

MITTENDRIN

PATIENTENMAGAZIN DER medius KLINIKEN



Vernetzung

EINE STARKE VERBINDUNG
ZWISCHEN ERFAHRUNG
UND VERTRAUEN



© Kreissparkasse Esslingen-Nürtingen

SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,
LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

die neue, zweite Ausgabe unserer Patientenzeitschrift „MITTENDRIN“ hat als Leitthema die „Vernetzung“ in den Fokus gerückt.

Sicherlich gibt es kaum einen anderen Ort, an dem Vernetzung tagtäglich vielseitiger oder intensiver gelebt und betrieben wird als in einem Krankenhaus. Moderne Medizin lebt von Interdisziplinarität, vom kollegialen fachlichen Austausch, vom Dialog mit Patientinnen und Patienten, mit niedergelassenen Ärzten oder dem Rettungsdienst.

Und natürlich gibt es da die Gerätemedizin als wichtigen weiteren Baustein im Behandlungsprozess. Modernste Medizintechnik, die mit dem Ziel einer bestmöglichen Patientenbehandlung häufig verkabelt, verbindet, überwacht und eben vernetzt.

Eine Vielzahl weiterer Verbindungen ergänzt die Arbeit in unseren Kliniken und leistet einen wichtigen Beitrag zum Genesungsprozess unserer Patientinnen und Patienten. Ich spreche beispielsweise von den vielen Selbsthilfegruppen, die eine wichtige Begleitung und Stütze im Umgang mit der Erkrankung sind. Auch die große Anzahl an ehrenamtlich Tätigen, die mit ihrer Arbeit ganz unmittelbar unseren Klinikalltag bereichern: Der ehrenamtliche Besuchsdienst oder unsere Patientenfürsprecher sorgen für einen guten Draht zueinander.

Letztlich funktioniert die komplexe Einrichtung „Krankenhaus“ nur im optimalen Zusammenspiel von Mensch, Prozess und Technik. Was dann in einer Klinik miteinander leistbar ist, haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Kliniken in den letzten Monaten eindrucksvoll gezeigt.

Ihr

Heinz Eininger

Landrat

Aufsichtsratsvorsitzender, medius KLINIKEN gGmbH

HERAUSGEBER

**medius
KLINIKEN**

EINE GEMEINNÜTZIGE GESELLSCHAFT
DES LANDKREISES ESSLINGEN

medius KLINIKEN gGmbH

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

Lösung des Rätsels auf Seite 43:

1 Medikament, 2 Spritze
3 Verband, 4 Gips
5 Ultraschall, 6 Schere
Lösungswort: medius

KONZEPTION, REDAKTION, GESTALTUNG

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

FOTOS

medius KLINIKEN gGmbH, Britt Moulien,
Privat, shutterstock, istock, adobestock

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



SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,
LIEBE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,

„gelingt es uns, die Welt als vernetzt zu betrachten, hören wir auf, alles nur in schwarz oder weiß zu sehen.“ So hat es der Dalai Lama sehr treffsicher auf den Punkt gebracht. Vernetzung erweitert die persönliche Sichtweise, bündelt Stärken, bereichert durch Vielseitigkeit und macht den Alltag bunter. Dies trifft auf das „große Ganze“ genauso zu wie auch auf die „kleine Welt“ eines Krankenhauses.

Wie sehr unsere Patientinnen und Patienten beispielsweise in der Krebstherapie von Interdisziplinarität, fachlichem Austausch und einem enormen Netzwerk im Behandlungsprozess profitieren, zeigen gleich mehrere Beiträge in diesem Heft. Auch das Herzstück einer Klinik – der OP – lebt vom starken Zusammenspiel. Wie das funktioniert, zeigt die Reportage mit unserem OP-Manager und den OP-Koordinatoren.

Genauso wichtig wie die internen Verbindungen in einer Klinik sind natürlich auch die Beziehungen und der Austausch zu unseren externen Partnern. Über das, was für unsere gemeinsamen Patientinnen und Patienten während der Behandlung besonders wichtig ist, haben sich der Vorsitzende der Ärzteschaft Nürtingen und der Ärztliche Direktor der medius KLINIKEN KIRCHHEIM I NÜRTINGEN bei einem gemeinsamen Spaziergang quasi „auf halber Strecke“ zwischen Kirchheim und Nürtingen ausgetauscht.

Und natürlich steht der Rettungsdienst an vorderster Front, wenn es um die schnelle und kompetente Behandlung unserer Notfallpatienten geht.

Sie sehen: Unter unserem Leitthema „Vernetzung“ haben wir auch in dieser Ausgabe wieder viele spannende und informative Beiträge für Sie zusammengestellt. Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre!

Ihr

Sebastian Krupp

Geschäftsführer, medius KLINIKEN gGmbH

3	EDITORIAL	16	WIE BEHANDELN WIR KREBS?	28	AUFGEFANGEN IN EINEM ENGMASCHIGEN NETZ ...
4	GUTE KOMMUNIKATION HILFT DEN PATIENTEN	18	DIAGNOSE KREBS – PATIENT GEHEILT	30	ENDO... WAS?!
6	WENN DAS NERVENSYSTEM AUF „ALARMSTUFE ROT“ STEHT ...	20	TUMORMEDIZIN – GELEBTE VERNETZUNG	33	EINE BESONDERE VERBINDUNG
8	HAUT AUF HAUT	21	OP-MANAGER UND OP-KOORDINATOREN HALTEN DIE FÄDEN IN DER HAND	36	DIE HEIMLICHE STEUERZENTRALE
10	DIE IMC-STATION	24	INTERNATIONALES ÄRZTETEAM	38	EXPERTENHILFE AUS EINER HAND
12	DER ALBTRAUM VOM BLACKOUT ...			40	STATUS GRÜN FÜR DEN SCHOCKRAUM
14	WIE ENTSTEHT KREBS ?			43	RÄTSEL

Gute **Kommunikation** hilft den Patienten

Ein schöner Sommerabend auf der Hahnweide. Dr. med. Uwe Mauz, Ärztlicher Direktor der medius KLINIK KIRCHHEIM | NÜRTINGEN und Chefarzt der Neurologie, und der Hausarzt Dr. med. Wolf-Peter Miehe, Vorsitzender der Ärzteschaft Nürtingen, nutzen den Feierabend für einen Gedankenaustausch über die Zusammenarbeit zwischen den medius KLINIKEN und den niedergelassenen Ärzten.



Dr. med. Uwe Mauz und Dr. med. Wolf-Peter Miehe treffen sich auf einen Spaziergang



Dr. Miehe: Wenn ich einen Patienten in die Klinik schicke, rufe ich bei der Notaufnahme oder beim Casemanager an, der die Patienten begleitet und steuert. Das sind etablierte Wege – man kennt sich. Und wenn es ein komplizierterer Fall ist, rufe ich einen Oberarzt in der Fachabteilung an und wir besprechen den Fall.

Dr. Mauz: Auf kurzem Weg können wir vieles regeln. Wichtig dabei ist, dass offen kommuniziert wird und auch Unklarheiten angesprochen werden. Ganz wichtig für uns sind natürlich die Befunde, die der Patient von seinem Hausarzt oder Facharzt mitbringt. Die lesen wir genau. Dadurch können wir uns ein Bild machen vom Patienten und seiner Erkrankung. Da fließt das ganze Wissen des niedergelassenen Arztes über den Patienten ein. Wir sehen den Patienten ja meist zum ersten Mal.

Dr. Miehe: Das wissen wir niedergelassenen Ärzte und sorgen dafür, dass die Kollegen in der Klinik umfassend informiert werden. Wichtig bleibt aber, dass die Ärzte in der Klinik und wir draußen wie ich mit unserer Gemeinschaftspraxis in Weilheim einander kennen – oft durch die Ausbildung am Krankenhaus oder über die Ärzteschaft, die ja für alle Ärzte da ist. In der Ärzteschaft Nürtingen sind 870 Ärztinnen und Ärzte organisiert. Wir haben jetzt begonnen, interessante Fallbeispiele miteinander zu diskutieren und so zur Fortbildung beizutragen. Da arbeiten Klinikärzte und Niedergelassene eng und vertrauensvoll zusammen.

Dr. Mauz: Vor allem die älteren und erfahrenen Kollegen im Krankenhaus, die Chefärzte und Oberärzte, pflegen diesen Kontakt mit den Ärzten in den Praxen. Wir müssen dafür sorgen, dass auch die jungen Ärztinnen und Ärzte die Fortbildungsangebote der Ärzteschaft mehr nutzen, die ja in der Freizeit stattfinden.

Dr. Miehe: Für die Zusammenarbeit mit den Kliniken ist der Arztbrief ganz wichtig, den der Patient nach seinem Krankenhausaufenthalt mitbringt. Daraus kann ich entnehmen, was im Krankenhaus unternommen wurde, ob die Diagnose gestimmt hat und – ganz wichtig – welche weiteren Behandlungsschritte empfohlen werden.

Dr. Mauz: Der Arztbrief ist das Aushängeschild der Klinik. Vor allem die Empfehlungen darin sind sehr wichtig.

Dr. Miehe: Wir arbeiten in der Praxis unter hohem Zeitdruck. Deshalb kann ich den Arztbrief zunächst nur überfliegen, wenn der Patient kommt. Abends nehme ich mir die Arztbriefe dann nochmals vor und studiere sie gründlich.

Dr. Mauz: Wir kommen doch alle aus dem gleichen Stall – die Niedergelassenen sind alle auch im Krankenhaus ausgebildet worden. Wir sind alle Fachärzte und begegnen uns natürlich auf Augenhöhe.

Dr. Miehe: Enge Zusammenarbeit und offene Kommunikation sind wichtig. Je besser die Kommunikation klappt, umso besser für die Patientinnen und Patienten.



Wenn das Nervensystem ständig auf „ALARMSTUFE ROT“ steht...

Irgendwann wird alles gut – auf diesen Moment hat Edeltrud Lyncker über 30 Jahre gewartet. Sie ist chronische Schmerzpatientin und leidet seit 1986 unter Polyneuropathie. Begonnen hat ihre Erkrankung mit unerklärlichen, starken Schmerzen erst in einem, später in beiden Beinen.

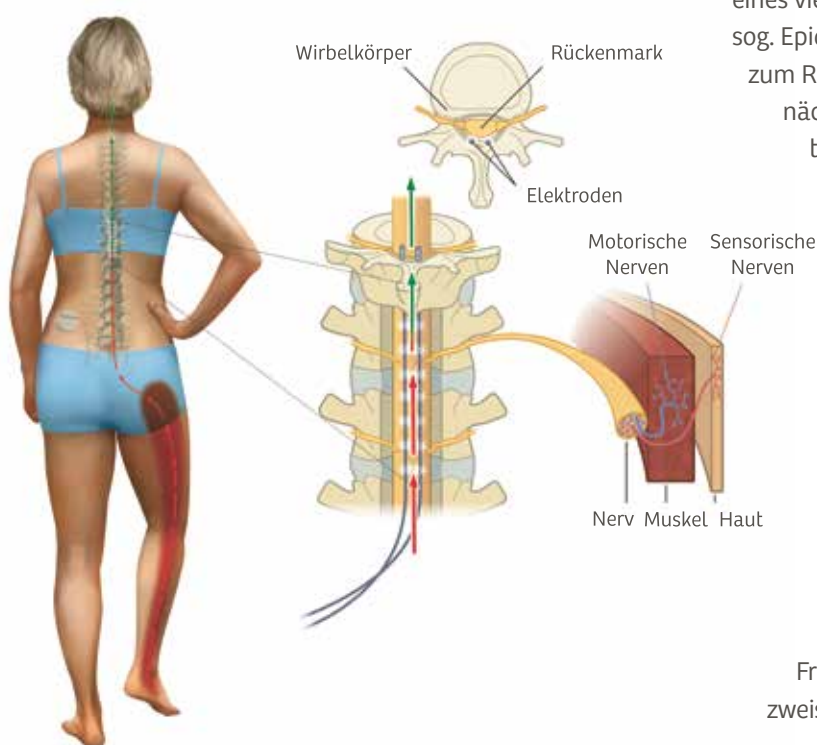
Da die Schmerzen sowohl im Ruhe- als auch im Bewegungszustand da waren, war selbst der Alltag eine Qual. Dennoch bewältigte sie diesen unermüdlich. „Mir blieb ja nichts anderes übrig“, sagt Edeltrud Lyncker, die 1951 als Nachkriegskind geboren mit vier Geschwistern aufwuchs. „Meine Geschwister und ich, wir sind alle so, haben immer gearbeitet“. Auf der Suche nach Linderung ihrer Schmerzen ließ sie sich jedoch genauso wenig entmutigen. Den reinsten Ärztemarathon hat sie hinter sich – darunter verschiedene Schmerz- und Psychosomatische Kliniken. Sie hat sich alle Zahnfüllungen tauschen lassen und nahezu jedes Schmerzmedikament verabreicht bekommen. Es gibt kaum eine Untersuchung, die nicht erfolgt ist.

Ihre Patientenakte ist so dick, dass mancher Arzt, den sie aufsuchte, fast vorab schon an ihr zu verzweifeln

schien. Nicht so jedoch, als sie 2018 den Weg zu Prof. Dr. med. Torsten Schröder und Michael Kiehlmann ins Zentrum für Schmerztherapie der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT findet. Auch hier wird eine intensive Anamnese ihrer Erkrankung vorgenommen. Es erfolgt u.a. eine erneute medikamentöse sowie eine multimodale Schmerztherapie, im Laufe derer sowohl Schmerz-, Manual- und Physiotherapeuten mit der Patientin arbeiten.

Da die genaue Ursache der Erkrankung nicht ermittelt und behandelt werden kann, werden schließlich die Schmerzsymptome in den Fokus genommen. So kristallisiert sich eine Behandlungsmöglichkeit heraus: „Es bleibt hier nichts anderes mehr möglich als die Schmerzleitung in den Nervenbahnen zu beeinflussen“, so Michael Kiehlmann, der die Implantation eines sog. Neurostimulators vorschlägt (s. Infokasten). Während eines viertägigen Aufenthaltes wird eine Sonde in den sog. Epiduralraum (Schicht in direkter Nachbarschaft zum Rückenmark) eingeführt. Die Sonde wird zunächst an einen außerhalb des Körpers angebrachten Impulsgeber angeschlossen. Erst nach einer positiven Testphase mit einer Schmerzreduktion von mind. 50 % wird ein Impulsgeber an die Sonde angeschlossen und unter die Haut implantiert.

Somit ist insgesamt knapp ein Jahr vergangen bis die Entscheidung steht und die Implantation im Juni 2019 erfolgt. „Anfangs war ich noch sehr unsicher. Stromstöße in meinem Körper – das widerspricht ja allem, was man über den Umgang mit Strom gelernt hat“, schmunzelt Frau Lyncker. Aber sie wird genauestens über alles informiert, darf jederzeit Fragen stellen und lässt sich schließlich von dem zweistündigen operativen Eingriff überzeugen.



Und sie hat es nicht bereut! Früher konnte sie oft nicht einmal spazieren gehen. Und heute? „Wenn ich etwas tun will, dann tu' ich's!“, lacht und freut sich Frau Lyncker nach mehr als 30 schmerzvollen Jahren über die zurückgewonnene Freiheit und Lebensqualität. Sie hat schnell gelernt, mit dem kleinen Generator unter ihrer Haut umzugehen. Mit einer Steuerung kann sie verschiedene Programme nutzen und das Gerät nach einigen Tagen wieder aufladen. Sie erfährt nun eine effektive und nachhaltige Schmerzlinderung – sie kann ihr Leben genießen und die Ärztedeyssee hinter sich lassen. Und ihr Nervensystem zeigt nicht mehr Alarmstufe Rot, sondern grünes Licht.



Prof. Dr. med. Torsten Schröder

Chefarzt

Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin

Leiter Zentrum für Schmerztherapie

medius KLINIKEN

Tel. 07022 / 78-21200



Michael Kiehlmann

Oberarzt

Sektionsleitung Schmerztherapie

Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Tel. 0711 / 4488-12555



24,25 mm



48 mm



SCS-SONDE

Die Rückenmarkstimulation (engl. SCS - spinal cord stimulation) ist ein minimal-invasives operatives Verfahren zur Behandlung chronischer Schmerzen.

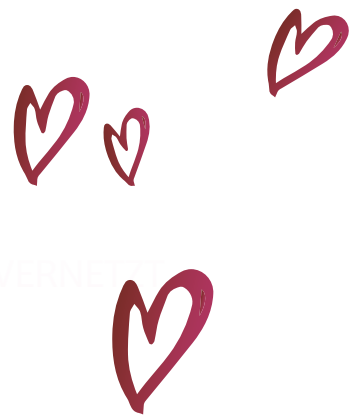
Dabei sendet ein sog. Neurostimulator, ein kleines Gerät, das unter die Haut implantiert wird, über eine Sondenverbindung elektrische Impulse an die betroffenen Nerven.

So können sich therapieresistente, chronische Schmerzen permanent ausschalten bzw. lindern lassen. Die elektrischen Impulse bewirken eine Veränderung des Schmerzempfindens.

Haut auf Haut

Bonding als stabiles Netz zwischen Eltern und Kind

„Bonding ist das erste Empowerment nach der Geburt, sozusagen ein Erstgespräch zwischen Mutter und Kind bzw. Eltern und Kind“, erklärt die Hebamme Irmgard Thellmann. Sie arbeitet seit vier Jahren in der Bereichspflege der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT. Als Stillberaterin unterstützt sie frisch gebackene Mütter und hält Schulungen für ihre Kolleginnen. Vor ihrer Zeit bei medius war sie 26 Jahre lang in einer Stuttgarter Klinik tätig. Die erfahrene Geburtshelferin weiß, wie wichtig der erste Hautkontakt zwischen Eltern und Kind gleich nach der Geburt ist.





Irmgard Thellmann

Still- und Laktationsberaterin, Hebamme
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Tel. 0711 / 4488-15312



WAS IST BONDING EIGENTLICH GENAU?

Auch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) empfiehlt, den Müttern auf den Geburtsstationen zu ermöglichen, nach der Niederkunft ununterbrochen Hautkontakt mit dem Baby zu haben, zumindest eine Stunde lang oder bis das Baby zum ersten Mal gestillt wird.

„Bonding ist ein lebenswichtiger Vorgang und ein Grundbedürfnis wie Atmen, Nahrungsaufnahme und Wärme“, erklärt Irmgard Thellmann. Es fördert die Gesundheit des Säuglings sowie seine kognitive Entwicklung. Außerdem ist erwiesen, dass der „Haut-auf-Haut-Kontakt“ die Körpertemperatur, den Blutzucker und die Atmung des Babys stabilisiert.

UNGESTÖRTE ELTERNZEIT

Die medius KLINIKEN unterstützen das Bonding, indem frisch gebackene Eltern im Kreißsaal ungestört Zeit haben, um mit ihrem Neugeborenen, „Haut-auf-Haut“ zu kuscheln, den Blickkontakt herzustellen, es zu streicheln und mit ihm zu sprechen. „Das festigt die Bindung zwischen Eltern und Kind“, weiß die Stillberaterin.

Bei einer Spontangeburt ist es in der Regel so, dass das Kind auf den Bauch der Mutter gelegt wird und es sich selbst nach oben bewegt, um den Herzschlag der Mutter zu hören und um seinem Saugreflex folgend die Brust zu suchen. „Die begleitende Hebamme kann hierbei behutsam die Position korrigieren und wertfrei beobachten“, betont Irmgard Thellmann.

In den ersten Stunden nach der Geburt sind das Neugeborene und seine Mutter besonders wach und aufmerksam. Eltern und Baby können sich das erste Mal ansehen, den Duft des anderen wahrnehmen und sich gegenseitig spüren.

KEINE REINE MUTTERSACHE

Stillen ist keine Grundvoraussetzung für das Bonding, vielmehr geht es um den Haut- und Blickkontakt, das Sich-Fühlen und Sich-Riechen. Auch bei Kaiserschnitt-Geburten ist Bonding möglich. „Erstens kann Bonding auch durch den Vater erfolgen und zweitens kann man es nachholen“, erklärt die Hebamme. Etwa mit der Methode, dass das Baby durch warmes Wasser gezogen und dann auf den Bauch der Mutter gelegt wird.

DIE ROLLE DER HORMONE

Für die Mutter bedeutet Bonding nicht nur, innige Nähe herzustellen und – wenn erwünscht – zum ersten Mal zu stillen. Bonding hat auch positive Auswirkungen auf ihren Körper: Die Adrenalinausschüttung als Folge der Geburt und die Blutung stabilisieren sich. Die Hormone Prolaktin und Oxytocin werden vermehrt produziert und die Muttermilchproduktion kommt in Gang.

Dem Hormon Oxytocin kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Es ist für die Auslösung der Wehen zuständig, unterstützt das Stillen und fördert nach der Geburt die Gebärmutterrückbildung. Das „Kuschelhormon“ ist nicht nur bei Mutter und Kind, sondern auch beim Vater auf einem hohen Level vorhanden. Insgesamt fördert es die lebenslange Bindung und emotionale Sicherheit in der Familie.

*Und jedem Anfang
wohnt ein Zauber inne,
der uns beschützt und
der uns hilft zu leben.*

Hermann Hesse



Die IMC-Station

Brücke zwischen Intensiv- und Normalbetreuung

Die Einrichtung der sogenannten IMC-Stationen (Intermediate Care = Brücken-Pflege) hat schon vor ca. 20 Jahren ihren Anfang genommen und ist heute aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken. Aber was genau muss ich mir unter einer IMC-Station vorstellen? Wir haben Natascha Haude, Pflegekraft der IMC-Station der medius KLINIK NÜRTINGEN, mal genauer gefragt.

„Die Patienten sind sozusagen zu gesund für die Intensivstation, aber noch nicht gesund genug für eine Normalstation. Auf gut schwäbisch werden sie bei uns aufgepäppelt“, erklärt uns Natascha Haude ganz pragmatisch mit ihrem sympathischen Lachen. Die Patienten kommen oft von der Intensivstation oder müssen nach schwerwiegenden Operationen engmaschig 24h pro Tag medizinisch überwacht werden und bedürfen noch einer intensiveren Pflege als auf der Normalstation üblich ist.

In dieser Situation kommt die vielzitierte Gerätemedizin zum Einsatz, mit der das Personal

tagtäglich umgeht. Die Zimmer auf einer IMC-Station gleichen einer kleinen Schaltzentrale: Hier finden sich neben den Betten verschiedene Monitore, diverse Perfusoren und Infusomaten (Pumpen zur gleichmäßigen Dosierung von flüssigen Medikamenten), Vorrichtungen zur Verabreichung von Sauerstoff sowie zahlreiche Schläuche und Kabel, über die der Patient mit diesen Geräten verbunden und so überwacht wird. Die Pflegenden auf der IMC-Station beherrschen die Geräte perfekt. Durch moderne Alarmsysteme und die EDV-gesteuerte Infusionstechnik ertönt bei der kleinsten „Unordnung“ ein Geräusch: Bimmeln, Piepsen, hektischer Alarm, und natürlich –



Das Team der IMC-Station

„...auf gut schwäbisch werden sie bei uns aufgepäppelt“



Natascha Haude
IMC Pflegedienst

WAS IST EINE INTERMEDIATE CARE-STATION?

Die IMC fungiert als Behandlungsstufe zwischen der Intensiv- und der Normalstation. Hier werden sogenannte intensiv-, aber nicht beatmungspflichtige Patienten aus allen medizinischen Fachrichtungen – wie bspw. Kardiologie und Allgemeinchirurgie – pflegerisch betreut und mit ihren Vitalfunktionen überwacht.

nicht EDV-gesteuert – auch die Patientenklingel. So haben die Pflegenden immer ein Ohr für die Hintergrundgeräusche auf der Station und können sofort reagieren, wenn z.B. eine Infusion leer ist, die Herzfrequenz des Patienten erhöht ist oder sich schlicht und einfach ein Kabel gelöst hat.

Natascha Haude fasst das so für uns zusammen: „Ziel ist immer ein gutes Alarm-Management. Ein perfekt geführtes Patientenzimmer ist still. Dann ist alles in Ordnung und der Patient ist gut versorgt.“

Durch die Pflege auf der IMC-Station wird eine zusätzliche Versorgungsstufe für den Patienten eingerichtet, die ihm mehr Sicherheit gibt und auch Angst nehmen kann, bevor er auf die Normalstation verlegt wird. Auch eventuelle notfallmäßige Komplikationen

können vermieden werden. Die medizinische Betreuung ist dem Zustand des Patienten angepasst, was auch zu einem besseren Heilungsprozess führt. „Die meist schwerkranken Patienten“, so Natascha Haude, „werden von uns mit viel Einfühlungsvermögen behandelt. Oft sagen sie uns, dass sie sich bei uns wohl fühlen und sehr gut betreut werden, was uns natürlich immens freut.“ Es ist sicher nicht jedermanns Sache, auf einer solchen Station zu arbeiten – mit all dem Gepiepse und Gebimmel, auf das es zu reagieren gilt. Aber Natascha Haude sieht man die Begeisterung für diese Arbeit und die Zufriedenheit ihrer Patienten schon am Leuchten in ihren Augen an, wenn sie mit uns über ihre Arbeit spricht. Auf dieser Station sind Einfühlungsvermögen und Gerätemedizin aufs Engste miteinander verbunden – und nicht nur die Kabel mit den Geräten.

Der Albtraum vom

BLACKOUT...



Das ist ein Albtraum: Ich werde gerade operiert – und der Strom fällt aus. Nichts geht mehr.

Zum Glück bloß ein Albtraum. Stromausfälle in Deutschland sind keine Seltenheit, weiß Martin Schlotterer, Leitung der Technik aller Standorte der medius KLINIKEN. Das Stromnetz ist europaweit geknüpft und wird überwacht, dennoch ist er sich sicher: „Irgendwann kommt auch einmal ein großer Blackout.“ Aber weder Patient noch Chirurg werden davon viel merken. Denn in jeder medius KLINIK steht ein Notstromaggregat.

Beispiel medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT:

Im Keller steht eine Netzersatzanlage, sprich ein Dieselmotor mit stattlichen 320 Kilowatt Leistung, also 435 Pferdestärken. Fällt der Strom aus, springt der Motor binnen 10 – 15 Sekunden an und sorgt für Saft aus der Steckdose. Der Klinikbetrieb muss weitergehen. Ein eigenes Stromnetz sorgt dafür, dass in allen Bereichen ein Teil des Lichtes und auch die lebenserhaltenden Geräte weiter versorgt werden.

„Fällt der Strom aus,
springt der Motor innerhalb
von Sekunden an“

...ZUM GLÜCK

bloß ein Albtraum!

Im Operationssaal und auf der Intensivstation wird es niemals dunkel. Der Strom kommt nämlich nicht nur aus der Steckdose. Die unverzichtbaren Geräte, etwa die OP-Lampe oder die Beatmungsgeräte, verfügen über Akkus. Die Medizintechniker sorgen dafür, dass diese gut geladen sind.

Das Technikteam um Andreas Vollmer, Leiter der Technik der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT, kümmert sich ständig um den Dieselriesen im Keller. Routinemäßig gehen die Haustechniker durch das Haus und schauen nach dem Rechten. Monatlich läuft der Diesel probehalber eine Stunde.

Im Tagestank warten 990 Liter Diesel auf den Einsatz. Weitere 2.000 Liter stehen in einem zusätzlichen Vorratstank bereit. Je nachdem, wie viel Strom geliefert werden muss, läuft der Diesel damit bis zu 60 Stunden. Doch das ist nicht alles. Für die lebenswichtigen Geräte steht zudem eine Riesenbatterie im Keller. Die sorgt für eine unterbrechungsfreie Stromversorgung bis die Netzersatzanlage, sprich der Dieselmotor mit seinem Generator, die benötigte Leistung bringt.

Der Albtraum vom Stromausfall im OP-Saal bleibt also nur ein Traum – mehr nicht.



Andreas Vollmer, Leitung der Technik der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT, beim Routinecheck



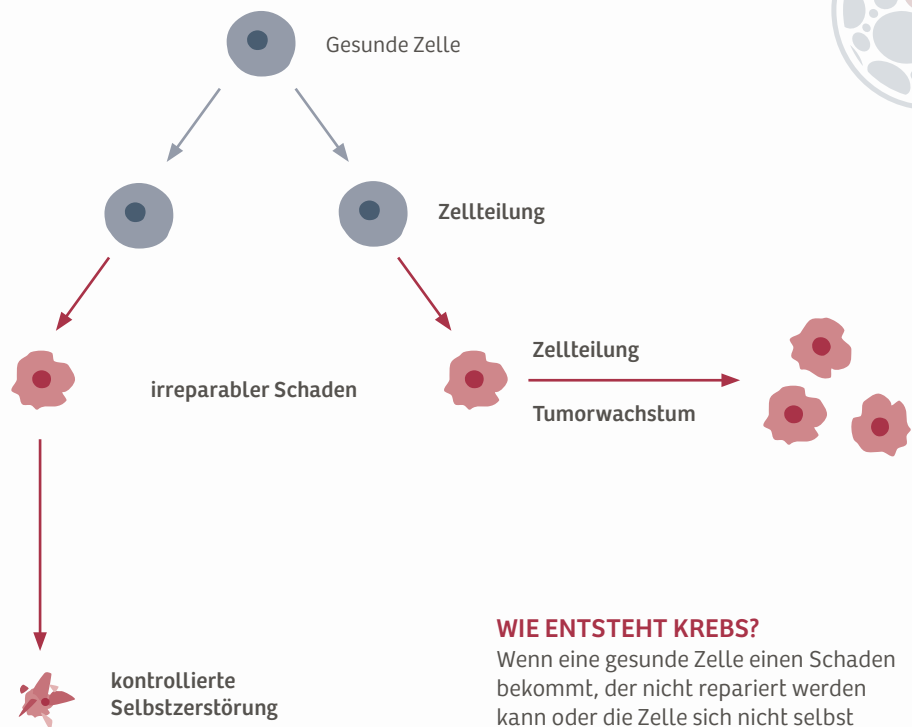
Wie entsteht Krebs?

Wenn der Zellzyklus aus dem Takt gerät ...

Der Ursprung jeder bösartigen Krankheit liegt in einer unkontrollierten Zellteilung. Die Tumorthherapie muss daher die Zellteilung normalisieren und „falsche“ Zellen bekämpfen

ZELLEN, DIE SICH SELBSTÄNDIG MACHEN: ZELLYKLUS AUS DEM TAKT

Unser Körper, jedes einzelne Organ besteht aus Zellen. Gesund sind wir dann, wenn alte Zellen, die absterben, durch junge Zellen ersetzt werden. Man nennt dies den Zellzyklus, der von einer Vielzahl von Faktoren reguliert wird. Krankheit und Krebs entstehen, wenn dieser Zyklus aus dem Takt gerät: Zellen vermehren sich unkontrolliert und bilden so zunächst gutartige Gewächse – bei der enthemmten und viel zu schnellen Teilung der Zellen bleiben jedoch Fehler nicht aus und so entstehen „entartete“

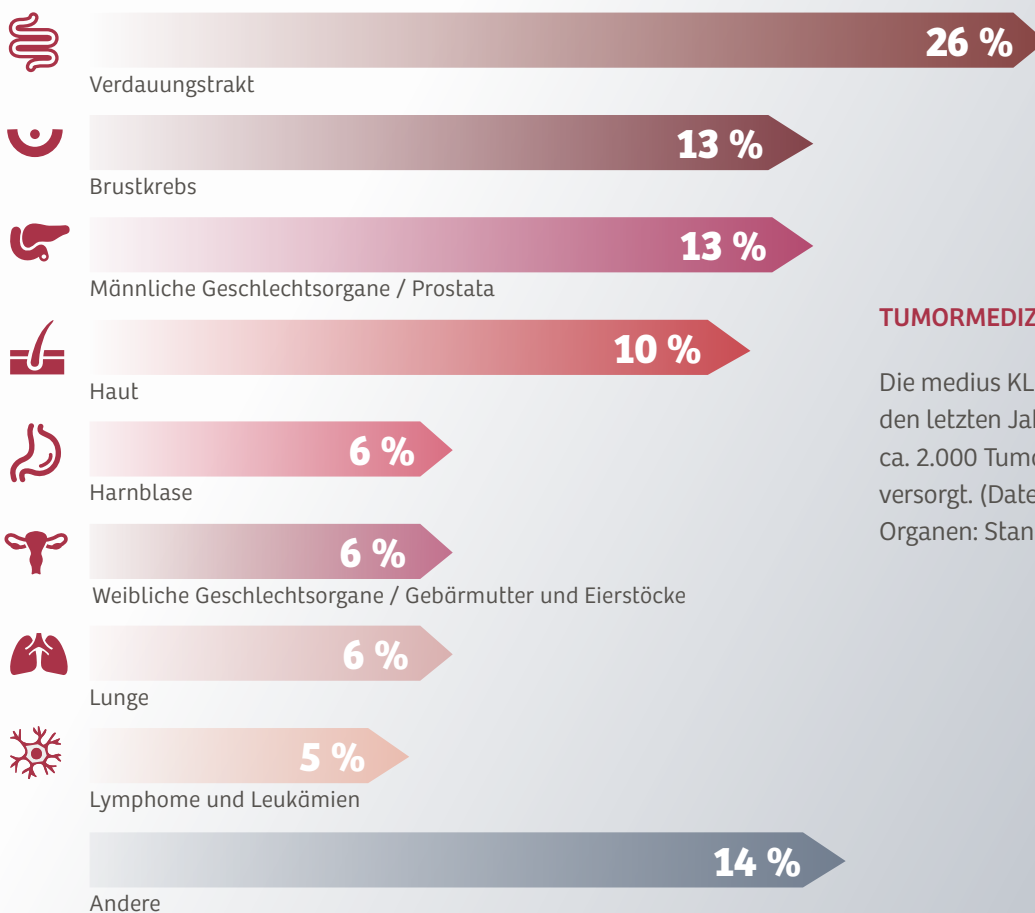


WIE ENTSTEHT KREBS?

Wenn eine gesunde Zelle einen Schaden bekommt, der nicht repariert werden kann oder die Zelle sich nicht selbst zerstört, entsteht eine Krebszelle. Diese kann dann wiederum durch Zellteilung zu einem bösartigen Tumor heranwachsen.

bösartige Zellen. Diese halten sich an keine Regel mehr, sie überschreiten Organgrenzen, wachsen „invasiv“ und verletzen dabei wichtige Strukturen unseres Körpers. Mehr noch: Sie wandern von ihrem Ursprungsorgan über Blut- oder Lymphwege in andere Körperregionen und bilden auch dort bösartige Tochtergewächse – sogenannte Metastasen.

Die Verletzung wichtiger Organe sowie die Energie, die das enthemmte Tumorzellwachstum benötigt, sind die Gründe dafür, warum Krebs krank macht und das Leben bedroht.



TUMORMEDIZIN IN ZAHLEN

Die medius KLINIKEN haben in den letzten Jahren im Schnitt ca. 2.000 Tumor-Neuerkrankungen versorgt. (Daten zur Verteilung nach Organen: Stand 2020)

Wie behandeln wir Krebs?

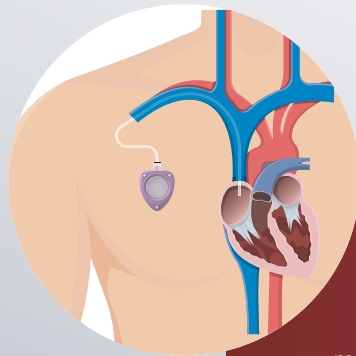
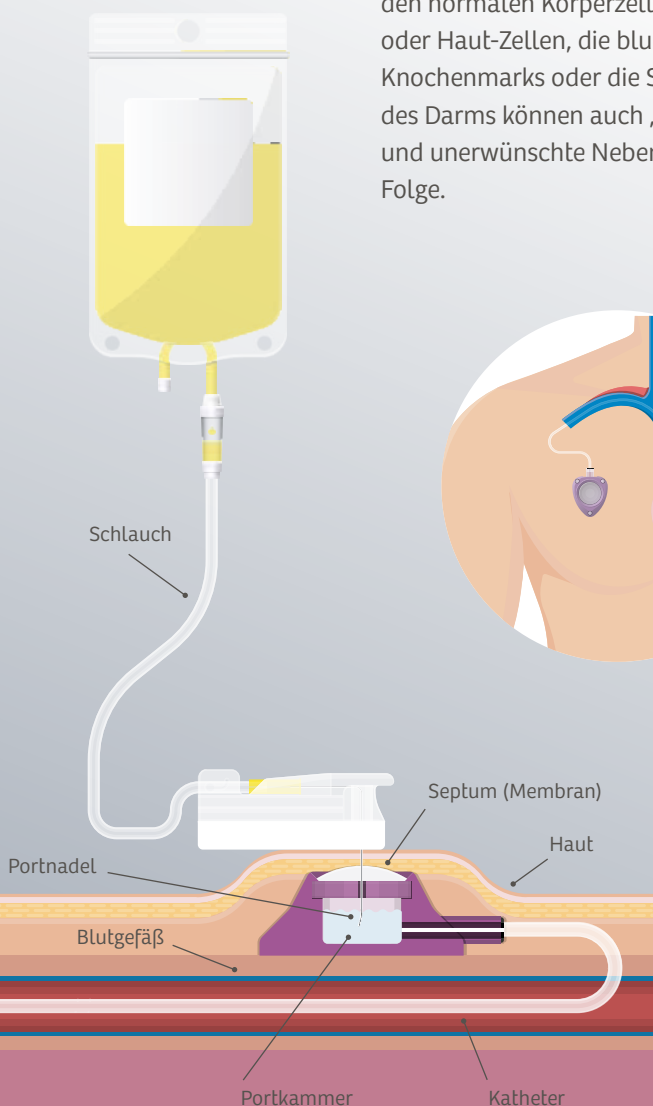
Verschiedene Therapien bringen den Zellzyklus wieder ins Gleichgewicht

Krebs-Zellen abtöten

CHEMOTHERAPIE

Die Chemotherapie oder „Chemo“ ist die klassische Methode der Krebstherapie: Auf dem Blutweg werden Zellgifte in den Körper gebracht, die die Tumorzellen abtöten sollen. Dies gelingt, weil die sich unkontrolliert teilenden Tumorzellen empfindlich für Zellgifte sind – empfindlicher als unsere gesunden Körperzellen.

Allerdings: Besonders die sich schneller teilenden normalen Körperzellen wie unsere Haar- oder Haut-Zellen, die blutbildenden Zellen des Knochenmarks oder die Schleimhautzellen des Darms können auch „getroffen“ werden und unerwünschte Nebenwirkungen sind die Folge.



WAS IST EIN PORT?

Bei vielen Tumorerkrankungen ist über einen längeren Zeitraum eine Chemotherapie notwendig. Hierbei werden in regelmäßigen Abständen zellhemmende Mittel (Zytostatika) über die Vene verabreicht. Um Unannehmlichkeiten durch die wiederholten Einstiche zu vermeiden, verwendet man ein sogenanntes Port-System, das einen dauerhaften und unkomplizierten Zugang in das Gefäßsystem ermöglicht.

Der Port wird unter die Haut eingepflanzt. Die Portkammer aus Metall oder Kunststoff ist nur ca. 3 cm groß, hat eine kleine Membran und einen sog. Katheter, d.h. einen Schlauch, der in eine herznahe Vene mündet. So wird die Verabreichung von Medikamenten deutlich erleichtert.



Die Vermehrung bösartiger Zellen stoppen „BIOLOGISCHE“ THERAPIEN

In die Tumormedizin haben neue Medikamente Einzug gehalten, die nicht Zellen abtöten, sondern deren Vermehrung stoppen wollen, indem sie den Zellzyklus wieder ins Gleichgewicht bringen.

Dafür ist ein intelligenter Plan erforderlich: Je nach Natur der individuellen Zelle und des individuellen Patienten werden Eiweiße in den Körper und den Tumor „eingeschmuggelt“, die im Schaltplan oder der „Software“ der Krankheit Chaos anrichten und so deren weitere Ausbreitung behindern. Man spricht daher auch von der „personalisierten“ Tumormedizin, und die sogenannte „Immuntherapie“ ist ihr bekanntestes Beispiel. Hiermit werden Tumorzellen präziser getroffen, gesunde Zellen besser geschont und Nebenwirkungen verringert.

DIE 4P

EINER GUTEN TUMORMEDIZIN



P RÄVENTIV
Tumorentstehung verhindern!



P ERSONALISIERT
Der individuelle Patient und der individuelle Tumor zählen!



P RÄZISE
Nur die Tumorzellen treffen – nicht die gesunden Körperzellen!



P ARTIZIPATIV
Der Tumorpatient entscheidet über jeden Schritt der Behandlung mit!

Diagnose Krebs –

Patient geheilt

Was tun, wenn die Lymphknoten am Hals plötzlich dick und druckempfindlich werden? Die meisten warten zunächst einmal ab. Oft verschwinden die Schwellungen von selbst. Doch leider nicht immer: Das musste unlängst auch Dr. Peter Röser erleben. Eine durch ein ganzes Netzwerk von Experten auf ihn individuell zugeschnittene Therapie hat ihm das Leben gerettet.

DER ANFANG

Dr.-Ing. Peter Röser spürte im Herbst 2020 plötzlich stark geschwollene Lymphknoten auf der linken Seite seines Halses. Diese verschwanden selbst nach einigen Wochen nicht. Stattdessen wurden sie größer und das Spannungsgefühl am Hals nahm zu. Der 57-Jährige entschloss sich deshalb, seinen Hausarzt aufzusuchen. Das war der Auftakt einer aufreibenden Krankengeschichte, die aber – dank einer individuell abgestimmten Behandlung im medius Tumorzentrum – ein gutes Ende nahm.

DER ARZTBESUCH

Peter Röser's Weg beginnt beim Hausarzt und führt ihn nach Abtast- und Ultraschalluntersuchung, über Computertomographie (CT) und Biopsie (Gewebeentnahme) in ein Krankenhaus nahe seines Wohnorts, wo einige Lymphknoten entfernt und das Gewebe zur Untersuchung in ein Labor geschickt werden. Das Ergebnis war beruhigend: Es wurden keine auffälligen Zellen gefunden. Röser's Leben als Leiter der Windkanäle bei einem bekannten Automobilhersteller, Familienvater und Gemeinderat in seinem Heimatort ging erst einmal unverändert weiter. Doch die Knoten wuchsen und das Druckgefühl wurde stärker. Irgendetwas stimmte nicht. Der Ingenieur wartete die Zeit über Weihnachten und Neujahr ab, dann konsultierte er erneut seinen Hausarzt. Ein weiteres CT wurde veranlasst. Die Aufnahmen zeigten nun ein eher beunruhigendes Bild. Auf Empfehlung eines Facharztes gelangte der Patient schließlich in die Nuklearmedizin der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT, zu Chefarzt Dr. Szeged Attila Szikszai.

DER BEFUND

Der Nuklearmediziner hatte den Verdacht, Röser's Krankheit sei auf ein Lymphom zurückzuführen. „Die Lymphknoten hatten sich traubenartig aufgereiht

und mit Ultraschall wurden mehrere dunkle Knoten ausgemacht“, erzählt Röser. Um sicherzugehen, schlug Szikszai eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET-CT) vor. Dem Patienten wurden dazu winzige Mengen radioaktiv markierter Stoffe gespritzt. Mit dieser Markierungsmethode können Tumoren oder Metastasen leichter lokalisiert werden. So war es auch bei Peter Röser: Die leuchtenden Flecken auf den Bildern verrieten die von aktiven Krebszellen befallenen Lymphknoten. Chefarzt Szikszai sollte Recht behalten.

DIE EINWEISUNG

Der Patient wurde sogleich stationär in die Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Tumormedizin unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Klump einbestellt. Innerhalb einer knappen Woche wurden die unterschiedlichsten Untersuchungen in verschiedenen Abteilungen durchgeführt. Die Kooperation der jeweiligen Chef- und Oberärzte war eng und die gute Vernetzung der Fachbereiche ein riesiger Vorteil für den Patienten.

INTERDISZIPLINÄRE UNTERSUCHUNGEN

Zunächst konsultierte Peter Röser die Chirurgie, wo erneut Lymphknoten entfernt wurden, dann ging es weiter zur Knochenmarkpunktion. Es folgten Untersuchungen von Herz und Kreislauf in der Kardiologie. Weitere Anlaufstellen waren die HNO-Abteilung und erneut die Gastroenterologie für eine Magen- und Darmspiegelung. Schließlich erfolgte auch noch eine genaue Untersuchung der Lunge. „Ich wurde wirklich von Kopf bis Fuß durchgecheckt“, erzählt Röser. Engen medizinischen Beistand erhielt der Patient vor allem von Dr. May Daraban-Brixner. Sie ist die Leitende Oberärztin an der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie

und Tumormedizin in Ostfildern-Ruit. Zusammen mit ihrem Chef, Prof. Klump, teilte sie Peter Röser nach dem Untersuchungs-marathon und der Tumorkonferenz die endgültige Diagnose mit.

DIE TUMORKONFERENZ

In den fachübergreifenden Tumorkonferenzen beraten sich die betreuenden Ärzte mit Experten aller relevanten Abteilungen. Anhand der Labor- und Untersuchungsergebnisse kam das Gremium zu dem Schluss, dass es sich bei seiner Erkrankung um das so genannte Hodgkin-Lymphom handle. Das ist eine bösartige Erkrankung des Lymphsystems und im Frühstadium zu mehr als 90 % heilbar. „Hodgkin-Lymphome haben zumeist einen guten Verlauf und eine ebenso gute Prognose“, weiß Oberärztin Daraban-Brixner „95 % der Betroffenen könnten geheilt werden.“

DIE DIAGNOSE

„Herr Prof. Klump und Frau Dr. Daraban-Brixner kamen Freude strahlend auf mich zu und diagnostizierten mir ein Hodgkin-Lymphom“, erinnert sich Röser an die etwas skurrile Situation. Die Freude der Mediziner bei der Überbringung der Nachricht war aber durchaus begründet. Denn Peter Röser hatte gute Aussichten auf

Heilung. Seine Erkrankung war noch im Frühstadium und er hatte keinerlei B-Symptome (z.B. Gewichtsabnahme oder Nachtschweiß). Er selbst war deshalb trotz der Diagnose Krebs erleichtert.

DIE THERAPIE

Peter Röser erhielt vier ambulante Chemotherapie-Behandlungen im Abstand von je zwei Wochen, die er gut überstand – weder starke Übelkeit noch starker Haarverlust plagten ihn. Im Anschluss an die Chemotherapie wurden zehn Bestrahlungseinheiten verabreicht. Jetzt gilt er als geheilt. Kontrolluntersuchungen finden vierteljährlich statt.

DIE ZUKUNFT

„So ein Untersuchungsergebnis ist selbstverständlich ein Schock. Doch ich hatte sehr großes Vertrauen in Dr. Szikszai und die gesamte Ärzteschaft der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT. Ich hatte das Gefühl, die retten mein Leben“, erzählt Röser. Nach den lebensbedrohlichen Erfahrungen der letzten Monate will er nun sein Bewusstsein für die Zukunft schärfen: mehr Zeit für sich, die Familie und die wirklich wichtigen Dinge des Lebens – z.B. seine Streuobstwiese.



Dr.-Ing. Peter Röser
nach der Genesung
in seinen Streuobstwiesen



Prof. Dr. med. Bodo Klump

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



Dr. med. Alberta-May Daraban-Brixner

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

Tumormedizin – gelebte

VERNETZUNG

Krebserkrankungen können heute wesentlich besser behandelt werden als noch vor einigen Jahren – zum einen auf Grund des technischen Fortschritts, zum anderen aber auch durch neue Methoden und die Berücksichtigung des seelischen Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten.

Das medius Tumorzentrum soll die individuell beste Behandlung für den einzelnen Patienten gewährleisten – denn jeder Mensch ist anders.

Zwölf Fachabteilungen an drei Klinikstandorten bringen dafür all ihre fachliche Expertise und Erfahrung ein.

EXPERTENRUNDE IN DER TUMORKONFERENZ

Das „Herz“ des medius Tumorzentrums ist die wöchentliche interdisziplinäre Tumorkonferenz. Hier besprechen die betreuenden Ärztinnen und Ärzte ihre Fälle mit den Kolleginnen und Kollegen aller wichtigen Fachdisziplinen und legen die weiteren Behandlungsschritte miteinander fest. Die aktuellen internationalen und nationalen Leitlinien für die Behandlung der Krebstumore sind dabei die Richtschnur.



Prof. Dr. med. habil.

Tanja Kühbacher

Sprecherin medius
Tumorzentrum
Chefärztin
Klinik für Innere Medizin,
Diabetologie, Gastroentero-
logie, Tumormedizin und
Palliativmedizin
medius KLINIK NÜRTINGEN
Tel. 07022 / 78-21400



Dr. med. Michael Burkhardt

stv. Sprecher medius
Tumorzentrum
Chefarzt
Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
medius KLINIK
OSTFILDERN-RUIT
Tel. 0711 / 4488-11300



IMMER WIEDER DIENSTAGS ...
Beim Blick in den Kalender von Prof. Kühbacher findet man kaum Lücken.
Unter der Vielzahl der Einträge fällt jedoch ein Termin immer wieder ins
Auge:

Dienstagnachmittags ist Tumorkonferenz – jede Woche, immer zur gleichen Zeit. Dann finden sich neben Prof. Kühbacher regelmäßig auch die ärztlichen Experten der anderen Fachabteilungen im Besprechungsraum zusammen, um alle aktuellen Patientenfälle zu besprechen und gemeinsam die bestmögliche Therapie festzulegen.

„Eine Krebserkrankung ist neben den körperlichen Belastungen für Betroffene vor allem auch psychisch ein tiefer Einschnitt. Jeder Mensch geht unterschiedlich mit dieser Situation um, Ängste und Unsicherheit sind ganz natürliche Begleiter“ betont Prof. Tanja Kühbacher. „Vor diesem Hintergrund ist es unser Ziel, das Wissen, die Erfahrung und Expertise jedes einzelnen Kollegen aus der Tumorkonferenz bestmöglich für die optimale individuelle Behandlung unserer Patientinnen und Patienten einzusetzen. Der Patient profitiert enorm von diesem „vernetzten Erfahrungsschatz“.

Daniel, ich brauch einen Saal!

OP-Manager und OP-Koordinatoren halten die Fäden in der Hand



Daniel Sonnek
OP-Koordinator
medius KLINIKEN
KIRCHHEIM | NÜRTINGEN

Timo Hertl
OP-Koordinator
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Andreas Seitz
OP-Manager
medius KLINIKEN

Fäden sind wichtig im Operationssaal. Etwa der Faden, mit dem der Chirurg am Schluss die Wunde zunäht. Und es gibt die vielen Fäden, die OP-Manager Andreas Seitz in der Hand hält. Zusammen mit den beiden OP-Koordinatoren Daniel Sonnek und Timo Hertl organisiert er den Einsatz von Personal, Sälen und Material in den medius KLINIKEN. OP-Koordinator und OP-Manager sind Jobs im Hintergrund. Kaum ein Patient weiß, dass es sie gibt. Aber die medius KLINIKEN verfügen insgesamt über 20 Operationssäle an drei Standorten, und natürlich muss jemand dafür sorgen, dass momentan täglich 45 bis 50 Operationen abgestimmt werden. Und dass der Laden auch reibungslos läuft, wenn Notfälle dazukommen.

„Ramona, kannst du morgen in der Intensivstation aushelfen? Du hast es letztes Mal so gut gemacht.“
Telefonierend läuft Andreas Seitz durch den langen Flur, in dem sich acht OP-Säle aneinanderreihen.
„Schön, ich sag dann auf deiner Station Bescheid.“

Problem gelöst. Seitz ist ein Routinier. Seit 38 Jahren arbeitet er in den medius KLINIKEN. Mit Erfahrung und Weiterbildung hat es der OP-Pfleger zu dieser Leitungsposition gebracht, heute müsste er dafür OP-Management studieren.

PUZZLESPIEL MIT NOTFALL

OP-Koordinator Daniel Sonnek steht vor dem Monitor, der im Flur hängt. Das bunte Puzzle auf dem Bildschirm stellt das Gesamtprogramm des Tages in allen acht Nürtinger OP-Sälen dar. Jeder Arzt, jede OP-Schwester kann im Vorbeigehen einen Blick darauf werfen. Es ist kurz vor neun Uhr. Schon vier blaue Balken – vier Notfälle, die am Morgen nachgemeldet wurden. Fünf rote Balken zeigen an, wo gerade operiert wird. Ein Balken ist hellgrün – schon fertig. Abends soll das ganze Tableau grün leuchten. Das kann – wenn viel Unvorhergesehenes passiert – bis 21 oder 22 Uhr dauern.



DIE DIGITALISIERUNG IM KASTEN

Als OP-Manager hat Andreas Seitz stets Kosten und effektive Arbeitsabläufe im Blick. Wie in jedem Betrieb spielt dabei auch in der Klinik die Digitalisierung eine Hauptrolle. Man ahnt das zufriedene Lächeln hinter der Gesichtsmaske, als Seitz einen Metallschrank öffnet, um sein automatisches Bestellsystem für das Nahtmaterial zu präsentieren. Im Schrank stehen nur Boxen mit Fäden, die verschiedenen Stärken leicht erkennbar. Vorne an jeder Box ist ein kleines Display. „Jedes Mal, wenn ich ein Schächtelchen rausnehme, drücke ich auf den Minusknopf. Am 1. und 15. des Monats checkt das System, was fehlt und bestellt selbst nach“, erklärt Seitz.

Etwas komplizierter wird die Digitalisierung der OP-Instrumente, die eine Medizinprodukteverordnung der EU verlangt. Künftig muss nachgewiesen werden, mit welchem Instrument der Patient operiert worden ist. Dazu wird ein RFID-Chip auf das Instrument aufgeklebt. Seitz hat schon eine Idee für die nächste Stufe: Eine Sensormatte auf dem OP-Tisch. „Dann wüssten wir automatisch, welches Instrument verwendet wurde. Das wäre ein schönes Digitalisierungsprojekt“, schwärmt er. Er wüsste dann, wie oft ein Instrument benötigt wird, wie viele er kaufen muss, wie viele er im sog. OP-Sieb bereitstellen und hinterher aufbereiten muss. Bei 1207 verschiedenen Siebcontainern – mit oft sehr teuren Instrumenten – ist das ein betriebswirtschaftlicher Faktor. Ähnlich ist es bei den Implantaten. Klar, dass jede Prothese nummeriert und dem Patienten zugeordnet sein muss. Sonnek träumt noch von der Just-in-Time-Lieferung einer künstlichen Hüfte – das wäre ökonomischer als alle Größen auf Vorrat zu haben. Der OP-Koordinator bringt es auf den Punkt: „Je effektiver eine Klinik mit den Finanzen umgeht, umso mehr kann sie für ihre Patienten tun.“

Wenn ein Operateur eine zusätzliche Operation ins Tagesprogramm einträgt, greift er anschließend zum Telefon: „Daniel, ich brauch’ einen Saal.“ Sonnek schaut dann auf den Monitor: Wo müsste demnächst eine Operation beendet sein und ein Saal frei? Wen kann er einsetzen? „Das ist wie Tetris spielen“, sagt der 44-Jährige, der an der medius KLINIK NÜRTINGEN das Computer-Puzzle steuert. Den Joker spielt er selbst. „Wenn’s knallt und eng wird, mache ich den Springer.“ Springer und Instrumentierender bilden das Duo, das für jede OP nötig ist. Der Instrumentierende hat sterile Schutzkleidung an und reicht dem Arzt die Instrumente. Der Springer ist der Handlanger, der Verpackungen öffnet. Im Notfall verschiebt Sonnek seine Leute so, dass er selbst bei einer einfacheren OP assistiert, damit er nebenher noch auf den Programm-Monitor achten und organisieren kann.

Fäden sind, wie gesagt, wichtig im OP. Die Nerven des Koordinators müssen aber Seilstärke haben. Daniel



Sonnek arbeitet seit 1999 in den medius KLINIKEN, hat die Weiterbildung zum Fachkrankenschwäger für den Operationsdienst absolviert und ist seit acht Jahren OP-Koordinator. Schon manch' schwerer Unfall und einige Großalarme haben ihn herausgefordert. Aber der sportliche Typ scheint so cool zu sein wie seine beeindruckenden Tattoos an Schulter und Wade. „Wir haben noch immer eine Lösung gefunden“, sagt er. Eine Operation auf den nächsten Tag zu verschieben, das will der Koordinator vermeiden. „Wir wissen, was das für den Patienten bedeutet, der sich darauf eingestellt hat.“ Allenfalls am späten Abend gibt es Grenzen. „Der Patient erwartet ja auch, dass ein OP-Team topfit ist“, sagt Sonnek.

SCHNELLER ALS DIE FEUERWEHR

Bei der Planung spielt seit mehr als einem Jahr das Coronavirus mit. Andreas Seitz wird ernst: „Wenn alle Intensivbetten belegt sind, kann ich nicht so viel

operieren, wie es eigentlich unsere Aufgabe wäre.“ Während der dritten Welle im April 2021 lag die Kapazitätsgrenze bei etwa 30 Operationen täglich. Was immer laufen muss, das ist der Not-Kaiserschnitt. Dafür ist stets ein OP-Saal neben dem Kreißsaal reserviert. Und wenn der Gynäkologie auf den Knopf drückt, dann rennen Anästhesist und OP-Pflege los. Eine kurze Absprache im Flur, dann ist das Team einsatzbereit – weniger als zwei Minuten sind dazu nötig. So schnell ist nicht mal die Feuerwehr.

In seiner Freizeit drosselt Andreas Seitz das Tempo beim Gärtnern oder Malen. „Ich tauch' dann mal ab“, heißt das Bild, das über seinem Schreibtisch hängt. So ganz hat der Job den Hobbykünstler wohl nicht losgelassen. Die roten Flächen neben dem Taucher im Bademantel erinnern an Blutkörperchen. Vom OP-Koordinator wird erwartet, dass er die Kapazitäten gerecht auf die Abteilungen verteilt, dass er die Urlaube im Blick hat und dass das Team – vom Chef abgesehen – pünktlich Feierabend hat. „OP-Pflege-

personal ist eine knappe Ressource. Mit der muss man sorgsam umgehen“, sagt OP-Manager Seitz, der für die Personalakquise und Ausbildung des OP-Teams an allen drei Klinikstandorten verantwortlich ist. Um 16 Uhr zieht die Normalschicht den blauen oder grünen Kittel aus. Das restliche Programm arbeitet Koordinator Sonnek in zwei OP-Sälen und mit kleinem Team ab.



Offen für Neues

Internationales Ärzteteam in Ruit: Herausforderung und Gewinn für alle Seiten

„Ich denke, dass Deutschland zu mir passt. Ich bin eine pünktliche Person“, sagt Assistenzarzt Cristobal Munoz-Perez, der in Barcelona aufgewachsen ist. Die gute Organisation und Effektivität in deutschen Krankenhäusern werden von den jungen Ärzten und Ärztinnen im internationalen Team medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT geschätzt. Sie loben auch die gute technische Ausstattung, die häufig deutlich besser ist als in ihren Heimatländern. Die Ärzte aus ganz Europa und Lateinamerika bemerken auch, wie sich kulturelle Unterschiede auf das Verhalten der Patienten auswirken. So haben die Experten in Weiß in Bulgarien einen schwereren Stand als in Deutschland, in Ungarn scheint der Respekt noch groß zu sein, in Spanien schließen sich fachliche Anerkennung und lockeres Du nicht aus. Auch die Hierarchien zwischen Assistenzarzt und Chefarzt unterscheiden sich, ebenso die Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal.

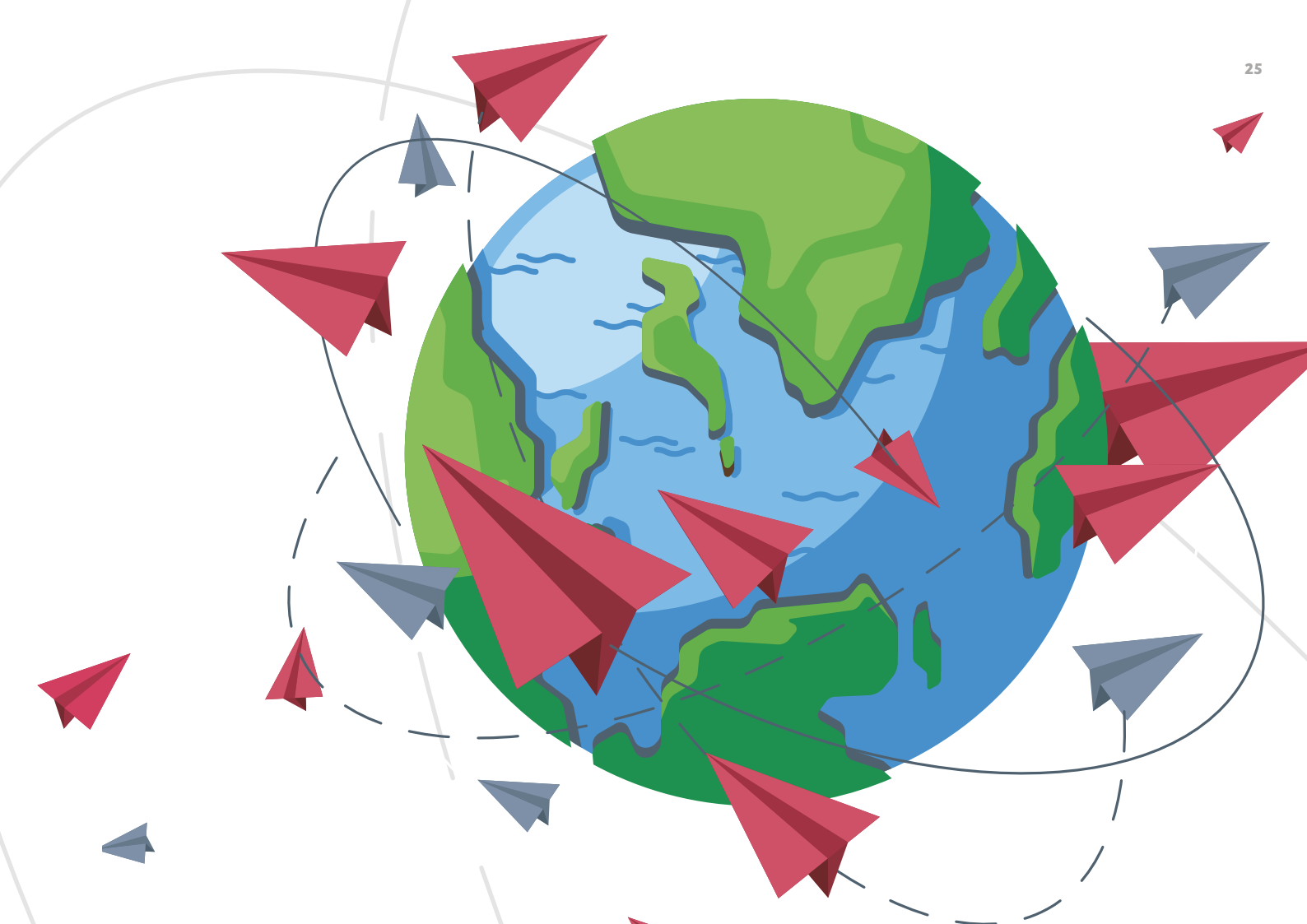
„Deutschland ist wahrscheinlich das einzige Land, in dem alle Assistenzärzte sonografieren müssen“, vermutet Pablo Uriegas-Mallen aus Mexiko. „Das machen bei uns die Radiologen“, bestätigt Roberta Rosa, seine italienische Kollegin. Es braucht einige Erfahrung, um die flimmernden Ultraschall-Bilder interpretieren zu können. Doch mittlerweile freut sich Uriegas, dass er diese Untersuchungen selbst machen kann und schnell ein Ergebnis zur Hand hat. Andererseits übernehmen die Ärzte hierzulande Aufgaben, die in Italien oder Spanien das Pflegepersonal erledigt: Blut abnehmen oder eine Viggo legen, also einen intravenösen Zugang. Das verschaffe dem Arzt mehr Zeit für die Diagnose und das Gespräch mit Patienten, findet Munoz-Perez – wohlwissend, dass dennoch jeder Arzt mit der Kanüle umgehen können muss.

Die hervorragende Ausstattung mit Geräten finden alle Mediziner aus dem Ausland toll. In Bulgarien seien die Untersuchungskapazitäten begrenzt, berichtet

Assistenzärztin Maya Kirilova. Für Patienten mit Geld werde mehr möglich gemacht. Anett Szabó erzählt Ähnliches aus Ungarn. Ein Arzt dürfe monatlich nur eine bestimmte Anzahl von CT-Untersuchungen veranlassen. „Das ist grenzwertig, wenn man die notwendige Diagnostik nicht machen darf“, klagt sie. Pablo Uriegas ist froh, dass er in Ruit keine Unterschiede zwischen Privatpatienten und anderen machen muss.

Erstaunlich unterschiedlich scheint das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in den verschiedenen Ländern zu sein. Der bulgarische Patient, so erzählt Maya Kirilova, halte sich prinzipiell für kerngesund. Deswegen mache er nicht unbedingt, was der Arzt wolle. Dieser sollte aber nach zwei Minuten eine Diagnose liefern und in fünf Minuten heilen. In Ungarn ist der Arzt offenbar noch eine unumstrittene Autorität. „Der Patient macht, was der Arzt sagt“, erzählt Anett Szabó. Verallgemeinerungen sind immer und überall schwierig. Den typisch deutschen Patienten kann man in einer Gesellschaft, die sich rasant wandelt, kaum mehr ausmachen. Aber, was Anett Szabó beschreibt, darf man wohl als Trend einstufen. Viele Patienten haben sich im Internet informiert. Sie fragen viel und manche werden auch fordernd. „Für den Arzt ist es schwieriger geworden“, findet die Internistin.

Arbeit im Krankenhaus bedeutet Teamarbeit. Das heißt nicht, dass es keine Hierarchien gibt. Die nimmt jeder etwas anders wahr. Die strengen Hierarchien in der Ausbildung und bei der Arbeit in mexikanischen Kliniken waren für Pablo Uriegas-Mallen ein Grund, nach Deutschland zu gehen. Noch ungezwungener als hier scheint es in Spanien zuzugehen. „Wir duzen uns alle“, sagt Cristobal Munoz-Perez, der auch mit den jungen Patienten per Du war. In Ruit hat er den jüngeren Kollegen und dem Pflegepersonal ebenfalls sofort das Du angeboten. Mit den Oberärzten sei er – obwohl das Verhältnis sehr gut sei – noch per Sie.

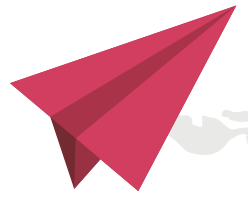


Prof. Dr. Bodo Klump, Chef der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Tumormedizin, betrachtet die internationale Zusammensetzung seines Teams als Vorteil. Zunächst aber sei die Integration für beide Seiten ein herausfordernder Prozess. Es gelte, die neuen Kollegen mit ihren sehr unterschiedlichen Temperamenten und Sichtweisen sowie anderer fachlicher Ausbildung einzulernen und zu betreuen. Auch kritische Blicke müssten die Neulinge ertragen, wenn sie für eine Anamnese mehr Zeit benötigen und weniger Patienten schaffen. Das erste Jahr in Deutschland sei mehr als hart, habe ihm ein junger italienischer Arzt gebeichtet – das habe sich unter italienischen Medizinstudenten schon herumgesprochen. Chefarzt Klump beobachtet aber mit Freude, wie seine ausländischen Mitarbeiter Selbstbewusstsein entwickeln, lockerer werden, auch mal während der Visite scherzen und im Team eine gute Mischung und gute Stimmung entsteht.

Ihre deutschen Kollegen seien so sehr auf die Arbeit fokussiert, dass sie sich kaum einmal fünf Minuten Zeit nähmen, um einfach mal zu quatschen, sagt Anett Szabó. Eine offenere Kommunikation bringe mehr Freude in die Arbeit hinein, findet sie und glaubt, dass sich die

Offenheit ausländischer Kollegen auf das ganze Team übertrage – und umgekehrt wirke die disziplinierte Arbeitsweise auf die Zugezogenen. „Es ist eine Herausforderung, einen guten Mittelweg zu finden“ sagt die 35-jährige Ungarin.

Kommunikative Offenheit verbindet sich gern mit Empathie – eine Eigenschaft, die gut in eine Klinik passt. Das gleicht manches Verständigungsproblem wieder aus. Diese positive Rückmeldung erhält Chefarzt Klump von Patienten immer wieder. Ein mehrsprachiges Team habe ganz praktische Vorteile, findet Roberta Rosa: „Wir können Patienten aus unseren Heimatländern helfen, die nicht so gut Deutsch sprechen.“ Das Stichwort Motivation nennen fast alle befragten Ärzte. „Wer aus dem Ausland hierher kommt, ist sehr motiviert und lernbereit“, sagt Maya Kirilova. „Ich glaube, das kann ein Team mit der Zeit gut verstärken.“ Dass deutsche Krankenhäuser auf die vielen zugewanderten Mediziner angewiesen sind, steht auf einem anderen Blatt. Das Wort „Fehlsteuerung“ kann sich Prof. Dr. Klump mit Blick auf den Numerus clausus an den Universitäten nicht verkneifen.



... und wo kommen Sie her?

Wir fragen unsere Ärzte, was sie nach Deutschland geführt hat



Cristobal Munoz-Perez: Vor fünf Jahren ist er in Barcelona aufgebrochen, um seine Facharzt-Ausbildung zu machen. Bevor er im Mai 2020 nach Ruit wechselte, war er in Künzelsau und in der Psychiatrie Weinsberg beschäftigt. Obwohl er schon zuhause Deutsch ge-

lernt hatte, betrachtet er die Sprache noch immer als Herausforderung. „Ein Arzt muss gut reden können, ich versuche mich täglich zu verbessern“, sagt der 28-Jährige. Dabei weiß er längst, dass er beim Schwaben nachfragen muss, wenn diesem der „Fuß“ weh tut. Vorurteile vonseiten der Patienten erlebt Munoz-Perez – genau wie die anderen ausländischen Ärzte – keine. „Im Gegenteil, die Patienten sind neugierig, wollen wissen, woher ich bin und warum ich hergekommen bin.“ Das sei eher ein Vorteil, um ein vertrauensvolles Gespräch zu eröffnen. Cristobal Munoz-Perez und seine Freundin planen, in Deutschland zu bleiben: „Wir fühlen uns wohl. Es ist ein gutes Land, um Kinder zu haben.“ Und auf den Streit zwischen Katalonen und Spaniern könne er gut verzichten.



Anett Szabó : Die 35-jährige Internistin und Notfallmedizinerin stammt aus Debrecen, der zweitgrößten Stadt Ungarns. Dort studierte sie, außerdem ein Jahr lang in Madrid. In Deutschland arbeitet sie seit acht Jahren, hat in Künzelsau ihre Facharztprüfung gemacht und danach im Fernstudium Gesundheitsmanagement studiert, neben der Arbeit. Über eine Leasingfirma ist sie voriges Jahr nach Ruit gekommen, um sich zur Kardiologin ausbilden zu lassen. Ihre Firma hat sie nun für einige Monate nach Thüringen geschickt. Aber im Sommer will Anett Szabó wieder nach Ruit zurück und auch bleiben. „Ich habe mich hier sehr, sehr wohl gefühlt“. Sie vermisst das Team in der Notaufnahme.

Guten Morgen, Frau Nüchtern!

Der Datenschutz hat die Namensschilder an den Patientenbetten verbannt. In Deutschland, nicht in Ungarn. Manchmal kleben allerdings auch bei uns Schildchen an den Betten. Eines verleitete Anett Szabó dazu, die Patientin mit einem freundlichen „Guten Morgen, Frau Nüchtern!“ zu begrüßen. Als im nächsten Zimmer ein Herr Nüchtern im Bett lag, wurde die Ärztin aus Ungarn stutzig und schlug schnell das ihr unbekannte Wort nach.



Pablo Uriegas-Mallen: Die deutsche Schule in Mexiko-Stadt und ein halbes Jahr als Austauschschüler in Paderborn, das waren zwei Wegzeiger, die den 29-Jährigen nach dem Studium in Richtung Deutschland aufbrechen ließen. Eine gute Facharzt-Ausbildung und bessere Arbeitsbedingungen waren weitere Beweggründe. Klar, die Bezahlung ist auch deutlich besser. „Geld ist wichtig, aber es ist sinnlos, wenn die Arbeit keine Freude macht“, sagt Uriegas-Mallen. Ob er hier bleiben wird? Die Facharzt-Ausbildung dauere ja noch einige Jahre. Der junge Mexikaner, der akzentfrei redet und dessen Tonfall sich schon deutsch anhört, lässt die Antwort offen: „Wenn dann mein Leben sagt, hier gibt es gute Möglichkeiten ...“



Roberta Rosa: Ganz unten am italienischen Stiefel, links vom Absatz, liegt die Basilicata, die Heimatregion der 29-Jährigen. Studiert hat sie in Perugia, der Partnerstadt Tübingens. Deutschland war für sie kein Neuland, als sie im Mai 2020 als Assistenzärztin in Ruit anfieng. „Ich hatte schon Freunde, die hierher gezogen waren, und ich hatte bei Besuchen gute Erfahrungen gemacht.“ Deutsch hatte sie jedoch erst zwei Jahre lang gelernt, als sie hier ankam. „Jetzt lerne ich mit Patienten und Kollegen jeden Tag dazu“, sagte Roberta Rosa. Und lieber frage sie nochmal nach, bevor sie etwas falsch verstehe. Auf das Stichwort Italien reagierten die Patienten sehr freundlich: Ein schönes Land – dort wäre man gerade lieber als im Krankenhausbett.



Maya Kirilova: Schwäbisch sei noch schwieriger als Bayerisch, sagt die 26-jährige Bulgarin, die in München Medizin studiert hat und seit verganginem Jahr im Rüter Krankenhaus arbeitet. In Stresssituationen falle ihr manchmal das passende Wort nicht ein, erzählt sie. „Der Kopf denkt ein Wort, der Mund sagt etwas anderes.“ Das mag man kaum glauben, wenn man sie fehlerfrei reden hört. Schließlich hat sie schon an der deutschen Schule in Sofia Deutsch gelernt. Die Menschen hier findet sie offener: „Sie sagen, was sie denken.“ Zuhause sage ihre Familie, sie habe in diesen sieben Jahren schon deutsche Eigenschaften angenommen: ordentlich, pünktlich und zielstrebig. Der Berufsstart im Coronajahr 2020 war eine Herausforderung: neue Stelle, neue Stadt und eine neue Krankheit, von der man wenig wusste. Die hat noch eine kleine Nebenwirkung: Viele Kollegen kennt Maya Kirilova nur mit Maske.

AUFGEFANGEN IN EINEM ENGMASCHIGEN NETZ ...

Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie

Mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland erkrankt mittlerweile im Laufe eines Jahres psychisch. Dies ist für die knapp 18 Millionen Betroffenen und ihr persönliches Umfeld mit massivem Leid verbunden und führt oft zu schwerwiegenden Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben.

Im Landkreis Esslingen versorgt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der medius KLINIK KIRCHHEIM psychisch erkrankte Erwachsene, die einer stationären Behandlung bedürfen. Mit 220 Betten ist die Klinik die größte Fachabteilung im gesamten Klinikverbund der medius KLINIKEN.

Einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie geht oft ein langer Leidensweg voraus. Dennoch zögern viele Betroffene, frühzeitig medizinische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Letztendlich ist deshalb eine stationäre Behandlung in der Klinik unumgänglich. Dabei könnte ein frühzeitiges Eingreifen in vielen Fällen eine langwierige Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes verhindern.

Verschiedene ambulante und teilstationäre Angebote ermöglichen eine psychiatrische Betreuung der Betroffenen, ohne sie aus ihrem gewohnten sozialen und familiären Umfeld „herausreißen“ zu müssen. Dies ist ein wichtiger Aspekt.

Vor diesem Hintergrund bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie neben der stationären medizinischen Behandlung auch sogenannte teilstationäre und ambulante Angebote für Betroffene an. Die Patienten können so in verschiedenen Phasen ihrer Erkrankung unterschiedliche Behandlungskonzepte in Anspruch nehmen.

Um ihnen möglichst wohnortnah die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen, sind die verschiedenen Einrichtungen der Klinik nicht alle unmittelbar in der medius KLINIK KIRCHHEIM untergebracht, sondern dezentral im Landkreis verteilt.

WELCHE TEILSTATIONÄREN UND AMBULANTEN ANGEBOTE GIBT ES?

Das stationäre Angebot der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wird durch ein teilstationäres Angebot zweier Tageskliniken ergänzt:

PSYCHIATRISCHE TAGESKLINIK FILDERSTADT-BERNHAUSEN

Die psychiatrische Tagesklinik betreut erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen und Lebenskrisen, die mehr als eine ambulante Therapie benötigen, für die jedoch eine vollständige stationäre Behandlung nicht notwendig ist. Das heißt, die Patienten werden unter der Woche tagsüber in der Tagesklinik betreut und versorgen sich abends und am Wochenende eigenständig zu Hause.

TAGESKLINIK FÜR ÄLTERE MENSCHEN AN DER MEDIUS KLINIK KIRCHHEIM

Ein ähnliches Konzept bietet die Tagesklinik für ältere Menschen an. An 18 Behandlungsplätzen wird hier speziell auf die Bedürfnisse älterer psychisch erkrankter Menschen eingegangen. Auch bei dieser tagesklinischen Behandlung soll der Bezug zur häuslichen Umgebung und den sozialen Kontakten erhalten bleiben.

TAGESKLINISCHE VERSORGUNG AUF DEN STATIONEN

Eine tagesklinische Behandlung kann auch im Anschluss an einen stationären Aufenthalt auf der behan-

delnden Station in der Klinik erfolgen. Dabei wird der Patient tagsüber in der Klinik behandelt, geht jedoch über Nacht nach Hause.

PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ (PIA) – IN KIRCHHEIM, FILDERSTADT, PLOCHINGEN UND ESSLINGEN

Vier PIAs ergänzen die ambulanten Angebote der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten sowie der sozialpsychiatrischen Dienste.

Das Team der PIA übernimmt dabei zum Beispiel die Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren und langfristigen psychischen Störungen, bei denen aufgrund ihrer besonderen Situation der Zugang zu einer Facharztpraxis oder anderen Versorgungsstrukturen mit zu großen Hemmungen verbunden ist.

Hier können Betroffene, die nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt noch eine gewisse Zeit die Anbindung an eine wichtige Bezugsperson bzw. ein multiprofessionelles Behandlungsteam benötigen, behandelt werden. Außerdem kann mit Hilfe einer PIA-Behandlung ein stationärer, psychiatrischer Aufenthalt abgekürzt oder vermieden werden.

Ziel dieses Behandlungskonzeptes ist es, den Betroffenen – in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten sowie den sozialpsychiatrischen Diensten – ein engmaschiges Netz aus Unterstützung und Behandlung anbieten zu können.



Prof. Dr. Christian Jacob
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
medius KLINIK KIRCHHEIM
Tel. 07021 / 88-41500



ENDO... WAS?!

Über das Chamäleon in der Gynäkologie

Endometriose – ein komplizierter Name für eine nicht minder vielschichtige Erkrankung. Nur wenige haben bislang jemals davon gehört. Betroffen sind allerdings 10–15 % aller gebärfähigen Frauen. Da die Erkrankung auch unter Medizinerinnen nicht immer im Fokus der Untersuchungen steht, geht der Diagnose oft ein regelrechter Ärztemarathon voraus. Woran liegt das?

„Die Endometriose wird auch als Chamäleon in der Gynäkologie bezeichnet“, weiß Ivonne van der Lee, stellvertretende Leiterin der Gynäkologischen Ambulanz der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT und selbst Endometriose-Patientin, „sie tarnt sich gut, ist sehr vielseitig und meist auch unberechenbar“.

ZU LANGER LEIDENSWEG

Die Mechanismen der Endometriose sind komplex und die Anamnese und Diagnose erfordern Zeit und vor allem medizinische Erfahrung (siehe nebenstehender Infokasten). Da die Erkrankung meist mit starken Schmerzen im Unterleib sowie beim Geschlechtsverkehr oder einem unerfüllten Kinderwunsch einhergeht, wird sie zudem oft als Tabu empfunden und „frau“ spricht ungern darüber. So vergehen vom Auftreten von Symptomen bis zur Diagnose durchschnittlich 6–8 Jahre. Da die Symptome Menstruationsbeschwerden ähneln, erleben die Patientinnen häufig, dass ihr Leiden als „normal“ bezeichnet wird und gar nicht behandelt wird. So kommen nicht selten Beziehungsprobleme oder Depressionen hinzu. Eine schwere Zeit.

DIE „ENDO-LADIES“ VERNETZEN SICH

Da Endometriose so vielschichtig ist, ist das Bedürfnis der Patientinnen nach Infos und einem vertrauensvollen Gespräch besonders groß ist. Ein wesentlicher Grund für Ivonne van der Lee – zusammen mit Chefarzt Dr. Michael Burkhardt – mit viel Engagement und Herzblut die Selbsthilfegruppe „Endo-Ladies“ ins Leben zu rufen, die mit ca. 800 Frauen die größte ihrer Art ist.

Die Gruppe bietet den betroffenen Frauen mit einer Online-Plattform einen geschützten Raum, wo sie sich vertrauensvoll austauschen können. Sie finden hier neben Fachvorträgen von erfahrenen Medizinerinnen auch Erfahrungsberichte von Frauen, Informationen zu Schmerztherapie, Osteopathie, Ernährung und Entspannung, aber auch Hilfestellung bei Reha-Anträgen oder Ähnlichem. Auch über die sozialen Medien können sich die Frauen vernetzen und unkompliziert austauschen.



WAS IST ENDOMETRIOSE?

Bei Frauen mit Endometriose wächst außerhalb der Gebärmutterhöhle ein Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut ähnlich ist – betroffen sind z.B. Eileiter, Eierstöcke, Bauch, Darm, Blase, seltener auch andere Organe. Die Endometriose kann zwar völlig ohne Beschwerden verlaufen, die Endometriose-Herde verursachen aber oft starke Schmerzen oder gar Blutungen. Sie können zudem Regel- oder Unterbauchschmerzen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auslösen oder von einem unerfüllten Kinderwunsch begleitet sein. Es handelt sich um eine gutartige, aber chronische Erkrankung. Eine genaue Ursache der Erkrankung ist bis heute nicht bekannt.

DIAGNOSE

Eine sichere Diagnose ist oft nur durch eine sogenannte Laparoskopie (Bauchspiegelung) möglich. Häufig erfolgt bei diesem Eingriff gleichzeitig eine Therapie, indem die Endometriose-Herde entfernt werden.

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN (JE NACH SCHWEREGRAD)

Schmerzmittel, Hormone, Operation, naturheilkundliche Ansätze

Selbsthilfegruppe ENDOMETRIOSE

Kontakt über Ivonne van der Lee

Tel. 0711 / 4488-11300

selbsthilfe.endometriose@medius-kliniken.de

www.endoladies.de

„Besonders wertvoll für unsere Gruppe“, so van der Lee, „ist die medius KLINIK als Kooperationspartner. Die Frauen schätzen nicht nur die dortigen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des angeschlossenen Endometriose-Zentrums, sondern auch die Offenheit der Schulmedizin zu naturheilkundlichen Heilmethoden wie beispielsweise Kurkuma“.

FÜREINANDER DA SEIN

Van der Lee steht den Frauen aber auch persönlich mit Rat zur Seite, beantwortet täglich ca. 20–40 Anfragen: „Ich möchte die Frauen dort abholen, wo sie gerade stehen, nehme jede Anfrage ernst und habe Verständnis“. Selbst Mütter wenden sich an die Selbsthilfegruppe, um mehr über Endometriose zu erfahren, da sie die Erkrankung bei ihren Töchtern vermuten und ihnen Linderung ihrer Beschwerden verschaffen möchten. So wächst die Teilnehmerzahl der Gruppe stetig weiter – auch wenn zu Pandemiezeiten keine persönlichen Treffen stattfinden können. Die Frauen sind online füreinander da, um sich gegenseitig zu helfen – und sei es „nur“ durch Zuhören.

AUS PERSÖNLICHER SICHT

Die heute 35-jährige Marina Heinrich sucht aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches Rat bei zahlreichen Gynäkologen, „probiert vieles aus“ und gelangt schließlich in verschiedene „Kinderwunschkliniken“. Aber alles bleibt „ohne Erfolg, immer wieder bricht eine Welt zusammen“, schildert sie. Sprechen möchte sie mit Familie und Freunden lieber nicht über ihren Kinderwunsch: „Man zweifelt irgendwann an sich selbst, fühlt sich nicht als vollwertige Frau, auch Schuldgefühle kommen auf.“ Ihr Partner ist ihr einziger Begleiter, der Kinderwunsch schweißt sie zusammen, sie wollen nicht aufgeben. So finden die beiden nach knapp



„Niemals aufgeben, denn auch eine Erkrankung kann die Ursache eines unerfüllten Kinderwunsches sein!“

drei Jahren auf eine Empfehlung hin den Weg in die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, wo Chefarzt Dr. Michael Burkhardt sie zunächst einem eingehenden Check-up unterzieht. Sie wird ernst genommen, und nun schafft sie es auch, sich mit anderen Frauen über eine Selbsthilfegruppe des dortigen Endometriose-Zentrums auszutauschen.

Dies war in den unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung und Kinderwunsch-Behandlung sehr hilfreich. Schließlich willigt Marina Heinrich in eine diagnostische Bauchspiegelung (sogenannte Laparoskopie) ein, wobei tatsächlich kleine Endometriose-Herde gefunden und entfernt werden, die eine Schwangerschaft bislang verhindert haben. So wird es nach insgesamt fünf Jahren und einer Behandlung in der Kinderwunsch-Klinik Ludwigsburg schließlich doch noch möglich, dass Marina Heinrich und ihr Partner ihren kleinen Sohn Maximilian in ihren Armen halten können. Beide können ihr Glück kaum fassen und raten anderen Paaren: „Niemals aufgeben, denn auch eine Erkrankung kann die Ursache eines unerfüllten Kinderwunsches sein!“



Ivonne van der Lee

Zertifiziertes Endometriose-Zentrum
Stv. Leitung Gynäkologische Ambulanz

Dr. med. Michael Burkhardt

Chefarzt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

Tel. 0711 / 4488-11300



Der kleine Maximilian



Nach der Geburt: Marina Heinrich
mit Dr. Michael Burkhardt und
Hebamme Marion Däubler

EINE BESONDERE VERBINDUNG...

... ZUR MUSIK

**Liebe Frau Wientjens,
Sie spielen im städtischen Blasorchester Göppingen
Saxophon. Was hat Sie bewogen, sich mit anderen
Musikern zusammenzuschließen?**

Ich komme aus einer Musikerfamilie. Mein Vater spielt Posaune, meine Mutter hat früher in einem großen Chor gesungen, meine Schwester hat eine kleine Musikschule und spielt sämtliche Instrumente.

Mit vielen Musikern in einem Orchester zu musizieren, Emotionen über die Musik zu transportieren ist etwas Wunderbares. Manchmal spürt man richtig, wie sich das Orchester gemeinsam im Flow befindet – das sind ganz besondere Momente in der Musik.

etwas ganz Besonderes – spannend sind die Phasen, in denen einzelne Instrumentengruppen dieselbe Passage aus einem Stück üben und wir dann später alles zusammensetzen. Dann passt einfach alles und hört sich harmonisch oder voller Spannung an.

Spielen Sie mit Bauch, Herz oder Kopf?

Wenn ich längere Zeit mal nicht gespielt habe, benutze ich doch verstärkt den Kopf. Zählen, Tonart beachten etc. In der Regel wird die Musik jedoch erst so richtig schön, wenn Bauch und Herz zum Spiel beitragen „dürfen“.

**Wo liegt der Unterschied, wenn
Sie allein oder mit anderen
musizieren?**

Der Unterschied liegt bei mir klar auf der Hand: Bin ich alleine, nehme ich es mit dem Zählen nicht so genau, genieße die Zeit mit der Musik in meiner eigenen Geschwindigkeit. In der Gruppe geht das natürlich nicht bzw. es gibt einen freundlichen Hinweis aus der Gruppe. Das Musizieren in der Gruppe ist

**Woran erkennen Sie das perfekte Zusammenspiel
der Gruppe?**

Es gibt in einem Konzert immer so einen ganz bestimmten Zeitpunkt – meist am Ende eines Werkes, an dem wir monatelang gearbeitet haben. Die letzten Töne schwingen noch durch die Luft. Die Dirigentin hält den Dirigierstab noch oben und alle spüren die Spannung. Das Publikum sitzt in dem Moment voller Klänge da. Diese Spannung hält die Dirigentin ein paar wenige Sekunden aufrecht, dann schließt sie die Augen, der Dirigentenstab sinkt langsam herab und sie lächelt – daran erkennen wir das perfekte Zusammenspiel im Orchester – herrlicher Moment.



Renate Wientjens
Stellvertretende Pflegedirektorin
medius KLINIKEN KIRCHHEIM | NÜRTINGEN



EINE BESONDERE VERBINDUNG...

... zur Natur

**Liebe Frau Vosseler,
Sie gehen in Ihrer Freizeit gerne Klettern und Bergsteigen. Was genau reizt Sie an diesem Hobby? Wie sind Sie zu diesem Hobby gekommen?**

Schon mein Opa war ein Kletterer und viel in den Bergen unterwegs. Und auch meine Eltern fuhren im Urlaub gerne mit meinen Geschwistern und mir ins Gebirge. In der Alpenvereinschütte, in der wir immer wieder übernachteten, gab es eine acht Meter hohe Kletterwand. Hier zu klettern – von oben gut gesichert – war immer ein Highlight. Später waren es dann die Klettersteige im Tannheimer Tal, die uns fasziniert haben. Inzwischen haben mein Mann und ich die Felsen auf der Schwäbischen Alb für uns entdeckt und zur Abwechslung gehen wir auch gerne mal in die Kletterhallen in der Gegend.

Am Klettern reizt mich vor allem die Herausforderung. Egal ob am Fels oder in der Kletterhalle, ob durch die Finger- und Armkraft, Flexibilität, Ausdauer oder das Gleichgewicht – ich komme sehr oft an meine Grenzen.

Aber auch die Psyche ist nicht zu vergessen. Es kostet viel Überwindung, hoch hinaus zu klettern und die Natur ganz klein um sich herum zu betrachten. Es ist aber auch beeindruckend, an einem Felsen 20 Meter senkrecht unter sich oder über sich den Kletterpartner zu sehen – sofern man ihn noch sehen kann ...

Hat das Klettern auch Einfluss auf die Ausübung Ihres Berufes genommen?

Für mich ist das Klettern ein guter Ausgleich zur Arbeit. Zwar ist bei beidem eine gewisse körperliche Leistung notwendig, beim Klettern jedoch kann ich den Kopf frei bekommen. Ich konzentriere mich beim Klettern voll und ganz auf meinen nächsten Schritt, den nächsten Armzug, den nächsten oder letzten Haken, um das Seil einzuhängen. Genauso muss ich mich beim Sichern auf meinen Partner konzentrieren, ihm Seil nachzugeben oder ihn auf Zug zu halten, um einen Sturz abzufangen.



Maren Vosseler
Pflegekraft der Intensivstation
medius KLINIK NÜRTINGEN

Was ist in einer Seilschaft – d.h. im Zusammenspiel zwischen der kletternden und der sichernden Person – besonders wichtig?

Das Wichtigste und Entscheidende in einer Seilschaft ist das Vertrauen. In dem Moment, wo ich als Kletternde in die Route einsteige, muss ich meinem Partner zu 100% vertrauen. Wenn es zu einem Sturz kommt und man den Halt verliert – egal durch was – habe ich als Kletternde keine Kontrolle mehr über die Situation, mein Partner aber fängt meinen Sturz ab. Das Seil verbindet uns miteinander und mein Partner wird zu meiner Sicherung. Ohne diese Sicherung und ohne Vertrauen kann keine Seilschaft funktionieren.

Von welchen Muskeln ist beim Klettern das perfekte Zusammenspiel gefragt?

Klettern hat sehr viel mit dem Gleichgewicht und mit Körperspannung zu tun. Deshalb sind sehr viele Muskeln beteiligt. Gerade das macht das Klettern so reizvoll. Es fängt vorne an den Fingern an, um sich an kleinen Felskanten halten zu können, aber es geht über die gesamte Armmuskulatur über die Schulter-, Rücken- und Bauchmuskulatur, welche vor allem im Überhang von großer Bedeutung ist. Auf Dauer ist jedoch das Zusammenspiel mit der Beinmuskulatur gefragt.

Durch die Beine kann viel Kraft „eingespart“ werden. Da sprechen wir vor allem von der Technik, dass die Arm- und Beinmuskulatur sich perfekt ergänzt und somit die komplette Körpermuskulatur am effektivsten genutzt werden kann.

Wie schaffen Sie beim Klettern die richtige Verbindung zwischen Kopf und Körper?

Der Körper ist ganz offensichtlich beim Klettern entscheidend, jedoch spielt der Kopf oft die viel größere Rolle. Wenn der Kopf „blockiert“ und man Angst bekommt – was nicht unwahrscheinlich ist durch die Höhe – bleibt einem keine andere Wahl als sich ins Seil zu setzen und sich abzulassen. Da hilft kein gutes Zureden oder Abwarten. Es benötigt vor allem am Anfang viel Übung, viele Versuche, viel Überwindung, um sich an die Höhe beim Klettern zu gewöhnen. Es ist wichtig, sich selbst einschätzen zu können: Ich muss wissen, welche Schwierigkeitsstufen ich kann und wie viel Kraft ich habe. Nur wenn der Kopf weiß, dass ich die Route schaffen kann, kann der Körper loslegen und die notwendige Kraft einsetzen.



In der Kletterhalle



Auf dem Weg zum Gipfel

Die heimliche Steuerzentrale

Die medius Logistik bringt alles auf den richtigen Weg

Die Logistik ist eines der wichtigsten Rädchen im Getriebe einer Klinik und gewährleistet, dass das medizinische und pflegerische Personal reibungslos arbeiten kann und die Patienten bestmöglich versorgt sind.

Der Materialstrom muss immer fließen: So wie das Blut unsichtbar durch den Körper gepumpt wird, werden alle Güter im Krankenhaus auch für den Patienten nahezu unsichtbar im Hintergrund des Geschehens an ihre Ziele verteilt. Das heißt jeden Tag, auch an Sonn- und Feiertagen und oft bis in den Abend hinein.

Das alles erfordert eine passgenaue zeitliche und räumliche Steuerung, alle Krankenhausbereiche müssen

über die Logistik miteinander verbunden und versorgt werden: Funktionsabteilungen, Stationen, die Küche und die Apotheke, in der Mitte all dessen das Zentrale Lager.

Unterwegs sind die Mitarbeiter auf diesen Wegen mit großen LKWs und Dienstfahrzeugen, im Haus verteilen sie alles mit Containern, Transportwägen und Kisten und legen dabei zahlreiche Kilometer am Tag zurück. Ein sehr verantwortungsvoller und sportlicher Job!



medius KLINIK NÜRTINGEN

Fuhrpark

Die 30 Fahrzeuge des Fuhrparks legen im Jahr Tausende von Kilometern zurück, um alle Waren pünktlich an ihren Bestimmungsort zu bringen.



~42.500 km/Jahr



~18.588 km/Jahr



~12.780 km/Jahr



~9.900 km/Jahr



~45.000 km/Jahr

über **128,000 km/Jahr**
rollen die Fahrzeuge des Fuhrparks durch den Landkreis





Logistik-Team



36 Kolleginnen und Kollegen arbeiten im Haus- und Transportdienst.

12 Mitarbeitende haben eine sog. Fahrkarte und sind mit unserem medius Fuhrpark unterwegs zwischen den Standorten

Jeder von ihnen legt pro Tag

14–20 km zurück.



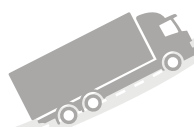
Tagesklinik Bernhausen



medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT



Die Drehscheibe:
Das Zentrallager der medius KLINIKEN



Apotheke

Die Patientinnen und Patienten benötigen täglich Medikamente. Viele davon werden von der Krankenhaus-Apotheke individuell zubereitet.



~**5–6** Tonnen Medikamente und Infusionen werden pro Woche an jeden Klinikstandort verteilt.



Das sind **9615** Arzneimittelpackungen/Woche



Hinzu kommen ~**15.000** Zubereitungen von Zytostatika und Antikörpern pro Jahr zur Durchführung von Chemotherapien

Hier bewegt sich was

Erstaunlich, was in einer Klinik alles transportiert werden muss, damit es rund läuft: von medizinischen Geräten bis zur Wäsche – unsere Logistik ist für alles da.

- Medizinische Geräte
- Sterilisationsgüter
- Laborproben
- Medikamente
- Betten/Büromöbel
- Post
- Speisen und Getränke
- Wäsche
- Abfälle



medius KLINIK KIRCHHEIM



medius Akademie

Expertenhilfe aus einer Hand



Ein Patient mit gesicherter rheumatoider Arthritis kommt in die Rheuma-Ambulanz der medius KLINIK KIRCHHEIM. Er verspürt neben seinen Gelenkschmerzen seit mehreren Wochen eine zunehmende Taubheit an beiden Füßen. Wegen seines Rheumas nimmt er auch regelmäßig Medikamente ein.

FOLGENDE FRAGEN GILT ES ZU KLÄREN:

Was sind die Ursachen der sensitiven Einschränkungen? Handelt es sich um eine Polyneuropathie (Nervenschädigung)? Hat das was mit dem Rheuma zu tun oder gar den Medikamenten? Ist es vielleicht sogar eine neue Erkrankung oder eine Folge dieser? Und vor allem: Wie kann dem Patienten geholfen werden? Um das herauszufinden, musste der Patient bis vor kurzem ein aufreibendes Ärzte-Hopping betreiben. Seit April 2018 ist das nicht mehr nötig.

Seitdem ist an der rheumatologischen Ambulanz der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie der medius KLINIK KIRCHHEIM unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Hellmich eine sogenannte Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) eingerichtet.

RHEUMA HAT VIELE GESICHTER

Rheumatische Erkrankungen sind chronisch, haben unterschiedliche Verläufe und Symptome. Sie sind unheilbar und schwierig zu behandeln. Die Therapiemaßnahmen greifen oftmals stark in das Immunsystem der Patienten ein. Begleit- und Folgeerkrankungen kommen bei vielen hinzu.

Rheumakranke müssen nicht nur Schmerzen, sondern auch Unklarheiten in Bezug auf Verlauf, Therapie und mögliche Folgeerkrankungen ertragen. Sie betreiben einen großen Aufwand, um Hilfe zu finden und ihre Beschwerden zu lindern.

EXPERTEN VERNETZEN SICH

Mit der rheumatologischen ASV steht Patienten mit nachgewiesener rheumatologischer Erkrankung oder Verdacht darauf ein interdisziplinäres Team aus Fachärz-

ten zur Verfügung. „Durch die enge Vernetzung der Teammitglieder werden schnelle Facharzttermine sowie kurzfristig weitere Spezialuntersuchungen ermöglicht“, erklärt der Chefarzt und Rheuma-Experte Hellmich.

Er führt ein hochkarätiges Team aus Rheumatologen und weiteren Spezialisten an. Fachärzte von innerhalb und außerhalb der Klinik, zum Teil auch niedergelassene Ärzte kommen hinzu – beispielsweise aus der Augenheilkunde, der Frauenheilkunde, der Neurologie, der Kardiologie, der Psychiatrie, der Urologie und anderen Fachbereichen.

MEDIZINISCHE LEISTUNGEN AUS EINER HAND

„Der Werkzeugkoffer der Ärzte ist mit der ASV gut gefüllt“, freut sich Bastian Voigt, Leiter des Patientenmanagements. Das heißt, die Ärzte haben im Rahmen einer ASV mehr Möglichkeiten den Patienten zielgerichtet zu helfen. Beispielsweise können radiologische Untersuchungen direkt vor Ort in der Klinik gemacht werden, was früher nicht möglich war. „Im Rahmen der ASV kann nun fast alles aus einer Hand geboten werden“, so Voigt weiter. Was Diagnose und Therapie betrifft, kooperieren

und kommunizieren die in die ASV eingebundenen Ärzte auf kurzen Wegen miteinander. Davon profitieren die Patienten enorm. Sie können ohne großen bürokratischen Aufwand interdisziplinär von den verschiedenen Fachärzten durchgecheckt werden. Ihnen wird schneller geholfen.

Beim Patienten mit den Taubheitsgefühlen in den Beinen wurde anhand einer neurologischen Untersuchung eine Polyneuropathie festgestellt. Als Ursache dafür stellte sich letztendlich eine Diabeteserkrankung heraus.

SPRECHSTUNDEN Rheumatologie
Termine nach telefonischer Vereinbarung
Tel. 07021/88-47430



VORAUSSETZUNGEN FÜR PATIENTEN

Um als Rheuma-Patient an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilzunehmen, muss eine gesicherte Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung oder ein begründeter Verdacht darauf bestehen. Eine Überweisung durch einen Vertragsarzt (landläufig Kassenarzt) ist ebenfalls notwendig.

VORAUSSETZUNGEN DER KLINIK

Voraussetzung für die Gründung einer ASV an einer Klinik ist neben einer nachweisbar hohen Expertise des Ärzteteams auch eine Mindestfallzahl an behandelten Patienten mit relevanten Diagnosen. Aktuell sind rund 3000 Patientinnen und Patienten im Rahmen der rheumatologischen ASV der medius KLINIK KIRCHHEIM erfasst.



Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich

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



Status Grün für den SCHOCKRAUM

Rettungsdienste von DRK und Maltesern arbeiten Hand in Hand mit den Zentralen Notaufnahmen (ZNA) der medius KLINIKEN

Wichtige Menschen nehmen gern den Seiteneingang. So machen es auch die Rettungsdienste an der medius KLINIK NÜRTINGEN. Normale Besucher werden über die schöne Allee zum Haupteingang geleitet, die Liegandanfahrt für die Fahrzeuge von DRK und Maltesern liegt versteckt an der Rückseite der Klinik: eine lange Betonmauer, eine Wendepflanze, drei große Garagen und eine kleine, in der startklar das Fahrzeug für den Notarzt steht. Allein der DRK-Rettungsdienst steuert knapp 30 mal am Tag die medius KLINIK NÜRTINGEN an. An allen drei Standorten der medius KLINIKEN kommen zusammen im Schnitt täglich fast 80 Rettungsfahrzeuge von DRK und Maltesern an. Das macht rund 28.000 Patienten im Jahr – Tendenz steigend, weil die Rettungsdienste zunehmend auch bei kleineren gesundheitlichen Problemen angerufen werden.

Krankentransportwagen 4-85-4 des DRK Esslingen-Nürtingen fährt – ohne Blaulicht – auf die Klinik zu. Auf der Wendefläche dreht das Fahrzeug einen Halbkreis, dann steuert es rückwärts auf die mittlere Garage zu. Zwei junge Sanitäterinnen steigen aus, öffnen die hintere Tür und ziehen die elektrohydraulische Fahrtrage heraus, deren Räder automatisch ausfahren. Eine ältere Frau liegt auf der Trage. Die Sanitäterinnen schieben sie die wenigen Meter zum Aufzug. Vom UG zur Zentralen Notaufnahme (ZNA) im EG sind es nur Sekunden.

INFORMATIONSFLOSS IST DAS A UND O

Ein langer Flur mit 17 Behandlungsräumen sowie verschiedene Funktionsbereiche, das ist die Nürtinger



DRK ESSLINGEN-NÜRTINGEN



9 RETTUNGSWACHEN MIT
6 NOTARZTSTANDORTEN IM
LANDKREIS ESSLINGEN



14 RETTUNGSWAGEN,
6 NOTARZTEINSATZFAHRZEUGE
SOWIE 18 KRANKENTRANSPORT-
WAGEN



Notaufnahme. Ganz vorne der Schockraum für schwere Fälle. Den braucht die alte Dame nicht. Rettungssanitäterin Lea Stapf geht zur Anmeldung und gibt die Versicherungskarte ab. Dann schiebt das DRK-Duo die Patientin den Flur entlang, wo Krankenpflegerin Ellen Balz die Patientin übernimmt. Von der Sanitäterin erhält sie die wichtigsten Informationen: Name, Alter, vom Hausarzt eingewiesen, vermutlich Schulterluxation. Soweit alles klar. Lea Stapf hebt mit einem Knopfdruck



KNAPP 47.000 PATIENTENTRANSPORTS IM JAHR, DAVON 11.000 MIT NOTARZTBEGLEITUNG. TRÄGER DER INTEGRIERTEN LEITSTELLE IM LANDKREIS



470 MITARBEITER

die hydraulische Trage auf Höhe des Klinikbettes an, zwei Pflegekräfte lagern die Frau vorsichtig um. Die beiden jungen DRK-Sanitäterinnen wünschen der Patientin noch alles Gute und machen mit der leeren Trage kehrt.

Trotz aller Routine gehören zum alltäglichen Betrieb auch kleine Probleme. Wenn viel los sei, so berichtet Sanitäterin Lea Stapf, müsse sie manchmal erst jemand suchen, der sich um den Patienten kümmere und bei dem die Information des Hausarztes angekommen sei. In kritischen Fällen funktioniert das System aber reibungslos. „Jeder weiß, was er zu tun hat“, betont die Sanitäterin, „alles geht schnell, aber es bricht keine Hektik aus.“

Über das elektronische System Rescue-Track (RT) weiß die Notaufnahme immer, wenn ein Rettungswagen auf dem Weg nach Nürtingen ist. Oberarzt Seyed-Ebrahim Ahmadi schaut auf den RT-Bildschirm, der im ZNA-Stützpunkt – eine Art Regieraum – über den anderen Monitoren hängt. „In fünf Minuten kommt ein Patient an, der in die

Unfallchirurgie muss. Trauma, Oberschenkel.“ Ein weiteres Fahrzeug ist angekündigt, noch ohne weitere Info. Der RT-Monitor zeigt auch den Klinik-Status an: vier mal Grün. Grün für die medius KLINIK insgesamt, Grün für den Schockraum, für die Unfallchirurgie und für die Intensivstation. Grün bedeutet keine Einschränkungen, Gelb steht für eingeschränkte Versorgungsmöglichkeiten und Rot für das drohende Erschöpfen der Ressourcen. „Rot haben wir selten“, erklärt Ahmadi, „und auch dann können wir noch die primäre Notfallversorgung leisten“.

Den Klinik-Status zeigt auch das kleine Rescue-Track-Navi an, das in jedem Rettungswagen hängt. Die Besatzungen sehen also, welches Krankenhaus Kapazitäten frei hat. Doch am Einsatzort müssen sie auch nach medizinischen Gesichtspunkten entscheiden, wohin sie den Patienten bringen. „Die nächste geeignete Klinik“, so lautet die Regel. Die Entscheidung hängt aber auch davon ab, über welche Fachabteilungen ein Klinikstandort verfügt.

NICHT JEDER WUNSCH WIRD ERFÜLLT

Gelegentlich führt das zu Diskussionen mit Patienten oder Angehörigen. „Wir versuchen, in einem gewissen Maß auf Wünsche einzugehen“, sagt Michael Wucherer, Rettungsdienstleiter beim DRK Esslingen-Nürtingen.



„Wenn ein Patient in einer Klinik schon bekannt ist, bringen wir ihn dort hin.“ Es handelt sich aber um kein Wunschkonzert. Wenn Sanitäter oder Notarzt die Kirchner Klinik für richtig halten, dann fahren sie auch mal an der Nürtinger vorbei. Oder wenn ein Autofahrer aus Reutlingen einen Unfall in Neckarhausen hat, kann er nicht erwarten, nach Reutlingen gebracht zu werden.

„Das ist im Kreis Esslingen mit seinen drei spezialisierten medius KLINIKEN und zwei weiteren Krankenhäusern schon ein komplexes System“, findet Marc Lippe, Geschäftsführer des Malteser-Hilfsdienstes Neckar-Alb. „Im Kreis Reutlingen haben wir nur eine Klinik, die wir anfahren.“ Deshalb, so erklärt Lippe, habe man in den vergangenen Monaten ein Patienten-Management-System entwickelt. Die Verantwortlichen der Rettungsdienste saßen mit den Geschäftsführern aller Kliniken und den ärztlichen Leitern der Notaufnahmen zusammen, um „klare Vorgaben“ für die Rettungsdienste und eine „patientenorientierte Versorgung“ zu schaffen.

ALLE HÖREN ZU

In schweren Fällen senden die Rettungskräfte oder der Notarzt schon auf der Fahrt zusätzliche Informationen an die Klinik: Erstdiagnose, Verletzungsart, Vitalwerte, Kreislauf instabil etc. Das alles zeigt der Rescue-Track-Monitor im Schockraum an. Kommt hier ein schwerer Fall an, erfolgt die Übergabe des Patienten nach strengen Regeln. Das Klinik-Team wartet bereits. Anästhesist, Chirurg und Pflegekräfte bilden einen Halbkreis und hören dem Notarzt zu. „Es gilt absolute Ruhe, nur einer spricht“, betont Oberarzt Ahmadi. Damit keine Information verloren geht, geht es nicht nach Schema F, sondern nach Schema A, B, C, D, E: Atemweg, Belüftung, Circulation (Kreislauf), Disability (Bewusstsein) und Environment (Gesamtzustand, Vorerkrankungen). Auch das Unfallgeschehen schildern die Rettungsdienstler dem Klinik-Team. „Der Arzt sollte wissen, ob der Airbag ausgelöst oder das Autodach eingedrückt wurde. Dann kann er gezielter untersuchen“, erklärt Malteser-Chef Marc Lippe. Noch Fragen? Keine? Dann legt das Klinik-Team los. Diese Art der Übergaben trainieren die Rettungsdienste regelmäßig gemeinsam mit den Kliniken.

MALTESER-HILFSDIENST, BEZIRK NECKAR-ALB



NOTARZT-STANDORTE
IN PLOCHINGEN UND
FILDERSTADT-BONLANDEN



3 RETTUNGSWAGEN IN
NÜRTINGEN, PLOCHINGEN,
LEINFELDEN-ECHTERDINGEN



19.000 EINSÄTZE IM LAND-
KREIS ESSLINGEN, DAVON
CA. 4500 FAHRTEN ZU DEN
MEDIUS KLINIKEN (JAHR 2020)



162 MITARBEITER

Um Abläufe zu optimieren, treffen sich die Rettungsdienst-Organisatoren auch am Runden Tisch mit Klinikleitung, Chefärzten und der Leitung der Notaufnahme. Ein Thema der letzten Treffen war die geplante neue Zentrale Notaufnahme in Nürtingen. Durch den Neubau auf dem bisherigen Hubschrauberlandeplatz soll auch die Wegführung optimiert werden, sodass die Rettungsdienste keinen Patienten mehr mit dem Aufzug transportieren müssen.

Auch das DRK plane weitere Verbesserungen, kündigt Michael Wucherer an, etwa beim Rescue-Track-System. Künftig sollen nicht nur bei Notfällen, sondern auch beim normalen Krankentransport wichtige Informationen und das Einsatzprotokoll vorab an die Klinik gesendet werden.





Die kleine Spinne hat im Krankenhaus
 allerhand Interessantes gefunden und
 in ihrem Netz gelagert. Leider sind dabei
 die Buchstaben durcheinander geraten.

Rätsel

resech 6

ripzets 2

kentamidem 1

stalluralch 5

pisg 4

denbrav 3

Finde die richtigen Wörter!
 Die roten Buchstaben darin ergeben
 das Lösungswort. Beginne mit 1.

Lösungswort

1	2	3	4	5	6

SICHERE SOFORTHILFE GIBTS IN UNSEREN KLINIKEN.

Vorsorge und rechtzeitige
Behandlung sind entscheidend
für Ihre Gesundheit.
Auch in Zeiten von Corona.
**WIR SIND FÜR SIE DA.
MIT SICHERHEIT.**

Eine Initiative von: Klinikum Esslingen, medius KLINIKEN
sowie den Kreisärzteschaften Esslingen und Kirchheim/Nürtingen

 **medius**
KLINIKEN

Klinikum Esslingen 