

MAGAZIN NR. 21
WINTER 2016

Gesundheit: BREMEN

TITELTHEMA **Familiensache** Wenn Erkrankungen vererbt werden ·· s.05

SPEZIAL **Patientensicherheit** Vor, während und nach der OP geschützt ·· s.12



DIAKO EV. DIAKONIE-KRANKENHAUS
ST. JOSEPH-STIFT
ROLAND-KLINIK
ROTES KREUZ KRANKENHAUS

freie kliniken  **BREMEN**
VIERFACH UMSORGT

EDITORIAL

Risiken minimieren

- Seit das menschliche Genom vollständig entschlüsselt wurde, wächst das Wissen um genetisch bedingte Erkrankungen stetig. Die Erkenntnisse helfen Ärzten, gezielter zu therapieren, und den belasteten Familien, Risiken zu minimieren – unser Thema im Titel.

Um die Patientensicherheit geht es im Spezial:
Wir zeigen beispielhaft, welche Vorkehrungen die Freien

Kliniken Bremen treffen, um Patienten vor, während und nach einer Operation bestmöglich zu schützen. Wir stellen ehrenamtliche Patientenschützer vor und geben Tipps.

Gesundheit:Bremen wird herausgegeben von den Freien Kliniken Bremen, der Kooperation von DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus, St. Joseph-Stift, Roland-Klinik und Rotes Kreuz Krankenhaus.

MEDIZINISCHE SCHWERPUNKTE

Die Freien Kliniken Bremen



- :: Zentrum für Hämatologie und Onkologie / Stammzelltransplantation / Tumorchirurgie
- :: Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung, Gelenk- und Wirbelsäulenzentrum, Therapie von Sportverletzungen, Unfallchirurgie
- :: Zentrum für Viszeralmedizin (Chirurgie / Gastroenterologie / Onkologie)
- :: Zertifiziertes Darmkrebszentrum
- :: Frauenklinik / Zertifiziertes Brustzentrum / Gynäkologie und Geburtshilfe
- :: Klinik für Urologie und Kinderurologie
- :: Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin / Spezielle Schmerztherapie
- :: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- :: Norddeutsches Zentrum für ambulante CI-Rehabilitation
- :: Nierenerkrankungen / Dialyse
- :: Zentrum für Strahlentherapie und Radio-onkologie
- :: Palliativmedizin
- :: Ambulantes OP-Zentrum
- :: DIAKO Gesundheitsimpulse



DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus
gemeinnützige GmbH
Gröpelinger Heerstraße 406–408
28239 Bremen
Telefon 0421-61 02-0
E-Mail info@diako-bremen.de
www.diako-bremen.de



Krankenhaus
St. Joseph-Stift Bremen

- :: Frauenklinik: Zertifiziertes Brustzentrum / Beckenbodenzentrum / Gynäkologie / Geburtshilfe / 24-Stunden-Kinderarzt (in Kooperation mit Klinikum Bremen-Mitte)
- :: Augenklinik
- :: Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation / Osteologisches Zentrum (DVO)
- :: Hals-Nasen-Ohren-Klinik / Schlaflabor
- :: Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie / Tumorchirurgie / minimalinvasive Chirurgie
- :: Zertifiziertes Darmkrebszentrum / Bauchzentrum
- :: Innere Medizin / Gastroenterologie / Diabetologie / onkologische Tagesklinik
- :: Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin / Zertifizierte Schmerztherapie
- :: Klinik für Naturheilverfahren
- :: Institut für Radiologische Diagnostik
- :: Institut für Laboratoriumsmedizin
- :: Ambulantes OP-Zentrum
- :: Therapiezentrum für Physikalische Therapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie
- :: physicum – Angebote für Körper und Geist



Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH
Schwachhauser Heerstraße 54
28209 Bremen
Telefon 0421-347-0
E-Mail info@sjs-bremen.de
www.sjs-bremen.de



Roland Klinik
Kompetenz in Bewegung

- :: Zentrum für Hand- und Rekonstruktive Chirurgie – Hand-Trauma-Center
- :: Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie, Kinder- und Allgemeine Orthopädie; Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- :: Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie und Sporttraumatologie
- :: Wirbelsäulenzentrum
- :: Anästhesiologie und Schmerztherapie
- :: Ambulantes OP-Zentrum
- :: Bewegungszentrum activo
- :: Zentrum für Physiotherapie



Roland-Klinik gemeinnützige GmbH
Niedersachsendamm 72/74
28201 Bremen
Telefon 0421-8778-0
E-Mail info@roland-klinik.de
www.roland-klinik.de

Was ist was? :: **Angiografie** röntgenologische Darstellung von Blutgefäßen :: **Anästhesiologie** Einsatz von Betäubungsverfahren :: **Arthroskopie** Gelenkspiegelung :: **Computertomografie** spezielle Röntgentechnik :: **Diabetologie** Therapie von Diabetes :: **Dialyse** apparative Blutwäsche :: **Endoprothetik** Einsetzen künstlicher Gelenke :: **Frührehabilitation** Aufbaumaßnahmen nach klinischer Therapie :: **Gastroenterologie** Therapie von Krankheiten des Magen-Darm-Trakts und angrenzender Organe :: **Geriatrie** Altersmedizin :: **Hämatologie** Therapie von Blutkrankheiten :: **Onkologie** Krebstherapie :: **Orthopädie** Therapie von Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen :: **Osteologie** spezielle Knochenchirurgie :: **Phlebologie** Venentherapie :: **Radiologie** Diagnostik und Therapie mit Strahlen :: **Stent** Prothese zur Aufweitung einer verengten Arterie :: **Viszeralchirurgie** Operieren der Bauchorgane u. a. :: **Zertifiziertes Brustzentrum** ausgewiesenes Zentrum zur Behandlung von Brustkrebs

In dieser Ausgabe

04 NEUES AUS DEN KLINIKEN

TITELTHEMA

05 Das liegt in der Familie

06 Humangenetik: Krankheitsrisiken (er)kennen

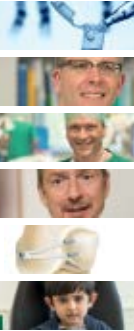
07 Darmkrebs: »Frühzeitig mit der Vorsorge beginnen«

08 Darmkrebs: Spurensuche im Stammbaum

09 Wirbelsäule: »Enorme Hilfe bei der Diagnose«

10 Veranlagung: Kniescheibe an Ort und Stelle

11 Taubheit: Auch Hören will gelernt sein



SPEZIAL

12 Operation Sicherheit

13 Patientensicherheit: »Das Bewusstsein hat sich gewandelt«

14 Anästhesie: Heilender Schlaf

15 Im Operationssaal: Routinierte Sicherheit

16 Infektionsschutz: Prävention beginnt schon vor der OP

17 Sicher in der Klinik: Bitte nachfragen!



AUSSERDEM:

18 Transplantation von Eierstockgewebe: Ein kleines Wunder

19 Segmenttransport: Kaputte Knochen wieder aufbauen

20 Kniegelenkersatz: Kein Risiko eingehen

21 Bauchfelldialyse: Den körpereigenen Filter nutzen

22 Palliativmedizin: Begleitet bis zum Ende

23 Prominente antworten: Der Eiswettschneider

23 Til Mettes Diagnose

24 Termine und Veranstaltungen

Rotes Kreuz Krankenhaus

- :: Bremer Gefäßzentrum: ambulante und stationäre Gefäßmedizin / MVZ Gefäßchirurgie und Phlebologie
- :: Bremer Rheumazentrum: internistische und operative Rheumatologie / Osteologie / Tagesklinik / Ambulanz
- :: Bremer Schmerzzentrum mit stationären Betten / Ambulanz
- :: Allgemein- und Viszeralchirurgie / Chirurgie chronisch entzündlicher Darmkrankungen, Darmkrebs
- :: Orthopädie / zertifiziertes Endoprothetikzentrum
- :: Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, zertifiziertes Traumazentrum
- :: Kardiologie mit Herzkatheterlabor
- :: Medizinische Klinik: Nieren- und Hochdruckerkrankungen / Dialyse / Gastroenterologie / Diabetologie
- :: Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
- :: Ambulantes OP-Zentrum
- :: Physio K: Physiotherapie, Ergotherapie, med. Gesundheitstraining, Rehasport



Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen
gemeinnützige GmbH
St.-Pauli-Deich 24
28199 Bremen
Telefon 0421-55 99-0
E-Mail info@roteskreuzkrankenhaus.de
www.roteskreuzkrankenhaus.de

Sie können »Gesundheit:Bremen« auch auf www.freieklinikenbremen.de lesen oder als PDF-Datei herunterladen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne ein Exemplar zu. Kontakt: textpr+, Telefon 0421-56517-28
E-Mail info@freieklinikenbremen.de
www.freieklinikenbremen.de



DIAKO**Frauenklinik – neue Cheförztn**

Zum 1. Januar 2017 übernimmt Dr. Karen Wimmer (40) die Leitung der Frauenklinik im DIAKO. Sie verantwortete zuletzt auf dem Campus Lübeck die Urogynäkologie und besitzt neben umfassender operativer Erfahrung Expertise in Geburtshilfe (Level 1), Onkologie sowie Chemo-/Systemtherapie. Dr. Wimmer versteht sich als Teamplayerin, die Fachkompetenz gepaart mit Zugewandtheit zum Nutzen der Patientin einsetzt. ☺

**DIAKO****Kicker sind Vize-Europameister**

Als Sieger der diesjährigen Krankenhausmeisterschaft und frischgebackener Deutscher Meister hat die DIAKO-Fußballmannschaft um Torben Reiß die deutschen Farben Ende August auf der ›Eurospital 2016‹ in Brüssel vertreten. Hier holten sie den Titel des Vize-Europameisters. Es waren Mannschaften aus zwölf Ländern am Start, die DIAKO-Kicker traten gegen Italien, Irland, England, die Niederlande und die Schweiz an. ☺

St. Joseph-Stift**Jubiläum des Ethik-Komitees**

Seit 10 Jahren unterstützt das Klinische Ethik-Komitee Patienten, Angehörige und Mitarbeiter bei der Lösung ethischer Fragen und Konflikte im Krankenhaus, etwa bei Patientenverfügungen, in der Fortführung oder Begrenzung künstlicher Ernährung oder einer Therapiebegrenzung auf Wunsch des Patienten. Das Gremium besteht unter anderem aus Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern. ☺

**St. Joseph-Stift****Intensivmedizin und Notaufnahme unter neuer Leitung**

In gleich zwei hochsensiblen Bereichen hat sich das St. Joseph-Stift personell verstärkt. Seit April leitet Andreas Tscheu die Interdisziplinäre Intensivstation (im Foto links). Der Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Anästhesiologische Intensivmedizin war zuvor im Klinikum Bremen-Ost tätig. Neuer Leiter der Zentralen Notaufnahme ist seit 1. Dezember Dr. Dr. Ulrich Lindner. Der Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin arbeitete zuletzt in der Notaufnahme des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck. ☺

Roland-Klinik**Station 3 modernisiert**

Die Umbaumaßnahmen auf Station 3 in der Roland-Klinik sind abgeschlossen. Ganz neu ist dort unter anderem die Technik – auch für Patienten: Jedes Bett ist mit TV, Internet- und Telefonanschluss (kostenpflichtig) ausgestattet. Auch gibt es komplett neue und teilweise behindertengerechte Bäder. Arbeitsabläufe werden durch eine optimierte räumliche Gestaltung vereinfacht. ☺

**Roland-Klinik****Jetzt auf Facebook**

Ab sofort ist die Roland-Klinik auch auf Facebook vertreten. Die Klinik informiert dort über Neuigkeiten und Wissenswertes aus dem Krankenhausalltag sowie über orthopädische und handchirurgische Krankheitsbilder. ☺

www.facebook.com/rolandklinik

Rotes Kreuz Krankenhaus**140 Jahre RKK**

Am 3. Juli 1876 nahm das RKK mit einer Oberin, einer Lehrschwester und einem Patienten seine Arbeit auf. Heute ist die Klinik ein Akutkrankenhaus in Citynähe mit Expertenruf in hoch spezialisierten Abteilungen. Gefäß-, Rheuma-, Endoprothetik- und Schmerzzentrum ziehen Patienten aus ganz Nordwestdeutschland an. Die Kardiologie sorgt mit hochmodernem Herzkatheterlabor für eine 24-Stunden-Versorgung. Über 650 Mitarbeiter betreuen jährlich über 35 000 Patienten auf 13 Stationen und in 11 Fachabteilungen. ☺

**Rotes Kreuz Krankenhaus****Notaufnahme mit neuem Chefarzt**

Dr. Martin Langenbeck, Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Intensivmedizin, ist neuer Chefarzt der Zentralen Notaufnahme im RKK. Der 55-Jährige arbeitet seit 15 Jahren im Rotes Kreuz Krankenhaus und leitet ebenfalls die internistische Intensivstation. Die enge Vernetzung zwischen Notaufnahme und Intensivstation zum Wohl der Patienten ist ihm ein wichtiges Anliegen. ☺



DAS LIEGT IN DER Familie

Das charakteristische Lachen, die spitze Nase oder der ausgeprägte Sturkopf? Von unseren Ahnen steckt viel in uns – manchmal mehr, als uns lieb ist. Neben medizinisch harmlosen Eigenheiten geben Eltern ihren Kindern mitunter die Neigung zu schwerwiegenden Erkrankungen oder Fehlbildungen weiter.

Während beispielsweise familiäre Formen von Krebs, insbesondere Brust- und Darmkrebs, mittlerweile gut beschrieben sind, stehen die Gene und ihre Wechselwirkungen bei vielen anderen Erkrankungen noch unter Verdacht und scharfer Beobachtung. Egal, ob in der Orthopädie, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder der Inneren Medizin – wenn das Erbgut die Quelle von Erkrankungen ist, werden Ärzte und Patienten oftmals zu Ahnenforschern.

Je mehr Licht die medizinische Forschung in den Zusammenhang von Genen und Gesundheit bringt, desto zielgerichteter können Mediziner Diagnosen stellen und passgenaue Therapien einleiten. Und Patienten können mit dem Wissen um ihr persönliches Risiko Maßnahmen ergreifen, um die eigene Gesundheit und die ihrer Blutsverwandten zu erhalten. Gesundheit:Bremen begibt sich in den vier Freien Kliniken Bremen auf die Spur der Gene.

Liegt es an den Genen?
Die Humangenetiker Professor
Dr. Jörn Bullerdiek und
Dr. Stephanie Spranger geben
ratsuchenden Patienten
und ihren Familien Orientierung.



Krankheitsrisiken (er)kennen

Das Wissen über erbliche Krankheiten ist in den vergangenen Jahren rasant gewachsen. Diese Erkenntnisse eröffnen Krankenhäusern und ihren Patienten neue Möglichkeiten.

Wenn Dr. Stephanie Spranger Stammbäume zeichnet, dann fliegt ihr Kugelschreiber über das Papier. Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Geschwister, Cousins und Cousinen – über alle näheren Verwandten wird bei einer genetischen Beratung gesprochen. »Wir Humangenetiker sind immer auf der Suche nach einem Muster, nach dem sich Krankheiten weitervererben«, sagt die Ärztin. Die Praxis für Humangenetik, die sie gemeinsam mit einem Kollegen betreibt, grenzt an das St. Joseph-Stift, ratsuchende Patienten kommen jedoch aus dem gesamten Nordwesten hierher.

Auch der Bereich Humangenetik der Universität Bremen, mit der unter anderem das Brustzentrum des DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus zusammenarbeitet, betreut Patienten aus einem großen Einzugsgebiet. »Eine genetische Beratung macht immer dann Sinn, wenn Menschen aufgrund von Krankheitsfällen in ihrer Familie den Verdacht haben, dass sie selbst von erblich bedingten Erkrankungen betroffen sein könnten«, sagt Professor Dr. Jörn Bullerdiek, leitender akademischer Direktor des Bereichs Humangenetik. »Aber auch in der pränatalen Diagnostik spielen genetische Informationen immer eine große Rolle.«

In vielen Fällen können die Humangenetiker bereits im Beratungsgespräch Entwarnung geben, ohne dass es zu einer genetischen Untersuchung kommt. »Bei erblichen Erkrankungen ist zum Beispiel die Frage wichtig, ob sich die Erkrankungen überhaupt in derselben Familie häufen«, sagt Bullerdiek. »Wenn eine Tante mütterlicherseits Brustkrebs hatte und eine Tante väterlicherseits auch, deutet das noch nicht zwingend auf ein erbliches Risiko hin. Wenn beide Tanten Schwestern waren, dagegen schon.«

Ein weiterer wichtiger Faktor sei das Alter, in dem Verwandte erkrankt sind, betont Dr. Stephanie Spranger. »Je älter ein Mensch ist, desto anfälliger ist sein Zellmaterial für Krebserkrankungen. Wenn Verwandte dagegen schon sehr jung an Krebs erkrankt sind, sollte man genauer hinschauen.« Wichtige Erkenntnisse kann eine genetische Untersuchung bringen, die in den meisten Fällen anhand einer Blutprobe erfolgt. Die Ergebnisse können bei einer eventuellen Behandlung im Krankenhaus hilfreich sein. »So werden Therapien zum Beispiel oft schon im Vorfeld auf das jeweilige genetische Profil des Patienten beziehungsweise des Tumors abgestimmt«, betont Bullerdiek.

Genetische Untersuchungen sind jedoch nicht nur mit Blick auf ein potenziell erhöhtes Krebsrisiko wichtig. »Besonders bei Kindern mit Behinderungen kann eine genetische Untersuchung sehr sinnvoll sein«, so Spranger. »Anhand der Ergebnisse lassen sich konkrete Diagnosen stellen, die mit einer Prognose und der genauen Nennung des Wiederholungsrisikos verbunden sind sowie auch mit der Möglichkeit spezieller Pränataldiagnostik.«

CHANCE ZUM GEGENSTEUERN

Seit vor 13 Jahren erstmals ein menschliches Genom entschlüsselt wurde, wachse das Wissen über Erbkrankheiten rasant – und damit auch die Möglichkeiten einer individualisierten Medizin, so Bullerdiek. »Die Humangenetik bringt ständig spannende neue Erkenntnisse hervor.« Genetische Untersuchungen, so betonen beide Fachleute unisono, können etwas über das Risiko aussagen, im Laufe des Lebens erblich bedingt zu erkranken. Ausgeliefert sei der Mensch diesem Risiko jedoch in der Regel nicht. Wer erhöhte Gefahren rechtzeitig erkenne, habe oft die Chance gegenzusteuern. :jop

Privatdozent
Dr. Christian Pox ist
seit April 2016
Chefarzt der Medizi-
nischen Klinik und
leitet das zertifizierte
Darmkrebszentrum
im St. Joseph-Stift.



»Frühzeitig mit der Vorsorge beginnen«

Treten Darmkrebserkrankungen in einer Familie gehäuft auf, ist es ratsam, sich an spezialisierte Zentren zu wenden. Im zertifizierten Darmkrebszentrum des St. Joseph-Stift finden Patienten und Angehörige Beratung zu Fragen der Vorsorge, Diagnostik und Therapie. Mit dessen Leiter Privatdozent Dr. Christian Pox sprach Gesundheit:Bremen.

∴ *Gesundheit:Bremen: Erkranken in einer Familie mehrere Verwandte ersten Grades an Darmkrebs, liegt es nahe, dass die Krankheit genetisch bedingt ist. Wie hoch ist das Krebsrisiko für die Angehörigen? PD Dr. Christian Pox: Sind Eltern, Geschwister oder Kinder an Darmkrebs erkrankt, verdoppelt sich das Risiko. Die Wahrscheinlichkeit, im Verlauf des Lebens ebenfalls zu erkranken, steigt auf zwölf Prozent. Es gibt jedoch einen Unterschied zwischen der erblich bedingten und der familiären Form des Darmkrebses: Etwa vier Prozent aller Fälle lassen sich auf eine ererbte, genetische Veränderung zurückführen. Die häufigste Form ist das Lynch-Syndrom, HNPCC – ein Reparatur-Defekt. Die familiäre Form tritt jedoch öfter auf: Etwa 20 Prozent aller Darmkrebs-Patienten haben weitere erkrankte Angehörige – ohne dass sich eine Genmutation nachweisen lässt.*

Welche Vorsorgemaßnahmen können betroffene Familien ergreifen?

Besteht familiär eine Neigung zu Darmkrebs, sollten Angehörige früh mit der Vorsorge beginnen. Zehn Jahre vor dem Erreichen des Alters, in dem das Familienmitglied an Krebs erkrankt ist, spätestens aber mit 45 Jahren. Beim Lynch-Syndrom sollte man sogar noch früher, mit 25 Jahren, beginnen. Die jährliche Vorsorge schließt dann neben der Darmspiegelung eine Magenspiegelung, Ultraschall des Bauchraums und bei Frauen zusätzliche Untersuchungen ein.

Viele scheuen sich davor, dennoch bleibt die Darmspiegelung die effektivste Untersuchungsmethode. Gibt es Alternativen?

Die Darmspiegelung dient dazu, entartete Polypen (Adenome) zu erkennen und sie zeitgleich zu entfernen. Es ist eine Untersuchung mit niedrigem Risiko. Alternativ gibt es den Stuhltest, bei dem nur auf Blut getestet wird. Polypen, die nicht bluten, und sonstige Veränderungen im Darm bleiben dabei aber unerkannt. Bei nachgewiesener erblicher Darmkrebserkrankung besteht zudem die Möglichkeit, nach einer genetischen Beratung Familienmitglieder zu testen.

In Fällen von erblich bedingtem Darmkrebs raten Sie dazu, alle Verwandten ersten Grades auf die Gendefekte HNPCC und Familiäre Adenomatöse Polyposis (FAP) testen zu lassen. Letzterer führt hundertprozentig zur Ausbildung von Darmkrebs. Wie lebt man mit dieser Gewissheit?

Patienten mit einer FAP bilden Hunderte Darmpolypen aus, die sich im Verlauf zu Darmkrebs entwickeln. Durch eine rechtzeitige Entfernung des Dickdarms kann aber verhindert werden, dass Krebs überhaupt erst entsteht. Nichtsdestotrotz gilt in Deutschland das Recht auf Unwissenheit. Das bedeutet, Angehörige können eine Testung ablehnen. Das ist dann auch zu respektieren. Aber frühzeitig erkannt, ist Darmkrebs heute gut behandelbar. ∴ aml

Besteht der Verdacht, dass eine Darmkrebserkrankung genetische Ursachen hat, wird der Chirurg Dr. Jörn Gröne zum Ahnenforscher.



Spurensuche im Stammbaum

In der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Rotes Kreuz Krankenhaus ist Chefarzt Dr. Jörn Gröne spezialisiert auf die Behandlung von Dickdarntumoren und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

∴ Robin ist auf Freiersfüßen: Der junge Franzose möchte in Deutschland um die Hand seiner Verlobten anhalten. Was er jetzt gar nicht gebrauchen kann, sind die schrecklichen Bauchschmerzen, die ihn plötzlich heimsuchen. Die besorgten Schwiegereltern in spe bringen ihn ins Krankenhaus.

Dort versorgen Privatdozent Dr. Jörn Gröne, seit Juni Chefarzt im RKK, und sein Team zunächst Robins akuten Darmverschluss. Bei einer Notoperation entdecken sie dessen Ursache – und beseitigen den Dickdarntumor (kolorektales Karzinom) vollständig. Ein Pathologe präzisiert die Diagnose nach der Operation: Dickdarmkrebs mit befallenen Lymphknoten. Chirurg Gröne geht auf Spurensuche. Was führt bei einem jungen Mann zu einem Tumor, der bei mehr als neunzig Prozent der Patienten erst im höheren Alter auftritt?

»Zunächst haben Robin und ich akribisch seinen Familienstammbaum analysiert. Die Mutter kam früh bei einem Autounfall ums Leben, Tante und Großmutter mütterlicherseits waren an Darmtumoren gestorben. Der Verdacht auf ein HNPCC – auch Lynch-Syndrom genannt –, die häufigste erbliche Darmkrebsform, lag nah«, beschreibt RKK-Darmkrebsexperte Gröne die Summe der Auffälligkeiten. Zusätzlich lässt er Blut und Tumorgewebe auf Genveränderungen (Mutationen) untersuchen. Und tatsächlich: Die beauftragten Humangenetiker finden einen erblichen genetischen Defekt.

Während Robin sofort mit der Chemotherapie beginnt, kontaktiert Gröne die Familie in Frankreich. Dort muss nun aufwendig analysiert werden, ob auch andere

blutsverwandte Familienmitglieder das mutierte Gen in sich tragen – die Wahrscheinlichkeit hierfür liegt bei fünfzig Prozent. »Auch Krebstumore in der Gebärmutter, dem Harnleiter oder Dünndarm können in Zusammenhang mit erblichem Dickdarmkrebs stehen. Das kann nur ein Fachmann abklären«, ergänzt der Chefarzt, der 16 Jahre im Universitätsklinikum Charité in Berlin gearbeitet hat.

DEN KREBS UNTER KONTROLLE HALTEN

Für Verwandte von Patienten mit Lynch-Syndrom bedeutet dies bereits in jungen Jahren eine sehr intensive Vorsorge, damit Tumore so früh wie möglich entdeckt werden, vor allem durch regelmäßige Darmspiegelungen.

Radikaler gehen Chirurgen bei der ebenfalls erblichen Familiären Adenomatösen Polyposis (FAP) vor: Der Gendefekt verursacht schon im jugendlichen Alter Hunderte bis Tausende Polypen, aus denen Dickdarmkrebs entsteht. Trägern des defekten Gens wird empfohlen, vorsorglich den gesamten Dickdarm chirurgisch entfernen zu lassen: »In einem minimalinvasiven Schlüssellocheingriff entfernen wir den Dickdarm und konstruieren aus der letzten Dünndarmschlinge ein Reservoir (Pouch). Dieses verbinden wir mit dem Schließmuskel und vermeiden so einen künstlichen Darmausgang«, beschreibt Gröne. Bei beiden erblichen Darmkrebsformen sind nach der Operation engmaschige endoskopische und klinische Kontrollen notwendig, um bei Bedarf sofort reagieren zu können.

Und Robin? Der junge Franzose kann erst mal durchatmen – denn was immer kommen mag: Die Liebste hat Ja gesagt. ∴ dw

»Enorme Hilfe bei der Diagnose«

Vererbung spielt bei manchen Erkrankungen der Wirbelsäule eine Rolle. Dieses Wissen hilft Dr. Martin Lewandowski, Chefarzt für Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie im DIAKO, bei der Diagnose und der Wahl einer zielgenauen Therapie.

• *Gesundheit:Bremen: Gibt es Erkrankungen der Wirbelsäule, die wie eine Haarfarbe erblich sind?*
 Dr. Martin Lewandowski: *Ganz so einfach wie bei den Mendel'schen Regeln und den Erbsen ist es nicht. Aber es gibt eine Reihe von Erkrankungen, bei denen die familiäre Disposition zumindest eine Rolle spielt. Wir wissen um den genetischen Einfluss, kennen aber nicht den genauen Erbgang und können daher nicht sagen: Dieses Chromosom ist verantwortlich. Meist kommen mehrere Ursachen zusammen und wir müssen bei der Diagnose unterschiedliche Spuren verfolgen.*

Können Sie die Spurensuche an einem Beispiel verdeutlichen?

Nehmen Sie ein Kind, das unter ständigen Rückenschmerzen leidet. Schmerzen können sehr viele Ursachen haben, eine Diagnose ist schwierig. Wenn aber seine Familienmitglieder unter Rheuma leiden, kann es sein, dass das Kind diese Veranlagung geerbt hat. Rheumatische Erkrankungen betreffen häufig die Wirbelsäule, weil ihre Gelenke und das Bindegewebe anfällig für Entzündungen sind. Je schneller die Schmerzursache ermittelt ist, desto zielgenauer kann die Therapie erfolgen.

Wie auch beim Morbus Scheuermann: Diese Erkrankung tritt bei Heranwachsenden auf, wenn die muskulären Strukturen noch nicht voll ausgebildet sind. Der Rundrücken betrifft etwa acht Prozent der Bevölkerung. Wir wissen, dass die Erkrankung zum Teil genetisch bedingt ist. Kommt also die Mutter mit ihrem Elfjährigen in die Sprechstunde und klagt, dass der Junge nicht gerade sitzen will, kann es helfen, das familiäre Umfeld zu beleuchten. Ist beim Opa und Vater eine ähnliche Haltung zu beobachten, stärkt es die Diagnose Scheuermann. Der Junge kann dann schon früh mit physiotherapeutischer Unterstützung etwas gegen die Veranlagung unternehmen.

Gibt es weitere Erkrankungen?

Ja, auch bei Morbus Bechterew, einer schmerzhaften Verknöcherung der Wirbelsäule, spielen einzelne oder mehrere Erbfaktoren eine Rolle. Die Krankheit tritt im Alter zwischen 20 und 40 Jahren auf und betrifft 0,5 Prozent der Deutschen. Oft wird sie nicht erkannt und deswegen falsch behandelt – mit durchaus schwerwiegenden Folgen. Bei Morbus Bechterew sind intensive Behandlung und tägliches Training nötig, um eine völlige Versteifung der Wirbelsäule zu verhindern. Erblich bedingt ist auch der sogenannte offene Rücken, ein fehlender Verschluss des Rückenmarkkanals. Oftmals wird diese Fehlbildung zudem durch einen Folsäuremangel in der Schwangerschaft mit verursacht. Mittlerweile ist es bei einer Früherkennung möglich, das Kind schon im Mutterleib zu operieren.

Wird eine familiäre Veranlagung zu bestimmten Rückenproblemen immer vererbt?

Nein, es gibt keinen Automatismus. Oftmals kommen äußere Faktoren hinzu, wie der erwähnte Mangel an Folsäure. Aber die Beachtung einer möglichen familiären Disposition kann eine enorme Hilfe bei der Diagnosestellung sein. • hai



Rückenprobleme werden nicht automatisch vererbt. Trotzdem liefert die Familiengeschichte dem Chefarzt Dr. Martin Lewandowski manchmal wichtige Hinweise für die richtige Diagnose.



Bei der MPFL-Plastik ersetzt Dr. Rüdiger Ahrens die geschädigten Bänder im Knie durch eine präparierte Sehne aus dem Oberschenkel. Sie hält die Kniescheibe in der richtigen Position.



Kniescheibe an Ort und Stelle

Wenn die Kniescheibe immer wieder herauspringt, kann Veranlagung die Ursache sein. Schülerin Theresa half eine stabilisierende Operation in der Roland-Klinik.

Theresa V. ging zum Bus, einfach geradeaus. Unvermittelt sprang ihre rechte Kniescheibe heraus. Ihre Kniescheiben machten schon seit einiger Zeit Probleme, bewegten sich stark, sprangen heraus und wieder hinein – meistens beim Fußball. Das kannte die 17-Jährige schon und obwohl es nervig war, beunruhigte es sie nicht. Aber beim Geradeauslaufen? Das war ungewöhnlich.

Die Schülerin hatte starke Schmerzen und suchte mit ihren Eltern einen Arzt auf – auch, weil die Kniescheibe dieses Mal nicht von selbst wieder in Position glitt. Der Mediziner überwies Theresa in die Roland-Klinik. Denn bei wiederholter Patellaluxation, so der Fachbegriff, muss gehandelt werden, um weitere Strukturschäden am Knie zu verhindern.

WIE DIE MUTTER, SO DIE TOCHTER

»Unter einer instabilen Kniescheibe leiden vor allem Mädchen«, so Dr. Rüdiger Ahrens, Chefarzt im Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie und Sporttraumatologie der Roland-Klinik. »Tritt das Problem insbesondere bei Alltagsbewegungen auf, ist es häufig anlagebedingt. Ein höheres Risiko haben zum Beispiel Mädchen, die ihre Knie sehr stark überstrecken können, und jene mit leichtem X-Bein.« Mütter geben die Veranlagung meist an ihre Töchter weiter.

Kurz & knapp: Vor Knie-OP Muskulatur aufbauen

Eine Patellaluxation tritt häufig bei Mädchen zwischen 12 und 14 Jahren auf. Eine OP kommt aber idealerweise erst ab 16 Jahren infrage, wenn die Wachstumsphase ganz oder zum größten Teil abgeschlossen ist. Vorher ist es ratsam, die Muskulatur mit Physiotherapie zu stärken.

Muskeln und Bänder stützen die Kniescheibe. Sind sie defekt oder instabil, können sie die Kniescheibe nicht halten. Sie springt heraus, fast immer nach außen. Dabei reißen die stabilisierenden Fasern an der Knie-Innen-seite und der Knorpel kann beschädigt werden. Der Weg zum erneuten Herauspringen ist geebnet. Kaum jemand geht sofort beim ersten Mal zum Arzt. »Das ist falsch«, betont Ahrens, »denn mehrfaches Herauspringen verursacht immer mehr Schaden.«

»Bei Therasas rechtem Knie brach Knorpel ab und die Bänder waren irreparabel gerissen. Wir mussten einen neuen Stabilisierungsapparat herstellen«, so der Chefarzt. Bei der Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes (MPFL-Plastik) wird eine Sehne aus dem Oberschenkel entfernt und als Bandersatz präpariert. Dieser wird als neue Stütze v-förmig an der Kniescheibe und dem Oberschenkelknochen befestigt. »Bei Therasas linkem Knie, das wir sieben Monate später operierten, waren die Bänder noch reparabel«, erinnert sich Ahrens. Er straffte die gerissenen, ausgeleiteten Bänder und brachte sie wieder in Position.

ZWEI OPERATIONSMETHODEN

»Im Vergleich zur Bandstraffung ist die MPFL-Plastik ein größerer Eingriff, bei der nachher durchaus mit Schmerzen zu rechnen ist. Die Patienten bleiben deswegen für etwa fünf Tage im Krankenhaus«, so Ahrens. Nach einer weniger schmerzhaften Bandstraffung können Patienten schneller wieder in Bewegung gebracht werden. Unerlässlich ist es, die Muskeln gut zu trainieren, damit sie ihre Stützfunktion rund um die Kniescheibe weiterhin erfüllen können.

Theresa kann nach den Operationen schon fast wieder alles machen. Nur im Fußballtraining läuft es noch nicht rund. Aber das wird, da ist sie sicher. :yp

Auch Hören will gelernt sein

Schwerhörigkeit oder Taubheit sind oft auf genetisch bedingte Fehlbildungen im Ohr zurückzuführen. Mit Cochlea-Implantaten weist die HNO-Klinik des DIAKO Betroffenen einen Weg aus der Stille.

- Der sechsjährige Mohammad aus Syrien lebt mit seiner Familie seit einem Jahr in Bremen. Es hatte gedauert, bis seine Eltern merkten, dass Mohammad offensichtlich nicht hören konnte und auch Probleme mit dem Gleichgewicht hatte. Noch im Heimatland folgte eine Reihe von Untersuchungen. Sie zeigten, dass die Hörschnecke (Cochlea) des Jungen fehlgebildet und er fast vollständig taub war. Bevor dem Jungen geholfen werden konnte, flüchtete die Familie vor dem Bürgerkrieg nach Europa. In Bremen organisierten die Betreuer aus seiner Unterkunft einen Arztbesuch für Mohammad, der dann ins DIAKO eingewiesen wurde.

»Kinder können taub auf die Welt kommen, weil die Hörschnecke wegen eines genetischen Defektes nicht richtig ausgebildet ist«, so Professor Dr. Ercole Di Martino, Chefarzt der HNO-Klinik im DIAKO und Leiter des Cochlea-Implantat-Zentrums. »Oder Erwachsene verlieren ihr Gehör ohne nachvollziehbare Ursachen wie Infektionen oder Lärm. Auch dann sind Genveränderungen als Auslöser nicht auszuschließen.« Ein Cochlea-Implantat ermöglicht es Betroffenen, (wieder) hören zu lernen. Seit mehr als zehn Jahren bietet die HNO-Klinik Cochlea-Therapien an – heute können sie schon im ersten Lebensjahr eines Patienten begonnen werden.

Bei der Nachsorgeuntersuchung zeigt Mohammad große Fortschritte – dank intensiver Hör- und Sprachtherapie bei Therapeut Dr. Uwe Martin (links).



Aufgrund einer fehlgebildeten Hörschnecke war der sechsjährige Mohammad fast taub. Mit einem Cochlea-Implantat stellte Professor Dr. Ercole Di Martino sein Hörvermögen wieder her.

Chefarzt Di Martino hat Mohammad in einer vierstündigen Operation auf beiden Seiten des Schädels je eine elektronische Hörhilfe in den Schädel implantiert. Di Martino: »Ein solcher Eingriff erfordert viel Erfahrung, denn der Operateur muss einen individuellen Weg finden, um das Implantat in der Ohrschnecke zu platzieren. Erschwerend kommt hinzu, dass der Gesichtsnerv durch das OP-Feld läuft. Dieser darf keinesfalls verletzt werden.« Die komplizierte Operation verlief nach Plan und knapp sechs Wochen später wurden Mohammads Innenohrprothesen zum ersten Mal angeschaltet.

INTENSIVE NACHSORGE

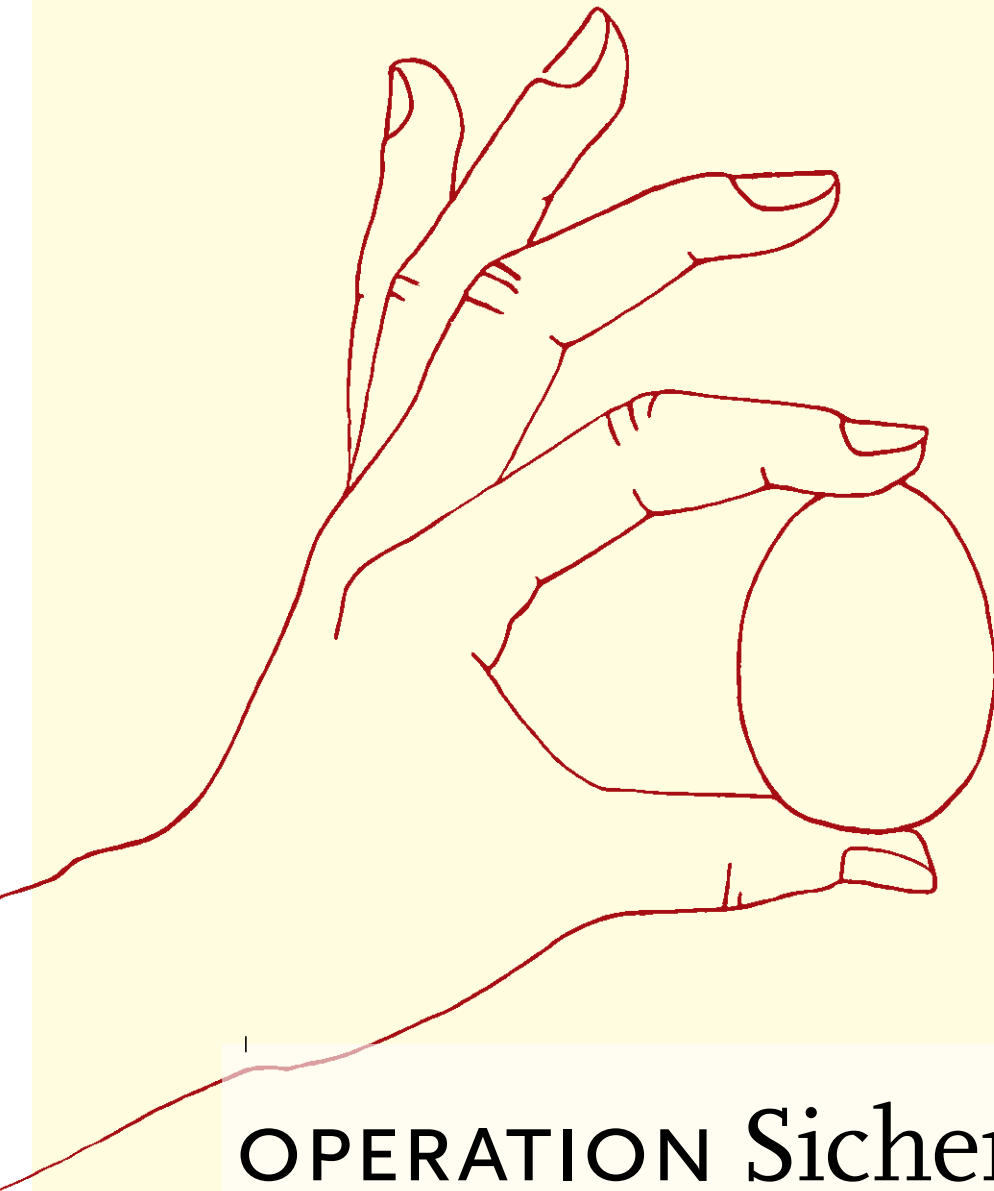
Nun müssen der Junge und seine Familie viel Geduld aufbringen. In einer ambulanten Hör- und Sprachtherapie schult Dr. Uwe Martin Mohammads Gehör über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren. Dabei wird das Gehirn des Kindes auf die vom Implantat gesendeten Reize trainiert. Anfangs sind wöchentlich mehrere Therapiesitzungen notwendig. Erste deutliche Erfolge konnte der Mediziner bereits bei einer Nachuntersuchung im Spätsommer feststellen: Mohammad ahmte bereits unterschiedliche Laute nach, die Therapeut Martin ihm vorsprach. Professor Di Martino: »Die Nachsorge ist die zweite wesentliche Säule der Behandlung.« : hai

Kurz & knapp: Cochlea-Implantat

Cochlea-Implantate sind elektronische Hörhilfen, die die Funktion der ausgefallenen Hörsinneszellen im Innenohr übernehmen. Der Schall wird über ein Mikrofon aufgenommen und in elektrische Impulse codiert.

Diese werden auf den noch intakten Hörnerv überleitet. Die so ausgelösten Höreindrücke lernen Betroffene allmählich zu interpretieren. Das Implantat besteht aus zwei Teilen. Ein Teil wird operativ in die Ohrschnecke

eingesetzt und im Knochen unter der Haut befestigt. Der zweite Teil wird wie ein Hörgerät hinter dem Ohr getragen und mit einem Kabel und einer magnetischen Spule mit dem implantierten Teil verbunden.



OPERATION Sicherheit

Ein einschneidendes Erlebnis ist jede Operation. Wer operiert wird, möchte wissen, dass vor, während und nach einer OP alles getan wird, um Fehler auszuschließen und Risiken zu minimieren. Wo – wie rund um den Operationssaal – viele Menschen zusammenarbeiten, braucht es dafür Regeln und Routinen, standardisierte Abläufe, klare Strukturen und Zuständigkeiten.

Manche Fehlerquellen können schon durch einfachste Maßnahmen beseitigt werden, gegen andere Risiken installieren Kliniken groß angelegte Überwachungs- und Kontrollsysteme und stellen spezialisierte Fachkräfte ein. Damit die Praktiker auch aus Fehlern anderer lernen, melden Klinikmitarbeiter in ganz Deutschland kritische Situationen und Beinahe-Zwischenfälle im internetbasierten CIRS-System. Im Aktionsbündnis Patientensicherheit arbeiten unterschiedliche Akteure aus dem Gesundheitswesen ehrenamtlich daran, die hohe Qualität der medizinischen Versorgung weiter zu steigern.

Wer im Krankenhaus operiert wird, vertraut auf mehr als die Fachkenntnisse seiner behandelnden Ärzte. Vor einer Operation, währenddessen und danach: Jeder Therapieschritt wird in den Freien Kliniken Bremen begleitet von zahlreichen kleinen und großen Sicherheitsroutinen zum Schutz der Patienten. Einige Beispiele stellen wir Ihnen vor – und wir zeigen, was Sie selbst tun können.

»Das Bewusstsein hat sich gewandelt«

Der Verein Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) ist eine geschätzte Institution im Gesundheitswesen. Geschäftsführer Hardy Müller über ein neues Klima im Umgang mit Sicherheit in der Medizin.

- *Gesundheit: Bremen: Was war der Anlass für die Gründung eines Vereins für Patientensicherheit? Hardy Müller: 1999 zeigte ein Bericht des Institute of Medicine, dass unerwünschte, vermeidbare Ereignisse in der medizinischen Praxis allein in den USA jährlich rund 80 000 Todesfälle verursachen. Das verdeutlichte erstmals, dass es ein sehr relevantes Problem ist – und zwar ein systemisches. Die Frage ist also nicht, wer schuld ist, sondern welche Faktoren zu unerwünschten Ereignissen führen. Das hat auch in Deutschland Diskussionen ausgelöst und schließlich zur Vereinsgründung geführt – mit dem Ziel, das Risikomanagement in der Gesundheitsversorgung auszubauen und den Ausbau einer gemeinsamen medizinischen Sicherheitskultur zu fördern.*

Wie sieht diese Arbeit aus?

Wir arbeiten nach dem Motto »Aus der Praxis für die Praxis«. Wir organisieren Arbeitsgruppen zu verschiedenen Aspekten, in denen versierte Praktiker zusammen Lösungsvorschläge erarbeiten. Am Ende steht ein konkretes Produkt, zum Beispiel eine Patientenbroschüre zur Sturzprophylaxe oder Handlungsempfehlungen für Ärzte und Pflegende. Wichtig sind auch die politische und die Öffentlichkeitsarbeit. Wir kommentieren gesundheitspolitische Gesetzesvorschläge, die die Patientensicherheit betreffen. Drittens sind unsere Tagungen und Kongresse ein Forum des Austausches für die Akteure. Das geschieht ehrenamtlich und finanziert sich über Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Wie wird die Arbeit Ihres Vereins von Ärzten und Kliniken angenommen?

Die Resonanz ist sehr positiv, weil wir mit allen zentralen Akteuren des Gesundheitssystems zusammenarbeiten und sie ihre Expertise einbringen. Oft moderieren wir zwischen ihnen und kommen so zu konsensfähigen Lösungen. Das Aktionsbündnis will nicht polarisieren, sondern zusammenführen. Alle Mitglieder wollen für das Gesundheitssystem und die Patienten die sicherste medizinische Versorgung erreichen. Kritisch anzumerken bleibt, dass manche unserer Empfehlungen nur langsam die Praxis durchdringen und wir für unsere Arbeit mehr Unterstützung benötigen. Verordnen können wir das aber nicht.

Hardy Müller M. A. ist Gesundheitswissenschaftler und Anthropologe. Seit 2007 engagiert er sich im Verein Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und gehört seit 2011 dem Vorstand an. Informationen für Patienten und Fachleute: www.aps-ev.de



Welche Erfolge hat das Aktionsbündnis erreicht?

Dass wir heute so über die Patientensicherheit sprechen, ist ein großer Erfolg. Das Thema war lange tabu, ein Problemfeld. Klima und Bewusstsein haben sich aber positiv gewandelt. Heute wird lösungsorientiert gefragt: »Wie machen wir es besser?« Auch die politische Anerkennung des APS, wie sie zum Beispiel durch die Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums zum Ausdruck kommt, sind schöne Erfolge. Besonders stolz sind wir auf die APS-Stiftungsprofessur im Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, die nun verstetigt wird.

Welche Themen beschäftigen APS heute?

Die Themenvielfalt ist groß. Aktuell sind es sicherheitsrelevante Aspekte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte oder der Digitalisierung der Medizin insgesamt. Ein weiteres Thema ist, Patientensicherheit in der Aus- und Weiterbildung zu verankern, denn Patientensicherheit kann man lernen. Und wir beschäftigen uns mit dem Zusammenhang von Personalausstattung in der Pflege und Patientensicherheit. • Ims



Gelassen in die Narkose: Patientin Wilma K.* wollte von ihrer Operation lieber nichts mitbekommen. Diesen Wunsch haben ihr die Anästhesisten Dr. Gisela Wagener und Chefarzt Dr. Carsten Brummerloh erfüllt.

Heilender Schlaf

Dank zuverlässiger Technik, medizinischem Know-how und kontinuierlicher Weiterbildung ist die Narkose heute Routine in jeder Klinik. Im Rotes Kreuz Krankenhaus sorgen Chefarzt Dr. Carsten Brummerloh und sein Team für ein sicheres Erwachen.

⚡ Auf der Flucht vor einer aufdringlichen Wespe brach sich Wilma K.* das rechte Wadenbein. Im Aufklärungsgespräch am Tag vor der geplanten Operation geht Anästhesistin Dr. Gisela Wagener mit ihr Möglichkeiten, Risiken und Ablauf der bevorstehenden Narkose durch. »Die Vorstellung, eine Spritze in den Rücken zu bekommen, ist mir sehr unangenehm. Ich möchte gar nichts mitbekommen und habe mich für eine Vollnarkose entschieden«, sagt die 74-jährige Patientin. Bei der Vollnarkose bremst ein Narkosemittel die Aktivität der Nervenzellen im Gehirn. Bewusstsein, Schmerzempfinden und Atemtrieb setzen aus. Für die Dauer der Operation stellen Anästhesisten die Beatmung und Bewusstlosigkeit sicher und überwachen ununterbrochen die Organfunktionen, beispielsweise Puls, Blutdruck, Atmung, Herz-tätigkeit und die Sauerstoffversorgung des Blutes.

Angst habe sie weniger vor der Narkose, sondern eher vor dem, was danach kommt, so die Patientin. Die mehrwöchige Zwangspause geht ihr mächtig gegen den Strich. So gelassen wie sie sehen nicht alle Patienten einer Narkose entgegen: »Manchen versetzt schon der Gedanke daran in Panik – dass die Narkose nicht richtig wirken könnte zum Beispiel«, beschreibt Anästhesistin Wagener ihre Erfahrungen aus den sogenannten Prämedikationsgesprächen. »Ich erkläre dann, wie wir die Narkosetiefe messen und vorzeitiges Erwachen ausschließen können.«

»Studien zufolge hat schon die Narkoseangst selbst negative Auswirkungen auf den OP-Erfolg. Allein deshalb ist es wichtig, Ängste ernst zu nehmen und auf die Patienten einzugehen«, ergänzt Dr. Carsten Brummerloh,

Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin des Rotes Kreuz Krankenhaus (RKK). »Es ist wichtig, die Begleiterkrankungen seiner Patienten zu kennen und bestimmte Medikamente vor der Narkose kontrolliert ab- bzw. auszusetzen. Die Narkosemittel und Hormone, die bei der Operation freigesetzt werden, können besonders bei Kleinkindern und im Alter den Gehirnstoffwechsel durcheinanderbringen«, erläutert Brummerloh.

Alternativ zur Vollnarkose gibt es heute viele Möglichkeiten, das Schmerzempfinden in einzelnen Körperregionen gezielt auszuschalten. Bei der Regionalanästhesie ist der Patient während der Operation wach und ansprechbar. Wer die Operation lieber nicht wach miterleben möchte, wird zusätzlich durch ein leichtes Beruhigungs- oder Schlafmittel in einen Dämmer Schlaf versetzt.

TRAINING IM SIMULATOR

Ein wichtiger Faktor für die Narkosesicherheit ist der Mensch. Deshalb verpflichtet Chefarzt Brummerloh sein Team zum Simulatorentraining an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Dort üben die RKK-Anästhesisten Zwischenfälle und Komplikationen mit einem lebensgetreuen OP-Simulator. Auch das internetbasierte Berichtssystem »Critical Incident Reporting System« (CIRS) trägt zur Patientensicherheit im RKK bei: Hier melden Mitarbeiter freiwillig und anonym kritische Ereignisse, die dann ausgewertet und bindend für alle bearbeitet werden. ⚡ dw

* Name auf Wunsch der Patientin geändert.

Ob im Darmkrebszentrum oder in der Frauenklinik: Sicherheitsroutinen wie Team-Time-out oder Zählkontrollen gehören zum Pflichtprogramm jeder Operation im St. Joseph-Stift. Viele der Maßnahmen gehen auf Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zurück.



Routinierte Sicherheit

Bevor ein Skalpell angesetzt wird, durchlaufen Patient, Pfleger und Ärzte im und neben dem Operationsaal zahlreiche Sicherheitsroutinen – so wie bei Sabine H. im St. Joseph-Stift.

- Mit der Aufstellung des OP-Plans beginnen die Vorbereitungen für die Darmoperation von Sabine H.*: Am Dienstag um 11 Uhr müssen Anästhesie-Team, Operateure und OP-Pflegepersonal bereit und die OP-Instrumente aus der Zentralsterilisation angeliefert sein.

Am Montag wird Sabine H. aufgenommen. In der pflegerischen Aufnahme wird sie nach Allergien, Vorerkrankungen oder Unverträglichkeiten befragt. Auf der Station bekommt sie ein Patientenarmband und führt Vorgespräche mit dem Narkosearzt und ihrem Operateur. Sie sehen die Vorbefunde ein und klären Sabine H. über die Risiken des Eingriffs auf. Zusätzlich werden für die Operation wesentliche Informationen in der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten WHO-Checkliste notiert.

Dienstagmorgen: Sabine H. wird im Bett zum OP gefahren. Die Pflegerin hat sich zuvor versichert, dass es sich wirklich um Sabine H. handelt, dass sie die Prämedikation erhalten und vor der Vollnarkose nichts gegessen hat. Wäre sie eine Risikopatientin, würde derweil für den Fall der Fälle ein Bett auf der Intensivstation geblockt. In der OP-Schleuse wird Sabine H. ein weiteres Mal nach ihrem Namen und der OP befragt – sicher ist sicher. Sie wird nun auf den OP-Tisch gelagert und zur Narkose-Einleitung gebracht. Der Anästhesist kontrolliert die Lage der Patientin und ob genug Blutkonserven bereitgestellt sind.

Erst jetzt, kurz vor der Narkose, wird Sabine H. die Brille abgenommen. Auch Hörgeräte und Zahnprothesen behalten Patienten bis dahin, damit sie möglichst fehlerfrei kommunizieren können und sich nicht ausgeliefert

fühlen. Während die Narkose eingeleitet wird, zählt der OP-Pfleger im OP die Instrumente und prüft, ob es die benötigten sind.

TEAM-TIME-OUT FÜR DIE SICHERHEIT

Bevor es richtig losgeht, nehmen sich alle Anwesenden noch einmal Zeit für das ›Team-Time-out‹ (Auszeit). Gemeinsam gehen sie jedes Detail der WHO-Checkliste durch: Wer wird operiert? Welcher Eingriff steht bevor? Welche Seite wird operiert? Sind Allergien und Vorerkrankungen bekannt? Hat die Patientin die Antibiotikaphrophylaxe erhalten? Wenn alles bestätigt ist, beschreibt zunächst der Chirurg, dann der Anästhesist das geplante Vorgehen und mögliche Schwierigkeiten. Abschließend bestätigt der OP-Pfleger, dass die Instrumente vollständig, gezählt und steril sind. Erst nachdem all dies schriftlich dokumentiert und ein letzter Kontrollblick auf das Patientenarmband geworfen ist, beginnt die OP.

Jeder Schritt wird im OP-Protokoll elektronisch dokumentiert. Im Vier-Augen-Prinzip wird jedes Instrument und jedes Stück Material, mit dem Sabine H. in Berührung kommt, gezählt. Damit nichts im Körper der Patientin verbleibt, werden die OP-Wunden erst nach positiver Zählkontrolle vernäht.

Nach der erfolgreichen OP wartet auf Sabine H. ein gewärmtes Bett. Bis sie wieder ansprechbar ist, bleibt Sabine H. im Aufwachraum, dann geht es zurück auf die Station und wenige Tage später nach Hause. • rie

* Name auf Wunsch der Patientin geändert.



Zum systematischen klinischen Infektionsschutz gehört auch die regelmäßige Datenanalyse: Alle Wundabstriche werden im Labor untersucht. Das gibt Aufschluss, ob und welche Erreger im Krankenhaus auftreten.

Prävention beginnt schon vor der OP

Screenings, Desinfektion, Standards und systematische Überwachung: Damit frisch operierte Patienten vor Infektionen geschützt sind, müssen im DIAKO viele Maßnahmen ineinandergreifen.

Um Krankheitserregern nach einem Eingriff keine Chance zu geben, greift im DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus rund um jede Operation ein ausgeklügeltes, standardisiertes System, das Patienten vor möglichen Wundinfektionen schützt. »Die Prävention beginnt bereits vor dem Eingriff«, erläutert Anette Pogge, leitende Hygienefachkraft im DIAKO.

KEIN RISIKO EINGEHEN

Neben dem MRSA-Screening, bei dem Patienten im Vorfeld einer geplanten Operation auf den resistenten Erreger getestet werden, sei es ebenso wichtig, dass der Patient möglichst erst kurz vor einer geplanten Operation in die Klinik kommt. Denn die ungewohnte Krankenhausumgebung führe bei Patienten oft zu Stress und dieser erhöhe das Infektionsrisiko, so Pogge.

Zum präoperativen Schutz vor Infektionen zählt zudem die Haarkürzung in allen Bereichen, in denen das Skalpell angesetzt wird. »Kürzen ist besser als rasieren«, betont die Hygienefachkraft. Auf diesem Weg werden leichte Rasurverletzungen vermieden, denn in intakte Haut können keine Keime eindringen. Desinfiziert wird das OP-Feld mit einem gefärbten Mittel, das auch entfettet. Pogge: »Die rote Farbe sorgt zusätzlich für Sicherheit, denn man sieht genau, wo die Haut noch nicht gereinigt und desinfiziert wurde.« Anschließend wird das OP-Feld unter aseptischen Bedingungen abgedeckt. Bei bestimmten Operationen, zum Beispiel am Darm, wird vor oder während des Eingriffs eine Antibiotikaprophylaxe durchgeführt. »Damit wird den bei der Operation möglicherweise frei werdenden Keimen sofort entgegengewirkt«, ergänzt die Fachkraft.

Besondere Aufmerksamkeit gilt Drainagen, Kathetern und der Wundversorgung: Wunddrainagen werden nicht routinemäßig, sondern nur nach klarer Indikation und so kurz wie möglich gelegt. Denn über die Schläuche können Keime in den Körper gelangen. Täglich wird überprüft, ob die Drainage noch notwendig ist. Gleiches gilt für Venen-Katheter. Ist keine Indikation mehr gegeben, wird der Zugang umgehend geschlossen. Eine Operationswunde ist in der Regel zwar nach zwei Stunden geschlossen. Doch steht der erste Verbandswechsel mit sterilen Handschuhen frühestens nach 24 bis 48 Stunden an, um die Wundheilung nicht zu stören. Ist der Verband aber durchgeblutet oder durchfeuchtet, wird sofort gehandelt.

ERREGER IMMER IM BLICK

Alle Wundabstriche werden zusätzlich im Labor untersucht und das Auftreten von Erregern (die Resistenzlage) in den einzelnen DIAKO-Kliniken betrachtet. Krankenhaushygieniker Dr. Johann-Wolfgang Wittke wertet einmal jährlich die Keimresistenzen aus und prüft, ob das Antibiotikaregime noch richtig aufgestellt ist. Regelmäßig führt der Facharzt für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie mikrobiologische Visiten auf der Intensivstation durch. Hierbei werden auch Antibiotikatherapien besprochen und auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Alle erhobenen Daten fließen zusammen im sogenannten KISS-System (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System). Studien haben gezeigt, dass die systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu Infektionen deren Häufigkeit reduziert und so maßgeblich zur Patientensicherheit beiträgt. : hai



Eine Stichwortliste hilft Ihnen bei der Vorbereitung auf eine geplante Operation. Auf die Liste gehören beispielsweise auch Arzneimittel, die regelmäßig eingenommen werden. Frei verkäufliche Medikamente und Nahrungsergänzungen wie Vitamine oder Mineralstoffe dürfen dabei nicht fehlen.

Sicher in der Klinik: Bitte nachfragen!

Im Krankenhaus gelten klare Abläufe und Sicherheitsregeln. Doch können Sie als Patient auch selbst zu Ihrer Sicherheit beitragen. Hier einige ausgewählte Tipps vom Aktionsbündnis Patientensicherheit.

- Längerfristig geplante Krankenhausaufenthalte geben Ihnen die Chance, sich vorzubereiten: Überlegen Sie vorab, was Ärzte und Klinikmitarbeiter über Ihren Gesundheitszustand wissen sollten, und machen Sie sich eine Liste mit Stichpunkten und Fragen. Schreiben Sie sich die Medikamente auf, die Sie regelmäßig nehmen. Auch frei verkäufliche Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamine oder Mineralstoffe gehören auf diese Liste. Bei der Einweisung wird Ihnen eine Reihe von Fragen gestellt, zum Beispiel: Haben Sie unabhängig vom Anlass Ihres Klinikaufenthalts noch weitere Krankheiten oder andere gesundheitliche Beschwerden wie Allergien oder Unverträglichkeiten? Waren Sie schon einmal im Krankenhaus und aus welchem Anlass? Traten dort unvorhergesehene Beschwerden auf? Sind Sie schwanger oder könnten Sie es sein? Brauchen Sie Hilfe beim Aufstehen, Gehen, Anziehen oder anderen Tätigkeiten im Alltag? Es ist hilfreich, wenn Sie diese Fragen präzise beantworten. Fühlen Sie sich dabei unsicher, klären Sie rechtzeitig, ob ein Angehöriger Sie bei der Einweisung begleiten kann.

Scheuen Sie sich nicht davor, Ärzten und Pflegekräften Fragen zu stellen. Es geht schließlich um Ihre Gesundheit! Ein Beispiel: Mitunter ist es medizinisch sinnvoll, dass Sie im Krankenhaus andere Medikamente erhalten als zu Hause. Das wird in der Regel mit Ihnen besprochen. Geschieht dies nicht, fragen Sie nach, bevor Sie die Arzneien einnehmen. So vergewissern Sie sich auch, dass es sich nicht um eine Verwechslung handelt. Dass Klinikmitarbeiter Patienten verwechseln, kommt zwar äußerst selten vor. Werden Sie aber dennoch einmal mit einem falschen Namen angesprochen, weisen Sie sofort

darauf hin. Unterschreiben Sie Patienteninformationsbögen nur, wenn Sie den Inhalt verstanden haben und eventuelle Rückfragen geklärt sind. Treten bei Ihnen ungewohnte Schmerzen, Unwohlsein oder Übelkeit auf, teilen Sie es den Klinikmitarbeitern zeitnah mit. Diese können Ihre Beschwerden in der Regel nicht nur lindern. Sie brauchen diese Informationen auch, um den Behandlungsverlauf bestmöglich einschätzen zu können. : joy

Eine Auswahl wichtiger Fragen vor der Entlassung

Damit Sie Ihre weitere Genesung zu Hause effektiv fördern können, ist es wichtig, dass vor der Entlassung einige wichtige Fragen geklärt sind. Fragen Sie nach, wenn Ihnen folgende Punkte noch unklar sind:

- Welche Medikamente muss ich zu Hause einnehmen und was muss ich dabei beachten?
- Wer verschreibt mir die Medikamente und wie bekomme ich sie?
- Welche Art der körperlichen Betätigung ist gut für mich und was sollte ich wie lange vermeiden?
- Was darf ich essen und trinken und worauf sollte ich wie lange verzichten?
- Wann sind meine nächsten Termine (zum Beispiel für Nachuntersuchungen)?
- Wann erhalte ich den Arztbrief zur Weitergabe an meine Hausärztin oder meinen Hausarzt?
- Ist für alle nötigen Hilfsmittel, wie etwa Gehhilfen, gesorgt?
- Ist meine Versorgung zu Hause (zum Beispiel Pflegedienst, Essen auf Rädern, Hilfe im Haushalt) geregelt?
- An wen kann ich mich wenden, wenn ich zu Hause mehr Hilfe benötige als zunächst gedacht?



Junges Familienglück: Mithilfe der Expertise von Dr. Torsten Frambach konnten sich Wibke und Boris H. ihren Kinderwunsch trotz aller Widrigkeiten erfüllen.

Ein kleines Wunder

Philip ist ein ganz besonderes Baby. Nach einer Chemotherapie wurde seine Mutter auf natürlichem Weg schwanger. Ein neues Transplantationsverfahren im St. Joseph-Stift machte es möglich.

Wibke H. strahlt. Ihr junges Mutterglück täuscht fast darüber hinweg, dass ein steiniger Weg hinter ihr liegt. Die heute 34-Jährige hat eine bösartige Krebserkrankung überstanden: 2008 wurde bei Wibke H. ein Hodgkin-Lymphom diagnostiziert, ein Tumor des Lymphsystems. Die Prognose für die Heilung dieser Krebsart ist heute sehr gut. Die erste Therapie schlug zunächst an, doch 2012 kehrte die Erkrankung heftiger als zuvor zurück. Nun sollte eine hochdosierte Chemotherapie den Tumor bekämpfen.

Wegen ihres Kinderwunsches gaben ihre Onkologen der damals 30-Jährigen den Rat, sich umgehend an einen Spezialisten für den Erhalt der Fruchtbarkeit zu wenden. Die aggressive Chemotherapie zerstört nicht nur Krebszellen, sondern meist auch die Funktion der Eierstöcke. Ihr Frauenarzt schickte Wibke H. schließlich zu Dr. Torsten Frambach, dem Chefarzt der Frauenklinik des St. Joseph-Stift.

Wibke H. erinnert sich: »Wir wollten auf jeden Fall Kinder. Die Aussicht, dass es vielleicht nie möglich ist, war ein Tiefschlag. Dr. Frambach erklärte uns das Verfahren und auch, dass es keine Erfolgsgarantie gebe. Ich habe nur den Strohalm gesehen, an den wir uns klammern können.«

Bei der sogenannten Ovargewebs-Transplantation wird der Frau vor einer Chemotherapie in einem minimal-

invasiven Eingriff Eierstockgewebe entnommen. Anschließend wird es in der Kryobank der Universitätsfrauenklinik Bonn, mit der die Schwachhauser Klinik kooperiert, eingefroren. »Das Auftauen und Wiedereinsetzen muss direkt erfolgen, sonst stirbt das Gewebe ab. Deswegen kommt Dr. Jana Liebenthron aus Bonn zu uns. Sie leitet die Kryobank«, so Frambach.

VOM SCHNELLEN ERFOLG ÜBERRASCHT

Kurz vor Weihnachten 2014 ist es bei Wibke H. so weit. Der Krebs war zwei Jahre lang nicht wiedergekommen und ihr Kinderwunsch unverändert groß. Gynäkologin Frambach: »Das Gewebe pflanzen wir in eine Tasche hinter dem Eierstock wieder ein. Wenn alles gut verläuft, fängt der Eierstock nach ein bis drei Monaten wieder an zu arbeiten. Die Frauen brauchen keine Hormonbehandlung, ihr Körper funktioniert wieder wie vor der Erkrankung.« Im März hat Wibke H. die erste Regelblutung, schon im August wird sie schwanger: »Dass sich unsere Hoffnung so schnell erfüllt, hätten wir nie für möglich gehalten.« Philip erblickt im Mai 2016, am Geburtstag seines Papas, das Licht der Welt. Er ist das 17. Kind in Deutschland, das nach einer Ovargewebs-Transplantation geboren wurde. Für seine Eltern und das Team um Dr. Frambach aber ist er die absolute Nummer eins. rie

Kurz & knapp: Ovargewebs-Transplantation

In Deutschland beraten 95 Zentren des FertiPROTEKT-Netzwerks Menschen mit Kinderwunsch, wie die Fruchtbarkeit bei onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen erhalten werden kann. Neben Eizell- oder

Spermienentnahme ist die Ovargewebs-Transplantation ein mögliches Verfahren. Diese wird seit 2006 international angewandt. In Deutschland wurde bisher circa 100-mal Eierstockgewebe retransplantiert.

In 70 Prozent der Fälle wächst das Eierstockgewebe wieder an und 28 Prozent derjenigen, die schwanger werden möchten, sind es nach Auswertung der bisherigen Daten von FertiPROTEKT auch geworden.

Kaputte Knochen wieder aufbauen

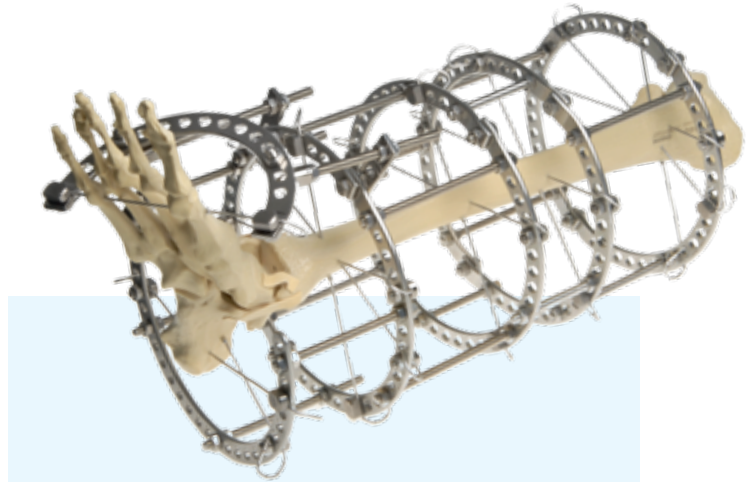
Für die Behandlung von Patienten mit schwersten Verletzungen und Defekten an Armen und Beinen ist das Rote Kreuz Krankenhaus bestens gerüstet. In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie lassen Chefarzt Dr. Dirk Hadler und sein Team sogar Knochen wachsen, wenn es nötig ist.

- Wenn größere Knochenteile und infiziertes Gewebe radikal entfernt werden müssen, ist guter Rat teuer. Ausgedehnte Infekte und Fehlstellungen im Fuß- und Sprunggelenk, starke Entzündungen im Fußwurzelbereich durch das Diabetische Fußsyndrom, komplexe Brüche nach Unfällen, Knochentumore und -entzündungen: Für viele Knochendefekte war eine Amputation lange Zeit der einzige Behandlungsweg.

Ein spezielles Verfahren kann die drohende Amputation einer Extremität verhindern: Segmenttransport heißt die Methode, die in Norddeutschland nur wenige Experten beherrschen. Spezialisierte Chirurgen wie Chefarzt Dr. Dirk Hadler setzen auf den biologischen Knochendefektaufbau, um betroffene Gliedmaßen zu retten: »Die Grundidee ist, den Knochen mithilfe eines externen Ringfixateurs neu wachsen zu lassen«, erklärt der Fachmann. Das Verfahren entwickelte Gavril Ilizarov (1921–1992), ein sowjetischer Arzt und Chirurg. Nach ihm ist das komplizierte metallische Ringgestell mit Verbindungsstangen, Umlenkrolle, Drähten und Schrauben benannt, das den betroffenen Knochen stabilisiert und seinen Neuaufbau steuert: der Ilizarov-Fixateur.

ZUGKRAFT FÜR DAS KNOCHENWACHSTUM

Der Segmenttransport nimmt im Operationssaal seinen Anfang: Der Chirurg durchtrennt den Knochen an einer geeigneten Stelle und verbindet den Fixateur mithilfe von Schrauben und Drähten an den beiden Knochenenden. Schon wenige Tage nach der OP beginnt im Knochen der Wachstumsprozess. Mehrmals täglich dreht der Patient eigenständig und nach einem festgelegten Schema an einer kleinen Schraube am oberen Ende des Fixateurs. Dadurch wird das gesunde Gewebe auseinandergezogen,



Oben: Bei der Behandlung von massiven Knochendefekten kommt der Ilizarov-Fixateur zum Einsatz. Das komplexe metallische Ringgestell stabilisiert den Knochen und steuert seinen Neuaufbau.



Rechts: Chefarzt Dr. Dirk Hadler hat sich auf die Behandlung infizierter und defekter Knochen spezialisiert.

um insgesamt einen Millimeter täglich. Im entstehenden Zwischenraum bildet sich neue Knochenmasse. »Dieser neu gebildete Knochen ist viel stabiler, als wenn wir Knochenmaterial aus dem Beckenkamm nähmen und den Defekt damit auffüllten«, betont der Unfallchirurg. »Man braucht eine Menge Geduld, aber es lohnt sich.« Achtzig Tage dauert beispielsweise das Auffüllen eines Defektes von acht Zentimetern Länge. Regelmäßige Röntgenuntersuchungen sichern in dieser Zeit den korrekten Fortschritt der Therapie. Bis der Knochen wieder normal belastet werden kann, braucht es noch einmal doppelt so lange. Während der Knochen nach dem Entfernen des Ringfixateurs vollständig aushärtet, muss der Patient in der Regel noch sechs bis acht Wochen lang eine stabilisierende Orthese tragen und durch regelmäßige Physiotherapie den Knochen und die Muskeln stärken. •• dw

Kein Risiko eingehen

In der Roland-Klinik wird nur noch allergenarmer, keramischer Kniegelenkersatz implantiert. Professor Dr. Ralf Skripitz ist von den Vorteilen überzeugt.

»Was wir an Komplikationen vermeiden können, sollten wir auch vermeiden«, betont Professor Dr. Ralf Skripitz, Chefarzt im Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie, Kinder- und Allgemeine Orthopädie sowie Leiter des Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung in der Roland-Klinik. Seit August implantieren er und sein Team deshalb nur noch allergenarme Knie-Endoprothesen aus sehr widerstandsfähiger Keramik. Dieser Kniegelenkersatz verhindert Allergien bei Patienten, die durch den bloßen Kontakt mit Metall oder Metallabrieb ausgelöst werden.

TROTZ HAUTTEST ALLERGISCH

Laut Studien reagieren in Deutschland rund sechzehn Prozent aller Menschen allergisch auf Nickel, acht Prozent auf Kobalt und vier Prozent auf Chrom. All diese Bestandteile sind in gängigen Metall-Endoprothesen enthalten. Zwar könnten bei jedem Patienten vorab Tests auf der Haut durchgeführt werden, um zu prüfen, ob eine Allergie vorliegt. »Aber die Schleimhäute im Körper reagieren häufig ganz anders als die Haut«, so Skripitz. Wer einen unauffälligen Hauttest hatte, kann dennoch allergisch auf den Kniegelenkersatz aus Metall reagieren und umgekehrt. Studien belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen Metallionen im Körper und Kontaktallergien gibt. Sprich: Bei einigen Patienten entwickelt sich eine Allergie erst dann, wenn das Material im Körper ist. »Anders als bei der Hüfte, kommt der künstliche Gelenkersatz am Knie auch mit Schleimhäuten und Weichteilen in Kontakt. Und die reagieren dann auf den metallenen Fremdkörper oder den Metallabrieb«, erklärt der Orthopäde.

VOM OP-TISCH VERBANNT

In etwa fünf Prozent aller Fälle weltweit werden Knie-Endoprothesen aufgrund einer allergischen Reaktion auf Metall ausgetauscht. »Wir kennen also das Risiko. Wieso gehen wir es dann noch ein und tun nichts dagegen?«, fragte sich Professor Skripitz und verbannte schließlich die rein metallenen Kunstgelenke vom OP-Tisch. »Auf Keramik reagiert niemand allergisch und das Material ist ausgesprochen belastbar«, so der Mediziner.

REAKTION HÄUFIG VERZÖGERT

Wer auf eine Metall-Endoprothese negativ reagiert, hat meist einen langen Weg vor sich, so Skripitz. Denn



Die von Professor Dr. Ralf Skripitz bevorzugten Knieendoprothesen glänzen zwar metallisch, doch ihre Oberfläche besteht aus sieben Schichten widerstandsfähiger Keramik.

eine Metallallergie sei schwer zu diagnostizieren und mache sich in der Regel erst ein bis zwei Jahre nach dem Eingriff bemerkbar. Die Symptome der Patienten ähneln häufig denen einer Gelenkinfektion: ein dumpfer, tiefer Schmerz, Wärme im Knie, Hautreaktionen. Und: Je häufiger der Gelenkersatz gewechselt wird, desto höher ist auch das Infektionsrisiko an der operierten Stelle. So kann aus einer allergischen Reaktion auch noch eine Infektion entstehen.

Angesichts dieser Risiken und der Tatsache, dass sie umgangen werden können, ist sich Skripitz sicher: »Es wäre nur logisch, wenn keramischer Kniegelenkersatz in ein paar Jahren Standard sein wird. Für uns ist er das schon jetzt.« :yp

Dialyse mit körpereigenem Filter

Wenn bei älteren oder herzkranken Patienten die Nieren nicht richtig arbeiten, ist die Bauchfelldialyse eine schonende Alternative zur Hämodialyse. Mit dem Verfahren wurde Marianne D.* im DIAKO auch lästige Wassereinlagerungen los.

- In knapp drei Monaten hatte Marianne D. (78) rund 20 Kilo zugenommen. Grund waren Wassereinlagerungen insbesondere in den Beinen, die sich bis in die Seiten hochzogen. Zudem wurde die Findorfferin immer kurzatmiger. Sogar der Einkauf im benachbarten Supermarkt wurde zur Tortur. Entwässerungstabletten halfen nicht mehr weiter, sodass ihr Hausarzt die Rentnerin Ende Juni ins DIAKO einwies.

In der Klinik für Innere Medizin wurden bei Marianne D. nach Ultraschalluntersuchungen eine Herzmuskelschwäche und eine in Mitleidenschaft gezogene Niere diagnostiziert. Zudem zeigten Röntgenbilder, dass sich auch zwischen Lunge und Brustfell Wasser eingelagert hatte. Weil auch hier die Behandlung mit wasser-treibenden Medikamenten erfolglos blieb, leiteten die Nephrologen Dr. Susi Knöller und Dr. Thomas Otterbeck eine intermittierende Peritonealdialyse (IPD) ein.

Dieses Verfahren zur Blutreinigung wird bei alten Menschen, bei Patienten mit schweren Herzerkrankungen oder bedenklichen Wassereinlagerungen eingesetzt, wenn eine medikamentöse Therapie keine Fortschritte mehr erzielt. Bei dieser Form der Dialyse wird am tiefsten Punkt des kleinen Beckens ein Katheter in den Bauch eingesetzt, erläutert Dr. Susi Knöller. Der Katheter verfügt über einen Schlauch mit einem Ansatzstück, durch den Flüssigkeit, das sogenannte Dialysat, in den Bauch geleitet und auch wieder abgelassen wird. Eingesetzt wird der Katheter in enger Zusammenarbeit von Nephrologie, Chirurgie und Anästhesiologie.

Die Entgiftung des Körpers funktioniert bei der IPD anders als bei der gebräuchlichsten Art der Blutwäsche, der Hämodialyse. »Bei der Hämodialyse erfolgt die Blutreinigung außerhalb des Körpers in einer Dialyse-



Bei der Bauchfelldialyse wird das Blut innerhalb des Körpers gereinigt. Das Bauchfell funktioniert dabei als körpereigene Filtermembran.

maschine. Durch sie wird das Blut geleitet und mittels Filter gereinigt. Das ist für das Herz-Kreislauf-System der Patienten ein belastendes Verfahren, weil in sehr kurzer Zeit ein großer Flüssigkeitsentzug stattfindet«, sagt Dr. Thomas Otterbeck. »Die IPD hingegen nutzt das Bauchfell, das alle Organe umgibt, als körpereigenen Filter.«

Parallel zur medikamentösen Behandlung ihrer Herzmuskelschwäche wurde Marianne D. in den ersten zehn Tagen ihres Krankenhausaufenthaltes täglich und später dreimal wöchentlich dialysiert. »Schon in der ersten Woche habe ich rund fünf Kilogramm verloren und konnte mich viel besser bewegen«, erzählt die Rentnerin. »Und ich musste auch nicht mehr so japsen.«

MEHRMALS WÖCHENTLICH ZUR DIALYSE

Nach 15 Tagen wurde Marianne D. entlassen, muss aber weiter dreimal in der Woche ins DIAKO kommen. Das macht sie mittlerweile gerne: »Wir sind hier ein bisschen wie eine Familie.« Inzwischen hat Marianne D. die Wassereinlagerungen verloren. »Meine Schwägerin sagt sogar, ich hätte jetzt Beine wie eine Gazelle«, freut sich die Rentnerin ein Vierteljahr nach ihrer Entlassung über die zurückgewonnene Beweglichkeit. • hai

* Name auf Wunsch der Patientin geändert.



Die Mitarbeiter des Palliative-Care-Dienstes im St. Joseph-Stift geben Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt Halt. Für Astrid Kress gehört auch gemeinsames Weinen und Lachen dazu.

Begleitet bis zum Ende

Wenn eine Heilung ausgeschlossen ist und Patienten ihren letzten Lebensabschnitt antreten, sollen sie diesen nicht allein gehen müssen. Im St. Joseph-Stift kümmert sich ein engagiertes Palliativ-Team um Patienten am Ende des Lebens.

- Es gibt Tage, an denen belastet Astrid Kress ihre Aufgabe, da nimmt sie die Patientenschicksale auch mit nach Hause. Als Fachpflegekraft gehört Kress zum Palliative-Care-Dienst des St. Joseph-Stift. Die Aufgabe der drei Fachpflegekräfte und des Palliativmediziners ist es, schwerstkranke Patienten, die nicht mehr auf Heilung hoffen können, zu betreuen und zu begleiten.

Getreu dem Leitgedanken des katholischen Krankenhauses »Was soll ich für dich tun?« schenkt das Palliativ-Team den Patienten der Schwachhauser Klinik, aber auch ihren Angehörigen und den Mitarbeitern des Hauses, seine Zeit und Kompetenz. Ihr wichtigstes Ziel ist es, schwerkranken Menschen die Entscheidungshoheit über ihr Sein zu erhalten oder wiederherzustellen.

Astrid Kress beschreibt, wie dies im Alltag aussieht: »Sobald ein stationärer Patient einer palliativen Betreuung bedarf, rufen uns die Kollegen von der Station hinzu. Wir bekommen dann die Auskunft, welche Erkrankung zugrunde liegt und unter welchen Symptomen der Patient leidet.« Der Palliativ-Dienst arbeitet im Sinn einer ganzheitlichen Lebens- und Sterbegleitung nicht nur eng mit den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern auf

den Stationen zusammen. Auch zum Sozialdienst, den Physiotherapeuten des Hauses, dem psychologischen Dienst und der Seelsorge bestehen viele Berührungspunkte.

Neben ihrer Grunderkrankung haben Palliativpatienten meist gravierende Symptome wie Atemnot, Schmerz oder Verstopfung. »Die Begleitsymptome und vor allem die Schmerzen zu lindern oder zu behandeln hat höchste Priorität«, so Kress. »Wir unterstützen den Patienten und seine Angehörigen aber auch bei der Entscheidung, wie es in der verbleibenden Zeit weitergehen soll – ob zu Hause, im Hospiz oder doch im Krankenhaus.«

ABSCHIED WÜRDIG GESTALTEN

Lautet die Entscheidung Krankenhaus, ist das oberste Gebot: Wenn schon im Krankenhaus sterben, dann in Würde. Die Mitarbeiter des Palliative-Care-Dienstes möchten – in Zusammenarbeit mit den Pflegekräften auf den Stationen – den Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt Halt geben und helfen, diesen respektvoll und würdig zu gestalten. Dazu gehört auch, dass über mehrere Wochen ein enger Kontakt mit dem Patienten besteht, gemeinsam wird gelacht und geweint. : rie

Kurz & knapp: Palliative Care

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care (deutsch: Palliativmedizin) als »einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren

Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges

Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.«

Wie fit fühlen Sie sich, Herr Eiswetttschneider?

Wie fit fühlen Sie sich gerade, Herr Eiswetttschneider?

Im Sommer habe ich viel Wärme und Energie in der Natur getankt, um die kalte, eisige Jahreszeit mit Zuversicht angehen zu können.

Was tun Sie, damit Sie jedes Jahr aufs Neue pünktlich zum 6. Januar ›plietsch un kerngesund‹ ihre Pflichten wahrnehmen können?

Ich gehe aufmerksam mit meinem Körper um, horche auf seine Stimme und Zeichen und versuche allen nicht so gesunden Verlockungen auszuweichen. Außerdem übe ich stetig Eisschollenlaufen, für alle Fälle.

Einmal im Jahr ist Ihr großer Auftritt. Was treibt ein Eiswetttschneider an den restlichen 364 Tagen im Jahr?

Meine Nährarbeiten nachholen, die alle liegen geblieben sind... – Ich beobachte die Menschen, ihr Tun und das Leben in Bremen mit größter Aufmerksamkeit, um den nötigen Stoff für den Auftritt am Punkendeich zu finden. Und für meine Sicherheit steige ich jeden Monat einmal mit all meinen Kleidern in die Weser zwecks Training für alle Eventualitäten, man weiß ja nie... Und ich spiele

bei der bremer shakespeare company in vielen Shakespeare-Stücken mit!

99 Pfund darf der Schneider wiegen. Knapp 45 Kilo ist für einen erwachsenen Mann aber gefährlich untergewichtig! Schummeln Sie etwa auf der Waage?

Na so was, gerade im letzten Jahr hat sich erwiesen, dass die Waage auf dem technisch neuesten Stand ist und die Software der Volkswaage einwandfrei ist! Ich würde mich nicht als untergewichtig bezeichnen...

2016 haben Sie die anwesenden Gäste mit einem Bügeleisen am Selfie-Stick überrascht. Auf welche Neuerungen dürfen sich die Bremer am 6. Januar 2017 freuen?

Um 12 Uhr am Punkendeich stehen und sich überraschen lassen – leider alles des Schneiders Betriebsgeheimnis.

Am heißen Bügeleisen verbrennt sich der Medicus Publicus alljährlich die Finger. Haben Sie ein Traditionsrezept, das gegen kleine Verbrennungen hilft?

Der Medicus ist leider unbelehrbar und uneinsichtig – könnte was mit dem Berufsstand zu tun haben. Aber ich mache mir keine Sorge, er ist ja Selbst-

versorger und steigert somit auch nicht den Krankenkassenzusatzbeitrag.

Die wichtigsten Quellen für Ihr Wohlbefinden?

Viel Bewegung, regelmäßiges Joggen, Austausch mit Menschen, Neugier, smartphonefreie Zeit, bewusste Ernährung, aber nichts übertreiben.



Der Eiswetttschneider (seit 2016 verkörpert von Schauspieler Peter Luchinger) wird 1892 erstmals dokumentiert, als er ›polizeiwidrig‹ über die Weser geht. Bei der traditionellen Eiswettprobe prüft der notorisch unpünktliche und freche Schneider im Beisein zahlreicher Offizieller, ob die Weser fließt (›geht‹) oder gefroren ist (›steiht‹). Tradition hat auch das anschließende Eiswettfest, bei dem Spenden für die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS) gesammelt werden.

TIL METTES DIAGNOSE



DIAKO

Vorträge (jeweils 18 Uhr): 19.1. Hüftgelenk; 26.1. Prostatakrebs; 9.2. Vergrößerte Schilddrüse; 23.2. Sodbrennen – chirurgische Therapie; 28.2. Lachyoga; 2.3. Schultergelenk aktuell; 9.3. Osteoporose und Knochenbrüche; 16.3. Gutartig vergrößerte Prostata; 24.3. Darmkrebs – Vorsorge und Therapie; 28.3. Wege aus dem seelischen Tief – Selbsthilfestrategien bei Depressionen und Burn-out; 6.4. Hexenschuss bis Wirbelbruch; 20.4. Kniegelenk aktuell; 27.4. Inkontinenz bei Männern; 4.5. Krankhaftes Übergewicht; 11.5. Patientenverfügung aus Sicht des Mediziners und des Sozialdienstes; 18.5. Lungenkrebs – neue therapeutische Möglichkeiten

Seminarhaus im DIAKO Park
Infos, Anmeldung: 0421-6102-2101

Bildungsurlaube: 13.–17.2. Yoga & autogenes Training; 6.–10.3. Mit Ruhe und Gelassenheit erfolgreich gesund durch den Alltag; 20.–24.3. Mit Stress umgehen und Burn-out vermeiden – Stressprävention im Berufsalltag

DIAKO Gesundheitsimpulse, Anmeldung: 0421-6102-2101 und www.diako-bremen.de

Für (werdende) Eltern und Kinder: Rund um die Geburt – Informationsveranstaltung mit Besichtigung von Kreißsaal und Mutter-Kind-Station
12.12., 9.1., 13.2., 13.3., 10.4., 8.5., 12.6. jeweils 18 Uhr

Ausstellung

Leinen los: Aquarellmalerei mit maritimen Motiven von Peter Bock
ab Februar 2017

Starke Kinder – Starker Bremer Westen
Einjähriges Schulungsprogramm für übergewichtige Kinder

Start Frühjahr 2017
Infos, Anmeldung: 0421-6102-2101

Kurse der DIAKO Gesundheitsimpulse:
Infos: 0421-6102-2101 und www.diako-bremen.de/gesundheitsimpulse

**ST. JOSEPH-STIFT**

Vortragsreihe >Medizin am Mittwoch<
11.1. 18 Uhr Arthrose und ihre naturheilkundliche Behandlung; 18.1. 17 Uhr Kinästhetik für pflegende Angehörige; 25.1. 18 Uhr Schulterschmerzen; 22.2. 18 Uhr Fibromyalgie und ihre naturheilkundliche Behandlung; 1.3. Aktionstag Darmkrebs 14 Uhr Telefonaktion, 16 Uhr Vorträge; 15.3. 17 Uhr Demenzinformationsabend: Pflegegrade; 29.3. 17 Uhr Altersbedingte Makuladegeneration; 5.4. 17 Uhr Brustkrebs im Fokus

Schulungszentrum St. Joseph-Stift
Infos, Anmeldung: 0421-347-1936 und www.sjs-bremen.de

Blaumeieratelier im Brunnenhof
Acrylmalerei und Skulpturen

4.12. bis 22.2. | Galerie Brunnenhof

Gloria in excelsis Deo, Advents- und Weihnachtsmusik

Frauenchor Apart mit Eva Pressl, Harfe
Leitung: Carsten Krüger

20.12. | 19 Uhr
St. Joseph-Stift, Kapelle

Das Geheimnis des Lebens berühren

Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod, Vortragsveranstaltung des Klinischen Ethik-Komitees,
Referent: Dr. Erhard Weiher

1.2. | 17 Uhr
St. Joseph-Stift, Schulungszentrum

Informationsabend für werdende Eltern

Ohne Anmeldung | jeden Do. 18:30 Uhr

Kurse im physicum des St. Joseph-Stift:

Infos: 0421-347-1653 und www.sjs-bremen.de/de/aktuelles/kursangebote.html

**ROLAND-KLINIK**

Vortrag: 14.12. Arthrosen an der Hand – Diagnostik und Therapie

17:30 Uhr | activo, Roland-Klinik
Anmeld.: 0421-8778-330 am Vortag ab 9 Uhr

ROTES KREUZ KRANKENHAUS

Weihnachtsfeier

mit Musik und Weihnachtsgeschichte

16.12. | 15:30 Uhr
Tagungszentrum Forum K

Musikalische Matinee und Brunchbuffet zur aktuellen Kunstaussstellung

22.1. | 11:30 Uhr
Café K im RKK
Infos, Anmeldung: 0421-5599-321

Kältekammer kennenlernen

Infos, Anmeldung im Physio K:
0421-5599-316

Kurse im Physio K am RKK:

Infos: 0421-5599-316 und www.physio.k.de

**IMPRESSUM**

Idee + Redaktion: Christina Müller, Lisa Schmees, textpr+, www.textpr.com

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe:

Ingo Hartel (hai), Thomas Joppig (jop), Anja Maria Ladewig (aml), Yvonne Paeßler (yp), Silvia Rievers (rie), Lisa Schmees (lms), Dorothee Weihe (dw)

Abbildungsnachweis:

Klaus Fittschen/mediapictures (S. 23), Fabiane Lange (S. 04, 18, 22), iStock (S. 06, 17), Erwin Liauw (S. 10), Volker Strangmann (S. 04), Smith&Nephew Deutschland (S. 19), Techniker Krankenkasse (S. 13), Milena Tsochkova (S. 12), Hendrik Wischhusen (S. 21), Nikolai Wolff (S. 01, 04–11, 14–16, 19, 20)

Gestaltung: oblik / visuelle kommunikation, www.oblik.de

Druck: Müller Ditzen AG



Gesundheit: Bremen
erscheint zweimal im Jahr.