

Gesundheitsmagazin
impulse

Ausgabe 2021
kostenloses Exemplar

Operationen mit
ROBOTER

Wohlfühlen
im Krankenhaus

Hebammen-
ausbildung
Vielseitig wie
neues Leben

Topthema

**BEWEGUNG
UND VER-
SCHLEISS**



Ihr persönliches Exemplar
Mit
impulse regional

mh|praxis für zahngesundheit 
dr. med. dent. maik häfner

Feste Zähne an einem Tag

All-on-4™ - die moderne Lösung für den zahnlosen Kiefer auf nur 4 Implantaten

Angst vor Zahnlosigkeit, fehlende Lebensqualität und schlecht sitzende Prothesen, gehören mit diesem modernen Behandlungskonzept der Vergangenheit an.

- ✓ nur 4 Implantate
- ✓ ohne Knochenaufbau
- ✓ eigenes Dentallabor
- ✓ komfortabel & effektiv
- ✓ mehr Lebensqualität
- ✓ für alle Patienten geeignet
- ✓ im Dämmer Schlaf möglich



© Robert Bissler

Ein Erfahrungsbericht von Susanne T (60) aus Ammerbuch:



Über 20 Jahre hinweg konnten mehrere Behandlungen den Verlust meiner Zähne leider nicht aufhalten, bis ich von der Möglichkeit: „Feste Zähne an einem Tag“ las. Von Dr. Häfner samt Team fühlte ich mich von

Anfang an gut beraten und aufgeklärt. Ich hatte während des gesamten Eingriffs keine Schmerzen und war überrascht, dass ich nach der Operation mit nur zwei Schmerztabletten zurecht kam. Nach der Operation, hatte ich 6 Stunden später neue feste Zähne, die sich sehen lassen können und mit denen ich wieder herzhaft zubeißen kann. Ich bin überglücklich, weil diese Technik mir wieder viel Lebensqualität zurück brachte.

Mehr Info auf
www.praxis-zahngesund.de

Friedhofstraße 54
71088 Holzgerlingen
Tel: 07031 | 740920



Liebe Leserin, lieber Leser,



einige von uns haben ein paar Kilo mehr auf den Rippen als noch vor ein paar Monaten – Corona sei Dank. Geschlossene Fitnessstudios und selbst auferlegte Quarantäne haben dazu geführt, dass wir uns weniger bewegt haben. Dabei braucht unser Körper Bewegung so sehr wie Nahrung und Schlaf. Menschen mit ernstesten Erkrankungen sollten sich ebenso in angemessenem Rahmen bewegen wie Menschen, deren Gelenke Verschleißerscheinungen aufweisen. Die unmissverständliche Forderung lautet immer: Bewegen Sie sich! Denn Bewegung fördert die Durchblutung und Sauerstoffversorgung, trainiert unseren ganzen Bewegungsapparat und schützt vor seelischen Verstimmungen.

Wir haben uns diesmal das Thema Bewegung und Verschleiß herausgepickt. In Deutschland sind immerhin etwa 5 Mio. Menschen als Arthrose-Patienten erfasst, und es gibt natürlich noch eine große Gruppe von Betroffenen, die zwar Gelenkschmerzen haben, damit aber (noch) nicht zum Arzt gehen. Im Übrigen sind es meist die Älteren, die darunter leiden, Jüngere sind in der Regel dann betroffen, wenn der Verschleiß auf eine Verletzung zurückzuführen ist.

Auch die Gebäude des Klinikverbunds Südwest weisen Verschleißerscheinungen auf, weshalb wir, wie Sie vielleicht der Presse bereits entnommen haben, in einem riesigen Erneuerungsprozess stecken: An jedem unserer sechs

Standorte bauen und sanieren wir umfassend. Wir erneuern dabei nicht nur die Bausubstanz, sondern passen auch die Strukturen, das Ambiente und allem voran die medizinischen Einrichtungen an die modernen Erfordernisse an und richten sie konsequent auf die Entwicklungen in Medizin und Forschung aus. Darüber können Sie ausführlich ab Seite 33 lesen.

Unter www.klinikverbund-suedwest.de können Sie sich auch im Internet informieren.



Für mehr Informationen über unsere Bauprojekte einfach den QR-Code mit dem Handy scannen.

Und natürlich finden Sie im Heft wieder eine bunte Mischung weiterer Themen, über chronischen Husten bei Kindern, Speiseröhrenkrebs und Schluckstörungen bis hin zur Vorstellung unseres Wahlleistungskonzeptes. Denn neben der Möglichkeit, die wahlärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen, kann jeder Patient, entweder durch persönliche Zuzahlung oder entsprechend der Leistung seiner Versicherung, auch die Wahlleistung *Unterkunft* oder die Wahlleistung *Speisen* in Anspruch nehmen. Gerade Letztere findet großen Anklang, zumal wir die Speisekarte auch um besondere Kostformen wie *Laktosearm*, *Geeignet für Diabetiker* oder *Vegetarisch*, sogar um *Vegan* erweitert haben.

Blättern Sie also einfach mal durchs Heft – es freut mich, wenn Sie viel Interessantes für sich entdecken.

Ihr

Martin Loydl
Kaufmännischer Geschäftsführer



3 EDITORIAL

TOPTHEMA

- 6 Unser Körper,**
die ungenutzte
Hochleistungsmaschine

- 10 Individualprothesen am Knie**

- 12 Hüftgelenk-Operationen**
Schonende Eingriffe gegen den
Schmerz

- 14 Knorpelregenerative Therapien**
Wenn der Stoßdämpfer zur Reparatur
muss

- 16 Arthrose oder ein Impingement-
Syndrom**
Schulter­schmerz ist nicht gleich
Schulter­schmerz

- 18 Schmerzhafter Gelenkverschleiß**
Zahn der Zeit

FOKUS MEDIZIN

- 21 Operationen mit Roboter**
Hier operiert der Mensch

- 23 Hebammenausbildung im
Klinikverbund**
So vielseitig wie das Leben

- 24 Doris Schässburger im Interview
über die Verwirklichung ihres
Kindheitstraums**
Die Ausbildung gehört zu den
bestbezahlten in Deutschland

- 26 Ambulante Regionalanästhesie**
Leichter aufwachen

28 Schluckstörungen

Wenn Schlucken nicht geht

30 Wahlleistungen

Im Krankenhaus wohlfühlen

36 Speiseröhrenkrebs

Eine Sache von Kunst und Können

38 Organspende

Sich schon zu Lebzeiten Gedanken machen

40 Chronischer Husten bei Kindern

Wenn der Husten nicht aufhört:
Hartnäckig oder schon chronisch?

IMPULSE regional

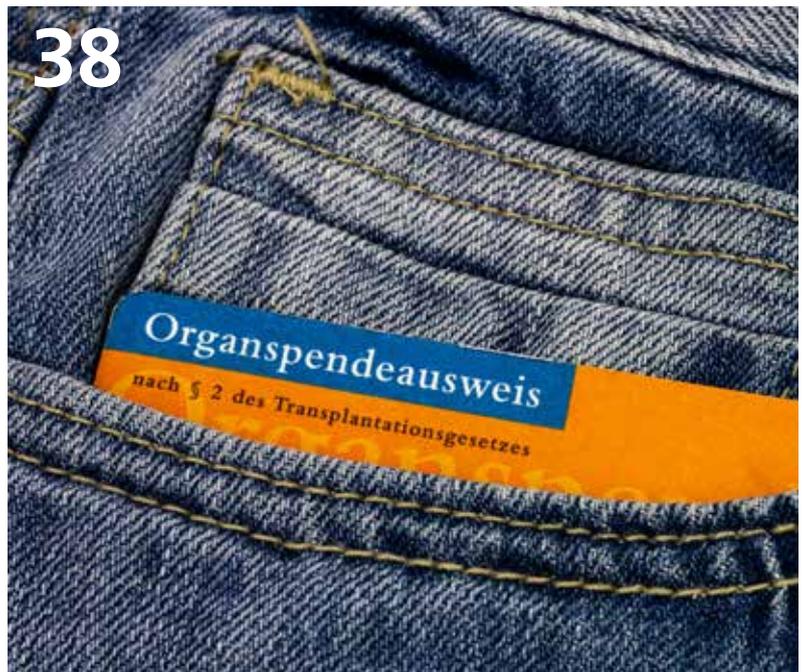
A Für Sie vor Ort

ZUKUNFT KRANKENHAUS

33 Baubericht im Klinikverbund Südwest

Es wird gebaut

42 KURZNACHRICHTEN



IMPRESSUM

impulse

Herausgeber: Klinikverbund Südwest GmbH

Verantwortlich:

Martin Loydl, Kaufmännischer Geschäftsführer
Ingo Matheus, Stabsstellenleiter Unternehmenskommunikation

Redaktion: Edda Karnowski

Art Direktion: Freework Grafik-Design GmbH, Möglingen

Lektorat: Korrekturbüro Burger, Tübingen

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

impulse erscheint zwei Mal im Jahr und ist kostenlos.

Titelbild: Guryanov Andrey_shutterstock

Bildquellen: Adobestock, cook medical, Foto-Grafikatelier Gudrun de Maddalena, iStockphoto, shutterstock,123rf.

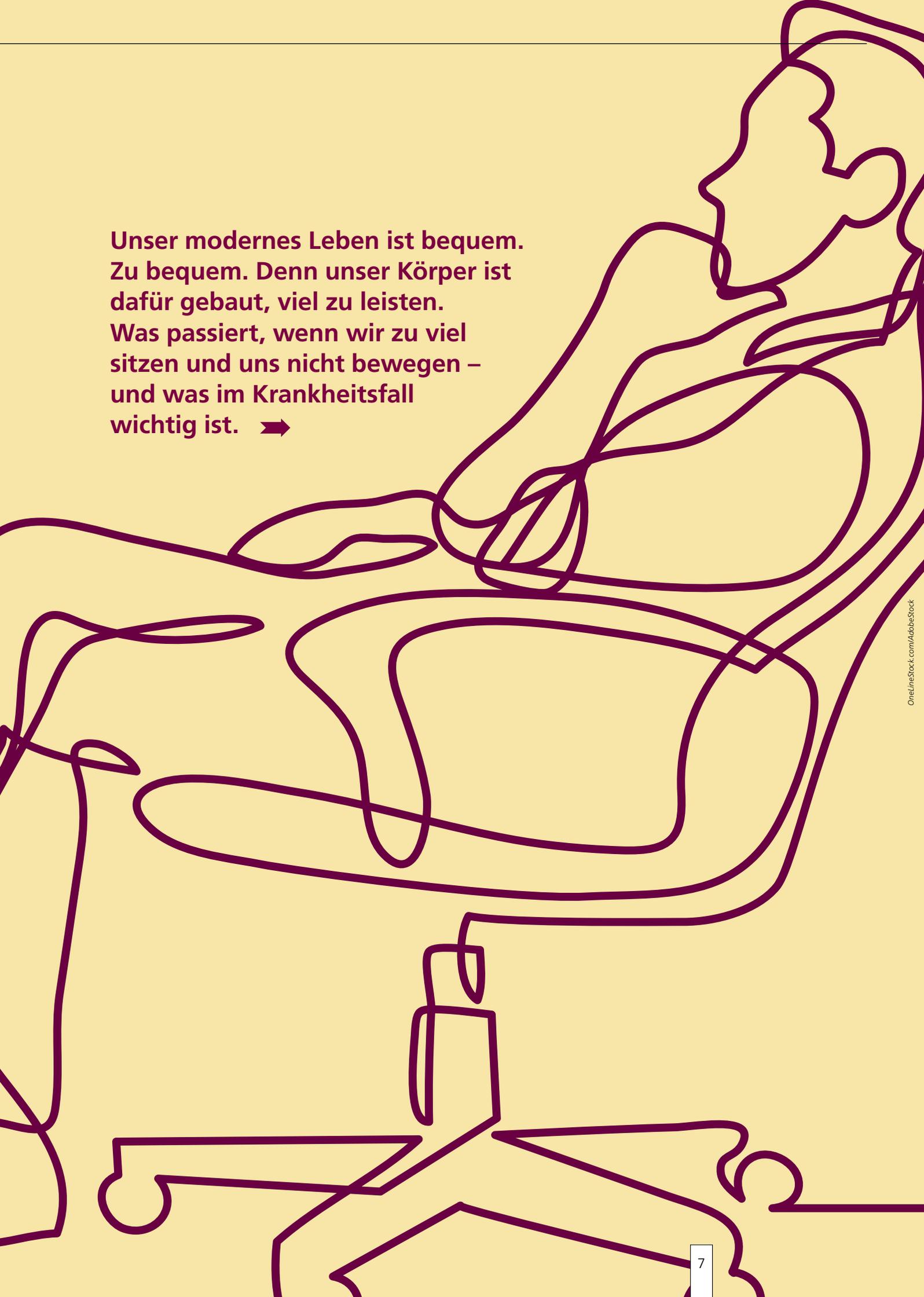
Im Sinne einer besseren Lesbarkeit verwendet die Redaktion Begriffe wie z. B. Patienten und Besucher geschlechtsneutral. Natürlich sind immer Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher gemeint.

UNSER KÖRPER,

DIE UNGENUTZTE
HOCHLEISTUNGS-
MASCHINE



Unser modernes Leben ist bequem.
Zu bequem. Denn unser Körper ist
dafür gebaut, viel zu leisten.
Was passiert, wenn wir zu viel
sitzen und uns nicht bewegen –
und was im Krankheitsfall
wichtig ist. ➔





Der Mensch ist gemacht, bis zu 30 Kilometer zu laufen – jeden Tag. Die allermeisten von uns erreichen gerade mal einen Bruchteil davon: Ein Büro-Angestellter legt im Alltag keine 1.000 Meter pro Tag zurück; in Zeiten von Homeoffice meist noch mal weniger.

Lieber sitzen wir – und zwar durchschnittlich sieben Stunden am Tag. Die Folge: Muskeln verkürzen sich, Knochen bauen ab. Da hilft auch eine Stunde Sport in der Woche nicht viel. Mehr noch: Der Körper verändert sich und wird krank. „Die Probleme sind seit zwanzig Jahren bekannt und heute noch dieselben“, sagt Prof. Dr. med. Martin Handel, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in Calw. „Die Generation ‚Computer‘ bewegt sich zu wenig und leidet deswegen häufig etwa unter Rückenschmerzen.“

IMMER WIEDER AUFSTEHEN

Dass Sitzen Gift für den Rücken ist, wissen diejenigen, die viel Zeit am Schreibtisch

verbringen. Verspannungen sind die ersten Anzeichen, es können aber auch Bandscheibenvorfälle passieren. Viel bringt dabei schon, möglichst oft die Sitzposition zu verändern.

Wichtigste Maßnahme: so oft wie möglich aufstehen.

Ständiges Sitzen führt auch dazu, dass wir sofort ermüden, wenn wir körperlichen Einsatz zeigen – Treppen steigen, Kisten schleppen und sich bücken sind plötzlich Tätigkeiten, die uns schnell aus der Puste bringen. Diese chronische Müdigkeit zwingt uns in einen Kreislauf von Fehlverhalten.

ABZÜGE IN DER „HALTUNGSNOTE“

Auch Muskeln und Haltung leiden unter ständigem Sitzen auf dem Stuhl. Wer viel sitzt, baut schneller Knochenmasse ab, auch die Muskulatur verkürzt sich oder schwindet. Die Folge bei Vielsitzern: Auf lange Sicht verkümmert die Beinmuskulatur. Werden Muskeln und Knochen

nicht beansprucht, verlieren sie an Kraft. Die Folge: Osteoporose – also schwache Knochen – und Atrophie. Auch das Risiko einer Zerrung oder eines Risses wächst, sobald der Muskel wieder arbeiten soll.

Auch eine falsche Haltung kann zum Problem werden. Verkrampfte Schultern bei der Bildschirmarbeit belasten die Muskulatur und führen zu Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich. Grund dafür ist die Dauerbelastung der zuständigen Haltemuskulatur, die eigentlich nur ausbalancieren, aber nicht tragen soll. Manch einer entwickelt dann Haltungsschwächen. Eine solche Schwäche wird dann zum Schaden, wenn sie zum Beispiel durch eine Verformung des Skeletts unumkehrbar wird.

BEWEGUNG AUCH NACH DER OP WICHTIG

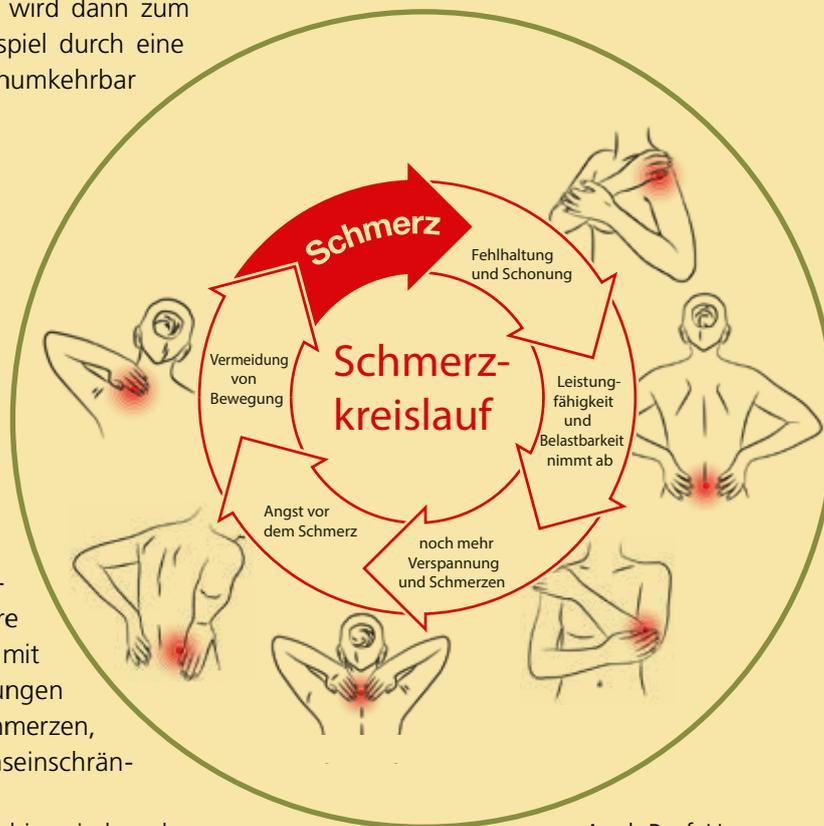
Die Medizin hat für diese Erkrankungen des modernen Lebens einen eigenen Sammelbegriff gebildet: Muskel-Skelett-Erkrankungen, kurz: MSE. Zu ihnen zählen degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule und der Gelenke sowie deren muskuläre Strukturen. MSE hängen eng mit physischen Fehlbeanspruchungen zusammen. Sie können zu Schmerzen, Beschwerden und Funktionseinschränkungen führen.

Dann sind zwangsläufig unfallchirurgische oder orthopädischen Eingriffe oder sogar Operationen vonnöten. Und egal, um welche Art von Eingriff es sich handelt: „Bewegung nach der OP ist enorm wichtig“, betont Prof. Dr. med. Stefan Kessler, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Sindelfingen und Leiter des Endozentrums Südwest. „Und zwar nach Möglichkeit bereits am Abend, spätestens am nächsten Morgen nach der Operation.“ Durch den steigenden Anteil der minimalinvasiven Technik bei Operationen werden Verletzungen der

Muskulatur und Schnitte minimiert, was eine schnelle Mobilisierung ermöglicht.

UNTER FACHLICHER ANLEITUNG

„Viele Patienten kennen das anders, etwa von früheren Operationen, bei denen teilweise noch mit Schnitten durch die Muskulatur gearbeitet wurde“, erklärt Prof. Kessler. Doch in den vergangenen 15 Jahren hat sich besonders bei der Technik viel getan – und auch die Methoden sind im Endozentrum Südwest, einem Zentrum der Maximalversorgung, besonders fortgeschritten.



Auch Prof. Handel betont: „Patienten müssen so schnell wie möglich aus dem Bett – das ist wichtig für Kreislauf und Muskulatur. Wer sich nicht bewegt, riskiert Komplikationen wie Thrombosen oder Harnwegsinfekte.“ Natürlich müsse dies unter Begleitung und Anleitung eines Physiotherapeuten geschehen – stationäre Teams in den Standorten des Klinikverbunds unterstützen bei den ersten Schritten.

Jonathan Fasel



Individualprothesen am Knie

Seit rund acht Jahren setzt Prof. Dr. med. Martin Handel, der Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an den Kliniken Calw, wo es möglich ist, auf Individualprothetik am Knie. Viele seiner Patienten bekommen einen perfekt auf sie abgestimmten Gelenkersatz oder Teilersatz.

Nach rund 600 Operationen resümiert Prof. Handel: „Das System hat keine Kinderkrankheiten.“ Damit fasst Prof. Handel seine eigenen Erfahrungen und die Ergebnisse erster Studien zum Thema Individualprothetik am Knie zusammen. „Es muss seltener noch mal operiert werden.“ Zum Vergleich hat er Zahlen parat: Nach durchschnittlich fünf Jahren waren es in Großbritannien 1,8 Prozent bei individuell angefertigten Gelenken und 2,2 Prozent bei den

Standardmodellen. Die Erklärung liefert er auch gleich mit: „Dadurch, dass das Implantat perfekt passt, sind die Bänder stabil. Es wackelt nichts und es reibt nichts.“ Außerdem wurde in der Calwer Klinik bisher keine einzige Gelenkinfektion in Zusammenhang mit bzw. innerhalb eines Jahres nach dieser Operation verzeichnet. Zusätzlich zur individuellen Prothese geht der Operation auch immer eine genaue Planung voraus, an welcher Stelle man wie viel vom Knochen

entfernen muss. Der Knochen wird vom Implantat zu nahezu hundert Prozent abgedeckt. Das Implantat ist auch etwas dünnwandiger bei gleicher Stabilität im Vergleich zu einer Standardprothese. So lassen sich der Knochen- und der Blutverlust auf ein Minimum reduzieren. „Das wirkt sich natürlich auch positiv auf den gesamten Kreislauf aus. Die Patienten sind schneller wieder fit und können zügig aus dem Krankenhaus in die Reha entlassen werden.“

Aber noch mal zurück auf Anfang: Wenn das Kniegelenk nicht mehr richtig mitspielt, ist häufig Arthrose die Ursache. Eine Knieprothese kann die Beschwerden beseitigen. Seit etwa vierzig

Jahren sind Mediziner in der Lage, in solchen Fällen das Kniegelenk durch ein künstliches zu ersetzen. Es funktioniert und hat schon vielen Patienten geholfen. Auch kann statt des ganzen Gelenks nur ein Teil der abgenutzten Oberfläche ersetzt werden. Etwa wenn die Arthrose nur auf der Innenseite des Knies sitzt. Der Teilersatz wird auch Schlittenprothese genannt. Perfekt sitzen werden diese Standard-Modelle aber oft nicht, denn die klassische Prothese ist weitgehend symmetrisch, das Knie ist es aber nicht. So kann sie an einer Seite gut passen, auf der anderen Seite aber zu kurz sein oder überstehen – und möglicherweise später zu Problemen führen. Ein gutes Argument für die Individualprothetik am Knie. Aber: „Nach wie vor ist es so, dass für eine individuell angefertigte Kniegelenks-Prothese eine medizinische Begründung vorliegen muss, wie etwa anatomische Besonderheiten“, so Prof. Handel. Nur dann bezahlen die Krankenkassen die Mehrkosten des Eingriffs. Er vermutet allerdings, dass sich das in Zukunft ändern könnte, aufgrund der

„Dadurch, dass das Implantat perfekt passt, sind die Bänder stabil. Es wackelt nichts und es reibt nichts.“

Ergebnisse von Langzeitstudien. Denn am verwendeten Material für die Prothesen hat sich nichts geändert, lediglich die Form der Prothese ist individuell geworden.

Das hören vor allem Prof. Handels sportbegeisterten Patienten gerne. Wie er aus seinem Alltag berichtet, haben viele Freunde der Bewegung Sorge, nach einer Knie-Operation nicht mehr leistungsfähig zu sein oder zumindest sehr eingeschränkt. Das kann Prof. Handel beim Großteil seiner Patienten nicht bestätigen. Natürlich müsse man immer beachten, dass das Knie operiert wurde, aber Sport sei nach der Reha-Phase meistens möglich und sogar ratsam. „Die Muskulatur zu trainieren ist wichtig und bringt dem Knie Stabilität. Auch vor einer Operation ist

es hilfreich, die Muskeln in Bewegung zu halten.“ Prof. Handel rät zu Spaziergängen oder Schwimmen, sobald die Wunde abgeheilt ist. Und noch ein wichtiger Tipp: Große Hitze im Sommer oder zu warmes Wasser sollten im Sinne des Heilungsprozesses gemieden werden.

In der Reha nach einer Kniegelenksoperation zeige sich tendenziell eine sehr schnelle Genesung bei Patienten mit individuellem Gelenkersatz. Der Fortschritt des Heilungsprozesses richtet sich aber immer auch nach den Menschen, ihrem Gesamtzustand und ihrer Motivation. Rund sechzig Prozent der Patienten mit Individualprothesen berichten, der Gelenkersatz fühle sich an wie das eigene, natürliche Gelenk. „Auch als Arzt hat man das Gefühl“, erzählt Prof. Handel, „ein richtiges Kniegelenk in der Hand zu haben.“

Christine Strienz



HÜFTGELENK-OPERATIONEN

SCHONENDE EINGRIFFE GEGEN DEN SCHMERZ

Innovative patientenfreundliche Endoprothetik – diesen Begriff hat sich das Endozentrum Südwest in Sindelfingen groß auf die Fahnen geschrieben. Doch was genau verbirgt sich dahinter?

„Die innovative patientenfreundliche Endoprothetik besteht aus vier Schwerpunkten, die sich in unserer Arbeit widerspiegeln“, erläutert Prof. Dr. med. Stefan Kessler, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Sindelfingen (OKS) und Leiter des Endozentrums Südwest. „Alle vier Schwerpunkte haben eines zum Ziel: Unsere Patienten sollen wieder ohne Schmerzen am Leben teilnehmen können.“

OHNE GROSSE SCHNITTE IN DER MUSKULATUR

Der erste Schwerpunkt zielt auf die individuelle OP-Technik. „Wir arbeiten immer dann minimalinvasiv, wenn das beim jeweiligen Patienten möglich ist“, erklärt Professor Kessler. Die gute Nachricht: Bei Hüft-Operationen sind das mittlerweile weit über 95 Prozent. Denn dort können Operateure eine anatomische Lücke nutzen, sodass die Muskulatur nicht oder kaum geschädigt werden muss. „Das ist ein Quantensprung in der Mobilisierbarkeit und im Komfort für Patienten“, betont Kessler.

Eine künstliche Hüfte galt lange Zeit als echte Einschränkung. Mit verbesserten Operationsmethoden und Prothesen bieten sich für schmerzgeplagte Patienten neue Chancen – besonders in Kombination mit der Expertise des Endozentrums Südwest.

Aber auch bei den Prothesen hat sich in den vergangenen Jahren viel getan. Das Endozentrum setzte dabei auf Prothesenmodelle für Knie und Hüfte, die nachgewiesen sehr gute Langzeitresultate vorweisen. „Wir sprechen hier von Standzeiten von zwanzig Jahren und darüber hinaus – ein ganz wichtiger Aspekt für Patienten“, sagt Professor Kessler. Zudem achtet das Team des Endozentrums Südwest auf hohe Gewebeverträglichkeit, also Prothesen aus Keramik und Titan an der Hüfte.

SO WENIG BLUT WIE MÖGLICH VERLIEREN

Der dritte Schwerpunkt liegt im Minimieren des Blutverlustes. „Damit erreichen wir eine höhere Sicherheit für unsere Patienten, denn bei Fremdblut bleibt immer ein Restrisiko – deswegen sollte das möglichst vermieden werden“,

erklärt Kessler. „Wir haben eine Transfusionscheckliste etabliert, wodurch unsere Ärzte klare Handlungsanweisungen für jede Eventualität erhalten.“ Auf diese Weise konnte der Blutverlust signifikant verringert werden, weil nun das gesamte Team zu jedem Zeitpunkt anhand objektiver Kriterien weiß, wie vorzugehen ist.

Zudem werden Blutreserven des Patienten bereits vor der Operation gestärkt – im Falle einer Blutarmut auch mal mit speziellen Eisenpräparaten. Professor Kessler erklärt: „Wir tun im Vorfeld alles, um die Eigenreserven des Patienten zu stärken.“ Und auch während des Eingriffs wird alles unternommen, um den Blutverlust möglichst klein zu halten – etwa mithilfe bluthemmender Medikamente wie Tranexamsäure. Wenn durch Schnitte trotzdem Blut verloren geht, wird es mit einem sogenannten Cell-Saver-System aufgefangen, hochwertig gereinigt und wieder dem Körper zugeführt.

TIEFGRÜNDIGE REINIGUNG FÜR MINIMALE KEIMBELASTUNG

Der vierte und letzte Schwerpunkt ist die Keimreduzierung. „Hier gehen wir im Endozentrum Südwest über das normale Maß hinaus, weil wir überzeugt sind, damit einen wichtigen Beitrag für das Wohl und die Gesundheit der Patienten zu leisten“, unterstreicht Professor Kessler. Denn: „Der Mensch hat mehr Bakterien auf sich als Körperzellen in sich.“

Vier Tage vor der Operation also beginnt der Reinigungsprozess – und zwar bereits zu Hause. Patienten erhalten aus der Apotheke Dusch-Sets mit speziellen keimreduzierenden Mitteln. Damit waschen sie sich täglich am ganzen Körper und an den Haaren. Hinzu kommt ein Nasen-Gel – denn die Nase ist ein Reservoir für Risikokeime. „Die letzte Waschung findet dann am Morgen vor der OP statt“, sagt Professor Kessler. Die Zahlen sprechen für sich: „Die Datenlage aus unterschiedlichen Studien zeigt ganz klar: Sinkt die Keimbelastung, dann minimieren wir so das Infektionsrisiko weiter.“

MIT SCHONENDEN METHODEN IN DIE SPITZENGRUPPE

Mit diesen vier Verfahren und Schwerpunkten für eine innovative patientenfreundliche Endoprothetik nimmt das Endozentrum Südwest einen Platz in der Spitzengruppe in Deutschland und Europa ein. Deswegen ist es mittlerweile ein sogenanntes Endozentrum der Maximalversorgung – das bedeutet, dass das Team eine optimale Versorgung von Patienten gewährleisten kann. In regelmäßigen Zertifizierungsverfahren durch unabhängige Stellen wird dies immer wieder aufs Neue belegt.

Und auch die Fallstatistiken geben Prof. Dr. Stefan Kessler und seinem Team recht: In Sindelfingen werden mittlerweile jährlich über tausend künstliche Prothesen implantiert – mit viel Erfahrung und klarer Methodik zum Wohle des Patienten.

Jonathan Fasel



KNORPELREGENERATIVE

THERAPIEN

Wenn der Stoßdämpfer zur Reparatur muss

Bei Haut und Knochen besteht kein Zweifel: Gleich den Köpfen der mythologischen Hydra wachsen sie bei einer Verletzung immer wieder nach. Doch gilt das auch für beschädigtes Knorpelgewebe?

Zwei Knochen miteinander verbindend, übernimmt der Knorpel im Gelenk die Funktion eines Stoßdämpfers: Sämtliche Bewegungen federt das elastische Stützgewebe ab und macht dabei so einiges mit. Im Laufe der Jahre jedoch kann sich das Bindegewebe abnutzen, durch Sportverletzungen oder eine Hämophilie (Bluterkrankheit) Schaden nehmen. Auch Morbus Ahlbäck – ein Knocheninfarkt im Knie – führt dazu, dass sich der Knorpel vom Knochen löst.

Und was dann? Ist das Gewebe für immer verloren? Prof. Stefan Kessler, Chefarzt der Orthopädischen Klinik Sindelfingen, schenkt den Betroffenen Hoffnung: „Wenn es sich

um eingegrenzte Defekte handelt, dann sind Knorpelschäden teilweise therapierbar.“ Die Voraussetzung: „Die Masse der Umgebung muss intakt sein, die Knorpelwälle müssen stehen.“

Mikrofrakturierung

Bei einem kleinen Defekt bis zu einem Quadratzentimeter Größe ist die Mikrofrakturierung im Rahmen einer Gelenkspiegelung das Verfahren der Wahl, wie Prof. Martin Handel, Chefarzt der Calwer Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, weiß. Auch seine Kollegen in Sindelfingen und Leonberg bieten den gelenkerhaltenden Eingriff am Knie an. Dr. Michael Sarkar, der die Leonberger Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

leitet, erklärt: „Man durchbohrt dabei mehrfach mit einem feinen Draht die Grenzschicht zum Knochen, sodass es zu einer Einblutung kommt.“ Die Stammzellen im Blut bilden dort dann eine neue Schicht aus Faserknorpel. „Der ist biomechanisch etwas minderwertiger als der originäre Gelenkknorpel“, stellt Prof. Kessler fest. „Hyaliner Knorpel hat bessere Gleiteigenschaften.“ Da die Mikrofrakturierung jedoch minimalinvasiv durchgeführt werden kann, ist sie den aufwendigeren Eingriffen bei kleinen Defekten vorzuziehen.

Mosaikplastik

Ein weiteres knorpelregeneratives Verfahren für kleinere



wilderpixel/Stock



Schäden ist die Mosaikplastik, die Prof. Kessler in Sindelfingen anbietet. „Hier transplantieren wir einen Knorpel-Knochenzylinder aus einem nicht belasteten Areal des Gelenks in die Belastungszone“, erklärt der Orthopäde und vergleicht das Vorgehen mit der Ausbesserung einer Schadstelle im Teppichboden: „Man stanzt das Loch in der Hauptzone aus, geht hintern Schrank, wo es niemand sieht, stanzt dort ein Stück Teppichboden in derselben Größe aus und setzt es dann in der Hauptzone ein.“

Autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT) und Autologe Matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC)

Ist der Knorpelschaden größer, kann eine Autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT) durchgeführt werden. Hierfür entnimmt der Arzt in einem ersten operativen Eingriff etwas körpereigene Knorpelzellen (Chondrozyten), die in einem Kulturmedium vermehrt und dann auf eine Folie aufgebracht werden. Diese wird

in einem zweiten Schritt über den Defekt genäht, sodass sich dort nach und nach hyalinartiger Knorpel bilden kann.

Häufig haben es die Orthopäden mit größeren Knorpelschäden zu tun, die eine Fläche von vier Quadratzentimetern jedoch selten überschreiten. Hier, erklärt Prof. Handel, bietet sich die Autologe Matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) an, die der ACT bei Defekten dieser Größe gleichwertig sei. Der Vorteil: „Man benötigt nur eine OP.“ Statt Knorpelzellen zu entnehmen, bohrt man winzige Löcher in den Knochen und legt darüber eine Membran aus tierischem Kollagen, in die dann Stammzellen einbluten und sich unter Bewegungstherapie zu Knorpelmasse ausdifferenzieren können. „Je jünger der Patient ist, desto eher kommt das an hyalinen Knorpel heran. Je älter er ist, desto mehr Faserknorpel entsteht“, erklärt der Chefarzt und berichtet, dass sich dieses

Verfahren nicht nur fürs Knie, sondern auch fürs Sprunggelenk eignet.

Nicht lange zuwarten

Scheiden knorpelplastische Maßnahmen als Behandlungsoption aus, lässt sich – etwa bei innenbetonter Arthrose – die Beinachse korrigieren, um so die Last im Knie gleichmäßiger zu verteilen. Auch eine Schlittenprothese kann in Betracht gezogen werden, sofern sich die Arthrose nur auf einen Teilbereich des Kniegelenks beschränkt. Ist hingegen das Gesamtgelenk betroffen, bleibt allein die Versorgung mit einer Totalendoprothese.

Möglichst zeitnah saniert werden sollten Knorpeldefekte immer dann, wenn sie therapierbar sind. „Das betrifft in der Regel jüngere Menschen bis zur Lebensmitte, denn die Verfahren zur Knorpelregeneration basieren darauf, dass der Knorpel ein Potenzial zur Erholung hat“, erklärt Dr. Sarkar. Bei fortgeschrittener Arthrose hingegen entscheidet allein der Leidensdruck des Patienten. Wer gerne warten möchte, kann die Zeit bis zur endoprothetischen Versorgung – mithilfe einer Achskorrektur hinauszögern.

Nadine Dürr





SCHULTERSCHMERZ ≠ SCHULTERSCHMERZ

Arthrose oder ein Impingement-Syndrom – nur allzu oft werden Schulterschmerzen diesen beiden Ursachen zugeschrieben und oftmals Operation und Gelenkersatz als einzige Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen.

Aber Dr. Markus Heinichen betont: „So komplex wie die Anatomie des Schultergelenks können auch die Beschwerden und Krankheitsbilder sein.“ Der neue Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Leonberg weiß, wovon er spricht. Er hat seinen Schwerpunkt auf die Ellenbogen- und Schulterchirurgie gelegt und sagt: „Nur wenn man die Pathologie des Schulterschmerzes richtig erkennt, kann man die richtige Therapie durchführen.“ Diese bietet einen bunten Strauß an Möglichkeiten – und zwar bevor überhaupt an eine Operation oder gar an den Einsatz einer Prothese nachgedacht werden muss.

Aufgrund der genannten „Komplexität“ von Schultergelenk und Schulterschmerz ist es unabdingbar, dass Anamnese und Diagnose sorgfältig und vor allem differenziert angelegt werden. „Natürlich bringt es dem Patienten in einem ersten Schritt die Schmerzfreiheit zurück, wenn wir ihm den entzündeten Schleimbeutel arthroskopisch entfernen“, sagt Dr. Heinichen. Doch er relativiert direkt selbst: „Wenn wir nicht die Ursache behandeln, entzündet sich der nachwachsende Schleimbeutel innerhalb kürzester Zeit wieder und die Schmerzen kehren zurück.“ Ein ähnlicher Teufelskreis entsteht, wenn einzig die

Diagnose „Impingement-Syndrom“, in Anlehnung an das Schulterdach auch subacromiales Engpass-Syndrom genannt, in Betracht gezogen wird. Dabei verengt sich der Raum zwischen Oberarmkopf und Schulterdach derart, dass die dort verlaufenden Muskeln und Sehnen oder die dort sitzenden Schleimbeutel eingeklemmt werden. Wird die Schulter bewegt, treten Schmerzen auf. Diese können durchaus auch im Ruhezustand auftreten und strahlen mitunter bis in die Arme aus. „Zweifellos handelt es sich beim Impingement-Syndrom um die häufigste Erkrankung im Schulterbereich“, betont Dr. Heinichen. Dennoch muss einerseits die Therapie ganz individuell auf den Patienten zugeschnitten werden, andererseits sollten aber immer auch andere Ursachen für die Schulterschmerzen ausgeschlossen werden. Er empfiehlt deshalb, zusätzlich zu Ultraschall- und Röntgenuntersuchung auch eine Sonografie, vor allem aber eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchzuführen. „Sollten die Schmerzen in Folge einer Sehnenveränderung oder sogar eines Sehnen Schadens auftreten, so können wir das im MRT sichtbar machen“, sagt Dr. Heinichen.

Gleiches gilt für entzündete Schleimbeutel. Einzig eine Entzündung des Schultergelenkes kann damit nicht sichtbar gemacht werden. Häufig kann die adhäsive Kapsulitis, umgangssprachlich besser bekannt als Schultersteife oder „eingefrorene Schulter“, erst dann zweifelsfrei diagnostiziert werden, wenn zu den sich allmählich steigenden Schmerzen auch eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des Gelenks kommt. Die Gelenkentzündung selbst heilt von selbst wieder aus – allerdings kann dies einige Zeit in Anspruch nehmen. Schmerzlindernde Medikamente helfen dabei, Dehn- und vorsichtige Bewegungsübungen bringen die Beweglichkeit zurück. Nicht nur im Fall der Schultersteife gilt: „Wenn die Schmerzen nicht infolge eines Unfalls oder Sturzes auftreten, sollte die Therapie immer mit einer konservativen Behandlung beginnen“, sagt Dr. Heinichen. Begleitend zur medikamentösen Behandlung mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder mit Injektionen ist die

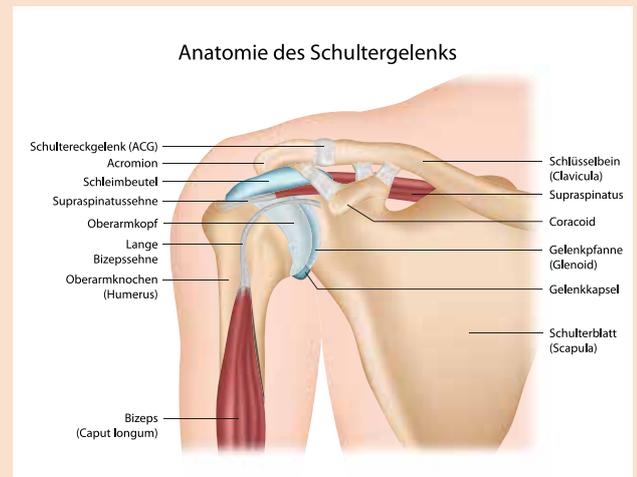
Physiotherapie ein unabdingbarer Eckpfeiler der nicht-operativen Behandlung. Zudem spielt oft der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle. „Die Schulter ist extrem nachtragend“, bringt es Dr. Heinichen auf einen einfachen Nenner.

Wird die Behandlung nicht konsequent zu Ende gebracht, droht in den allermeisten Fällen innerhalb kürzester Zeit ein Rückfall, die Schmerzen kommen wieder zurück.

Neben Arthrose, der alters- oder berufsbedingten Abnutzung oder dem schon genannten Engpass-Syndrom können auch eine Rotatorenmanschettenruptur oder eine Kalkschulter für die Schulterschmerzen verantwortlich sein. Von Letztgenannter sind mehr Frauen als Männer betroffen. Die Kalkablagerung selbst oder auch ein abgeplatztes Kalkdepot können zu einer Sehnenreizung und später einer Sehnenentzündung in der Rotatorenmanschette führen. Auch hier kommt zu den Schmerzen eine Bewegungseinschränkung dazu, doch anders als beim Impingement-Syndrom muss hier in der akuten Phase die Schulter ruhiggehalten werden. Reicht die konservative Behandlung nicht aus, kann die Kalkablagerung mittels einer Arthroskopie entfernt werden. Ein solcher minimalinvasiver Eingriff wird auch im Falle einer Ruptur durchgeführt, sofern diese infolge eines Traumas auftritt oder wenn mit dem Alter auch der Defekt fortschreitet.

Der Oberarzt der Leonberger Unfallchirurgie fasst kurz und treffend das Wesentliche zusammen: „Ordentliche Diagnose – gute Prognose!“

Sabine Haarer



SCHMERZHAFTER GELENKVERSCHLEISS

ZAHN DER ZEIT

Als Shakespeare vom inzwischen allzeit bekannten „Zahn der Zeit“ geschrieben hat, dachte er wohl weniger an Gelenke und Knorpel. Doch auch an diesen gehen die Jahre nicht spurlos vorbei, die Arthrose zählt zu den häufigsten Gelenkerkrankungen überhaupt.

Und die tritt vor allem mit fortschreitendem Alter auf. Natürlich können auch Verletzungen, eine genetische Veranlagung, anatomisch bedingte Fehlbelastungen, Übergewicht oder Autoimmunerkrankungen wie Diabetes und Rheuma Ursache für eine Arthrose sein. Doch vorrangig leiden vor allem ältere Menschen unter der Gelenkerkrankung, mehr als die Hälfte der über 70-Jährigen ist davon betroffen. Häufig macht sich die Arthrose zunächst an Knie- und Hüftgelenken bemerkbar,

sie sind am häufigsten und stärksten belastet. „Durch den Gelenkverschleiß und den zunehmenden Verlust der Knorpelsubstanz hat der Patient Schmerzen“, erläutert Dr. Dirk Ruhe. Die Schmerzen treten erst unter Belastung, später auch in Ruhephasen auf. Der Patient beginnt, das schmerzende Gelenk zu schonen. Was zur Folge hat, dass einerseits die anderen Gelenke falsch, vor allem aber übermäßig belastet werden. „Andererseits bewirkt die Schonung, dass der verbliebene Knorpelanteil schlecht durchblutet wird und seine Schutzfunktion vollends verliert“, sagt der Bereichsleiter der Endoprothetik und leitende Oberarzt der Chirurgie im Herrenberger Krankenhaus. Ein wahrer Teufelskreis, der nur schwer durchbrochen werden kann.

Damit die Betroffenen gar nicht erst in diese Abwärtsspirale geraten, ist eine frühe Diagnose der Arthrose und entsprechend auch ein frühzeitiger Behandlungsbeginn unabdingbar. Was aber keinesfalls bedeutet, dass der Patient immer und direkt operiert werden muss oder sofort auf einen künstlichen Gelenkersatz angewiesen ist. „Nur dann, wenn die Beschwerden so groß werden, dass der Patient in der Ausübung seines Alltags eingeschränkt wird, ist eine Indikation für eine Operation gegeben“, nennt

HARALD KOGEL

Innovative Konzepte für mehr Mobilität



Wir sind anders!

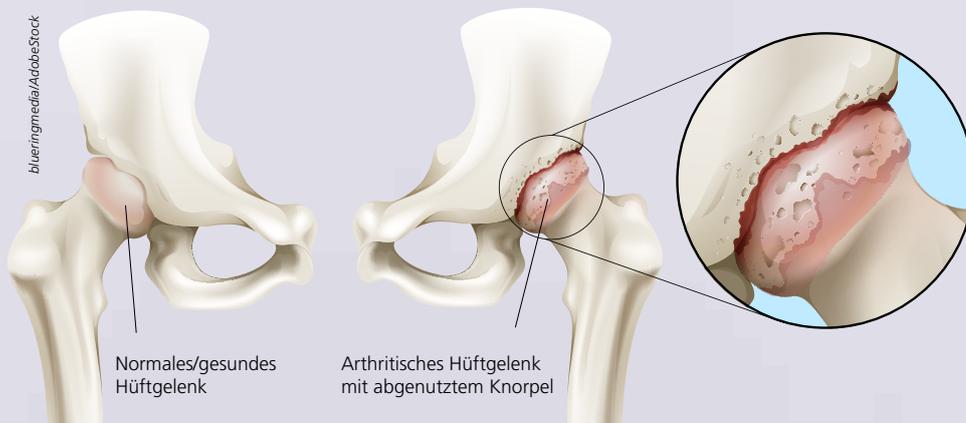
34 Jahre
Klinik-Partner

- ▶ **Orthopädie-Technik**
- ▶ **Rehabilitations-Technik**
- ▶ **Sanitätshaus**

**Ihr kompetenter Partner bei der Versorgung
mit Hilfsmitteln für Rehabilitation, Mobilität und
Pflege zu Hause und in Kliniken.**

Maichinger Straße 54 | 71063 Sindelfingen
Telefon 07031-803373 | Fax 07031-806041
www.kogel-orthopaedie.de | info@kogel-orthopaedie.de

Arthritis des Hüftgelenks



Dr. Ruhe ein ganz entscheidendes Kriterium. Treten hingegen die Schmerzen „nur“ im Ruhezustand auf, kann sich der Patient also nahezu schmerzfrei bewegen und hat zudem nur wenig von seiner Beweglichkeit eingebüßt, so rät der Oberarzt zunächst von einem Gelenkersatz ab. Einerseits, weil die Bandbreite der konservativen Behandlungen einen bunten Strauß an Möglichkeiten bereithält und der Knorpelverlust in sehr vielen Fällen auch ohne Operation sehr gut kompensiert werden kann. Andererseits sollte vor allem bei jüngeren Patienten die Standzeit der Prothese immer mitbedacht werden. „Standzeit“ meint die Spanne zwischen dem Einsetzen des künstlichen Gelenks und dem Zeitpunkt, an dem eine Lockerung eintreten kann. Trotz modernster Operationstechniken und hochqualitativen Prothesen beträgt die Standzeit durchschnittlich 15 bis 20 Jahre. Um beim Tausch die neue Prothese fest einsetzen zu können,

braucht es ausreichend Knochenmasse. Der Eingriff kann somit keineswegs beliebig oft wiederholt werden, der Einsatz eines künstlichen Gelenks sollte deshalb so lange wie möglich verzögert werden.

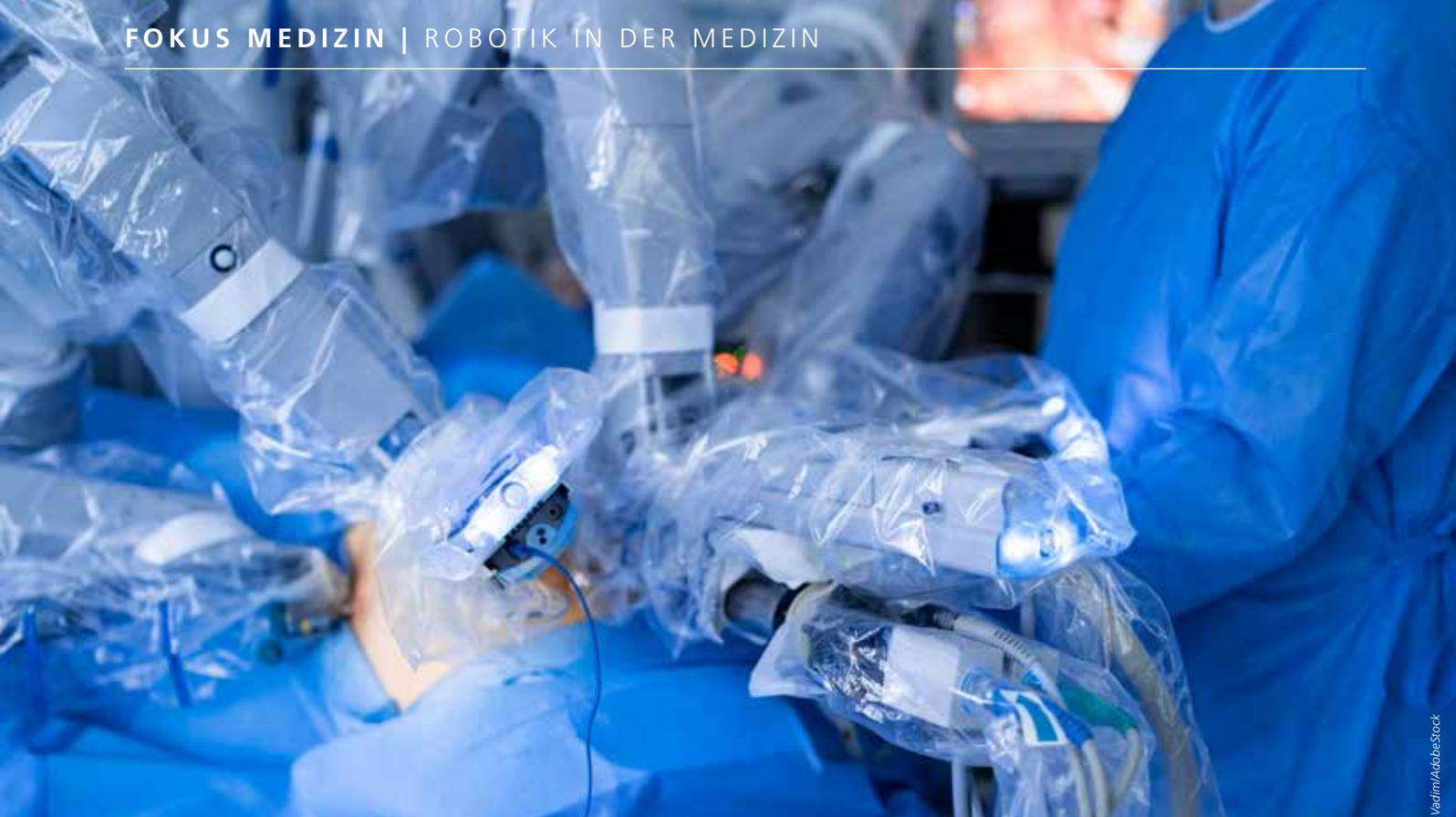
Möglich wird das unter anderem durch eine individuelle Schmerztherapie. Medikamente oder Infiltrationen – dabei werden schmerz- und entzündungshemmende Medikamente mittels Spritze direkt injiziert – tragen zur Linderung bei und machen die Physiotherapie wieder hilfreich. Speziell angefertigte Schuheinlagen können Abhilfe schaffen. Kleine, isolierte Knorpeldefekte können durch eine Mikrofrakturierung behandelt werden. Die Knorpeltransplantation steht eine Behandlungsoption dar, und mitunter trägt allein die arthroskopische Korrektur von Fehlstellungen dazu bei, das Fortschreiten einer Arthrose zu verhindern.

Reicht die konservative Behandlung letztendlich

doch nicht oder nicht mehr aus und muss ein künstliches Gelenk eingesetzt werden, so ist die „ganzheitliche Planung der Operation“ das A und O. „Die Vorerkrankungen des Patienten müssen ebenso beachtet werden wie seine Knochendichte und sein Alter“, erklärt Dr. Ruhe. Zudem müssen jeweils die berufsbedingten Beanspruchungen sowie sportliche Vorlieben in den Blick genommen werden. „Unser Ziel ist, dass der Patient mit der Prothese wieder in seinen normalen Alltag zurückkehren kann“, betont der Bereichsleiter der Herrenberger Endoprothetik. Augenzwinkernd schiebt er hinterher: „Auch wenn wir dem Patienten mit dem künstlichen Hüftgelenk vom Skispringen dringend abraten, so soll er doch wenigstens wieder schmerzfrei Ski fahren können.“

Grundsätzlich steht jeder operative Eingriff unter dem Motto „Weniger ist mehr“. Individuell angepasste Prothesen tragen entscheidend dazu bei, dass möglichst wenig Knochensubstanz abgetragen werden muss. Überall dort, wo dies möglich ist, wird auf einen Komplettersatz verzichtet. „Ist die Bandstabilität noch gewährleistet, kann bei einer Knieprothese die schonendere Teilersatz-Variante gewählt werden“, nennt Dr. Ruhe nur eines von vielen Beispielen aus dem Alltag im Herrenberger Krankenhaus.

Sabine Haarer



Vadim/AdobeStock

Mit maximaler Präzision durchs Schlüsselloch

HIER OPERIERT DER MENSCH

Das Zeitalter der Robotik in der Medizin ist längst angebrochen. Seit über zehn Jahren arbeiten Operateure im Klinikverbund mithilfe von Robotern – und seit 2020 stärker denn je. Wir zeigen den Ablauf einer solchen Operation und welche Vorteile sie hat.

Operationen mit Roboter – heißt das, sein Wohl in die Hände einer Maschine legen?

Nein! Denn nicht der Roboter operiert, sondern er wird von einem erfahrenen Arzt gesteuert. Und minimalinvasive Methoden sind auch schon länger im Einsatz. Robotergestützte Operationen wie mit dem DaVinci, wie er im Klinikverbund eingesetzt wird, sind also eine logische Folge des steten technischen Fortschritts in der Medizin.

„Durch Laparoskopie, die sogenannte Schlüsselloch-Operation, wurden die Verfahren schonender. Durch die Robotik kommt nun

zusätzliche Präzision ins Spiel“, sagt Prof. Dr. med. Stefan Benz, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Kinderchirurgie in Böblingen. Er ist einer der Verfechter des robotergestützten Operierens: „Die Robotik ist der Einstieg in die Digitalisierung der Chirurgie. Möglich sind damit in Zukunft Assistenz- und Unterstützungssysteme, wie wir sie vom Autofahren kennen. Aber auch Simulationen von Operationen werden so möglich. Wie in der Fliegerei wird dies für die Ausbildung und für das Training von seltenen Operationen oder kritischen Situationen eine entscheidende Rolle spielen.“

Ablauf: Kaum Unterschiede für Patienten

Im Grunde verläuft eine DaVinci-Operation wie jede andere auch: „Der Patient wird in Vollnarkose versetzt, auf dem OP-Tisch gelagert und steril abgewaschen“, erklärt Prof. Dr. med. Thomas Knoll, Chefarzt der Urologischen Klinik Sindelfingen, der seit über einem Jahrzehnt mit dem DaVinci arbeitet. „Anschließend werden die sogenannten Trokare, also die Röhrchen zum Einführen der Instrumente, gesetzt.“ Dann folgt das Andocken des sogenannten DaVincis an den Patienten, die Greifarme des Roboters werden an den Führungshülsen arretiert und die Operationsinstrumente, Faszangen und Scheren durch die Führungshülsen in den Operationsbereich eingebracht.

Schließlich beginnt die eigentliche Operation: Der Operateur sitzt neben dem Patienten an einer Steuerungskonsole, während der Assistent am Patienten Instrumente wechselt und Nahtmaterial anreicht. „Der Roboter wird dabei direkt vom Operateur gesteuert, als wären seine Hände in Miniatur im Bauchraum“, erklärt Prof. Dr. Daniel Kauff, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie in Nagold. „Diese ‚Hände‘ sind sehr beweglich, mit sieben Freiheitsgraden – deutlich besser als jedes Handgelenk. Das kann nur ein Roboter.“



Ein weiterer Vorteil ist die gute Sicht: „Der Operateur hat eine volle 3D-Sicht des Bauchraums, was die Orientierung deutlich verbessert. Man ist mittendrin statt nur dabei und bekommt ein besseres räumliches Verständnis der Anatomie des Patienten.“ Zum anderen gibt es durch den DaVinci einen zehnfachen Vergrößerungseffekt. Prof. Kauff: „Das ist beinahe wie eine Operation unter dem Mikroskop.“

Was zählt, ist der Operateur

„Operationen mit dem Roboter kombinieren die feineren Freiheitsgrade der Hand

wie beim offenen Operieren mit dem minimalinvasiven Ansatz der Laparoskopie.

Letztendlich bedeutet es ein besseres Arbeiten für den Operateur“, bestätigt auch Prof. Knoll. Bei der herkömmlichen menschengeführten Laparoskopie seien die Bewegungsmöglichkeiten und Freiheitsgrade im Vergleich eingeschränkter.

Die Folge: Ärzte können sich besser auf die optimale Lösung für den Patienten konzentrieren. „Beim DaVinci hat der Operateur weniger Rücken- und Nackenschmerzen, ermüdet weniger und kann durch die Freiheitsgrade und die Vergrößerung Operationsschritte wählen, die mit der Laparoskopie nicht möglich sind“, sagt Dr. med. Ulrich Haag, Chefarzt der Klinik für Urologie an den Kliniken Nagold. „Der Operateur wird immer den Roboter wählen, damit er nicht laparoskopisch operieren muss. Das ist viel weniger anstrengend.“

Prinzipiell sind robotergestützte Operationen mit normalen laparoskopischen Verfahren vergleichbar – zumindest aus Patientensicht.

„Ein erfahrener Operateur ist mit beiden Verfahren ähnlich schnell – bei wenig Blutverlust“, meint Dr. Haag. „Der Patient braucht einen erfahrenen Operateur. Das ist der wichtigste Punkt.“ Es lässt sich auch festhalten, dass durch die noch präziseren, schonenderen Eingriffe Patienten in manchen Fällen etwas schneller genesen und noch schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Fazit: immer dann nutzen, wenn möglich

„Ich würde einem Patienten immer dann eine Operation mit dem DaVinci ans Herz legen, wenn es technisch und medizinisch möglich ist“, unterstreicht Prof. Knoll. Denn dadurch wächst die Präzision im OP-Saal weiter. **Sein Wohl in die Hände einer Maschine legen und mit der Erfahrung eines guten Arztes kombinieren: Das ist wohl bei einer Operation das Beste, was einem passieren kann.**

Jonathan Fasel

Wenn die Odyssee endlich endet



sebra/AdobeStock

Gesundheitsmagazin
impulseregional

Zehn Jahre dauerte die sagemuwobene Irrfahrt von König Odysseus – und nicht selten leiden Patientinnen genauso lange unter den Beschwerden einer Endometriose, bis diese letztendlich diagnostiziert und therapiert wird. Im zertifizierten Endometriosezentrum der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Kliniken Böblingen ist man darauf spezialisiert.

Eine Leidenszeit, und das gleich in doppelter Hinsicht. „Viele Patientinnen leiden aufgrund der Endometriose unter solchen Schmerzen, dass sie diese nur mit sehr hoch dosierten und dauerhaft eingenommenen Schmerzmitteln aushalten können“, weiß Prof. Dr. Stefan Renner, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Böblinger Krankenhaus, aus unzähligen Patientinnengesprächen. Mehr noch: „Nicht selten sind die Schmerzen so stark, dass die Frauen nicht mehr arbeiten und kaum mehr das Haus verlassen können.“

Das Gewebe der Zysten und Entzündungsherde, die sich vorrangig an den Eierstöcken,

am Darm oder dem Bauchfell ansiedeln, ähnelt dem der Gebärmutter Schleimhaut. Entsprechend reagieren sie auf hormonelle Schwankungen und schwellen wahrscheinlich zyklusbedingt an und ab. Doch häufig treten die durch die Endometriose verursachten Schmerzen nicht nur in den Tagen vor der Periode und als Unterleibsschmerzen auf, sondern auch beim Wasserlassen, beim Stuhlgang oder beim Sex. Zusätzlich zu den körperlichen Beschwerden leiden die betroffenen Frauen häufig aber auch unter einem hohen psychischen Druck. „Viele bekommen immer wieder gesagt, dass es sich um normale Menstruationsbeschwerden handelt“, sagt Prof. Dr. Renner. Weitere



➔ Untersuchungen bleiben ergebnislos – oder werden gar nicht erst in Betracht gezogen. Eine enorme Belastung: „Viele Frauen fühlen sich nicht ernst genommen und allein gelassen.“

Von dieser Erfahrung berichten viele der Patientinnen, die in die Böblinger Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kommen. Schon vor Jahren hat das Team um Prof. Dr. Renner einen seiner Schwerpunkte auf die Behandlung von Endometriose gelegt – vor inzwischen eineinhalb Jahren wurde die Klinik von der Stiftung Endometriose Forschung, von der Europäischen Endometriose Liga und von der Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V. als klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum zertifiziert. „Wir arbeiten schon seit Jahren Leitlinien-konform und behandeln unsere Patientinnen entsprechend den höchsten Standards“, sagt Prof. Dr. Renner. Dazu zählt nicht nur eine detaillierte Dokumentation, die jeweils in groß angelegte Studien und in die aktuelle Forschung Eingang findet, dazu zählt vor allem eine auf die Patientin zugeschnittene Behandlung. Nicht immer muss dabei gleich operiert werden. Eine individuell zusammengestellte Hormon- oder Schmerztherapie oder auch die Behandlung der Symptome durch Medikamente können die Schmerzen ganz

entscheidend lindern. Ist die Indikation für eine Operation gegeben, so wird diese mittels minimalinvasiver Methoden und auf höchstem Niveau durchgeführt.

Dass die gute Arbeit in der Böblinger Frauenklinik nicht nur durch die Zertifizierung als Endometriosezentrum anerkannt wird, sondern sich vielmehr auch unter den Patientinnen herumgesprochen hat, lässt sich anhand von Zahlen deutlich belegen. Allein in den vergangenen drei Jahren konnte die Zahl der behandelten Patientinnen auf 450 gesteigert werden. Viele von ihnen haben einen wahren Ärztemarathon hinter sich, bevor ihnen im Böblinger Endometriosezentrum letztendlich geholfen werden konnte. „Obwohl die Endometriose zu den am häufigsten auftretenden gynäkologischen Erkrankungen zählt, äußert sie sich doch immer ganz unterschiedlich“, weiß er aus seinen Patientinnengesprächen und aus den engen Kontakten zu verschiedenen Selbsthilfegruppen. Das bringt ihr nicht nur die Beschreibung „Chamäleon der Gynäkologie“ ein, sondern erschwert deshalb auch Diagnose und Therapie ungemein. Umso wichtiger, dass die betroffenen Frauen in Böblingen eine zertifizierte Anlaufstelle haben.

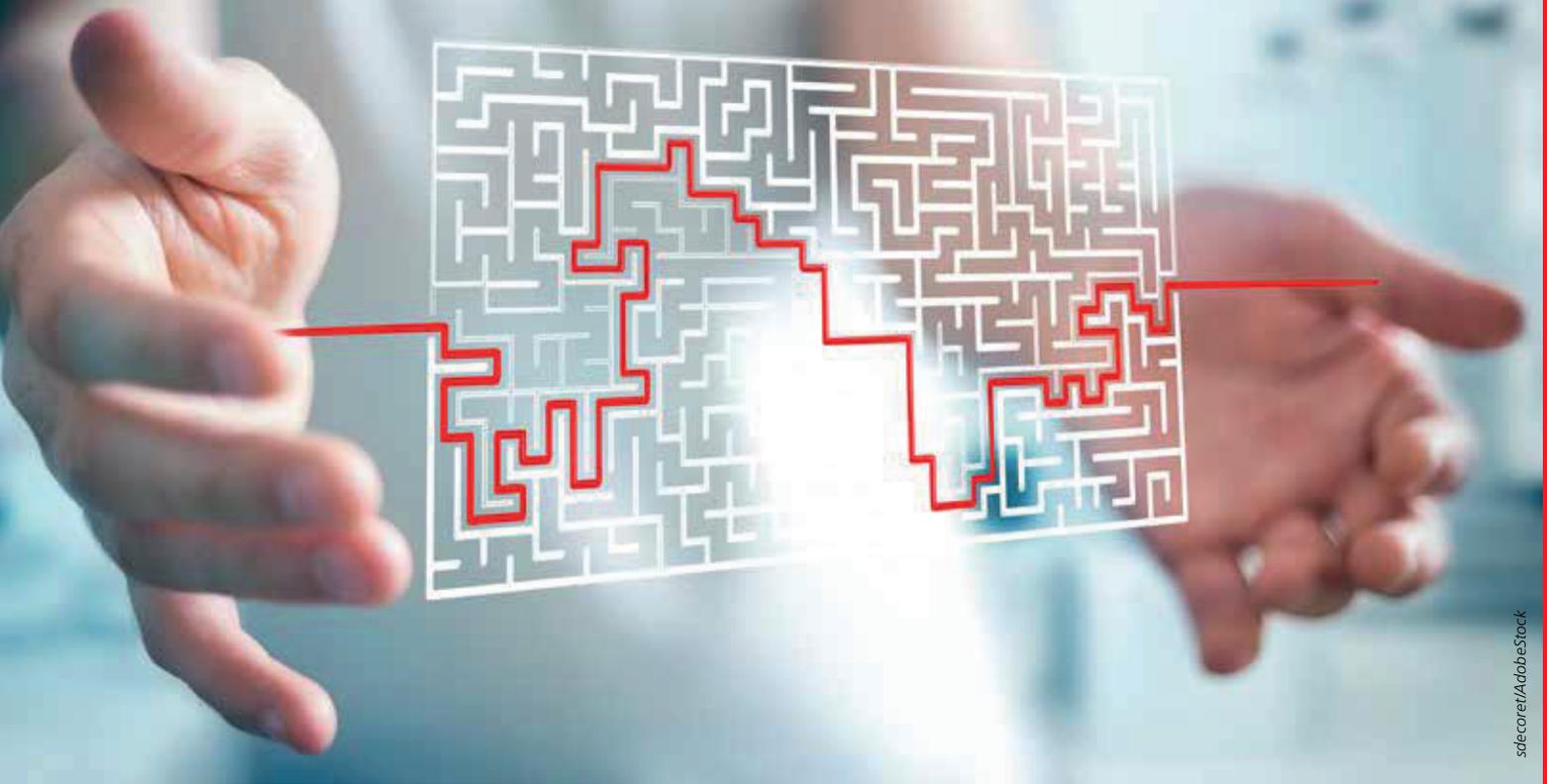
Sabine Haarer



ASV – Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Das Management den Fachleuten überlassen

Das neue Angebot ASV für Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen erleichtert Betroffenen deutlich den Umgang mit ihrer schweren Erkrankung. Seit April bietet es die Böblinger Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an.



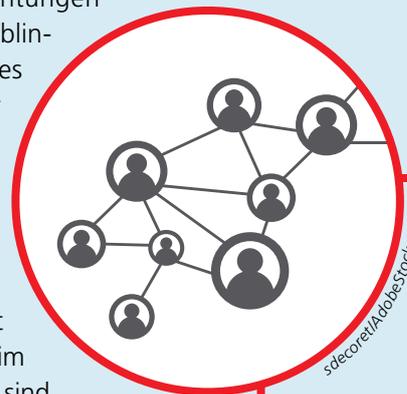
sdecoret/AdobeStock

„Durch die ASV können wir unseren Patientinnen neben der umfassenden stationären Behandlung in unseren zertifizierten Zentren nun auch eine ganzheitliche ambulante Versorgung anbieten“, bringt es Chefarzt Prof. Dr. Stefan Renner auf einen einfachen Nenner. Der zuvor schon erreichte höchste Qualitätsstandard der ambulanten Versorgung wird dabei beibehalten, ergänzend kommt durch die ASV hinzu, dass bürokratische Hürden nun wesentlich leichter genommen und die Patientinnen direkt an die richtigen Ansprechpartner vermittelt werden können – Patientinnen, die unter einer bösartigen Erkrankung an den Eierstöcken oder den Eileitern, am Bauchfell, an Gebärmutter oder Gebärmutterhals, an der Scheide, den Schamlippen oder auch der Brust leiden. Kurz: Patientinnen, die an einer gynäkologischen Tumorerkrankung und somit unter einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf leiden

Diese ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist ein Angebot, das erstmals im Klinikverbund Südwest besteht und das innerhalb kürzester Zeit etabliert werden konnte. Dank einer herausragenden Teamleistung, wie Prof. Renner betont. Ganz explizit nennt der Chefarzt der Böblinger Gynäkologie die beiden „extrem engagierten“ ASV-Koordinatorinnen Monika Schiffer und Lisa-Marie Gründler. Ihnen und dem gesamten ASV-Kernteam ist es zu verdanken, dass die Patientinnen nun auch über die Dauer des stationären Aufenthalts

hinaus und für die gesamte Zeit der ambulanten Weiterbehandlung einen zentralen Ansprechpartner haben. Denn hier liegt einer der ganz entscheidenden Vorteile der ASV. „Das Team übernimmt die Koordination für alle notwendigen Untersuchungen und Begleitmaßnahmen. Kommt es infolge der Behandlung zu Begleiterkrankungen oder akuten Nebenwirkungen, so garantiert die ASV ein Netzwerk von ausgewiesenen Experten“, zählt Prof. Renner Eckpunkte des neuen Angebots auf. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Spezialisten ganz unterschiedlicher Fachrichtungen innerhalb der Kliniken Böblingen oder des Klinikverbundes Südwest verortet sind – oder ob sie von außerhalb hinzugezogen werden müssen. Einzige Bedingung ist, dass diese Fachleute entsprechend der hohen Anforderungen qualifiziert und Kooperationspartner im interdisziplinären ASV-Team sind.

Ein Netzwerk, das nicht nur weit ausgebreitet, sondern auch sehr engmaschig gestrickt ist und in dessen Mittelpunkt immer die Patientin selbst und nicht allein ihre Primärerkrankung steht. „Neben der Krebserkrankung an sich können wir uns auch um mögliche Nebenwirkungen oder Behandlungsfolgen kümmern, die in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung stehen“, sagt der Chefarzt der Böblinger Frauenklinik, der zugleich



sdecoret/AdobeStock

die fachärztliche Teamleistung der ASV innehat. Leidet die Patientin beispielsweise infolge einer Chemotherapie oder Bestrahlung unter extremer Übelkeit, kann ein Ernährungsberater hinzugezogen werden, um so dem Gewichtsverlust entgegenzuwirken und eine mögliche gesundheitsgefährdende Abwärtsspirale zu durchbrechen.

Doch natürlich kümmert sich das ASV-Team auch um die ambulante Versorgung selbst. Es übernimmt beispielsweise die Terminvereinbarung beim Facharzt, sodass zum Beispiel die für eine Chemotherapie notwendige Echokardiografie, also die Ultraschalluntersuchung des Herzens, zeitnah durchgeführt werden kann. Liegt der Befund vor und kann mit der Therapie begonnen werden, wird der Patientin über die ASV ein Platz in der onkologischen Tagesklinik vermittelt – um ein weiteres Beispiel für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu nennen.

Die Voraussetzungen, um dieses Angebot annehmen zu können, sind denkbar einfach: Die Patientinnen benötigen lediglich die Überweisung ihres behandelnden Haus- oder Facharztes und müssen ihr mündliches Einverständnis zur Aufnahme in die ASV geben. „Zum Zeitpunkt der Überweisung muss die gesicherte Krebsdiagnose vorliegen“, nennt Prof. Renner ein weiteres Kriterium und räumt gleich mit zwei Vorurteilen auf: „Natürlich kann die ASV jederzeit unterbrochen und die ambulante Behandlung nach dem bislang gängigen Modell fortgeführt werden.“ Und: „Die Leistungen der ASV trägt die gesetzliche Krankenkasse. Weder die Aufnahme in das Angebot noch die Maßnahmen und Untersuchungen, die während der ASV notwendig werden, sind für die Patientin mit zusätzlichen Kosten verbunden.“

Sabine Haarer

WENN LEBER UND GALLE STREIKEN

Die Leber leidet still, weshalb Leber- und Gallenerkrankungen oft spät entdeckt werden. Dank eines breiten Behandlungsspektrums lassen sich die Leiden jedoch mildern oder sogar heilen.

Für den Stoffwechsel und die Weiterverarbeitung der Nahrung spielt die Leber eine zentrale Rolle: Sie filtert nicht nur das Blut aus dem Darm und entgiftet den Körper, sondern produziert auch Gerinnungsfaktoren und Gallensäure. Um Leber und Galle zu schützen, rät Prof. Martin Götz, Chefarzt der Medizinischen Klinik IV – Gastroenterologie/Onkologie, zu einer gesunden Lebensweise: „Das heißt: wenig Alkohol, Bewegung, eine gesunde Ernährung und die Reduktion von Übergewicht.“

Zudem empfiehlt es sich, bei Vorsorgeuntersuchungen die Leberwerte bestimmen zu lassen. Denn: „Eine Leberentzündung bereitet keine

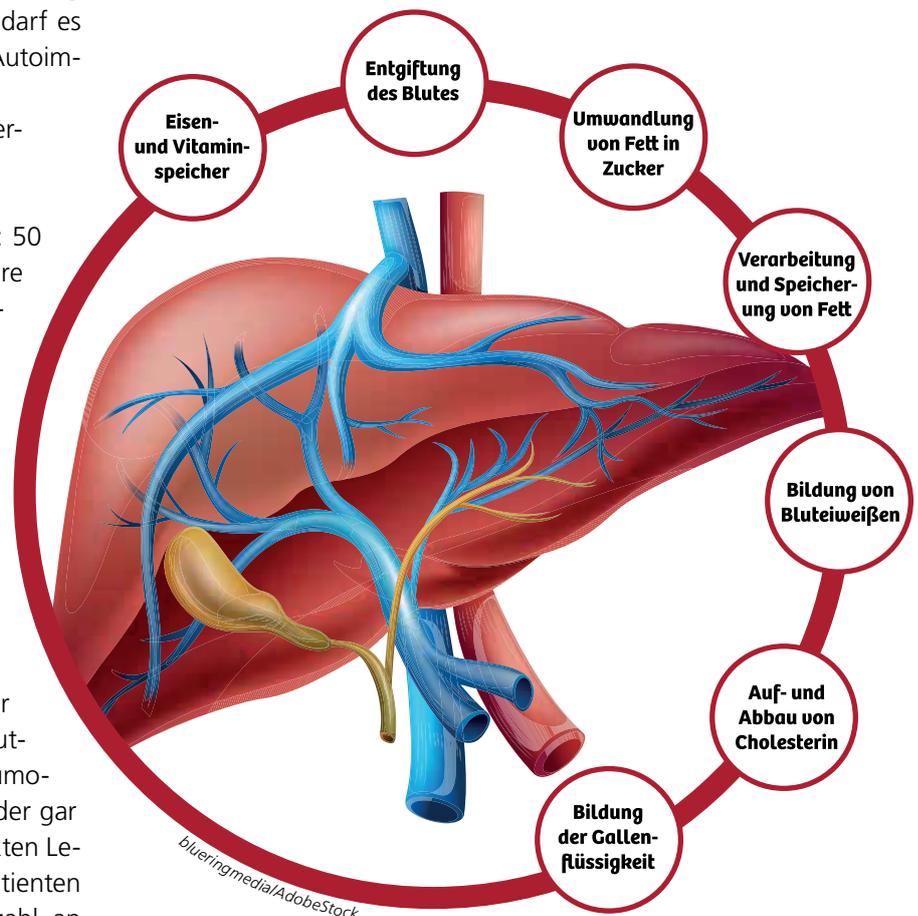
Schmerzen und macht sich nur indirekt durch Müdigkeit, eine schlechtere Verdauung, Gewichtsverlust und Gelbsucht bemerkbar.“ Liegen erhöhte Werte vor, sind eine Sonografie und weitere Laboruntersuchungen angesagt. Positiv sind die Aussichten bei einer Hepatitis C, denn diese ist heute durch eine Tabletten-therapie heilbar. Immerhin kontrollierbar, so der Gastroenterologe, sei die Hepatitis B. Hier empfiehlt sich vorbeugend eine Impfung. Liegt bereits eine fortgeschrittene Lebererkrankung – etwa eine Leberzirrhose – vor, so bedarf es einer regelmäßigen Kontrolle. „Auch Autoimmun-erkrankungen und Stoffwechsel-erkrankungen der Leber sollten mitunter-sucht werden“, rät der Chefarzt.

Weite Verbreitung finden Gallensteine: 50 Prozent der Bevölkerung – insbesondere weibliche, blonde, ältere und übergewichtige Personen – machen mit ihnen Bekanntschaft. „Steine in der Gallenblase sind häufig harmlos, solche im Gallengang aber muss man behandeln, da sie eine Gallenkolik verursachen können“, so Prof. Götz. Mittels Endoskopie kann der Gastroenterologe die Steine entfernen.

„Auch jeder Fleck auf der Leber gehört abgeklärt“, betont Prof. Götz. Dahinter verbergen können sich harmlose Blut-schwämmchen, aber auch bösartige Tumo-ren und Metastasen. Zur Behandlung der gar nicht so seltenen, aber oft spät entdeckten Leber- und Gallengangstumoren steht Patienten im Böblinger Krankenhaus eine Vielzahl an Therapiemöglichkeiten zur Verfügung – von der Operation über die Chemotherapie bis hin zur Radiofrequenzablation. Auch Eingriffe zur Verbesserung der Lebensqualität nennt Prof. Götz: „Bei einem Aufstau der Galle können wir die Engstelle zum Beispiel mit einem Stent überbrücken.“

Die optimale, individuell angepasste Vorgehensweise ermittelt Prof. Götz gemeinsam mit Onkologen, Chirurgen, Radiologen und Pathologen in der interdisziplinären Tumorkonferenz.

Eine hohe Behandlungsqualität garantiert das zertifizierte viszeralonkologische Zentrum. Zudem ist Prof. Götz derzeit beteiligt an der Erstellung einer Leitlinie der Deutschen Krebs-gesellschaft, die ein Gerüst für die qualitätsorientierte Versorgung von Leber- und Gallengangstumoren definiert. Bestens im Bilde ist er so über die Strukturmerkmale, welche die Behandlungsqualität erhöhen und auf die man auch im Böblinger Zentrum Wert legt.



Sorge bereitet dem Chefarzt derzeit das Fernbleiben der Patienten im Zuge der Corona-Pandemie: „Wir sehen ähnlich viele verlorene Lebensjahre durch aus Sorge vor Covid nicht in Anspruch genommene Behandlungen wie durch Covid selbst.“ Daher rät der Gastroenterologe, sich bei Symptomen stets in der Klinik vorzustellen. „Alle Therapien und alle wichtigen Eingriffe werden trotz Covid weitergeführt“, betont er.

Nadine Dürr

Schmerzfrei dank winziger Metallspiralen



Ein minimalinvasiver Eingriff bei einem Beckenvenensyndrom kann Betroffene von ihren Schmerzen befreien. Auch in Leonberg erzielen Radiologen mit der Embolisation der Eierstockvene Erfolge.

Schmerzen im Becken, beim Wasserlassen, beim Geschlechtsverkehr und während der Menstruation – hinter diesen Symptomen kann sich das weibliche Beckenvenensyndrom („pelvic congestion“) verbergen. Auch sichtbare Krampfadern am

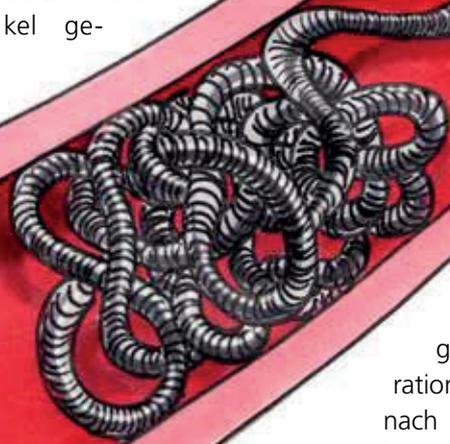
äußeren Genital, an Gesäß und Oberschenkeln weisen auf das Frauenleiden hin, das 15 Prozent der 18- bis 50-jährigen weiblichen Bevölkerung betrifft. Ursache des schmerzhaften Syndroms ist eine Störung der Beckenvenenzirkulation: Versagen die

Venenklappen, führt dies zu einer chronisch venösen Stauung im Becken, die Schmerzen verursachen kann.

Nur ungern reden die Betroffenen über ihre Beschwerden. Zudem ist das Wissen über die Erkrankung noch

nicht allzu weit verbreitet, sodass manch einer Patientin eine Odyssee an Arztgesprächen bevorsteht. „Oft ist es auch nicht bekannt, dass das Beckenvenensyndrom sehr gut minimalinvasiv behandelt werden kann“, stellt Dr. Jens Schneider, Chefarzt des Zentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen, fest.

die untere Hohlvene und die Nierenvene sondieren die Radiologen dann die Eierstockvene („vena ovarica“) – teilweise eine technische Herausforderung, da zwei Winkel ge-



meistert werden müssen, die manchmal ungünstig sind.

Wenn man eine OP vermeiden will, gibt es dafür mit der Embolisation der Eierstockvene eine sehr elegante Methode.“

Als Patientin kann man bei dem Eingriff selbst zusehen und sich währenddessen mit dem Radiologen unterhalten. Dr. Florian Welke, leitender Oberarzt im Zentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen, erklärt das Vorgehen: „Wir führen einen dünnen Katheter unter Röntgenkontrolle über die Leistenvene ein. Der Eingriff ist daher kaum schmerzhaft und wird in örtlicher Betäubung durchgeführt.“ Über

Am Zielort angekommen, veröden die Ärzte die Vene mit sogenannten Coils – metallischen Mikrospiralen. „An diesen sind kleine Fäden befestigt. Daran verklebt das Blut und das führt zum Verschluss der Vene“, erklärt Dr. Welke. Alternativ, ergänzt er, könne man das Gefäß auch mit Gewebe-Kleber verschließen: „Hier ist Erfahrung nötig, denn es besteht die Gefahr, dass dieser an Stellen fließt, wo er unerwünscht ist.“

„Bei den in der Radiologie Leonberg bislang so behandelten Patientinnen konnte mit der Embolisation der Eierstockvene meist eine komplette Beschwerdefreiheit erzielt werden, mindestens aber eine

große Verbesserung“, so Dr. Schneider. Die Erfolgsrate ist dabei größer als bei einer Operation. Bleiben die Symptome nach dem Eingriff bestehen, kann allerdings eine zusätzliche Embolisation auf der Gegenseite erforderlich werden. „Die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerden dann nicht weg sind, ist extrem gering“, weiß Dr. Schneider.

Minimal, betonen beide Radiologen, seien auch die Risiken des Eingriffs: Die Wahrscheinlichkeit einer Infektion liege dank des dünnen Katheters bei „fast null“, selbiges gelte für Blutungen und eine mögliche Verletzung der Gefäße. Der Eingriff erfolgt unter Röntgenkontrolle. Die Radiologen nehmen dabei den Strahlenschutz sehr ernst. „Wir haben modernste Technik“, versichert Dr. Schneider, „und können die Behandlung mit entsprechend geringer Röntgenstrahlung durchführen.“ So sind die Patientinnen im Leonberger Zentrum zu jeder Zeit in den besten Händen.

Redaktion

DAS GEWITTER IM KOPF



peterschreiber.media/AdobeStock

Der Kopfschmerz hat viele Gesichter: 220 verschiedene Arten dieses Leidens verzeichnet die International Headache Society. Prof. Guy Arnold stellt die drei meistverbreiteten Formen vor.

Mit einem Paukenschlag tritt der Clusterkopfschmerz ins Leben der Patienten: Höllische Schmerzen sind es, die die Betroffenen – meist Männer – erleiden müssen. „Es ist die einzige primäre Kopfschmerzkrankheit, die eine Suizidgefahr nach sich zieht“, weiß Prof. Guy Arnold, Chefarzt der Sindelfinger Klinik für Neurologie.

Strikt einseitig sind die wochen- oder monatelang gehäuft auftretenden Attacken, die oft mit einem roten, tränenden Auge, verstopfter Nase, einem hängenden Oberlid und verengten Pupillen einhergehen. Meist genügt für die Diagnose ein Gespräch. „Dennoch“, sagt Prof. Arnold, „machen wir zur Sicherheit noch ein Kernspintomogramm.“ Um die Betroffenen schnell von ihren Schmerzen zu erlösen, setzt der Neurologe bei der Akuttherapie auf den Wirkstoff Sumatriptan, den sich der Patient selbst injiziert: „Eine Spritze wirkt schon nach zehn bis 15 Minuten.“ Auch ein Nasenspray oder inhalierter Sauerstoff beseitigen den Schmerz rasch.

Die Königsdisziplin beim Clusterkopfschmerz ist jedoch die Prophylaxe. „Während der beginnenden Anfälle behandeln wir für ein paar Wochen mit Cortison“, erklärt Prof. Arnold. So kann es gelingen, dem Patienten eine Reihe von Anfällen zu ersparen.

Während der Clusterkopfschmerz sehr selten vorkommt, ist die oft mit Übelkeit und Lichtscheueit einhergehende Migräne eine Volkskrankheit, die bundesweit circa acht Millionen Frauen und circa vier Millionen Männer heimsucht. „Sie ist eine nichterregerbedingte Entzündung der Hirnhäute und hat verschiedene erbliche Ursachen“, erklärt Prof. Arnold. Die

Auslöser einer Attacke seien sehr individuell: Häufig spielen die hormonellen Schwankungen im weiblichen Zyklus eine Rolle, auch Wetterfühligkeit oder der Genuss von Rotwein können Anfälle begünstigen.

Bei der Akuttherapie setzt Prof. Arnold auf einen Stufenplan: Versagen einfache, nicht rezeptpflichtige Schmerzmedikamente wie ASS oder Ibuprofen, kommen verschreibungspflichtige Triptane zum Einsatz, die in den Serotonin-Stoffwechsel eingreifen und die Entzündung unterbinden. Erst als letztes Mittel verordnet der Neurologe den Sumatriptan-Pen: „Dieses Medikament wirkt immer“, weiß er. „Wenn es nicht funktioniert, dann ist es keine Migräne.“ Prof. Arnold besitzt zudem eine sehr selten anzutreffende Expertise: Er beherrscht die Botox-Therapie. „Bei häufigen Migräneattacken“, erklärt der Neurologe, „wird das Botulinumtoxin an 31 bis 40 Punkten im Kopf bis hinunter zum Nacken gespritzt.“ Dies kann den Schmerz besänftigen. Nicht zuletzt stehen dem Neurologen neuartige monoklonale Antikörper in der Migräne-Vorbeugung zur Verfügung.

Auch den weit verbreiteten Spannungskopfschmerz sollte man nicht auf die leichte Schulter nehmen: „Wenn er chronisch wird, also an mehr als 180 Tagen im Jahr auftritt, ist ein Arztbesuch angesagt, um sekundäre Kopfschmerzen auszuschließen.“ Dabei handelt es sich um Kopfschmerz, der als Folge einer anderen Erkrankung auftritt, etwa einer Sinusvenenthrombose oder einer Subarachnoidalblutung. Dringender Handlungsbedarf besteht bei einem Vernichtungskopfschmerz aufgrund einer Hirnblutung. Die Sorge um einen Hirntumor indes ist in den meisten Fällen unbegründet, beruhigt Prof. Arnold: „Das wissen die wenigsten Ärzte und Patienten: Ein Hirntumor macht selten Kopfschmerzen. Das ist die absolute Rarität.“



CHOLESTERIN UND CO NICHT AUF DIE LEICHTE SCHULTER NEHMEN

Die Herrenberger Kardiologin Dr. Annely Hinck hat eine Zusatzqualifikation, die ihre medizinische Ausrichtung perfekt ergänzt: Sie ist Lipidologin und damit Spezialistin für den Fettstoffwechsel.

Fette spielen im Körper eine wichtige Rolle. Sie sind Energieträger und Bausteine und werden im Blut überall dorthin transportiert, wo sie benötigt werden. Sind die Blutfettwerte allerdings stark erhöht, kann dies gefährliche Folgen haben: Cholesterin lagert sich in den Blutgefäßen ab und verengt sie. Das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Atherosklerose, Herzinfarkt oder Schlaganfall wird erhöht. Triglyceride können zudem eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse auslösen.

Eine Seltenheit sind erhöhte Blutfettwerte indes nicht: Etwa jeder achte Erwachsene weist eine zu hohe Konzentration dieser Stoffe im Blut auf. Deshalb hat die 1988 gegründete Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen (DGFF) vor zehn Jahren die ärztliche Fortbildung „Lipodologie“ ins Leben gerufen. Deutschlandweit gibt es inzwischen rund 430 Lipidologen, die den gefährlichen Herz- und Gefäßerkrankungen durch die ➔

➔ frühzeitige, umfassende Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselerkrankungen zuvorkommen wollen. Dr. Anneli Hinck, die als Leitende Oberärztin seit einem Jahr die Standortleitung der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie in Herrenberg innehat, hat sich vor vier Jahren für diese Weiterbildung entschieden. Als Kardiologin hat sie häufig mit Patienten zu tun, die an einer Fettstoffwechselstörung leiden, und weiß zudem, dass schwere Herz-

sowohl die Schwere der Erkrankung als auch die Abwägung weiterer Risikofaktoren wie etwa Diabetes, Rauchen, Bluthochdruck oder erbliche Belastung eine Rolle. Generell gilt: je niedriger der Wert, desto besser.

Die Umstellung der Lebensgewohnheiten stellt fast immer die Basis der Therapie dar. Doch bei den meisten Patienten, die von niedergelassenen Kardiologen oder Hausärzten an Dr. Hinck überwiesen werden, reicht das nicht aus, um die Fettstoffwechselstörung in den Griff zu bekommen. „Cholesterin ist durch die Ernährung nur bedingt beeinflussbar, bestenfalls lässt sich dadurch eine Absenkung um zehn bis zwanzig Prozent erreichen. Das genügt aber oft nicht, um kardiovaskulären Krankheiten vorzubeugen. Meine Patienten benötigen fast alle eine medikamentöse Einstellung“, erzählt Dr. Hinck. Die richtige Einstellung gestaltet sich bisweilen als Suche – etwa dann, wenn die Patienten die üblicherweise eingesetzten Medikamente aus der Gruppe der Statine nicht vertragen oder wenn diese nicht den gewünschten Erfolg bringen. Bei manchen Patienten ist in diesem Fall eine Kombination mehrerer Präparate nötig.

Ist der Zielwert erreicht und die Blutfette bewegen sich wieder im grünen Bereich, ist es wichtig, die Therapie fortzusetzen. „Auf keinen Fall darf man die Medikamente dann absetzen, denn die Werte müssen dauerhaft niedrig bleiben“, warnt Dr. Hinck. Die Diskussion um „gutes“ (HDL) und „schlechtes“ (LDL) Cholesterin findet die erfahrene Kardiologin gefährlich, weil das Problem hoher Blutfettwerte dadurch ihrer Meinung nach verharmlost wird. „Viele Patienten hören das und sagen dann zu mir: ‚Cholesterin kann doch nicht so schlecht sein, wenn mein Körper es selbst produziert.‘ Niemand sollte sich aber durch falsche Aussagen von einer Therapie abhalten lassen. Es ist wirklich sehr wichtig, hohe Cholesterinwerte abzusenken. Ab dem 50. Lebensjahr sollte man zudem seine Gefäße per Ultraschall oder CT auf Ablagerungen untersuchen lassen“, empfiehlt die Lipidologin zur Vorsorge.

Jutta Krause



Dr. Anneli Hinck (li.) im Gespräch mit einem Patienten. Sie übernimmt ab Januar 2022 eine Kardiologische Praxis und bleibt in Kooperation mit dem Herrenberger Krankenhaus.

Kreislauf-Erkrankungen durch die richtige Einstellung der Werte in vielen Fällen vermieden werden können.

Stark erhöhte Blutfettwerte können verschiedene Ursachen haben. „Wir haben zunehmend Patienten, bei denen die Störung genetisch bedingt ist. Sie weisen auffallend hohe Cholesterinwerte auf und erleiden schon in jungen Jahren einen Schlaganfall oder Herzinfarkt. In manchen Fällen beginnen die Probleme schon vor dem zwanzigsten Lebensjahr“, erzählt Dr. Hinck. In vielen Fällen spielt der Lebensstil eine wesentliche Rolle. Bei kardiologischen Patienten, die bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten, müssen die Blutfettwerte grundsätzlich genau eingestellt und beobachtet werden, dasselbe gilt für langjährigen Diabetes. Nach eingehender Untersuchung und Beratung legt die Lipidologin individuell auf den Patienten abgestimmte Zielwerte für Cholesterin und Triglyceride fest. Dabei spielen



Angehörige jederzeit herzlich willkommen!

High-Tech-Apparate, unbekannte Geräusche und dazu die Sorge um einen geliebten Menschen – ein Besuch auf der Intensivstation ist für Angehörige nicht immer leicht. Die Rahmenbedingungen aber kann man angehörigengerecht gestalten, das unterstützt auch den Genesungsprozess des Patienten. Die interdisziplinäre Intensivstation des Krankenhauses Herrenberg wurde im Januar 2021 mit dem Qualitätszertifikat „Angehörigengerechte Intensivstation“ ausgezeichnet.

Wie wichtig es für Patienten und deren Angehörige ist, sich sehen und austauschen zu können, wissen Dr. Klemens König, Leitender Arzt im Zentrum für Anästhesie und Intensivmedizin der Kliniken Böblingen/Herrenberg, und sein Team aus langer Erfahrung. „Familienmitglieder oder enge Freunde werden bei uns aktiv in den Behandlungsprozess mit einbezogen. Wir sehen sie als wichtigen Teil unseres therapeutischen Teams“, erklärt Dr. König. „Wir informieren die Angehörigen umfassend über die Behandlung, erklären

Zusammenhänge und Therapie und loten gemeinsam die Perspektiven aus.“

Für dieses Engagement wurde die interdisziplinäre Intensivstation nun ausgezeichnet. „Auf allen Intensivstationen des Klinikverbunds Südwest leisten wir patienten- und angehörigenorientierte Arbeit“, ergänzt Dr. Andreas Ostermeier, MHBA, Chefarzt des Zentrums für Anästhesie und Intensivmedizin Böblingen/Herrenberg. „Aber mit diesem Qualitätssiegel verbindet sich der Anspruch, dass nicht nur die Patienten medizinisch

und pflegerisch bestens versorgt werden, sondern auch die individuellen Lebensumstände und der Austausch mit den Angehörigen optimale Berücksichtigung finden.“

Genesung aktiv unterstützen

Das Projekt „Angehörige jederzeit herzlich willkommen! – Ein erster Schritt zur angehörigengerechten Intensivstation“ wurde von der Stiftung Pflege e. V. ins Leben gerufen. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der individuellen Regelung der Besuchszeiten für

Angehörige von Intensivpatienten und die Einbeziehung in den Versorgungs- und Behandlungsverlauf.

„Ein vertrauter Mensch spielt eine wichtige Rolle für die Genesung des Patienten. Durch



die Anwesenheit wird der Patient oftmals ruhiger und stabiler“, weiß Anja Sindlinger-Bagg, Bereichsleiterin der Pflegekräfte der Intensivstation. „Aber wir gehen noch einen Schritt weiter. Angehörige dürfen die Pflegekräfte sogar unterstützen. Sie können sich aktiv bei der Pflege mit einbringen“ erläutert sie. Vielen Angehörigen helfe es, wenn sie konkret etwas tun können, wie beispielsweise eincremen oder bei der Mundpflege helfen.

Familienmitglieder dienen auch als Mittler zwischen dem Pflegepersonal und dem Patienten. Sie kennen Vorlieben und Abneigungen. „Deshalb möchten wir Angehörige anregen, Dinge mitzubringen, die an die häusliche Umgebung des

Patienten erinnern“, erklärt Dr. Anja Pauli, bereichsleitende Oberärztin. „Fotos von geliebten Menschen, CDs mit der Lieblingsmusik, Bücher, Zeitungen oder Zeitschriften: Das schafft zusätzlich Vertrautheit und trägt dazu bei, den Willen zum Gesundwerden zu stärken. Das ist ein wichtiger Kontakt zur Außenwelt.“

Smarte Lösung in Zeiten von Corona

Auch wenn es zurzeit nicht immer möglich ist, persönlich beim Patienten zu sein, gibt es einen Weg, mit den Lieben in Kontakt zu bleiben. Hierzu ist auf der Station ein Tablet hinterlegt. So kann ein regelmäßiger Austausch per Videotelefonie mit Ehepartner, Kindern oder Enkeln stattfinden. „Mit unserem Tablet ersetzen wir zwar nicht die physische Nähe, aber wir sehen, wie gut es der Seele tut, sich per Videotelefonat zu verständigen und auch mal virtuell umarmen zu können“, sagt Anja Sindlinger-Bagg.

Wie wichtig dieser Kontakt ist, erläutert sie an einem Beispiel: „Vor einigen Wochen hatten wir einen an COVID-19 erkrankten Intensivpatienten für drei Wochen auf unserer Station. Und obwohl es ihm selbst sehr schlecht ging, galt seine größte Sorge seiner schwer kranken Frau, die er zu Hause pflegte. Die Unsicherheit über ihren Zustand ließ ihn nicht zur Ruhe kommen“, erzählt sie weiter.

„Erst als wir ihm ermöglichen konnten, seine geliebte Frau anzurufen, und er erfuhr, dass alles in Ordnung ist, konnte er sich wieder auf seine Genesung konzentrieren.“

Denken Sie auch an sich selbst

Auch wenn die meisten Angehörigen, Freunde und Partner es sich vielleicht nicht eingestehen wollen: Der Umgang mit einem schwer kranken Patienten ist eine sehr belastende Situation für Körper und Seele. „Aus Erfahrung wissen wir, dass viele Angehörige alles für die Genesung ihrer Lieben geben und sich dabei manchmal selbst vergessen“, erklärt Dr. Anja Pauli. „Deshalb steht unser Team von Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern oder Psychologen jederzeit für ein Gespräch bereit und unterstützt die Angehörigen.“ Manchmal helfe es schon, die Probleme und Ängste auszusprechen und sich ihnen zu stellen. Wie wichtig auch dieses Angebot ist, zeigt sich in den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen. „Wir nutzen diese Nachgespräche zur Evaluierung, um noch besser zu werden“, ergänzt Dr. König, „denn das wichtigste Qualitätsmerkmal sind unsere Mitarbeiter, die bei der täglichen Betreuung der Patienten und Angehörigen das Zertifikat leben.“

Eva Maria Waas

Wenn das **schwächt** **BINDEGEWEBE**

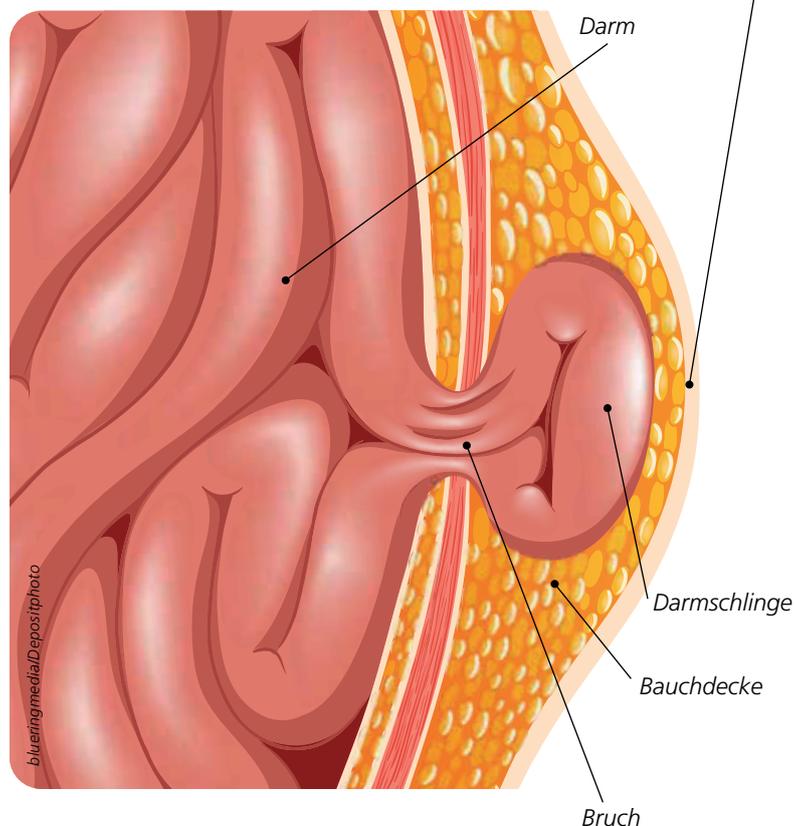
Sie verursachen meist **keine Schmerzen, können aber gefährlich sein. Deshalb sollte man Bauchwandbrüche – sogenannte Hernien – nicht auf die leichte Schulter nehmen.**

Der Begriff „Hernie“ leitet sich aus dem Griechischen ab und beschreibt die typische Vorwölbung, an der solche Schwachstellen in der Bauchdecke, durch die sich Bauchfell und Darmschlingen nach außen stülpen können, häufig zu erkennen sind. Dr. Matthias Uckele, Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik am Krankenhaus Herrenberg, zertifiziertes Hernien-Zentrum, empfiehlt, die meist an der vorderen Bauchwand oder in der Leistenregion auftretenden Brüche in jedem Fall ärztlich abklären zu lassen. „Patienten sollten auf jeden Fall zum Arzt, wenn sie entweder Schmerzen haben oder eine deutliche Vorwölbung sehen“, betont Dr. Uckele. „Es gibt auch Hernien ohne sichtbare Vorwölbung, die Leistenschmerzen verursachen. Man erkennt sie nur im Ultraschall oder bei einer Computer-Tomographie.“ Ob Leisten- oder Narbenbruch oder die häufig nach einer Schwangerschaft auftretende Rektusdiastase: Ursachen für die Brüche sind meist schwaches Bindegewebe oder schwere körperliche Belastungen.

In den meisten Fällen sind Hernien nicht akut gefährlich. Da sie sich indes nicht von selbst zurückbilden, wohl aber im Lauf der Zeit größer werden, sollten sie dennoch beobachtet und zu gegebener Zeit operiert werden.

Leistenbrüche bei Kindern sollten möglichst zeitnah behoben werden, da die Gefahr von Organschäden bei ihnen höher ist als bei Erwachsenen. Auch für Narbenbrüche gilt: Je früher ein Narbenbruch operiert wird, desto

weniger komplex ist die OP. Einleuchtend, denn ein drei Zentimeter großer Bruch ist einfacher zu beheben als einer, der die Zehn-Zentimeter-Marke überschritten hat. Je größer der Bruch, desto größer ist zudem die Gefahr, dass sich nach der Operation wieder eine Hernie an derselben Stelle bildet.



Gefährlich wird es, wenn Teile des Darms im Bruch eingeklemmt werden, was vor allem bei Hernien in der vorderen Bauchwand passieren kann. „Das ist ein Notfall, bei dem jede Minute

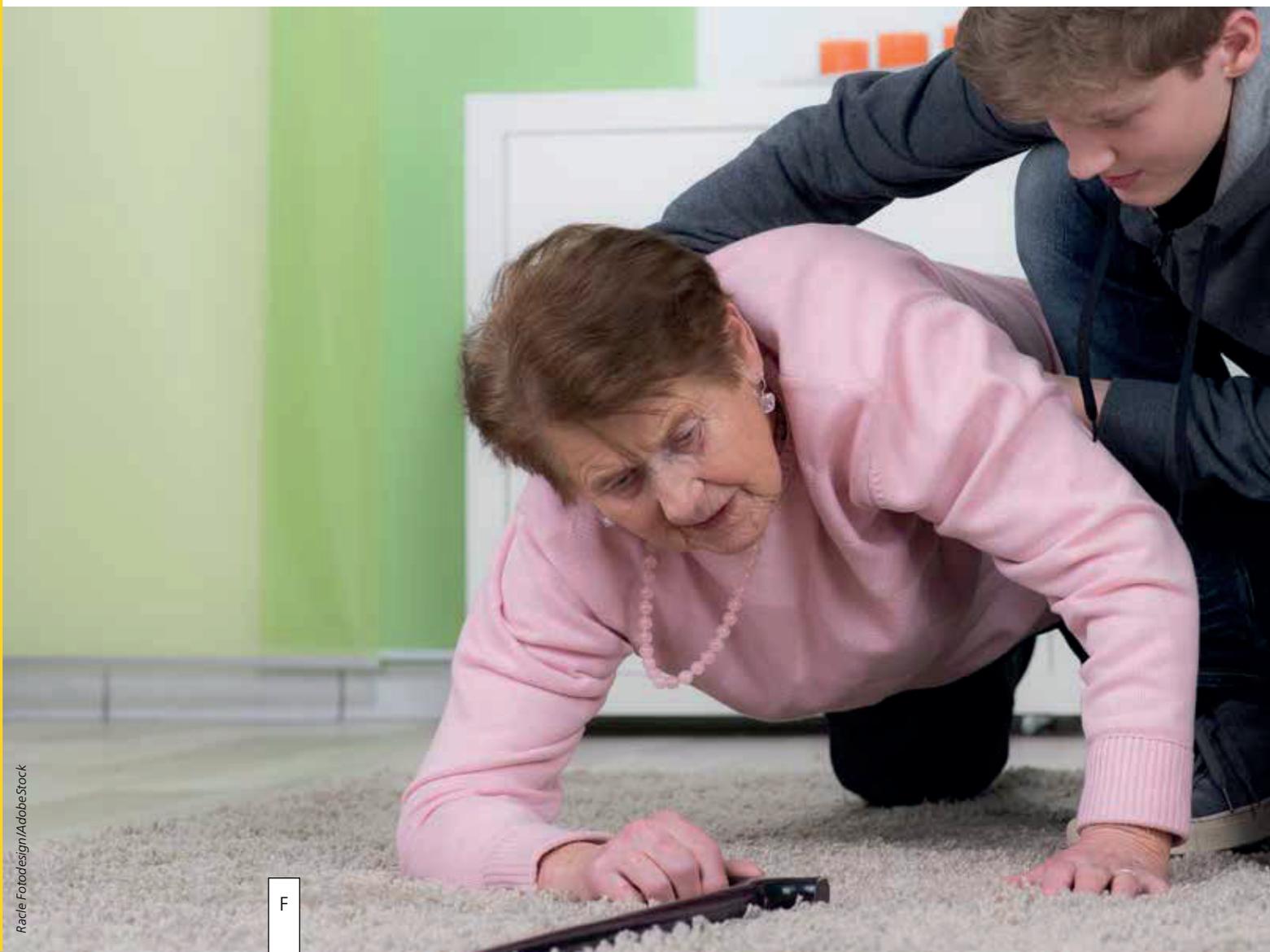
zählt! In dem Fall muss sofort operiert werden, denn der eingeklemmte Darm kann absterben“, betont Dr. Uckele. „Schon allein wegen der Einklemmungstendenz empfiehlt sich deshalb bei solchen Brüchen eine frühe Operation. Denn eine Notoperation in der Nacht oder am Wochenende ist weniger optimal als eine geplante OP. Vor allem bei älteren Patienten, die blutverdünnende Mittel nehmen oder Begleiterkrankungen haben, ist ein gut geplanter Eingriff die beste Möglichkeit, unnötige Risiken zu vermeiden.“

In vielen Fällen können Hernien minimalinvasiv operiert werden – auch dann, wenn zur Stabilisierung der Bauchwand ein Kunststoff-Netz implantiert wird. Je nach Größe und Lage des Bruchs kann aber auch eine offene OP nötig sein. Gemeinsam mit dem Arzt trifft der Patient die Entscheidung, ob und wann operiert

wird. Übt jemand eine schwere körperliche Tätigkeit aus, rät der erfahrene Mediziner zu einer frühzeitigen Operation. Will jemand, der keine Beschwerden empfindet, lieber noch warten, empfiehlt er, die Hernie zu beobachten und nach spätestens drei Monaten erneut zu untersuchen. „Auf jeden Fall zum Arzt gehen sollte man, wenn bei Belastung Schmerzen auftreten. Das sollte man nicht auf die lange Bank schieben. Auch Leistenschmerzen sollte man möglichst rasch abklären lassen“, betont Dr. Uckele.

Menschen, die derzeit aufgrund der Covid-19-Pandemie vor einem Krankenhausaufenthalt zurückschrecken, ermutigt er, nicht lange zu warten. „Die Klinik ist ein sicherer Ort, hier sind alle Patienten getestet“, betont er.

Jutta Krause



ZU RECHT GEFÜRCHTET

Die Osteoporose, der Knochenschwund, ist die häufigste Ursache für einen Oberschenkelhalsbruch. Das erklärt, warum Frauen weit häufiger als Männer von dieser Verletzung betroffen sind, denn diese haben verstärkt mit Osteoporose zu kämpfen. In den Wechseljahren geht die Östrogenproduktion zurück. Östrogene sorgen dafür, dass Knochenmasse aufgebaut

wird. Aufgrund der verringerten Produktion dieses weiblichen Sexualhormons reduziert sich der Aufbau von Knochenmasse, deren Abbau schreitet aber weiterhin voran. Die Knochen werden instabiler, Brüche nach einem Sturz können die Folge sein. Der Oberschenkelknochen, lateinisch Femur, ist der längste und kräftigste Knochen des menschlichen Skeletts. Der

wie ein Polytrauma“, sagt Dr. Johannes Maihoff, seit 2019 Bereichsleiter der Unfallchirurgie im Krankenhaus Herrenberg. Den Behandlungsrichtlinien der Unfallchirurgie zu Folge soll ein Bruch des Oberschenkelhalses innerhalb von 24 Stunden operiert werden. „Je früher wir operieren, desto früher können wir die Patienten wieder mobilisieren“, sagt Dr. Maihoff, im

Da gibt es nichts zu beschönigen: Ein Oberschenkelhalsbruch ist eine schwerwiegende Verletzung, eine der häufigsten für Menschen über 65 Jahre. Etwa drei Viertel der betroffenen Personen sind Frauen. Eine zeitnahe Operation nach der Diagnose ist zwingend, innerhalb von 24 Stunden soll der Eingriff erfolgen. Im Krankenhaus Herrenberg ist das gewährleistet. Zudem werden dort die Patienten in Zusammenarbeit von Unfallchirurgie, Geriatrie und dem Pflegedienst intensiv versorgt.

Hüftkopf dieses Knochens bildet zusammen mit dem Beckenknochen das Hüftgelenk. Der Teil des Oberschenkelknochens, der sich direkt vor dem Hüftkopf befindet, ist der Oberschenkelhals. „Der Bruch des Oberschenkelhalses ist für ältere Menschen eine sehr schwere Verletzung, das ist fast

besten Fall erfolgt eine erste Bewegungseinheit noch am Tag der Operation. Der Eingriff an sich ist für einen erfahrenen Unfallchirurgen und Endoprothetiker tägliche Routine:

In den meisten Fällen ist die Implantation einer Hüftprothese erforderlich, also der

künstliche Gelenkersatz. Es kommen verschiedene Varianten der Versorgung infrage:

- Die Duokopfprothese, bei der die Gelenkpfanne erhalten wird, um den Eingriff bei sehr alten und kranken Patienten möglichst klein zu halten.
- Der Ersatz des ganzen Gelenkes mit Prothesenschaft und Gelenkpfanne für den mobileren Patienten. Die Prothesenkomponenten werden zementiert oder zementfrei verankert. Dies hängt vom Lebensalter und der Knochenqualität ab (je jünger, desto eher zementfrei).
- Eine Sonderform ist die gelenkerhaltende Versorgung. Dies ist nur bei einer kleinen Zahl der Verletzten möglich, wenn die Frakturgeometrie eine gute Knochenheilungsprognose erwarten lässt.
- Von den Schenkelhalsfrakturen muss man die sehr häufigen pertrochantären Oberschenkelfrakturen trennen, die für den Patienten ebenso eine schwere und lebensbedrohende Verletzung darstellen. Hier frakturiert der Oberschenkel

etwas peripherer als in der Schenkelhalsregion. Sie werden regelhaft gelenkerhaltend mit einem Oberschenkelnagel versorgt.

„Wir führen jährlich mehr als 120 Eingriffe zur Versorgung der hüftgelenknahen Frakturen durch, wir haben eine sehr große Erfahrung und sind drin in diesem Thema“, sagt Dr. Maihoff. Komplikationen treten bei einem Oberschenkelhalsbruch zumeist nicht wegen der eigentlichen Verletzung auf, sondern wegen der plötzlichen Immobilität und der damit verbundenen Bettlägerigkeit. Das kann zu Herz-Kreislauf-Problemen führen, zu Thrombosen mit Lungenembolien, zu Blasenentzündungen und zur Ausbildung von Druckgeschwüren.

„Viele ältere Patienten mit dieser Verletzung leiden schon unter Vorerkrankungen“, erklärt Dr. Maihoff. Umso wichtiger ist es, dass diese ganzheitlich behandelt werden. Im Herrenberger Krankenhaus ist das aufgrund der intensiven Zusammenarbeit zwischen der Unfallchirurgie, der Geriatrie, das ist der Fachbereich



für Altersmedizin, und dem Pflegedienst sowie den Physiotherapeuten gewährleistet. Dr. Maihoff erklärt: „Wir sind in einer sehr engen Absprache mit den Internisten und den Anästhesisten.“ Dazu kommt der nach Einschätzung von Dr. Maihoff „exzellente Sozialdienst“ im Herrenberger Krankenhaus, der sich um die Organisation der weiteren Versorgung nach der Entlassung kümmert. Man darf nicht verkennen, dass ein Oberschenkelhalsbruch für Patienten einen massiven Einschnitt in die bisherigen Lebensbedingungen bedeuten kann.

Thomas Oberdorfer

VORBEUGEN IST MÖGLICH

Einem Oberschenkelhalsbruch kann man durchaus präventiv begegnen. Im eigenen Haus oder der eigenen Wohnung können Stolperfallen entfernt werden wie Teppiche. Gutes Sehen und gutes Hören können Stürze ebenso vorbeugen. Haltegriffe sind nützlich, ebenso Gehhilfen wie ein Rollator. In Sachen Ernährung gibt es Möglichkeiten, einer Osteoporose und damit der Hauptursache für einen Oberschenkelhalsbruch vorzubeugen: Kalziumhaltige Nahrung sowie Vitamin D sind hilfreich, der Verzicht auf oder zumindest die Reduzierung von Alkohol und Nikotin ebenfalls. Darüber hinaus schützen Beweglichkeit, ein guter Trainingszustand und eine belastbare Hüftmuskulatur vor Stürzen und den teilweise erheblichen Folgen.

Neuerungen in der Endosonografie

ALLES GOLD, WAS GLÄNZT



Mit freundlicher Genehmigung
von Cook Medical LLC

Goldenen Zeiten steuert die Endosonografie am Leonberger Krankenhaus entgegen. Dank eines enormen Entwicklungsschubs erweitern sich die Einsatzgebiete des inneren Ultraschalls mit dem Endoskop rasant.

Es ist echtes Gold, das den Leonberger Strahlentherapeuten künftig den Weg zum Tumor weisen können wird: Per Endosonografie millimetergenau platziert, stecken sogenannte Goldmarker die Grenzen der Wucherung ab und zeigen so an, wo bestrahlt werden muss. „Die Radioonkologen wollen genau wissen, wo die Tumoren sitzen. Um das Gebiet einzugrenzen, setzen wir die Marker mittels endosonografischer Nadel“, erklärt Dr. Barbara John, Chefärztin der Medizinischen Klinik II – Gastroenterologie in Leonberg.

Eine spezielle Nadel, wie sie auch fürs Punktieren verwendet wird, entwickelten Medizintechnikunternehmen für dieses Verfahren. Die Nadel wird dabei durch das endoskopische

Ultraschallgerät bis an den Tumorrand vorgeschoben, ihre Spitze enthält bis zu vier Marker aus Massivgold, die in einem einzigen endosonografischen Eingriff positioniert werden können. So spart das Verfahren, das etwa bei einem Bauchspeicheldrüsenkarzinom zur Anwendung kommen kann, Zeit und verkürzt die Dauer des Eingriffs. Auch anatomisch schwierige Regionen lassen sich mit der nadelbasierten Intervention erreichen.

Die Vorteile liegen auf der Hand. „Durch die Goldmarker“, erläutert Dr. John, „hat man eine höhere Genauigkeit bei der Strahlentherapie, man kann die Strahlendosis gezielt und kontrolliert verabreichen.“ So lässt sich nicht nur ein besseres Behandlungsergebnis erzielen,

➔ sondern auch die Strahlenbelastung für den Patienten reduzieren: „Das gesunde ist vom kranken Gewebe besser getrennt, sodass man versuchen kann, nur das kranke Gewebe zu bestrahlen.“ Komplikationen, sagt die Chefärztin, sind selten. Möglichst bald möchte sie daher das Verfahren für onkologische Patienten einführen – gemeinsam mit dem benachbarten Strahlentherapiezentrum.



Interventionelle Endosonografie

Doch das ist noch längst nicht das Ende der Fahnenstange: „In den vergangenen zehn Jahren“, so Dr. John, „hat sich die Technik der interventionellen Endosonografie enorm weiterentwickelt.“ Auf Wunsch eines Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs machte die Ärztin so erstmalig Erfahrungen mit der monopolen Radiofrequenzablation (RFA), die in Deutschland bislang nur circa 300-mal durchgeführt wurde. Das neue endosonografische Verfahren eignet sich für die Behandlung von zwei bis drei Zentimeter großen Insulinomen (Insulin produzierende Tumoren des Pankreas), Pankreastumoren und muzinösen (schleimigen) Zysten, die über den Magen oder den Zwölffingerdarm zu erreichen sind: „Über eine Hohlneedle schieben wir einen Katheter in den Tumor und geben Radiofrequenzstrahlen ab, die mit Hitze das Gewebe destruieren.“ Bis zu 85 Prozent des Tumors kann man so verschweißen. Bislang befindet sich die RFA noch in der Erprobungsphase. Liegen weitere Studiendaten vor, kann sich Dr. John vorstellen, die RFA als effektive und sichere Therapiealternative breit einzusetzen: „Vor allem bei polymorbiden Patienten ist es eine gute Option, um eine OP zu vermeiden.“



Gastro/Duodenozystostomie

Möglich ist es inzwischen auch, Tumoren – sofern sie von außen nicht erreichbar sind – mithilfe der Endosonografie aufzusuchen, um per Feinnadelpunktion Gewebeprobe zu

entnehmen, etwa in der Pankreasregion. Für die Behandlung von Zysten, Pseudozysten, Abszessen und Nekrosen steht Dr. John die Gastro/Duodenozystostomie – ein Drainage-Verfahren – zur Verfügung: „Dabei bohren wir durch den Magen oder den Zwölffingerdarm ein Loch in die Bauchspeicheldrüsenzyste und dehnen diese von innen auf, sodass Eiter oder andere Flüssigkeiten abfließen können.“ Dabei wird ein Plastik- oder Metallstent vom Magen aus in die Zyste eingelegt. Der Metallstent sieht aus wie ein Maschendrahtzaun und dehnt sich aus, sodass durch diesen die Zyste regelmäßig gesäubert werden kann. „Früher“, sagt Dr. John, „war das eine Riesen-OP, die wir heute dem Patienten ersparen.“



Elastografie

Mit der Elastografie wiederum lässt sich die Härte des Gewebes messen, etwa zur Einordnung einer Wucherung in der Bauchspeicheldrüse. Hierbei steht die Farbe Rot für weiches und eher gutartiges Gewebe, die Farbe Blau für hartes Gewebe, das auf ein Karzinom hindeuten kann. Erleichterung kann die Endosonografie mittels eines Eingriffes Patienten mit Bauchspeicheldrüsentumor verschaffen, deren Schmerzmittel nicht ausreichen. Hier plant Dr. John in Zukunft ein schmerzstillendes Mittel in Verbindung mit Alkohol in den Plexus coeliacus (ein Nervengeflecht im Oberbauch) über die endosonografische Nadel einzuspritzen, sodass der Patient von den starken Schmerzen befreit werden kann.

Umfangreich ist die Expertise, die das Team um Dr. John vorweisen muss, um die zahlreichen Entwicklungen auf dem Feld der Endosonografie mitgehen zu können. Doch der Anspruch, stets am Puls der Zeit zu bleiben, ist der Chefärztin Ansporn genug.

Nadine Dürr

Lichtblick

Austherapiert – dieses Wörtchen fürchtet jeder Krebspatient. Das Leonberger Krankenhaus eröffnet in solchen Fällen Optionen.

Nach Ausschöpfung der leitliniengerechten Therapie heißt es für Krebspatienten oft: Endstation. Nicht so bei Dr. Philippe Oswald Nono Tadie Piam. Denn seit 2019 kooperiert der Leonberger Onkologe mit dem Molekularonkologen Prof. Hans-Georg Kopp am Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus: Regelmäßig stellt Dr. Nono all seine austherapierten Patienten – vom Brustkrebs- bis zum Darmkrebspatienten – bei dem Kollegen im molekularen Tumorboard vor. „Das funktioniert wie eine Zweitmeinung“, erläutert der Oberarzt.

Stellt sich dabei heraus, dass die empfohlene Therapie tatsächlich ausgeschöpft ist, erfolgen zwei Probenentnahmen als Grundlage für eine individuelle Therapieempfehlung. Für die sogenannte Liquid Biopsy (Flüssigbiopsie) nimmt ein Humangenetiker aus Tübingen dem Patienten Blut ab, zusätzlich erfolgt eine Untersuchung des Tumorgewebes. Etwa zwei bis drei Monate benötigt Prof. Kopp

dann, um die Ergebnisse der Untersuchungen zu bewerten und – wenn möglich – eine Therapieempfehlung auszusprechen.



„Meist handelt es sich dabei um Therapien, die für eine andere, aber noch nicht für diese Erkrankung zugelassen sind“, erläutert Dr. Nono. Die entsprechenden Medikamente werden meist noch in Studien erprobt. Legen Letztere jedoch einen Erfolg der Mittel auch im neuen Einsatzgebiet nahe, dann erteilen die Krankenkassen inzwischen meist eine Zusage für die Verordnung. „Das“, sagt der

Oberarzt, „konnte man so vor einem Jahr noch nicht machen.“ Auch wenn die Kassen ihre Genehmigung versagen, besteht noch Hoffnung auf eine Molekulartherapie: Dr. Nono versucht in diesen Fällen, die Teilnahme an einer Studie in die Wege zu leiten.

Das Ausloten der Therapieoptionen indes ist ein zeintensiver Prozess. „In einer langen Suche“, so Dr. Nono, „schaut man auf Molekularebene, welche Schwachstellen die Tumorzellen haben. Das ist sehr aufwendig, da Tumorzellen sehr viele Eigenschaften besitzen.“ Meist gehe es darum, Rezeptoren zu finden, die etwa am Tumorwachstum beteiligt sind. Existiert ein Medikament, das sich an den Rezeptor bindet, lässt sich dieser so gezielt unschädlich machen.

Einen solchen Mechanismus zu finden ist die Aufgabe des Molekularonkologen Prof. Kopp. „Er sucht nach etwas, das es noch nicht gibt. Das ist Forschung und experimentelle

Medizin“, erläutert Dr. Nono. Während die Chemotherapie allgemein wirke – „man schießt mit einer Kanone auf ein Ziel“ – handle es sich bei den Molekulartherapien um zielgerichtete Tabletten- oder Infusionstherapien, die für die geschwächten Patienten besser verträglich sind und direkt vor Ort in Leonberg verabreicht werden können.

Schlägt die Therapie an, so darf der Patient mit einer Verbesserung der Lebensqualität rechnen. „Man macht die Therapien nicht, um Krebskranke zu heilen, und auch nicht, um die Tumormasse zu reduzieren“, stellt Dr. Nono klar. „Man ist froh, wenn man es schafft, das

Tumor-Wachstum zu bremsen.“ Bei einem Lebertumor würde das etwa bedeuten, dass die Leberfunktion erhalten werden kann. „Wenn der Patient weiß, dass er diese Möglichkeit hat, dann ist das für ihn schon viel wert“, so der Onkologe. Die Nebenwirkungen der Therapie – Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Fieber und Luftnot – seien erträglich. „Wir haben auch Maßnahmen zur Verfügung, mit denen wir die Beschwerden lindern können“, betont der Oberarzt.

Durchschnittlich zwei Patienten pro Monat eröffnet der Onkologe die Möglichkeit, eine solche Therapie zu erhalten. Um die Erfolgsaussichten

der Behandlung zu erhöhen, lässt Dr. Nono nicht allzu viel Zeit bis zur Vorstellung im molekularen Tumorboard verstreichen: „Wenn wir sehen, dass wir vor der letzten Möglichkeit stehen und nicht weiterkommen, warten wir nicht, bis der Patient austherapiert ist, sondern schalten den Kollegen in Stuttgart sofort hinzu.“ Die Aussicht, die noch verbleibende Zeit ohne allzu große Beeinträchtigungen genießen zu können, bedeutet den Patienten viel. „Sie schätzen es sehr, diese Möglichkeit zu haben, und denken positiv“, stellt Dr. Nono fest. „Damit ist oft schon viel erreicht.“

Nadine Dürr

Chronische Blasenentzündung

Ein bakterieller Infekt nach dem anderen

Welche Frau kennt das nicht? Die Blase drückt – deutlich häufiger als normal. Dazu kommen Schmerzen im Unterleib, die bis in den Rücken ausstrahlen können, und ein Brennen beim Wasserlassen.

Jede dritte Frau leidet einmal, durchaus auch mehrmals, in ihrem Leben unter einer Blasenentzündung, fachlich „Zystitis“ genannt. Dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer, hat vor allem anatomische Gründe. „Bei Frauen ist die Harnröhre nur drei bis vier Zentimeter, bei Männern hingegen knapp 20 Zentimeter lang“, nennt Dr. Monica Diac den Hauptunterschied. „Dadurch gelangen bei Frauen Bakterien sehr viel schneller und einfacher in die Blase“, führt die Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Leonberger Krankenhaus weiter aus.

Doch auch ein schwacher Blasenmuskel oder eine Blasensenkung können die Entstehung einer chronischen Blasenentzündung begünstigen. Hormonell bedingt, in der Menopause oder in einer Schwangerschaft, verändert sich die Schleimhaut der Scheide. Was deren Abwehrkräfte minimiert. Zudem kann die Blasenentzündung als Nebenwirkung einer Medikamenteneinnahme auftreten oder aber Folge einer ganz klassischen Verkühlung sein. „In der Regel tritt die Blasenentzündung akut auf und klingt, mit der richtigen Behandlung, nach wenigen Tagen wieder ab“, sagt Dr. Diac. Doch wie immer gibt es Ausnahmen. „Sind die Beschwerden lang anhaltend oder treten sie

immer wieder von Neuem auf, handelt es sich um eine chronische Blasenentzündung“, so die Leonberger Gynäkologin. Die durchaus häufig vorkommt. „Zwischen einem und fünf Prozent aller Frauen leiden unter einer chronischen Blasenentzündung.“

Während sich die Symptome nicht von denen einer akuten Erkrankung unterscheiden, ist die Behandlung von chronischen Harnwegsinfektionen deutlich komplexer. „Oftmals haben sich durch eine vorangegangene Antibiotika-Therapie Resistenzen gebildet“, benennt die Chefärztin eine der Schwierigkeiten. Dazu kommt, dass die ständig wiederkehrenden Infektionen die sogenannte GAG-Schicht (Glykosaminoglykanschicht) schädigen – die Schleimschicht, die im gesunden Zustand einen Schutzfilm für die Blaseninnenwand bildet.

Diesen gilt es wiederherzustellen. Etwa ein Drittel aller Patientinnen kann mithilfe von bestimmten Verhaltensregeln beschwerdefrei werden, wie Optimierung der Trinkmenge und Genital- und Sexualhygiene.

Die Behandlung mit pflanzlichen Präparaten wie Cranberry-Kapseln, Meerrettich-Extrakt oder auch Goldrutenkraut kann wirkungsvoll sein. „Sie müssen aber richtig dosiert werden und sollten deshalb in jedem Fall unter ärztlicher Begleitung eingenommen werden“, so der dringende Rat von Dr. Diac.

Zu den Therapiemöglichkeiten mit nachgewiesener Wirkung zählen unter anderem die Immunstimulation, die Ansäuerung des Harns, die orale oder intravaginale Einnahme von Probiotika und die vaginale Östrogentherapie. Entscheidend für den Therapieerfolg ist neben einem individuellen, maßgeschneiderten Behandlungsplan auch eine ausführliche urogynäkologische Untersuchung inklusive Zystoskopie (Blasenspiegelung). „So können wir anatomische Anomalien, Blasensteine oder auch Tumore als Ursache für die chronische Blasenentzündung ausschließen“, sagt Dr. Diac. „Oder aber wir können sie entsprechend behandeln.“



Schmerzfrei dank winziger Metallspiralen



Ein minimalinvasiver Eingriff bei einem Beckenvenensyndrom kann Betroffene von ihren Schmerzen befreien. Auch in Leonberg erzielen Radiologen mit der Embolisation der Eierstockvene Erfolge.

Schmerzen im Becken, beim Wasserlassen, beim Geschlechtsverkehr und während der Menstruation – hinter diesen Symptomen kann sich das weibliche Beckenvenensyndrom („pelvic congestion“) verbergen. Auch sichtbare Krampfadern am

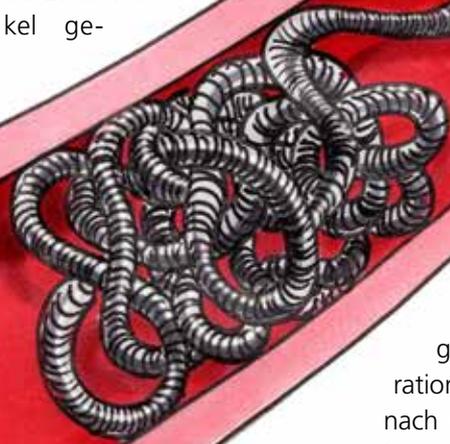
äußeren Genital, an Gesäß und Oberschenkeln weisen auf das Frauenleiden hin, das 15 Prozent der 18- bis 50-jährigen weiblichen Bevölkerung betrifft. Ursache des schmerzhaften Syndroms ist eine Störung der Beckenvenenzirkulation: Versagen die

Venenklappen, führt dies zu einer chronisch venösen Stauung im Becken, die Schmerzen verursachen kann.

Nur ungern reden die Betroffenen über ihre Beschwerden. Zudem ist das Wissen über die Erkrankung noch

nicht allzu weit verbreitet, sodass manch einer Patientin eine Odyssee an Arztgesprächen bevorsteht. „Oft ist es auch nicht bekannt, dass das Beckenvenensyndrom sehr gut minimalinvasiv behandelt werden kann“, stellt Dr. Jens Schneider, Chefarzt des Zentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen, fest.

die untere Hohlvene und die Nierenvene sondieren die Radiologen dann die Eierstockvene („vena ovarica“) – teilweise eine technische Herausforderung, da zwei Winkel ge-



große Verbesserung“, so Dr. Schneider. Die Erfolgsrate ist dabei größer als bei einer Operation. Bleiben die Symptome nach dem Eingriff bestehen, kann allerdings eine zusätzliche Embolisation auf der Gegenseite erforderlich werden. „Die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerden dann nicht weg sind, ist extrem gering“, weiß Dr. Schneider.

meistert werden müssen, die manchmal ungünstig sind.

Wenn man eine OP vermeiden will, gibt es dafür mit der Embolisation der Eierstockvene eine sehr elegante Methode.“

Als Patientin kann man bei dem Eingriff selbst zusehen und sich währenddessen mit dem Radiologen unterhalten. Dr. Florian Welke, leitender Oberarzt im Zentrum für Radiologie Leonberg-Böblingen, erklärt das Vorgehen: „Wir führen einen dünnen Katheter unter Röntgenkontrolle über die Leistenvene ein. Der Eingriff ist daher kaum schmerzhaft und wird in örtlicher Betäubung durchgeführt.“ Über

Am Zielort angekommen, veröden die Ärzte die Vene mit sogenannten Coils – metallischen Mikrospiralen. „An diesen sind kleine Fäden befestigt. Daran verklebt das Blut und das führt zum Verschluss der Vene“, erklärt Dr. Welke. Alternativ, ergänzt er, könne man das Gefäß auch mit Gewebe-Kleber verschließen: „Hier ist Erfahrung nötig, denn es besteht die Gefahr, dass dieser an Stellen fließt, wo er unerwünscht ist.“

„Bei den in der Radiologie Leonberg bislang so behandelten Patientinnen konnte mit der Embolisation der Eierstockvene meist eine komplette Beschwerdefreiheit erzielt werden, mindestens aber eine

Minimal, betonen beide Radiologen, seien auch die Risiken des Eingriffs: Die Wahrscheinlichkeit einer Infektion liege dank des dünnen Katheters bei „fast null“, selbiges gelte für Blutungen und eine mögliche Verletzung der Gefäße. Der Eingriff erfolgt unter Röntgenkontrolle. Die Radiologen nehmen dabei den Strahlenschutz sehr ernst. „Wir haben modernste Technik“, versichert Dr. Schneider, „und können die Behandlung mit entsprechend geringer Röntgenstrahlung durchführen.“ So sind die Patientinnen im Leonberger Zentrum zu jeder Zeit in den besten Händen.

Redaktion

LEUCHTEND GRÜN HEISST: GUT DURCHBLUTET

Genaueres Hinschauen, Fühlen, Ultraschallbild? All das hilft nicht, um feststellen zu können, ob das Gewebe wieder gut durchblutet oder ob eine Darmnaht dicht verschlossen ist. Wohl aber die Angiofluoreszenz, die als noch neue Technologie bei minimalinvasiven Eingriffen seit einem Jahr im Leonberger Krankenhaus durchgeführt werden kann.



Die „Geschichte“ ist eigentlich schnell erzählt: Während der Operation wird dem Patienten eine kleine Menge Farbstoff injiziert – über die Vene und ohne den menschlichen Körper auch nur minimal zu belasten. „Der Farbstoff ist nicht jodbasiert, wie das bei Kontrastmittel der Fall ist“, betont Prof. Dr. Wolfgang Steurer, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Krankenhaus Leonberg. Heißt: Der Farbstoff muss nicht erst vom Körper abgebaut werden, was vor allem für die Nieren eine

größere Belastung bedeuten würde. Er kann einfach ausgeschieden werden.

Zuvor aber kann der Farbstoff mittels „Laser“ zum Leuchten gebracht werden. Die Kamera des Endoskops fängt dann ein leuchtendes Grün ein und projiziert dieses auf den Bildschirm des neuen Laparoskopieturms. Ein Bild, das Prof. Steurer gerne sieht, denn es zeigt ihm auf den ersten Blick: Das Gewebe ist ausreichend durchblutet. „Sehe ich nur einen hellgrünen Schimmer oder überhaupt gar kein Leuchten, dann weiß ich, dass ich noch ein weiteres Stück Darm entfernen muss“, beschreibt der Chefarzt ein mögliches Szenario, die daraus folgenden Konsequenzen und zugleich auch den Einsatzbereich der Angiofluoreszenz, wie das in Leonberg inzwischen gut etablierte Verfahren fachlich benannt wird.

„Wo immer das möglich ist, führen wir Magen- und Darmoperationen minimalinvasiv durch“, sagt Prof. Steurer. Die Vorteile der Schlüssellochchirurgie – im Vergleich zu großen Bauchschnitten – sind hinlänglich bekannt: Der Eingriff ist schonender, der Patient nach der Operation schneller wieder auf den Beinen. Er hat weniger postoperative Schmerzen und dank der kleinen Schnitte kommt es weniger zu Wundheilungsstörungen. Doch wie immer gibt es eine Kehrseite: Der Chirurg hat keine direkte

Sicht auf das Operationsfeld, was vor allem bei Darmoperationen zu einem Risikofaktor werden kann. „Wir müssen für die Operation die Hauptschlagader, die zum jeweiligen Darmsegment führt, durchtrennen“, benennt Prof. Steurer den entscheidenden Schritt des laparoskopischen Eingriffs. Nur so kann der von einem Tumor befallene Teilabschnitt des Darms entfernt, nur so können die entzündeten, nach außen gestülpten Aussackungen der Dickdarmschleimhaut (Divertikel) entfernt werden. Doch mit der Entfernung des befallenen Darmabschnittes ist es längst nicht getan. „Die Wundheilung kann nur dann gelingen, wenn wir zwei sehr gut durchblutete Gewebeabschnitte zusammennähen – und wenn wir die Naht optimal verschließen“, sagt Prof. Steurer. Andernfalls drohen Komplikationen oder sogar eine zweite Operation.

Dank des neuen Laparoskopieturms und der nun möglichen Angiofluoreszenz kann diese Gefahr entscheidend minimiert, kann die Durchblutung schon während der Operation sichtbar gemacht werden.

Gleiches gilt, wenn eine Naht im Bereich der Leber nicht dicht verschlossen wurde und Gallensaft austritt. Auch dann sieht der Chirurg ein grünes Leuchten – und kann direkt reagieren und die minimalinvasive Operation erfolgreich beenden.

Sabine Haarer



DIE KUNST DER KLEINEN SCHNITTE

Die Schlüsselloch-Chirurgie ist längst medizinischer Standard, doch bieten nur wenige Kliniken zertifizierte Qualität. Das erste Minimalinvasive Zentrum des KVSW entstand nun in Nagold.

Kleinere Narben, geringere Schmerzen, weniger Blutverlust und eine schnellere Rückkehr in den Alltag – die minimalinvasive Chirurgie bietet zahlreiche Vorteile, gerade für den Patienten. Doch nur 67 der bundesweit rund 2.000 Krankenhäuser besitzen das Gütesiegel der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC), die sich in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) organisiert hat. Diesem kleinen Kreis zertifizierter Zentren gehört seit September auch die Nagolder Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie an. Sie erfüllt damit die von der DGAV-CAMIC definierten Qualitätsanforderungen.

„95 Prozent der geplanten Operationen im Bauchraum erfolgen bei uns minimalinvasiv“, berichtet Chefarzt Prof. Dr. Daniel Kauff. „Im Vergleich zu anderen Kliniken ist diese Quote sehr hoch.“ Die Fallzahlen, die Qualität der OPs und die Häufigkeit von Komplikationen, die Dauer der Genesungszeit, die Mortalitätsrate sowie zahlreiche weitere Parameter werden dokumentiert und in Datenbanken hinterlegt. „Diese Transparenz“, erklärt Prof. Kauff, „gibt uns die Möglichkeit, unser Tun zu reflektieren und uns zu fragen: Wo müssen wir uns eventuell verbessern?“ Höchste Qualitätsansprüche ergeben sich aus diesem stetigen Vergleich mit den besten Kliniken deutschlandweit. Sicher sein dürfen sich Patienten zudem, dass sie ➔



im Nagolder Kompetenzzentrum für Minimal-Invasive Chirurgie nur von Spezialisten operiert werden. Diese weisen nicht nur viel Erfahrung auf dem Gebiet der Schlüsselloch-Chirurgie auf, sondern besuchen auch regelmäßig

Fachkongresse, anerkannte Fortbildungen und Veranstaltungen in Expertenkliniken. „Da kann man den Kollegen bei ihren OPs zusehen und lernen: Was haben diejenigen für Tipps und Tricks?“, erklärt Prof. Kauff.

Der Nagolder Chefarzt selbst besitzt Expertenwissen zur noch kaum verbreiteten minimalinvasiven OP-Technik taTME bei Enddarmkrebs, die er mit seinen Kollegen in Mainz als einer der Ersten in Deutschland anbot. „Dabei wird im Two-Team-Approach gleichzeitig vom Bauchraum und vom After aus operiert. Man trifft sich im Rendezvous in der Mitte“, erläutert der Chirurg. Der Vorteil: Tiefe Tumoren können so schließmuskelerhaltend operiert werden – unter Wahrung der Sicherheitsabstände. Durch den Einsatz von zwei OP-Teams kann so auch die Operationszeit verkürzt werden.

Anzeige



Mit zu den Vorreitern gehören die Nagolder Chirurgen auch in puncto Roboter-assistierte Bauchchirurgie. Für die DGAV-CAMIC-Zertifizierung sind minimalinvasive OPs mit dem DaVinci®-System zwar keine Voraussetzung, sind aber von Vorteil. Beispielsweise bieten die wie Miniaturhände im Bauchraum einsetzbaren Greifarme des DaVinci-Systems deutlich mehr Bewegungsfreiheit als die klassische Laparoskopie. „So können auch besonders anspruchsvolle Operationsschritte auf kleinstem Raum mit höchster Präzision durchgeführt werden. Der Operateur steuert das DaVinci-System und behält während des gesamten Eingriffs immer die Kontrolle“, erklärt Prof. Kauff. Da alle zertifizierten Kliniken dazu verpflichtet sind, die Nachsorge der Patienten zu übernehmen und zu dokumentieren, ermöglicht die Zentrumsbildung einen Überblick über die Qualität der Behandlung im Langzeitverlauf. „Wenn man nicht weiß, was aus einem Patienten wird, kann man auch nichts anpassen“, stellt Prof. Kauff fest und freut sich: „Mit der Zertifizierung haben wir Kontrollinstrumente, um die Qualität zu verbessern und hochzuhalten.“ *Nadine Dürr*

Zugriff auf über 1000 Fahrzeuge

*** Neuwagen *** Gebrauchtwagen
 *** Dienst- und Jahreswagen ***

Die besten Angebote finden Sie nur bei uns!

Besuchen Sie uns in unserem neuen Gebäude!
 Es lohnt sich...

autohaus BRAUN

Calwer Straße 304 | Wildberg | Tel. 0 70 54 - 365
www.autohausbraun.de

Unsere Wirbelsäule ist einzigartig

Er hat zwar schon unzählige Lendenwirbelsäulen operiert, von einem „Routineeingriff“ möchte Robert Hesse dennoch nicht sprechen. Aus einem einfachen Grund: „Jede Operation unterscheidet sich von der vorigen und ist für sich genommen ganz einzigartig“, sagt der Oberarzt der Klinik für Neurologie an den Kliniken Calw.

KLINIK FÜR NEUROLOGIE

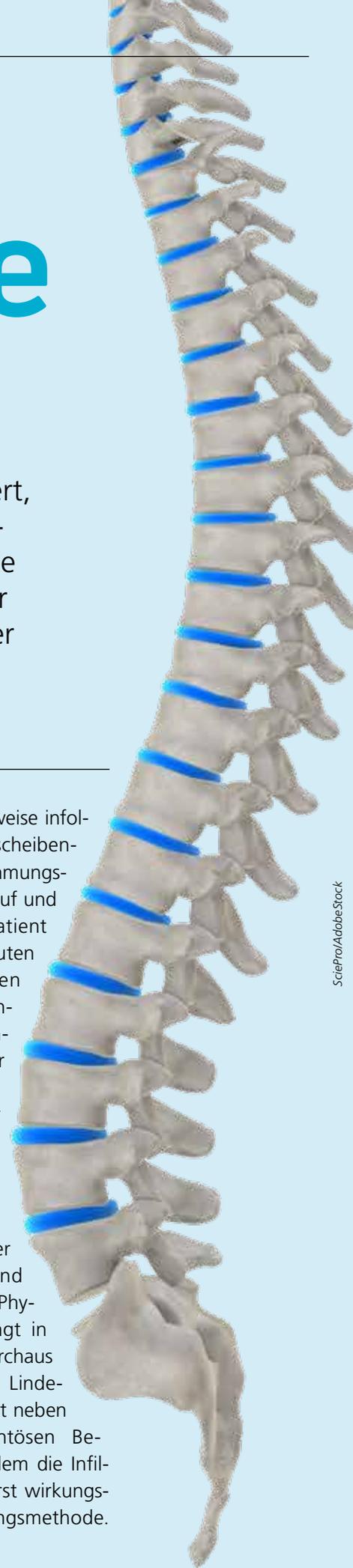
„Keine Wirbelsäule gleicht der anderen“, betont Robert Hesse. Zum einen gibt es unzählige anatomische Varianten, zum anderen spielen die ganz individuellen Lebensumstände eines jeden Patienten eine ganz entscheidende Rolle. Berufliche bedingte Belastungen, nicht korrigierte Fehlstellungen, Verletzungen durch Unfälle, vor allem aber altersbedingte Verschleißerscheinungen – allesamt wirken sich auf die Wirbelsäule aus. Auf ganz unterschiedliche Art und Weise.

Genau diese Unterschiede aber sind es, die für Robert Hesse den Reiz an seinem Arbeitsgebiet ausmachen: die Neurochirurgie. Das Spezialgebiet der Chirurgie, in dem die Erkennung und operative Behandlung von Erkrankungen am zentralen und peripheren Nervensystem

zusammengefasst werden. Also Operationen und Behandlungen von Schädel-, Hirn-, Rückenmarks- und Nervenverletzungen aller Art. Wobei sich Robert Hesse selbst auf den Bereich der Lendenwirbelsäule spezialisiert hat, den fünf Wirbel umfassenden Abschnitt, der am Ende der Brustwirbelsäule beginnt und mit dem Kreuzbein endet. Vorrangig sind es Bandscheibenvorfälle und Spinalkanalstenosen, unter denen die Patienten leiden, die von Robert Hesse behandelt und operiert werden.

Wobei sein Hauptaugenmerk keineswegs auf der Operation liegt: „Obwohl ich Chirurg bin und die Eingriffe selbst durchführe, rate ich meinen Patienten häufig zunächst zu einer konservativen Behandlung“, betont Robert Hesse.

Treten beispielsweise infolge eines Bandscheibenvorfalles keine Lähmungserscheinungen auf und leidet der Patient nicht unter akuten Einschränkungen wie einer Harn- oder Stuhlinkontinenz, rate er in einem ersten Schritt von einer Operation ab. Eine gezielte Schmerztherapie, in Verbindung mit einer intensiven und abgestimmten Physiotherapie, bringt in vielen Fällen durchaus die gewünschte Linderung. Dabei zählt neben der medikamentösen Behandlung vor allem die Infiltration als äußerst wirkungsvolle Behandlungsmethode.





Dabei wird ein lokales Betäubungsmittel in die Nähe des betroffenen Nervs injiziert, wodurch die Entzündung verringert und der schmerzhaft Druck auf die Nervenwurzel gemildert wird. Dass es in vielen Fällen nicht bei der konservativen Behandlung bleiben kann, hat oft den gleichen Grund: die Schmerzen. Laut Robert Hesse sind sie in vielen Fällen letztendlich das „K.-o.-Kriterium“. Denn auch wenn aus medizinischer Sicht eine konservative Weiterbehandlung durchaus eine Option wäre, möchte und kann der Patient die damit verbundenen, teilweise therapieresistenten Schmerzen nicht länger aushalten. Im Wissen darum sagt Robert Hesse: „Die Kunst liegt häufig im Abwägen der verschiedenen Behandlungsoptionen.“

Bei diesem „Abwägen“ ist Robert Hesse nicht allein, die Entscheidung wird immer im Team getroffen. Natürlich hat dabei die Meinung des Patienten das höchste Gewicht, doch darüber hinaus zählt Robert Hesse auch auf die Expertise seiner Kollegen: „In jedem Fall wird eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt“, betont er.

Entsprechend des Krankheitsbildes bespricht er sich hauseintern mit Chefarzt Dr. Dennis Schlak und dem Team der neurologischen Klinik sowie Prof. Dr. Martin Handel und dem Team der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie.

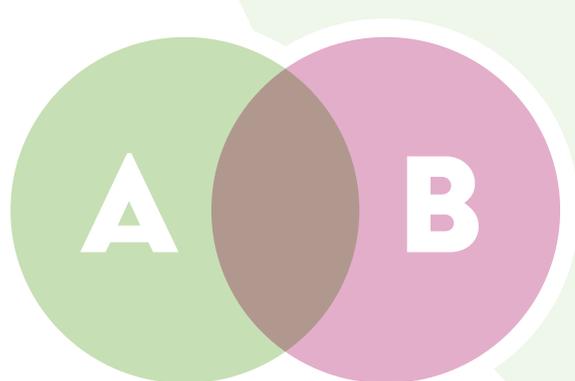
Ist eine Operation notwendig, so wird diese immer mittels mikrochirurgischem Verfahren durchgeführt. Sowohl das Verfahren an sich als auch die technische Ausstattung der Kliniken Calw entsprechen der modernsten Technik; das hochauflösende Operationsmikroskop, die entsprechenden Mikroinstrumente und der digitale Bildwandler haben „Universitätsniveau“. Der Goldstandard ist Standard in der Calwer Neurochirurgie. Die Vorteile der Mikrochirurgie liegen auf der Hand: Wie bei jedem anderen minimal-invasiven Eingriff müssen nur minimale Zugänge geschaffen werden. Muskeln und Gewebe können geschont werden, die postoperative Heilung geht mit weniger Schmerzen und einem deutlich verringerten Risiko für eine Narbenbildung einher. Weitaus wichtiger aber ist: „Oftmals kommt es bei diesen Operationen auf wenige Millimeter an. Durch die Mikroinstrumente bekommen wir

selbst zu den tief liegenden und äußerst engen Bereichen der Lendenwirbelsäule einen optimalen Zugang und durch das Operationsmikroskop auch die notwendige Sicht dorthin“, nennt Robert Hesse die entscheidenden Vorteile. Verschlossene Bandscheibenanteile können somit ohne Zweifel lokalisiert und auch entfernt werden. Bei einer Verengung des Wirbelkanals, der sogenannten Spinalkanalstenose, kann der Wirbelkanal mikrochirurgisch erweitert und somit der schmerzhaft Druck auf Rückenmark, Nerven und Blutgefäße genommen werden.

Schon vor, doch vor allem nach dem operativen Eingriff wird der Patient im Calwer Krankenhaus physiotherapeutisch betreut. Damit er möglichst schnell wieder auf den eigenen Beinen steht, schließt sich eine stationäre oder ambulante Reha-Maßnahme an. Diese wie auch die daran anschließende, also abschließende Behandlung der Patienten werden von Robert Hesse geplant und begleitet. „Ich kann meinem Patienten von Anfang an und bis zur Genesung zur Seite stehen – das schätze ich ungemein“, betont der Neurochirurg.

Sabine Haarer

SciPro/AdobeStock



D

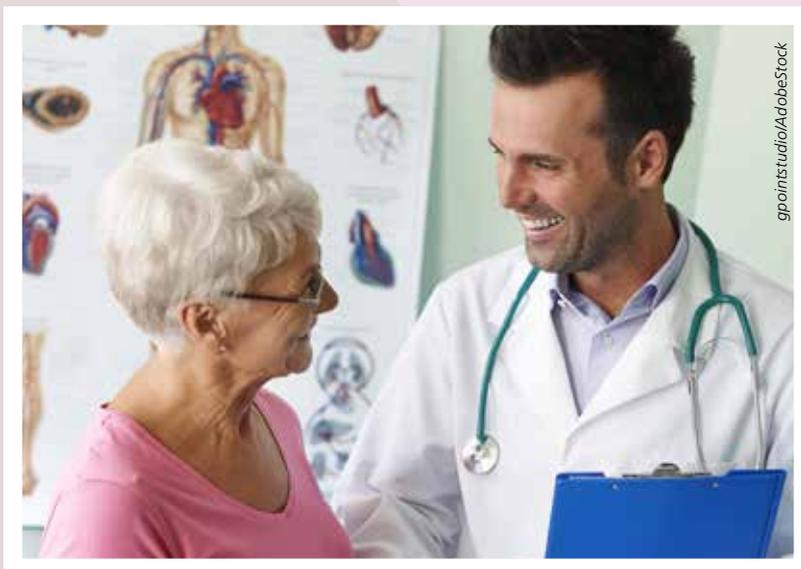
EINE FUNDIERTE ZWEITE MEINUNG HILFT

13 Jahre nach der ersten Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft erhalten die Kliniken Nagold eine weitere Auszeichnung – sie sind nun auch ein zertifiziertes Zweitmeinungszentrum.

MIT Glück hat diese zusätzliche Zertifizierung nichts zu tun. Vielmehr weiß die Deutsche Krebsgesellschaft um die qualitätsgesicherte, leitliniengerechte und interdisziplinäre Behandlung der Patienten im Nagolder Darmkrebszentrum.

GEPAAART mit einer herausragenden medizinischen Versorgung und der Anwendung und Weiterentwicklung moderner Operations-, Therapie- und Nachsorgekonzepte bietet das Nagolder Zentrum in Sachen Darm- und Enddarmkrebs ein Gesamtpaket auf höchstem Niveau – das nicht nur innerhalb des Klinikverbundes und in der Region, sondern auch weit über Nagold hinaus bekannt ist und nun von höchster Stelle ausgezeichnet wurde. „Die Zertifizierung als Zweitmeinungszentrum ist eine Auszeichnung für das Haus und eine Anerkennung unserer Arbeit in der vergangenen Jahren“, freut sich Prof. Dr. Hubert Mörk, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I – Gastroenterologie/Onkologie und Leiter des zertifizierten Darmkrebszentrums.

DASS sich Patienten mit der Bitte um eine Zweitmeinung bezüglich ihrer Diagnose und der vorgeschlagenen Therapie an die Nagolder Fachärzte wenden, ist nichts Neues. „Es haben sich auch zuvor immer wieder Patienten bei uns gemeldet, die von uns eine zweite Meinung einholen wollten“, blickt Prof. Dr. Daniel Kauff auf den Alltag im Darmkrebszentrum vor der zusätzlichen Zertifizierung als Zweitmeinungszentrum zurück. Der Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie an den Kliniken Nagold ist stellvertretender Leiter des Zentrums und weiß: „Wie bei jeder anderen Krebsdiagnose haben die Patienten Angst. Doch bei Darmkrebs und erst recht bei Enddarmkrebs gibt es sehr viele spezielle Fragestellungen, und auf der Suche nach Antworten werden viele Patienten auf unser Zentrum aufmerksam.“ Denn hier wird selbst bei sehr tief sitzendem Enddarmkrebs nach Möglichkeit Schließmuskel-erhaltend operiert; der innovativen, minimalinvasiven Operationstechnik, dem Neuromonitoring und der eigens darauf abgestimmten differenzierten Nachsorge sei Dank bleibt den Patienten ein dauerhafter künstlicher Darmausgang erspart.



gpointstudio/AdobeStock

DIE Anfrage nach einer Zweitmeinung wird entweder direkt vom Patienten oder aber über das Portal der Deutschen Krebsgesellschaft gestellt. In einem ersten Schritt werden die vorliegenden Befunde, die Aufnahmen der bildgebenden Verfahren und die bisherige Therapieempfehlung studiert.



KANN eine abweichende Therapie empfohlen werden, so wird der Fall zunächst in der interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen und dann der Patient einbestellt. „Um eine Gesamtempfehlung abgeben zu können, müssen wir den Patienten selbst gesehen und klinisch untersucht haben“, begründet Prof. Dr. Kauff diesen Schritt. „Kommen wir zu einer abweichenden Zweitmeinung, suchen wir das Gespräch mit dem Kollegen des anderen Krebszentrums“, betont Prof. Dr. Mörk. Nur so könne man verhindern, dass der fachliche Disput auf Kosten der Patienten ausgetragen werde. „Entsprechend den Leitlinien und unserer Expertise geben wir ein klares und fundiertes Statement ab“, fassen die beiden Professoren die Intention des zertifizierten Zweitmeinungszentrums zusammen. Ob der Patient der Zweitmeinung folgt – und wenn ja, ob er sich auch im Nagolder Darmkrebszentrum behandelt lässt – diese Entscheidungen kann letztendlich nur er selbst treffen.

Redaktion



WENN ALLES ZUSAMMENHÄNGT

Im Interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Calw-Nagold kümmern sie sich gemeinsam um die Patienten.

Als Team agieren Daniel Kauff (Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie mit Unfallchirurgie in den Kliniken Nagold), Dr. Arkadiusz Praski (Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Kliniken Calw) und Dr. Ulrich Haag (Chefarzt der Klinik für Urologie in den Kliniken Nagold) und ihre Mitarbeiter schon seit geraumer Zeit. Trotz der räumlichen Trennung über einige Kilometer hinweg. Aus medizinischer Sicht sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit aber eine ganz logische Konsequenz, sagen alle drei Chefarzte. Dass es darüber hinaus auch auf der zwischenmenschlichen Ebene „passt“, mache das Miteinander noch enger – wovon ganz direkt die Patienten profitieren.

Dabei handelt es sich zum einen um Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Nach den jeweiligen Untersuchungen werden schon seit geraumer Zeit Behandlung und Therapie

gemeinsam bei einer Tumorkonferenz besprochen. Andererseits ist inzwischen einmal im Monat noch ein weiterer Termin fest im Kalender verankert: Dann gehört die Aufmerksamkeit den Patienten mit Erkrankungen im kleinen Becken oder der Beckenorgane – die im neu gegründeten Interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Calw-Nagold behandelt werden. „Mit der Etablierung des Zentrums setzen wir konsequent den Weg fort, den wir bereits seit mehr als einem Jahr miteinander gehen“, sagen alle drei Chefarzte unisono. „Jeder von uns hat einen großen Erfahrungsschatz und ein großes fachliches Repertoire“, sagt Dr. Praski. „Indem wir das bündeln, können wir die Patienten bestmöglich betreuen.“

Das gilt für die Anamnese und erst recht für die Behandlung. Nicht selten kommt es vor, dass zwei Operateure an einem Tisch stehen. „Nach der operativen Entfernung der Gebärmutter durch den Gynäkologen übernehmen wir die Straffung des Halteapparats von Blase und

Harnleiter“, nennt Dr. Melanie Niemeyer ein Beispiel. Die Oberärztin der Nagolder Urologie, die im neu gegründeten Kompetenzzentrum das Team von Dr. Haag vertritt, schiebt ein zweites Beispiel hinterher: „Zieht eine Blasen-senkung auch eine Veränderung des Enddarms nach sich, wird ein Chirurg hinzugezogen.“

Ein selbstverständliches Miteinander für alle Akteure – das nun auch von offizieller Seite durch die Zertifizierungsstelle CERT iQ zertifiziert ist. Diese prüfte die Qualität basierend auf den Anforderungen für solche Zentren, die durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP), die Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie (DGAV), die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) und die Deutsche Kontinenz Gesellschaft erarbeitet wurden.

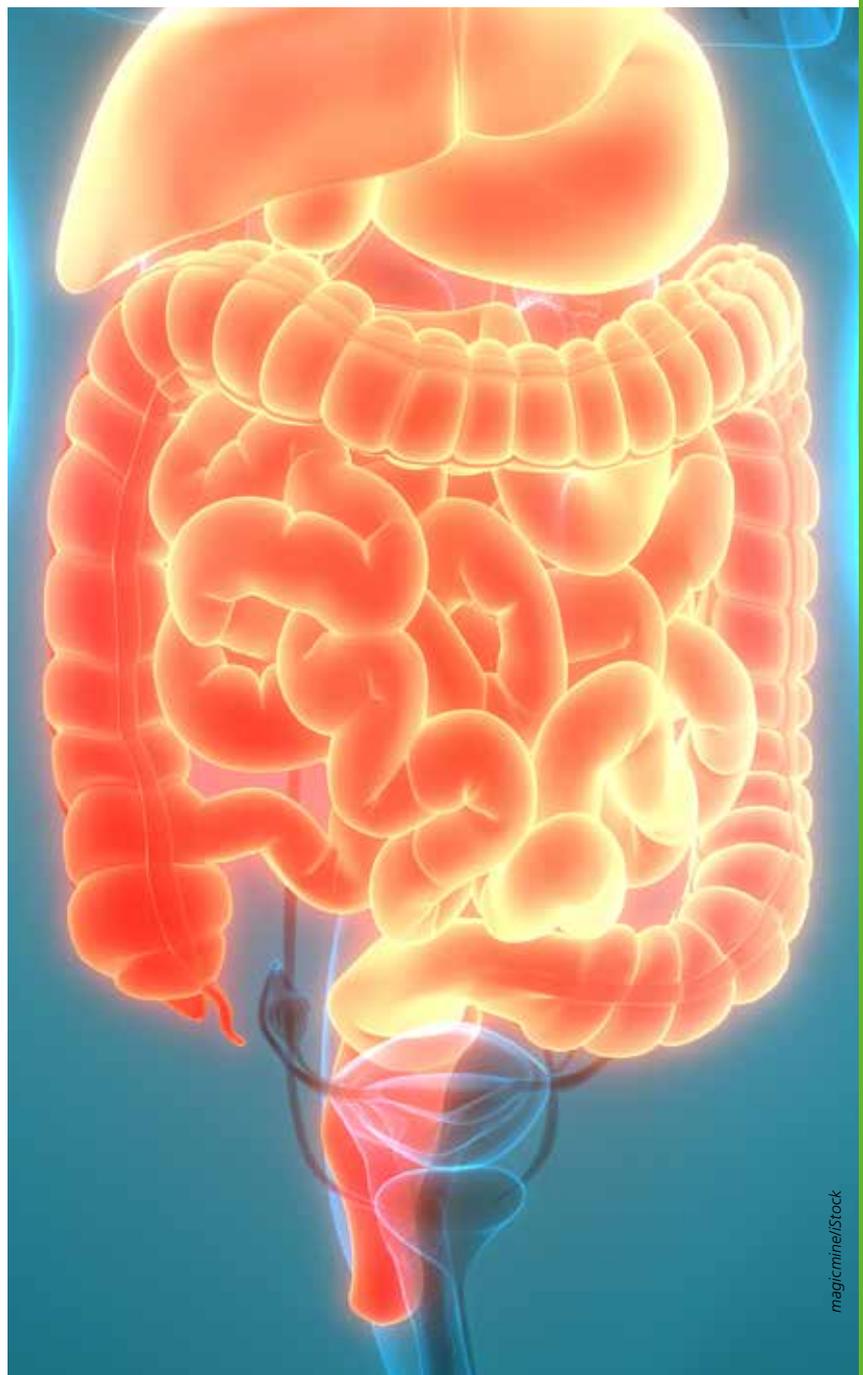


**Zertifiziertes
Kontinenz- und
Beckenbodenzentrum**

Alle Abläufe wurden kritisch analysiert und geprüft. Angefangen bei der Patientenaufnahme und der Anamnese, über die Diagnostik und Therapieplanung bis hin zur Behandlung der Patienten mit dem höchsten fachlichen und technischen Standard. Neben den drei Fachabteilungen haben auch externe Kooperationspartner beigetragen. „Gemeinsam können wir für unsere Patienten eine ganz individuelle und effektive Behandlung zusammenstellen“, sagt Prof. Dr. Kauff.

Die gibt es, und das ist die wohl wichtigste Botschaft des Zentrums. Denn: Harn- und Stuhlinkontinenz, also Beckenboden-Erkrankungen ganz allgemein, zählen immer noch zu den größten Tabu-Themen überhaupt – dabei kann den Patienten geholfen werden. Gemeinsam und interdisziplinär.

Redaktion



magimine/stock

Allein die Anatomie des kleinen Beckens macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unumgänglich: Darm, Gebärmutter und Scheide, Harnblase und Harnleiter sitzen hier – weshalb Viszeralchirurgen, Gynäkologen und Urologen im Team gefordert sind.

Raum zum Sterben – leben dürfen bis zum Tod

Wer unheilbar erkrankt ist und dessen Krankheit in absehbarer Zeit zum Tod führt, muss nicht nur mit seiner Erkrankung, sondern häufig auch mit Symptomen kämpfen, die die verbleibende Zeit zusätzlich schwermachen. In diesen Fällen findet der Patient Hilfe in der Palliativbehandlung. Dr. Elisabeth Dorndorf, leitende Ärztin der einzigen Palliativstation des Klinikverbundes Südwest, am Krankenhaus Herrenberg, erklärt es genauer: „Der Kern unserer Arbeit ist es, die Symptome des Erkrankten so zu behandeln, dass die Zeit für den Patienten noch lebenswert ist.“ Ist es gelungen, den Patienten zu stabilisieren, kann er nach Hause, oder, falls gewünscht, in ein Hospiz oder Pflegeheim. Ein Hospiz ist dann eine gute Wahl, wenn ausgeprägte Symptome vorliegen, die weder im häuslichen Umfeld noch im Pflegeheim ausreichend behandelbar sind, zum

Beispiel Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und Unruhe. Die Aufnahmekriterien sind im Versorgungsvertrag, der mit der Krankenkasse abgeschlossen wird, vorgegeben.

Jutta Benz, Leiterin des Hospiz St. Michael der St. Elisabeth-Stiftung in Nagold, erläutert das genau: „Es geht an allererster Stelle darum, Schmerzen und andere belastende Symptome zu lindern. Wir möchten die Lebensqualität des Patienten erhalten oder gar verbessern, eine Lebensverlängerung oder Lebensverkürzung steht nicht im Raum“.

Aus den Häusern des Klinikverbundes werden häufig Patienten an das Nagolder Hospiz vermittelt, rund 70 waren es im vergangenen Jahr: „St. Michael gibt es erst seit Oktober 2019. Es hat sich schnell gezeigt, was für eine Bereicherung das für alle ist“,

erklärt Dr. Dorndorf. „Wir schätzen es sehr, dass die Zusammenarbeit mit dem Hospiz unkompliziert und herzlich ist. Das spüren natürlich auch die Patienten und deren Angehörige, es macht für alle diese schwierige Phase leichter.“

Um einen Patienten im Hospiz St. Michael anzumelden, braucht es eine schriftliche Anmeldung, inklusive einer Ärztlichen Verordnung der stationären Hospizbehandlung. Eine frühzeitige Anmeldung ist sinnvoll, um die Übernahme des Patienten gut vorbereiten zu können. Jutta Benz: „Die Erfahrung zeigt uns, dass Menschen, die an einer tödlichen Erkrankung leiden, geraume Zeit brauchen, um ihren Abschied vom Leben zu akzeptieren. Ihre Familie und Freunde benötigen diese Zeit ebenso.“

Redaktion



Das Hospiz St. Michael in Nagold liegt ruhig am Waldrand auf dem Gelände des ehemaligen Gemeindezentrums St. Michael in Nagold. Hier werden schwer kranke und sterbende Menschen in einer Atmosphäre der Ruhe und Geborgenheit begleitet und gepflegt. Würde, Selbstbestimmung und Einzigartigkeit stehen im Mittelpunkt der ganzheitlichen Pflege und Betreuung.

Für die Angehörigen und ihr soziales Umfeld ist die Aufnahme des Kranken in das Hospiz meistens eine enorme Entlastung. Familienmitglieder und Freunde des Patienten sind im Hospiz immer willkommen und erfahren Unterstützung in der Zeit des Abschiednehmens. Es gibt keine festgeschriebenen Besuchszeiten. Verpflegung, Ruhe- und Übernachtungsmöglichkeiten sind vorhanden.



Iryna/AdobeStock

Hebammenausbildung im Klinikverbund

So vielseitig wie das Leben

Die Ausbildung zur Hebamme wurde deutschlandweit kürzlich komplett umgekrempelt. Sehr zum Vorteil der Ausbildungsstätten wie den Klinikverbund Südwest. Was neu ist und warum sich ein duales Studium hier besonders lohnt.

Hebammen sind entscheidend für eine gute Geburt: Sie begleiten junge Familien während einem äußerst herausfordernden, gleichzeitig glücklichen und entscheidenden Moment in ihrem Leben. Umso wichtiger ist eine gute Ausbildung, die sowohl das Menschliche als auch das Medizinische in allen Facetten umfasst.

Genau hier ist der Klinikverbund Südwest besonders stark. Seit 2016 werden hier Hebammen ausgebildet.

Dabei ähnelte der Werdegang zur Hebamme damals eher einer klassischen Ausbildung: drei Jahre Praxis in der Klinik sammeln, parallel Besuch in der Hebammenschule. Schon ein Jahr später, 2017, stellte der Klinikverbund auf ein sogenanntes ausbildungsintegrierendes Studium um. So konnte schon vor der Gesetzesreform der Bachelor-Abschluss erworben werden – ein erster Schritt in Richtung dem heutigen Ausbildungsweg.

„Seit 2020 gilt nun, dass das Berufsziel der Hebamme nur noch über ein grundständiges Studium erreicht werden kann“, erklärt Jennifer Beer-Schilling, Ausbildungsleiterin und Leiterin des Fachbereichs Hebammenausbildung. Dies kann nun dem Hebammenreformgesetz entsprechend auch nahtlos im Klinikverbund Südwest mit Aufnahme des Wintersemesters 2021 umgesetzt werden. Mit dem bisherigen ausbildungsintegrierten Studium hat man im Klinikverbund





eben bereits schon Erfahrungen gesammelt und Strukturen geschaffen, die nun beim Übergang sehr hilfreich sind.

Verschiedene Ausbildungsstandorte – verschiedene Stärken

Der berufspraktische Teil des Studiums findet zum einen in Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart statt. Das Studium dauert insgesamt sieben Semester. Währenddessen beziehen die Hebammen-Studierenden durchgehend Gehalt. Die Gestaltung der Praxisphasen können im neuen Studienmodell noch zielgerichteter und eigenständiger von der verantwortlichen Praxiseinrichtung

gesteuert werden. Zusätzlich konnte die Universität Tübingen für eine Kooperation mit den Kliniken Calw gewonnen werden.

Jede geburtshilfliche Abteilung hat spezifische Eigenschaften und Stärken. Die Studierenden profitieren von dieser Vielfalt im Verbund, sie können alle Abteilungen kennenlernen.

Im Fokus der Ausbildung steht der Gedanke, Hebammen auf ihrem Weg ins Berufsleben optimal zu fördern. „Wir nutzen die unterschiedlichen Standorte entsprechend dem Ausbildungsstand“, erklärt Beer-Schilling. Ziel seien „reflektierte Praktikerinnen“, bereit, Verantwortung zu

übernehmen und eine enge Bindung an den Klinikverbund zu entwickeln.

Diese Vielfältigkeit in der Ausbildung hilft den Hebammen-Studierenden, ihre ganz persönliche richtige Wahl für das weitere Berufsleben als Hebamme treffen zu können. Zudem sehen die Chancen zur Übernahme im Klinikverbund sehr gut aus: „Wir haben überall Bedarf. Hebammen sind willkommen, werden gebraucht und geschätzt – deswegen wollen wir sie besonders gut ausbilden“, sagt Beer-Schilling. „Alle vier Kliniken freuen sich über Nachwuchs!“

Jonathan Fasel



„Die Ausbildung gehört zu den bestbezahlten in Deutschland!“

Doris Schässburger im Interview über die Verwirklichung ihres Kindheitstraums.

Was sollte man unbedingt draufhaben, wenn man Pflegekraft werden möchte? „Motivation, Durchhaltevermögen und die Liebe zum Menschen“, sprudelt es aus Doris Schässburger heraus. Die 22-Jährige aus Deckenpfronn weiß, von was sie spricht, denn sie hat sich für ein besonderes Ausbildungsmodell entschieden: Gesundheits- und Krankenpflege mit ausbildungsintegriertem

Studiengang „Angewandte Gesundheits- und Pflegewissenschaften“. Hinter der langen Bezeichnung verbirgt sich die Verwirklichung eines Kindheitstraums. Nach dem Abitur sollte ein Studium folgen, in der Pflege zu arbeiten war aber weiter ihr Wunsch. Als sie vom ausbildungsintegrierten Studium des Klinikverbundes Südwest hörte, war klar: So lässt sich alles vereinen.

In ihrem direkten Umfeld regte sich anfangs Widerstand gegen ihre Entscheidung. „Das habe ich gar nicht verstanden. Man ist mit Herz und Motivation bei der Sache – oder eben nicht. Ich war es von Anfang an.“ Jeder Satz, der anschließend folgt, ist pure Überzeugung. Auch insgesamt wünscht sich Doris mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung für die Pflegeberufe. Immerhin käme mittlerweile

zunehmend in den Köpfen an, dass es top Berufs- und Weiterbildungschancen gibt. „Ich kenne wenige Berufe, die ein so breites Spektrum an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten haben. Man hat die Möglichkeit, sich ein ganzes Leben lang weiterzuentwickeln.“ Und das nutzt Doris, auch wenn der Studienanteil einen hohen zusätzlichen Anspruch mit sich bringt. „Aber ich habe mich dafür entschieden und es macht Spaß. Theorie mag ich außerdem genauso wie die Praxis. Und es hilft mir gerade sehr, dass wir unsere Unikurse wegen Corona als Onlinevorlesungen abhalten, das klappt super.“

Spricht man Doris auf den Pflegemangel an, hat sie eine ganz klare Haltung: „Wir müssen uns und unsere Forderungen jetzt endlich in den Vordergrund rücken. Das ist unsere Chance“, erklärt sie kämpferisch. Teamwork sei in der Pflege sowieso das A und O – genauso wie das Zusammenspiel mit den anderen Berufsgruppen. Ein Knackpunkt sei hierbei die Bezahlung im späteren Beruf. „Die Ausbildung gehört allerdings zu den bestbezahlten in Deutschland“, fügt sie hinzu. Auch zum Schichtsystem hat sie eine positive Einstellung: „Das gibt es doch in vielen anderen Branchen prinzipiell auch, nur meistens ohne Wechselschichten. Dieses Arbeitssystem sollte einem schon bewusst sein, wie auch die Einschränkungen, die damit verbunden sind.“ Hier kommt



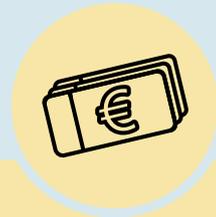
Ich kenne wenige Berufe, die ein so breites Spektrum an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten haben. Man hat die Möglichkeit, sich ein ganzes Leben lang weiterzuentwickeln.



Doris' Überzeugung wieder ins Spiel: „Etwas für Menschen zu machen ist keine Sache, die erst am Krankenhaus- eingang beginnt oder hinter dem Krankenhausausgang endet, im Gegenteil.“ Wenn man Doris Schässburger über

ihre Profession sprechen hört, vergisst man fast, dass sie mitten in der Ausbildung ist. Eine Stimme hat sie und sie nutzt sie – durchdacht und freundlich zugleich.

Redaktion



Was verdient man in der Ausbildung*?

1. Ausbildungsjahr:	1.090,69 €
2. Ausbildungsjahr:	1.152,07 €
3. Ausbildungsjahr:	1.253,38 €
4. Jahr:	1.350,00 €

* Brutto, vor Abzug von Lohnsteuer und Sozialversicherung lt. TVAöD-Pflege (Stand: 01.03.2018)



Ambulante Regionalanästhesie

Geringere Schmerzen sowie ein reduziertes Delir-Risiko verspricht die ambulante Regionalanästhesie. Dr. Jens Döffert, Chefarzt der Kliniken für Anästhesie und Intensivmedizin in Calw und Nagold, schrieb federführend an einer alle Regionalanästhesie-Verfahren umfassenden Leitlinie mit.

In Studien treten die Vorteile der Regionalanästhesie immer deutlicher zutage – folglich gewinnt dieses Verfahren auch bei ambulanten Eingriffen an Bedeutung. Sowohl bei orthopädischen OPs an den Extremitäten als auch bei „Spinal-Anästhesie“ am Rücken – etwa bei urologischen Beschwerden oder Leistenhernien – kommt diese Form der Anästhesie zum Einsatz. Noch ist die Regionalanästhesie jedoch nicht allzu weit verbreitet. Dr. Döffert war nun federführend an einer Leitlinie beteiligt, die alle Regionalanästhesie-Verfahren abbildet.

„Anders als bei der Lokalanästhesie, wo nur eine Stelle – zum Beispiel ein Leberfleck – betäubt wird, betäuben wir bei der Regionalanästhesie eine ganze Region, etwa den Fuß, den Unterschenkel oder das Bein“, erklärt Dr. Döffert. Hierfür verwendet der Anästhesist ein Lokalanästhetikum – „wie die Spritze beim Zahnarzt“. Der Vorteil: Die Kombination aus Schlafmittel,

Opiat und Muskelrelaxans, die für eine Vollnarkose erforderlich ist, kann der Arzt dem Patienten ersparen – ebenso wie die Beatmung.

Verhindert wird dank der Regionalanästhesie auch, dass der ambulant Operierte mit Schmerzen aus der Narkose aufwacht. „Der Patient hat die komplette Schmerzausschaltung, und wenn die Schmerzen dann so langsam kommen, nimmt er eine Tablette und kann so viel besser mit ihnen umgehen“, erklärt Dr. Döffert. Dies ist vor allem für ältere Patienten von Vorteil, die den sofort nach der Narkose einsetzenden Schmerz teils nicht adäquat verarbeiten können und ein Delir entwickeln.

Aber auch alle anderen Patienten profitieren von dem Verfahren. So leiden nach einer Regionalanästhesie weniger Patienten unter Übelkeit und Erbrechen. Das Verfahren erlaubt es zudem, Erkrankte mit Schlaf-Apnoe-Syndrom



ambulant zu operieren, wie Dr. Döffert ausführt: „Diese Patienten sind extrem gefährdet, wenn sie Opiate und Schlafmittel bekommen. Bei der Regionalanästhesie können wir darauf verzichten und kriegen es auch mit Ibuprofen hin.“ Vor allem für ambulante Fuß-OPs, so der Anästhesist, sei die regionale Betäubung ein Segen: „Da sind die ersten 24 Stunden die schrecklichsten. Die muss man abfangen.“ Also erhält der Patient ein 12 bis 18 Stunden wirkendes Lokalanästhetikum und für zu Hause Tabletten.



Chama/WIT/Stock

Dass die ambulante Regionalanästhesie heute sicher und schnell durchgeführt werden kann, ist dem Ultraschall zu verdanken. Dieser erlaubt es, die entsprechenden Nerven gezielt aufzusuchen und zu betäuben. „Man geht heute unter Sicht hinein und sieht, wie das Lokalanästhetikum unter die Nerven fließt. Früher hat man gar nichts gesehen“, berichtet Dr. Döffert. Dieser Neuerung aus den 1990er-Jahren ist es auch geschuldet, dass die schwersten Komplikationen – bleibende Nervenschäden – inzwischen weitgehend eingedämmt sind. „Da bewegen wir uns im Promillebereich“, betont Dr. Döffert. „Das ist so selten, da überwiegt der Nutzen das Risiko bei Weitem.“

Wer mag, kann während des Eingriffs übrigens wach bleiben. Alle übrigen Patienten, die das nicht wünschen, versetzt Dr. Döffert in einen Dämmer Schlaf. Sollte sich während der OP abzeichnen, dass doch eine Vollnarkose erforderlich wird, kann der Anästhesist diese jederzeit einleiten. So hat der Patient zu jedem Zeitpunkt die maximale Sicherheit.



*Chefarzt
Dr. Jens Döffert ist seit Kurzem erster Sprecher des Arbeitskreises Interventioneller Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM).*

Nadine Dürr



Um den Ursachen von Schluckstörungen auf die Schliche zu kommen, ist Detektivarbeit gefragt. Die nötigen Daten für die Analyse liefert die digitale Hochfrequenz-Röntgenkinematografie.

Automatisiert und unbewusst spielt sich der Schluckprozess im Alltag meist ab. Für Patienten, die etwa nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt sind, kann das Schlucken jedoch zum Problem werden. Auch ältere Menschen sowie Patienten mit Parkinson oder einem Hirntumor können von einer Dysphagie, einer Schluckstörung, betroffen sein – mit weitreichenden Konsequenzen.

„Wenn das, was man herunterschluckt, in die Lunge geht – man spricht von Aspiration –, kann das zu Lungenentzündungen führen, insbesondere wenn dann zum Beispiel nach einem Schlaganfall der Hustenreflex unterbleibt oder nicht gut funktioniert“, weiß Dr. Jens Schneider, Chefarzt des Zentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen. Er warnt: „Lungenentzündungen (Pneumonien) entstehen

nicht nur, wenn es sich bei der Aspiration um relevante Mengen handelt, sondern auch bei immer wieder stattfindenden kleinen (stillen) Aspirationen.“ Hierbei gelangen zwar nur winzige Tröpfchen in die Luftröhre. Der Hustenreiz, der die Tröpfchen wieder nach außen befördern würde, bleibt aber aus, was ebenfalls zu Pneumonien führen kann. „Diese stille Aspiration ist genauso gefährlich. Deshalb kommt es bei der Kinematografie darauf an, auch diese kleinen Veränderungen und Pathologien zu erkennen.“

Um das Leiden behandeln zu können, gelte es festzustellen, in welcher exakten Phase des Schluckaktes ein Problem auftritt. Der Ösophagusbreischluck – die Darstellung der Speiseröhre mit Röntgenkontrastmittel – genüge hierfür oft nicht. „Der Schluckakt geht sehr schnell“, erklärt Dr. Schneider. „Deshalb ist es entscheidend, Bilder in hoher Frequenz anzufertigen, sodass eine Art Film entsteht, den man in Zeitlupe vor- und zurückspulen kann. Die Untersuchung wird dabei auf den Rachen- und Kehlkopfbereich fokussiert. Wenn man zum Beispiel aber nur ein Bild pro Sekunde erstellt, verpasst man möglicherweise den Moment, in dem Speisen in die Luftröhre gelangen können.“

Genau das leistet die digitale Hochfrequenz-Röntgenkinematografie des Schluckaktes: „Bei 25 bis 30 Bildern pro Sekunde unter Röntgenstrahlen ist es wichtig, dass gleichzeitig die Strahlenbelastung sehr gering bleibt. Das geht aber nur, wenn man eine gute technische Ausstattung hat“, erklärt Dr. Schneider. Dieses hochmoderne Equipment steht im Zentrum Radiologie Leonberg-Böblingen zur Verfügung. „Die Untersuchung ist hier standardisiert. Der Patient schluckt mehrmals Kontrastmittel in unterschiedlicher Menge und Konsistenz.“

Wenn Schlucken nicht geht

Gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen werden die Ergebnisse der Untersuchung besprochen und die Bilder analysiert. „Manchmal“, sagt Dr. Schneider, „ist auch eine Logopädin oder Logopäde mit dabei. Er führt gegebenenfalls später die Schlucktherapie durch.“

Wenn festgestellt wurde, zu welchem Zeitpunkt und bei welcher Konsistenz während des Schluckaktes Getränke und Speisen fehlgeleitet werden, kann dem Patienten auf Grundlage dieser Erkenntnisse dann eine maßgeschneiderte Schlucktherapie (meist eine modifizierte Schlucktechnik) angeboten werden. „Manchmal liegt es auch an der Konsistenz der Nahrung“, weiß der Radiologe. „Wenn sich der Patient immer wieder an Flüssigkeiten verschluckt, kann man diese – zum Beispiel den Kaffee – eindicken. Dafür gibt es entsprechende Präparate in Pulverform.“

Der Schluckvorgang ist komplex: 1,5 Liter Speichel werden am Tag produziert. 40 Muskelpaare und fünf Hirnnerven seien an den bis zu 2.000 Schluckvorgängen pro Tag beteiligt, erläutert der Radiologe. Bei manchen Krankheitsbildern beantwortet die Hochfrequenz-Röntgenkinematografie so gut wie keine andere Untersuchungsmethode die Frage, welche Ursachen es haben kann, wenn Speichel oder Nahrung den falschen Weg in unseren Körper nehmen. Untersuchungsmethoden wie zum Beispiel die Endoskopie, die Druckmessung oder auch das CT, betont Dr. Schneider, behalten ihre Berechtigung als Dysphagie-Diagnoseinstrumente jedoch bei. Radiologen sind immer in engem interdisziplinärem Kontakt mit den Kollegen, um für den Patienten die passende Diagnostik und auch Therapie zu erarbeiten.

Nadine Dürr

IM KRANKENHAUS WOHLFÜHLEN!

Jeden Patienten optimal zu verpflegen – dieses Ziel hat sich der Klinikverbund Südwest auf die Fahnen geschrieben. Mit dem überarbeiteten Wahlleistungskonzept kommt man diesem Anspruch ein Stückchen näher. Im letzten Jahr wurde man von der PKV als „Best Practice“ eingestuft.



Keine Mühen scheuen die Mitarbeiter der Service GmbH Schwarzwald, eine hundertprozentige Tochter des Klinikverbundes Südwest, um den Patienten möglichst jeden Wunsch von den Augen abzulesen. Über siebzig verschiedene Ernährungstherapien stellten die staatlich geprüften Diätassistentinnen der Service GmbH und der Ärztliche Dienst im Klinikverbund Südwest in einem Kostformkatalog zusammen, der stetig – entsprechend dem medizinischen Bedarf – weiterentwickelt wird. Zusätzlich

bietet die Service GmbH in allen Häusern des Verbundes eine Menülinie für Vollkost-Patienten an, die durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung zertifiziert ist. Wer darüber hinaus ein Plus an Service wünscht, kann diverse Wahlleistungen in Anspruch nehmen – ein Angebot exklusiv für Zusatzversicherte, privat Versicherte und Selbstzahler. Das exklusive Speisenangebot laufend auf die Bedürfnisse der Patienten abzustimmen – das ist das kontinuierliche Bestreben von Oliver Beer. „Der Wunsch des Patienten treibt uns an, daran richten wir unser Angebot aus“, erklärt

der Betriebsleiter der Service GmbH Schwarzwald.

TRENDS UND BEDÜRFNISSE AUFGREIFEN

Dank einer grundlegenden Überarbeitung des exklusiven Speisenangebotes im vergangenen Jahr ist das Angebot nun noch näher dran an den Vorlieben der Patienten. Warme Speisen zum Frühstück und zum Abendessen sowie einen Nachmittagskuchen können sie seither auf der Extra-Karte auswählen, auch vegane Speisen sind nun erhältlich. „Außerdem gucken wir, dass wir stark im Bio-Segment sind und achten auf

WAHLLLEISTUNG MENÜ



WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN



WAHLLLEISTUNG UNTERKUNFT





regionale Bezugsstrukturen“, betont der Betriebsleiter. Und das ist noch nicht alles, der nächste Schritt steht bereits bevor: Ab November gibt es zusätzlich ein vegetarisches Tagesmenü, das als "Wahlleistungsaufnahmeessen" Patienten zur Auswahl steht. Auch der beliebte Schokopudding findet in einer Bio-Variante den Weg auf die Speisekarte.

ALS "BEST PRACTICE" AUSGEZEICHNET

Das Herzstück des Wahlleistungskonzepts ist jedoch die Möglichkeit, eine Chefarzt-Behandlung und bzw. oder ein Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer zu buchen, die Komponenten Komfortessen und Komfortserviceleistungen sind in der Wahlleistung „Unterkunft“ enthalten. Wer nur

das exklusive Speisenangebot in Anspruch nehmen möchte, kann diese Leistung aber separat buchen. Nicht nur bei den Patienten punktet der Klinikverbund mit diesem Konzept. „Im letzten Jahr“, so Beer, „wurden wir von der PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.) als ‚Best Practice‘ eingestuft. Wir sind am Puls der Zeit und haben ein hervorragendes Service-Konzept.“

Auslöser für die Erstellung des neuen Wahlleistungskonzepts waren die Planungen zu den künftigen Komfortstationen an den Standorten Leonberg, und Calw und Nagold sowie auf dem Flugfeld

Böblingen/Sindelfingen. In Lounges in Leonberg und der Flugfeldklinik können Wahlleistungspatienten dann bei einer Tasse Kaffee Zeitschriften lesen – auch digitale. Das können Patienten in Nagold schon heute. In Nagold und der Flugfeldklinik kann zudem der Ausblick von der Dachter-



rasse genossen werden. „Es soll auch ein anderes Bett- und Zimmerdesign geben – bis hin zum Dusch-Set, das man

Komfortlounge in den Kliniken Nagold, neues Bettenhaus.



bei der Ankunft bekommt“, erklärt der Betriebsleiter. Gehobenen Ansprüchen wird das „Wunderkind“-Design von Wolfgang Joop gerecht, und auch der Fair-Trade-Kaffee darf nicht fehlen.

Die Versorgung der Regelleistungspatienten, betont Beer, wird unter all diesen Neuerungen selbstverständlich nicht leiden: „Die Wahlleistung ist lediglich eine Option, wenn man über die reguläre Versorgung hinaus noch etwas zusätzlich haben möchte.“

Um das Wahlleistungskonzept erstellen zu können, ist Oliver Beer auf die gute Zusammenarbeit mit Valeska

Schachtner angewiesen. Denn die Bereichsleiterin Leistungsabrechnung führt die Verhandlungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), der bei der Ausgestaltung des Konzepts ein Wörtchen mitzureden hat. „Ein Grundkonzept nach unseren Vorstellungen dürfen wir erstellen. Die Kassen machen keine Vorgaben zum Beispiel zu den Farben in den Zimmern, aber bei der Qualität der Ausführung wollen sie mitsprechen“, berichtet Valeska Schachtner und konkretisiert: „Es muss ein Wohlfühlkonzept dahinterstehen.“

Grundlage der Verhandlungen mit der PKV ist ein Katalog, den diese gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

erarbeitete. Die Liste definiert, welche Leistungen honoriert werden, wie etwa die Größe und Lage der Zimmer. „Letztendlich schaut die PKV dann, welche Punkte inwieweit umgesetzt sind, und bietet einen Preis an, der abbildet, welchen Mehrwert ein Zimmer im Vergleich zur Regelleistung hat“, erklärt Schachtner. In enger Absprache mit Oliver Beer nimmt das Wahlleistungskonzept so nach und nach Gestalt an.

Doch ganz gleich, welche Ergebnisse die Verhandlungen zeigen, die Versorgung der Patienten genießt stets Vorrang vor den Wahlleistungen, wie Schachtner betont: „Die Verträge sind so ausgestaltet, dass wir nicht verpflichtet sind, Wahlleistungen zur Verfügung zu stellen.“ Herrscht in Pandemiezeiten etwa ein Mangel an Betten, so löst der Klinikverbund die Wahlleistungszimmer selbstverständlich auf. „Es gibt keinen Anspruch auf Wahlleistungen“, unterstreicht Schachtner. „Wir stellen sie nur bereit, wenn wir auch die Möglichkeit dazu haben.“

Nadine Dürr



DIE SERVICE GMBH SCHWARZWALD ist eine hundertprozentige Tochter des Klinikverbundes Südwest, um den Patienten möglichst jeden Wunsch von den Augen abzulesen. Mit den Geschäftsfeldern Speisenversorgung, Gastronomie, Hauswirtschaft, Patientenservice und Aufbereitung von Medizinprodukten versorgt sie vor allem auch die Patienten des Klinikverbundes Südwest während des Krankenhausaufenthaltes. Mehr unter www.service-gmbh-schwarzwald.



DIE ZUKUNFT KANN KOMMEN

Im Klinikverbund Südwest wird gebaut – an allen fünf Standorten gleichzeitig. Eine enorme Herausforderung, die aber die Chance bietet, sich kompromisslos auf die Zukunft auszurichten. Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie werden gleich mit eingebracht.

DAS FLUGFELDKLINIKUM

Mit dem Start der Rohbauarbeiten geht das Projekt Neubau Flugfeldklinikum von der Planung am Schreibtisch auf die Baustelle. Seit August werden auf dem Grundstück des zukünftigen Klinikums Böblingen-Sindelfingen die Maschinen angeliefert, Container aufgestellt und die Bauarbeiten vorbereitet. Sobald die restlichen Aushubarbeiten abgeschlossen sind, wird im Oktober der erste Kran für die Stahlbeton- und Betonarbeiten aufgestellt und im November die erste Bodenplatte gegossen. Die Bauarbeiten für das benachbarte Hochhaus starten ebenfalls bereits Ende Oktober.

„Wir werden im Rohbau fast 13.000 Tonnen Betonstahl verbauen, 1,6-mal so viel Stahl wie beim Eiffelturm“, macht Projektgeschäftsführer Harald Schäfer die Dimensionen des Neubaus Flugfeldklinikum deutlich. Dafür werden in Hochphasen mehr als 200 Arbeiter der Firma Leonhard Weiss auf der Baustelle beschäftigt sein. Das Bauunternehmen hatte sich im Vergabeverfahren – mit rund 76,3 Mio. Euro die finanziell größte Einzelvergabe im Projekt – durchgesetzt und ist mit der Ausführung der Stahlbeton- und Betonarbeiten (Rohbau) beauftragt.

Zuvor muss aber die insgesamt 220 Meter lange und 140 Meter breite Baugrube fertig ausgehoben werden. Das Meiste wurde bereits im letzten Jahr erledigt, um die Baulogistik zu entzerren und Beeinträchtigungen für Anwohner und Bevölkerung so gering wie möglich

zu halten. Ab Oktober beginnen dann die tatsächlichen Rohbauarbeiten. Damit die 76.000 m³ Stahlbeton – immerhin 250.000 Waschmaschinen voll – nicht alle mit LKWs angefahren werden müssen, wird der Beton in einem eigenen Betonmischwerk direkt auf der Baustelle hergestellt.

Der höchste der insgesamt sieben Kräne wird mit circa 70 Metern sogar das geplante Hochhaus direkt neben dem Flugfeldklinikum weit überragen. In dem 48 Meter hohen Gebäude sollen Büro- und Schulungsräume, Wohnungen und eine Betriebskindertagesstätte untergebracht werden. Die Bauarbeiten dafür startet die Firma Reisch Ende Oktober. Sie hat sich mit ihrem qualitativ hochwertigen und architektonisch sehr anspruchsvollen Entwurf für das Hochhaus und Parkhaus Ost im Auswahlverfahren für Planung und Bau der Gebäude durchgesetzt. Bis Sommer 2024, also bereits vor Eröffnung des Flugfeldklinikums 2025, soll das Projekt in Betrieb gehen.

Die Bevölkerung über alle Schritte zu informieren, ist wichtig: „Um die Anwohner möglichst wenig zu stören, wird auf der Baustelle nur tagsüber gearbeitet, der Lieferverkehr um das Wohngebiet herumgeleitet und eine Reifenwaschanlage installiert werden“, erläutert Schäfer. Darüber hinaus können sich Interessierte bei Baustellenführungen und auf der eigens eingerichteten Projekthomepage über alles informieren. Unter www.flugfeldklinikum.de/baustelle kann die Baustelle über die Webcam sogar live verfolgt werden.



KREISKLINIKUM CALW-NAGOLD



Auf Station im neuen Bettenhaus Nagold

Nicht nur die Krankenhäuser an den Standorten Sindelfingen und Böblingen, auch die Häuser in Calw und Nagold sind in die Jahre gekommen. Deshalb werden die Kliniken Nagold für 115 Millionen Euro generalsaniert, in Calw entsteht parallel ein moderner Klinikneubau eingebettet in einen Campus für rund 70 Millionen Euro.

Die Inbetriebnahme des Calwer 166-Bettenhauses, mit Parkhaus und Campus, ist für Anfang 2024 geplant. Dann wird die Klinik für Neurologie mit angeschlossener Stroke-Unit von Calw nach Nagold umgezogen und der Altstandort aufgegeben. In Calw bleibt im Rahmen des Campus die Praxis für Neurologie in der Zweigstelle Calw des Gesundheitszentrum MVZ Nagold. Der Spatenstich für den Rohbau fand am 29. September statt.

An den Kliniken Nagold entschied man sich hingegen für einen Mix aus Bestand und Neu und eine Parkraumerweiterung. Während alle Funktionseinheiten im Bestandsbau bleiben werden, wurde für Patienten ein zusätzliches Bettenhaus hochgezogen, nach den modernsten Erkenntnissen gebaut, die man heute hat: aus Sicht der Patienten, der Pflegekräfte, der Ärzte und der Architekten. Auf den Stationen gibt es nur noch Ein- und Zwei-Bett-Zimmer, die schick und gut durchdacht möbliert sind. Die Ausstattung ist gehoben, alle Räumlichkeiten sind großzügig bemessen und speziell auf die Bedürfnisse betagter Patienten und Menschen mit Einschränkungen abgestimmt. Alle Zimmer verfügen über sogenannte Kühldecken, um die Zimmer automatisch angenehm

zu temperieren. Die Komfortstation verfügt über großzügige Einbett-Zimmer auf Hotel-Niveau und eine fast 50 qm große Lounge mit Dachterrasse; der Blick geht über das gesamte Nagoldtal und die Burg. Nun ist auch Platz für ein angeschlossenes Nephrologisches Zentrum, es wird im Erdgeschoss untergebracht sein. Am 20. Oktober wurde das neue Haus in Betrieb genommen.

Obwohl der Bau schon so weit fortgeschritten war, gelang es dennoch, Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie noch umzusetzen. So verfügt das neue Bettenhaus beispielsweise über eine deutlich höhere Zahl an Isolierzimmern als ursprünglich geplant – ein reiner Sicherheitsaspekt.

KRANKENHAUS HERRENBERG

40 Jahre – was für ein Wohnhaus kein Alter ist, erfordert bei einem Krankenhaus eine grundlegende Sanierung und Modernisierung. Mehr als 45 Mio. Euro werden hierfür investiert. Vor allem die Pflegestationen, der Geburtsbereich und die OP-Abteilung werden dann den Anforderungen an eine moderne medizinische Versorgung und einen attraktiven Arbeitsplatz gerecht. Der Kreißsaalbereich wird vergrößert und auf die Ebene des Zentral-OPs verlagert. Die bestehenden zwei OP-Säle werden durch eine ambulante Struktur ergänzt, die Sectio-OPs werden integriert. So verfügt das Herrenberger Haus dann künftig über vier vollwertige OP-Säle.

Nach der Modernisierung werden auch die Zimmer auf den Normalstationen als Standard maximal zwei Betten haben, mit innenliegenden Nasszellen. Das alles ist eine planerische Herausforderung, da Strukturen und Funktionen bereits stark verdichtet sind – und sie werden es künftig noch mehr sein. Die Vorgaben der Planung und die Umsetzung im laufenden Krankenhausbetrieb machen es auch nicht leichter.

Gemeinsam mit den Mitarbeitern wurden Lösungsansätze zum bestmöglichen Bauablauf entwickelt. Als Bauzeit sind fünfeneinhalb Jahre

kalkuliert. Die Entwurfsplanung ist abgeschlossen und der Förderantrag gegenüber dem Sozialministerium fertiggestellt. Die Genehmigungsplanung ist in Arbeit und mit kleineren baulichen Vorabmaßnahmen kann noch in 2021 begonnen werden. Die Hauptmaßnahmen starten dann ab Mitte 2022.

Um die bekannte Parkplatzknappheit am Krankenhaus Herrenberg zu beenden und den neuen Anforderungen an E-Mobilität und Fahrradstellplätze für Mitarbeiter gerecht zu werden, wird ein Parkhaus mit insgesamt 250 Stellplätzen auf acht Ebenen gebaut, auf dem Dach soll eine Photovoltaik-Anlage entstehen. Die Planungen sind schon fast abgeschlossen, bis Jahresende soll der Generalunternehmer ausgewählt werden. Die Inbetriebnahme ist bis Mitte/Ende 2023 geplant. Neben dem Neubau wird eine neue DRK-Rettungswache entstehen. Für den derzeit bodengestützten Hubschrauberlandeplatz am Standort (PIS-Landestelle) muss also ein Ersatzstandort gefunden werden. Die Option als Dachlandeplattform wurde zunächst zurückgestellt, Alternativen werden geprüft.



Neue Röntgenanlage in der Radiologischen Praxis des MVZ Herrenberg

Zum 1. April wurde die ehemalige Radiologische Praxis von Dr. Schott und seinem Team in die Struktur des Gesundheitszentrums MVZ Herrenberg integriert – ein weiterer Schritt im Sinne der Campuserwicklung am Standort Herrenberg. Damit verbunden sind bauliche Anpassungen und die Modernisierung des medizintechnischen Geräteparks. Als erstes wurde das konventionelle Röntgengerät ausgetauscht. Dann folgten CT und das Mammografiegerät. Bis Ende des Jahres wird noch die Durchleuchtung ersetzt, 2022 dann ein

neuer MRT angeschafft. Juli 2021 wurde mit Etablierung der Praxis für Innere Medizin (unter der Leitung von Dr. Tibor Hösi, Facharzt für Innere Medizin) in die MVZ Strukturen die Stärkung des Campus-Konzepts unterstrichen. Zukünftig werden weitere Fachdisziplinen integriert werden, der Chirurgische Sitz ist bereits beantragt.



KRANKENHAUS LEONBERG

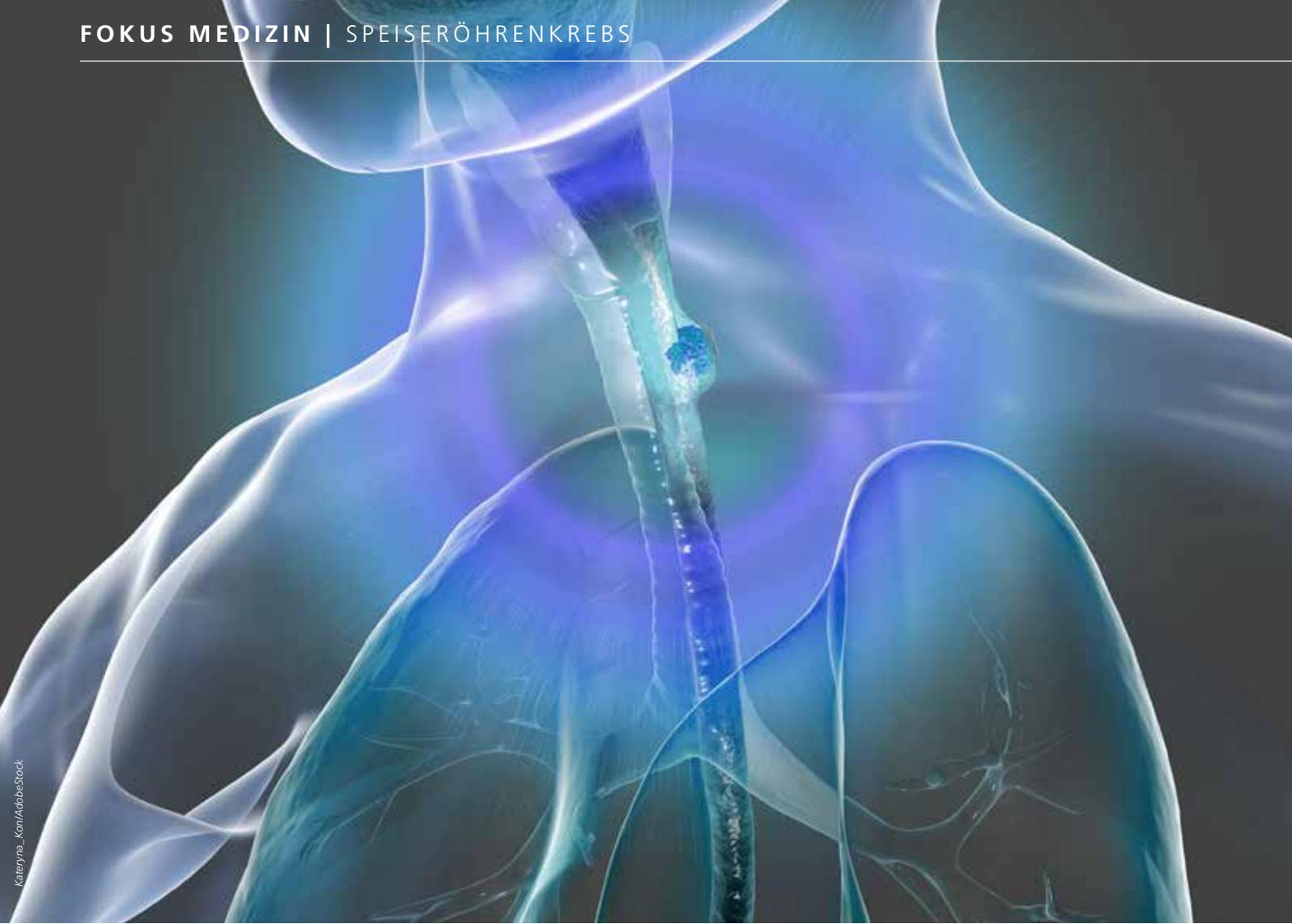
Krankenhaus Leonberg mit vorgelagertem Pavillon

Bereits nach etwa zehn Monaten Bauzeit konnte die Leonberger Zentrale Notaufnahme ZNA als erster Bauabschnitt fertiggestellt werden. Mit einer Bauzeitverlängerung von nur knapp sechs Wochen aufgrund pandemiebedingter Lieferprobleme im Bausektor wurde damit nahezu eine Punktlandung erreicht, sie ging Anfang Juli in Betrieb. Auch hier war die Einbindung der Nutzer ein fester Bestandteil der Planung, viele Punkte wurden diskutiert, einige verworfen, einige neu aufgenommen. Das Ergebnis ist nun ein hochfunktionaler, zukunftsfähiger Grundriss, der den hohen Anforderungen in der Patientenversorgung gerecht wird und Arbeiten in einem modernen Umfeld ermöglicht.

Auch in den einzelnen Bereichen geht es weiter, der Rohbau des Cafeteria-Pavillons ist vollendet, die raumhohen Glasfassaden sind eingebaut. Aktuell erfolgen der Innenausbau und die Erstellung der gebäudetechnischen Infrastruktur. Im Frühjahr soll die Cafeteria in Betrieb gehen. Die Planungen zur Hauptbaumaßnahme schreiten ebenfalls weiter voran, die Stadt Leonberg genehmigte im April 2021 den Bauantrag, Baubeginn soll dann Anfang Februar 2022 sein.

Redaktion





Eine Sache von
Kunst & Können

Was dem Pianisten Beethovens „Appassionata“ ist, ist dem Chirurgen die OP des Speiseröhrenkrebses. Prof. Stefan Benz beherrscht den diffizilen Eingriff, die Klinik für Allgemein-, Viszeral- Thorax- und Kinderchirurgie liefert beeindruckende Zahlen.

Verglichen mit dem Darmkrebs ist das Speiseröhrenkarzinom eine eher selten anzutreffende Erkrankung. Zwei Formen sind es, die der Mediziner unterscheidet: Herrschte viele Jahre das von der Speiseröhrenschleimhaut ausgehende Plattenepithelkarzinom (eigentlicher Speiseröhrenkrebs) vor, steigt nun die Zahl der

sogenannten Adenokarzinome am Übergang von der Speiseröhre in den Magen. „Zugrunde liegt meist eine Refluxerkrankung, also Sodbrennen, oft begünstigt durch Übergewicht“, weiß Prof. Stefan Benz, Chefarzt der Böblinger Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Kinderchirurgie.

Beide Tumortypen werden sowohl operativ als auch mit Chemo- und Strahlentherapie behandelt. Beim Adenokarzinom ist aber meist nach einer Chemo-Vorbehandlung der Chirurg gefragt. Eine weitere Regel lautet: „Je weiter in Richtung Magen der Krebs sitzt, desto eher wird er operiert.“ Der fünfstündige Zwei-Höhlen-Eingriff verlangt dem Chefarzt einiges ab: „Ein Teil der OP wird minimalinvasiv in der Bauchhöhle gemacht, der zweite Teil in der Brusthöhle – dort, wo die Lunge ist.“ Dies bedeutet eine große Belastung für den Patienten, sodass nach der Operation leicht Atemprobleme auftreten können. Durch das minimalinvasive Vorgehen ist dieses Risiko inzwischen aber deutlich geringer.

Wenn das vom Krebs befallene Stück Speiseröhre samt Lymphknoten entfernt ist, muss zudem die entstandene Lücke überbrückt werden. Hierfür gestaltet der Chirurg den Magen schlauchförmig um und präpariert ihn so, dass er in den Brustkorb gezogen und dort mit der Speiseröhre vernäht werden kann. „Dabei muss peinlich genau auf die Durchblutung geachtet werden“, weiß Prof. Benz. Sollte diese nicht ausreichend sein, besteht die Alternative darin, ein in die Brusthöhle gezogenes Stück Dickdarm zu verwenden. Letzteres Verfahren beschreibt der Chefarzt als „eine ziemlich komplizierte Umleiterie“, die zudem nicht ungefährlich ist. So besteht etwa das Risiko, dass die Nahtverbindung nicht abheilt, was eine Infektion des Mittelfells nach sich ziehen kann. „Das kann zu einer Sepsis führen und tödlich enden“, so der Chirurg. Prof. Benz ermittelte: „Seit 2015 haben wir 92 Patienten operiert, und dabei sind nur 2,2 Prozent verstorben – bei einer Erwartungswahrscheinlichkeit von acht Prozent.“ Dieses äußerst gute Ergebnis sei höchstwahrscheinlich damit zu erklären, dass es in Böblingen gelinge, außergewöhnlich gut heilende Nahtverbindungen herzustellen: „Die internationale Zahl für den Nahtbruch liegt bei elf Prozent – bei uns bei nur 3,4 Prozent.“ Zwar sei die Zahl von 92 behandelten Patienten nicht sehr hoch für statistische Aussagen, da das

Ergebnis jedoch so weit unter den Vergleichswerten liege, besitze es dennoch eine hohe Aussagekraft, wie Prof. Benz erläutert.

Gute Voraussetzungen liegen in Böblingen auch insofern vor, als die Chirurgen eng mit allen relevanten Disziplinen zusammenarbeiten: „Man braucht ein exzellentes Anästhesieteam, und wenn es Komplikationen am Bronchialsystem gibt, ist es auch günstig, wenn ein Thoraxchirurg – wie bei uns – in der Klinik ist.“ Nicht zuletzt werden die meisten Patienten mit Ösophaguskarzinom vorbehandelt, denn: „Im Vergleich mit vielen anderen Tumoren hat die Vorbehandlung bei Speiseröhrenkrebs die beste Wirkung.“ Derart aufgestellt, verspricht Prof. Benz die bestmögliche Versorgung von Patienten mit Speiseröhrenkarzinom.

Nadine Dürr

Anzeige

Unser Lächeln hilft!

Seit 1946!

Schaible

Das Sanitätshaus

Nagold · Altensteig · Bad Wildbad · Böblingen
Sindelfingen · Herrenberg · Dornstetten · Sulz a.N.



Ihr großes Sanitätshaus
im Nordschwarzwald

Kompetenzthemen:

- Venen- und Lymphzentrum**
Kompressionsstrümpfe optimal angepasst
- zertifiziertes Schlaganfall-Zentrum**
Wir beraten Sie!
- Wohnraum-Beratung**
Sinnvolle Hilfsmittel für Ihr Zuhause



Sanitätshaus



Rehatechnik



Orthopädietechnik



Homecare

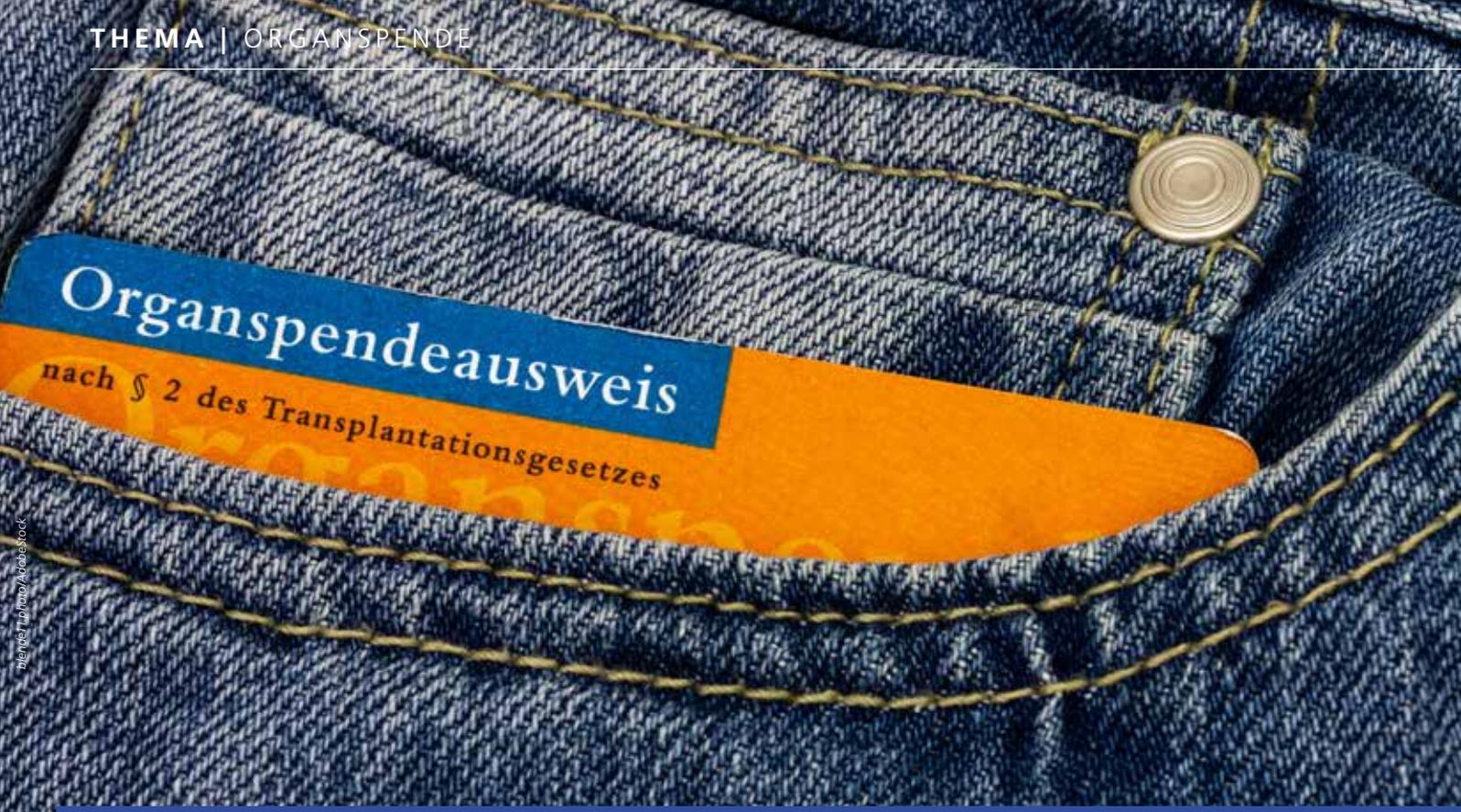
Schaible

Das Sanitätshaus



Nagold	Turmstr. 6 - 8 Calwer Str. 105	Dornstetten	Hauptstr. 55
		Sulz a. N.	Untere Hauptstr. 19
Altensteig	Poststr. 19	Herrenberg	Hindenburgstr. 24
Bad Wildbad	Umlandstr. 5	Böblingen	Friedrich-List-Str. 7
		Sindelfingen	Mahdentalstr. 8

Telefonzentrale: 07452/8451-0
www.schaible-gmbh.de



Sich schon zu Lebzeiten Gedanken machen

Sieben Jahre. So lange wartet ein nierenkranker Patient auf ein Spenderorgan. Durchschnittlich und im bundesdeutschen Vergleich. „Ich hatte jetzt erst eine junge Patientin, die zehn Jahre gewartet und die Hoffnung schon fast aufgegeben hatte“, erzählt Dr. Dirk Löhr, Chefarzt der Medizinischen Klinik III – Nieren- und Hochdruckerkrankungen an den Kliniken Sindelfingen.



Der Patientin von Dr. Löhr geht es inzwischen wieder richtig gut. Die Transplantation ist erfolgreich verlaufen, das Spenderorgan arbeitet zuverlässig und wird vom Körper der jungen

Frau gut angenommen. Nicht immer kann Dr. Löhr von solchen (Erfolgs-)Geschichten erzählen. Ganz im Gegenteil: „Sehr oft verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Patienten während der Wartezeit so, dass eine Transplantation gar nicht mehr möglich ist“, weiß der Sindelfinger Nephrologe. Selbst dann nicht, wenn ein passendes Spenderorgan gefunden wird. Was leider nicht so oft vorkommt, wie das notwendig wäre. „Die Wartezeit für eine Spenderniere beträgt im bundesweiten Schnitt sieben bis acht Jahre“, zitiert Dr. Löhr aus der offiziellen Statistik. Und das, obwohl ein Spender jeweils zwei Nieren spenden kann und darüber hinaus auch eine Lebendspende möglich ist – beides Vorteile, die bei anderen Organen nicht greifen und die durchaus spür- und messbar sind: „In rund 30 Prozent aller Fälle kommt es heute schon zur Lebendspende einer Niere“,

sagt der Chefarzt. Was eine Steigerung in den letzten Jahren bedeutet. Der Grund: „Die Bereitschaft der Menschen zur Organspende ist größer, wenn sie die erkrankte Person kennen“, weiß Dr. Löhr.

Ganz allgemein jedoch ist und bleibt Deutschland im europäischen Vergleich ein sehr „spenderarmes“ Land. Die Tatsache, dass in den letzten Jahren sehr viel Aufklärungsarbeit zum Thema – meist in Verknüpfung mit den Aspekten Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung – betrieben wurde und entsprechende Informationsveranstaltungen stattfinden, hat daran nur wenig geändert. Zwar ist 2018 nach lange sinkenden Zahlen die Organspendebereitschaft von Verstorbenen erstmals wieder um 20 Prozent angestiegen, dennoch gilt: „Die Menschen möchten sich nicht mit dem eigenen Tod beschäftigen und machen sich deshalb zu Lebzeiten eher selten Gedanken zum Thema Organspende“, so die Erfahrung des Chefarztes. „Oder aber sie informieren ihre Angehörigen nicht darüber, wie sie zu diesem Thema stehen.“

Was diese im Fall der Fälle in eine Zwickmühle bringt und mehr noch: „Die Angehörigen befinden sich sowieso schon in einem absoluten Ausnahmezustand und müssen dann eine solche Entscheidung treffen“, kennt Dr. Löhr diese Situation aus seinem Krankenhausalltag nur zu gut. „Viele sind damit total überfordert.“

Deshalb – und natürlich auch im Wissen um das Schicksal seiner Patienten – würde sich der Nephrologe wünschen, dass das Thema Organspende noch stärker in der Gesellschaft verankert wird. Dass umgesetzt wird, was der neue Gesetzesentwurf vorsieht: Nämlich, dass Hausärzte ihre Patienten darauf ansprechen, dass der Organspendeausweis im Theorieunterricht zum Führerschein vorgestellt wird, dass er in den Fächern Religion oder Ethik im

Schulunterricht thematisiert wird und dass die Menschen sich, zusammen mit ihren Angehörigen, mit der Organspende auseinandersetzen.

Sabine Haarer



Alexander Raiths/AdobeStock

Organspende Organsp



Jyllands/Stock

Wenn der Husten nicht aufhört: **Hartnäckig oder schon chronisch?**

Das Kind hustet ununterbrochen – und das schon seit mehreren Wochen. Tagsüber, aber vor allem nachts. Viele Eltern haben bei so einem Husten das Gefühl, er wird gar nicht besser, und Angst, dass er chronisch wird. Was aber bedeutet ein hartnäckiger Husten bei Kindern und worauf sollte man hier ganz besonders achten?

„Husten ist ein ganz normaler Schutzreflex des Körpers, um eingeatmete Partikel oder Schleim und Sekret, das sich in den Luftwegen angesammelt hat, wieder loszuwerden“, erklärt Dr. Carlos Severien, Oberarzt der Kinder- und Jugendmedizin Böblingen. Er ist Spezialist für Erkrankungen der Atemwege bei Kindern und Jugendlichen und deckt mit seinem Fachwissen sämtliche Erkrankungen der Atemwege ab.

„In den meisten Fällen liegt eine Infektion der unteren Atemwege, der Bronchien vor, die gerade in der kalten Jahreszeit vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern häufig auftritt“, so Dr. Severien weiter.

Als Behandlungsmaßnahmen genügen in diesen Fällen alte Hausmittel wie warme Brustwickel, Hühnersuppe oder Tee. Verschreibungspflichtige entzündungshemmende Medikamente oder Hustenstiller sind meist nicht erforderlich. Vorbeugend und um eine Ansteckung zu vermeiden, sollte man sich mehrmals am Tag die Hände desinfizieren. Im besten Fall sollte das Kind nicht in die Hand, sondern in die Armbeuge husten, um eine Übertragung der Erreger zu vermeiden.

Wenn der Husten nicht mehr aufhört

Wird die Atemwegsschleimhaut jedoch durch immer wiederkehrende Infekte, verursacht durch Viren oder

Bakterien, stärker geschädigt, kann sich ein hartnäckiger Husten entwickeln, der länger als vier Wochen andauert. Erst dann wird der Husten als chronisch bezeichnet. Die geschädigte Atemwegsschleimhaut verursacht dann eine bronchiale Überempfindlichkeit, die dafür verantwortlich ist, dass bei eingeatmeten Reizstoffen wie Tabakrauch, bei Kaltluft oder bei erneutem Kontakt mit Atemwegsviren der Husten nicht abklingt. In der Regel hört der Dauerhusten erst nach der kalten Jahreszeit auf, wenn die Erkältungszeit vorbei ist und bei den Kindern die entzündeten Atemwege wieder ausheilen können.

Keuchhusten, Allergie, Asthma

Eine bakterielle Bronchitis, ausgelöst durch Keuchhustenerreger oder atypische Bakterien, kann ebenfalls einen chronischen Husten zur Folge haben. Trotz Impfung im Säuglingsalter empfiehlt Dr. Severien eine Auffrischung der Keuchhustenimpfung, um einen nochmaligen Ausbruch der Krankheit bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen zu vermeiden.

Chronischer Husten in Verbindung mit Allergien oder einer Laufanstrengung lässt schnell an die Diagnose *Asthma bronchiale* denken. In diesen Fällen müssen ein Allergietest und eine Lungenfunktionsprüfung erfolgen. Diese ist bereits ab dem vollendeten

fünften Lebensjahr des Kindes möglich. Die Behandlung erfolgt je nach Schweregrad mit verschiedenen bronchialerweiternden und entzündungshemmenden Medikamenten, die das Kind mittels Dosieraerosol und Inhalierhilfe erhält. Regelmäßige Kontrollen der Lungenfunktion für eine optimale Behandlung sind laut Dr. Severien ratsam.

„Nur in seltenen Fällen liegen ursächlich eine angeborene Lungenfehlbildung, Fremdkörperaspiration, Stoffwechselerkrankung oder eine Störung der Funktion der Flimmerhäärchen vor“, so Dr. Severien. „Die Behandlung dieser Erkrankungen sollte dann durch einen auf Lungenkrankheiten spezialisierten Kinder- und Jugendfacharzt erfolgen.“

Annette Hoffmann

Fazit: Ein Kind, das länger als vier Wochen hustet, sollte immer dem Hausarzt vorgestellt werden. Die weitergehende Abklärung und Behandlung seltener Lungenerkrankungen ist eine Sache für den Kinder-Lungenfacharzt, den sogenannten Pneumologen.

Adipositaszentrum etabliert



Die Kliniken Nagold haben ein interdisziplinäres Zentrum für Adipositas und metabolische Chirurgie gegründet. Patienten mit krankhaftem Übergewicht erhalten eine ganzheitliche Therapie mit individueller Betreuung und ein auf den Einzelnen abgestimmtes maßgeschneidertes, mehrstufiges, multimodales Konzept. Ob die Krankenkasse die Kosten übernimmt, hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab, die in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt geklärt werden. Mit dem Zentrum kann direkt Kontakt aufgenommen werden. Mehr unter www.klinikverbund-suedwest.de

Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs

Der Klinikverbund Südwest verfügt über ein vom TÜV und der Deutschen Krebsgesellschaft offiziell zertifiziertes Pankreaskarzinomzentrum. Die Kliniken Böblingen sind damit erst das bundesweit 65. Krankenhaus, das das begehrte Prüfsiegel, das Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs bestmögliche medizinische Versorgung garantiert, erhält.

Bauchspeicheldrüsenkrebs ist mit einem Anteil von etwa drei Prozent aller Krebserkrankungen in Deutschland zwar immer noch relativ selten, jedoch leider besonders bösartig. Mit neuen Operationsmethoden sind derzeit rund die Hälfte aller Pankreaskarzinome operabel. Umso wichtiger ist für den Patienten, dass alle am Behandlungsprozess Beteiligten, von den Ärzten über die Diabetes- und Ernährungsberater bis hin zu den Selbsthilfegruppen, an einem Strang ziehen.

DIVERSITY IST UNSER ALLTAG

Sie tragen alle Hautfarben, kommen aus mehr als 80 Ländern und stehen für Vielfalt in jeglicher Hinsicht, ob Alter, ethnische Herkunft und Nationalität, Geschlecht und geschlechtliche Identität, körperliche und geistige Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung sowie sexuelle Orientierung: die Mitarbeiter des Klinikverbundes Südwest. Eine Reihe von ihnen haben mitgemacht, als es hieß „Wir drehen ein Video als starkes Zeichen für eine Welt voller Akzeptanz und Toleranz“. Dieses Video ist ein Beitrag



zu den diesjährigen „Internationalen Wochen gegen Rassismus“ des Landkreises Böblingen, einem unsere Trägerlandkreise. Einfach den QR-Code scannen und anschauen.



Pflege in Zeiten von Corona

Zum Tag der Pflege sprechen zwei Pflegefachkräfte aus dem Klinikverbund Südwest, einem Zusammenschluss der Krankenhäuser der Landkreise Böblingen und Calw, offen darüber, wie sie die letzten 15 Monate erlebt haben. Einfach QR-Code scannen und das Interview in Gänze lesen.



Jennifer Mauch,

Bereichsleitung der Covid-Station der Kliniken Calw

Britta Straub,

hämatonkologische Station der Kliniken Sindelfingen

MVZ Herrenberg erweitert

Die Praxen im Gesundheitszentrum MVZ Herrenberg bieten unter der ärztlichen Leitung von Gitta Hornke ein umfangreiches Angebot der ambulanten Diagnostik und Therapie. Über die Versorgung der Patientinnen und Patienten hinaus wird dafür gesorgt, dass weiterführende therapeutische Schritte eingeleitet werden. Neben der Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst das Herrenberger MVZ auch eine Praxis für Innere Medizin, vertreten durch Tibor Hösi, sowie seit 1. April dieses Jahres auch die ehemalige Radiologische Praxis von Dr. Ulrich Schott, der seine Arbeit als Facharzt weiterführen wird.

Mit dieser Ergänzung des MVZ wurde ein weiterer Schritt im Sinne der Campusentwicklung am Standort Herrenberg vollzogen.

Zertifizierte Qualität nun auch in der Ausbildung

Seit vergangenem Jahr existiert am Standort Leonberg ein DeGIR-zertifiziertes Ausbildungszentrum für interventionelle Radiologie. Bundesweit zählt die Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimalinvasive Therapie (DeGIR) lediglich 181 solcher Zentren. Für Ärzte, die sich für einen Ausbildungsschwerpunkt im Bereich der interventionellen Radiologie – also der therapeutischen radiologischen Eingriffe – interessieren, bedeutet die Zertifizierung in erster Linie ein Qualitätsversprechen. Patienten profitieren von der Erfahrung und dem Nachweis der hohen Qualität, die mit dieser Zertifizierung dokumentiert werden.

DEGIR



DEUTSCHE RÖNTGENGESELLSCHAFT
Gesellschaft für medizinische Radiologie e.V.

Anzeige

Sanitätshaus

reutter
Für Ihre Gesundheit



www.reutter-calw.de



Zentrale: Rudolf-Diesel-Str. 2



Filiale: Salzgasse 11

- Medizinische Gesundheitsartikel
- Wellness und Gesundheit
- Kompressionsstrümpfe
- Einlagen und Funktionsschuhe
- Bandagen
- Orthesen
- Prothesen
- Pflegeausstattung
- Individuelle Reha-Technik
- Kinder-Reha
- Elektromobile

Sanitätshaus reutter

Orthopädie-Technik und Reha-Technik
Rudolf-Diesel-Str. 2 • 75365 Calw
Telefon 070 51 936 78-0
Fax 070 51 936 78-93

**WIR SIND
UMGEZOGEN!**

Standort Calw Ärztehaus am Rathaus
Salzgasse 11 • 75365 Calw
Telefon 070 51 405 75
Fax 070 51 936 20 19

WIR BIETEN SIE! ZUKUNFT!

AUSBILDUNG IM KVSU: VIELFALT LEBEN

Wir bilden für die unterschiedlichsten Bereiche eines Krankenhauses aus. In der Pflege setzen wir auf eine praxisnahe Ausbildung am Menschen in einem unserer sechs Klinikstandorte. Die Theorie dazu kannst du an einem unserer beiden Schulstandorte in Böblingen und Nagold absolvieren. Zahlreiche Kooperationspartner geben dir außerhalb der Klinik Einblicke in die Arbeitswelt. Neben der Pflege sind wir in der Ausbildung medizinisch-technischer Berufe stark. Auch die Ausbildung von kaufmännischen Berufen und medizinischen Fachangestellten liegt uns am Herzen.

DUALES STUDIUM IM KVSU: AKADEMISIERUNG VORANTREIBEN

Du möchtest lieber studieren? Auch das ist bei uns möglich. Sowohl in Verwaltungs- und Managementbereichen als auch im Bereich der Hebammenwissenschaften. Der ausbildungsintegrierte Studiengang in der Pflege bietet dir neben der Berufsausbildung sogar noch einen Bachelorabschluss – eine echte Alternative zum Vollzeitstudium. Gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern machen wir dich fit für die Praxis – so wirst du ein wahres Allround-Talent.



**BEWIRB
DICH
JETZT!**



Klinikverbund
Südwest

www.akademie-kvsw.de

