

M ITTENDRIN

PATIENTENMAGAZIN DER medius KLINIKEN





© Fotografier Ebinger

SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,
LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

die größte Zeitenwende seit dem Zweiten Weltkrieg hat die Welt verändert. In noch nie gekanntem Maße treibt die Menschen die Sorge vor der Zukunft um. Die Politik ist gefordert wie selten, Regierungshandeln erfolgt unter extremen Unsicherheiten. Umso wichtiger ist es, dass wir die langfristigen Herausforderungen annehmen und sie mit Entschlossenheit angehen. Dazu zählt auch eine gute Krankenhausversorgung: Sie ist Daseinsvorsorge, die den Menschen Sicherheit gibt.

Unsere drei medius KLINIKEN an den Standorten Kirchheim, Nürtingen und Ostfildern-Ruit haben in der Pandemie bewiesen, dass sie sehr große Herausforderungen mit hoher Kompetenz, Leidenschaft und Engagement meistern. Für diesen Einsatz bedanke ich mich herzlich bei den Beschäftigten.

Die medius KLINIKEN investieren weiterhin, um auch morgen unsere Patientinnen und Patienten sehr gut versorgen zu können – mit bester medizinischer Technik, hoher ärztlicher Expertise und ausgezeichneter Pflege. Der Landkreis ist stolz auf seine auch wirtschaftlich erfolgreich arbeitenden Kliniken. Wir wissen jedoch, dass dieses hohe Niveau nur gehalten werden kann, wenn wir ausreichend Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte finden und binden können. Unsere Mitarbeitenden brauchen gute Perspektiven. Daran arbeiten wir gemeinsam – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Nehmen Sie sich die Zeit zum Lesen unseres Magazins und lernen Sie so unsere Kliniken aus unterschiedlichen Perspektiven kennen.

Ihr

Heinz Eininger

Landrat

Aufsichtsratsvorsitzender, medius KLINIKEN gGmbH

HERAUSGEBER

**medius
KLINIKEN**

EINE GEMEINNÜTZIGE GESELLSCHAFT
DES LANDKREISES ESSLINGEN

medius KLINIKEN gGmbH
EINE GEMEINNÜTZIGE GESELLSCHAFT
DES LANDKREISES ESSLINGEN
V. i. S. d. P.: Iris Weichsel

Lösung des Rätsels auf Seite 43:
8 Dackel

KONZEPTION, REDAKTION, GESTALTUNG

Abteilung Kommunikation u. Strategie
der medius KLINIKEN gGmbH,
PresseCompany,
Kommunikationsagentur Stuttgart

FOTOS

medius KLINIKEN gGmbH, Britt Moulieu,
Privat, shutterstock, istock, Adobestock,
Getty Images

Der Einfachheit halber haben wir im Text
meist nur die männliche Form verwendet.
Selbstverständlich sind immer alle Ge-
schlechter gemeint.



SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,
LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

„es kommt immer auf die Perspektive an“ – diese Erfahrung hat jeder von uns gemacht, nicht nur einmal. Ein Wechsel der Perspektive kann zu überraschenden Erkenntnissen führen und unseren Horizont erweitern. Unser Patientenmagazin „mittendrin“ wagt in dieser Ausgabe einen informativen Rundblick. Welche Perspektiven eröffnen die Baumaßnahmen an den medius KLINIKEN in Nürtingen und Ostfildern-Ruit? Wie sieht eine Prostataoperation aus der Sicht des Patienten aus? Welche Einblicke hat ein Radiologe und was sieht der Chirurg, wenn er Gefäße über einen Katheter operiert?

Und wie sieht eine Auszubildende ihren Beruf als Pflegekraft – ganz anders als die Kollegin mit 40 Berufsjahren? Die Pflege hat ganz neue Perspektiven, denn die Akademisierung schreitet auch bei diesem Berufsbild unaufhaltsam voran.

Eine schwere Erkrankung oder gar der nahende Tod verändern den Blick auf das Leben. Das wissen unsere Psychoonkologen und Seelsorger, die den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen in solchen Augenblicken zur Seite stehen.

Mancher Patient will vielleicht ein bisschen mehr erfahren: Was für ein Mensch ist dieser Arzt eigentlich oder diese Pflegekraft? Im Klinikalltag bleibt für solche privaten Themen wenig Zeit. „mittendrin“ öffnet den Blick auch auf die freie Zeit, die für alle in anstrengenden Berufen so überaus wichtig ist.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß und manchen Einblick beim Lesen!

Ihr

Sebastian Krupp

Geschäftsführer, medius KLINIKEN gGmbH

3 EDITORIAL
4 WIR LEGEN DEN ZUGANG
ZU MODERNSTER MEDIZIN
6 WOHLFÜHLEN IN EINEM
HOCHFUNKTIONALEN HAUS
10 WIE SIEHT DER MENSCH
VON INNEN AUS?
12 EINGEBAUTER LEBENSRETTER

14 PROSTATA TUMOR
FRÜHZEITIG ERKANNT
18 MIT VOLLDAMPF IN DIE „SPÜLMASCHINE“
20 BLICK IN DIE BLACK BOX
22 KARRIERE IM BLICK
24 AUF DEM SPRUNG NACH RUIT
26 PFLEGE AUS UNTERSCHIEDLICHEN
BLICKWINKELN

28 DER SANFTE BLICK IN DIE LUNGE
30 DIE RETTENDE SPANGE
34 DER WEINBERG FÜR GUTE IDEEN
36 WENN DIE GEFÄSSE
SICH ENTZÜNDEN
40 LETZTE AUGENBLICKE
43 RÄTSEL



ÜBERBLICK

Wir legen den Zugang zu modernster Medizin

Teilbau und Sanierung der
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

WAS BEDEUTEN DIE BAUARBEITEN FÜR DIE PATIENTEN?

Der Betrieb des Ruiters Krankenhauses läuft uneingeschränkt weiter. Die Anfahrt ist während der Bauphase uneingeschränkt möglich. Parkmöglichkeiten stehen zur Verfügung

Medizinisch ist die medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT up-to-Date, wie zahlreiche Auszeichnungen und Zertifizierungen bestätigen. Rund 18.800 stationäre und 51.000 ambulante Patientinnen und Patienten jährlich schätzen die medizinische Kompetenz ebenso wie die persönliche Atmosphäre des Hauses. Doch einige Gebäudeteile sind über 50 Jahre alt und dementsprechend nicht mehr zeitgemäß. Das alles wird sich ändern: Die medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT ist auf dem Weg zum Krankenhaus der Zukunft.

Am Anfang und doch schon mittendrin...

Die ersten Schritte sind bereits gemacht. Begonnen hat es 2011 mit dem Erweiterungsbau

(1), der neben Zentraler Notaufnahme, interdisziplinärer Intensivstation, zwei Herzkatheterlaboren, onkologischer Ambulanz, drei Operationssälen und einer Dialysepraxis auch eine Pflegestation mit 44 Betten bietet.

Die Basis für den ersten großen Bauabschnitt wurde mit dem Interimsbau (2) geschaffen, der Anfang 2020 in Betrieb ging und über 128 Betten verfügt.

Schrittmacher für die Medizin der Zukunft

Im ersten Bauabschnitt entsteht ein neuer Bettentrakt mit 150 Ein- und Zweibett-Zimmern. Er wird als eine Art Brückenbau über die Strahlentherapie gesetzt. Dieser bietet außerdem Platz für neue Sprechstundenräume und eine moderne, urologische

Funktionseinheit. Im Untergeschoss wird die Strahlentherapie erweitert und die Nuklearmedizin entsteht räumlich neu.

Zuvor wurden der bisherige Bettenbau (3) sowie der Verwaltungsbau (4) abgebrochen.

Im ersten Bauabschnitt wird außerdem eine Station für Intermediate Care eingerichtet. Dies erfolgt in einem Verbindungsbau, der zwischen den Erweiterungsbau und das bestehende Funktionsgebäude gesetzt wird. Dieser neue Gebäudeteil ermöglicht außerdem, dass die zwei OP-Bereiche im Bestands- und im Erweiterungsbau zusammengelegt werden können. Es entsteht ein großer OP-Bereich bestehend aus den drei Sälen des Erweiterungsbaus und den dann nahtlos daran anschließenden drei neuen OP Sälen im Verbindungsbau sowie in der Erweiterungsfläche im zweiten Bauabschnitt, die den OP-Bereich im alten Bestandsgebäude ersetzen werden.

Als Bauzeit sind für den ersten Bauabschnitt zwei Jahre angesetzt.

8.200 m³ Beton

11.200 m Heizleitungen

53.200 m³ Neubau

1.200 m² Bodenplatte

2 Bauabschnitte bei laufendem Betrieb

25.600 m Lüftungskanäle

4.000 Leuchten

13.000 m³ Aushub

618.000 m Elektroleitungen





BLICKWECHSEL

Wohlfühlen in einem hochfunktionalen Haus

Erweiterung und Umbau an der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT hat begonnen



Der bunte Bauzaun kündigt Großes an: Das Ruit Krankenhaus wird umgebaut und erweitert. In den nächsten zwei Jahren erhält es einen neuen Bettenbau und einen neuen OP-Trakt. Architekt Udo Lemke von der Lemke Fuckerder Architekten GmbH München erklärt, wie die jahrelange Planung zu einem optimalen Ergebnis führen soll: zu einem Krankenhaus mit modernster Technik, in dem sich Patientinnen und Patienten so wohl fühlen sollen wie in einem Hotel.

Ihr Büro hat sich auf Kliniken spezialisiert – was ist das Besondere daran?

Krankenhäuser sind komplexe Gebäude, fast wie eine kleine Stadt: mit Eingangsbereich, mit Magistralen, mit Treffpunkten auf

den Stationen. Man muss sich in medizinische Prozesse hindecken, muss wissen, wie eine OP-Abteilung funktioniert und überlegen, wo ein Patient behandelt und gepflegt wird. Wir brauchen kurze Wege zum Patienten und kurze Wege für den Patienten. Man muss also einerseits ans Patientenwohl denken und andererseits die optimalen Abläufe im Blick haben. Und schließlich muss man wissen, was förderfähig ist, also wofür das Land Zuschüsse zahlen wird.

Wie viele Krankenhäuser hat Ihr Büro schon geplant?

Unser Einstieg ins Gesundheitswesen war 1965 mit dem Bau

Kleines Architektur-Glossar

Magistrale = Hauptverkehrslinie

Schottenbauweise = Tragende Wände sind quer angeordnet

Signaletik = Bildsprache zur Orientierung

Skelett-Tragwerk = Das tragende Skelett bestimmt die Form des Baukörpers



des Olympia-Krankenhauses in München-Neuperlach. Seither haben wir einige Dutzende Kliniken geplant. Unser Büro beschäftigt mittlerweile etwa 40 Kolleginnen und Kollegen. Wir sind bundesweit tätig und haben als zweiten Schwerpunkt Forschung und Lehre, beispielsweise für die Fraunhofer-Gesellschaft.

Wie viele Planer sind am Projekt Ostfildern-Ruit beteiligt?

Für so ein komplexes Projekt braucht man ein relativ großes Team; nicht nur die Tragwerks- und Haustechnikplaner, sondern Spezialisten für die Betriebsorganisation und Medizintechnik. Von uns sind im Kernteam sechs bis acht Architekten beteiligt, zwei Spezialisten für die Vergabe und ein bis zwei Leute als Bauleitung vor Ort. Die Fachplaner für Medizin- und Haustechnik holt der Bauherr dazu.

In Ostfildern-Ruit handelt es sich um einen Teil-Neubau. Wie stark schränkt Sie die Integration neuer Bauteile in ein vorhandenes Betriebsgebäude ein?

Wir schauen zuerst, welche Gebäude von Funktion und Substanz her gut sind. In Ruit sind die Eingangshalle, das Gesundheitszentrum und der Hubschrauberlandeplatz recht neu. Und

der Funktionstrakt bietet in großen Teilen als Skelettbau gute Voraussetzungen, um neu strukturiert zu werden. In einer Machbarkeitsstudie haben wir dann gezeigt, wie man diese Teile integrieren kann. Was sich in Ruit schnell ergab: Die alten Bettenhäuser A und B sind schwer zu ändern, weil die Schottenbauweise durch viele tragende Elemente gekennzeichnet ist. Die Zimmer und der Sanitärstandard sind aber nicht mehr zeitgemäß. Von dieser Studie ausgehend verfeinert man die Planung immer mehr. Man denkt immer auch in Varianten und bezieht ständig den Auftraggeber mit ein. Für uns war es eine reizvolle Aufgabe, ein vielschichtiges Gebäude neu zu strukturieren und einen Mehrwert zu schaffen.

Funktionalität hat bei einem Krankenhaus absolute Priorität. Wie viel Spielraum haben Sie noch für Gestaltung und Ästhetik?

Ich möchte das so formulieren: Wir lösen zunächst die funktionale Aufgabe und bringen das dann in eine Form mit ansprechendem



Äußeren. Der Patient will keine Technik wahrnehmen, sondern sich wohlfühlen. Wenn er das Krankenhaus wie eine Art Hotel empfindet, dann haben wir vieles richtig gemacht. Ruit bietet dafür eine gute Grundlage, es ist ein wunderschöner Standort, mit Wald, Ausblick, Patientengarten. Wir arbeiten mit Materialien und Farben, die naturnah sind oder so wirken. Beispiel Verschattungselemente: Die können aus Gründen des Unterhalts nicht hölzern sein, aber sie sollen an Holz erinnern. Einen gewissen Kontrast dazu setzt die deutliche Signaletik, die den Patienten klar durch das Gebäude führt. Sie muss sich von den naturnahen Farben absetzen.

Der Bettenbau fällt durch die halbrunde Form auf. Welchen Vorteil hat diese Rundung?

Das Halbrund schafft eine wiedererkennbare Form, sie umspielt einen Grünraum, den Patientengarten. Durch die zwei Seitenflügel des Halbrunds hat man aus jedem Patientenzimmer einen Ausblick. Funktional nimmt das Halbrund zwei Stationen auf einer Ebene auf. So sind dienende Räume von beiden Stationen nutzbar. Dort, wo die Rundung in die Flanken übergeht, liegen die Stützpunkte der Stationen. Sie sind zentral positioniert und verkürzen die Wege. Wir bleiben in Ruit bei zwei Obergeschossen – eine angenehme Höhe, die dem Ort gerecht wird.

Der neue OP-Trakt wird zwischen zwei Bestandsgebäude gesetzt. Wie gehen Sie dabei vor und wie planen Sie künftige Entwicklungen der Medizintechnik ein?

Der neue Verbindungsbau mit den neuen OP-Sälen verknüpft den bisherigen OP-Bereich und die Intensivpflege miteinander. Eine praktische und elegante Lösung, finde ich. Aber wie sich medizinisches Wissen und Technik weiterentwickeln, können wir nicht vorhersehen. Deshalb müssen wir so robust und flexibel bauen, dass man später etwas einfügen kann. Das Skelett-Tragwerk mit wenigen tragenden Elementen lässt diesen Spielraum. Und in den abgehängten Decken sind nachträglich Installationen möglich, ebenso in den vertikalen Schächten und in den Technikzentralen.

Eine besondere Herausforderung ist der Bau des Bettentrakts, der wie eine Brücke über die bestehende Strahlentherapie gesetzt wird. Worauf müssen Sie besonders achten?

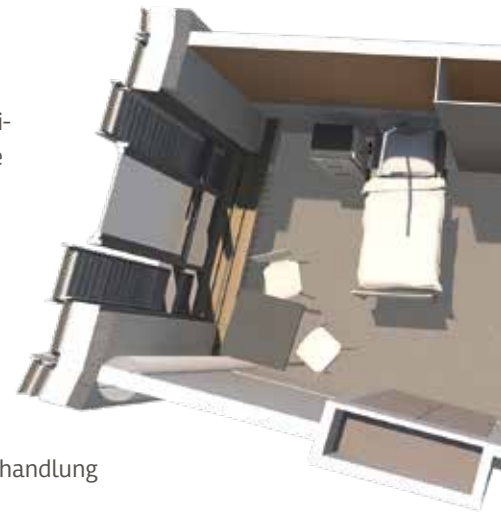
Zunächst wird das Tragwerk so angelegt, dass es unabhängig vom Bestandsbau Strahlentherapie sitzt. Während der Bau-

phase überwachen wir mit einem Erschütterungsmonitoring, dass die Grenzwerte für die Baumaschinen eingehalten werden. Und schwerwiegende Eingriffe, etwa während des Abbruchs des alten Bettenbaus, finden in bestimmten Zeitfenstern statt. Damit sichern wir, dass während einer Behandlung keine Probleme auftreten.

Um wie viel verteuert diese Brückenkonstruktion das Projekt?

Na ja, das ist eine Abwägungssache: Diese Konstruktion erlaubt uns, vorhandene Gebäudesubstanz zu erhalten. Das rechnet sich und ist nachhaltig.

Planung und Bau eines Krankenhauses dauern etwas länger als bei einem Einfamilien-Häusle. Wie kriegt man da die Kostenentwicklung in Griff?





Die ersten Überlegungen haben 2016 begonnen. Es folgten zahlreiche Optimierungen in Abstimmung mit den Nutzern und den Fördergebern. Zwischenzeitlich wurde ein Modulbau an das Gesundheitszentrum angefügt,

um interimswise die Patienten aus dem Bettenhaus A, das abgebrochen wird, unterzubringen. Dieser große Vorlauf ist nötig, weil eine sorgfältige Planung eine sorgfältige Ausschreibung ermöglicht. Die Bauzeit selbst wollen wir sehr straff halten: Im Sommer 2022 haben wir richtig losgelegt, im Sommer 2024 soll der Bettenbau fertig sein. Also in zwei Jahren. Den Markt und die steigenden Materialpreise können

wir nicht beeinflussen, aber die kurze Zeitspanne grenzt die Unsicherheit ein. Eine laufende Kostenkontrolle gehört selbstverständlich dazu.

Außer Ihnen gibt es noch weitere Experten für den Klinikbau: Ärzte und Pflegepersonal. Wie binden Sie die ein?

Die sind vom ersten Schritt an eingebunden worden. Jede Abteilung verfolgt ihre eigene Strategie. Diese legt den Kurs fest. Dann fragen wir die Ausstattung der Räume und die Anforderungen an das Material ab, später geht es um Farben und Haptik. Die Klinikvertreter geben unsere Fragen an ihre Abteilungen weiter. Das ist ein ständiger Austausch, der Sorgfalt braucht. Das ist in den Medius-Kliniken sehr gut organisiert.

Klimaschutz ist heute bei jedem Bauprojekt ein Thema. Was tun Sie in Ostfildern-Ruit dafür?

Wir versuchen, die Gebäude möglichst einfach zu bauen, so dass wir wenig Technik und Energie brauchen. Um zum Beispiel die sommerliche Wärme draußen zu halten, sehen wir außen liegenden Sonnenschutz und hochwertige Verglasung vor. Kombiniert wird das in den Patientenbereichen mit thermoaktiven Betondecken, also mit einem integrierten temperaturregulierenden Rohrsystem. Eine Klinik hat aber viele Räume, die mechanisch belüftet werden müssen, beispielsweise die OP-Säle. Hier wollen wir mit moderner Technik die Wärme zurückgewinnen. Wir nutzen die Erweiterungs- und Umbaumaßnahmen, um das Krankenhaus mit energiesparender, hocheffizienter technischer Ausrüstung zu versehen.

Welche Auswirkungen werden die Patientinnen und Patienten während der Bauzeit wahrnehmen?

Bauen ohne Lärm und Staub geht nicht. Wir werden aber die Baubereiche möglichst gut von den anderen Räumen abschirmen. Und vor allem wollen wir die Bauzeit straff halten, damit diese Phase schnell überwunden ist.

M





Wie sieht der Mensch von innen aus?

Einblicke in den menschlichen Körper

Ein Radiologe betrachtet den Patienten aus einem ganz anderen Blickwinkel als andere Mediziner. Er schaut zwar auch in seine Patienten hinein, aber nicht mit dem bloßen Auge, sondern er betrachtet Abbildungen vom Patienten, die ein Fotograf nicht schießen kann. In der Radiologie werden mit speziellen Geräten Tag für Tag Hunderte von Abbildungsausschnitten des menschlichen Körpers erstellt: Knochen, Gewebe, Organe, Gehirne – nur der Radiologe erkennt ganz genau, was hier zu sehen ist. Der leitende Radiologe Dr. Stephan Brock umreißt seine Rolle in der Patientenversorgung.

Herr Dr. Brock, welche Rolle spielt die Radiologie in der Medizin?

Die Radiologie ist ausschlaggebend für die Befunde eines Großteils der Erkrankungen. Es gibt einen Spruch, der es auf den Punkt bringt: The radiologist is the doctor's doctor. In der heutigen Medizin sieht jeder nur einen Ausschnitt und oft ist es der Radiologe, der das Puzzle zusammenfügt. Die klinischen Informationen erhalten wir von stationären oder niedergelassenen Medizinerkollegen. Aber wir als Radiologen haben den Überblick über die Teilbereiche. Große Teile der Diagnostik spielen sich heutzutage in der Bildgebung ab.

Sehen Sie auch die Patienten hinter den Bildern oder ist das alles nur abstrakt?

Man hat sicherlich eine andere Perspektive auf den Patienten. Der Radiologe ist der Diagnostiker im Hintergrund. Man sieht und bewertet in erster Linie Bilder, sieht Teilbereiche. Aber trotzdem: Man spricht mit den Patienten, zum Beispiel bei Aufklärungsgesprächen vor Kontrastmitteluntersuchungen und

auch nach einer radiologischen Untersuchung. Unsere Patienten bekommen dann einen Kurzbefund. Manche Menschen und ihre Diagnosen berühren einen aber stärker als andere. Das ist menschlich. Gerade zu den ambulanten Patienten ist die Beziehung auch enger. Da ist man Behandler. Bei stationären Patienten überlassen wir die Führung der Klinik.

Heutzutage werden viel mehr radiologische Untersuchungen durchgeführt als früher. Wie kommt das?

Der technische Fortschritt in der Radiologie war in den letzten 20 Jahren enorm. Eine

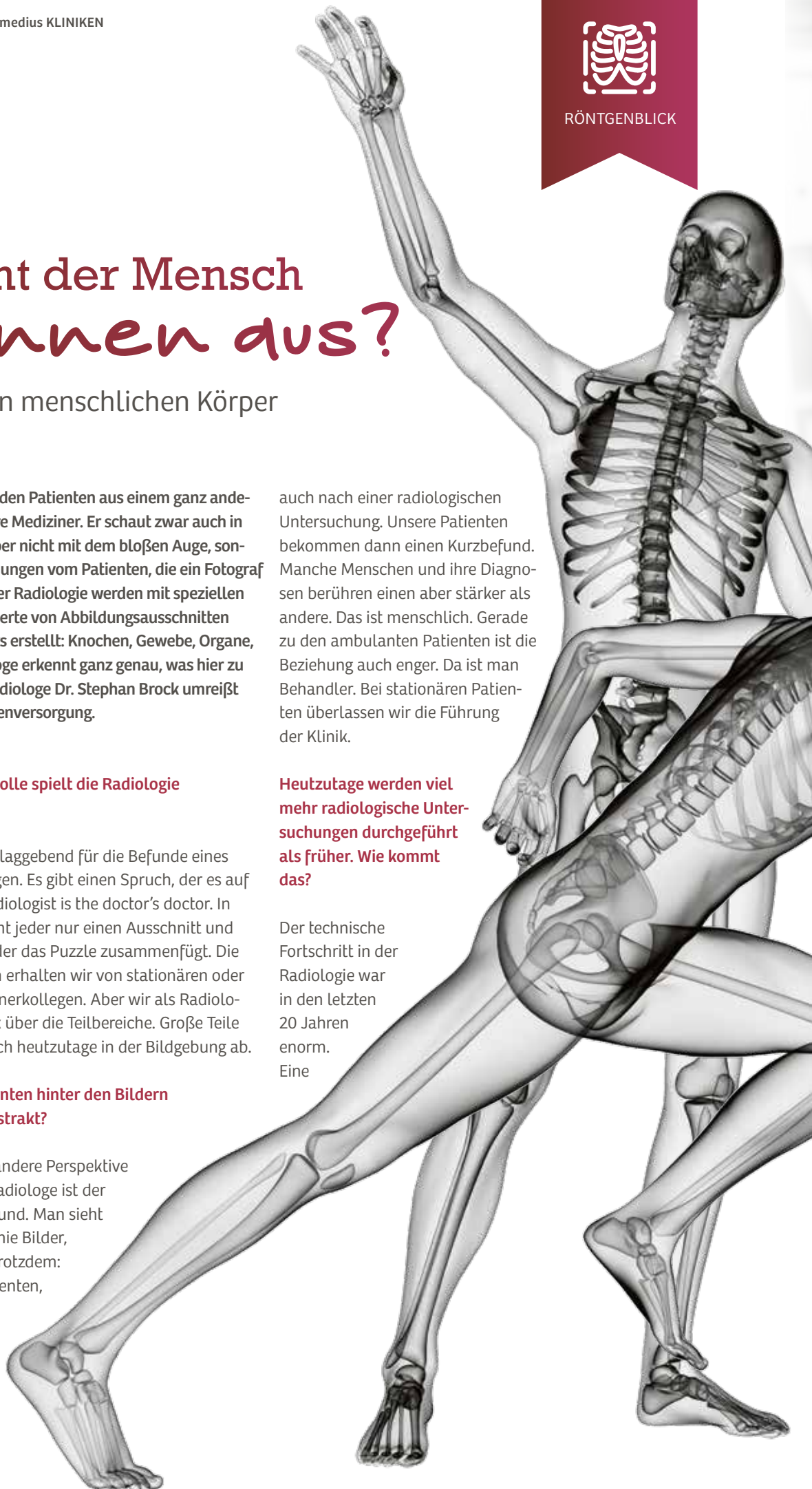
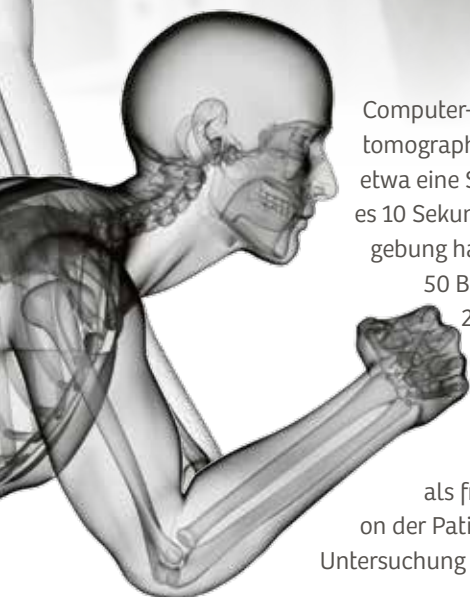




Bild auch ein Befund erfolgen. Manchmal erfolgt ein radiologischer Befund erst dann, wenn der Patient schon im OP liegt. Zum Beispiel bei Notaufnahmen mit eindeutigen Brüchen ist das so.



Computertomographie hat 2002 noch etwa eine Stunde gedauert, heute sind es 10 Sekunden. Durch die schnelle Bildgebung haben wir im Nachhinein keine 50 Bilder mehr, sondern gleich 2000. Aber Radiologen haben auch eine große Verantwortung. Immerhin arbeiten wir mit Strahlen, auch wenn die Belastungen geringer sind als früher. Das heißt, die Indikation der Patienten für eine radiologische Untersuchung muss stimmen.

Welche Patienten kommen zu Ihnen?

Da wir ein Teil der Klinik sind, kommen viele Patienten direkt von der Notaufnahme oder sie werden von den einzelnen Stationen geschickt. Dann kommen noch die Zuweisungen durch die Hausärzte. Als medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) haben wir die Zulassung für alle Geräte, und Patienten können auch von außerhalb der Klinik zu uns kommen.

Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

Monitordiagnosen sind mein Arbeitsschwerpunkt. Daneben auch organisatorische Aufgaben. In der Regel machen wir hier 40 bis 50 CTs pro Tag. Zudem noch MRTs, kurative Mammografie, Schmerztherapie, Gewebeproben, Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen. Da kommen Tausende Bilder zusammen. Ich scrolle täglich durch Aufnahmen von etwa 100 Patienten. Zu 95 Prozent sitze ich am Bildschirm. Nach der geltenden Datenschutzverordnung muss zu jedem

Wie lange dauert es vom Bild bis zur Diagnose?

Bei Abdominal-Untersuchungen (Untersuchungen des Bauchraumes), beispielsweise bei Kontrolluntersuchungen nach einer Chemotherapie, gehe ich nach einem bestimmten Schema vor – alles wird von oben nach unten durchgecheckt, von der Lunge bis zu den Nieren. Zum Schluss noch die Knochen. Für mich als erfahrenen Radiologen dauert das Ganze etwa 10 Minuten. Bei einfachen Frakturen brauche ich nur wenige Sekunden.

Wie gehen Sie mit schwerwiegenden oder unklaren Befunden um?

Ich versuche, das Wort Krebs zu vermeiden, spreche aber über eine Geschwulst, bei der man davon ausgehen kann, dass sie auch bösartige Anteile hat. Alles andere wäre unfair. Manchmal ist aber auch die Auswertung der Bilder so komplex, dass ein Kurzbefund schwierig ist. Das muss man ebenfalls ehrlich kommunizieren. *M*



Dr. med.
Stephan Brock
Leitender Radiologe

Klinik für Radiologie
medius KLINIK
NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-21600



Eingebauter Lebensretter

Ausblick auf ein Weiterleben

Thomas S. ist 44 Jahre, als er einen Herzinfarkt erleidet. Er wurde rechtzeitig behandelt und hatte sich gut erholt. Acht Monate nach seinem Herzinfarkt wurde er mit dem Notarzt in die medius KLINIK KIRCHHEIM eingeliefert. Grund dafür war eine Bewusstlosigkeit. Bei weiteren Untersuchungen wurde festgestellt, dass er an einer Herzinsuffizienz leidet.

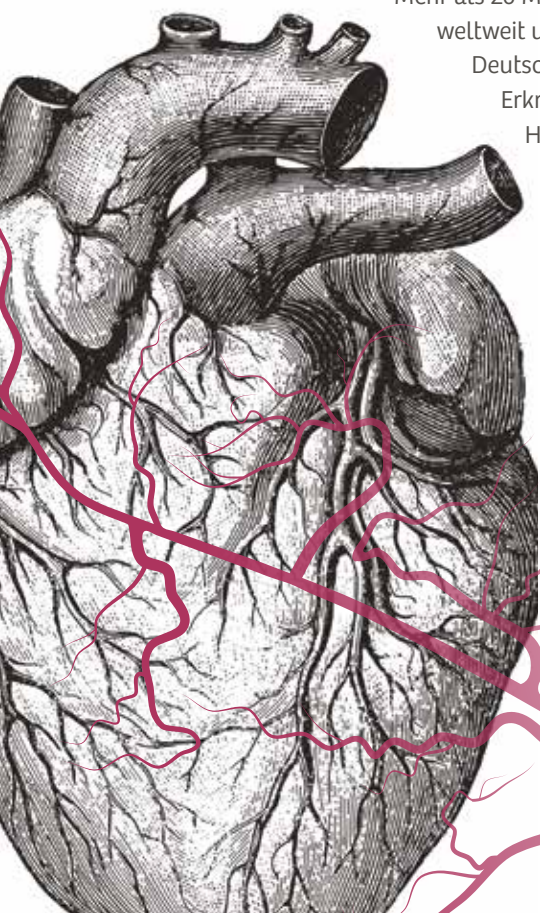
Unser Herz ist ein etwa faustgroßer hohler Muskel mit einem komplexen elektrischen System, das elektrische Impulse erzeugt. Es besteht aus vier Hohlräumen, zwei Vorhöfen und zwei großen Kammern. Die Muskelpumpe – so nennen wir das Herz – wird über elektrische Impulse gesteuert. Infolge eines Herzinfarktes, anhaltend hohem Blutdruck oder anderen Ursachen kann die Pumpleistung des Herzens vermindert sein. Durch die Schwächung des Herzmuskels kommt es zu einer verminderten Blutversorgung der Organe im Körper und damit werden diese nicht ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. In dem Fall spricht man von einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche), diese beginnt meist schleichend.

Mehr als 26 Millionen Menschen weltweit und ca. 4 Millionen in Deutschland sind von dieser Erkrankung betroffen. Eine Herzinsuffizienz ist eine ernst zu nehmende Erkrankung des Herzens. Doch was genau ist eine Herzinsuffizienz eigentlich und wie entsteht sie? Im Falle von Thomas S. wurde bereits vom Notarzt im EKG eine Kammertachykardie (schwerwiegende Herzrhythmusstörung) dokumentiert,

durch die er bewusstlos geworden war. In der Notaufnahme berichtete Thomas S. über seit neun Wochen zunehmende Atemnot und reduzierte Belastbarkeit. Das EKG zeigte eine auffällige Veränderung, einen sogenannten Linksschenkelblock. Im Herzultraschall wurde eine hochgradig reduzierte Pumpleistung der linken Herzkammer mit einer deutlichen Schaukelbewegung durch den Linksschenkelblock festgestellt. Eine optimierte medikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz war schon seit dem Herzinfarkt etabliert. Nach ausführlicher Auswertung der Vorerkrankungen und des aktuellen Zustandes des Patienten Thomas S. hat sich der Kardiologe Dr. Christoph Bollinger, Oberarzt der Klinik für Innere Medizin, Herz- und Kreislauferkrankungen der medius KLINIK KIRCHHEIM, bei ihm für die Implantation eines Resynchronisations-Herzschrittmachers in Kombination mit einem implantierbaren Defibrillator (CRT-D) entschieden und dies mit dem Patienten besprochen. Dieser stimmte der Therapie zu, und es wurde am darauffolgenden Tag der CRT-D implantiert. Seitdem kann Thomas S. wieder ein normales Leben führen.

Schaukelndes Herz

Damit das Herz richtig arbeiten kann, müssen die Herzkammern koordiniert und mit einer Herzfrequenz von ca. 60 bis 100 Schlägen pro Minute arbeiten. Normalerweise sind das etwa 115.000 Schläge pro Tag. „Wenn die Pumpleistung der linken Herzkammer wie bei Thomas S. hochgradig eingeschränkt ist und dazu noch ein Linksschenkelblock vorliegt, beginnt das Herz zu schaukeln“, erklärt Dr. Christoph Bollinger. „Der Patient ist durch eine solche Herzschwäche kaum belastbar. Das Herz pumpt zu wenig Blut in den Körperkreislauf“, so der kardiologische Oberarzt weiter. Dabei werden die Herzwände so stimuliert, dass sie sich wieder gleichmäßig im Takt bewegen.





3 FRAGEN AN DR. BOLLINGER:

Wie bereiten Sie die Patienten auf die Operation vor?

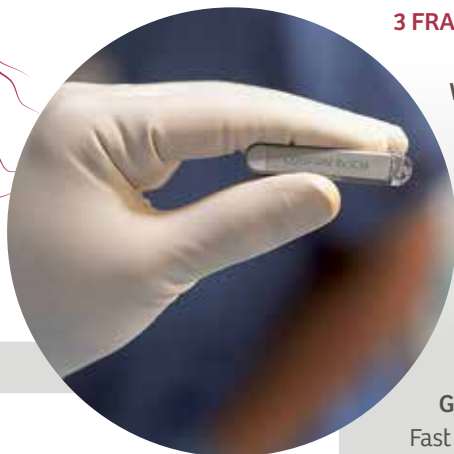
Neben einer genauen Untersuchung erfolgt ein sehr ausführliches Aufklärungsgespräch mit meinen Patienten, bei welchen ich die Implantation genau erkläre und auf alle Fragen der Patienten eingehe.

Gibt es Verhaltensregeln für die Patienten?

Fast alle Alltagstätigkeiten sind für Patienten mit Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Systemen möglich.

Wie lange hält ein implantierbarer Cardioverter-Defibrillator (ICD)?

Die Patienten werden von einem kardiologischen Facharzt mindestens 1x im Jahr gründlich kontrolliert – insbesondere auch der Batteriezustand. Zeigt das System einen niedrigen Batteriestand, wird das Gerät gewechselt. Die Laufzeit eines ICD beträgt im Schnitt 6–10 Jahre.



Zusätzlich ist in den Resynchronisations-Herzschrittmacher ein implantierbarer

Defibrillator eingebaut. Dieser kann lebensgefährliche Herzrhythmusstörungen erkennen, durch elektrische Impulse beenden und somit einem Herzstillstand vorbeugen. Das etwa streichholzschachtelgroße Gerät überwacht kontinuierlich die Aktivität des Herzens.

„Die Pumpleistung der linken Herzkammer bei Thomas S. hat sich durch die kardiale Resynchronisationstherapie nachhaltig verbessert. Parallel dazu ist seine Belastbarkeit und Lebensqualität deutlich gestiegen. Das Risiko für einen plötzlichen Herztod ist erheblich gesenkt worden“, betont Dr. Bollinger.

CRT-Defibrillator

Bei einem CRT-Defibrillator werden drei Elektroden über eine Vene zum Herz eingeführt, eine stimuliert die linke, die andere die rechte Herzkammer, die dritte Elektrode liegt im rechten Vorhof. Wenn das Herz bei einer schwerwiegenden Herzrhythmusstörung zu schnell ist, versucht der Defibrillator, durch eine Abgabe von elektrischen Impulsen die Rhythmusstörung zu beenden.

Die Implantation des CRT-D dauerte bei Thomas S. knapp zwei Stunden und wurde im Herzkatheterlabor unter einer örtlichen Betäubung durchgeführt. Am nächsten Tag erfolgte eine Untersuchung mit EKG und die endgültige Programmierung des CRT-D-Systems. Danach konnte der Patient wieder nach Hause entlassen werden. Eine ambulante Nachuntersuchung erfolgt in der Regel nach drei Monaten.

„Seit ich das CRT-D-Implantat habe, geht es mir bedeutend besser. Ich kann mich sogar wieder sportlich betätigen“, freut sich Thomas S.



PD Dr. med.
Martin Beyer
Chefarzt

Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen
medius KLINIK KIRCHHEIM
Tel. 07021 / 88-41400



Dr. med.
Christoph Bollinger
Oberarzt

Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen
medius KLINIK KIRCHHEIM
Tel. 07021 / 88-41400



KONTROLLBLICK

„Da schießt dir alles durch den Kopf“

Prostata-Tumor frühzeitig erkannt. Nach der erfolgreichen Operation genießt Isa Tuncbilek das Leben noch bewusster.

Alte Traktoren und alte Mopeds sind das Hobby von Isa Tuncbilek. Den Besucher empfängt er in seiner Garage, wo der Hatz-Schlepper, Baujahr 1956, ein grüner Fendt und ein roter International stehen. Hierher, in die Garage, musste ihn seine Frau Ute auch am Entlassungstag im September 2017 zuerst fahren, drei Tage nach der erfolgreichen Operation des Prostatakarzinoms in der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT. Der 51-Jährige, der seit 50 Jahren in Deutschland lebt, fühlt sich wieder kerngesund, kann ohne Beschwerden mit dem Traktor auf die Wiese tuckern und schaffen. Das bedeutet für den Lebensmittelkontrolleur so viel Lebensfreude wie die Ausfahrt auf dem Kreidler-Moped oder der 70 Jahre alten „Fips“, einem Triumph-Zweirad mit 1,5 PS.

Der gelernte Bäckermeister hatte nicht nur das Glück, dass er bei guten Ärzten war. Er hat auf sich geachtet, sich um Termine gekümmert, Hilfe angenommen, an sich gearbeitet. Er ist sehr jung für diese Krankheit, als ihm seine Hausärztin im November 2016 routinemäßig ein großes Blutbild vorschlägt. Mit 45 bekommt man doch keinen Prostatakrebs, denkt er, auch wenn die Vorsorgeuntersuchung des Mannes ab 45 empfohlen wird. Isa Tuncbilek hat auch keinerlei



Beschwerden. Doch der PSA-Wert ist mit 4,4 zu hoch für sein Alter. Die Ärztin schickt ihn zum Urologen. PSA: 4,6. Aber sonst alles okay. Weder das Abtasten der Prostata noch der Ultraschall zeigen Auffälligkeiten. Vielleicht eine Entzündung? Tuncbilek bekommt ein leichtes Antibiotikum. Doch der PSA-Wert bleibt unverändert. Der Nürtinger Urologe Dr. Stefan Ladner traut der Sache nicht und empfiehlt, ein MRT machen zu lassen. Das Ergebnis: Die rechte Seite der Prostata ist verändert, fifty-fifty, dass es ein Tumor ist. „Da schießt dir alles durch den Kopf“, erinnert sich der Mann mit der ungewöhnlichen Vokuhila-Frisur (vorne kurz, hinten lang). „Du hast Frau, drei Kinder, aber gottseidank ein Haus und keine Schulden.“

Klarheit kann nur eine Biopsie bringen. Der Urologe findet bei 18 Proben zwölf Treffer und sagt dennoch zu seinem Patienten: „Alles gut, einfach mal setzen lassen.“ Nach einer Minute Stille fragt er: „Können wir weiterreden?“ Jetzt muss über die Therapie entschieden werden. Bestrahlen oder operieren? Der Facharzt rät – „in Ihrem Alter“ – zur OP, und er empfiehlt Tuncbilek, sich eine Zweitmeinung einzuholen. Es bleibt letztlich bei der Empfehlung zur Operation. Die Bestrahlung könnte in diesem Fall auch Bereiche des Darms oder der Blase treffen. Der Nürtinger Urologe gibt noch zwei Empfehlungen. Erstens: Zu Prof. Dr. Serdar Deger in die medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT gehen, der Jahr für Jahr beim Ärzte-Ranking einen Top-Platz erhält. Zweitens: vor der OP noch Urlaub machen, denn nach dem Eingriff wird vielleicht das Wandern eine Zeitlang nicht angenehm sein.



Zertifiziertes Prostatakarzinom Zentrum

Das Prostatakarzinom ist in Deutschland mit jährlich 11.000 Todesfällen die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Solange das Tumorleiden auf die Prostata beschränkt ist, kann es durch verschiedene Behandlungen, wie operative Entfernung oder Bestrahlung der Prostata, geheilt werden.

Die enge Kooperation mit niedergelassenen Urologen und Hausärzten sichert eine qualitativ hochwertige Betreuung. Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel garantieren höchstes medizinisches und pflegerisches Niveau.

In den Bergen hat der damals 46-Jährige viel Zeit zum Nachdenken. Natürlich will er sich nichts anmerken lassen, aber natürlich weiß seine Frau, was ihn beschäftigt: die Frage „Wie lange habe ich noch?“. Dennoch tut der Urlaub gut und am 12. September 2017 fährt Tuncbilek nach Ruit. „Sie brauchen keine Angst zu haben, es gibt Schlimmeres“, beruhigt ihn Chefarzt Deger, „und ich werde selbst operieren.“ Am nächsten Morgen ist es so weit. Um 8.30 Uhr wird der Patient abgeholt. „Wir sehen uns dann um halb eins wieder“, hört er den Chefarzt noch sagen, dann dämmt er weg. Um 11.30 wacht er wieder auf. Nachmittags kommt der Chefarzt an sein Bett, schaut sich die Arbeit an und muntert seinen Patienten auf: „Stehen Sie auf, raus aus dem Klinik-Hemdchen, ziehen Sie ein T-Shirt an. Sie sind doch nicht krank!“. Volle Garantie kann Deger aber noch nicht geben. Er hat die Prostata mit den Samenblasen entfernt, in der Fachsprache eine laparoskopische radikale Prostatektomie. Aber saß das Karzinom nur in der Kapsel oder haben sich die kranken Zellen schon weiter verbreitet? Zwei Tage später liefert die Pathologie die gute Nachricht: Patient Tuncbilek kann wieder strahlen und darf nach Hause. Was bleibt sind eine kleine Narbe vom Schnitt schräg unterm Bauchnabel sowie die zwei Pünktchen, wo Kamera und Instrumente durchgeführt wurden.

Noch ein kleines Tal muss Isa Tuncbilek durchschreiten: Nachdem der Katheter entfernt wurde, ist er zunächst inkontinent. Der 46-Jährige braucht Einlagen, alle zwei Stunden eine frische. Doch er sagt sich: „Mann, du bist am Leben, hast Frau und drei Kinder. Sammle dich!“ In der anschließenden Reha werden die Abstände zwischen den Einlagen-Wechseln größer. Er lernt Übungen für die Beckenbodenmuskulatur. Bis heute legt er jeden Morgen für sieben bis zehn Minuten die Übungs-CD ein – nur am Wochenende pausiert er, „um die Muskeln in Laune zu halten“, wie er sagt. Heute sei er zu 98 Prozent dicht, erzählt er, und auch beim Sex gebe es keine Probleme.

„Seine Prognose ist gut“, sagt Professor Deger, „es gibt aber keine Garantie auf keine Progression, deswegen muss er weiterhin Nachsorgeuntersuchungen wahrnehmen.“ Isa Tuncbilek hält



Gesunde Prostata



Prostatakrebs Stadium 3



Beim Prostatakarzinom handelt es sich um einen bösartigen Tumor der Vorsteherdrüse des Mannes. Prostatakrebs ist mit ca. 26 Prozent in Deutschland unter Männern die häufigste Krebserkrankung. Pro Jahr werden nach Angaben des Robert Koch-Instituts bundesweit etwa 63.400 Neuerkrankungen diagnostiziert. Die Häufigkeit nimmt seit fast drei Jahrzehnten stetig zu. Das ist überwiegend auf neue Methoden zur Früherkennung zurückzuführen.

Die Prostata ist eine ca. vier Zentimeter große walnussförmige Drüse. Sie sitzt direkt unterhalb der Harnblase und umschließt dort ringförmig die Harnröhre, die den Urin von der Blase bis zur Eichel leitet. Ihre Hauptfunktion besteht darin, einen Teil der Samenflüssigkeit zu produzieren, welche die Spermien transportiert. Die Drüse bildet außerdem ein Prostata-spezifisches Antigen (PSA), das auch im Blut nachweisbar ist und Schlüsselrolle bei der Früherkennung von Prostatakrebs spielt. (Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft)

sich an den Ratschlag, schaut einmal im Vierteljahr bei seinem Urologen vorbei und lässt den PSA-Wert kontrollieren. Halbjährlich wird mit Ultraschall überprüft. Zudem nimmt Tuncbilek an der Nürtinger Prostata-Selbsthilfegruppe teil. Er ist bei weitem der Jüngste, aber froh, dass man hier über alles reden kann und sich gegenseitig motiviert. Die Gruppe lädt außerdem gelegentlich Mediziner zu Vorträgen ein.

Hat sich seine Einstellung zum Leben geändert? „Klar, man sieht, was im Leben wirklich wichtig ist“, sagt Isa Tuncbilek. Er genieße das Leben bewusster, fahre mit der Familie im Wohnwagen weg, mache mit den Kumpels Moped-Ausflüge. „Ich sehe vieles lockerer. Aber ich vergesse nicht, dass mir der Sensenmann gewunken hat und gesagt hat ‚Ich hab` dich im Blick!‘.“ *M*



Prof. Dr. med. Serdar Deger
Chefarzt
Klinik für Urologie
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Tel. 0711 / 4488-11350



BLICKDICHT



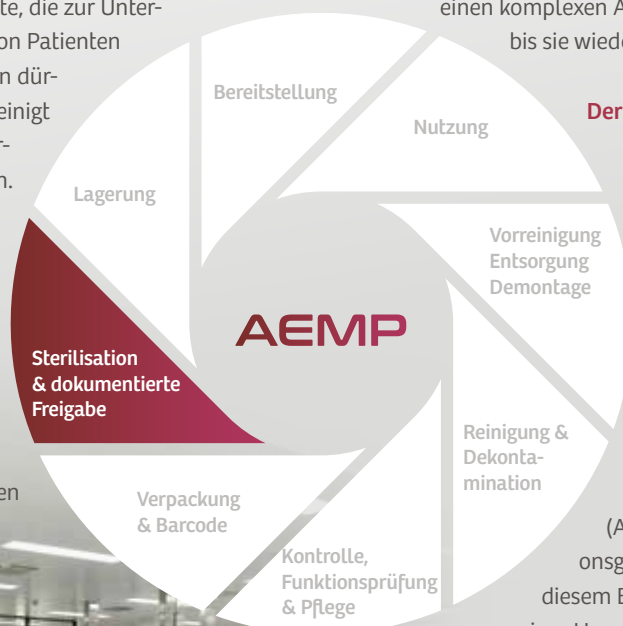
Mit Volldampf in die „Spülmaschine“

Wenn andere denken, es ist sauber, geht's hier erst richtig los

Die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) führt ein regelrechtes Schattendasein. Dies liegt in der Natur der Sache, denn hier geht es um Hygiene und Besucher sind in den Räumen der AEMP daher unerwünscht und auch gar nicht zulässig. Die sorgfältige Aufbereitung der Medizinprodukte gehört jedoch ins rechte Licht gerückt, denn sie ist aufwändig und absolut systemrelevant für den sicheren Klinikbetrieb. Neben den Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG), die aussehen wie „Hightech-Spülmaschinen“, sind auch eine Menge Handarbeit und Fingerfertigkeit gefragt.

Alle sterilen Medizinprodukte, die zur Untersuchung und Behandlung von Patienten mehrmals eingesetzt werden dürfen, müssen maschinell gereinigt und desinfiziert, geprüft, verpackt und sterilisiert werden. Wir sprechen hier sowohl von Skalpell und Scheren, aber auch von hoch komplexen Operationsinstrumenten wie beispielsweise MIC-Instrumenten (minimal-invasive Chirurgie) und Endoskopen. Alle Instrumente durchlaufen

einen komplexen Aufbereitungsprozess von ca. 3 Stunden bis sie wieder einsatzbereit sind.



Der unreine Bereich

Die Instrumente kommen nach der Benutzung zuerst in den sogenannten unreinen Bereich der AEMP. Da sich an den Instrumenten oft Blut, Gewebe, Knochenbestandteile oder Mikroorganismen befinden, werden diese nach einer manuellen Vorbehandlung mithilfe von Kunststoffbürsten, Dampfstrahlern oder Ultraschall zuerst vorgereinigt (Abb. 1). Aufgrund der Kontaminationsgefahr tragen die Mitarbeitenden in diesem Bereich Schutzkleidung. Im Gegensatz zu einer Haushaltsspülmaschine werden hierzu die sogenannten RDGs verwendet: In einem Spülgang wird nicht nur gereinigt, sondern auch desinfiziert. Dafür werden alle Instrumente (teilweise in ihre Einzelteile auseinandergelassen) auf einem Wagen ausgebreitet, Instrumente mit Hohlräumen





oder Kanülen werden aufgesteckt, damit alles durchspült wird. Bei diesem Prozess wird erst mit Wasser bei 65 Grad gereinigt und danach bei 95 Grad thermisch desinfiziert und schließlich getrocknet (Abb. 2).

Nicht nur sauber, sondern rein

Der Übergang vom unreinen in den reinen Bereich sind die Maschinen selbst, die als Durchreichemaschinen konzipiert sind und so eine Trennung beider Räume gewährleisten (Abb. 3).

Alles im Reinen

Die Maschinen werden auf der reinen Seite entleert, die Instrumente nach ihrer Zugehörigkeit sortiert, auf Sauberkeit und Funktion geprüft und mit einem Spezialöl gepflegt und gegebenenfalls wieder zusammengebaut. Jedes Produkt geht durch die sorgfältigen Hände eines Mitarbeitenden und wird (im Detail sogar mit einer Lupe) auf absolute Sicherheit geprüft (Abb. 4+5). Schließlich werden die Instrumente – je nach Verwendungsart – in Beuteln oder Sieben verpackt, die Siebe werden dann in Containern verstaut und schließlich mittels eines Transportwagens in die Sterilisatoren geschoben, wo sie ca. eine Stunde bei 134 Grad in einem sogenannten Autoklav dampfsterilisiert werden (Abb. 6). Die Container sind mit Filtern ausgestattet, die durchlässig für Dampf sind, aber nicht für Mikroorganismen. Nach Abschluss dieses Prozesses werden die Instrumente wieder für ihren nächsten Einsatz in die Operationssäle oder entsprechenden Abteilungen gebracht.

Sicher ist sicher

Um festzustellen, welches Instrument zu welchem Set oder Container gehört, sind alle Instrumente in Datensätzen sowie Packlisten für bestimmte Anwendungen und Operationsarten erfasst (Abb. 7). Jedes verpackte Produkt (Beutel, Siebe, Container) erhält ein Etikett mit einem Barcode (Abb. 8+9), das den Inhalt definiert und die Nachverfolgung des Reinigungs-

prozesses garantiert. Die Container erhalten zusätzlich eine Verplombung, die erst im OP wieder geöffnet wird. Da auch die Mitarbeitenden einen eigenen Barcode haben, ist jederzeit nachvollziehbar, wann und von welchem Mitarbeitenden die Instrumente geprüft, verpackt und sterilisiert wurden. Der gesamte Prozess verläuft edv-gestützt, so dass sichergestellt ist, dass die passenden Teile in den Sieben vollständig sind (Abb. 7).

Um den steigenden hygienischen Standards und somit der Patientensicherheit gerecht zu werden, muss jeder Mitarbeitende der AEMP seine fachliche Qualifikation durch Fachkurse mit abschließender Prüfung nachweisen. *M*



vo. v. li: J. Kranhold, N. Hartmann, A. Kraus, E. Pyka, C. Horwath
Mitte v. li: F. Mahsar, M. Kambir, N. Rotenberger
hi. v. li: F. Shehab, N. Pfeiffe

FAKTEN, FAKTEN, FAKTEN

- » 19 Mitarbeitende
- » Arbeitsbetrieb im 2-Schicht-System
- » 520 qm Fläche (nach der Erweiterung im Jahr 2022)
- » 8 Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (davon 2 Groß-RDGs), die 2x jährlich gewartet und 1x jährlich validiert werden
- » 3 Dampfsterilisatoren
- » 30 Jahre lang müssen alle Dokumentationen archiviert werden und nachweisbar sein



SCHULTERBLICK

BLICK IN DIE BLACK BOX

Eine Operation im Hybrid-OP



Die Operationssäle sind für Patientinnen und Patienten in der Regel eine Black-Box. Wenn sie in den OP kommen, befinden sie sich häufig schon in Narkose. Umso spannender ist es für mich als Mitarbeiterin der Kommunikationsabteilung als „stiller Zuschauer“ an einer Operation in einem der modernsten Operationssäle teilzunehmen, die es im Augenblick gibt: Der Hybrid-OP-Saal der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin an der medius KLINIK NÜRTINGEN. Für die Operateure, Chefarzt Dr. Christoph Lutz und Oberärztin Dr. Annette Deckert, ist die Operation reine Routine, für mich ein medizinisches und technisches Erlebnis ganz besonderer Art.

zuständig sind, unterstützt. Ein 3-köpfiges Anästhesie-Team bedient die Monitore und Instrumente am Kopfende des OP-Tisches. Es überwacht während der gesamten OP die Vitalparameter der Patientin (Atem- und Herzfrequenz, EKG etc.), die jetzt bereits in Narkose liegt.

Die Operation wird vorbereitet, die Patientin wird abgedeckt und die erforderlichen Körperstellen sorgfältig desinfiziert. Alles wirkt ruhig und routiniert, jeder Handgriff sitzt und geht zügig vonstatten. Die Operateure stimmen sich nochmals mit dem leitenden Anästhesisten ab – dann geht es los.

Über die Leiste der Patientin wird je ein Zugang in die zwei Beckenarterien eröffnet, die zur Hauptschlagader führen, wo der eigentliche interventionelle Eingriff stattfindet. Über beeindruckend lange Führungsdrähte und Katheter, die auf dem mehr als 4m langen Operationstisch ausgebreitet werden müssen, gelangt der Operateur in die Schlagader, wo die Prothese positioniert wird. Ein faszinierendes Geschehen, wenn man bedenkt, wie unglaublich filigran die Führungsdrähte und Katheter (der stärkste Draht mit nur 0,89mm) sind, mit denen der Stent eingeführt wird.

Ich bin beeindruckt, mit welcher Routine, Konzentration, Fingerfertigkeit und nicht zuletzt Ruhe und Besonnenheit alle Beteiligten arbeiten. Ein riesengroßer, ca. 1,5m breiter Bildschirm ist das Zentrum des Geschehens. Die eigentliche Operation erfolgt endovaskulär, das heißt innerhalb der Gefäße, und wird über die Röntgengeräte und Computer-

Bei „meiner“ OP wird eine 75-jährige Patientin mit Bauchaorten-Aneurysma (eine gefährliche Erweiterung der Gefäßwand der Bauchschlagader) operativ behandelt. Es ist eine sogenannte Stentgraft-Implantation geplant, um die Aorta zu stabilisieren. Bevor ich den OP-Saal betreten darf, muss ich grüne Funktionskleidung, OP-Haube, Mundschutz und Gummischuhe anziehen und gründlich die Hände desinfizieren. Schließlich kommt noch eine schwere Bleiweste als Röntgenschutz hinzu. Ich fühle mich wie ein Raumfahrer. Der Operationssaal, den ich jetzt betrete, sieht aber nicht minder nach Raumfahrt aus. Grund für die Bleiweste ist die riesige Röntgenanlage, die am Operationstisch platziert ist und den Patienten in allen erdenklichen Richtungen umkreisen kann. Zahlreiche piepsende und blinkende Bildschirme, an denen das Team schon tätig ist, ergänzen meinen ersten Eindruck.

Das OP-Team besteht aus vier Personen: Zwei Operateure werden von zwei OP-Schwestern, die für die zügige Beschaffung und das Anreichen von Material und Instrumenten



tomografen auf den Bildschirm übertragen. Der Raum ist in ein grünes ergonomisches Licht getaucht, um die Augen der Operateure zu entlasten und das Bild noch deutlicher erkennen zu lassen. Für einen Laien wie mich anfangs etwas befremdlich, aber ich gewöhne mich daran.

Nach rund zweistündiger konzentrierter Arbeit des Teams um Chefarzt Dr. Lutz ist die Operation erfolgreich abgeschlossen. Das Blut fließt nun durch die in der Hauptschlagader liegende Stentprothese und die Arterien können wieder verschlossen werden. Nun geht alles ganz schnell. Der Chefarzt dokumentiert den OP-Verlauf, das Team erfasst den Materialverbrauch, alle Bildschirme, Instrumente, Böden etc. werden gereinigt und desinfiziert. Alles wird so sorgfältig und professionell erledigt, als wären die Heizelmännchen am Werk, die sich jeder zuhause wünscht.

Gemeinsam mit dem Team verlasse ich den OP-Saal, wo schon alles für den nächsten Eingriff vorbereitet wird. Für alle war das „the same procedure as every time“, aber für mich als Laien war es einmalig – informativ und spannend zugleich. Ich bin nachhaltig beeindruckt von der Leistung dieser konzentrierten und filigranen Teamarbeit. *M*



Dr. med. Christoph Lutz
Chefarzt

Klinik für Gefäßchirurgie
und Gefäßmedizin
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-21500



Dr. med. Annette Deckert
Oberärztin

Klinik für Gefäßchirurgie
und Gefäßmedizin
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-21500

Hybrid-Operationssaal

Den Mittelpunkt des Hybrid-OPs bildet der multifunktionale OP-Tisch, der mit einer der modernsten Röntgenanlagen sowie einem Computertomografie-Programm verbunden ist. Während der OP werden immer wieder dreidimensionale Bilder aufgenommen, mit älteren Aufnahmen verglichen und überlagert. Durch die Zusammenführung chirurgischer und interventioneller Verfahren stehen dem Operateur alle Therapieoptionen offen, um das Behandlungskonzept individuell an den Patienten anzupassen.

Stentgraft

Die Stent-Prothese besteht aus einem ganz feinen, flexiblen Metallgeflecht (Stent), das mit einem weichen synthetischen Stoff überzogen ist (Graft). Sie wird in zusammengefaltetem Zustand mittels eines Katheters über die Leiste in das Gefäßsystem eingeführt und dann freigesetzt, das heißt geöffnet. So kann die Aorta von innen stabilisiert werden. Die richtige Position der Prothese kann unter Röntgenkontrolle mit einem Kontrastmittel gefunden werden, winzige Röntgenmarker an verschiedenen Positionen des Stentgrafts erleichtern diesen Prozess.



BLICK NACH
VORNE

Karriere im Blick

Heute gibt es eine Vielzahl an Pflegeberufen mit unterschiedlichsten Schwerpunkten. Man kann sich aus-, fort- und weiterbilden und Experte eines medizinischen Fachgebiets oder bestimmten Bereichs werden. Auch die Akademisierung in der Pflege schreitet voran. Es gibt es eine Vielzahl von Studiengängen. Die Karrierechancen und Perspektiven sind enorm vielseitig. Und: Pflegeberufe stiften Sinn und machen Spaß. Mona Haasler und Tamara Eichenbrenner, Pflegekräfte der medius KLINIKEN, schildern ihren Weg:

Pflegestudium verknüpft Wissenschaft mit Praxis

Mona Haasler befindet sich gerade im fünften Semester des Dualen Studiums „Angewandte Pflegewissenschaft“. Sie studiert an der DHBW Stuttgart und wird im Oktober 2023 mit dem Bachelor abschließen. Ihr Arbeitgeber sind die medius KLINIKEN. Seit dem Abschluss ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im Jahr 2014 arbeitet die engagierte junge Frau auf der Privatstation D25 in Ruit. Mittlerweile ist sie sogar als stellvertretende Leitung tätig. Doch ihr wissenschaftlicher Durst und ihr großes medizinisches Interesse treiben sie weiter an. Durch ihr Studium will sie künftig noch wissenschaftlicher arbeiten, neueste Erkenntnisse und Strategien kennenlernen und umsetzen sowie betriebswirtschaftliche Hintergründe verstehen. Denn das sind Kompetenzen, welche man im Studium erwirbt.

Das Studium „Angewandte Pflegewissenschaft“ bereitet die Studierenden auf die gestiegenen Anforderungen in der Pflege vor und soll sie in die Lage versetzen, pflegerische Strukturen zu verstehen und zu verbessern, an neuen Versorgungsstrukturen und -prozessen zu arbeiten und auch leitende Positionen zu besetzen. Das Studium verknüpft die berufliche Praxis mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zudem ermöglicht es einen breiten Wissenstransfer innerhalb des Pflegepersonals in den Krankenhausabteilungen.

Mehr Flexibilität und mehr Qualität

Auf der Station D25 arbeitet Mona Haasler als 100-Prozent-Kraft. Für das Studium wird sie pro Semester fünf Wochen freigestellt. Die Akademisierung in der Pflegebranche findet sie

gut, in anderen Ländern sei das schon längst so: „Der Pflegeberuf an sich bietet zwar ein breites Arbeitsfeld, dieses wird aber durch ein Studium noch vergrößert. Dadurch entsteht mehr Flexibilität. Außerdem erhalten die Pflegekräfte mehr Kompetenzen“, erklärt Mona Haasler. So steige auch das gesellschaftliche Ansehen des Berufs.

„Natürlich ersetzt ein akademischer Abschluss keine Pflegeberufe, vielmehr ergänzt er diese. Das Wissen der Pflegekräfte wird dadurch tiefer. Das Studium vermittelt zudem einschlägiges Wissen bezüglich Führungsstrategien und Managementaufgaben“, betont sie weiter.

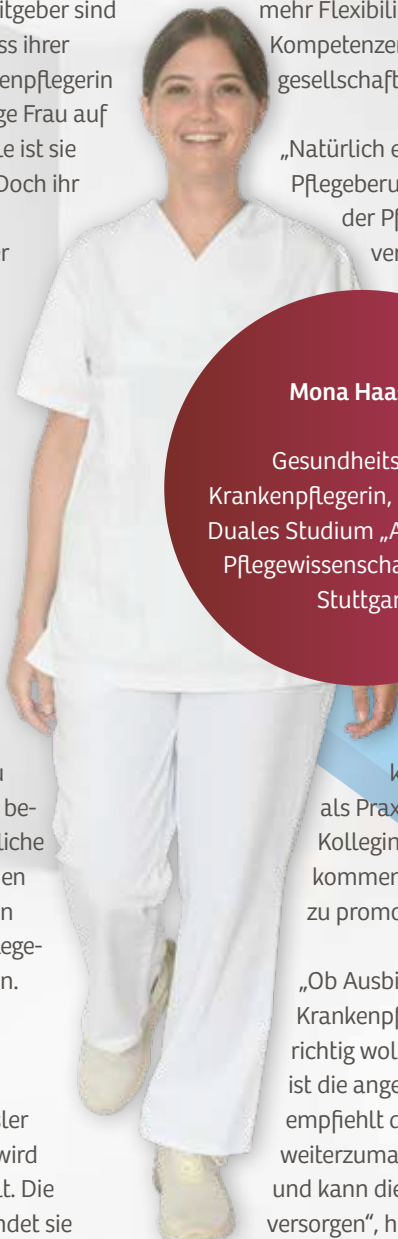
Mona Haasler

Gesundheits- und
Krankenpflegerin, 5. Semester
Duales Studium „Angewandte
Pflegewissenschaft“ DHBW
Stuttgart

Viele Zukunftschancen

Nach ihrem Bachelor hat Mona Haasler mehrere Möglichkeiten. Zum Beispiel könnte sie als Pflegeexpertin ganz praxisnah am Bett der Patienten arbeiten, zusätzlich aber noch für die Einhaltung der Qualitätsstandards sorgen und die unterschiedlichen Berufsgruppen der jeweiligen Abteilung koordinieren und zusammenführen helfen. Auch als Praxisanleiterin zur Unterstützung neuer, junger Kolleginnen und Kollegen könnte sie später zum Einsatz kommen. Natürlich hätte sie auch noch die Möglichkeit zu promovieren, aber das ist jetzt noch kein Thema.

„Ob Ausbildung zur examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Studium: Man muss den Beruf richtig wollen und mit dem Herzen dabei sein“, davon ist die angehende Pflegewissenschaftlerin überzeugt. Sie empfiehlt das Studium unbedingt weiter: „Es lohnt sich weiterzumachen. Man bekommt einen anderen Blickwinkel und kann die Patienten mit einer ganz anderen Qualität versorgen“, hebt sie hervor.



APN – was ist das und wozu?

APN steht für Advanced Practice Nurse, das sind Pflegefachkräfte mit einer erweiterten und vertieften Pflegeexpertise. Die 27-jährige Tamara Eichenbrenner wird eine solche Expertin: Sie hat den Bachelor an der DHBW (Dualen Hochschule Baden-Württemberg) abgeschlossen und absolviert gerade das Masterstudium APN.

Ihr Know-how bringt die studierte Pflegerin seitdem in der Neurologie der medius KLINIK KIRCHHEIM ein. Doch nicht nur das: Darüber hinaus arbeitet sie gerade an ihrem Master an der University of Applied Science in Frankfurt. Das heißt für die junge Frau: 70 Prozent Arbeit in der Klinik plus Studium on top. 2023 wird sie ihren Master in der Tasche haben.

Das Masterstudium befähigt vor allem zu forschungsgestütztem, wertebasiertem und lebensweltorientiertem Pflegehandeln auf Basis des aktuellen Stands von Wissenschaft und Praxis im Gesundheitswesen (Evidenzbasierte Pflegepraxis). Fachkräfte mit einer entsprechenden Ausbildung wie Tamara Eichenbrenner können mit Hilfe ihres Know-hows zum Beispiel Kollegen schulen und anleiten, (Forschungs-)projekte betreuen und neue Standards implementieren. Das Masterstudium beinhaltet u.a.: Diagnostische Prozesse, Beraten und Anleiten, Case Management, Clinical Leadership, Entwicklung einer APN Rolle und einen hohen Anteil wissenschaftliches Arbeiten.

APN sind in anderen Ländern Standard

Die akademische Qualifikation von Pflegekräften und die Integration in die klinische Pflege ist in vielen Ländern, vor allem den

USA, längst Standard. Auch bei uns in Deutschland wird sie mehr und mehr gefordert. Eine Vielzahl an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es bereits und die Berufsbilder in der Pflege verändern sich mehr und mehr.

„Als APN ist man eine Pflegekraft, welche sich ein Expertenwissen auf einem bestimmten Fachgebiet angeeignet hat. Dadurch hat sie die Fähigkeit zur klinischen Entscheidungsfindung, auch in komplexen Pflegesituationen“, so Tamara Eichenbrenner. Sie möchte sich vor allem auf das Fachgebiet Delir (akute Verwirrtheit) spezialisieren und ihr Wissen in diesem Gebiet auch weiterhin vertiefen.

In der Klinik für Neurologie der medius KLINIK KIRCHHEIM bekommt sie bezüglich ihrer Masterausbildung große Unterstützung. „Meine Kolleginnen und Kollegen nehmen mein Studium sehr positiv wahr“, freut sich die Studierende. Bereits beim Einstellungsgespräch hatte sie offen kommuniziert, dass ein Masterabschluss berufsbegleitend ihr Ziel ist. Gemeinsam mit der Pflegeleitung wurde ein Weg gefunden, um Pflegejob und Studium zu kombinieren.

Praxis ist das A und O

Tamara Eichenbrenner glaubt, dass langfristig immer mehr akademische Pflegekräfte gefragt sein werden, schon wegen der immer komplexeren Krankheitsbilder. Doch: „Man ist nicht gleich Pflegeexperte, weil man einen Master hat“. Die Praxis sei das Wichtigste. Für eine richtige Fachexpertise seien fünf bis zehn Jahre Praxiserfahrung nötig, glaubt sie. *M*



Tamara Eichenbrenner

B.Sc Advanced Practice Nurse, Duales Studium DHBW Stuttgart



BLICKSPRÜNGE

Auf dem Sprung nach Ruit

Dr. Micha Hoyer wird neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie – Spezialist für Fuß- und Sprunggelenk

Die meisten Fußballer und Tennisspieler wissen genau, wo das Sprunggelenk sitzt und wie schmerzhaft ein „überdapter“ Fuß sein kann. Dr. Micha Hoyer weiß es ebenfalls. Als junger Mann hat er in der Landesliga gekickt und heute spielt er Tennis im Ü40-Team des TC Weißenhof. Hoyer weiß aber auch, wie man ein Sprunggelenk repariert.

Der 48-jährige Mediziner hat sich auf die Behandlung von Fuß- und Sprunggelenk spezialisiert und verfügt insbesondere über viel Erfahrung bei der Implantation von Gelenksprothesen. Anfang Januar wird er als Nachfolger von Chefarzt Prof. Dr. Gerhard Hehl die Leitung des Bereiches Orthopädie und Unfallchirurgie an der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT übernehmen. Derzeit ist Hoyer noch Chefarzt am Diakonie-Klinikum Stuttgart, die beste Adresse Baden-Württembergs in Sachen Fuß- und Sprunggelenk. Hoyer wird aus seinem Team drei Ärzte und Ärztinnen mitbringen. Oberärztin Susanne Frister bringt Expertise zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms mit. Fachärztin Dr. Lisa Fänger rückt Hallux und Hammerzehen minimal-invasiv zu Leibe. Zudem wird mit Schulterspezialist Jan Westrich die Domäne von Professor Hehl wieder erstklassig besetzt.

Nach dem Studium an den Universitäten Greifswald, Heidelberg und Berlin arbeitete Hoyer an den Enzweiskreiskliniken, dem Klinikum Stuttgart-Bad Cannstatt, dem Klinikum Heilbronn, dann als Oberarzt Unfallchirurgie im Katharinenhospital und zuletzt am Diakonie-Klinikum Stuttgart. Die Position in Ruit hat ihn gereizt, weil er die gesamte Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie leitet. Und weil die medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT derzeit neue Operationssäle baut. „Alles da, um Vollgas zu geben“, sagt Hoyer voller Vorfreude.

Spezialisten wie Micha Hoyer gibt es wenige im Land. Von den deutschlandweit rund 1300 Sprunggelenksprothesen pro Jahr setzt der Stuttgarter rund 100 ein. Das Fuß- und Sprunggelenk ist ein komplexes Gebilde: Bänder, Gelenke, Sehnen. „Wenn ein Teil nicht richtig funktioniert, bricht das ganze System zusammen“, erklärt der Orthopäde, „da geht es nicht nur um ein bisschen hinken.“

Dr. med.
Lisa Fänger



Dr. med.
Micha Hoyer





In seinem Team ist Hoyer der Spezialist für Sportverletzungen, für Band- und Knorpelprobleme. Er behandelt viele Leistungssportler, insbesondere Handballer und Eishockeyspieler. „Der Verschleiß ist nicht das Problem beim Sprunggelenk, es sind die Verletzungen“, erläutert Hoyer. Häufig seien es nicht richtig behandelte Bänderrisse, Brüche oder Entzündungen, die Sporttreibende viele Jahre später zum Spezialisten führen. Der darf dann die Folgeschäden – Arthrosen und Fehlstellungen – in Ordnung bringen. Vor zehn, 15 Jahren wurde das schmerzende Sprunggelenk meist versteift. Heute wolle man die Beweglichkeit durch Knorpelrekonstruktion oder Gelenksprothesen erhalten.

Die 3D-Planung und eine mit dem 3D-Drucker angefertigte Schablone ermöglichen, dass das Implantat passgenau auf den Knochen gesetzt wird und alle Bewegungsachsen stimmen.

So wie die Volkskrankheit Diabetes zunimmt, so bekommen Orthopäden immer häufiger das diabetische Fußsyndrom zu Gesicht. „Der Zucker schädigt die Nerven, die Leute spüren ihre Füße nicht mehr und laufen sie kaputt“, schildert Hoyer anschaulich. Wer den Stein im Schuh nicht spürt, der hat abends einen offenen Fuß, der aufgrund des Diabetes schlecht verheilt. Hoyer setzt auf die Zusammenarbeit mit Chefarzt PD Dr. Dr. Andrej Zeyfang, der in Ruit die Klinik für Innere Medizin, Altersmedizin, Diabetologie und Palliativmedizin leitet. Hauptziel beim fußkranken Diabetes-Patienten ist, eine Amputation zu vermeiden. Durch die Zusammenarbeit von Fußchirurg und Diabetologe gelinge das immer häufiger, sagt Hoyer. Die Quote liege inzwischen unter fünf Prozent. Das versteifte Fußgelenk ist Gold wert: Der Patient kann sich immer noch bewegen und somit viel Lebensqualität bewahren.

Die Arthroskopie-OP ist eine relativ harmlose Geschichte: zwei kleine Schnitte, um Kamera und Instrumente einzuführen, dann werden die knöchernen Wucherungen entfernt. Ist jedoch die Arthrose fortgeschritten, greift der Orthopäde zum Ersatzteil aus Titan, patientenspezifisch angefertigt. Mit dem neuen Gelenk könne man sich wieder sportlich betätigen, sagt Hoyer, vorausgesetzt, es sitzt hundertprozentig perfekt.

Susanne Frister



Die Behandlung allerdings ist langwierig. Deshalb ist die Unterstützung durch Physiotherapeuten, Wundmanager, Orthopädie-Schuhmacher und Reha-Mediziner wichtig. Hoyer setzt dabei auch auf das Vitalcenter an der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT.

M



**Dr. med.
Micha Hoyer**
Chefarzt

Klinik für Unfallchirurgie
und Orthopädische Chirurgie
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Telefon 0711 / 4488-11700



BLICKKONTAKT

PFLEGE AUS *unterschiedlichen* BLICKWINKELN

Zwei Berufsstarterinnen im Gespräch mit einer erfahrenen Kollegin

Barbara Schwarz ist seit 42 Jahren mit Leib und Seele Pflegerin – vor allem nachts arbeitet die 62-Jährige gern. Sie ist in der Unfallchirurgie der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT als examinierte Pflegekraft angestellt. Im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs mit den Berufsanfängerinnen Julia Greenaway und Clara Thorwart-Gumpert, die beide im dritten Ausbildungsjahr sind, geht es um persönliche Erfahrungen, Erwartungen und vor allem darum, die jeweils unterschiedlichen Blickwinkel wahrzunehmen.

Aktuell ist Barbara Schwarz froh, bei ihren Nachtschichten einen Springer zur Seite zu haben, denn die Betreuung von bis zu 40 Patienten ist anspruchsvoll. Clara Thorwart-Gumpert (21 Jahre) und Julia Greenaway (45 Jahre) nicken verständnisvoll, während sie von ihrer Arbeit auf der Station erzählt, denn auch sie haben die Erfahrung gemacht, wie zackig es teilweise laufen muss. Gerade in solchen Momenten seien deshalb die Erfahrungen älterer Kollegen sehr hilfreich. „Man kann sehr viel von ihnen lernen und dabei gegenseitig Vorurteile abbauen“, davon sind die beiden überzeugt.

Barbara Schwarz blickt zurück: „In den 90er Jahren gab es sehr viele freundschaftliche Verbindungen unter den Pflegerinnen und Pflegern. Der Zusammenhalt war groß und man hat sich gegenseitig viel ausgeholfen“. Heute arbeite jeder mehr für sich allein, glaubt sie. Das bestätigen auch die beiden Schülerinnen, verweisen aber auf die guten Strukturen und die Vorteile durch die Praxisanleiter.

Die völlig anderen Anforderungen in der Ausbildung heute beschäftigen beide Generationen.

Anspruchsvolle Ausbildung in heutiger Zeit

„Die Ausbildung heutzutage ist sehr umfangreich und man kann anschließend überall eingesetzt werden – ob in der Geriatrie oder der Kinderabteilung“, erklärt Clara. Das war bei Barbara noch ganz anders. Sie hat noch „Krankenschwester“ gelernt, da sei zum Beispiel Kinderpflege eine völlig andere Ausbildung gewesen. „Ich habe großen Respekt vor der Ausbildung der jungen Leute, die haben viel Druck“, meint sie. „Ich glaube, wir hatten es etwas relaxter“. Dafür gab es andere Probleme, zum Beispiel war es in den 80er und 90er Jahren schwierig, eine passende Anstellung zu finden. Damals gab es kaum offene Stellen. „Heute dagegen wird man überall mit Handkuss genommen“, bemerkt Julia. Sie

Von links nach rechts:
Clara Thorwart-Gumpert,
Barbara Schwarz,
Julia Greenaway



WAR DAS FRÜHER WIRKLICH SO?

Stimmt es, dass man als Pflegerin früher auch Know-how im Breikochen haben musste?

Das stimmt tatsächlich, wir mussten auf den Stationsküchen, die es heute ja nicht mehr gibt, zum Beispiel Brei oder Haferschleimsuppe kochen. Das war wichtig für bestimmte Patienten, zum Beispiel solche, die gerade eine Blinddarm-OP hinter sich hatten.



dass man viele wichtige Handgriffe beim Umgang mit Patienten von den Kolleginnen erlernt. „Ältere Pflegerinnen und Pfleger haben eine andere Wahrnehmung, das ist oft von Vorteil“, meint Julia. Andererseits sei

der Blickwinkel der jungen

Leute auch für die Älteren interessant und oft eine Bereicherung.

Der Druck ist größer

Insgesamt beklagen die Jungen den Druck auf den Stationen und die vielen Aufgaben, denen man im Stationsalltag gerecht werden muss. Barbara bestätigt: „Das war früher nicht so, man hatte mehr Zeit für die Aufgaben und für die Patienten.“ Clara: „Heute sind die Patienten kürzer da, das ist ja eigentlich positiv. Es ist auch schön zu sehen, wie schnell eine Genesung heutzutage möglich ist und wie schnell der Patient mobilisiert werden kann.“ Auch Julia findet es beeindruckend, dass Menschen nach zum Teil großen Eingriffen bald wieder mobil sind.

Was wünscht man sich?

Was wünschen sich nun Jung und Alt für die Zukunft ihres Berufs? Die Antwort lautet, flexiblere Arbeitszeiten zum Beispiel und mehr Zeit für den kommunikativen Austausch zwischen den Pflegekräften, vor allem zwischen Jung und Alt. Denn: „Man muss auch Zeit haben, um miteinander zu reden“.

Die jungen Pflegekräfte wünschen Barbara, sie möge solange sie noch dabei ist, ihre Freude an der Arbeit behalten und, wenn sie aus dem Beruf scheidet, ein rückblickend erfüllendes Gefühl haben. Julia wünscht sich für sich, dass sie in Ruit bleiben kann. Sie will von dem etwas zurückgeben, was sie während ihrer Ausbildung bekommen hat. Clara wünscht sich, dass sie die richtige Station findet, jeden Tag etwas Neues lernt und ihren Beruf langfristig attraktiv findet.

Zum Ende des Gespräches gibt es von Barbara noch ein dickes Lob für den Nachwuchs: „Wenn alle so wären wie Ihr, das wäre super“.

M

ist nach über 20 Jahren am Staatstheater Stuttgart, wo sie im Bereich Bühnenbild gearbeitet hat, in die Pflege gewechselt, weil das eigentlich schon immer ihr bevorzugtes Berufsressort gewesen ist. Jetzt hat sie ihren Traum endlich in die Tat umgesetzt. „Das war der beste Schritt, den ich beruflich machen konnte“, freut sie sich. Sie und Clara sind in derselben Klasse, 2023 machen sie ihren Abschluss als examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen.

Digitalisierung gehört dazu

Beim Thema Digitalisierung sind sich die drei einig: „Man muss sich reinfuchsen!“ Doch eine gute Vernetzung im medizinischen und Krankenhausbereich finden alle wichtig. Barbara bezeichnet sich sogar als äußerst IT-affin: „Ich würde gerne was mit IT studieren, wenn ich nochmal jung wäre“, erzählt sie. Doch der Pflegeberuf ist eigentlich schon ihr Ding und auch die beiden Schülerinnen lieben ihre Ausbildung und freuen sich auf den künftigen Job. Sie alle sind davon überzeugt, dass das Zusammenspiel zwischen Alt und Jung auf den Stationen im Arbeitsalltag nur Vorteile bringt. Und das kommt letztlich auch den Patienten zugute.

„Heute ist alles mega gut strukturiert“, berichtet Julia. „Wir bekommen viel Unterstützung seitens der Schule, des Krankenhauses und der Stationsleitung. Die Praxisanleiter sind dabei super wichtig, denn sie zeigen uns alles und vertiefen die Aufgaben, die während bestimmter Dienstzeiten erledigt werden sollen. Auch müssen wir viel Praxisnachweise liefern, zehn Prozent der Ausbildungszeit muss auf den Stationen geleistet werden“, erörtert die ehemalige Theatermalerin.

Früher – heute

„Unsere Ausbildung früher war komplett anders“, erinnert sich Barbara. Alles war sehr streng. Sie fragt die Pflegeschülerinnen, ob es für sie schwer sei, mit älteren Pflegekräften zu arbeiten. Clara findet das bisweilen schon, irritierend für sie sei, dass manche noch eine formelle „Sie“-Ansprache wollten, andere wieder nicht. Manchmal fühle es sich an, als würden Barrieren aufgebaut. Generell sei es aber schon so,

BLICKFELD
ATEMWEGE

DER SANFTE BLICK *in die Lunge*

Ein medizinischer Exkurs in die Sektion Pneumologie
der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Die Bronchoskopie: Hinter diesem hart klingenden Namen verbirgt sich eine sanfte und risikoarme Methode, die umgangssprachlich auch als Lungenspiegelung bezeichnet wird. Sie dient sowohl der frühen und sicheren Diagnose wie auch der Behandlung von Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Was im medizinischen Fachjargon kompliziert klingt, versuchen wir einfach zu erklären.

Wann kommt das Bronchoskop zum Einsatz?

Die Bronchoskopie gewährt uns einen Einblick in die Atemwege und Lunge, der Aufschluss zu einer Vielzahl von Fragestellungen geben kann. So können beispielsweise unklarer Husten, infektiologische Erkrankungen, Tumorerkrankungen der Lunge oder Erkrankungen des Lungengerüsts detaillierter abgeklärt werden. Sie dient jedoch nicht nur der Diagnosefindung, sondern kommt auch in der Behandlung zum Einsatz.

Was ist ein Bronchoskop?

Man unterscheidet zwischen starren und flexiblen Bronchoskopen. Die moderne Bronchoskopie erfolgt in der Regel in flexibler Technik, das heißt ein beweglicher, nur ca. 6mm dünner Schlauch, der an der Spitze mit einer Kamera samt Lichtquelle ausgestattet ist, wird durch Mund oder Nase eingeführt. Der Schlauch enthält zusätzlich auch einen Arbeitskanal, über den Spülungen (Lavagen) durchgeführt oder spezielle Biopsiesonden, Zangen oder ähnliche winzige Instrumente eingeführt werden können, um zum Beispiel Gewebeproben zu entnehmen.

Sind die zentralen Atemwege durch Fremdkörper oder Tumore verengt, spricht man von einer Stenose. Diese können mithilfe des Bronchoskops direkt behandelt wer-

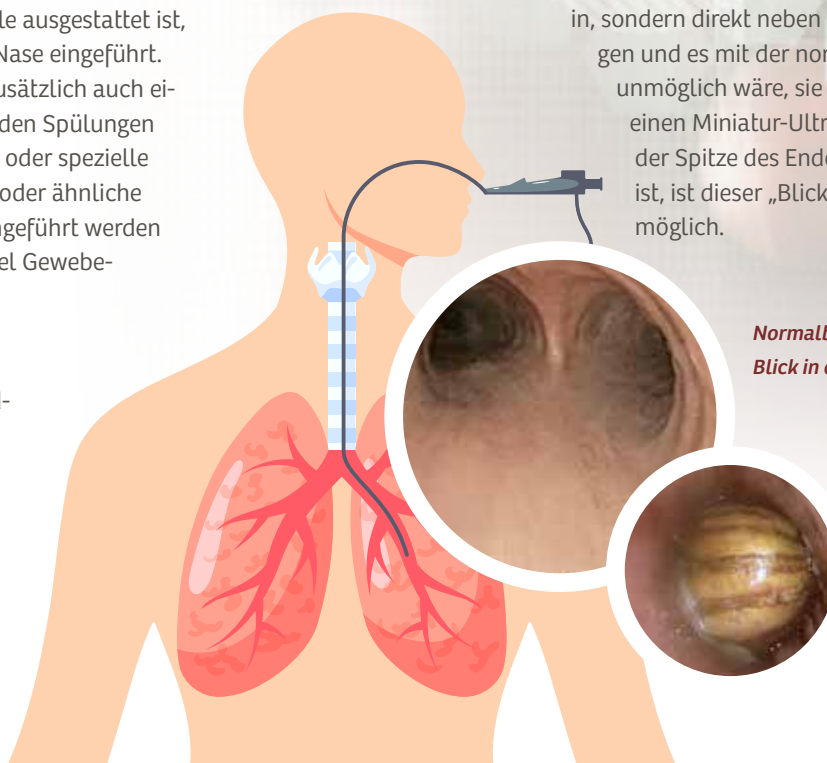
den. Hierfür stehen die Elektrokoagulation, die Argon-Plasma-Koagulation, die Kryotherapie sowie Stent-Einlagen oder Ballondilatation zur Verfügung. Auch Blutungen im Bereich der Lunge können direkt gestillt werden.

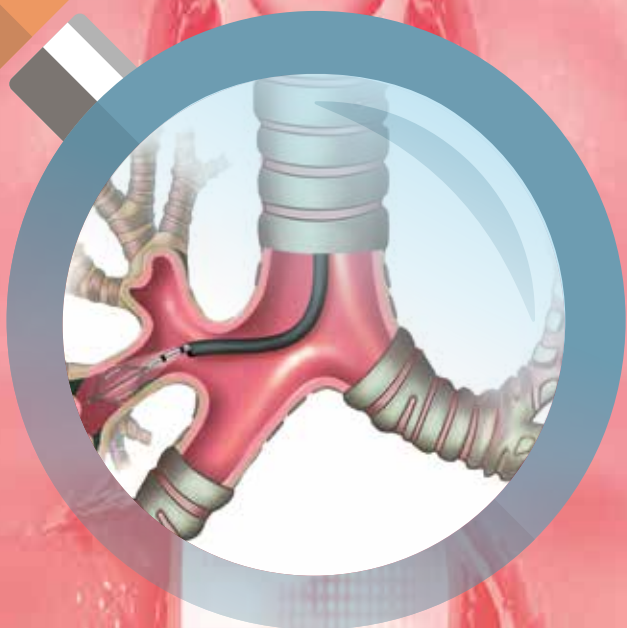
Mit der Lungenspiegelung samt Bronchiallavage – salopp gesagt eine Art Bronchien-Spülung – können außerdem Zellen und Keime aus der Lunge gewonnen werden, um Krankheitserreger in Form von Keimen oder Pilzen identifizieren und Immunzellen analysieren zu können. Weiter wird die Bronchoskopie auch zur Therapie eingesetzt. Bei größeren Eingriffen wird gelegentlich eine Vollnarkose benötigt. Bei tiefer in der Lunge gelegenen Veränderungen orientieren wir uns mit Hilfe einer Röntgendurchleuchtung oder Ultraschall. So ist es manchmal sogar notwendig, „hinter“ die Bronchuswand bzw. den Atemweg zu schauen.

Und zwar dann, wenn die erkrankten Areale nicht in, sondern direkt neben den Bronchien liegen und es mit der normalen Spiegelung unmöglich wäre, sie zu erreichen. Über einen Miniatur-Ultraschallkopf, der an der Spitze des Endoskops eingebaut ist, ist dieser „Blick hinter die Kulissen“ möglich.

**Normalbefund,
Blick in die Trachea**

**Fremdkörper
(Nuss) im Linken
Unteren
Lappen-
bronchus**





Wie erlebe ich eine Bronchoskopie?

Es handelt sich zwar um eine sanfte Methode, die in der Diagnosefindung auch ohne Schlaf- oder Beruhigungsmittel angewandt werden kann, sie ist jedoch nur unter Lokalanästhesie möglich. Beim Patienten sorgt dies für eine angst- und stressfreie Untersuchung und beim Behandler für eine ruhige Arbeitsatmosphäre, die eine optimale und somit risikoarme Untersuchung sicherstellt.

Bei therapeutischen Eingriffen wird eine Sedierung durch Schlaf- und Schmerzmittel jedoch explizit von Fachgesellschaften empfohlen und ist in der Regel eine der Voraussetzungen für die Durchführbarkeit und den Erfolg der Untersuchung. Herzrhythmus, Blutdruck sowie die Sauerstoffsättigung des Blutes werden während des Eingriffes kontinuierlich gemessen. Zusätzlich wird dem Patienten regelhaft Sauerstoff verabreicht, da die Atmung unter Sedierung flacher werden kann.

Wenn größere therapeutische Eingriffe vorgenommen oder Fremdkörper entfernt werden müssen, wird die Bronchoskopie unter Vollnarkose durchgeführt.



Dr. med. Michael Böckeler
Oberarzt,
Sektionsleitung Pneumologie

Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und
Tumormedizin
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Tel. 0711 / 4488-11400



Prof. Dr. med. Bodo Klump
Chefarzt

Klinik für Innere Medizin,
Gastroenterologie und
Tumormedizin
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Tel. 0711 / 4488-11400

Was erwartet mich nach der Bronchoskopie?

Trotz aller Sicherheitsvorkehrungen und vorbereitender Maßnahmen können nach einer Bronchoskopie Halsschmerzen mit Schluckbeschwerden, Heiserkeit oder Husten auftreten. Manchmal kann es zu einer erhöhten Temperatur, insbesondere nach Lavagen, kommen. Schwere Zwischenfälle sind bei einer Bronchoskopie aber sehr selten.

Bei Gewebeentnahmen, den sogenannten Biopsien, kann es zu Blutungen kommen. Deshalb ist es nicht selten, dass in den ersten zwei Tagen in geringem Ausmaß Blut abgehustet werden kann. Selten sind die Blutungen so stark, dass sie per Endoskop gestillt werden müssen. Unabhängig von lokaler Betäubung oder Sedierung ist immer sichergestellt, dass bei auftretenden Komplikationen schnelle Hilfe zur Verfügung steht.





SCHARFBlick

DIE *rettende* SPANGE

medius KLINIK NÜRTINGEN wächst weiter:
Beste Bedingungen für die Versorgung von Notfallpatienten

Es ist alles eine Frage der Zeit – in der Notaufnahme. Wenn ein Schwerverletzter eingeliefert wird, darf keine Minute verloren werden. Wenn am Samstagabend ein Hobbykoch mit einer Schnittwunde kommt, kann aber die Wartezeit länger als die Garzeit des Rindersteaks sein, das nun in der Küche herumliegt. Gleichzeitig mit dem Hobbykoch ist der Patient mit Brustschmerzen eingetroffen und gerade steuert der Notarzt mit einem Unfallopfer in die Einfahrt. In die Notaufnahme kommt man ohne Termin. Gerade deshalb muss hier alles wie am Schnürchen laufen, muss jedes Beschwerdebild schnell und richtig eingeschätzt werden. So setzt die Zentrale Notaufnahme (ZNA) der medius KLINIK NÜRTINGEN auf ein interdisziplinäres Team, auf optimale Prozessabläufe und auf kurze Wege.

In einem Neubau sollen nun beste Bedingungen für die Versorgung von Notfallpatienten geschaffen werden. Die Zeit dafür ist reif, denn die Auslastung der ZNA beträgt mehr als 100 Prozent. Die Patientenzahlen, so erklärt Klinikleiter Norbert Nadler, seien stetig gestiegen. Nürtingen ist als regionales Traumazentrum zertifiziert und übernimmt als erweiterter Notfallversorger eine zentrale Rolle in der Region.



Zwei Baukräne stehen seit dem Frühjahr auf dem Areal zwischen Parkhaus und Haupteingang der Nürtinger Klinik. Im Herbst wurde der Rohbau fertiggestellt, Mitte 2024 wolle man einziehen, sagt Nadler. Die neue ZNA erhält zwei Schockräume, 24 Behandlungsplätze, eine Beobachtungsstation mit neun Betten und Räume für eine Portal- oder Notfallpraxis. Der neue Hubschrauberlandeplatz kommt aufs Dach.

„Räume und Ausstattung sind wichtig, doch zunächst muss verstanden werden, dass jeder ZNA-Patient anfangs interdisziplinär betrachtet werden muss“, betont Dr. Heiner Stäudle, Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme, und nennt ein Beispiel. Der Oberbauchschmerz kann vom Herzen, der Gallenblase oder auch von der Hauptschlagader kommen. Wenn man den Patienten vorschnell in eine „fachspezifische Schublade“ steckt, können mögliche andere Diagnosen untergehen. Das Team um Dr. Stäudle ist für die Erstversorgung zuständig. Das heißt für die Einschätzung der Erkrankung, die Notfalldiagnostik und die fachübergreifende Notfalltherapie. Sollte eine weitere stationäre Behandlung notwendig sein, wird der Patient der entsprechenden Fachabteilung zugeführt.

Bei der Planung des Neubaus haben Stäudle und sein Team kräftig mitgewirkt. Sie haben sich Notaufnahmen in ganz Deutschland angeschaut und dann ihre Vorstellungen mit den Architekten des Nürtinger Büros arabzadeh.schneider.wirth besprochen. Als zentrales Element ist dabei die „Notfallspange“ für schwerstkranke Patienten herausgekommen. Diese besteht aus zwei Schockräumen, einem Computertomographen und einem Röntgenarbeitsplatz. Von der Waghalle geht es direkt in Schockraum Nummer 1 – nicht mehr in den Aufzug wie bisher. Daran schließt sich der Raum mit dem neuen Computertomographen an. Darauf folgen ein zweiter Schockraum und der Röntgenarbeitsplatz. Neu sind nicht nur die Anordnung und Infrastruktur dieser vier Räume, sondern auch die





Zuteilung der Patienten. Im Schockraum werden nicht nur die klassischen Polytraumata, beispielsweise schwerstverletzte Unfallopfer, versorgt, sondern auch alle anderen lebensbedrohlichen Fälle, etwa eine Lungenembolie. Die Zahl dieser nicht-traumatologischen Schwerkranken ist viel höher als die Zahl schwerverletzter Patienten.

Es bringt viele Vorteile mit sich, diese kritisch kranken Patienten – insbesondere mit akuten Störungen der Atmung, des Kreislaufs oder des Bewusstseins – zunächst in den Schockraum mit seinen speziell definierten Abläufen und Standards für Notfalldiagnostik und Notfalltherapie aufzunehmen, erklärt Dr. Heiner Stäudle. Außerdem sind hier alle Vorhaltungen getroffen, um schnell auch invasive Maßnahmen zur Stabilisierung der Patienten durchführen zu können. Im Rahmen der Versorgung im Schockraum wird dann auch über die anschließende Weiterbehandlung entschieden. Erste Studien zeigen, dass dieses moderne Konzept eines nicht-traumatologischen



Die ZNA ist der zweite Bauabschnitt der Erweiterung der medius KLINIK NÜRTINGEN. Im ersten Abschnitt erhielt Nürtingen zwei neue Operationssäle, davon einen Hybrid-OP, ein Verwaltungsgebäude sowie einen weiteren Bettentrakt für 72 Patienten. Dieser ist seit März 2022 in Betrieb und erhöht die Bettenkapazität um rund 20 Prozent. Die Kosten für diesen Bauabschnitt betragen rund 31 Millionen Euro. Im zweiten Bauabschnitt wird die neue ZNA erstellt, außerdem wird das Patienten-Service-Center am Übergang zwischen Bestands- und Neubau erweitert. Die Kosten für diesen Bauabschnitt werden auf 25 Millionen Euro veranschlagt.



Schockraums die Versorgungsqualität deutlich steigern, Zeitersparnis bringe und die Ressourcen der Intensivstation schonen.

Die direkte Abfolge von Räumen und Geräten garantiert auch, dass mit dem lebensbedrohlich Erkrankten möglichst schonend umgegangen werden kann. Der Patient wird so wenig wie möglich bewegt, auch beim Transport zwischen den Räumen der Notfallspange. Überwachungs- und Beatmungsgerät bleiben ebenfalls sicher am Körper. Schon vor der Pandemie geplant, jetzt noch wichtiger: Potenziell infektiöse Patienten kommen von der Wagenhalle direkt in ein speziell ausgestattetes Isolationszimmer, ohne andere Bereiche der ZNA zu passieren.

Nicht alle Notfälle kommen mit dem Rettungsdienst. Ein Großteil der Patienten kommt zu Fuß oder mit Begleitperson in die Notaufnahme – künftig über einen eigenen Eingang. Sie melden sich an einem Tresen an, der sowohl für die Notaufnahme des Krankenhauses als auch für die Notfallpraxis zuständig ist. Dieser gemeinsame Tresen ist eine neue gesetzliche Vorschrift und Stäudle findet diese Verzahnung sinnvoll. Für die fußläufigen Patienten gibt es in der Notaufnahme zwei Räume zur Ersteinschätzung (Triage). Die nur leicht erkrankten Patienten können über den sogenannten Fast-Track-Raum direkt behandelt und dann aus der ZNA entlassen werden – ohne lange Wartezeit. Im Mittelpunkt des Neubaus befindet sich der interdisziplinäre Stützpunkt, also die Schaltzentrale der ZNA. Auf Monitoren kann hier jeder der 24 Behandlungsplätze beobachtet werden. Auf einem großen Bildschirm erkennt das ZNA-Team, welche Rettungsmittel die Klinik ansteuern, wann sie eintreffen und worauf sich das Team vorbereiten muss. Bei der Planung der Schaltzentrale haben sich die Architekten besonders ins Zeug gelegt: Im Konferenzraum der Klinik wurde mit Kartonboxen die ZNA-Zentrale 1:1 modelliert, so dass Stäudles Team vom künftigen Arbeitsplatz schon vor Baubeginn eine bessere Vorstellung bekam und die Planung optimieren konnte.

Ergänzt wird die ZNA durch eine Beobachtungsstation mit neun Betten. Sie erhält einen eigenen Stützpunkt und könnte bei Bedarf, etwa aufgrund von Pandemiefällen, autark betrieben werden. Gekrönt wird die neue ZNA mit dem Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach des Anbaus. Die beheizbare und beleuchtete Plattform sichert auch den Winter- und Nachtbetrieb.



Norbert Nadler
Klinikleitung
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-24000



Dr. med. Heiner Stäudle
Ärztliche Leitung
Zentrale Notaufnahme (ZNA)
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-22445



Stefan Schneider
Dipl.-Ing. Freier Architekt BDA
arabzadeh.schneider.wirth
planungsgesellschaft mbh
www.architekten-asw.de



BERG-BLICK

Der Weinberg *für gute Ideen*

Die Chefarzte Prof. Dr. med. Christian Herdeg und Prof. Dr. med. Torsten Schröder pflegen einen Steilhang – Mauerbau als Herausforderung

Weit reicht der Blick über Ammer- und Neckartal. Zwischen den Tälern sitzt die Wurmlinger Kapelle auf einem Hügel, dahinter thront der Hohenzollern vor dem Albtrauf. Ein Ort für Genießer, den sich Torsten Schröder und Christian Herdeg ausgesucht haben. Vor 20 Jahren haben sich die beiden Ärzte den alten Weinberg oberhalb des Tübinger Stadtteils Unterjesingen gekauft. Damals waren sie noch in der Universitätsklinik tätig, heute sind sie Chefarzte an den medius KLINIKEN. Nebenher ein bisschen Weinbau betreiben, das war die Idee der beiden Freunde, die sich in Bordeaux kennengelernt haben, als beide ein Jahr in Frankreich studierten.



Drei Jahre lang versuchten sich die Mediziner auf den günstig erworbenen 12 Ar Hanglage mit Müller-Thurgau, Kerner und Schwarzriesling – „hoch ambitioniert“, erinnert sich Herdeg. Doch gegen Mehltau muss man vor dem Regen spritzen, nicht wenn es der Dienstplan erlaubt. Und die Bakterien im Keller verlangen auch nach optimalen Bedingungen. Die Qualität des Tübinger Weins ist seit alters legendär schlecht, aber das Erzeugnis der Hobby-Wengerter Herdeg-Schröder war nahezu ungenießbar. Nicht nur der Wein, auch die Nachbarn seien sauer geworden, wenn sich der Pilz vom Ärzte-Wengerter auf ihre Reben auszubreiten drohte, erzählt Herdeg, der seit 2010 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Herz- und Kreislaufkrankungen in Ostfildern-Ruit ist. So rissen sie die Reben raus. Doch Chefanästhesist Schröder hatte an der Arbeit am Hang so viel Gefallen gefunden, dass er das Gütle weiterhin pflegen wollte. Anstelle der Reben setzt er nun auf Äpfel, Kirschen, Mirabellen, Quitten, Walnüsse und

Zwetschgen. Die Hauptarbeit sind jedoch die Trockenmauern. „Die sind immer in Bewegung“, sagt Schröder. Sie kriegen einen Bauch oder kippen nach vorne, wenn sie von Wühlmäusen untergraben wurden. Dann buddelt der Mediziner die Steine aus und baut wieder neu auf. Bekommt man von der Plackerei nicht auch Rückenschmerzen? Und was macht der Schmerzspezialist dagegen? „Ich ignoriere sie“, sagt Schröder achselzuckend. So locker kann das wohl nur einer hinnehmen, der täglich mit gravierenderen Schmerzen konfrontiert wird. Mit Menschen, die seit Jahren leiden und sich im Zentrum für Schmerztherapie in Ostfildern-Ruit oder Nürtingen Linderung erhoffen.

Im Lauf der Jahre hat sich Schröder zum Mauerexperten entwickelt. Er misst, wählt den Stein aus, probiert, klopft eine Nase ab und setzt neu. „Das ist wie Tetris spielen“, beschreibt er das Steinpuzzle. Entspannung pur für den Chefarzt. „Das ist für mich der schönste Tag, wenn ich bei Sonnenaufgang hier anfangen und dann ohne Zeitdruck schaffen kann.“ Auch Christian Herdeg schätzt dieses Gefühl. „In der Klinik kommuniziere ich den ganzen Tag, treffe ständig Entscheidungen. Hier kommt man zur Ruhe.“

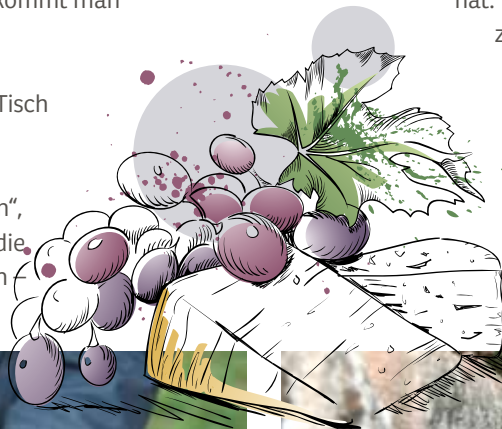
Drei Flaschen Wein stehen auf dem Tisch vor der alten Gerätehütte. Auch eine Pulle Marke Eigenanbau. „Die alte Plörre kannst du doch nicht anbieten“, bremst Herdeg seinen Freund. Aber die Besucher kommen nicht drumherum

und spülen dann eben mit Barolo oder Riesling nach. Dazu eine Auswahl an französischem Käse und Brot. So lässt es sich leben, auch wenn Regenwolken ins Neckartal hereinziehen und die Burg Hohenzollern verdecken.

Torsten Schröder legt Holz nach in die Feuerschale, die neben dem Sandsteinfelsen aufgebaut ist, der den ehemaligen Weinberg vom Wald trennt. „Hier saßen wir im März 2020 zu Pandemiebeginn jeden Abend am Feuer“, erzählt Christian Herdeg. „Haben uns gefragt, ob wir das überstehen. Und was wir am nächsten Tag machen.“ Sein Kollege nickt. „Hier haben wir uns gegenseitig Mut gemacht und uns darin bestärkt, dass die Pflege- und Ärzteteams auf den Intensivstationen, den Stationen und im OP das hinbekommen.“ Schröder schaut ins Tal hinaus. Die Wolken sind weitergezogen. Der Hohenzollern wieder in Sicht. „Ich glaube“, sagt er, „diese Energie hat auch das ganze Rüter

Team gespürt, das diese Zeit großartig bewältigt hat.“ Beide Chefärzte sind felsenfest überzeugt: Ihre Patienten profitieren vom

Weinberg in Unterjesingen. Schröder hat auch dafür gesorgt, dass ihm hier die Arbeit nicht ausgeht. Er hat einige verwilderte Nachbargrundstücke dazugekauft und muss jetzt 60 Ar Hanglage in Schuss halten. *M*





EINBLICK

Wenn die Gefäße sich entzünden

medius KLINIK KIRCHHEIM bietet Hilfe für Vaskulitis-Patienten

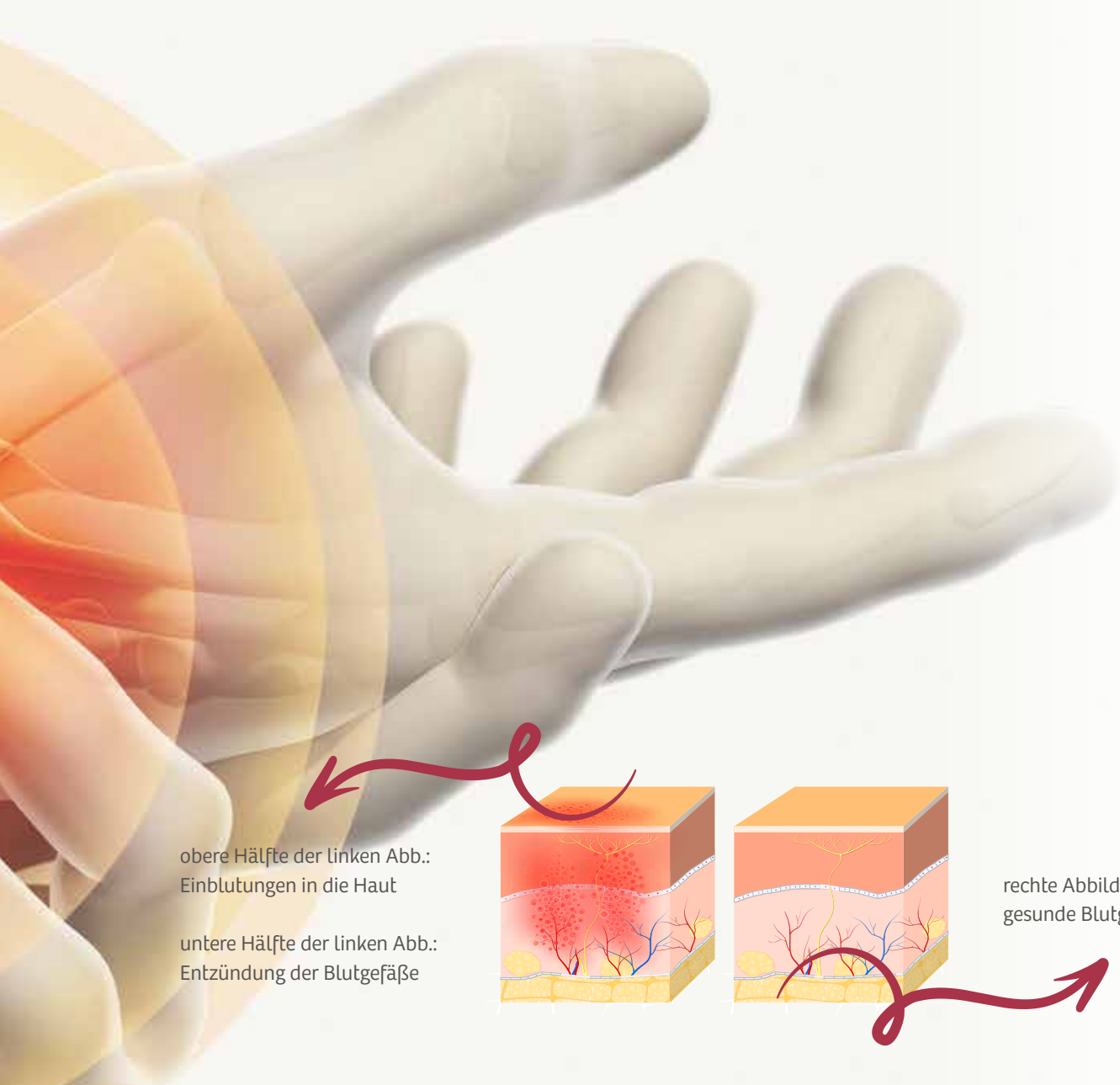
Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland sind von einer seltenen Erkrankung betroffen, so die Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Meistens haben Betroffene einen langen Leidensweg hinter sich, viele verschiedene Ärzte konsultiert und keine wirkliche Hilfe erhalten. Oft fühlen sie sich mit ihrer Erkrankung allein gelassen. Eine sehr seltene und mannigfaltig ausgeprägte Krankheit ist auch die Vaskulitis.

Dabei handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, die zu einer Entzündung von Blutgefäßen führt. Die Patienten leiden unter unterschiedlichsten und teils unklaren Symptomen, von leichtem Fieber und Nachtschweiß bis hin zu Gewichtsverlust, Einblutungen in die Haut, Atemnot, Bluthusten, Nervenentzündungen und Nierenversagen oder Organinfarkten. In der medius Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie erfahren Betroffene Unterstützung. Unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Hellmich hat sich die medius KLINIK KIRCHHEIM zu einem Schwerpunkt für Rheumatologie und Immunologie entwickelt.

Austausch über Netzwerk

Da es bei seltenen Krankheiten vorteilhaft ist, überregional und auch international zusammenzuarbeiten – insbesondere bei einer Krankheit, die wie Vaskulitis in vielfältigen Formen auftritt, pflegen Prof. Hellmich und sein Team seit Jahren den wissenschaftlichen Austausch auch auf europäischer Ebene.

Sie stehen über sogenannte Europäische Referenznetzwerke (ERN) in Kontakt mit anderen Zentren. „Wenn ich in Kirchheim einen sehr ungewöhnlichen Patienten habe, kann ich den Fall über eine Videokonferenz mit meinen Kollegen besprechen“, erläutert Prof. Hellmich den Vorteil des Netzwerks. Längst nicht alle EU-Länder verfügen über eigene Vaskulitiszentren. Ihnen stehen Prof. Hellmich und seine Kollegen in Frankreich und Italien mit Rat zur Seite. Wichtig sei beispielsweise, dass bereits in der Akutklinik mit dem Aufbautraining begonnen wird – etwa, wenn Vaskulitispatienten aufgrund geschädigter Nervenbahnen Bewegungseinschränkungen haben oder ihr Herz-Kreislaufsystem geschwächt wurde.



obere Hälfte der linken Abb.:
Einblutungen in die Haut

untere Hälfte der linken Abb.:
Entzündung der Blutgefäße

rechte Abbildung:
gesunde Blutgefäße

RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

Definition: Rheuma ist ein Oberbegriff für mehr als 100 Krankheiten. Degenerativ-rheumatische und entzündlich-rheumatische Formen betreffen die Gelenke und den Bewegungsapparat. Bei rheumatologischen Systemerkrankungen (Schwerpunkt der medius KLINIK KIRCHHEIM) wie Vaskulitiden und Kollagenosen macht die Gelenkbeteiligung meist nur einen kleinen Teil der Symptome aus. Bei den Kollagenosen handelt es sich um eine Autoimmunkrankheit, die den gesamten Körper betreffen kann, während bei den Vaskulitiden nur die Gefäße betroffen sind.

Erscheinungsformen: Rheumatoide Arthritis, Vaskulitiden, Arthritis als Folge von Infektionen wie z.B. Borreliose, Arthrose, Arthropathien bei Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Gicht, weichteilrheumatische Erkrankungen, Osteoporose.



VASKULITIS



Definition: Unter einer Vaskulitis versteht man eine entzündliche Erkrankung der Blutgefäße, wobei sowohl Arterien, die kleinen bis kleinsten Arteriolen, Kapillaren, aber auch Venen und Venolen betroffen sein können. Die Gefäßentzündungen entstehen durch eine fehlerhafte Immunreaktion. In der Folge entzündet sich die Wand des Blutgefäßes und schwillt an. Das eng gewordene Gefäß kann die Organe nicht mehr ausreichend mit Blut versorgen. Potenziell lebensbedrohliche Erkrankung, nicht selten mit psychischen Folgeproblemen.



Symptome: Allgemeine Symptome sind unter anderem leichtes Fieber, Nachtschweiß, ungewollter Gewichtsverlust. Spezifische Symptome können je nach Vaskulitis-Form sein: Einblutungen in die Haut, Organinfarkte, Atemnot, Bluthusten, Nierenversagen, Nervenentzündungen (Polyneuropathie).



Therapie: Vaskulitis ist nicht heilbar, aber man kann sie heute gut behandeln. Die Therapie der Vaskulitiden ist davon abhängig, welche Gefäße und Organe betroffen sind und wie weit die Erkrankung schon fortgeschritten ist. In der Therapie von Vaskulitiden spielt fast immer Kortison eine wichtige Rolle. Kortison ist mit Nebenwirkungen verbunden. Es gibt jedoch weitere sehr wirksame Medikamente wie beispielsweise die traditionellen Substanzen Methothrexat und Cyclophosphamid sowie zunehmend biotechnologisch hergestellte Antikörper wie Tocilizumab oder Rituximab.



Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich
Chefarzt

Klinik für Innere Medizin,
Rheumatologie und Immunologie
medius KLINIK KIRCHHEIM
Tel. 07021 / 88-41450

Nicht komplett heilbar

Leider muss Vaskulitis immer noch als eine nicht komplett heilbare Krankheit betrachtet werden. „Aber wir können sie gut behandeln“, erklärt Chefarzt Prof. Hellmich.

Ausgelöst wird die Krankheit durch eine fehlerhafte Immunreaktion des Körpers. Dabei entzünden sich die Innenwände der Gefäße und schwellen an, wodurch die Organe nicht mehr gut versorgt werden.

Ein erstes Anzeichen kann Fieber sein, das keine erkennbare Ursache hat und auf Antibiotika nicht reagiert. Atemnot und sogar Organinfarkte können folgen. In der Therapie von Vaskulitiden spielt Kortison eine wichtige Rolle. Weitere Mittel sind biotechnologisch hergestellte Antikörper wie zum Beispiel Tocilizumab. Es wurde 2017 als erstes explizit gegen Vaskulitis entwickeltes Medikament zugelassen.



DAS EUROPÄISCHE NETZWERK

ERN: European Reference Network, 2017 von der Europäischen Kommission gegründet
ERN-RITA: Rare Immunodeficiency, Autoinflammatory and Autoimmune Disease Network

Zweck: Die ERN sollen Patientinnen und Patienten in allen EU-Mitgliedstaaten den Zugang zur Diagnose und Behandlung seltener und hochkomplexer Erkrankungen ermöglichen und erleichtern. Kräfte und Mittel zur Diagnose und Behandlung solcher Erkrankungen sollen gebündelt werden.

Arbeitsweise: Die 24 ERNs sind virtuelle Netzwerke, an denen Gesundheitsdienstleister in ganz Europa beteiligt sind. Sie zielen darauf ab, die Diskussion über komplexe oder seltene Krankheiten und Zustände zu erleichtern, die eine hochspezialisierte Behandlung sowie konzentriertes Wissen und Ressourcen erfordern. Um die Diagnose und Behandlung eines Patienten zu überprüfen, berufen ERN-Koordinatoren „virtuelle“ Beratungsgremien aus medizinischen Spezialisten verschiedener Disziplinen ein, die eine spezielle IT-Plattform und telemedizinische Tools verwenden.

Besondere Auszeichnung

Im Dezember 2021 wurde die medius KLINIK KIRCHHEIM mit dem Prädikat „Nationales Kompetenzzentrum im europäischen Referenznetzwerk Vaskulitis (ERN)“ der Europäischen Kommission ausgezeichnet. Somit ist sie Deutschlands erste Adresse für die Gefäßkrankheit Vaskulitis.

Seit langem setzen die medius KLINIKEN auf eine überregional gebündelte gemeinsame Patientenversorgung mit Basisversorgung und speziellen Zentren, wie dem Vaskulitiszentrum in Kirchheim. Das kommt gerade Patienten mit seltenen Erkrankungen zugute. In der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie Kirchheim wurden bis heute weit mehr als 1000 Vaskulitis-Patienten betreut.

Die medius KLINIK KIRCHHEIM wurde zudem Anfang 2022 vom Land als Rheumatologisches Zentrum Baden-Württemberg ausgezeichnet. stellt ihre Kompetenz außerdem im Verbund Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zur Verfügung. Landesweit nehmen etwa 50 niedergelassene Fachärzte daran teil und können ihre Patienten ohne großen Aufwand nach Kirchheim überweisen. *M*



Augenblicke

Psychoonkologie und Seelsorge: Unterstützung bei Krebserkrankungen und Begleitung auf dem letzten Weg

Psychoonkologen begleiten Menschen mit der Diagnose Krebs bei der Erstdiagnose, während der Behandlung, manchmal bis zum Sterben. In der medius KLINIK NÜRTINGEN ist Gunhild Ilisei als Psychoonkologin tätig. Ustja-Elisabeth Clauß begleitet als Seelsorgerin Menschen mit Krebserkrankungen während ihrer Erkrankung und auf ihrem letzten Weg.

Die Diagnose Krebs löst auch heute noch trotz deutlich besserer Behandlungsmöglichkeiten oft den Gedanken „Ich muss bald sterben“ aus. „Nach der Erstdiagnose erleben viele Patienten einen Schockzustand, Angst, Verunsicherung, Verzweiflung und Ohnmacht. Von einem Tag auf den anderen wird man aus seinem alltäglichen Leben in eine völlig andere Welt geworfen. Bislang selbstständige Menschen werden vom medizinischen System abhängig, erleben einen massiven Kontrollverlust. Auch das Vertrauen zum eigenen Körper wird beeinträchtigt. Patienten können nicht mehr wie gewohnt arbeiten, ihren Haushalt bewältigen, für die Familie sorgen. Tagesabläufe und Alltagsstrukturen ändern sich“, berichtet die Psychoonkologin Gunhild Ilisei. Es ist wichtig, Patienten das Gefühl zu vermitteln „Du bist nicht allein“.

Was passiert mit mir?

Bei der psychoonkologischen Begleitung ist es wichtig, den Betroffenen zu erklären, was mit ihrer Psyche passiert. Wenn Menschen informiert sind, fühlen sie sich sicherer. Auch die seelsorgerliche Begleitung unterstützt Patienten dabei, die aktuelle Ohnmacht auszuhalten. Beide Berufsgruppen versuchen, den Patienten zu vermitteln, dass sie nicht sofort sterben müssen. Viele Krebspatienten können

wieder gesund werden. Andere Krebspatienten können mit ihrer chronischen Krebserkrankung leben. Manche Krebspatienten werden voraussichtlich nicht mehr lange leben. Jeder Krebspatient hat einen Weg vor sich. Es gibt eine Perspektive.

Die Patienten der medius KLINIK NÜRTINGEN werden bei Feststellung der Diagnose Krebs automatisch bei den Psychoonkologinnen gemeldet. Gunhild Ilisei und ihre Kollegin Annegret Staemmler kommen dann bei den betroffenen Patienten vorbei und stellen sich und das Angebot der Psychoonkologie vor. Auch bei ambulanten Behandlungen mit beispielsweise einer Chemo- oder Immuntherapie unterstützen die Psychoonkologinnen die Patienten und Angehörigen.

Die Seelsorgerin Ustja-Elisabeth Clauß besucht die Patienten in der Regel auf deren ausdrücklichen Wunsch. Im Bedarfsfall melden auch Ärzte, Pfleger und Psychoonkologinnen sich bei der Seelsorge und bitten um einen Patientenbesuch.

Jeder Mensch reagiert anders auf eine lebensentscheidende Diagnose. Es hängt auch von der jeweiligen Erkran-



„Als Seelsorgerin nehme ich viel Kraft aus Situationen mit Schwerkranken und Sterbenden. Man wird beschenkt mit Vertrauen und mit Lebensgeschichten. Die Begleitung dieser Menschen ist eine der kostbarsten und ureigensten Aufgaben kirchlicher Seelsorge“.

Seelsorgerin
Ustja-Elisabeth Clauß

kungsphase ab, in welcher sich ein Patient gerade befindet. „Da gibt es diejenigen, die die Erkrankung neu haben, diejenigen, die sich in der Behandlungsphase befinden, diejenigen mit schlechter Prognose und diejenigen, die bald sterben werden“, erklärt Psychoonkologin Gunhild Ilisei.

Wohin geht die Reise?

Wenn man vom Tod bedroht ist, dann beginnt eine Reise in ein völlig fremdes Land. Man muss lernen, in diesem anderen Land zurecht zu kommen. Welche neuen Erfahrungen mache ich? Wie verhalte ich mich in neuen Situationen? Welche neuen Regeln sollte ich lernen?

„Menschen reagieren sehr individuell, wenn sie den Tod vor Augen haben. Es gibt kein Allgemeines mehr“, das wissen sowohl Ustja-Elisabeth Clauß als auch Gunhild Ilisei. Wenn die Prognosen besonders schlecht sind und es in Richtung Sterbebegleitung geht, sind Gunhild Ilisei und Ustja-Elisabeth Clauß besonders präsent.



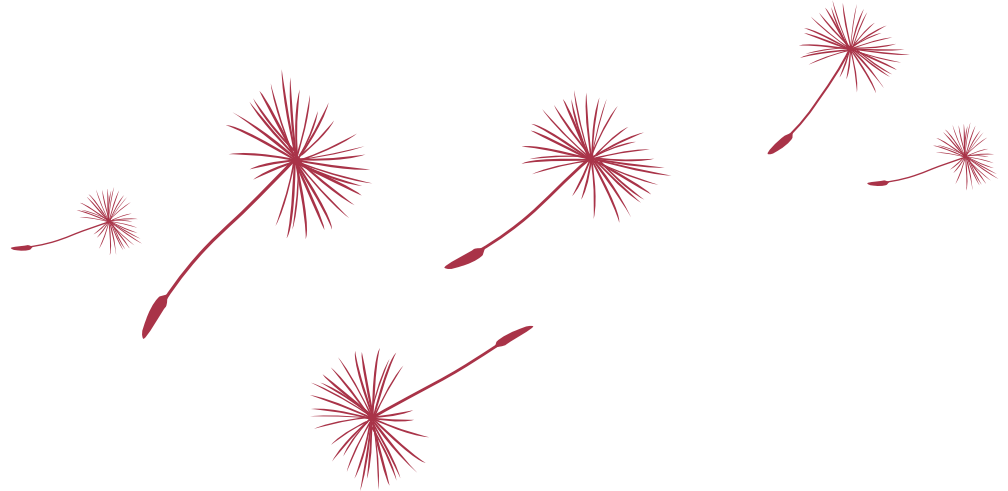
„Ich habe neben meiner Professionalität eine große Ressource im Glauben und in meiner Großfamilie und empfinde große Dankbarkeit für das Leben und für viele kleine Dinge. Ich habe jung gelernt, dass Krankheiten und der Tod zum Leben dazu gehören, dass ich Ohnmacht aushalten und schwere Zeiten bewältigen kann. Das ist ein großer Schatz für mich..“

Psychoonkologin
Gunhild Ilisei

Was war ein besonderer Moment für Sie, Frau Clauß?

Ein berührender Moment war, als ich zusammen mit einer Patientin, ihrem Ehemann und den zwei erwachsenen Kindern an ihrem Sterbebett saß und ganz leise kaum wahrnehmbar von ihr die Bitte kam: „Segnen Sie mich und meine Lieben.“ Ihre Familie war nicht minder überrascht als ich. Im Lauf der letzten Monate hatte ich schon mehrere Begegnungen und Gespräche mit ihr und wusste um ihre religiöse Sozialisation, aber auch, dass sie schon lange mit Verletzungen aus der Kirche ausgetreten war. Vieles davon konnte sie mir anvertrauen, manches war auch nur bruchstückhaft, doch ich spürte, dass es befrei-

end und jetzt im Nachhinein wohl auch heilend war. Ich wandte mich ganz der Frau zu und legte ihr meine Hände auf. Ich spürte mich in sie hinein und vertraute den Worten, die dann aus mir kamen. Als meine Worte verstummten, hörte ich hinter mir ihren Sohn sagen: „Mama segne Du mich, so wie Du es früher gemacht hast.“ Eine getragene, ich möchte sagen heilige Stimmung war im Raum zu spüren. Ohne weitere Worte beugte sich dann auch der Ehemann zu seiner Frau und sie segneten sich gegenseitig. Am Abend verstarb die Patientin. Ein paar Tage später erhielt ich eine gedruckte Traverkarte auf der handschriftlich hinzugefügt war: „Wir sind gesegnet, dass wir so eine gute Mutter hatten.“



Was wünscht man sich zum Schluss?

Manche Patienten möchten eine Geschichte, ein Gebet, ein Lied. Manche möchten darüber reden, wie sie sich das Sterben vorstellen und was nach dem Tod kommt. Manche Menschen möchten sich am Lebensende mit anderen Menschen oder eigenen Verletzungen versöhnen und mit den Bruchstücken ihres Lebens zurecht kommen. „Doch es gibt auch Dinge, die nicht mehr aufgearbeitet werden können und einfach stehen bleiben müssen“, so die Erfahrung von Gunhild Ilisei und Ustja-Elisabeth Clauß. „Wir versuchen, mit den Patienten an ihren Ressourcen und schönen Erlebnissen anzuknüpfen und auch das Lachen und Schmunzeln kommt nicht zu kurz.“

Manche Menschen haben ein großes Ruhebedürfnis. Dann geht es vorrangig darum, einfach da zu sein und wahrzunehmen. Es gibt sterbende Menschen, die eine große Familie haben oder viele Freunde, was sehr hilfreich und manchmal auch zu viel sein kann. Und es gibt Menschen, die niemanden haben. „Wenn dieser Mensch nicht alleine sein möchte, sind wir für ihn da“, berichtet Ustja-Elisabeth Clauß. **M**

medius: Was sind wichtige Themen für Sterbensranke?

Gunhild Ilisei: Es geht oft um existenzielle Dinge, wie Geldnot, familiäre Konflikte, Unzufriedenheit mit der Behandlung, bei jüngeren Patienten auch um die Versorgung von Kindern und Hinterbliebenen oder die Bezahlung der Beerdigung. Manche Patienten wollen noch letzte Briefe schreiben und so den Hinterbliebenen etwas mitgeben. Manche Patienten haben sich mit ihrem Tod schon lange beschäftigt und alle für sie wichtigen Dinge erledigt.

medius: Wie können Sie helfen?

Ustja-Elisabeth Clauß: Wir sind Prozessbegleiter. Wir hören zu, halten gemeinsam aus, zeigen Möglichkeiten auf und übernehmen auf Wunsch auch Gespräche mit Angehörigen oder den Kontakt mit Ämtern. Manchmal machen wir sogar eine Person ausfindig, die vom Patienten gewünscht wird.



Gunhild Ilisei

Psychologischer Dienst
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-29323

Was sie stärkt: Sie fühlt sich getragen von ihrem Glauben, von ihrer Familie. Natur, Wandern, Garten und Lesen geben ihr Kraft.



Ustja-Elisabeth Clauß

Katholische Klinikseelsorge
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-29802

Was sie stärkt: Verwurzelung im Glauben und in der Familie. Sie liebt die Bewegung (das Radfahren und Spaziergehen).

medius: Wie gehen die Angehörigen mit der Situation um?

Gunhild Ilisei: Manche wollen es nicht glauben und neigen zur Verdrängung. Andere reagieren mit Aktionismus, manche mit Fluchttendenzen. Viele Angehörige begleiten ihre sterbenden Familienmitglieder sehr liebevoll, nehmen sich Zeit für die Sterbebegleitung.

medius: Was sagen Sie den Angehörigen?

Ustja-Elisabeth Clauß: Wir versichern, dass die Patienten nicht leiden müssen, denn Angehörige haben oft Angst, dass Atemnot oder Schmerzen einsetzen. Wir erklären dann die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Wir raten vor allem dazu, die Zeit zu nutzen. Zum Beispiel, dass man sich einfach nochmal in die Augen blickt oder noch ein Lächeln genießt.



Rätsel



Wie viele Dackel haben sich hier versteckt?

Kleine Dackel sind frech und neugierig. Ausgerechnet in unserem Krankenhauslabor haben sich welche versteckt. Die winzigen Hunde sind beim gemeinsamen Spaziergang mit ihrer Mama entwischt. Wollt Ihr der armen Dackelmama suchen helfen? Aber aufgepasst – sie weiß natürlich genau, ob ihr alle ihre Babies gefunden habt.



Jubiläumsjahr 2023

50 Jahre
Landkreis
Esslingen

175 Jahre
Kreissparkasse
Esslingen-Nürtingen

Ein Jahr voller Angebote

jubilaenum2023.de

Für die Bürgerinnen und Bürger aus dem Landkreis Esslingen gibt es über das ganze Jahr 2023 verteilt zahlreiche attraktive Veranstaltungen, Mitmachaktionen und diverse Mehrwertangebote.



Unter der Jubiläumswebseite
finden Sie alles Wissenswerte.
Wir freuen uns auf die Begegnungen mit Ihnen.