DIE STIFTUNG

Das Magazin der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihrer Unternehmen

Ausgabe 2 · 2021

TOP-THEMA

25 Jahre Psychosomatische Klinik

S.10–31

Medizin, Forschung und Innovation

Einsatz der robotischen Chirurgie / Digitalchirurgie im Krankenhaus Nordwest

S. 32

Hernien – Häufig, aber nicht banal
Hernienchirurgie ist ein Spezialgebiet der Bauchchirurgie

S. 36

Moderne Therapie des diabetischen Fußsyndroms

S. 43

IM GESPRÄCH

mit Dr. Merkle „Grundlage des Erfolgs waren Mut und Geduld des Teams“

S. 10

SPENDENAUFRUF

Helfen auch Sie zu helfen!

Liebe Freunde, Förderer und Sponsoren,

ob Unternehmen oder Privatperson, ob Stiftung oder sonstige Organisation – auch Sie sind jederzeit herzlich als Förderer willkommen. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung.

Spendenkonto:
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
IBAN: DE27 5005 0201 0000 0279 79
BIC: HELADEF1822

Treten Sie mit uns in Kontakt:
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 76 01-3204

Den Verwendungszweck bestimmen Sie!

Impressum

Herausgeber und Kontakt
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 76 01-3204

V.i.S.d.P.
Falko Rapp
Direktor der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Redaktionsleitung
Brigitte Ziegelmayer
Leitung Unternehmenskommunikation

Gestaltung
Astrid Kehry

Ausgabe 2 · 2021

© Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

Druckerei
C. Adelmann GmbH, Frankfurt am Main

Fotografien
Thorsten Jansen – www.tjansen.com: Coverbild, Seiten 15 l., 21, 29, 30/31, 48 l.
Porträts: Hartmuth Schröder: Seite 3; Angela Jakob: Seiten 11, 12/13, 16,18, 20, 22, 26, 28, 32, 36, 40, 43, 46 l., 48 M./r., 50, 54; Gudrun Schopf (priv.): Seite 24; Klinikum Frankfurt Höchst: Seite 46 r.; PD Dr. Oliver Götze (priv.): Seite 52; Almuth Meyer (priv.): Seite 57 o.; SPD-Fraktion im Römer: Seite 57 u.; Prof. Klaus Genth (priv.): Seite 57 2. v. o., CDU Frankfurt: Seite 57 2. v. u.; Carsten Müller (priv.): Seite 59 o.
Fotolia: hakase 420 Seite 2, ipanki Seite 10 f., Seite 27, gpointstudio Seite 41
Dr. Wolfgang Merkle: Seiten 14 r., 15 r., 19; Julia Rhein Seite 14 l.
Adobe Stock: vladimirzuev Seite 17, Milan Seite 23 (Montage), pressmaster Seite 25, Aksana Seite 44 o., anna_yakovets Seite 44 u. (Montage), H. Brauer Seite 45, Stockfotos-MG Seite 58 o., helmutvogler Seite 58 u., New Africa Seite 59 u.
Krankenhaus Nordwest: Seiten 33-35
Prof. Thomas W. Kraus: Seiten 37, 39
Dr. Uta Kraus-Tiefenbacher: Seite 47 o.
Klaus Wäldele – www.klauswaeldele.de: Seiten 47 u., 53, 55, 56
Julia Karbach: Seite 49 r.; Dr. Sven Rogmans: Seite 51

Liebe Leserinnen und Leser,

Stefan Majer,
Senior des Pflegamts,
Stiftung Hospital
zum Heiligen Geist

die neueste Ausgabe des Stiftungs-Magazins kann mit Fug und Recht als „Jubiläums-Ausgabe" bezeichnet werden. Wir feiern in ihr, sozusagen verschriftlicht, nochmals das 25-jährige Jubiläum der Klinik für Psychosomatik am Hospital zum Heiligen Geist und das Ausscheiden ihres langjährigen Chefarztes Dr. med. Wolfgang Merkle, dessen Arbeit bereits im Rahmen eines Symposiums und eines Festaktes Anfang November gewürdigt wurde.

Ein stetes „Ringen um die Erwartung", wie es Dr. med. Wolfgang Merkle in seiner Rede beim Festakt selbst genannt hat, kennzeichnet seine überaus erfolgreiche Arbeit der letzten 25 Jahre, die nicht nur die vollstationäre Behandlung von psychosomatischen Patienten beinhaltete, sondern auch den Aufbau einer der inzwischen deutschlandweit größten Tageskliniken, die Etablierung eines Interdisziplinären Schmerzzentrums in Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie oder den Aufbau einer Psychosomatischen Institutsambulanz. 25 Jahre voller Veränderungen, Wandel und Weiterentwicklung, die wir in zahlreichen Artikeln (Seite 10 bis 31) nun nochmals dargestellt haben. Veränderungen, Wandel und Weiterentwicklung sind auch die Leitideen, die für alle weiteren medizinischen Einrichtungen und Abteilungen, die in dieser Ausgabe Erwähnung finden, gelten.

Seit diesem Sommer verfügt das Krankenhaus Nordwest über den sogenannten Da Vinci-Operationsroboter, der State of the Art in der minimal invasiven Chirurgie ist. Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus und Dr. med. Moustafa Elshafei berichten in ihrem Beitrag über den erfolgreichen „Einsatz der robotischen Chirurgie/Digitalchirurgie im Krankenhaus Nordwest" (Seite 32).

In Kooperation mit dem Zentrallabor des Krankenhauses Nordwest und dem tumorimmunologischen Forschungslabor haben wir für unsere Mitarbeiter:innen ein begleitendes Untersuchungsprogramm zur Kontrolle der Immunantwort nach einer Impfung gegen SARS CoV-2 entwickelt (Seite 48).

Bereits seit 2009 ermöglicht es das Palliativ Care Team (PCT) am Krankenhaus Nordwest, schwer kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten möglichst selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung zu verbleiben, um in Würde Abschied vom Leben zu nehmen. Dr. med. Mohammad-Reza Rafiyan, Ärztlicher Leiter SAPV, und Tobias Schwartz, Pflegedienstleiter SAPV, stellen in ihrem Artikel die multiprofessionelle Versorgung in der letzten Lebensphase durch das Palliative Care Team am Krankenhaus Nordwest vor (Seite 54).

Bei der Lektüre dieser wie immer hochinteressanten und vielfältigen Themenauswahl wünsche ich Ihnen viel Freude und viel neue Information!

Ihr

Stefan Majer
Senior des Pflegamts
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist

STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist und ihre Unternehmen

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist eine Milde Stiftung des öffentlichen Rechts in Frankfurt am Main. Ihre Ursprünge lassen sich bis ins 13. Jahrhundert zurückverfolgen. Damals wie heute dienen die Einrichtungen der Stiftung der medizinischen Versorgung und der Ausbildung. Neben dem Krankenhaus Nordwest und dem Hospital zum Heiligen Geist gehören das Seniorenstift Hohenwald, die Agnes-Karll-Schule, die Hospital-Service & Catering GmbH, das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum sowie das Fachärztezentrum Frankfurt zur Stiftung. Insgesamt sind rund 2.700 Beschäftigte für die Stiftung tätig.

KRANKENHAUS NORDWEST

Das Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 503 Betten, die sich auf 13 Kliniken und sechs Institute verteilen. Das Krankenhaus leistet seit mehr als 50 Jahren einen wichtigen Beitrag in der Krankenversorgung.

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Das Hospital zum Heiligen Geist ist ein Akutkrankenhaus mit 276 Betten und 50 tagesklinischen Plätzen in der Psychosomatischen Klinik, gelegen in der Frankfurter Innenstadt in unmittelbarer Nähe zur Europäischen Zentralbank.

SENIORENSTIFT HOHENWALD

In der Umgebung des idyllischen Taunus bietet das Seniorenstift Hohenwald individuelle Pflege und Betreuung von höchster Qualität. Eine persönliche, familiäre Atmosphäre und eine hohe Qualität der Pflege werden hier großgeschrieben.

TRIAMEDIS GESUNDHEITSZENTRUM

Das TRIAMEDIS Gesundheitszentrum am Krankenhaus Nordwest bietet Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Gesundheitstraining unter professioneller Anleitung an.

HOSPITAL SERVICE & CATERING

Die Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist – Krankenhaus Nordwest, Hospital zum Heiligen Geist, Seniorenstift Hohenwald – sowie weitere externe Unternehmen in der Gesundheitsbranche sind Auftraggeber der Hospital-Service & Catering GmbH und nehmen die Dienstleistungen der Gesellschaft in Anspruch.

HOTEL AM KRANKENHAUS NORDWEST

Das Hotel am Krankenhaus Nordwest bietet seinen Gästen 28 Zimmer in einer angenehmen und entspannenden Atmosphäre. Das Hotel liegt auf dem Gelände des Krankenhauses Nordwest. Umgeben von einer freundlichen Grünanlage und abseits des Straßenverkehrs kommen die Gäste hier zur Ruhe.

FACHÄRZTEZENTRUM FRANKFURT

Das Fachärztezentrum Frankfurt bietet an seinen vier Standorten im Stadtgebiet Frankfurt mit insgesamt 14 Praxen aus unterschiedlichen Fachgebieten modernste Diagnostik, Therapie und Gesundheitsvorsorge.

AGNES KARLL SCHULE

Die Agnes-Karll-Schule ist eine gemeinsame Ausbildungsstätte des Universitätsklinikums Frankfurt, des Krankenhauses Nordwest sowie des Hospitals zum Heiligen Geist für die generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft.

Gendern: In der Vielfalt liegt die Lösung
Eine gendergerechte Sprache und Schreibweise ist auch für die Redaktion Die Stiftung ein wichtiges Thema. Es ist unser Anspruch, geschlechtliche Gleichberechtigung und Vielfalt in unseren Arbeitsalltag und in unsere Kommunikation zu integrieren. Für die Beiträge des Magazins bedeutet das: nicht nur eine (!) Lösung wird propagiert, sondern mehrere. Wir haben es daher unseren Autoren freigestellt, welche Schreibweise sie verwenden.

In dieser Ausgabe

Editorial 3

Inhalt 5

Kurzmeldungen – Neues aus den Häusern 6

Top-Thema:
25 Jahre Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist
Im Gespräch: „Grundlage des Erfolges waren Mut und Geduld des Teams" 10

Shared Reading – Geteiltes Lesen einer Gruppe ehemaliger Patienten der Psychosomatischen Klinik 16

Brücke zwischen stationärer und ambulanter psychosomatischer Versorgung - Die Psychosomatische Institutsambulanz (PSIA) 18

Tagesklinische Behandlung in der Psychosomatischen Klinik 20

Förderverein der Psychosomatischen Klinik e.V. – In den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl unserer Mitglieder nahezu verdoppelt 22

Sich selbst etwas zurückzunehmen und die Not der Patient:innen zu verstehen – 25 Jahre psychosomatische Pflege 24

Die Veränderung des emotionalen Erlebens durch stationäre und teilstationäre Psychotherapie 26

15 Jahre Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie 28

Veranstaltung: Festakt 25 Jahre Psychosomatische Klinik im Haus am Dom 30

Medizin, Forschung und Innovation
Einsatz der robotischen Chirurgie / Digitalchirurgie im Krankenhaus Nordwest 32

Hernien – Häufig, aber nicht banal
Hernienchirurgie ist ein Spezialgebiet der Bauchchirurgie 36

Myome und Kinderwunsch 40

Moderne Therapie des diabetischen Fußsyndroms 43

Kleine Aderhautmelanome: Effektive und organerhaltende Therapie mit alleiniger Brachytherapie 46

Begleitendes Untersuchungsprogramm am Krankenhaus Nordwest: Kontrolle der Immunantwort nach Impfung gegen SARS-CoV-2 48

Möglichkeiten und Grenzen der arthroskopischen Therapie bei Verletzungen der Schulter 50

Neue Therapiekonzepte durch innovative IKF- Studien bei biliären Tumoren 52

Multiprofessionelle Versorgung in der letzten Lebensphase – Das Palliative Care Team (PCT) 54

Personalien 57

Stiftungsgeflüster 58

KRANKENHAUS NORDWEST

FOCUS Top-Mediziner 2021: Fünf Ärzte des Krankenhauses Nordwest gehören zu Deutschlands Besten!

Laut FOCUS Gesundheit zählen fünf Experten aus vier Fachgebieten am Krankenhaus Nordwest zu Deutschlands Spitzenmedizinern. Zum wiederholten Male wurde damit die hohe medizinische Kompetenz des Frankfurter Krankenhauses hervorgehoben.

Das Magazin FOCUS Gesundheit zeichnet jährlich TOP-Mediziner mit dem FOCUS-Ärzte-Siegel aus. Gemeinsam mit einem unabhängigen Rechercheinstitut werden dafür verschiedene Parameter und Qualitätskriterien beurteilt. Die bewerteten Ärzte müssen innerhalb ihres Fachbereichs insgesamt mindestens ein überdurchschnittliches Ergebnis erzielen, um in die renommierte Ärzteliste aufgenommen zu werden.

Als Expertin für die Behandlung von Leukämien, Lymphomen und onkologischen Erkrankungen wurde Prof. Dr. med. Elke Jäger in diesem Jahr erneut in die FOCUS-Ärzteliste aufgenommen. Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) und Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, werden wie bereits in den vergangenen Jahren in der Behandlung von Tumoren des Verdauungstrakts zu den besten Medizinern gezählt. Prof. Kraus wurde zusätzlich im Bereich Bauchchirurgie und in der Behandlung von Erkrankungen der Gallenblase ausgezeichnet. Dr. med. Sylvia Weiner wird mit dem FOCUS-Siegel höchste Expertise im Bereich der Adipositaschirurgie bestätigt. Als Spezialistin im Bereich der Behandlung von Venenleiden, PAVK und Angiologie wurde Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Sektionsleiterin Angiologie, auch in diesem Jahr ausgezeichnet.

„Wir freuen uns sehr, dass gleich fünf unserer Chefärzte zum wiederholten Mal ausgezeichnet wurden", so Prof. Dr. med. Siegbert Rossol, Ärztlicher Direktor am Krankenhaus Nordwest. „Die Auszeichnungen der Kollegen sind für unsere Patienten ein deutlicher Beleg dafür, dass sie sich auf die hohe Qualität der Ärzte in unserem Haus verlassen können und bei uns in eine Klinik kommen, die auf dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse arbeitet." Die Auszeichnungen belegen die hohe Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit – somit die gute Position des Hauses im bundesweiten und regionalen Umfeld. Für Patienten, die durch die Pandemie hinsichtlich eines Krankenhausbesuchs stark verunsichert sind, ist die Auszeichnung der Mediziner am Krankenhaus Nordwest ein wichtiges, vertrauensförderndes Signal. •

Kontakt
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Telefon (0 69) 76 01-3204

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Der kleine Gashi ist das tausendste Baby 2021 im Hospital zum Heiligen Geist

Mit 3.280 g und 53 cm ist der kleine Gashi ein rundum gesundes Baby, das seine Eltern überglücklich strahlen lässt. Am 8. November um 8.56 Uhr erblickte Gashi per Kaiserschnitt gesund und munter das Licht der Welt. Bereits im dritten Jahr in Folge wurde damit das 1.000 Baby im Hospital zum Heiligen Geist Anfang November geboren. „Wir freuen uns sehr, dass wir die Geburt von unserem jüngsten Jubiliar begleiten durften, und uns so viele werdende Eltern ihr Vertrauen in unsere Arbeit und Unterstützung bei diesem so einschneidenden Ereignis schenken," so Chefarzt Prof. Dr. Jörg Engel, der zusammen mit Assistenzärztin Sonja Nasuta und Hebamme Angelica Porco die Geburt begleitete.

Die Beliebtheit der Klinik für Geburtshilfe ist nicht nur auf die hervorragende Betreuung durch die Ärzte und Hebammen zurückzuführen, sondern resultiert auch aus einem breiten beratenden und unterstützenden Programm für junge Eltern, das sich von der Geburtsvorbereitung über die Säuglingspflege bis zu einer intensiven Nachbetreuung, wenn das Baby schon etwas älter ist, erstreckt. Dabei werden u. a. Lasertherapie, Akupunktur oder Yoga für Schwangere angeboten und für die Zeit mit Baby eine Stillambulanz, Thementage, Beikost oder auch Kinesiologisches Taping, um die Bewegungsfähigkeit der Gelenke wieder zu normalisieren. Dieses umfassende Angebot wird von mehr und mehr werdenden Eltern anerkannt und in Anspruch genommen.

Ausführliche Informationen zu allen Kursen der Geburtshilfe im Hospital zum Heiligen Geist stehen auf der Webseite: www.hospital-zum-heiligen-geist.de/medizinische-einrichtungen/kliniken/gynaekologie-und-geburtshilfe/geburtshilfe/unser-kursangebot/ oder telefonisch unter (069) 2196-2778. •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon: (0 69) 21 96-2142

KRANKENHAUS NORDWEST

Erneut zertifiziertes Multiple Sklerose-Zentrum am Krankenhaus Nordwest bietet Erkrankten schnelle Hilfe

Multiple Sklerose (MS) gilt als "Krankheit mit den 1.000 Gesichtern", weil ihre Symptome so vielfältig sind und sich von Patient zu Patient stark unterscheiden können. Heute stehen den rund 250.000 MS-Patienten in Deutschland eine Vielzahl von Therapeutika zur Verfügung, um ein normales Leben mit Familie und Beruf führen zu können. Die Klinik für Neurologie am Krankenhaus Nordwest, die mit ihrem MS-Zentrum erneut durch den Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) als MS-Schwerpunktzentrum zertifiziert wurde, verfügt über eine große Expertise in der Behandlung MS-Erkrankter.

Noch in den 80er Jahren galt ein Patient mit der Diagnose MS als unheilbar. Die Patienten lebten etwa 15 Jahre kürzer und nahmen aufgrund der verschiedenen Behinderungen weniger am Leben teil. Ein effizientes Patientenmonitoring und der Einsatz hochspezifischer Multiple Sklerose-Therapien verhindern heute bei den meisten Betroffenen ein Fortschreiten der Erkrankung: „Wer heutzutage an schubförmiger MS erkrankt, hat die gleiche Lebenserwartung wie die Normalbevölkerung und kann ein ganz normales Leben mit Familie und Beruf führen", sagt Prof. Dr. Uta Meyding-Lamadé, Chefärztin der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Nordwest. „Heute sind 80 Prozent der MS-Patienten berufstätig, das wäre vor ein paar Jahren noch nicht vorstellbar gewesen." Die MS ist eine über viele Jahre chronisch verlaufende immunvermittelte Erkrankung. Bei Diagnosestellung handelt es sich meist um junge Erwachsene, bei denen Familienplanung, Umgang mit Erkrankung innerhalb der Familie sowie Kinderwunsch (Schwangerschaft und Stillen) eine große Rolle spielen.

Die Ursachen der neurologischen Erkrankung sind bis heute noch nicht geklärt. Durch intensive Forschung und neue Untersuchungsverfahren haben sich die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in den vergangenen Jahren jedoch erheblich verbessert. „Entscheidend ist eine rechtzeitige Diagnosestellung und vor allem eine frühe und effektive Behandlung", so Prof. Meyding-Lamadé.

Das MS-Zentrum der Klinik für Neurologie, das erneut durch die DMSG als MS-Schwerpunktzentrum zertifiziert wurde, führt alle modernen MS-Therapien durch, jeweils angepasst an Krankheitsverlauf und Erkrankungsschwere des einzelnen Patienten. Das nach den Vergabekriterien der DMSG ausgestellte Zertifikat muss regelmäßig erneuert werden. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Neurologie
Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé
Telefon (0 69) 76 01-3246

KRANKENHAUS NORDWEST

Krankenhaus Nordwest überzeugt durch gute Weiterbildung – Institut für Neuroradiologie ausgezeichnet

Das Institut für Neuroradiologie am Krankenhaus Nordwest wurde jetzt für die vorbildliche Weiterbildung von Ärzten zu Fachärzten mit dem Gütesiegel „Gute Weiterbildung" des Marburger Bunds ausgezeichnet.

Das Gütesiegel zeichnet überdurchschnittlich gute ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus aus und soll jungen Medizinern eine Orientierung geben, in welchen Kliniken die ärztliche Weiterbildung und deren Durchführung von besonders hoher Qualität ist. Die Vergabe erfolgt nach einer Befragung aller jungen Ärzte der jeweiligen Fachabteilungen im Hinblick darauf, wie zufrieden sie mit ihrer Facharzt-Weiterbildung sind. „Ich freue mich sehr über diese Anerkennung unseres Weiterbildungskonzeptes", so Prof. Dr. Bodo Kress, Chefarzt des Instituts für Neuroradiologie bei der Übergabe des Gütesiegels im Krankenhaus Nordwest. „Wir sind der festen Überzeugung, dass gute Weiterbildung für das fachliche Weiterkommen und für die Zufriedenheit der Ärzte an unserem Institut sehr wichtig ist. Darüber hinaus wird durch eine qualifizierte Weiterbildung auch eine hohe Qualität der Patientenversorgung gewährleistet."

„Als besonders positiv ist mir die sehr gute Organisation und die Betreuung der Weiterzubildenden aufgefallen", sagt Dr. Simon Schmich, er ist Mitglied im Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund Hessen und war bei der Begutachtung der Abteilung dabei. „Wir freuen uns, dass wir erneut eine Abteilung mit dem Gütesiegel auszeichnen konnten. Damit können wir gute Weiterbildung sichtbar machen, mit dem langfristigen Ziel, jungen Ärztinnen und Ärzten eine Orientierung zu bieten", sagt PD Dr. Andreas Scholz, stellv. Vorsitzender des MB Hessen.

Im Vorfeld der Vergabe wird ein Zertifizierungsverfahren nach festgelegten Kriterien durchgeführt. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Institut für Neuroradiologie
Prof. Dr. med. Bodo Kress
Telefon (0 69) 76 01-3460

KRANKENHAUS NORDWEST

Gesundheitsdezernent Stefan Majer übergibt neue Schutzanzüge für Frankfurter Krankenhäuser

15 Frankfurter Krankenhäuser, die im Falle einer chemischen, biologischen, radiologischen und nuklearen Gefahrenlage (CBRN-Lage) an der C-Notfallversorgung der Bevölkerung teilnehmen, wurden jetzt vom Frankfurter Gesundheitsamt mit neuen Atemschutzanzügen mit Gebläse-Filtergerät ausgestattet.

Die ersten Anzüge hat Gesundheitsdezernent Stefan Majer dem Krankenhaus Nordwest übergeben: „Mit der neuen Schutzausrüstung, finanziert durch das Gesundheitsamt, leisten wir einen wichtigen Beitrag für die Daseinsvorsorge. Wir sorgen dafür, dass unsere Krankenhäuser für den Ernstfall gut aufgestellt sind. Das Gesundheitsamt bietet den Frankfurter Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhauseinsatzplanung zudem Schulungen zu Situationen mit einem Massenanfall von Verletzten mit realistischer Unfalldarstellung an."

Die jetzt zur Verfügung gestellte neueste Version der Schutzanzüge, die angeschafft werden musste, weil die Haltbarkeit der bisherigen Anzüge endet, verfügt über eine hohe Sicherheitsstufe und Flexibilität im Einsatz. Sie schützt die Mitarbeitenden der Krankenhäuser noch besser vor biologischer, chemischer und nuklearer Kontamination. Die Gebläse-Einheit der Schutzanzüge ist so konzipiert, dass eine langfriste Nutzung bei intervallmäßiger Wartung vorgesehen ist. Neu hinzugekommen sind die sogenannten Übungsanzüge, die es ermöglichen, Trainings durchzuführen. Diese Übungsanzüge sind mehrfach verwendbar. Knapp 35.000 Euro investiert die Stadt in die neue Schutzausrüstung.

Dr. Peter Tinnemann, Leiter des Gesundheitsamtes: „Unser Team der medizinischen Gefahrenabwehr im Gesundheitsamt entwickelt das umfassende Schutzkonzept zum Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung für alle Frankfurter Krankenhäuser fortlaufend weiter. Für den Fall der Gefährdung durch chemische Stoffe können wir nun noch besser den Schutz der Mitarbeitenden in einem Ereignisfall sicherstellen. Parallel hierzu werden an allen Frankfurter Krankenhäusern der unabdingbaren, der ergänzenden als auch der speziellen Notfallversorgung bauliche Vorbereitungen zur Umsetzung der notwendigen Notdekontaminationsstellen eingeleitet." •

Kontakt
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Telefon (0 69) 76 01-3204

KRANKENHAUS NORDWEST

Herausragende Leistungen in der gynäkologischen Endoskopie am Krankenhaus Nordwest

Prof. Dr. med. Jörg Engel, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, hat das MIC III-Zertifikat der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie (AGE) erhalten, das für höchste Qualität und große Erfahrung in der minimal invasiven gynäkologischen Chirurgie steht.

Bevor man eine MIC III-Zertifizierung bekommt, muss man bereits die Qualitätsstufen MIC I und MIC II erlangt haben Die MIC III-Zertifizierung stellt daher auch sehr hohe Anforderungen an den Operateur: U. a. 800 laparoskopische Eingriffe im Laufe von fünf Jahren mit den verschiedensten Schwierigkeitsgraden und nochmals 60 operative hysteroskopische Eingriffe (bspw. Gebärmutterspiegelung) werden vom Operateur als Voraussetzung für die MIC III-Zertifizierung verlangt. Damit soll sichergestellt werden, dass nicht nur ein breites Spektrum der gynäkologischen Endoskopie abgedeckt ist, sondern auch komplexe laparoskopische Eingriffe sicher und routinemäßig beherrscht werden. In Frankfurt ist Prof. Engel erst der fünfte Gynäkologe mit dieser Qualifikation.

„Ich freue mich sehr über dieses Zertifikat. Der Nutzen minimal invasiver Eingriffe für unsere Patientinnen ist enorm, da diese Verfahren überaus schonend sind", so Prof. Engel. „Die laparoskopische Chirurgie entwickelt sich rasant weiter! Dieser Herausforderung müssen wir uns stellen und uns permanent weiterentwickeln. Deswegen ist das Stufenprogramm der AGE für unsere Qualität als Operateure so wichtig." In der Gynäkologie werden mehr als 80 Prozent der Operationen endoskopisch durchgeführt. Das auch als Schlüssellochtechnik bekannte Verfahren findet sowohl bei der Entfernung von Myomen, Endometriose, Gebärmutterkrebs oder bei einer stark vergrößerten Gebärmutter Anwendung. Diese Art der Operation ist gleichzeitig sehr schonend für die Patientinnen. Statt großer Bauchschnitte sind beim laparoskopischen Verfahren nur drei kleine Schnitte notwendig, durch die die Kamera und die Operationsgeräte in den Unterbauch eingeführt werden. Der Blutverlust der Patientin ist geringer, der Wundheilungsprozess schneller und der daraus resultierende Krankenhausaufenthalt zumeist kürzer. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon (0 69) 76 01-4200

KRANKENHAUS NORDWEST

Krankenhaus Nordwest bietet zertifizierte Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde an

Auffälliger Abstrich bei Gebärmutterhalskrebsvorsorge

Dysplasien sind Veränderungen von Zellen in der Scheide oder am Muttermund, die nicht bösartig sind, aber Vorstufen von Krebserkrankungen sein können. Entzündliche Erkrankungen oder Infektionen mit bestimmten Viren wie Humanen Papillomaviren (HPV) können Ursachen solcher Veränderungen sein. Werden Dysplasien rechtzeitig erkannt, lässt sich häufig mit kleinen Eingriffen ein Fortschreiten der Erkrankung vermeiden. Das Krankenhaus Nordwest bietet eine Dysplasie-Sprechstunde an, die jetzt nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) e.V. OnkoZert zertifiziert wurde und damit als integraler Bestandteil des zertifizierten gynäkologischen Krebszentrums die Versorgung der gynäkologischen Krebspatientinnen im Haus ergänzt. Dysplasien des weiblichen Genitales, Schleimhautveränderungen am Muttermund, der Scheide und der Vulva sind trotz der seit 2007 verfügbaren HPV-Impfung weiterhin häufig. Viele Frauen werden in ihrem Leben mit einem auffälligen Ergebnis des zytologischen Abstrichs konfrontiert. Dies ist auch Folge einer neuen Organisation des Screenings seit 2020 unter der Hinzunahme der HPV-Testung. Nicht jeder auffällige Abstrich bedeutet allerdings, dass sich bereits eine behandlungsbedürftige Vorstufe entwickelt hat. Dysplasien werden in der Regel durch den Frauenarzt im Rahmen der regulären Krebs-Früherkennungsuntersuchung diagnostiziert. Oft reicht es aus, die Läsionen in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren. Bei Unklarheiten kann es allerdings notwendig sein, eine Abklärungskolposkopie durchzuführen, um besser beurteilen zu können, ob eine weitergehende Therapie notwendig ist. Eine Kolposkopie ist eine schmerzlose Lupenuntersuchung des weiblichen Genitales. Die Einschätzung erfolgt unmittelbar bei der Untersuchung. Hier bietet die Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde kompetenten Rat und Hilfe. Neben der Abklärungsdiagnostik von auffälligen Screening-Befunden (wie zum Beispiel ein auffälliger „PAP-Abstrich") per Kolposkopie bietet die Sprechstunde ratsuchenden Patientinnen auch die operative Behandlung von gynäkologischen Dysplasien. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Telefon (0 69) 76 01-4200

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Hohe Qualitätsstandards beim Gelenkersatz geben Patienten Sicherheit

Endoprothethikzentrum am Hospital zum Heiligen Geist erneut zertifiziert

Wenn Schmerzen jede Bewegung zur Qual werden lassen, kann ein künstliches Gelenk die Lösung sein. Vor der Entscheidung zu einer solch komplexen Behandlung ist eine gründliche Information über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten und Kliniken notwendig. Hilfestellung bietet die EndoCert-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), die Kliniken nach strengen Vorgaben prüft. Der Vorteil für die Patienten liegt auf der Hand: „Durch die Zertifizierung gewinnen Patientinnen und Patienten Gewissheit, dass sie in unserer Klinik von sehr erfahrenen, spezialisierten Operateuren und mit individuell abgestimmten Behandlungskonzepten versorgt werden", betont Dr. Thomas Forer, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Hospital zum Heiligen Geist. Bereits seit 2014 stellt sich die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Hospital zum Heiligen Geist jährlich den strengen Auflagen des Überwachungsaudits der EndoCert-Initiative. Auch die diesjährige Prüfung wurde trotz erheblicher Schwierigkeiten in der pandemischen Situation erneut erfolgreich durchgeführt. „Die Auswirkungen von COVID-19 machen sich insbesondere in der Patientenversorgung bemerkbar. Wir haben daher die bereits bestehenden hohen Hygienestandards nochmals verschärft, damit sich unsere Patientinnen und Patienten weiterhin sicher sein können, am Hospital zum Heiligen Geist ein Höchstmaß an Qualität und Sicherheit in der Gelenkersatzchirurgie geboten zu bekommen", so Dr. Forer. Rund 450.000 künstliche Knie- und Hüftgelenke, sogenannte Endoprothesen, werden Jahr für Jahr in Deutschland eingesetzt. Gleichzeitig werden jährlich rund 37.000 Wechseloperationen durchgeführt. Das Endoprothetikzentrum am Hospital zum Heiligen Geist steht für eine individuelle und differenzierte Endoprothetik mit intelligenten Implantatkonzepten. Die Klinik arbeitet ausschließlich mit namhaften Implantatherstellern zusammen und setzt auf moderne Behandlungsverfahren. Dies bestätigt das Überwachungsaudit des Zertifizierungssystems in der Endoprothetik, EndoCert. •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Thomas Forer
Telefon: (0 69) 21 96-2268

25 Jahre Psychosomatische Klinik

Am 1. Oktober 1996 eröffnete die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist. Mit 18 Betten war sie die erste psychosomatische Einrichtung an einem Allgemeinkrankenhaus in Hessen und entwickelte sich seither erfolgreich zu einer zentralen psychosomatischen Klinik im Rhein-Main-Gebiet. Inzwischen umfasst das Behandlungsangebot 30 vollstationäre Betten, 50 Plätze an der psychosomatischen Tagesklinik, das Interdisziplinäre Multimodale Schmerzzentrum zusammen mit der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie mit 16 Betten, eine Psychosomatische Institutsambulanz mit derzeit 30 festen Behandlungsplätzen, Konsiliardienste und diverse psychoonkologische Behandlungsangebote. Die Redaktion Die Stiftung sprach mit Dr. Wolfgang Merkle, der von Beginn an als Chefarzt der Psychosomatischen Klinik dabei war und Ende des Jahres in den Ruhestand gehen wird.

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

25 Jahre Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist: „Grundlage des Erfolges waren Mut und Geduld des Teams“

Dr. med. Wolfgang Merkle im Gespräch

Dr. med. Wolfgang Merkle, Chefarzt der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

DIE STIFTUNG:
Herr Dr. Merkle, die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist wurde vor 25 Jahren mehr oder weniger aus dem Nichts gegründet. Was gab den Ausschlag, eine psychosomatische Abteilung im Hospital zu eröffnen?

Dr. med. Wolfgang Merkle :
» Im Oktober 1996 wurde die psychosomatische Abteilung am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt als erste psychosomatische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus in Hessen eröffnet, nachdem in den 80er Jahren ein Versuch am Diakonissen-Krankenhaus nicht fortgeführt werden konnte. Es war in gewisser Weise tatsächlich ein Start aus dem Nichts, weil es bisher zwar an den Universitätskliniken in Hessen psychosomatische Abteilungen mit Bettenführung gab, allerdings waren auch diese Betten auf unter 100 in ganz Hessen begrenzt. Bereits Jahre vor dieser Gründung am Hospital waren schon Politiker in Hessen, interessierte Ärzte und Bürger aktiv gewesen, um eine solche Abteilung in der Stadt Frankfurt voranzubringen. Diese Bemühungen aus der Bevölkerung wurden dann in einen Beschluss des Stadtparlaments umgemünzt, eine psychosomatische Abteilung in Frankfurt zu gründen. Bei der Suche wurden am Schluss zwei Krankenhäuser als mögliche Standorte gefunden, zum einen das Krankenhaus in Höchst und zum anderen am Hospital zum Heiligen Geist. Letztendlich fiel die Auswahl dann auf das Hospital zum Heiligen Geist, da in Höchst bereits eine psychiatrische Klinik ansässig war, und man eventuelle Interessenskonflikte befürchtete. «

Mit Eröffnung einer psychosomatischen Klinik wurde am Hospital zum Heiligen Geist Neuland betreten. Wie war die erste Zeit für Sie und Ihr Team?

» Das Hospital zum Heiligen Geist unter dem damaligen Ärztlichen Direktor Prof. Klaus-Reinhardt Genth und dem Verwaltungsdirektor Dietrich Warmbier hatte sich dazu entschlossen, dieses Abenteuer einzugehen, sodass wir am 1. Oktober die psychosomatische Abteilung mit 18 vollstationären Betten eröffnen konnten. In den Monaten vor der Eröffnung ging es zunächst um die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen wie geeignete Räume und Mitarbeiter zu finden und natürlich auch darum, im Haus ein Klima der Akzeptanz für ein völlig neues Feld zu schaffen. Da das Hospital als mittelgroßes Krankenhaus für seine Patientennähe und gute Atmosphäre bekannt war, war dies ein besonders günstiger Ort, um eine solche ganzheitliche Medizin mit Einbeziehung von Leib und Seele zu schaffen. Innerhalb weniger Monate war es uns gelungen, eine Mannschaft zusammenzustellen, die ein gutes Konzept zunächst für die Bereiche Konsiliardienst, ambulante Voruntersuchung und vollstationäre psychosomatische Behandlung erarbei-

Im Gespräch

tete. Dabei konnte ich auf zehn Jahre Erfahrung am Städtischen Krankenhaus Esslingen als Leitender Oberarzt der Psychosomatik zurückgreifen. «

Welche politischen Weichenstellungen begünstigten die Entwicklung Ihrer Klinik? Ihre Klinik hatte ja auch durchaus Vorbildfunktion in Hessen!

» Ja, in den folgenden Jahren bis zum heutigen Tag entwickelte sich das Krankenhaus Stufe für Stufe weiter und wurde für die Landesregierung in der Tat auch Vorbild für die Genehmigung anderer psychosomatischer Abteilungen an Schwerpunkt-Krankenhäusern in Hessen (Anm. d. Red. Kassel, Fulda, Darmstadt und Wiesbaden). Da im Jahr 1995 der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch in Hessen eingeführt worden war, konnte bei uns ein entsprechendes Weiterbildungsangebot für junge Ärztinnen und Ärzte gemacht werden, was für die Personalfindung sehr günstig war. Sehr rasch erhielt ich als Chefarzt die volle Weiterbildungsermächtigung. In den ersten Jahren entstand natürlich durch die sehr besondere Aufgabe und die Pioniertätigkeit eine besonders engagierte Atmosphäre bei den Mitarbeitern wie den Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, dem Pflegepersonal, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, KBT-Therapeuten und Physiotherapeuten.

Die weitere Entwicklung in Hessen wurde dann durch ein Gutachten über die Bedarfsermittlung psychosomatischer Betten an Krankenhäusern in Hessen unterstützt, das vom Land Hessen im Jahr 2003 in Auftrag gegeben worden war. Das hatte zur Folge, dass in den letzten Jahren mehr als 1.000 psychosomatische Betten und Behandlungsplätze an hessischen Kliniken neu aufgebaut werden konnten. Besonders wichtig war dabei die Erhaltung der heilungsfördernden Gesamtatmosphäre, die durch Teambesprechungen, Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen auf Augenhöhe und konsequente regelmäßige Fortbildungen gefördert wurde. Dies war natürlich vor allem im Zuge des Ausbaus der Klinik um eine Tagesklinik, um eine Psychoonkologie sowie den weiteren Ausbau der stationären Betten eine große Herausforderung. Die Raumnot im Zentrum der Stadt war für eine Medizin, die sehr viel Austausch, Gruppenbesprechungen, Therapieräume usw. braucht, eine besondere Herausforderung und erforderte immer wieder ein mutiges Vorangehen, was dann auch zu Veränderungen im Gesamtbau der Klinik führte. Der endlich stattfindende Neubau des Funktions- und Operationsgebäudes stellte ebenso eine Herausforderung dar wie die Aufstockung des Nordflügels für die Tagesklinik oder der Ausbau des Verwaltungsgebäudes in der Fischerfeldstr. 2 für die entsprechenden Tageskliniken. «

In den vergangenen 25 Jahren entwickelte sich die Klinik nach und nach zu einer der größten psychosomatischen Einrichtungen im Rhein-Main-Gebiet. Was ist die Grundlage dieses Erfolgs?

» Grundlage des Erfolgs ist die Akzeptanz aller Fachabteilungen und das integrative Behandlungskonzept. Das integrierte multimodale Behandlungsmodell vor dem Hintergrund einer psychoanalytischen Sichtweise der Krankheit, die im Zusammenhang mit unbewussten Konflikten, erlebten Traumen, Trennungen und biographischen Grundlagen gesehen wird, war von vornherein die Grundlage der Behandlung, die auch verhaltenstherapeutische und familiendynamische Elemente beinhaltet.

Die bettenführende Psychosomatik wurde als gleichwertiger Partner der somatischen Disziplinen eingeführt. Es geht nicht nur darum, einzelne Fälle psychosomatisch zu behandeln, sondern auch in die anderen Bereiche der Medizin mit diesem Konzept der Krankheit hineinzuwirken.

Durch die Spezialisierung der Medizin, die Einführung der Fallpauschalen, die Verkürzung der Aufenthaltsdauern, den zunehmenden finanziellen Druck auf die Medizin, kam es in den letzten Jahren doch zu einer immer größer werdenden „Entseelung" oder anders ausgedrückt zum Verschwinden der Bedeutung des ärztlichen Gesprächs und der Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin.

Besonders eindrucksvoll war neben der gelungenen Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik vor allem auch die Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie. Wir konnten im Rahmen der DRG eine Schmerzklinik aufbauen, in der beispielhafte Psychosomatik stattfindet. Hier arbeiten Ärzte der Anästhesie als auch der Psychosomatischen Medizin bei den sehr problematischen Krankheitsfällen von chronischen Schmerzerkrankungen zusammen, was in dieser Intensität immer noch einmalig ist in Hessen.

Diese Aufgabe der Psychosomatik, nämlich die seelischen Komponenten der Erkrankungen wieder in die Krankenhausbehandlung einzuführen, ist in vielen Bereichen eine wichtige Rolle der Psychosomatik am Allgemeinkrankenhaus. Beispielhaft für eine solche Wiederzusammenführung von Körper und Seele dürfte auch die Entwicklung der Psychoonkologie am Krankenhaus Nordwest durch unsere Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist sein. Hier gelang es nicht nur fächerübergreifend, sondern auch krankenhausübergreifend eine psychoonkologische Abteilung aufzubauen, die nun in Zusammenarbeit mit der überregional sehr bekannten Onkologie am Krankenhaus Nordwest, die Patienten dort zusätzlich auch durch psychosomatische und psychosoziale Betreuung unterstützt. Dies könnte in Zukunft auch ein Modell werden für Krankenhäuser, die keine eigene Psychosomatische Klinik aufbauen wollen oder können. «

Alte Strukturen mussten weichen: Hier entstand die erste Tagesklinik.

Großer Funktionsbau 2005 als Grundlage für die Zukunft des Hospitals

Der Trend der psychosomatischen Therapie geht seit Jahren in Richtung tagesklinische Behandlung. Sind Sie ein Pionier dieses Behandlungsangebots?

» Es war von Anfang an mein besonderes Anliegen, eine tagesklinische Abteilung aufzubauen. Der erste Start begann schon im Jahr 1997 und setzte sich dann Stück für Stück in den nächsten Jahren in einem zunehmenden Ausbau dieser Behandlungsform in unserer Klinik fort, sodass wir mittlerweile 50 tagesklinische Behandlungsplätze haben und die größte tagesklinische psychosomatische Einrichtung in Deutschland sind. Der Ausbau der Tagesklinik war insofern besonders wichtig, da durch die tagesklinische Behandlung nicht nur die Kosten für die intensive Behandlung gesenkt werden können, sondern die Patienten auch in ihrem Umgebungsmilieu verbleiben können. Somit können Veränderungen auch umgebungsstabil erfolgen und es kann eine größere Nachhaltigkeit erzielt werden, die Reintegration nach dem Krankenhaus wird erleichtert. Als Zwischenmodell haben wir auch eine Station, auf der die Patienten zunächst stationär und dann zum Fördern der Wiedereingliederung tagesklinisch behandelt werden können. «

Seit Anfang des Jahres gibt es die Psychosomatische Institutsambulanz. Warum ist Ihnen dieses Angebot so wichtig?

» Es gibt seit Jahren große Probleme, die stationär behandelten Patienten in eine ambulante Betreuung zu bringen. Die Intensität der stationären Behandlung führt zwar dazu, dass viele Patienten die zunächst sehr körperlich wahrgenommenen Krankheitssymptome in Zusammenhang mit inneren Spannungen, Konflikten, traumatischen Erlebnissen und biografischen Defiziten verstehen und bei sich selbst schon Änderungen im Umgang mit sich selbst und in der Beziehungsgestaltung beginnen. Oft gibt es jedoch das Problem, dass Patienten beim Übergang in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung entweder dort nicht ankommen oder die Intensität dieser Behandlung und die Reduzierung auf die kassenärztliche abrechenbare Gesprächstherapie den Aufbau einer therapeutischen kontinuierlichen Beziehung erschwert. So haben wir bei eigenen Untersuchungen an 600 Patienten, die im Jahr 2006 bei uns aufgenommen und behandelt wurden, festgestellt, dass nur ungefähr ein Drittel ein Jahr später in der empfohlenen ambulanten Behandlung Fuß gefasst hatte.

Nach jahrelangen Kämpfen ist es jetzt endlich gelungen, für diese schwierigen Patienten einen Übergang in Form einer Psychosomatischen Institutsambulanz zu schaffen: Patienten können nun nach der stationären oder tagesklinischen psychosomatischen Behandlung als Zwischenschritt zur ambulanten psychosomatischen Behandlung bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten eine multimodale ambulante Behandlung im Krankenhaus aufnehmen. Ein entsprechendes Gesetz, das diese Behandlung im psychosomatischen Bereich möglich macht, wurde zwar schon vor Jahren durch die Bundesregierung beschlossen, konnte aber durch den notwendigen Gang durch die Institutionen und Ausschüsse erst jetzt im Jahr 2021 von den Kassen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft ausgehandelt werden.

Diese Psychosomatische Institutsambulanz haben wir mit Erfolg zu Beginn des Jahres gestartet. Es war in gewisser Weise ein wichtiger Schlussstein in dieser 25-jährigen Geschichte des Aufbaus der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist. «

Die Realisierung dieses Projektes wäre ohne Partner nicht möglich gewesen. Hatten Sie Unterstützer?

» Der Aufbau der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist verdankt seinen Erfolg einerseits einem unermüdlichen Engagement seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der großen Bereitschaft der anderen Kliniken, diese Arbeit auch zu unterstützen und sich darauf einzulassen.

Zu allererst muss hier Prof. Dr. Klaus-Reinhardt Genth gedankt werden, der sich durch seine Weitsicht nicht nur für die Notfallversorgung am Hospital zum Heiligen Geist engagierte, sondern auch für die Psychosomatische Klinik. Auch von der Hessischen Landesregierung erfuhren wir ebenso wie von der Stadt Frankfurt immer große Unterstützung für diesen Ausbau. Besonderer Dank gilt Frau Margarethe Nimsch, der damaligen Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt, die uns von Anfang an beraten und begleitet hat. Ohne die Bereitschaft der Krankenkassen wäre diese Entwicklung undenkbar.

Darüber hinaus verdanken wir das Gelingen dieser Abteilung auch den vielen ambulanten Kolleginnen und Kollegen aus dem fachärztlichen, allgemeinärztlichen, psychotherapeutischen, psychosozialen Umfeld. Aber es gab nicht nur eine hervorragende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, sondern auch mit der Akademie für Integrierte Medizin, mit dem Internationalen Familienzentrum, dem Haus der Volksarbeit, den Beratungsstellen, den psychiatrischen Einrichtungen und den psychotherapeutischen Ambulanzen wie SFI, FPI, DPG und den Essstörungszentren sowie dem Zentrum für Traumatherapie. Diese vielfältigen Vernetzungen und Verflechtungen und die Pflege dieser Zusammenarbeit waren ebenso Voraussetzung wie die intensive Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer und der Psychotherapeutenkammer in Hessen.

Psychoonkologisches Team am Krankenhaus Nordwest

Gemeinsame Bewegung zur Stärkung der Teambildung

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung hat unsere Klinik nicht nur mit der Landesärztekammer eng zusammengearbeitet (Anm. d. Red. Psychosomatische Grundversorgung, Vorträge an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim), sondern auch mit Schmerzambulanzen, mit der AGPT und mit der Volkshochschule. Als eigenes Mittel der Verbreitung psychosomatischen Wissens gab es nicht nur die Veranstaltungen der Psychotherapietage in Lindau, sondern auch zweimal jährlich stattfindende psychosomatische Klinikabende. Ein hervorragendes Element der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen fanden wir in dem Forum eines zweimal jährlich stattfindenden Kooperationstreffens mit niedergelassenen Psychotherapeuten.

Insgesamt am wichtigsten war die Tatsache, dass unsere Patienten uns in diesen 25 Jahren das Vertrauen geschenkt haben und an dem Motto der Klinik „Sie brauchen für Ihre Therapie Vertrauen, Mut und Geduld" festgehalten haben. Am meisten haben wir von ihnen gelernt, da sie mit ihrer Kreativität und Offenheit uns viel geholfen haben, über das Geheimnis der psychosomatischen Krankheiten mehr zu erfahren und dies in unseren Begegnungen mit den Patienten dann auch wieder einsetzen zu können.

Im weiteren Verlauf hat dies auch zur Gründung eines Fördervereins geführt, der sehr viele Aktivitäten der Abteilung tatkräftig und finanziell unterstützt hat. Der Verein, dem auch viele ehemalige Patienten beigetreten sind, hat das Spektrum der Behandlungsmöglichkeit und der Therapiegestaltung in unsere Klinik erheblich erweitert. So entstand auch die Institution des „Kompass", wo sich Patienten einmal monatlich in einer offenen Gruppe treffen können. Auch diese Einrichtung wird von diesem Förderverein unterstützt. «

Lieber Herr Dr. Merkle, Ende des Jahres geht es in den Ruhestand. Was sind Ihre Pläne?

» Die nächsten Jahre hoffe ich, der Familie etwas von dem, was ich ihnen in den vergangenen Jahren an Verzicht zugemutet habe, zurückgeben zu können, meiner Frau, meinen beiden Töchtern und ihren Familien. Auf die Ausflüge und das Spiel mit den Enkelkindern in Berlin freue ich mich besonders. Sport, also Tennis und Tanzen, werden ebenso wie Kultur, Oper, Literatur wieder einen größeren Platz einnehmen. Hobbies wie Fotografieren, Birding, Reisen haben nun mehr Zeit. Außerdem habe ich vor, Chinesisch zu lernen.

In meinem Fach hoffe ich, noch lange in der Weiterbildung und im Austausch mit jungen Kolleginnen und Kollegen aktiv zu bleiben und auch noch etwas Privatambulanz leisten zu können. Vorträge halten und manche Gedanken zusammenzutragen, werden hoffentlich diese Zeit abrunden. Und ich werde natürlich mit Freude dem weiteren Gedeihen unserer Klinik entgegenschauen. «

Vielen Dank für das Gespräch. •

Das Gespräch führte Brigitte Ziegelmayer

Kontakt
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Unternehmenskommunikation
Telefon: (0 69) 76 01-3204

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Shared Reading – Geteiltes Lesen einer Gruppe ehemaliger Patienten der Psychosomatischen Klinik

von Dr. med. Christiane Faust-Bettermann

Dr. med. Christiane Faust-Bettermann, Oberärztin an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Ein Teilnehmer der Shared Reading Gruppe erinnert sich an ein Gedicht, das ihm besonders im Gedächtnis geblieben ist: „Der unbegangene Weg" von Robert Frost. Dieses erlaube ihm, weniger zu hadern, die eigenen Entscheidungen besser anzunehmen und mit dem Weg, den man gegangen ist, zurechtzukommen. Das Gedicht endet mit den Zeilen: *„und ich – ich schlug den einen ein, den weniger begangenen, und dieses war der ganze Unterschied."*

Seit März 2017 treffen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Shared Reading Gruppe regelmäßig im gelben Salon des Literaturhauses. Die Veranstaltung dauert eineinhalb Stunden, man trinkt Tee und isst Kekse, es wird zunächst eine Kurzgeschichte gelesen, anschließend ein Gedicht. Beides bringt die Leiterin der Gruppe mit.

Das Format der Geschichten ist kurz genug, um langsam zu lesen, die Vorleserin zu wechseln, auf Worte und deren Wirkung zu achten und darauf, was sie bei sich und bei den anderen weiter auslösen. Die Themen handeln vom Leben, von widersprüchlichen Gefühlen und Beziehungen, von Schicksalen, von gelungenen und nicht gelungenen Lösungsversuchen. Ein Mann wartet vor dem OP, in dem seine krebskranke Frau operiert wird, ein Vater versucht auf abenteuerliche und ungewöhnliche Weise ein guter Vater zu sein, eine Frau verliert sich beim Betrachten eines Handschuhs in Fantasien über Ungelebtes.

Anschließend liest man gemeinsam ein Gedicht. Manchmal erscheint es im ersten Moment unverständlich. Die Gruppe hat gelernt, den Einfällen und Assoziationen der anderen zu vertrauen, man sammelt, lässt sich zusammen darauf ein und ist bereit dafür, dass nicht selten das Verstehen am Ende doch noch eine ganz andere Wendung nimmt als ursprünglich gedacht. Marion Poschmanns Gedicht „Wonderwheel" wird von zwei Betroffenen erlebt wie der Unterschied zwischen einer Panikattacke und der Zeit dazwischen. Ein vermeintliches Liebesgedicht ist am Ende keines mehr, das Gedicht „Giersch" führt zu guter Laune.

Das ursprünglich aus Liverpool stammende Shared Reading wurde gegründet von der Engländerin Jane Davis, die ihre eigene Lebenskrise u.a. mit dem Lesen von Doris Lessing behob. Im März 2017 lud das Literaturhaus Frankfurt den Berliner Carsten Sommerfeld ein, um diese Methode des gemeinsamen Lesens kennenzulernen. Shared Reading startete als Pilotprojekt mit einer sogenannten „Gesundheitsgruppe". Letztere setzte sich zusammen aus ehemaligen Patientinnen und Patienten der Psychosomatischen Klinik. Alle hatten dort Erfahrungen mit Gruppentherapie gemacht, alle hatten einen längeren Aufenthalt hinter sich.

Im Rückblick, fast fünf Jahre nach Beginn des Projektes und nach pandemiebedingten eineinhalb Jahren online Shared Reading, bei treuer Teilnahme stellt man sich die Frage: Wirkt Shared Reading?

Es habe eine gute Wirkung auf die Stimmung, es sei wie ein „Glückskeks", eine Geschichte, die man „auspacken" könne und die einen mitnehme, wie auf einen „Kurztrip". Gerade die Übersichtlichkeit der Geschichte mache sie verdaubar. Kurzgeschichten beschäftigen sich mit allen Fragen des Lebens, die Lösungen, die der Protagonist oder die Heldin finden, sind nicht unbedingt geeignet für jeden selbst, bieten aber eine gute Voraussetzung, über die eigene Situation nachdenken oder sich erinnern zu können. Besonders intensive Gefühle im Zusammenhang mit der Geschichte oder dem Gedicht führten dazu, dass man sie in Erinnerung behalte. Worte oder Zeilen blieben hängen, würden bedeutsam, Gedichte hingen für eine Weile am Kühlschrank oder würden mit in die ambulante Psychotherapie genommen.

Shared Reading startete als Pilotprojekt mit einer sogenannten „Gesundheitsgruppe" aus ehemaligen Patientinnen und Patienten der Psychosomatischen Klinik.

Anders als in der Gruppentherapie in der Klinik müsse man auf den Protagonisten nicht „aufpassen", man müsse nicht fürchten, ihn kränken zu können, man könne ihn ablehnen, bewundern, verrückt oder seltsam finden oder beneiden. Ein Teilnehmer beschreibt, wie er einen Protagonisten beneidet, der plötzlich einen Verrückten spielt, um aus seinem bisherigen Leben aussteigen zu können. Er selbst habe krank werden müssen, um aus dem Leben herauszukommen, das er so gehasst habe.

Gedichte bringen einen Gefühlszustand auf den Punkt, der im eigenen Kopf noch keinen guten Begriff gefunden hat: „Der Autor hat verstanden, wie ich es meinte."

Während in der Psychosomatischen Klinik sogenannte Non-Verbale Verfahren wie die Kunsttherapie oder die Konzentrative Bewegungstherapie helfen sollen, schwierigen und unausgesprochenen Gefühlen Ausdruck zu verleihen, gelingt das guter Literatur durch die geeigneten Worte im Gedicht oder in der Geschichte.

Bedarf es also nur eines Aufeinandertreffens von Depression, Angsterkrankungen und somatoformen Störungen mit guter Literatur?
Im Laufe der Zeit sind bei einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Veränderungen im Umgang mit anderen eingetreten: Eine Teilnehmerin beschreibt ihre üblicherweise schnell aufkeimende Wut, die sie im Kontakt mit anderen befalle, da sie grundsätzlich andere als bedrohlich wahrnehme. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass sie in einer Gruppe, in der jede oder jeder (zu einem bestimmten Text) zunächst mal alles sagen dürfe, anderen Meinungen durchaus ruhiger entgegentreten könne, da sie es als weniger bedrohlich erlebe. Dass zwischen ihr und den anderen ein Text stehe, gebe ihr Sicherheit.

Die Gruppe habe im Laufe der Zeit gelernt, teils diametral entgegengesetzte Meinungen von Teilnehmen wertzuschätzen, was die Fähigkeit, eigene widersprüchliche Gefühle zu tolerieren, verbessere. Es helfe auch, Spannungen besser auszuhalten, geduldiger und toleranter sich selbst aber auch anderen gegenüber zu werden. Ein ehemaliger Patient beschreibt, dass er in der Gruppe seinen Zynismus verloren habe, da er Gefühle aufrichtig und direkt äußern könne. Die Einstellung zu anderen verändere sich: Eine Teilnehmerin schildert, dass sie entdeckt habe, dass andere Menschen viel komplexer seien, als sie bisher gedacht habe.

Und am Ende sei es die Gemeinschaft, die in ihrer Vertrautheit und Offenheit, aber auch in der gemeinsamen Vergangenheit eine besondere Verbundenheit liefere, die einer Teilnehmerin das Gedicht von Erich Fried so in Erinnerung ruft:
„...wenn man die Fähigkeit hätte, sein Unglück mit Worten zu fassen und das andere verstehen, wäre das fast Glück." •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
Dr. med. Christiane Faust-Bettermann
Telefon: (0 69) 21 96-2101

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Brücke zwischen stationärer und ambulanter psychosomatischer Versorgung – Die Psychosomatische Institutsambulanz (PSIA)

von Dr. med. Claudia Esser

Dr. med. Claudia Esser, Oberärztin an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Eine Psychosomatische Institutsambulanz (PSIA) ist definiert als ein multiprofessionelles und multimodales ambulantes Behandlungsangebot psychosomatischer Fachkrankenhäuser und psychosomatischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, welche zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Die Implementierung der Psychosomatischen Institutsambulanzen verfolgt das gesundheitspolitische Ziel, die integrierte und sektorenübergreifende Patientenversorgung von psychosomatischen Patient:innen zu gewährleisten, die aufgrund der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung auf Dauer interdisziplinär und multimodal behandelt werden müssen.

Unsere Erfahrungen in Frankfurt und Umgebung decken sich mit vielen Erhebungen, die den hohen Anteil psychosomatischer Erkrankungen und die bestehende Behandlungslücke zwischen stationärer und ambulanter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung belegen. Trotz der eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde ist es weiterhin für viele Patient:innen langwierig, eine ambulante Psychotherapie zu finden.[1,2] Für niedergelassene Kolleg:innen ist es schwierig, bei langen Wartezeiten auf ein Vorgespräch einen stationären oder teilstationären psychosomatischen Behandlungsplatz für ihre Patient:innen zu finden. Viele Patient:innen schaffen es nicht, die gemachten Behandlungserfolge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung ohne eine ambulante Weiterbehandlung aufrecht zu erhalten und haben es schwer, sich wieder in ihren Alltag zu integrieren.

Bislang ist also eine zeitnahe Diagnostik und Behandlung der klassisch psychosomatischen Patientenklientel als lückenhaft zu beschreiben und es besteht insbesondere die Notwendigkeit, die Behandlungsprozesse an der Schnittstelle ambulant-stationär zu verbessern.

Im November 2019 wurde vom Bundesrat das Gesetz verabschiedet, das im §118 Abs. 3 SGB V die Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer Psychosomatischen Institutsambulanz regelt.

Um die strukturellen Vorgaben nach §118 Abs. 3 SGB V für eine Psychosomatische Institutsambulanz zu erfüllen, sind ein fachärztlicher Standard für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu gewährleisten. Ebenso müssen für die somatische Diagnostik somatische fachärztliche Kompetenzen unterschiedlicher Fachbereiche zur Verfügung stehen. Eine multiprofessionelle Behandlung soll durch die Beteiligung von Vertreter:innen verschiedener Berufsgruppen sichergestellt werden. Im Hospital zum Heiligen Geist sind als Allgemeinkrankenhaus zusammen mit den langjährigen Behandlungserfahrungen der Psychosomatischen Klinik alle formalen Strukturmerkmale gegeben, die durch die gesetzlichen Richtlinien gefordert sind.

Nach langen Verhandlungen mit den Krankenkassen wurde im März 2021 mit der Unterstützung der Hessischen Krankenhausgesellschaft in Hessen eine der ersten Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen getroffen. Seit April 2021 haben wir im Hospital zum Heiligen Geist, trotz schwieriger Bedingungen unter Corona-Auflagen, die ersten Patient:innen in unserer Institutsambulanz aufgenommen.

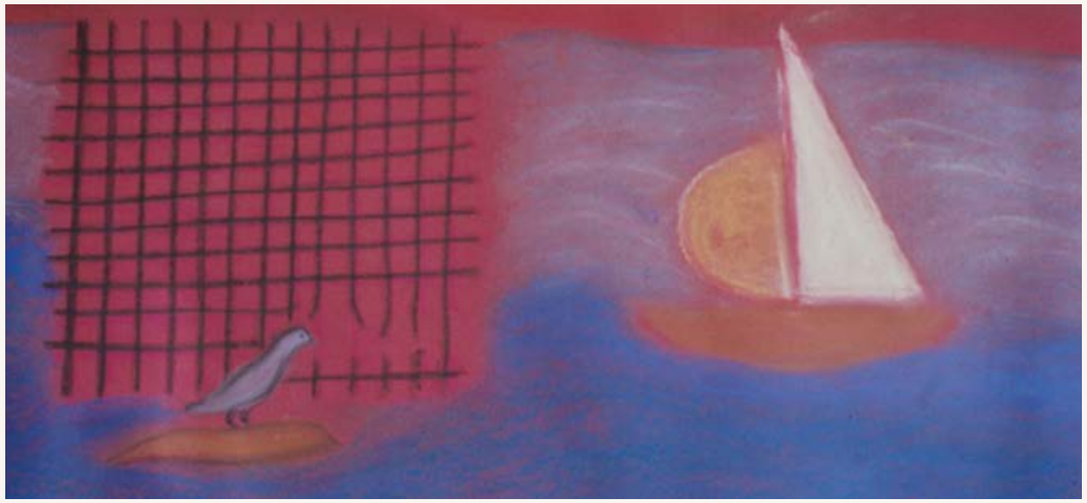
Die bestehenden Rahmenvorgaben der Bundesrichtlinie ermöglichen uns nach fachärztlicher psychiatrischer oder psychosomatischer Zuweisung eine psychosomatische Diagnostik und psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. Ebenfalls können Patient:innen aus unserer stationären oder teilstationären Behandlung, die noch keine ambulante Behandlung haben, im Anschluss überleitend in der PSIA weiter behandelt werden. Für Patient:innen, für die eine übliche ambulante psychotherapeutische Behandlung aufgrund der Schwere und Dauer ihrer Erkrankung nicht ausreicht, bietet die PSIA die Möglichkeit, unter Beibehaltung ihres strukturgebenden Alltags und ihrer Berufstätigkeit an einem komplexen Behandlungsangebot individuell teilzunehmen.

Die Behandlung in einer PSIA ist jedoch nur einer bestimmten Patientenklientel mit psychischen Diagnosen vorbehalten. Die Richtlinie sieht hier die Behandlung von Patient:innen vor, die unter einer psychischen Diagnose leiden, die zusätzlich mit einer somatischen Komorbidität in Verbindung steht. Die PSIA ist damit für Patient:innen mit einer Diagnose aus dem Bereich der F44 Dissoziativen Störungen und F45 Somatoformen Störungen zugänglich. Auch wenn prinzipiell eine ambulante Richtlinienpsychotherapie eine parallele Behandlung in einer PSIA ausschließt, so sind dennoch bei spezifischer Indikation die Teilnahme an störungsspezifischen Gruppenangeboten wie z. B. der DBT-Gruppe (Dialektisch-Behaviorale Therapie) oder Schmerzgruppe möglich.

Beginnend mit einer Facharztstelle und Stellenanteilen einer Kunsttherapeutin, KBT-Therapeutin (Konzentrative Bewegungstherapie), psychosomatischer Pflege sowie einer Sozialarbeiterin können wir aktuell unseren Patient:innen ein multimodales Behandlungsangebot machen, in dem sowohl verbale als auch non-verbale Therapieverfahren zum Tragen kommen (psychodynamische Gruppentherapie, Kunsttherapie, KBT, PMR – Progessive Muskelentspannung), Achtsamkeitstraining und psychosomatische Pflegegespräche sowie eine DBT-Gruppe und Schmerzgruppe. In einem Erstgespräch und diagnostischer Einschätzung wird gemeinsam mit den Patient:innen der Behandlungsplan individuell besprochen. Der Schwerpunkt unserer Behandlungsangebote liegt auf Gruppentherapien mit einer Gruppengröße derzeit von 5 Patient:innen.

Aktuell können wir bis zu 30 Patient:innen Therapieangebote in unserer PSIA anbieten. In der Regel nehmen die Patient:innen an 2–3 Therapieeinheiten teil, die als halboffene Therapiegruppen konzipiert sind. In ärztlichen Gesprächen können therapeutische Themen vertieft, medikamentöse Fragen oder somatische Anliegen besprochen und geklärt werden.

Es sind die ersten Schritte und wir sammeln gemeinsame Erfahrungen mit unseren Patient:innen, den psychosomatischen und somatischen Kolleg:innen unseres Hauses, den niedergelassenen ärztlichen Kolleg:innen und Psychotherapeut:innen. Kooperationen mit anderen psychotherapeutischen Institutionen und Selbsthilfegruppen müssen noch gefestigt werden. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass die bestehende Nachfrage nach unserem multimodalen Behandlungsangebot groß ist. Weitere Anpassungen werden sich daraus ergeben, weitere kreative und störungsspezifische Therapieangebote können folgen. Wir hoffen, dass auch die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen uns ermöglichen wird, unser Behandlungsspektrum zu erweitern und den großen psychotherapeutischen Bedarf damit aufzugreifen, um die Behandlungslücke zwischen stationärer und ambulanter psychosomatischer Psychotherapie schließen zu können. Es wird noch weitere Zeit brauchen, bis die PSIA am Hospital zum Heiligen Geist als Brücke zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie ein fester Bestandteil der Behandlungsoptionen für psychosomatische Erkrankungen in Frankfurt sein wird, aber wir sind auf dem Weg. •



[1] 2018 Darstellung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung/2018. Von der Bundespsychotherapeutenkammer in Auftrag gegebene Erhebung

[2] 2019 09 19 Änderungsvereinbarung zur PIA-Vereinbarung (gkv-spitzenverband.de)

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Institutsambulanz
Dr. med. Claudia Esser
Telefon: (0 69) 21 96-7349

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Tagesklinische Behandlung in der Psychosomatischen Klinik

von Dr. med. Susanne Krebs

Dr. med. Susanne Krebs, Leitende Oberärztin an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Ein Trend der multimodalen psychosomatischen Therapie geht in Richtung tagesklinischer Behandlung. Diese Therapieform wird von den Patienten zunehmend auch aktiv im Vorgespräch nachgefragt. In den letzten 15 Jahren haben sich daher allein im Hospital zum Heiligen Geist die Anzahl der tagesklinischen Behandlungsplätze von zehn auf 50 gesteigert.

Etwas mehr als ein Jahr nach Gründung der Psychosomatischen Klinik im Oktober 1996 wurde im Dezember 1997 die erste Tagesklinik mit neun Plätzen eröffnet. Zunächst noch provisorisch untergebracht, zog die Tagesklinik bald in den neu gebauten 6. Stock des Nordflügels. Im Januar 2005 wurde auf zehn Plätze aufgestockt und im Januar 2006 der Antrag auf eine Erweiterung um weitere 20 Plätze gestellt. Die Tagesklinik Fife 4 (früher 2. Nord) ging am 1.6.2007 in Betrieb. Im Oktober 2010 konnten wir abermals um 20 Plätze erweitern, die Tagesklinik Fife 6 entstand. Ende April 2013 zogen beide Tageskliniken in die renovierte und umgebaute Fischerfeldstraße 2 in den 4. (Fife 4) bzw 6. Stock (Fife 6) um, wo wir seit dieser Zeit den Großteil unserer tagesklinischen Patienten behandeln. Am Hospital zum Heiligen Geist haben die drei tagesklinischen Einheiten den vollstationären Bereich zahlenmäßig überholt. Zwei Tageskliniken arbeiten mit je 20 Plätzen, in je zwei Kleingruppen unterteilt. Die dritte Tagesklinik mit zehn Plätzen ist mit einer Zehn-Betten-Station zu einer Einheit verbunden. Dieses Modell ermöglicht den Patienten ohne Behandler- oder Gruppenwechsel den Übergang aus der voll- in die teilstationäre Therapie.

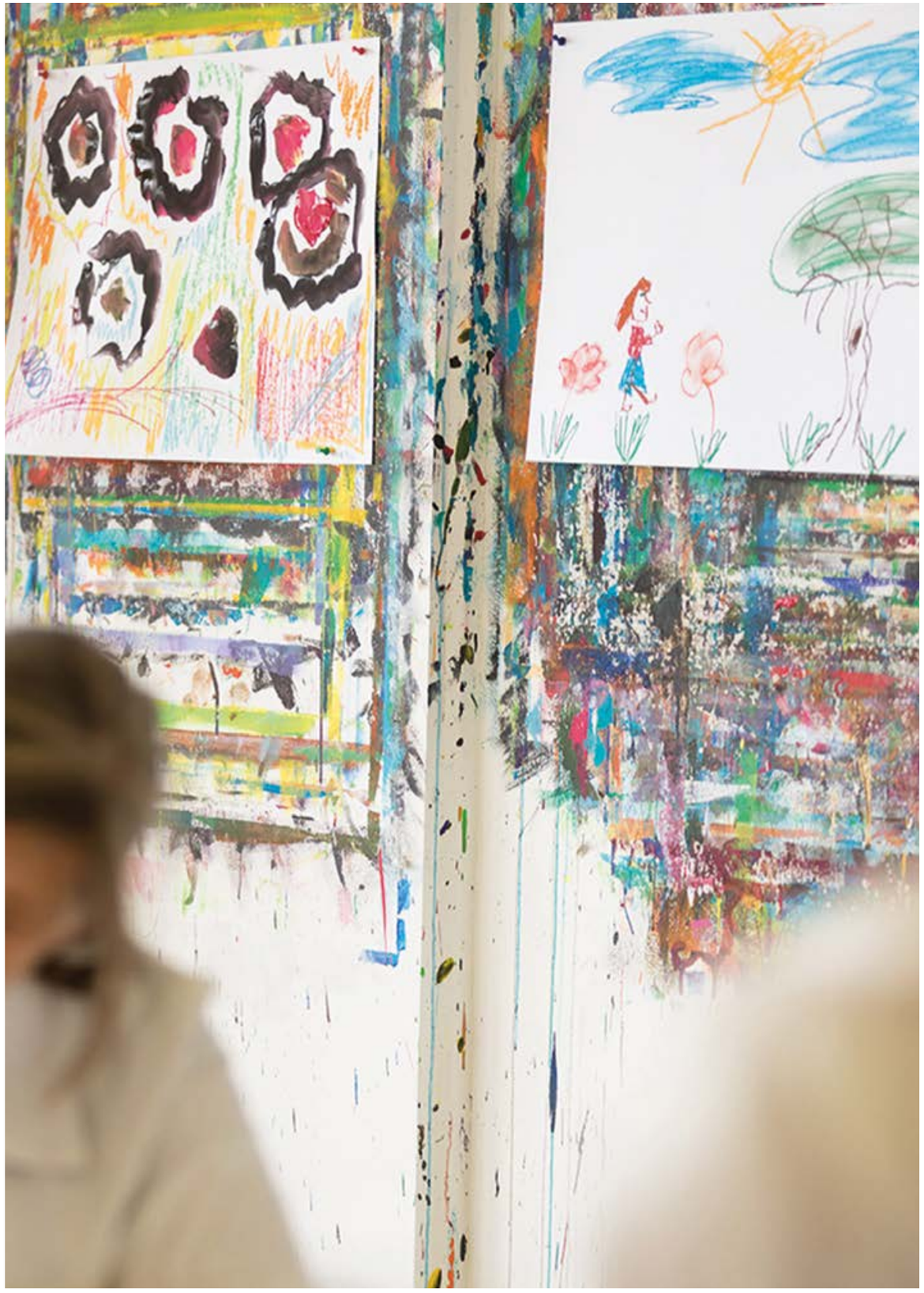
Was aber macht die Besonderheiten der tagesklinischen Therapie gegenüber der vollstationären Behandlung aus?
Das multimodale Programm der Tagesklinik ist ähnlich intensiv wie im vollstationären Bereich mit in der Regel drei Einzeltherapiestunden pro Woche und den entsprechenden gruppentherapeutischen und nonverbalen-kreativen Angeboten. Gerade für Mütter oder Väter mit kleineren Kindern, die ihrem Kind die Trennungssituation einer vollstationären Behandlung ersparen möchten, bietet das teilstationäre Konzept eine gute Alternative. Die pflegerische Betreuung und Behandlung ist jedoch allein durch den Aufenthalt der Patienten von 8.15 bis 16.30 Uhr verändert und trägt der oftmals notwendigen Strukturierung des Alltags in der therapiefreien Zeit Rechnung. Der tägliche Wechsel zwischen dem häuslichen Umfeld und der Tagesklinik fördert die Transferleistung des therapeutisch Erarbeiteten. Zudem können die Erfahrungen zu Hause auch zeitnah in die Therapie eingebracht werden. Das Konzept der multimodalen Tagesklinik wirkt damit der Regression entgegen, kann für Patienten mit geringerer Struktur allerdings auch Überforderung bedeuten. Die Patienten müssen in der Lage sein, den täglichen Weg zu bewältigen und sich zu Hause, bis auf das in der Klinik gemeinsam eingenommene Mittagsessen, selbst zu versorgen. Aber in der gemeinsam verbrachten Zeit lassen sich Kontakte mit anderen Menschen knüpfen, die für unsere häufig sozial zurückgezogenen Patienten von großer Bedeutung sind.

Trend geht in Richtung tagesklinischer Behandlung

Die Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung im Vergleich zur vollstationären Therapie ist mehrfach untersucht worden: Hier schneiden tagesklinische Behandlungen gleich gut ab. Die Kostenersparnis ist wirtschaftlich von Bedeutung, da die Unterbringungs- und nachfolgende Kosten der Patienten wegfallen. Allerdings könnten wir uns als Klinik eine tagesklinische Therapie nicht ohne die Möglichkeit der vollstationären Einheit vorstellen, in der im Rahmen einer Krisenintervention ein Patient auch kurzfristig eine Nacht versorgt werden kann.

Für uns als Klinikteam ist es wichtig, das Erfolgsmodell Tagesklinik lebendig zu vertreten und weiter zu entwickeln
Auf die nächsten 25 Jahre! •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
Dr. med. Susanne Krebs
Telefon: (0 69) 21 96-2101



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Förderverein der Psychosomatischen Klinik e.V. – In den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl unserer Mitglieder nahezu verdoppelt

von Achim Kreith

Achim Kreith, 1. Vorsitzender des Fördervereins der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

25 Jahre Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist bedeuten auch erfolgreiche Arbeit des Fördervereins der Psychosomatischen Klinik. Außerordentlich bedanken möchten wir uns bei Dr. med. Wolfgang Merkle, Chefarzt der Psychosomatik. Als ein wichtiges Gründungsmitglied und Beirat im Vorstand des Fördervereins unterstützt er unsere Ziele seit der ersten Stunde. Ein weiterer Dank gilt an dieser Stelle auch Thomas Fallik, ehemals 1. Vorsitzender, der unsere Arbeit in den vergangenen Jahren stark mitgeprägt hat, sowie den Gründungsmitgliedern Erna Brehl und Wolf-Rüdiger Wetzel. Beide sind Ehrenmitglieder unseres gemeinnützigen Vereins, der vor gut elf Jahren gegründet werden konnte. Inzwischen sorgen mehr als 100 Mitglieder und deren Beiträge sowie kleine und große Spenden dafür, dass wir die Psychosomatische Klinik unterstützen können. Mit unseren Mitteln fördern wir Maßnahmen für Patient:innen während des Klinikaufenthalts und leisten auf dem Weg ihrer Genesung auch bei der Nachsorge einen wichtigen Beitrag.

Nach wie vor ist eine psychische Erkrankung etwas, worüber man nicht spricht. Das Krankheitsbild der psychosomatischen Beschwerden, und dass Betroffene offen über ihre Erkrankung sprechen können, hat in unserer Gesellschaft immer noch keinen Platz. Häufig sind diese Personen vielen Vorurteilen ausgesetzt. Sie haben Angst, als schwach und besonders im Berufsleben als nicht belastbar und weniger leistungsfähig angesehen zu werden. Ein wichtiges Ziel unserer Arbeit ist es, dazu beizutragen, dieses Verständnis in der Öffentlichkeit zu verändern. Unsere Projekte helfen Patient:innen, den Übergang vom stationären in den ambulanten Therapiebereich leichter zu machen und bieten:

- eine Plattform zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen der Klinik, Patient:innen, ehemalige Patient:innen und Interessierten,
- die Realisierung ambulanter Therapieformen wie beispielsweise Gestaltungs-, Körper- und Musiktherapie, welche der Genesung der Patient:innen helfen,
- die Verbreitung neuer Erkenntnisse sowie das Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten psychosomatischer Erkrankungen,
- aktives Engagement zur Weiterbildung von Klinikmitarbeiter:innen und die Umsetzung der vielfältigen Projekte.

Zusätzliche Therapie- und Veranstaltungsangebote, welche ohne die Mittel und Unterstützung des Fördervereins nicht zu finanzieren wären, können somit in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Ärzte- und Pflegevertretung angeboten werden. Diese umfassen beispielsweise neben der Anschaffung von Sport,- Spiel- und Therapiegeräten vor allem auch die Förderung von Sport- und Bewegungsangeboten. Einen wichtigen Baustein bietet das Bewegungsangebot in der Gruppe, das somit zweimal wöchentlich stattfinden und von einer Bewegungstherapeutin begleitet werden kann. Ebenso wird „Biofeedback" angeboten, eine spezielle Therapiemethode, welche z. B. bei chronischen Schmerzen angewendet wird. Die erforderliche technisch aufwendige Ausstattung und das speziell dafür ausgebildete medizinische Personal werden durch den Förderverein vollständig finanziert.

Nachsorge auch online: Gesprächskreis „Kompass" – das Herzstück unserer Arbeit
„Kompass" bildet einen der wichtigsten Bausteine in unserem Förderprogramm und hilft den Patient:innen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Therapiebereich. Das Konzept dahinter ist, eine Plattform zum gemeinsamen Austausch zwischen Klinik und Patient:innen zu schaffen. Das Gesprächsangebot in der Gruppe hilft nach dem Klinikaufenthalt bei der besseren Orientierung im Alltag und findet in Kooperation mit der Klinik vor Ort und unter fachlicher Leitung statt.

Wir sind sehr froh darüber, dass wir diese Maßnahme auch während der Pandemiezeit, an jedem dritten Mittwochabend im Monat, anbieten konnten. Die Resonanz war groß und macht deutlich, wie wichtig regelmäßiger Austausch und sozialer Kontakt für die Betroffenen sind. Besonders in einer Zeit, die es uns allen enorm schwer gemacht hat, ist unser Wunsch, als gemeinnütziger Verein helfen und unterstützen zu können, einmal mehr in Erfüllung gegangen.

Wertschätzung und „Kontakt" – in einer kontaktarmen Zeit
Wie in allen gesellschaftlichen Bereichen hat die Corona-Pandemie auch besondere Auswirkungen auf die Arbeit des Fördervereins. Durch die Kontakteinschränkungen gab es keinen persönlichen Austausch mehr zu den Mitarbeiter:innen und den Patient:innen in der Klinik.

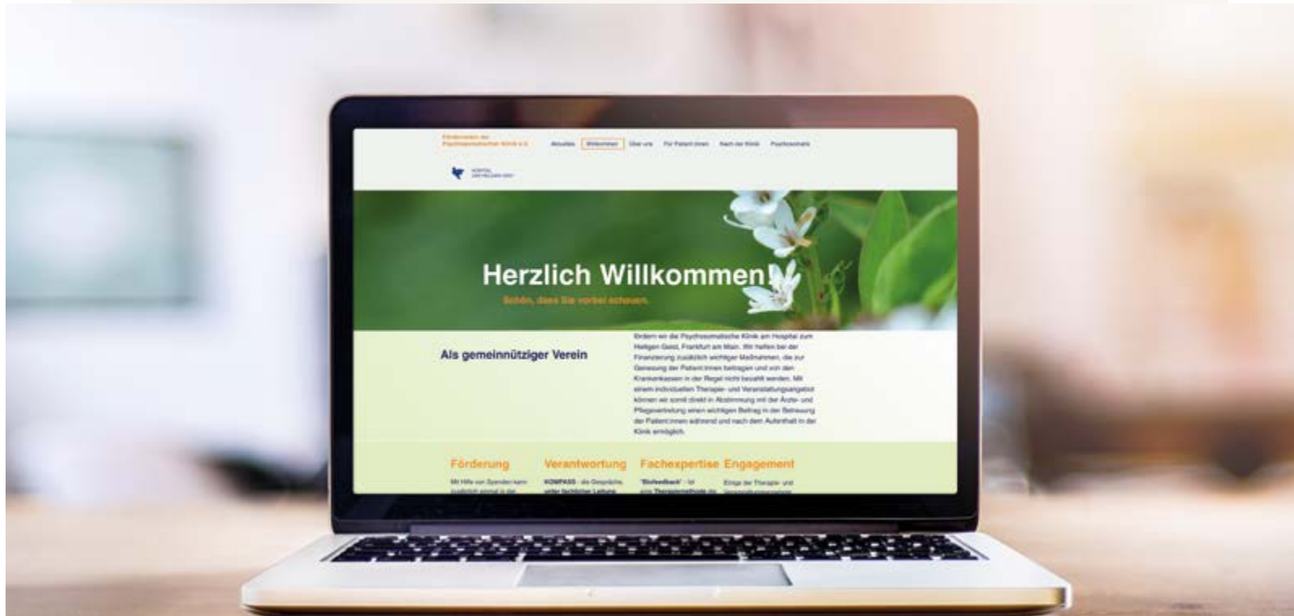
Es war uns jedoch sehr wichtig, besonders in dieser sehr schwierigen Zeit, etwas Aufmunterndes für das Miteinander tun zu können. Einen netten „Schokogruß" als kleine Aufmerksamkeit an Nikolaus zu verteilen, schien uns dafür passend. Mehr als 100 Päckchen hat der Förderverein in der Weihnachtszeit 2020 gepackt und auf den Stationen an Patient:innen sowie an das Stations- und Pflegepersonal verteilen lassen. Ein logistischer Aufwand, der unter den strengen Kontaktbeschränkungen nur in Absprache mit der Klinikleitung und durch die tatkräftige Unterstützung der Mitarbeiter:innen in der Psychosomatik möglich war.

Unser Ziel, mit dieser Aktion Ansprache und etwas Nähe zu vermitteln, konnten wir umsetzen und haben damit sicherlich ein wenig Freude beschert. Mit einem weiteren Schokogruß zu Ostern 2021 haben wir die Klinik erneut unterstützt und für ein wenig Ablenkung in einer immer noch schwierigen Zeit gesorgt.

Kulturelle Angebote wie beispielsweise Stadtführungen und Ausflüge mit den Patient:innen ebenso wie der traditionelle Herbstbasar und Weihnachtsmarkt haben einen festen Platz im Programm des Fördervereins und mussten während der Pandemie leider ausfallen. Diese Veranstaltungen möchten wir sehr bald nachholen. Auch unser 12-jähriges Bestehen ist uns ein besonderer Anlass, den wir mit Patient:innen, Förderern, Klinikmitarbeiter:innen, ehemals Betroffenen und Interessierten in 2022 wieder feiern möchten. •

Jetzt einfach per Mausklick – Neu!
www.förderverein-psychosomatik.de
Wir haben unsere Webseite aktualisiert, damit die User sich schnell zurechtfinden und mit uns in Kontakt treten können. Ab sofort kann die Anmeldung z. B. für den „Kompass" einfach per Klick versendet werden. Aktuelles zum Thema Psychosomatik, neueste Erkenntnisse aus dem Gesundheitswesen sowie Informationen über Behandlungsmöglichkeiten psychosomatischer Krankheiten lassen sich leicht im Download-Bereich finden und direkt herunterladen. Für Kritik und Anregungen ist ebenfalls Platz, denn so kann unser Angebot bei der Genesung der Patient:innen noch besser unterstützen. Wir freuen uns daher auf weitere 25 Jahre gemeinnützige Arbeit, die nur mit Hilfe unserer treuen Mitglieder und großzügigen Unterstützer:innen machbar ist. Machen auch Sie mit – schauen Sie einfach vorbei – wir halten Sie auf dem Laufenden.

Kontakt
Förderverein der Psychosomatischen Klinik e.V., Geschäftsstelle
August-Hecht-Str.33, 63067 Offenbach
Telefon: (0 69) 82 37 58 70
kontakt@förderverein-psychosomatik.de



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Sich selbst etwas zurückzunehmen und die Not der Patient:innen zu verstehen – 25 Jahre psychosomatische Pflege

von Gudrun Schopf

Gudrun Schopf, Pflegebereichsleiterin an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

25 Jahre gibt es nun am Hospital zum Heiligen Geist Krankenschwestern und Krankenpfleger, die in der Psychosomatik entweder in den Tageskliniken, auf den Vollstationen und seit Kurzem auch in der Psychosomatischen Institutsambulanz (PSIA) arbeiten. Vieles hat sich seit 1996 getan, wir sind durch eine umfassende Zusammenarbeit mit den anderen Stationen in das Akutkrankenhaus integriert. Wir haben mittlerweile fünf Stationen, drei Tageskliniken und zwei vollstationäre Bereiche und haben im Laufe der Jahre von 17 auf 80 Behandlungsplätze erweitert. Zurzeit arbeiten in der Psychosomatik 25 Krankenschwestern und Krankenpfleger, die mit großem Engagement im Tag- und Nachtdienst und am Wochenende arbeiten.

Wir haben wenig Fluktuation, was uns sehr freut. Qualifizierten Nachwuchs zu finden, ist heutzutage nicht leicht, wir haben jedoch gerade durch Corona auch immer wieder Anfragen von externen Kolleg:innen, die auf der Suche nach Veränderung sind.

Die Aufgaben in der psychosomatischen Pflege unterscheiden sich von denen in den anderen Fachdisziplinen. Da wir keine Dienstkleidung tragen, kommt schnell der Gedanke auf, wir hätten einen lockeren Job. Auf den ersten Blick wirkt dies auch so. Wir versuchen, durch eine ausgeprägte äußere Struktur dem weiten Feld der Psychosomatik mit Klarheit und Struktur entgegenzutreten.

Überstunden vermeiden wir wenn möglich. Wenn jemand erkrankt, wird versucht, auch so über die Runden zu kommen, ohne eine Kollegin aus dem Frei zu holen. Klare Arbeitsstrukturen, Erholung sowie die Planbarkeit der Dienste, das alles sind aus meiner Sicht Notwendigkeiten, um den psychisch belastenden Beruf ausüben zu können, ohne selbst krank zu werden. Viele von uns in der Pflege leisten sich eine Teilzeitstelle, was nicht bedeutet, dass der Verdienst hoch ist.

Wir sind ein starkes, mitdenkendes und flexibles Team – wir springen jeder auf all unseren Stationen ein, was eine gelegentliche Rotation voraussetzt.

Keine psychosomatisch arbeitende Pflegekraft kommt umhin, sich mit dem Leid der Patient:innen tatsächlich auseinanderzusetzen. Jede reflektiert dabei auch die eigene Biografie. Dazu ist viel Kraft nötig, denn wir alle kommen ja auch nicht unbedingt aus einer heilen Welt; haben möglicherweise selbst manche schmerzhafte und verdrängte Erinnerung, die dann plötzlich wieder wach wird.

Wir sind ein starkes, flexibles Team

Unsere Patient:innen fordern uns viel ab: Wir lernen damit umzugehen, dass beispielsweise magersüchtige Patient:innen trotz Magensonde immer wieder nach dem Hungern streben, sie lassen uns teilhaben an ihrer Verzweiflung, ihrem Selbsthass oder auch ihrem Widerstand. Weder mit Ablehnung noch mit Ärger zu reagieren, dazu braucht es viel Wissen und Professionalität.

Keine psychosomatisch arbeitende Pflegekraft kommt umhin, sich mit dem Leid der Patient:innen tatsächlich auseinanderzusetzen.

Sich selbst etwas zurückzunehmen und tatsächlich zu verstehen, in welcher Not die Patient:innen, also unsere Schutzbefohlenen, sind, das ist eine der großen Herausforderungen. Denn einfach nur lieb und nett sein, reicht nicht aus, ist aber die erste Bedingung, damit Patient:innen sich öffnen können.

Die Durchführung von Morgenrunden, das Mitgestalten einer warmen, haltenden (Winnicott) Stationsatmosphäre oder Kriseninterventionen sind genauso wichtige Aufgaben wie die Gespräche in der Bezugspflege, Schmerz-und Esstagebücher oder spannungsregulierende Interventionen, die mit den Patient:innen erarbeitet werden.

Für die Einhaltung der Regeln sind in erster Linie wir in der Pflege zuständig – eine nicht immer einfache Aufgabe. Wir haben das Glück, dass die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten intensiv ist und durch einen täglichen Austausch eine große gegenseitige Akzeptanz entsteht. Aber eine gute Teamarbeit ist kein Selbstläufer: Es braucht gerade bei dem Pflegepersonal die Fähigkeit, Unangenehmes anzusprechen, um dann einen Kompromiss finden zu können, der die Zusammenarbeit wieder stabilisiert.

Unsere klare Aufgabentrennung, die tägliche Übergabe zwischen allen Berufsgruppen und das Mitwirken am Gestaltungsprozess bewirken eine Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit der Abteilung, auch in diesen schwierigen Zeiten in einer Pandemie und deren Nachwirkungen. Hilfreich sind hier unsere altbewährten Strukturen: Supervisionen, Stationsbesprechungen, Balintgruppen und Visitenvorbesprechungen.

Die Gelegenheit, für 25 Jahre erfüllende Pflegetätigkeit Danke zu sagen, möchte ich hier nicht ungenutzt verstreichen lassen:

- Danke an die ehemalige Pflegedirektorin Silke Rhein, die die erste Pflege-Crew zusammengestellt hat.
- Danke an unsere ehemalige Pflegedirektorin Dagmar Lavi, die uns in unseren Belangen verstanden hat und uns viel Eigenverantwortung gelassen hat.
- Danke an den jetzigen Pflegedirektor Klaus Engel für dessen Unterstützung.
- Danke auch an unsere Patient:innen, von denen wir 25 Jahre lernen konnten, was uns bei unserer eigenen persönlichen Entwicklung entgegenkommt.

Nach 25 Jahren heißt es Abschied nehmen von unserem allseits geschätzten Chefarzt Dr. Wolfgang Merkle. Wir wurden geprägt durch seine humanistische Haltung, dem intensiven Arbeiten im Team und seiner tiefen Überzeugung in die Notwendigkeit einer tiefenpsychologischen Therapie in einem Akutkrankenhaus.

Nach 25 Jahren heißt es Abschied nehmen

Das mehrjährige Traineeprogramm in Shanghai war für mich ein herausragendes, unvergessliches Erlebnis als Krankenschwester. Unsere gemeinsame Arbeit am anderen Ende der Welt weitergeben zu dürfen, ist ein großes Geschenk.

Für all das und für vieles Unerwähnte bedanke ich mich auch im Namen meiner Pflegekolleg:innen. •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
Gudrun Schopf
Telefon: (0 69) 21 96-2101

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Die Veränderung des emotionalen Erlebens durch stationäre und teilstationäre Psychotherapie

von Dr. med. Dipl.-Psych. Karin Kernhof

Dr. med. Dipl.-Psych. Karin Kernhof, Oberärztin an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Wie in allen anderen medizinischen Fachgebieten auch ist die Frage, ob wir den Patienten mit unserem Behandlungsangebot helfen können, von höchstem Interesse. Es ist überaus erfreulich zu wissen, dass in all den Jahren seit dem Bestehen der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist konstant 70 Prozent der Patienten mit der stationären und teilstationären psychodynamischen Behandlung zufrieden sind und unsere Klinik weiterempfehlen würden. Allerdings bleibt der Umstand, dass etwa 30 Prozent unserer behandelten Patienten keine Verbesserung ihrer seelischen und körperlichen Symptome am Ende der Behandlung zeigen, eine Herausforderung für unsere psychotherapeutische Arbeit.

In einer groß angelegten Studie an 2004 Patienten haben wir über vier Jahre hinweg nicht nur die Symptomatik und Diagnosen unserer Patienten erfasst, sondern diese auch hinsichtlich ihrer interpersonellen Schwierigkeiten, ihres Beziehungserlebens und vor allem ihres emotionalen Erlebens befragt. Unser besonderes Interesse bestand darin, zu erfahren was die Patienten als hilfreich erlebt haben und was zu einer erfolgreichen Behandlung, die sich in einem Rückgang der Symptomatik, einem Zugewinn an Lebenszufriedenheit und Handlungsfähigkeit zeigt, beigetragen hat.

Aus jahrzehntelanger Psychotherapieforschung wissen wir, dass neben der therapeutischen Beziehung, die wir als wichtiges 'Behandlungsinstrument' ansehen, vor allem die Empathie des Therapeuten, die Erwartungen der Patienten, die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses und therapiespezifische Interventionen eine große Rolle für den Erfolg einer Behandlung spielen. Die Bedeutung des emotionalen Erlebens, der Kontext, in dem Emotionen entstehen und in dem sie verarbeitet werden können sowie Aspekte emotionaler Achtsamkeit, Affekttoleranz und adäquate Emotionsregulationsstrategien haben zunehmend Berücksichtigung im Therapieangebot erfahren. Gelingt es, die Wahrnehmung von Emotionen, ihren Ausdruck und ihre Regulation psychotherapeutisch zu ermöglichen und zu verbessern, ist der Grundstein für eine psychotherapeutische Veränderung und damit einen Behandlungserfolg gelegt.

Wir konnten im Rahmen unserer Studie darstellen, dass unser Behandlungsangebot dazu geeignet ist, emotionales Erleben anzustoßen und seine Modifikation zu aktivieren. Erstmalig konnten wir dabei auch aufzeigen, inwieweit das Geschlecht, Alter und traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend einen Einfluss auf die therapeutische Veränderung haben.

Frauen und Männer zeigten eine weitestgehende Übereinstimmung im emotionalen Erleben und dessen Veränderung, sodass wir sagen können, dass unsere stationäre Behandlung für Frauen wie Männer gleichermaßen geeignet ist.

Zwischen jüngeren und älteren Patienten zeigten sich deutliche Unterschiede in der Ausprägung negativer Emotionen. Adoleszente und junge Patienten berichteten über ein deutlich höheres Maß an negativen Emotionen, sie zeigten gleichzeitig aber auch stärkere Veränderungen ihres emotionalen Erlebens gegenüber älteren Patienten. Dass ältere Menschen negative Emotionen weniger häufig berichten, mag zum einen damit zusammenhängen, dass sie weniger stark in negativen Gefühlszuständen verharren und emotional stabiler sind. Zum anderen aber kann dies auch die Folge einer geringeren Anpassungsfähigkeit im Alter sein, welche es wiederum erschwert, auf emotionsintensive Ereignisse wie Trennung, Ruhestand oder Abbau eigener Fähig- und Fertigkeiten adaptiv zu reagieren. In Hinblick auf das zunehmende Interesse an der Psychotherapie älterer Menschen sind diese Ergebnisse von Bedeutung, konfrontieren sie uns doch mit der Frage, ob die typischen Therapieangebote in einem stationären Setting nicht eher auf die Bedürfnisse und Themen jüngerer Menschen zugeschnitten sind und für ältere Menschen angepasst werden müssten.

Emotionale Offenheit als Schritt zur Beziehungsaufnahme

Patienten, die traumatische Belastungen in Kindheit und Jugend aufwiesen, berichteten von einem hohen Ausmaß an negativen Emotionen. Hier zeigte sich deutlich, dass Kindheitstraumata einen Risikofaktor für das Auftreten psychischer Erkrankungen darstellen.

Zusammengefasst konnten wir mit unserer Studie zeigen, dass das emotionale Erleben durch unsere Therapieangebote sehr gut aktiviert werden konnte.

Kindheitstraumata sind ein Risikofaktor für das Auftreten psychischer Erkrankungen

Vor allem passiv-negative Emotionen (wie beispielsweise Angst, Scham, Traurigkeit, Einsamkeit) sprachen gegenüber aktiv-negativen Emotionen (wie beispielsweise Wut, Ekel, Unbeherrschtheit, Reizbarkeit) und positiven Emotionen (wie beispielsweise Freude, Liebe, Zärtlichkeit, Interesse) am stärksten auf die Therapieangebote an. Passiv-negative Emotionen zeigten nicht nur den deutlichsten Rückgang infolge der Behandlung, sondern hatten auch den größten Einfluss auf den Behandlungserfolg. Die Patienten, die sich emotional verändern konnten, fühlten sich am Ende der Behandlung psychisch auch deutlich weniger belastet als zu Beginn der Therapie.

Stationäre bzw. teilstationäre psychodynamische Psychotherapie wird geprägt von dem zwischenmenschlichen Klima bei der Versorgung und Unterstützung im Alltagshandeln. Es stellt einen großen Einflussfaktor auf das emotionale Erleben dar, ist wirksam und ermöglicht vielen Patienten ein besseres psychisches Befinden, positiveres Emotionserleben und mehr Lebenszufriedenheit. Unsere zukünftige Herausforderung besteht darin, spezifische therapeutische Interventionen noch besser differenzieren zu können und das Behandlungsangebot danach auszurichten. •

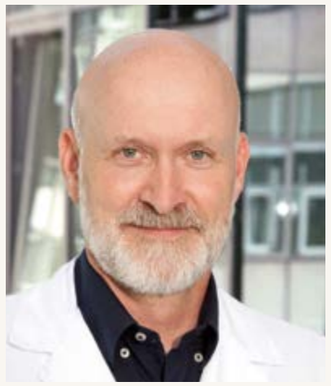
Karin Kernhof, Wolfgang Merkle
Emotionales Erleben und seine Veränderung im Rahmen teil-/stationärer psychodynamischer Psychotherapie
Z Psychosom Med Psychother 67, ISSN (Printausgabe): 1438–3608, ISSN (online): 2196–8349 © 2021 Vandenhoeck & Ruprecht, https://doi.org/10.13109/zptm.2021.67.oa12

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
Dr. med. Dipl.-Psych. Karin Kernhof
Telefon: (0 69) 21 96-2101

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

15 Jahre Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

von Claas Drefahl



Claas Drefahl, Oberarzt an der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Wenn Zähne zusammenbeißen nicht mehr ausreicht – Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMS) am Hospital zum Heiligen Geist erweitert ihr Angebot.

„Ich bilde mir meinen Schmerz doch nicht ein", „Mein Arzt sagt, ich sei austherapiert, er könne mir nicht mehr helfen". Mit diesen und ähnlichen Aussagen wenden sich nicht selten verzweifelte, hilfesuchende Betroffene an unsere Klinik. Meist können die Patient:innen dann beruhigt werden, wenn sie über die Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMS) im Hospital zum Heiligen Geist informiert werden und ihnen eine Behandlung in Aussicht gestellt wird. Das Spezialgebiet der IMS: Die Behandlung von Patient:innen mit chronischen Schmerzen, denen in der üblichen Akutschmerzbehandlung nicht geholfen werden kann.

Schon seit 2006 kooperieren am Hospital zum Heiligen Geist die Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie (Chefarzt Dr. med. Gerd Neidhart) mit der Klinik für Psychosomatik (Chefarzt Dr. med. Wolfgang Merkle) in dem gemeinsamen Projekt IMS. Es handelt sich um ein stationäres Angebot, das algesiologische und psychosomatische Medizin mit Physiotherapie und Krankenpflege vernetzt. Dabei geht es im Kern darum, dass eine chronische Schmerzstörung als ein eigenständiges Krankheitsbild zu betrachten ist, das nur noch sehr wenig mit akuten Schmerzereignissen gemein hat. So ist es typisch, dass die Warnfunktion und die Beziehung zu aktuellen Gewebeschädigungen zu Schmerzqualität und -quantität nicht mehr gegeben sind.

Die Vorstellung, Schmerz könne nur dann empfunden werden, wenn ein akuter Schmerzreiz vorliegt, gehört der Vergangenheit an. Vielmehr geht man heute davon aus, dass neben einer peripheren Schmerzsensibilisierung es zu einer zentralen Schmerzsensibilisierung bei einer chronischen Schmerzerkrankung gekommen ist. Diese zentrale Schmerzsensibilisierung wird ebenfalls über epigenetische Mechanismen durch Umwelteinflüsse sowie aktuelle wie zurückliegende Stresserfahrungen, psychosoziale Belastungen und unbewusste seelische Konflikte mit determiniert. Zusätzlich können psychische Komorbiditäten vorliegen. Daraus ergibt sich ein ganz anderes Behandlungsregime chronischer Schmerzen im Vergleich zu akuten Schmerzen.

Chronische Schmerzstörung ist ein eigenständiges Krankheitsbild

Gemäß den Vorgaben der Deutschen Schmerzgesellschaft erfolgt die Behandlung inhaltlich aufeinander abgestimmt durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam nach einem für jede Patientin und jeden Patienten individuell festgelegtem Therapieplan, der in regelmäßigen Teamsitzungen überprüft wird. Zentrales Behandlungsziel ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Betroffenen, die Vorgehensweise ist ressourcenorientiert. Die Behandlung erfolgt über einen Zeitraum von drei Wochen individuell und in Kleingruppen von bis zu acht Patient:innen.

Multimodale Schmerztherapie am Hospital zum Heiligen Geist

Der Therapieplan umfasst pro Woche folgende Behandlungseinheiten aus den verschiedenen Behandlungsmodulen:

- **Anästhesiologie-Modul:** Aufnahmeuntersuchung, tägliche Visite, Einzelbehandlungen 3x30 min., Psychoedukation in der Gruppe 3x50 min.
- **Psychosomatik-Modul:** Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie 2x50 min. psychosomatische Schmerzgruppentherapie 4x50 min, Entspannungsverfahren 1x50 min.
- **Kunsttherapie-Modul:** Aktive Gruppentherapie mit acht Patient:innen 2x120 min.
- **Physiotherapie-Modul:** Einzelbehandlungen 3x30 min., Gruppenphysiotherapie 7x30 min.
- **Pflege-Modul:** Tägliche Bezugspflege durch die Schmerzschwester/den Schmerzpfleger, Achtsamkeitsübungen, Biofeedback 1x30 min., Schmerztagebuch.

Nach den drei Behandlungswochen ist dann der Grundstein gelegt für eine nachhaltige Schmerzreduktion. Die weitere Betreuung kann dann über das Fachärztezentrum am Hospital zum Heiligen Geist oder ein Netzwerk kooperierender ambulanter Schmerz- und Psychotherapeut:innen sichergestellt werden. Wenn die Patient:innen sagen „Die Behandlung war zwar anstrengend und mein Schmerz ist noch nicht ganz weg, aber erträglich und ich weiß, wie ich mir selber helfen kann", dann ist eines der wesentlichen Behandlungsziele erreicht.

Nach drei Behandlungswochen nachhaltige Schmerzreduktion

Die Arbeit der IMS im Hospital findet sowohl seitens der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und -therapeuten als auch in der Bevölkerung zunehmenden Zuspruch, so dass sich monatelange Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme ergeben haben. Um den Patient:innen die Zeit bis zum Aufnahmetermin zu verkürzen, wurde das Behandlungsangebot ab August 2021 von acht auf 16 stationäre Plätze erweitert. Dies macht die Schmerzmedizin am Hospital zum Heiligen Geist mit ihrer engen Verknüpfung zur psychosomatischen Klinik und Tagesklinik sowie zum schmerztherapeutischen Medizinischen Versorgungszentrum am Hospital (als Teil des Fachärztezentrums Frankfurt) zu einem der umfassendsten Versorgungsanbieter im Rhein-Main-Gebiet. •

Kontakt
Hospital zum Heiligen Geist
Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMS)
Claas Drefahl
Telefon: (0 69) 21 96-2040

HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Festakt 25 Jahre Psychosomatische Klinik im Haus am Dom

Vor 25 Jahren am 1. Oktober 1996 wurde die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist eröffnet. Dr. med. Wolfgang Merkle, dessen Abschied in den Ruhestand mit der Feier zum 25-jährigen Jubiläum zusammenfiel, war von Beginn an Chefarzt der Klinik.

Stefan Majer, Gesundheitsdezernent und Senior der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, verabschiedete und dankte Dr. Wolfgang Merkle: „Mit der Psychosomatischen Klinik hat Dr. Merkle Pionierdienste für Frankfurt geleistet. Unter seiner Leitung hat sich die Klinik mit seinem multimodalen und methodenübergreifenden Ansatz zu einem Leuchtturm in der Kliniklandschaft Frankfurts und über deren Grenzen hinaus entwickelt." Die Nachfolge der Chefarztposition wird ab Januar 2022 die bisherige leitende Oberärztin der Psychosomatischen Klinik, Dr. Susanne Krebs, antreten. „Es freut mich sehr, dass wir mit Dr. Susanne Krebs eine weitere höchst qualifizierte Chefärztin gewinnen konnten und damit konsequent unseren Weg mit Frauen in Führungsverantwortung weitergehen," sagte Gesundheitsdezernent Stefan Majer abschließend.

Für das musikalische Rahmenprogramm sorgte der Ärztliche Direktor und Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie Dr. med. Gerd Neidhart.

Gruppenbild mit Dame: Falko Rapp, Dr. med. Susanne Krebs, Dr. med. Wolfgang Merkle und Stefan Majer (v.l.n.r.)

Stefan Majer, Gesundheitsdezernent und Senior der Stiftung

Falko Rapp, Direktor und Hospitalmeister der Stiftung

Prof. Dr. med. Eva-Maria Ulmer-Otto, FÄ für Innere Medizin, Psychoanalytikerin/Psychotherapeutin, Prof. Frankfurt UAS im FB Pflege und Gesundheit i. R.

Prof. Dr. med. Paul L. Janssen, Gründungsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie

Dr. med. Gabriele Otto (l.) und Dr. med. Christine Linkert (r.), Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin, überreichen Dr. med. Wolfgang Merkle ein Geschenk.

Prof. Dr. med. H. Kruse, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM)

KRANKENHAUS NORDWEST

Einsatz der robotischen Chirurgie/ Digitalchirurgie im Krankenhaus Nordwest

von Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus und Dr. med. Moustafa Elshafei

Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, MBA, FACS, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest

Dr. med. Moustafa Elshafei, Leitender Oberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest

Seit Mitte 2021 verfügt das Krankenhaus Nordwest in Frankfurt über einen Operationsroboter – Da Vinci Xi (Intuitive Surgical). Die eigentliche Operation wird durch einen speziell hierfür geschulten und erfahrenen Chirurgen durchgeführt. Die Operationskonsole dient lediglich dazu, die minimal invasiven Instrumente zu halten und die Bewegungen des Chirurgen mit Präzision umzusetzen. Da Vinci erweitert das Spektrum minimal invasiver Möglichkeiten. So kommt der Roboter auch in der Viszeralchirurgie erfolgreich zum Einsatz.

Er wird in folgenden Bereichen eingesetzt:
- Magen-, Ösophaguschirurgie
- Refluxchirurgie
- Darm-, Rektumchirurgie
- Hernienchirurgie
- Pankreaschirurgie

Was bedeutet roboter-assistierte Chirurgie/Digitalchirurgie?
Das Da Vinci-Xi-System ist das derzeit modernste robotische System auf dem Gebiet der digitalen Chirurgie. Hierbei werden die Instrumente über kleinste Zugänge in den Bauchraum des Patienten eingeführt. Der Operateur sitzt an einer Konsole mit Videobildschirm und steuert die Instrumente über fingergeführte Handsensoren. Das System setzt die Bewegungen des Operateurs in feinste Bewegungen um. Dies geschieht in Echtzeit, d. h. das System führt keine selbständigen Bewegungen aus, sondern unterstützt den Chirurgen durch hochspezialisierte Technologie.

Durch die neue Bildgebung sind auch kleinste Details und Nervenstränge sehr gut sichtbar und das eben in dreidimensionalen Bildern. Wir können jetzt alles auch im richtigen räumlichen Verhältnis erkennen und durch den Einsatz spezieller Bildfilter die Gewebedurchblutung besser sichtbar machen.

Selbst sehr komplexe Eingriffe können minimal invasiv, mit höherer Präzision und mit einer genaueren Detailansicht durchgeführt werden. Bei bereits laparoskopischen Verfahren wiederum gewährleistet Da Vinci noch einfachere und genauere Abläufe.

Die Vorteile in der roboterassistierten Chirurgie/Digitalchirurgie
- Höchste Form von Präzision:
  Die Bewegungen des Chirurgen werden durch das System in feinste Bewegungen der Instrumentenarme übertragen. Auch kleinste OP-Schritte lassen sich auf diese Art minimal invasiv durchführen.

- Bessere instrumentelle Durchführung durch mehr Bewegungsfreiheit:
  Die Instrumente sind viel beweglicher als normale Endoskope und erreichen eine sehr hohe Genauigkeit.

- Detailansicht durch 3D-Videoübertragung in HD-Qualität:
  Sie stellt eine ideale Sicht und Tiefenwahrnehmung sicher und vermittelt dem Operateur eine größere Nähe zum Operationsfeld.

- Verlässliche Unterstützung durch Roboterassistenz:
  Anders als beim konventionellen Operieren bietet Da Vinci dem Operateur einen dritten Arm. Auf diese Weise kann der Operateur selbst komplexere Bewegungsmuster und Operationsabläufe durchführen, die mit bisherigen OP-Techniken praktisch nicht zu erreichen sind.

Warum entscheide ich mich als Patient für eine Operation mit Da Vinci?
Es ist durch Studien belegt, dass Patienten in den verschiedensten Altersklassen von minimal invasiven Eingriffen profitieren. Die Vorteile nehmen für unsere Patienten im Alter zu. Bei einem Eingriff bedeutet das weniger Schmerzen oder Blutverlust und niedrige postoperative Risiken sowie eine schnellere Genesung.

Bevor die OP beginnt, leitet der Operateur über einen kleinen Schnitt Kohlenstoffdioxid in den Bauchraum ein.

Die OP wird von geschulten und erfahrenen Chirurgen durchgeführt.

Weniger Schnitte und Entlastung für den Operateur für bessere Ergebnisse bei unseren Patienten

Patienten profitieren spürbar von dieser modernsten aller OP-Techniken, weil sie eine noch geringere und schonendere Schnittführung ermöglicht als die herkömmlichen minimal invasiven Eingriffe. Für den Operateur ist das Operieren an der Konsole zudem ergonomischer und weniger anstrengend, was vor allem bei mehrstündigen Eingriffen die körperlichen Belastungen deutlich reduziert.

Obwohl die Krankenkassen für den Einsatz von Da Vinci bislang lediglich die wesentlich günstigeren Fallpauschalen von offenen Operationen abrechnen, genießen die Patienten die Vorteile dieser innovativen Operationsmethode ohne eigene Zuzahlung. Den finanziellen Mehraufwand für eine Da Vinci-OP, deren Kosten deutlich höher liegen als die einer konventionellen Operation, trägt das Krankenhaus Nordwest.

Absolute Teamleistung

Das Da Vinci-Operationssystem ist nicht nur eine Weiterentwicklung klassischer laparoskopischer Verfahren, sondern eröffnet in vielerlei Hinsicht neue Wege. Der OP-Roboter führt die Operationsschritte nicht selbstständig durch, sondern überträgt die Finger-Hand-Bewegungen des Operateurs besonders präzise von der Steuerkonsole in den Körper. Assistiert wird ihm dabei nicht nur von 3D-Visualisierungen, sondern ganz aktiv von Assistenzärzten, die als Teil des Teams mitoperieren. So wird roboter-assistierte Chirurgie zur echten Teamleistung.

Das Operationsgebiet wird in ein bis zu 10-fach vergrößertes hochauflösendes 3D-Bild für den Operateur transformiert

Aufbau im Operationssaal

Beim Da Vinci-Operationssystem sitzt der Chirurg an einer Steuerkonsole, von der aus er über das Videosystem eine Full-HD-3D-Sicht bekommt und die vier Arme des Roboters bewegt.

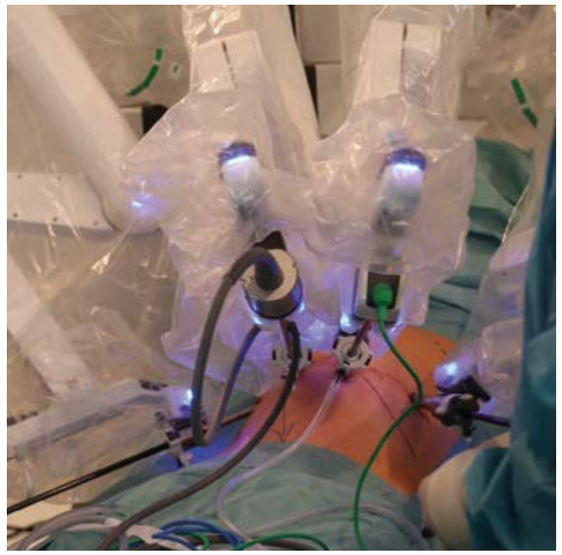
Das Da Vinci-System ist nicht in der Lage, eigenständig zu operieren. Seine Stärken liegen in der hohen Beweglichkeit der kleinen Gelenke, die auf kleinstem Raum sehr hohe Präzision ermöglichen – und dabei unwillkürliche Bewegungen ausgleichen. An der Patientin bzw. dem Patienten steht aber nicht nur das Stativ mit den Armen, sondern auch ein chirurgischer Assistent und die OP-Pflege, die während des Eingriffs unterstützen.

Wie läuft eine Da Vinci-Operation genau ab?

Bevor die die eigentliche Operation beginnt, leitet der Operateur über einen ersten kleinen Schnitt Kohlenstoffdioxid in den Bauchraum ein. Das ist notwendig, damit sich die Bauchdecke anhebt und der Chirurg eine gute Übersicht über das Operationsfeld erhält und seine Instrumente optimal bewegen kann.

Während des Eingriffs sitzt der Chirurg an einer mit einem Bildschirm ausgestatteten Steuerkonsole und führt Handbewegungen aus, die auf die vier enorm beweglichen Roboterarme übertragen werden. Außerdem kontrolliert er die Kamera des Roboters, die in Echtzeit eine vergrößerte Darstellung des Operationsfeldes auf seinen Bildschirm überträgt.

Unwillkürliche Bewegungen werden gefiltert; das heißt, die Programmierung des Da Vinci-Systems gleicht etwa ein



Beim Da Vinci-Operationssystem sitzt der Chirurg an einer Steuerkonsole, von der aus er über das Videosystem eine Full-HD-3D-Sicht bekommt und die vier Arme des Roboters bewegt.

Zucken oder Händezittern automatisch aus. Auch ermöglicht das System eine Skalierung, die grobe Bewegungen des Chirurgen in feinere Instrumentenbewegungen umwandelt und dadurch enorm feinchirurgische Techniken ermöglicht.

Der Roboter kann nicht eigenständig agieren. Es ist demzufolge nicht möglich, ihn beispielsweise zu programmieren und automatisch operieren zu lassen. Jede einzelne Bewegung wird manuell durch den Chirurgen gesteuert.

Der große Unterschied zur herkömmlichen Laparoskopie

Durch die dreidimensionale Darstellung, die stärkere Vergrößerung und die neuartige Beweglichkeit der Operationsinstrumente wird der Operateur optimal unterstützt. Die Unterschiede zur herkömmlichen Laparoskopie aber auch zur offenen Operationstechnik sind groß.

Die Unterschiede zur herkömmlichen Laparoskopie aber auch zur offenen Operationstechnik sind groß

Im Unterschied zur herkömmlichen Knopflochchirurgie (Laparoskopie) sind folgende Punkte besonders wichtig:

- Dreidimensionale (räumliche) Darstellung des OP-Feldes wie in der offenen Chirurgie durch die Verwendung einer besonderen 3D-Optik, im Gegensatz zur 2D-Sicht beim normalen minimal invasiven Vorgehen.
- Die für Orientierung und Präparation äußerst wichtige räumliche Wahrnehmung bleibt erhalten. Stärkere Vergrößerung mit verbesserter Detailerkennung durch HD-TV.

Der Ursprung Da Vincis

Ob Krankenhauspersonal, Patienten oder Investoren, jeder, der den Da Vinci-Operationsroboter kennenlernt, möchte wissen: Woher kommt der Name und wie ist die Technologie der Da Vinci-Operation entstanden?

Einige Forscher erkannten in den 1990er Jahren die Möglichkeit, die minimal invasive Chirurgie mit der Robotik zu kombinieren, um selbst komplizierte operative Prozeduren mit 1–2 cm großen Hautschnitten anstatt der bis dato benötigten 8–10 cm zu ermöglichen. Der Da Vinci-Operationsroboter wurde 1999 von der Firma Intuitive Surgical in Sunnyvale, Kalifornien, auf den Markt gebracht und wurde seitdem stetig erweitert, angepasst und optimiert. Heute ist Intuitive Surgical der globale Marktführer auf dem Gebiet der minimal invasiven Roboter-assistierten Chirurgie. Weltweit sind bereits mehr als 3.600 Da Vinci-Operationsroboter im Einsatz, davon 85 in Deutschland und davon einer im Krankenhaus Nordwest. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
Dr. med. Moustafa Elshafei
Telefon: (0 69) 76 01-3107
Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus
Telefon: (0 69) 76 01-3233/-3008

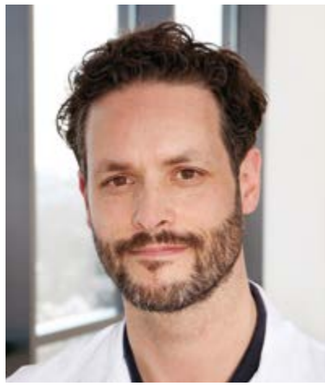
Medizin, Forschung und Innovation

KRANKENHAUS NORDWEST

Hernien – Häufig, aber nicht banal Hernienchirurgie ist ein Spezialgebiet der Bauchchirurgie

von Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus und Dr. med. Michael Svoboda

Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, MBA, FACS, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest



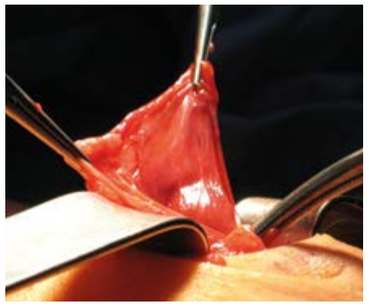
Dr. med. Michael Svoboda, Leiter des Hernienzentrums und Oberarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest

Was sind Hernien?
Unter einer Hernie versteht man eine Ausstülpung des Bauchfells durch eine Lücke in der tragenden Bauchwandschicht, welche aus Muskeln und Bindegewebe besteht. Das Bauchfell (Peritoneum) kleidet die Bauchhöhle innen aus und überzieht als dünne Membran auch die Eingeweide. Lücken in der Bauchwand sind Folge von Schwachstellen im Bindegewebe oder der Muskulatur.

Chronische Druckerhöhung in der Bauchhöhle, z. B. durch häufiges Heben schwerer Lasten, Husten oder auch Bauchwasser (Aszites) können Bauchwand-Brüche begünstigen. Meistens wird jedoch keine spezifische Ursache gefunden. Die Bezeichnung «Bruch» ist irreführend. Sie weckt die Vorstellung einer plötzlichen, traumatischen Entstehung von Hernien. Häufig entwickeln sich Bauchwand-Brüche auch als späte Komplikation nach offenen Bauchoperationen (Narbenhernien). Hernien können an verschiedenen Körperstellen auftreten. Man unterscheidet Leisten-, Schenkel-, Nabel- und Oberbauchbrüche. Die häufigste Hernie ist der Leistenbruch (80 Prozent). Männer sind achtmal öfter betroffen.

Symptomatik und Krankheitsverlauf
Eine tastbare und sichtbare Vorwölbung der Bauchwand ist häufig das erste Symptom. Starke Schmerzen sind eher selten. Beim Husten und Pressen verstärkt sich der Befund. Legt man sich hin, gleitet der Bruch oft in die Bauchhöhle zurück und die Vorwölbung verschwindet vorübergehend (Reposition). Eine Spontanheilung gibt es nicht. Die langsame Vergrößerung der Hernien und Zunahme der Beschwerden sind die Regel. Eine akute Einklemmung des Bruchinhalts (Inkarzeration) ist äußerst schmerzhaft und gefährlich. Sie erfordert eine notfallmäßige Operation.

Operative Therapie-Verfahren/
Entwicklung der Hernienchirurgie
Die einzig sinnvolle Behandlungsmöglichkeit von Hernien ist der operative Verschluss oder die Verengung der Bruchpforte. Konservative Maßnahmen (Bruchbänder oder Krankengymnastik) können



Die einzig sinnvolle Behandlungsmöglichkeit von Hernien ist der operative Verschluss oder die Verengung der Bruchpforte.

das zugrunde liegende mechanische Problem nicht lösen. Es gibt auch keine medikamentöse Therapie. Nicht jede Hernie muss operiert werden. Größenzunahme der Befunde und zunehmende Beschwerden sowie die Sorgen wegen des Einklemmungsrisikos führen jedoch bei der Mehrzahl der Betroffenen früher oder später zu einer OP-Indikation.

Individuell abgestimmte Therapieverfahren
Es gibt keine Standardoperation. Hernien sind ein vielgestaltiges Krankheitsbild. Die differenzierte Diagnose ist unerlässlich. Die Wahl der Operationstechnik und der verwendeten Implantat-Materialien orientiert sich an der Größe, Lage und Entstehungsgeschichte der individuellen Hernie, an Voroperationen und Begleiterkrankungen, Alter und Körpergewicht. Nicht immer muss gleich operiert werden. Risiken, Ansprüche und Beschwerden sind individuell zu bewerten. Bei beschwerdefreien Patienten ohne Risiken kann auch nur eine Verlaufsbeobachtung angemessen sein.

Hernien-Operationen sind ernst zu nehmen
Hernien-Operationen zählen zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen. In Deutschland erfolgen ca. 270.000 Eingriffe wegen Leistenhernien und 100.000 Eingriffe zur Versorgung von Narbenbrüchen pro Jahr. Hernien-Operationen galten lange als banale Routine- und Ausbildungsoperationen. Bruchpforten wurden lediglich durch Naht der Gewebeschichten verschlossen. Häufige Rückfälle und chronische Schmerzen gaben den Ausschlag für innovative Entwicklungen.
In den letzten 20 Jahren hat sich die Hernien-Chirurgie zu einem Spezialgebiet der Bauchchirurgie differenziert.

Auch heute ist jedoch nicht immer Perfektion erreichbar. 10 Prozent der Patienten müssen auch heute noch nach einer Leistenbruch-OP mit einem Bruch-Rezidiv rechnen oder leiden an chronischen Schmerzen. Bei der Versorgung von Narbenhernien sind noch häufigere Komplikationen dokumentiert. Es gibt weiterhin erhebliche Qualitätsunterschiede bei der operativen Versorgung in den Kliniken und Praxen. Was bei anderen Krankheitsbildern erkannt wurde, gilt auch für Hernien-Chirurgie: Beste Behandlungsergebnisse werden an spezialisierten Zentren mit großen Behandlungszahlen erzielt.

Entscheidende Behandlungsprinzipien:
„Tension Free Repair“ durch Netz-Implantate und „Minimal Invasive Chirurgie“
Zuwachs an Wissen und verbesserte technische Möglichkeiten haben Weiterentwicklungen der Hernien-Chirurgie ermöglicht. Die zentralen Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Netz-Implantate / Alloplastische Rekonstruktion der Bauchwand:
  Körpereigenes Gewebe kann mit ultraleichten Kunststoffnetz-Implantaten (Mesh) verstärkt, größere Lücken oder Bauchwanddefekte können überbrückt werden. Erneute Bauchwandbrüche (Rezidive) treten nach Versorgung mit einem Netz seltener auf. Menschen, die körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, profitieren besonders von der Netzverstärkung. Die von der Industrie entwickelten Kunststoffnetze sind vielfältig (unterschiedliche Netzgewichte und Elastizitäten, anatomisch vorgeformte „3D-Netze“, selbsthaftende Netze, resorbierbare und teilresorbierbare Netze, Bio-Netze, Komposite-Netze). Es erfordert viel Erfahrung, um aus dem Portfolio das vermeintlich beste Produkt auszuwählen. Wissenschaftliche Belege für Biokompatibilität und Komplikationsraten der verschiedenen Materialien sind angesichts einer Vielzahl aktueller Studien mit teilweise konträren Ergebnissen schwierig zu bewerten. Konsens besteht, dass Netze großporig und leicht sein sollten und über lange Zeit hinweg möglichst wenig schrumpfen dürfen.

- Minimal Invasive Chirurgie (MIC)
  Das Einsetzen der Netze erfolgte früher zumeist durch offene Operationen (konventionelle Schnitte). Heute kommen zunehmend minimal invasive Verfahren (Schlüssellochchirurgie) zum Einsatz. Netze werden durch kleine Hautschnitte eingebracht. Es resultieren kürzere Erholungszeiten und geringere frühpostoperative Schmerzen. MIC-Verfahren erfahren jüngst durch die Einführung der sogenannten robotischen Chirurgie weitere Modifikationen und potenzielle Verbesserungen. Chirurgen sehen über die 3D-Optik der Roboter-Plattformen

exakter in die anatomischen Schichten. Die Roboter-Chirurgie ist keinesfalls automatisiert. Der Roboter handelt nicht, sondern hat eine die Bewegungsabläufe feinmechanisch optimierende Funktion (Telemanipulator).

Grundvoraussetzung für niedrige Komplikations- und Rezidivraten sind auf diesem Feld erfahrene spezialisierte Chirurgen, welche ihre Technik beherrschen.

Neue und innovative Operationsverfahren / Trends
Mit neuen Materialien und erweiterten Optionen der minimal invasiven Chirurgie wurden eine Vielzahl von OP-Verfahren etabliert, die eine persönlich abgestimmte Versorgung ermöglichen.

Wir stellen die wichtigsten Verfahren vor:

- **Shouldice Repair**
  Traditionell etablierte Form der Leistenbruch-OP. Körpereigene Faszien-Doppelung durch Naht, keine Netz-Implantation.

- **Lichtenstein-Operation**
  Traditionell etablierte Form der Leistenbruch-OP. Netzverstärkung der Leistenregion durch offene Netz-Implantation. Netzeinlage prämuskulär, in Lokalanästhesie möglich. Die Lichtenstein-OP ist bis heute weltweit die häufigste offene Leistenhernien-Operation.

- **OP nach Spitzy und Mayo**
  Nabelbruchoperation als traditionelles Nahtverfahren bei kleinen Brüchen. Der Bruchsack wird abgetragen und die Lücke mit einer nicht-auflösenden Naht verschlossen. Es kommt kein Kunststoffnetz zur Anwendung.

- **Bilaterale präperitoneale Netzplastik nach Stoppa**
  Leistenbruch-OP. Offene Hernien-Operation mit Zugang über einen Längsschnitt im Unterbauch bei beidseitigen Leisten- und Femoralhernien, wenn ein endoskopisches Vorgehen nicht möglich ist. Die Präparation erfolgt präperitoneal. Verstärkung der Bauchwand mittels Netzeinlage. Das Netz deckt Leisten- als auch Femoral-Lücken ab.

- **TAPP – Transabdominelle präperitoneale Netzplastik**
  Leistenbruch-OP. Minimal invasives Verfahren. Transabdominelle präperitoneale Plastik. Es wird in der Bauchhöhle präpariert. Durch Eröffnen des Peritoneums kann die Hernie exakt dargestellt und präpariert werden. Das Netz wird über kleinste Zugänge eingebracht und nach der korrekten Positionierung durch Verschluss des Peritoneums wieder abgedeckt. Da bei dieser Operation der Bauchraum eingesehen werden kann, kommt die Technik auch bei unklaren Fällen oder eingeklemmten Brüchen zum Einsatz. Das Verfahren ist nicht durchführbar, wenn der Bauchraum stark verwachsen ist. Vollnarkose ist erforderlich. Die TAPP ist die in Deutschland im Krankenhaus am häufigsten angewendete Operationstechnik beim Leistenbruch.

- **TEP / TEP – Total extraperitoneale / präperitoneale Netzplastik**
  Leistenbruch-OP. Minimal invasives OP-Verfahren. Operative Versorgung der Leiste durch die Bauchdeckenschichten außerhalb des Bauchraums mit Netzversorgung. Bei der TEP wird die Schicht hinter der Bauchmuskulatur aufgedehnt. Präparation erfolgt also nur innerhalb der Bauchdecke. Das Netz wird innerhalb der Bauchdecke positioniert und deckt sämtliche Lücken ab. Der Verzicht auf jedes Eingehen in den Bauchraum bringt theoretisch eine geringere Gefahr von Verletzungen und Verwachsungen im Bauchraum mit sich.

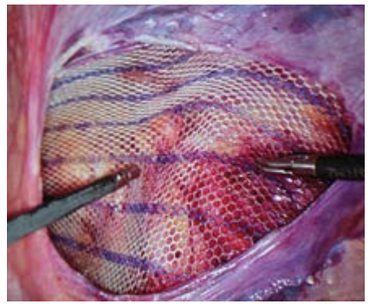
- **Offene Sublay Netz-Implantation**
  Narbenbruch-OP. Offenes Operationsverfahren für Narbenbrüche. Der Bruchsack wird entfernt und alle Verwachsungen im Bauchraum werden gelöst. Danach wird die Rektusscheide, in der sich die gerade Bauchmuskulatur befindet, beidseits eröffnet und das hintere Blatt in der Mittellinie vernäht. Auf das hintere Blatt der Rektusscheide, hinter den geraden Bauchmuskeln, wird ein Kunststoffnetz in Sublay-Position gelegt und ggf. mit Nähten fixiert. Vorteil aus biomechanischer Sicht ist, dass die Mesh-Positionierung hinter der Bauchmuskulatur im Zusammenspiel mit der verschlossenen vorderen Rektusscheide als Widerlager wirkt und das Netz durch den intraabdominalen Druck in idealer Position fixiert wird.

- **IPOM – Offene intraperitoneale Onlay-Netz-Implantation**
  Verfahren zur Versorgung großer Narbenbrüche mit kompletter, seitlicher Verlagerung der geraden Bauchmuskulatur. Implantation eines Kunststoffnetzes mit innerer Überlappung der Bruchpforte. Die Fixierung des Kunststoffnetzes erfolgt über Nähte, die durch die Bauchwand gestochen werden, oder Klammern.

- **Lap IPOM – Laparoskopische intraperitoneale Onlay-Netz-Implantation**
  Narbenbruch-OP. Minimal invasives Verfahren. Einbringen des Netzes über Schlüssellochtechnik in die Bauchhöhle. Darstellung der gesamten vorderen Bauchwand im Rahmen einer Adhäsiolyse und Abdeckung der gesamten ursprünglichen Narbe mit Überlappung durch ein spezielles Dual-Kunststoff-Netz. Netzmaterialien müssen auf der parietalen Seite eine rasche Inkorporation erzielen und auf der viszeralen Seite Adhäsionen verhindern. Netzfixierung erfolgt mit Tackern oder Nähten auf dem Bauchfell. Es besteht ein höheres Risiko für Darmverletzungen und spätere Verwachsungen.

- **MILOS/EMILOS (Mini or Less Open Sublay Repair)**
  Neues Verfahren für Nabel-, Narbenhernien- einschließlich Rektusdiastasen-Versorgung mit Kunststoffnetzeinlage, minimal invasiv außerhalb der Bauchhöhle. Hybridtechnik über eine offene kleine Hautinzision und eine endoskopische Dissektion des retromuskulären Raumes. Der offene Teil entspricht der MILOS-OP. Es wird ein großes Netz zur Stabilisierung der gesamten vorderen Bauchwand in den retromuskulären Raum ohne Eröffnung des Bauchraums eingesetzt. Indikation sind ventrale Hernien in Kombination mit einer Schwäche der vorderen Bauchwand.

- **MAO Procedure – Maximal Open Procedure**
  Offene OP mit Sublay Netz-Implantation zur Korrektur ausgedehnter Rektusdiastasen und begleitender Narbenhernien-Korrektur. Ästhetische Abdominoplastik mit Bauchwandteilresektion und Weichteil-Lappenbildung zur Bauchwandstraffung.



Neue und innovative Operationsverfahren und Trends

- **Hintere (OP nach Rosen) und vordere Komponentenseparation (OP nach Ramirez)**
  Komplexe Narbenbruch-OP bei großen komplexen ventralen Brüchen. Eine Rekonstruktion der Bauchwand ist dann oft nur mit Techniken zur Mobilisation des Rektusmuskelkomplexes möglich. Zahlreiche Modifikationen wurden beschrieben. Die Lösung der Faszien der vorderen oder hinteren schrägen Bauchmuskulatur (M. transversus abdominis-Release, TAR) erlauben eine spannungsfreie Rekonstruktion der Bauchwand. Die Techniken werden mit Netz-Implantationen in intraperitonealer Onlay- (IPOM) oder Sublay-Technik kombiniert. Minimal invasive Verfahren, z. T. mit Ballondilatation, wurden ebenfalls entwickelt (ELAR, Endoscopic Lateral Anterior Release).

- **Chemische Komponentenseparation**
  Präoperative Relaxation der schrägen Bauchwandmuskulatur durch CT gesteuerte Injektionen von Botulinum-Toxin in die Muskulatur. Botulinum-Toxin ist ein neurotoxisches Protein, welches vom Bakterium Clostridium Botulinum produziert wird. Es induziert eine temporäre Relaxation der Muskulatur.

- **Faszienzugverfahren**
  Narbenbruch-OP. Alternative oder Ergänzung zur Komponentenseparation. Durch Zug mittels spezieller Traktionssysteme (Seilzüge) an den Bauchwandschichten wird eine Dehnung der Faszien und Muskeln angestrebt, um einen spannungsfreien Verschluss großer Defekte zu erzielen.

- **Roboter-assistierte Techniken / rTAP / rTEP / rIPOM etc.**
  Robotisch unterstützte Verfahren erlauben im Vergleich zur konventionellen Laparoskopie einen noch übersichtlicheren Zugang zu den unterschiedlichen Schichten der Bauchdecke. Robotik kann zur technisch-optimierten Umsetzung der dargestellten MIC-Verfahren eingesetzt werden.

Leistungen und Bedingungen am Hernien-Zentrum Krankenhaus Nordwest
Im zertifizierten Hernienzentrum am Krankenhaus Nordwest führen wir sämtliche Eingriffe, entsprechend der Leitlinie der Deutschen Herniengesellschaft (DHG) und der Europäischen Herniengesellschaft (EHS) durch. Unserem Zentrum wird seit vielen Jahren das „DHG-Siegel Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie" durch die Deutsche Herniengesellschaft verliehen.

Alle Eingriffe erfolgen durch erfahrene Hernien-Chirurgen mit großer fachärztlicher Erfahrung, auch in der minimal invasiven Chirurgie. Unsere Operateure überblicken zum Teil mehr als 1.000 persönliche Eingriffe von Hernien-Operationen. Nach Patientengespräch und Untersuchung organisieren wir eine individuell angepasste Versorgung („Tailored Approach").

Eine sehr hohe Zahl von mehr als 700 jährlich im Hause durchgeführten Hernien-Eingriffen erlaubt uns eine trainierte und standardisierte Versorgung auch komplexer Hernien. Wir sind damit nachweislich eines der größten Hernienzentren in Deutschland.

Wo immer sinnvoll setzen wir minimal invasive Verfahren ein. Wir führen inzwischen ca. 90 Prozent unserer Leistenhernien-Operationen in Schlüssellochtechnik durch. Die Roboter-Chirurgie kommt in geeigneten Einzelfällen zur Anwendung (DaVinci System). Wir sind Kooperationspartner der BGU-Klinik in Frankfurt und profitieren von einer plastisch-chirurgischen Unterstützung bei sehr komplexen Bauchwanddefekten.

Hernien-Eingriffe erfolgen in unserem Zentrum ambulant oder Kurzzeit-stationär. Die OP erfolgt stationär am Aufnahmetag („Onday Surgery"). Fast alle Patienten können innerhalb von zwei Tagen entlassen werden.

Ausblick
Mechanische Probleme erfordern eine mechanische Lösung. Die Hernien-Chirurgie am erfahrenen Zentrum erlaubt heute eine schonende und rasche Versorgung fast aller Bruchprobleme. Sie wird sich auch in den nächsten Jahren dynamisch weiterentwickeln. Gleichzeitig steigt der Qualitätsanspruch seitens der Patienten. Mit dem Einzug der vielen neuen Techniken ist jedoch auch die Indikation zur Hernienoperation niederschwelliger geworden. Für Hernien-Chirurgen ist es heute eine große Herausforderung, den raschen Wissenszuwachs zu verfolgen und das eigene Vorgehen ggf. immer wieder anzupassen und zu verbessern. •

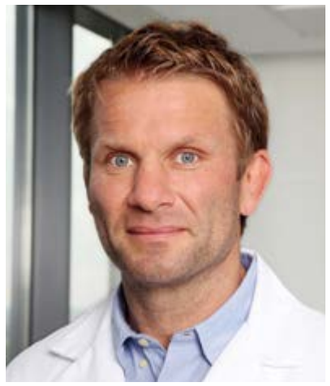
Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Hernienzentrum
Dr. med. Michael Svoboda
Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus
Telefon: (0 69) 76 01-4234

Medizin, Forschung und Innovation

KRANKENHAUS NORDWEST HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST

Myome und Kinderwunsch

von Prof. Dr. med. Jörg B. Engel



Prof. Dr. med. Jörg B. Engel, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Nordwest und am Hospital zum Heiligen Geist

Myome sind gutartige Tumore des Uterus, die mit Beschwerden wie Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoen, Blutungsstörungen sowie Sterilität und Infertilität vergesellschaftet sein können. 35 – 77 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter können von Uterusmyomen betroffen sein. Die Prävalenz von Uterusmyomen bei Sterilitätspatientinnen beträgt 5 – 10 Prozent (Tab. 1). In 1 – 2,4 Prozent können diese als alleiniger Grund für die ungewollte Kinderlosigkeit identifiziert werden. [1, 2]

Mögliche Ursachen der Fertilitätsminderung durch Myome
1. Deformierung des Uteruscavums
2. Obstruktion der proximalen Tuben
3. Veränderte örtliche Beziehung zwischen Tube und Eileiter
4. Gestörte uterine bzw. tubare Kontraktilität
5. Verminderte Trophik des Endometriums
6. Endometriale Inflammationsreaktion

Tab. 1

Myome und Sterilität

Eine aktuelle Metaanalyse der Cochrane Collaboration Group[3] hat die Wirksamkeit einer chirurgischen Therapie von Myomen bei Sterilität untersucht. In dieser Arbeit wurden 266 Studien auf Ihre Qualität überprüft. Lediglich drei waren nach den Kriterien der Cochrane Collaboration Group von ausreichender Qualität, um in die Metaanalyse aufgenommen zu werden. Diese drei Arbeiten sollen im Folgenden näher besprochen werden. Eine Arbeit [4] untersucht den Effekt einer Myomenukleation auf die Fertilität in Abhängigkeit von der Lage des Myoms. Zwei Arbeiten [5, 6] vergleichen laparoskopische vs. offene Myomenukleationen hinsichtlich der Effektivität und der Nebenwirkungen.

Bei der Arbeit von Casini et al. [4] handelt es sich um eine prospektive, kontrollierte Studie, die durchgeführt wurde, um zu evaluieren, ob die Lage der Myome im Uterus (submukös, intramural, subserös, submukös/intramural, subserös/intramural) einen Einfluss auf die reproduktive Funktion hat und ob die Myomentfernung einen Einfluss auf die Schwangerschafts- und die Fehlgeburtsrate hat. In dieser Studie wurden 181 Patientinnen mit Uterus myomatosus, die seit einem Jahr ungewollt kinderlos waren, eingeschlossen. Die Autoren beobachteten eine statistisch signifikante Verbesserung der Schwangerschaftsrate durch Myomenukleation in der Patientinnengruppe mit submukösen Uterusmyomen und in der Patientinnengruppe mit submukös/intramuralen Uterusmyomen. In den anderen Patientinnengruppen war der Effekt statistisch nicht signifikant.

35 – 77 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter können von Uterusmyomen betroffen sein

Zwei randomisierte Studien vergleichen offene vs. laparoskopische Myomenukleationen bei Patientinnen mit Kinderwunsch hinsichtlich der Effektivität und der Komplikation. Die erste Studie von Seracchioli et al. [5] ist eine randomisierte Single-Center-Studie mit 131 Patientinnen mit wenigstens einem über 5 cm durchmessenden Myom. Die Patientinnen wurden randomisiert zur offenen oder laparoskopischen Myomenukleation. Beide Gruppen waren homogen für Anzahl, Größe und Lage der großen Myome. Signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der postoperativen Morbidität. In der Laparotomie-Gruppe kam es häufiger zu Fieber über 38 °C und auch zu einem höheren intraoperativen Blutverlust. Des Weiteren war die Hospitalisierung der per laparotomiam behandelten Patientinnen signifikant länger. Dahingegen waren sowohl die Schwangerschaftsrate (55,9 Prozent nach Laparotomie vs. 53,6 Prozent nach Laparoskopie), die Abortrate (21 Prozent vs. 20 Prozent), die Frühgeburtsrate (7,4 Prozent vs. 5 Prozent) und der Geburtsmodus (Kaiserschnitt 77,8 Prozent vs. 75 Prozent) in beiden Gruppen gleich. In dieser Untersuchung kam es bei keiner der Gruppen zu einer Uterusruptur während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung.

Bei der zweiten Studie, einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie von Palomba et al.[6] wurden 136 Sterilitätspatientinnen mit Uterus myomatosus untersucht. In dieser Studie waren die kumulative Schwangerschaftsrate, die Lebend-Geburtsrate und die Abortrate in der offen und der laparoskopisch behandelten Patientengruppe gleich. Allerdings war die Zeit bis zum Auftreten der ersten Schwangerschaft bzw. der ersten Lebendgeburt signifikant kürzer in der per laparoskopiam behandelten Gruppe. Damit sind beide Methoden hinsichtlich ihrer Effektivität vergleichbar, wobei das laparoskopische Vorgehen patientenfreundlicher zu sein scheint.

Myome und assistierte Reproduktion

Eine Studie von Bulletti und Kollegen [7] verglich 84 Frauen mit intramuralen Myomen, die > 5 cm waren, und die sich vor einer IVF-Behandlung operieren ließen, mit 84 Frauen ohne operative Therapie der Uterusmyome. In der Gruppe der operierten Patientinnen betrug die Schwangerschaftsrate 33 Prozent und die Lebendgeburtenrate 25 Prozent, während sie 15 bzw. 12 Prozent in der Patientengruppe ohne operative Intervention betrug. Diese Studie suggeriert, dass auch vor einer geplanten IVF-Behandlung intramurale Myome, die > 5 cm sind, entfernt werden sollten.

Während der Schwangerschaft können Myome vor allem in den ersten beiden Trimestern schnell wachsen und Beschwerden verursachen.

Myome in der Schwangerschaft

Myome in der Schwangerschaft treten mit einer Inzidenz von 0,1 Prozent bis zu 10,7 Prozent auf. Während der Schwangerschaft können Myome vor allem in den ersten beiden Trimestern schnell wachsen und durch die Größenzunahme Beschwerden verursachen[1]. Andererseits ist eine postpartale Größenabnahme der Myome um mehr als 50 Prozent in ca. 72 Prozent der Fälle beschrieben [8]. Komplikationen treten in 10 – 40 Prozent der Schwangerschaften auf [9]. Myome können das Risiko

erhöhen für Fehlgeburten, vorzeitige Wehentätigkeit, fetale Lageanomalien sowie für postpartale Nachblutungen (erhöhte Risiken für Myom-Patientinnen, für die die häufigsten Schwangerschaftskomplikationen in Tab. 2 angegeben sind). In seltenen Fällen kann es auch in der Schwangerschaft zu sehr schmerzhaften Myomnekrosen kommen oder auch zu kompressionsbedingten fetalen Gliedmaßenanomalien. Das Risiko von Myombedingten Komplikationen während der Schwangerschaft steigt an, wenn Myome > 3 cm sind. Andererseits ist bekannt, dass auch Patientinnen, deren Myome > 10 cm sind, in 70 Prozent der Fälle vaginal entbunden werden können[10]. Myome sind ebenfalls mit Lageanomalien des Feten vergesellschaftet. So ist die Odds Ratio für eine Beckenendlage für Patientinnen mit Uterusmyomen 3,98 [11]. Einige Studien ergaben ein mit Myomen assoziiertes Risiko für eine vorzeitige Wehentätigkeit. Andererseits konnte eine Metaanalyse von Olive und Pritts[12] zeigen, dass es im Vergleich zu Kontrollen bei Myompatientinnen nicht häufiger zur Frühgeburtlichkeit kam.

Schwangerschaftskomplikationen bei Patientinnen mit Uterus myomatosus	
Komplikationen	**Risiko (Odds Ratio)**
Vorzeitige Wehentätigkeit	1,0 – 4,0
Fetale Lageanomalie	1,5 – 4,0
Plazenta praevia	1,8 – 3,9
Vorzeitige Plazentalösung	0,5 – 16,5
Kaiserschnitt	1,1 – 6,7
Postpartale Nachblutung	1,6 – 4,0
Plazentaretention	2,0 – 2,7

Tab. 2

Entbindungsmodus nach Myomenukleation
In vielen gynäkologischen Kliniken in Deutschland hat sich als „good clinical practice" etabliert, nach Myomenukleation ohne Eröffnung des Uteruscavums sowie nach hysteroskopischer Myomenukleation einen Spontanpartus anzustreben. Im Falle der intraoperativen Eröffnung des Uteruscavums ist es üblich eine primäre Sectio am wehenlosen Uterus durchzuführen. Dieses Procedere ist allerdings nicht evidenzbasiert.

Bei einer insgesamt sehr unzureichenden Datenlage muss festgehalten werden, dass nach hysteroskopischer Myomenukleation ein vaginaler Entbindungsversuch in der Regel angestrebt werden kann. Nach Myomenukleation per laparoskopiam oder per laparotomiam scheint das Uterusruptur-Risiko insgesamt geringer zu sein als bisher angenommen. Dennoch sollte bei Myomenukleation vom Operateur nach Beurteilung des Situs eine Empfehlung bezüglich des zu bevorzugenden Geburtsmodus im OP-Bericht gegeben werden.

Fazit für die Praxis:
Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch und submukösen, intramuralen oder subseriösen Myomen, die grösser als 5 cm sind, profitieren aller Wahrscheinlichkeit nach von einer Myomenukleation. Im Hinblick auf die Schwangerschaftsraten sind offene vs. laparoskopische Myomenukleationen gleichwertig. Die laparoskopische Myomektomie ist mit weniger perioperativem Blutverlust, weniger Schmerzen und schnellerer Rekonvaleszenz assoziiert und ist bei entsprechender Expertise des Operateurs die zu bevorzugende Methode. Trotz unzureichender Datenlage scheint unabhängig vom Verfahren das Risiko für eine Uterusruptur unter Wehen niedriger zu sein als erwartet. Dennoch ist die Frage, ob ein spontaner Entbindungsversuch unternommen werden sollte, eine Einzelfallentscheidung. •

Kontakt
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Myomzentrum
Prof. Dr. med. Jörg B. Engel
Krankenhaus Nordwest
Telefon: (0 69) 76 01-4200
Hospital zum Heiligen Geist
Telefon: (0 69) 21 96-2142

[1] Guo, X.C., and Segars, J.H. 2012. The impact and management of fibroids for fertility: an evidencebased approach. Obstet Gynecol Clin North Am 39:521-533.
[2] 2008. Myomas and reproductive function. Fertil Steril 90:S125-130.
[3] Metwally, M., Cheong, Y.C., and Horne, A.W. 2012. Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database Syst Rev 11:CD003857.
[4] Casini, M.L., Rossi, F., Agostini, R., and Unfer, V. 2006. Effects of the position of fibroids on fertility. Gynecol Endocrinol 22:106-109.
[5] Seracchioli, R., Rossi, S., Govoni, F., Rossi, E., Venturoli, S., Bulletti, C., and Flamigni, C. 2000. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. Hum Reprod 15:2663-2668.
[6] Palomba, S., Zupi, E., Russo, T., Falbo, A., Marconi, D., Tolino, A., Manguso, F., Mattei, A., and Zullo, F. 2007. A multicenter randomized, controlled study comparing laparoscopic versus minilaparotomic myomectomy: short-term outcomes. Fertil Steril 88:942-951.
[7] Bulletti, C., D, D.E.Z., Levi Setti, P., Cicinelli, E., Polli, V., and Stefanetti, M. 2004. Myomas, pregnancy outcome, and in vitro fertilization. Ann N Y Acad Sci 1034:84-92.
[8] Laughlin, S.K., Hartmann, K.E., and Baird, D.D. 2011. Postpartum factors and natural fibroid regression. Am J Obstet Gynecol 204:496 e491-496.
[9] Ouyang, D.W., Economy, K.E., and Norwitz, E.R. 2006. Obstetric complications of fibroids. Obstet Gynecol Clin North Am 33:153-169.
[10] Qidwai, G.I., Caughey, A.B., and Jacoby, A.F. 2006. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. Obstet Gynecol 107:376-382.
[11] Coronado, G.D., Marshall, L.M., and Schwartz, S.M. 2000. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. Obstet Gynecol 95:764-769.
[12] Pritts, E.A., Parker, W.H., and Olive, D.L. 2009. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. Fertil Steril 91:1215-1223.

Myomzentren
Um die Behandlung von Myompatientinnen zu standardisieren und zu optimieren, sind an einigen Krankenhäusern Myomzentren ins Leben gerufen worden. Hier arbeiten Reproduktionsmediziner, Radiologen und gynäkologische Chirurgen mit entsprechender laparoskopischer Expertise eng zusammen, um für jede Patientin ein optimales Behandlungskonzept zu finden. Das Myomzentrum ist an beiden gynäkologischen Abteilungen am Hospital zum Heiligen Geist sowie am Krankenhaus Nordwest etabliert. Hier kann mit zwei voll entwickelten minimal invasiv arbeitenden operativen Einheiten, zwei ambulanten Myom-Sprechstunden, einem Kinderwunschzentrum (Hospital zum Heiligen Geist) und einer Abteilung für Interventionelle Radiologie (Krankenhaus Nordwest) das komplette Spektrum der Myomtherapie abgebildet werden.

KRANKENHAUS NORDWEST

Moderne Therapie des diabetischen Fußsyndroms

von MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D.

MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy, Ph.D., Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Krankenhaus Nordwest

Die Entwicklung einer Fußläsion beim Diabetiker geht mit einem erheblichen Risiko einer Amputation einher. Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine komplexe Folgeerkrankung des Diabetes mellitus mit großer Tragweite für die betroffenen Patienten. Laut „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017" ist bei über sechs Millionen Menschen in Deutschland Diabetes mellitus diagnostiziert. Ca. 250.000 Menschen mit Diabetes mellitus haben eine Fußläsion und etwa eine Million Diabetiker ein erhöhtes Risiko, eine solche zu entwickeln. In Deutschland werden jährlich mehr als 40.000 Amputationen an Diabetikern durchgeführt. Davon sind 12.000 Majoramputationen, d.h. Amputationen oberhalb des Sprunggelenks.

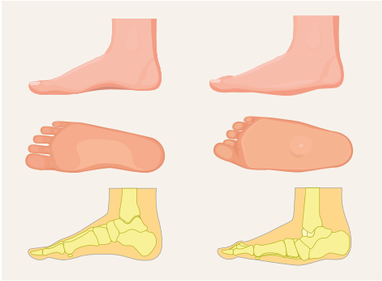
Die perioperative Mortalität beträgt bei solchen Amputationen ca. 9 Prozent. Die Dreijahresüberlebensrate nach Majoramputationen liegt in den Industrieländern bei etwa 50 Prozent. Die sozio-ökonomischen Folgekosten dieser Komplikationen sind beträchtlich.

Drei Ursachen sind wesentlich für die Ausbildung der Fußulzera: biomechanische Faktoren, neurologische und vaskuläre Veränderungen. Demnach werden die Ulzera in neuropathisch (50 Prozent), ischämisch (15 Prozent) oder neuroischämisch (35 Prozent) eingeteilt. Eine sensomotorische Polyneuropathie führt zu einem Verlust des Schmerzempfindens. Zusammen mit extrinsischen und intrinsischen biomechanischen Veränderungen am Fuß kommt es so zur Ausbildung chronischer Wunden (Malum perforans).

Diagnostische Maßnahmen
Neben der klinischen Fußuntersuchung stellt eine umfangreiche Anamnese die Basis der Diagnostik von Patienten mit DFS dar. Defizite des Schmerzempfindens (Hyp- bis Analgesie), des Vibrationsempfindens (Pallästhesie), der Temperaturempfindlichkeit (Thermosensibilität), der Tiefen- und Oberflächensensibilität und des Reflexstatus können mit einfachen Untersuchungsmethoden (Stimmgabel, Tipterm, Semmes-Weinstein-Filament, Reflexhammer) diagnostiziert und klassifiziert werden.

Eine weitere differentialdiagnostisch bedeutsame Untersuchung ist die Untersuchung des peripher arteriellen Gefäßsystems. Neben der obligaten Palpation der Fußpulse (A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior) gilt die arterielle Verschlussdruckmeldung und Bestimmung des Ankle-Brachial-Index (ABI) als reproduzierbare Untersuchungsform. Sie ermöglicht sogar eine Prognose für die Heilungswahrscheinlichkeit.

Bei Verschlussdrücken <40 mmHg ist eine Spontanheilung ohne Revaskularisationsmaßnahmen unwahrscheinlich. Die unterschiedlichsten diagnostischen Methoden einer weiterführenden Stufendiagnostik (Duplexsonografie, Messung der transkutanen Sauerstoffsättigung etc.) erweitern neben invasiven Untersuchungstechniken (Feinnadelangiografie, Angiografie, MRT- oder CT-Angiografie) das angiologische Untersuchungsspektrum.



Links: Normaler Fuß, Rechts: Charcot-Fuß

Charcot-Fuß

Eine weitere Ursache von Zerstörungen von Knochen und Gelenken am Fuß ist die diabetisch-neuropathische Osteoarthropathie (DNOAP, auch Charcot-Fuß genannt). Sie entsteht im Rahmen der Polyneuropathie. Durch die Fehlstellung und die Überlastung, die durch die Polyneuropathie nicht schmerzhaft ist, sowie eine häufig vorliegende Osteopenie kann es zu einem Ermüdungsbruch einzelner Fußknochen kommen. Da die Schmerzschwelle extrem erhöht ist, belasten viele Betroffene wochenlang den gebrochenen Fuß weiter. Zum Arzt führt leider oft erst die auffällige Deformierung des Fußes im Spätstadium des Krankheitsbildes. Die röntgenologische Diagnostik umfasst die sogenannten „5 D der radiologischen Manifestation des DNOAP“:

- Distension der Gelenke
- Dislokation von Knochen und Gelenken
- Debris des Knochens
- Desorganisation der Knochen und Gelenke
- Dichteerhöhung in den Knochen

Klassifikation des DFS

Ein gängiges Instrument zur Beschreibung des neuropathisch-ischämisch diabetischen Fußes ist die Wagner-Armstrong-Klassifikation (siehe unten).

Behandlung des DFS

Die Behandlung des DFS erfordert aufgrund der Komplexität der Erkrankung einen interdisziplinären Therapieansatz bei enger Zusammenarbeit des behandelnden Diabetologen mit Radiologen, Dermatologen, Gefäßchirurgen, Angiologen und Orthopäden. Wichtige Eckpfeiler sind intensives Wundmanagement, Druckentlastung, Infektionskontrolle, gute Diabeteseinstellung sowie Abklärung und ggf. Therapie der vaskulären Situation.

Druckentlastung

Die Druckentlastung der Läsion oder betroffenen Extremität ist die Basis jeder Therapie, insbesondere bei den rein neuropathischen Ulzerationen, die in ca. 85 Prozent der Fälle durch inadäquates Schuhwerk ausgelöst werden. Hierzu stehen Entlastungsschuhe für den Vorfuß- oder Fersenbereich, Unterarmgehstützen oder ein Rollstuhl zur Verfügung. Spezielle Techniken, wie zum Beispiel der Vollkontakt-Gips (total contact cast) sind sehr effektiv, wenn sie korrekt gefertigt und gut überwacht werden.

Wundmanagement

Das Wundmanagement gliedert sich in das Wunddebridement und die Verbandstechnik.

- **Debridement**
  Beim Wunddebridement wird in der Regel mittels scharfem Instrumentarium, z. B. Skalpell, scharfer Löffel etc., die Wunde von abgestorbenem Gewebe, umgebenden Hyperkeratosen, Kallusformation, Fibrinbelägen oder „Biofilm“ befreit. Erst nach ausgiebigem Debridement ist die tatsächliche Wundgröße ersichtlich und ein tiefer Wundabstrich zur Keimbestimmung möglich. Durch die Umwandlung einer chronischen in eine akute Wunde wird Heilung induziert. Als Alternative zum klassischen chirurgischen Wunddebridement erfährt im Moment die Madentherapie bei feuchten, nekrotischen Wundtypen eine Renaissance.

- **Verbandsstoffe**
  Zur Abdeckung der gereinigten Wunde steht derzeit eine Vielzahl von Verbandsauflagen zur Verfügung, die den Forderungen nach Schutz vor Fremdkörpern, Schmutz, Infektion durch Bakterien, Druck und Reibung sowie Wärmeverlust und Austrocknung nachkommen. Wichtig ist die Schaffung eines „idealfeuchten Klimas“ sowie die Aufrechterhaltung des Gasaustausches, ausreichender Saugkapazität zum Sekretmanagement sowie eine Verträglichkeit.

Die Behandlung muss auch die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen angemessen berücksichtigen.

Therapie mit Vakuumpumpen

Die Vakuumtherapie stellt eine Sonderform des Wundmanagements dar. Bei der Vakuumtherapie wird nach dem Debridement ein Polyurethan- oder Polyvinylschwamm in das Wundbett eingepasst und anschließend mit einer luftdichten Folie auf der Umgebungshaut versiegelt. Durch kontinuierlichen oder intermittierenden Sog auf die Wunde kommt es zu einer Wundreinigung, die durch Entfernung des Wundsekrets und der Bakterien erzielt wird. Gleichzeitig kommt es zu einer gleichmäßigen Retraktion des Wundgebietes mit Reduktion des Begleitödems und zur Anregung von Granulationsgewebe.

Infektionskontrolle

Jede offene Wunde birgt das Risiko einer bakteriellen Kontamination oder Infektion, die mit einer weitergehenden Destruktion tiefen Gewebes, ggf. einer Beteiligung knöcherner Strukturen, einhergeht. Zur Infektionskontrolle werden bei leichten Verlaufsformen primär lokale Antiseptika und antiseptische Wundauflagen eingesetzt, bei moderaten oder schweren Infekten sollte eine systemische Antibiotikatherapie nach einem entsprechenden Stufenschema ergänzend zur Lokaltherapie eingesetzt werden.

	Wagner-Grad: 0	Wagner-Grad: 1	Wagner-Grad: 2	Wagner-Grad: 3	Wagner-Grad: 4	Wagner-Grad: 5
Armstrong-Stadium: A	Prä- oder postulzerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
Armstrong-Stadium: B	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion	Mit Infektion
Armstrong-Stadium: C	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie	Mit Ischämie
Armstrong-Stadium: D	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie	Mit Infektion und Ischämie

Wagner-Armstrong-Klassifikation

Ausbildung chronischer Wunden (Malum perforans)

Bei einer Osteomyelitis, die mittels einer obligaten Röntgenaufnahme oder klinisch diagnostiziert wird, ist mit einer konservativen Therapie nur selten Erfolg zu erzielen. Oft ist die minimal chirurgische Resektion des betroffenen Knochens im Sinne einer Minoramputation die beste Lösung.

Therapie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

Die pAVK kann als Zeichen einer generellen arteriosklerotischen Erkrankung betrachtet werden und ist auch ein Marker für die kardiovaskuläre Morbidität. Bei Menschen mit Diabetes findet sich in der Regel eine periphere Manifestation der pAVK an den Unterschenkel- und Fußarterien.

Bereits bei Erstkontakt mit einem Patienten ist eine orientierende Differentialdiagnostik mittels Ultraschalldopplerunterschung zur Abklärung relevanter Durchblutungsstörungen erforderlich. Mögliche pathologische Geräuschcharakteristika und reduzierte ABI Indices liefern erste Hinweise auf relevante Durchblutungsstörungen, wobei unauffällige Befunde oft „falsch negativ“ auf dem Boden einer Mönckeberg-Sklerose interpretiert werden können. Im Verlauf komplettieren die Duplexuntersuchung und eine Becken-Bein-Angiografie (bei schlechter Nierenfunktion – mittels CO_2 anstatt Kontrastmittel) die angiologische Diagnostik. Die Darstellung der Gefäße mittels Kernspinuntersuchung (MRI) bildet zumindest im routinemäßigen Einsatz noch unzureichend die Unterschenkelgefäße ab und ist somit beim DFS nicht die Methode der ersten Wahl. Die invasive Gefäßdiagnostik findet idealerweise in Interventionsbereitschaft statt. Bei interventionell nicht angehbarem oder komplexem Gefäßbefund stehen gefäßchirurgische Revaskularisationsmaßnahmen wie z. B. Bypassoperationen zur Diskussion, die erwiesen eine signifikante Senkung der Majoramputationen bedingen.

Stoffwechseleinstellung

Im Rahmen infizierter Fußläsionen ist grundsätzlich mit einer Entgleisung der diabetischen Stoffwechselsituation zu rechnen, die durch die Notwendigkeit einer relativen Immobilisation noch begünstigt wird. Eine Stoffwechselkontrolle ist individuell mittels diätetischer Vorgaben, dem Einsatz oraler Antidiabetika oder einer konventionellen bzw. intensivierten Insulintherapie anzustreben.

Prävention und Schulung

Die Rezidivrate von Fußläsionen beträgt nach fünf Jahren bis zu 70 Prozent, begleitet von einer Amputationsrate von 12 Prozent. Die Identifizierung von Diabetikern hinsichtlich eines Risikofußes („foot at risk“) sollte die Untersuchung auf Fußdeformitäten und erhöhte plantare Druckspitzen, die Anamnese vorangegangener Fußläsionen, ein Neuropathiescreening mittels Monofilament und Neuropathie Disability Score sowie den Pulsstatus einschließen. Weiterhin ist die Behandlung sonstiger krankhafter Veränderungen der Füße, die zu Fußläsionen disponieren, z. B. Tinea pedis, Onychomykose und Nageldeformitäten, neben einer fachgerechten Fußpflege mit Abtragung von Hyperkeratosen von großer Bedeutung für die Prävention.

Ergänzend hat sich eine entsprechende Versorgung mit schützendem Schuhwerk nach dem abgestuften Versorgungsschema in enger Zusammenarbeit mit erfahrenen orthopädischen Schuhmachermeistern als hilfreich erwiesen. Schützendes Schuhwerk kann ein Ulcus Rezidiv bei bis zu 80 Prozent der Patienten vorbeugen. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
MUDr./Uni Bratislava Milan Lisy
Telefon (0 69) 76 01-3235

KRANKENHAUS NORDWEST

Kleine Aderhautmelanome: Effektive und organerhaltende Therapie mit alleiniger Brachytherapie

von Priv.-Doz. Dr. med. Uta Kraus-Tiefenbacher und Prof. Dr. med. Urs Voßmerbäumer

Priv.-Doz. Dr. med. Uta Kraus-Tiefenbacher, Leitende Oberärztin an der Klinik für Radioonkologie am Krankenhaus Nordwest

Prof. Dr. med. Urs Voßmerbäumer, Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde am Klinikum Frankfurt Höchst

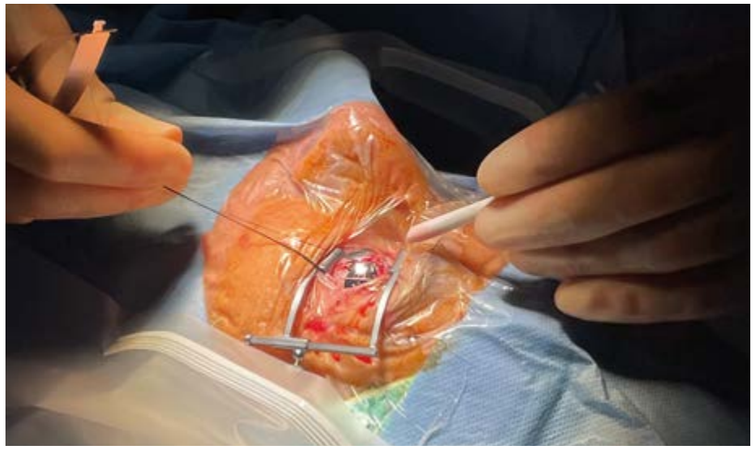
Primäre maligne Tumoren von Auge und Orbita sind selten. Ihre Behandlung setzt besondere Kenntnisse der anatomischen Verhältnisse, spezielle Bestrahlungstechniken und eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Disziplinen voraus.

Der Verlust an Lebensqualität, den eine Erblindung bedeuten würde, erfordert größte Anstrengungen im Hinblick auf eine funktionserhaltende Therapie, sofern dies unter onkologischen Aspekten gerechtfertigt erscheint. Die dafür notwendigen technischen Voraussetzungen und die Seltenheit der Erkrankung konzentriert die Behandlung von Augentumoren auf wenige spezialisierte Zentren.

Mit einer Inzidenz von 0,6-0,8 pro 100.000 Einwohner ist das maligne Melanom der häufigste primäre maligne intraokulare Tumor. Die Ätiologie ist nicht bekannt, eine hereditäre Entstehung konnte nicht nachgewiesen werden, jedoch wird in einzelnen Familien ein gehäuftes Auftreten beobachtet. Aderhautmelanome wachsen typischerweise relativ langsam, ihre Verdopplungszeit liegt vermutlich zwischen zwei Monaten und mehreren Jahren. Ein extrasklerales Wachstum bei Erstdiagnose ist selten, Lymphknotenmetastasen treten praktisch nicht auf. Das Metastasierungsrisiko im weiteren Krankheitsverlauf ist abhängig von der histologischen Subklassifizierung, der Tumorgröße, der Tumorlage und dem Auftreten von extraokulärem Wachstum.

Eine lokale Behandlung eines Aderhautmelanoms ist nur dann sinnvoll, wenn es gelingt, die zwingend sehr hohe Strahlendosis am Tumor zu applizieren und gleichzeitig die anderen Augenabschnitte weitestgehend schonen zu können. Infrage kommen zwei Therapieansätze: die Brachytherapie mit 106 Rutheniumplaques (brachys = kurz, im Sinne von kurzreichend) und die externe Bestrahlung, zum Teil gefolgt von einer operativen Entfernung des Tumors am Augenhintergrund. Die Schonung der gesunden Strukturen ist mittels der Brachytherapie besonders elegant möglich, da die verwendeten Strahler nur eine sehr kurze Reichweite aufweisen.

Wir freuen uns, unseren Patienten die Brachytherapie mit Rutheniumplaques in Kooperation mit der Augenklinik Frankfurt Höchst (Chefarzt Prof. Dr. Voßmerbäumer) anbieten zu können. Indiziert ist diese Therapieform, wenn die Aderhauttumoren nicht größer als 16 mm im Durchmesser, nicht dicker als 5,5 mm sind und nicht



Intraoperativer Situs nach Aufnähen des radioaktiv belegten Metallplättchens auf ein Aderhautmelanom

unmittelbar zentral liegen. Diese Voraussetzungen erfüllen ca. 8 -12 Patienten im Jahr, die meistens über ihre niedergelassenen Augenärzte in der Augenklinik in Höchst vorgestellt werden, wobei der Einzugskreis über den Großraum Frankfurt hinaus bis nach Südbaden reicht.

Nach eingehender augenärztlicher Untersuchung, bei der sonografisch die Ausdehnung des Melanoms exakt bestimmt wird, wird ein Bestrahlungsplan erstellt, anhand dessen die effektive Tumorspitzendosis sowie die Skleradosis bestimmt werden, die in der Regel ca. 100-110 Gy bzw. 700-1000 Gy betragen.

Während eines ersten operativen Eingriffes in Intubationsnarkose werden, wenn nötig, Augenmuskeln vorübergehend vom Augenbulbus abgetrennt, um das Melanom vollständig von einem kleinen mit 106 Ruthenium beschichteten Metallplättchen (von der Größe einer Kontaktlinse), bedecken zu können, das mit zwei Stichen von außen auf die Sklera aufgenäht wird.

Das Plättchen verbleibt, wie zuvor anhand des Bestrahlungsplanes bestimmt, zwei bis drei Tage am Auge, um dann wiederum in Intubationsnarkose entfernt zu werden. Die Patienten erholen sich sehr rasch von dem Eingriff und können in der Regel bereits am Tag nach der Entfernung wieder entlassen werden. An akuten Nebenwirkungen treten in den ersten Tagen nach dem Eingriff meist starke Konjunktividen, Lidödeme und Doppelbilder auf, die aber rasch abheilen. Alle Patienten werden über seltene potentielle Spätnebenwirkungen wie Augentrockenheit, Katarakt, Sklerenekrose, Retinopathie und schließlich Tumorprogress aufgeklärt.

Je größer ein Aderhautmelanom bei Diagnosestellung ist, und je näher der Tumor in der Netzhautmitte lokalisiert ist, umso höher ist die Komplikationsrate und umso schlechter ist die Chance auf den Erhalt eines zufriedenstellenden Sehvermögens des betroffenen Auges. Bei schwerwiegenden Langzeitkomplikationen (z. B. durch erneutes Tumorwachstum oder schmerzhaftes Glaukom) muss bei einem Teil der Patienten das Auge schließlich doch entfernt werden (Enukleation).

Besteht ein Tumor, dessen Dicke die Reichweite des Strahlers der Brachytherapie übersteigt, kann eine Bestrahlung von außen (perkutane Radiatio) erfolgen. Wegen der vergleichsweise immer noch sehr geringen Ausdehnung dieser Tumoren sind hochspezialisierte Bestrahlungsgeräte erforderlich. Hierzu steht dem Krankenhaus Nordwest ein Novalis®-System zur Verfügung. Dieses Gerät wird in Kooperation eines Herstellers von Hochpräzisionsbeschleunigern (Varian®) mit der Firma (Brainlab®), die Marktführer ist in Herstellung navigierter Tools, die in der Neurochirurgie zum Einsatz kommen, angefertigt. Dabei wurden die Navigationstools aus der Neurochirurgie auf die Strahlentherapie übertragen. Im in Kooperation zwischen der Augenklinik Höchst und der Radioonkologischen Klinik am Krankenhaus Nordwest entstandenen Therapiekonzept erfolgt dabei zunächst eine ultrahohe Einzeitbestrahlung (Radiochirurgie mit 30 Gy) und anschließend die operative Entfernung des Tumors.

Langfristig sind regelmäßige Kontrollen des Augenbefundes erforderlich, vor allem um ein erneutes Tumorwachstum rechtzeitig erkennen und ggf. die Brachytherapie wiederholen zu können. Außerdem sollten sich die Patienten regelmäßigen hausärztlichen bzw. internistischen Kontrolluntersuchungen, v. a. der Leber, unterziehen, da das Metastasierungsrisiko lebenslang bestehen bleibt. Bei häufig erst sehr spät auftretender Fernmetastasierung beträgt die Überlebensrate nach einem Jahr nur noch 10 Prozent. Insgesamt wird die 5-Jahresüberlebensrate bei kleinen Aderhautmelanomen mit 84 Prozent, bei mittelgroßen mit 68 Prozent und bei großen Aderhautmelanomen mit 37 Prozent angegeben. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Radioonkologie
Priv.-Doz. Dr. med. Uta Kraus-Tiefenbacher
Telefon: (0 69) 76 01-3751/3853
Klinikum Frankfurt Höchst
Klinik für Augenheilkunde
Prof. Dr. med. Urs Voßmerbäumer
Telefon: (0 69) 31 06-2972

Die Klinik für Radioonkologie am Krankenhaus Nordwest besitzt einen der modernsten Linearbeschleuniger Deutschlands: Das Gerät NOVALIS powered by True Beam STx der Firmen VARIAN und Brainlab.

KRANKENHAUS NORDWEST

Begleitendes Untersuchungsprogramm am Krankenhaus Nordwest: Kontrolle der Immunantwort nach Impfung gegen SARS-CoV-2

von Prof. Dr. med. Elke Jäger, Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld und Julia Karbach

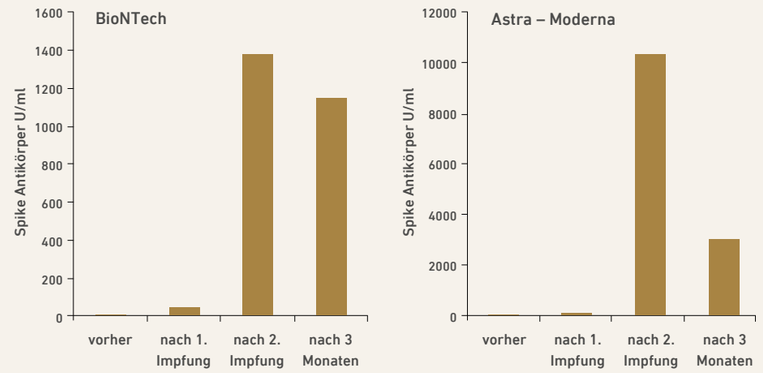
Prof. Dr. med. Elke Jäger, Chefärztin der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, Chefarzt des Zentralinstituts für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, am Krankenhaus Nordwest

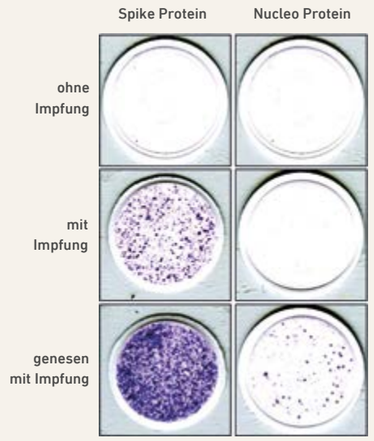
Julia Karbach, Leiterin des Tumorimmunologischen Forschungslabors, Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest

Die Corona-Pandemie stellt seit Frühjahr 2020 nicht nur Krankenhäuser vor neue Herausforderungen. Allerdings befanden sich Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in besonders schwieriger Lage. Einerseits mussten Patienten mit SARS-CoV-2 Infektionen unterschiedlicher Schweregrade bestmöglich versorgt werden, andererseits andere Patientenkollektive in den Krankenhäusern vor Infektion geschützt werden ebenso wie die Mitarbeiter im Versorgungsteam, die in besonders exponierten Bereichen tätig waren und sind.

Mit einer nie dagewesenen Dynamik wurden im letzten Jahr Impfstoffe entwickelt, Studien der Phasen I-III durchgeführt und die Wirksamkeit zweier sogenannter mRNA-Impfstoffe und eines Adenovirus-basierten Vektor-Impfstoffes im Hinblick auf einen Schutz vor Infektion bestätigt. Das Prinzip der mRNA-Impfung wurde im Kontext der Infektprävention erstmals entwickelt und eingesetzt. Obwohl die abgeschlossenen Studien zunächst keine hohe Rate schwerwiegender Nebenwirkungen gezeigt hatten, bestand bei Zulassung des 1. mRNA-Impfstoffes für Deutschland eine große Zurückhaltung in



SARS-CoV-2 Antikörper durch Impfung



Beispiele für die SARS-CoV-2 T-Zell Immunantwort im ELISPOT

der Impfbereitschaft der Bevölkerung. Auch die Mitarbeiter des Krankenhauses äußerten vielfältige Fragen zur Sicherheit und Wirksamkeit des Impfstoffes und verhielten sich initial eher zurückhaltend gegenüber einer ersten Immunisierung.

In Kooperation mit dem Zentrallabor des Krankenhauses Nordwest und dem tumorimmunologischen Forschungslabor haben wir für unsere Mitarbeiter ein begleitendes Untersuchungsprogramm entwickelt und bei der ersten Immunisierung bereits angeboten. Nach erfolgter Aufklärung über die Impfmaßnahme konnten Geimpfte auf freiwilliger Basis eine Blutprobe zur Verfügung stellen, die es ermöglichen würde, eine Immunantwort gegen SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt der 1. und 2. Impfung sowie drei Wochen und drei Monate nach der Impfung zu bestimmen. In einer ersten Impfrunde erhielten die Mitarbeiter zwei Dosen des mRNA Impfstoffs von BioNTech/Pfizer (Comirnaty) im Abstand von 21 Tagen; in der zweiten Impfrunde wurde zunächst eine erste Dosis mit dem Vektorimpfstoff von AstraZeneca (Vaxzevria) geimpft, die Zweitimpfung erfolgte mit dem mRNA Impfstoff von Moderna (Spikevax) nach 76 Tagen.

Nach publizierten Daten konnte eine präventive Immunantwort postuliert werden, wenn neutralisierende Antikörper im Serum und eine SARS-CoV-2 spezifische T-Zellantwort nachweisbar waren.

In der BioNTech mRNA Impfgruppe konnte die Datenanalyse bei 427 Teilnehmern durchgeführt werden, in der AstraZeneca-Moderna Impfgruppe waren 113 Teilnehmer auswertbar. In beiden Gruppen konnte eine Serum-Antikörperantwort bei allen immunisierten Personen spätestens nach der 2. Impfung gemessen werden. Ebenso fand sich eine – nach heutigen Erkenntnissen für den Infektionsschutz essentiell wichtige – T-Zellantwort bei allen untersuchten Blutproben und in beiden Impfgruppen unabhängig von der Antikörperhöhe. Bei den Antikörpern wurden allerdings starke Unterschiede in der Höhe beobachtet: der mittlere IgG-Spiegel drei Wochen nach der Zweitimpfung betrug 1371 U/ml in der BioNTech-Impfgruppe und 10306 U/ml in der AstraZeneca-Moderna-Gruppe.

In beiden Gruppen gab es Studienteilnehmer, die bereits schon zum Zeitpunkt der Erstimpfung Antikörper gegen das SARS-CoV-2 Virus gebildet hatten, was auf eine bereits durchgemachte Infektion mit dem Erreger hinweist. Die Antikörperspiegel bei diesen bereits vorher infizierten Personen waren nach Impfung in beiden Impfgruppen deutlich höher, wobei der höchste Anstieg zwischen der ersten und der zweiten Impfung zu verzeichnen war. Auch hatten die zuvor infizierten Personen nach anschließender Impfung eine höhere Anzahl SARS-CoV-2 spezifischer T-Zellen im Blut.

Nach aktuellen Überlegungen wird eine 3. Impfung mindestens sechs Monate nach einer vorangegangenen Immunisierung empfohlen. Grundlage für diese Empfehlung ist die Beobachtung fallender Antikörpertiter etwa sechs Monate nach stattgehabter Immunisierung und die Beobachtung vermehrter Infektionsdurchbrüche bei geimpften Personen, wenn die Impfung länger als sechs Monate zurückliegt. In der BioNTech Impfgruppe fiel der mittlere Antikörperwert von 1371 auf 1007 U/ml, in der AstraZeneca – Moderna Impfgruppe von 10306 auf 3027 U/ml. Derzeit ist noch nicht bekannt, welcher kritische Antikörpertiter zum Schutz vor Infektion ausreicht.

Das immunologische Begleitprogramm ist bei unseren Mitarbeitern prinzipiell auf Interesse und eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme gestoßen. Im Zusammenhang mit der initialen Verunsicherung über die Sicherheit und Wirksamkeit der neu zugelassenen Impfstoffe hat die Bestimmung der individuellen Immunantwort in fast allen Fällen die Wirksamkeit des Impfstoffes belegt.

Mit wissenschaftlichem Interesse werden wir die Entwicklung der Pandemie weiter verfolgen und unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Gesundheitsämter die Immunologie nach Infektion und wiederholter Impfung weiter untersuchen. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Onkologie und Hämatologie
Prof. Dr. med. Elke Jäger
Telefon: (0 69) 76 01-3340
Zentralinstitut für Labormedizin,
Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld, MPH
Telefon: (0 69) 76 01-3252
Tumorimmunologisches Forschungslabor
Julia Karbach
Telefon: (0 69) 76 01-3732

KRANKENHAUS NORDWEST

Möglichkeiten und Grenzen der arthroskopischen Therapie bei Verletzungen der Schulter

von Dr. med. Sven Rogmans und Michelangelo Steffan

Dr. med. Sven Rogmans, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Nordwest

Michelangelo Steffan, Oberarzt an der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie am Krankenhaus Nordwest

Das Schultergelenk ist in seinem Aufbau und der Funktion einzigartig in unserem Körper. Als Kugelgelenk verbindet es eine ausgeprägte Stabilität (denken Sie an Gewichtheber, die mit den Armen bis zu 260 kg in die Höhe halten) mit einem riesigen Bewegungsumfang. Ersteres wird durch die Muskulatur (die sogenannte Rotatorenmanschette) und die Gelenkkapsel gewährleistet, die der Schulter die nötige Stabilität geben. Diese Rotatorenmanschette sitzt wie ein Mütze auf dem Oberarmkopf. Der große Bewegungsumfang resultiert aus dem Missverhältnis zwischen der (sehr kleinen) Pfanne am Schulterblatt und dem großen Oberarmkopf.

Die Pfanne (oder Glenoid) wird durch einen knorpeligen Rand vergrößert, das sog. Labrum glenoidale, um dieses Missverhältnis der Größe zum Teil auszugleichen.

Damit ist auch ersichtlich, dass Verletzungen der Schulter häufig sind und etwa 5–8 Prozent aller akuten Verletzungen des Menschen ausmachen. Zu den typischen Verletzungen zählen neben den reinen Knochenbrüchen, die in diesem Artikel nicht besprochen werden, die Verletzungen des Labrums sowie der Rotatorenmanschette und der Gelenkkapsel.

Verrenkung des Schultergelenkes

Eine der häufigsten Verletzungen der Schulter ist die Verrenkung des Schultergelenkes (Luxation), die etwa 30 Prozent aller akuten Schulterverletzungen ausmacht. Dabei rutscht der Kopf durch zum Beispiel einen Sturz auf den Arm aus der Gelenkverbindung mit der Pfanne, meist nach vorne, und wird dann als erste Maßnahme hier im Krankenhaus in einer kurzen Narkose sanft reponiert. Durch diese Luxation wird oft das Labrum verletzt. In der Folge wird das Schultergelenk instabil und die Gefahr einer erneuten Luxation (diesmal ohne größere Krafteinwirkung) steigt stark an. Um dies zu verhindern, kann in manchen Fällen im Rahmen einer Operation das Labrum wieder an der knöchernen Pfanne fixiert werden. Hier im Haus führen wir dies in arthroskopischer Technik durch. Dabei wird über kleine Zugänge in „Schlüssellochtechnik" das Labrum mit speziell dafür entwickelten Fadenankern an der Pfanne refixiert und damit die erneute Verrenkung verhindert. Mithilfe intensiver Physiotherapie kann die – in der Anfangsphase eingeschränkte – Beweglichkeit der Schulter wieder hergestellt werden.

Die Entscheidung über den Nutzen einer solchen Operation hängt davon ab, wie instabil das Gelenk bei der gründlichen klinischen Untersuchung ist. Darüber hinaus muss mithilfe einer Kernspintomografie das Ausmaß der Schädigung am Gelenk beurteilt werden. Damit ist gewährleistet, dass auch mögliche Begleitverletzungen erkannt werden und ggf. in der gleichen Operation behandelt werden können.

Schädigungen der Rotatorenmanschette

Weitere typische Verletzungen der Schulter sind die Schädigungen der Rotatorenmanschette. Hierbei ist zu beachten, dass die Häufigkeit einer solchen stark vom Lebensalter abhängt und mit steigendem Alter zunimmt. Dies ist bedingt durch Verschleißerscheinungen der Rotatorenmanschette, wobei die Muskulatur selber weniger oft betroffen ist. Meist ist der Übergang zwischen Muskel und Knochen betroffen – die sog. Sehnen. Das Sehnengewebe sorgt als Bindeglied zwischen diesen beiden Strukturen für eine sichere Anheftung des Muskels am Knochen.
Die Sehne unterliegt aber im Verlauf des Älterwerdens Verschleißerscheinungen, die eine Rissbildung begünstigen. Unfallbedingte Risse der Rotatorenmanschette (z. B. im Rahmen einer Schulterluxation) sind selten und machen weniger als 10 Prozent der Rotatorenmanschettenrupturen aus. Bei passender Indikation (die im Rahmen der klinischen Prüfung und mittels der Kernspintomografie gestellt wird) kann die gerissene Sehne/Muskulatur wieder am Knochen befestigt werden. Auch diese Operation kann im Krankenhaus Nordwest in arthroskopischer Technik durchgeführt werden. In seltenen Fällen wird über eine zusätzliche kleine Inzision die Befestigung der Muskulatur am Oberarmkopf erfolgen. Diese sog. „Mini-Open-Technik" hat sich bei großen Rupturen bewährt. Nach einer solchen Operation ist die Nachbehandlung äußerst wichtig für den Erfolg der Behandlung.

Verletzungen am Acromio-Clavicular-Gelenk

Eine weitere Verletzung an der Schulter, die im Rahmen von Unfällen auftritt, sind Verletzungen des Gelenkes zwischen dem Schlüsselbein (Clavicula) und dem Schulterdach (Acromion). Durch einen Sturz auf den Arm oder die Schulter kann diese Gelenkverbindung im Acromio-Clavicular-Gelenk (ACG) verletzt werden. Bei diesen Sprengungen des Schultereckgelenkes zerreißen je nach einwirkender Kraft auch die Bänder, die das Schlüsselbein zusätzlich am Schulterblatt befestigen. Obwohl viele dieser Verletzungen ohne Operation (konservativ) behandelt werden können, ist je nach Ausmaß der Bandverletzung, der sportlichen Ambitionen und der Begleiterkrankungen sowie in Abhängigkeit vom Alter der Patientin oder des Patienten auch hier eine Operation notwendig. Mit Hilfe der Arthroskopie gelingt es ohne großen Hautschnitt, das Schlüsselbein wieder in seine ursprüngliche Position zu bringen und dann mithilfe spezieller Nahtsysteme am Schulterblatt zu befestigen. Nach etwa sechs Wochen kann der Arm wieder schmerzfrei belastet werden.

Neben diesen Verletzungen behandeln wir auch altersbedingte Verschleißerscheinungen der Schulter. Durch gründliche Befragung und Untersuchung sowie die richtungsweisenden Bildgebungen (z. B. Röntgen, Kernspintomografie, Ultraschalluntersuchung oder Computertomografie) versuchen wir, den optimalen Behandlungsplan zu erstellen. •

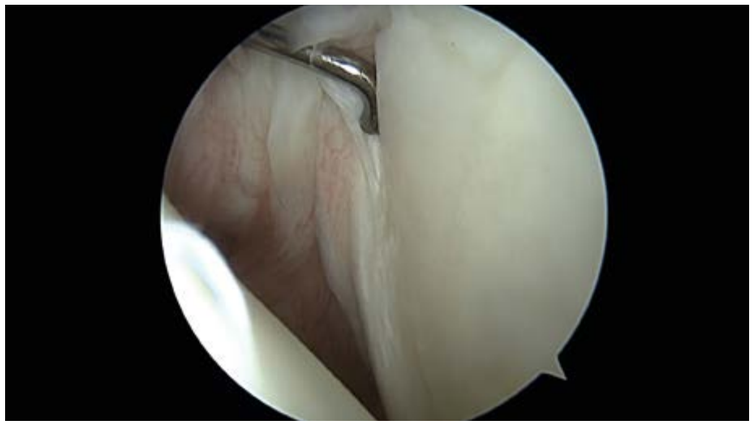
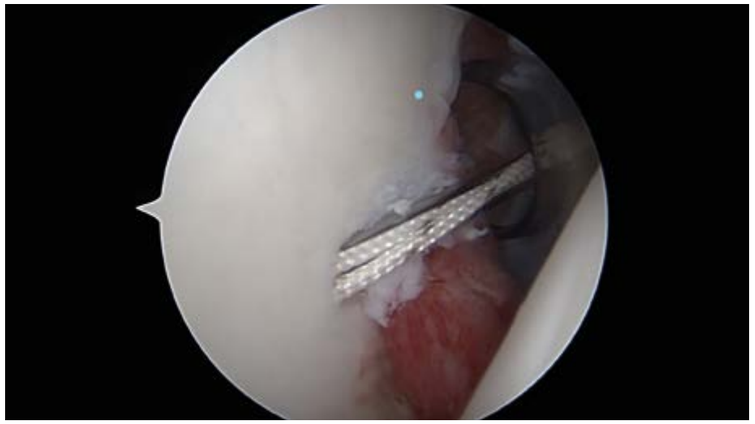


Bild des Schultergelenkes bei der Arthroskopie



Platzieren einer Naht zur Befestigung des Labrums

Schultersprechstunde
Michelangelo Steffan
Mittwoch, 9.00 bis 10.00 Uhr
nach telefonischer Absprache:
(069) 76 01-3447

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie
Dr. med. Sven Rogmans
Telefon (0 69) 76 01-3447/-3857

KRANKENHAUS NORDWEST

Neue Therapiekonzepte durch innovative IKF-Studien bei biliären Tumoren

von Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Oliver Götze

Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Oliver Götze, Stellv. Leiter des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) am Krankenhaus Nordwest

Das Cholangiokarzinom (Gallengangs- und Gallenblasenkarzinom; kurz CCA) ist trotz einer steigenden Inzidenz eine vergleichsweise seltene Tumorentität. Aufgrund eines klinisch oft lange inapparenten Verlaufs und fehlender Strategien zur Früherkennung ist zum Zeitpunkt der Diagnose häufig bereits eine chirurgische Resektion nicht mehr möglich, sodass palliative Therapiekonzepte leider meist im Vordergrund stehen. Neue Studien mit molekularen Ansätzen in selektionierten Patientenkollektiven sind sehr vielversprechend und unterstreichen den Einzug der personalisierten Medizin in die Therapie des CCA sowie die zunehmende Bedeutung einer frühzeitigen genetischen Diagnostik und die Wichtigkeit intensiver Studientätigkeit in diesem Gebiet.

Neben der molekularen Einteilung der Karzinome der Gallenwege und der Gallenblase ist auch die anatomische Lokalisation, intrahepatisch, extrahepatisch, der perihilären oder distalen Gallenwege sowie der Gallenblase für die Behandlung entscheidend, da sich gewisse genetische Alterationen, wie bspw. die FGFR2-Fusionen oder IDH 1-Mutationen, fast ausschließlich bei intrahepatischer Lokalisation zeigen, während bspw. die HER2-Amplifikation und Mutationen, sich schwerpunktmäßig im Bereich der Gallenblase zeigen.

Im Bereich molekulare Alteration gab es für FGFR bereits eine Zulassung durch die EMA und für IDH1, bspw. eine FDA-Zulassung. Diese völlig neuartigen Therapieoptionen mit signifikanter Verbesserung des Überlebens sind nicht zuletzt intensiver Studientätigkeit geschuldet.

Darüber hinaus finden auch lokale Therapiekonzepte gegenwärtig vermehrt Berücksichtigung, was ebenfalls innerhalb von Studien weiter evaluiert werden muss und gleichzeitig den Stellenwert der differenten Behandlung nach anatomischer Lokalisation unterstreicht, die letztlich wie geschildert auch ein molekulares Abbild widerspiegelt.

Das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) als renommierter nationaler wie internationaler Leuchtturm mit Schwerpunkt Magenkarzinomforschung durch Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran, dem Ärztlichen Direktor des IKF, hat sich als einen weiteren Schwerpunkt, stellvertretend durch PD Dr. med. Thorsten Oliver Götze, der Erforschung und Behandlung von Gallengangs- und Gallenblasenkarzinomen angenommen.

Da, wie beschrieben, die onkologische Prognose von Gallengangs- und Gallenblasenkarzinomen auch trotz radikaler Chirurgie vergleichsweise schlecht ist, nimmt die perioperative onkologische Therapie einen zentralen Stellenwert ein.

Bezüglich der adjuvanten Therapie startet gerade unter Leitung von PD Dr. Götze national die durch ihn eigeninitiierte ADJUBIL-Studie. Hierbei handelt es sich um eine randomisierte Phase-II-Studie zur Immuntherapie mit Durvalumab und Tremelimumab mit oder ohne Capecitabin bei Gallengangs- und Gallenblasenkarzinom in adjuvanter Situation, mit dem Ziel, den überlegenen Arm in einer Phase III weiter zu evaluieren.

Das Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF) hat sich der Erforschung und Behandlung von Gallengangs- und Gallenblasenkarzinomen angenommen.

Einer weiteren Fragestellung auf diesem Gebiet widmet sich die durch PD Dr. Götze eingeworbene Phase-III GAIN-Studie, welche eine neoadjuvante resp. perioperative, also vor und nach einer radikalen Leberresektion durchgeführte Systemtherapie mit der reinen Chirurgie vergleicht. Die Studie wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) unterstützt und deutschlandweit an großen Leberzentren durchgeführt. Diese Studie ist vor dem Hintergrund der gegenwärtigen unklaren Studien-/Datenlage zur reinen adjuvanten Therapie mit reiner Tablettenchemo wichtig.

Interessanterweise wird in dem Algorithmus, der NCCN-Guideline, empfohlen, dass man bei einem postoperativen Zufallsbefund eines inzidentellen Gallenblasenkarzinoms vor einer radikalen Operation eine neoadjuvante Chemotherapie erwägen bzw. den Patienten in eine Studie diesbezüglich einbinden sollte, bevor dann die radikale Leberchirurgie zwecks onkologischer Komplettierung erfolgt. Dieser Schritt stellt keinen Standard dar, ist aber zeitgemäß und zeigt die Aktualität der Fragestellung der GAIN-Studie.

Fußend auf dem vor vielen Jahren durch PD Dr. Götze etablierten „Deutschen Zentralregister für okkulte Gallenblasenkarzinome", mit weitaus mehr als 1.000 incidentellen Gallenblasenkarzinomen, aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, erfolgt nun im Rahmen der von PD Dr. Götze geleiteten sog. CONGENIAL-Studie die molekulare Auswertung von 200 Gallenblasenkarzinomen. Dies stellt einen sehr interessanten Aspekt dar, die klinischen Daten, aus OP und Therapie, dieser doch relativ seltenen Tumorentität mit einem umfassenden molekularen Panel zu fusionieren. Durch die Seltenheit der Entität des inzidentellen Gallenblasenkarzinoms ist das Zentralregister für okkulte Gallenblasenkarzinome bei Orphanet gelistet.

Die intensive Studientätigkeit wird die Prognose unserer Patienten verbessern

Um den Stellenwert der unterschiedlichen Regime im klinischen Alltag in Hinblick auf Überlebensdaten und vor allem Lebensqualität zu evaluieren, startet noch in diesem Jahr die von PD Dr. Götze initiierte prospektive „PERSUASION- Plattform", die den kompletten Überlebenszyklus von Gallengangs- und Blasenkarzinom-Patienten deutschlandweit über alle Therapien hinweg erfasst.

Nicht zuletzt ist das IKF auch im Bereich der lokalen Therapie in dieser Entität aktiv. Bei Patienten mit der eingangs erwähnten FGFR2-Fusion wird die von PD Dr. Götze initiierte Studie zur lokalen Behandlung von intrahepatischen Gallengangskarzinomen namens PERLDIFER starten. Es handelt sich hierbei um eine Phase-II-Studie mit Pemigatinib in Kombination mit Stereotaktischer Bestrahlung als definitive organerhaltende Therapie, kombiniert mit einer Erhaltung aus Pemigatinib bei lokal fortgeschrittenem intrahepatischem Cholangiokarzinom, welches FGFR2-Fusionen/Rearrangements aufweist.

Fußend u.a. auf diesen Studienprojekten wurde aktuell unter der Leitung von PD Dr. Götze die IKF-UCT- German-Biliary-Trial-Group gegründet, bestehend aus Kollegen des Krankenhauses Nordwest und den Universitätskliniken Frankfurt und Marburg.

Die intensive Studientätigkeit wird die Prognose unserer Patienten verbessern. Wir sind gut gewappnet mit einem bunten Blumenstrauß aus eigeninitiierten IKF-Studien, die in der Lage sind, aktuelle Fragen zu beantworten, im Sinne unserer Patienten. •

Kontakt
Institut für Klinisch-Onkologische Forschung (IKF)
Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Oliver Götze
Telefon: (0 69) 76 01–4420

KRANKENHAUS NORDWEST

Multiprofessionelle Versorgung in der letzten Lebensphase – Das Palliative Care Team (PCT)

von Dr. med. Mohammad-Reza Rafiyan und Tobias Schwartz

Dr. med. Mohammad-Reza Rafiyan, Ärztlicher Leiter der Onkologischen Tagesklinik und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) am Krankenhaus Nordwest

Tobias Schwartz, Pflegebereichsleitung, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) am Krankenhaus Nordwest

Viele unheilbar erkrankte Menschen mit ihrer zu erwartenden eingeschränkten Lebenszeit haben den Wunsch, möglichst selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung zu verbleiben, um in Würde Abschied vom Leben nehmen zu können. Doch gerade bei diesen Patienten treten mitunter sehr belastende Symptome auf, die für alle Beteiligten zu einer großen Herausforderung werden können. Stoßen Angehörige und die ambulanten Versorger wie Haus- und Fachärzte, der ärztliche Bereitschaftsdienst oder ambulante Pflegedienste an ihre Grenzen, besteht die Möglichkeit, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) einzubinden. Diese steht Patienten, Angehörigen und den beteiligten Versorgern täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche zur Seite. Unter dem Dach der Klinik für Hämatologie und Onkologie sowie dem Zentrum für Palliativmedizin am Krankenhaus Nordwest versorgt das Palliativ Care Team (PCT) seit 2009 schwerkranke und sterbende Patientinnen und Patienten. Das Spektrum der zu versorgenden Patienten geht jedoch weit über den onkologischen Bereich hinaus.

Das SAPV-Team Krankenhaus Nordwest setzt sich aus zehn Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation Fachkraft für Palliative Care und vier verschiedenen Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zusammen. Um der Vielseitigkeit der Krankheitsbilder gerecht zu werden, gehören auf ärztlicher Seite ein Internist, eine Ärztin für Allgemeinmedizin, eine Neurologin und ein Hämato-Onkologe zum Team. Eine medizinische Fachangestellte vervollständigt das Team und übernimmt die umfangreichen administrativen Aufgaben rund um die Versorgung der Patienten.

Der Arbeitstag beginnt mit einer Teambesprechung und der Dienstübergabe. Hier wird der Zustand jedes Patienten individuell besprochen. Im Mittelpunkt stehen die Fragen nach der Effektivität der laufenden Symptombehandlung und der psychosozialen Situation von Patienten und Angehörigen. Der praktische Unterstützungsbedarf im häuslichen Umfeld wird reflektiert und es werden entsprechende Angebote geplant und koordiniert. Dementsprechend vielseitig sind die Formen der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Versorgern. So bestehen enge Verbindungen zu den ehrenamtlichen Hospiz- und Palliativbegleitern der Patienten-Kontakt-Gruppe des Hauses, dem Team der Ernährungsberatung und der Physiotherapie des Therapeutikums im TRIAMEDIS Gesundheitszentrum. Diese nehmen jeweils einmal wöchentlich an den Besprechungen des PCT teil.

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) steht Patienten, Angehörigen und den beteiligten Versorgern täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche zur Seite.

Das Team der Pflege- und Sozialberatung ist für das PCT wesentliches Bindeglied zum stationären Bereich, wenn es um die Anmeldung von Patienten und die Koordination der Entlassung geht. Zusätzlich besuchen Mitarbeitende des PCT Patienten und Angehörige vor einer Entlassung auf Station zu ersten Vorgesprächen und nehmen regelmäßig an den Stationsbesprechungen der Palliativstationen teil. Ein Austausch mit der Onkologischen Ambulanz und der Tagesklinik findet auf ärztlicher Ebene täglich statt.

Neben den unterschiedlichen Abteilungen der Klinik wenden sich auch niedergelassene Haus- und Fachärzte oder Pflegekräfte aus dem ambulanten Bereich oder Pflegeeinrichtungen an das PCT und stellen Patienten zur Versorgung vor. Häufig sind es auch Patienten und Angehörige selbst, die direkt um Unterstützung bitten.

Abgedeckt werden das Stadtgebiet Frankfurt, der Hochtaunuskreis, Neu-Isenburg, Dreieich und Langen. In begründeten Einzelfällen, z. B. bei lang bestehender Anbindung an die Kliniken der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, können auch Patienten in angrenzenden Gebieten besucht werden. Die Patienten werden dabei nicht nur zu Hause versorgt, sondern darüber hinaus in Pflegeeinrichtungen oder Hospizen.

Indikation und Voraussetzungen einer Aufnahme in die SAPV

Der Anspruch auf eine SAPV ist gesetzlich im § 37b des 5. Sozialgesetzbuchs geregelt und eine Leistung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Prinzipiell kommen alle Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren und stark symptomatischen Erkrankung mit einer sehr verkürzten Lebenserwartung von Tagen bis wenigen Monaten für eine SAPV in Frage. Neben den onkologischen Erkrankungen können dies auch schwere neurologische, kardiale oder pulmonologische Erkrankungen sein.

Die Symptome treten in den überwiegenden Fällen mehrdimensional auf. Es handelt sich also um Situationen, in welchen unterschiedlich ausgeprägte Symptome, wie z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst- und Unruhezustände oder schwere Desorientiertheit gemeinsam auftreten und sich wechselseitig beeinflussen.

Eine weitere Voraussetzung sollte die bereits von den Vorbehandlern kommunizierte und vom betroffenen Patienten verstandene und akzeptierte „palliative Zielrichtung" sein.

Die Linderung der Symptome steht im Vordergrund

Zunächst sollte klar sein, dass der heilende Ansatz der Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung inzwischen verlassen wurde und nunmehr die Linderung der Symptome im Vordergrund steht. Des Weiteren sollte es ein vom Patienten ausgesprochener Wunsch sein, möglichst künftig im häuslichen Umfeld zu bleiben und dazu die Dienste eines ambulanten Palliativteams in Anspruch zu nehmen, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

Eine laufende palliative Tumortherapie, die das Ziel der Symptomlinderung verfolgt, ist zwar kein generelles Ausschlusskriterium für eine SAPV, die alleinige Behandlung der Nebenwirkungen dieser Therapie ist hier jedoch keine ausreichende Indikation.

Neben der Symptombehandlung bieten Zuwendung und Gespräche Entlastung und Unterstützung.

Der Arbeitsalltag und die Expertise des PCT

Der Erstbesuch im Wohnumfeld des Patienten wird generell durch einen qualifizieren Palliativarzt und eine qualifizierte Palliativpflegefachkraft durchgeführt. Hier erfolgt eine ausführliche Befund- und Informationserhebung. Um dabei möglichst vielschichtig vorgehen zu können, wird angestrebt, dass auch Angehörige und Mitarbeiter relevanter beteiligter Dienste (z. B. Pflegedienst, Ehrenamtliche, Hausarzt) am Erstbesuch teilnehmen oder zumindest telefonisch hinzugezogen werden. Neben der Anamnese ist eine Verständigung über persönliche Vorstellungen und Wünsche des Patienten sowie die Planung der Therapie wesentlicher Bestandteil des Erstbesuchs. Zusätzlich werden Absprachen für Krisen- und Notfallsituationen getroffen und Patienten und Angehörige werden zu entsprechenden Interventionsmaßnahmen geschult.

Mitunter kann der Aspekt der palliativen Zielrichtung bei der Aufnahme der Patienten eine Herausforderung darstellen, da durch Verdrängungen oder Nichtakzeptanz trotz Aufklärungsgesprächen im Vorfeld einerseits oder durch unzureichende Aufklärung im Vorfeld andererseits, diese Vorausetzung nicht immer gegeben ist und somit diese Umstände eine Aufnahme des Patienten erschweren oder gar verhindern können. Gespräche mit dem Patienten und dessen Angehörigen über die palliative Zielrichtung sind insbesondere beim Erstkontakt besonders herausfordernd und erfordern eine besondere Sensibilität des Aufnahmeteams.

Im Verlauf der Begleitung erfolgt routinemäßig mindestens einmal pro Woche ein Hausbesuch, wobei sich die Häufigkeit bei entsprechendem Bedarf auf mehrere Besuche täglich steigern kann, notfalls auch nachts, am Wochenende und an Feiertagen. Hierbei wird die Symptombehandlung kontinuierlich überwacht und angepasst. Bei schwer behandelbaren Schmerzen besteht, wenn alle bisherigen Behandlungsversuche keine ausreichende Linderung zeigen, die Möglichkeit der kontinuierlichen intravenösen oder subkutanen Gabe von Opiaten über eine sogenannte PCA-Pumpe. Bei Patienten mit rezidivierenden Aszites- oder Pleuraergussbildungen, die mitunter hoch belastende Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Druckschmerz verursachen, besteht im häuslichen Setting die Möglichkeit einer sonografiegesteuerten Entlastungspunktion. Ergänzt wird die Behandlung der Symptome bei Bedarf durch Maßnahmen der Aromapflege. Speziell geschulte Wundexperten des PCT befassen sich mit der Behandlung jeder Art von Wunden, unter besonderer Berücksichtigung der palliativen Situation der Patienten.

Neben der Symptombehandlung sind die Auseinandersetzung mit den Sorgen und Ängsten aller beteiligten Personen sowie Phänomenen wie eine Verdrängung und Ambivalenz bei der Akzeptanz der palliativen Situation besondere Herausforderungen in der täglichen Arbeit. Zuwendung und Gespräche bieten hier Entlastung und Unterstützung. Zusätzlich bietet das Wissen, Mitarbeiter des PCT jederzeit als Ansprechpartner bei Fragen und in Krisensituationen zur Verfügung zu haben, Sicherheit für Patienten und Angehörige und stabilisiert so die Rahmenbedingungen der Versorgung.

Nicht jede Versorgung endet mit dem Versterben eines Patienten. So können eine Stabilisierung der Symptomatik und die Schaffung eines soliden Versorgungsnetzwerks dazu führen, dass die Indikation für eine ambulante Palliativversorgung hinfällig ist und die Begleitung pausiert werden kann.

Ein hessenweit besonderes Kennzeichen des SAPV Teams des Krankenhauses Nordwest ist seine Zusammensetzung aus Mitarbeitern mit vielen unterschiedlichen Migrationshintergründen, passend zu dem typischen sozio-kulturellen Gefüge der Bevölkerung des Frankfurter Großraums. Dies ermöglicht eine sehr kultursensible Orientierung und hierdurch häufig eine gelungene palliative Versorgung.

Auch über den Tod der Patienten hinaus werden Angehörige begleitet. Dies geschieht im Rahmen des Trauer-Cafés „Mainblick", einem offenen Treffen, das von den Mitarbeitern der Patienten-Kontakt-Gruppe und des PCT angeboten wird, sowie einer Trauergruppe, die im Wechsel einmal monatlich angeboten werden. •

Kontakt
Krankenhaus Nordwest
Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
Dr. med. Mohammad-Reza Rafiyan
Tobias Schwartz
Telefon: (0 69) 76 01-4404

Neues aus der Stiftung

Almuth Meyer ist neue stellvertretende Seniorin

Almuth Meyer wurde 1975 in Osnabrück geboren und lebt seit 1996 in Frankfurt. Sie war viele Jahre in der ambulanten Alten- und Krankenpflege tätig und betreut nun in einer Wohngruppe eines großen Frankfurter Trägers geistig und/oder körperlich behinderte Menschen. Seit April 2021 ist sie Stadtverordnete der Stadt Frankfurt und in der SPD Fraktion Sprecherin für gesundheitspolitische und wohnungspolitische Themen. Schwerpunkte, die Almuth Meyer als stellvertretende Seniorin der Stiftung gerne setzen möchte, sind die Sicherstellung einer guten und sicheren Gesundheitsvorsorge und -versorgung für alle Frankfurterinnen und Frankfurter bzw. deren Erhaltung (besonders in Zeiten einer Pandemie) und die Stärkung der Pflege und aller im Gesundheitssystem Arbeitenden.

Die Stiftung verabschiedet langjährige Mitglieder des Pflegamts

Prof. Dr. med. Klaus Genth

Der Facharzt für Innere Medizin und ehemalige, langjährige ärztliche Direktor des Hospitals zum Heiligen Geist in Frankfurt, Prof. Dr. med. Klaus Genth, war von 2018 bis Februar 2021 Mitglied des Pflegamtes bzw. Aufsichtsratsmitglied der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist ihm bereits seit langem vertraut. Von 1985 bis 2007 übernahm er als Chefarzt die Leitung der Medizinischen Klinik und einige Jahre später die Funktion des Ärztlichen Direktors am Hospital zum Heiligen Geist.

Erika Pfreundschuh

Erika Pfreundschuh war seit 2008 Pflegamtsmitglied und von 2009 bis 2021 stellvertretende Seniorin des Pflegamts. Sie trat 1974 der CDU Frankfurt bei, wo sie verschiedene Positionen bekleidete und bis heute als Vorsitzende der Senioren Union tätig ist. Schon während ihrer Berufstätigkeit, zuletzt als Leitende Verwaltungsdirektorin des St. Katharinen- und Weißfrauenstifts, hatte Erika Pfreundschuh zahlreiche ehrenamtliche Positionen inne. So war sie seit Gründung der Stiftung Polytechnische Gesellschaft zehn Jahre lang Mitglied im Kuratorium der Stiftung, hat die Leitung der Initiative Frankfurter Stiftungen e. V. inne und ist bis heute Vorstandsmitglied des Hospizvereins Sankt Katharina e. V. und Kuratoriumsmitglied in der Europäischen Akademie der Arbeit.

Dr. Renate Wolter-Brandecker

Die SPD-Politikerin Dr. Renate Wolter-Brandecker war von 1976 bis 2021 Mitglied im Pflegamt und im Aufsichtsrat der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist. Die promovierte Pädagogin war von 1989 bis 2021 Stadtverordnete der SPD-Fraktion im Römer und langjährige gesundheits- und drogenpolitische Sprecherin sowie Vorsitzende des Sozial- und Gesundheitsausschusses. Über die Arbeit im Pflegamt sagt sie: „Pflegamt und Aufsichtsrat in der Stiftung, das war eine äußerst verantwortungsvolle und herausfordernde Tätigkeit. Es war oft nicht einfach, sowohl das Wohl und die Interessen der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und der Patientinnen und Patienten als auch gleichzeitig die finanzielle Entwicklung der Stiftung im Blick zu haben."

Wir bedanken uns herzlich bei Herrn Professor Genth, Frau Pfreundschuh und Frau Dr. Wolter-Brandecker für ihr langjähriges Engagement für die Stiftung und wünschen ihnen für ihre Zukunft alles erdenklich Gute!

Stiftungs geflüster

Wiedereingliederung nach längerer Krankheit durch das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) möglich

Wenn Sie nach längerer krankheitsbedingter Auszeit wieder Ihre Tätigkeit aufnehmen möchten, besteht bei der Stiftung die Möglichkeit, die Eingliederung in Ihren Arbeitsalltag über ein betriebliches Eingliederungsmanagement stufenweise erfolgen zu lassen.

Das BEM dient dazu,
- die Arbeitsunfähigkeit der/des Beschäftigten zu überwinden,
- den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu erleichtern,
- zukünftige Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden,
- chronische Krankheiten und Behinderung, die am Arbeitsplatz entstehen können, möglichst zu vermeiden,
- die Arbeitsfähigkeit langfristig zu erhalten,
- den Arbeitsplatz langfristig zu sichern und
- den Arbeitsplatz leidensgerecht und/oder behindertengerecht zu gestalten.

Neben einer stufenweisen Wiedereingliederung (die wöchentliche Arbeitszeit wird dabei langsam erhöht) gibt es viele weitere Maßnahmen, die im Rahmen der BEM-Gespräche geprüft werden können. Ob an diesen Gesprächen Ihre Vorgesetzten, ein Mitglied des Betriebsrats, der betriebsärztliche Dienst oder weitere Personen teilnehmen, das entscheiden Sie. Auch ein vertrauliches Vier-Augen-Gespräch nur mit der BEM-Fallmanagerin ist möglich.

Weitere Informationen finden Sie im Intranet.

Sparen Sie 10 Prozent mit dem RMV-Firmenticket

Beim Kauf eines Jahresabos direkt beim RMV zahlen Sie normalerweise nur den Betrag von 10 Monatskarten. Mit dem RMV-Firmenticket erhalten Sie zusätzlich zehn Prozent Rabatt auf den Regelpreis Ihrer persönlichen Jahreskarte.

Hier einige Eckdaten zum Firmenticket:
- Das Angebot gilt für die normale Jahreskarte des Erwachsenentarifs.
- Einzugsgebiet: Rhein-Main-Gebiet sowie Mainz (gemäß Ihren Angaben zu „Start" und „Ziel" im Antragsformular).
- Die Mitnahme weiterer Personen ist gemäß der RMV-Mitnahmeregelung möglich.
- Das Firmenticket können Sie auch in Ihrer Freizeit nutzen. Es ist nicht übertragbar.
- Das Firmenticket wird in Form einer Chipkarte (eTicket Rhein-Main) ausgegeben, in Übergangsgebieten als Papierticket.
- Die Laufzeit des Firmentickets verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate, sofern es nicht gekündigt wird.
- Ihre Firmenticket-Rate wird monatlich von Ihrem Gehalt abgebucht.

Weitere Informationen finden Sie auch auf der Seite des Betriebsrates im Intranet.

Carsten Müller persönlich gefragt

Seit 2002 ist Carsten Müller im Hospital zum Heiligen Geist tätig. Seit 2009 in der Funktion Kaufmännischer Leiter. Der 51-jährige Diplom-Betriebswirt (FH) und ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte lebt mit seiner Familie in Rüsselsheim. Privat beschäftigt er sich mit Sport, Arbeiten am Eigenheim und dem 12-jährigen Familienhund Billy.

Ihr Lieblingssport?
Paddeln.

Ihr Lieblingsort?
Draußen.

Welche Fehler entschuldigen Sie am ehesten?
Solche, die ich nachvollziehen und verstehen kann.

Ihre Lieblingsmusik?
Mal abgesehen von Schlager und Jazz bin ich absolut flexibel.

Was schätzen Sie bei einer Freundschaft am meisten?
Wenn sie belastbar ist.

Ihr größter Fehler?
Sich gelegentlich auf ein "Pferd" zu setzen, das ich eigentlich nicht reiten wollte /sollte.

Ihr Traum vom Glück?
Ich glaube, ich bin glücklich.

Ihr Lieblingsschriftsteller?
Ian Lancaster Fleming.

Ihr Hauptcharakterzug?
Verlässlichkeit.

Ihr Lieblingsfilm?
Harold und Maude.

Ihr Lieblingsessen?
Hähnchen mit Pommes Frites und Salat. (Das Hähnchen vom Bauern um die Ecke. Das ist zwar formal nicht Bio, stammt aber auf jeden Fall nicht aus einer Massentierhaltung.)

Ergonomie-Coaching (Hebe-Trage-Training)

Sich ab und zu „krumm zu machen" schadet der Wirbelsäule nicht. Häufiges Bücken und Drehen, Hocken und Knien, schweres oder „falsches" Heben, kraftbetonte Bewegungen und Arbeiten in unnatürlichen Körperhaltungen sind aber Risikofaktoren für Rückenschmerzen.

In einem zweistündigen theoretischen Teil erhalten Sie Informationen zu Anatomie und Funktionsweise der Wirbelsäule. Darüber hinaus werden Sie im richtigen Heben, Tragen, Schieben, Ziehen und und in der Überkopfarbeit geschult.

Anschließend folgt ein praktischer Teil „on the job". Jede/r von Ihnen übt das Erlernte direkt am Arbeitsplatz bzw. mit Geräten und Arbeitsmitteln aus Ihrem Arbeitsalltag.

Weitere Informationen finden Sie im Intranet. Anmeldungen erfolgen an E-Mail: witzick.judith@hosc.de.

Neue Mitarbeitervorteile

In Kürze können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist von attraktiven Preisnachlässen bei mehr als 800 Anbietern profitieren. Durch die Kooperation mit der Firma „Corporate Benefits" erhalten sie Rabatte und Vergünstigungen bei namhaften Unternehmen aus den Bereichen Auto, Reisen, Mode, Mobilfunk, Technik, Freizeit uvm.

Alle weiteren Informationen zur Registrierung und Nutzung des Vorteils-Portals werden den Beschäftigten zeitnah mitgeteilt.

STIFTUNG HOSPITAL
ZUM HEILIGEN GEIST

Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Steinbacher Hohl 2-26
60488 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 76 01-3204

www.stiftung-hospital-zum-heiligen-geist.de