

IMPULSE

MEDIZIN AM KLINIKUM HERFORD HEUTE

Ausgabe 1/2015



Mediziner-
ausbildung
für Ostwestfalen-
Lippe ist auf dem Weg

Bietergemeinschaft
erhält Zuschlag

➤ Seite 3

Klinik für
Nuklearmedizin
wird erweitert

Neubau einer Station zur
Schilddrüsentherapie

➤ Seite 8

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

Sie halten die zweite Ausgabe unserer Zeitschrift »Impulse« in neuem Format in den Händen.

Wir blicken zurück auf ein ereignisreiches Jahr 2014. Das letzte Jahr war vor allem durch erhebliche Bauinvestitionen gekennzeichnet. Die Hochhausanierung schreitet weiter voran. Der zweite Bauabschnitt wird in diesen Wochen in Betrieb genommen. Das Klinikum erscheint Richtung Haupteingang, in nördlicher Richtung, in neuem Glanz. Die moderne Fassade aus Stein und Glas ist beeindruckend. Bis in den Spätherbst des nächsten Jahres wird dann die Sanierung Richtung Süden abgeschlossen sein. Gerade diese Baumaßnahme schränkt unsere Möglichkeiten einer flexiblen Belegung ein, stellt Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wieder vor neue Herausforderungen, die aber mit Bravour gemeistert werden. Dafür bedankt sich die Klinikleitung sehr herzlich.

Im letzten Jahr ist auch eine neue Krankenhausapotheke, ein Neubau für Geriatrie- und Palliativmedizin sowie eine Garage für Notarzteinsetzfahrzeuge errichtet worden. In diesem Zusammenhang wurde auch die Verwaltung erweitert.

Trotz der baulichen Maßnahmen ist die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten weiter gewachsen, und sie nimmt auch weiterhin zu. Das Klinikum mit seiner Leistungsstärke und seiner Qualität ist für viele Patientinnen und Patienten in der Region das Krankenhaus der ersten Wahl. Wir werden weiter investieren, zum Beispiel noch in diesem Jahr in ein neues Parkhaus, um unsere Leistungsfähigkeit und Qualität zu verbessern.

In der neuen Zeitschrift finden Sie viele wichtige und interessante Informationen über das Klinikum. Wir freuen uns sehr, dass wir die Kooperation mit den benachbarten Mühlenkreiskliniken weiter ausbauen können, zum Beispiel bei der Etablierung des neuen Brustzentrums Minden-Herford oder im Bereich der Labormedizin. Die gemeinsame Qualität hat auch die Ruhr-Universität in Bochum bei der Suche von Partnern für die Medizinerbildung in Ostwestfalen-Lippe überzeugt. Zusammen werden wir rund 120 Studierende der Medizin pro Jahr in neuen universitären Einrichtungen ausbilden und Forschungsprojekte ausbauen. Davon profitieren vor allem unsere Patientinnen und Patienten.

Ich bedanke mich ganz herzlich im Namen der gesamten Unternehmensleitung bei allen, die sich bei der Erstellung dieser Zeitschrift engagiert haben und wünsche Ihnen, den Leserinnen und Lesern, dass Sie einen informativen und interessanten Einblick in unsere Welt der Medizin erhalten.

Ihr



Martin Eversmeyer



Martin Eversmeyer
Vorstand

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
Klinikum Herford AöR
Schwarzenmoorstraße 70
32049 Herford
Telefon: 05221 94-0
Fax: 05221 94-2649
Friederike.Buettner@klinikum-herford.de
www.klinikum-herford.de

REDAKTION
v.i.S.d.P. Friederike Buettner,
Leitung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

LAYOUT
Pape + Partner / Leidecker & Schormann

AUFLAGE
3.500 Exemplare

FOTO
Klinikum Herford
Mühlenkreiskliniken
Peter Hübbe
Marta Herford
123RF

Bietergemeinschaft Minden-Herford erhält offiziellen Zuschlag

Medizinerbildung für Ostwestfalen-Lippe ist auf dem Weg



Die Ruhr-Universität Bochum (RUB) hat sich bei ihrer Auswahl weiterer Universitätskliniken für die Bietergemeinschaft Minden-Herford entschieden und dieser nach Ablauf einer formalen Einspruchsfrist den offiziellen Zuschlag übermittelt. Gerade wurde ein entsprechender Rahmenvertrag unterschrieben. Die Bietergemeinschaft (Mühlenkreiskliniken und Klinikum Herford) tritt jetzt in konkrete Abstimmungen mit der Ruhr-Universität Bochum ein, um alle Voraussetzungen zu erfüllen, damit zum Wintersemester 2016/2017 die ersten Medizinstudierenden in Ostwestfalen-Lippe (OWL) den praktischen Teil ihres Medizinstudiums beginnen können.

Die Landesregierung unterstützt die Neugestaltung des Bochumer Modells, die unter anderem die Erweiterung der Medizinerbildung in OWL umfasst, dauerhaft mit zusätzlich bereitgestellten Landesmitteln in Höhe von sechs Millionen Euro im Jahr. Die Neugestaltung des Bochumer Modells umfasst die Erhöhung der Studierendenzahlen um zehn Prozent, die Erweiterung der klinischen Medizinerbildung in zusätzliche Universitätskliniken in der Region OWL sowie den Aufbau eines Lehrpraxen-Netztes und die Stärkung der klinischen Forschung in allen Universitätskliniken der RUB. Die Federführung dafür liegt bei der Ruhr-Universität Bochum. Ab dem Wintersemester 2016/2017 werden die ersten 60 Studierenden mit ihrem klinischen Ausbildungsabschnitt (7. bis 10. Semester) in OWL beginnen. Ein Jahr später kommen weitere 60 Studierende hinzu, sodass ab dann immer gleichzeitig 120 Studierende den klinischen Teil ihres Medizinstudiums – und nachfolgend oft auch ihr Praktisches Jahr – in einem der Krankenhäuser der Bietergemeinschaft in Ostwestfalen-Lippe ab-

solvieren werden. Fakultät und Universität freuen sich auf eine erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Bietergemeinschaft, zu der das Johannes Wessling Klinikum Minden, das Klinikum Herford, das Krankenhaus Lübbecke-Rahden und die Auguste-Viktoria-Klinik in Bad Oeynhausen gehören. Die Wahl war nach einem fairen und transparenten Auswahlverfahren, das an dem Grundgedanken orientiert gewesen ist, die für die universitäre medizinische Lehre und Forschung am besten geeigneten Krankenhäuser auszuwählen, auf die Bietergemeinschaft aus dem Norden Ostwestfalens gefallen.

Das Angebot der Bietergemeinschaft Minden-Herford richtet ein besonderes und bisher einmaliges Augenmerk auf die medizinische Versorgung in einer ländlich geprägten Region. Während die klassische Medizinerbildung in Metropolen konzentriert ist, setzte die Bewerbung der Mühlenkreiskliniken und des Klinikums Herford einen ganz neuen Schwerpunkt. Den Unternehmen geht es darum, die



• An den rot markierten Standorten werden Medizinstudenten ab 2016 ausgebildet.

medizinische Versorgung in einem ländlichen Raum auf einem hohen universitären Niveau weiterzuentwickeln. Durch die vielfältigen Aktivitäten und Erfahrungen im Bereich der standortübergreifenden Versorgung, der Telemedizin und der überregionalen Partnerschaften, sind hier Kompetenzen vorhanden, die nur sehr wenige Verbünde in Deutschland anbieten. Damit sind die Voraussetzungen für eine innovative und zukunftssträchtige Forschung gegeben. Auch die positiven wirtschaftlichen Auswirkungen einer Ansiedlung von universitären Einrichtungen an den Standorten der Biertergemeinschaft für die gesamte Region sind nicht zu unterschätzen. In der Peripherie einer Universitätsklinik, das belegen die Erfahrungen anderer Häuser, werden sich Unternehmen ansiedeln, die von der Zusammenarbeit mit den lehrenden und forschenden Einrichtungen profitieren. Darauf und auf die Auswirkungen einer wachsenden Studierendenschaft, auf die sich die Biertergemeinschaft sehr freut, müssen sich die heimischen Kommunen und ihre Bevölkerung einstellen. Bei der

Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner in einer Kooperation von mehreren Standorten in einem ländlich geprägten Raum setzen die Verantwortlichen auf den sogenannten Klebeeffekt. Danach bleiben ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner häufig in der Region, in der sie ausgebildet wurden und lassen sich hier nieder.

In den Häusern der Biertergemeinschaft werden jedes Jahr in 42 Kliniken und Instituten über 100.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Der klinische Teil des Medizinstudiums wird an den Standorten in Herford, Minden, Lübbecke und Bad Oeynhausen stattfinden. Der theoretische Teil der Lehre ist ausschließlich am Standort Minden vorgesehen. Hier wird es im Rahmen des Ausbaus zur Universitätsklinik auch zu einem Erweiterungsbau mit Hörsaal und Lehrräumen kommen. Die Pflichtfächer Anästhesiologie, Chirurgie und Urologie werden am Standort Herford angeboten, das Pflichtfach Orthopädie am Standort Bad Oeynhausen, die Pflichtfächer Psychiatrie/Psychotherapie, Psychosomatische Medizin/Psychotherapie am Standort Lübbecke und die Pflichtfächer Augenheil-

kunde, Dermatologie/Venerologie, Frauenheilkunde/Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Neurologie am Standort Minden. Außerdem sind die Querschnittsbereiche Medizin des Alters, Notfallmedizin und Bildgebende Verfahren/Strahlenbehandlung ebenfalls am Standort Minden verortet. Um die standortübergreifenden Angebote für den Unterricht am Krankenbett für die Studierenden besonders komfortabel zu gestalten, ist ein Bus-Shuttle-Service geplant.

Bisher ist es den beteiligten Krankenhäusern gelungen, dem bestehenden und sich weiter verschärfenden Mediziner-mangel erfolgreich zu begegnen. Die Mediziner-ausbildung in Ostwestfalen-Lippe bietet die Chance, in Zukunft junge Ärztinnen und Ärzte einfacher für die Krankenhäuser und Arztpraxen in OWL zu gewinnen. Mediziner, die ihre Ausbildung in den Häusern der Biertergemeinschaft genossen haben und sich anschließend in die regionale Niederlassung begeben, sind bestens mit den Krankenhausstandorten vernetzt. Auch dies wird sich positiv auf die medizinische Versorgungsqualität auswirken. Als Univer-



sitätskliniken haben die Mitglieder der Biertergemeinschaft so die Möglichkeit, ihren Beitrag zur Sicherung der ärztlichen Versorgung, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, langfristig für ganz Ostwestfalen-Lippe zu leisten.

Der Dank der Verantwortlichen aus den Unternehmensleitungen und deren Aufsichtsgremien geht an die hochqualifizierten und auf die Arbeit als Universitätsklinikern bestens vorbereitete Chefärztin und Chefarzte an den Standorten und das Bewerbungsteam in den Mühlenkreiskliniken und dem Klinikum Herford. Ohne die ohnehin vorhandenen Aktivitäten der Chefarzte im Bereich der Lehre und Forschung hätte die Biertergemeinschaft dieses qualitativ hohe Angebot für die Mediziner-ausbildung in Ostwestfalen-Lippe nicht abgeben können.

> Text: Mühlenkreiskliniken und Klinikum Herford

- Trafen sich zur ersten Arbeitssitzung zur Vorbereitung der Mediziner-ausbildung: v. l.
 - Edith Schwarzkopf, stv. Dezernentin, Dezernat 7 – Verwaltung der Medizinischen Einrichtungen der RUB;
 - Landrat Dr. Ralf Niermann, Verwaltungsratsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken;
 - Rhena Beckmann-Fuchs, Leitende Verwaltungsdirektorin, Dezernat 7 – Verwaltung der Medizinischen Einrichtungen der RUB;
 - Prof. Dr. med. Albrecht Bufe, Dekan der medizinischen Fakultät der RUB;
 - Dr. Olaf Bornemeier, Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken;
 - Dr. med. Christine Fuchs, Projektbeauftragte Mediziner-ausbildung der Mühlenkreiskliniken;
 - Martin Eversmeyer, Vorstand des Klinikums Herford;
 - Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Reinbold, Ärztlicher Direktor des Johannes Wesling Klinikums Minden;
 - Prof. Dr. med. Klaus Weichert-Jacobsen, Ärztlicher Direktor des Klinikums Herford;
 - Dr. med. Arno Schäfer, Projektbeauftragter Mediziner-ausbildung des Klinikums Herford;
 - Landrat Christian Manz, Verwaltungsratsvorsitzender des Klinikums Herford.

Hände desinfizieren hilft

Interview mit Martin Eversmeyer zum Thema Krankenhaushygiene



Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer verantwortet als Vorstand die Einhaltung des Infektionsschutzgesetzes am Klinikum Herford. Dazu ist er in regem Austausch mit der Abteilung für Krankenhaushygiene, die aus vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besteht. Er verlässt sich darauf, dass sich Mitarbeiter regelmäßig die Hände desinfizieren, dass u. a. Ultraschallköpfe, Endoskope, Stethoskope entsprechend gewartet und aufbereitet werden sowie Kittel in der Krankenhauskantine abgelegt werden.

Das Thema Hygiene gerät immer mehr in den Fokus des öffentlichen Interesses, deshalb hat »Impulse« einige Fragen an Martin Eversmeyer gestellt:

■ Warum sind besonders Krankenhäuser vom Keimbefall betroffen?

Gerade bei schwerkranken Patienten ist es eine Herausforderung, die Übertragung eines Keimes von einer Person zur anderen zu verhindern. Bei einigen Patienten ist das Immunsystem in Zusammenhang mit der Grunderkrankung in eine Schieflage geraten. Wir achten im Klinikum sehr genau auf die Einhaltung der Hygieneschutzbestimmungen, um die Ausbreitung multiresistenter Erreger möglichst zu vermeiden. Im OP wird beispielsweise unter sehr hygienischen, sterilen Voraussetzungen gearbeitet. In anderen Bereichen, wie der Inneren Medizin, stellt es einen beson-

ders hohen Anspruch dar, die Ausbreitung von multiresistenten Erregern im wahrsten Sinne des Wortes »im Keim zu ersticken«.

■ Wie ist das Klinikum im Bereich der Hygiene aufgestellt?

Dr. med. Johannes Baltzer ist Ärztlicher Leiter der Abteilung für Krankenhaushygiene mit zwei Mitarbeitern, den Hygienefachkräften Christine Tönsing und Wilhelm Tüns, sowie einem weiteren Mitarbeiter, Thorsten Scheiding, in der Ausbildung zur Hygienefachkraft. Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Schulungen teil, um auf dem aktuellsten Stand der Hygieneschutzbestimmungen zu sein. Die Aufgaben sind vorrangig präventiv und sollen potenzielle Übertragungswege vermeiden. Krankenhäuser unterliegen der Verpflichtung, einen hohen hygienischen Standard nach den unterschiedlichsten gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und eventuelle Abweichungen einer detaillierten Risikobewertung zu unterziehen. Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, die Entwicklung der resistenten Erreger zu überwachen. Über verschiedene Surveillance (Überwachungs)-Module sind wir an das Robert Koch-Institut (RKI, gesetzgebendes Institut für die Krankenhaushygiene) »angedockt« sowie an das Nationale Referenzzentrum, die Charité Berlin, und an das Gesundheitsamt. Wir stehen in regelmäßigem Austausch.

■ Welche Keime stellen derzeit die größten Herausforderungen dar?

Resistente Bakterien, z. B. MRSA, stellen Krankenhäuser heute vor große Herausforderungen. Um die weitere Ausbreitung dieser Erreger zu minimieren, werden besondere Vorkehrungen getroffen und mit speziellen Screeningmethoden gemäß den Vorgaben des RKI nach diesen resistenten Erregern gesucht. Im Jahr 2014 haben wir bei der Aufnahme 8.000 Patienten gescreent, seit dem 1. April 2015 führen wir mikrobiologische Screenings bei allen Aufnahmen durch. Das werden dann innerhalb eines Jahres rund 30.000 Screenings sein. Zusätzlich werden bei bestimmten Risikogruppen etwa 500 bis 1.000 Patienten pro Jahr auf Multiresistente Gram Negative (MRGN) untersucht. Des Weiteren führen wir – auch wenn es noch keine Vorgabe des RKI ist – bei allen Patienten der Intensivstationen im Wochenrhythmus ab Aufnahme Folgescreenings durch, um sicherzustellen, dass wir eine Keimentwicklung frühzeitig bemerken und rechtzeitig verhindern können.

■ Was wird Mitarbeitern und Patienten empfohlen, um möglichst von Keimen verschont zu bleiben?

Das meistgebrauchte »medizinische« Werkzeug sind die Hände, daher bergen sie ein hohes Risikopotenzial. Die meisten Keime werden über die Hände übertragen; daher empfehlen wir allen, Mitarbeitern und Patienten, sich regelmäßig die Hände zu desinfizieren. Wir haben zahlreiche Desinfektionsmittelspender im Klinikum. Im Eingangsbereich jeder Station finden sich Desinfektionsmittelspender sowie zwischen den Abteilungen und auf den

Gängen. Wir sind sehr gut ausgestattet und weisen Besucher darauf hin, diese auch regelmäßig zu nutzen. Die Krankenhaushygiene schult alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt, Ärzte, Pfleger sowie Küchenmitarbeiter und Reinigungspersonal regelmäßig.

■ Was wird sich in den nächsten Jahren entwickeln und durchsetzen?

Es wird verstärkt auf Disziplin bezüglich offener und langer Haare geachtet werden müssen, die Bekleidung wird zukünftig mehr in den Fokus geraten. Ein Verzicht auf den langärmeligen Kittel bei der Visite wäre hilfreich, da nur bei einer kurzärmeligen Bekleidung eine den Vorgaben genügende Desinfektion möglich ist. Die Niederlande machen es uns gut vor: Einen Arzt im langen Kittel werden Sie dort in keinem Krankenhaus finden. Mit Krawatte übrigens auch nicht, merkt Dr. med. Johannes Baltzer an. »Krawatten sind mikrobiologisch die gefährlichsten Orte.«

> Interview: Friederike Buettner

Seltenheit in Deutschland

Neubau einer Station zur Schilddrüsentherapie



• Stolz präsentieren Chefarzt Dr. med. Jens Czyborra-Brinkmann und Vorstand Dipl.-Ing. Rudolf Küster die neue Abklinganlage, die im Untergeschoss des Krankenhauses dafür sorgt, dass Abwässer gereinigt ins Kanalnetz abgegeben werden.

Klinikvorstand Martin Eversmeyer freut sich über die Inbetriebnahme der neuen Radiojodstation im Klinikum Herford. Rund 2,5 Mio. Euro hat das Klinikum Herford in den Neubau der Radiojodstation investiert. Zusätzliche Ausgaben fielen für die Neuanschaffung der sogenannten »Abklinganlage« an. »Diese Abklinganlage sorgt dafür, dass die Abwässer der Abteilung gereinigt ins Kanalnetz abgegeben werden können«, berichtete der leitende Oberarzt und Strahlenschutzbeauftragte Gerhard Frese. »Mit der neuen Anlage, die mit einem finanziellen Aufwand von knapp 1,6 Millionen Euro errichtet wurde, erfüllen wir auf Jahre hinaus die geltenden Strahlenschutzbestimmungen und leisten einen aktiven Beitrag zum Umweltschutz, denn die belasteten Abwässer werden so gut gereinigt,

dass sie sauberer als normale Hausabwässer sind«, so Rudolf Küster, Vorstandsmitglied für die Bereiche Bau, IT und Technik.

Höchste Komfortstufe für unsere Patienten

Der Neubau der Radiojodstation war erforderlich geworden, um die steigenden Anforderungen des Strahlenschutzes zu erfüllen. Die 380 Quadratmeter große Station ist speziell zur Behandlung schilddrüsenkranker Patienten konzipiert worden. Hier können, als Alternative zum operativen Eingriff, mit Hilfe von radioaktiver Strahlung Schilddrüsenbehandlungen in für Patienten angenehmer Art und Weise durchgeführt werden. Dazu ist die Station mit hohem Komfort ausgestattet. Die Zimmer sind groß und geräumig, verfügen über bodentiefe Fenster und ein modernes Multimedia-Angebot. »Eigene Badezimmer sind für die Patienten jeweils vorgesehen, zudem gibt es sogar eine eigene Patien-

tenküche«, freute sich Chefarzt Dr. med. Jens Czyborra-Brinkmann. Hier können sich die Patienten Kaltgetränke holen oder frischen Kaffee aufbrühen.

Sowohl gutartige Erkrankungen der Schilddrüse wie eine Vergrößerung, dem Struma, aber auch Schilddrüsenkrebserkrankungen können auf der neuen Station behandelt werden. Mit dem Neubau der Station können nun auch sehr hohe Dosen an Radiojod für fortgeschrittene Krebserkrankungen der Schilddrüse verabreicht werden.

Was passiert bei einer Radiojodtherapie und für wen ist sie geeignet?

Die Radiojodtherapie ist ein Verfahren zur Behandlung von Schilddrüsenenerkrankungen. Aufgrund der guten Verträglichkeit und der geringen Nebenwirkungen ist die Therapie neben dem operativen Eingriff die

häufig bevorzugte Behandlungsmethode. Bei Krebserkrankungen werden beide Methoden kombiniert, zunächst wird eine Operation durchgeführt, im Anschluss erfolgt im Regelfall eine Radiojodtherapie.

Auch die Pflegenden der Station 4A sind speziell geschult im Umgang mit Schilddrüsenpatienten und insbesondere im Umgang mit Krebspatienten. Sie sorgen für eine reibungslose Versorgung und Betreuung der Patienten in der 4. Etage des Klinikums Herford mit Panoramablick über das Wiehengebirge und die Kreisstadt Herford.

> Text: Friederike Buettner



Beratung

Der Kontakt zur Klinik für Nuklearmedizin und zum MVZ kann telefonisch über das Sekretariat Susanne Schulze erfolgen, Tel. 05221 / 94 - 24 71. Hier würde zunächst die Indikation oder Behandlungsbedürftigkeit geklärt werden, bevor evtl. eine Radiojodtherapie durchgeführt werden kann. Für Beratungen stehen Chefarzt Dr. med. Jens Czyborra-Brinkmann und sein Team jederzeit gerne zur Verfügung.

Neuer Service für Mitarbeiter und Patienten



• Zu erreichen ist Dirk Meyer montags bis freitags, von 7 bis 15 Uhr, unter Telefon 94-1743.

Dirk Meyer, Belegungsmanager

Dirk Meyer ist zwar schon seit 25 Jahren als Krankenpfleger im Klinikum tätig, doch jetzt hat er neue Aufgaben übernommen. Als Belegungsmanager koordiniert er die Aufnahmen und Entlassungen der Patienten aus den Kliniken Med 1 (Klinik für Innere Medizin) und der Med 3 (Klinik für Kardiologie). »Die Stelle eines professionellen Belegungsmanagements (Neudeutsch: Case Management) war schon länger im Gespräch«, erklärt Pflegedirektorin Elke Schmidt.

»Ziel ist es, unnötige Wartezeiten der Patienten zu verringern und eine Bettenauslastung zu gewährleisten.« Dirk Meyer freut sich über die Tätigkeit im neuen Büro mit Ausblick aus dem vierten Stock. »Leider konnte ich aufgrund einer Gelenkerkrankung meine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben. Umso besser ist es, dass eine Lösung gefunden worden ist, die nicht nur mir, sondern vor allem unseren Patienten zugutekommt«, so Dirk Meyer zufrieden.

> Text: Friederike Buettner

Vorhofflimmern ist die mit Abstand häufigste Herzrhythmusstörung

Schätzungsweise eine Million Patienten in Deutschland



• Belastungs-EKG bei einem Patienten mit Vorhofflimmern. Im Klinikum werden pro Jahr mehr als 30.000 EKGs durchgeführt.

Als Vorhofflimmern wird das unregelmäßige Schlagen der Herzvorhöfe bezeichnet. Elektrische Impulse entladen sich so schnell, dass die atriale Muskulatur »zittert« oder flimmert und somit keine effektive Vorhofkontraktion mehr erfolgen kann.

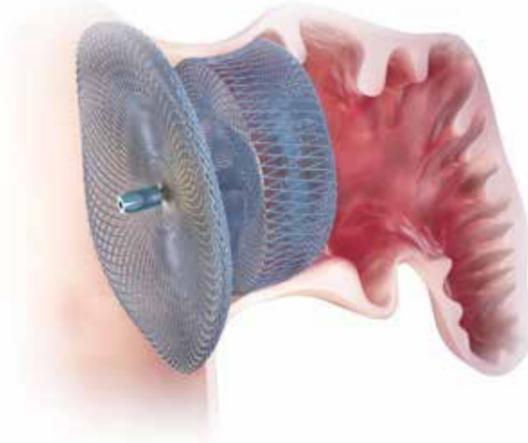
Charakteristischerweise springt der Herzrhythmus zu Beginn der Erkrankung häufig zwischen dem normalen Sinusrhythmus und dem Vorhofflimmern hin und her (= paroxysmales Vorhofflimmern). Im weiteren Verlauf kommt das Vorhofflimmern häufiger, bleibt länger und ist schließlich überhaupt nicht mehr in den Sinusrhyth-

mus zu konvertieren (= permanentes Vorhofflimmern). Beim Vorhofflimmern ist die Blutströmung insbesondere im linken Vorhof des Herzens verlangsamt. In dem sogenannten Herzohr, einer kleinen Aussackung in der Vorhofwand, können sich deshalb leicht Blutgerinnsel bilden. Um zu verhindern, dass es zu einer Ablösung und somit zu einer Hirnembolie mit Schlaganfall kommt, müssen viele Patienten mit Vorhofflimmern eine Blutgerinnungshemmung mit dem Medikament Marcumar durchführen.

Mit der Antikoagulation besteht die Gefahr einer Blutung. Diese kann leicht sein (z. B. Nasenbluten) oder aber gefährlich

(z. B. Magenblutung oder Gehirnblutung). Eine schwere Blutung bedeutet dann eine Gegenanzeige gegen eine weitere Antikoagulation. Besteht bei Patienten mit Vorhofflimmern und Indikation zur Antikoagulation gleichzeitig eine Kontraindikation gegen Antikoagulantien, kann ein Vorhofverschluss vorgenommen werden.

Es gibt verschiedene Verfahren, um das Vorhofohr interventionell zu verschließen. Die größten Erfahrungen hat man bisher mit dem endovaskulären System, d. h. dem System, welches über einen Einstich in der Leiste eingeführt wird.



• Occluder im Eingang des Vorhofohrs.

Der Occluder ist ein kleines Schirmchen, das das Vorhofohr abdichtet, sodass Gerinnsel von hier nicht mehr in die Blutbahn gelangen und zu einem Schlaganfall führen können.

Die Implantation des Verschlusssystems wird im Katheterlabor unter tiefer Sedierung mittels Kathetertechnik unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Während der Implantation muss gleichzeitig ein transösophageales Echo (Schluckecho) durchgeführt werden.

Zur Durchführung der Implantation wird unter echokardiographischer Kontrolle mittels transösophagealem Echo und unter Röntgenkontrolle im Herzkatheterlabor über die rechte Leistenvene ein Katheter mit einer geschützten Nadel bis zur Vorhofscheidewand vorgeführt und über die vorgeführte Nadel wird die Vorhofscheidewand punktiert, um vom rechten Vorhof über die Scheidewand in den linken Vorhof zu gelangen. Von dort aus wird das linke Vorhofohr auch angiographisch und unter echokardiographischer Kontrolle aufgesucht, dann erfolgt das Einführen des Occluders in das Vorhofohr.

Nach einer Einheilungszeit von circa 3 bis 6 Monaten, in der die Oberfläche des Occluders mit Gefäßhaut zuwächst, kann bis auf eine ASS 100-Therapie auf jegliche Form der Blutverdünnung wegen Vorhofflimmerns verzichtet werden.

> Text: Dr. med. Krzysztof Pujdak



Vier Fragen an Prof. Dr. med. Jan Kähler, Chefarzt der Klinik für Kardiologie

■ **Gibt es auch schon Langzeitergebnisse der Therapie?**

» Es gibt zahlreiche Daten, die sehr positiv sind. Es konnte z. B. nachgewiesen werden, dass ein Vorhofverschluss im Vergleich zu einer gut eingestellten Marcumartherapie langfristig das Schlaganfallrisiko um 60 Prozent senken kann. Das Blutungsrisiko kann dabei ebenfalls um circa 60 Prozent gesenkt werden.

■ **Wie sind Ihre Erfahrungen mit Vorhofoccludern?**

» Wir bieten die Therapie seit Ende 2013 an und haben bisher schon viele Patienten mit dem Device versorgt, somit sind wir in unserem Umkreis die Klinik mit der größten Erfahrung auf diesem Gebiet. Wir stoßen auf ein immer höheres Interesse von Seite der Haus- sowie Fachärzte aus unserem Einzugsgebiet.

■ **Für welche Patienten kommt diese Therapie in Betracht?**

» Diese Behandlung kommt für Patienten in Betracht, die unter Vorhofflimmern leiden und eine Blutverdünnung mit Marcumar oder ähnlichen Medikamenten aus verschiedenen Gründen nicht vertragen bzw. nicht einhalten. Die Studien haben gezeigt, dass bis zu 50 Prozent auf Marcumar oder ähnliche Präparate eingestellte Patienten ihre Medikamente nicht richtig einnehmen bzw. sie aufgrund von Angst vor einer Blutung auf eigene Faust absetzen. Vielen von diesen Patienten können wir diese Therapie anbieten.

■ **Gibt es auch Patienten, die keinen Vorhofoccluder erhalten sollten?**

» Ja, zum Beispiel diejenigen, die aus anderen Gründen auf die Blutverdünnung angewiesen sind (z. B. Patienten mit künstlichen Herzklappen). Man muss auch anmerken, eine Ablehnung der Blutverdünnungstherapie ohne medizinischen Grund ist kein Grund, einen Vorhofoccluder einzusetzen. Es ist im Moment eine Therapie, die den Patienten vorbehalten ist, die eine Blutverdünnungstherapie nicht vertragen.

Im Mittelpunkt steht die Patientensicherheit

Berichtssystem CIRS (Critical Incident Reporting System) minimiert Risiken

Warum CIRS (Critical Incident Reporting System) im Krankenhaus?

Unser Klinikum verfügt – wie jedes größere Krankenhaus – über komplexe Strukturen, in denen viele Menschen an der Behandlung unserer Patienten mitwirken. Dies stellt immer ein Sicherheitsrisiko dar. Für eine gute Behandlungsqualität, die wir weiter verbessern möchten, müssen wir unsere Arbeitsabläufe wirkungsvoll organisieren, koordinieren und weiterentwickeln. Damit es nicht zu unerwünschten Ereignissen kommt, ist es notwendig, die Risiken zu kennen und Sicherheitsvorkehrungen zu treffen.

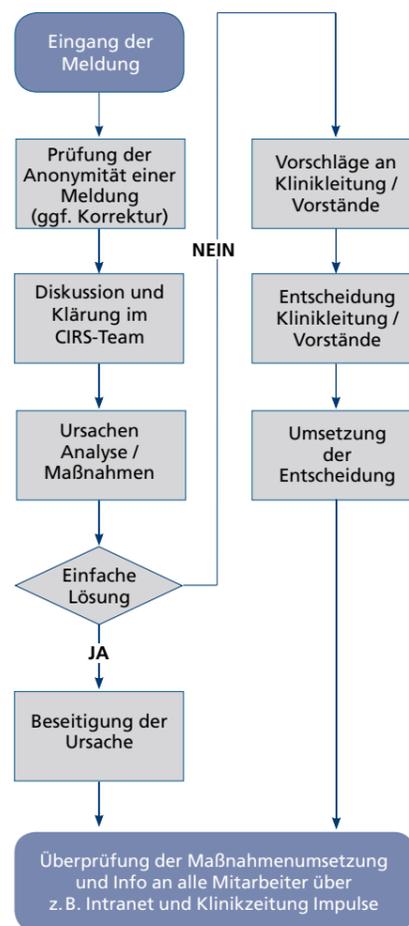
Die Forschung zur Fehlerentstehung hat gezeigt, dass neben aktiven Fehlhandlungen von Personen fast immer auch fehlerbegünstigende, latente Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle spielen. Durch fehlerbegünstigende Rahmenbedingungen (z. B. Notfallsituation, Hektik) und aktive Fehlhandlungen (z. B. Danebengreifen, Verwechselln) können bestehende Sicherheitsbarrieren versagen und es kann zu einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis kommen.

Demgegenüber können durch eine systematische Suche nach diesen Rahmenbedingungen (Warum konnte das geschehen?) »Lücken im System« identifiziert werden (z. B. Medikamente mit ähnlicher Bezeichnung und ähnlichem Verpackungsdesign sind nebeneinander gelagert). Bestimmte Maßnahmen können dann – als Sicherheitsbarriere – das Auftreten eines vermeidbaren unerwünschten Ereignisses verhindern (z. B. Beleuchtung und Ruhe bei der Medikationsvorbereitung). Vor diesem Hintergrund ist es von großer

Wichtigkeit, mögliche Schwachstellen in unseren Abläufen und Systemen frühzeitig zu entdecken. Ein sogenanntes Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein freiwilliges und sanktionsfreies Berichtssystem, das eigens für die genannten Zwecke entwickelt wurde. Was ein Einzelner niemals leisten kann: Die Eindrücke und Erlebnisse vieler ermöglichen es, ein umfassendes Bild von unserem Klinikum zu zeichnen. CIRS und das Risikomanagement sind wichtige Elemente der weiterzuentwickelnden Sicherheitskultur im Klinikum, mit dem Ziel, die Patientensicherheit zu erhöhen, denn das steht im Mittelpunkt. Ein solches System wird inzwischen auch z. B. durch das Patientenrechtgesetz gefordert.

In unserem CIRS werden Berichte von Mitarbeitern über ungewöhnliche Ereignisse in standardisierter Form gesammelt. So kann mit der Zeit eine hausinterne Berichtssammlung über Schwachstellen in unserer Organisation wachsen. Die besonderen Vorteile des CIRS gegenüber anderen Methoden liegen dabei auf der Hand: Unser CIRS wird für alle Mitarbeiter zu jedem Zeitpunkt verfügbar sein, weshalb Berichte zeitnah abgegeben werden können. Bei der CIRS-Meldung werden keine personenbezogenen Daten abgefragt oder gespeichert. Sollte eine Meldung personenbezogene Daten enthalten, wird diese nachträglich anonymisiert, um sicherzustellen, dass keine Rückschlüsse auf beteiligte Personen gezogen werden können. Die CIRS-Meldung ist grundsätzlich anonym. Dadurch haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, frei von Ängsten zu berichten. Nicht der Meldende oder der Verursacher eines Ereignisses sollen betrachtet werden, sondern die auslösenden Ursachen und Umstände, die ein kritisches

Bearbeitung einer Meldung (vereinfacht)



• Das CIRS-Team: v.l. Prof. Dr. med. Dietrich Henzler, Angela Gottschalk, Michaela Hög-Engelage, Holger Gieselmann, Dr. med. Arno Schäfer, Hans-Ulrich Mönkemeyer, Dittmar Rabbermann, Jörn Hormann und Marco Kauling.

Ereignis ausgelöst haben, sollen betrachtet werden, um zukünftig Risiken zu minimieren.

Aufgrund dieser Bedingungen bietet uns das CIRS die einmalige Chance, Ereignisse zur Kenntnis zu bringen, die ansonsten auf übergeordneter Führungsebene unentdeckt blieben oder zu spät erkannt würden.

Eine wichtige Voraussetzung ist die Gewährleistung absoluter Sanktionsfreiheit gegenüber den Berichtenden durch die Krankenhausleitung. Dies wird durch eine Vielzahl von Mechanismen abgesichert, u. a. Dienstvereinbarung mit dem Personalrat. Dafür steht auch das gesamte – von den Vorständen offiziell bestellte – CIRS-Team.

Der Sammlung von Berichten folgt ihre systematische Aufarbeitung und Auswertung. In dieser Phase wird unser CIRS zu einem Analyseinstrument des Qualitäts- und Risikomanagements. Sind kritische Situationen und Risiken einmal erkannt, können wir gemeinsam Strategien zu ihrer Vermeidung und Handhabung entwickeln und umsetzen. Entscheidend ist es, dass unser CIRS sich an den realen Gegebenheiten vor Ort orientiert und so ein Risikomanagement individuellen Zuschnitts für das Klinikum entstehen kann, das unseren Bedürfnissen Rechnung trägt. So kann durch »berichten« und »voneinander lernen« zu einer Verbesserung der Patientensicherheit beigetragen werden.

Im steten Kreislauf von Bericht, Analyse und Verbesserungsmaßnahme kann uns das CIRS helfen, Brücken zwischen Verantwortlichen und Beteiligten zu bauen. Die Unternehmensleitung hat im CIRS ein geeignetes Instrument, um den Erlebnis- und Erfahrungsschatz der Mitarbeiter als Ressource für den Aufbau eines hausinternen Risikomanagements zu nutzen, mit dem sich finanzielle und ideelle Schadensfolgen aus Risikokonstellationen erfolgreich vermeiden lassen. Wir wollen unser CIRS als quasi »Beteiligungsprogramm« entwickeln, mit dessen Hilfe wir z. B. auch Verbesserungen an den Arbeitsplätzen initiieren können. Eine zusätzliche Motivation kann darin bestehen, dass unser Berichtsformular eigene Verbesserungsvorschläge vorsieht und neben unerwünschten auch außergewöhnlich positive Ereignisse berichtet werden können.

Der Aufbau eines umfassenden Risikomanagements ist bei der Größe unseres Klinikums eine anspruchsvolle Aufgabe, die uns vor besondere Herausforderungen stellt. Mit dem CIRS steht ein weiteres Hilfsmittel zur Verfügung, diesen Prozess übersichtlich zu strukturieren. Dabei kann man sich die eingehenden Berichte wie Alarm-signale in einer Frühwarnanlage vorstellen. Kein anderes System ist so gut geeignet, die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort mit einem vergleichbaren Aufwand abzubilden.

Wir haben das CIRS-Projekt pilotmäßig in der Geburtshilfe, Neonatologie und in der Gefäßchirurgie Ende 2014 begonnen, nun wird es über das gesamte Haus ausgerollt. Den Link zu dem Berichtsformular finden Sie im Internet. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich an die Mitglieder des CIRS-Teams. Weitere Informationen finden Sie auch in unserem Flyer, den wir im Haus verteilt haben. Schauen Sie doch auch einfach mal bei CIRS-NRW (www.cirs-nrw.de) im Internet rein. Dieses »übergeordnete« CIRS wird u. a. von den Ärztekammern, der Krankenhausgesellschaft NRW und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe getragen.

> Text: Dr. med. Arno Schäfer

Mehr dazu:
CIRS-Flyer
> www.klinikum-herford.de/Über-Uns/qualitätsmanagement/

Arzneimittel für Chemotherapien aus hauseigener Apotheke

Apothekenneubau mit einem der modernsten Reinraumbereiche Deutschlands



• Reinraumlaborbereich der neuen Krankenhausapotheke.

Die Therapie mit Zytostatika stellt neben Operation, Strahlen-, Hormon- und Immuntherapie eine wesentliche Maßnahme in der Behandlung maligner Tumore dar. Für die arzneiliche Behandlung erstellt der Arzt für den Patienten einen individuell abgestimmten Therapieplan, welcher dann die Grundlage für die Herstellung der Medikamente in der Apotheke bildet.



• Computergestützte Kommissionierung der Arzneimittel.

Indes werden patientenindividuelle Zytostatikatherapien in der Krankenhausapotheke bereits seit 20 Jahren unter sterilen Bedingungen durch speziell geschultes Apothekenpersonal hergestellt. Jedoch entsprachen nach der Novellierung der Apothekenbetriebsordnung 2012 die räumlichen und lufttechnischen Bedingungen der alten Apotheke nicht mehr dem neuen geforderten Qualitätsanspruch für die Herstellung steriler Arzneimittel. »Um den hohen Qualitätsstandard und die bestmögliche Patientenversorgung auch zukünftig aufrechtzuerhalten, war ein Neubau notwendig«, erklärt Chefapotheker Dr. rer. nat. Walter Manzke.

2014 ist im Rahmen des Apothekenneubaus einer der modernsten Reinraumbereiche Deutschlands nach den weltweit geltenden GMP-Richtlinien (Good Manufacturing Practice) in Betrieb gegangen.

Eine spezielle Belüftungstechnik, sterile Reinraumkleidung für die Mitarbeiter sowie die Zugangsregelung über Personalschleusen gehören zum Raumkonzept und verhindern das Eindringen von Keimen und Partikeln. Durch die exakte Einhaltung der hygienischen und sicherheitstechnischen Schutzmaßnahmen, die bei der Zubereitung von Zytostatika ohnehin notwendig waren, wird nun die höchstmögliche Qualität für die Patienten bei der Arzneimittelherstellung erreicht. »Luftdruck,

Temperatur, Feuchtigkeit und die Anzahl der Partikel werden kontinuierlich elektronisch überwacht, um den hygienischen Anforderungen und den Aspekten des Arbeits- und Produktschutzes zu entsprechen«, erklärt Dr. rer. nat. Walter Manzke und verweist auf das PC-gesteuerte Monitoringssystem, das diese Daten aufzeichnet. Die mikrobiologische Überwachung der Räume, des Personals und der Herstellung wird über ein zeitlich abgestuftes Hygienekonzept sichergestellt.

Die Zytostatikaherstellung der Infusionen und Spritzen findet unter einer Sicherheitswerkbank statt. Zusammen mit der Bereichsbekleidung bietet dieser »work-desk« den optimalen Personalschutz und ermöglicht steriles Arbeiten in der höchstmöglichen Reinraumklasse A. »Unsere Apothekenmitarbeiter, die an dieser Sicherheitswerkbank Zytostatika herstellen, haben drei Personalschleusen durchlaufen, in denen sie die jeweilige Bereichskleidung für den nächsthöheren Reinraum angelegt haben. Des Weiteren haben sie alle benötigten Materialien desinfiziert und in die Werkbank eingeschleust«, erläutert Chefapotheker Dr. rer. nat. Walter Manzke. Durch den hohen Standard der aseptischen Herstellung und die Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal der onkologischen Stationen und Ambulanzen wird dem Patienten das höchstmögliche Maß an Arzneimittelsicherheit und Herstel-

lungsqualität garantiert. Ebenso wird durch die zentrale Zubereitung in der Apotheke das Risiko im Umgang mit Zytostatika für Ärzte und Pflegepersonal minimiert, da es sich um Substanzen handelt, die krebserzeugend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsfördernd sein können.

Darüber hinaus bietet die Apotheke diverse Serviceleistungen für die onkologischen Stationen an, so etwa die Prüfung von Anforderung und Dosierung auf Plausibilität, Arzneimittelinformationen für die Ärzte und das Pflegepersonal, die Mitwirkung an der Erstellung von Chemotherapieplänen, Patienten- und Therapiedokumentation, Begleitung klinischer Studien sowie die Abrechnung ambulanter Therapien mit den Krankenkassen.

»Der hohe Aufwand für die patientenindividuelle Herstellung unter Reinraumbedingungen benötigt natürlich Zeit, sodass eine Zytostatikaherstellung nicht in zehn Minuten zu haben ist«, merkt die herstellende Pharmazeutisch-Technische-Assistentin an.

> Text: Dr. rer. nat. Walter Manzke, Chefapotheker

Klinikum Herford und Mühlenkreiskliniken vertiefen Partnerschaft

Verträge für langfristige Laborkooperation unterschrieben



Spitzenmedizin braucht moderne Diagnostik. Nur so kann eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Einen ganz wesentlichen diagnostischen Baustein liefert die Laboratoriumsmedizin. Ohne Blut-, Speichel- oder Urinproben kommt kein Mediziner aus, wenn es darum geht, der Erkrankung eines Patienten auf die Spur zu kommen, die richtige Therapie einzuleiten oder auch die richtige Wirkstoffmenge eines Medikamentes zu bestimmen.

Seit April 2015 kooperieren das Klinikum Herford und die Mühlenkreiskliniken (MKK) in diesem Bereich eng miteinander. Ein Vertrag sieht vor, dass die Laboratoriumsmedizinischen Leistungen für das Klinikum Herford durch das Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin der Mühlenkreiskliniken erbracht werden. »In einem aufwendigen Verfahren hatten wir die Laborleistungen europaweit ausgeschrieben«, erläutert Martin Eversmeyer, Vorstand des Klinikums Herford. »Die Mühlenkreiskliniken haben sich in dem Wettbewerb durchgesetzt.« Für den Gesundheitskonzern aus dem Nachbarkreis sprachen vor allem die hohe Qualität der Leistungen, die räumliche Nähe und die große Erfahrung des MKK-Labors bei der standortübergreifenden Versorgung von Krankenhäusern. »Wir freuen uns sehr über die jetzt weiter vertiefte Kooperation«, hebt Dr. med. Matthias Bracht, bis Ende Februar Vorstandsvorsitzender der

Mühlenkreiskliniken, hervor. »Wir sehen es als eine Bestätigung unseres erfolgreichen Entwicklungsprozesses als kommunales Gesundheitsunternehmen, dass es uns gelungen ist, den Zuschlag zu bekommen und einen privaten Laboranbieter ablösen zu können. Wir sind uns sicher, dass wir weitere gemeinsame regionale Kooperationen benötigen, um die Patientenversorgung nachhaltig weiterentwickeln zu können.« Bereits in anderen Feldern, wie dem gemeinsamen Brustzentrum oder der Mediziner Ausbildung, arbeiten die beiden kommunalen Krankenhausbetreiber zusammen.

In Zeiten, in denen öffentliche Gesundheitsdienstleister gehalten sind, ihre Leistungen in der Patientenversorgung möglichst wirtschaftlich zu erbringen, müssen sie immer neu entscheiden, in welchen Feldern sie eigene Kompetenzen vorhalten oder aufbauen und in welchen Feldern sie besser auf das Angebot von Dienstleistern zurückgreifen. Im Klinikum Herford hat man sich entschieden, die laboratoriumsmedizinischen Leistungen nach außen zu vergeben. Anders bei den Mühlenkreis-

kliniken: Hier waren bereits Anfang des Jahres 2000 mehrere Laborabteilungen an den Standorten Bad Oeynhausen, Lübbecke, Rahden und Minden zu einer zentralen Versorgungseinheit unter der Leitung von Prof. Dr. med. Franz-Josef Schmitz im Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin zusammengefasst worden. »Durch größere Einheiten ist es so möglich geworden, modernste Analyseverfahren in einer sehr hohen Qualität und mit einer sehr großen Prozesssicherheit anbieten zu können«, erläutert der Experte. »Davon profitieren natürlich Ärzte- und Pflegepersonal im Krankenhaus, aber vor allem die Patientinnen und Patienten.«

Auf der Suche nach Erregern

Das Leistungsspektrum, das für das Klinikum Herford durch das MKK-Labor erbracht werden wird, umfasst die gesamte klinisch relevante labormedizinische Diagnostik einschließlich Klinischer Chemie,



• Freuen sich über die neue Kooperation: v.l. Dr. med. Matthias Bracht, ehem. Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken; Martin Eversmeyer, Vorstand des Klinikums Herford; Dr. med. Jasmina Petridou, lfd. Oberärztin in der Mikrobiologie der Mühlenkreiskliniken; Dr. Olaf Bornemeier, Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken (seit April 2015).

Unten Prof. Dr. med. Franz-Josef Schmitz, Chefarzt des Instituts für Labormedizin



Immunologie, Gerinnung, Hämatologie und Autoimmundiagnostik, Mikrobiologie, Transfusionsmedizin mit Blutbank sowie die Betreuung der Herforder Kliniken im Bereich der Krankenhaushygiene. Im mikrobiologischen Bereich des Labors werden die entnommenen Proben auf Krankheitserreger wie Bakterien, Tuberkuloseerreger oder Parasiten untersucht und anschließend werden von den Laboratoriumsmedizinern wirksame Antibiotika empfohlen. Prof. Dr. med. Franz-Josef Schmitz: »Wir gehen davon aus, dass wir auch in Herford die Leistung erbringen werden, wie wir sie auch an den MKK-Standorten erbringen, nämlich, dass die Ergebnisse von Blutuntersuchungen in rund 80 Prozent aller Fälle innerhalb von einer Stunde vorliegen.« Innerhalb kürzester Zeit gewährleistet das Labor dadurch Rückschlüsse auf die weitere notwendige Behandlung und Diagnostik.

Bei den Mühlenkreiskliniken und ihren fünf Standorten werden ein Teil der Analytik vor Ort und ein anderer Teil im Zentral-

labor in Minden erbracht. Ähnlich ist es jetzt auch für die Kooperation mit Herford geplant. Das Labor im Klinikum Herford wird umgebaut und modernisiert und an die Infrastruktur der Mühlenkreiskliniken angepasst. Der größte Teil der Proben wird dann weiter am Standort Herford untersucht werden. Insgesamt fast 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Labors am Klinikum Herford wechseln den Arbeitgeber. Ein Überleitungsvertrag regelt, dass die Beschäftigten dann Mitarbeiter der Mühlenkreiskliniken sein werden. »Für uns war es bei der Vergabe der Laborleistungen ein wichtiges Kriterium, dass, trotz aller notwendigen Umstellungen und damit verbundener Belastungen, dies so mitarbeiterfreundlich wie nur möglich geschehen kann«, betont Martin Eversmeyer, Vorstand des Klinikums Herford. »Mit den Mühlenkreiskliniken haben wir hier einen Partner gefunden, der sich ebenfalls in kommunaler Trägerschaft befindet und seine Mitarbeiter im gleichen Tarifgefüge beschäftigt. Was den Beschäftigten ein Höchstmaß an Sicherheit und Kontinuität gewährleistet.« Im Moment arbeiten alle Beteiligten in den beiden Krankenhäus-

konzernen mit Hochdruck an den Vorbereitungen für die Übernahme der Laborleistungen. Baulich mussten kleinere Veränderungen wie die Implementierung der IT-Zugänge und das Aufstellen neuer Laborgeräte vorgenommen werden.

Im April 2015 hat die Laborkooperation Klinikum Herford Mühlenkreiskliniken ihre Arbeit aufgenommen.

> Text: Steffen Ellerhoff, Friederike Buettner

Diabetesschulung in der Kinder- und Jugendklinik

Viermal im Jahr bietet das Klinikum Schulungen an

Das Diabetesteam in der Kinderklinik bietet seinen Patienten neben der regelmäßigen ambulanten Betreuung altersgerechte stationäre Schulungen an. Jugendliche jenseits des zwölften Lebensjahres für eine Schulungsmaßnahme zu begeistern, ist gar nicht so einfach. Ihre Eltern wünschen sich oft, dass sie »noch einmal ins Klinikum kommen, um alles richtig zu lernen und sich um ihre Erkrankung zu kümmern« – die Betroffenen selbst wollen sich in der Pubertät am liebsten gar nicht mit dem nervigen Diabetes befassen. Weil sie aber ihren Alltag zunehmend selbstbestimmt gestalten, sollten sie im Thema Selbstmanagement und aktuelle Diabetestechnologien wirklich auf dem neuesten Stand sein.

In den letzten Herbstferien konnten wir sechs Jugendliche im Alter von 13 bis 15 Jahren dafür begeistern, eine Zeitung mit dem Titel »Diabetes Spezial« zu gestalten. Sie erklären darin anderen Menschen ihre Krankheit und die Art und Weise, wie sie

sich selbst behandeln. Ihnen wurden Insulinpumpensysteme und neue Blutzuckermessgeräte vorgestellt. Außerdem haben sie an einem Abend selbst gekocht und einen Nachmittag im Fitnesscenter verbracht. Für ihre Eltern gab es zwei Informationsabende.

Trotz Pubertät eine chronische Erkrankung wie den Diabetes verantwortungsvoll zu »managen«, ist eine riesige Leistung.

Familien in diesem Prozess zu begleiten und Jugendliche zu befähigen, den Anforderungen ihrer Erkrankung gerecht zu werden, ist eine wichtige Aufgabe des aus Ärzten, Diabetesberaterinnen und einer Psychologin bestehenden Teams.

> Text: Dipl. Psych. Katrin Ramöller



• Die jungen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diabetesschulung mit Katrin Ramöller, Dipl. Psych. und Christine Brinkmeier, Diabetesberaterin. (hinten v.l.)



Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen

In Deutschland leiden circa 25.000 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren an Diabetes mellitus Typ 1. Kennzeichen dieser Autoimmunerkrankung ist ein absoluter Insulinmangel, die Betroffenen müssen mehrmals am Tag Insulin spritzen, mindestens viermal täglich ihren Blutzucker kontrollieren sowie genaue Ernährungsempfehlungen umsetzen. Je nach Alter und Entwicklungsstand, aber auch nach individuellen Bedürfnissen und geplanten Aktivitäten müssen sie die Therapie tagtäglich neu an ihren Alltag anpassen. Ziele sind letztendlich eine Alltagsgestaltung ohne Beeinträchtigung durch akute Komplikationen wie Hypo- oder Hyperglykämien, aber auch eine Zukunft ohne Folgekomplikationen der bisher nicht heilbaren Erkrankung.

Rückgang der Tuberkulose

Infektionskrankheit ist meldepflichtig

Weltweit gehört die Tuberkulose zu den häufigsten Infektionserkrankungen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jährlich fast 9 Millionen Menschen an einer Tuberkulose und etwa 1,4 Millionen Menschen sterben jedes Jahr an den Folgen dieser Krankheit, oftmals aufgrund einer unzureichenden Behandlung.

Der in Deutschland langjährig beobachtete rückläufige Trend hat sich seit 2009 verlangsamt. Im Jahr 2010 wurden nach Angaben des Robert Koch-Institutes 4.330 Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose gemeldet, das entspricht 5,3 Erkrankten pro 100.000 Einwohner (2009: 4.419 Neuerkrankungen, Erkrankte: 5,4).

Die Übertragung der Tuberkulose erfolgt über die Atemwege von Mensch zu Mensch

Der Mensch gibt beim lauten Sprechen, Singen, Niesen oder Husten erregende Tröpfchen in die Umgebungsluft ab, die von anderen Menschen eingeatmet werden. Die Ansteckungswahrscheinlichkeit hängt ab von der Häufigkeit, Dauer und Enge des Kontakts mit der erkrankten Person. Wenn der Erkrankte keine Bakterien aushustet, spricht man von einer geschlossenen Tuberkulose. Eine Ansteckungsgefahr erfolgt nur über die offene Tuberkulose, bei der Bakterien ausgehustet werden. Die Inkubationszeit, das ist die Zeit zwischen Infektion und messbarer Immunantwort, beträgt im Durchschnitt sechs bis acht Wochen. Nur ein Teil der Infizierten erkrankt tatsächlich



Abb.: säurefeste Stäbchen

an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose. Bei immunkompetenten Jugendlichen und Erwachsenen sind es etwa fünf bis zehn Prozent, davon etwa die Hälfte innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Infektion. In den meisten Fällen gelingt es dem Organismus, die Tuberkulosebakterien erfolgreich zu bekämpfen oder sie abzukapseln und damit die Infektion dauerhaft einzugrenzen. Dann spricht man von einer latenten tuberkulösen Infektion (LTBI).

Nach dem Infektionsschutzgesetz ist die Erkrankung der Tuberkulose meldepflichtig. Das Gesundheitsamt veranlasst dann eine Umgebungsuntersuchung. Das heißt, enge Kontaktpersonen werden zu einer Untersuchung, dem sogenannten Quantiferontest, eingeladen. Dieses geschieht durch eine Blutentnahme.

Der Betriebsärztliche Dienst übernimmt die Durchführung der Umgebungsuntersuchung für die Mitarbeiter des Klinikums.

Die ermittelten Kontaktpersonen werden aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen, damit festgestellt werden kann, wer zur Tbc-Umgebungsuntersuchung eingeladen werden muss. Das Ergebnis der Untersuchung wird dem Gesundheitsamt mitgeteilt. In Abhängigkeit vom Untersuchungsergebnis werden bei Bedarf weitere Maßnahmen veranlasst. Die Voraussetzung für dieses Vorgehen ist die gute Zusammenarbeit zwischen Kontaktpersonen, betriebsärztlichem Dienst und Gesundheitsamt.

> Text: Dr. med. Anette Stroop, Betriebsärztlicher Dienst

Mehr dazu:
Robert Koch-Institut
> www.rki.de

Aromapflege erobert die Palliativstation (L2)



• Sandra Wesely, Krankenschwester der L2 und Physiotherapeut Fabrice Zacharias.



Der Gebrauch aromatischer Pflanzenteile sowie der daraus hergestellten Essenzen ist so alt wie die Menschheit. Bereits vor rund 7.000 Jahren wurden Heilpflanzen im Orient und in Asien angebaut und kultiviert. Auch im alten Testament finden sich zahlreiche Rezepte für Salben und aromatische Öle und Räucherungen (2. Buch Moses). Der Vater der Aromatherapie war der französische Chemiker René-Maurice Gattefossé (1881 – 1950), der eine eigene Brandverletzung mittels Lavendelöl behandelte und keinerlei Narbenbildung zurückbehielt.

Wir unterscheiden heute zwischen Aromatherapie und der Aromapflege. In der Aromatherapie werden hochdosierte ätherische Öle als Medikament eingesetzt. Diese darf in Deutschland nur von Ärzten und Heilpraktikern mit einer Zusatzqualifikation angewendet werden. In der Aromapflege, die wir innerhalb pflegerischer Maßnah-

men auf der Grundlage von Pflegeanamnese und Pflegeplanung unterstützend anwenden, verwenden wir ausschließlich niedrige Aromaölmischungen ein- bis zweiprozentiger Konzentrationen.

Die Anwendung ätherischer (griechisch aither = hohe Luft) Öle basiert auf der Erweckung der Lebenskraft und -reserven und der Aktivierung der Selbstheilungskräfte im Menschen. Die Körperwahrnehmung wird intensiviert oder auch gedämpft.

Unser Ziel auf der Palliativstation ist es, unseren Patienten mittels der Aromapflege eine zusätzliche Möglichkeit zu bieten, um ihre Beschwerden hinsichtlich von Schmerzen, Juckreiz, Atemnot, Lymphödemen und innerer Unruhe unterstützend zu lindern. Das ermöglichen wir mittels beruhigenden oder anregenden Waschungen, einem Fußbad oder sogar einem Vollbad in unserer großen Stationsbadewanne, Massagen, Einreibungen, Wickeln oder Auflagen und einer elektrischen Raumluftaromatisierung.

Unsere Ideen sind grenzenlos, doch vorerst beginnen wir mit einer kleinen Auswahl an Ölen, um eine bessere Dokumentation über deren Wirkung erfassen zu können.

Die Implementierung der Aromapflege wird von dem Abteilungsleiter Axel Hofsäb unterstützt und gefördert. Praktisch geleitet wird sie von Sandra Wesely, exam. Krankenschwester der L2, und dem Physiotherapeuten Fabrice Zacharias.

Sandra Wesely hat mehrere Jahre im Klinikum München-Neuperlach aktiv Aromapflege angewendet und sich kontinuierlich in der Aromapflege weitergebildet.

Fabrice Zacharias bringt einige Erfahrung aus der ambulanten Versorgung mit. Gemeinsam wollen sie ihr Wissen in kleinen internen Mitarbeiterschulungen an ihre Kollegen weitergeben.

> Text: Sandra Wesely

Herforder Gesundheitsgespräche 2015

im Klinikum Herford · Konferenzräume I + II
Schwarzenmoorstraße 70 · 32049 Herford

AOK
Die Gesundheitskasse.

Gesundheit
im Dialog
Teilnahme
kostenlos



18. April 2015 | 09.30 bis 17 Uhr Offener Info-Tag des Brustzentrums Minden-Herford

Fachkongress 9.30 bis 13.15 Uhr

Workshops & Infos für Interessierte 13.15 bis 17 Uhr

Gern können Sie auch an den Vorträgen am Vormittag teilnehmen.
Programm unter www.brustzentrum-minden-herford.de

Veranstaltungsort

Forum MARTa Herford · Goebenstr. 2–10 · 32052 Herford



22. April 2015 | 18.00 Uhr Atemwegserkrankungen

Prof. Dr. med. Thorsten Pohle
Chefarzt der Medizinischen Klinik I
Klinikum Herford



27. Mai 2015 | 18.00 Uhr Schilddrüsen-Diagnostik und Therapie – die neue Radiojodstation am Klinikum Herford

Dr. med. Jens Czyborra-Brinkmann
Chefarzt der Klinik für Nuklearmedizin
Klinikum Herford

Klinikum Herford

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Medizinischen Hochschule Hannover

www.klinikum-herford.de



AOK
Die Gesundheitskasse.



Auszeichnung zur Fachkrankenschwester

Neuer Schwung in der Endoskopie



• Fachkrankenschwester Maria Neufeld (r.) bedankt sich mit einem Blumenstrauß bei Mentorin Krankenschwester Jutta Guschker.

Nach einer intensiven zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung freut sich Maria Neufeld über ihre bestandene Prüfung zur Fachkrankenschwester für den Endoskopiedienst am ekw.concept!-Institut in Berlin.

»Ich bin schon seit 1992 am Klinikum Herford tätig und wollte mein Wissen auf den neuesten Stand bringen«, begründet Maria Neufeld ihre Entscheidung zur berufsbegleitenden Weiterbildung. Da die Unterrichtseinheiten in Berlin stattgefunden haben, hat Maria Neufeld so einige Wochenenden »geopfert«. »Ich habe das gerne gemacht, nun bin ich über aktuelle Richtlinien, Leitlinien, Vorschriften und natürlich auch Trends mit viel Know-how für neue mögliche Abläufe und Entwicklungen im Bereich der Endoskopie bestens informiert und auf dem aktuellsten Stand.«

»Win-win« – Klinik profitiert von neuem Wissen

Außer der theoretischen Fachweiterbildung waren auch Praktika in anderen Endoskopien Bestandteil der Weiterbildung von Maria Neufeld: Unter anderem bekam sie dadurch einen Einblick in die Endoskopien anderer Kliniken; darunter die Uniklinik Leipzig, das EvB-Klinikum in Potsdam, die Lungenklinik Hemer sowie einige Kliniken in Berlin. »Dadurch hatte ich die Möglichkeit, hinter die Kulissen anderer Endoskopien zu schauen und mitzuerleben, wie die Abläufe und Arbeitsweisen in anderen Kliniken sind. Nun kann ich viele neue Eindrücke, Tipps und Erfahrungen für unser Haus mit einbringen.«

Was hat sich durch die Fachweiterbildung an ihrer Tätigkeit geändert? Neben den umfangreichen theoretischen Erkenntnissen hat Maria Neufeld unter anderem während der Weiterbildung auch ein Seminar besucht, in dem Kenntnisse und Fertigkeiten zur Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie auf Grundlage der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF-Register-Nr. 021/014) und des DEGEA-Curriculums angeboten wurden, und ist nun in der Lage, selbst Sedierungen (die Patienten »verschlafen« die gesamte Untersuchung) unter ärztlicher Begleitung durchzuführen.

Blumenstrauß als Dank für die Unterstützung durch Mentorin Krankenschwester Jutta Guschker

Fachkrankenschwester Maria Neufeld bedankt sich mit einem Blumenstrauß bei Mentorin Krankenschwester Jutta Guschker. »Die freundliche und offene Art und das Vertrauen, das Krankenschwester Jutta in mich gesetzt hat, weiß ich sehr hoch zu schätzen! Die interne Rückendeckung und Unterstützung von Krankenschwester Jutta und meinem gesamten hervorragenden Endoskopie-Team hat mir in den letzten zwei Jahren sehr viel geholfen, dafür will ich einfach einmal Danke sagen.«

»Vom Umgang mit den Patienten bis hin zu organisatorischen Abläufen bei der Untersuchung habe ich viel von Krankenschwester Jutta lernen dürfen.« Erfahrung zahlt sich eben aus: Krankenschwester Jutta ist bereits seit 47 Jahren im pflegerischen Beruf und im Klinikum Herford seit 1973 tätig, davon hatte sie 25 Jahre lang die Leitung der Funktionsabteilung Endoskopie

inne. »Die Tätigkeit im Klinikum macht mir immer viel Freude, daher gehe ich mit einem lachenden und einem weinenden Auge«, freut sich Schwester Jutta, die im Juni 2015 in den wohl verdienten Ruhestand verabschiedet wird.

> Text: Friederike Buettner



Informationen Endoskopie; Abteilung der Med. I

Die Med. I unter Leitung von Chefarzt Prof. med. Thorsten Pohle bietet ein breites Spektrum moderner endoskopischer Verfahren wie der Spiegelung von Magen, Darm, Gallen- und Atemwegen an. Des Weiteren verfügt die Klinik über modernste Ultraschallgeräte, mit denen neben der üblichen Untersuchung durch die Bauchdecke hindurch auch eine sogenannte Endosonografie erfolgen kann. Dabei handelt es sich um eine Kombination aus Spiegelung und Ultraschalluntersuchung. So sind auch kleinste Veränderungen an sonst sonografisch schwer zugänglichen Bereichen wie der Bauchspeicheldrüse erfassbar. Grundsätzlich arbeiten Krankenschwestern und Ärzte gemeinsam »Hand in Hand« am Patienten. Insgesamt arbeiten zehn Krankenschwestern in der Abteilung Endoskopie, drei davon sind anerkannte Fachkrankenschwestern für den Endoskopiedienst.

Qualität des Darmzentrums bestätigt

Erfolgreiche Re-Zertifizierung des Darmzentrums am Klinikum Herford



• v.l.: Birgit Bieber, Dr. med. Johann Stephan Lange, Stephanie Wörmann, Dr. med. Stephan Bildat, Irene Czichowski-Vieweger, Dr. med. Ernst-Wolfgang Kolbe, Dr. med. Axel Wittmer, Prof. Dr. med. Thorsten Pohle, Prof. Dr. med. Günther Winde.

Das Klinikum Herford ist im stolzen Besitz eines Zertifikats zur erfolgreichen Re-Zertifizierung zum Darmzentrum. Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie und Proktologie, Prof. Dr. med. Günther Winde, freute sich über die wiederholte Ausstellung des Zertifikats mit der Auszeichnung »Zertifiziertes Darmkrebszentrum« mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Spezialisten der Deutschen Krebsgesellschaft überprüften während eines sogenannten Audits gesetzliche und interne Vorgaben bezogen auf die Patientenbehandlung und das Qualitätsmanagementsystem innerhalb des Darmzentrums. Das Qualitäts-Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft ist das höchste Qualitätssiegel, das ein Darmkrebszentrum zurzeit erreichen kann. Über die erfolgreiche Re-Zertifizierung freuen sich deshalb alle Beteiligten des Darmzentrums.

Messbare bessere Behandlungsqualität in Darmkrebszentren

»Auf stabilem Niveau behandelten wir über 100 Patienten im Jahr 2014 mit der Diagnose Dickdarm- oder Enddarmkrebs. Wir freuen uns, dass die Qualität unserer interdisziplinären Leistung erneut zu dieser Anerkennung geführt hat«, so Chefarzt Prof. Dr. med. Winde. Dr. med. Axel Wittmer, Oberarzt und ärztlicher Qualitätsmanager und Darmzentrums-Koordinator, erklärt: »Über die wissenschaftliche Datensammlung ist die Qualität messbar. Das bedeutet einen Überlebensvorteil von Krebspatienten in fortgeschrittenen Krebsstadien.« Stephanie Wörmann, Abteilungsleiterin für allgemein chirurgische Pflege, bestätigt, dass die Behandlung in einem interdisziplinären Darmzentrum allen Patienten zugute kommt. »Für diese Patienten haben wir ein onkologisches Pflegekonzept entwickelt. Für die Pflege bedeutet ein Darmzentrums-Patient mehr Koordination in den Zusatzleistungen nach der Operation, wie Ernährungs- oder Stoma-Beratung.« Durch die

Messbarkeit im Zentrum lässt sich eine sichere und bessere Versorgung für Patienten beweisen. »Schade ist, dass die Patienten den Vorteil der Behandlung im Darmzentrum nicht sofort wahrnehmen können; der Überlebenszeit-Vorteil kommt eben erst nach Jahren zum Tragen«, so Dr. med. Ernst-Wolfgang Kolbe, stv. Darmzentrums-Koordinator. Qualitätsmanager Dr. med. Axel Wittmer ist selbst als Auditor für andere Krankenhäuser tätig: »Ich nehme dadurch Ideen von anderen Häusern mit, was uns zugutekommt«, betont er den Vorteil seiner zusätzlichen Qualifikation.

Zusammenarbeit verläuft »Hand in Hand«

Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Günther Winde arbeiten im Darmzentrum des Klinikums Herford die Klinikärzte »Hand in Hand«. Dazu zählen: Prof. Dr. med. Thorsten Pohle, Gastroenterologie/Med. Klinik I, Dr. med. Stephan Bildat und Dr. med. Johann-Georg Lange, Chefarzt und lfd. Arzt in der Hämatologie/Onkologie, Med. Klinik II und MVZ, Irene Czichowski-Vieweger, Chefarztin



DKG
KREBSGESELLSCHAFT
Zertifiziertes
Darmkrebszentrum



• Das Darmzentrum am Klinikum Herford wurde erstmals 2008 zertifiziert. Das Klinikum steht in engem Kontakt mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

der Klinik für Strahlentherapie, Prof. Dr. med. Karl Ludwig, Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, und Dr. med. Jens Czyborra-Brinkmann, Klinik für Nuklearmedizin. Seit neuestem gehören auch die klinikeigenen Stationen für Geriatrie und Palliativmedizin dazu. »So werden Patienten mit Darmkrebs umfassend und auf höchstem Qualitätsniveau versorgt. Ohne eine gute Kooperation mit den Abteilungen des Klinikums wäre die erfolgreiche Entwicklung des Darmzentrums nicht möglich gewesen«, erklärt Prof. Dr. med. Günther Winde. Intern finden zweimal wöchentlich »Tumorkonferenzen« statt, bei denen alle aktuellen Behandlungsverläufe von Krebspatienten fachübergreifend beraten werden. »Wichtig ist das patientenbezogene Therapiekonzept; ältere Patienten bedürfen der Berücksichtigung der sogenannten Multimorbidität in den Behandlungsabläufen. Man sollte vertragen können, was man ertragen muss.« Auch die familiär vorkommenden Krebsfälle

werden besonders intensiv besprochen, da diese vererbaren Karzinome einer besonderen Vor- und Nachsorge bedürfen, so Dr. med. Stephan Bildat.

Hauptaugenmerk des Darmzentrums liegt auf der Behandlung von Dickdarm- und Enddarmkrebs (Kolon- und Rektumkarzinom). Therapeutisch setzt das Darmzentrum unter anderem Schwerpunkte in den Bereichen minimalinvasive Operationen (Schlüsselloch-OP) sowie kontinenzhaltende Mastdarmkrebsoperationen. »Eine Vorbehandlung durch Strahlen- und Chemotherapie ist oft Teil unseres Therapiekonzepts. Dadurch können wir bessere Ergebnisse erzielen«, so Chefarztin Irene Czichowski-Vieweger aus der Klinik für Strahlentherapie. »Die IMRT (intensitätsmodulierte Strahlentherapie) ergänzt das Konzept der schonenden Behandlung in der Strahlentherapie.«

Prof. Dr. med. Thorsten Pohle führt zur Entdeckung von Krebsfrühstadien ein technisches Färbeverfahren mit höchster Auflösung (HDTV) durch.

Klinikum ist mit pIOM (pelvines-intraoperatives Monitoring) Vorreiter in Deutschland

Als eine von nur fünf Kliniken in Deutschland verfügt das Klinikum neuerdings über das sogenannte »pIOM«. »Mit diesem Hightech-Gerät haben wir den Vorteil, dass Potenzschädigungen beim Mann sowie Blasenentleerungsstörungen bei allen Patienten (männlichen und weiblichen) vermieden werden können«, freut sich Prof. Dr. med. Günther Winde über das neue Gerät. Es handelt sich dabei um ein Stimulationsinstrument, mit dem nervenschonend im kleinen Becken operiert werden kann.

Erstmals zertifiziert wurde das Darmzentrum 2008. In diesem Jahr unterzog sich das Darmzentrum am Klinikum Herford mit allen Behandlungspartnern nun erfolgreich dem zweiten zweitägigen großen Wiederhol-Audit für die Re-Zertifizierung. Es findet ein regelmäßiger Datenaustausch mit der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) statt.

> Text: Prof. Dr. med. Günther Winde und Friederike Buettner

Seit dem 1. April 2015 ist Dr. med. Jochen Reichmann kommissarischer Leiter der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie



• Oberarzt Dr. med. Jochen Reichmann.



• Dr. med. Rainer Denstorf-Mohr, Unfallchirurgie/Endoprothetik/arthroskopische Operationen.



• Dr. med. Ortwin Schneider, Wirbelsäulenchirurgie/Neurochirurgie.

Am 30. März 2015 schied Prof. Dr. med. Martin Walz als Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie auf eigenen Wunsch aus dem Klinikum aus.

Bis zum Antritt der beiden neuen Chefarzte Dr. med. Rainer Denstorf-Mohr, Unfallchirurgie/Endoprothetik/arthroskopische Operationen, und Dr. med. Ortwin Schneider, Wirbelsäulenchirurgie/Neurochirurgie, zum 1. Juli 2015 wird der bisherige leitende Oberarzt, Dr. med. Jochen Reichmann, die Klinik kommissarisch leiten.

Dr. med. Jochen Reichmann ist als Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Unfallchirurgie/Orthopädie mit der Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie und als Sportmediziner bereits seit zehn Jahren als Oberarzt in der Klinik tätig. »Gemeinsam mit unserem starken Team werden wir die bisherige Arbeit für unsere Patienten, sowohl auf dem Gebiet der Unfallchirurgie einschließlich dem sogenannten Durchgangsarzt-Verfahren (bezeichnet die Versorgung von Arbeits-, Wege- und Schulunfällen), der endoprothetischen Versorgung an Schulter-,

Knie- und Hüftgelenk sowie arthroskopischer Operationen am Schulter- und Kniegelenk konsequent fortsetzen«, versichert Oberarzt Dr. med. Jochen Reichmann.

Patientenwohl steht an erster Stelle

Die Zertifizierung der Klinik zum Endoprothetik-Zentrum im Jahre 2014 hat Dr. med. Jochen Reichmann als Koordinator federführend begleitet. »Nur auf der Basis eines kompetenten Teams ist es uns möglich, die Erfolge, die unseren Patienten in einem Zentrum zugutekommen, fortzusetzen«, lobt Dr. med. Jochen Reichmann die gute fachübergreifende Zusammenarbeit aus Pflegeteam, Ärzten, Physiotherapeuten sowie der Dokumentationsassistenten und ergänzt: »Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, dass sich unsere Patienten gerade bei einer so bedeutenden OP wie einem notwendigen künstlichen Gelenkersatz gut versorgt und wohl bei uns fühlen.«

Eine bereits seit 2008 etablierte Knochenbank wurde von Dr. med. Jochen Reichmann mit großem Einsatz installiert. Ziel ist es, die Heilung der Knochen bei großen Knochendefekten im Rahmen ausgedehnter Knochenbrüche oder im Rahmen der Versorgung mit künstlichen Gelenken zu beschleunigen. Zum 1. April 2015 hat Dr. med. Jochen Reichmann die Teilnahme an der Ermächtigung der kassenärztlichen Versorgung beantragt, um auch hier in der Übergangszeit die kontinuierliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

> Text: Friederike Buettner, Dr. med. Jochen Reichmann

»DEINE NAHRUNGSMITTEL SEIEN DEINE HEILMITTEL«

Hippokrates, griechischer Arzt



• v.l.: Ewa Mikosch, Frieda Widerspan, Irene Mündlein, Axel Delater, Peter Thomas.

Das Klinikum bedankt sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Küchenservice-Bereichs.

Im Jahr 2014 produzierte die Küche fast 650.000 Essen für Patienten. Hinzu kamen 170.000 Mahlzeiten für das Personal und den Konferenzservice (wie auf dem Foto) im Haus. Unser sympathisches Küchenteam freut sich immer auf Herausforderungen, um zu zeigen, zu welchen kulinarischen Höchstleistungen es imstande ist.

Mitmachen und gewinnen!

Wie heißt der Küchenchef im Klinikum?



Senden Sie Ihre Antwort an: oeffentlichkeitsarbeit@klinikum-herford.de

Wir lösen in unserer Lostrommel den/die Gewinner/in beim Betriebsfest am 11. September aus. Es gibt einen Gutschein im Wert von 50 Euro zu gewinnen!



- v. l. Dr. med. Lolimar Rojas Rosas, Botschafterin Ärzte ohne Grenzen, Dr. med. Steffen Grautoff, Oberarzt Klinik für Kardiologie, und Vorstand Martin Eversmeyer.

Spendenübergabe an Ärzte ohne Grenzen

Klinikum hat fast 12.000 Euro gesammelt

Im Frühjahr fand im Klinikum die Spendenscheckübergabe der Aktion »Spenden statt Präsente« an »Ärzte ohne Grenzen« statt. Als Botschafterin der Hilfsorganisation »MSF-Ärzte ohne Grenzen« hat Dr. med. Lolimar Rojas Rosas den Scheck in Höhe von 11.917 Euro entgegengenommen. Das Klinikum freut sich über die große Beteiligung an der Spendenaktion aus der Öffentlichkeit sowie der Mitarbeiter und Patienten im Klinikum Herford. Dr. med. Steffen Grautoff, Oberarzt der Klinik für Kardiologie am Klinikum und Dr. med. Lolimar Rojas Rosas, Anästhesistin am Klinikum Bielefeld, engagieren sich ehrenamtlich bei »Ärzte ohne Grenzen« und haben von ihren Erfahrungen und ihrer persönlichen Motivation berichtet. Zuletzt war Dr. med. Steffen Grautoff in Sri Lanka im Einsatz, kürzlich ist Dr. med. Lolimar Rojas Rosas erst aus Haiti zurückgekehrt, wo in einer speziellen Einrichtung Verbrennungsoffer behandelt wurden. »Es handelt sich dabei um einfache Camps, in denen wir als Helfer leben.

Die Spendengelder gehen eins-zu-eins an die Menschen, die das Geld in Krisenregionen dringend benötigen.« »Die Menschen leben in einer Armut, die man sich bei unseren Standards kaum vorstellen kann«, beschreibt Dr. med. Steffen Grautoff die oft schwierigen Bedingungen, unter denen sich Ärzte, Logistiker und Krankenschwestern aus aller Welt für Menschen in Not einsetzen. Vor Ort wird mithilfe der Spendengelder die erste medizinische Versorgung aufgebaut und etabliert. Das Klinikum Herford hat die Aktion im November 2014 ins Leben gerufen und nach einer Verlängerung aufgrund der hohen Resonanz im Februar beendet.

Das Klinikum Herford unterstützt Mitarbeiter, die sich bei Hilfsprojekten einsetzen möchten.

> Text: Friederike Buettner

Offener Info-Tag des Brustzentrums Minden-Herford am Samstag, 18. April 2015

im Forum des MARTa Herford

Fachkongress Programm

9.30 Uhr: Begrüßung

Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer, Vorstand Klinikum Herford
Gerhard Wiechers, Regionaldirektor AOK NORDWEST

10.00 Uhr: Vorstellung des Brustzentrums Minden-Herford und seiner Kernleistungsbereiche

Dr. med. Thomas Heuser, Klinikum Herford
Dr. med. Manfred Brinkmann, JWK Minden und weitere Experten des Brustzentrum-Teams

10.30 Uhr: State of the Art der Therapie der Patientin mit einem metastasierten Mammakarzinom

Prof. Dr. med. Michael Lux,
Universitäts-Brustzentrum Franken,
Universitätsklinikum Erlangen

11.00 Uhr: Therapiemanagement der Nebenwirkungen moderner Systemtherapien

Dr. med. Stefanie Noeding,
Schwerpunktpraxis für Gynäkologische Onkologie,
Hannover

11.30 Uhr: Genetische Aspekte bei Brust- und Eierstockkrebs – aktuelle Empfehlungen

Dr. med. Susanne Morlot,
Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover

12.00 Uhr: Neun Jahre Brustkrebsfrüherkennung in Herford und Minden-Lübbecke – Wo stehen wir heute?

Dr. med. Gisela Urban, Dr. med. Annette Rudolf,
Programmverantwortliche Ärztinnen
Screeningeinheit Herford/Minden-Lübbecke

12.30 Uhr: Resümee und Ende des Fachkongresses

Dr. med. Thomas Heuser

13.15 Uhr: Mittagspause »meet & greet«

Mehr dazu

... www.klinikum-herford.de/aktuelles/

Info-Tag Programm

14.00 Uhr: Begrüßung der Öffentlichkeit

Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer, Vorstand Klinikum Herford
Gerhard Wiechers, Regionaldirektor AOK NORDWEST

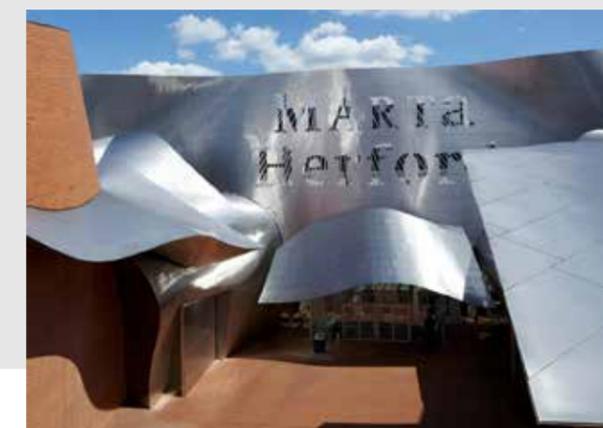
14.30 Uhr: Interview – Was sind die Hauptprobleme bei Brustkrebs?

Dr. med. Manfred Brinkmann, JWK Minden
Dr. med. Thomas Heuser, Klinikum Herford

14.45 – 16.00 Uhr: Workshops/Infos/Service

- Brusttast-Kurs
- Ort der Ruhe und der Kraft – Musiktherapie
- psychoonkologische Belastungen bei Brustkrebs
- OP-Möglichkeiten
- ambulante, onkologische Therapien
- Strahlentherapie
- Diagnostik
- Infostand der Frauenselbsthilfe nach Krebs – Gruppe Herford
- Infostand der Krebsberatungsstelle des Kreises Herford
- Infostand der AOK NORDWEST
- Kaffee- und Kuchen-Buffer
- **ganztägige Kinderbetreuung**

16.00 Uhr: Abschlussplenum



Keine Angst vorm Krankenhaus

Schulklasse besucht Zentrale Notaufnahme (ZNA)



• Krankenpfleger Mario Corazza erklärt den interessierten Kids anschaulich und eindrücklich, wie im Klinikum Herford Patienten im Schockraum behandelt werden.

Neugier ist bekanntlich in der Kindheit besonders ausgeprägt: Deshalb war es geradezu passend, dass die zweite Klasse der Herforder Grundschule Landsberger Straße die Zentrale Notaufnahme (ZNA) des Klinikums Herford besuchte. Hier findet nämlich oft der erste Kontakt der Patienten mit dem Klinikum statt. »Der Vater eines Kindes, der selbst am Klinikum beschäftigt war, hatte uns empfohlen, das Klinikum zu besuchen«, erklärt Lehrer Dieter Schwanholz, wie es zum ersten Kontakt gekommen ist.

»Die Kinder sind alle erwartungsvoll und interessiert«, lobt Lehrer Dieter Schwanholz seine geschwätzigen Schützlinge. Viele Kinder erzählten von ihren eigenen Erfahrungen und plapperten aufgeregt drauf los. Nach einer kurzen Einführung, die die Kinder ins Zuhören und Staunen versetzte, bildete der Besuch im Gipsraum das »Highlight« des Tages. Denn hier konnten die Schüler am eigenen Leib erfahren, wie es sich anfühlt, einen Gips tragen zu müssen. »Sonderlich angenehm ist es nicht, aber es tut auch nicht weh«, stellte Schüler Alex abschließend fest.

Offene Erklärungen lassen keinen Platz für Angst

Spielerisch erklärten Oberarzt Marco Kauling und ZNA-Krankenpfleger Mario Corazza, mit welchen Krankheiten Kinder ins Klinikum kommen, wie man bei einem Knochenbruch vorgehen sollte, und wie Ärzte und Pfleger herausfinden, um welche Art der Verletzung es sich handelt. »Ein Besuch der ZNA ist nicht nur spannend für Kinder, sondern auch wichtig, um Ängste abzubauen«, so Mario Corazza. Die Einführung und Fragen zu beantworten fielen ihm sichtlich nicht

schwer, schließlich nimmt »das Gespräch mit unseren Patienten in der Einschätzung des Gesundheitszustandes einen hohen Stellenwert ein«.

»Die Zentrale Notaufnahme versteht sich als Team, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt und die Fähigkeiten verschiedener Schwerpunktbereiche und Berufsgruppen durch täglichen interdisziplinären Austausch zum Wohle des Patienten fördert«, ergänzt ZNA-Oberarzt Marco Kauling. »Einen Eindruck davon wollten wir heute vermitteln.«

Für Lehrerin Anke Althaus war der Besuch der ZNA inklusive Vorführung eines echten Rettungswagens ebenso spannungsgeladen, aber aus anderen Gründen: »Es ist nicht immer einfach, 17 Individuen im Auge zu behalten, aber die Ärzte und Pfleger haben die Abläufe so altersgerecht vermittelt, dass die Kinder aufmerksam bei der Sache geblieben sind.« Abschließend zeigte Krankenpfleger Mario Corazza den Kids, wie Blutdruck gemessen wird und beantwortete letzte Fragen.

> Text: Friederike Buettner

KLINIKEN

Medizinische Klinik I

Klinik für Gastroenterologie, Pneumologie,
Diabetologie und Geriatrie

T: 05221 94 24 34

E: lucie.thenhausen@klinikum-herford.de

Medizinische Klinik II

Klinik für Onkologie und Palliativmedizin

T: 05221 94 24 30

E: manuela.marks@klinikum-herford.de

Medizinische Klinik III

Klinik für Kardiologie und Intensivmedizin

T: 05221 94 22 48

E: sekretariat.kardiologie@klinikum-herford.de

Klinik für Allgemein-, Thorax-
und Viszeralchirurgie

T: 05221 94 24 20

E: sekr.ch@klinikum-herford.de

Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie
und Handchirurgie

T: 05221 94 24 23

E: ingrid.koring@klinikum-herford.de

Klinik für Gefäßchirurgie

T: 05221 94 25 20

E: sekretariat.gf@klinikum-herford.de

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

T: 05221 94 23 53

E: sekr.frauenklinik@klinikum-herford.de

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

T: 05221 94 25 40

E: sekretariat.kinderklinik@klinikum-herford.de

Klinik für Neurologie

T: 05221 94 23 93

E: info.neurologie@klinikum-herford.de

Klinik für Urologie

T: 05221 94 24 51

E: sekurologie@klinikum-herford.de

Klinik für Strahlentherapie

T: 05221 94 28 08

E: strahlentherapie.sekretariat@klinikum-herford.de

Klinik für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie

T: 05221 94 24 61

E: sek.radiologie@klinikum-herford.de

Klinik für Nuklearmedizin

T: 05221 94 24 71

E: susanne.schulze@klinikum-herford.de

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensiv-
medizin, Rettungsmedizin, Schmerztherapie

T: 05221 94 24 80

E: sekr.ains@klinikum-herford.de

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

T: 05221 94 38 301

E: sekretariat.psychiatrie@klinikum-herford.de

Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

T: 05221 1 64 30

E: tagesklinik.herford@klinikum-herford.de

Multiple Sklerose Behandlungszentrum

T: 05221 94 23 93

E: sek.neurologie@klinikum-herford.de

Mutter-Kind-Zentrum

T: 05221 94 23 53

E: sekr.frauenheilkunde@klinikum-herford.de

Onkologisches Zentrum

T: 05221 94 24 30

E: manuela.marks@klinikum-herford.de

Pankreaszentrum

T: 05221 94 24 21

E: sekretariat.ch@klinikum-herford.de

Perinatalzentrum Level 1

T: 05221 94 25 41

E: sekretariat.kinderklinik@klinikum-herford.de

Traumazentrum

T: 05221 94 24 23

E: Ingrid.Koring@klinikum-herford.de

ZENTREN

Brustzentrum

T: 05221 94 23 53

E: sek.frauenklinik@klinikum-herford.de

Chest Pain Unit

Brustschmerzambulanz

T: 05221 94 24 26

E: sek.kardio@klinikum-herford.de

Comprehensive Stroke Unit

Schlaganfallzentrum

T: 05221 94 23 93

E: sek.neurologie@klinikum-herford.de

Schlaganfall-Hotline 05221 94-1207

Darmzentrum

T: 05221 94 24 20

E: sekr.ch@klinikum-herford.de

Endoprothetik-Zentrum

T: 05221 94 24 23

E: Ingrid.Koring@klinikum-herford.de

Gefäßzentrum

T: 05221 94 22 28

E: sekretariat.gf@klinikum-herford.de

Medizinisches Versorgungszentrum

T: 05221 94 26 26

E: mvz.anmeldung@klinikum-herford.de

INSTITUTE

Institut für klinische Psychologie

T: 05221 94 12 75

E: sandra.decius-bohnenkamp@klinikum-herford.de

Institut für Pathologie

T: 05221 94 22 28

E: sekretariat.pathologie@klinikum-herford.de

Krankenhausapotheke

T: 05221 94 24 86

E: apotheke@klinikum-herford.de

Krankenhaushygiene

T: 05221 94 12 12

E: Johannes.Baltzer@klinikum-herford.de

Labormedizin

(in Kooperation mit den Mühlenkreiskliniken)

T: 05221 94 24 56

E: jutta.neumann@klinikum-herford.de

Zentrale Notaufnahme

T: 05221 94 24 26

F: 05221 94 21 41

E: ambulanzen@klinikum-herford.de



Akademisches Lehrkrankenhaus der
Medizinischen Hochschule Hannover

Klinikum Herford

Schwarzenmoorstraße 70

32049 Herford

Telefon: 05221 94-0

Telefax: 05221 94-2649

www.klinikum-herford.de

Unternehmensleitung

Martin Eversmeyer, Vorstand

Rudolf Küster, Vorstand

Prof. Dr. med. Klaus Weichert-Jacobsen,

Ärztlicher Direktor

Elke Schmidt, Pflegedirektorin

Manfred Pietras, Verwaltungsdirektor

