



**Kinder und  
Medikamente**



**Gerinnungs-  
hemmende  
Medikamente  
und OP**



**TOPTHEMA**

# Medikamente

*Ihr Magazin  
zum Mitnehmen*

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

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

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

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



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

14 Cent/Minute  
aus dem deutschen  
Festnetz

# Liebe Leserin, lieber Leser,



sind Medikamente jetzt gut oder schlecht? Diese Frage beantwortet jeder für sich anders. Die einen versuchen, jedes Medikament, wenn irgend möglich, zu vermeiden oder durch homöopathische Arzneimittel zu ersetzen, andere sehen in Medikamenten praktische, unkomplizierte Hilfsmittel, die allemal besser sind als jeder operative Eingriff, nichts, wovor man Angst haben müsste.

Tatsächlich trifft weder die eine noch die andere Betrachtungsweise den Kern: Medikamente sind in vielen Fällen das erste Mittel der Wahl, eine vernünftige Therapie und im Klinikalltag in vielerlei Hinsicht sogar unverzichtbar. Andererseits haben Medikamente eine Wirkung und leider nicht nur die eine, für die sie angewendet werden. Sie reagieren mit dem Körper und sie reagieren auch untereinander. Werden mehr als fünf Medikamente gleichzeitig eingenommen, spricht der Mediziner von Polypharmazie, einem Gefährdungspotenzial, denn es ist nicht immer einfach zu sagen, wie die Medikamente tatsächlich aufeinander wirken, und manchmal verstärken sie einen Effekt, manchmal heben sie die Wirkung auf.

Es gibt viele Aspekte, die beim Einsatz von Medikamenten zu bedenken und zu berücksichtigen sind. Deshalb haben wir das Thema zum Topthema gemacht und fragen nicht nur nach der Polypharmazie, sondern auch danach, wie Kinder auf Medikamente reagieren bzw. wie man in der Kinderklinik mit Medikamenten umgeht, was es mit Antibiotika und den so häufig zitierten Resistenzen auf sich hat, weshalb bzw. wann vor einer Operation gerinnungshemmende Medikamente abgesetzt werden müssen, wann es ratsam ist, sein Kind impfen zu lassen und – ganz aktuell – wie das nun unter bestimmten Umständen zugelassene Medikament Cannabis wirkt und was man darüber wissen sollte.

Aber natürlich ist das noch nicht alles; wir haben weitere spannende Themen für Sie aufbereitet, so auch die Frage, wie Menschen muslimischen Glaubens zu Krankheit und einem Krankenhausaufenthalt stehen. Durchaus ein wichtiges Thema, denn der Umgang mit Krankheit ist bei Muslimen ein anderer als bei Christen oder Atheisten, und für ein gelungenes Miteinander sollten alle sich zumindest darüber im Klaren sein, dass es unterschiedliche Betrachtungsweisen gibt, gerade wenn man sich im Krankenhaus begegnet.

Stöbern Sie also in diesem Heft, wir wünschen Ihnen viel Spaß dabei!

Ihre

Dr. Jörg Noetzel  
Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender)

Martin Loydl  
Kaufmännischer Geschäftsführer



Topthema  
Polypharmazie  
Seite 6



Impfen  
Seite 22



Arbeitsunfälle  
Seite 40



Kinder und Medikamente  
Seite 10



Cannabis bei Krebs  
Seite 34



Interkulturelle Pflege  
Seite 42



Hilfe, ich bin MRSA-positiv  
Seite 44



Muslime im Krankenhaus  
Seite 52

**3 EDITORIAL**

**TOPTHEMA MEDIKAMENTE**

- 6 Polypharmazie –  
Umgang mit Medikamenten
- 10 Kinder und Medikamente
- 13 Wenn Antibiotika an ihre  
Grenzen kommen
- 16 Medikamentenversorgung  
im Klinikverbund
- 22 Impfen – Schon ein Pikser  
kann Leben retten
- 34 Cannabis bei Krebs –  
Heilen mit Hanf?
- 36 Gerinnungshemmende Medikamente  
und OPs – ein komplexer Balanceakt
- 38 Fehlervermeidung in der  
Medikamentenvergabe

**Impressum**

**impulse**  
Herausgeber: Klinikverbund Südwest GmbH  
Verantwortlich:  
Medizinischer Geschäftsführer (Vorsitzender):  
Dr. med. Jörg Noetzel  
Kaufmännischer Geschäftsführer:  
Martin Loydl  
Leiterin der Unternehmenskommunikation  
Ursula Kächele  
Redaktion: Edda Karnowski  
Art Direktion: Freework Grafik-Design GmbH, Möglingen  
Foto- und Bildbearbeitung: Egon Bässler  
Anzeigen: Edda Karnowski  
Druck: GO Druck Media GmbH & Co. KG, Kirchheim

Bildquellen: fotolia, Foto-Grafik-Atelier Gudrun de Maddalena,  
iStockphoto, pixelio, Horst Streitferdt, Thinkstock, 123RF, Marcel  
Zahlen  
Titelbild: Tomalik-iStockphoto

**SPOTS & TICKER**

- 18 Spots
- 54 Ticker

**KRANKENHAUS AKUT**

- 20 Berufsanerkennung ausländischer  
Pflegekräfte – Pflege braucht  
Zuwanderung
- 42 Interkulturelle Pflege –  
Mit kulturellem Weitblick zu einem  
besseren Wohlbefinden
- 50 Trockenreinigung –  
Festgeklebt & weggewischt

**IMPULSE regional**

- 25 Für Sie vor Ort

**impulse** erscheint zwei Mal im Jahr und ist kostenlos.

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

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

## FOKUS MEDIZIN

---

- 33 MALDI-TOF –  
Identifizierung von Keimen
- 44 Hilfe, ich bin MRSA-positiv –  
und jetzt?
- 48 Mit Unterdruck die Wundheilung  
fördern

## AKTUELL

---

- 40 Arbeitsunfälle

## HAND IN HAND

---

- 46 Ev. Diakonieschwesternschaft –  
Schwesternschaft gründet eigenen  
ambulanten Pflegedienst
- 52 Muslime im Krankenhaus –  
Krankheit als Prüfung



## Unsere Produkte und Dienstleistungen

### Sanitätsfachhandel

---

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

### Orthopädietechnik & Sonderbau

---

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

### Orthopädie-Schuhtechnik

---

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

### Rehatechnik

---

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

### Schlafapnoetherapie

---

Schlafapnoetherapiegeräte, Maskensprechstunden ...

### Sauerstofftherapie

---

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

### Heimbeatmung

---

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

### Homecare

---

Schmerztherapie, Wundtherapie, Enterale Ernährung, Kontinenzversorgung ...

### Vital-Zentrum Glotz

Zu Hause in Gerlingen. In Stuttgart  
und Böblingen für Sie vor Ort.  
[www.glotz.de](http://www.glotz.de)





# Komplex, komplexer, Polypharmazie

**Weniger ist mehr. Das gilt oft auch für die Einnahme von Medikamenten.  
Denn: Wo eine Vielzahl von Arzneimitteln im Spiel ist, steigt das Risiko für Wechselwirkungen.**

**Vom** Augenarzt die Augentropfen gegen den grünen Star und vom Internisten ein Beta-blocker gegen den hohen Blutdruck – dass es sich bei beiden Arzneimitteln um denselben Wirkstoff handelt, ist vielen Patienten nicht bewusst. „Sie wissen oft auch nicht, dass Augentropfen aufgenommen werden wie eine Tablette“, stellt der Geriater Dr. Karl-Michael Reinauer, Chefarzt der Medizinischen Klinik VI - Altersmedizin, immer wieder fest. Und so addieren sich die Wirkstoff-Dosen, führen zu einer Verlangsamung des Pulses – bis der Patient bewusstlos wird und stürzt. „Das sind die Leute, die dann mit einer Fraktur der Hüfte bei uns landen“, sagt Dr. Reinauer, einer der beiden Leiter des Sindelfinger Zentrums für Alterstraumatologie (ZAT).

**Einzelfälle** sind solche Vorkommnisse nicht. Polypharmazie – die gleichzeitige Einnahme

mehrerer Arzneimittel – ist insbesondere bei älteren Patienten weitverbreitet. „Je höher die Zahl dieser Medikamente ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für Wechselwirkungen“, warnt der Apotheker Dr. Andreas von Ameln-Mayerhofer, der Dr. Reinauer im Rahmen der wöchentlichen geriatrisch-pharmazeutischen Visite berät. Über die Interaktionen



zwischen zwei Arzneimitteln wisse man ganz gut Bescheid, sagt der Pharmazeut, trete jedoch ein drittes Medikament hinzu, werde es rasch unübersichtlich: „Wir können einschätzen, was A mit B und was B mit C macht – was aber A mit B und C macht, kann man nur in den seltensten Fällen sagen.“

**Mathematisch** lässt sich die Zahl der potenziellen Wechselwirkungen indes anhand einer Formel berechnen. Bei einer gleichzeitigen Einnahme von fünf Medikamenten liegt die Anzahl der möglichen Wechselwirkungen demnach bei zehn, bei 15 Medikamenten gar bei sagenhaften 105 möglichen Interaktionen. Hier beginnt ein weites, hochkomplexes Feld, auf dem sich Ärzte und Pharmazeuten manches Mal nur nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum bewegen können. „Die wichtigste Maßnahme ist deshalb, die Zahl der Medikamente zu reduzieren und auf das zu beschränken, was überlebenswichtig ist“, sagt Heiner Stepper, Chef-Pharmazeut der Zentralapotheke im Klinikverbund. „An erster Stelle stehen die Schmerzen und dann die Indikationen, die vital sind, wo es um die Existenz geht.“

**Genau** dieser Aufgabe hat sich Dr. Reinauer verschrieben. Am ZAT nimmt er die Medikation aller Patienten, die in die Geriatrische Komplexbehandlung (GKB) aufgenommen werden, unter die Lupe. Denn er weiß: Multimedikation – die gleichzeitige Verordnung mehrerer Medikamente – betrifft deshalb vorwiegend ältere Menschen, weil mit dem Alter die Zahl der Erkrankungen und damit auch die Verschreibung von Arzneimitteln zunimmt, Tendenz steigend: „Im Jahr 2005 schluckten die Patienten in den geriatrischen Rehas im Schnitt sieben Medikamente, im Jahr 2016 waren es schon neun. Und das, obwohl die Geriater versuchen, die Arzneimittel zu reduzieren.“

**Um** mögliche Interaktionen zu ermitteln, befragt Dr. Reinauer seine Patienten zunächst nach ihrem Befinden, beobachtet ihr Essverhalten und achtet darauf, ob eine zeitgerechte Besserung nach der OP eintritt. Auch die von Medikamenten beeinflussten Laborwerte



und die Beurteilungen der Krankengymnasten und Ergotherapeuten zieht er zurate, um sich ein Bild zu machen. Sieht der Geriater Handlungsbedarf, bedient er sich der sogenannten Forta-Liste. Diese unterteilt Medikamente in nützliche und kritische Mittel, wobei Erstere bei Bedarf ergänzt werden können, Letztere hingegen vermieden werden sollten. „Es gibt auch andere Listen“, sagt Dr. Reinauer, „das Neue an dieser ist, dass sie im Alltag leicht anwendbar ist. Sie hat einen Praxisbezug und ist für jeden im Internet abrufbar.“ So manches Mal hat die Liste das Erfahrungswissen des Geriaters schon bestätigt. „Wenn jemand zum Beispiel Morphinum nimmt und nicht mehr isst, muss ich das Morphinum reduzieren“, weiß Dr. Reinauer.

**Etwas** komplizierter verhält es sich da mit den als kritisch eingestuften Benzodiazepinen, die manchmal zu Verwirrtheit und Stürzen führen. „Wenn man diese einfach absetzt, besteht die Gefahr, dass die Patienten nicht mehr einschlafen“, sagt Dr. von Ameln-Mayerhofer. Dr. Reinauer weiß aber auch damit umzugehen: „Wir haben die Beobachtung gemacht, dass der Bedarf an sedierenden Medikamenten, aber





Gundolf Renze fotolia

auch an Psychopharmaka, zurückgeht, wenn wir die Leute aktivieren und sie wieder laufen und essen.“ Tatsächliche Probleme mit dem Absetzen gibt es mit Medikamenten zur Behandlung einer Herzschwäche: „Da sieht man oft schnell die Notwendigkeit.“

**Auch** die Überprüfung möglicher Interaktionen von pflanzlichen Arzneimitteln oder Lebensmitteln darf nicht unterschlagen werden: Johanniskraut etwa tritt in Wechselwirkung mit dem Blutverdünner Marcumar, Grapefruitsaft kann Enzyme in der Leber blockieren und so die Wirkung von Medikamenten verstärken oder abschwächen. Auch der Einfluss von Lebensgewohnheiten ist nicht zu unterschätzen: „Das Rauchen zum Beispiel kann den Abbau von Arzneimitteln beschleunigen“, weiß Heiner Stepper. Dr. Reinauer macht zudem auf die Pharmakodynamik aufmerksam: „Im Alter hat man eine Veränderung der Wirkkurven, bedingt dadurch, dass ältere Menschen weniger Wasser, weniger Fett und eine andere Nierenausscheidung haben. Die Medikamente wirken manchmal länger und werden im Gehirn abgelagert, wodurch ein Delir ausgelöst werden kann.“

**Nicht** zuletzt gilt es, ein Auge auf Arzneimittel zu werfen, die über längere Zeit konsumiert wurden, nun aber nicht mehr indiziert sind. Dr. von Ameln-Mayerhofer nennt das Beispiel einer 65-jährigen Patientin, die seit 20 Jahren ein Antidepressivum einnahm, obgleich die depressive Phase längst überstanden war. Eine Nebenwirkung des Medikaments – Mundtrockenheit – veranlasste die Frau zu einer massiven Flüssigkeitsaufnahme, die letztlich eine Elektrolytstörung auslöste und zu einem Sturz führte. Die Patientin musste mit einer Oberschenkelfraktur ins Krankenhaus gebracht werden. In solchen Fällen gilt es, wachsam zu sein, denn erkennt der Arzt eine Nebenwirkung nicht als solche, wird er sie als neue Krankheit einordnen und ein weiteres Medikament verschreiben. „Und dieses“, so der Apotheker, „kann wiederum mit den anderen Arzneimitteln in Interaktion treten oder eine neue Nebenwirkung verursachen.“

**Komplexität** – sie ist auf dem Terrain der Polypharmazie eine feste Größe, mit der alle Beteiligten jederzeit zu rechnen haben.

Nadine Dürr



# BLOß NICHT

Wenn das Kind plötzlich krank wird, ist es schon schwer genug für die Eltern. Muss es dann aber auch noch ins Krankenhaus, sind Mama und Papa oft verunsichert. Kann meinem Kind geholfen werden? Wird es wieder gesund? Welche Medikamente bekommt es und wie wird es darauf reagieren?



# AUF EIGENE FAUST!

Diese Fragen kennen die beiden Chefärzte Dr. Gerald Nachtrodt und Dr. Lutz Feldhahn in der Böblinger Klinik für Kinder- und Jugendmedizin nur zu gut. In ihrem Haus werden Patienten vom Frühgeborenen bis zum 18-jährigen Jugendlichen tagtäglich untersucht und behandelt. Wobei die Frage nach der richtigen Medikation nicht so leicht zu beantworten ist. „Leider sind viele Arzneimittel, die wir unseren kleinen Patienten verabreichen, nicht spezifisch für Kinder untersucht und zugelassen“, gibt Dr. Nachtrodt zu bedenken. „Das heißt für uns, dass wir, was Wirkungen und Nebenwirkungen bestimmter Medikamente betrifft, auf eigene Erfahrungen, spezielle Datenbanken und Fachliteratur angewiesen sind und danach die Medikamente für Erwachsene einsetzen, aber kindgerecht dosieren müssen“, ergänzt Dr. Feldhahn.

Und das ist deutschlandweit so: Etwa 80 Prozent der bei Kindern angewendeten Arzneimittel sind tatsächlich nicht eigens für Kinder zugelassen, das heißt, sie sind hinsichtlich Dosierung und Wirkung nicht gezielt an Kindern untersucht worden. Warum gibt es immer noch so wenig Kinderarznei? Grund dafür ist die

Pharmaindustrie, die die für eine Zulassung notwendigen Studien meist nur für den größeren Erwachsenen-Markt durchführt. Seit 2007 sind die Arzneimittelhersteller zwar per EU-Kinderarzneimittelverordnung verpflichtet, neue Medikamente auch auf ihre Wirksamkeit und Unbedenklichkeit für Kinder zu testen, aber für bereits zugelassene Präparate gilt das nicht.

„Wir wünschen uns eine schnelle Lösung, denn Kinder reagieren auf Medikamente einfach anders als Erwachsene“, so Dr. Feldhahn. „Das liegt daran, dass ihr Körper einen anderen Wasser- und Fettanteil hat, dass Leber

deshalb sollten Eltern niemals Säuglingen und Kleinkindern eigenmächtig Medikamente verabreichen oder die vom Arzt verschriebene Dosierung ändern.“

## Medikamente für die Prophylaxe

Ganz auf der sicheren Seite fühlen sich Dr. Nachtrodt und Dr. Feldhahn bei Medikamenten für Babys und Kleinkinder, die der Prophylaxe dienen, wie die Gabe von Vitamin D und Fluorid möglichst schon in der Geburtsklinik: „Unserer Meinung nach ist die Zugabe von Vitamin D gerade in unseren Breitengraden unerlässlich. Zwar kann Vitamin D vom Körper selbst gebildet



und Nieren noch nicht ganz ausgebildet sind und der Stoffwechsel der Kleinen anders funktioniert.“ In diesem Zusammenhang warnt Dr. Nachtrodt: „Und genau

werden, aber dazu ist direkte Sonneneinstrahlung auf die nackte Haut des Babys nötig und das ohne Sonnencreme. Wer aber setzt sein Baby der direkten Sonne aus? Dabei

ist Vitamin D für die Bildung der Knochen und Zähne sehr wichtig. Außerdem sorgt es für eine bessere Aufnahme von Phosphat und Kalzium, was entscheidend für die Härtung der Knochen ist. Fehlt dem Säugling das wichtige Sonnenvitamin, drohen nicht nur Knochenkrankheiten, sondern die Kinder werden auch anfälliger für Infekte, Autoimmunerkrankungen und Osteoporose.“



Dass zunehmend Jugendliche unter einem erheblichen Mangel an Vitamin D leiden, wundert die beiden Kinderärzte nicht. „Das liegt eindeutig daran, dass die Jungen und Mädchen heute sehr viel Zeit vor dem Fernseher oder Computer sitzen und der Aufenthalt im Freien viel zu kurz kommt. Um einem Mangel an Vitamin D vorzubeugen, sollte ein jugendlicher mindestens drei- bis viermal pro Woche 15 bis 30 Minuten an der frischen Luft mit unbedeckter Haut und ohne Sonnenschutzcreme verbringen“, so Dr. Feldhahn. „Auch mit Fluorid-Tabletten müssen wir Kinderärzte unterstützend eingreifen, bei Babys mit Fluorid-Tabletten und im Laufe des weiteren Lebens mit fluorhaltigen Zahnpasten“, erklärt Dr. Nachtrodt. „Das liegt daran, dass in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern das Trinkwasser nicht ausreichend Fluorid enthält.“ Fluorid wird vom Körper vor allem zum Aufbau der Zähne und der Knochen benötigt. Es verhindert einerseits, dass Mineralstoffe wie Kalzium und Phosphor aus dem Zahnschmelz gelöst werden, und andererseits sich Karies verursachende Bakterien auf der Zahnoberfläche ansiedeln können. Die wichtigste Phase für die Fluorideinlagerung ist die Zeit der Zahnschmelzbildung, die für

die bleibenden Zähne bereits kurz nach der Geburt beginnt.

Doch kursieren immer noch die wildesten Theorien in den Sozialen Medien, die viele Eltern stark verunsichern. Von Verfärbungen des Zahnschmelzes und sogar von schleichenden Vergiftungen und dauerhaften gesundheitlichen Problemen durch Fluoride ist da die Rede. Das halten die Kinderärzte für völligen Blödsinn. Selbst das Bundesernährungsministerium empfiehlt, Säuglingen täglich Fluorid in Form von Tabletten zu geben, wenn das Trinkwasser 0,3 mg Fluorid oder weniger pro Liter enthält, was in Deutschland meist der Fall ist. Allerdings rät das Ministerium von Zahnpasten mit Fluorid zum Putzen der ersten Zähne ab, da Säuglinge die Zahncreme leicht schlucken. Auch später sollten Fluoridtabletten und eine fluoridhaltige Zahnpasta nicht „gemeinsam“ zur Karies-Prophylaxe angewandt werden, denn das könnte dann wirklich zu einer Überdosierung führen.

Um Eltern ihre Ängste zu nehmen, sind Dr. Nachtrodt und Dr. Feldhahn mit ihrem Team stets daran interessiert, aufzuklären. Ob im direkten Gespräch oder mit Informationsmaterial. Denn mit all ihrer Erfahrung ist ihnen nur eines wichtig: „Uns geht es immer um das Wohl der Kleinen.“

*Eva-Maria Waas*

**Multiresistente Erreger werden zum Problem – Händewaschen und Desinfektion sind Nummer eins bei der vorbeugenden Hygiene.**



# Wenn Antibiotika an ihre Grenzen kommen

Viele oft tödlich verlaufende, durch Bakterien verursachte Krankheiten sind mit der Entdeckung der Antibiotika um die Mitte des 20. Jahrhunderts heilbar geworden. Doch inzwischen sind diese oft wirkungslos: massenhafter Einsatz und auch der Missbrauch von Antibiotika sowie umweltverschmutzende Herstellungsprozesse haben dazu geführt, dass die Zahl der multiresistenten Erreger erheblich gestiegen ist. Wie wirkt eigentlich ein Antibiotikum? Wie werden Erreger multiresistent, was sind die Ursachen? Und was kann man dagegen tun? Darüber haben wir uns bei Dr. Thilo Rünz, Chefarzt und Leiter des Instituts für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin im Klinikum Sindelfingen-Böblingen, informiert.

Antibiotika wirken unterschiedlich gegen Bakterien. Bei bakteriziden Antibiotika werden die

Zellwände zerstört, sodass sich die Bakterien auflösen. Bei bakteriostatischen Antibiotika werden die Mikroorganismen an ihrer gefährlichen Vermehrung gehindert. Und sogenannte Breitbandantibiotika wirken gleich gegen eine große Vielzahl von Bakterienstämmen. Bei ihrer Einnahme werden jedoch nicht nur die schädlichen Bakterien zerstört, sondern auch nützliche Bakterien im Körper, zum Beispiel Darmbakterien.

Wie aber werden Bakterien resistent? Alle Bakterien vermehren sich durch Teilung rasend schnell. Bei diesen Zellteilungen kommt es zu Veränderungen der Erbinformation, durch sogenannte Mutation, und solche Mutationen können dazu führen, die Wirkung eines bestimmten



Antibiotikums abzuschwächen oder plötzlich gegenüber diesem resistent zu sein. „Diese Erbinformation kann aber nicht nur unter den Bakterien der gleichen Art ausgetauscht werden, sondern ein E. coli kann sein Resistenz-Gen an Klebsiellen, Pseudomonaden, Acinetobacter weitergeben“, so Dr. Rünz. Am bekanntesten ist wohl das Beispiel der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA).

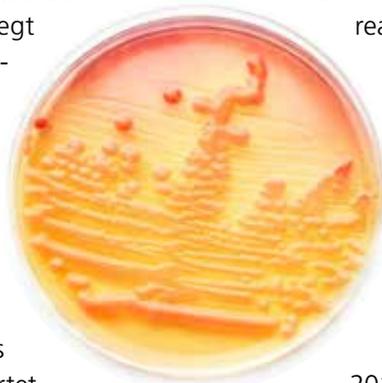
Zur steigenden Zunahme der Antibiotika-Resistenzen kommt es vor allem dort, wo viele Antibiotika im Umlauf sind. An erster Stelle steht hier, so Dr. Rünz, leider immer noch der sehr umfangreiche Einsatz von Antibiotika in der Humanmedizin: Viel zu schnell werden Antibiotika verordnet. Das liegt auch am zeitlichen Druck, unter dem die niedergelassenen Ärzte heute stehen. Oft lässt man ihnen nicht die Zeit, eindeutige Laborergebnisse abzuwarten. Diese könnten klären, ob etwa eine Virusinfektion vorliegt, gegen die Antibiotika völlig wirkungslos sind. Der Patient jedoch erwartet sofortige Hilfe.

An zweiter Stelle steht die Fleischproduktion. Um bei der Tiermast Infektionskrankheiten in den Ställen vorzubeugen oder bereits ausgebrochene Krankheiten zu behandeln, werden immer mehr Antibiotika eingesetzt. „Das geht so weit, dass bei der Erkrankung auch nur eines einzelnen Tieres immer gleich alle anderen Tiere im Mastbetrieb mitbehandelt werden.

Noch schlimmer ist es bei den Masthähnchen. In der Regel erhält ein Tier bei einer Gesamtlebenszeit von rund 35 Tagen durchschnittlich 3,2 Antibiosen“, ergänzt Dr. Rünz. Laut WHO hat dies erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da resistente Bakterien die Resistenz-Gene über die Nahrungskette auf den Menschen übertragen können

– zum Beispiel Resistenzen in Bakterien vom Typ Salmonella und Campylobacter, zwei durch Lebensmittel übertragene Bakterien.

Es ist ein Irrtum, dass Salmonellen sich nur über Eier und rohes Geflügel verbreiten. Die Erreger können mit Klärschlamm oder Gülle auch auf die Äcker gelangen. Experten des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittel (BVL) raten daher, bodennah wachsendes Gemüse wie Salate oder Spinat vor dem Verzehr immer gründlich zu waschen und auf Rohmilchprodukte und rohes Fleisch ganz zu verzichten. Das gilt besonders für Säuglinge, ältere Menschen und Immungeschwächte, die sehr empfindlich auf Durchfallkeime reagieren.



Ein dritter Grund ist der zunehmende sorglos bis missbräuchliche Umgang vieler Menschen mit Antibiotika. Aus dem Bericht über ein von der Europäischen Union (EU) finanziertes Projekt zu diesem Thema geht hervor, dass 2016 in Europa sieben Prozent aller verwendeten Antibiotika nicht ärztlich verordnet worden waren. Sie wurden illegal über das Internet bezogen bzw. im Ausland beschafft oder der Patient griff auf Reste der ihm von früher verschriebenen Antibiotika zurück oder gibt sie an andere weiter.

Was aber ist zu MRSA, den sogenannten Krankenhauskeimen, zu sagen? Die MRSA-Übertragung von Mensch zu Mensch, also von einer infizierten auf eine nichtinfizierte Person, findet meist über die Hände statt. Dabei ist es unerheblich, ob die Person, die den Erreger weitergibt, durch den MRSA-Keim erkrankt oder lediglich von ihm besiedelt ist. Des Weiteren ist eine Übertragung auch über verunreinigte Gegenstände wie Handläufe, Türklinken, Griffe oder Badutensilien möglich. Besonders gut haften die Erreger an Plastik oder Edelstahloberflächen. Die häufigsten Folgen einer Ansteckung sind Lungenentzündungen, Sepsis (Blutvergiftung), Harnwegs- und Wundinfektionen.



„Die MRSA-Problematik“, versichert der Chefotheker der Zentralapotheke am Klinikverbund Südwest, Heiner Stepper, „wird in allen Krankenhäusern des KVSWS selbstverständlich sehr ernst genommen. Um Infektionen in unseren Kliniken vorzubeugen, haben wir ein professionelles Hygienemanagement installiert. Bezüglich nosokomialer, also im Krankenhaus erworbenen MRSA-Transmissionen gehören wir seit 2010 zu den besten 25 Prozent in Deutschland! Der Klinikverbund hat dafür sogar den QuMiK-Qualitätspreis für sein MRSA-Management erhalten, weil es als richtungsweisend bei der Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus gilt. Aus meiner Sicht haben wir aktuell eine optimale Vorgehensweise, sind aber dabei, dies immer weiter zu verbessern.“

Zur Hygiene im Krankenhaus müssen jedoch Patienten und vor allem Besucher selbst beitragen: Die Hände oft und sehr gründlich zu waschen ist noch nicht genug. Die Desinfektionsmittel-Spender im Eingangsbereich eines Krankenhauses, in den Toiletten oder vor und in den Zimmern sollten immer genutzt werden.

Welch hohen Stellenwert der äußerst sorgsame Umgang mit Antibiotika im Klinikverbund Südwest hat, wird auch noch dadurch unterstrichen, dass die „hauseigene“ Apotheke in Sindelfingen Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) anbietet, also eine Therapeutische Medikamentenüberwachung. Chefotheker Heiner Stepper: „Meine Kollegen Dr. Martin Breuling und Dr. Andreas von Ameln-Mayerhofer bestimmen die Konzentrationen von therapeutisch verabreichten Substanzen im Blut des Patienten. Korrekt bestimmt und richtig interpretiert, kann das die Patientenversorgung entscheidend verbessern.“ So lassen sich nämlich zum Beispiel die Arzneimitteldosis individuell anpassen, zu hohe und zu niedrige Dosierung vermeiden oder ungünstige Medikamentenkombinationen umstellen.

*Marianne Frey*





*Dr. Martin Breuling,  
Dr. Andreas von  
Ameln-Mayerhofer,  
Heiner Stepper  
(v. l. n. r)*

# Versorger, Berater,

**Über 1.100 Patienten werden auf den Stationen im Klinikverbund Südwest täglich versorgt. Die zentrale Krankenhausapotheke beliefert alle Stationen mit den benötigten Medikamenten. Eine große Aufgabe, wie der Blick hinter die Kulissen zeigt.**

Wer ins Sterillabor der Zentralapotheke will, muss drei Hygiene-Schleusen passieren, sich zweimal umziehen und dann Schutzkleidung, Handschuhe und Haube anlegen. Hier werden Zytostatika hergestellt, mehrere tausend Euro teure Chemotherapie-Lösungen. „Da Krebspatienten ein geschwächtes Immunsystem haben, muss alles keimfrei sein“, erklärt Chefapotheker Heiner Stepper. Selbstluft und Leitungswasser

werden gefiltert. Auch Infusionslösungen für die parenterale Ernährung werden in einem speziellen Reinraumlabor produziert. Nicht im Sterillabor, aber ebenfalls unter strengen Hygieneauflagen stellt die Zentralapotheke weitere im Klinikverbund benötigte Individualrezepturen her, zum Beispiel Dosierungen für Säuglinge.

Die Medikamentenherstellung ist nicht der einzige

Aufgabenbereich der Apotheke. Sie wickelt die gesamte pharmazeutische Versorgung des Klinikverbunds ab: vom Einkauf über die Lagerung, Bestellbearbeitung und Auslieferung bis zur Entsorgung. Am Sitz der Apotheke im Sindelfinger Krankenhaus arbeiten 32 Mitarbeiter – Apotheker, Pharmazeutisch-technische Assistenten und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte.

Zusätzlich zu den sechs Häusern des Klinikverbands versorgt das Team Rettungsdienste und drei Fremdkliniken. „Wir haben ein Einkaufsvolumen von 22 Millionen Euro im Jahr und liefern circa 100 Bestellungen mit insgesamt circa 5.000 Packungen am Tag aus“, so Chefapotheker Stepper. „Die Rezepturen aus eigener Herstellung machen nur einen kleinen Teil aus. Das meiste kaufen wir fertig ein.“

Um die 50.000 Medikamente sind in Deutschland zugelassen. Die Einkaufsliste des Klinikverbands umfasst 1.500 Produkte. „Anders als eine öffentliche Apotheke müssen wir nicht zig Marken, sondern jeden Wirkstoff nur einmal vor-



einem Raum mit extradicken Mauern und leicht entflammbare Medikamente im Brandschutzraum gesichert werden.

konfektioniert diese mithilfe eines Kommissionierautomaten. Der scannt alles, was das Lager verlässt und schließt auf diese Weise Packfehler aus. Die Auslieferung übernimmt ein Kurier, dringende Medikamente bringt er bis zu sechsmal am Tag.

# Logistiker

halten. Ein schmales Sortiment erleichtert den Ärzten die Arbeit und optimiert die Kosten“, begründet Stepper. Welche Wirkstoffe im Klinikverbund eingesetzt werden, entscheidet eine Arzneimittelkommission, der die Chefärzte der Fachbereiche angehören.

Das meiste wird über eine Einkaufsgemeinschaft direkt beim Hersteller geordert und in der Zentralapotheke auf Vorrat gelagert. Je nach Wirkstoff gelten aufwendige Lagerbedingungen. So müssen Betäubungsmittel in

Andere Wirkstoffe werden bei Kühl- oder Gefriertemperatur aufbewahrt.

Trotz Lagerhaltung fährt zweimal täglich ein Großhändler die Apotheke an. Er liefert seltene Medikamente, die für konkrete Einzelfälle benötigt werden. Damit die Stationen im Notfall jederzeit über alles verfügen können, gibt es in der Apotheke eine 24-Stunden-Bereitschaft.

Ihre Bestellungen geben die Stationen der Krankenhäuser über ein Onlinesystem ab. Das Apothekenteam

Eine weitere Aufgabe ist Heiner Stepper besonders wichtig: „Wir sind Ansprechpartner für Pflegekräfte und Ärzte und streuen aktiv Arzneimittelinformationen.“ Außerdem begleiten zwei speziell geschulte Mitarbeiter als sogenannte Antibiotic-Stewards regelmäßig Ärzte bei der Visite. Ziel ist es, die Therapien noch passgenauer zu gestalten. Heiner Steppers Anspruch an sich und sein Team: „Wir liefern nicht einfach irgendwelche Packungen aus, wir stehen als Berater zur Seite.“

*Lena Jauernig*

## MTRA – Ausbildung mit hervorragenden Perspektiven

Medizinisch-technische Radiologieassistenten betreuen Patienten vor, während und nach Untersuchungen bzw. Behandlungen und haben mit anspruchsvollen computergesteuerten Geräten zur medizinischen Diagnostik und Therapie zu tun. Wer naturwissenschaftlich begabt ist und Interesse an medizinisch-technischen Anwendungen hat, einen Beruf mit ausgezeichneten Zukunftsaussichten sucht und gerne direkt mit Patienten und im interdisziplinären Team arbeitet, kann nun auch im Klinikverbund

Südwest in Kooperation mit der MTRA-Schule des Universitätsklinikums Tübingen die dreijährige Ausbildung zur MTRA absolvieren.

Der KVSW gewährt den Auszubildenden – die ihre ganze Ausbildung eigentlich selbst finanzieren müssen, da es sich in erster Linie um eine rein schulische handelt – ein monatliches Stipendium. Jährlich können drei Auszubildende jeweils zum 1. Oktober bei uns beginnen. Der schulische Teil der Ausbildung findet an der Berufsfachschule für MTRA

an der Uniklinik in Tübingen statt, der praktische Teil in den verschiedenen Radiologieabteilungen des Klinikverbundes. Für die Betreuung während der praktischen Ausbildung wird eine hauptamtliche Praxisanleiterin als wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Praxis fungieren. Das erste Ausbildungsjahr ist rein schulisch, im zweiten Jahr werden die Auszubildenden an zwei Praktikumstagen pro Woche in der Radiologie eingesetzt, im dritten Ausbildungsjahr an drei Praktikumstagen.

*Landrat Roland Bernhard, Prof. Dr. Stefan Renner, Dr. Erich Weiß, Medizinischer Geschäftsführer Dr. Jörg Noetzel, Regionaldirektor Nord David Assmann (v. l. n. r.)*



### **Chefarztnachfolge** für das standortübergreifende Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg

Prof. Dr. Stefan Renner wurde einstimmig vom Aufsichtsrat der Kreiskliniken Böblingen gGmbH als Nachfolger für den Chefarzt-Posten des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg gewählt. Damit wurde einer der bundesweit vielversprechendsten und am meisten umworbenen Mediziner auf dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe für den Klinikverbund gewonnen, so Landrat Roland Bernhard bei der Ernennung im Frühjahr. Landesweit verfügen neben Prof. Renner nur wenige über die höchste Qualifikation im Bereich der sogenannten minimalinvasiven Chirurgie (MIC-III), also der „Schlüsselloch-Chirurgie“. Als Präsident der europäischen Endometriose-Liga ist Prof. Renner auch für diesen Bereich ein ausgewiesener Experte. Er wird zum 1. Dezember dieses Jahres seinen Dienst zunächst als Co-Chefarzt antreten, Ende Februar 2019 wird der langjährige Chefarzt, Priv.-Doz. Dr. Erich Weiss, dann altershalber aus dem Dienst ausscheiden.

# Klinik für Allgemeinchirurgie am Krankenhaus Leonberg bekommt einen neuen Chefarzt

Der Aufsichtsrat der Kreiskliniken Böblingen gGmbH bestellte Prof. Dr. Wolfgang Steurer einstimmig zum Nachfolger des bisherigen allgemeinchirurgischen Chefarztes Dr. Karl-Josef Paul, der im Frühjahr kommenden Jahres in den Ruhestand eintreten wird. Der 54-jährige Facharzt für Allgemeine Chirurgie sowie für Viszeralchirurgie ist aktuell noch als Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Schwerpunkt Tumor- und minimalinvasive Chirurgie am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart tätig. Er wechselt voraussichtlich spätestens im Mai 2018 zum Klinikverbund Südwest.

Prof. Steurer genießt in überregionalen Fachkreisen großes Renommee und verfügt über besondere Erfahrung und allseits anerkannte Expertise im Bereich der Chirurgie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Nach leitenden Oberarztstätigkeiten an den Transplantationszentren der Universitätskliniken Innsbruck und später Tübingen wechselte der gebürtige Österreicher 2008 als Chefarzt an das Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern. Dort baute er unter anderem das Darmkrebszentrum Westpfalz mit auf, bevor er vor fünf Jahren zum Robert-Bosch-Krankenhaus wechselte.



Ärztlicher Direktor  
Priv.-Doz. Dr. Michael Sarkar,  
Landrat Roland Bernhard,  
Prof. Dr. Wolfgang Steurer  
Medizinischer Geschäftsführer  
Dr. Jörg Noetzel, Kaufmännischer Geschäftsführer  
Martin Loydl (v. l. n. r.)

## HEBAMMENAUSBILDUNG

Die traditionelle praxisintensive dreijährige Hebammenausbildung an einer staatlichen Hebammenschule kann nun kombiniert werden mit dem dreijährigen dualen Studium zur Hebamme, das mit einem international akkreditierten Bachelor of Science abschließt. Dieses zukunftsweisende Ausbildungs- und Studienkonzept für das Berufsbild Hebamme wird ab Herbst 2017 von der Akademie für Gesundheitsberufe des Universitätsklinikums Ulm angeboten. Der Klinikverbund Südwest kooperiert im Rahmen dieser neuen Qualifizierungsmöglichkeit mit der Akademie in Ulm. Zweimal jährlich werden sich jeweils zwei Hebammenschülerinnen/-studentinnen bei uns zur Hebamme



ausbilden lassen; sie absolvieren die theoretische Ausbildung in Ulm und die praktische Ausbildung in den Kreißsälen des KVSU. Der Klinikverbund Südwest ist ein attraktives Ausbildungsunternehmen für zukünftige Hebammen. Drei unserer Kliniken haben das WHO-Zertifikat Babyfreundliches Krankenhaus, der Herrenberger Kreißsaal ist ein sogenannter Hebammengeführter Kreißsaal. Die Kooperation mit der Böblinger Kinderklinik ist sehr eng, regulär kommt mehrmals pro Woche ein Kinderarzt in die Geburtskliniken. So wird den werdenden Eltern durch eine optimale Versorgung der Neugeborenen und Frühgeborenen Sicherheit geboten.

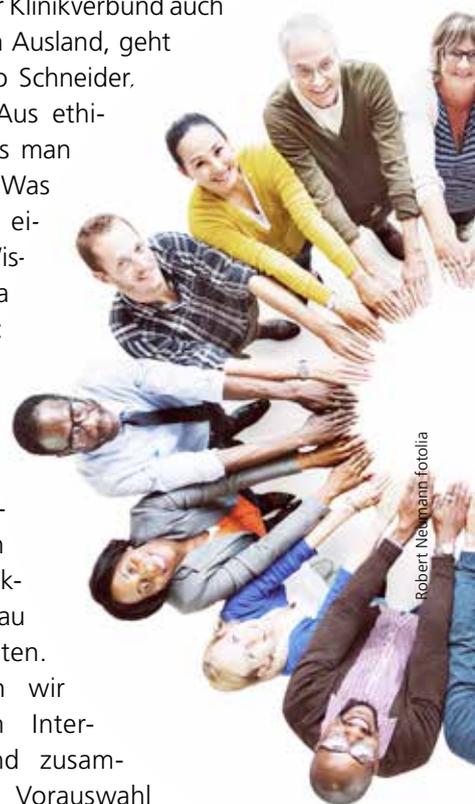
**In ihrer Heimat sind sie mit Arbeitslosigkeit konfrontiert oder können von ihrem Verdienst kaum leben. Für viele ausländische Pflegekräfte ist die Anstellung im Klinikverbund Südwest daher eine lohnende Perspektive: Als unworbene Fachkräfte werden geeignete Bewerber hier mit offenen Armen empfangen. Die Berufsabschlüsse aus den Herkunftsländern müssen zunächst jedoch anerkannt werden.**

# PFLEGE BRAUCHT ZUWANDERUNG

**Z**wei Wege stehen ausländischen Pflegekräften dabei offen: eine Kenntnisprüfung mit theoretischem und praktischem Examen oder ein Anerkennungslehrgang. Der Klinikverbund bietet derzeit ausschließlich Letzteres an, informiert Pflegedirektorin Elvira Schneider. In einem Zeitfenster von drei bis zwölf Monaten durchlaufen die Teilnehmer dabei verschiedene, durch das Regierungspräsidium festgelegte Fachbereiche. Noch nicht abgedeckte Kenntnisse vom medizinischen Fachwissen bis zur speziellen Pflege können die Anerkennungspraktikanten auf diese Weise nachträglich erwerben. „Nach jedem Einsatzblock gibt es dann einen Beurteilungsbogen und eine Übergabe in den nächsten Bereich“, erzählt Schneider. Das Abschlussgespräch findet vier Wochen vor Beendigung des Lehrgangs statt. Im besten Fall, und das gelinge meist, erhalten die Teilnehmer dann eine Empfehlung des Klinikverbunds – „und der ist interessiert daran, sie in ein festes Arbeitsverhältnis zu übernehmen“. Seit 2015 haben bereits 24 Pflegekräfte den Lehrgang durchlaufen, 19 bestanden ihn, 18 wurden übernommen. Um eine höhere Flexibilität zu gewährleisten, wird im Klinikverbund derzeit überlegt, ob auch die Möglichkeit der Kenntnisprüfung angeboten werden kann.

**O**ft, erzählt Schneider, handele es sich bei den Bewerbern um nach Deutschland eingewanderte Pflegekräfte mit Bachelor-Abschluss. Mal stammen sie aus Indien, mal aus Brasilien oder Serbien. „Viele haben schon in den Goethe-Instituten in ihren Heimatländern Deutschkurse besucht und besitzen ein gutes Sprachniveau. Sie arbeiten

jetzt hier in Altenpflegeheimen, haben allerdings die Anerkennung nicht und nutzen den Lehrgang als Chance“, erläutert Gesamtpflegedienstleiter Thomas Hrubesch. Darüber hinaus betreibt der Klinikverbund auch aktiv Akquise im Ausland, geht dabei jedoch, so Schneider, bedacht vor: „Aus ethischer Sicht muss man darauf achten: Was entzieht man einem Land an Wissen? Italien etwa ist prädestiniert: Ein großer Teil der Pflegekräfte ist arbeitslos.“ Auch in Spanien, Portugal und Bosnien hält der Klinikverbund Ausschau nach Fachkräften. „Dabei arbeiten wir eng mit dem Internationalen Bund zusammen, der eine Vorauswahl trifft“, erzählt die Pflegedirektorin. Eine Klinikverbund-Delegation führt dann vor Ort die Auswahlgespräche. Die so akquirierten Kräfte haben überwiegend nur rudimentäre, oft auch gar keine Deutschkenntnisse. Das vom Regierungspräsidium geforderte Sprachniveau B2 gilt es erst noch zu erlangen. Um die künftigen Pflegekräfte dabei zu unterstützen, müht sich der Klinikverbund, sie in ortsansässigen Gastfamilien unterzubringen; auf den Stationen helfen Paten beim



Robert Neumann fotolia



Mfotophile\_istock

Zurechtfinden in der neuen Umgebung. Innerhalb von neun bis zwölf Monaten ist das Level B2 dann meist erreicht, der Anerkennung steht nichts mehr im Weg.



Realpixel/istock

**E**s sind beide Seiten, die von der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte profitieren. Die Mitarbeiter aus der Ferne helfen dabei, die gravierende Fachkräftelücke im Bereich der Krankenpflege zu schließen. „Zudem spiegeln die neu hinzugewonnenen Mitarbeiter die Zusammensetzung der Patienten wider und sind damit ein wichtiger Faktor in der interkulturellen Pflege“, sagt Elvira Schneider. Umgekehrt bietet der Klinikverbund den Kräften aus dem Ausland gute Weiterentwicklung- und Aufstiegsmöglichkeiten. „Der Vorteil der Pflege ist auch: Man kann die Arbeitszeit in kaum einem anderen Beruf so flexibel an die Lebensumstände anpassen“, ergänzt Thomas Hrubesch.

**D**er Einsatz ausländischer Pflegekräfte ist eine Möglichkeit, den bestehenden Fachkräftemangel abzumildern, für

eine langfristige Lösung der Problematik muss der Beruf jedoch attraktiver werden. Nachbesserungsbedarf sieht Schneider bei der Entlohnung der Pflegekräfte und einer höheren Akademisierungsquote – ein Schritt, den die Pflegedirektorin für notwendig erachtet, um das wissenschaftliche Know-how in die Praxis eines immer komplexer werdenden Berufsfeldes zu transferieren. Ein weiterer Baustein: die generalistische Ausbildung, die von Schneider ebenso begrüßt wird wie die vom Gesetzgeber geplanten Vorgaben zur Mindestbesetzung ab 2019.

Nadine Dürr

**Schaible**  
Das Sanitätshaus

Nagold · Altensteig · Bad Wildbad  
Böblingen · Herrenberg · Dornstetten



„Bei uns sind Sie bestens versorgt“



**Sanitätshaus**



**Rehatechnik**



**Orthopädietechnik**



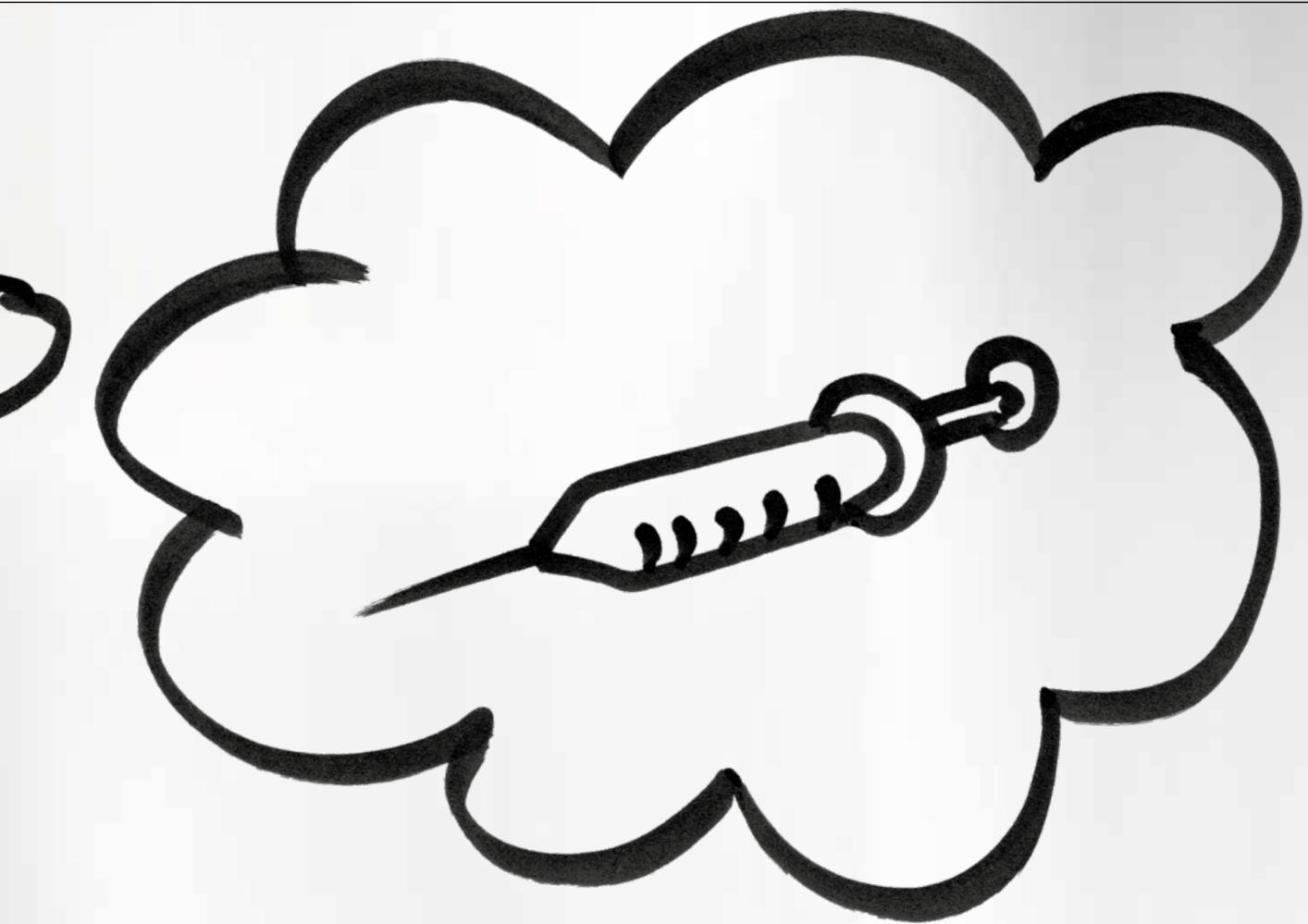
**Pflege zu Hause**

Unser Lächeln hilft

Tel. 0 74 52 / 84 51-0  
[www.schaible-gmbh.de](http://www.schaible-gmbh.de)

# Schon ein Pikser kann viele Leben retten





**Impfen gehört mehr denn je zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen der Medizin.**

Mit gutem Beispiel gehen die Kliniken Sindelfingen voran: Bei den Klinikmitarbeitern (Ärzten, Pflege-, Service- und Reinigungskräften) besteht bezüglich Masern eine sogenannte „Herdenimmunität“: Deutlich über 99 Prozent dieser Mitarbeiter haben einen Schutz gegen Masern und Windpocken entweder aufgrund einer Erkrankung oder Impfungen. Und das dient nicht nur dem Schutz der Mitarbeiter, sondern auch dem Schutz der Patienten.

Dass jeder Mitarbeiter, der direkt oder indirekt mit

Patienten zu tun hat, einen Impfschutz hat, ist für Dr. Markus Zimmermann, Leiter des Betriebsärztlichen Dienstes des KVSWS, oberstes Gebot. Am Eingang seines Büros liegen Flyer aus, es hängen Plakate mit motivierenden Slogans und Fotos von Impfaktionen im Haus, was zeigt, wie sehr ihm das Thema am Herzen liegt. Seit 2010 bietet er ein erweitertes Impfspektrum an. Dabei richtet er sich nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut, Deutschlands zentraler Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention, bezogen auf erhöhte berufliche Gefährdung. „Manchmal ist es ganz gut,

wenn man bei skeptischen Kollegen diese Empfehlungen vorzeigen kann.“

Neben der Einzelimpfung gegen Windpocken setzt Dr. Zimmermann auf Kombi-Präparate: Masern/Mumps/Röteln, Tetanus/Diphtherie/Polio/Keuchhusten und Hepatitis A/B. „Dies ist für die Mitarbeiter natürlich viel angenehmer als Einzelimpfungen.“ Aber auch Schutzimpfungen gegen Erreger, an die man beim Arbeitsplatz Krankenhaus möglicherweise nicht denkt, sind Dr. Zimmermann ein Anliegen, zum Beispiel für Notärzte und Mitarbeiter der Haustechnik. Für sie ist eine Impfung gegen die von Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis

(FSME) angesagt. „Bei Außen-  
einsätzen besteht die Mög-  
lichkeit, dass diese Mitarbeiter  
Kontakt zu niedrig wachsen-  
der Vegetation bekommen,  
hier besteht die Gefahr von  
Zeckenbissen.“

Dass er weniger Erfolge bei  
der jährlichen Gripeschutz-  
impfung hat, findet er sehr  
bedauerlich. „So selbstver-  
ständlich sich alle Mitarbeiter  
sonst haben impfen lassen,  
bei der Saisonalen Influenza  
könnten es mehr sein. Viele  
haben immer noch Angst,  
durch die Impfung eine Grip-  
pe zu bekommen. Das ist  
aber durch die Impfung nicht  
möglich. Die Influenzaschutz-  
impfung kann jedoch eine  
sogenannte Impfreaktion mit

vorübergehender Müdigkeit  
und einen Temperaturanstieg  
auslösen. Das sind normale  
Nebenwirkungen, die rasch  
vorbeigehen.“

Ist auch Folgendes ein Zei-  
chen der zunehmenden Impf-  
müdigkeit, über die Fachleute  
seit einiger Zeit klagen? In  
der Kinderklinik musste man  
im vergangenen halben Jahr  
deutlich mehr Fälle von Ma-  
sern behandeln als sonst. Da-  
bei sind Masern keinesfalls  
eine harmlose Kinderkrank-  
heit, sie sind extrem anste-  
ckend und bergen ein hohes  
Komplikationsrisiko. Und  
sie zwingen besonders eine  
Kinderklinik zu höchsten An-  
strengungen: Es gilt, die Neu-  
geborenen zu schützen.

Chefarzt Dr. Thilo Rünz,  
Leiter des Instituts für La-  
boratoriumsmedizin, Mik-  
robiologie und Transfusions-  
medizin, geht beim Thema  
Impfen noch einen Schritt  
weiter: „Gerade ältere und  
gesundheitlich geschwächte  
Menschen sollten auf ihren  
Impfschutz achten. Warum  
lassen sich diese Personen  
nicht alle gegen Pneumokok-  
ken impfen?“ Pneumokokken  
werden durch Tröpfchen-  
übertragung von Mensch zu  
Mensch weitergegeben. Ihre  
verschiedenen Stämme sind  
für die unterschiedlichsten  
Krankheiten verantwortlich.  
So verursachen sie zum Bei-  
spiel Lungenentzündungen.  
Und Lungenentzündung ist  
eine häufige Todesursache  
unter den mitgebrachten  
Krankenhausinfektionen.

Und warum nur, fragt sich  
Dr. Rünz, lassen nur so weni-  
ge Eltern ihre Töchter gegen  
Humane Papillomviren (HPV)  
impfen? Eine Infektion, mit  
der sich etwa 80 Prozent aller  
Frauen im Laufe ihres Lebens  
anstecken. Zwar nicht sehr oft  
mit schlimmen Konsequen-  
zen, aber immerhin erkranken  
pro Jahr etwa 4.000 Frauen,  
und keineswegs nur ältere, in-  
folge einer HPV-Infektion an  
Gebärmutterhalskrebs.

Ein vorbildliches Zeichen  
gegen die Impfmüdigkeit  
oder gar die Impffeindlich-  
keit sollten insbesondere die  
Mitarbeiter am Klinikum Sin-  
delfingen-Böblingen setzen.  
Dazu muss natürlich geklärt  
sein, welche Impfungen man  
selbst schon erhalten und  
welche Krankheiten man  
bereits durchgestanden hat.  
Der „Impfkalender“ des Ro-  
bert-Koch-Instituts kann da-  
bei hilfreich sein. Lässt sich  
diese Frage nach der jewei-  
ligen Immunität nicht klären,  
kann man sich beim Arzt  
einem entsprechenden Test  
unterziehen und, falls erfor-  
derlich, die versäumten Imp-  
fungen nachholen.

Wer sich für die Schutzimp-  
fung gegen Infektionskrank-  
heiten entscheidet, tut nicht  
nur etwas für die eigene Ge-  
sundheit, er sorgt auch da-  
für, dass andere – ob in der  
Kita, in der Schule oder am  
Arbeitsplatz – sich nicht an-  
stecken können. Nur so lässt  
sich die Verbreitung gefährli-  
cher Krankheiten vermeiden.

Eva-Maria Waas



## DIE WICHTIGSTEN IMPFUNGEN AUF EINEN BLICK:

### In den ersten Lebensmonaten:

Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten,  
Kinderlähmung, Hepatitis B, Hämophilus  
influenzae B und Pneumokokken, Rotaviren

### Im ersten Lebensjahr:

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken

### Mädchen vor dem ersten sexuellen Kontakt:

HPV (Humane Papillomviren)

### Ab dem 60. Lebensjahr:

Pneumokokken

### Jährlich im Herbst:

Saisonalen Influenza („Grippe“)

### Optional:

Hepatitis A, Meningokokken, Tollwut

Quelle: Ständige Impfkommission (STIKO) [www.rki.de](http://www.rki.de)



# Netzwerk gegen Krebs



Der Klinikverbund Südwest verfügt seit Ende Juli offiziell über sein verbundweit erstes, von TÜV, OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Onkologisches Zentrum. Das Klinikum Sindelfingen-Böblingen ist damit bundesweit eine von derzeit 106 Kliniken, die das begehrte Prüfsiegel, das Tumorpatienten modernste interdisziplinäre Diagnostik, Therapie, Pflege und Beratung garantiert, führen darf.



**Netzwerk  
gegen Krebs**  
Seite A



**Erste Hilfe  
für die Seele**  
Seite B



**Schlagadererweiterung –  
eine Zeitbombe?**  
Seite D



**Die Achillessehne**  
Seite F



**Endoprothetik**  
Seite H

**Lesen Sie mehr  
zum Thema:**

**Das nächste Heft  
impulse 1-2018  
wird dem Thema  
„Krebs“  
gewidmet sein.  
Darin berichten  
wir auch ein-  
gehend über  
das zertifizierte  
Onkologische  
Zentrum  
Sindelfingen-  
Böblingen.**

➔ Es ist davon auszugehen, dass Krebserkrankungen in Deutschland bis ins Jahr 2030 um rund 30 Prozent ansteigen werden, bereits heute verzeichnet man bundesweit bis zu 500.000 Neuerkrankungen und 230.000 Tote. Die Volkskrankheit Krebs stellt die Gesellschaft und die Medizin somit vor große Herausforderungen. Die Antwort darauf heißt Spezialisierung sowie Bündelung von Expertenwissen und Fachkräftenetzwerke.

Die Zertifizierung des interdisziplinären Brustzentrums in Böblingen 2004 kann sozusagen als Startschuss in den Verbundkliniken gelten, über die Jahre folgten das Darmkrebszentrum in Böblingen, das Prostatakrebszentrum in Sindelfingen sowie ebenfalls in Böblingen das Pankreaskarzinomzentrum – diese zertifizierten Organkrebszentren bilden gemeinsam die Basis für das jetzt erfolgreich zertifizierte Onkologische Zentrum Sindelfingen-Böblingen, in dem mittlerweile jährlich rund 950 Patienten mit bösartigen Neuerkrankungen behandelt werden.

Die kontinuierlichen Verbesserungen der Früherkennung, aber auch völlig neuartige therapeutische Verfahren der Chirurgie, Chemotherapie oder auch Strahlentherapie haben nicht

zuletzt durch die zertifizierten Organzentren die Bekämpfung von Krebserkrankungen in den letzten Jahren revolutioniert und die Lebenserwartung sowie die Lebensqualität von Betroffenen deutlich erhöht. Neu ist beispielsweise der Trend weg von globalen Chemotherapien hin zum zielgerichteten Medikamenteneinsatz sowie individualisierten Immuntherapien. „Die Verfügbarkeit neuer Therapien für möglichst viele Patienten wird durch die Netzwerkstruktur in hochspezialisierten Onkologischen Zentren verbessert. Hier richtet sich die Behandlung am Patienten und dessen Erkrankung aus“, erläutert Zentrumsleiter Priv.-Doz. Dr. Markus Ritter, Chefarzt der Klinik für Hämatologie und Onkologie.

Ziel ist es, die gesicherten Erkenntnisse und Neuerungen aus der Forschung und Wissenschaft effektiv und möglichst zeitnah auch zum Patienten zu bringen. „Nur wenn wir in größeren, fach- und standortübergreifenden Einheiten denken und handeln, werden dem Patienten auch wirklich alle aktuell verfügbaren Diagnose- und Therapieoptionen zur Verfügung stehen“, verdeutlicht Dr. Ritter.

Redaktion



# Erste Hilfe für die

**Dr. Jennifer Jerges, Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin im Klinikverbund Südwest, leistete ehrenamtlich Dienst auf einem Hospitalschiff.**

Einmal kam dieser neunjährige Junge an Bord, erzählt Dr. Jerges. In Madagaskar sind viele Kinder unterernährt. Aber an ihn erinnert sie sich besonders gut, weil er so extrem zerbrechlich war. Weniger als 20 Kilo wog

der kleine OP-Patient. Was geht einem bei diesem Anblick durch den Kopf? „Ich überlegte, welcher Tubus am sichersten für den Jungen sein würde“, antwortet Dr. Jennifer Jerges, Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin.



„Der Standard-Schlauch für Patienten seiner Größe wäre zu dick gewesen und hätte den Jungen verletzt. Hätte ich allein nach seinem Gewicht entschieden, wäre der Tubus womöglich zu kurz gewesen.“

Lösungen zum Wohle des Patienten finden, auch wenn keine Standardlösung greift – vor dieser Herausforderung stand Dr. Jerges häufig während ihres zweiwöchigen Einsatzes an Bord der „Africa Mercy“. Das größte private Hospitalschiff der Welt steuert die Küsten der ärmsten Länder an. Als Dr. Jerges im März 2016 an Bord ging, ankerte man gerade vor Madagaskar. „Viele der Menschen, die für eine OP an Bord kamen, waren noch nie vorher beim Arzt. Ihre medizinische Vorgeschichte war kaum dokumentiert. Und ich habe Krankheiten behandelt, die bei uns gar nicht erst auftreten“, erzählt sie.

Geburtsfisteln zum Beispiel: Rund zwei Millionen afrikanischer Frauen, die eine schwierige Entbindung ohne ärztlichen Beistand durchlebten, leiden an dieser Schädigung des Unterleibs. Bei der Geburt verlieren sie häufig nicht nur ihr Kind: Viele werden inkontinent, gelten deswegen als unrein und werden von ihren Familien verstoßen. Sie sind sozial isoliert und leiden unter ständigem Schmerz. „Ein einfacher gynäkologischer Eingriff – und die Frauen könnten wieder ein normales Leben führen“, sagt Dr. Jerges. Aber meistens fehlt dafür das Geld.

Die Behandlung an Bord der „Africa Mercy“ ist kostenlos. Das schwimmende Krankenhaus bietet Platz für 82 Patienten. In fünf

Operationsräumen wird bis zu 7.000 Patienten jährlich geholfen. Neben gynäkologischen Eingriffen wie der Behandlung von Geburtsfisteln werden auch Tumorentfernungen, Lippen- und Gaumenspaltenkorrekturen oder orthopädische Operationen durchgeführt. Die christliche Hilfsorganisation „Mercy Ships“ finanziert das Schiff durch Spenden. Die 450-köpfige Besatzung aus Ärzten, medizinischem Fachpersonal und Schiffscrew arbeitet ehrenamtlich. Auch Dr. Jerges. Sie finanzierte Anreise und Unterkunft aus eigener Tasche. Ihren Chef, Dr. Andreas Ostermeier, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin am Standort Böblingen beim Klinikverbund Südwest bat sie um unbezahlten Urlaub – im Gegenzug hielt sie nach ihrer Rückkehr vor ihren Kollegen einen Vortrag.

Viel zu berichten gibt es nach so einem Einsatz auf jeden Fall. Nicht nur über die besonderen Patienten an Bord. Auch über die hochmoderne Klinikausstattung der „Africa Mercy“ erzählt Dr. Jerges. „Und nicht nur die Ausstattung, auch die ganze Organisation war hochprofessionell“, lobt sie. Überhaupt hat sie viele gute Erinnerungen an ihren Einsatz: An Kollegen aus vielen unterschiedlichen Ländern, die alle an einem Strang zogen. An Patienten, die trotz Armut und Krankheit tapfer blieben, lachten und gut gelaunt waren. Zum Abschluss des Gesprächs zeigt sie Fotos. Auf einem haben sich ein paar Frauen richtig fein gemacht. „Nach der Behandlung ihrer Geburtsfisteln sind sie richtig aufgeblüht“, schmunzelt Dr. Jerges. Auf einem anderen grinst ein Kind breit in die Kamera: Der dünne neunjährige Junge, kurz nach seiner erfolgreichen Operation.

Lena Jauernig

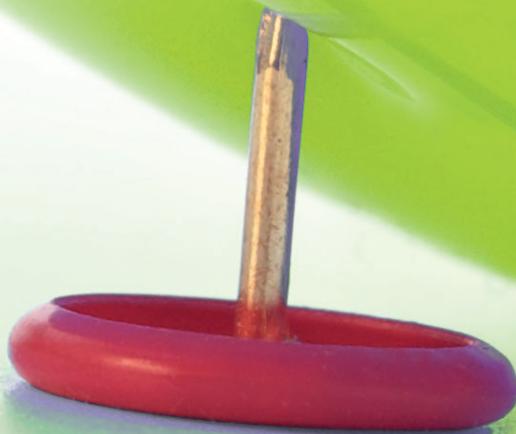


# Schlagader- erweiterung –

# EINE ZEITBOMBE?

Es wächst und wächst und wächst. Unbemerkt, über viele Jahre hinweg, es bereitet lange Zeit keine Schmerzen. Die Rede ist von einem Aneurysma, einer sackartigen Erweiterung von geschädigten Schlagadern. Am häufigsten tritt ein Aneurysma an der Bauchschlagader auf. Rechtzeitig entdeckt, ist ein Aneurysma zu therapieren oder zu operieren. Reißt es aber, sind die Folgen lebensbedrohlich.

Der Nobelpreisträger Albert Einstein ist wohl eine der berühmtesten Personen, die an einem Aneurysma an der Bauchschlagader gestorben sind. Zu den Opfern dieser Erkrankung gehören auch der Schriftsteller Thomas Mann oder Charles de Gaulle, der ehemalige französische Staatspräsident. Unmerklich wuchs das Aneurysma in deren Bauchraum heran, sie hatten lange Zeit keine Schmerzen. Als diese dann doch endlich vehement auftraten, war es zu spät für eine Operation, die sackartige Erweiterung an der Bauchaorta hielt dem Blutdruck nicht mehr stand – eine innere Verblutung war die Folge.



Einstein, Mann und de Gaulle hätten heutzutage gute Chancen, diese Erkrankung zu überleben. Dann nämlich, wenn diese rechtzeitig erkannt wird. Und das ist durch ein Ultraschall-screening möglich. „Seitens der Ärzteschaft fordern wir seit Jahren, dass die Krankenkassen diese Screenings bezahlen“, sagt Dr. Dr. med. habil. (RUS) Victor Reichert. Der 54-Jährige ist seit 2009 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie in Sindelfingen. Ab diesem Jahr nun werden die Kosten für diese Vorsorgeuntersuchung bei gesetzlich versicherten Männern ab 65 Jahren übernommen, da laut Statistik Männer deutlich häufiger von potenziellen Rissen der Bauchorta betroffen sind als Frauen. Eine Studie des britischen Medical Research Councils aus dem Jahr 2002 belegte, dass durch ein Ultraschall-screening die Sterblichkeit um die Hälfte sinkt.

Wie und warum genau ein Aneurysma entsteht, ist nicht geklärt. Gesichert ist hingegen, dass es einige Risikofaktoren gibt: Rauchen, Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht und Atherosklerose gehören dazu, durch sie wird die Bildung eines Aneurysmas begünstigt. Ist ein Aneurysma rechtzeitig diagnostiziert, bestehen gute Heilungschancen. Je kleiner die Aussackung ist, im Durchmesser etwa drei Zentimeter, desto größer ist die Chance auf eine erfolgreiche konservative Therapie. „Das grundsätzliche Ziel ist, eine Ruptur zu verhindern. Um das zu erreichen, muss die Expansion des Aneurysmas gestoppt werden“, sagt Dr. Reichert. Mittel zur Senkung des Bluthochdrucks und die Raucherentwöhnung sind solche Maßnahmen. In einem bestimmten Zeitabstand wird in diesen Fällen das Wachstum kontrolliert.

Wächst das Aneurysma bei Männern auf fünf Zentimeter oder mehr an oder hatte es bereits bei der Diagnose diese Dimension, ist eine Operation nahezu unumgänglich. „Ab einer Größe von fünf Zentimetern steigt die jährliche Gefahr eines Risses exponentiell an. Bei Frauen liegt die kritische Größe bei etwa viereinhalb Zentimetern“, erklärt Dr. Reichert. Ein Aneurysma kann auf zwei Arten operiert werden: Bei der klassischen Methode wird der Bauchraum aufgeschnitten, das Aneurysma wird entfernt

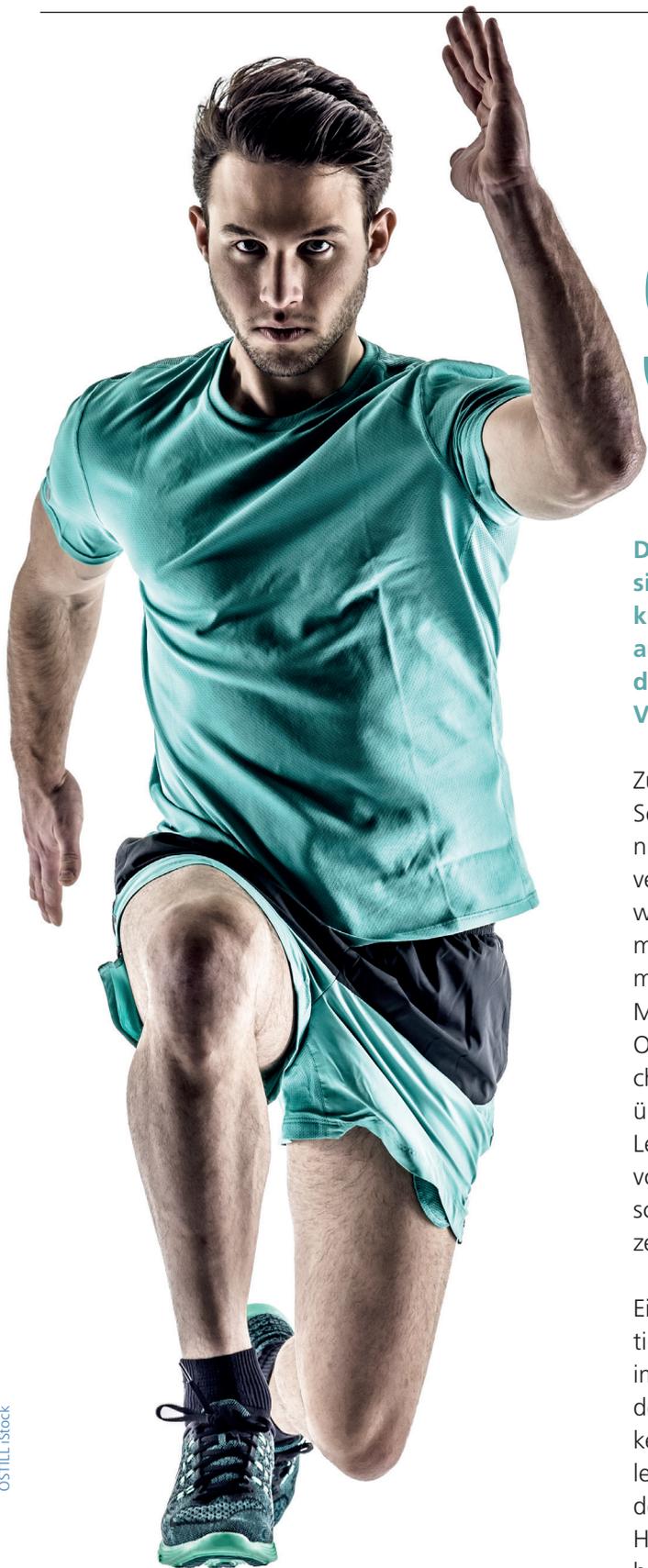
und durch eine Kunststoffprothese ersetzt. Bei der endovaskulären Behandlungsmethode wird ein Stent über die Leistenarterien bis zu der erkrankten Stelle geschoben. Im Aneurysma wird der Stent vom Operateur entfaltet, die erkrankte Gefäßwand ist nun nicht mehr dem Blutdruck ausgesetzt. „In Sindelfingen führen wir pro Jahr etwa 40 bis 50 Aneurysma-Operationen durch. Zumeist wenden wir die minimal-invasive Methode an“, sagt der Gefäßchirurg, der sich als endovaskulärer Chirurg spezialisiert hat.

Am 12. April 1955 wurde Albert Einstein von starken Bauschmerzen geplagt, die am Tag darauf noch heftiger wurden. Eine sofortige Untersuchung ergab, dass er unter einem großen Bauchortenaneurysma litt. Einer dringenden Operation willigte er nicht mehr ein. Am 18. April verstarb er. Nicht nur relativ, sondern tatsächlich war das Aneurysma Einsteins zu groß.

Thomas Oberdorfer



**Computertomografie mit Kontrastmittel 3D-Rekonstruktion:**  
**Bild a.** Infrarenales (unterhalb der Nierenarterien) Bauchortenaneurysma vor der Versorgung  
**Bild b.** Infrarenales Bauchortenaneurysma nach der Versorgung mit einem Endostent (minimalinvasiv, nur durch kleine Leistenschnitte ohne Bauchschnitt)



# Die SCHWAC

**Die Achillessehne ist die kräftigste Sehne des Körpers; sie kann, beispielsweise bei einem Sprintantritt, kurzzeitig mehrere hundert Kilogramm Zugkraft aushalten. Sie ist aber auch eine sehr anfällige Sehne, deren Reißen eine vergleichsweise häufig auftretende Verletzung ist.**

Zumeist wird eine gerissene Sehne operiert. In den Kliniken Sindelfingen des Klinikverbunds Südwest wird dafür, wenn möglich, die perkutane minimalinvasive Operationsmethode angewandt. Dr. Marc Chmielnicki, Leitender Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie in Sindelfingen, hat über diese Methode einen Lehrfilm gedreht, für den er von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ausgezeichnet wurde.

Ein Peitschenknall, ein heftiger, stechender Schmerz im Unterschenkel oberhalb der Ferse, massive Schwierigkeiten, zu gehen: Die Achillessehne ist gerissen, darauf deuten diese Symptome hin. Häufig verletzt man sich beim Sport, in aller Regel ohne Fremdeinwirkung.

„Es gibt auch traumatische Achillessehnen-Rupturen, die sind allerdings seltener“, sagt Dr. Marc Chmielnicki.

Zumeist ist die Achillessehne vor einem Riss degenerativ vorgeschädigt. Männliche Weekendsportler im Alter zwischen 30 und 50 Jahren sind am häufigsten betroffen.

In der Regel wird ein Riss der Achillessehne operiert. Gleichwohl ist diese Verletzung auch konservativ ohne einen Eingriff zu therapieren. „Das setzt allerdings voraus, dass sich ein Patient sehr genau an das festgelegte Behandlungsschema hält“, sagt Dr. Chmielnicki, der seit 2007 in Sindelfingen tätig ist und in Tübingen Medizin studiert hat. „Einfacher für die Patienten ist es, einen Riss operativ zu versorgen.“

Eine Variante ist, die Sehne freizulegen und die gerissenen Enden direkt zusammenzunähen. Das erfordert einen zehn bis 15 Zentimeter langen Schnitt, die Sehne muss in weiten Teilen freigelegt werden. Eine weitere Möglichkeit ist, die

**Männliche  
Weekendsportler  
im Alter zwischen  
30 und 50 Jahren  
sind am häufigsten  
betroffen.**

# HSTELLE des Helden

Verletzung perkutan minimalinvasiv zu versorgen. Perkutan minimalinvasiv bedeutet, dass der Eingriff „über einen kleinen Hautschnitt mit kleinstem operativen Weichteilschaden“ ausgeführt wird. Dabei werden die beiden Enden des Risses nicht direkt miteinander vernäht. „Die Sehnenstümpfe werden mittels einer speziellen Nähetechnik aneinander gelegt. Sie verwachsen, dabei bildet sich eine Narbe. Für die Patienten ist das ein schonender Eingriff. Das Infektionsrisiko ist gering, die Wundheilung ist gut“, erklärt Dr. Chmielnicki. Anschließend wird dem Patienten ein spezieller Stiefel angepasst, den er mehrere Wochen tragen muss. Der

Fersenbereich ist erhöht, um die Achillessehne zu entlasten, man spricht von der Spitzfußstellung. Im Spezialstiefel kann der Patient mit vollem Körpergewicht belasten und gehen.

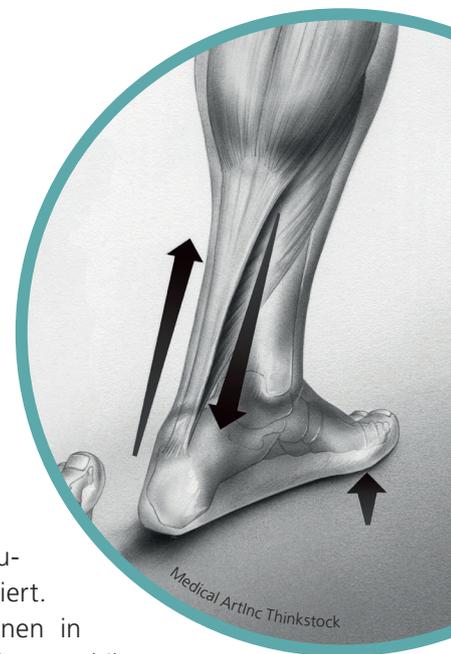
Dr. Chmielnicki hat über diese Art der Operation einen Film gedreht, der von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) mit dem Edgar-Ungeheuer-Preis für das beste Operationsvideo 2017 ausgezeichnet wurde. In diesem Film wird Schritt für Schritt dargestellt, wie der Eingriff erfolgt und wie die Nachbehandlung aussieht.

Die Unfallchirurgie in Sindelfingen ist sehr aktiv in Sachen

Lehrfilme. Dr. Chmielnicki hat mit Chefarzt Prof. Dr. Axel Prokop zusammen bisher 20 Videos produziert und publiziert.

„Diese Filme dienen in erster Linie ärztlichen Ausbildungszwecken.“ Die Videos würden die OP-Techniken demonstrieren sowie die Qualität an den Kliniken sichern und steigern. Dr. Chmielnicki hat bereits seinen 21. Film in Arbeit, diesmal dreht es sich um die Operation eines Risses des vorderen Kreuzbands. Ende des Jahres soll dieser Film in der Mediathek erscheinen.

*Thomas Oberdorfer*



# Maßstab ist der Erfolg

Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung



Das Team der OKS

Geht es um künstlichen Gelenkersatz, wird häufig der Vorwurf laut, es würde zu schnell und zu viel operiert. Betroffene sehen das anders. Es ist ihre Verfassung, die sie dazu bringt, eine solche Opera-

tion in Erwägung zu ziehen. Meist haben sie schon einen langen Weg konservativer Maßnahmen zur Linderung der Beschwerden hinter sich. Denn auch heute ist der Gelenkersatz, sprich eine Operation, das letzte Mittel der Wahl. Die Beschwerden reichen von leichten Einschränkungen der Beweglichkeit bis hin zu quälenden Schmerzen, die die Lebensqualität und Mobilität deutlich mindern.

Als erstes Zentrum für künstlichen Gelenkersatz im Klinikverbund Südwest wurde bereits 2014 die Orthopädische Klinik Sindelfingen OKS offiziell als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung (EPZ-max) zertifiziert. Der TÜV Süd und die EndoCert GmbH bescheinigten der Klinik damit ausgewiesene medizinische Qualität beim Einsatz künstlicher Gelenke, beispielsweise an Hüfte oder Knie. Die EndoCert-Initiative ist eines der wesentlichen Projekte der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) zur Steigerung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität im Bereich der Endoprothetik. Lediglich Einrichtungen, die nachweislich die wesentlichen, wissenschaftlich belegbaren Vorgaben für eine sichere und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patienten

beim künstlichen Gelenkersatz erfüllen, erhalten das begehrte Prüfsiegel.

An den Kliniken Sindelfingen werden jährlich mehr als 1.000 Gelenkersatzoperationen an Hüfte und Knie sowie an die 150 Prothesenwechsel durchgeführt. Damit zählt die OKS anhand der alle zwei Jahre ausgewerteten und veröffentlichten Qualitätsdaten (QSR-Daten, Quelle: [weisse-liste.krankenhaus.aok.de](http://weisse-liste.krankenhaus.aok.de)) gemäß der AOK regelmäßig zu den Top-20-Kliniken für Gelenkersatz bundesweit. „Die Zertifizierung sehen wir vor allem als Verpflichtung unseren Patienten gegenüber, die Versorgungsqualität auf dem sehr hohen Niveau zu halten bzw. weiter stetig zu steigern, entscheidet doch das OP-Ergebnis maßgeblich über die weitere Lebensqualität des Patienten“, erklärt Chefarzt Prof. Dr. Stefan Kessler.

Für die AOK ist Prof. Kessler übrigens seit vielen Jahren sogenannter Zweitmeinungsexperte für orthopädische Fälle. Patienten, die sich bei Behandlungsverfahren oder der Entscheidung zur OP unsicher sind, werden also von der Krankenkasse an den Sindelfinger Spezialisten zur neutralen Begutachtung verwiesen. „Zum einen muss der Patient von der Entscheidung überzeugt sein. Die Operation muss aber auch ausreichende Erfolgsaussichten haben. Sonst ist dem Patienten ein schlechter Dienst erwiesen. Ich fühle mich für meine Patienten aber verantwortlich.“

Redaktion



chalabala thinkstock

# Wohlfühlen – von Anfang an

**Als Babyfreundliches Krankenhaus zertifiziert: die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Kliniken Calw.**

Im vergangenen Jahr hat die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe in den Kliniken Calw den Wandel von einer Belegstation zu einer hauptamtlichen Abteilung vollzogen. Nach den strukturellen Veränderungen greift in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nun längst ein Rädchen ins andere. Unter der Leitung von Chefarzt Dr. Arkadiusz Praski wurden inzwischen neue Diagnose- und Behandlungsmethoden eingeführt, die apparative Ausstattung den neuesten Anforderungen angepasst. All dies blieb nicht ohne Auswirkungen auf die räumlichen Anforderungen, so wurde unter anderem das Stillzimmer

verlagert und bei dieser Gelegenheit komplett neu eingerichtet. Dank der Unterstützung des Krankenhaus-Fördervereins „ganz nah“ steht hier nun ein bequemes weinrotes Sofa, auf dem es sich die Mütter mit ihren Babys gemütlich machen oder ungestört stillen können.

Die hier geschaffene wohnliche, fast familiäre Atmosphäre ist ein zentraler Bestandteil der Konzeption Babyfreundliches Krankenhaus, nach der die Calwer Geburtshilfe bereits seit dem Jahr 2008 zertifiziert ist. Eine Auszeichnung, die der Abteilung als erstes Haus im Klinikverbund und als eines der ersten Krankenhäuser in Baden-Württemberg verliehen und dieses Jahr erneuert wurde. „Wir bieten werdenden Eltern eine individuelle und familienorientierte Geburtshilfe“, bringt Julia Sukatsch,



**Von Anfang an wohlfühlen**  
Seite A



**Um die Ecke operiert**  
Seite B



**Die Kunst der Improvisation**  
Seite D



**Gesunde Fitness**  
Seite E



**»Ich höre zu.«**  
Seite F



**Begleitservice**  
Seite H

die Leitende Hebamme, die Grundsätze der Abteilung auf den Punkt. „Wir tun alles dafür, dass die Babys von Anfang an und rund um die Uhr bei ihrer Mutter sein können und natürlich ernährt werden“, sagt Ingrid Giess, die Leiterin der Gynäkologie- und Wochenstation. „Viele unserer Mitarbeiter sind eigens darin geschult, um auf die individuellen Wünsche von Mutter und Kind bezüglich des Stillens einzugehen.“

Bereits während der Schwangerschaft werden die werdenden Eltern vom Team der geburts-hilfflichen Abteilung engmaschig begleitet und ganzheitlich fachlich betreut. Jeweils am ersten Donnerstag im Monat wird ein Informationsabend samt Kreißaal und Stationsbesichtigung angeboten. Wöchentlich findet die Hebamensprechstunde statt – die werdenden Eltern erhalten hier alle wichtigen Unterlagen und haben die Möglichkeit, sich spezielle Fragen

in Bezug auf die Geburt oder auch auf die ersten Tage danach von den ausgebildeten Fachkräften im Calwer Haus beantworten zu lassen. Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse, geburtsvorbereitende Akupunktur, Babymassage, Müttercafé und Stillgruppen runden das Angebot ab und tragen ganz entscheidend zum Wohlfühlfaktor bei, der die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Calwer Kliniken auszeichnet und der ein entscheidender Vorteil des Hauses ist. Die enge Zusammenarbeit mit der Kinderklinik in Böblingen garantiert darüber hinaus, dass Babys – und mit ihnen natürlich auch ihre Eltern – für eine Intensivbetreuung direkt verlegt und damit bestens versorgt werden können.

*Redaktion*

## Minimalinvasive Hüftgelenksendoprothetik

# Ecke operiert

Um die

Wir werden älter, fitter, mobiler. Die moderne Medizin entwickelt sich kontinuierlich weiter – eine jahrhundertalte Erfolgsgeschichte mit unzähligen Happy Ends. Immer aktuell zu sein und die neuesten Errungenschaften in seinen Krankenhäusern zu implementieren, das steht auf der Agenda des Klinikverbunds Südwest ganz oben. Ein Beispiel dafür ist die minimalinvasive Hüftgelenksendoprothetik, die dem Patienten in gleich dreierlei Hinsicht nützt. Sie ist

hocheffektiv, sie ist schonend, und sie hilft schnell.

Hüftgelenksendoprothetik ist der Fachausdruck für das Einsetzen einer „neuen Hüfte“, die meistens nötig wird, wenn das Gelenk von Arthrose befallen ist. Geschädigte Knochenteile beziehungsweise Knorpelgewebe des Hüftgelenks werden entfernt und durch künstliche Teile, die Prothese, ersetzt.

Noch vor 15 Jahren gab es keinen anderen Weg, als

dafür einen großen Hautschnitt vorzunehmen und die Muskeln vom Knochen zu lösen, um freie Bahn zum

Hüftgelenk zu bekommen. Diese Abtrennung der Muskeln gestaltet den Heilungsprozess für den Patienten langwierig. Ungefähr drei Monate dauert es nach der Operation, bis der Alltag wieder ohne Beeinträchtigungen bewältigt werden kann.

Heute gibt es eine schonendere Alternative, die immer häufiger und sehr erfolgreich zum Einsatz kommt. Durch diese minimalinvasive Hüftgelenksendoprothetik schreitet die Heilung der Patienten deutlich schneller voran, wie Prof. Dr. Martin Handel



sagt. „Schon am ersten Tag nach der OP gehen sie ein Stück, die Tage danach immer etwas mehr. Dabei ist die Gehstütze nicht selten nur zur Prophylaxe da.“ Prof. Handel ist Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie an den Kliniken Calw und brachte diese minimalinvasive Methode mit, als er im Jahr 2011 in der Hesse-Stadt seinen Posten übernahm. Seither hat er mit seinem Team mehr als 1.000 Patienten auf diese Weise operiert.

tritt beim nächsten OP-Schritt zutage: Die Muskeln werden nicht abgelöst, sondern nur beiseitegeschoben. Mit speziellen abgewinkelten Instrumenten wird dann „um die Ecke“ an der Muskulatur vorbeioperiert. „So hat der Patient nach der Operation zwar manchmal noch kurze Zeit Schmerzen wegen der teilweise erforderlichen starken Dehnung der Muskulatur, aber er kann die Hüfte viel schneller wieder voll belasten“, erklärt Prof. Handel.

für die Prothese zum Einsatz kommen soll, besprechen Arzt und Patient ebenfalls im Vorfeld. „Meines Erachtens hat sich die Kombination Hüftkopf aus Metall und das Gleitlager in der Titanpfanne aus einem speziellen Kunststoff für die meisten Patienten als sicherste und in der Praxis haltbarste Variante bewährt. Alternativ kann auch ein Keramikkopf zur Anwendung kommen, insbesondere falls der Patient dies wünscht oder eine Metallallergie vorliegt.“

Diese Weise – was bedeutet das genau? Der Arzt versucht, die Belastung für die Patienten so gering wie möglich zu halten. Das Ziel des minimalinvasiven Eingriffs: weniger Verletzung der Haut und der Weichteile, weniger Schmerzen, weniger Regenerationsbedarf hinterher. Wird ein neues Hüftgelenk eingesetzt, muss der Schnitt nur etwa zehn Zentimeter lang sein. Viel kürzer geht es nicht, die Prothese muss schließlich durch die Öffnung passen.

Der größte Unterschied zur herkömmlichen Methode

Für den operierenden Arzt ist diese Art des Eingriffs deutlich anspruchsvoller, er kann weniger sehen und muss sich stellenweise vorantasten. „Mit ausreichender Erfahrung ist das aber kein Problem.“

Am Gelenk selbst wird ebenfalls schonender gearbeitet. „Man versucht, möglichst wenig vom Knochen wegzunehmen und passt die verwendete Prothese an die Anatomie an.“ Letzteres wird bereits vor dem Eingriff millimetergenau – mithilfe von Röntgenaufnahmen – geplant. Die Frage, welches Material

Gründe, warum die minimalinvasive Hüftgelenksendoprothetik bei Menschen nicht anwendbar sein könnte, gibt es nur wenige. Wenn jemand schon Operationen an der Hüfte hatte und die Muskeln so verwachsen sind, dass man sie nicht einfach verschieben kann, das Implantat ausgetauscht werden muss oder wenn der Knochen schwer deformiert sein sollte, dann führt manchmal kein Weg an der herkömmlichen Eingriffsmethode vorbei. „Aber bei allen anderen ist sie möglich“, so Prof. Handel.

*Bernd Schiel*



# Stinkbombenalarm in Nagold



**Die Bilder vom Terroranschlag am Berliner Breitscheidplatz sind noch nicht verblasst, da gibt es in Nagold einen Großalarm: An einem Morgen im März breitet sich im dortigen Berufsschulzentrum ein stechender Geruch aus; die Gebäude werden evakuiert, 72 Schüler und Lehrer mit Symptomen ins Nagolder Krankenhaus gebracht.**

Dass es sich um einen entgleisten Schüler-„Streich“ mit dem ungefährlichen Knoblauch-Konzentrat Diallylsulfid handelt, erfährt das Ärzteteam um Dr. Kai Roy erst am späten Nachmittag. „Einen MANV (Massenanfall von Verletzten) zu bewältigen“, so der Leitende Unfallchirurg, „kann man zwar im Vorfeld in einem strukturierten Organigramm abbilden, man kann bestimmte Szenarien üben, aber wenn er dann eintritt, muss schnell improvisiert werden.“ Entscheidend sei es, in Anbetracht des Tumults die Ruhe zu bewahren. Und darauf verstand sich das Team: „Zuerst haben wir die Ambulanz gestoppt, alle Räume leer geräumt und zwei chirurgische Ärzte vor Ort hier abgestellt“, erzählt Dr. Roy. Die inzwischen eingetroffenen Schüler sichtete man in der zur Sammelstelle umfunktionierten Cafeteria, triagierte in wenig symptomatische und symptomatische Patienten, die über Atemnot, Augenreizungen oder Übelkeit klagten. „So lange wir nicht genau wussten, welches Gas es war, konnten wir nur die Symptome behandeln: Sauerstoff geben oder Blutgasanalysen machen“, berichtet Dr. Roy.

In einem zweiten Schritt kümmerte man sich um die administrativen Angelegenheiten: die Erstellung einer Liste mit den Personendaten, die Verlegung von 18 Patienten in die Häuser Herrenberg und Calw und die Berichterstattung für die Berufsgenossenschaft, über die die Schüler versichert waren. Parallel trat Alexandra Freimuth auf Ebene der Krankenhausrichtung in Aktion.

Die Regionaldirektorin trug dafür Sorge, genügend Personal im Krankenhaus vorzuhalten, nahm Kontakt zur Service-GmbH auf, um die Schüler über die Mittagszeit zu verpflegen, und kümmerte sich darum, das Haus handlungsfähig zu halten. „Das beginnt bei etwas ganz Einfachem wie den Kommunikationswegen“, erläutert Pressesprecher Ingo Matheus. Rasend schnell hatte sich die Meldung über einen möglichen Terrorakt in den sozialen Netzwerken verbreitet, woraufhin externe Anrufe die Krankenhausleitungen lahmlegten. Um den Informationsbedarf zu stillen, so Matheus, habe man mit dem Landratsamt daher schnell eine Sondernummer für die Angehörigen eingerichtet. Als maßgebliche Stelle für verifizierte und verlässliche Zahlen bündelte man in der Pressestelle derweil die Fakten, um sie an Feuerwehr, Polizei, Landratsamt, Eltern und die Medien weiterzugeben.

„Es ist ein Mikrokosmos, der wie Zahnräder ineinandergreift“, erläutert Dr. Roy den Ablauf der Rettungsmaßnahmen und lobt seine Mitarbeiter: „Sie haben hochprofessionell, ganz besonnen und ruhig agiert.“ Pressesprecher Matheus hebt den Vorteil der sechs Standorte hervor: „Durch den Verbundcharakter haben wir kurze Kommunikationswege. Man kennt sich untereinander und kann Mitarbeiter schnell an einem anderen Standort einsetzen oder Patienten transferieren.“

Mit der Entlassung der verbliebenen Schüler am nächsten Morgen war der Vorfall für das Krankenhaus jedoch noch nicht erledigt. Bis der Normalzustand wieder einkehrte, gingen mit den Nachkontrollen der Patienten in der BG-Sprechstunde, der administrativen Arbeit und mit der Nacharbeitung verschobener Routinearbeit noch einmal ein paar Tage ins Land.

Nadine Dürr





# Gesunde Fitness

**Sportmediziner empfehlen Neu- und Wiedereinsteigern, sich vor dem ersten Training durchchecken zu lassen. Nachgefragt bei einer Kardiologin in den Kliniken Nagold: Wann und warum ist eine solche Vorsorgeuntersuchung sinnvoll?**

Bewegungsmangel ist ein Risikofaktor; die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt, wöchentlich mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv Sport zu treiben. „Sport hat präventive Effekte und gewinnt auch als Therapiebegleiter an Bedeutung“, sagt Oberärztin Dr. Stefanie Thoma-Ordowski. Die Kardiologin hat zum Thema Sportmedizin promoviert und zehn Jahre in einer sportmedizinischen Krankenhausabteilung gearbeitet, bevor sie 2013 an die Kliniken Nagold wechselte.

Viele Patienten, die nach einer Herzerkrankung in die Nagolder Klinik für Innere Medizin kommen, wollen Sport treiben, sind aber unsicher, ob und was sie dürfen, beobachtet Dr. Thoma-Ordowski. Sie empfiehlt: „Passen

Sie Sportart und Intensität Ihrem Gesundheitszustand an. Wer an einer Herzerkrankung leidet, dem würde ich von Sportarten mit hohem Kraftaufwand abraten: Beim Fußball, Rudern, Klettern, Alpin-Skifahren oder Kraftsport steigen Herzfrequenz und Blutdruck. Das bedeutet Stress fürs Herz. Besser sind Ausdauersportarten wie Laufen, Schwimmen oder Radfahren.“ Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen, Diabetiker, Bluthochdruckpatienten oder Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung empfiehlt sie: „Lassen Sie vor Trainingsbeginn Ihre sportliche Belastbarkeit medizinisch abklären.“ Auch bei Tumorpatienten kann eine sportärztliche Beratung sinnvoll sein, denn eine Sporttherapie kann sich positiv auf Krankheitsverlauf und Lebensqualität auswirken.

Um Risikofaktoren rechtzeitig aufzudecken, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin (DGSP) darüber hinaus allen Neu- und Wiedereinsteigern, die älter als 35 sind, den Gang zum Sportarzt. Dieser Gang lohnt nicht nur, um Risiken aufzudecken, sondern auch, um Ursachen vorhandener belastungsabhängiger Beschwerden abzuklären.

Auch die Kliniken Nagold bieten eine sportärztliche Untersuchung an; sie gehört zu den sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Wer sich für einzelne Tests oder die komplette Untersuchung interessiert, kann sich aber vorher bei der Klinik die Kosten zusammenstellen lassen.



### Wie läuft der Sportcheck ab?

In einer internistisch-kardiologischen Untersuchung wird das Herz-Kreislauf-System untersucht, um abzuklären, ob eine Einschränkung der Sporttauglichkeit vorliegt. Dazu gehören Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, ein Herz-Ultraschall und falls notwendig auch eine Doppler- und Duplexsonografie, bei der die Durchblutungssituation der hirnversorgenden Arterien untersucht wird.

OÄ Dr. Stefanie Thoma-Ordowski  
Klinik für Innere Medizin II  
Tel.-Nr.: 07452 96-79501  
s.thoma-ordowski@klinikverbund-suedwest.de

Zusätzlich können Sportler einen Belastungstest mit Laktat-Bestimmung machen, dabei kann der körperliche Fitnesszustand objektiviert werden. Laktat (Milchsäure) entsteht, wenn während einer intensiven Belastungsphase der eingeatmete Sauerstoff nicht reicht, um den Energiebedarf zur Muskelkontraktion zu decken. „Anhand des Laktat-Tests können wir die individuellen Trainingsbereiche bestimmen“, erklärt Dr. Thoma-Ordowski. Die vom DGSP zertifizierte Expertin für Laktat-Leistungsdiagnostik beobachtet: „Freizeitsportler trainieren gelegentlich zu intensiv. Sie richten sich an anderen aus statt an der eigenen Leistungsfähigkeit.

Der Laktat-Test bietet Orientierung.“

Im Anschluss an die verschiedenen Tests erfolgt ein Gespräch zu Themen wie Lebensstilveränderung, Gesundheitsprävention, Trainingsberatung und Trainingsplanung. Was Dr. Thoma-Ordowski empfiehlt, unterscheidet sich individuell von Patient zu Patient: „Ich berücksichtige Faktoren wie Alter oder Vorerkrankungen und natürlich die Testergebnisse, aber auch die persönlichen Ziele. Will ein Patient reinen Gesundheitssport betreiben oder habe ich einen Leistungssportler vor mir, der auf einen Marathon trainiert?“

Lena Jauernig

# » ICH HÖRE ZU. «



Seit zehn Jahren engagiert Horst Armbruster sich ehrenamtlich für Patienten der Kliniken Nagold. Nun hat der pensionierte Pädagoge zusätzlich ein neu eingerichtetes Amt übernommen: Als Patientenführer ist er Ansprechpartner für Anregungen und Beschwerden.

Was tun, wenn während des Klinikaufenthalts einmal etwas nicht so läuft, wie man es sich gewünscht hätte? Im Klinikverbund Südwest können Patienten sich direkt an das zentrale Beschwerdemanagement wenden. Die Mitarbeiter prüfen den Sachverhalt, treffen wenn nötig Maßnahmen, um Missstände zu beheben, oder klären Missverständnisse auf. Dass manch einer aber den direkten Weg scheut oder lieber erst einmal vertraulich mit einem neutralen Dritten sprechen möchte, ist verständlich. Deshalb wird in immer mehr Häusern zusätzlich das Amt eines unabhängigen Patientenfürsprechers eingerichtet. Mit Horst Armbruster gibt es einen solchen Patientenfürsprecher nun auch in Nagold. Im Interview stellt er sich und sein Amt vor:

**Herr Armbruster, was verbindet Sie mit den Kliniken Nagold?** *Ich engagiere mich seit zehn Jahren im Vorstand des Vereins „aktiv dabei – Freunde und Förderer der Kliniken Nagold“. Wir organisieren Angebote wie zum Beispiel den Patientenbegleitservice: Ehrenamtliche Helfer nehmen neue Patienten in Empfang, versuchen Ängste zu nehmen und das Ankommen in der Klinik zu erleichtern.*

**Warum haben Sie jetzt das Amt des Patientenfürsprechers übernommen?** *Eines Tages kam der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Hubert Mörk auf mich zu und fragte, ob ich mich an dieser Stelle engagieren möchte. Ich habe Ja gesagt. Ich denke, das ist eine Position, in der man etwas bewegen kann, denn ich muss als Patientenfürsprecher nicht nur auf Fragen oder Kritik reagieren, sondern kann auch selber Verbesserungsvorschläge einbringen.*

**Wie häufig mussten Sie als Patientenfürsprecher bisher vermitteln?** *Ich bin erst frisch im Amt. Bisher also noch gar nicht. Nun könnte man natürlich sagen, dass das für die Klinik spricht. Aber ich möchte auch ermutigen: Ich bin da. Ich bin bereit, zuzuhören und zu reden.*

**Wer kann Ihre Dienste in Anspruch nehmen?** *Meine Tür steht allen Patienten offen.*

*Wer bettlägerig ist, darf mich natürlich ans Krankenbett rufen, in dringenden Fällen auch außerhalb der Sprechstunde. Angehörige, denen etwas an der Situation eines Patienten auffällt, können mich ebenfalls ansprechen.*

**Jemand kommt mit einem Problem zu Ihnen. Wie helfen Sie?** *Erst einmal, indem ich zuhöre. Dass sich jemand Zeit nimmt, den anderen sprechen lässt und nachfragt, das alleine hilft oft schon. Ich unterliege natürlich der Schweigepflicht. Manche Dinge lassen sich in so einem vertraulichen Gespräch regeln, ohne dass eine große Sache daraus werden muss.*

**Und wenn zuhören alleine nicht hilft?** *Kann ein Problem im Zweiergespräch nicht gelöst werden, wende ich mich auf Wunsch des Patienten an den oder die betroffenen Klinikmitarbeiter. Kommt es dann zum gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten, werde ich zwischen den Parteien vermitteln. Ich bleibe neutral. Da ich ehrenamtlich und unabhängig arbeite, liegt es aber auch nicht in meiner Hand, welche Maßnahmen die Klinik ergreift. Jedoch hat die Klinikleitung sich verpflichtet, mich anzuhören. Und dass ich zu vielen hier einen guten Draht habe, hilft sicher, wenn es darum geht, Probleme zu lösen.*

**Gibt es auch Fälle, in denen Sie nicht helfen können?** *Ich darf weder medizinische oder pflegerische Beratung noch konkrete Rechtsberatung anbieten. Ich darf aber Patienten über ihre Rechte aufklären.*



### **Wie erreiche ich den Patientenfürsprecher in Nagold?**

Die reguläre Sprechstunde findet jeden zweiten Mittwoch von 16.30 bis 18.00 Uhr im Krankenhaus Nagold statt. Bitte melden Sie sich an der Pforte an, Tel.: 07452 96-1.

Lena Jauernig

# Eine Brücke zwischen der Klinik und den eigenen vier Wänden

**Für alleinstehende Patienten gibt es am Klinikum Nagold seit Kurzem einen ehrenamtlichen Begleitservice, der Menschen nach einem Klinikaufenthalt bei den ersten Schritten zurück in den Alltag unterstützt.**



Nicole Kleist  
Tel.: 07452 9679909  
n.kleist@klinikverbund-suedwest.de

Namen der Ehrenamtlichen auf dem Bild von links nach rechts:

Karl Mast,  
Inge Kehle,  
Jenny Rausch,  
Ingrid Möhle,  
Inge Pröschel,  
Brigitte Seitz,  
Marion E. Jaeckel,  
Monika Gugel,  
Karin Rök-Blümle,  
Axel Gawehn,  
Ulrike Belser-Lauer,  
Ivo Rudloff,  
Ilona Schroth

Vor allem nach einem längeren Krankenhausaufenthalt ist es manchmal gar nicht so einfach, den Alltag zu Hause wieder selbstständig zu bewältigen. Für medizinische und pflegerische Belange sowie die Haushaltsführung gibt es ambulante Dienste, doch ist es für Rekonvaleszenten oft ebenso wichtig, ein offenes Ohr zu finden für ihre Sorgen, Ängste, Hoffnungen und Pläne. Vor allem bei alleinstehenden älteren Menschen kann es für die Genesung wichtig sein, anfangs jemanden an der Seite zu haben, der nach ihnen schaut, ihnen Gesellschaft leistet und dabei hilft, zu ihrer alten Selbstständigkeit zurückzufinden.

Diese Überlegungen bewogen den Stadt seniorenrat Nagold e. V., gemeinsam mit dem Klinikum den ehrenamtlichen Begleitservice „Beste Genesung zu Hause“ ins Leben zu rufen, der Menschen

in der Übergangsphase die Zeit und Aufmerksamkeit schenkt, die sie brauchen. „Der Begleitservice ist altersunabhängig und offen für alle Menschen, die nicht auf familiäre Hilfe zurückgreifen können“, erklärt Dr. Dieter Möhle, der das Angebot seitens des Stadt seniorenrats unterstützt.

In dem im November 2016 ins Leben gerufenen Begleitservice engagieren sich derzeit 15 Frauen und Männer aus Nagold und Umgebung. Gerne übernehmen sie die begleitende Rolle, die sonst meist Angehörige ausfüllen. Das Angebot ist kostenlos, die Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und stellen sich während der Begleitung ganz auf die Bedürfnisse der Patienten ein. Auf Wunsch kümmern sie sich etwa darum, dass bei der Entlassung aus dem Krankenhaus die Wohnung beheizt und der Kühlschrank gefüllt ist. Auch bei einfachen Alltagsgeschäften wie etwa einkaufen oder den Koffer für die Reha packen helfen die Ehrenamtlichen, übernehmen dabei

aber keineswegs die Rolle der Pflegeprofis. Bei Bedarf organisieren sie jedoch gern weitere Hilfen wie etwa Pflegedienste, Essen auf Rädern oder Nachbarschaftshilfe.

Bis zu vier Wochen kann die Begleitung in Anspruch genommen werden. Case Managerin Nicole Kleist, die in den Kliniken Nagold auch für das Entlassmanagement zuständig ist, achtet sehr darauf, Menschen zusammenzubringen, die auch zueinander passen. Ein erstes Gespräch zum Kennenlernen findet deshalb bereits in der Klinik statt. Dabei wird auch gleich der erste Besuchstermin vereinbart. „Die Chemie muss stimmen, das ist uns sehr wichtig“, betont Nicole Kleist. Wie lang die Begleitung dauert und wie häufig die ehrenamtlichen Mitarbeiter kommen, richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Bislang ist das Angebot noch wenig bekannt. „Diejenigen, die den Service genutzt haben, berichten durchweg von positiven Erfahrungen“, erzählt sie. Dr. Dieter Möhle ist überzeugt, dass der Begleitservice eine wichtige Lücke schließt und möchte Patienten die Scheu nehmen, das Angebot zu akzeptieren. „Ich bin fest davon überzeugt, dass die Patienten davon profitieren, wenn sie sich darauf einlassen. Unsere Ehrenamtlichen sind sehr engagiert und begleiten Sie gerne.“

Jutta Krause





# Schmerz stoppen!

**Eine gute Alternative: Im Leonberger Krankenhaus ermöglicht eine CT-unterstützte Schmerztherapie Patienten mit Bandscheibenvorfall oder degenerativen Wirbelsäulenveränderungen Schmerzlinderung.**

„Ich habe Rücken.“ Hinter dieser flapsigen Redensart verbirgt sich ein ernstes Leiden, das heute immer mehr Zeitgenossen quält: Rückenschmerzen. Vor allem nach einem Bandscheibenvorfall, wenn Schmerztabletten nicht mehr wirken und man auf eine Operation verzichten will, kann die Periradikuläre Therapie (PRT) sehr hilfreich sein.

Bei einem Bandscheibenvorfall wird eine Nervenwurzel so eingeklemmt, dass sich der Patient zum Teil nicht mehr bewegen kann. Zudem

schwillt die Nervenwurzel durch die Kompression an, was starke Schmerzen verursacht. Hier setzt nun die PRT an, die im Leonberger Krankenhaus in interdisziplinärer Zusammenarbeit der Schmerztherapeutischen Ambulanz und der Radiologie angewendet wird. Zunächst wird durch eine Computertomografie (CT) der betroffene Teil der Wirbelsäule Schicht für Schicht abgebildet. Durch diese bildliche Darstellung kann der Radiologe nun eine dünne lange Nadel auf den Millimeter genau an die richtige Stelle führen und das Medikament



**Schmerz  
stoppen!**  
Seite A



**Der Staffelstab  
wird übergeben**  
Seite C



**Unzertrennliche  
Bande knüpfen**  
Seite D



**Thrombose**  
Seite E



**Sie haben ein  
schwaches Herz ...**  
Seite F



**Menstruations-  
störungen**  
Seite H

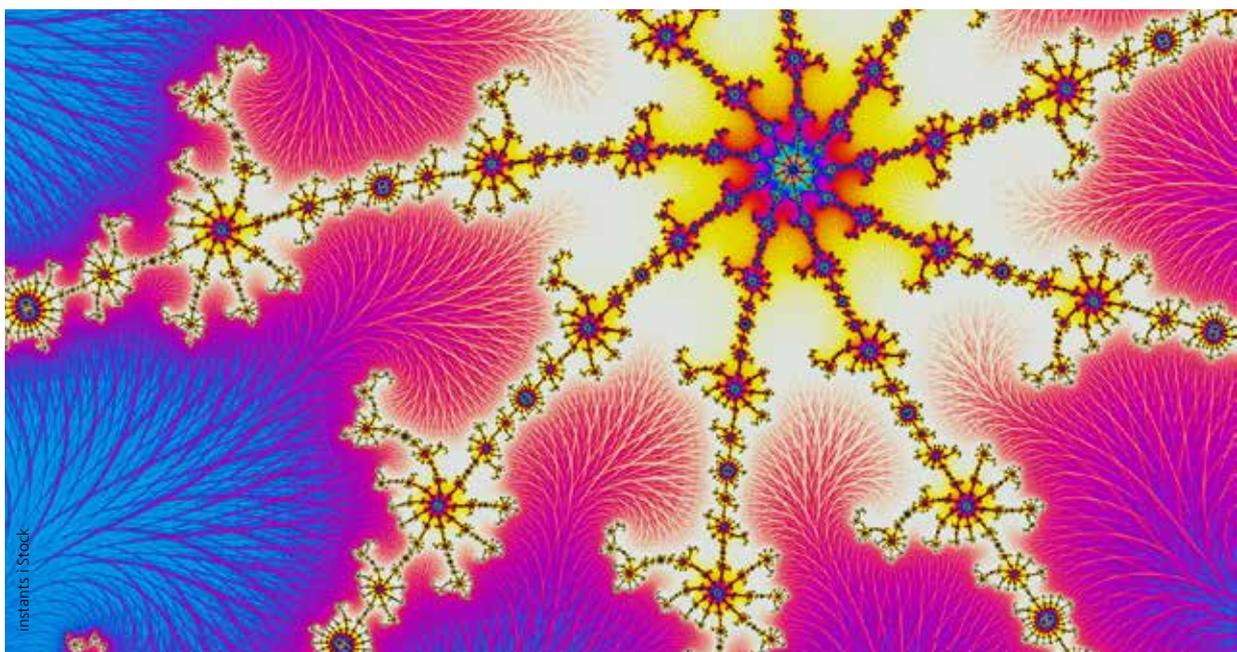
→ einspritzen, also ein lang wirkendes lokales Schmerzmittel und gegebenenfalls auch ein entzündungshemmendes Mittel. Das ist für Dr. Schneider, Chefarzt des Zentrums für Radiologie Leonberg-Böblingen, auch der größte Vorteil dieser CT-unterstützten Schmerzmittelinjektion: „Anders als bei der herkömmlichen Schmerztherapie müssen die eingenommenen Medikamente nicht erst den Umweg über die Blutbahnen nehmen, sie wirken also genau dort, wo der Schmerz entsteht.“

Die Methode eignet sich aber nicht nur für Patienten mit Bandscheibenvorfall. „Bei chronischen Rückenschmerzen sind oft Degenerationen der Wirbelgelenke, also der Facetten- oder Iliosakralgelenke mit entsprechenden Nervenbeteiligungen die Ursache“, erklärt der Leitende Oberarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin und Leiter der Schmerzambulanz, Dr. Thomas Klein. Auch bei der CT-unterstützten Facettengelenkinfiltration können die Nadeln punktgenau an die Wirbelgelenke herangeführt werden. Für alle Anwendungen gilt: „Die Ursachen des Schmerzes können wir mit der Injektion zwar nicht beseitigen, wohl aber den Schmerzkreislauf unterbrechen. Und das ist eine echte Alternative für die Patienten, wenn angeraten ist, den Bandscheibenvorfall

konservativ zu behandeln.“ Beispielsweise dann, wenn gute Chancen bestehen, dass die Symptome von selbst verschwinden, oder wenn eine Operation nicht empfehlenswert oder nicht gewünscht ist. Dr. Klein verdeutlicht allerdings: „Die Behandlung muss immer in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept eingebunden sein!“ Gemeint sind damit weitere Behandlungsansätze wie Physiotherapie, Krankengymnastik und andere Therapien.

Und wie erlebt der Patient diese Therapie? „Bequem im Computertomografen gelagert spürt der Patient nur den kleinen Stich, wenn die örtliche Betäubung für die Nadel gesetzt wird“, versichert Dr. Schneider. „Nach der Behandlung kann der Patient sofort wieder aufstehen. Wir behalten ihn dann noch kurze Zeit bei uns, um sicherzugehen, dass es nicht zu unerwünschten Reaktionen kommt. Bleiben diese aus, kann er nach Hause gehen. Nur Autofahren ist wegen der injizierten Medikamente am Tag des Eingriffs nicht möglich.“ Nach Dr. Schneider ist die PRT oft schon nach einer Sitzung erfolgreich, in manchen Fällen können aber auch mehrere Behandlungen erforderlich sein.

*Marianne Frey*



instants | Stock

# Der Staffelstab wird übergeben

Die Klinik für Allgemeinchirurgie am Krankenhaus Leonberg bekommt einen neuen Chefarzt: Der Aufsichtsrat der Kreiskliniken Böblingen gGmbH bestellte einstimmig Prof. Dr. Wolfgang Steurer zum Nachfolger des bisherigen allgemein-chirurgischen Chefarztes Dr. Karl-Josef Paul, der im Frühjahr kommenden Jahres in den Ruhestand eintreten wird. Der 54-jährige Facharzt für Allgemeine Chirurgie sowie für Viszeralchirurgie ist aktuell noch als Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Schwerpunkt Tumor- und minimalinvasive Chirurgie am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart tätig. Er wechselt voraussichtlich spätestens im Mai 2018 zum Klinikverbund Südwest.



Landrat Roland Bernhard zeigte sich als Aufsichtsratsvorsitzender der Klinikverbund Südwest GmbH von der Wahl hoch erfreut: „Mit Prof. Steurer konnten wir für Leonberg einen Mediziner mit überregionalem Ruf gewinnen, der nicht nur fachlich, sondern auch menschlich hervorragend zum Klinikverbund passt. Er wird den Standort Leonberg stärken und hat ein großes Interesse daran, die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Leonberg zukunftsfähig zu positionieren. Sowohl in enger standortübergreifender Abstimmung im Rahmen der verbundweiten Medizinkonzeption mit Böblingen als auch in Zusammenarbeit mit der gastroenterologischen Chefärztin Dr. Barbara John in Leonberg.“

„Wir sind sehr glücklich darüber, dass sich mit Prof. Steurer unser absoluter Wunschkandidat für den Klinikverbund Südwest entschieden hat“, berichtete Dr. Jörg Noetzel, Medizinischer Geschäftsführer des Verbundes, am Rande der Aufsichtsratssitzung. „Prof. Steurer ist ein exzellenter Chirurg, der in der Region großes Ansehen sowohl bei den Patienten als auch den klinischen und niedergelassenen Kollegen genießt, und darüber hinaus in überregionalen Fachkreisen über ein großes Renommee verfügt. Seine breite und ausgezeichnete

Fachkompetenz wird dem Standort Leonberg sehr zugutekommen. Darüber hinaus verfügt er über eine besondere Erfahrung und allseits anerkannte Expertise im Bereich der Chirurgie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Dies kommt neben einer Stärkung des interdisziplinären Bauchzentrums insbesondere der zukünftigen Profilierung unseres Krankenhauses Leonberg im Sinne der Medizinkonzeption sehr entgegen.“

Den gebürtigen Österreicher führte sein beruflicher Werdegang nach dem Medizinstudium in Innsbruck und Famulaturen in Innsbruck, Salzburg und Columbia, South Carolina/USA, zunächst an die Harvard Medical School in Boston. Nach leitenden Oberarztstätigkeiten an den Transplantationszentren der Universitätskliniken Innsbruck und später Tübingen wechselte der vierfache Familienvater 2008 als Chefarzt an das Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern. Dort baute er unter anderem das Darmkrebszentrum Westpfalz mit auf, bevor er vor fünf Jahren dem Ruf in die Landeshauptstadt zum Robert-Bosch-Krankenhaus folgte und mittlerweile im Landkreis Ludwigsburg beheimatet ist.

*Ärztlicher Direktor  
Priv.-Doz. Dr. Michael  
Sarkar, Landrat  
Roland Bernhard,  
Prof. Dr. Wolfgang  
Steurer, Medizi-  
nischer Geschäftsfüh-  
rer Dr. Jörg Noetzel,  
Kaufmännischer  
Geschäftsführer  
Martin Loydl  
(v. l. n. r.)*

Redaktion

# Unzertrennliche Bande knüpfen



Weltgesundheitsorganisation WHO und des Kinderhilfswerks UNICEF. „Diese Kriterien sind die inhaltliche Grundlage der Zertifizierung einer Geburtsklinik als babyfreundlich und für unser gesamtes geburtshilfliches Team – und

Eine sehr einfache Art, Bindung zu fördern, ist das Stillen. Muttermilch ist zweifellos die natürlichste und beste Säuglingsnahrung. Sie hilft dem Neugeborenen, Krankheiten vorzubeugen. 2016 gab es in Leonberg 704 Geburten, 90 Prozent der Mütter wurden vollstillend nach Hause entlassen. „Um die frischgebackenen Mütter richtig begleiten zu können, setzen wir auf eine individuelle Betreuung“, erklärt Jutta Göhler, Hebamme und Stillberaterin. Wichtig ist auch, dass die Kinder 24 Stunden – also wie zu Hause – bei den Eltern sind: „Durch unser gut geschultes Team, das rund um die Uhr zur Verfügung steht, lernen die Mütter die Bedürfnisse ihrer Kinder einzuschätzen und zu verstehen. Das schafft sehr viel Sicherheit für das Leben zu Hause.“ Und Cornelia Kraus ergänzt: „Mutter und Kind sind bei uns auch gut aufgehoben, wenn die Frauen nur teilweise oder gar nicht stillen möchten oder können. Unsere Wochenbettsschwester zeigen den Müttern, wie sie bei der Flaschenfütterung Wärme und Geborgenheit geben können, beraten sie über Alternativen und unterstützen sie im Umgang mit Fläschchen und allem, was dazugehört. Wir bauen keinen Druck auf und respektieren die Entscheidung der Mütter.“

Die Mutter-Kind-Bindung ist die erste Beziehung im Leben eines Menschen. Sie beginnt bereits im Mutterleib und intensiviert sich, wenn ein Kind auf die Welt kommt und den ersten Kontakt zu seiner Mutter sucht. Dieses erste „Bonding“ hat für Cornelia Kraus,

dazu zählen auch die Gynäkologen, Anästhesisten, Wochenbettsschwester und die Kinderärzte – eine absolute Selbstverständlichkeit“, so Cornelia Kraus. „Schon früh in der Schwangerschaft haben die werdenden Eltern mehrere Möglichkeiten, sich mit dem Thema „babyfreundlich“ auseinanderzusetzen. Es gibt zum einen zweimal im Monat unsere Informationsabende und zum anderen unsere Schwangerenambulanzsprechstunde. Da haben die Paare die Möglichkeit, sowohl die Hebammen und die Ärzte als auch unsere geburtshilfliche Atmosphäre kennenzulernen. Wir haben Zeit, Fragen zu beantworten, können gemeinsam sowohl formale als auch medizinische Fakten besprechen und so den Weg für ein gutes Geburtserlebnis ebnen“, betont Cornelia Kraus.

## Wie werden Mütter in einer babyfreundlichen Klinik betreut – Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg

die Leitende Hebamme im Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg und ihr Team, eine sehr hohe Priorität.

Babyfreundlich setzt sich für die Umsetzung der B.E.St. - Kriterien ein, wobei B.E.St. für Bindung, Entwicklung und Stillen steht. Es geht darum, die Eltern-Kind-Bindung zu schützen und zu fördern. Die Kriterien beruhen auf den internationalen Vorgaben der

Marianne Frey

# Mit den Zehen wackeln und ab und an auf die Toilette gehen

**Die wichtigste Botschaft schickt Dr. Joachim Quendt gleich vorweg: „Das Risiko, nach einem Flug eine Thrombose zu bekommen, erhöht sich für die Normalbevölkerung nicht.“ Der Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Leonberger Krankenhaus räumt mit einem weit verbreiteten Irrglauben auf.**

Langes Stillsitzen in einer Position, mangelnde Bewegung, trockene Klimaanlage. Sicherlich gibt es angenehmere Rahmenbedingungen als die, die Reisende bei einem Langstreckenflug zu erwarten haben. Und natürlich bleiben einige Punkte unbestritten: „Wenn das Blut nicht fließt, neigt es zur Gerinnungsbildung“, nennt Dr. Quendt einen davon. Klar ist auch, dass die trockene Luft der Klimaanlage dem Körper Flüssigkeit entzieht. Der Schweiß auf der Haut verdunstet schneller, der Flugreisende kann je nach Reisedauer bis zu zwei Liter Flüssigkeit verlieren. Dadurch wird das Blut „dicker“. Die Zusammensetzung des Blutes verändert sich, was sich eben auch auf seine Fließeigenschaften auswirkt.

Im Wissen um diese Tatsachen hält sich bei vielen die Angst hartnäckig, nach einem Langstreckenflug eine venöse Thrombose und in der Folge davon eine Lungenembolie zu bekommen. „Auch, weil Fluggesellschaften immer wieder entsprechende Warnungen aussprechen“, so die Erfahrung von Dr. Quendt. Dabei gebe es dafür keinen Grund: „Studien zeigen,

dass es keinen Zusammenhang zwischen der Entstehung von venösen Thrombosen und Langzeitflügen gibt“, sagt der Leonberger Gefäßchirurg. Mit einer Einschränkung: „Zumindest dann nicht, wenn es keine Vorerkrankung gibt, die das Risiko einer Thrombosenbildung mit sich bringt.“

Menschen, die mit Übergewicht oder mit ausgeprägten Krampfadern zu kämpfen haben, Patienten, die an einer Krebserkrankung leiden, kurz vor dem Flug bereits eine Thrombose hatten und auch schwangere Frauen zählen zur Risikogruppe. Für sie gilt: „Sie müssen mit dem behandelnden Arzt über den geplanten Flug sprechen“, so der eindringliche Appell von Dr. Quendt. In den wenigsten Fällen werde der von der Reise abraten, meist reichen bestimmte Vorkehrungen aus. Das Tragen von Kompressionsstrümpfen zählt dazu, mitunter werden „blutverdünnende“ Medikamente verabreicht. „Wir raten den Patienten dazu, weite Kleidung zu tragen und viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen“, sagt Dr. Quendt. Tipps, die auch für Menschen ohne entsprechende



Vorerkrankungen hilfreich sein können. Das gilt ebenso für die zwei anderen Ratschläge des Leonberger Chefarztes: „Wackeln Sie immer mal wieder mit den Zehen und gehen Sie ab und an auf die Toilette.“ Beides regt die Blutzirkulation an – und das nicht nur bei Flugreisen. Auch wer längere Strecken mit dem Auto oder mit dem Bus zurücklegt, sollte regelmäßig eine Pause einlegen und sich bewegen.

Wie in allen anderen Situationen, gilt auch im Nachgang einer längeren (Flug-)Reise: Treten Symptome auf, die auf eine Thrombose hinweisen – das Bein ist über mehrere Tage dick, geschwollen und auch wärmer als sonst, die Venen zeichnen sich deutlicher ab und unter Belastung treten starke Schmerzen auf –, muss umgehend ein Arzt aufgesucht werden.

*Sabine Haarer*



# Sie haben ein schwaches Herz

**Wenn beim Treppensteigen plötzlich die Luft wegbleibt oder der Kissenberg beim Schlafen immer höher wird, so können dies Anzeichen für eine Herzschwäche sein.**

Mit rund fünf Litern Blut pro Minute versorgt das Herz den Körper eines gesunden Menschen. Wie eine Saugpumpe zieht der Hohlmuskel das Blut aus der Lunge und pumpt es dann in den Körper. „Beide Phasen sind Energie verbrauchende Prozesse, die eingeschränkt sein können“, sagt Dr. Olaf Weber, Chefarzt der Abteilung für Kardiologie am Leonberger Krankenhaus. Ist das Herz in seiner Pumpleistung eingeschränkt, spricht man von einer systolischen Herzschwäche; bereitet hin-

im Unterhautgewebe, sogenannte Ödeme, können sich bilden.

Die Ursache für eine Herzschwäche ist zum einen in einer Herzmuskelerkrankung zu suchen, möglicherweise stört auch ein Herzklappenfehler die Pumpmechanik des Herzens. In den meisten Fällen liegen jedoch Durchblutungsstörungen des Herzmuskels, verursacht durch Tabakkonsum, einen erhöhten Cholesterinspiegel oder bereits erlittene Herzin-

Weil dadurch der Blutdruck sinkt, sind dieser Therapie jedoch häufig Grenzen gesetzt. Ist der Patient indes gut eingestellt, verlangsamen die Medikamente das Fortschreiten der Herzschwäche und verlängern so das Überleben und die Überlebensqualität; die Erkrankung heilen können sie nicht. Um einen guten Therapieerfolg zu erzielen, ist die gewissenhafte Mitarbeit des Patienten unerlässlich, wie Dr. Weber betont. Neben der sorgfältigen Einnahme der Medikamente muss sich

## – was heißt das eigentlich?

gegen die Erschlaffung des Pumporgans Probleme, weil es seine Elastizität verloren hat, handelt es sich um eine diastolische Herzschwäche.

Beide Ausprägungen der Herzinsuffizienz führen dazu, dass die benötigte Menge Blut nicht durch den Körper transportiert wird. „Eine gewisse Zeit kann das Herz diese Schwäche ausgleichen, es pumpt schneller oder dehnt sich aus“, erläutert Dr. Weber. „Irgendwann reicht das Blut aber nicht mehr aus.“ Dies macht sich dann insbesondere bei körperlicher Anstrengung bemerkbar: Der Patient fühlt sich schwach und matt. Staut sich das Blut in der Lunge, führt dies bei den meisten Erkrankten zudem zu Atemnot. Auch Wasseransammlungen

im Unterhautgewebe, sogenannte Ödeme, können sich bilden. Die Ursache für eine Herzschwäche ist zum einen in einer Herzmuskelerkrankung zu suchen, möglicherweise stört auch ein Herzklappenfehler die Pumpmechanik des Herzens. In den meisten Fällen liegen jedoch Durchblutungsstörungen des Herzmuskels, verursacht durch Tabakkonsum, einen erhöhten Cholesterinspiegel oder bereits erlittene Herzin-

der herzschwache Patient eine strenge Flüssigkeitsdisziplin auferlegen: Maximal 1,5 bis 1,8 Liter Wasser pro Tag darf er trinken. Zudem sind eine tägliche Gewichtskontrolle und eine regelmäßige Blutdruckselbstkontrolle notwendig. Kurzum: „Das wesentliche Ziel der Herzschwächebehandlung ist der autarke Patient, der genau Bescheid weiß.“ Hilfestellung und Beratung kann hier etwa der Förderverein Netzwerk Herzinsuffizienz bieten, der durch Spendengelder eine intensiviertere Betreuung nach der Krankenhausbehandlung ermöglicht.

der herzschwache Patient eine strenge Flüssigkeitsdisziplin auferlegen: Maximal 1,5 bis 1,8 Liter Wasser pro Tag darf er trinken. Zudem sind eine tägliche Gewichtskontrolle und eine regelmäßige Blutdruckselbstkontrolle notwendig. Kurzum: „Das wesentliche Ziel der Herzschwächebehandlung ist der autarke Patient, der genau Bescheid weiß.“ Hilfestellung und Beratung kann hier etwa der Förderverein Netzwerk Herzinsuffizienz bieten, der durch Spendengelder eine intensiviertere Betreuung nach der Krankenhausbehandlung ermöglicht.

### Kontakt

Förderverein Netzwerk Herzinsuffizienz:  
[www.foerderverein-netzwerk-herzinsuffizienz.de](http://www.foerderverein-netzwerk-herzinsuffizienz.de)

Nadine Dürr

# Wenn die Regel sich nicht an die Regel hält



Monkey Business - thinkstock

„Unregelmäßigkeiten bei der Periode sind normal“, stellt Jürgen Mewald, Leiter des Leonberger Standorts im Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Böblingen-Leonberg, zunächst einmal klar. „Mehr als die Hälfte aller Frauen haben eine unregelmäßige Periode.“ Tendenz steigend. Was aber nicht bedeutet, dass die Zahl der Erkrankungen zunimmt. „Mädchen bekommen heute früher ihre Periode, und Frauen kommen später in die Menopause; der Lebenszyklus mit Periode verlängert sich dadurch und damit steigt auch die Möglichkeit, dass Unregelmäßigkeiten auftreten“, liefert der Facharzt die einfache Erklärung. Doch wird die Unregelmäßigkeit zur Regel, bleibt die Menstruation etwa dauerhaft aus – man spricht von einer Amenorrhö –, dann sollte Frau das nicht auf die leichte Schulter nehmen und sich untersuchen lassen.

**Menstruationsstörungen sind keine Seltenheit, dennoch sollte man sie nicht auf die leichte Schulter nehmen und einen Facharzt konsultieren, sagt Jürgen Mewald.**

Die Gründe für eine Blutungsstörung, und somit auch die Behandlungsmethoden, können ganz unterschiedlich sein. Neben der Abklärung von möglichen Hormonstörungen, wie sie beispielsweise von der Schilddrüse ausgehen können, stellt auch die Überprüfung von Lebensgewohnheiten einen wichtigen Aspekt dar. Mitunter sind körperliche oder psychische Belastungen ausschlaggebend dafür, weshalb sich bei jungen Mädchen kein regelmäßiger Zyklus einstellt oder warum der vormals regelmäßige Rhythmus einer Frau plötzlich passé ist. Eine veränderte Lebensweise kann dann auf einfache Weise Abhilfe schaffen.

Doch auch Gewebeveränderungen an den Eierstöcken oder der Gebärmutter können Menstruationsstörungen mit sich bringen. Sie werden mit Hilfe von Ultraschall sichtbar gemacht und können mit verschiedenen Präparaten pflanzlicher Herkunft, bei Bedarf auch mit Hormonen, behandelt werden. Bilden sich die Veränderungen durch das Medikament nicht zurück, sollten sie gegebenenfalls operativ entfernt werden; Gleiches gilt für Wucherungen der Gebärmutter-schleimhaut. In der Spezialsprechstunde

an der Leonberger Frauenklinik klärt der Leitende Arzt Jürgen Mewald mit den betroffenen Frauen, ob ein operativer Eingriff notwendig ist. Mittels Bauch- oder Gebärmutter-spiegelung können Auffälligkeiten erkannt und behandelt werden; beides sind minimalinvasive Eingriffe, auf die man sich in Leonberg spezialisiert hat. „Frauen mit ausbleibender Periode sollten sich aber auch überlegen, ob sie nicht schwanger sein könnten“, spricht Jürgen Mewald einen anderen Punkt an. Eine naheliegende Vermutung, die sich vor allem Frauen mittleren Alters häufig gar nicht erst stellen. Viel eher vermuten sie den Beginn der Wechseljahre als Grund ihrer unregelmäßigen Periode. Nicht allein deshalb rät Jürgen Mewald hier zu einem Besuch beim Frauenarzt. „Viele Frauen stellen außerdem mit dem Eintritt in die Menopause auch die gynäkologische Vorsorge ein“, weiß der Facharzt aus langjähriger Erfahrung. Eine Entscheidung, die er aus ärztlicher Sicht nicht gutheißen kann. Denn: Mögliche ernste Erkrankungen können dadurch nicht frühzeitig entdeckt und damit auch weniger erfolgreich behandelt werden.

*Sabine Haarer*

# Generalprobe für den Notfall



Im Krankenhaus Herrenberg bereiten Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte sich am Patientensimulator gemeinsam auf Komplikationen bei der Geburt vor.

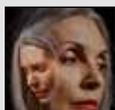
Dabei üben sie, in stressigen Ausnahmesituationen möglichst effektiv zusammenzuarbeiten. Im Ernstfall rettet gutes Teamwork Menschenleben. ➔



*Generalprobe für den Notfall*  
Seite A



*Pflege ist Medizin und Zuwendung*  
Seite D



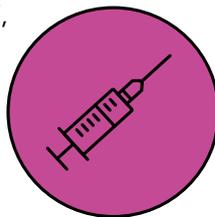
*Gynäkologische Erkrankungen in den Wechseljahren*  
Seite G



*Medizinisches Notfalltraining an der Simulatorpuppe im Krankenhaus Herrenberg*

➔ Frau Meier klagt über Übelkeit und Kopfschmerzen. Sie ist 35 Jahre alt und in der 34. Schwangerschaftswoche. „Ihr Blutdruck ist ein bisschen hoch“, stellt die diensthabende Hebamme im Krankenhaus Herrenberg fest. Ganz ruhig sagt sie das, schaut aber ihre Kollegin dabei vielsagend an. Dann ruft sie Gynäkologin Dr. Daniela Gilch hinzu. Wenige Minuten später verliert die Patientin das Bewusstsein und krampft. „Anästhesie und Leitende Oberärztin Dr. Heimann rufen!“, fordert Dr. Gilch. Der Behandlungsraum füllt sich. „Ich habe Informationen!“, fasst die Gynäkologin stichwortartig die Situation zusammen. Dann passiert vieles gleichzeitig und alles in straffem Tempo: Am Kopfende des Bettes

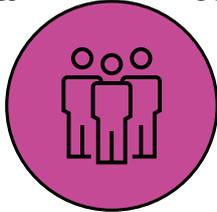
sorgt die Anästhesistin für Sauerstoffzufuhr. Oberärztin Dr. Sabine Heimann und Dr. Gilch versuchen, durch mehrfache Gabe von Magnesium und Diazepam den Krampfanfall zu stoppen. Hebammen und Pflegerin assistieren. Eklampsie, ein Krampfanfall in der Spätschwangerschaft, tritt äußerst selten auf. Kein Routine-Einsatz für das Team also. Doch gerade jetzt steht viel auf dem Spiel: Für Mutter und Kind ist der Anfall lebensbedrohlich.



In Notfallszenarien wie diesem zählt nicht nur medizinisches Fachwissen. Es gilt für die Beteiligten auch, sich schnell in eine unübersichtliche Situation einzufinden und trotz Stress und Zeitdruck umsichtige

Entscheidungen zu treffen. Wie das gelingt? „Entscheidend ist, dass die Kommunikation an den Schnittstellen im Team funktioniert“, sagt Dr. Christina Jaki vom Stuttgarter Pädiatrie- und Patienten-Simulator, kurz STUPS, und ergänzt: „Als gutes Team wird man nicht geboren. Aber Teamwork kann man üben.“ Frau Meier ist die ideale Übungskandidatin. Denn Frau Meier ist eine Puppe, ein lebensgroßer Hightech-Dummy mit Schwangerschaftsbauch. Sie atmet, verliert Kunstblut, krampft oder bringt ein Kind zur Welt. Alles auf Knopfdruck und dank modernster Technik. Eine Echtzeitsimulation, inklusive Monitor, der die Vitalwerte überwacht. Ab und zu ist sogar schmerzliches Stöhnen zu vernehmen – aus einem Mikrofon, das mit dem Nebenraum verbunden ist.

Von dort führt STUPS-Ausbilderin Dr. Jaki Regie über das Notfallszenario. Per Computer steuert sie den Patientensimulator. Dieser hat außerdem noch ein „Double“ aus Fleisch und Blut: Eine zweite STUPS-Trainerin, die für den Dummy spricht. Alles soll so realitätsnah wie möglich sein.



Selbst das Arbeitsumfeld: „Der echte Kreißaal muss zwar für Geburten freibleiben, aber wir haben extra ein Patientenzimmer umgestaltet“, erzählt Oberärztin Dr. Sabine Heimann. Die realitätsgetreue Inszenierung erzeugt Wirkung: „Obwohl da nur eine Puppe liegt – der Stresslevel ist hoch“, gesteht Dr. Gilch. „Aber dafür verliert der echte Notfall den Schrecken, weil ich weiß: Ich kenne das Szenario, habe es schon mal geübt.“

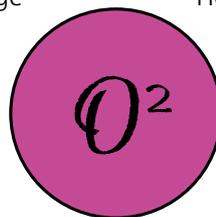
Der Klinikverbund Südwest, zu dem auch das Herrenberger Krankenhaus gehört, baut seit vielen Jahren auf solche Notfall-Simulationen, eine Fortbildungsmethode, die ursprünglich aus der Luftfahrt kommt. Auf der Herrenberger Geburtshilfestation wird bereits zum dritten Mal am Patientensimulator trainiert. Während in den ersten beiden Kursen der Schwerpunkt auf dem Neugeborenen lag, stehen diesmal Komplikationen rund um die Geburt im Vordergrund – so wie bei „Frau Meier“.

Zurück im „Kreißaal“: Während das Team unter Hochdruck daran arbeitet, den computergesteuerten Krampfanfall zu stoppen, zeichnen Kameras das Geschehen auf. Zwei Zimmer weiter schauen die übrigen Schulungsteilnehmer per Live-Übertragung zu. Schließlich endet das Szenario. Der Dummy überlebt, das Team hat gute Arbeit geleistet.

Es folgt eine videounterstützte Nachbesprechung. Nicht nur medizinisch-fachliche Gesichtspunkte werden analysiert, sondern auch die Zusammenarbeit im Team. Positiv bewertet wird unter anderem, dass die Hebamme den Ernst der Lage schnell erkannte, Unterstützung anforderte und gleichzeitig ruhig gegenüber der Patientin blieb. Vorbildlich auch, wie klar Dr. Gilch ihre Rolle als Informationsträgerin kommunizierte und den neu hinzugekommenen Teammitgliedern ein Bild der Lage vermittelte.

Ausbilderin Dr. Jaki schlägt aber auch Verbesserungen vor. Ihr Coaching stützt sich auf das sogenannte Crisis Resource Management (CRM): Die CRM-Methode hilft Teams, auch unter den von Natur aus unübersichtlichen Bedingungen eines Notfalls gemeinsam effektiv zu handeln. Die Herrenberger Schulungsteilnehmer erhalten einen Spickzettel mit 15 Leitsätzen:

„Kommuniziere sicher und effektiv“ oder „Beachte alle vorhandenen Informationen“ steht unter anderem darauf. „Aus meiner Sicht die hilfreichste CRM-Maßnahme: Sich bewusst zehn Sekunden Auszeit nehmen, die Situation analysieren und dann erst handeln“, sagt Oberärztin Dr. Heimann. Und auch aus der Sicht von Dr. Ines Vogel profitiert die Patientensicherheit von den Schulungen sehr: „Hebammen, Gynäkologen und Anästhesisten arbeiten im Notfall interdisziplinär zusammen. Durch die gemeinsame Videoanalyse lernen wir, die Arbeit des anderen besser zu verstehen. Das stärkt die Zusammenarbeit, verbessert die Kommunikation und hilft, Fehler zu minimieren. Wir hinterfragen in der Analyse aber auch, ob es bei bestimmten Abläufen zusätzlichen Regelungsbedarf gibt und optimieren dann Arbeitsabläufe“, erläutert die Chefarztin der Herrenberger Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, in der mittlerweile fast 1.400 Kinder im Jahr auf die Welt kommen.



Insgesamt drei unterschiedliche Szenarien werden daher an diesem Nachmittag durchgespielt, jedes Mal wechseln die Teams. Keiner weiß vorher, welcher Notfall eintreten wird. Es muss auch ohne Vorwarnung funktionieren. Genau wie im echten Leben.

Lena Jauernig



Doris Winkler ist  
Pflegekraft seit  
37 Jahren

Palliativstation, und Andreas Fiedler, Pflegekraft in der Allgemeinchirurgie und seit August 2017 stellvertretender Pflegedienstleiter in Nagold, haben sich bereit erklärt, über ihren Beruf zu erzählen.

*Was war für Sie der Grund, sich für den Pflegeberuf zu entscheiden?*

**D. Winkler:** Für mich war klar, dass ich in meinem Beruf mit Menschen zu tun haben will, Menschen, die in irgendeiner Art zu betreuen sind. Da ich nach dem Abitur nicht studieren wollte und mich die Physiologie des Menschen interessiert hat, war es naheliegend, Krankenpflege zu lernen. Ein Praktikum im Krankenhaus hat mich in meinem Vorhaben bestätigt.

# Pflege ist Medizin und Zuwendung

Pflege braucht Visionen, sagt Prof. Michael Löhr von der Fachhochschule Bielefeld beim ersten Pflegesymposium des Klinikverbundes Südwest. Pflegekräfte wollen Zeit für ihre Patienten haben, sagt Rainer Bauser, Pflegedienstleiter des Krankenhauses Herrenberg. Allzu oft müssen heute Pflegekräfte ihre persönlichen Ansprüche an die Qualität

ihrer Arbeit wirtschaftlichen Forderungen unterordnen. Im Herrenberger Krankenhaus, das dem Klinikverbund Südwest angehört, spielen persönliche Betreuung und menschliche Zuwendung sowie das aktive Einbeziehen der Patienten in den gesamten Gesundheitsprozess jedoch nach wie vor eine sehr große Rolle. Doris Winkler, Pflegekraft auf der

**A. Fiedler:** Ich bin schon seit vielen Jahren auch ehrenamtlich mit Menschen aller Altersschichten zusammen. Es gilt, Menschen, denen es schlecht geht, mit professioneller Pflege und Beratung zu helfen und sie mit einem netten Wort und Spaß aufzumuntern, das erfüllt mich mit Freude und tiefer Zufriedenheit in meinem Beruf. Die

medizinischen Aspekte und Zusammenhänge des Menschen haben mich außerdem immer schon fasziniert. Heute ist für mich die Ausübung des Berufs eine Berufung.

*Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf?*

**D. Winkler:** 1980 habe ich mit der Ausbildung begonnen und bis 1985 gearbeitet. Nach der Kinderpause bin ich 1994 im Herrenberger Krankenhaus als Teilzeitkraft wieder in meinen Beruf eingestiegen. Während der Kinderpause habe ich als Aushilfe gearbeitet.

**A. Fiedler:** Mein Examen habe ich 2009 gemacht. Seither bin ich in der Allgemeinchirurgie als Pflegefachkraft, ich arbeite auch als Praxisanleiter und Teamleiter und bin nun stellvertretender Pflegedienstleiter in Nagold.

*Frau Winkler, wie haben Sie als gestandene, langjährige Pflegekraft den Wechsel weg von der rein dem Arzt zuarbeitenden Pflegekraft hin zur spezialisierten Fachkraft erlebt?*

**D. Winkler:** Ich habe mich nie als eine „rein dem Arzt zuarbeitende Pflegekraft“ gefühlt. In der Krankenpflege gab es schon immer Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Grundpflege, die von den Pflegenden eigenverantwortlich durchgeführt werden. Überhaupt bedeutet die Versorgung von Kranken, eine hohe Verantwortung zu



*Andreas Fiedler ist seit über acht Jahren dabei*

übernehmen. Häufig sind wir die Ersten, die eine bedrohliche Situation erkennen. Wir arbeiten in Teams, die aus verschiedenen Berufsgruppen bestehen. Hierarchien sind abgeflacht. Ohne gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe, Gespräche über das rein Fachliche hinaus und gegenseitige Wertschätzung ist eine umfassende Versorgung der Schwerkranken nicht möglich.

**A. Fiedler:** Ich kenne es ja quasi nicht anders: Ich freue mich, in einem interdisziplinären Team zu arbeiten mit vielen Kollegen aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Wir haben alle ein gemeinsames Ziel: die Patienten

optimal zu versorgen. Ich erlebe eine Wertschätzung in der Zusammenarbeit mit allen Ärzten, die auf Vertrauen basiert. Als professionelle Pflegekraft wird man in die Behandlung und Therapie mit einbezogen, kann seine Meinung und Erfahrung mitbringen.

*Fiel Ihnen etwas besonders schwer? Gibt es etwas, das Wiedereinsteiger/innen bedenken oder wissen sollten?*

**D. Winkler:** Es war gut, dass ich eine fundierte Ausbildung habe und von Anfang an viel Verantwortung trug. Ich erarbeitete mir eine grundlegende

Sicherheit in meiner Arbeit. Und es war gut, dass ich sehr bald wieder als Aushilfe einstieg. So fiel es mir auch in einem fremden Haus nicht schwer, wieder regelmäßig zu arbeiten. Man gibt sich in Herrenberg sehr viel Mühe mit der Einarbeitung von Wiedereinsteigern bzw. -innen. Das ist super, denn die Arbeit hat sich in den letzten zehn bis 15 Jahren sehr verdichtet. Außerdem gibt es die Möglichkeit, sein Wissen in Fortbildungen aufzufrischen.

**A. Fiedler:** Anfangs sind es einfach sehr viele Informationen, die man aufnehmen muss. Da muss man durch. Und die Anforderungen an die Pflege steigen rasant. Es gibt häufig Neuerungen und aktualisierte Standards. Schicht- und Feiertage machen es auch nicht leicht. Aber es gibt hier viele Arbeitszeitmodelle.

*Sie beide wünschen sich mehr Kolleginnen und Kollegen. Was würden Sie einem Bewerber sagen wollen über das Krankenhaus Herrenberg – weshalb arbeiten Sie so gerne hier?*

**D. Winkler:** Es ist ein kleines Krankenhaus, eher familiär. Man kennt eine Großzahl der Mitarbeitenden. Die Räumlichkeiten und Strukturen sind

schnell zu durchschauen. Es wird sehr viel Wert auf gute Pflege gelegt und die Patienten werden in ihrer Persönlichkeit und nicht als ihr Krankheitsbild wahrgenommen. Für mich ist die Nähe zum Wohnort, aber auch das Arbeitsklima entscheidend, dass ich in Herrenberg arbeite.

**A. Fiedler:** Das finde ich auch. Pflegerisch herrscht hier ein hoher Anspruch an die Versorgung und Zufriedenheit der Patienten – trotz Kostendrucks und großer Belastung. Außerdem besteht hier im Klinikverbund ein reiches Angebot an beruflichen Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten.

*Worin liegt die Stärke des Krankenhauses Herrenberg?*

**D. Winkler:** Im Herrenberger Krankenhaus ist, trotz nur noch weniger Mitglieder der evangelischen Diakonieschwesternschaft, ihr Geist noch spürbar. Gute Pflege zählt hier sehr viel. Die Kommunikationswege sind ebenfalls kürzer. Und durch die kleineren Abteilungen kennt man die Patienten besser – das ist für alle gut, für den Patienten, aber auch für mich als Pflegekraft.

**A. Fiedler:** Wir haben gute Stationen und super Teams!

*Und was würden Sie gerne ändern?*

**D. Winkler:** Gerne hätte ich noch mehr Zeit für die Patientenversorgung und den fachlichen Austausch im Kollegium. Modernere Zimmer im gesamten Haus würden es den Patienten angenehmer machen und die Arbeit erleichtern. Das Haus ist 35 Jahre alt! Ein großer Wunsch wären verlässliche Arbeitszeiten, aber das geht nur mit mehr Personal, deshalb wird ja von Seiten des Arbeitgebers dringend nach Pflegekräften gesucht. Ich würde mir wünschen, dass die Kultur der Wertschätzung verbreiteter wäre. Nicht nur im direkten Umfeld, sondern auch in der Gesellschaft.

**A. Fiedler:** Genau: höhere Anerkennung unseres Berufs – sowohl gesellschaftlich wie auch finanziell. Eine andere Finanzierungsart der Krankenhäuser wäre deshalb gut. Daran müssen wir alle gemeinsam arbeiten, deshalb ist das Wir-Gefühl im Klinikverbund so wichtig.

**Vielen Dank für das Gespräch.**



Thomas Northcut/Thinkstock

# Gynäkologische Erkrankungen in den Wechseljahren

**Hormon-Tsunamis  
und ihre Folgen**

**Wenn der Hormonspiegel große Wellen schlägt, leiden die Frauen nicht nur unter einer unregelmäßigen Periode, unter Hitzewallungen und einer gewissen Reizbarkeit. In den Wechseljahren kann es zu ernsthaften gynäkologischen Erkrankungen kommen.**

Ob es wirklich die besten Jahre sind, sei einmal dahingestellt – auf jeden Fall aber sind es die Jahre, in denen „unheimlich viel passiert“, wie Dr. Ines Vogel, Chefärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Krankenhaus Herrenberg, sagt. Frauen müssen in der Zeit zwischen dem 45. und dem 55. Lebensjahr mit einer Fülle von Veränderungen klarkommen. Dabei sind es nicht allein hormonelle Schwankungen, die ihnen zu schaffen machen. „Gerade in der Zeit, in der die Hormone ihre Achterbahnfahrt starten, finden auch im Alltag entscheidende Veränderungen statt“, weiß Dr. Vogel aus langjähriger Erfahrung. Die Kinder werden flügge und verlassen das Haus, wodurch sich das Zusammenleben der Eltern verändert. Wurde die Frau erst spät Mutter, treffen zwei durcheinandergeratene

Hormonhaushalte aufeinander, nämlich Klimakterium und Pubertät. „Viele Frauen steigen wieder voll in den Beruf ein oder orientieren sich beruflich neu“, nennt Dr. Vogel eine weitere Veränderung. Wenn dann auch noch der eigene Körper „verrückt spielt“, können Frauen ihre Grenzen erreichen.

Wenn auch nicht alle. „Etwa ein Drittel aller Frauen kommt problemlos durch die Wechseljahre“, so die Gynäkologin, doch sie weiß auch: „Ein Drittel hat aber auch ganz erhebliche Einschränkungen in der Lebensqualität.“ Da sind Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit. Begleiterscheinungen, die nicht nur lästig sind, sondern die durchaus weitreichende Folgen haben können. Nicht selten leiden Frauen in den Wechseljahren

unter Depressionen. Doch nicht nur das Gehirn reagiert „hormonsensibel“, wie es Dr. Vogel nennt. Auch das vegetative System reagiert auf die Veränderungen des Körpers. Die Frauen bekommen Herzrasen oder Beklemmungen. Darüber hinaus verändern sich Haut und Schleimhäute, in der Gebärmutter ist die Folge: Polypen und Myome wachsen und auch wenn sie sich in aller Regel nicht zu bösartigen Wucherungen weiterentwickeln, so bereiten sie doch Probleme. Die Frauen haben Zwischen- oder gar Dauerblutungen, sie können deshalb unter akutem Eisenmangel leiden und somit unter ständiger Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Durch die Veränderung der Schleimhaut kommt es häufig zu Harnwegsinfekten, durch das schlaffer werdende Bindegewebe können sich nach und nach die Beckenorgane senken, die Frauen leiden dann möglicherweise unter einer Harninkontinenz.

„Der erste Schritt, um die Beschwerden zu lindern, ist immer eine Anpassung der Lebensgewohnheiten mit dem Ziel eines Hormonausgleichs“, sagt Dr. Vogel. Wobei die Gynäkologin betont: „Die eine, allgemein gültige Therapieform gibt es nicht.“ Bei leichten Beschwerden können pflanzliche Mittel wie Mönchspfeffer und Traubensilberkerze zum Einsatz kommen. Frauen, die kein erhöhtes Risiko für Thrombose oder Herzinfarkt haben, können einfach weiter die Pille nehmen. Wurde die Gebärmutter entfernt, reicht es aus, wenn die Frauen Östrogen in Form eines Gels oder eines Sprays verabreicht bekommen, beides wird über die Haut aufgenommen.

Es gibt Kombinationspräparate in Tabletten- oder Pflasterform und auch pflanzliche Präparate. Den aktuellen Trend „bio-identische Hormone“ kann Dr. Vogel nur bedingt gutheißen. „Die Präparate haben keine behördliche Zulassung und keinen Beipackzettel“, so die Gynäkologin. „Dadurch gibt es keine Kontrolle über die Menge der Inhaltsstoffe.“ Doch nicht allein deshalb spricht sich die Chefärztin für zugelassene, pharmazeutisch hergestellte Hormone aus. „Wie bei den ‚bio-identischen Hormonen‘ werden dabei Östrogen und Progesteron aus pflanzlichen Rohstoffen gewonnen.“ Hier wie dort bleiben die Nebenwirkungen und Risiken die gleichen, doch die bioidentischen Hormone sind um ein Vielfaches teurer.

Im Wissen um die Angst vieler Frauen vor einem erhöhten Herzinfarkt-, Brustkrebs-, Thrombose- und Schlaganfallrisiko infolge der Einnahme von Hormonen betont Dr. Vogel: „Es gibt Nebenwirkungen, doch wenn man um die Risiken weiß, diese beachtet und eine ganz individuelle Behandlung stattfindet, kann eine Hormontherapie auch sehr viel Gutes bewirken.“ Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, wird vermindert, auf Osteoporose und Diabetes wirken sich die Hormone positiv aus. Wenn Frauen dazu ihre Lebensgewohnheiten entsprechend ihrer Lebenssituation anpassen – wenn sie auf Nikotin verzichten, sich bewusst ernähren, wenig Alkohol trinken, regelmäßig Ausdauersport treiben und weiterhin regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen bei ihrem Frauenarzt gehen –, halten sie auch den Wellenstand, die die „Hormon-Tsunamis“ mit sich bringen.

*Sabine Haarer*

# IDENTIFIZIERT

In nur zehn Minuten umfassende und präzise Informationen über Laborergebnisse bei Patientenproben – im Klinikverbund Südwest ist das Realität: MALDI-TOF, eine hochmoderne Methode zur Identifizierung von Keimen, macht's möglich.

Jeder Therapie geht eine Diagnose voraus. Dafür werden auch Patientenproben, ob Blut, Abstrich oder Urin, entnommen und ins Labor geschickt, um die verantwortlichen Erreger, also Bakterien, Pilze und Parasiten, zu identifizieren und im Falle von Bakterien auch einen Resistenztest vorzunehmen. Diese mikrobiologische Nachweismethode für eine zuverlässige Keimidentifizierung dauert nach herkömmlichen Methoden in der Regel sechs bis zwölf Stunden. Für die Ärzte verlorene Zeit, um mit der Therapie zu beginnen, für die Patienten oft bange Stunden des Wartens auf die Diagnose. Dass im Klinikverbund hingegen seit Oktober 2016 Laborergebnisse innerhalb von zehn Minuten zur Verfügung stehen, dafür sorgt die im Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin in Sindelfingen angesiedelte MALDI-TOF, eine Abkürzung, die für die Matrix-assisted laser desorption Time-of-Flight-Massenspektrometrie steht.

Auf den einfachsten Nenner gebracht funktioniert das so: Die zu untersuchende

Reinkultur – eine stecknadelkopfgroße Menge genügt schon – wird mit einer Matrix-Lösung (organische Substanz) gemischt, auf einen Träger gebracht und dann unter Vakuum mit einem Laserstrahl beschossen. Dadurch wird die Probe verdampft und es bilden sich positiv geladene Ionen, die dann in einem elektrischen Feld beschleunigt werden. Ein Ionendetektor wandelt die ankommenden Ionen in ein elektrisches Signal um. Er misst die Flugzeit der einzelnen Ionen (TOF – Time of Flight).

So erhält man Daten, die sozusagen der Fingerabdruck des Bakteriums sind. Durch Abgleich mit großen Datensätzen, die von bekannten Bakterienkulturen bereits vorhanden sind, kann der Erreger mit großer Sicherheit ermittelt und in der Zukunft vielleicht auch auf seine Empfindlichkeit gegenüber Antibiotika untersucht, das heißt einem Resistenztest unterzogen werden.

„Unser Massenspektrometer ist in der Lage, etwa 1.000 verschiedene Bakterien zu identifizieren“, sagt Dr. Thilo

Rünz, Leiter des Instituts für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin. „MALDI weist sogar Erreger nach, die wir bisher noch nicht kannten. Und MALDI lernt ständig dazu.“ Geringe Materialkosten der Untersuchung (weder Farbstoffe noch Antikörper oder radioaktive Elemente werden benötigt), eine einfache Bedienung und die ständig wachsende Datenbank – auch das gehört für den Institutsleiter zu den Vorteilen von MALDI-TOF. Am meisten aber zählt für ihn die kurze Analysezeit des Systems. Aber sie hat ihren Preis, die Anschaffung des Massenspektrometers war relativ teuer. Doch Dr. Rünz gibt zu bedenken: „Wenn wir besonders bei Infektionen ein sehr schnelles Ergebnis haben, spielt das für die Therapie und damit für den Patienten eine entscheidende Rolle. Wenn wir den Ärzten, vor allem aber den Patienten langes Warten auf Laborergebnisse ersparen wollen, dann ist MALDI-TOF eine Investition, die sich auf jeden Fall lohnt.“

*Eva-Maria Waas*



*Bipolaris,  
ein Pilz*

# Heilen mit Hanf?

**Der Joint auf dem Krankenhaus-Flur – den wird es auch in Zukunft nicht geben. Medizinisch sorgfältig überwacht, soll der Zugang zu Cannabistherapien durch eine jüngst verabschiedete Gesetzesnovelle nun jedoch erleichtert werden. Von einem Cannabis-basierten Therapieansatz könnten verschiedene Patientengruppen profitieren. Neuerdings ist speziell für Krebspatienten ein Produkt zur Linderung von Übelkeit und Erbrechen im Rahmen einer Chemotherapie verfügbar.**

Hoch waren bislang die Hürden, um Krebspatienten mit medizinischem Cannabis zu versorgen. Dank einer Gesetzesnovelle fällt die Ausnahmeerlaubnis, die Patienten und Ärzte einst bei der Bundesopiumstelle zu beantragen hatten, nun weg. Cannabisprodukte gibt es seit März dieses Jahres auf Rezept. Dazu gehören nicht nur Cannabisblüten, sondern auch Fertigarzneimittel und Zubereitungen mit Wirkstoffen aus Cannabisextrakten. Auch die Zentralapotheke im Klinikverbund versorgt Patienten in besonderen Fällen mit diesen speziellen Arzneimitteln.

Häufig, so erklärt Chefapotheker Heiner Stepper, scheiterte die Hanftherapie jedoch noch an den Krankenkassen: „Im Grundsatz sind die Kassen durch das Gesetz zwar verpflichtet, bei einer ärztlichen Verordnung die Kosten zu übernehmen, im Einzelfall haben sie aber die Möglichkeit, der Erstattung zu widersprechen – und das geschieht wohl recht häufig.“

Verschrieben werden dürfen die Präparate ohnehin nur dann, wenn alle sonstigen Behandlungswege ausgeschöpft sind. Da Cannabis bei längerer Einnahme

Suchtpotenzial entfalten kann, ist zudem eine ärztliche Begleitung unerlässlich. Der Apotheker Dr. Hanh Bui erklärt: „Es wurde berichtet, dass Cannabis, unter medizinischer Aufsicht eingenommen, nicht zur Abhängigkeit führt. Es können lediglich geringfügige Entzugssymptome wie Schlafstörungen oder Angst auftreten.“ Gemeinsam tariieren Arzt und Patient so eine individuelle Dosierung aus, die die Wirksamkeit gewährleistet, aber nicht süchtig macht. Die Liste der unerwünschten Wirkungen von Medizinalhanf reicht von Mundtrockenheit über Schwindel bis hin zu Psychosen. Nicht eingenommen werden sollten Cannabisprodukte von Patienten mit einer psychotischen Erkrankung, in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie von Kindern und Jugendlichen. Apotheker Dr. Andreas von Ameln-Mayrhofer warnt ausdrücklich vor



dem Einsatz bei diesen jungen Patienten, da die Gefahr der Ausbildung von schweren kognitiven Defiziten, psychosozialer Probleme sowie das Risiko für die Entwicklung akuter und zum Teil lebenslanger Psychosen oder Abhängigkeit bei dieser Bevölkerungsgruppe besonders groß ist.

Als Medikament zur Behandlung der Begleitscheinungen einer Chemotherapie dient derzeit im Klinikverbund lediglich der Rohstoff Dronabinol, aus dem Dr. Bui Tropfen herstellt. Gesetzlich ist es Ärzten nun auch erlaubt, Cannabisblüten – das klassische Marihuana – zu



Cannabisblüten - rgbspace fotolia

verschreiben. Die Wirkstoffe schwanken jedoch von Pflanze zu Pflanze stark, sodass die Dosierung ein Problem darstellt. „Es gibt 14 verschiedene Sorten von Cannabisblüten mit unterschiedlichen Gehalten an THC und Cannabidiol. Der Arzt muss genau aufschreiben, welche Sorte er haben möchte, und wenn eine nicht lieferbar ist, kann man nicht einfach eine andere geben“, erläutert Dr. Bui. Da der Wirkstoffgehalt in einer Dronabinol-Zubereitung genau eingestellt werden könne, greife man lieber auf diese Substanz zurück. Cannabisblüten – sie können inhaliert oder als Tee getrunken werden – seien in der Zentralapotheke bislang noch nicht angefragt worden.

Bezogen wird der Medizinalhanf derzeit aus Holland oder Kanada. „Die staatliche Cannabisagentur, die künftig auch für die Überwachung des Anbaus zuständig sein wird, ist im Moment noch in der Aufbauphase“, erklärt Heiner Stepper. Der erste Liefertermin sei für das Jahr 2019 angekündigt. Im Klinikverbund,

da ist sich der Chefapotheker indes sicher, wird die Verschreibung von medizinischen Cannabisprodukten infolge der Gesetzesnovelle nicht dramatisch ansteigen: „Im ersten Halbjahr 2017 haben wir es nur fünfmal abgegeben.“ Dr. Bui verweist in diesem Zusammenhang auch auf die dünne Studienlage: „Es gibt viele, durchaus glaubwürdige Fallberichte, etwa zur



Wirkung von Cannabis beim Tourette-Syndrom, fundierte Studien existieren aber noch nicht. Und wir im Krankenhaus arbeiten evidenzbasiert.“ Auch aus diesem Grund agiere man noch vorsichtig.

*Nadine Dürr*



## Gerinnungshemmende Medikamente und OPs EIN KOMPLEXER BALANCEAKT

**Vor einer Operation müssen blutverdünnende Mittel in aller Regel abgesetzt werden. Dafür gibt es verschiedene Methoden.**

Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen steigt auch der Anteil der Patienten, die dauerhaft blutgerinnungshemmende Medikamente einnehmen. Sogenannte direkte orale Antikoagulantien (DOAKs) oder indirekt auf die Blutgerinnung wirkende Vitamin-K-Antagonisten (VKA, zum Beispiel Marcumar) sollen die Bildung von Blutgerinnseln verhindern und werden vor allem bei Indikationen wie Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern, mechanischem Herzklappenersatz, nach einem Herzinfarkt oder vorbeugend nach einer venösen Thrombembolie eingesetzt. Steht bei Patienten, die regelmäßig DOAKs einnehmen, eine Operation an, ist eine komplexe Risikoabwägung angesagt.

„Wir müssen einerseits Thrombembolien verhindern, andererseits dürfen die Patienten auch keine Blutungen bekommen. Wie man jeweils vorgeht, ist stets eine individuell auf den Patienten abgestimmte, interdisziplinär getroffene Entscheidung. Ein generelles Raster gibt es dafür nicht“, erklärt Dr. Andreas Ostermeier, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin an den Kliniken Böblingen. „Bei kleineren Eingriffen wird man die Einnahme der Antikoagulantien fortsetzen und gegebenenfalls ein leichtes Blutungsrisiko in Kauf nehmen, bei größeren OPs wird man sie eher absetzen. In Notfallsituationen müssen wir natürlich gleich handeln und die Gerinnungshemmung aufheben, damit der Patient schnell operiert werden kann.“

Bei geplanten Eingriffen gibt es vor allem zwei Methoden. Beim sogenannten Bridging werden die Antikoagulantien einige Tage vor dem Eingriff abgesetzt und zur Überbrückung mit – besser steuerbarem – niedermolekularem Heparin ersetzt, bevor nach ein paar Tagen wieder das gewohnte Medikament zum Einsatz kommt. Alternativ dazu wird beim sogenannten Switching das Medikament während der gesamten perioperativen Phase gewechselt. Das Angebot an blutgerinnungshemmenden Substanzen wächst stetig. Kam früher vor allem der indirekt wirkende Gerinnungshemmer Marcumar zum Einsatz, so gibt es inzwischen eine Auswahl an hochwirksamen DOAKs, die bei verschiedenen Indikationen angewendet werden können. Standardisierte Tabellen – sogenannte Scores (vor allem CHA2DS2-VASC und HAS-BLED-Score) – helfen bei der Entscheidung zum Gerinnungsmanagement vor, während und nach der OP. „Wenn wir alle nötigen Informationen von den Patienten haben, können wir auch komplexe Fälle sicher versorgen“, betont Dr. Ostermeier.

Sehr schwierig gestalten sich rückenmarksnahe Anästhesieverfahren wie Spinal- und Periduralanästhesie, die bei Patienten, die DOAKs einnehmen, oft nicht machbar sind. „Diese sind

nur nach einem Intervall und unter Beachtung entsprechender Begleitmedikation der Leber- und Nierenfunktion sowie der Laborparameter möglich. Unter laufender Antikoagulation sind diese Verfahren kontraindiziert. Wenn wir aber alle Informationen haben und die Intervalle strikt eingehalten werden, können wir auch die Patienten mit rückenmarksnahen Verfahren perioperativ sicher versorgen“, erklärt Dr. Ostermeier.

Ein Blutverdünnungsmittel, das meist nicht abgesetzt wird, ist ASS, zum Beispiel Aspirin. Es wird bis zu einer Dosis von 100 Milligramm pro Tag weitergegeben, um die Patienten bei Schlaganfall oder koronarer Herzerkrankung zu schützen. Ausnahmen stellen hier hauptsächlich neurochirurgische Eingriffe dar, bei denen selbst kleine Blutungen große Auswirkungen haben können.

Zusammenfassend betont Dr. Ostermeier, dass „bei individuellem und interdisziplinärem Vorgehen unter Beachtung der wissenschaftlichen Empfehlungen auch diese Patienten sicher durch die perioperative Phase geführt werden können“.

*Jutta Krause*

Endlich gesund und erholt schlafen!

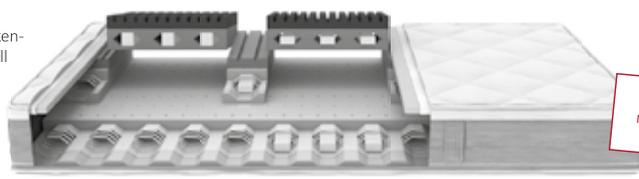
Das Nachtlager



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

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

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



Von Physiotherapeuten und Orthopäden empfohlen  
★★★★★

BERATUNG  
nur nach Terminvereinbarung

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



# Richtiges Medikament? Richtige Dosierung? Richtiger Patient?

**Fehler bei der Medikamentengabe können schlimme Folgen haben. Sorgfalt ist daher auf Station oberstes Gebot. Im Klinikverbund Südwest arbeitet man außerdem systematisch daran, potenzielle Fehlerquellen aufzudecken und auszuschalten. Das Meldesystem CIRS hilft dabei.**

Das Wichtigste zuerst: „Die Medikamentenausgabe auf Station erfolgt nur durch qualifizierte Fachkräfte“, sagt Thomas Hrubesch, Gesamtpflegedienstleiter im Klinikum Sindelfingen-Böblingen. Nicht nur der Arzt, der die Therapie anordnet, auch die Pflegekräfte, die seine Anweisung ausführen, wissen über Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung genau Bescheid. Und im Zweifel steht die Krankenhausapotheke beratend zur Seite.

Entscheidend ist, dass jeder, der auf Station mit der Medikamentengabe zu tun hat,

sämtliche wichtigen Informationen hat. Deswegen wird alles dokumentiert: Anordnung, Art der Einnahme, Dosierung, Uhrzeit der erfolgten Einnahme usw. In zertifizierten Kliniken wird die ordnungsgemäße Dokumentation durch interne und externe Audits jährlich überprüft.

Doch was, wenn beim Konfektionieren der Medikamente unter Stress oder Zeitdruck etwas schiefgeht? Angenommen, eine falsche Pille landet im Becher, was dann? „Bei uns herrscht das Vier-Augen-Prinzip“, sagt Pflegedienstleiter Hrubesch. „Eine Pflegekraft richtet die Arzneimittel. Bei der Ausgabe kontrolliert eine weitere Fachkraft, ob Medikament und Dosierung mit der Verordnung übereinstimmen. Erst dann bekommt der Patient sein Arzneimittel.“

Kontrollmechanismen sind gut. Noch besser ist, wenn Fehler gar nicht passieren. Daher heißt es im Krankenhaus: „Fehlerursachen minimieren“. So richten beispielsweise die Pflegekräfte die Medikamente in der Tagesschicht, da man in der Nacht über eine niedrigere Konzentrationsfähigkeit verfügt. Und um auf Verwechslungsgefahren hinzuweisen, werden Informationen zu ähnlich klingenden Medikamentennamen oder ähnlich wirkenden Verpackungen kommuniziert.

„Damit wir möglichst viele potenzielle Fehlerquellen finden und beseitigen können,

ermutigen wir Mitarbeiter, kritische Ereignisse und ‚Beinahe-Fehler‘ zu melden“, so Jürgen Schruppf, der im Klinikverbund den Bereich Risikocontrolling federführend betreut.

Seit März 2012 existiert ein anonymes Berichtssystem, das sogenannte Critical Incident Reporting System (CIRS). Beobachtet ein Mitarbeiter einen kritischen Vorgang, meldet er diesen elektronisch an CIRS. Obwohl die Meldung anonymisiert wird, kann der Melder den Fall anhand einer Nummer nachverfolgen. Jeder Fall wird analysiert, jeder Melder bekommt ein Feedback. Liegt ein strukturelles Problem vor, werden Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. Aus einem einzigen Vorfall werden so systematisch Lerneffekte für den ganzen Klinikverbund erzielt.

Und das, bevor erst etwas passieren muss, wie dieses Beispiel zeigt: Ein Patient mit Demenz begreift nicht, dass man den Blister – die Sichtverpackung eines Medikaments – nicht schlucken darf. Mitarbeiter reichen diesbezüglich eine CIRS-Meldung ein und in der Folge bekommen alle Patienten ihre Tabletten nur noch ohne Blister ausgehändigt.

Je mehr Mitarbeiter CIRS nutzen, desto mehr solcher Lerneffekte entstehen. „CIRS lebt von einer offenen Fehlerkultur“, betont Jürgen Schruppf. „Vertrauen in das System ist wichtig. Bei uns

wird CIRS rege genutzt, weil keiner Angst vor negativen Folgen haben muss, im Gegenteil: Die Feedbackschleife zeigt, dass eine Meldung Verbesserungen bewirkt.“

Nicht nur Menschen, auch Computer helfen, Fehler zu vermeiden. Thomas Hrubesch und Jürgen Schruppf gewähren einen Ausblick: Im Klinikverbund soll die Arzneimittelverordnung bald computergestützt erfolgen. Das schließt Schreib- und Lesefehler aus. Außerdem warnt die Verordnungssoftware auch vor falschen Kombinationen oder Dosierungen. Sie ist damit ein weiterer Mosaikstein, der dazu beiträgt, die Medikamentengabe sicher zu machen.

Lena Jauernig





# Arbeitsunfall!

Die Therapie bei Arbeitsunfällen ist sehr durchdacht organisiert.

Wer einen schwereren Arbeitsunfall erleidet, trifft womöglich auf rätselhafte Abkürzungen wie DAV, VAV oder SAV. Sie bezeichnen die abgestuften Therapieabläufe der Berufsgenossenschaften, die Verletzungen nach drei Schweregraden unterteilen. „Die Versicherungen wollen die bestmögliche Behandlung gewährleisten“, erklärt Prof. Axel Prokop, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie in Sindelfingen. „Patienten sollen diejenigen Mediziner und Krankenhäuser mit der höchstmöglichen Kompetenz für ihren Fall aufsuchen. Das ist etwas teurer, aber die Berufsgenossenschaften haben festgestellt, dass die Arbeitnehmer auf diese Weise schneller an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können“, sagt Prof. Prokop.

Für Verletzungen der ersten Stufe, etwa für einen einfachen Bruch, ist der sogenannte Durchgangsarzt – kurz „D-Arzt“ – zuständig. Dieser

ist Facharzt für Unfallchirurgie oder Orthopäde und Unfallchirurg mit einer zweijährigen Zusatzausbildung in Spezieller Unfallchirurgie. In Sindelfingen stehen drei D-Ärzte zur Verfügung, und das Klinik-Team behandelt pro Jahr etwa 3.000 Verletzungen nach dem Durchgangsarztverfahren (DAV). Ist der Unfall schwerer – etwa bei komplexen Wirbel- und Hüftgelenkbrüchen –, läuft die Therapie nach dem Verletzungsartenverfahren (VAV) ab. Dies ist die zweite Stufe der Behandlungsverfahren der Unfallversicherungen, die nur in Kliniken mit bestimmten Voraussetzungen stattfinden darf. In Sindelfingen wie auch Herrenberg sind die Voraussetzungen hierfür gegeben.

Rund 600 Kliniken sind bisher am Verletzungsartenverfahren beteiligt. Diese müssen zum Beispiel eine durchgehende Notaufnahme

anbieten, bestimmte Fachärzte wie Radiologen, Internisten und Anästhesisten vorhalten und eine Mindestzahl an Patienten pro Jahr behandeln. Die Zulassung zu erlangen ist nicht einfach, denn aufgrund besserer Behandlungsergebnisse in Großkliniken wollen die Berufsgenossenschaften die Häuser auf 200 reduzieren – Sindelfingen hat die Zulassung für die nächsten Jahre kürzlich erhalten.

Bei einer Klinik, die am Verletzungsartenverfahren teilnimmt, handelt es sich in der Regel um ein regionales Traumazentrum. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) unterteilt die Traumazentren auch in drei Stufen. Die erste bilden lokale Traumazentren mit Basisversorgung wie Leonberg, Herrenberg, Calw und Nagold. Regionale Traumazentren wie



Sindelfingen gehören zur zweiten Stufe und versorgen schwerere Fälle. „Sie sind gebietsweise in zertifizierten Traumanetzwerken zusammengeschlossen“, erklärt Prokop. In diesen besprechen sie Fälle, arbeiten nach definierten Leitlinien und kooperieren auch mit den Unikliniken, der dritten Versorgungsstufe.

Die Uni- und auch die BG-Kliniken übernehmen die gravierendsten Fälle und dürfen nach dem Schwerstverletztenverfahren (SAV) der Berufsgenossenschaften behandeln. Dies ist die dritte

Verfahrensstufe, die zum Beispiel bei Schädel-Hirn-Traumata mit Blutung zum Einsatz kommt.

Um die Einstufungen und Verlegung in die passenden Kliniken braucht sich der Patient aber nicht zu sorgen, dies übernehmen die Mediziner und Berufsgenossenschaften. Wichtig ist nur, dass er den Arzt darauf hinweist, dass es sich um einen Arbeitsunfall oder einen Unfall auf dem Hin- oder Rückweg zur Arbeit handelt.

*Anne Abelein*

# Mit kulturellem Weitblick zu einem besseren Wohlbefinden

**Der Umgang mit einer Krankheit, mit Schmerzen oder gar dem Tod hängt ganz unmittelbar von der kulturellen Zugehörigkeit eines Patienten ab. Das zu wissen und darauf reagieren zu können, ist wichtig für die Pflegekräfte im Klinikverbund.**

„Kulturspezifische Pflege“ ist deshalb ein fest verankerter Baustein in der Fort- und Weiterbildung des Klinikverbundes; seit vielen Jahren schon hat das entsprechende Modul einen

unverrückbaren Platz im Stundenplan während der Ausbildung. Nun wurde der Stundenumfang noch einmal kräftig nach oben geschraubt. „Wir haben einfach gemerkt, dass es wichtig ist, diesen Punkt weiter zu vertiefen“, sagt Marina Schnabel, die Leiterin der Akademie und der Schule für Gesundheitsberufe im Klinikverbund Südwest. Anhand von Referaten werden verschiedene Kulturen vorgestellt, wichtiger noch aber ist der praktische Ansatz: Beim Besuch einer Moschee oder auch beim gemeinsamen Kochen



internationaler Spezialitäten lernen die Schüler wesentliche Aspekte anderer Kulturen kennen. Die beiden zuständigen Lehrkräfte können dabei auf ihre eigenen Erfahrungen zurückgreifen, denn sie haben über längere Zeit in verschiedenen Ländern gelebt und gearbeitet, und auch Pflegeschüler mit Migrationshintergrund sind wichtige Wissensvermittler.

Der Krankenhausalltag spiegelt die bunte Gesellschaft wider; hier wie dort haben fast 20 Prozent der Menschen einen Migrationshintergrund. Wer glaubt, dass man diesen Aspekt ausblenden könnte, der irrt. „Pflege findet ja nicht im luftleeren Raum statt“, bringt es Marina Schnabel auf einen einfachen Nenner. Werden kulturspezifische Besonderheiten einfach ignoriert, tendiert der Wohlfühlfaktor gegen null. Was sich ganz unmittelbar auf den täglichen Umgang zwischen Patienten und Pflegekräften auswirkt, aber auch das Miteinander innerhalb des Pflegeteams ganz

entscheidend beeinflussen kann. Denn auch hier gilt es, unterschiedliche Kulturen zu vereinen und nach Möglichkeit auf die kulturellen Unterschiede Rücksicht zu nehmen.

Im Arbeitsalltag der Pflegekräfte gibt es viele Situationen, in denen der kulturelle Hintergrund des Patienten eine wichtige Rolle spielt. „In manchen Kulturen trägt man sein Leiden nach außen, beklagt Schmerzen oder auch den Tod eines Angehörigen lautstark, anderswo leidet man hingegen still vor sich hin, verleugnet sogar

Schmerzen.“ Beide Situationen müssen richtig eingeordnet, das Verhalten der Mitarbeiter entsprechend darauf abgestimmt werden. Dass sich eine muslimische Patientin nicht von einem männlichen Pfleger umbetten lassen möchte oder dass in Italien die Angehörigen die Grundpflege ihres Angehörigen auch während des Krankenhausaufenthalts übernehmen – das sind kulturspezifische Unterschiede, die man handhaben kann. „Zumindest dann, wenn man sie kennt und weiß, wie damit umzugehen ist“, sagt Marina Schnabel und sie zitiert einen zentralen Lehrsatz von Madeleine Leininger: „Pflegen variiert von Kultur zu Kultur“.

Das Gleiche gilt für den Umgang mit Krankheit und mit dem Tod, aber auch für den Stellenwert von (pflegender) Arbeit oder für die Einstellung zu operativen Eingriffen und die Einnahme von Medikamenten. Neben fachlichem Wissen und Können ist deshalb der kulturelle Weitblick unerlässlich für die Pflegekräfte im Klinikverbund.

Sabine Haarer



## Kompetent, freundlich und attraktiv im Preis!

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



Wir sind Ihr Ansprechpartner!

## autohaus BRAUN



SKODA  
AUTO

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

[www.autohausbraun.de](http://www.autohausbraun.de)

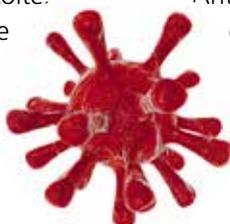


# „Hilfe, ich bin MRSA-positiv – und jetzt?“

**Die Hinweisschilder mit der Aufschrift „Isolierung“ – sie gehören längst zum Krankenhausalltag. Dennoch stellt ein positiver MRSA-Befund sowohl die Pflegekräfte wie auch die Patienten vor große Herausforderungen.**

Wer in einer Pflegeeinrichtung lebt, in der Landwirtschaft oder im Gesundheitswesen tätig ist oder schon einmal einen positiven Keim-Befund hatte, fällt ins Raster. Kommt er in die Notaufnahme, wird ein Screening durchgeführt. Steht ein elektiver, also ein geplanter Eingriff an, wird der Patient von seinem Hausarzt oder einer Ambulanz auf MRSA (Multi Resistente Staphylococcus Aureus) oder andere multiresistente Bakterien getestet. Und ist der Schnelltest dann positiv, eine Kolonisation (Trägerschaft) also nachgewiesen, wird es auf Station „erst einmal ziemlich hektisch“, sagt Elke Stolte, die Leitende Hygienefachkraft für die Krankenhäuser in Böblingen, Herrenberg, Leonberg und Sindelfingen. Der

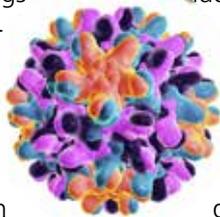
betroffene Patient wird isoliert und sieht von da an Pflegekräfte, Ärzte und Angehörige nur noch „verkleidet“. Kittel, Haube, Mundschutz sind beim Betreten des Zimmers obligatorisch und werden beim Verlassen abgelegt und entsorgt. Eine gründliche hygienische Händedesinfektion ist Pflicht. Nach Möglichkeit sollte der Patient keinen Kontakt zu anderen Patienten haben. „Natürlich können wir niemanden festbinden“, sagt Elke Stolte. Doch wer auf den Cafeteria-Besuch verzichtet und beim Gang in die Raucherecke Umwege vermeidet, der hilft mit, die Übertragungsgefahr zu minimieren. Denn während die Bakterien gesunden Menschen nichts anhaben, können sie bei kranken oder geschwächten Menschen Erkrankungen verursachen. Die multiresistenten Bakterien – der Name sagt es schon – können nur schwer behandelt werden, da sie gegenüber vielen Antibiotika resistent sind. Noch während die eigentliche Erkrankung des MRSA-positiven Patienten stationär behandelt wird, beginnt man mit der



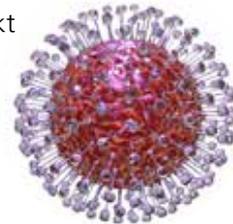
Sanierung, wie es fachlich korrekt heißt. Die Entlassung wird durch den positiven Befund jedoch nicht aufgeschoben, denn: „MRSA ist kein Grund für einen verlängerten Krankenhausaufenthalt“, sagen Elke Stolte und Thomas Hrubesch, der Gesamtpflegedienstleiter im Klinikum Sindelfingen-Böblingen, unisono.

Beide wissen, wie anstrengend eine MRSA-Sanierung zu Hause gerade für ältere Menschen sein kann. „Bettwäsche, Handtücher und Unterwäsche müssen täglich gewechselt und gewaschen werden. Flächen, die häufig berührt werden, müssen ebenfalls täglich mit Desinfektionsmittel gewischt werden“, zählt die Hygienefachkraft zwei ganz zentrale Punkte auf und sie sagt: „Das geht an die körperliche Substanz.“ Darüber hinaus gibt es viel anderes zu beachten: Zahnbürsten müssen ausgetauscht, geöffnete Cremes oder Schminke ausnahmslos entsorgt werden.

Während der fünftägigen Sanierungszeit wird mit desinfizierenden Produkten gegen die Bakterien vorgegangen, Haare und Körper müssen jeden Tag gründlich damit gewaschen werden. Nach dem Ende der Sanierung werden alle Maßnahmen für drei Tage ausgesetzt, es darf keine antibiotische Behandlung erfolgen. Sind dann an drei aufeinanderfolgenden Tagen die Abstriche negativ, gilt die Behandlung zunächst als erfolgreich. Wünschenswert ist, wenn im ersten Folgejahr sicherheitshalber zwei Kontrollen durchgeführt werden.



Thomas Hrubesch und Elke Stolte wissen um die Angst vieler Patienten, durch die Gabe von Antibiotika während eines stationären Aufenthaltes eine Resistenz zu entwickeln. Doch beide betonen: „Im Krankenhaus bekommen sie wirklich nur so viel verabreicht, wie nötig ist.“ Elke Stolte schiebt hinterher: „80 Prozent aller Antibiotika nehmen die Menschen außerhalb des Krankenhauses zu sich.“ Sei es bewusst, durch verschiedene Medikamente oder auch unbewusst über Nahrungsmittel. Bezogen auf den erstgenannten Punkt wird versucht, die niedergelassenen Ärzte durch Vorträge und eine enge Zusammenarbeit für das Thema zu sensibilisieren.



Ganz allgemein wurden in den letzten Jahren im Klinikverbund zahlreiche Maßnahmen und Aktionen gestartet, die die Verbreitung der Keime innerhalb der Krankenhäuser eindämmen soll. Man stellte verstärkt Hygienefachkräfte ein, die auch für betroffene Patienten und Angehörige Ansprechpartner sind. Fortbildungen zum Thema sind in regelmäßigen Abständen für alle Berufsgruppen Pflicht, multiresistente Keime sind schon in der Pflegeausbildung ein großes Thema und durch die Aktion „Saubere Hände“ werden Pflegekräfte und Besucher gleichermaßen in der hygienischen Händedesinfektion geschult.

Sabine Haarer

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

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










kateryna\_kon\_fotolia



Evangelische Diakonieschwesterenschaft Herrenberg-Korntal e.V.



Evangelische  
Diakonieschwesterenschaft  
Herrenberg-Korntal

## Schwesterenschaft gründet eigenen ambulanten Pflegedienst

Die Evangelische Diakonieschwesterenschaft Herrenberg-Korntal eröffnet zum

1. Oktober 2017 ihren neuen ambulanten Pflegedienst „Diakonieschwesterenschaft mobil“ und erweitert damit den Umfang ihrer Angebote im Bereich Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft in Herrenberg und Umgebung. Betreiber wird die EDH-Seniorendienste gGmbH sein, eine 100-prozentige Tochter der Diakonieschwesterenschaft, die außerdem auch die Pflegeeinrichtungen in Kuppingen, Gechingen, Calw-Stammheim und

Hildrizhausen sowie die sich in Planung befindende Einrichtung in Gültstein betreibt. Die Büroräumlichkeiten des Pflegedienstes befinden sich im Wiedenhöfer-Stift.

Mit der Gründung des eigenen Pflegedienstes lebt ein wesentlicher Teil der Geschichte der Schwesterenschaft neu auf, wurde diese doch gerade deshalb gegründet, um die Bevölkerung auf dem Lande medizinisch-pflegerisch zu versorgen. Die

jahrzehntelange Erfahrung in der ambulanten Krankenpflege, die seither immer in Form der Gestellung betrieben wurde, ist eine ideale Voraussetzung für den nun eigenen Dienst.

Ein multiprofessionelles Team mit Pflegedienstleitung, Pflegefachkräften, ergänzenden Hilfen, Betreuungskräften und hauswirtschaftlich Mitarbeitenden betreut die Kunden zu Hause mit dem Ziel, so lange wie möglich im eigenen Haushalt leben zu können. Der Dienst arbeitet nach dem Bezugspflegesystem, so gewährleisten wir eine hohe Kontinuität der Pflegekräfte als Basis für eine vertrauensvolle Beziehung.

Ziel ist es, Menschen ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend zu unterstützen, sodass ihnen eine ihren Lebensbedingungen entsprechende Integration in das gesellschaftliche Umfeld erhalten bleibt bzw. neu ermöglicht wird. Die Wahrung der Selbstständigkeit und Würde jedes Einzelnen ist der Grundsatz des Handelns. Erreicht wird dieses Ziel durch eine aktive Einbindung der vorhandenen Ressourcen und die Beteiligung jedes Einzelnen bei seiner individuellen Betreuung. Es wird dort gepflegt, wo sich Menschen am wohlsten fühlen – bei sich zu Hause.

Die Diakonieschwesternschaft mobil bietet ein umfangreiches Leistungsspektrum im

Bereich Alten- und Krankenpflege (sowohl nach den Regelungen der Kranken- als auch der Pflegeversicherung) und außerdem auch Hausnotruf, Familienpflege, mobile soziale Hilfsdienste, Beratung zur pflege- und behindertengerechten Wohnraumgestaltung, Anleitung pflegender Angehöriger, psychosoziale Betreuung, Überleitungspflege bis hin zur individuellen Beratung.

Der ambulante Pflegedienst Diakonieschwesternschaft mobil der Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal ist kompetenter

Ansprechpartner für alle Belange pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen.

**Bei konkreten Anfragen wenden Sie sich bitte an**

Sibylle Lutz  
 Diakonieschwesternschaft mobil  
 Telefon 07032 206-3000  
 Georg-Friedrich-Händel-Str. 2  
 71083 Herrenberg

**Wir beraten Sie gerne und erstellen Ihnen eine individuelle Kostenübersicht.**

*Kathrin Ehret  
 Kfm. Vorstand*



Seit mehr als 100 Jahren  
 gemeinsam im  
 Dienst am Menschen



**Evangelische  
 Diakonieschwesternschaft  
 Herrenberg-Korntal**

**Altenpflege**

im Raum Herrenberg, Calw und Korntal

**Ambulanter Pflegedienst**

im Raum Herrenberg und Umgebung

**Krankenpflege und Familienpflege**

Krankenhaus Herrenberg, Siloah St. Trudpert Klinikum Pforzheim, Diakonie- und Sozialstationen

**Ausbildung**

Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Familienpflege, Hotelfachkräfte, Hauswirtschaft und Bürokaufleute, Bufdi und FSJ

**Tagungen und Seminare**

Tagungshotel am Schlossberg

**Begegnung und Einkehr**

Gottesdienste und Andachten in der Mutterhauskirche

Evang. Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal e.V.  
 Hildrizhauser Str. 29, 71083 Herrenberg, Tel. 07032 206-0

[www.evdiak.de](http://www.evdiak.de)



# Mit Unterdruck die Heilung fördern

**Wenn Wunden sehr schlecht heilen, ist die Unterdruckwundtherapie häufig das Mittel der Wahl. In Nagold kann sie in vielen Fällen auch ambulant durchgeführt werden.**

Menschen mit Diabetes werden oft auch von Wunden geplagt, die einfach nicht abheilen wollen. Häufig sind diese sogar der Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Doch das muss nicht immer sein, denn es gibt effiziente Methoden, die ambulant angewandt werden können,

was den Betroffenen ermöglicht, mehr Zeit zu Hause zu verbringen.

Bei Wunden, die sich nicht schließen, die Höhlen oder Tunnel ausbilden, zu starker Sekretbildung neigen oder nur sehr zögerlich neues, gesundes Gewebe bilden, hat sich in vielen Fällen die Unterdruckwundtherapie bewährt. Bei dieser Therapieform wird mittels einer Pumpe dauerhaft ein leichter Unterdruck in der Wunde erzeugt, der die Wundreinigung unterstützt und die Granulationsbildung, also die Ausbildung

von neuem Gewebe, anregt. Auf den Wundgrund oder in die Wundhöhle wird dabei ein schwammartiges, saugfähiges Material aufgebracht, das je nach Bedarf eine grobe oder feinere Struktur aufweist. Die grobporigen Auflagen dienen der mechanischen Stimulation und fangen größere sich ablösende Partikel auf. Anschließend wird die Wunde mit einer Folie luftdicht versiegelt. Das schützt vor Infektionen von außen und schafft ein feuchtes Wundmilieu, das den Heilungsprozess unterstützt. Über das Pumpensystem können zudem auch



Spülungen mit antiseptischer Lösung problemlos durchgeführt werden.

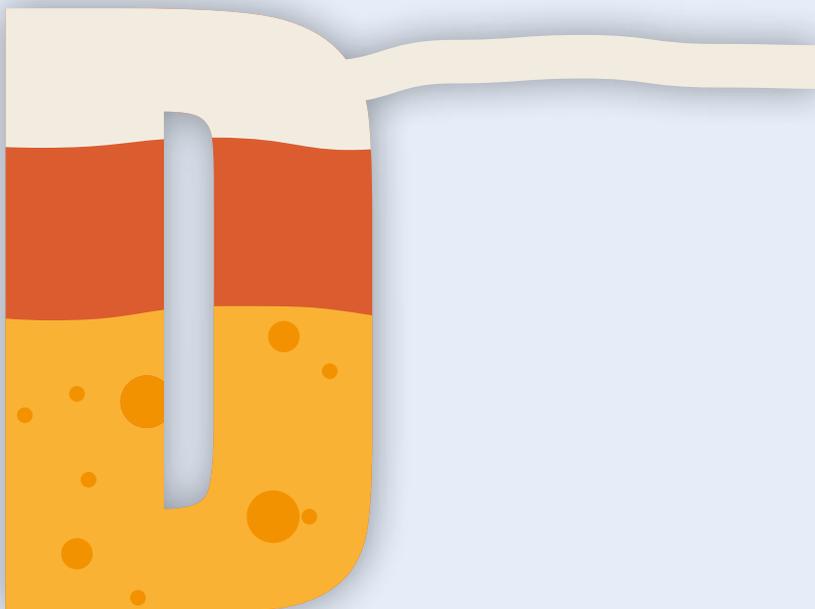
„Der Dauersog, den die Pumpe erzeugt, sorgt dafür, dass die Wunde permanent gesäubert wird. Gleichzeitig fördern die Wundaufgaben die Granulation, regen also die Bildung von gesundem Gewebe an“, erklärt Dr. Armin Seeger, Oberarzt der Nagolder Chirurgie und Bereichsleiter der Gefäßchirurgie. „Je grobporiger das Material, desto mehr regt es die Granulationsbildung an und unterstützt den Abtransport von Wundsekret und Partikeln.“ Sowohl die Wundaufgaben als auch die Folie zum Versiegeln können passgenau zugeschnitten werden, sodass sich die Methode sowohl für große als auch für kleinere Wunden am Rumpf oder an den Extremitäten eignet. „Damit kann man chronische und schlecht heilende Wunden bei Diabetikern

gut behandeln – allerdings dürfen keine schweren Durchblutungsstörungen vorliegen“, erklärt Dr. Seeger. Ob diese Form der Therapie tatsächlich zum Einsatz kommt, muss ein Arzt entscheiden, er legt auch fest, welche Auflagen und Folien Anwendung finden. „Es handelt sich um eine invasive Maßnahme, bei der die die Wunde umgebenden Strukturen zu berücksichtigen sind, weshalb sie als ärztliche Tätigkeit einzustufen ist“, erklärt er. „Ärzte und Wundmanager arbeiten diesbezüglich Hand in Hand in unserer Wundambulanz zusammen.“

Durch die Folie ist die Wunde hygienisch versiegelt, sodass keine Keime oder Fremdkörper ins Gewebe gelangen können. Da der Verband nur etwa alle fünf Tage gewechselt werden muss, kann die betroffene Stelle zur Ruhe kommen. „Dadurch ist es auch möglich, dass unsere

Patienten trotz ihrer schlecht heilenden Wunden zu Hause sein können und nur zum Verbandwechsel in die Wundambulanz der Klinik kommen. Kleine mechanische Handpumpen mit Akkus und tragbare Sekretbehälter erlauben ihnen eine gewisse Mobilität“, erklärt Wundmanager Dieter Schmid. In der Regel beginnt die Behandlung stationär. „Für uns ist es kein Problem, die Patienten dann aber ambulant weiterzuversorgen. Die Wundambulanz ist dafür bestens ausgerüstet“, erklärt Dieter Schmid.

Jutta Krause



**HARALD  
KOGEL**

Seit 30 Jahren  
Partner der Kliniken

**Wir sind anders!**

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

Maichinger Str. 54  
71063 Sindelfingen  
**Tel: 07031-803373**  
**Fax: 806041**  
info@kogel-orthopaedie.de  
www.kogel-orthopaedie.de

# Festgeklebt & weggewischt

Mit klebefilmbehafteten Tüchern gegen Keime und Rückenbelastungen der Mitarbeiter – Innovation auf dem Fußboden.



An Reinigungskräfte im Krankenhaus werden hohe Anforderungen gestellt. Das Ergebnis muss zuverlässig immer dieselbe hohe Hygienequalität erreichen, wobei Zeitvorgaben und Arbeitsabläufe eingehalten werden müssen – eine körperlich hohe Anforderung. In der Service GmbH Schwarzwald, einer Tochtergesellschaft des Klinikverbundes Südwest, möchte man diese körperliche Belastung verringern, ohne die Reinigungsqualität zu vernachlässigen. Aus diesem Grund wurde ein neues Reinigungsverfahren für den Bodenbelag entwickelt – das Trockenreinigungsverfahren. Über zwei Jahre lang wurde das Verfahren in verschiedenen Bereichen erprobt. Nach detaillierten Hygienestudien wird es nun schrittweise in allen Kliniken eingeführt.

Bisher geht das tägliche Reinigen wie folgt vorstatten:

Die Bodenbeläge werden mit desinfektionsmittelgetränkten Nasswischbezügen gereinigt, die Desinfektionsmittel töten Mikroorganismen ab. Das verursacht aber auch diverse Probleme auf den gereinigten Fußböden. Schmutzpartikel vermischen sich mit der Restfeuchtigkeit und kleben – auch bei sehr guter Reinigung – partiell wieder am Bodenbelag fest. Oberflächenbeschichtungen werden angegriffen. Auf frisch gewischten Böden besteht erhöhte Rutschgefahr. Darüber hinaus müssen die sauberen und schmutzigen Bezüge transportiert werden und die Bezüge haben einen hohen Reibungswiderstand – dies führt zu einer Belastung für Schulterbereich und Rücken, insbesondere dann, wenn eine Mitarbeiterin vier oder fünf Stunden am Tag Reinigungsarbeiten erledigt. Diese Belastung ist im Trockenreinigungsverfahren

deutlich geringer.

Oliver Beer, Betriebsleiter der Service GmbH Schwarzwald, ist der Gesundheitsschutz bei seinen Mitarbeitern ein persönliches Anliegen, die Entwicklung des Trockenreinigungsverfahrens verfolgte er daher mit größtem Interesse. „Mikroorganismen benötigen zum Leben und zur Vermehrung Schmutz, Wärme und Feuchtigkeit. Im Krankenhaus möchte man selbstverständlich diesen Mikroorganismen die Lebensgrundlagen möglichst vollständig entziehen“, erklärt er. „Im Trockenreinigungsverfahren werden die Mikroorganismen nicht durch Desinfektionsmittel abgetötet, sondern der Boden mit klebefilmbehafteten Tüchern gereinigt, die den lose aufliegenden Schmutz binden und die daran haftenden Mikroorganismen entfernen. Haftende Verschmutzungen, zum Beispiel Getränkelflecken,

werden anschließend punktuell nass und desinfizierend gereinigt. Türen, Klinken, Griffe und Ablagen – alle Oberflächen werden in bewährter Weise desinfiziert wie bisher auch. Das Reinigungsergebnis in der Trockenreinigung ist absolut gleichwertig zur Nassreinigung“, so Oliver Beer. In groß angelegten Untersuchungen wurde ermittelt, wie das Verfahren im Vergleich zum Desinfektionsmitteleinsatz wirkt. „Das Ergebnis hat uns überzeugt. Außerdem werden weniger Wasser und weniger Reinigungsmittel benötigt.“

Nun wollten Oliver Beer und seine Mitarbeiter aber noch wissen, inwiefern sich das Trockenreinigungsverfahren positiv auf die körperliche Belastung einer Reinigungskraft auswirkt. Um das objektiv zu messen, erklärte man sich bereit, an einer Studie zur Gefährdungsanalyse physischer Belastungen am Arbeitsplatz des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Unfallversicherung, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sowie weiteren Forschungspartnern teilzunehmen.

Dazu gehört auch die Datenerhebung vor Ort: Mit einem speziellen Messanzug (siehe Bild) werden Muskelaktivitäten, Körperhaltungen, Lasten, ausgeübte Kräfte wie auch die Herzfrequenz gemessen. So kann ganz objektiv ermittelt werden, in welcher Weise

die übliche Nassreinigung den Körper belastet und in welchem Umfang im Vergleich dazu die sogenannte Trockenreinigung entlastet: Beate Leibacher, Reinigungskraft im Klinikverbund Südwest, reinigte deshalb Patientenzimmer eineinhalb Stunden lang zunächst im Trockenreinigungsverfahren, anschließend ebenso lange im herkömmlichen Nassreinigungsverfahren. Sie hatte sich freiwillig für diesen Einsatz gemeldet: „Wenn 15 Personen ganz genau hingucken, ist das schon komisch! Aber ich finde es toll, mich da mit einbringen zu können“, erklärt sie fröhlich. Bis das Ergebnis vorliegt, wird es noch einige Zeit dauern, da die umfangreichen Meßdaten erst ausgewertet werden müssen. Marianne Hermann, Bereichsleiterin Hauswirtschaft der Service GmbH Schwarzwald, führt aus, dass bereits die parallel durchgeführte orientierende Belastungsanalyse nach der Leitwertmethode, eindeutig positive Ergebnisse ausgewiesen hat. „Die Studie mit der deutschen Unfallversicherung wird unsere Ergebnisse noch zusätzlich positiv untermauern“, ist sie sich sicher. „Eine deutliche Entlastung der Mitarbeiter, verbessertes Reinigungsergebnis, eine wirksame Keimreduktion und verbesserter Unfallschutz sind für uns ein hervorragendes Ergebnis und Grund genug, dieses Projekt zum deutschen Arbeitsschutzpreis 2017 einzureichen.“

*Redaktion*



**Reinigungsleistungen in sensiblen Umfeldern wie OP-Bereichen, die tägliche Unterhaltsreinigung in Krankenhäusern und öffentlichen Einrichtungen wie auch die fachgerechte Aufbereitung der Patientenbetten übernimmt im Klinikverbund Südwest die Service GmbH Schwarzwald, eine 100-prozentige Tochter des Unternehmens. Insgesamt 270 Mitarbeiter arbeiten in dem Geschäftsfeld Hauswirtschaft, die Reinigungsfläche der Bestandskunden umfasst über 200.000 qm täglich, mehr als 4.500 Reinigungs-, Hygiene- und Qualitätskontrollen werden pro Jahr durchgeführt; dafür werden drei staatlich geprüfte Desinfektoren beschäftigt.**

# Krankheit als Prüfung

**„Warum gerade ich?“ In mehrheitlich christlich geprägten Gesellschaften ist diese Frage häufig Dreh- und Angelpunkt bei der Auseinandersetzung mit einer schwerwiegenden Erkrankung. Aus dem Mund eines gläubigen Muslims hingegen wird man sie kaum vernehmen. Der Blick auf Krankheiten und ihren religiösen Sinnzusammenhang ist ein anderer. Das spiegelt sich auch im Krankenhausalltag wider.**

Keine Strafe, sehr wohl aber eine Prüfung Gottes – das sind Krankheiten aus muslimischer Sicht. Sie dienen dazu, die Geduld zu schulen und den Glauben des Patienten auf die Probe zu stellen. Aufgabe eines jeden muslimischen Kranken ist es in dieser Situation, sich in den Willen Gottes zu finden. Allein: Dies bedeutet nicht, dass die Familien muslimischer Patienten auf medizinische Unterstützung verzichten, ganz im Gegenteil. Oft mit großer Leidenschaft kämpfen sie um die Gesundheit ihrer Angehörigen und

wünschen sich – anders als nichtmuslimische Patienten, die die Notwendigkeit medizinischer Maßnahmen häufiger hinterfragen – meist den maximalen Einsatz des technisch Möglichen. Die Kompetenz eines Arztes, der drei Tage lang nichts unternimmt, wird rasch in Zweifel gezogen. Lassen sie sich jedoch nicht erfüllen, können derart hohe Erwartungen an die Medizin später rasch in Enttäuschung umschlagen.

Jeder Arzt ist deshalb gut beraten, muslimische Familien

von Beginn an gründlich über die Diagnose aufzuklären und bei Bedarf einen muttersprachlichen Mitarbeiter zur Sprachunterstützung hinzuzuziehen. So kann sich der Mediziner rückversichern, dass das Gesagte beim Gegenüber tatsächlich angekommen ist. Denn nicht nur sprachliche Barrieren können einer gelungenen Kommunikation im Weg stehen, auch kulturelle Besonderheiten spielen eine Rolle. Die Eltern – insbesondere, wenn sie krank sind – werden im muslimischen Kulturkreis oft geschont und von



unangenehmen Nachrichten ferngehalten. Um böse Überraschungen zu vermeiden und die gebotenen Entscheidungen treffen zu können, ist eine umfassende Aufklärung jedoch unumgänglich. Daher sollte jeder Arzt auf ein solches Gespräch bestehen.

Nicht abbringen lassen sich gläubige Muslime hingegen von der Einhaltung der Sterberiten. Dies gründet in den Jenseitsvorstellungen des Islam: Wie ein Muslim die Welt verlässt, so wird er auch aufwachen, lautet die Überzeugung der Gläubigen. Und so müht man sich, vor dem Tod ausgiebig um Vergebung zu beten. 15 sich abwechselnde Muslime bedarf es, um das Ritual des Koranlesens über Stunden und Tage durchführen zu können. Das kann mitunter durchaus Unruhe auf der Station verursachen, doch die Bedeutung dieser Rituale ist für Muslime existenziell. Ähnliches gilt für die große Schar an Besuchern, die sich oft am Bett eines kranken Muslims versammelt. Derlei Krankenbesuche gelten als gute Tat und sind islamisch erwünscht. Wird der Krankenhausaufenthalt eines Verwandten oder einer Freundin bekannt, so verbreitet sich diese Nachricht oft wie ein Lauffeuer, und von den engsten Verwandten bis hin zu den Nachbarn, die beispielsweise den Ehemann der Erkrankten versorgen, zeigt jeder seine Anteilnahme.

Auch wenn derlei interkulturelles Wissen für ein



kultursensibles Handeln dienlich sein kann, so ist doch nicht zu unterschätzen, dass Patienten sich meist nicht eindeutig nur einer Kultur zuordnen lassen, sondern Elemente mehrerer Kulturen in sich vereinen. Eine Herangehensweise, die ethnische Unterschiede überbetont, wird dieser Vielschichtigkeit an Prägungen nicht gerecht. Es gilt, eine individuumszentrierte, offene Haltung einzunehmen. „Fragen statt wissen“ lautet die Devise, denn konkrete Handlungsanweisungen für den Krankenhausalltag kann es angesichts dieser Heterogenität an Werten, Einstellungen und Eigenheiten nicht geben. Es sind Menschen, nicht Kulturen oder Ethnien, die in den sechs Häusern des Klinikverbands tagtäglich behandelt und gepflegt werden.

Nadine Dürr

## IMMOBILIEN UND GRUNDSTÜCKE GESUCHT



Wir suchen ein EFH oder eine DHH mit Garten bis € 650.000

- Raumausstatterin sucht 2-bis 3-Zi.-Whg. bis 370.000 €
- Handwerkerfamilie sucht DHH oder RH bis 750.000 €
- Daimleringenieur mit Familie, EFH mit Garten bis 1.000.000 €
- Bauträger aus der Region sucht Grundstücke in jeder Größe, auch Abrisshäuser bis 2 Mio €

**Gutschein**  
im Wert von 500 €

für eine Marktwertermittlung Ihrer Immobilie.

\*Mit diesem Gutschein erhalten Sie eine Marktwertermittlung Ihrer Immobilie. Gilt nur für die Metropolregion Stuttgart/Böblingen. Einfach anrufen, mailen (immobilien@baerbel-bahr.de) oder den Abschnitt bei uns vorbeibringen.

... IHRE MAKLER MIT HERZ!



IMMOBILIEN SERVICE BÄRBEL BAHR

Tel.: 07031 4918-500 | baerbel-bahr.de  
Wolfgang-Brumme-Allee 35 | 71034 Böblingen

## OP-Video ausgezeichnet

Dr. Marc Chmielnicki wurde im Rahmen der bundesweiten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) mit dem renommierten und mit 3.000 Euro dotierten Edgar-Ungeheuer-Preis für das beste Operationsvideo 2017 geehrt. Im rund 30-minütigen Operationsvideo wird die minimalinvasive OP-Technik, die sogenannte perkutane Naht der Achillessehne, in einfachen und nachvollziehbaren Einzelschritten dargestellt.



Patrick Daxenbichler fotolia

Videos solcher Art spielen eine enorme Rolle in der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses. Nicht zuletzt deshalb verfügt sowohl die Mediathek der DGCH wie auch die Sindelfinger Unfallchirurgie mittlerweile über einen großen Fundus an fachlich sorgsam geprüften und ausgewählten OP-Videos. Gerade die offizielle Aufnahme in die Fachmediathek der DGCH gilt als gutes Qualitätskriterium für die Videos.

[www.klinikverbund-suedwest.de/klinikum-sindelfingen-boeblingen/medizin/ucsifi/operationsvideos.html](http://www.klinikverbund-suedwest.de/klinikum-sindelfingen-boeblingen/medizin/ucsifi/operationsvideos.html)

## Baumaßnahmen für Kliniken Calw und Nagold

**Die bauliche Umsetzung der Medizinkonzeption 2020 für das Kreisklinikum Calw-Nagold wurde vom Kreisrat mit überdeutlicher Mehrheit beschlossen.**

Beginnen wird man mit dem Projekt Nagold, so Landrat Helmut Riegger und Projektleiter Albrecht Reusch gegenüber dem Schwarzwälder Boten am 12. August 2017. Da das Haus unter Vollbetrieb von Grund auf saniert werden soll, rechnet man mit drei Jahren bis zur Fertigstellung. Zunächst soll ein neues Gebäude entstehen, in dem im Erdgeschoss die Dialyse ihren Platz finden wird. In den beiden oberen Stockwerken sollen Pflegebetten – darunter auch mehrere Betten in Isolierzimmern – ihren Platz finden. Den Bestandsbau möchte man dann stockwerksweise

saniieren; der Bauzustand stammt teilweise noch aus den 1970er-Jahren. Im Moment befindet man sich in der Vorplanungsphase. Die Anforderungen an die neuen Raum- und Funktionsbeziehungen sind erfasst; dieses Raum- und Nutzungskonzept ist bereits abgesegnet. Der nächste Schritt ist die Entwurfsplanung, die unter anderem als Grundlage für die Darstellung der Kosten und zur Abstimmung mit dem Sozialministerium benötigt wird.

Was den Neubau des Krankenhauses in Calw betrifft, so wird für dieses Projekt bis zum

Baubeginn mehr Zeit veranschlagt, sind damit doch mehr Planungsarbeit und Formalien verbunden. Nach ausgiebiger Vorarbeit – im Kontext mit dem Gesundheitscampus – fing im Sommer das Architektenauswahlverfahren mit eingeschobenem zweiphasigem städtebaulichen Realisierungswettbewerb an: Zunächst sind die städtebaulichen Fragestellungen im Stammheimer Feld zu lösen, des Weiteren soll am Ende des Wettbewerbs ein geeigneter Architekt für die Planung und Ausführung gewonnen werden.

# Verbesserte OP-Methode bei Dickdarmtumoren

Der Böblinger Chirurg Prof. Stefan Benz wurde vor wenigen Wochen von der Europäischen Gesellschaft für Endoskopische Chirurgie (EAES) in Frankfurt am Main in Anerkennung seiner Forschungs- und Studienergebnisse zur Verbesserung der minimalinvasiven Operation bei bösartigen Dickdarmtumoren mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Der Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie und gleichzeitig Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren (addz) gilt schon seit Jahren bundesweit als einer der führenden Experten auf dem Gebiet der Kolonchirurgie (Dickdarmoperationen). Seine Arbeitsgruppe „Laparoskopische CME“, bestehend aus 13 Chirurgen und einem Anatomen, hatte für die herausfordernde Operation speziell des rechtsseitigen Dickdarmanteils einen neuen Standard entwickelt. Dieser galt lange als zu schwierig

für die Schlüssellochtechnik, weshalb Chirurgen auf den großen Bauchschnitt zurückgriffen, obwohl mittlerweile wissenschaftlich belegt ist, dass Darmkrebsoperationen in schonender Schlüssellochtechnik bessere Heilungschancen bieten. Grob ein Drittel aller Dickdarmkarzinome fallen in die rechtsseitige Kategorie, so Prof. Benz, dessen Klinik mit 150 bis 160 Primärfällen, spricht neu vorstelligen Patienten mit Darmkrebs, Jahr für Jahr unter den Top Ten aller Darmkrebszentren bundesweit steht.

In Deutschland erkranken jedes Jahr mehr als 75.000 Menschen an Dickdarmkrebs. Bisher nimmt nur etwa jeder vierte Bundesbürger die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommene Vorsorgekoloskopie in Anspruch, weshalb eine Operation im fortgeschrittenen Tumorstadium häufig vorkommt.



Der Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie im Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Prof. Dr. Stefan Rolf Benz (2. v.l.) bei der Ehrung der Preisträger in Frankfurt am Main.

## Neues Informationsangebot für (künftige) Endoprothetik-Patienten

Patienten, die kurz vor einer endoprothetischen, sprich Gelenkwechsel-Operation stehen oder die aufgrund des steigenden Leidensdrucks planen, sich in naher Zukunft ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk einsetzen zu lassen, haben viele offene Fragen, die über das rein Medizinische hinausgehen. Beispielsweise wann der richtige Zeitpunkt für eine Prothese ist, wie eine endoprothetische Operation abläuft oder was man selbst als Patient zum Gelingen der Operation beitragen kann. Die Orthopädische Klinik Sindelfingen (OKS) bietet deshalb zusätzlich zu den normalen Sprechstunden zweimal monatlich einen neuen kostenfreien Infonachmittag an, um solche Fragen zu klären und dem Patienten weiterführende Informationen und damit Sicherheit zu bieten im Hinblick auf seine Entscheidung für oder gegen einen endoprothetischen Eingriff.



### Anmeldung unter:

Sekretariat Marita Pabst, Tel.: 07031 98-12482  
[m.pabst@klinikverbund-suedwest.de](mailto:m.pabst@klinikverbund-suedwest.de)



# SPITZENJOB

Ein Job in der Krankenpflege,  
im OP oder in der Radiologie hilft  
Menschen in Ausnahmesituationen  
und verlangt Dir eine Menge ab –  
Langeweile? Routine? Schreibtisch?

Nö. Dafür Pflege, Medizin, Technik,  
Organisation und Kommunikation.

**MACH WAS AUS DIR!**

Mehr Infos zu unseren Ausbildungen  
im Gesundheitswesen unter  
[www.akademie-kvsw.de](http://www.akademie-kvsw.de)



Akademie im  
Klinikverbund Südwest

Bunsenstr. 120  
71032 Böblingen  
Tel.: 07031 668-22692  
[pflgeausbildung@klinikverbund-suedwest.de](mailto:pflgeausbildung@klinikverbund-suedwest.de)