ist“, sagt Buntrock.

Den Leistenbruch erkennen

Eltern entdecken den Leistenbruch meist beim Wickeln oder Baden an einer Schwellung am Hodensack oder im Schambereich. „Lässt sich die Wölbung wieder in den Bauchraum zurückdrücken, ist keine Panik angesagt“, erklärt Buntrock und rät dennoch zu einer zeitnahen Untersuchung. Eine Operation ist nicht immer nötig, da sich die Öffnung oft auch noch von selbst verschließt.

Hat ein Baby zusätzlich Schmerzen, ist es unruhig, erbricht es oder lässt sich die Schwellung nicht zurückmassieren, sollten die Eltern sofort zum Arzt gehen. „Das deutet darauf hin, dass der Darm eingeklemmt ist – eine Operation ist unumgänglich, denn eingeklemmte Leistenbrüche sind lebensgefährlich“, so Buntrock. Ein Eingriff sollte dann so schnell wie möglich vorgenommen werden, um Absterben von Darmgewebe und eine Bauchfellentzündung zu verhindern.

Den Leistenbruch operieren – mit winzigen Schnitten

„Bei einer Operation des Leistenbruchs ahmen wir die Verödung des Bauchfellschlauchs nach. Wir verschließen die Ausstülpung des Bauchfells mit einer Naht“, erklärt Buntrock. Bis vor nicht allzu langer Zeit war dazu ein vergleichsweise großer Schnitt in der Leistengegend nötig. Im Klinikum Sindelfingen-Böblingen werden Leistenbrüche mithilfe einer besonderen Art der Bauchspiegelung operiert – der sogenannten laparoskopischen Herniorrhaphie: Es genügen einige winzige Schnitte in der Bauchdecke, durch diese werden eine Kamera und Operationsbesteck eingeführt, mit der dann die Ausstülpung verschlossen wird.

Besonderer Vorteil der Methode: Ist der Leistenbruch zweiseitig, können beide Stellen in einem Eingriff künstlich verödet werden. Die Eingriffsmethode ist noch vergleichsweise selten und ein klares Alleinstellungsmerkmal des Klinikverbunds Südwest. „Die Operationsart durfte ich vor zwei Jahren im Rahmen einer Hospitation bei Prof. Münsterer im Universitätsklinikum Mainz erlernen“, erklärt Buntrock und fährt fort: „Ich freue mich ganz besonders, mein dort erlerntes Wissen demnächst auch meinem Stuttgarter Chefarzt-Kollegen beizubringen – er hospitiert demnächst bei uns.“

Die Operation dauert meist maximal eine halbe Stunde und wird immer stationär durchgeführt. In der Regel beläuft sich der Klinikaufenthalt auf höchstens zwei Tage: Nach Sonografie und Blutuntersuchung werden die kleinen Patienten am Vormittag des ersten Tages nach der OP entlassen. Nach dem Eingriff ist dennoch Schonung angesagt – klettern, rennen und Co. sind in den vier Wochen nach dem Eingriff tabu. Die meisten Leistenbruchoperationen verlaufen komplikationsfrei. Selten kann es zu einem Rückfall kommen und sich erneut ein Leistenbruch bilden – dann ist eine weitere OP angesagt.

Stefan Rippler

Schlauch statt OP

Oberflächliche Karzinome im Verdauungstrakt müssen nicht immer operativ entfernt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kommt auch eine endoskopische Therapie infrage. Der Internist und Gastroenterologe Prof. Dr. Hubert Mörk erklärt das Verfahren.

Die Koloskopie, bei der der Darm mithilfe eines endoskopischen Schlauchs und einer Kamera untersucht wird, gilt laut dem deutschen Krebsforschungszentrum als die zuverlässigste Methode zur Darmkrebsfrüherkennung.

sudok1/iStock

„Entdecken wir bei einer Darmspiegelung einen Tumor, der bereits tief in die Darmwand und die angrenzenden Lymphknoten vorgedrungen ist, muss operiert werden. Ein Frühkarzinom jedoch, also ein oberflächlicher Tumor, der auf Schleimhaut und Bindegewebe begrenzt ist, kann endoskopisch entfernt werden – teils sogar direkt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung“, erklärt Prof. Dr. Hubert Mörk, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I – Gastroenterologie/Onkologie an den Kliniken Nagold.

Möglich ist die endoskopische Entfernung von Frühkarzinomen dank hochmoderner Endoskopieschläuche, die neben Kamera und Licht auch über Arbeitskanäle verfügen. Über diese können kleinste Zangen, Messer, Nadeln, Klammern und sogar Fangnetze zum Abtransport von Gewebeteilen eingeführt werden.

In der Nagolder Klinik werden pro Jahr weit über 4.000 endoskopische Eingriffe vorgenommen, und das nicht nur im Darm: Auch im Magen, der Speiseröhre oder der Galle werden Karzinome mithilfe endoskopischer Verfahren aufgespürt und therapiert. „Wir arbeiten mit hochauflösenden HD-Kameras, die selbst minimale Veränderungen der Schleimhaut sichtbar machen“, so Prof. Dr. Mörk.

Er erklärt weiter: „Um eine kontrastreichere Darstellung zu erhalten, färben wir verdächtige Gewebeareale ein. Entweder, indem wir das Organ mit einem Farbstoff besprühen, oder indem wir das Kamerabild virtuell nachbearbeiten.“

Was passiert, nachdem ein Frühkarzinom entdeckt wurde? „Wichtig ist, dass das Karzinom komplett entfernt wird. Je nach Größe wende ich dazu verschiedene Techniken an“, so Prof. Mörk. „Bei der endoskopischen Mukosaresektion wird eine Schlinge um das Karzinom gelegt und zusammengezogen. Bei Karzinomen über zwei Zentimeter Durchmesser wende ich die endoskopische Submukosadissektion an. Der betroffene Bereich wird dabei unterspült, sodass er sich von den darunterliegenden Gewebeschichten abhebt. Dann präpariere ich das erkrankte Gewebe heraus.“ Das sehr lernintensive Verfahren wird nur von äußerst erfahrenen Spezialisten durchgeführt. „Die endoskopische Entfernung eines Karzinoms ist hochdiffizile Arbeit“, betont Prof. Dr. Mörk, der seit rund 30 Jahren endoskopiert.

Können dabei auch Komplikationen auftreten? „Es kann zu Blutungen kommen und statistisch kann bei der Submukosadissektion in drei bis vier Prozent der Eingriffe die Magen- oder Darmwand perforiert werden. Solche Verletzungen können wir aber fast immer während des endoskopischen Eingriffs beherrschen. Nur wenn nach einer Endoskopie verzögert Blutungen auftreten, muss nachoperiert werden. Das tritt aber sehr selten ein“, so der Chefarzt.

Rund 90 Prozent der Patienten können 48 Stunden nach dem Eingriff nach Hause gehen. Dann gilt es, noch den Befund des Pathologen abzuwarten, der die Gewebeproben, die während der Endoskopie entnommen wurden, nachuntersucht. Er prüft zum Beispiel bei Grenzbefunden noch einmal, ob der Tumor tatsächlich nicht tiefer als in die ersten zwei Gewebeschichten vorgedrungen ist.

Und wie sieht die Langzeitprognose nach dem Endoskopieeingriff aus, wenn ein Frühkarzinom erfolgreich entfernt wurde? „In diesem Fall kann der Patient davon ausgehen, dass er geheilt ist“, sagt Prof. Dr. Mörk.

Lena Jauernig

In Deutschland haben Versicherte ab 55 Jahren Anspruch auf eine Vorsorge-Darmspiegelung. Nur rund 30 Minuten dauert die schmerzfreie Prozedur, der Patient ist währenddessen sediert. Die Vorsorge wahrzunehmen ist doppelt ratsam: Zum einen sind die Heilungschancen größer, je früher ein Karzinom entdeckt wird. Zum anderen erspart die Koloskopie möglicherweise einen operativen Eingriff.

electriceye/AdobeStock

WIRTSCHAFTEN FÜR DIE PATIENTENVERSORGUNG

Landauf, landab plagen knappe Kassen die Krankenhäuser. Doch Engpässe gleich welcher Art weckten im Schwabenland seit jeher den Erfindergeist. Auch im Klinikverbund setzt man auf pfiffige Konzepte, wie zum Beispiel das Insourcing der Transportlogistik für die Speisenversorgung.

Es ist eine einzige Zahl, die die Problematik auf den Punkt bringt: 6,1 Prozent. „Um diesen Wert steigen die Materialaufwendungen an deutschen Krankenhäusern jedes Jahr", stellt Claus Bühler, Leiter des Geschäftsbereichs Wirtschaft und Beschaffung, fest. Der Grund liegt beispielsweise in der Schärfung von Hygienevorschriften und den Einführungen von Innovationen. Das Budget, um diese Kosten zu finanzieren, wächst indes nicht im gleichen Maße: Nur um 2,5 Prozent steigt in Baden-Württemberg der Landesbasisfallwert, der landesweit einheitliche Basispreis für Klinikleistungen. Für Dipl.-Betriebswirt Bühler besteht die alltägliche Herausforderung nun darin, diese Lücke durch geschickte Sparmaßnahmen zu schließen – ohne dabei die medizinische Qualität aufs Spiel zu setzen. „Unsere Aufgabe ist es, die pflegerischen und medizinischen Präferenzen mit den wirtschaftlichen Möglichkeiten zur Deckung zu bringen", fasst der Experte für Gesundheitswirtschaft zusammen.

Dieses Kunststück gelingt: Nur 0,7 Prozent liegt der Klinikverbund in puncto Materialaufwendungen über den Kosten des Vorjahres, im Verhältnis zu den Leistungspunkten – um die Vergütung berechnen zu können, legt man diese für jeden Patienten je nach Diagnose und Komplexität der Erkrankung fest – sogar etwa ein Prozent unter 2016. Um diesen Erfolg zu erzielen, dreht Bühler gleich an mehreren Stellschrauben. Bereits seit Gründung des Klinikverbunds, sagt der Finanzexperte, steht die Sachkostenoptimierung im Fokus: „Über diesen Weg versuchen wir, eine Querfinanzierung des Personals zu ermöglichen."

So kundschaftet der Einkauf jedes Mal, wenn im Klinikverbund ein Medizinprodukt beantragt wird, wirtschaftlichere Alternativen aus: „Wir prüfen jedes Jahr 900 Produktanträge." Zudem zog Bühler ein professionelles Lieferantenmanagement auf. „Im Gegensatz zu den meisten anderen deutschen Kliniken sind wir keiner Einkaufsgemeinschaft angeschlossen, sondern steuern alles selbst über die sechs Kliniken

hinweg“, erklärt er. Dies ermöglicht es, passgenaue Produkte für die spezielle Situation vor Ort zu beschaffen und gezielt Preisverhandlungen zu führen.

Erst im vergangenen Jahr erprobte man einen weiteren zukunftsorientierten Ansatz: Der Einkauf hat gemeinsam mit den verantwortlichen Chef- und Oberärzten für eine Vielzahl von Therapien eine prozessorientierte Betrachtung der Leistungserbringung durchgeführt, also jeden einzelnen Therapieschritt im Hinblick auf Einsparpotenziale überprüft. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Bewertung der variablen Stückkosten, wie beispielsweise den bei einer OP eingesetzten Materialien. Künftig, so lautete das Ansinnen, sollen möglichst vergütete Produkte zum Einsatz kommen. „Das Ziel“, so der Geschäftsbereichsleiter, „ist ein optimal finanziertes Verhältnis zwischen Sachkosten und Erlösen.“ Dass die Qualität dabei unter allen Gesichtspunkten die oberste Maxime bleibt, betont der Fachmann für Finanzen.

Im investiven Bereich wiederum spielt das Team des Einkaufs die Vorteile des Verbunds aus: „Hier versuchen wir, eine große Lösung für alle Standorte statt kleiner Lösungen für jeden Standort zu finden. Diese Volumenbündelung resultiert in besseren Konditionen.“ So hat man im vergangenen Jahr beispielsweise radiologische Großgeräte für den gesamten Klinikverbund ausgeschrieben, um attraktive Preise zu erzielen. Und auch der Bereich Logistik blieb nicht außen vor: Bereits im Jahr 2013 gelang es, die beiden Lager in Nagold und Leonberg zu einem Zentrallager zusammenzuführen, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu generieren.

„Nach zehn Jahren der Arbeit sind die Früchte nun fast überall gepflückt und es ist nicht einfach, noch Effekte zu beeinflussen“, sagt Claus Bühler. Der clevere Betriebswirt schüttelt dennoch immer wieder neue Ideen aus dem Ärmel. Der jüngste Coup: Gemeinsam mit dem Leiter der Logistikabteilung, Torsten Mühle, hat Bühler die Transportlogistik für die Speisenversorgung geinsourct, also zurück ins Haus geholt – ein untypisches Vorgehen. Überlegungen dazu stellte man an, als man 2018 gezwungen war, die bislang an einen externen Dienstleister vergebenen Speisetransporte neu auszuschreiben. „Über mehrere Wochen hinweg“, erzählt Torsten Mühle, „haben wir alle Kostenblöcke und Prozesse angeschaut und geprüft: Kriegen wir es selber hin?“ Man kriegt. Der KVSW stellte 15 Fahrer ein und schaffte sieben LKW an, die 365 Tage im Jahr unterwegs sind und dabei 380.000 Kilometer Strecke zurücklegen. Jährlich generiert man so Einsparungen von 250.000 Euro.

Man darf gespannt sein, was sich der Geschäftsbereich Wirtschaft und Beschaffung künftig einfallen lassen wird, um den Kostenrahmen zu wahren. Reichlich Erfahrung beim Beschreiten neuer Wege besitzen Claus Bühler und sein Team jedenfalls.

Nadine Dürr

DER GESCHÄFTSBEREICH WIRTSCHAFT UND BESCHAFFUNG – ZAHLEN UND FAKTEN

- ca. **60 Millionen Euro** Beschaffungsvolumen
- ca. **25.000 Bestellungen** pro Jahr
- ca. **75 Vollkräfte**
- ca. **1.700 Artikel** im Zentrallager Leonberg

dankos/AdobeStock

WENN DER BISSEN IM HALS STECKEN BLEIBT

Sie gehört zu den komplizierten und komplexen Aufgaben in der Chirurgie: die Entfernung der Speiseröhre. In der Regel ist eine Krebserkrankung die Ursache dafür. Im Klinikverbund Südwest werden diese Operationen im Böblinger Krankenhaus durchgeführt, jährlich sind es etwa 20 Eingriffe.

Die Speiseröhre, lateinisch Ösophagus, ist ein etwa 25 Zentimeter langer und zwei Zentimeter breiter elastischer und muskulärer Schlauch, der für den Transport der zerkauten Nahrung in den Magen zuständig ist. Am oberen und am unteren Ende hat die Speiseröhre einen Verschlussmechanismus. Dadurch wird zum einen der Rückfluss des Speisebreis in den Rachen und zum anderen der Rückfluss des Speisebreis in den Magen verhindert. Die Innenseite der Speiseröhre ist durch eine Schleimhaut ausgekleidet, mittels einer Muskelschicht kann die Speiseröhre ihren Durchmesser ausdehnen und dadurch größere Nahrungsbrocken transportieren.

Wer beim Essen einen dumpfen Schmerz im Bereich der Speiseröhre verspürt, wer das Gefühl hat, der Fluss der Nahrung stockt, der sollte rasch einen Arzt aufsuchen: Beides sind Symptome, die womöglich auf Speiseröhrenkrebs hinweisen. Generell handelt es sich um eine in Deutschland vergleichsweise seltene Krebsform. „Bundesweit gibt es jährlich etwa 12.000 Fälle“, sagt Prof. Dr. Stefan Benz, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie im Klinikum Sindelfingen-Böblingen. Zum Vergleich: An Darmkrebs erkranken pro Jahr in Deutschland etwa 60.000 Menschen.

An der Speiseröhre können zwei unterschiedliche Krebsarten auftreten: Der Magenkrebs, der sich am Übergang der Speiseröhre zum Magen entwickelt und die Speiseröhre hinaufwandert, oder der Krebs, der sich durch eine Entartung der Speiseröhrenschleimhaut bildet. Übergewicht, Tabakkonsum, Alkohol, scharfe Speisen, ein defekter Verschluss zwischen Speiseröhre und Magen sowie eine unausgewogene Ernährung mit zu viel Fett und zu wenig Obst und Gemüse gehören zu den Risikofaktoren.

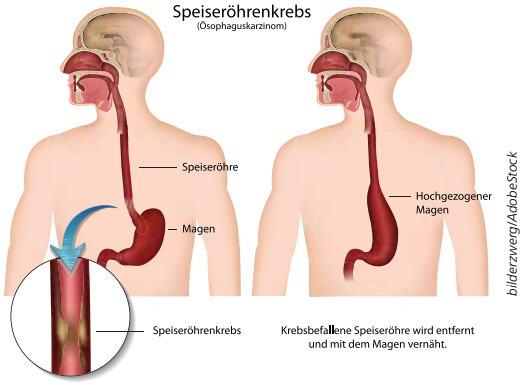
Zumeist ist die Teilentfernung der Speiseröhre das Mittel der Wahl, um die Erkrankung zu heilen. Im Klinikverbund Südwest wird diese Operation ausschließlich im Böblinger Krankenhaus vorgenommen. „Wir führen jährlich etwa 20 Eingriffe durch und haben dadurch die notwendige Routine für diese aufwändige OP“, erklärt Prof. Benz. Sie benötige eine umfassende Infrastruktur wie eine über 24 Stunden besetzte Intensivstation, eine große Präsenz und

spezielle Kenntnisse der Anästhesisten. „Das alles ist in Böblingen gewährleistet“, bestätigt der Chefarzt.

Im Vorfeld einer Entfernung der Speiseröhre wird bei den Patienten häufig eine etwa sechs- bis achtwöchige Chemotherapie oder Radiochemotherapie durchgeführt mit dem Ziel, den Tumor zu verkleinern. „Auch wenn der Tumor dadurch verschwinden sollte, führen wir die Operation durch. Es ist möglich, dass sich noch Tumorzellen im Körper befinden, die wir nicht entdeckt haben“, betont Prof. Benz. „Wir haben zudem das Ziel, dass die Patienten während der Chemotherapie etwas an Gewicht draufpacken und Eiweiß aufbauen. Dadurch sind eine bessere Wundheilung und ein besserer Stoffwechsel gewährleistet.“

Bei der Operation der Speiseröhre handelt es sich um einen komplexen und komplizierten Eingriff, der in der Bauchhöhle wie in der Brusthöhle vorgenommen wird. Er dauert etwa vier bis viereinhalb Stunden. In der Bauchhöhle arbeiten die Chirurgen wenn möglich minimalinvasiv. Bei diesem Schritt wird der Anteil der Speiseröhre, der sich im Bauch befindet, freigelegt. Zudem werden die Lymphknoten, die den Tumor umgeben, entfernt. In einem zweiten Schritt wird die Brust geöffnet. Über diese Öffnung können die Speiseröhre und die weiteren Lymphknoten in diesem Bereich ebenfalls entfernt werden. In der Bauchhöhle wird zur Sicherheit der Teil des Magens entnommen, der sich nahe am Tumor befand. Nach der Entfernung des vom Tumor befallenen Teils der Speiseröhre wird der Magen in eine schlauchartige Form umgewandelt und im Brustraum an den verbliebenen, weil gesunden Teil der Speiseröhre angenäht. Prof. Benz: „Für den Erfolg der Operation ist entscheidend, dass diese Naht fest sitzt und perfekt abheilt.“

Die Entfernung der Speiseröhre zieht in der Regel eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten nach sich. Die Patienten müssen künftig mehrere kleinere anstelle der üblichen drei großen Hauptmahlzeiten zu sich nehmen. Durch eine intensive Therapie im Rahmen der



Rehabilitation werden sie intensiv bei der Ernährungsumstellung und beim Umgang damit unterstützt. Letztlich ist die Entfernung der Speiseröhre ein tiefgehender Eingriff für einen Patienten, sie verspricht allerdings bei einer frühzeitigen Erkennung der Erkrankung gute Heilungschancen.

Thomas Oberdorfer

Anzeige

„Bei uns sind Sie bestens versorgt“

Sanitätshaus

Rehatechnik

Orthopädietechnik

Homecare

Unser Lächeln hilft

Schaible
Das Sanitätshaus

Nagold, Turmstr. 6-8
Telefon: 07452/8451-0
info@schaible-gmbh.de
www.schaible-gmbh.de

Nagold · Altensteig · Bad Wildbad · Dornstetten
Böblingen · Sindelfingen · Herrenberg

sani team ortho team
reha team care team

EIN ZIMMER NACH MAß

Wie muss ein Krankenhauszimmer aussehen, damit sich Patienten wohlfühlen und Ärzte und Pflegekräfte zugleich optimale Arbeitsbedingungen vorfinden? Antworten auf diese Frage liefert das „Musterzimmer", das in den Nagolder Kliniken derzeit im Echtzeit-Betrieb dem Praxistest unterzogen wird.

v.l. Ulrich Kallfass (stv. Aufsichtsratsvorstz. d. Kreiskliniken Calw gGmbH), Alexandra Freimuth (Regionaldirektorin Süd, Klinikverbund Südwest), Dieter Schmid (Pflegedienstleiter Kliniken Nagold, Klinikverbund Südwest), Landrat Helmut Riegger, Prof. Hubert Mörk (ärztl. Direktor Kreisklinikum Calw-Nagold, Klinikverbund Südwest), Jürgen Großmann (Oberbürgermeister Stadt Nagold) und Dr. Jörg Noetzel (Med. Geschäftsführer Klinikverbund Südwest).

Der Besichtigungstermin ist in vollem Gange. Schranktüren werden geöffnet, Lichtschalter betätigt, der Schwenkarm mit dem Fernseh-Monitor in alle Himmelsrichtungen gedreht. Im Badezimmer wird lebhaft und kontrovers über die fehlende Duschkabine diskutiert. Zurzeit ein fast alltägliches Bild im Musterzimmer der Pflegegruppe 33. Immer wieder kommen Besucher in den dritten Stock und werfen einen Blick in das Zimmer am Ende des langen Flurs. An diesem Nachmittag sind es Pflegeschüler. Sie nutzen die kleine Lücke im Belegungsplan des Zimmers und löchern Dieter Schmid mit Fragen: Die abgerundeten Übergänge zwischen Wand und Boden sind ihnen aufgefallen, ebenso wie die beiden verschiedenen Montagesysteme der TV-Bildschirme an den Patientenbetten. „Wieso ist der Spender an der Rückseite der Schrankwand angebracht und nicht seitlich?", wollen die angehenden Pflegekräfte mit Blick auf den Desinfektionsmittelspender wissen.

Die Antworten kann ihnen Dieter Schmid geben, schließlich ist der Pflegedienstleiter an den Kliniken Nagold der Ideengeber für das Musterzimmer. Er weiß um die verschiedenen Überlegungen, die hinter den baulichen Veränderungen und hinter der Zimmereinrichtung stecken. Er kennt die Vorgeschichte, die dazu geführt hat, dass dieses ganz besondere Pilotprojekt gestartet wurde. „Neben vielen anderen Fragen haben wir uns in der Bausitzung auch darüber Gedanken gemacht, wie die Patientenzimmer aussehen sollen", sagt Dieter Schmid. Der jetzt beginnende Aus- und Umbau des Krankenhauses am Standort Nagold ist Chance, Herausforderung und Verpflichtung zugleich. „Wir bauen für die nächsten 30 Jahre", erklärt der Pflegedienstleiter. Entsprechend wohlüberlegt und durchdacht müssen die Entscheidungen sein. Was die Zimmer betrifft, so müssen sich sowohl die Patienten wohlfühlen als auch Ärzte, Pflege- und Reinigungspersonal optimale Arbeitsbedingungen vorfinden. Die Idee zur Einrichtung eines Muster-Patientenzimmers war geboren. Dank der Unterstützung durch den Träger des Kreisklinikums Calw-Nagold, der Landkreis Calw, war die Umsetzung dann auch möglich: „Dafür sind wir im Verbund sehr dankbar", betont Alexandra Freimuth, Regionaldirektorin Süd des Klinikverbundes Südwest.

Durch eine Besichtigung in Darmstadt nahm das Zimmer dann konkrete Gestalt an; nach dem Vorbild dort wurde in Nagold ein bestehendes Zimmer umgebaut. Nacheinander testen es die chirurgische, internistische und urologische Abteilung nun im Echtzeit-Betrieb. Über einen Fragebogen werden Patienten, Pflegekräfte und Ärzte nach ihrer Meinung gefragt, jeder kann eine persönliche Beurteilung abgeben. „Die Ergebnisse werden ausgewertet und so wissen wir, wie zukünftig unsere Patientenzimmer aussehen müssen“, sagt Dieter Schmid.

Einige Punkte haben sich jetzt schon herauskristallisiert: Der gewölbte Übergang am Boden wird zum Standard – er erleichtert die Arbeit der Reinigungskräfte und hebt zugleich das hygienische Niveau. Die Farben- und Lichtkonzepte werden noch ein wenig verändert – beides wird demenzsensibel sein. Wie schon im Musterzimmer wird der Kleiderschrank künftig in allen Zimmern in der Mitte des Raumes stehen. Er bietet den Patienten mehr Privatsphäre und – dank einer ausziehbaren Arbeitsfläche – Ärzten und Pflegekräften bei Untersuchungen oder Pflegemaßnahmen zugleich eine Abstellmöglichkeit. Die schräge Wand zum Badezimmer hin wird bleiben, da so mehr Platz zum Rangieren der Betten ermöglicht wird. Die Badezimmertür jedoch wird anders angeschlagen, denn im Musterzimmer kollidiert sie mit der Zimmertür. „Einiges, was man sich sonst am grünen Tisch überlegt hätte, wird wegfallen“, ist sich Dieter Schmid sicher.

Sabine Haarer

Kwanchai_Khammuean_iStock

STÜTZE für den Rücken

Eingriffe am Rücken gehen immer an die Substanz, denn entlang der Wirbelsäule verlaufen zahlreiche Nervenbahnen. Gerade im Alter können jedoch Wirbel leicht brechen. Dann sind minimalinvasive Verfahren wie die Kyphoplastie ideal.

Fast jeder Mensch kennt Rückenschmerzen. Im Alter kann es noch kritischer werden. Dann werden die Bauteile des Rückens, die Wirbelknochen, bisweilen porös und können schon bei kleineren Belastungen brechen. „Das kann durch einen kleinen Sturz oder auch einfach bei Belastungen im Alltag passieren", erklärt Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie in Leonberg. Die Folge: starke Schmerzen und ein Gefühl von Instabilität.

Dann hilft in den meisten Fällen eine sogenannte Kyphoplastie. Sarkar erklärt das Verfahren anhand eines zerquetschten Pappkartons: „Ein gebrochener Wirbel ist wie ein solch platter Karton – unsere Aufgabe ist es, ihn von innen durch einen Ballon wieder aufzupumpen." Dabei werden zwei sehr kleine Schnitte gesetzt, durch die dann die Operationsinstrumente an die Wirbelsäule herangeführt werden. Sobald dann der Ballon im gebrochenen Wirbel platziert ist, wird eine Art Zement hineingepumpt, wodurch der Wirbel sich aufbläht und der Wirbelsäule wieder Halt gibt. „Wobei das kein Zement ist, wie man ihn von Baustellen kennt", ergänzt Chefarzt Sarkar. „Es handelt sich eher um einen Zweikomponenten-Kleber, wie er bei Hüften oder Knien zum Einsatz kommt."

videodoctor/AdobeStock

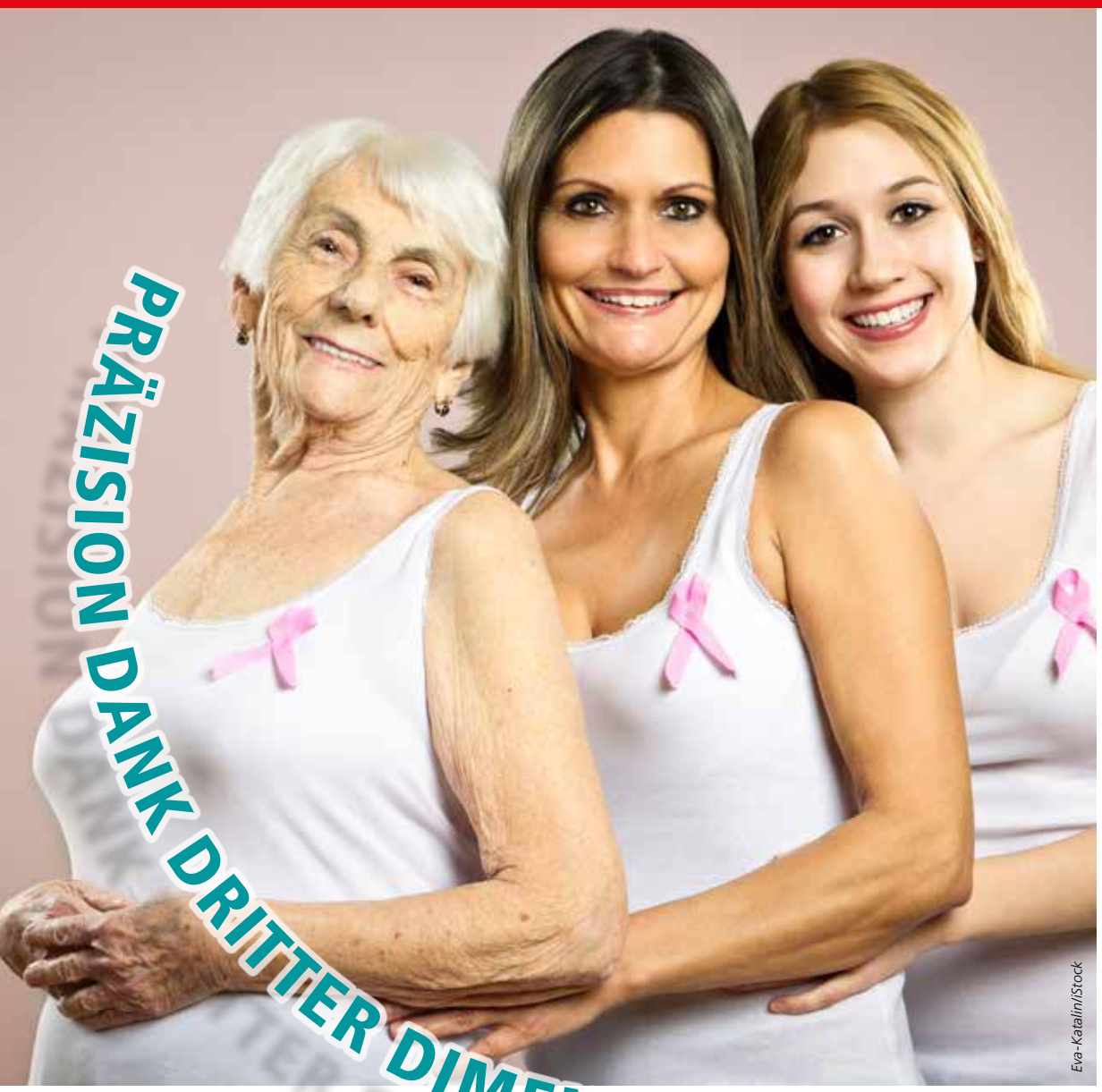
Damit dieser Zement nur dorthin fließt, wo er den kaputten Wirbel stützen soll, überwachen die Operateure jeden Handgriff unter Röntgenkontrolle. Auf diese Weise können sie sofort eingreifen, falls der Zement doch einmal die Richtung ändert. Sarkar unterstreicht, dass nur äußerst selten Probleme auftreten: „In erfahrenen Händen sind die Risiken bei einer Kyphoplastie absolut beherrschbar."

Spezialisten mit Erfahrung

Sarkar und sein Team sind unter anderem spezialisiert auf solche minimalinvasiven Operationen. Denn das Ziel ist gerade bei der Behandlung älterer Menschen, den Körper des Patienten so wenig wie möglich zu belasten. Das lässt sich auch an der Dauer des Eingriffs ablesen: „Die reine Operationszeit pro Wirbel beträgt 20 bis 30 Minuten, wir können bis zu drei Wirbel in einer Stunde richten", sagt Dr. Michael Sarkar. Dadurch braucht es zwar immer noch eine Vollnarkose, aber keine besonders kritische.

Und durch den minimalinvasiven, kleinen Schnitt bleibt auch der Blutverlust sehr gering – ein weiteres wichtiges Argument, um ältere Patienten, die verständlicherweise Sorge vor einer Operation haben, vom Eingriff zu überzeugen. Zumal die Erfolgschancen – wenn die Diagnose zum richtigen Zeitpunkt gestellt wurde – sehr hoch liegen: „Die meisten Patienten spüren schon nach Stunden eine deutliche Verbesserung. Spätestens nach einigen Tagen brauchen sie deutlich weniger oder gar keine Schmerzmittel mehr und sind wieder mobil."

Jonathan Fasel



Eva-Katalin/iStock

PRÄZISION DANK DRITTER DIMENSION

Per TOMOSYNTHESE lässt sich Brustkrebs um ein Vielfaches besser erkennen. Das 3D-Verfahren könnte in Zukunft zum neuen Standard in der Vorsorge werden.

Die Mammografie: Viele Frauen kennen das Prozedere aus der Brustkrebsvorsorge. Sie ist ein bewährtes und elementar wichtiges Verfahren, mit dem sich kleine Knoten, Architekturstörungen und Veränderungen des Gewebes in der Brust erkennen lassen können. Doch die Technik hat auch Tücken: Behandelnde Ärzte müssen anhand von zwei eindimensionalen Bildern Diagnosen stellen – manchmal allerdings versteckt sich einer der verdächtigen Knoten hinter dichtem Drüsengewebe und ist auf den Aufnahmen nicht sichtbar.

Tomosynthese löst dieses Problem, ohne die Methode hinter dem Verfahren vollkommen zu erneuern. Vielmehr werden bei der Tomosynthese statt zweier flacher Bilder eine ganze Reihe von Röntgenaufnahmen aus unterschiedlichen Winkeln geschossen, die anschließend vom Computer zu einem dreidimensionalen Bild zusammengefügt werden. Der Arm der Maschine schwenkt dabei im Abstand von rund 40 Zentimetern um die Patientin, die Prozedur dauert nur rund zehn Sekunden länger.

„Im Prinzip ändert sich nicht viel“, erklärt Christian Prie, Oberarzt am Fachzentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen. Auch für das Personal war die Umstellung auf die neuen Geräte schnell erlernt. →

siemens-healthineers

„Wir erhöhen durch die Tomosynthese mit derselben Bildgebung schlicht die Auflösung und letztlich die Präzision bei der Diagnose. Insbesondere bei dichtem Gewebe führt das zu einer spürbar höheren Erkennungsrate."

Auch Professor Dr. Stefan Renner, Chefarzt des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg, ist überzeugt von der neuen Methode. Als Gynäkologe des zertifizierten Brustzentrums IBB in Böblingen arbeitet er mittlerweile regelmäßig mit den Ergebnissen der Tomosynthese. „Die Methode ermöglicht echte 3D-Aufnahmen des Brustgewebes", sagt Renner. „Mit dem Verfahren haben wir eindeutig bessere Chancen, den Patientinnen zu helfen."

Die Methode ist generell für alle Patientinnen sinnvoll, aber vor allem für junge Frauen wichtig, deren Brustgewebe noch wesentlich dichter ist. Prie berichtet: „Die Europäische Gesellschaft für Brustbildgebung ermittelte in einer Studie eine Erkennungsrate von 2,7 pro 1.000 Untersuchungen – gegenüber 0,5 bei der Mammografie." Bedeutet: Mit der Tomosynthese werden fünf Mal so viele Auffälligkeiten entdeckt wie bisher. Die knapp eineinhalbfache Strahlungsbelastung gegenüber klassischen Verfahren ist dabei vernachlässigbar. „Es ist 100 Mal wahrscheinlicher, im Laufe eines Lebens eine Brustkrebserkrankung durch regelmäßige Mammografiekontrollen zu entdecken, als eine Krebserkrankung durch die Strahlenbelastung zu generieren", betont Christian Prie.

Das Zentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen setzt mittlerweile schon seit über einem Jahr auf die neuartige Technik, mit ausschließlich positiven Erfahrungen. „Die Tomosynthese ersetzt aber die anderen Verfahren nicht, sie ergänzt sie nur", unterstreicht Oberarzt Prie. „Wir erkennen dadurch jetzt genauer, wenn im Brustgewebe etwas ist – aber immer noch nicht, was genau. Die Tomosynthese erspart also nicht eine histologische Untersuchung." Es müssen deswegen weiterhin Gewebeproben entnommen werden.

Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Tomosynthese allerdings nicht – noch nicht. Trotzdem versuchen wir dies bei unklaren Befunden ggf. einzusetzen. Bisher nutzen hauptsächlich Privatpatienten und Selbstzahler die neue Technik. Christian Prie ist aber optimistisch, dass sich das ändert: „Die Tomosynthese könnte in Zukunft vielleicht das Standardverfahren in der Mammografie werden."

Jonathan Fasel

Anzeige

FIVE MILON GERÄTE VIBRAFIT FUNCTIONAL KURSE

Die Revolution für Ihren Rücken:
FIVE Rücken- und Gelenkkonzept

ab € 4,99* pro Woche

* Zzgl. einmalige Transponder- und halbjährliche Servicepauschale von je 19,99 Euro.

fitness express clubs

4 Clubs 1 Preis

Sindelfingen · Vaihingen · Böblingen · Renningen

CARDIO FREI HANTEL LADY BEREICH WI-FI SAUNA BETREUUNG

Buchen Sie jetzt Ihr
KULTUR – ABONNEMENT
in der STADTHALLE LEONBERG

19.10.19	**Wirtschaftswunder**	Schlager der 50er & 60er
24.10.19	**Schwarzwaldmädel**	Operettenbühne Wien
03.11.19	**Die Magier 2.0**	Die Show der 4 Magier
10.11.19	**Dieter Huthmacher**	Programm „Lachfalten“
17.11.19	**The Musical Tenors**	mit Jan Ammann u.a.
30.11.19	**Dominique Horwitz**	„Me and the Devil“
07.12.19	**Motown Goes Christmas**	Weihnachtshits
14.12.19	**Der Nussknacker**	Russisches Nationalballett
15.12.19	**Friede,Freude,Weihnachtskekse**	Musik/Hör/Spiel
09.01.20	**Schneewittchen On Ice**	Russian Circus On Ice
14.01.20	**Ein Amerikaner in Paris**	Gershwin-Musical
29.01.20	**Das Dreimäderlhaus**	Operettenbühne Wien
01.02.20	**Wendrsonn**	Schwoba Folk Rock
21.02.20	**The 12 Tenors**	Jubiläumstournee „12 Jahre!“
29.02.20	**Tom Jones Musical**	Show-Musical „SexBomb“
14.03.20	**Traumtheater Salomé**	Neues Programm
29.03.20	**Schwoba-Komede**	„Gschwätzt, xonga ond glacht“
07.05.20	**Die größten Hits aller Zeiten**	mit Armin Stöckl

Ausführliche Infos und Abo-Buchung:
Stadthalle Leonberg
Telefon: 07152 / 9755 – 0
www.stadthalle.leonberg.de

„Ohne Risiken und Nebenwirkungen.“
JOBS finden im GESUNDHEITSWESEN!

Bild: Fotolia.com – Kurhan

jobsBB.de
Ein Angebot Ihrer Röhm-Mediengruppe

PRÄZISION DANK STRAHLUNG

Mittels leicht radioaktiver Substanzen können Ärzte heute genauere Diagnosen stellen. Die Nuklearmedizin ermöglicht Einblicke in den Stoffwechsel der Patienten. In Böblingen kommt das Verfahren ergänzend zu den üblichen bildgebenden Verfahren zum Einsatz.

natali_mis/AdobeStock

Radioaktive Stoffe im Körper? Was wie eine gefährliche und höchst schädliche Sache klingt, ist – ganz im Gegenteil – Teil eines modernen medizinischen Verfahrens, um Stoffwechselprozesse im Körper eines Patienten präzise sichtbar zu machen. Denn die strahlenden Substanzen sammeln sich vor allem dort an, wo der Stoffwechsel besonders auf Hochtouren läuft. Das Verfahren nennt man im Fachjargon Szintigrafie. Die Methode wird seit Jahrzehnten angewandt; mit ihr kann man unter anderem Tumoren oder auch Metastasen in Knochen untersuchen. Daneben lassen sich ganz unterschiedliche Erkrankungen und Funktionen erkennen. Dazu zählen unter anderem Probleme am Herzen, Blutungsquellen im Inneren des Körpers, Harnstauungsnieren insbesondere bei Kindern oder auch Probleme an den Nebenschilddrüsen.

Kombiniert mit einer Computertomografie kann man die Stellen im Körper sehen, an denen sich die radioaktive Substanz angereichert hat. Susanne Henschke, Leitende Oberärztin am Zentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen, erklärt: „Der Vorteil liegt ganz klar in der Präzision – wir erhalten dann dreidimensionale Bilder, anhand derer wir klar bestimmen können: Dort liegt der verdächtige Punkt."

ERGÄNZENDE, NICHT ERSETZENDE AUFGABE

Susanne Henschke gibt ein Beispiel: „Nehmen wir einen Patienten mit Krebs, der in den Knochen gestreut hat. Nun könnte man die Person komplett röntgen oder eine einfache Computertomografie des gesamten Körpers veranlassen. Beides würde sehr genaue Ergebnisse liefern, aber gleichzeitig auch eine verhältnismäßig große Strahlenbelastung und unfassbar viel Arbeit bedeuten." Denn man müsste jeden Knochen scannen, anschauen und auf den Bildern absuchen: Der Patient würde hohen Dosen Strahlung ausgesetzt.

Bei einer nuklearmedizinischen Untersuchung bekommt der Patient hingegen eine Injektion bestehend aus einer Trägersubstanz, die sich spezifisch an die jeweilige Stelle im Körper anklammert und mit radioaktivem Technetium versehen ist. „Dann muss der Patient direkt untersucht werden, zum Beispiel bei Schilddrüse oder Nieren, oder, wie beim Knochen, bis zu drei Stunden warten“, erklärt Annemarie Aster, Medizinisch-technische Radiologieassistentin. „Denn die Substanz muss sich dort erst einmal einlagern.“

Insofern bedeutet eine Untersuchung mit strahlenden Substanzen paradoxerweise sogar weniger Belastung. Denn sie ist viel zielgerichteter: Das Radionuklid lagert sich nur dort ein, wo der Knochenstoffwechsel verändert ist. „Das kann dann allerdings auch alles Mögliche sein, etwa eine Entzündung – oder eben doch ein Tumor“, sagt Susanne Henschke. Trotzdem haben radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen gleichermaßen ihre Daseinsberechtigung – sie ergänzen sich.

ENGE ZUSAMMENARBEIT FÜR DEN PATIENTEN

Mit anderen Teilen des Klinikverbunds Südwest arbeitet das Zentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen eng zusammen. So schicken beispielsweise das Prostatakarzinomzentrum in Sindelfingen und auch das Onkologische Zentrum Patienten dorthin. „Der Vorteil für die Patienten ist der direkte Draht: Die Patienten bekommen noch am selben Tag Ergebnisse“, sagt Susanne Henschke.

Jonathan Fasel

Tyler Olson/AdobeStock

Anzeige

DR. KILPPER & KOLLEGEN
Kieferchirurgie | Implantologie

Eltinger Str. 56 | 71229 Leonberg
Tel.:07152-90 90 90-0
www.zmk-leonberg.de
info@zmk-leonberg.de

ZahnMedizin mit Biss!

LEISTUNGSSCHWERPUNKTE
- Implantologie | Knochenaugmentationen
- allgemeine Kieferchirurgie
- Weisheitszahnentfernungen
- Wurzelspitzenresektionen
- Parodontologie
- Behandlungen in Narkose, Sedierung u. Lachgas

MODERNSTE MEDIZINTECHNIK
- 3D-Röntgen
- Reinraum-OP
- medizinische Narkosegase
- zertifiziertes QM

Diego Cervo/Shutterstock

Zusammen der Krankheit begegnen

Die Diagnose Prostatakrebs bedeutet für viele Männer zunächst einen Schock. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Wie hoch sind die Heilungschancen?

Diese Fragen stellen sich, Antworten darauf geben die Mediziner der Urologischen Klinik Sindelfingen (UKS) im Klinikverbund Südwest. Es gibt aber noch einen weiteren Ansprechpartner für Personen, bei denen Prostatakrebs diagnostiziert wird: Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Böblingen. Zwischen ihr und der UKS besteht eine Zusammenarbeit seit etwa zehn Jahren, seit 2014 ist die Kooperation schriftlich fixiert.

Weltweit leben derzeit etwa elf Millionen Männer mit der Diagnose Prostatakrebs. Jährlich erhalten 700.000 bis eine Million Männer, die Zahlen in der Literatur schwanken, diesen Befund – der Prostatakrebs ist damit der häufigste Krebs des Mannes. So schrecklich dieser für die jeweils Betroffenen ist, so gut sind allerdings die Heilungschancen, wird der Krebs rechtzeitig bemerkt. „Die Chancen auf Heilung liegen bei 70 bis 80 Prozent. Entscheidend ist, wie früh der Krebs erkannt wird und wie aggressiv er ist“, erklärt Prof. Dr. Thomas Knoll, seit 2008 Chefarzt der Urologischen Klinik in Sindelfingen des Klinikverbunds Südwest. Deshalb rät Prof. Knoll dringend, schon ab einem Alter von 45 Jahren eine Untersuchung zur Früherkennung von Prostatakrebs durchzuführen. Bei Männern, in deren Familie dieser Krebs bereits aufgetreten ist, sollte diese Untersuchung sogar schon ab 40 Jahren in Betracht gezogen werden.

Inzwischen gibt es vielfältige Therapieformen bei Prostatakrebs: Eine Heilung bei früher Diagnose kann entweder durch die Entfernung der Prostata, auch Vorsteherdrüse genannt, oder durch eine Bestrahlung erzielt werden. „Mit jedem Patienten entwickeln wir gemeinsam ein individuelles Therapiekonzept“, erklärt Prof. Knoll.

Dieter W. Schmidt erhielt im Jahr 2004 die Diagnose Prostatakrebs. „Das Karzinom war in einem frühen Stadium, bei mir wurde die Prostata entfernt“, sagt der 83-jährige Böblinger. Vor dem Hintergrund seiner Erkrankung kam er im Jahr 2006 mit der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Böblingen in Kontakt. Gegründet wurde diese von dem Schönaicher Helmut Schiro, der von Beginn an regelmäßige Treffen organisierte und Fachreferenten einlud. Aus dieser Zeit resultiert die Zusammenarbeit mit

Prof. Thomas Knoll. 2013 starb Helmut Schiro, Ulrich Glatzle führte mit einem Team Ehrenamtlicher die Gruppe weiter. Seit dem 30. April 2018 nun leitet Dieter W. Schmidt die Selbsthilfegruppe.

„Anfangs war ich nur passiv dabei und hörte zu“, sagt Dieter Schmidt, „es hat mir geholfen, zu registrieren, dass ich nicht der einzige von Prostatakrebs Betroffene bin.“ In der Selbsthilfegruppe wird in einem geschützten Raum offen über die Krankheit gesprochen, über den Umgang mit ihr, über die verschiedenen Behandlungsmethoden, aber auch über die Ängste, die eine solche Diagnose hervorruft. „Wir tauschen uns intensiv aus, sprechen über unsere Erfahrungen“, sagt Dieter Schmidt, der Betroffenen rät, sich zu bewegen und gesund zu ernähren. „Dadurch kann man viel zur Lebensqualität trotz einer Erkrankung beitragen“, sagt Schmidt. Die psychische Unterstützung in der Selbsthilfegruppe durch andere an Prostatakrebs erkrankte Männer, die erfolgreich behandelt wurden oder werden, gebe Kraft und Zuversicht.

Seit 2014 ist die UKS ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Prostatakrebszentrum. Pro Jahr werden dort etwa 400 Fälle an Prostatakrebs vom Früh- bis zum Endstadium diagnostiziert. „Wir führen jährlich etwa 200 Operationen an der Prostata durch und verfügen damit über eine große Routine und viel Erfahrung“, sagt Prof. Knoll, für den die Selbsthilfegruppe ein wichtiger Baustein im Umgang mit der Diagnose Prostatakrebs ist. „Wir raten jedem unserer Patienten, diese Selbsthilfegruppe zu besuchen“, sagt Prof. Knoll, der durch eigene Vorträge bei Gruppenabenden oder durch Vorträge einer seiner Ärzte die Arbeit der Selbsthilfegruppe tatkräftig unterstützt. Zudem hat er für Anliegen von Dieter Schmidt jederzeit ein offenes Ohr.

Im Oktober 2019 veranstaltet die UKS einen Prostatatag, das Thema Prostatakrebs wird in verschiedenen Vorträgen behandelt. Die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Böblingen nimmt ebenfalls daran teil, sie stellt sich an einem Informationsstand vor.

Thomas Oberdorfer

Gut umsorgt auf dem letzten Weg

Auch am Ende eines Erdendaseins muss Lebensqualität kein unerreichbares Ideal bleiben. Die palliative Komplexbehandlung bündelt Fachkompetenz, um dem Bedürfnis nach einem Sterben in Würde gerecht zu werden.

Die sanften Farben der Lichttherapie oder der Duft eines ätherischen Öls – wenn ein Palliativpatient unter Angst und Desorientierung leidet, können derlei Eindrücke eine entspannende Wirkung entfalten, den Geist und die Seele beruhigen. Ganz individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt sind die therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen, auf die das multiprofessionelle Team um den Palliativmediziner Dr. Stefan Neuburger zurückgreift. Bei Schwerstkranken werden so die Leiden gemindert, bei Sterbenden die letzten Schritte auf dem Lebensweg bestmöglich erleichtert.

Anders als es im Hospiz der Fall ist, dient die Palliativmedizinische Komplexbehandlung (PKB) nicht dazu, sterbende Patienten über längere Zeiträume zu begleiten. Vielmehr geht es darum, sich gezielt den individuellen Problemen des einzelnen Menschen zu widmen und diese in kurzer Zeit zu lösen. „Wir

arbeiten symptomorientiert", erklärt Dr. Stefan Neuburger, Leitender Oberarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin an den Kliniken Sindelfingen. „Wenn jemand zum Beispiel unter dem Symptom Juckreiz leidet, dann erstellen wir im multiprofessionellen Team ein gemeinsames Konzept. Durch medikamentöse und pflegerische Maßnahmen, wie eine Waschung oder eine Einreibung, streben wir an, das Symptom zu beheben." Nicht zwingend ist ein sterbender Patient also ein PKB-Patient, sondern nur dann, wenn in Aussicht steht, dass sich durch Symptomlinderung die Lebensqualität verbessern lässt. „Wir sehen uns dabei als ein Bestandteil der Palliativversorgung im Klinikverbund, im Zentrum steht dabei jedoch die Palliativstation in Herrenberg", sagt Dr. Neuburger.

Die medizinische, familiäre und spirituelle Situation des Sterbenden erfasst man zunächst im Rahmen eines Basis-Assessments, um auf Grundlage dieser Eckdaten die Behandlungsziele festzulegen. Gemeinsam widmen sich Palliativmediziner und Pflege, Physio- und Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Psychoonkologen, Seelsorger, Kunsttherapeuten und der Sozialdienst dann dem definierten Problem und evaluieren wöchentlich den Erfolg ihrer Anstrengungen. „Außerdem", so Dr. Neuburger, „gibt es eine tägliche Palliativvisite, die es uns ermöglicht, den Patienten nur unter palliativen Gesichtspunkten zu betrachten." Eine engmaschigere Betreuung, speziell geschultes Palliative-Care-Personal und ein Mehr an Zuwendung darf der Patient von der PKB erwarten.

Im Alltag der Pflegekräfte ist der Bindungsaufbau zentrales Element, wie Marina Eßlinger, Teamleiterin der Station 32, betont. „Die Patienten entwickeln immer ein intensives Vertrauensverhältnis zu uns", bestätigt Palliative-Care-Fachkraft Catrin Domel. „Wir schauen dann: Was kann ich demjenigen gerade Gutes tun? Manchmal geht es einfach darum, die Situation gemeinsam auszuhalten." Wichtig ist dabei auch die spirituelle Begleitung, wie Psychoonkologin Anne Michel sagt: „Für Patienten in palliativen Situationen kann es sehr tröstlich sein, den Blick auf die Lebensbiografie zu richten. Was ist gut und – trotz allem – heil in meinem Leben? Wofür bin ich dankbar? Worauf darf ich auch stolz sein?"

Personell achtet das Team auf Kontinuität, versucht den Pool an Ansprechpartnern für den Patienten so klein wie nur möglich zu halten: „Das hat einen sehr familiären Charakter." Auch die Angehörigen werden mit aufgefangen und dürfen dem Patienten – wenn gewünscht – Tag und Nacht Gesellschaft leisten.

Fragt man Dr. Neuburger nach den Zukunftsperspektiven, so erfährt man, dass sich in der Region derzeit viel Positives entwickelt. Trotz der strukturellen Unterversorgung im Vergleich zum Rest Deutschlands wird hier das Bewusstsein für Menschen in den letzten Lebensmonaten zunehmend gestärkt. Beispielsweise wurde gerade ein neuer Hospizverein gegründet. Mit einem Schmunzeln merkt der Palliativmediziner an, dass neben einem besseren Personalschlüssel nun nur noch ein Stationschor fehle: „Das wäre sehr entspannend und wohltuend – und außerdem ein tolles Alleinstellungsmerkmal."

Nadine Dürr

Anzeige

Umfassende Beratung – Schonende Behandlung

- Zahnimplantate
- Zertifizierte Implantologie
- Parodontosebehandlung
- Laser

DRES. Schott
PRAXIS FÜR MUND- UND KIEFERCHIRURGIE
Arthur-Gruber-Str. 68
Am Klinikum Sindelfingen
Tel. 07031/87 80 87

canisnaturstock

ConforMIS Europe GmbH

Kniegelenkarthrose kann nicht geheilt werden. Können die Schmerzen durch eine Änderung der Lebensgewohnheiten, durch Schmerzmittel oder Entzündungshemmer nicht mehr gelindert werden, bleibt oft nur ein künstliches Kniegelenk. An den Kliniken Calw setzt man dabei nicht nur auf maßgefertigte und individuelle Implantate, sondern, wo möglich, auch auf einen Teilersatz.

Individuell, und maßgefertigt

„Bei einer primären Arthrose kommt es sehr oft vor, dass nur die Innenseite des Knies betroffen ist." Diese Erfahrung macht Prof. Dr. Martin Handel immer wieder; der Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an den Kliniken Calw setzt deshalb in der operativen Behandlung der Patienten häufig auf einen Teilersatz des knorpelgeschädigten Knies. Zumindest dann, wenn sich die Schmerzen wirklich und ausschließlich auf der einen Knieseite lokalisieren lassen und wenn der Bandapparat noch intakt ist. „Beim Teilersatz braucht es die optimale Bandstabilität, sonst wirkt nach dem Eingriff eine viel zu große Belastung auf die kleine Implantatfläche und es kommt zu einer zu großen Abnutzung", geht der Calwer Chefarzt ins Detail. Stimmen aber die Voraussetzungen, kann von einem kompletten Knieersatz abgesehen werden. Der Vorteil bei dieser Methode: „Wir können den Knochenverschnitt sehr klein halten." Der Eingriff ist für den Patienten weniger belastend, er ist schneller wieder auf den Beinen. „Zudem können wir die Roll- und Gleitbewegung besser erhalten, das Knie ist in seiner Funktion also weniger eingeschränkt als bei einem Komplettersatz", nennt Prof. Handel einen Vorteil, der nicht nur bei älteren, sondern auch bei jüngeren Patienten greift, denn die können schneller in den beruflichen Alltag zurückkehren. Der zweite Vorteil: „Da wir weniger Knochen abtragen müssen, können wir später problemlos ein Komplettimplantat fixieren." Was notwendig wird, wenn die Arthrose weiter fortschreitet

oder wenn das Implantat verschleißbedingt getauscht werden muss. „Ein Teilersatz hält in manchen Fällen nicht ganz so lange wie ein Komplettersatz“, nennt der Calwer Orthopäde und Unfallchirurg einen der wenigen Nachteile. Eine detaillierte, ganz individuelle Patientenaufklärung ist deshalb notwendig, bevor die endgültige Entscheidung für oder gegen den Teilersatz am Kniegelenk getroffen werden kann.

Das ist aber nicht das Einzige, was Patient und Operateur abwägen müssen. Das Für und Wider gilt es auch bei der Entscheidung für eine Standard- oder für eine individuell gefertigte Prothese zu bedenken. Letztgenannte wird von den Krankenkassen bezahlt, wenn dafür eine medizinische Indikation vorliegt. Wenn also aufgrund der Anatomie des Patienten oder einer vorhandenen Asymmetrie herkömmliche Endoprothesen nicht problemlos implantiert werden können, kann ein individueller und maßgeschneiderter Gelenk-ersatz eingesetzt werden. Dieser wird, ebenso wie das dafür notwendige Instrumentarium, vorab und auf Grundlage einer Computertomografie passgenau angefertigt. „Wenn Ihre Füße eine stärkere Fehlstellung haben, versprechen maßgefertigte Schuhe den größten Tragekomfort, wären also das Optimum“, vergleicht Prof. Handel den Einsatz des individuellen Kniegelenks mit einem Beispiel aus dem Alltag.

Einer logischen Konsequenz folgend, strebt die Calwer Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) an. Im nächsten Frühjahr soll dieser Schritt vollzogen werden, so der Plan von Prof. Handel. Dann werden die längst eingespielten Strukturen in seiner Abteilung auf den Prüfstand gestellt. „Für die Zertifizierung muss mindestens ein Hauptoperateur da sein, der zudem im Jahr mindestens 50 Knie- und Hüftimplantate einsetzt“, nennt er eine der wichtigsten Vorgaben im umfangreichen Anforderungskatalog – die locker erfüllt werden kann, denn im Calwer Krankenhaus gibt es mit Prof. Handel und Oberarzt Oliver Wiech gleich zwei Hauptoperateure. Jährlich werden rund 400 Endoprothetik-Operationen durchgeführt, darunter mehr als 150 Kniegelenke. Weitere Kriterien für die Zertifizierung sind unter anderen die ausführliche Beratung und aktive Einbindung der Patienten, die Teilnahme aller Mitarbeiter an internen und externen Schulungs-, Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Einhaltung struktureller Vorgaben und hoher Hygienerichtlinien. Allesamt Punkte, die in der Calwer Klinik längst Standard sind und die im nächsten Frühjahr durch das Gütesiegel auch offiziell bestätigt werden sollen.

Sabine Haarer

Die Narkose als Erfolgsfaktor bei

Anästhesie und Intensivmedizin. Nicht nur auf dem Hinweisschild stehen diese beiden Teildisziplinen dicht beieinander, auch im Klinikalltag sind sie eng miteinander verwoben.

Mehr noch: Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Anästhesisten und Intensivmedizinern spiegelt sich direkt im Heilungserfolg und im Wohlergehen der Patienten wider. „Seit einiger Zeit weiß man, dass postoperative Schmerzen lebensbedrohliche Komplikationen verursachen können“, sagt Dr. Jens Döffert. Wie der Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, der neben der Klinik in Calw nun auch standortübergreifend das Pendant in den Kliniken Nagold verantwortet, weiter ausführt, könne es zu schmerzbedingten

Atmungsstörungen oder auch zu Störungen des Herz-Kreislauf-Systems kommen. „In der modernen Anästhesie ist es deshalb heutzutage selbstverständlich, ein Narkoseverfahren zu wählen, das nicht nur die Schmerzen während der Operation, sondern möglichst auch die Schmerzen in der ersten Phase nach der Operation behandelt." Dies führt einerseits dazu, dass der Patient die Intensivstation schneller wieder verlassen kann. Andererseits kann auf starke Schmerzmittel wie Opiate verzichtet werden. Der Patient leidet weniger unter Nebenwirkungen wie Erbrechen, Übelkeit oder Kreislaufbeschwerden. Darüber hinaus erlangt er schon im Aufwachraum das volle Bewusstsein und kann unmittelbar nach dem Eingriff wieder auf seinen eigenen Beinen stehen. Was nicht nur Muskeln, Herz und Kreislauf zugutekommt. Der psychologische Effekt, der sich durch die schnelle Rekonvaleszenz einstellt, spielt im weiteren Heilungsverlauf ebenfalls eine wichtige Rolle.

Operationen

Dass auf Opiate verzichtet oder zumindest die Schmerzmitteldosis reduziert werden kann, hängt sicherlich damit zusammen, dass moderne Medikamente deutlich wirksamer sind als die Medikamente, die früher im Einsatz waren. Weitaus entscheidender aber sind die Fortschritte und Weiterentwicklungen bei den Anästhesieverfahren, allen voran bei der ultraschallgesteuerten Regionalanästhesie.

Dank der Bildgebung des hochauflösenden Schallkopfes wird ein Großteil der Nervenfasern sichtbar, der Anästhesist kann somit die Injektionsnadel punktgenau setzen. Der Vorteil: „Die Medikamente wirken unmittelbar, und das, obwohl ich eine geringere Dosis davon spritzen muss", erklärt Dr. Döffert, der auf dem Gebiet der ultraschallgesteuerten Regionalanästhesie nicht nur innerhalb des Klinikverbundes, sondern in ganz Deutschland einer von wenigen Spezialisten ist.

Auch in der postoperativen Schmerztherapie kann der Ultraschall wirkungsvoll eingesetzt werden – gerade hier kommt das Zusammenspiel zwischen Anästhesisten und Intensivmedizinern besonders zum Tragen. Durch einen ständigen fachlichen Austausch kann die Schmerzmittelanwendung nicht nur zielgenau, sondern auch individuell gestaltet werden. Der Schmerzpegel bleibt von Anfang an auf einem möglichst geringen Niveau. „Nicht nur der Patientenkomfort steigt dadurch", betont der Chefarzt. „Die Genesung wird beschleunigt und der Patient kann die Intensivstation innerhalb kürzester Zeit wieder verlassen."

Sabine Haarer

Geburtshilfe Calw

Seit zehn Jahren als babyfreundlich zertifiziert

Geburtsklinik zertifiziert von BABY FREUNDLICH Eine Initiative von WHO und UNICEF www.babyfreundlich.org

Familienfreundlich, kompetent, persönlich: Das Geburtshilfe-Team in Calw bringt viel Einsatz für einen guten Start ins Leben.

Klein, aber fein: Mit diesen Worten könnte man die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Kliniken Calw beschreiben. Klein bedeutet hier familiär, überschaubar und persönlich – mit kompetenter und fachlicher Betreuung. „Wir sind als gut eingespieltes Team voll und ganz für unsere Patientinnen da – 24 Stunden am Tag, sieben Tage pro Woche“, erklärt Ingrid Giess, Stationsleiterin der Wochenstation und der Gynäkologie. Vor Kurzem konnten vier neue Hebammen für das Team gewonnen werden. „Häufig können wir den Frauen sogar eine Eins-zu-Eins-Betreuung anbieten, bei der sich eine Hebamme nur um eine Frau kümmert“, betont die Leitende Hebamme Julia Sukatsch. „Wir legen viel Wert auf Familienfreundlichkeit“, ergänzt Ingrid Giess. „Die Nachfrage nach unserem Familienzimmer, in dem Vater und Geschwister mit übernachten dürfen, ist sehr hoch. Wenn es geht, wandeln wir deshalb auch normale Zwei-Bett-Zimmer in Familienzimmer um. So ermöglichen wir einen guten Start für die neue Familie.“ Stolz sind die Calwer auch auf ihr gemütliches Stillzimmer, das der Förderverein des Krankenhauses gesponsert hat.

Die beiden Kreißsäle sind hell und freundlich eingerichtet und bieten der Gebärenden

von speziellen Matratzen über von der Decke hängenden Tüchern bis hin zum Gebärstuhl zahlreiche Möglichkeiten. Seit Kurzem erweitert eine schicke türkisfarbene Gebärbadewanne das Angebot. Sie steht in einem kleinen hübschen Raum, in dem mit Aromaessenzen, Kerzenlicht und Musik eine heimelige, warme Atmosphäre geschaffen werden kann. Ein entspannendes Bad bis zur Geburt im Element Wasser kann hier in Anspruch genommen werden. Mit sanften Hilfen wie Homöopathie, Akupunktur und Aromatherapie helfen die Calwer Hebammen den Gebärenden bei Schmerzen und allzu großer Anspannung. Selbstverständlich ist bei Bedarf auch eine Periduralanästhesie (PDA) möglich. Seit 2018 kommt im Kreißsaal zudem Lachgas zum Einsatz. „Damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht. Es lindert den Schmerz, wirkt sedierend und hilft den Frauen, zu entspannen. Sie können es während der Wehe über eine Maske einatmen“, erklärt Julia Sukatsch. Da Lachgas eine extrem kurze Halbwertszeit im Blut hat und sehr schnell abgebaut wird, kann es bis kurz vor der Geburt eingesetzt werden.

Wie zahlreiche positive Rückmeldungen zeigen, schätzen viele Frauen die familiäre Atmosphäre und gute Betreuung vor, während und nach der Geburt. 468 Babys erblickten hier im vergangenen Jahr das Licht der Welt – Tendenz steigend. „Ab der 37. Woche kann man hier entbinden. Auch Zwillingsgeburten und Beckenendlagen sind in bestimmten Fällen bei uns möglich, immer nach ausführlicher Beratung und Abklärung“, erklärt Julia Sukatsch. „Sollte es nötig sein, sind die Kinderärzte der Böblinger Kinderklinik sehr schnell vor Ort – zur Not kommen sie mit dem Hubschrauber. Eine enge Kooperation ist uns wichtig. Dabei setzen wir alles daran, dass Mutter und Kind zusammenbleiben können.“

Zahlreiche Kurse und Angebote runden das Angebot der Abteilung ab. Sie reichen von Geburtsvorbereitung, Elternberatung und Babymassage bis zur Rückbildungsgymnastik. Auch Kurse für Großeltern und Geschwister stehen auf dem Programm. Durch die gute Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams

wird das Angebot zum Beispiel durch die „Teenie-Tage“ erweitert, bei dem die Calwer Geburtshilfe ganze Schulklassen empfängt und deren Fragen zum Themenkreis Verhütung, Schwangerschaft und Geburt beantwortet.

Jutta Krause

Anzeige

IM GEFÄSSZENTRUM BESSER

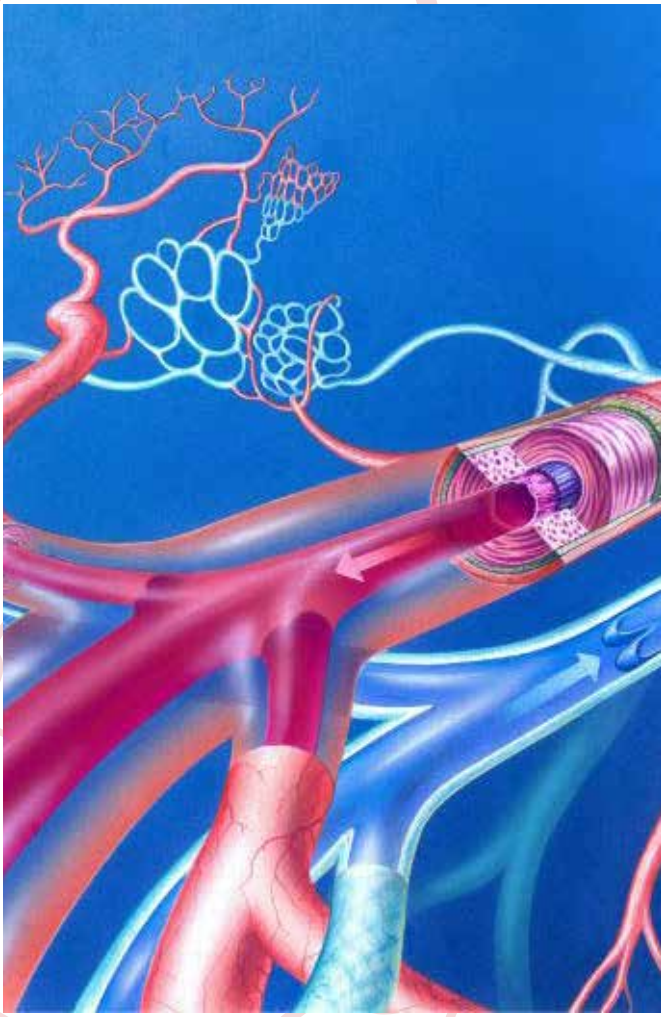
Vier Augen sehen mehr als zwei, acht Augen mehr als sechs. Die Gefäßchirurgie, Kardiologie und Radiologie an den Kliniken Nagold schlossen sich zu einem Gefäßzentrum zusammen.

„Der Patient, der ins Zentrum kommt, kann davon ausgehen, dass es für ihn einen strukturierten Ablauf gibt. Egal, wo er sich vorstellt, darf er sich darauf verlassen, dass gemeinsam die richtige Entscheidung für ihn getroffen wird", erklärt Dr. Manfred Grünke, Chefarzt der Abteilung für Radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin. Für diese Optimierung sorgen ein standardisierter Behandlungsablauf und gemeinsame Absprachen in komplexeren Fällen.

Als Grundlage für die Diagnostik dienen die Anamnese, eine klinische Untersuchung und bei Bedarf die von Dr. Grünke bereitgestellten Bilder aus Computertomograf- und Kernspinuntersuchungen, die etwaige Ultraschallbilder ergänzen und die im Team besprochen werden. „Wir schauen mit sechs oder noch mehr Augen auf den Fall, jeder hat seine fachspezifische Brille auf", erläutert der Gefäßchirurg Dr. Armin Seeger den Prozess. „Die unterschiedlichen Perspektiven im Blick, können wir den passenden therapeutischen Vorschlag machen."

Für die sogenannten Interventionen – minimalinvasive Eingriffe im Herzkatheterlabor – ist Dr. Raid Al Ammareen zuständig. Im Rahmen einer Weiterbildung hat sich der Kardiologe umfassende Kenntnisse zur interventionellen Therapie der arteriellen Gefäße angeeignet und kann Eingriffe wie Ballonaufdehnungen oder die Implantation von Stents nun wohnortnah anbieten. „Durch den Rufbereitschaftsdienst im Katheterlabor haben wir jetzt auch die Möglichkeit, Notfälle schnell zu versorgen", fügt Dr. Al Ammareen an.

Die Zahl der Interventionen hat so seit der Einweihung des Zentrums im Januar 2017 stetig zugenommen. Ein zweiter Herzkatheter-Messplatz mit großem Flachdetektor wird die Verfügbarkeit des Angebots ab Mai 2019 noch weiter steigern, wie Dr. Uwe Helber sagt. „Das ist auch ein technischer Fortschritt hinsichtlich Bildqualität, Durchführbarkeit und Reduktion



Alegria111/AdobeStock

VERSORGT

von Strahlung“, betont der Chefarzt der Abteilung für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen.

Kommen die Fachärzte bei ihren interdisziplinären Besprechungen indes zu dem Schluss, dass ein operativer Eingriff vonnöten ist, schlägt die Stunde Dr. Armin Seegers. Er kümmert sich um alle Aufgabengebiete der periphären Gefäßchirurgie, nimmt Bypass-OPs vor, schält verkalkte Engstellen aus und behandelt Krampfadern. Viele Patienten kennen den Bereichsleiter für die Gefäßchirurgie bereits von ihrer ersten Berührung mit dem Krankenhaus. „Ich biete die Gefäß-Sprechstunde hier in Nagold in unserem Medizinischem Versorgungszentrum an und bin so der Erstkontakt mit dem Krankenhaus für viele unserer Gefäßpatienten“, erklärt der Chirurg.

Letztlich profitieren jedoch nicht nur die Patienten vom Zusammenschluss der Fachdisziplinen. „In einem Zentrum arbeitet man enger zusammen, weiß, was der Kollege aus dem anderen Fachgebiet kann. Das führt zur Vertrauensbildung untereinander“, stellt Dr. Grünke fest. So existiert auch ein abteilungsübergreifendes Ausbildungskonzept. Dr. Grünke etwa schickt seine Radiologie-Assistenten zu Dr. Al Ammareen in die Schule, um von dessen angiografischer Kompetenz zu profitieren. Eine Win-win-Situation für alle Beteiligten.

Nadine Dürr

Oben: ***Dr. Manfred Grünke,*** *Chefarzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin (l.),* ***Dr. Uwe Helber,*** *Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II - Herz- und Kreislauf-Erkrankungen.*

Unten: ***Dr. Armin Seeger,*** *Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie (l.(,*
Dr. Raid Al Ammareen, *ltd. Oberarzt der Klinik für Innere Medizin II.*

ZERTIFIZIERTE DARMKREBS- UND PROSTATAKARZINOMZENTREN

Fachliches Wissen,

(v. l.) Aline Wößner, Beatrice Stauber und Dr. Christina Kessler

Krebs verändert. Zum einen verändert die Krebsdiagnose natürlich das Leben des Patienten und seiner Angehörigen ganz entscheidend. Zum anderen hat die Krankheit aber auch Auswirkungen auf den Pflegebedarf bei der stationären und der ambulanten Behandlung der Krebspatienten.

Der eine Patient klagt über Unwohlsein, hat Gliederschmerzen, muss sich erbrechen. Der andere hat erhebliche Sprach- und Wortfindungsstörungen, beim Patienten nebenan sind die Beine seit seinem letzten Besuch deutlich angeschwollen. Allesamt Symptome, die nicht ursächlich sind für den Besuch der Patienten im Nagolder Krankenhaus und die doch zum Arbeitsalltag von Aline Wößner und Beatrice Stauber gehören. Die beiden Frauen sind onkologische Fachkrankenschwestern, was bedeutet, dass sie für die Pflege der Patienten zuständig sind, die in den zertifizierten Darmkrebs- und Prostatakarzinomzentren des Kreisklinikums Calw-Nagold behandelt werden und die zur ambulanten Chemotherapie in die angeschlossene Tagesklinik kommen. Wobei „Pflege“ ein zu kurz gefasster Begriff ist; das Aufgabenspektrum der onkologischen Fachpflegekräfte ist breit gefächert und geht weit über das hinaus, was in der obligatorischen Pflegeausbildung vermittelt werden kann.

Da ist einerseits das medizinische Grundwissen: Aline Wößner und Beatrice Stauber kennen nicht nur alle geläufigen Tumor- und Karzinomarten, sie wissen auch um die entsprechenden Krankheitsbilder, können bei der Patientenbeobachtung ganz gezielte und individuelle Schwerpunkte setzen und somit auf jede noch so kleine Veränderung schnell und fundiert reagieren. Andererseits laufen bei den onkologischen Fachpflegekräften die Fäden zusammen, die das Netzwerk der Nagolder Krebszentren ausmachen.

"Wir vermitteln die Kontakte zu den Ernährungsberatern, zum sozialen Dienst oder zur Psychoonkologin im Haus“, zählt Aline Wößner einige Beispiele auf. Darüber hinaus, und mehr als nur nebenbei, sind die Fachkräfte auch in vielen Fällen die direkten Ansprechpartner für die Patienten. „Durch die oftmals lange Betreuungszeit entsteht eine ganz besondere Beziehung zu den Patienten“, sagt Beatrice Stauber. Treten Beschwerden oder Komplikationen auf, sind sie und ihre Kolleginnen jederzeit ansprechbar, persönlich und auch telefonisch. In Rücksprache mit den behandelnden Ärzten werden bei Nebenwirkungen Medikamente verabreicht, regelmäßig nehmen die Fachpflegerinnen an den Tumorkonferenzen teil. Das Erstgespräch vor Beginn der Chemotherapie, die Terminvereinbarung dafür und die Betreuung während der ambulanten Anschlussbehandlung fällt in die Zuständigkeit der Fachkräfte, die allesamt eine zweijährige berufsbegleitende Zusatzausbildung absolviert und sich zudem auch als

Empathie, Geduld

Palliativ-Care-Schwestern weitergebildet haben.

Einzig die Grundpflege zählt nicht zum Aufgabenbereich der onkologischen Fachpflegerinnen. „Das wäre nicht auch noch leistbar", sagt Prof. Dr. Hubert Mörk, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I – Gastroenterologie/Onkologie an den Kliniken Nagold und als solcher Leiter des Darmkrebszentrums. Aus verschiedenen Gründen: Da ist zum einen die Zahl der Patienten, die im Darm- und im ebenfalls zertifizierten Prostatakarzinomzentrum behandelt werden. Mehr als 3.600 Applikationen wurden im Jahr 2016 verabreicht, die Tendenz: stark steigend. Ein zweiter Punkt: „Es handelt sich in den meisten Fällen um komplex kranke Menschen. Wir müssen uns um jeden einzelnen ganz intensiv kümmern, damit uns nichts entgeht." Das gelte sowohl für das medizinische wie auch für das persönliche Wohl der Patienten.

Die Schwestern sind die zentralen Bezugspersonen, sie begleiten, beraten, beantworten Fragen und nehmen sich ganz bewusst die Zeit für Gespräche. Dabei müssen sie mitunter die Rolle des „Blitzableiters" übernehmen, eine Situation, die Aline Wößner und Beatrice Stauber aber einzuordnen wissen und auch nachvollziehen können. „Durch die Krebserkrankung verändert sich das Leben der Patienten und deren Familien komplett", sagen die beiden Fachschwestern, die zugleich den Angehörigen zur Seite stehen und auch für sie als Ansprechpartner jederzeit greifbar sind. „Natürlich fließen bei uns auch Tränen", sagt Beatrice Stauber, „die Begleitung von sterbenden Patienten gehört zum beruflichen Alltag dazu." Doch sie und Aline Wößner betonen: „Es herrscht keine Trauerstimmung." Der enge Kontakt zu den Patienten, das gute Miteinander – im Pflegeteam und mit den zuständigen Ärzten – und die Tatsache, dass jede Krebserkrankung und somit auch die Behandlung ganz individuell verläuft, führt dazu, dass die onkologischen Fachkrankenschwestern unisono sagen. „Es ist ein schönes Arbeiten."

Sabine Haarer

Was ist eine ZENTRALE NOTAUFNAHME?

Wie lässt sich eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) möglichst kurz und auf den Punkt beschreiben? Dr. Ellen Riedl, die Leiterin der ZNA an den Kliniken Nagold, überlegt einen Moment und antwortet: „Ein kleines Krankenhaus im Krankenhaus." Die etwas längere Version: Notfallpatienten werden an einer zentralen Stelle der Klinik aufgenommen, wo rund um die Uhr Ärzte verschiedener Disziplinen einsatzbereit sind und in enger Abstimmung miteinander an der Diagnose arbeiten.

Das Ziel ist eine höchstmögliche Effizienz zum Wohl der Patienten. „Wir haben auf kleinem Raum die Möglichkeit zu Diagnostik und Behandlung", erklärt Dr. Ellen Riedl. CT, MRT, Sonografie, Labor und Blutgasuntersuchung sind nur wenige Meter voneinander entfernt – um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Dr. Ellen Riedl, Leiterin der ZNA an den Kliniken Nagold

WAS IST DER UNTERSCHIED ZU EINER REGULÄREN NOTAUFNAHME?

Diese verteilt sich auf die einzelnen Fachbereiche. Jede Abteilung hat einen eigenen Platz, an dem sie ihre Notfallpatienten behandelt. Manchmal beginnt so eine zeitraubende Reise durch mehrere Abteilungen. Nicht zuletzt, weil die Menschen meist nicht mit einer feststehenden Diagnose ins Krankenhaus eingeliefert werden, sondern mit Symptomen, die auf ganz verschiedene Krankheitsbilder hinweisen können. In einer zentralen Notaufnahme, in der Fachärzte interdisziplinär die Notfallversorgung gewährleisten, steigt für Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen die Überlebenschance. „Deshalb hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass bis 2021 Zentrale Notaufnahmen für die Notfallversorgung zur Pflicht werden."

In den letzten Jahren ist die enge Zusammenarbeit der Ärzte in den Zentralen Notaufnahmen weiter in den Mittelpunkt gerückt, weg von der Trennung der Fachbereiche. „Man tauscht sich viel mehr aus, behandelt gemeinsam und betrachtet das Gesamtbild", sagt Dr. Ellen Riedl. Eine wichtige Entwicklung, da Patienten immer häufiger von mehreren Krankheiten betroffen sind. Gerade bei älteren Menschen kommen Verletzung und Erkrankung meistens zusammen.

In Nagold sind in der Zentralen Notaufnahme alle Disziplinen vertreten. Und die Kliniken Nagold werden in den kommenden Jahren umfassend saniert und ausgebaut. Dabei soll die Zentrale Notaufnahme vergrößert werden. „Wir bekommen mehr Platz und dazu noch acht Betten." Dort werden Patienten untergebracht, bei denen noch nicht ganz klar ist, ob man sie stationär aufnehmen muss. „Das spart bürokratischen Aufwand und die Patienten können im besten Fall schnell wieder gehen und müssen nicht die Entlassungsrunde auf der Station abwarten."

In den nächsten Jahren werden auf Dr. Riedl weitere große Aufgaben zukommen. „Ich bin dafür verantwortlich, Standards in der Zentralen Notaufnahme zu schaffen und Behandlungsabläufe festzulegen, die sinnvoll, für alle nachvollziehbar und wirtschaftlich sind."

Christine Strienz

Jetzt.
Nichts wie hin!

Wir bieten eine ausgezeichnete Beratung, einen guten Preis und einen unvergleichlichen Rundum-Sorglos-Service für Ihr Hörgerät. Dafür haben wir uns in über 30 Jahren einen Namen gemacht. **Herzlich willkommen!**

Testen Sie uns mit diesem Gutschein für einen kostenlosen Profi-Hörtest.

Gutschein:
Profi-Hörtest

Altensteig
Bad Wildbad
Calw
Freudenstadt
Schömberg
Vaihingen/Enz

Hörgeräte VOGT
Klingt brillant!

Hörgeräte Vogt GmbH
Sparkassenplatz 2
75365 Calw
www.hoergeraete-vogt.de
info@hoergeraete-vogt.de

Altensteig 07453 - 9103409
Bad Wildbad 07081 - 921020
Calw 07051 - 30080
Freudenstadt 07441 - 5204563
Vaihingen/Enz 07042 - 4757
Schömberg 07084 - 9344331

MIT STRAHLUNG DEM STOFFWECHSEL AUF DIE SCHLICHE KOMMEN

Nuklearmedizinische Diagnostik am Standort Nagold

Bevor Behandlungen beginnen, müssen Ärzte absolut sicher sein, was im Körper abläuft. Bei der Suche nach Ursachen helfen mittlerweile auch leicht strahlende Substanzen. Auch an der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin Nagold werden sie eingesetzt.

natali_mis/AdobeStock

Bildgebende Verfahren gibt es viele – die meisten Menschen etwa haben bereits ein oder mehrere Male ein Röntgenbild machen lassen. Doch viele dieser radiologischen Verfahren stoßen bei manchen Prozessen im Körper an ihre Grenzen. Bei Fragen des Stoffwechsels und insbesondere bei der Bestimmung von Krebserkrankungen gibt es mittlerweile Möglichkeiten, mit radioaktiv markierten Substanzen genauer hinzusehen als mit klassischen radiologischen Methoden. Die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin Nagold nutzt diese nuklearmedizinischen Verfahren regelmäßig zur Diagnose.

Dafür werden dem Patienten leicht strahlende Mittel per Spritze verabreicht – allerdings nur in winzigen Mengen von Milliardstel Gramm.

Sie reichern sich dann an bestimmten Stellen im Körper an, nämlich dort, wo der Stoffwechsel besonders aktiv ist. Das betrifft die Schilddrüse beispielsweise, Lunge oder Herz – aber auch viele Arten von Tumoren und Metastasen etwa im Knochen. Denn der Knochenstoffwechsel ist in diesen Arealen teils deutlich gesteigert. Auch Neurologen und Kardiologen können somit unterstützt werden. Per Single-Photon-Computed-Tomography, kurz SPECT, wird dann gezielt geschaut, wie sich die Radioaktivität im Organ verteilt – indem genaue 3D-Bilder rekonstruiert werden.

GERINGE BELASTUNG FÜR DEN PATIENTEN

Radioaktive Strahlung – ist das nicht schädlich für den menschlichen Körper? Nicht immer. Denn wie bei allen Dingen im Leben gilt auch hier: Die Menge macht's. Franz Kaiser, Facharzt für Nuklearmedizin und Oberarzt der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin in Nagold, nimmt seinen Patienten die Angst durch Beispiele. „Ich vergleiche dann gerne die Behandlung mit der Strahlung, die wir alle durch unsere Umwelt aufnehmen", führt er aus. „Wer hier im Schwarzwald lebt, erfährt eine natürliche jährliche Strahlenbelastung von bis zu zwei Millisievert aus dem Boden und durch kosmische Strahlung. Bei einer Schilddrüsen-Szintigrafie sind es einmalig 0,6 bis 0,7 Millisievert: Man muss sich also wirklich keine Sorgen machen."

Und sowieso fällt auch bei anderen Untersuchungsverfahren Strahlung an. Einzig die Begrifflichkeit „Nuklearmedizin" löst eben manchmal Unbehagen aus. Letztlich steht immer das Wohl des Patienten im Vordergrund: „Die Belastung für den Patienten wägen wir natürlich immer ab mit dem Nutzen – wenn wir dadurch beispielsweise sehen können, wie sehr ein Tumor schon gestreut hat, ist das für die weitere Behandlung eine enorm wichtige Erkenntnis."

Jonathan Fasel

Tyler Olson/AdobeStock

Auf Augenhöhe
mit Mitarbeitern und Patienten

Alles, was auf die Nerven geht, ist bei ihm in den besten Händen: Seit Oktober 2018 leitet Dr. Dennis Schlak die Klinik für Neurologie an den Kliniken Calw.

Das Herzstück seines medizinischen Wirkens ist die Stroke Unit, wie bereits an der Uniklinik Tübingen, wo Dr. Schlak zuvor als Oberarzt tätig war. Neben der Rezertifizierung hat sich der Neurologe vorgenommen, in der Calwer Schlaganfall-Einheit auch mehr Fälle als bisher zu behandeln, denn mehr Fälle bedeuten auch mehr Expertise und Behandlungsqualität, was den Patienten unmittelbar zugutekommt. Und mit steigender Patientenzahl soll dann auch die Bettenkapazität von vier auf sechs Betten steigen. Parallel nimmt er die Spezialisierung der Pflegekräfte in den Blick.

Derzeit arbeiten drei Schlaganfall-Schwestern – sogenannte Stroke Nurses – in der neurologischen Abteilung und garantieren eine hohe Behandlungsqualität. „Dadurch, dass sie besser trainiert sind, wissen sie ganz genau, worauf sie achten müssen. Die Schlaganfall-Schwestern berichten präziser über den Zustand des Patienten und können kleinere Änderungen frühzeitiger erkennen“, so die Erfahrung des Neurologen. Mit der Schulung weiterer Pflegekräfte soll diese Kompetenz künftig ausgebaut werden.

Auch die bestmögliche Versorgung von Patienten mit unbekanntem Symptom-beginn ist Dr. Schlak ein Anliegen: Diese profitieren nun bereits seit einigen Monaten von einer verbesserten Akutdiagnostik, was früher nur im Rahmen von Studien möglich war. „Wenn nicht klar war, wann die Symptome auftraten, durften wir bislang nichts machen, da eine Lyse-Behandlung, mit der versucht wird, das Blutgerinnsel medikamentös aufzulösen, innerhalb von viereinhalb Stunden erfolgen muss“, erklärt der Chefarzt. Diese Zeiten gehören nun dank eines MRT-basierten Verfahrens mit der Bezeichnung Wake-up-MRT der Vergangenheit an. „Es ermöglicht uns, die Zeit des Beginns der Schlaganfall-Symptome einzugrenzen, und so können wir nun auch solchen Patienten eine Lyse-Therapie anbieten, die nicht wissen, wann die Symptome einsetzten.“

Parallel weitet der neue Chefarzt die Gefäßdiagnostik aus. „Gleich wenn die Patienten zu uns kommen, werden unverzüglich alle Schlagadern mit einem CT dargestellt. So können wir frühzeitig die Patienten selektieren, die für das katheterbasierte Verfahren infrage kommen“, erklärt Dr. Schlak. Hierbei handle es sich zwar nur um wenige Fälle, für die Betroffenen jedoch sei dieser Zeitvorsprung von einiger Relevanz, da sie nach Tübingen oder Stuttgart verlegt werden müssen und der Transport im Hubschrauber zusätzlich Zeit kostet.

Doch nicht nur die Stroke Unit erhält ein Upgrade. Auch die Ultraschall-Untersuchung der Nerven will Dr. Schlak noch in diesem Jahr mit einem höher auflösenden Gerät ausbauen. Dieses kommt etwa beim Karpaltunnelsyndrom, bei Läsionen peripherer Nerven, Polyneuropathien oder entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems zum Einsatz. Die Arbeit mit magnetisch evozierten Potenzialen wiederum soll zu einer Verbesserung der Diagnostik beitragen, etwa bei Patienten mit Rückenproblemen: „Das hilft, den Ort der Störung präziser zu lokalisieren."

Und damit noch nicht genug: Auch die Abläufe in der Klinik will Dr. Schlak für alle Berufsgruppen standardisieren. „Das ersetzt nicht das Denken, das individuelle Betrachten des Patienten", betont der Chefarzt. „Manches muss aber nach einem bestimmten Schema ablaufen, sodass Kleinigkeiten nicht vergessen werden." Neben dem Fachlichen kommt es dem neuen Leiter der neurologischen Abteilung auch auf ein gutes Arbeitsklima mit flachen Hierarchien an: „Jede Meinung, jede Beobachtung ist wertvoll." Das kommt auch dem Patienten zugute: „Die Stimmung bei uns ist konstruktiv und freundlich."

Zu guter Letzt darf sich jeder neurologisch Erkrankte auf eine ausführliche Aufklärung verlassen: „Wir nehmen uns genug Zeit und erklären jede Krankheit mit einfachen Worten – so verständlich, aber auch so detailliert wie möglich." Dies schließt eine gute Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung mit ein: Jeder Patient bekommt einen Plan, der im Einzelnen festhält, was nach dem Klinikaufenthalt zu erledigen ist.

Die Herausforderungen der Zukunft schließlich sieht der Chefarzt der neurologischen Klinik in einer Bettenerweiterung und personellen Aufstockung mit geeigneten Mitarbeitern, die sich auf längere Sicht binden. Diese Kontinuität soll auch künftig eine Zusammenarbeit im gut eingespielten Team ermöglichen. „Wenn man nicht viel reden muss, die Aufgaben gut aufgeteilt sind und jeder weiß, was er tut, ist man viel effizienter", so der Neurologe.

Nadine Dürr

tanyalmera_AdobeStock

Anzeige

Anzeigen

Ich begleite Sie bei

- Identitätsproblematik
- Ehekrisen
- erschöpfungsbedingter Depression und Burnout

Karin Roth

Leibnitzstr. 2 (Eisberg)
72202 Nagold – Tel.: 07452 9322116
E-Mail: karinroth28@yahoo.de
www.praxis-logotherapie.de

Logotherapeut®
DGLE

CENTRAL APOTHEKE
rundum gut beraten
Rolf-Dieter Schmid
+ Angela Blum

Schmid'sche Apotheke
Rolf-Dieter Schmid & Angela Blum

Keinen Überblick mehr welches Medikament Sie wirklich brauchen?
Wir beraten Sie sehr gern!

Schmidsche Apotheke OHG
Marktstraße 13 • 72202 Nagold
Tel.: (0 74 52) 93 16 0
Fax: (0 74 52) 93 16 17
www.schmidsche-apotheke.de

Central Apotheke OHG
Freudenstädter Str. 25 • 72202 Nagold
Tel.: (0 74 52) 89 79 88 0
Fax: (0 74 52) 89 79 88 13
www.central-apotheke-nagold.de

Vorsorgen gehört zum Leben

Mit einer Bestattungsvorsorge Angehörige entlasten, eigene Wünsche festlegen & finanziell absichern. Wir beraten Sie.

Weiß & Mozer Bestattungsdienst

Jettingen · Herrenberg · Nagold · www.weiss-mozer.de · Tel. 07452/7042

Sanitätshaus reutter
Orthopädie-Technik · Reha-Technik
Kompetenz in Gesundheit!

.Medizinische Gesundheitsartikel
.Wellness + Gesundheit
.Kompressionsstrümpfe
.Bandagen
.Orthesen
.Prothesen
.Einlagen
.Reha + Pflegeausstattung
.Funktions- und Aktivschuhe

NEU
-Individuelle Reha-Technik
-Kinder-Reha

Sanitätshaus reutter
Orthopädie- und Reha-Technik
Stuttgarter Straße 8
75365 Calw

Telefon 07051 159964 - 0
Fax 07051 159964 - 99
E-Mail info@reutter-calw.de

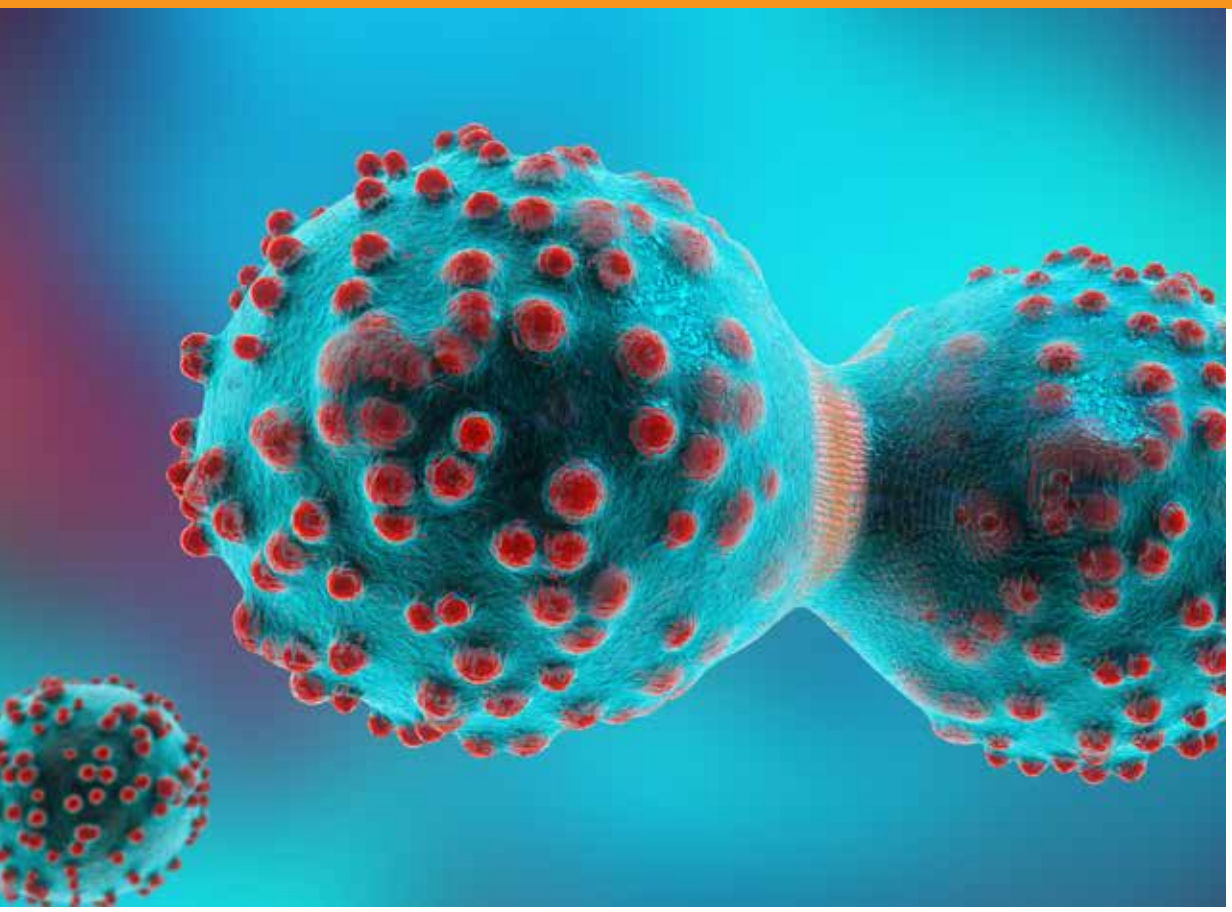
Sanitätshaus reutter

Salzgasse 11
75365 Calw

Telefon 07051 40575
Fax 07051 9362019
E-Mail info@reutter-calw.de

Produkte für mehr Lebensqualität

www.reutter-calw.de



impulse regional
Gesundheitsmagazin

Mikrowellen gegen Tumorzellen

Wenn manchmal eine OP nicht möglich ist, eröffnet die Mikrowellenablation neue Chancen. Patienten mit Tumoren an entlegenen Stellen etwa können dank des nichtoperativen Verfahrens Hoffnung schöpfen.

Hell zeichnet sich auf dem PET-CT (Positronen-Emissions-Tomografie-Computertomografie) der Lebertumor ab, den Dr. Jens Schneider mithilfe der Mikrowellenablation zu zerstören beabsichtigt. Nur wenige Minuten wird es dauern, bis der interventionelle Radiologe die Stelle durch Hitzezufuhr in ein schwarzes Areal verwandelt und damit außer Gefecht gesetzt hat. „Wenn man das Verfahren anwenden kann, sind die Erfolgsaussichten auch gut: die Hitzewelle zerstört Tumorgewebe irreparabel“, sagt der Chefarzt des Fachzentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen.

Anzeigen

BANNASCH IMMOBILIEN

07152 / 33 52 90
www.bannasch.de

Immobilienbesitzer aufgepasst!

5 Fragen die Sie sich stellen sollten, bevor Sie Ihre Immobilie verkaufen:

1. **Was ist Ihre Immobilie wirklich wert?**
2. **Müssen im Vorfeld Eigentumsfragen geklärt werden?**
3. **Haben Sie alle notwendigen Unterlagen zur Hand?**
4. **Wie und wo wollen Sie zukünftig leben?**
5. **Ziehen Sie einen Experten hinzu?**

Wir unterstützen Sie gerne bei der Klärung dieser Fragen und dem professionellen Verkauf Ihrer Immobilie. **Kostenlosen Beratungstermin vereinbaren unter: 07152 / 33 52 90**

Minutiös bereitet Dr. Schneider den Eingriff mithilfe eines Planungs-CTs vor. Unter CT-Kontrolle führt er dann eine Sonde durch die Haut des narkotisierten Patienten ein und bahnt sich seinen Weg zum Tumor. „Andere Strukturen nicht zu verletzen und den Herd gut zu treffen, ist die Herausforderung“, erklärt der interventionelle Radiologe. Dabei hilft ihm die Bildgebung: „Im CT kann man auf den Millimeter genau sehen, wo sich die Nadel befindet.“ Am Tumor angelangt, sendet ein Mikrowellengenerator dann elektromagnetische Schwingungen aus, die Hitze erzeugen und das bösartige Gewebe verkochen.

Dr. Jens Schneider ist Chefarzt des Zentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen. Sekretariat Terminvereinbarung/ Patientenanmeldung: Tel. 07152 202-66601

Abhängig davon, wie lange man Energie über die Sonde appliziert, entsteht ein kleinerer oder größerer Hitzeball: Bei fünf Minuten Energiezufuhr etwa lassen sich Tumoren und Metastasen mit einer Größe von 2,5 x 3 Zentimetern abladieren. Zusätzlich hält man auf jeder Seite einen entsprechenden Sicherheitsabstand ein, um tatsächlich alle Tumorzellen zu zerstören. Zwerchfell und Nieren werden dabei geschont, denn die Mikrowellen gehen über die Organgrenzen nicht hinaus. „Es ist“, so der Radiologe, „eine elegante Methode ohne viel Blutverlust und große Komplikationen, mit der man sich einen großen Bauchschnitt sparen kann.“

Bildet sich an anderer Stelle ein neuer Tumor, kann die Mikrowellenablation wiederholt werden. Auch bei mehreren vorhandenen Metastasen kommt das Verfahren in Betracht. Jedoch gibt es auch Grenzen: „Wenn die Leber allerdings wie ein Sternenhimmel aussieht, macht es keinen Sinn.“ Selbiges gelte für sehr große Herde. Der Vorteil der Methode besteht darin, dass sie auch dann angewandt werden kann, wenn ein chirurgischer Eingriff nicht infrage kommt, etwa bei einer Leberzirrhose oder zentral gelegenen und schwer zugänglichen Tumoren. Behandelt werden können neben der Leber auch andere Organe wie etwa die Lunge.

Ob chirurgischer Eingriff, Chemotherapie oder Mikrowellenablation, „die optimale Therapie für den einzelnen Patienten legen wir stets gemeinsam im interdisziplinären Tumorboard fest“. In dieser interdisziplinären Konferenz sind die Experten des Viszeralonkologischen Zentrums, des Darmkrebszentrums und des zertifizierten Zentrums für Tumoren der Bauchorgane versammelt. „Wir haben eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit im Klinikverbund mit vielen Behandlungsmöglichkeiten anzubieten“, sagt Dr. Schneider. „Der Patient darf gewiss sein, dass er stets die bestmögliche Versorgung erhält.“

Sabine Haarer

Anzeigen

HÖRGERÄTE UND MEHR!
GOEPPERT fürs Beste HÖRAKUSTIK
Goeppert Hoerakustik GmbH
Ditzingen Tel.: 07156/1705250
KORNTAL-Münchingen Tel.: 0711/16123614
Korntal-MÜNCHINGEN Tel.: 07150/9163810
Hemmingen Tel.: 07150/9159045

Schicke Bude für Tante Trude?
Gutschein* im Wert von 500 €
für eine Marktwertermittlung Ihrer Immobilie.
*Mit diesem Gutschein erhalten Sie eine Marktwertermittlung Ihrer Immobilie. Gilt nur für die Metropolregion Stuttgart/Böblingen. Einfach anrufen, mailen (immobilien@baerbel-bahr.de) oder den Abschnitt bei uns vorbeibringen.
Älteres Ehepaar sucht 3-Zimmer-Wohnung mit Aufzug bis 360.000 €
Junges Ehepaar (bald zu dritt) sucht RH oder DHH bis 790.000 €
Ärztin und Bosch-Mitarbeiter suchen EFH mit Garten bis 950.000 €
... IHRE MAKLER MIT HERZ!
WIR KAUFEN IHR GRUNDSTÜCK: SCHNELLE ABWICKLUNG UND BEZAHLUNG GARANTIERT!
Telefon: 07031 4918-500 | baerbel-bahr.de
Wolfgang-Brumme-Allee 35 | 71034 Böblingen
BAHR IMMOBILIEN SERVICE BÄRBEL BAHR

Buchen Sie jetzt Ihr
KULTUR – ABONNEMENT
in der STADTHALLE LEONBERG

19.10.19	**Wirtschaftswunder**	Schlager der 50er & 60er
24.10.19	**Schwarzwaldmädel**	Operettenbühne Wien
03.11.19	**Die Magier 2.0**	Die Show der 4 Magier
10.11.19	**Dieter Huthmacher**	Programm „Lachfalten“
17.11.19	**The Musical Tenors**	mit Jan Ammann u.a.
30.11.19	**Dominique Horwitz**	„Me and the Devil“
07.12.19	**Motown Goes Christmas**	Weihnachtshits
14.12.19	**Der Nussknacker**	Russisches Nationalballett
15.12.19	**Friede,Freude,Weihnachtskekse**	Musik/Hör/Spiel
09.01.20	**Schneewittchen On Ice**	Russian Circus On Ice
14.01.20	**Ein Amerikaner in Paris**	Gershwin-Musical
29.01.20	**Das Dreimäderlhaus**	Operettenbühne Wien
01.02.20	**Wendrsonn**	Schwoba Folk Rock
21.02.20	**The 12 Tenors**	Jubiläumstournee „12 Jahre!“
29.02.20	**Tom Jones Musical**	Show-Musical „SexBomb“
14.03.20	**Traumtheater Salomé**	Neues Programm
29.03.20	**Schwoba-Komede**	„Gschwätzt, xonga ond glacht“
07.05.20	**Die größten Hits aller Zeiten**	mit Armin Stöckl

Ausführliche Infos und Abo-Buchung:
Stadthalle Leonberg
Telefon: 07152 / 9755 – 0
www.stadthalle.leonberg.de

Störzinger Physiotherapie

Burggasse 4 | 71229 Leonberg
Telefon: 07152 227 23 | Fax: 07152 35 52 49
E-Mail: info@physiotherapie-stoerzinger.de
www.physiotherapie-stoerzinger.de

Spar-Coupon: 3,30 € bis zu 33 % sparen

Ab einem Einkaufswert von 10,– Euro (ausgenommen sind verschreibungspflichtige Arzneimittel, Rezeptzuzahlungen und bereits im Preis reduzierte Produkte) erhalten Sie mit Vorlage des Coupons **3,30 Euro Rabatt**. Nicht kombinierbar mit anderen Rabatt-Gutscheinen der Central-Apotheke! Gültig bis 25.06.2019

CENTRAL APOTHEKE
INTERNATIONAL
Dr. Scheltdorf · Im Leo-Center · 71229 Leonberg
Tel. 0 71 52 / 4 30 86 + 4 79 69 · Fax 4 25 51
www.central-apotheke.de

45 Jahre IM LEO CENTER

ANZEIGE

Laserzahnarztpraxis für Angstpatienten

Dr. Frank Herdach und Alexandra Deutsch in Leonberg

zahnarztpraxis
dr. herdach & deutsch

Die Laserzahnarztpraxis Dr. Frank Herdach und Alexandra Deutsch bietet ihren Patienten in Leonberg ein breites Spektrum an High-Tech-Medizin. Das Ärztepaar hat sich unter anderem auf schonende Laserbehandlungen, Implantate, computergestützte Keramikversorgungen und unsichtbare Zahnkorrekturen spezialisiert. Der Gang zum Zahnarzt ist für viele Menschen nach wie vor mit einem unangenehmen Gefühl verbunden. Der medizinische Fortschritt hat im zahnmedizinischen Bereich allerdings dazu geführt, dass die Behandlungen immer schonender geworden sind. „Unser Anspruch ist Zahnmedizin auf höchstem Niveau in angenehmer Atmosphäre“, so die beiden Ärzte.

Das beste Beispiel dafür sei der dentale Laser, mit dessen Hilfe zahlreiche Behandlungen schmerz- und vibrationsfrei werden können.

Dr. Frank Herdach, der seine Approbation zum Zahnmediziner an der Universität in Tübingen absolvierte, qualifizierte sich dort auch als Spezialist für Prothetik. In der Leonberger Praxis werden nicht nur Zähne behandelt: „Unser Fokus liegt auf einem ganzheitlichen Ansatz, im Mittelpunkt stehen der Mensch und sein Wohlbefinden“, betont Alexandra Deutsch, die in Würzburg Humanmedizin studierte und sich in Akupunktur und Manualmedizin ausbilden ließ. In Tübingen absolvierte sie anschließend das Studium der Zahnmedizin. Alexandra Deutsch hat stets auch den Gesamtorganismus eines Menschen im Blick – denn sie weiß, dass gesunde Zähne starken Einfluss etwa auf den Verdauungsapparat, die Muskulatur, die Gelenke und das gesamte Skelettsystem haben. Implantate werden nach vorheriger strahlungsarmer digitaler 3D-Volumentomographie schonend in die exakt am Computer berechnete Position gesetzt.

Mehr unter: **www.leolaser.de**

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Frank Herdach & Alexandra Deutsch
Brennerstraße 28 | 71229 Leonberg | Telefon 0 71 52 - 90 44 32 | praxis@leolaser.de | www.leolaser.de

Dr. Monica Diac, Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Zugewandt und kooperativ

Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Krankenhaus Leonberg hat seit April eine neue Chefärztin, Dr. Monica Diac. Wir stellen sie Ihnen hier vor.

Frau Dr. Diac, schön, dass Sie nun da sind! Was hat Sie gereizt, eine Stelle, am Krankenhaus Leonberg anzunehmen, einem Haus des Klinikverbundes Südwest?

Ich war vorher Chefärztin am Klinikum Crailsheim, einem sehr sympathischen, aber recht kleinen Haus. Hier ist ein großer Verbund gegeben, mich haben die Möglichkeiten und Chancen zur Zusammenarbeit und Kooperation gereizt. Das betrifft nicht nur Personalfragen wie beispielsweise Aus- und Weiterbildung, sondern auch die fachliche interdisziplinäre Zusammenarbeit. Auch dürfte es leichter sein, gute Mitarbeiter zu finden, da es sich hier um einen lebendigen, dicht besiedelten Wirtschaftsraum handelt. Fachkräftemangel ist ja heute leider ein Thema.

Hatten Sie zuvor schon vom Klinikverbund Südwest gehört?

Natürlich, ich habe mich ja auch informiert, um was für ein Unternehmen es sich handelt. Hier gibt es spannende Perspektiven und Möglichkeiten. Ich hatte ein gutes Gefühl, als ich die Stelle angenommen habe.

Sie haben einen überregionalen Ruf im Bereich der Urogynäkologie – was liegt Ihnen in diesem Zusammenhang besonders am Herzen?

Urogynäkologie, also die Behandlung von Inkontinenz und Senkungsbeschwerden, sind heute noch immer ein Tabuthema, dabei ist oft die Lebensqualität massiv eingeschränkt. Und es sind sehr viele Frauen davon betroffen, zudem ist die Dunkelziffer sehr hoch. Dabei gibt es wunderbare Möglichkeiten, den Patientinnen zu helfen, und zwar nachhaltig. Und die Betroffenen sind so dankbar für die Hilfe. Ich begeistere mich für dieses Fachgebiet seit über 15 Jahren und möchte diese Begeisterung auch in das Team hineintragen. Auf lange Sicht möchte ich mich für den Aufbau eines zertifizierten interdisziplinären Beckenbodenzentrums einsetzen, die Voraussetzungen sind im Verbund gegeben.

Die minimalinvasiven OP-Methoden will heute jeder einsetzen, wo liegen die Grenzen dieser Methode?

Heute macht man tatsächlich fast alles minimalinvasiv, weil es viel schonender und besser

für die Patientinnen ist, wenn auch manchmal anspruchsvoller für den Arzt. Aber es muss die Indikation stimmen. Das heißt, wenn ich keinen Plan habe und einfach loslege, kann es böse Überraschungen während der OP geben. Das darf einfach nicht passieren. Also muss ich den Eingriff sorgfältig planen und mich mit der Patientin intensiv auseinandersetzen. Und ich darf nicht zu eitel sein – es dient der Patientin mehr, wenn ich im Zweifelsfall umsteige auf eine offene OP, zum Beispiel, weil sich viele Verwachsungen finden, die ein minimalinvasives Vorgehen unmöglich machen. Deshalb ist es auch so wichtig, eine Vertrauensbasis zur Patientin aufzubauen, ohne die geht es nicht.

Sie haben selbst zwei Kinder. Hat die Erfahrung der Mutterschaft Ihren Blick auf Ihren zweiten Schwerpunkt, die Geburtshilfe verändert?

Unbedingt. Ich bin neidisch auf das, was ein babyfreundliches Krankenhaus den werdenden Eltern bietet, das hatte ich bei meinen beiden Töchtern noch nicht. Leonberg ist als Babyfreundliches Krankenhaus zertifiziert. Eltern erhalten hier sehr früh wertvolle Informationen, bekommen sehr viel Beratung und Unterstützung. Und das Bonding, das Kernelement des babyfreundlichen Krankenhauses, wurde damals nicht so konsequent praktiziert.

Beim Bonding wird das Neugeborene direkt nach der Geburt nackt auf den Körper der Mutter gelegt. Der unmittelbare Haut- und Blickkontakt, das Streicheln und Liebkosen heißen das Neugeborene in der Welt willkommen und bilden den optimalen Übergang ins Leben, der die Kinder stabilisiert. Übrigens werden auch die Väter ganz eng mit eingebunden, sie entwickeln so eine viel bessere Beziehung zu ihrem Kind.

Sie arbeiten in einem sehr anspruchsvollen Beruf – wie entspannen Sie nach einem anstrengenden Arbeitstag?

Mit meiner Familie! Und natürlich auch mit meinen Freunden! Und außerdem: Es darf schon im Alltag keine unnötigen Reibungsverluste geben, die Kraft kosten. Eine gute Zusammenarbeit im Team ist unabdingbar, für uns, aber vor allem auch für unsere Patientinnen!

Redaktion

Anzeige

DR. KILPPER & KOLLEGEN
Kieferchirurgie | Implantologie

Eltinger Str. 56 | 71229 Leonberg
Tel.:07152-90 90 90-0
www.zmk-leonberg.de
info@zmk-leonberg.de

ZahnMedizin mit Biss!

LEISTUNGSSCHWERPUNKTE
- Implantologie | Knochenaugmentationen
- allgemeine Kieferchirurgie
- Weisheitszahnentfernungen
- Wurzelspitzenresektionen
- Parodontologie
- Behandlungen in Narkose, Sedierung u. Lachgas

MODERNSTE MEDIZINTECHNIK
- 3D-Röntgen
- Reinraum-OP
- medizinische Narkosegase
- zertifiziertes QM

Hohe Expertise für schwierige Fälle

Rezidive, Geschwüre, Blutungen: Am Gefäßzentrum im Krankenhaus Leonberg werden Patienten für komplexe Venenoperationen stationär aufgenommen.

Krampfadern sind keine Seltenheit, rund ein Sechstel der Bevölkerung ist davon betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Zahl derjenigen, bei denen die konservative Therapie mit Kompression, Bewegung oder Physiotherapie nicht mehr ausreicht. Entsprechend viele Venenoperationen werden alljährlich durchgeführt, die meisten davon ambulant. Doch gibt es Fälle, in denen ein Krankenhausaufenthalt nötig ist. „Unsere primäre Aufgabe im Gefäßzentrum liegt bei den Patienten, die in ambulanten Strukturen wegen ihrer ausgedehnten Befunde schwer zu behandeln sind", erklärt Dr. Joachim Quendt, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Krankenhaus Leonberg. So haben beispielsweise ältere Patienten häufig Begleiterkrankungen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Auch wenn sich das Gewebe um die Krampfadern (Varizen) entzündet hat oder sich bereits Geschwüre gebildet haben, ist der Klinikaufenthalt angesagt. „Diese Patienten könnten zu Hause oft nicht ausreichend versorgt werden. Sie brauchen eine Antibiotikabehandlung. Zusätzlich zur Venensanierung müssen die abgestorbenen Hautschichten abgetragen und eine moderne Wundtherapie durchgeführt werden. Ist der Wundgrund sauber, kann im nächsten Schritt eine Hautübertragung stattfinden. In solchen Fällen sind Patienten oft zwei bis drei Wochen in stationärer Behandlung", erläutert Dr. Quendt.

Doch auch bei jüngeren Menschen kann ein Klinikaufenthalt nötig werden. Kehren die Krampfadern aufgrund erblicher Veranlagung nach einer Operation zurück und machen einen erneuten Eingriff erforderlich, ist auch dies ein Grund für die stationäre Aufnahme. „Aufgrund von Narbengewebe ist der zweite Eingriff technisch viel anspruchsvoller und birgt ein höheres Komplikationsrisiko als der erste. Patienten sollten in diesem Fall in ein zertifiziertes Gefäßzentrum gehen, wo die entsprechende Expertise vorhanden ist", betont Dr. Quendt. Patienten, die blutverdünnende Mittel einnehmen und deshalb ein erhöhtes Blutungsrisiko haben, werden ebenfalls stationär aufgenommen, denn sie müssen wegen der Gefahr von Nachblutungen nach dem Eingriff 24 Stunden lang überwacht werden. Während der Operation ist es zudem wichtig, den Blutverdünner weiter zu verabreichen, damit es nicht zur Gerinnselbildung kommt. Oft kommen Patienten auch wegen schlecht heilender Wunden in die Wundsprechstunde und werden von dort an die Gefäßchirurgie verwiesen, damit dort zuerst das zugrundeliegende Venenleiden behoben wird. Vor allem bei offenen Geschwüren ist das Infektionsrisiko hoch. Wenn diese Patienten künstliche Implantate wie eine künstliche Herzklappe oder Gelenkersatz erhalten sollen oder in der Vergangenheit erhalten haben, so können die sich über diese Eintrittspforte mit Bakterien infizieren. Um das Risiko zu minimieren, nimmt man

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie DGG
ANERKANNTES GEFÄSSZENTRUM

ustas/AdobeStock

deshalb auch bei betagten Patienten oft eine Krampfaderoperation vor.

Von den rund 250 Patienten, die sich jährlich am Krankenhaus Leonberg einer Varizenoperation unterziehen, werden etwa 150 stationär aufgenommen. „Wir haben hier in Leonberg ein sehr gutes Netzwerk. Mit Gefäßzentrum, Wundsprechstunde und sozialem Dienst am Krankenhaus ergänzen wir uns gut mit den niedergelassenen Gefäßchirurgen, die auch ambulant operieren. Ambulante Pflegedienste gehören ebenfalls zum Netzwerk. Die Zusammenarbeit funktioniert sehr gut." Die niedergelassenen Kollegen überweisen Patienten, bei denen es angezeigt erscheint, ans Gefäßzentrum und übernehmen nach dem Krankenhausaufenthalt die kompetente Nachbehandlung. Auch die Pflegedienste spielen hierbei eine wichtige Rolle.

„Unsere Hauptaufgabe in der Gefäßchirurgie ist die Behandlung arterieller Erkrankungen, die venösen Leiden spielen eine untergeordnete Rolle. Von den rund 1.200 Patienten, die jährlich im Gefäßzentrum behandelt werden, ist das nur ein kleiner Teil. Aber den behandeln wir mit hoher Expertise."

Jutta Krause

Anzeige

PRO VITESS FITNESS GESUNDHEIT REHA ZENTRUM

WIR KÖNNEN SPORT UND THERAPIE

Auf 2000m² vereinen sich Fitness und Therapie auf höchstem Niveau. Mit modernen und effektiven Trainings- und Therapiegeräten gehen wir auf Ihre persönlichen Bedürfnisse und Trainingsansprüche ein.

Ein stilvolles und modernes Ambiente schafft eine angenehme Atmosphäre, in der sich sowohl Trainierende als auch Patienten gleich wohl fühlen.

Ein hochqualifiziertes Team aus Sporttherapeuten, Sportlehrern und Physiotherapeuten betreut Sie individuell und professionell!

Pro Vitess &
Rehazentrum Leonberg

Maybachstr. 6 - 71229 Leonberg

Tel. 0 71 52 - 90 27 00 (Pro Vitess)
Tel. 0 71 52 - 7 59 59 (Rehazentrum)
www.pro-vitess.de
www.reha-leonberg.de

FIVE · MILON · GERÄTE · VIBRAFIT · FUNCTIONAL · KURSE

Die Revolution für Ihren Rücken: FIVE Rücken- und Gelenkkonzept

ab € 4,99* pro Woche

* Zzgl. einmalige Transponder- und halbjährliche Servicepauschale von je 19,99 Euro.

fitness expressclubs

4 Clubs 1 Preis

Sindelfingen · Vaihingen · Böblingen · Renningen

CARDIO · FREI HANTEL · LADY BEREICH · WI-FI · SAUNA · BETREUUNG

Reformhaus

Hallo Baby

Anzeige

MAMA FREUT SICH AUF DICH

NATÜRLICH GUT BERATEN – VON ANFANG AN: Mein Reformhaus®

Besuchen Sie uns auf dem Hebammenkongress in Bremen: Stand Nr. **208**

Im Reformhaus® gibt es eine kompetente Auswahl an wertvollen und natürlichen Nahrungsergänzungs- und Naturarzneimitteln, Bio-Lebensmitteln und Naturkosmetik für werdende Mütter. Und die beste Beratung von ausgebildeten Fach-BeraterInnen dazu.

VITA NOVA ENTDECKEN, WAS GUT TUT

Reformhaus

Reformhaus Escher

Leonberg | Leo-Center

Tel.: 07152/42824

www.facebook.com/VitaNovaReformhaus

Gesundheit: Lieb und teuer.

Wir: Stark und günstig.

Die Krankenzusatzversicherung der wgv

Wertvolles günstig versichert. WGV

Beratung und Service

WGV-Servicebüro Leonberg

Frank Schneider
Versicherungsfachwirt
Seestraße 4 · 71229 Leonberg
buero.leonberg@wgv.de
Telefon 0 71 52 / 3 31 06 69
Telefax 0 71 52 / 3 38 50 99

Bürozeiten:
Mo., Di., Do. 9.00–13.00 Uhr
u. 15.00–18.00 Uhr
Mi., Fr. 9.00–13.00 Uhr
weitere Termine nach Vereinbarung

HOCHLEISTUNGSMEDIZIN IN HERRENBERG

24 Jahre lang lagen die Geschicke der Herrenberger Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin in der Hand von Dr. Winfried Schürmann. Nun gibt der Chefarzt den Stab an die nächste Generation weiter.

Eine geordnete Abteilung hinterlässt der scheidende Klinikleiter seinen Nachfolgern. Angesichts des alle Kliniken treffenden Personalmangels, der Konzentration und Verdichtung der Arbeit stehen diese indes vor einem ganzen Bündel an Herausforderungen. Dr. Andreas Ostermeier, der als Chefarzt des neu gegründeten Zentrums für Anästhesie und Intensivmedizin Böblingen-Herrenberg auch das Erbe Dr. Schürmanns antritt, stellt fest: „Es ist eine große Aufgabe, an einem eher kleineren Standort eine Art Hochleistungsmedizin anzubieten." Doch der neue Herrenberger Chefarzt zeigt sich zuversichtlich, hat bereits genaue Vorstellungen von den Schritten, die ihn zum Ziel führen: „Meine Tätigkeit wird vor allem administrativer Natur sein – mit der wesentlichen Aufgabe, die Strukturen von Böblingen und Herrenberg anzugleichen, um einen flexiblen Personaleinsatz zu ermöglichen."

Harmonisiert werden sollen so etwa die Prämedikation, die anästhesiologische Evaluation, die Narkoseführung und die Entlassung nach ambulanten Eingriffen. Zudem strebt Dr. Ostermeier gleiche Therapieschemata bei Krankheitsbildern wie Lungenversagen an. Auch eine Angleichung der Geräteausstattung sei für reibungslose Abläufe notwendig – etwa ein identisch ausgestatteter Notfallwagen für das Management des schwierigen Atemwegs. Um dem Patienten eine maximale Betreuung rund um die Uhr bieten zu können, bedarf es zudem einiger Anstrengungen bei der Personalgewinnung und der Personalbindung.

Die fachliche Qualität will der neue Klinikleiter sichern und ausbauen, indem er Fortbildungsveranstaltungen für beide Standorte anbietet. „Das geht nicht ohne technische Unterstützung zur Durchführung von Videokonferenzen", erklärt Dr. Ostermeier und betont, dass die technische Infrastruktur ein wesentlicher Faktor sei hinsichtlich der Umsetzung all seiner Vorhaben. Nicht zuletzt will der Klinikleiter langfristig prüfen, ob neue Therapieangebote in Herrenberg etabliert werden können: eine Weaning-Station etwa zur Entwöhnung vom

Dr. Andreas Ostermeier (l.), Chefarzt des Zentrums für Anästhesie und Intensivmedizin Böblingen-Herrenberg, Dr. Klemens König, Leitender Arzt

Beatmungsgerät oder eine Intermediate-Care-Abteilung für Patienten, die keiner intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, jedoch intensiv betreut und überwacht werden müssen.

Vor Ort verantwortlich sein wird künftig der Leitende Arzt Dr. Klemens König, der zuvor an den Unikliniken Tübingen und Frankfurt/Main, am Klinikum Reutlingen und als ärztlicher Leiter an der DRK-Landesschule Baden-Württemberg tätig war. Erfreut fand er an seinem neuen Arbeitsplatz flache Hierarchien vor, zudem Mitarbeiter, die sich stark mit dem Haus identifizieren: „Das ist ein Plus. Hier ist die Welt noch sehr in Ordnung." Die Aufgabe Dr. Königs wird darin bestehen, das operative Geschäft zu organisieren und eine moderne, sichere Anästhesie und Intensivmedizin zu gewährleisten – „mit einem genauso hohen Standard wie anderswo".

Besonders wichtig ist dem 41-Jährigen die Arbeit mit schwerkranken Patienten, die etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder vorgeschädigte Organe mitbringen. „Dank der modernen Medizin können wir heute so gut wie allen Patienten eine Narkose anbieten und Patienten behandeln, die bestimmte Eingriffe vor 20 bis 30 Jahren noch gar nicht überlebt hätten", betont Dr. König. So kann der Anästhesist mit modernen Geräten wie der Video-Laryngoskopie eine bessere Atemwegssicherung gewährleisten. „Wenn Gefäße punktiert werden müssen, machen wir das heute ultraschallgesteuert und verwenden den Ultraschall zunehmend auch diagnostisch", berichtet der Arzt. Stets sucht Dr. König auch das Gespräch mit den Chirurgen, um das für den Patienten optimale Vorgehen während der OP abzusprechen. Wichtig sei es zudem, so der Anästhesist, „vorsichtiger und feinfühliger mit dem schwerkranken Patienten umzugehen, um ihn sicher durch den operativen Eingriff in Narkose zu bringen". Dazu gehört auch ein vertrauensvolles Gespräch, um etwaige Ängste vor der Narkose zu nehmen.

Als Arzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist es Dr. König schließlich ein Anliegen, die organisatorische Leitung der Intensivstation künftig vermehrt in Herrenberg wahrzunehmen. Nicht zuletzt verweist der Arzt auf sein wissenschaftliches Wirken, an das er die praktische Arbeit in der Herrenberger Klinik rückkoppeln will. Auf eine Versorgung entsprechend dem aktuellsten Stand der Forschung darf der Patient so stets vertrauen.

Nadine Dürr

Anzeigen

jirit/AdobeStock

Beratungsstelle Inkontinenz

WENN ES TRÖPFELT UND KEINER SAGT WAS

Intim, unangenehm, unhygienisch. Nach wie vor wird durch solche Beschreibungen die Blasenschwäche zum großen Tabuthema in der Gesellschaft. Obwohl Schätzungen davon ausgehen, dass mindestens fünf Millionen Frauen und Männer von der Harninkontinenz betroffen sind, wird dieses Thema oftmals totgeschwiegen. Auch oder gerade in Gesprächen mit einem Arzt. Und dies vor dem Hintergrund, dass es viele Möglichkeiten gibt, der Erkrankung entgegenzuwirken. Aber warum ist das so?

Der Kontrollverlust über die Blase ist nicht nur lästig, sondern auch vielen Menschen peinlich. Zu Recht wird er als unhygienisch erlebt und Menschen ziehen sich eher aus der Gesellschaft zurück und vermeiden lieber gewisse Aktivitäten wie Sport, als sich bewusst der Behandlung zu stellen. Zudem gilt die Blasenschwäche als klassische Alterserscheinung, die keiner gerne einräumt. Aber auch in jungen Jahren kann die Erkrankung durchaus auftreten, besonders dann, wenn eine vererbte Bindegewebsschwäche vorliegt.

Schwache Blase – was heißt denn das?

Die Internationale Kontinenz-Gesellschaft (ICS) definiert verschiedene Formen der Harninkontinenz. Die beiden häufigsten Formen sind die Dranginkontinenz und die Belastungsinkontinenz. Dabei ist die Funktion der Blase nicht an allem schuld, sondern vielmehr auch der Blasenschließmuskel.

Bei der Dranginkontinenz ist der Schließmuskel intakt. Hier ist die Blase überempfindlich und reagiert auf kleinste Befüllung mit Gegendruck und löst somit „Harndrang" aus. In schweren Fällen kommt es zum plötzlichen Harnabgang.

Kommt es hingegen bei Belastung wie Lachen, Husten oder Springen zum unkontrollierten Flüssigkeitsverlust, so ist ein schwacher Blasenschließmuskel daran schuld.

Am Anfang ist das Tagebuch

Wenn Menschen bemerken, dass es öfters tröpfelt oder auch der Slip regelrecht nass ist, sollten sie ein sogenanntes Miktionstagebuch führen. Hierin halten sie fest, wie häufig sie wie viel trinken, wie oft sie zur Toilette gehen und wie viel Flüssigkeit sie hierbei wieder loswerden. Ebenfalls wird notiert, ob es zu Harndrang oder ungewolltem Harnverlust gekommen ist.
Sind genügend Werte erfasst, sollten sie sich vertrauensvoll an den Hausarzt wenden, der durch eine einfache Urinuntersuchung und mit gezielten Fragen dem Verdacht nachgehen kann. Zudem nimmt er auch die Weiterleitung an einen Facharzt für Urologie oder einen spezialisierten Frauenarzt vor, den sogenannten Urogynäkologen.

Simulation der Realität – wie belastbar ist die Blase?

Ist der Patient beim Facharzt gelandet, so wird dieser in den meisten Fällen eine urodynamische Untersuchung durchführen. Hierbei wird die Blase über einen dünnen Katheter mit Wasser gefüllt. Sensoren messen den Druckverlauf in der Blase und die Stärke und Länge des Blasenverschlusses. Zudem werden Harnröhre, Blase und Beckenboden mittels Ultraschall betrachtet. So erhält man schnell und präzise Auskunft über Blasenfunktionsstörungen.

Tabletten, Botox & Co. – die Medizin macht es nicht allein

Die überaktive Blase oder die Dranginkontinenz können meist mit Tabletten gut behandelt werden. Gibt es hier Einschränkungen oder Unverträglichkeiten, kommen auch eine Reizstrombehandlung oder eine Botoxbehandlung des Blasenmuskels in Frage.

Besonders wirkungsvoll kann sich der Patient selbst in die Therapie einbringen, indem er gezielt seinen Beckenboden trainiert. Mit einfachen gymnastischen Übungen und Beharrlichkeit kommt er schnell ans Ziel. Gute Anleitungen hierzu gibt es bei qualifizierten Physiotherapeuten oder auch mit ergänzenden Tipps bei der Selbsthilfegruppe Blasenschwäche unter www.inkontinenz-selbsthilfe.com

Die Belastungsinkontinenz kann bei Frauen auch mit einem Scheidenpessar behandelt werden. In schweren Fällen lässt sich bei unzureichendem Erfolg mit einer Operation helfen, bei der ein Band aus synthetischem Material die erschlafften Bandstrukturen des Beckengewebes ersetzt. Auch Operationen ohne Fremdmaterial sind möglich, aber aufwendiger.

Sigrid Jürgensmann

Neben der Geburtshilfe ist Frau Dr. Vogel auch auf Inkontinenz spezialisiert und zertifiziert. Sie und ihre Mitarbeiterinnen möchten Frauen Mut machen, bei diesem Tabuthema Hilfe zu holen. Außerdem Ausblick auf die Zertifizierung AUB – AG Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie. Das ist anspruchsvoll. Die Zertifizierung läuft derzeit.

Dr. Ines Vogel, Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Herrenberg, Tel.-Nr.: 07032 16-31400, i.vogel@klinikverbund-suedwest.de

monkeybusiness/iStock

WENN DAS HERZ SCHLAPPMACHT

Das Herz ist der Motor des Lebens. Kann es die benötigte Menge Blut nicht zu den Organen pumpen, liegt eine Herzinsuffizienz vor.

Mal macht sich das Leiden in Ohnmachtsanfällen oder Herzrhythmusstörungen, dann wieder in Luftnot oder Wassereinlagerungen bemerkbar. Zugrunde liegen können dem vielfältige Ursachen. „Herzmuskelkrankheiten oder Herzinfarkte, Virusinfektionen, Drogen oder Alkohol kommen infrage“, zählt Dr. Marc Lohrengel, Leitender Arzt der Herrenberger Abteilung im standortübergreifenden Zentrum für Kardiologie Herrenberg-Nagold, auf. Endgültige Klarheit liefert ein EKG, eine Ultraschall- oder bei Bedarf auch eine Herzkatheter-Untersuchung, die im Verbund mit Nagold durchgeführt wird.

Die Therapie richtet sich nach der ermittelten Ursache des Leidens. „Im Zentrum steht die medikamentöse Therapie“, sagt Dr. Lohrengel. „Sie ist sehr wichtig, um die Belastungsfähigkeit und das Überleben der Patienten zu verbessern.“ Bei Durchblutungsstörungen kann es zudem erforderlich sein, das betreffende Gefäß mit einem Stent aufzudehnen – ein Eingriff, der in Kooperation mit Nagold durchgeführt wird. Wenn Patienten mit Herzrhythmusstörungen, die eines Kathetereingriffes der Rhythmusstörung, eine sogenannte Ablation bedürfen, wird dieser Eingriff in der Sindelfinger Elektrophysiologie durchgeführt. Schlagen beide Herzhälften zeitversetzt, ist mitunter auch die Implantation eines speziellen

➔

Herzschrittmachers Erfolg versprechend: Die kardiale Resynchronisationstherapie ermöglicht es, selbst dann normale Werte zu erzielen, wenn die Pumpkraft des Herzens anfangs erheblich eingeschränkt war. Die Blutdruckkontrolle ist schließlich bei jenen Patienten unerlässlich, die unter Bluthochdruck und einer daraus resultierenden eingeschränkten Elastizität der Herzwand leiden.

„Bei Herzrhythmusstörungen oder einem Virus kann die Herzschwäche folgenlos heilbar sein", stellt der Kardiologe in Aussicht. Viele Formen der Herzinsuffizienz lassen sich durch Symptomkontrolle jedoch lediglich lindern. In jedem Fall dürfe die Erkrankung nicht auf die leichte Schulter genommen werden, betont Dr. Lohrengel: „Viele Tumorerkrankungen sind weniger tödlich als die Herzschwäche." Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie ist die Compliance des Patienten, also die Bereitschaft, Medikamente vorschriftsgemäß einzunehmen, den Blutdruck regelmäßig zu messen und das Gewicht zu kontrollieren. „Die Herzinsuffizienz zu managen, ist für die Patienten sehr aufwendig", weiß Dr. Lohrengel.

Maßgeblich für den Therapieerfolg ist zudem der Zusammenschluss zum standortübergreifenden Zentrum für Kardiologie Herrenberg-Nagold, das unter der Leitung von Chefarzt Dr. Uwe Helber steht. „Auch wenn wir hier in Herrenberg kein Herzkatheterlabor haben, können wir durch die Kooperation mit Nagold eine umfassende kardiologische Behandlung anbieten", betont Dr. Lohrengel. „Wir haben in Zusammenarbeit mit den Kollegen Zugriff auf alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die dort vorhanden sind."

Nadine Dürr

Anzeigen

Kzenon/AdobeStock

Mit 80 ist man nicht mehr 40

Wenn Senioren einen Unfall haben oder schwer erkranken, ist es bis zur Besserung oft ein längerer Weg. Um sie dabei zu unterstützen, ihre Selbstständigkeit und Mobilität zu erhalten, arbeiten in den Häusern des Klinikverbunds Südwest Spezialisten mehrerer medizinischer Disziplinen zusammen. Unterstützt und beraten werden sie von einem Geriater oder einer Geriaterin. Im Krankenhaus Herrenberg ist das Dr. Liliya Gancheva, die seit 20 Jahren als Fachärztin für Innere Medizin praktiziert. Sie übernahm die Nachfolge von Maria Friese als Geriaterin und ist hauptsächlich mit der sogenannten Komplexbehandlung in der geriatrischen Rehabilitation befasst. Das Fachgebiet liegt ihr.

Geriatrie ist die Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen mit seinen speziellen Bedürfnissen. Der Organismus eines 80-Jährigen funktioniert anders als der eines halb so alten Menschen.

Im Rahmen dieser Komplexbehandlung sind mehrere Abteilungen, Ärzte, Psychologen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten bis hin zu Sozialarbeitern an der Betreuung eines Patienten beteiligt. Eine gewichtige Rolle kommt den Pflegekräften zu, die sich wie Dr. Gancheva auf dem Gebiet der Geriatrie speziell in sogenannten Zercur-Kursen schulen lassen. Von Tag eins an beginnen diese mit der aktivierenden Pflege und unterstützen die Patienten

während des gesamten Aufenthalts. Für ältere Menschen bessern sich auf diese Weise die Aussichten beträchtlich, wieder richtig auf die Beine zu kommen und weiterhin ein eigenständiges Leben zu führen.

„Nicht jeder Patient kommt für die Komplexbehandlung in der geriatrischen Frührehabilitation in Frage“, so Dr. Gancheva. „Es ist meine Aufgabe, aktiv nach den passenden Fällen zu suchen.“ Eine Voraussetzung ist beispielsweise, dass die Männer oder Frauen über 70 Jahre alt sind. Nach persönlichen Gesprächen beurteilt die Geriaterin anhand des Barthel-Index die Mobilität des infrage kommenden Patienten. Außerdem schätzt sie die kognitiven Fähigkeiten ein und verschafft sich ein Bild vom Gemütszustand. „Dann entscheide ich, ob eine Komplexbehandlung sinnvoll und erfolgversprechend ist.“ Fällt die Entscheidung positiv aus, werden die Patienten 14 Tage lang intensiv behandelt. Anschließend zeigt sich, wie es weitergehen kann.

Der schnelle Einsatz eines Geriaters oder einer Geriaterin kann also den Unterschied zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit in der Zukunft ausmachen. Das Paradebeispiel sind Stürze. Gerade war alles noch normal und plötzlich ist nach einem Stolperer das eigenständige Leben gefährdet. „Kommt die Komplexbehandlung nach Operationen von Brüchen in Frage, beginnen wir sofort.“ Die Patienten sollen nicht im Bett liegen bleiben, sondern werden schnellstmöglich vom ganzen Team um Dr. Gancheva aktiviert und trainiert. „Wir haben auch einen Psychologen dabei, der sich um den seelischen Zustand kümmert und bei aufkommenden Depressionen hilft.“ Eine weitere wichtige Rolle kommt dem Sozialarbeiter zu, der sich mit den jeweiligen Lebensumständen beschäftigt, Kontakt mit den Angehörigen pflegt und die Zeit nach der Komplexbehandlung und der geriatrischen Frührehabilitation im Auge hat.

Ein anderes typisches Beispiel für Komplexbehandlungskandidaten sind Schlaganfallpatienten. Die behandelnden Neurologen und Internisten arbeiten ebenfalls eng mit Dr. Gancheva zusammen. Darüber hinaus sind Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden beteiligt, die sofort in die Therapie einbezogen werden, um Sprache, Bewegung und alltägliche Abläufe zu trainieren. „Wir arbeiten alle auf Augenhöhe, besprechen uns regelmäßig in Teamsitzungen und jeder kann Vorschläge einbringen.“

Als Geriaterin steht Dr. Liliya Gancheva allen Ärztekollegen in allen Abteilungen beratend zur Seite, auch wenn Patienten nicht für eine Komplexbehandlung in Frage kommen. Gerade weil die Menschen immer älter werden, ist ihre Arbeit – und die aller anderen Geriater im Klinikverbund Südwest – von großer Bedeutung. In Herrenberg wird dem Rechnung getragen. Im Zuge des Krankenhausumbaus wird ab 2020 eine Geriatrische Station mit 14 Betten eingerichtet.

Christina Strienz

Anzeigen

Ihr Hörgeräte-Akustik Fachgeschäft seit 2010
in Gärtringen

Coupon für einen kostenfreien Hörtest und Beratung

HÖRGERÄTE-AKUSTIK
Santos & Tutsch

Hörtests · Hörgeräte · Gehörschutz · Tinnitus-Instrument
Zubehöranlagen · Wartung · Reparatur · Individuelle Beratung
und Hörgeräte-Anpassung · Hörgeräte-Optimierung

Hörgeräte-Akustik Santos & Tutsch GbR · Hauptstraße 9
71116 Gärtringen · Tel. 07034-250 862 · Fax 07034-250 863
info@akustik-gaertringen.de

itsanyidiil/iStock

Wenn möglich, narbenlos

Rät der Frauenarzt dazu, die Gebärmutter zu entfernen, sind viele Frauen zunächst verunsichert. Wann der Eingriff Sinn macht, wie operiert wird und welche Alternativen es gibt, verraten wir.

Die Gebärmutter zu entfernen zählt zu den häufigsten gynäkologischen Operationen. In Deutschland werden pro Jahr um die 150.000 solche Eingriffe vorgenommen. Allerdings gehen die Zahlen zurück: 2016 wurden 35 Prozent weniger Gebärmutterentfernungen durchgeführt als fünf Jahre zuvor. Das ist eine gute Nachricht, denn die Gebärmutter ist nicht nur für eine Schwangerschaft wichtig, sie ist für viele Frauen auch ein Teil ihrer weiblichen Identität. In welchen Fällen ein operativer Eingriff dennoch sinnvoll ist, müssen Arzt und Patientin gemeinsam entscheiden – „denn eine Operation kann das Ende eines jahrelangen Leidensweges bedeuten", weiß Dr. Ines Vogel, Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Krankenhaus Herrenberg, aus Erfahrung und erklärt: „Ein pauschaler Rat ist hier nicht möglich, es hängt viel von Art und Intensität der Schmerzen, Schwere der Beschwerdegründe und dem psychischen Zustand der Patientin ab."

Warum die Gebärmutter entfernen?

Es gibt viele Gründe, die Gebärmutter zu entfernen. „In etwa 90 Prozent der Fälle handelt es sich um gutartige Erkrankungen, die etwa zu starken Schmerzen oder extremen Blutungen und in der Folge zu Blutarmut führen können“, so Vogel. Sehr häufig sind es Muskelgeschwülste der Gebärmutter, sogenannte Myome, oder eine Endometriose. Das ist eine Krankheit, bei der sich Zellen, die der Gebärmutterschleimhaut ähneln, an den falschen Stellen ansiedeln, was zu starken Schmerzen und verstärkter Regelblutung führen kann.

Etwa jede zehnte Gebärmutterentfernung wird wegen einer Krebserkrankung oder einer Krebsvorstufe vorgenommen – dazu gehören Krebs des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers oder der Eierstöcke. Hier kann eine Operation die einzige lebensrettende Maßnahme sein.

„Ein weiterer Grund für den Eingriff ist die sogenannte ‚Senkung‘. Dabei verlieren Teile der Scheide, Gebärmutter oder Blase ihren Halt im Becken“, erklärt Vogel.

Wie wird die Gebärmutter entfernt?

Für einen operativen Eingriff stehen bei der Gebärmutterentfernung verschiedene Verfahren zur Auswahl. Bei der abdominalen Gebärmutterentfernung wird die Gebärmutter durch einen Bauchschnitt entfernt. Dieses Verfahren wird heute nur noch selten durchgeführt und kommt bei Krebs, unübersichtlichen Verwachsungen oder einer sehr stark vergrößerten Gebärmutter zum Einsatz.

Bei gutartigen Veränderungen der Gebärmutter ist die vaginale Gebärmutterentfernung oftmals das Mittel der Wahl. Bei dieser Operation wird die Gebärmutter mit speziellen Instrumenten durch die Scheide entfernt. Der Vorteil: ein schonender Eingriff mit kurzem Krankenhausaufenthalt und ohne Narben an der Bauchwand. Das Verfahren ist abhängig von der Größe und Beweglichkeit der Gebärmutter und deshalb nicht immer möglich.

Seit den 1990er-Jahren kamen minimalinvasive Verfahren hinzu. „Diese Eingriffe sind für die Patientin neben der vaginalen Entfernung am schonendsten“, erklärt Vogel und fährt fort: „Dabei wird die Vorarbeit per Bauchspiegelung erledigt und die Entfernung der Gebärmutter selbst über die Scheide oder kleine Schnitte in der Bauchdecke.“ Bei einer Variante dieser Operationstechniken kann der Gebärmutterhals auch erhalten bleiben. Diese Methode kommt allerdings nur bei gutartigen Veränderungen infrage, da die Gebärmutter dabei zerkleinert werden muss und das Risiko zu hoch ist, dass bei bösartigen Erkrankungen befallenes Gewebe im Körper verbleibt.

Geringe Risiken, aber psychologische Belastungen

Wie bei jeder Operation können stärkere Blutungen, Verletzungen von Nachbarorganen und Narkoseprobleme auftreten – etwa Nachblutungen, Infektionen oder Wundheilungsstörungen und Verwachsungen. „Die Risiken sind für jede Patientin und jeden Eingriff unterschiedlich. Ein Gespräch mit dem Arzt der operierenden Abteilung kann daher sinnvoll sein“, so Vogel. Alles in allem sind die Risiken allerdings selten und gut beherrschbar.

Ganz egal wie die Gebärmutter entfernt wird, die Patientin hat nach dem Eingriff keine Regelblutung mehr und kann nicht mehr schwanger werden. Wird mindestens ein Eierstock erhalten, produziert dieser weiterhin genügend Geschlechtshormone. Auf sexuelle Empfindungen hat die Gebärmutterentfernung im Normalfall keinen Einfluss. Allerdings kann die Entfernung psychische Belastungen mit sich bringen. „Eine gründliche Beratung und einfühlsame Aufklärung ist vor dem Eingriff ein absolutes Muss“, erklärt Dr. Vogel und fügt hinzu: „Auch eine psychologische Beratung kann helfen, Ängste und Befürchtungen abzubauen.“

Stefan Rippler

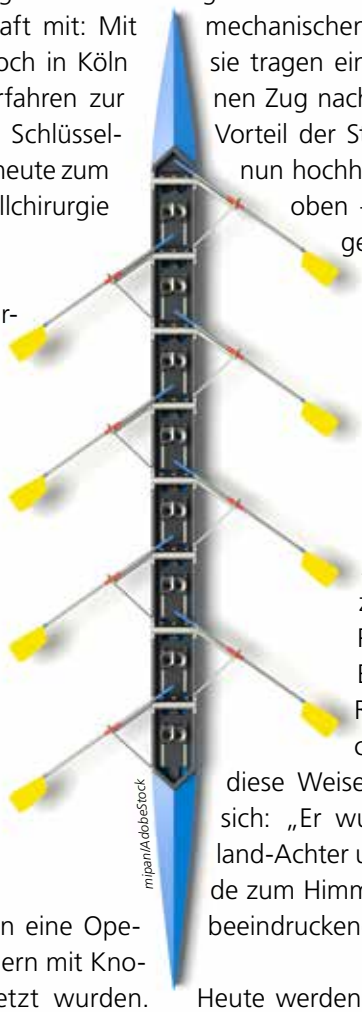
STABILITÄT DURCH TITANSTIFTE

Minimalinvasive Versorgung von Schlüsselbeinfrakturen

Beim Sport, beim Fahrradfahren oder einfach nur beim Sturz auf den Arm – ein Bruch des Schlüsselbeins zählt zu den häufigsten Knochenfrakturen. Wichtigstes Werkzeug dieser minimalinvasiven Operation: ein kleiner Stift.

Prof. Dr. Axel Prokop kommt aus dem Rheinland – da sticht man am Klinikum Sindelfingen-Böblingen heraus. Der Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie bringt allerdings noch eine weitere herausragende Eigenschaft mit: Mit seinem Team hat er – damals noch in Köln – Ende der 1990er-Jahre ein Verfahren zur minimalinvasiven Operation von Schlüsselbeinfrakturen mitentwickelt, das heute zum allgemeinen Standard in der Unfallchirurgie zählt.

„Brüche des Schlüsselbeins wurden früher entweder durch den Einsatz einer Platte oder konventionell mit einem Rucksackverband und einer Schlaufe versorgt“, berichtet Prokop. „Seit den 1970er-Jahren wusste man aber eigentlich, dass vor allem der Verband wenig bringt.“ Der Arm heilt in einer Fehlstellung, eigentlich müsste der Verband so festgeschnürt sein, dass kein Blut mehr in den Arm fließt – und nicht zuletzt: „So ein Verband riecht nach einer Woche wie ein Wieselkäfig.“



mipan/AdobeStock

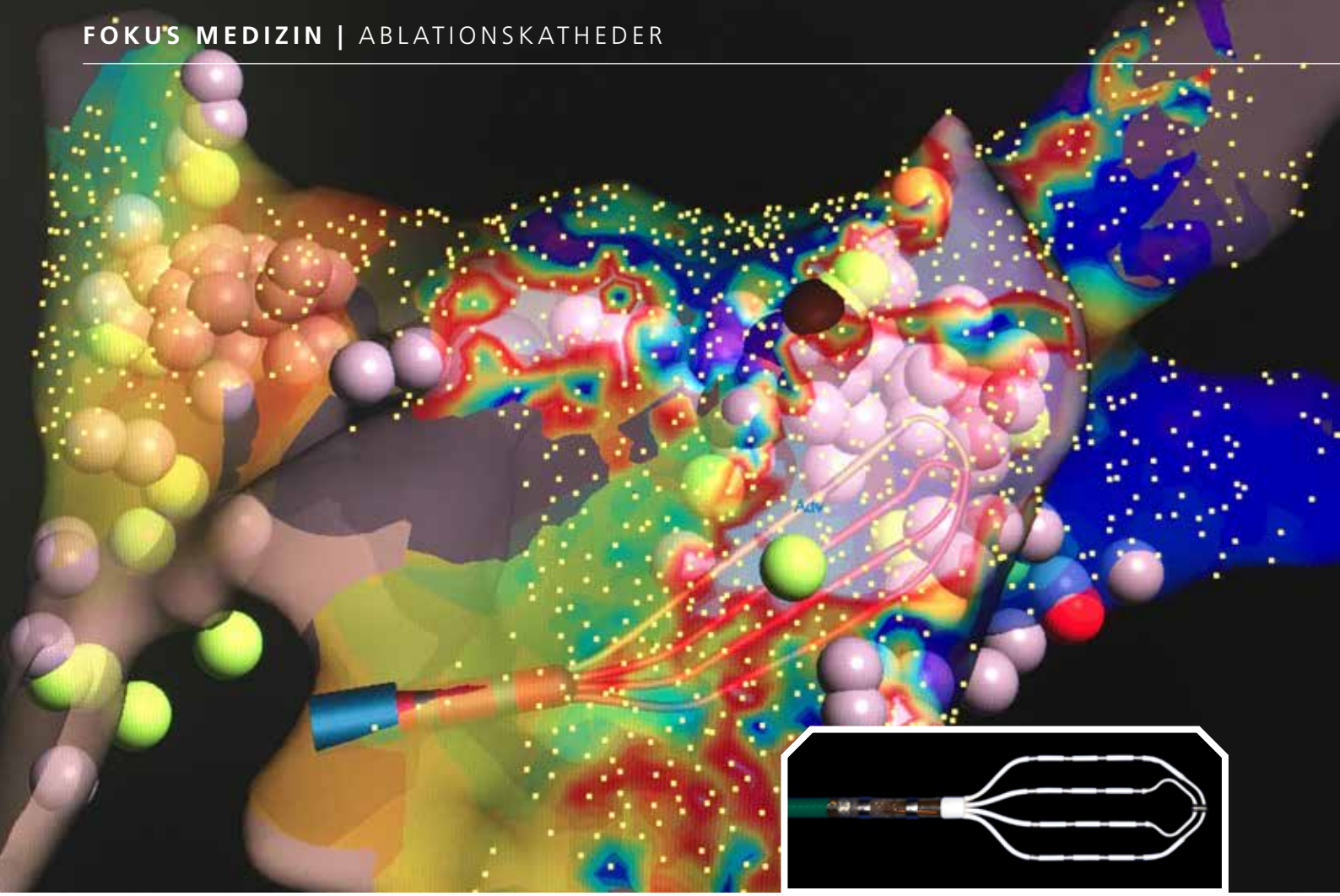
Ende der 1990er-Jahre kam dann eine Operationsmethode auf, bei der Kindern mit Knochenbrüchen Titanstifte eingesetzt wurden. „Das hat uns überzeugt“, erzählt Prokop, „auch weil das Schlüsselbein ein Röhrenknochen ist.“ Die Knochenteile werden also durch einen Stift stabilisiert, der über einen kleinen Schnitt an der Brust eingeführt wird. Allerdings lässt sich nicht jeder Bruch damit behandeln: „Der Knochen darf in zwei, maximal drei Teile gebrochen sein – Trümmerfrakturen sind zwar selten, aber bei denen kann ich auch mit einem solchen Stift keine ausreichende Stabilität wiederherstellen.“

Denn genau darum geht es: Dass Patienten schnellstens wieder stabil in ihren Bewegungs- und Kraftabläufen werden. Denn gerade gegenüber einer Platte hat der Stift einen biomechanischen Vorteil. „Stellen Sie sich vor, sie tragen eine Tüte, dann verspüren Sie einen Zug nach unten“, erläutert Prokop den Vorteil der Stift-Methode. „Wenn sie diese nun hochheben, wandert der Druck nach oben – das nennt man wechselseitige Belastung.“ Platten auf dem Schlüsselbein können diese wechselseitige Belastung nicht tragen, Stifte im Knochen hingegen schon, da sie die Kräfte auffangen, die auf das Schlüsselbein wirken.

Und auch die sich schnell abzeichnenden Ergebnisse überzeugten damals die Ärzte und Patienten sofort. „Einer der Ersten war 1998 ein deutscher Ruderer, den wir keine acht Wochen vor dem Wettkampf auf diese Weise operierten.“ Prokop erinnert sich: „Er wurde Weltmeister im Deutschland-Achter und riss auf der Ziellinie die Hände zum Himmel. Der Genesungsprozess war beeindruckend.“

Heute werden Tausende Patienten auf diese Weise versorgt. Sie verspüren schnell wieder ein sicheres Gefühl, können zurück in den Alltag und genesen im Normalfall problemlos.

Jonathan Fasel



Präzision auf den Millimeter genau

Heilungsraten von bis zu 90 Prozent – das ist der Traum eines jeden Mediziners. Mit einem neuen Katheter lassen sich kleinste elektrische Signale nun hochauflösend darstellen, womit sich für die Elektrophysiologen am Sindelfinger Klinikum neue Möglichkeiten eröffnen: Komplexe Herzrhythmusstörungen lassen sich besser oder sogar erstmalig überhaupt behandeln.

Die Heilungsaussicht durch die Katheterablation (Unterbrechung einer elektrischen Leitung) eines Wolff-Parkinson-White-Syndroms, von „typischem" Vorhofflattern oder eines im AV-Knoten kreisenden elektrischen Kurzschlusses erreicht 90 Prozent. „Medikamente mit vergleichbarer Erfolgsrate gibt es nicht", berichtet Oberarzt Dr. Carsten Stahl. Es gibt aber Herzrhythmusstörungen wie das Vorhofflimmern oder das gefährliche Herzkammerrasen, die deutlich schwieriger zu behandeln sind.

Die neuartige Elektrode nun kann man beinahe für eine winzige Fliegenklatsche halten mit einem kleinen Elektrodengitter am einen Ende des Katheters. „Vier mal vier Elektroden sind auf dem Gitter angebracht, die auch zwischen den Elektrodenstraßen quer miteinander verschaltet sind", erklärt Prof. Michael Schneider, Chefarzt der Sindelfinger Klinik für Kardiologie mit Schwerpunkt Elektrophysiologie. Die Elektroden selbst sind nur einen Millimeter lang. Damit gelingt eine schärfere Darstellung kleinster elektrischer Ausschläge. Aus Elektrodenverschaltung und -größe ergibt sich für die Ärzte ein entscheidender Vorteil: Es sei, verdeutlicht Oberarzt Jochen Markert, „als ob ich auf der Autobahn fahre und nicht nur die Autos vor und hinter mir sehe, sondern plötzlich auch die Nummernschilder auf der linken Gegenfahrbahn lesen kann".

Dreidimensionale Rekonstruktion der Anatomie des linken Vorhofes. Das löffelartige Gitter (4x4 1mm-Elektroden) ist die hochauflösende Elektrode, mit der in kurzer Zeit etwa 20.000 Datenpunkte gesammelt werden können. Jeder Datenpunkt beinhaltet Informationen über die Lage im Raum sowie über die lokale Ausbreitung der elektrischen Aktivierung. Dadurch können kritische Zonen elektrischer Kurzschlüsse gezielt angesteuert und verödet (Radiofrequenzstrom) oder vereist werden.

Zudem können mit der Sonde in kürzerer Zeit mehr Datenpunkte erfasst werden: „Mit mehr als 20.000 dreidimensional abgetasteten Punkten in einer Herzhöhle ergibt sich eine viel größere Informationsdichte und -menge in kürzerer Untersuchungszeit."

Durch den Einsatz der neuartigen Elektrode können der Ursprungsort und der Mechanismus einer Herzrhythmusstörung exakter lokalisiert und kartografiert werden, was als „Mapping" bezeichnet wird. Die Ärzte führen die Sonde über ein Leistengefäß in die betreffende Herzhöhle und tasten die Oberfläche der Herzmuskulatur ab. Die Darstellung der elektrischen Erregungsausbreitung und Narbenbilder erfolgt farbcodiert. „Mit Einsatz der neuen Elektrode geschieht dies hochauflösend im Mikrozellverband-Bereich und wäre mit Vorgängermodellen nicht möglich gewesen", sagt Prof. Schneider. Nach Abschluss der Mapping-Untersuchung erfolgt direkt im zweiten Schritt der Prozedur die Ablation: Dabei wird Gewebe mit fehlerhaften elektrischen Signalen und Kurzschlüssen durch Kälte- oder Wärmeabgabe über eine andere Sonde isoliert und ausgeschaltet.

Bei fast allen Formen komplexer Herzrhythmusstörungen ist das Gerät einsetzbar, so auch bei der „Volkskrankheit" Vorhofflimmern. Die Pulmonalvenen, Gefäße, die aus der Lunge in den linken Vorhof laufen, spielen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung von Vorhofflimmern. Sie werden von den Elektrophysiologen daher unter Einsatz eines Kryoballons isoliert. Das heißt, ein mit Kühlmittel gefüllter Ballon wird in die Pulmonalvenen vorgeschoben, der die unmittelbare Umgebung vereist, was die elektrischen Impulse blockiert, die das Flimmern verursachen. Die Erfolgschance beträgt beim Ersteingriff 60 bis 80 Prozent. Bei etwa einem Drittel der behandelten Patienten sind Folgeprozeduren notwendig: „Die Anatomie ist hier sehr komplex. Wir müssen das Herzgewebe im Millimeterbereich abtasten, um weitere Kurzschlüsse auszuschalten", erzählt Prof. Schneider. Der hochauflösende Ablationskatheter ist diesen Anforderungen gewachsen: „Verglichen mit unserer bisherigen Mapping-Methode ist die Darstellung von erkranktem Gewebe wesentlich verbessert und wir erhoffen uns besonders für die komplizierten Fälle erhöhte Behandlungserfolge."

Auch beim angeborenen Brugada-Syndrom – hierbei kommt es im Mikrozellverband zu elektrischen Kurzschlüssen, die auch bei jungen Menschen ein lebensbedrohliches Herzrasen (Kammertachykardie, Kammerflimmern) auslösen – konnten die Sindelfinger Kardiologen bereits einen Erfolg erzielen: Nach Durchführung der Ablation war die „primär elektrische Erkrankung" im EKG nicht mehr nachweisbar.

Nadine Dürr

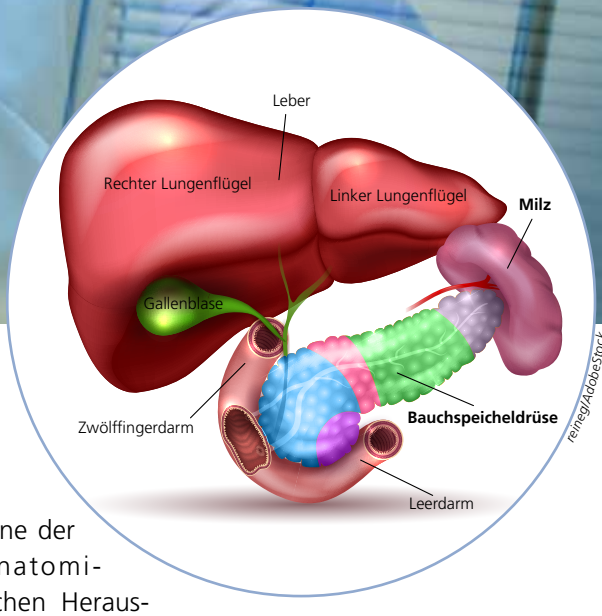
simonkr/iStock

TUMOR MINIMALINVASIV MILZ ERHALTEN

Schon sein Vorgänger im Chefarzt-Amt hatte eine gewisse „Vorliebe" für die Bauchspeicheldrüse, deshalb gehören bereits seit vielen Jahren am Leonberger Krankenhaus Pankreasoperationen zum Arbeitsalltag. Prof. Dr. Wolfgang Steurer setzt diese Tradition fort und etabliert neue Behandlungswege: Er hat erstmals eine laparoskopische milzerhaltende Pankreaslinksresektion im Krankenhaus Leonberg durchgeführt.

Gleich zwei gute Nachrichten konnte Prof. Dr. Wolfgang Steurer, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Leonberger Krankenhaus, seiner Patientin überbringen. Die erste: Der gutartige Tumor, der im hinteren Teil ihrer Bauchspeicheldrüse wuchs, konnte bei der vorangegangenen Operation entfernt werden. Die zweite: Der Eingriff verlief planmäßig, was bedeutet, dass die Milz der Patientin erhalten bleiben konnte.

Alles andere als eine Selbstverständlichkeit, denn die mehrstündige Operation ist auch für einen ausgewiesenen Experten wie Prof. Steurer keineswegs ein Routineeingriff. „Die laparoskopische Chirurgie an sich gehört längst zum Standard", sagt der Leonberger Chefarzt. „Das gilt allerdings nicht für Eingriffe an der Leber oder am Pankreas." Denn die Bauchspeicheldrüse, so die deutsche Bezeichnung, stellt schon allein durch ihre Lage eine Herausforderung dar. Sie liegt hinter dem Bauchfell, zwischen Magen, Zwölffingerdarm, Milz, Leber und den beiden großen Blutgefäßen



reinegr/AdobeStock

ENTFERNT,

des Bauchraums. Um es salopp auszudrücken: Ihr ist nur schwer beizukommen.

Erst recht dann, wenn der Eingriff so patientenschonend wie möglich, also minimalinvasiv durchgeführt werden soll. Doch auch darüber hinaus ist die Pankreaslinksresektion kein alltäglicher Eingriff. „Nur wenn der Tumor gutartig ist, sich noch keine Metastasen gebildet haben und die Lymphknoten nicht befallen sind, können wir es bei der Teilentfernung belassen“, nennt Prof. Dr. Steurer die wichtigsten Voraussetzungen. Entscheidend ist auch die Größe des Tumors, aber: „Zysten oder Tumore in der Bauchspeicheldrüse wachsen leider in sehr vielen Fällen eher unauffällig.“ Oft ist eine Gelbsucht das erste Symptom für die schwerwiegende Erkrankung – eine teilweise Organentfernung ist dann meist schon obsolet.

Die vom Leonberger Chefarzt operierte Patientin hatte „Glück“. Ihre Zyste wurde vor Jahren als Zufallsbefund entdeckt und seitdem engmaschig kontrolliert. Bevor die Wucherung bösartig werden konnte, wurde sie nun entfernt. Dabei konnten sowohl der Pankreaskopf wie auch die Milz erhalten werden. „Milz und Bauchspeicheldrüse sind durch Arterien und Venen miteinander verbunden“, beschreibt Prof. Steurer eine der anatomischen Herausforderungen. Die Blutgefäße müssen Millimeter um Millimeter Schicht für Schicht freigelegt werden. Nur so kann der verbliebene Rest der Bauchspeicheldrüse am Ende des Eingriffs verschlossen oder an den Darm angeschlossen werden. Verletzt der Operateur die Blutgefäße, droht ein hoher Blutverlust und trotz modernster bildgebender Verfahren wird die Sicht so stark eingeschränkt, dass der Eingriff nicht wie geplant beendet werden kann und die Milz doch entfernt werden muss.

Sabine Haarer

Neue Verfahren bei Bauchwandbrüchen

PhotoGraphyKM/iStock

Kaum ein chirurgischer Eingriff wird so häufig durchgeführt wie die Operation eines Bruches (Hernie). Allein bei Eingriffen an der vorderen Bauchwand werden am Herrenberger Krankenhaus fünf Operationsverfahren angeboten.

Welches Verfahren letztlich angewandt wird, wird ganz individuell entschieden und orientiert sich einerseits an der Größe des Bruches, andererseits an der Konstitution und den Anforderungen des Patienten. Fünf Operationsverfahren, das bedeutet einen Quantensprung in der Hernienchirurgie, denn: „Früher hat man einfach das ‚Loch' geflickt", blickt Matthias Uckele, Leitender Oberarzt der Klinik für Chirurgie am Krankenhaus Herrenberg, zurück und vergleicht den bauchchirurgischen Eingriff mit der Arbeit eines Schneiders. So notdürftig das „Flickwerk", so schlecht waren die Ergebnisse. Vor allem dann, wenn Bruch und

Rektusdiastase (Verbreiterung der Mittellinie an der vorderen Bauchwand durch Auseinanderweichen der beiden geraden Bauchmuskeln) gemeinsam auftraten.

Die Rückfallquoten waren entsprechend hoch, was man in Herrenberg nicht länger akzeptieren wollte – deshalb wurden ganz gezielt neue Verfahren eingeführt. Keine Selbstverständlichkeit für das Herrenberger Krankenhaus. Doch die Auszeichnung als Zertifiziertes Zentrum durch die deutsche Herniengesellschaft und die aktive Mitarbeit am deutschen Hernienregister kommen nicht von ungefähr.

Neben dem inzwischen etablierten IPOM-Verfahren (intraperitoneale Onlay-Mesh-Technik), bei dem mit einem minimalinvasiven Eingriff ein beschichtetes Kunststoffnetz durch die Bauchdecke in den Bauchraum eingebracht und von innen an der Bauchwand fixiert wird, wird mit eMILOS ein neues OP-Verfahren angeboten. Ein Verfahren, das bislang noch nicht einmal auf dem deutschen Chirurgenkongress vorgestellt wurde, in Herrenberg jedoch bereits seit drei Jahren zum Portfolio der Chirurgischen Klinik gehört. „Das Verfahren vereint die Vorteile der offenen Operation mit denen der minimalinvasiven Methode“, erklärt Uckele. Über einen kleinen Schnitt wird auf bewährte Art und Weise der Bruch präpariert, das heißt, der Bruch wird freigelegt. Dann schafft der Operateur weitere minimalinvasive Zugänge, mithilfe von endoskopischen Instrumenten wird die Bauchwand rekonstruiert und anschließend ein Kunststoffnetz zusätzlich eingebracht, um die Bauchwand langfristig zu stabilisieren. Dieses Netz sitzt außerhalb der Bauchhöhle, unterhalb der Muskulatur. „Durch den normalen physiologischen Druck aus dem Bauchraum wird das Netz an seinem Platz gehalten und kann nicht verrutschen“, nennt Matthias Uckele einen ganz entscheidenden Vorteil des eMILOS-Verfahrens. Da das Netz zudem außerhalb der Bauchhöhle angebracht wird, kommt es nicht mit dem Darm in Berührung – die sonst häufig auftretenden Verwachsungen können somit ausgeschlossen werden. Ist das Netz eingebracht, wird der Schnitt verschlossen, es bleiben lediglich kleine Narben. „Dank der minimalinvasiven Methode hat der Patient nach dem Eingriff weniger Schmerzen. Er ist schneller wieder auf den Beinen und die vordere Bauchwand ist rascher belastbar“, nennt Uckele weitere Vorteile des neuen Verfahrens. Und: „Das Risiko von Wundheilungsstörungen und das Rückfallrisiko sind wesentlich geringer.“

Sabine Haarer

Mit eMILOS bietet man in Herrenberg ein Verfahren an, das bislang noch nicht einmal auf dem deutschen Chirurgenkongress vorgestellt wurde, in Herrenberg jedoch bereits seit drei Jahren zum Portfolio der Chirurgischen Klinik gehört.

prill/iStock

Anzeige

Krankheit mit tausend Gesichtern

georgeclerk/iStock

Was verbirgt sich hinter den vielschichtigen Symptomen der Autoimmunkrankheit Multiple Sklerose (MS) und wie verändert die Diagnose das Leben der Betroffenen?

Viele kennen das: Man steht am Bahnsteig, will zur Arbeit oder ins Kino, doch statt des Zuges kommt nur eine Durchsage. Ein defektes Kabel störe den Bahnverkehr. Die Pläne für den Tag sind durchkreuzt.

Dass Pläne plötzlich durcheinandergeraten, passiert auch MS-Patienten von Zeit zu Zeit. Nämlich dann, wenn ein akuter Krankheitsschub auftritt und Symptome wie Sehstörungen, Muskelschwäche, Lähmungserscheinungen oder Schwindel den Alltag durcheinanderwirbeln. Schuld an solch neurologischen Funktionsausfällen ist, wie bei der Störung im Bahnverkehr, ein „defektes Kabel". Was steckt dahinter?

Multiple Sklerose ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. „Ähnlich wie Stromkabel sind Nervenfasern von einer Isolierschicht umhüllt, der Myelinschicht", erklärt Prof. Dr. Guy Arnold, Chefarzt der Klinik für Neurologie Sindelfingen, und fährt fort: „Bei MS-Patienten greifen Abwehrzellen des körpereigenen Immunsystems das Myelin an und verursachen eine Entzündung. Je nachdem, wo der Entzündungsherd sitzt, treten unterschiedliche Folgen auf: Die Motorik kann ebenso betroffen sein wie der Sehnerv oder das Gehör." MS wird daher oft als Krankheit der tausend Gesichter bezeichnet.

Rund 200.000 Menschen leben in Deutschland mit der Autoimmunkrankheit. Was eine Multiple Sklerose auslöst, ist nicht bekannt. Damit ist MS auch nicht heilbar. Selbst wenn die Diagnose erst einmal ein Schock ist, versucht Prof. Dr. Arnold seinen Patienten Mut zu machen: „Lassen Sie sich nicht in die Depression ziehen.

Denken Sie positiv." MS ist kein Todesurteil und bedeutet nicht zwangsläufig den Verlust der Lebensqualität.

Die Krankheit verläuft von Patient zu Patient ganz unterschiedlich. Zwar gibt es eine seltene Form, die primär progrediente MS, bei der bereits von Anfang an eine schleichende Behinderung einsetzt. Bei der großen Mehrzahl der Betroffenen (85 bis 90 Prozent) verläuft die MS jedoch zunächst schubförmig. Zwischen zwei Schüben können Wochen, Monate oder sogar Jahre liegen. „Viele Symptome klingen nach einem Schub wieder vollständig ab", sagt Prof. Dr. Arnold. „Im Laufe der Zeit entwickeln die meisten Patienten jedoch eine sekundär progrediente MS: Eine chronische Verschlechterung setzt ein, Symptome und Beschwerden nehmen schubunabhängig zu." Doch es gibt auch eine geringe Anzahl von Patienten, die in ihrem ganzen Leben nur einen Schub bekommen oder über Jahrzehnte ohne nennenswerte Beeinträchtigungen bleiben. Mediziner sprechen dann von einer benignen MS.

MS beginnt meistens zwischen 20 und 40 Jahren. Wie diagnostiziert man eine Krankheit, die „tausend Gesichter" hat? Besteht ein Anfangsverdacht, zum Beispiel eine Sehnerventzündung, führen die Ärzte in der Neurologischen Tagesklinik in Sindelfingen mehrere Untersuchungen durch. Mithilfe des Kernspintomografen machen sie MS-Herde ausfindig, sie entnehmen Nervenwasser aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion) und führen Nerventests durch. „Fallen alle drei Tests positiv aus, kann man von einer MS ausgehen", sagt Prof. Dr. Arnold und fügt hinzu: „Dank moderner Kernspintomografieverfahren entdecken wir eine MS heute viel früher. Dadurch sind auch die Krankheitsverläufe milder geworden."

Denn obwohl MS nicht heilbar ist, gibt es Medikamente, die die Erkrankungsaktivität und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Zum Einsatz kommen mehrere Therapiesäulen. „Bei der Schubtherapie, der Behandlung eines akuten Schubs, verabreichen wir über drei bis fünf Tage hoch dosiertes Cortison. So wird die Entzündung gehemmt und die Symptome klingen schneller ab", erklärt Prof. Dr. Arnold. Ziel der immunmodulatorischen, also das Immunsystem verändernden Therapie ist es, die Krankheitsprogression zu verhindern oder zu verzögern. Hierzu zählen Tabletten, Injektionen unter die Haut und Infusionen in die Vene. Die symptomorientierte Therapie zielt darauf ab, individuelle Krankheitsfolgen zu lindern. Zu den typischen Symptomen zählen Schmerzen, verkrampfte Muskulatur, Blasenfunktionsstörungen, Schluckstörungen oder schnelle Ermüdung. Je nach Symptom können Medikamente oder zum Beispiel Physiotherapie helfen.

Chefarzt Prof. Dr. Guy Arnold und Oberarzt Oliver Haist (r.)

Patienten können auch über Verhaltensweisen Einfluss nehmen. „Meiden Sie Wärme", rät Prof. Dr. Arnold beispielsweise, denn zu viel Wärme kann einen Schub auslösen. Einen positiven Effekt hat Sport. „Halten Sie sich beweglich, aber überfordern Sie sich nicht", so der Neurologe.

An MS erkranken doppelt so viele Frauen wie Männer. Daher gibt Prof. Dr. Arnold zum Abschluss noch eine gute Nachricht für Patientinnen mit. „MS und Schwangerschaft – geht das?" ist eine Frage, die er oft hört. Ja, sagt der Chefarzt. Zwar muss während der Schwangerschaft die Therapie aussetzen, aber die Schwangerschaft kann sich sogar positiv auf die MS auswirken.

Lena Jauernig

„Das Gesamtpaket gibt es nur bei uns"

AUS DEM SINDELFINGER ENDOPROTHETIK-ZENTRUM DER MAXIMALVERSORGUNG

Gäbe es sie noch nicht, müsste man sie erfinden: Auch auf dem Feld der Endoprothetik ist die minimalinvasive OP eine Erfolgsgeschichte. Nach einem oft langen Leidensweg sind Patienten dank des minimalinvasiven Eingriffs wieder schnell auf den Beinen. Bereits 14.000 Betroffene vertrauten in puncto Gelenkersatz Prof. Stefan Kessler und seinem Team im Endozentrum Südwest.

Innovative patientenfreundliche Endoprothetik, kurz IPE – für diese Medizin steht das Endozentrum Südwest. Was verbirgt sich dahinter?

Prof. Stefan Kessler: Es ist eine Zusammenfassung von Qualitätsmerkmalen. Dazu gehören die Auswahl ausgezeichneter Prothesen, ein diffiziles Blutmanagement, die Keimreduzierung auf der Haut vor der Operation und eine individuelle Operationstechnik, die – wenn immer möglich – minimalinvasiv erfolgt. Einzelne dieser Merkmale werden auch von anderen Kliniken angeboten, das Gesamtpaket gibt es aber nur bei uns.

Wie bereiten Sie den minimalinvasiven Eingriff vor?

Wir bestimmen anhand eines standardisierten Röntgenbilds, das im Rahmen der Ambulanzvorstellung aufgenommen wird, die Prothesengröße und die Positionierung am Planungscomputer. Während der OP wird das dann direkt am OP-Feld nochmals überprüft.

Wie gehen Sie bei der OP selbst dann vor?

Am Hüftgelenk genügt in der Regel ein Schnitt in der Größe von drei bis vier Querfingerkuppen. Die Haut wird durchtrennt, dann ein Schnitt durch die Faszie gemacht. Der große Vorteil der OP besteht darin, dass die Muskulatur unberührt bleibt, dass also nicht in sie hineingeschnitten wird. Dafür wird eine anatomische Muskellücke zwischen dem mittleren Gesäßmuskel und dem Schneidermuskel genommen, die sich mit den Fingern ertasten lässt. Im

Anschluss daran öffnet man die Gelenkkapsel, der durch Arthrose zerstörte Hüftkopf wird entfernt. In den vorbereiteten Pfannengrund bringt man die neue Hüftpfanne ein, die aus einer Metalllegierung besteht. Als Gleitschicht zwischen Pfanne und Hüftkopf dient ein Polyethylen-Inlay. Bei schlechterer Knochenqualität wird direkt eine Kunststoffpfanne eingeklebt. Um den Hüftkopf nun zu ersetzen, wird ein Schaft aus Metalllegierung in den Oberschenkelknochen eingesetzt, auf den der Kugelkopf aufgesetzt und in die Pfanne eingerenkt wird. Dann muss das Gewebe nur noch Schicht für Schicht verschlossen werden.

Existiert ein spezielles OP-Besteck für die Schlüsselloch-Technik?

Es gibt ein spezielles minimalinvasives Instrumentarium, das sich deutlich vom klassischen Instrumentarium der offenen Hüftendoprothetik unterscheidet. Es erfordert andere Winkelverhältnisse, um über die kleinen Zugänge hineinzugelangen. Da war einiges an Innovation durch die Industrie gefragt.

Wer sind die Akteure im OP-Saal und wer ist wofür zuständig?

Wir sind ein zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum der Maximalversorgung. Dort operiert immer ein zertifizierter Hauptoperateur oder Senior-Hauptoperateur. Zu Hauptoperateuren ernannt wird man von einer Zertifizierungsstelle, sofern bestimmte Zielvorgaben erfüllt sind. Dazu gehört zum Beispiel die Durchführung einer bestimmten Anzahl an Prothesenoperationen in einem definierten Zeitraum. Dem Operateur assistieren ärztliche Mitarbeiter. Am OP-Tisch steht außerdem eine OP-Schwester. Zusätzlich ist ein weiterer Mitarbeiter im Saal, der die notwendigen Implantate und Instrumentarien anliefert.

Stichwort Vorteile für den Patienten: Was kann die minimalinvasive OP, was die offene OP nicht kann?

Wir wissen, dass Patienten mit der minimalinvasiven Operationstechnik direkt postoperativ weniger Schmerzen verspüren und nachweisbar einen geringeren Schmerzmittelverbrauch haben. Die Patienten sind auch schneller mobilisierbar. Das ist wichtig, denn längere Liegezeiten bedeuten Muskelschwund, schlechtere Durchblutung, also schlechtere Sauerstoffversorgung usw. Nicht zuletzt ist die Schlüsselloch-Technik natürlich kosmetisch überlegen.

Modernes zementfreies Hüftimplantat

Können Sie den Lesern zum Schluss noch etwas über Ihre Arbeit verraten, das bislang kaum bekannt ist?

Wenn keine übermäßige Gelenkkontraktur der Kapsel vorliegt, also die Bindegewebshülle des Gelenks nicht in ihrer Funktion eingeschränkt ist, operiere ich bei allen Hüftprothesen kapselerhaltend. Der große Vorteil besteht darin, dass die Gefahr, dass so ein künstliches Gelenk ausrenkt, weiter deutlich minimiert wird.

Nadine Dürr

DARMKREBS-KORYPHÄE MIT WISSENSCHAFTSGEN

So schnell macht ihm keiner etwas vor: Prof. Stefan Benz, Leiter des Böblinger Darmkrebszentrums, ist eine Kapazität auf dem Gebiet der Darmkrebschirurgie. Seine bahnbrechende Weiterentwicklung der CME-Operation zeichnete die European Association for Endoscopic Surgery jüngst mit einem Pokal aus.

Sie haben viele Studien zum Darmkrebs durchgeführt und neue Operations- und Behandlungsmethoden entwickelt. Verraten Sie unseren Lesern, womit Sie sich aktuell beschäftigen?

Prof. Dr. Stefan Benz: Ich habe 15 Chirurgen zusammengetrommelt und gemeinsam mit ihnen überlegt, wie wir eine komplizierte minimalinvasive OP-Methode bei rechtsseitigem Darmkrebs – die komplette mesokolische Exzision, kurz CME – so strukturieren können, dass sie auch für andere Chirurgen vermittelbar wird und Komplikationen vermieden werden. Um die komplexe Anatomie darzustellen, haben wir ein Open-Book-Modell entwickelt. Das Besondere der OP-Methode ist, dass jeder der insgesamt acht OP-Schritte mit einem kritischen Sicherheitsblick abgeschlossen wird: Das heißt, Ziel jedes OP-Schritts ist ein Bild, das der Chirurg sehen muss. Wenn er das nicht sieht, stimmt etwas nicht. Herausgekommen ist bei dieser Zusammenarbeit ein ziemlich optimales Ergebnis. Das haben wir in einem Fachjournal veröffentlicht. Im Internet ist die Publikation schon 6.000 Mal heruntergeladen worden. Es ist mit das erste Mal, dass eine OP fast am grünen Tisch entstanden ist, und manche Chirurgen fragen schon: Wann gibt es so etwas auch für andere Operationen?

Was, würden Sie sagen, war bislang der größte Erfolg Ihrer Arbeit?

Wenn ich überlege, was es für den Patienten bedeutet, war diese Arbeit, über die wir gerade sprachen, das absolut Größte. Wir haben in Deutschland insgesamt 60.000 Darmkrebs-Neuerkrankungen im Jahr – 15.000 kommen für diese spezielle OP infrage. Ich habe aber noch einen Pfeil im Köcher: In einer Studie, mit der ich 2012 angefangen habe, wird gerade erstmals prospektiv, also im Voraus, untersucht, ob der operative Grundansatz der CME gut ist.

Darüber hinaus leite ich die Auswertung für das Thema Darmkrebs der Deutschen Krebsregister im Rahmen der nationalen Qualitätskonferenz. Da haben wir unter anderem geschaut, wie sich das Überleben bei der offenen und der laparoskopischen OP unterscheidet – mit dem Ergebnis, dass das Risiko durch die laparoskopische OP halbiert wird. Auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren versuchen wir gerade außerdem, alle Krebsregisterdaten in Deutschland in einem gemeinsamen Institut zusammenzuführen.

Weshalb kommt den Darmkrebszentren bei der Behandlung des Darmkrebses eine so große Bedeutung zu?

Die Zentren gibt es seit 2006. Davor war für die Behandlung entscheidend, in welcher Abteilung man aufgenommen wurde. Wenn das auf der Inneren war, ist etwas anderes passiert als in der Chirurgie. Das rief die Deutsche Krebsgesellschaft auf den Plan, die sagte, dass wir einen Qualitätsmanagement-Zyklus brauchen. Inzwischen gibt es zwei gute Studien, die unabhängig voneinander zeigen, dass Patienten, die in einem Darmkrebszentrum behandelt werden, ein um über zehn Prozent besseres Überleben haben.

Das Böblinger Darmkrebszentrum zählt deutschlandweit zu den zehn größten Zentren. In puncto Behandlungsqualität erreicht es traumhafte Ergebnisse. Was ist Ihr Geheimnis?

Dass wir die volle Punktzahl erreicht haben, liegt daran, dass wir uns auf allen Ebenen reinhängen. Es fängt mit der Prähabilitation an, das heißt, dass wir einen Patienten optimal auf die Operation vorbereiten, einem gebrechlichen Patienten etwa Eisen geben oder mit ihm ein Lauftraining machen. Der nächste Punkt ist die OP selbst, die möglichst minimalinvasiv erfolgt. Und dann ist es die Subtilität: Beim Operieren will ich ganz genau sein und überlege mir die Konsequenz jedes einzelnen Schritts. Das ist Arbeiten an der Grenze zwischen Wissenschaft und Kunst. Nicht zuletzt sind wir momentan dran – das ist eine Initiative von mir –, eine Leitlinie für die perioperative Behandlung zu erstellen. Dabei geht es um Maßnahmen um die OP herum.

Können Sie denn schon einen kleinen Ausblick auf die Zukunft geben – sowohl für die Darmkrebszentren als auch für die Darmkrebsforschung?

Wir hoffen auf eine gewisse Verbindlichkeit, dass künftig alle Patienten in Darmkrebszentren behandelt werden. Noch ist das nicht so. In der Forschung sind es die Felder Chemo- und Immuntherapie, wo die Schritte größer werden, und die nächste große Entwicklung in der Chirurgie ist die robotische Chirurgie: In den nächsten zehn Jahren wird die Chirurgie digital.

Sie engagieren sich stark in Organisationen und Interessenvertretungen, sind etwa Mitbegründer und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren (addz). Weshalb legen Sie auf diese Arbeit so viel Wert und was konnten Sie bereits erreichen?

Mit der addz versuchten wir, das Thema Darmkrebszentren in der Öffentlichkeit zu positionieren. Bei den Ärzten war der Argwohn anfangs sehr groß; wir wollten zeigen, dass die Zentren einen seriösen Mehrwert haben und kein Werbegag sind. Inzwischen sind sie weitgehend anerkannt: Jeder, der das Zertifikat erringen kann, macht das.

Worin gründet eigentlich Ihr Interesse am Darmkrebs? Was macht dieses Betätigungsfeld für Sie so attraktiv?

Als Chirurg interessiere ich mich für OPs und habe schnell gemerkt, dass es bei Darmkrebs noch viel Potenzial gibt, was chirurgische Verbesserungsmöglichkeiten angeht. Wenn man ein Wissenschaftsgen hat, ist es das, was mit die größte Befriedigung gibt: wenn man eine echte Veränderung erreichen kann.

Prof. Dr. Stefan Benz

Zum Schluss noch eine persönliche Frage: Als Experte für den Darm – wie beugen Sie selbst Darmkrebs vor?

Natürlich habe ich mich schon darmspiegeln lassen. Und ich mache jeden Tag 20 Minuten Sport; ich weiß, dass man wenig rotes Fleisch und insgesamt wenig Fett essen soll – eher Fisch, viel Gemüse und ballaststoffreich. Außerdem trinke ich keinen Alkohol. Aber … (lacht) … ich bin auch ein Mensch, der es sich gut gehen lässt.

Nadine Dürr

MOBILE VISITE AM KRANKENHAUS HERRENBERG

Computer und WLAN statt dicker Aktenordner und Kugelschreiber: In der Kardiologie am Krankenhaus Herrenberg läuft derzeit im Rahmen der Digitalisierungsstrategie des KVSW die Testphase für das Projekt Mobile Visite. Ärzte und Pflegekräfte prüfen gemeinsam, wie sie mithilfe von PCs auf Rollen Zeit sparen und effektiver arbeiten können. Davon profitieren auch die Patienten.

Das Prinzip ist so simpel wie wirksam: Drei Computer wurden zu Begleitern bei den Patientenvisiten umfunktioniert. Untergebracht in schmalen, an kleine Schränke erinnernde Kästen mit Monitoren auf Sichthöhe, leisten die PCs unterwegs wertvolle Dienste, mit denen ein Klemmbrett nur in äußerst begrenztem Maße konkurrieren kann.

Vier Rollen machen die Computergestelle beweglich und ermöglichen so die Umwandlung der Computer von starren Arbeitsstationen zu mobilen Assistenten bei der Visite. „Wir können mit dem PC bis ans Patientenbett fahren und haben an Ort und Stelle alle Informationen gesammelt, übersichtlich und schnell zur Verfügung – ohne dicke Aktenordner“, sagt Dr. Marc Lohrengel, der Leitende Arzt der Kardiologie am Herrenberger Krankenhaus. Auf der anderen Seite können die

Ärzte Informationen, Medikationen oder Anmeldungen für Anwendungen umgehend ins Patientenprofil eintragen.

Befunde aus verschiedenen Untersuchungen stehen deutlich schneller zur Verfügung als früher. Sie werden im Computersystem abgespeichert und sind sofort einsehbar. „Die Patienten müssen nicht mehr lange auf Ergebnisse warten. Bisher wurde der Befund ausgedruckt, dann musste er den Weg in die entsprechende Abteilung nehmen und lag wahrscheinlich noch einige Zeit im Postfach des behandelnden Arztes“, so Dr. Lohrengel. „Jetzt ist das Ergebnis nur einen Klick entfernt.“ Das kann für einen Patienten auch mal bedeuten, dass er früher wieder nach Hause kann.

Zu rund 80 Prozent seien die Daten digital verfügbar, sagt der Leitende Arzt. Weil also 20 Prozent noch fehlen, würden vorläufig auch weiterhin die normalen Patientenakten gepflegt. „Vom papierlosen Krankenhaus sind wir noch ein Stück entfernt.“ Aber alle Beschäftigten in der Kardiologischen Abteilung ziehen an einem Strang. Die Pflegekräfte der Funktionsabteilung erstellen Untersuchungsbefunde am PC und ordnen sie der digitalen Patientenakte zu, während das Kardiologische Sekretariat in Rekordzeit die eingehenden Arztbriefe niedergelassener Ärzte digitalisiert. „Diese Arbeiten finden zwar im Hintergrund statt, sind aber ein enorm wichtiger Teil des Projektes. Alles ist unmittelbar am Patientenbett verfügbar“, so Dr. Lohrengel.

Die Pflegekräfte haben, ebenso wie die Ärzte, auf diese Weise einen mobilen Assistenten zur Seite gestellt bekommen. Er begleitet den Zuständigen auf seiner täglichen Runde durch die Station – jeweils in der Tagschicht, der Spätschicht und der Nachtschicht. Die Mitarbeiter haben ihr Modell zusätzlich zum Computer mit allem bestückt, was sie bei den Patienten üblicherweise brauchen: Pflaster, Verbandsmaterial, Zugänge für Infusionen.

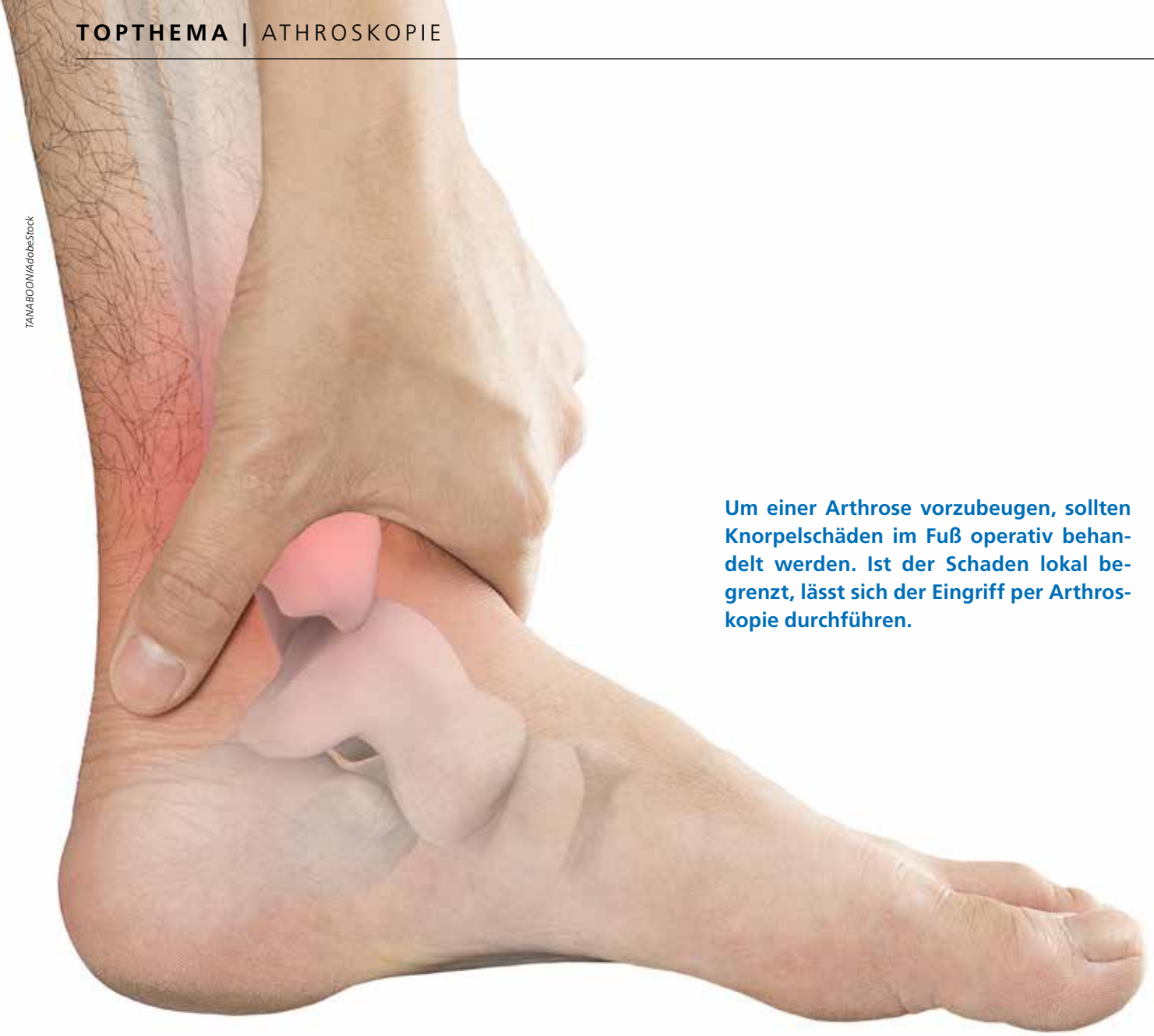
Letztlich geht es bei der im März angelaufenen Testphase darum, das passende Arbeitsgerät für alle Häuser des Klinikverbunds Südwest mit ihren unterschiedlichen Anforderungen zu finden. „Die Mobile Visite wird kommen“, sagt Hans-Ulrich Graf, der Leiter des Geschäftsbereichs Informationstechnologie (IT). Deshalb habe seine Abteilung auch federführend die Umsetzung vorangetrieben. „Das ist ein wichtiger Bestandteil der Digitalisierungsstrategie im Klinikverbund Südwest. Und das Ganze bewegt sich im Rahmen der Frage, wie wir alle Prozesse medienbruchfrei – also ohne Wechsel von Papier zu digital – gestalten können.“

Drei Testphasen hat der Klinikverbund Südwest geplant. Jeweils mit anderen Arbeitsmodellen verschiedener Hersteller. Das Team um Dr. Siegfried Kalix, dem stellvertretenden Geschäftsbereichsleiter für Wirtschaft und Beschaffung, hat sich im Vorfeld ausführlich mit den Angeboten auf dem Markt beschäftigt und die Geräte ausgewählt. „Die Modelle müssen sich in unser Computernetz einfügen und natürlich in den Arbeitsalltag integrierbar sein.“ Deshalb gab es Nutzerabstimmungen mit Pflegekräften und Ärzten.

Dr. Marc Lohrengel hat sich und seine Abteilung für eine der Testphasen angeboten. Genau wie Hans-Ulrich Graf und Dr. Siegfried Kalix ist er überzeugt, dass in der Mobile Visite die Zukunft liegt. Die Zwischenbilanz fällt positiv aus: „Bisher ist die Resonanz fast durchgehend positiv“, sagt er. Die Wege, um an Laborwerte und Befunde zu kommen, haben sich deutlich reduziert, lautet eines der positiven Resümees. Ärzte können den Verlauf eines Patienten viel besser einsehen und müssen bei Fragen nicht hin und her eilen, um etwas nachzuprüfen. Kurz: Der Arbeitsalltag wird als deutlich effizienter wahrgenommen.

Verbesserungsvorschläge gibt es natürlich auch. Höhenverstellbarkeit, schwenkbare Monitore, verlängerte Akkulaufzeit. Ganz praktische Wünsche. „Da müssen wir sehen, was möglich ist“, so Dr. Siegfried Kalix.

Christine Strienz



TANABOONI/AdobeStock

Um einer Arthrose vorzubeugen, sollten Knorpelschäden im Fuß operativ behandelt werden. Ist der Schaden lokal begrenzt, lässt sich der Eingriff per Arthroskopie durchführen.

Geduld, Geduld

Stehen, laufen, hüpfen, sprinten, balancieren: Der menschliche Fuß mit seinen 26 Knochen und 33 Gelenken ist ein Multitalent. Noch dazu sind unsere Füße wahre Kraftprotze, tragen sie doch tagtäglich unser gesamtes Körpergewicht durch die Gegend. Dafür, dass jede Fußbewegung „wie geschmiert" läuft, sorgt elastisches Knorpelgewebe. Es schützt die Gelenkflächen, federt Stöße ab und verhindert, dass Knochen auf Knochen reibt. Durch altersbedingte Abnutzung, aber auch durch Überlastung oder Verletzungen kann das Knorpelgewebe allerdings Schaden nehmen. Belastung und Bewegungen verursachen dann Schmerzen. Da Knorpel sehr zellarm und nicht durchblutet sind, heilt ein solcher Defekt nicht von selbst. Unbehandelt kann er langfristig zu einer Arthrose führen.

AryanRaj/AdobeStock

Was tun, um einer Arthrose vorzubeugen? Das lässt sich am besten anhand eines konkreten Beispiels erklären: Ein Fußballspieler knickt beim Training um und verletzt sich das obere Sprunggelenk. Der Gelenkknorpel wird in Mitleidenschaft gezogen. „Das obere Sprunggelenk spielt eine wichtige Rolle für die Beweglichkeit des Fußes, diese sollte man versuchen zu erhalten", rät Prof. Dr. Martin Handel, Chefarzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Calw. Er empfiehlt, den Knorpel mithilfe einer Operation zu „reparieren". „Eine Knorpelregeneration funktioniert aber nur, wenn um den Schaden herum noch gesundes Knorpelgewebe vorhanden ist", betont der Experte.

Prof. Dr. Handel wendet bei der OP am Sprunggelenk unterschiedliche chirurgische Techniken an. „Bei kleineren Schäden, also 2 bis 3 cm^2, füllen wir die defekte Stelle mit einem Knorpelimplantat aus Kollagen auf", berichtet der Chefarzt. Der Eingriff erfolgt per Arthroskopie, das heißt, es werden lediglich kleinste Schnitte – kleiner als ein Zentimeter – angesetzt. Über ein mit einer Kamera ausgerüstetes Endoskop führt der Arzt Miniaturwerkzeuge ein, säubert die defekte Stelle und trägt dann das Kollagengel auf, das langsam fest wird.

Prof. Handel erklärt die Vorteile einer Arthroskopie: „Im Vergleich zur offenen Gelenkoperation ist das Infektionsrisiko kleiner. Außerdem treten geringere Weichteilschwellungen auf, der Patient hat weniger Schmerzen und ist schneller wieder fit."

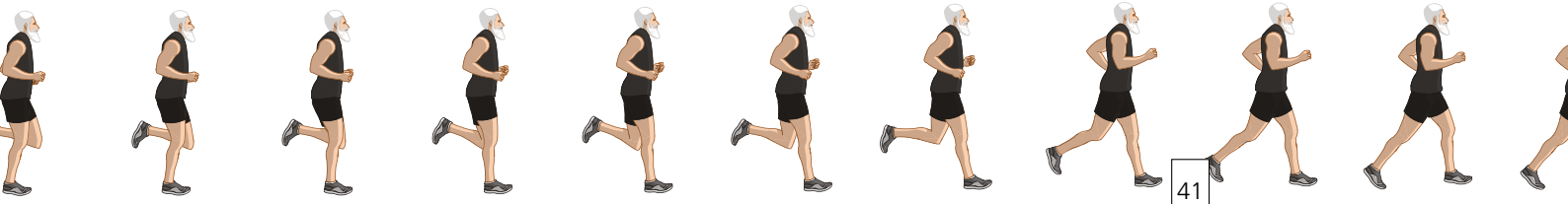
Ist die beschädigte Stelle größer und liegt im Bereich von 3 bis 6 cm^2, wendet Prof. Dr. Handel das sogenannte AMIC-Verfahren mit Einbringen einer Kollagenmembran an. Dieses Verfahren wird zumeist über einen wenige Zentimeter langen Schnitt durchgeführt: Der Arzt entfernt das beschädigte Knorpelgewebe und bohrt dann kleinste Löcher in den Knochen. Das bewirkt, dass sich die defekte Stelle mit Blut und Zellen aus dem Knochenmark füllt. Zum Schluss wird eine passgenaue Kollagenmatrix auf der Defektstelle fixiert. Diese besteht aus zwei Schichten: Die obere undurchlässige Schicht dient als Schutz, die untere durchlässige Schicht fördert das Anwachsen der Zellen und damit die Neubildung von Knorpel.

Egal welches Verfahren zum Zug kommt, Prof. Dr. Handel betont: „Nach der OP haben wir keinen fertigen Knorpel. Wir bereiten das Gelenk lediglich so vor, dass Heilungschancen bestehen. Ob ein Knorpel sich gut regeneriert, hängt von vielen Faktoren ab: Das Alter des Patienten spielt eine Rolle, ebenso der Zustand der restlichen Gelenke, aber auch die Breite, Lage und Tiefe des Knorpelschadens selber. Mitunter entscheiden wir daher auch erst während der OP, also wenn wir den Schaden vor uns sehen, wie wir operieren."

Die OP ist demnach lediglich die „Starthilfe", die eigentliche Knorpelregeneration findet erst hinterher statt. Prof. Dr. Handel unterstreicht daher: „Vor der OP sollte ein erfahrener Arzt die Erfolgsaussichten des individuellen Falls einschätzen. Denn bis der neue Knorpel stabil ist, muss der Patient einiges an Geduld und Mitarbeit aufbringen. Eine spezielle Physiotherapie unterstützt den Heilungsprozess. Erst nach sechs Wochen darf das Gelenk wieder belastet werden, gelenkbelastende Sportarten sind frühestens nach sechs Monaten wieder möglich."

Lena Jauernig

Prof. Dr. Martin Handel, Chefarzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Calw



Wenn jede Minute zählt

Ein Landeplatz für den Rettungshubschrauber auf dem Dach des Flugfeldklinikums

Der Hubschrauberlandeplatz des Flugfeldklinikums wird ab 2024 die beiden bisherigen Anflugmöglichkeiten auf den Kliniken in Sindelfingen und Böblingen ersetzen. Für den Neubau wurde daher beim Regierungspräsidium Stuttgart der Antrag auf ein luftverkehrsrechtliches Genehmigungsverfahren gestellt, um den Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach des Flugfeldklinikums betreiben zu können.

Für eine schnelle und umfassende medizinische Versorgung von Schwerstverletzten kommt es im Notfall auf Sekunden an. Statistiken belegen, dass ein Schlaganfall zwei Millionen Gehirnzellen pro Minute zerstört. Bei inneren Blutungen verstirbt nach dreißig Minuten die Hälfte aller Patienten. Und auch bei einem Herzstillstand steigt die Todesrate um zehn Prozent pro Minute. Sofortige ärztliche Hilfe und der schnellstmögliche Transport in das Klinikum ist oft die einzige Chance für die Patienten. In speziellen Fällen ist dafür der Rettungshubschrauber das schnellste Transportmittel. Für die notfallmedizinische Versorgung der Menschen in der Region ist der geplante Hubschrauberlandeplatz mit direkter Anbindung an den OP-Saal und die Zentrale Notaufnahme im Flugfeldklinikum daher zwingend erforderlich. Für den laufenden Betrieb des Flugfeldklinikums werden maximal 256 Starts und Landungen pro Jahr prognostiziert – dies entspricht weniger als einem Flug pro Tag.

Die Anlage und der Betrieb eines Hubschrauberlandeplatzes in einem dicht besiedelten Gebiet verlangen bei der Planung die Anwendung der neuesten internationalen Richtlinien der Zivilluftfahrt, um sowohl den strengen Anforderungen an die betriebliche Sicherheit als auch den Erwartungen der Anwohner gerecht werden zu können. Dazu zählen insbesondere die Anforderungen an die Umweltverträglichkeit mit dem Schutz der Bevölkerung vor Fluglärm. Zwei Gutachten zur Sicherheit und Eignung sowie zum Fluglärm wurden angefertigt, um allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Diese haben gezeigt, dass die Planung des Hubschrauberlandeplatzes nicht nur der weltweit höchsten Sicherheitsstufe entspricht, sondern auch im Hinblick auf den Fluglärm die festgeschriebenen Grenzwerte unterschreitet. So kann unter möglichst geringer Belastung für die Anwohner die beste notfallmedizinische Versorgung gesichert werden.

Das Regierungspräsidium Stuttgart hat im Zuge des Verfahrens die erstellten Eignungsgutachten und Unterlagen geprüft. Diese wurden vom 18. Februar 2019 bis zum 18. März 2019 zur allgemeinen Einsichtnahme durch den Zweckverband Flugfeld und die Stadtverwaltungen in Böblingen und Sindelfingen ausgelegt. Darüber hinaus informierte der Klinikverbund Südwest am 20. Februar 2019 in einer öffentlichen Veranstaltung über die Planungen des Hubschrauberlandeplatzes.

Alle Informationen zum Projekt finden Sie auch im Internet unter **www.flugfeldklinikum.de**

Mit freundlicher Unterstützung der DRF Luftrettung

All-on-4™ – die moderne Lösung für den zahnlosen Kiefer

Unbeschwert lachen und deutlich sprechen. Kräftig zubeißen und gründlich kauen sind Voraussetzungen für Wohlbefinden und Lebensqualität

Fehlende Lebensqualität und schlecht sitzende Prothesen gehören mit diesem modernen Behandlungskonzept der Vergangenheit an. Dank spezieller Implantate können Patienten noch am gleichen Tag mit festsitzenden Zähnen die Praxis verlassen. In der Regel werden dafür nur 4 Implantate im Kiefer positioniert, ohne zusätzlichen Knochenaufbau.

Sicherheit durch höchste Präzision

Diese moderne Behandlungsmethode steht für hohen Komfort und ist ideal für Patienten, die einen langwierigen Knochenaufbau und damit verbundener Einheilzeit vermeiden möchten. Der gewünschte Erfolg steht und fällt mit der Planung. Im Vorfeld ist hierbei eine 3-D Röntgenuntersuchung (DVT) unumgänglich.

Feste Zähne an einem Tag.

Foto: © Kurhan – stock.adobe.com

Diese Röntgendarstellung liefert ein präzises und dreidimensionales Bild des Kieferknochens sowie von Unterkiefernerv und Kieferhöhle. Ein spezielles Planungsprogramm überprüft im Röntgenbild mögliche Implantatpositionen, die einen zusätzlichen Knochenaufbau nicht notwendig machen und Nervverletzungen ausschließen können. Geeignete Positionen werden in eine präzise Operationsschablone übertragen, die ein millimetergenaues Implantieren ermöglicht.

Die hinteren Implantate, liegen für diese Methode besonders kennzeichnend, stark abgewinkelt im Kiefer, um Nerv oder Kieferhöhle zu umgehen und gleichzeitig für eine hohe Stabilität zu sorgen.

Neue, feste Zähne an einem Tag!

Bereits im Rahmen der ersten Voruntersuchungen können die neuen, festen Zähne in Form, Farbe und Passung anprobiert werden. Unser praxiseigenes, zahntechnisches Labor steht dabei kompetent und beratend zur Seite. Form und Position der zukünftigen, festen Zähne werden digital erfasst und während der Implantatplanung berücksichtigt. Eine präzise Planung und Vorbereitung vorab, macht es noch am selben Tag, nach Einsetzen der Implantate möglich, unsere Praxis mit attraktiven, festen und belastbaren Zähnen zu verlassen.

Wie werden Implantate eingesetzt?

Implantate als künstliche Wurzeln können bis ins hohe Alter unter lokaler Betäubung eingesetzt werden – selbstverständlich erst nach ausführlicher Beratung und Voruntersuchung. Für Patienten, die die Behandlung weniger intensiv wahrnehmen möchten, bieten wir auf Wunsch auch einen »Dämmerschlaf« an.

Wie lange halten Implantate?

Sorgfältige Pflege ist immens wichtig. Hierbei werden unsere Patienten durch ein individuell abgestimmtes Nachsorgeprogramm im Rahmen der Prophylaxe betreut. Dann können Implantate sehr lange halten.

Alpenüberquerung oder Großstadtdschungel?

STELLENANGEBOT

Wir suchen ab sofort

ZWEIRAD-MECHANIKER
(m/w/d)

mit Erfahrung für eigenverantwortliches Arbeiten in unserem Team.

Bewerbung und weitere Infos unter:
sportivo@sportivo-bikes.de

Bei uns finden Sie das passende E-Bike!

Foto: gmast3r – iStock

Sportivo
Fahrräder und mehr

Schwertstraße 43B
71065 Sindelfingen

Telefon 070 31 / 873 193
www.sportivo-bikes.de

Direkt gegenüber Breuningerland.
Elsässer Richtung Messehalle.

CENTURION CONWAY CUBE HAIBIKE i:SY SCOTT WINORA