

- ▶ Alltag
- ▶ Alter
- ▶ Anwalt
- ▶ Ausländer
- ▶ Bürokratie
- ▶ Demokratie
- ▶ Dritte Welt
- ▶ Ehrenamt
- ▶ Europa
- ▶ Forum
- ▶ Foto
- ▶ Freizeit
- ▶ Geschichte
- GESUNDHEIT**
- ▶ Haushalt
- ▶ Heimat
- ▶ Hintergrund
- ▶ Jugend
- ▶ Justiz
- ▶ Katastrophen
- ▶ Kontinuität
- ▶ Kriminalität
- ▶ Lebenshilfe
- ▶ Marketing
- ▶ Menschen
- ▶ Recherche
- ▶ Schule
- ▶ Tests
- ▶ Umwelt
- ▶ Unterhaltung
- ▶ Verbraucher
- ▶ Vereine
- ▶ Wächteramt
- ▶ Wahlen
- ▶ Wirtschaft
- ▶ Wissenschaft
- ▶ Wohnen
- ▶ Zukunft

Menschen wollen wissen,
wer und was ihnen hilft

Auf sie trinken wir bei Geburtstagen, sie wünschen wir, wenn jemand niest: „Gesundheit“. Wenn Menschen gefragt werden, was ihnen wichtig sei, rangiert die Gesundheit auf den vorderen Plätzen. Vorsorge ist mehr denn je gefragt. Und Gesundheit ist ein lokales Thema: Die Praxen der Ärzte stehen in der Nachbarschaft, die Krankenhäuser sind nicht weit weg. Ob das Gesundheitssystem taugt, hier vor Ort erfahren es die Leser am eigenen Leib. Sie wollen Rat und Orientierung. Sie freuen sich über die Meldung von der spektakulären Heilung in den USA, aber sie wollen wissen, wer ihnen in Belzig, Fulda, Hameln oder Koblenz helfen kann.

Die Patienten blicken durch

Die Jury

1. PREIS

Umfassende Orientierung

Immer mehr Patienten lassen sich ambulant operieren. Doch anders als im stationären OP-Bereich fehlt bislang ein objektiver Überblick, wie gut die Operateure ihr Handwerk beherrschen. Patienten in Sachsen blicken dennoch durch, dank des Gemeinschaftsprojekts der drei großen Regionalzeitungen. Sie haben sich – ein Novum – zusammenschlossen und legen die erste und bislang größte Umfrage zur Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen im Bundesland vor. Dafür haben sie alle wichtigen Akteure aus dem Gesundheitswesen einbezogen und Wissenschaftler der TU Dresden mit der Auswertung beauftragt. Die Redaktionen präsentieren die Qualitätsbewertungen von Ärzten und Krankenhäusern und bieten mit Experteninterviews und Service-Themen umfassende Orientierung. Die drei Zeitungen verzichten bewusst auf Anzeigen, um Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit zu gewährleisten. Gemeinsam schaffen sie ein datenjournalistisches Projekt, das seinesgleichen sucht.

Immer mehr Operationen werden ambulant ausgeführt. Doch wie steht es um die Qualität der Operateure? – Die Patienten in Sachsen blicken durch dank des gemeinsamen Engagements der drei großen Zeitungen.

Belastbare Ergebnisse

Ob Krampfadern, Grauer Star oder Herzkatheter: Immer mehr Operationen werden inzwischen ambulant durchgeführt, denn das ist kostensparender. In Sachsen rechneten allein die Vertragsärzte 2014 rund 240.000 ambulante Eingriffe ab. Außerdem bieten auch Kliniken zunehmend Operationen ohne stationäre Betreuung an. Doch wie steht es um die Qualität? Für den ambulanten Bereich gibt es im Gegensatz zum stationären bislang keine gesetzlich vorgeschriebenen und damit auswertbaren Qualitätsangaben. Zwar haben auch niedergelassene Ärzte strenge Vorgaben zu erfüllen, wenn sie ambulant operieren. Wie gut sie ihr Handwerk beherrschen, wird dagegen nirgendwo offengelegt.

Die Serie „Ambulant operieren“ will Patienten in Sachsen erstmals eine Orientierung ermöglichen. Dazu haben sich – ebenfalls erstmals – die drei führenden Regionalzeitungen zusammenschlossen und die bislang größte Umfrage zur Patientenzufriedenheit bei ambulanten

Operationen in ganz Sachsen gestartet.

Um belastbare, nicht angreifbare Ergebnisse zu erzielen, wurden alle wichtigen Akteure von Beginn an mit einbezogen: die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Landesärztekammer Sachsen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Lehrstuhl Gesundheitswissenschaften der TU Dresden sowie die fünf mitgliederstärksten Krankenkassen im Freistaat. In fast einjähriger Vorbereitungszeit wurden die neun häufigsten ambulanten Operationen und genau die Patienten selektiert, die sich 2014 oder 2015 eines solchen Eingriffs in Sachsen unterziehen mussten. Eine besondere Herausforderung war dabei der einzuhaltende Datenschutz.

Gemeinsam mit den Fachleuten wurde ein Fragebogen entwickelt, der nicht nur weiche Kriterien wie die Freundlichkeit, sondern auch Fallzahlen, Komplikationen im Nachhinein oder Zuzahlungen mit erfasste. Von über 100.000 gezielt ver-

Noch Fragen?

Udo Lindner, stv. Chefredakteur, Telefon: 0371/656-10460, E-Mail: udo.lindner@freiepresse.de

Wie gut sind ambulante Operationen in Sachsen?

Die größte Patientenumfrage im Freistaat gibt erstmals Aufschluss über Wartezeit, Zufriedenheit und Komplikationen.

VON STEFFEN KLAMETH

CHEMNITZ – Ob Grauer Star, Ausschabung oder Hand-OP: Immer mehr Operationen werden heute ambulant durchgeführt – bundesweit bereits rund sechs Millionen im Jahr. Denn das ist billiger. In Sachsen rechneten allein die Vertragsärzte im vorigen Jahr rund 240.000 solche Eingriffe ab. Zudem bieten auch Kliniken zunehmend Operationen ohne stationäre Betreuung an. Doch wie steht es um die Qualität? Während Krankenhäuser seit mehreren Jahren ihre Behandlungsergebnisse dokumentieren müssen, gilt das für den ambu-

lantem Bereich bislang nicht. Zwar haben auch niedergelassene Ärzte strenge Vorgaben zu erfüllen, wenn sie ambulant operieren wollen. Wie gut sie ihr Handwerk beherrschen, wird allerdings nirgendwo offengelegt. Wenn Patienten ein solcher Eingriff bevorsteht, können sie nur der Empfehlung ihres behandelnden Arztes oder dem Rat von Verwandten und Bekannten vertrauen.

Die „Freie Presse“ bietet ihren Lesern in den nächsten Wochen erstmals eine sachsenweite Orientierung. Mit Unterstützung der großen Krankenkassen im Freistaat – AOK Plus, IKK classic, Barmer GEK, Techniker Krankenkasse und DAK-Gesundheit – haben wir im September rund 100.000 Versicherte befragt, die sich in diesem oder im vergangenen Jahr einem ambulanten Eingriff unterzogen haben. Knapp 24.000 von ihnen haben den Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit ausgefüllt und zurückgeschickt. Ein Team der TU Dresden unter Leitung von Ge-

Ambulant operieren

So zufrieden sind Patienten in Sachsen

- 2.11. Krampfader
- 5.11. Gebärmuttererkrankung
- 9.11. Karpaltunnelsyndrom
- 12.11. Herzrhythmusstörung
- 16.11. Grauer Star
- 19.11. Koloskopie
- 23.11. Arthroskopie
- 26.11. Handoperation
- 30.11. Linksherzkatheter

Eine Serie der Freien Presse in Zusammenarbeit mit AOK Plus, Barmer GEK, DAK, IKK classic und TK

sundheitswissenschaftler Professor Joachim Kugler hat die anonymen Antworten wissenschaftlich ausgewertet. Exakt 18.369 Fragebögen waren verwertbar.

Für die Umfrage wurden die neun häufigsten ambulanten Eingriffe bei Erwachsenen ausgewählt.

Krankenkassen drängen seit Jahren darauf, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. „Was gut ambulant zu operieren ist, sollten Spezialisten ambulant behandeln“, sagt Rainer Striebel, Vorstandsvorsitzender der AOK Plus.

Trotz steigender ambulanter Fallzahlen zeigt der Trend auch bei stationären OPs nach oben. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), Klaus Heckemann, begründet das mit der alternden Bevölkerung und der Zunahme degenerativer Erkrankungen: „Immer weniger Menschen wollen akzeptieren, dass an ihrem Körper im Alter nicht mehr alles so funktioniert wie früher.“

Die „Freie Presse“ startet heute ihre große Serie, in der die Ergebnisse der größten Patientenumfrage in Sachsen vorgestellt werden. Sie zeigt zum Beispiel, welche Praxis wie häufig ambulant operiert und wie zufrieden die Patienten mit den OP's waren.

Ratgeber: Interview

schickten Fragebögen kamen mit 24.000 überdurchschnittlich viele in anonymer Form zurück. Die TU Dresden übernahm die wissenschaftliche Auswertung. 18.369 Fragebögen waren verwertbar.

Kern der anschließenden fünfwöchigen Serie waren die übersichtlich in Tabellen präsentierten Qualitätsbewertungen der ambulant operierenden Ärzte und Krankenhäuser in Sachsen und je ein

interpretierender Text dazu. Begleitend dazu wurden lokale Ärzte zu den jeweiligen Operationsmethoden, zu Risiken und Nebenwirkungen befragt. Zusätzlich wurden wichtige Servicethemen wie Terminvergabe, Aufklärungsgespräch und Narkose-Arten behandelt. Zu jeder Operationsmethode konnten Leser bei anschließenden Telefonforen ihre Fragen stellen.

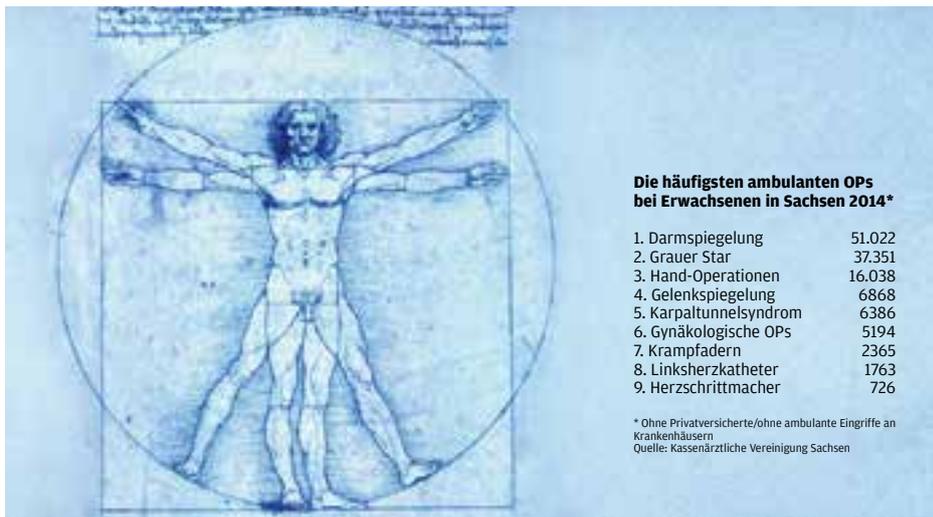
*Torsten Kleditzsch, Chefredakteur
Freie Presse*

*Jan Emendörfer, Chefredakteur
Leipziger Volkszeitung*

*Uwe Vetterick, Chefredakteur
Sächsische Zeitung*

Noch Fragen?

André Böhmer, stv. Chefredakteur, Telefon: 0341/2181 1558, E-Mail: a.boehmer@lvz.de
Steffen Klameth, stv. Redaktionsleiter, Telefon: 0351/48642276, E-Mail: klameth.steffen@dd-v.de



Der Patient hat nur beschränkte Wahl

AMBULANT OPERIEREN: Wirtschaftlichkeit ist Pflicht, sagt Sachsens Kassenärztechef im Gespräch zu Vor- und Nachteilen ambulanter OPs

Er ist Arzt – aber kein gewöhnlicher. Als Vorsitzender der Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen spricht Dr. Klaus Heckemann für alle niedergelassenen Mediziner im Freistaat und mischt auch in der deutschen Gesundheitspolitik mit. Zum Auftakt unserer Serie sprachen wir mit ihm über die Vorteile und Grenzen ambulanter Operationen.

Herr Dr. Heckemann, gestatten Sie, dass ich Ihnen erst mal die typische Arztfrage stelle: Wie geht es Ihnen?

Danke, ich bin ganz zufrieden. Das freut mich. Aber angenommen, Ihr Knie schmerzt und Ihr Orthopäde rät zu einer ambulanten Gelenkspiegelung: Würden Sie darauf eingehen oder lieber das Krankenhaus wählen?

Ich würde mir zunächst sehr gut überlegen, ob die OP überhaupt nötig ist – in dieser Beziehung bin ich sehr konservativ. Aber wenn der Eingriff unbedingt sein muss und ich weiß, dass ich danach zu Hause gut versorgt werde, dann würde ich natürlich das Krankenhaus meiden.

Viele Patienten fühlen sich in der Klinik besser aufgehoben.

Es kommt natürlich auf die Art des Eingriffs an. Ich würde zum Beispiel niemandem zu einer ambulanten Geburt raten – da kann es immer passieren, dass das Neugeborene als Notfall ins Krankenhaus muss. Aber wenn das Risiko kalkulierbar ist und das häusliche Umfeld es zulässt, spricht nichts gegen eine ambulante OP. Bei einer Arthroskopie ist das Ri-

siko zum Beispiel vergleichsweise minimal, in der Klinik dagegen die Gefahr einer Infektion mit gefährlichen Keimen selbst bei höchsten Hygienestandards höher.

Haben Patienten denn überhaupt die Wahl zwischen ambulanter und stationärer OP?

Nur eingeschränkt. Die Ärzte werden für die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen in die Pflicht genommen – und ambulante Eingriffe sind nun mal preisgünstiger. Als Ausnahme gilt nur, wenn ein Krankenhausaufenthalt unbedingt nötig ist, etwa wegen schwerer Nebenkrankungen. Will ein Patient ohne triftigen Grund ins Krankenhaus, muss das die Kasse vorher genehmigen.

Die Zahl der ambulanten OPs steigt, ohne dass die stationären Fälle weniger werden. Wie erklären Sie sich das?

Wenn eine Operation notwendig ist, etwa bei einem Meniskusrisiko, dann muss das natürlich gemacht werden. Aber viele Eingriffe haben ihren Grund in degenerativen Erkrankungen, und immer weniger Menschen wollen akzeptieren, dass an ihrem Körper im Alter nicht mehr alles so funktioniert wie früher. Auch Ärzte folgen vielleicht in manchen Fällen diesem mechanistischen Menschenbild nach dem Motto: Ich will meinem Patienten helfen, und da kann man doch was machen. Ich finde das zumindest dort grenzgenau, wo die Nutzen-Risiko-Abwägung unklar ist.

Also die Schmerzen hinnehmen? Der Mensch altert, das ist nun mal so. Die Gelenke nutzen sich ab, die

Augen sehen nicht mehr so scharf. Viele glauben dann, mit einer OP ist das Problem schnell erledigt – und vergessen, dass es einem hinterher im Einzelfall auch schlechter gehen kann. Besonders bei den orthopädischen Eingriffen kommt noch das Problem dazu, dass nach der OP meist eine aufwendige physiotherapeutische Rehabilitation erforderlich ist. Hier muss der Patient dann aktiv mitmachen, denn mit dem gern akzeptierten Massage ist es da nicht getan.

Gibt es für ambulante Operationen überhaupt ein finanzielles Limit?

Nein. Im Gegensatz zu anderen ambulanten Behandlungen gelten bei OPs keine begrenzenden Budgets.

Und medizinisch?

Wie gesagt: Es ist oft schwer zu entscheiden, ob eine Operation Sinn macht oder nicht – in der Medizin gibt es selten ein klares Ja oder Nein. Beispiel Grauer Star: Nutzt dem 80-jährigen Patienten im Pflegeheim, der demenzbedingt weder liebt noch fernsieht und zudem diverse Nebenkrankungen hat, eine solche Operation? Wohlgehemmt: Das hat nichts mit Priorisierung oder gar Rationierung zu tun. Das Vorgehen auf der ärztlichen Seite sollte immer dann ausgerichtet sein, wie man für sich selbst oder seine Eltern entscheiden würde.

Werden Ärzte für ambulante OPs hinreichend bezahlt?

Es mag ein paar Ausnahmen geben, aber im Allgemeinen ist das Honorar hier eher angemessen als bei den sonstigen ambulanten ärztlichen

Leistungen. Das gilt vor allem deshalb, weil die Operationsleistungen nicht budgetiert sind, also der Arzt, wie sonst leider nicht üblich, Mehrarbeit auch bezahlt bekommt. Das ist auch eine gewisse Erklärung dafür, warum immer mehr Ärzte ambulant operieren. Eine andere Frage und ein Argernis ist die teils erhebliche Diskrepanz zu den Krankenhäusern: Diese erhalten in bestimmten Fällen für die gleichen Leistungen eine unverhältnismäßig höhere Vergütung, wenn sie im stationären Bereich erbracht werden.

Krankenhäuser müssen ihre Qualität penibel dokumentieren. Warum gilt das nicht für niedergelassene Ärzte?

Das stimmt so nicht. Auch viele niedergelassene Ärzte müssen Qualitätsnachweise bringen. Nehmen wir als Beispiel die – auch als ambulante Operation zählende – Koloskopie. Hier muss der niedergelassene Arzt, bevor er die Leistung überhaupt abrechnen darf, erst einmal nachweisen, dass er 200 Koloskopien und 50 Polypabtragungen selbstständig erbracht hat. Außerdem muss er dann jährlich 200 Koloskopien und zehn Polypentomien erbringen. Des Weiteren muss dann noch in einer Stichprobenprüfung die Videodokumentation vorgelegt werden. Das gibt es bisher für Krankenhäuser nicht.

Trotzdem: Patienten haben praktisch keine Chance, Erfahrung und Können eines niedergelassenen Arztes zu beurteilen. Woran können sie sich bei der Wahl einer Praxis orientieren?

Im Krankenhaus weiß der Patient

meist nicht, wer ihn operieren wird – in der Praxis aber sehr wohl. Ich empfehle möglichst nur Ärzte, zu denen ich auch selbst im Falle eines Falles gehen würde. Etwas problematisch ist das aber, da der überwiesene Arzt so in den Verdacht kommen könnte, für diese Empfehlung irgendeine Gegenleistung zu bekommen. Außerdem sind solche Empfehlungen berufrechtlich bedenklich. Deshalb sollte man nach Möglichkeit mehrere Ärzte empfehlen. Aber vielleicht kann die auf die große Patientenumfrage Ihrer Zeitung auch mithilfe, die Entscheidung zu erleichtern. Deshalb haben wir die Aktion auch gern unterstützt.

Der Kassenärzte-Chef

Dr. Klaus Heckemann (59) ist seit 2005 Vorsitzender der Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS). Der Allgemeinmediziner arbeitet einen Tag pro Woche für die Praxis seiner Frau in Dresden und besucht dabei zu-



FOTO: TK

meist ein Pflegeheim. Im Gemeinsamen Bundesausschuss von Kassen und Ärztevertretern wirkt er an der Bedarfsplanung und der Arzneimittelnutzenbewertung mit. Die Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen versteht sich als Dienstleister für Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Patienten in Sachsen und stellt die ambulante ärztliche Versorgung in Sachsen sicher.

So kamen die Ergebnisse zustande

24.000 Patienten haben bei Umfrage mitgemacht

Anfang September bekam Frau M. Post von ihrer Krankenkasse Inhalt eines zweistufigen Fragebogens und ein Rücksendeumschlag. Frau M., so stand in dem Begleitschreiben, möge doch bitte mitteilen, wie zufrieden sie mit ihrer ambulanten Hand-OP gewesen sei. Mit ihrer Meinung könne sie dazu beitragen, anderen Patienten die Entscheidung bei der Wahl der richtigen Praxis bzw. Klinik zu erleichtern. Wie Frau M. erhielten rund 100.000 Versicherte in Sachsen einen solchen Brief. Manche hatten auch eine Hand-OP hinter sich, andere eine Gelenkspiegelung oder eine Herzschrittmacher-Implantation. Neun verschiedene OPs wurden für den Befragung berücksichtigt – jene nennt, die hierzu-lande bei Erwachsenen am häufigsten ambulant durchgeführt werden.

Für die Auswahl der OPs und der jeweils behandelnden Ärzte nutzte die Kassensärztliche Vereinigung Sachsen ihre internen Abrechnungen. Mithilfe der verschlüsselten Daten konnten die fünf größten Krankenkassen im Freistaat die betroffenen Versicherten ausweisen und zielgenau anschreiben – natürlich unter strenger Berücksichtigung des Datenschutzes. Die Redaktion hatte zu keinem Zeitpunkt Kenntnis von Adressen oder Patientendaten. An sie sollten nur die Fragebögen zurückgeschickt werden – anonym. Fast 24.000 Patienten machten sich die Mühe – eine hohe Quote. Dafür möchten wir uns bedanken. Leider waren nicht alle Antworten eindeutig. Doch immerhin 18.369 Fragebögen konnten die Wissenschaftler von der TU Dresden um Professor Joachim Kugler aber auswerten. Die Ergebnisse mit ausführlichen Erklärungen von Spezialisten lesen Sie ab Montag in der „Freien Presse“ (sk)

Ambulant operieren

So zufrieden sind Patienten in Sachsen

Ab Montag stellen wir pro Woche je zwei ambulante Eingriffe mit den Ergebnissen der Patientenumfrage vor.

2./3.11. Krampfadern
5./6.11. Ausschabung
9./10.11. Karpaltunnelsyndrom
12./13.11. Herzrhythmusstörung
16./17.11. Grauer Star
19./20.11. Darmspiegelung
23./24.11. Gelenkspiegelung
26./27.11. Handoperation
30.11./1.12. Linksherzkatheter
Ihre Fragen zu den Eingriffen können Sie am jeweils ersten Tag der oben genannten Daten Mediziner beim **Teleforum zwischen 14 und 16 Uhr** stellen. Die entsprechenden Namen und Telefonnummern werden an diesem Tag veröffentlicht. Zudem können Sie Ihre Fragen auch vorab per E-Mail an folgende Adresse senden:

Teleforum@redaktion-nitzwerk.de
Eine Serie der Freien Presse zu neun Krankheitsbildern in Zusammenarbeit mit AOK Plus, Barmer GKK, DAK Gesundheit, IKK classic und TK.

Ambulant vor stationär? Das sagen die sächsischen Kassenchefs



Rainer Striebel (54), Vorstandsvorsitzender der AOK Plus: „Vor 30 Jahren war für die Operation des Grauen Stars eine Woche Krankenhaus fällig. Heute wird das in der Regel ambulant gemacht. Moderne Technik macht's möglich – nicht nur bei dieser Indikation. Krankenhäuser werden deshalb nicht überflüssig. Sie sollen sich weiterhin medizinischen Herausforderungen stellen und für die Akutversorgung da sein. Was aber gut ambulant zu operieren ist, sollte von Spezialisten ambulant behandelt werden.“



Paul-Friedrich Loose (57), Landesgeschäftsführer der Barmier GKK in Sachsen: „Steht eine planbare Operation bevor, sollte erst mal in Ruhe überlegt werden, wie und wo das gemacht werden soll. Ist der Eingriff ambulant möglich, dann sollte er auch ambulant durchgeführt werden. Der behandelnde Arzt und die Krankenkasse stehen hierbei beratend zur Seite. Online-Angebote wie Arzt- und Krankenhausaufsucher sind weitere Informationsquellen – genauso wie Patientenumfragen zur Behandlungszufriedenheit.“



Sven Hutt (47), Landesgeschäftsführer der IKK classic in Sachsen: „Heute werden in der höchsten Qualität routinemäßig Hunderte verschiedener Eingriffe ambulant durchgeführt. Innovative Operationsmethoden, aber auch neue Narkoseverfahren machen das möglich. Wir sehen diese Entwicklung positiv. Aber nicht alles, was möglich ist, muss für jeden richtig sein. Ambulant oder stationär – das ist immer eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Arzt und Patientem getroffen ist.“



Simone Hartmann (50), Leiterin der Techniker Krankenkasse Sachsen: „Das ist keine Frage, sondern mein Credo aus voller Überzeugung. Für Patienten ist ambulant sehr vorteilhaft. Im eigenen Bett auskurieren ist viel angenehmer und verschafft persönlichen Zeigewinn. Das Infektionsrisiko reduziert sich auf ein Minimum. Erst Operateure mit höchster Fachkompetenz ermöglichen diesen Fortschritt. Deren Leistungsfähigkeit in Sachsen schätze ich sehr. Ich bekomme, ein großer Förderer zu sein.“



Steffi Steinicke (54), Geschäftsleiterin Ost der DAK-Gesundheit: „Wir wollen für unsere Versicherten die beste Versorgung. Da keiner von uns gerne ins Krankenhaus geht, versuchen wir, solange es medizinisch vertretbar ist, die Versorgung über Hausärzte oder Fachärzte sicherzustellen. Das ist im Paragraph 13 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB XII) auch so geregelt. Dann unserer guten Versorgungsversprechen bringen wir den Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung in Einklang.“

Der unbeachtete Meniskusris

Es passierte auf dem Weg zur Arbeit: Dr. Heinrich Ollendorf war mit dem Rad unterwegs, als ihm ein Auto in die Quere kam. Der Halbleiter-Experte stürzte so heftig, dass er sofort ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Diagnose: Lendenwirbelbruch. „Die Therapie war langwierig und überlagerte lange Zeit die Schmerzen in meinem rechten Knie“, erinnert sich der 50-Jährige. Doch je besser es seinem Rücken ging, desto mehr machte ihm das Knie zu schaffen. Auf Empfehlung stellte er sich bei dem Dresdner Spezialisten Dr. Mario Bottesi vor. „Der schaute ein paar Sekunden auf das drei Jahre alte MRT und erkannte sofort einen Riss im Meniskus – den hatte man damals einfach übersehen.“ Eine erneute Kernspintomografie bestätigte den Verdacht. Von einer OP wollte Heinrich Ollendorf eigentlich nichts mehr wissen. Doch in der Hoffnung auf ein schmerzfreies Knie willigte er dann doch ein. Im September wurde der Meniskus mittels Arthroskopie operiert. „Nach drei Stunden war alles vorbei“, erzählt der Patient. Anfangs lief er an Krücken, heute schafft er wieder mühelos zehn Kilometer am Stück. Und wie leicht kann er noch in diesem Jahr wieder ein paar Jogging-Runden drehen. (sk) Foto: Thomas Kretschmer



SZ-Telefonforum
Noch Fragen zur Gelenkspiegelung?

Viele Menschen erhoffen sich von einer Gelenkspiegelung das Ende jahrelanger Schmerzen. Tatsächlich kann die Untersuchung in Kombination mit einer Operation hilfreich sein, aber es gibt auch Grenzen. Wie groß sind die Erfolgsaussichten tatsächlich? Wie lange muss man nach dem Eingriff mit Einschränkungen leben? Welche Alternativen gibt es? Und wie kann man einem Gelenkverschleiß am besten vorbeugen? Diese und andere Fragen beantworten heute von 14 bis 16 Uhr folgende Experten am Lesertelefon:

- Dr. Mario Bottesi
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Forum Gesundheit Dresden
0351 48642805
- Dr. Thomas Oehlmann
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Arthromed Praxisambulanz Chemnitz
0351 48642806
- Dr. Christian Kern
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
MediClin Waldkrankehaus Bad Döben
0351 48642807

mail! Sie können Ihre Fragen auch bis 14 Uhr mailen:
telefonforum@redaktion-netzwerk.de

Vom OP-Tisch aufs Sofa

Für die Nachsorge gelten besondere Regeln. Was die Kasse zahlt, ist verschieden.

VON LINDA BARTHEL

Du musst ein Telefon haben. Du musst nach Hause gebracht werden. Du darfst nicht alleine sein. Wer sich ambulant operieren lässt, muss bestimmte Regeln einhalten. Die Mediziner bereiten die Patienten meist nach festen Mustern auf die Zeit nach der Entlassung vor. „Im Gespräch klären wir alles genau ab“, sagt Sven Tempel, Leiter der Abteilung für Handchirurgie im Krankenhaus Friedrichstadt. Der Oberarzt führt jährlich 500 ambulante OPs durch. Vor jedem Eingriff vergewissert er sich, dass die möglichen Komplikationen nicht zu groß sind und der Patient zu Hause betreut wird. Lebt er allein, kann die OP nur stationär durchgeführt werden. Nach Eingriff und Nachbeobachtungszeit, die je nach Narkoseform und Eingriff zwischen zwei und vier Stunden schwankt, muss der Operierte von einem Angehörigen oder Bekannten abgeholt werden. Nur ausnahmsweise, zum Beispiel bei einer OP am Finger mit örtlicher Betäubung, darf er alleine nach Hause fahren. Die Patienten bekommen die Operierten ein Hinweisblatt für die Zeit nach dem Eingriff sowie Schmerzmittel und Notrufnummern in die Hand“, sagt Tempel. Falls benötigt, gibt es nach der ambulanten Behandlung auch Hilfsmittel wie Entlastungsschuhe oder Gehhilfen mit nach Hause. Zudem können die Patienten

bei den Krankenkassen um Unterstützung bitten. Die Nachsorgeleistungen handhabt jede Kasse anders. Die Techniker Krankenkasse übernimmt beispielsweise die Kosten für medizinisch zwingend notwendige Fahrten, die mit einer Kassenleistung zusammenhängen. Voraussetzung ist, dass sich Versicherte in einer der beiden nächsterreichbaren Einrichtungen behandeln lassen oder der Arzt sie zum weiter entfernten Behandlungsort überwiesen hat. „Der Arzt überprüft, ob die medizinischen Voraussetzungen vorliegen, um eine Krankenfahrt zu verordnen und welches Verkehrsmittel infrage kommt“, sagt Sprecher Matthias Jakob. „Die TK kann die Fahrkosten nur in Ausnahmefällen übernehmen und auch nur, wenn sie das vorher genehmigt hat.“ Laut Auskunft der AOK Plus legt eine Ergänzung im Sozialgesetzbuch seit August fest, dass auch Fahrten mit dem Krankentransportwagen zur ambulanten Behandlung der vorherigen Genehmigungspflicht durch die Kasse unterliegen. „Der Patient muss am nächsten oder spätestens übernächsten Tag zur ärztlichen Kontrolle mit Verbandwechsel“, sagt Chirurg Tempel. Auch Hausbesuche seien möglich, aber selten. „Viele Praxen machen am Abend nach der OP auch einen Kontrollanruf.“ Im Normalfall dauere die Wundheilung zehn bis zwölf Tage. Dann werden die Fäden gezogen. „So lange geht die ärztliche Betreuung mindestens.“ Die Krankenkassen kümmern sich auch im Nachgang um die Patienten. Laut Sozialgesetzbuch haben Versicherte, in deren Haushalt ein Kind lebt, unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Ambulante Operationen gehören zwar grundsätzlich nicht zu die-

sen Bedingungen, allerdings bieten mehrere Kassen diese Leistung freiwillig an. So bekommen TK-Versicherte Unterstützung durch eine Haushaltshilfe, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Inanspruchnahme unter 14 Jahre alt oder behindert und somit auf Hilfe angewiesen ist. Außerdem darf niemand im Haushalt leben, der die nötigen Aufgaben übernehmen kann, sagt Matthias Jakob. Das Gleiche gilt für Versicherte der AOK Plus und der DAK-Gesundheit. Bei der Barmer GEK gilt die Regelung, solange die Kinder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Kassen arbeiten mit vielen Vertragsorganisationen zusammen, die Haushaltshilfen beschäftigen. Dazu gehören zum Beispiel Träger der freien Wohlfahrtspflege, private Unternehmen oder Sozialstationen der Gemeinden. „Die Haushaltshilfe kommt nach Hause und die Kosten werden direkt mit der Kasse abgerechnet. Abgeholt von der Zuzahlung braucht der Versicherte finanziell nichts zu regeln“, sagt TK-Sprecher Jakob. Versicherte dürfen außerdem Häusliche Krankenpflege beantragen. Bei der Barmer GEK kann diese je nach Bedarf die Behandlungspflege, die Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung und die Krankenhausvermeidungspflege umfassen. Der Anspruch gilt für maximal vier Wochen, nur in besonderen Fällen ist eine Verlängerung möglich. Der Versicherte muss für die ersten 28 Leistungstage im Kalenderjahr zehn Prozent der täglichen Kosten sowie zehn Euro je Verordnung zahlen. Wichtig: „Häusliche Krankenpflege wird nur gewährt, wenn keine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann“, betont Matthias Jakob.

Das Patientenurteil

Nach der Gelenkspiegelung klagen viele Patienten über unerwartete Beschwerden.

VON STEFFEN KLAMETH

Die Arthroskopie gehört im ambulanten Bereich zu den eher seltenen Eingriffen. Vergangenes Jahr rechneten niedergelassene Vertragsärzte knapp 6900 solcher Leistungen ab, auch zahlreiche Krankenhäuser bieten die Untersuchung ambulant an. Wegen der geringen Fallzahlen konnten Prof. Joachim Kugler und sein Team von der TU Dresden deshalb nur 920 Fragebögen auswerten. Was auffällt: Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis weicht deutlich von der bei anderen Behandlungen ab. Folglich würde sich ein überdurchschnittlich großer Anteil von Patienten beim nächsten Mal lieber in die Hände anderer Ärzte begeben, in engem Zusammenhang dürften dabei die unerwarteten Beschwerden nach der Entlassung stehen. In einer ganzen Reihe von Einrichtungen bejahten über 20 Prozent der Befragten diese Frage, bei den Kliniken Erlabrunn sogar jeder Zweite. Aus Sicht von Geschäftsführerin Constanze Fisch kann das nur damit zusammenhängen, dass man als überregionaler Versorger sehr viele komplizierte Fälle übernehmen bekommt. Sehr häufig erhalten Patienten das Angebot für kostenpflichtige Zusatzleistungen – beispielsweise in der Gemeinschaftspraxis von Steffen Brückner in Dresden. „Nach einer Arthroskopie bieten wir allen

Patienten ein Hyaluronsäurepräparat an, das die Geifähigkeit des Gelenks nach der OP verbessert“, erklärt der Orthopäde. Mehr als die Hälfte der Patienten würde die dafür fälligen etwa 70 Euro zahlen.

Das Fazit von Professor Kugler: Die Zahl der unerwarteten Beschwerden überrascht. Das kann nur bedeuten, dass Patienten nicht ausreichend über die möglichen Folgen des Eingriffs, etwa Blutungen und Infektionen, informiert worden sind. Dass noch Verbesserungspotenzial besteht, zeigt auch die Antworten zur Wiederwahl. Positiv ist der hohe Anteil von Patienten, die eine Zweitmeinung eingeholt haben.

Weitere Krankenhäuser

In der Region führen weitere Krankenhäuser ambulante Arthroskopien durch. Eine Auswertung der Fragebögen war wegen zu geringer Resonanz aber nicht möglich. In Klammern die Zahl der Eingriffe 2014 (eig. Angaben): Oberlausitz Klinik Bautzen (33), Oberlausitz Klinik Bischofswerda (26), Klinikum Döbeln (16), Klinikum DD-Friedrichstadt (84), Krankenhaus DD-Neustadt (11), Uniklinik Dresden (10), KreisKrankenhaus Freiberg (19), Helios Weißeritzklinikum Freital (k. A.), Städt. Klinikum Görlitz (194), Lausitzer Seeland Klinikum Hoyerswerda (k. A.), Maltzeter Krankenhaus Kamenz (103), Helios Krankenhaus Leisnig (k. A.), Diakonissenanstalt Emmaus Wieslitz (101), Helios Klinikum Pirna (k. A.), Eilandklinikum Riesa (97), Fachklinik Rothburg (4), KKH Weißwasser (80), Zittau/Ebersbach (4).

mit der ambulanten Gelenkspiegelung

	Aufklärung über Behandlung	Aufklärung über Narkose	Aufklärung über Medikamente	Wahrung der Privatsphäre	Vorbereitung auf Zeit nach Entlassung	Freundlichkeit des Personals	Atmosphäre/Ausstattung der Klinik	Kostenpflichtige Zusatzleistungen angeboten?	Unerwartete Beschwerden nach der Entlassung	Zufriedenheit mit Behandlung	Zufriedenheit insgesamt
	Note	Note	Note	Note	Note	Note	Note	Prozent	Prozent	Note	Note
PRAXIS											
GP Dr. U.-M. Langner, Dr. R. Hellmund	1,5	1,6	1,7	1,7	1,9	1,4	1,5	41,2	11,4	2,2	1,6
GP Brückner, Dr. Hellmann, Rießland, Dr. Koch	1,3	1,3	1,7	1,5	1,8	1,7	1,6	87,0	26,1	2,4	2,0
Forum Gesundheit Dresden MVZ gGmbH	1,5	1,3	1,7	1,4	1,9	1,4	1,4	58,2	18,2	2,3	1,6
Dr. Gunter Linke	2,0	1,8	2,2	1,8	2,7	1,9	2,3	65,4	10,7	2,5	2,3
GP Dr. J.-U. Opitz, Dr. O. Athendadt	1,3	1,3	1,3	1,5	1,5	1,5	1,3	60,0	6,7	2,1	1,5
GP Lammes, Schreier, Seidel, Güng, Ambros, Heudische	1,6	1,2	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	25,0	26,3	3,1	1,7
Dr. Steffen Vogel	1,6	1,3	1,8	1,7	1,9	1,4	1,4	6,3	0,0	2,3	1,7
Dr. Ulrich Gebhardt	1,5	1,5	1,8	1,5	2,2	1,5	1,7	95,5	15,9	2,0	1,8
GP T. Lübke, Dr. A. Wetzlich	1,9	1,6	1,7	2,0	2,4	1,5	1,9	6,1	32,4	2,7	2,0
GP Dr. O. Hoffmann, Dr. L. Strohbach	1,6	1,4	1,7	1,4	1,8	1,3	1,5	82,4	36,2	2,2	1,7
Dr. Tim Rose	1,5	1,3	1,7	1,5	2,0	1,5	1,5	31,8	22,7	2,5	1,5
Carsten Jülke	1,7	1,4	1,5	1,7	1,7	1,5	1,6	68,4	30,0	2,5	1,9
GP Dr. Richter, Dr. Fährmann, Dr. Leichsenring, Dr. Gröber	1,4	1,5	1,5	1,6	1,8	1,3	1,6	80,0	4,8	2,3	1,8
GP Dr. Panzer, Dr. Ungelbitt, Dr. Freitag	2,0	1,8	1,8	2,2	2,5	1,8	2,1	36,8	30,0	2,5	2,1
Dr. Weß, Dr. Vollstadt, Dr. Kießling, Dr. Beier											
GP Dr. Wetzel, Dr. Wolf, Dr. Wolf, Dr. Gebhardt	1,4	1,3	1,4	1,4	1,8	1,8	1,6	21,1	15,8	2,4	1,9
GP Dr. Thurau, Dr. Schlott, Dr. Renner, Dr. Schumann, Dr. Beckhaus, Dr. Purzke	1,4	1,4	1,6	1,6	2,1	1,7	1,6	4,0	42,3	2,5	1,7
GP Dr. Kupfer, Dr. Meichsner, Dr. Barthel, Dr. Oehlmann, Dr. Auerbach, Dr. Heide, Dr. Zokov	1,5	1,4	1,6	1,6	2,1	1,6	1,6	40,5	17,2	2,6	1,8
Udo Röttschke											
GP Dr. T. Liebzig, Dr. L. Meißner											
GP Dr. Yinus, Dr. Yinus, Dr. Präger	1,6	1,4	1,9	1,5	1,9	1,3	1,4	55,6	13,5	2,2	1,3
GP Stefan Billhardt, Dr. Ulf Schneider	1,4	1,2	1,5	1,9	1,9	1,8	2,0	2,1	14,6	2,1	1,8
KRANKENHAUS (ambulant)											
Asklepios-ASS Klinik	1,4	1,3	1,4	1,5	2,1	1,3	1,4	43,8	23,5	2,7	1,7
Kliniken des Muldentalkreises	1,6	1,4	1,7	1,7	2,0	2,0	1,8	13,3	43,8	3,2	2,0
MediClin Waldkrankehaus Bad Döben	1,5	1,5	2,0	1,7	2,1	1,7	1,7	32,0	11,1	2,3	2,0
Sana Klinikum Borna (ehemals Helios)	1,7	1,5	1,9	1,5	2,2	1,3	1,3	10,5	15,8	2,5	2,0
Kliniken Erlabrunn/Brettenbrunn	1,4	1,1	1,8	1,4	1,9	1,3	1,5	0,0	50,0	2,2	1,4

* Angaben laut Kassenzusteller-Vergleichs-Skala (Praxis) bzw. Eigenangaben der Krankenhäuser. Bei den Praxen sind nur die Eingriffe bei gesetzlich Versicherten berücksichtigt. k. A. = Das Krankenhaus übermittelte trotz mehrfacher Bitte keine Daten.
GRÜN = Patientenbilanz

Die Gelenkspiegelung

Die Zahl der Arthroskopien steigt von Jahr zu Jahr – und immer häufiger werden sie ambulant durchgeführt. Dafür gibt es gute Gründe.

VON STEFFEN KLAMETH

Ohne Gelenke könnten wir nicht gehen, uns weder setzen noch drehen – wir wären einfach ein starrer Klotz. Das merken wir spätestens dann, wenn mit den Gelenken etwas nicht mehr stimmt. Mit konservativen Therapien wie Physiotherapie oder Osteopathie können einfache Erkrankungen behandelt werden. Bei bestimmten Krankheiten und Verletzungen müssen jedoch Chirurgen ran.

Für Dr. Mario Bottesi ist die Behandlung von Gelenkerkrankungen tägliches Handwerk. Der 53-Jährige hat sich auf Schulter- und Kniegelenke spezialisiert und operiert sowohl im Forum Gesundheit Dresden als auch im St. Josephstift und im Diakonissenkrankenhaus. Das Forum Gesundheit ist ein Medizinisches Versorgungszentrum, in dem insgesamt neun Orthopäden und ein Anästhesist tätig sind. Allein im vergangenen Jahr führten sie an drei Standorten über 1.000 Arthroskopien durch. Dr. Bottesi erklärt die Gelenkspiegelung.

Was genau ist eigentlich eine Arthroskopie?

Der Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern für Gelenk und schauen zusammen – der Arzt schaut mit einem speziellen Gerät, dem Arthroskop, in das Gelenk. In der Regel folgt unmittelbar danach – manchmal auch erst zu einem späteren Zeitpunkt – die Behandlung der krankhaften Stellen. Die Arthroskopie gehört zu den minimal-invasiven Methoden, die mehrere Vorteile gegenüber einer OP bietet“, erklärt Bottesi: Es wird weniger Gewebe geschädigt, der Eingriff verursacht geringere Schmerzen, die Technik erlaubt die Untersuchung des gesamten Gelenks und die bessere Darstellung bestimmter Strukturen, der Patient ist danach schneller fit.

Können alle Gelenke mithilfe der Arthroskopie untersucht werden?

Die Arthroskopie kann nur bei größeren Gelenken genutzt werden. Dazu gehören in erster Linie Knie und Schulter, darüber hinaus auch Sprunggelenk, Ellenbogen, Hüfte und Handgelenke.

Welche Gelenkerkrankungen werden minimal-invasiv behandelt?

Die erste Diagnose wird auf Grundlage einer klinischen Untersuchung sowie Röntgen- bzw. MRT-Bildern gestellt. Häufigster Grund für arthroscopische Behandlungen sind Verletzungen des Kreuzbogens und Kreuzbandrisse – sowohl nach Verkehrsunfällen als auch Sportunfällen. Auch die Überbelastung von Gelenken, etwa bei bestimmten Berufen oder Sportarten, kann den Eingriff notwendig machen. Wunden in den 1980er-Jahren insbesondere Erkrankungen des Kniegelenks arthroscopisch behandelt, sind diese Techniken inzwischen auch an

Ein erwachsener Mensch hat 206 Knochen, die von Muskeln und Gelenken bewegt werden.

Mediziner unterscheiden zwischen 43 Gelenktypen.

1912 wurde erstmals über eine Kniearthroskopie berichtet.

Quelle: Wikipedia, Illustration: Inago/Science Photo Library



Ambulant operieren
So zufrieden sind Patienten in Sachsen

In Zusammenarbeit mit AOK PLUS, BARMER GEK, DAK, IHD, CLASSIC UND TK

anderen Gelenken ein Routineeingriff. Bei größeren Arthroschäden ist die Arthroskopie jedoch überfordert. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kommt nach Auswertung von Studien sogar zu dem Ergebnis, dass der Eingriff bei Kniearthrose keinerlei Nutzen bringt. In den Fachkreisen sei diese globale Schlussfolgerung allerdings umstritten, sagt der Dresdener Spezialist.

Wann wird die Arthroskopie ambulant und wann stationär durchgeführt?

Ist der Eingriff umfangreicher oder leidet der Patient unter bestimmten Nebenwirkungen (z. B. Herzprobleme), erfolgt eine stationäre Behandlung. Auch die soziale Situation des Patienten, etwa fehlende Betreuung im häuslichen Umfeld, kann einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen, sagt Dr. Bottesi.

Der Trend geht jedoch klar in Richtung ambulant. Das sei im Sinne der Patienten und – wegen der geringeren Kosten – im Interesse des Gesundheitswesens. Die Hoffnung, dass sich die Zahl der Arthroskopien damit begrenzen oder gar reduzieren lasse, habe sich allerdings als Trugschluss erwiesen: „Einerseits wird die Bevölkerung immer älter, andererseits ist sie auch anspruchsvoller geworden.“ Weil viele leuchtend am Alter aktiv sein wollen, würden heute Eingriffe durchgeführt, auf die man früher verzichtet hätte.

Welche Risiken bestehen bei einer Gelenkspiegelung?

Die Gefahren dieses Eingriffes sind vergleichsweise gering. Dennoch kann es auch hier zu ungewollten Ereignissen wie Nachblutungen und Schwellungen kommen. Prinzipiell besteht bei jeder Öffnung des Gelenks auch eine Infektionsgefahr.

Wie geht es nach dem Eingriff weiter?

Der Patient bleibt nach der OP noch ein bis zwei Stunden im Aufwachraum. Ist alles nach Plan verlaufen, kann er danach in Begleitung die Praxis verlassen. Am Folgetag bzw. am folgenden Montag erfolgt eine Wundkontrolle. Treten keine Komplikationen auf, übernimmt der Zuweisende – also

der Hausarzt oder ein niedergelassener Chirurg/Orthopäde – die weitere Behandlung. Damit das Gelenk möglichst bald wieder voll funktionsfähig ist, wird die Behandlung in der Regel mit Physiotherapie fortgesetzt. „Krankengymnastische Übungen sollten unter Anleitung ausgeführt werden“, rat die Techniker Krankenkasse. Dies könne auch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Wie viel zahlen die Kassen für eine Gelenkspiegelung?

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten Ärzte je nach Art der Arthroskopie zwischen 155 und 415 Euro.

Dr. Mario Bottesi erklärt die Kniegelenkspiegelung



Die SZ-Serie

In unserer Serie stellen wir insgesamt neun ambulante Eingriffe vor. Hier der Überblick:

- 2./3.11. Krampfadern
- 5./6.11. Ausschabung
- 9./10.11. Karpaltunnelsyndrom
- 12./13.11. Herzschrittmacher-OP
- 16./17.11. Grauer Star
- 19./20.11. Darmspiegelung
- 23./24.11. Gelenkspiegelung
- 26./27.11. OPs an der Hand
- 30.11./12. Linksherzkatheter

So zufrieden sind die Patienten in Sachsen

Ort	PRAXIS	PLZ & Straße	Würden Sie Praxis/Krankenh. wiederabwählen?		Eingriffe 2014 * Zweitmeinung eingeholt		Wartezeit länger als drei Monate		Organisation der Aufnahme		Organisation von Untersuchungen		Waren Ärzte über Betreuung Krankheitsverlauf informiert?	
			Prozent	Anzahl	Prozent	Prozent	Note	Note	Note	Note				
Dresden	GP Dr. U.-M. Langner, Dr. R. Hellmund	01067, Dr. Kütz-Ring 15	88,6	296	40,0	2,9	1,5	1,7	1,5	1,7	1,5	1,5	1,5	
Dresden	GP Brückner, Dr. Hickmann, Dr. Rießland, Dr. Koch	01187, Chemnitz Str. 48 b	69,6	154	21,7	4,5	1,5	1,7	1,5	2,0	1,5	2,0		
Dresden	Forum Gesundheit Dresden MVZ GbR	01127, Leipziger Str. 40	86,4	489	27,3	2,3	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4		
Dresden	Dr. Gunter Linke	01219, Lockwitzer Str. 15	78,6	210	7,7	0,0	1,8	1,9	1,9	2,3	1,9	2,3		
Dresden	GP Dr. J.-U. Opitz, Dr. o. Athenstaedt	01237, Winterbergstr. 59	86,7	102	33,3	20,0	1,4	1,2	1,4	1,4	1,3	1,3		
Meißen	GP Lomak, Schreiber, Seidel, Glutig, Ambros, Hedschke	04562, Güllner Str. 5	65,0	177	21,1	10,5	1,7	1,6	1,9	1,7	1,9	1,7		
Dipp. OT Ulberna	Dr. Steffen Vogel	01744, Ulberndorfer Str. 7	87,5	128	18,8	0,0	1,5	1,6	1,6	1,5	1,8	1,8		
Bautzen	Dr. Ulrich Gebhardt	02625, Töpferstr. 17	80,0	451	31,1	2,2	1,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7		
Hoyerswerda	GP T. Lübke, Dr. A. Wetzlich	02977, Liselotte-Herrmann-Str. 13	54,5	376	12,5	0,0	1,7	2,1	1,7	1,7	1,8	1,8		
Leipzig	GP Dr. O. Hoffmann, Dr. L. Strohbach	04103, Johannisplatz 1	85,5	277	26,1	10,1	1,4	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6		
Leipzig	Dr. Tim Rose	04275, Richard-Lehmann-Str. 21	81,8	192	40,9	0,0	1,2	1,5	1,6	1,4	1,4	1,4		
Brandis OT	Carsten Jülke	04821, Nauenhofer Str. 16a	79,0	116	15,0	15,8	1,5	1,3	1,4	1,7	1,6	1,6		
Wildsteinberg	GP Dr. Richter, Dr. Fährmann, Dr. Leichsner, Dr. Gröber	08112, Cainsdorfer Str. 25A	66,7	140	20,0	0,0	1,4	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6		
Wilkau-Haßlau	GP Dr. Panzer, Dr. Ungenthüm, Dr. Freitag,	08209, Breitschieder Str. 13	50,0	113	15,0	5,0	1,8	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0		
Auerbach/Vogtl.	Dr. Weiß, Dr. Vollstädt, Dr. Kießling, Dr. Beier													
Auerbach/Vogtl.	GP Dr. Wetzl, Dr. Wolf, Dr. Wolf, Dr. Gebhardt	08209, Nicolaistr. 47	68,4	182	21,1	0,0	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6		
Plauen	GP Dr. Thurau, Dr. Schlott, Dr. Renner, Dr. Schumann, Dr. Backhaus, Dr. Putzke	08527, Straßberger Str. 8/10	69,2	148	25,9	0,0	1,4	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6		
Chemnitz	GP Dr. Kupfer, Dr. Meichsner, Dr. Barthel, Dr. Oehmichen, Dr. Auerbach, Dr. Heide, Dr. Zokov	09117, Umritzstr. 21 C	78,2	627	25,9	13,8	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6		
Chemnitz	Udo Rütische	09130, Hainstr. 108				126								
Limbach-Oberfr.	GP Dr. T. Liebig, Dr. L. Meißner	09212, Jägerstr. 11-13				187								
Stollberg	GP Dr. W. Tinius, Dr. M. Tinius, Dr. T. Prägler	09366, Hohensteiner Str. 56	86,4	442	14,3	4,5	1,3	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		
Brand-Erbisdorf	GP Stefan Billhardt, Dr. Ulf Schneider	09618, August-Bebel-Str. 42-43	72,9	331	17,0	4,2	1,6	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5		
Radeberg	KRANKENHAUS (ambulant) ASKLEPIOS-ASB Klinik	01454, Pulsnitz Str. 60	70,6	408	35,3	5,9	1,2	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5		
Murzen/Grimma	Kliniken des Muldentalkreises	04808, Kutsowstr. 70	66,7	318	37,5	0,0	1,9	1,9	1,9	1,7	1,9	1,9		
Bad Dübau	MediClin Waldkrankenhaus Bad Dübau	04849, Gustav-Adolf-Str. 15a	70,4	261	32,1	0,0	2,0	1,9	2,0	1,9	2,0	1,7		
Borna	Sana Klinikum (ehemals Heilios)	04552, Rudolf-Wirchow-Str. 2	85,0	k.A.	40,0	10,5	1,4	1,7	1,7	2,0	1,8	1,8		
Breitenbrunn	Kliniken Erlabrunn Breitenbrunn	08359, Am Märzberg 1A	78,6	201	28,6	0,0	1,1	1,4	1,4	1,8	1,5	1,5		

* Erläuterungen: GP=Gesamtschichtarzt, für die Befragung haben die Krankenkassen AOK Plus, IHD, CLASSIC, Barmer GEK und DAK-Gesundheit im September 2015 rund 100.000 Patienten in Sachsen angeschrieben, die sich in den Jahren 2014/15 einem ambulanten Eingriff in Sachsen unterziehen wollten. Etwa 2.000 Versicherte sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück, dessen Kosten 18.169 ungeschädigt zugeworfen werden. Die Patienten konnten die verschiedenen Kriterien mit Schritten von 1 bis 5 bewerten. Fehlen Angaben in der Tabelle, liegen weniger als 15 Bewertungen vor. Berücksichtigt wurden nur anonyme Antworten. Die Auswertung erfolgte durch ein Team der TU Dresden unter Leitung von Prof. Joachim Kugler.

+++ LVZ-Serie: Wie zufrieden sind Patienten? +++ LVZ-Serie: Wie zufrieden sind Patienten? +++

Gynäkologische OP fast immer ambulant möglich

Viele Frauen fürchten sich vor einer Ausschabung, bei der auch die Gebärmutter gespiegelt und Gewebe untersucht wird.

VON STEPHANIE WESELY

Wenn die Regelblutung sehr stark oder unregelmäßig ist, müssen sich Frauen nicht damit abfinden. Frauenärzte raten zur Ausschabung der Schleimhaut. Zuvor erfolgt die Spiegelung der Gebärmutter, weil sich so Erkrankungen erkennen lassen, die dafür die Ursache sein können. Eine Ausschabung ist für den Körper nicht ungewohnt. Denn die Schleimhaut wird auch natürlicherweise jeden Monat mit der Regelblutung abgestoßen. Sie baut sich danach wieder neu auf. Große Erfahrung mit der Behandlung von Blutungsstörungen haben Gunnar Fischer und sein OP-Team. Er ist Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Mittweida.

9 von 10 Frauen, die mit einer Ausschabung behandelt werden, haben Blutungsstörungen.

5194 gesetzlich versicherte Frauen ließen sich 2014 in Sachsen ausschaben.

10 bis 15 Minuten dauert die Ausschabung.

ERFOLGT EINE AUSSCHABUNG IMMER NUR BEI BLUTUNGSSTÖRUNGEN?

Eine Ausschabung wird auch nach Fehlgeburt in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten empfohlen, sagt Gunnar Fischer.

KANN EINE AUSSCHABUNG IMMER AMBULANT ERFOLGEN?

Bis auf wenige Ausnahmen ja, so der Chefarzt. Bei Patientinnen mit schweren Herz- und Lungenerkrankungen sei eine engmaschige Überwachung nach dem Eingriff nötig.

UND BEI ÄLTEREN PATIENTINNEN?

Bei vielen kommt es nach dem 50. Lebensjahr wieder zu Blutungen, obwohl vorher längere Zeit Pause war. Das ist nicht normal und ein Grund für eine Spiegelung um die Ursache dafür zu finden. Mit einer nachfolgenden Ausschabung lassen sich diese Blutungsstörungen behandeln, so der Chefarzt. Postmenopausale Blutungen könnten ein Hinweis auf Zellveränderungen der Gebärmutter schleimhaut oder auf Gebärmutterkrebs sein, sagt Gunnar Fischer.

WIRD DAS ENTNOHMENE GEBE IN JEDEN FALL UNTERSUCHT?

Ja. Nach am Operationstag wird eine Gewebeprobe zu einem Facharzt für Pathologie zur mikroskopischen Untersuchung eingeschickt, so Fischer. Das Ergebnis liegt nach zwei bis drei Tagen vor und wird sofort dem behandelnden Frauenarzt oder der Patientin selbst mitgeteilt.

KÖNNEN BEI DEM EINGRIFF KOMPLIKATIONEN AUFTRETEN?

Laut Bundesverband Ambulantes Operieren ist eine Ausschabung ein risikoarmer Routineeingriff. Sehr selten seien Verletzungen der Gebärmutter, Thrombosen oder Infektionen. Darüber muss der Arzt vorher umfassend aufklären. Um Übelkeit und Erbrechen vorzubeugen, soll die Patientin mindestens sechs Stunden vor der OP nichts essen und trinken, nicht rauchen und keine Kaupfennäsen. Sind regelmäßig Medikamente nötig, können diese nach Absprache mit dem Arzt auch vor dem Eingriff genommen werden.

WIE GEHT ES NACH DER OPERATION FÜR DIE PATIENTIN WEITER?

Die Patientin wird morgens operiert und am Nachmittag wieder nach Hause entlassen. Sie muss von Angehörigen oder Bekannten abgeholt werden, denn sie darf aufgrund der Narkose 24 Stunden nicht selbst Auto fahren oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Erschöpfung und Schläfrigkeit können noch mehrere Stunden nach der OP anhalten. Deshalb hinflegen, sich ausruhen, aber auch ein paar Schritte in der Wohnung laufen, um den Kreislauf anzuregen, empfehlen die Ärzte. Die ersten Tage nach dem Eingriff kommt es zu einer kräftigen Wundblutung, auch ziehende Schmerzen sind möglich. Ein paar Tage nach der OP ist der erste Kontrolltermin beim Arzt. Bis zu drei Wochen nach der Ausschabung sollte sich die Patientin vor Infektionen schützen.

BEI WELCHEN KOMPLIKATIONEN SOLLTE DIE PATIENTIN ZUM ARZT GEHEN?

Komplikationen sind sehr selten, sagt Gunnar Fischer. Da man sie nicht hundertprozentig ausschließen kann, sollte die Patientin in der ersten Nacht nach der OP möglichst nicht allein zu Hause sein.

ist das der Fall, wäre zur stationären Aufnahme zu raten. Bei folgenden Symptomen, die auf eine Infektion oder Gefäßverletzung hindeuten, ist der Hausarzt oder gleich das Krankenhaus aufzusuchen: Luftnot, Herzbeschwerden, Schwellung der Beine, Anstieg der Körpertemperatur, Schmerzen im OP-Gebiet oder in Armen und Beinen, erneute und stärkere Blutungen sowie Übelkeit und Erbrechen. **■ WAS RECHNET SICH FÜR DIE AMBULANTE OPERATION AB, WAS KOSTET SIE FÜR PATIENTINNEN?** Der ambulante Eingriff kostet zwischen 300 und 400 Euro. Für eine stationäre Behandlung gibt es laut AOK Plus keine Kalkulation, da bei Ausschabung nur im begründeten Einzelfall im Krankenhaus erfolgt. Den Patientinnen entstehen keine zusätzlichen Kosten, denn der Eingriff ist eine komplette Kasseneleistung – vom Vorgespräch bis zur Nachkontrolle, so Gunnar Fischer.

DIE SERIE

Seit Montag stellen wir pro Woche je zwei ambulante Eingriffe mit den Ergebnissen der Patientenumfrage vor.

- 02./03.11.: Krampfadern
- 05./06.11.: Ausschabung
- 09./10.11.: Karpaltunnelsyndrom
- 12./13.11.: Herzschrittmacher-OP
- 16./17.11.: Grauer Star
- 19./20.11.: Darmspiegelung
- 23./24.11.: Gelenkspiegelung
- 26./27.11.: OPs an der Hand
- 30.11./1.12.: Linksherzkatheter

Ihre Fragen zu den Eingriffen können Sie am jeweils ersten Tag Medizern beim Telefonforum zwischen 14 und 16 Uhr stellen. Die entsprechenden Namen und Telefonnummern veröffentlichen wir heute (siehe unten). Zudem können Sie Ihre Fragen auch per E-Mail an folgende Adresse senden: telefonforum@redaktion-nutzwerk.de



WIE ZUFRIEDEN SIND PATIENTEN? Ambulant operieren

LVZ-Serie in Zusammenarbeit mit DAK, AOK Plus, Barmer GEK, IKK Classic und TK

ÄRZTE AM TELEFON

Zur Diagnostik und Behandlung von Blutungsstörungen empfehlen Frauenärzte meist eine Gebärmutterspiegelung und eine Ausschabung. Gibt es auch andere, nichtoperative Verfahren? Wann sind Blutungsstörungen behandlungsbedürftig? Wie oft kann eine Ausschabung erfolgen, ohne dass die Gebärmutter Schaden nimmt? Auf welche Beschwerden nach der Behandlung muss sich kein richten? Fragen zu gynäkologischen Erkrankungen, zur Gebärmutterspiegelung und Ausschabung beantworteten Frauenärzte aus Sachsen heute von 14 bis 16 Uhr.

Gunnar Fischer, Chefarzt, Gyn., Krankenhaus Mittweida
Tel. 0371 65688385

Dr. Rusal Lasele, gynäkologische Praxis/Tagesklinik, Dresden
Tel. 0371 65688386

Dr. Hans-Jürgen Wolf, gynäkologische Praxis, Markkleeberg
Tel. 0371 65688387

Auffälliges Gewebe entfernen

Renate Schreier aus Frankenberg steht zum dritten Mal eine Ausschabung bevor. Bei einer Früherkennungsuntersuchung wurde wieder auffälliges Gewebe in der Gebärmutter entdeckt. Das muss jetzt untersucht werden, sagt die 70-jährige. Einen Tag zuvor wurde sie von Gunnar Fischer, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie am Krankenhaus Mittweida, über die Risiken des Eingriffs und die Narkose aufgeklärt. Aufgeregt oder ängstlich wirkte sie dabei nicht. „Natürlich bin ich trotzdem froh, wenn dann alles vorbei ist und die Befunde nichts Besorgniserregendes ergeben“, so sie. „Hoffentlich habe ich dann erst mal Ruhe und es bildet sich nach so schnell wieder etwas.“ Endgültige Sicherheit würde eine Entfernung der Gebärmutter bieten. Doch dann könne sie sich nicht entscheiden, sagt Renate Schreier. „Das müssen Sie auch nicht“, erklärt Gunnar Fischer. Eine Gebärmutterentfernung wäre eine viel größere Operation, die auch mehr

Risiken birgt als eine Ausschabung. Den OP-Termin bekam Frau Schreier über ein Briefchen. „Ich musste nur ein paar Tage warten, konnte mir den Tag sogar aussuchen.“



Renate Schreier im Gespräch mit ihrem Arzt Gunnar Fischer. Foto: Felix Bernhardt

Ausschabung: So urteilen Patientinnen

Die Gebärmutterspiegelung verbunden mit einer Ausschabung ist die sechsthäufigste ambulante Operation in Sachsen. Nach Angaben der Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen gibt es im Freistaat elf gynäkologische Praxen und Tageskliniken, die im Jahr mehr als 100 Eingriffe dieser Art ambulant durchführen. Nach Hochrechnungen der AOK Plus kommen 44 Krankenhäuser dazu, die ebenfalls diese ambulante OP anbieten. Bei der Patientenumfrage wurden nur Einrichtungen mit hohen Fallzahlen berücksichtigt. Insgesamt schickten 1753 Patientinnen die Fragebögen über ihre Zufriedenheit mit der Ausschabung beziehungsweise Gebärmutterspiegelung in den Jahren 2014 und 2015 zurück. Auf dieser Basis entstand nach Auswertung von Gesundheitswissenschaftler Professor Joachim Kugler von der TU Dresden die unten stehende Tabelle. Die meisten Patientinnen bezogen sich auf die ambulante Ausschabung und

Spiegelung der Gebärmutter ein Krankenhaus. Das Krankenhaus mit den sachsenweit meisten Eingriffen dieser Art ist Mittweida (Mittelsachsen). 819 Patientinnen wurden hier im vergangenen Jahr behandelt. Von den Gemeinschaftspraxen haben die Niederlassungen von Dr. Hans-Jürgen Wolf aus Markkleeberg mit 512 und von Irina Lunewski und Dr. Arnd Besser aus Leipzig mit 477 die meiste Erfahrung. Die meisten Frauen waren mit ihrem Behandlungsergebnis zufrieden. Allerdings offenbart die Umfrage große Unterschiede. Den höchsten Zuspruch gab es für das Krankenhaus Eilenburg und die Praxis von Dr. Hans-Jürgen Wolf. 100 Prozent der Patientinnen würden dort erneut hingehen, wenn ihnen ein solcher Eingriff wieder bevorstünde. Bei der Praxis von Irina Lunewski und Dr. Arnd Besser aus Leipzig sind es 94,7 Prozent. Generell gute und sehr gute Noten gab es für die Freundlichkeit des Personals, die Wahrung der Privatsphäre,

die Ausstattung und die Atmosphäre der Behandlungseinrichtungen. Viele Frauen sind allerdings verunsichert, wenn nach der Entlassung Beschwerden auftreten. Eine gute Aufklärung über die Zeit zu Hause ist deshalb besonders wichtig. Hier mangelt es noch, wie die Befragungsergebnisse belegen. Es gab keine einzige Klinik oder Praxis, bei der Patientinnen nach dem Eingriff nicht über Beschwerden, Gebärmutterspiegelung und -ausschabung sind Kasseneleistungen. Dennoch berichten viele Frauen über kostspielige Zusatzleistungen. Das Fazit von Gesundheitswissenschaftler Kugler: „Für mich ist erfreulich, dass sich so viele Frauen eine Zweitmeinung einholen. Kritikwürdig finde ich, dass es so viele unerwartete Folgebeschwerden gibt. Beseitigt ist hier, dass bei schlechter Vorbereitung auf die Zeit nach der OP die meisten Probleme auftreten. Hier sollen die Ärzte gründlicher werden.“

Ort	Praxis	PLZ	Stöße	Eingriffe 2014	Zweitmeinung erfragt (%)	Wartzeit länger als drei Monate (%)	Organisation der Aufnahmen	Organisation von Untersuchungen	Wissen Ärzte über Krebsrisikofaktoren	Befragung durch Ärzte	Aufklärung über Behandlung	Aufklärung über Narkose	Aufklärung über Medikamente	Wahrung der Privatsphäre	Vorbereitung auf Zeit nach Entlassung	Freundlichkeit des Personals	Atmosphäre	Unerwartete Beschwerden	Zufriedenheit mit Ergebnis	Zufriedenheit insgesamt	Würden Sie die Praxis/Klinik wiederverwenden?	
Leipzig	GP Irina Lunewski, Dr. Arnd Besser	04103	Johannisplatz 1	477	175	18	15	16	16	16	14	14	14	14	19	19	13	17	10,7	13	16	94,7
Leipzig	GP Dr. Arnd Besser, Dr. Katharina Buse, Dr. Isabel Pörsche	04103	Meinhaus	280	70	0,0	16	15	15	14	15	18	18	20	16	18	14	16	24,4	16	16	92,9
Markkleeberg	Dr. Hans-Jürgen Wolf	04418	Ring 8	512	133	0,0	12	13	14	14	12	12	12	15	17	13	17	13,3	13	14	100,0	
Borna	Sana Klinikum Borna (ehemals Helios)	04522	Rußhof-Wichow-Str. 2	k.A.	26,2	9,8	18	20	18	18	16	14	14	17	18	19	15	17	11,9	15	17	88,1
Delftitz	IKK Delftitz	04720	Düsterer Str. 9	87	k.A.																	
Dobeln	Klinikum	04720	Sömmeritz Str. 10	87	k.A.																	
Eilenburg	Klinik	04838	Wilhelm-Grüne-Str. 5-8	k.A.	13,8	0,0	17	14	18	17	16	14	15	16	16	20	14	16	14,3	14	16	100,0
Leipzig	Universitätsklinik Leipzig	04103	Leipziger Str. 18	298	140,0	2,5	17	19	17	17	16	14	15	15	19	20	17	19	9,5	17	16	79,1
Leipzig	Klinikum St. Georg	04109	Delftitzer Str. 141	k.A.	26,0	0,0	18	20	19	18	14	14	15	15	19	21	12,0	17	17	20	72,0	
Leipzig	St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig	04277	Biedermeiers-Str. 84	192	19,4	0,0	17	17	20	17	15	16	17	18	22	15	17	8,3	16	17	81,5	
Oschatz	Collin Klinik	04758	Parkstr. 1	154	0,0	0,0	16	15	17	13	13	16	18	14	18	14	15	12,5	17	15	83,3	
Leipzig	Helios Klinik Schleuzitz	04435	Kunstorfer Str. 50	k.A.	6,3	0,0	14	17	18	20	16	17	20	19	25	18	19	12,5	19	17	75,0	
Torgau	IKK Torgau / Zahnklinik Torgau	04860	Christiansstr. 1	k.A.	19,0	0,0	18	18	17	18	18	14	17	20	20	20	18	20	8,7	16	20	78,3
Wutzschgrün	Kirklinden des Mühlbachersees	04806	Kutschowitz, 70	474	10,3	0,0	18	18	20	16	16	15	18	18	19	17	16	7,9	16	20	86,5	

Abkürzungen: GP= Gemeinschaftspraxis, K= Klinik, PLZ= Postleitzahl, Stöße= Stöße, k.A.= keine Angabe, N= Narkose, W= Wundheilung, Z= Zweitmeinung, B= Befragung, A= Aufklärung, P= Privatsphäre, U= unerwartete Beschwerden, F= Freundlichkeit, At= Atmosphäre, W= Wahrung der Privatsphäre, V= Vorbereitung, E= Ergebnis, I= insgesamt, W= wiederverwenden.
 * Abgrenzung: Die Tabelle zeigt die Zufriedenheit mit der ambulanten Ausschabung in Sachsen. Sie enthält die Daten der Jahre 2014/15 über ambulante Eingriffe in Sachsen. Die Daten sind auf Basis von 1753 Patientinnen, die sich an der LVZ-Serie beteiligten, erstellt. Die Abgrenzung erfolgt durch die LVZ-Serie. Die Daten sind nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung.
 * Die Tabelle zeigt die Zufriedenheit mit der ambulanten Ausschabung in Sachsen. Sie enthält die Daten der Jahre 2014/15 über ambulante Eingriffe in Sachsen. Die Daten sind auf Basis von 1753 Patientinnen, die sich an der LVZ-Serie beteiligten, erstellt. Die Abgrenzung erfolgt durch die LVZ-Serie. Die Daten sind nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung.

Eine Klinik mit 350 Ärzten, 690 Pflegekräften und 1065 Betten

In 65 Folgen beschreibt die Serie, wie das Klinikum funktioniert mit seinen 15 OP- Sälen, 28 Hebammen, 350 Ärzten und 690 Pflegekräften.

Der größte Arbeitgeber der Region

Es zählt medizinisch zu den Großen in Deutschland: Das neue Zentral-Klinikum in Villingen- Schwenningen, 280 Millionen teuer und mit 3.000 Beschäftigten größter Arbeitgeber in der Region.

In einer aufwändigen 56-teiligen Serie, die ein Jahr dauert, stellen wir alle 25 Fachbereiche des Hauses detailliert vor und erklären, wie sie funktionieren.

Wie profitieren Patienten von dem Neubau, wie verbessern sich die Abläufe zu ihrem Wohl? Wir porträtieren die Chefarzte und verbinden das immer mit einem „Der SÜDKURIER öffnet Türen“. Wir laden Leser ein, sich exklusiv Bereiche hinter den Kulissen des Klinikbetriebs anzusehen bis hinein in die OP-Säle, geführt von den jeweils verantwortlichen Chefarzten und ihren Mitstreitern.

350 Ärzte, 690 Pflegekräfte, 140.000 ambulante, 50.000 stationäre Patienten und 1065 Betten machen das Schwarzwald-Baar-Klinikum zu einem der größten und modernsten Einrichtungen Deutschlands.

- Ein OP-Manager, gelernter Mediziner, organisiert am Computer 50 bis 70 OPs täglich in 15 OP-Sälen, er ist verantwortlich für den Einsatz aller OP-Teams, für Materialbeschaffungen und für die OP-Instrumente. Operationen werden von acht bis 20 Uhr durchgeführt, sie dauern von 20 Minuten bis zu zwölf Stunden (beispielsweise bei Tumoren). Vorteil dieser straffen Organisation: Wenn früher ein OP-Team ausfiel, musste der Patient zwei, drei Tage warten. Heute springt ein zweites Team am selben Tag ein.
- Die Klinik-Apotheke führt 3.500 Medikamente und beschäftigt 28 (!) Mitarbeiter, darunter acht Apotheker. Ein Großteil der Medikamente wird selbst hergestellt.
- In der Radiologie musste ein Patient vor 30 Jahren für eine Aufnahme minutenlang still sitzen, heute dauert ein Bild 0,05 Sekunden.
- Sehr gut gebucht auch von Managern ist die Komfortstation mit 36 Betten. Wer hier liegt, nutzt gern die Zeit für Geschäfte. Täglich schauen Chefsekretärinnen für ein, zwei Stunden vorbei, um die wichtigsten Dinge zu besprechen. Der Aufpreis pro Bett kostet 150 Euro die Nacht, dafür gibt es aber auch Kuchen am Nachmittag und frische Früchte.
- Im Gebetsraum für Christen und Muslime liegen Kopftücher und Gebetsumhänge für muslimische Frauen bereit. Islamische Gläubige dürfen christliche Symbole nicht verhüllen, aber ihre Schuhe ausziehen. Ein Pfeil zeigt ihnen die Richtung nach Mekka.



Stefan Lutz, Chefredakteur

Noch Fragen?

Norbert Tripl, Regionalleiter Schwarzwald und Leiter der Lokalredaktion Villingen, Telefon: 07721/8004-7341, E-Mail: norbert.tripl@suedkurier.de

Gesund groß geworden



Weite Ausblicke in die Landschaft aus einer Traumlage: Das Schwarzwald-Baar-Klinikum ist in vielerlei Hinsicht ein echter Hingucker – und Arbeitsplatz für fast 3000 Menschen. BILDER: HAHNE/SPRICH

- Das Schwarzwald-Baar-Klinikum ist ein Jahr alt
- Exklusive Einblicke für die Leser des SÜDKURIER

VON NORBERT TRIPPL

Schwarzwald-Baar – Das Schwarzwald-Baar-Klinikum hat 280 Millionen Euro gekostet. Das größte Bauprojekt aller Zeiten in der Region ist etwas mehr als ein Jahr in Betrieb, das Gesundheitshaus hat die schwierige Anlaufphase hinter sich. Wie sich die Einrichtung im Alltag bewährt, dazu beginnt heute eine neue Serie im SÜDKURIER. Ab morgen, Mittwoch, präsentiert die Redaktion je-

de der 25 Abteilungen, hinterfragt wird, welchen medizinischen Fortschritt es gibt und wie Patienten und Beschäftigte von den Errungenschaften profitieren.

Für die Leser dieser Zeitung öffnet sich das Klinikum. Abteilung für Abteilung kann einzeln besucht werden, Chef- und Oberärzte stellen sich bei diesen exklusiven Leser-Visiten den Fragen der Gäste.

Doppelseite im Lokalteil



Hebammenschülerin Melanie Maute wiegt ein Neugeborenes auf der Frauenstation.



In der Not in besten Händen

Unser Klinikum: In der Notaufnahme des Schwarzwald-Baar-Klinikums geht es oft um Leben und Tod. Jede Sekunde zählt, wenn schwer kranke oder schwerverletzte Patienten hier eintreffen

Chefarzt Bernhard Kumle (rechts) und Krankenschwester Irmgard Duffner bei der Versorgung eines Patienten.
BILDER: SPRICH

VON ROLAND SPRICH

Wenn Bernhard Kumle zum Dienst erscheint, weiß der Chefarzt der Notaufnahme nie, was ihn erwartet.

1 Wiesieht der Tagesablauf aus? Die Abteilung von Chefarzt Bernhard Kumle arbeitet in drei Schichten rund um die Uhr. Um 7.30 Uhr ist Dienstbeginn für die Tagschicht, die Ärzte stimmen sich zunächst mit der Nachtschicht ab. Patienten, die nach 22 Uhr kommen und stationär bleiben müssen, verbringen die erste Nacht fast immer in der Notaufnahme. Um 8 Uhr besprechen mindestens fünf Ärzte die Röntgenaufnahmen. Anschließend teilt sich die Mann-

„Ich setze mich auf kein Motorrad. Das sind die häufigsten schweren Fälle, die wir haben.“

Bernhard Kumle, Chefarzt der Notaufnahme im Klinikum

schaft. Ein Team geht zur Visite, Team zwei übernimmt die Notaufnahme. Bis 11 Uhr sollte Team eins Visite und Schreibarbeiten abgeschlossen haben. Dann beginnt erfahrungsgemäß der Trubel. Deshalb verstärkt das erste Team die Kollegen in der Notaufnahme. Ein Oberarzt steuert die Abläufe.

2 Welche Rolle spielt die Zeit? „In der Regel werden unsere Patienten von Rettungsdienst oder Hubschrauber und meist in Notarztleitung eingeliefert. In diesem Fall weiß das Team, bestehend aus vier Ärzten, zwei Unfallchirurgen, einem Anästhesisten, einem Neurologen und drei Pflegekräften durch ein Vorab-Anmeldesystem bereits vor der Ankunft des Patienten grob, um welche Art von Leiden es sich

handelt, und steht beim Eintreffen des Patienten im Schockraum bereit“, schildert Kumle.

3 Was bringt der Neubau? Die komplette Untersuchung im Schockraum dauert im Schwarzwald-Baar-Klinikum durchschnittlich 35 Minuten. „Damit sind wir in Deutschland unter den ersten fünf Kliniken, was den Zeitfaktor betrifft“, sagt Kumle. Für den Zeitvorteil ist auch der neue Standort verantwortlich. Alle benötigten Fachabteilungen sind unter einem Dach, die Ärzte innerhalb kürzester Zeit verfügbar.

4 Was ist ein Notfall? Die Notaufnahme ist in erster Linie für die Abwendung von Gefahr für Leib und Leben zuständig. Dennoch kommen auch Patienten mit weniger dringlichen Erkrankungen in die Notaufnahme beziehungsweise in die angeschlossene Notfallpraxis der kassenärztlichen Vereinigung (KV-Notfallpraxis). Dies sei zwar grundsätzlich kein Problem. Kommen hochdringende Notfälle dazwischen, kann es für diese Patienten der ersten Dringlichkeitsstufe zu Wartezeiten von drei Stunden oder länger kommen.

5 Worum ärgert sich der Chefarzt? „Manche Patienten meinen, sich mit dem Gang in die Notaufnahme den Weg zu einem Facharzt sparen und dort mehrwöchige Wartezeiten auf einen Termin umgehen zu können. „Wir sind hier kein Ersatz für den Haus- oder Facharzt“, betont Kumle. Auch dürfen die Patienten keine Rundum-sorglos-Behandlung erwarten: „Wir behandeln hier den akuten Fall.“

6 Lief zu Beginn nicht alles rund? Patienten und Angehörige äußerten in den ersten Wochen und Monaten Kri-

tik, zum Teil auch an zu langen Wartezeiten. Chefarzt Kumle streitet nicht ab, dass es zu Problemen kam. Die Heftigkeit einzelner Anschuldigungen habe teils Depressionen in der Abteilung ausgelöst. Bei den Mitarbeitern seien auch Tränen geflossen. Das empört Kumle: „Wir geben hier alles.“ Es gebe ein Beschwerdemanagement, „jeder Fall landet bei mir“.

7 Wie bewältigt der Arzt seinen Job? „Ich muss ohne Emotion arbeiten“, erklärt Kumle. „Lasse ich welche zu, handle ich nicht rational.“ Was der Arzt selbst nicht tut. „Ich setze mich auf kein Motorrad. Das sind die häufigsten schweren Fälle, die wir haben.“

8 Wie lassen sich Unfälle vermeiden? „Wir machen das Richtige im richtigen Moment“, wirbt Kumle um Vertrauen. Ein Tipp an die Bürger: „80-Jährige sollen nicht mehr auf Leitern klettern, Fenster putzen und Obst ernten“. Er sagt dies aus Erfahrung am Behandlungstisch.

40 000 Patienten in einem Jahr

Die Notaufnahme am Schwarzwald-Baar-Klinikum behandelt jährlich 40 000 Patienten. Im Schnitt werden täglich 108 Patienten versorgt.

► **Die Einstufungen:** Eine Krankenschwester trifft die erste Bewertung des Notfalls. Muss ein Patient sofort (Schwerverletzter, Herzinfarkt) oder dringend (10 Minuten bis zur Behandlung, etwa bei Brustschmerzen) drankommen. 30 Minuten Zeitpuffer gibt es bei Bauchschmerzen oder Blutdruckengleichung, 90 Minuten bei Schnittverletzungen oder chronischen Schmerzen, 120 Minuten Zeitraum für Diagnose und Behandlung in allen anderen, weniger dringenden Fällen.
► **Das Team:** In der Notaufnahme arbeiten 17 Ärzte, neun medizinische Fachangestellte und 41 Pflegekräfte.

Führung für Leser



► **Diese Serie:** Das neue Schwarzwald-Baar-Klinikum ist ein Jahr in Betrieb. Wie bewährt sich das Haus im Alltag? Was haben die Bürger von dieser Groß-Investition? Diese Fragen beantworten wir in unserer großen Serie, Abteilung für Abteilung.
► **Exklusive Leser-Führung:** Für unsere Leser gibt es kommenden Dienstag eine exklusive Führung durch die Notaufnahme. Chefarzt Bernhard Kumle

stellt den Bereich persönlich vor und steht für Fragen der Leser zur Verfügung. So sind Sie bei dieser Leser-Visite dabei: Einfach bis Freitag, 12 Uhr, die 0 13 79 - 370 500 82 anrufen (50 Cent aus dem Festnetz der Telekom, Mobilfunk abweichend). Hinterlassen Sie das Stichwort „Notaufnahme“, Namen und Rufnummer. Die Gewinner werden telefonisch benachrichtigt. Die Leser-Visite findet am Dienstag, 28. Oktober, 17 Uhr bis 18.30 Uhr, im neuen Klinikum statt.

Ein Notfall: Von der Einlieferung bis zur Versorgung auf der Station



1 In der Notaufnahme durchlaufen alle Patienten die Ersteinschätzung (Triage). Pfleger Marc Haunschild nimmt diese an Kirsten Himpel vor. Sie ist gestürzt, hat sich am Kopf verletzt.



2 Frank Hahn, Assistenzarzt in der Unfallchirurgie, untersucht die Patientin gründlich von Kopf bis Fuß. Er entscheidet: Die Patientin muss eine Nacht zur Beobachtung im Krankenhaus bleiben.



3 Fachkrankenschwester Antje Hilgen verabreicht der Patientin eine Infusion mit einem Schmerzmittel. Zuvor hat sie der Patientin den Blutdruck gemessen und Blut abgenommen.



4 Auf dem Weg zum Röntgen. Pflegegeschülerin Johanna Kurz fährt Patientin Kirsten Himpel in die Röntgenabteilung. Aufgrund der Diagnose wird die Patientin liegend transportiert.



5 Auf Station. Krankenschwester Antje Hilgen bringt Patientin Kirsten Himpel in ihr Quartier. Etwa 90 Minuten sind bis zu diesem Zeitpunkt seit der Einlieferung durch den Rettungsdienst vergangen.

Wo der Krebs den Schrecken verliert

Unser Klinikum: Die Klinik für Onkologie, Hämatologie, Immunologie, Infektiologie und Palliativmedizin geht besonders einfühlsam auf die Patienten ein

VON ROLAND SPRICH

Gerda Braun lächelt. Soeben hat ihr Krankenschwester Andrea Rapp die Kanüle aus der Vene entfernt. Die Patientin hat eine chronische Krebserkrankung und hat zwei Blutinfusionen bekommen. Für heute ist die Behandlung beendet. „In die onkologische Tagesklinik gehe ich richtig gerne. Hier sind alle sehr nett“, sagt die Dame, die hier regelmäßig Bluttransfusionen erhält.

In der Klinik für Onkologie, Hämatologie, Immunologie, Infektiologie und Palliativmedizin am Schwarzwald-Baar-Klinikum ist von den Medizinern und Pflegekräften neben medizinischer Kompetenz auch ganz besonderes Einfühlungsvermögen gefragt. Denn die Patienten, die hierher kommen, haben eine der zahlreichen Formen einer lebensbedrohlichen Krebs- oder Blutkrankung. Und trotz hochkomplexer medizinischer Therapien können die schweren Krankheiten nicht immer geheilt werden. Deshalb ist neben der medizinischen die psychische Unterstützung durch das speziell geschulte Pflegepersonal ein wichtiger Stützpunkt in der Krebsbehandlung.

► **Lebensqualität:** „Uns ist es wichtig, dass der Patient möglichst viel Lebensqualität zurück erhält“, erklärt Wolfram Brugger, ärztlicher Leiter der Klinik für Hämatologie und Onkologie am Schwarzwald-Baar-Klinikum. So erhält jeder Krebspatient möglichst eine individuelle, zielgerichtete Therapie. „Für einen hochbetagten Patienten steht nicht die absolute Heilung der Krankheit im Vordergrund. Hier ist schon die Verlangsamung des Prozesses ein Erfolg und dass er sein Leben ohne Beschwerden führen kann. Während bei einem 40-Jährigen alles versucht wird, die Krankheit vollständig aus dessen Körper zu entfernen.“

► **Tumorkonferenzen:** Täglich kommen Mediziner unterschiedlicher Fachrich-

tungen zusammen, um in einer sogenannten Tumorkonferenz die Patientenfälle zu besprechen. Durch die fachübergreifende Zusammenarbeit kann eine individuelle und bestmögliche Therapie für jeden Patienten ermöglicht werden.

► **Schreckgespenst Chemotherapie:** Chemotherapie ist neben Operation und Bestrahlung eine der drei Säulen in der modernen Tumorthherapie. Auf kaum einem anderen medizinischen Gebiet wird so viel nach neuen Medikamenten geforscht wie in der Krebsmedizin. Was zur Folge hat, dass die Medikamente auch immer besser verträglich sind. Übelkeit und Erbrechen sind laut Wolfram Brugger kaum noch unangenehme Begleiterscheinungen einer Chemotherapie. „Dafür gibt es hervorragend vorbeugend wirkende Medikamente.“ Auch Haarausfall ist längst nicht immer programmiert. Der Beweis für die Verträglichkeit einer Chemotherapie ist Andreas Bernstorff. Der 26-jährige Patient, bei dem vor einem dreiviertel Jahr Leukämie (Blutkrebs) diagnostiziert wurde, kann eine Stunde nach der Chemotherapie leichtes Ergo- und Muskelaufbautraining in der Physiotherapieabteilung des Klinikums machen. Der sportliche junge Mann ist praktisch gesund und im nächsten Jahr will er wieder seinem Hobby, dem Inlinhockey-Spiel, nachgehen.

► **Moderne Bestrahlungstechnik:** Seit Ende April ist am Schwarzwald-Baar-Klinikum das Cyber-Knife-Zentrum Süd eingetroffen. Damit können in bestimmten Fällen kleine Tumore alternativ zur Operation oder in Fällen, bei denen die Tumore nicht zu operieren sind, präzise bestrahlt werden. Durch die präzise Ausrichtung, bei der das gesunde Gewebe um den Tumor herum geschont wird, sind um ein Vielfaches höhere Bestrahlungsdosen möglich, wodurch der Patient deutlich weniger Therapieeinheiten benötigt.

Andreas Bernstorff macht kurz nach der Chemotherapie leichten Sport an der Beirrasse. Der 26-Jährige hat Leukämie und gilt als geheilt.



Die Heilungsrate nimmt konstant zu

► **Heimtückische Krankheit:** Krebs verursacht im Anfangsstadium oftmals keine Schmerzen, weshalb die Krankheit lange unbemerkt bleibt. Wie Wolfram Brugger sagt, steigt das Risiko einer Krebserkrankung ab 45 Jahren. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Frauen wiederum gehen häufiger zur Vorsorgeuntersuchung als Männer.

► **Neuerkrankungen:** Jährlich erkranken in Deutschland rund 480 000 Menschen an einer Krebsneuerkrankung. Mehr als 200 000 Menschen sterben jährlich an der Krankheit.

► **Auslöser für Krebs:** Rauchen ist die häufigste Ursache für eine Krebserkrankung und macht 40 Prozent aller Krebstodesfälle aus.

► **Häufigste Krebsarten:** Bei Männern sind die häufigsten Krebsarten Prostatakrebs, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs. Bei Frauen sind Brust-, Darm- und Lungenkrebs die häufigsten Ursachen für eine Krebsneuerkrankung.

► **Heilungschancen:** Manche Krebsarten (zum Beispiel Hoden-, Lymphdrüsen- und Hautkrebs) sind gut, andere ebenso (Brust-, Darmkrebs) heilbar. Einige metastasierte Krebsarten sind praktisch nicht heilbar (zum Beispiel Lungen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs).

► **Übelkeit und Haarausfall:** Zur Behandlung von Krebs gehört auch heute die Chemotherapie zur wichtigen medikamentösen Therapie. Dabei werden die Medikamente immer besser. Die unangenehmen Begleiterscheinungen wie Übelkeit und Erbrechen spielen kaum noch eine

Rolle. Auch zu Haarausfall muss es nicht mehr unbedingt kommen.

► **Heilungsrate:** In den vergangenen 60 Jahren hat sich die Fünfjahres-Heilungsrate bei Krebs stark verbessert. Lag die Heilungsrate 1955 bei 40 Prozent, betrug sie 2005 bereits rund 65 Prozent. (spr)

Patientin Gerda Braun lächelt trotz ihrer Krankheit. Sie erhält regelmäßig in der Onkologischen Tagesklinik des Schwarzwald-Baar-Klinikums Blutinfusionen. Krankenschwester Andrea Rapp überprüft, ob die Infusion korrekt in die Vene läuft.

BILDER: ROLAND SPRICH

Führung für Leser

► **Diese Serie:** Das neue Schwarzwald-Baar-Klinikum ist ein Jahr in Betrieb. Wie bewährt sich das Haus im Alltag? Wie profitieren Patienten und Mitarbeiter von der Groß-Investition?

► **Exklusive Leser-Führung:** Für unsere Leser gibt es am Dienstag, 23. Juni, 17 Uhr, eine exklusive Führung durch die Klinik in Willigen-Schwennigen. Chefarzt Wolfgang Brugger stellt den Bereich persönlich vor und steht für Fragen der Leser zur Verfügung. So sind Sie dabei: Einfach bis Freitag, 12 Uhr, die 0 13 79 - 370 500 82 anrufen (50 Cent aus dem Festnetz der Telekom, Mobilfunkpreise abweichend). Hinterlassen Sie das Stichwort „Onkologie“, Name und Rufnummer. Die Gewinner werden vom SÜDKURIER benachrichtigt. Wir wünschen viel Glück bei unserer Verlosung!

Unser Schwarzwald-Baar-Klinikum
SÜDKURIER

Größte Sorgfalt von der Analyse bis zur Zusammenstellung der persönlichen Medikamente



1 Chefarzt Wolfram Brugger untersucht unter dem Elektronenmikroskop eine Blutprobe auf Krebszellen. Auf dem Monitor kann man die dunklen, lilafarbenen Flecken erkennen, die Krebszellen sind.



2 Die medizinisch-technische Laborsassistentin Gertraud Gavol bestückt im Labor die Zentrifuge mit Röhren mit Blutproben. Hier werden die Blutbestandteile getrennt, um sie zu untersuchen.



3 Höchste Sorgfalt ist gefordert, wenn Krankenschwester Sophie Schulz-Pilgramm (von links), Stationsleiterin Martina Obermeyer und Pflegeschüler Zacharias Bechte Antibiotika für die Patienten aufziehen.



4 Wolfram Brugger und Michelle Henninger. Die Patientin hat zwei Therapien gegen Leukämie bekommen. Sie sagt: „Ich fühle mich wohl. Das Personal ist nett und hilfsbereit.“



5 Informationen und Ratgeber über Krebserkrankungen sind in der Tagesklinik erhältlich. Sie können natürlich ein profundes Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen – doch sie geben Orientierung.

Warum Männer früher sterben

Die Frau in Sachsen-Anhalt wird im Schnitt mehr als sechs Jahre älter als der Mann. Die Serie beschreibt, warum das so ist, wie ungesund Männer leben, und was man dagegen tun kann.

Die Schwächen des starken Geschlechts

Das starke Geschlecht zeigt auch mal Schwächen. Die Männer in Sachsen-Anhalt denken an alles, nur nicht an ihre Gesundheit. Dabei hätten sie allen Grund dazu. Denn die medizinischen Befunde sind dramatisch.

Die Männer in Sachsen-Anhalt sterben im Durchschnitt zwei Jahre früher als ihre Geschlechtsgenossen im Bund. Die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen hierzulande beträgt heute 75,7 Jahre. Bundesweit betrachtet sind es 77,7 Jahre. Zwar ist der Unterschied in den vergangenen zwei Jahrzehnten geschrumpft – und zwar von 3,1 auf eben jetzt zwei Jahre. Er bleibt aber deutlich sichtbar. Gravierender noch ist der Unterschied zu den Frauen. Eine neugeborene Sachsen-Anhalterin hat heute eine durchschnittliche Lebenserwartung von 81,8 Jahren. Das sind sechs Jahre und ein Monat mehr als bei einem Mann. Bundesweit beträgt der Unterschied zwischen Männern und Frauen fünf Jahre.

Die geringere Lebenserwartung ist vor allem auf das Verhalten der Männer zurückzuführen. So hat Sachsen-Anhalt nach Berlin die meisten Raucher. Auch Alkoholismus ist ein vorwiegend männliches Problem und zudem ein besonders ausgeprägtes. Die Zahl der ambulanten und stationären Behandlungen wegen Alkoholsucht, die zu fast 80 Prozent Männer betreffen, liegt weit über dem Bundesdurchschnitt.

Beim Body-Mass-Index, einer Messzahl zur Bewertung des Übergewichts, nehmen die Sachsen-Anhalter gar den Spitzenplatz ein. Im Durchschnitt liegt er bei 27. Ab 25 sprechen die Mediziner von Übergewicht, ab 30 von Fettleibigkeit. Das alles erklärt, warum sie auch bei den Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen im Spitzenfeld landen. All das sind genug Gründe für unsere aufwendige Serie „Der gesunde Mann“.

Hartmut Augustin

MZ-SERIE



Der gesunde Mann

Das starke Geschlecht zeigt Schwächen. Männer leben kürzer als Frauen - aber auch ungesünder. Sie gehen seltener als Frauen zum Arzt und nehmen weniger an Früherkennungsuntersuchungen teil. Warum das so ist und welche Folgen das hat, das beleuchtet die MZ-Serie.

THEMA HEUTE:
Ein Mann nimmt ab

Nächste Folge: Männer in Bewegung

Noch Fragen?

Hartmut Augustin, Chefredakteur, Telefon: 0345/565-4200, E-Mail: hartmut.augustin@mz-web.de

Teil 1 – „Männer sind Ignoranten“

Ausgabe: Samstag, 11. April 2015

Auftakt-Interview: Das Gesundheitssystem vernachlässigt den Mann, sagt Professor Lothar Weißbach, wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit. Die ambulanten Angebote, speziell in den neuen Bundesländern, werden ihm nicht gerecht. Mit dem Berliner Urologen sprach Bärbel Böttcher unter anderem auch über das Phänomen, warum die Herren der Schöpfung nicht gern zum Arzt gehen.

Extra: Layer zur Person, Grafik zur durchschnittlichen Lebenserwartung in Sachsen-Anhalt

Teil 2 – „Ran an den Speck“

Ausgabe: Dienstag, 14. April 2015

Christoph Berndt will sein Gewicht reduzieren. Dafür muss er Sport treiben und seine Ernährung überdenken. Mitarbeiter des Instituts für Leistungsdiagnostik und Gesundheitsförderung an der Martin-Luther-Universität unter Leitung von Professor Kuno Hottenrott helfen dem 37-Jährigen dabei.

Extra: Text zur Vorgehensweise der Diplomsportler

Teil 3 – „Gartenarbeit allein reicht nicht“

Ausgabe: Samstag, 18. April 2015

Wer abnehmen möchte, muss Ausdauertraining betreiben. Sportwissenschaftler Kuno Hottenrott gibt Tipps. 13 Fragen zum Arztbesuch, Ausdauersport und Anlaufschwierigkeiten.

Extra: MZ-Redakteurin Bärbel Böttcher begleitet Christoph Berndt bei seinem Termin zur Ernährungsberatung.

Teil 4 – „Krebs-Test – Segen oder Fluch“

Ausgabe: Dienstag, 21. April 2015

Prostatakrebs ist bei Männern der häufigste Tumor. Die Zahl entsprechender Diagnosen steigt Jahr für Jahr. 2011 wurden deutschlandweit etwa 67 000 Neuerkrankungen registriert. Im vergangenen Jahr waren es bereits 75 000. Professor Paolo Fornara hat dafür verschiedene Erklärungen.

Extra: Text über Möglichkeiten zur Früherkennung, die von gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden.

Teil 5 – „Das Leben nach dem Krebs“

Ausgabe: Samstag, 25. April 2015

Bei Harald Schrader wurde ein Tumor in der Prostata entfernt. Doch er leidet an den Folgen. Ein Porträt.

Extra: MZ-Redakteurin Bärbel Böttcher begleitet Christoph Berndt ins Fitnessstudio. Dort treibt der Übergewichtige Sport, um abzunehmen.

Teil 6 – „Ein Glässchen in Ehren“

Ausgabe: Dienstag, 28. April 2015

Alkoholsucht ist ein vorwiegend männliches Thema. Die Folgen bleiben nicht aus. Eine Reportage über mögliche Hilfe am Beispiel eines 56-Jährigen aus Sachsen-Anhalt .

Extra: Grafik über gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums und Patienten in ambulanter Betreuung

Teil 7 – „Auf der Flucht“

Ausgabe: Samstag, 2. Mai 2015

Warum Männer in schwierigen Lebenssituationen immer wieder zum Alkohol greifen. MZ-Redakteurin Bärbel Böttcher zeigt die Fallstricke der Suchterkrankung am Beispiel eines Betroffenen.

Extra: Christoph Berndt macht Fehler auf seinem Weg zur Gewichtsabnahme. MZ-Redakteurin Bärbel zeigt die Probleme auf.

Teil 8 – „Mann kann sich helfen lassen“

Ausgabe: Dienstag, 5. Mai 2015

Ursachen für unerfüllte Kinderwünsche sind vielfältig. Gynäkologen und Andrologen beraten Paare. Ein Besuch im haleschen Zentrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie.

Extra: Text über Erektionsstörungen und mögliche Hilfen.

Teil 9 – „Wie eine unsichtbare Schlange“

Ausgabe: Samstag, 9. Mai 2015

Auch viele Männer leiden unter Depressionen. Die Krankheit prägt oft das ganze Leben. Über den langen Weg der Psychotherapie berichtet MZ-Redakteurin Bärbel Böttcher am Beispiel eines Betroffenen.

Extra: MZ-Redakteurin Bärbel Böttcher erfährt von Christoph Berndt, wie er seine Ernährung umgestellt hat.

Teil 10 – „Das Stigma der Depression“

Ausgabe: Dienstag, 12. Mai 2015

Bernd Langer hält Ängste Betroffener vor einer Ausgrenzung noch immer für berechtigt. Ein Interview mit dem Psychotherapeuten und Vorsitzendem des Psychiatrieausschusses des Landes Sachsen-Anhalt.

Extra: Grafik zu Fehltagen aufgrund von Depressionen in Deutschland, Text über Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen

Teil 11 – „Was Männer Zeit kostet“

Ausgabe: Samstag, 16. Mai 2015

Männer erwartet derzeit bei der Geburt ein etwa fünf Jahre kürzeres Leben als Frauen. Dieser Unterschied hat sich im Laufe der Geschichte häufig verändert. Professor Martin Dinges, stellvertretender Leiter und Archivar des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart, hat analysiert, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Ein Interview.

Extra: Grafik zur Lebenserwartung von Männern und Frauen in Deutschland, Text über Christoph Berndt, der seine ersten Erfolge in Sachen Gewichtsabnahme verzeichnet

Ran an den Speck

MZ-SERIE TEIL 2 Christoph Berndt hat gute Gründe, sein Körpergewicht zu reduzieren. Und es sind nicht nur medizinische.

VON BÄRBEI BÖTTCHER

HALLE/MZ Christoph Berndt ist 37 Jahre alt, 1,80 Meter groß und wiegt 160 Kilogramm. Er sagt: „Ich fühle mich damit überhaupt nicht wohl. Ich will runter von den Pfunden.“ Dafür ist der Mann bereit, sein Leben grundlegend zu ändern. Christoph Berndt lässt es zu, dass ihn die MZ ein Stück auf diesem Weg begleitet, dokumentiert, wie es ihm dabei ergeht. Ist es bereits nötig, weil er Einblick in einen sehr persönlichen Bereich gewährt. Andererseits, so sagt er, spüre er dadurch einen Erfolgsdruck. „Ich möchte mir und anderen beweisen, dass eine Kehrtwende möglich ist“, begründet er den Schritt.

MZ-SERIE



Der gesunde Mann

Das starke Geschlecht zeigt Schwächen. Männer leben kürzer als Frauen, aber auch ungesünder. Sie gehen seltener als Frauen zum Arzt und nehmen weniger an Früherkennungsuntersuchungen teil. Warum das so ist und welche Folgen das hat, das beleuchtet die MZ-Serie.

THEMA HEUTE:

Ein Mann nimmt ab

Nächste Folge: Männer in Bewegung

Doch wie hat es Christoph Berndt erst einmal geschafft, auf 160 Kilogramm Körpergewicht zu kommen?

Nun, der Liebesjäger war schon als Kind das, was vertrieblich ein Wonneponne genannt wird. Mit dem Sportunterricht in der Schule hatte er so seine Not. Doch der Spitzname „Dicker“ sollte ihn nicht weiter. Der Junge fühlte sich nie ausgeschlossen.

Mit 25 Jahren brachte Christoph Berndt schon stolze 120 Kilogramm auf die Waage. Er war ihm dann doch zu viel. Es trugen wohl die Blicke der Frauen dazu bei, dass er einen ersten Versuch startete, abzunehmen. „Ich habe gehungert, nicht mehr als 1 000 Kilo-

kalorien am Tag zu mir genommen und bin dazu noch ins Fitnessstudio gegangen“, erzählt er. 30 Kilogramm schmolzen weg wie Butter in der Sonne. Doch heute weiß Christoph Berndt, dass das der falsche Weg war. „So ein Programm hält niemand lange durch“, sagt er. Und es dauerte auch nicht lange, bis der sogenannte Jo-Jo-Effekt einsetzte. Das Gewicht stieg wieder an. Am Ende brachte er sogar mehr auf die Waage als vor seiner Hungertur.

Das war auch genau die Zeit, als der gelernte Steinmetz seinen Beruf aufgeben musste – wegen Rückenproblemen. Erst 2006, drei Jahre später, konnte er mit einer Umschulung zum Groß- und Außenhandelskaufmann beginnen. Zwischendurch suchte er sich Gelegenheitsjobs. Unter anderem arbeitet er in der Halloren-Schokoladenfabrik. In der Coniserie-Abteilung, wo die besonders edlen Pralinen hergestellt werden. „Da darf man zwar nichts mit nach Hause nehmen, aber man darf essen“, sagt er. Der Job brachte ihm letztlich neben der Möglichkeit, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, zehn Kilogramm Hüftgold ein.

Während der Umschulung, die bis 2009 ging, hatte der junge Mann dann kaum Bewegung – und er suchte auch keinen Ausgleich zur sitzenden Tätigkeit. Der kam erst wieder, als er nach dem Abschluss nicht gleich eine Stelle fand und wieder Aushilfsjobs annahm. So war er eine Zeit lang in einem Kubstall beschäftigt. Da war Muskelinsatz gefragt. „Ich war zwar nicht gerade schlank, aber es war im Rahmen“, beschreibt Christoph Berndt seine damalige Situation.

2011 wurde er dann Sachbearbeiter bei der halleischen Firma AVE – Abrechnungsgesellschaft für Vermittlungswirtschaft. Sein Job ist es, deutschlandweit Abrechnungen für Stadtwerke zu erstellen. „Das ist Schreibtischarbeit“, sagt der 37-Jährige. „Ich bin schon froh, wenn ich mal zum Postfach gehen darf.“

Seit etwa vier Jahren nun hat Christoph Berndt so gut wie keine Bewegung. Erhält hat er sich aber weiter wie ein Schwerarbeiter. Mit Steaks, Pizza und jeder Menge Fast Food. „Und dazu ein Bierchen.“

Schwerer kommt hinzu, was Berndt bei dem Vortell. Christoph Berndt gab das Rauchen auf. Als Ausgleich dafür besorgte er sich jedoch Naschereien. Und noch etwas wirkte sich negativ auf die Ehebindung: Der Trennungsschmerz



Im Spiegel möchte Christoph Berndt bald ein anderes Bild sehen.

FOTO ANDREAS STIEDLER

– vor allem von seinem damals sechsjährigen Sohn – machte ihn zum Frustesser. Zwar hat er regelmäßig Kontakt zu Domenik. Doch das ist etwas anderes, als ihn täglich um sich zu haben. Um das plötzliche Alleinsein auszuhalten, saß er abends häufig vor dem Fernseher. Mit einer Tüte Chips.

Natürlich hat Christoph Berndt selbst gemerkt, wie sein Gewicht immer weiter anstieg. Zum Beispiel wenn ihm wieder mal eine Hose, die er aus dem Schrank nahm, nicht mehr passte. Das Treppensteigen fiel ihm immer schwerer. Und auch das Fahrrad, das er

früher immerhin noch manchmal genutzt hat, blieb in der Ecke stehen. „Statt mich anzustrengen, habe ich alles vermieden, was mich aus der Puste gebracht hat“, sagt er. Es war ein Teufelskreis.

Schwerwiegend gesundheitliche Probleme stellten sich ein. Zum ersten Mal richtig bewusst worden ist dem Mann das, als er eines Nachts auf die Toilette musste und ihn dieser Gang total erschöpfte.

„Ich fühle mich nicht wohl. Ich will runter von den Pfunden.“

Christoph Berndt aus Liebfrau

„Der Puls raste und ich war schweißgebadet“, erzählt er. Zunächst dachte er, dass das im Zusammenhang mit seiner Schlafapnoe, das sind Atemaussetzer wäh-

rend des Schlafes, zusammenhängt. Beim Arzt wurde später Vorhofflimmern diagnostiziert, die häufigste Herzrhythmus-Störung. Mehrfach landete er seitdem deswegen in der Notaufnahme. Bereits dreimal musste sein Herz wieder in Takt gebracht werden. Zuletzt im Oktober 2014. „Der Eingriff hat mich sehr mitgenommen. Das wollte ich nicht ein viertes Mal erleben“, sagt Christoph Berndt. Sein Entschluss lautete: „Jetzt muss ich was tun.“

Bestärkt wurde er darin von seiner Kardiologin Dr. Petra Schirdewahn. „Für Christoph Berndt ist es aus meiner Sicht lebensnotwendig“, sein Leben zu ändern“, sagt sie. Die ausgeprägte Adipositas (Fettleibigkeit) und der daraus folgende Bewegungsmangel hätten

nicht nur zu einem immer schwerer zu behandelndem Vorhofflimmern geführt, sondern auch zu einer dramatischen Zunahme der anderen Risikofaktoren für Herz und Gefäße wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Hypertonie und Arteriosklerose. „Damit steigt sein Risiko, in den nächsten Jahren zum Beispiel einen Schlaganfall oder Herzinfarkt zu erleiden“, betont die Ärztin. Abgesehen davon könnten sich die eingeschränkte Lebensqualität, die psychischen und sozialen Belastungen, wiederum auf die körperliche Gesundheit auswirken.

Petra Schirdewahn verweist auf eine Studie, die eindrücklich belegt, dass Fettleibigkeit mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Schlafapnoe und Vorhofflimmern einhergeht. „Der Kampf gegen die Adipositas“, so die Kardiologin, „ist somit ein wichtiges Bindeglied und zugleich ein attraktives und selbst erreichbares Ziel in der Prävention für Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, betont sie.

Das sind deutliche Worte, die ihre Wirkung auf Christoph Berndt nicht verfehlen. Und er will ja etwas tun. Will abnehmen. Lange Zeit wusste er nur nicht wie? Jeder im Freundes- und Bekanntenkreis hat eine andere Sportart vorge schlagen. Jeder hatte eine andere Idee für eine Diät“, sagt er. Doch eingegangen ist er darauf nicht. „Ich hatte Angst davor, wieder etwas falsch zu machen“, sagt er. Christoph Berndt suchte professionelle Hilfe. Die bekommt er jetzt am Institut für Leistungsdiagnostik und Gesundheitsförderung, einem An-Institut an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Doch Christoph Berndt hat noch einen Grund, sein Leben zu ändern, der weit über die gesundheitlichen Aspekte hinausgeht. Das ist sein heute zehnjähriger Sohn. Domenik nennt ihn zwar „seinen Kuschelbär“, „Aber wer weiß wie lange noch“, sagt der Vater. „Ich möchte nicht, dass er sich eines Tages für mich schämen muss.“ Sein Ziel ist es, in zwei Jahren nur noch 100 bis 110 Kilogramm zu wiegen.

Dann könnten die beiden vielleicht auch gemeinsam im Harz an der Raupodtalsperre mit der größten Doppelrutsche Europas ins Tal „fliegen“. Das ist ein großer Traum von Christoph Berndt. Doch dafür darf sein Gewicht nicht mehr als 120 Kilogramm betragen.

Was tut Mann für seine Gesundheit? Schreiben Sie uns an: Mitteldeutsche Zeitung, 06075 Halle oder per Mail an: redaktion.leserbriefe@mz-web.de

Training mit Anleitung

Wissenschaftler der MLU weisen den richtigen Weg.

VON BÄRBEI BÖTTCHER

HALLE/MZ Es klingt ganz einfach. Wer sein Gewicht reduzieren möchte, der muss Sport treiben und seine Ernährung überdenken. Und doch ist das ohne professionelle Hilfe oft schwer. Auch wenn es um viel weniger als etwa 50 Kilogramm geht, die Christoph Berndt abnehmen möchte. Das Institut für Leistungsdiagnostik und Gesundheitsförderung an der Martin-Luther-Universität unter Leitung von Professor Kuno Hottenrott bietet diese Hilfe. Es betreut ganze Mannschaften, Spitzen- aber auch Freizeitsportler. Und nun helfen die Mitarbeiter auch Christoph Berndt, den richtigen Weg zu finden. Wie gehen sie dabei vor?

■ Leistungsdiagnostik

Bevor Christoph Berndt sich ins Training stürzt, wird erst einmal getestet, welche Leistung er überhaupt erbringen kann, welche Belastung für ihn die Richtige ist, um

optimale Effekte zu erzielen. Dazu führt Leistungsdiagnostiker Stephan Schulze – nachdem er eingehend nach Vorerkrankungen und Medikamenteneinnahme gefragt hat – eine Spiroergometrie durch. Das heißt, während Christoph Berndt auf einem Fahrradergometer bei wachsendem Widerstand abnimmt, wird gemessen, wie sein Ausstoß von Kohlendioxid ist und welche Menge an Sauerstoff er aufnimmt. Beides wird ins Verhältnis gesetzt und die Experten können daraus beispielsweise ablesen, bei beziehungsweise bis zu welcher Belastung der Fettstoffwechsel aktiv ist, das heißt, eine gute Fettverbrennung erfolgt. In diesen sogenannten aeroben Bereich wird trainiert, wenn der eingeatmete Sauerstoff, der zur Muskulatur geliefert wird, ausreicht, um den Energiebedarf zu decken.

Ist das nicht der Fall, kommt der Trainierende in den anaeroben Bereich. Es wird vermehrt Laktat gebildet. Laktat ist das Salz der Milchsäure, ein Zwischenstoff

wechselform, das bei hoher Anheftung zur Übersäuerung der Muskulatur führt. Das sollte beim Training vermieden werden und deshalb misst Stephan Schulze während der Anstrengung auf dem Ergometer alle zwei Minuten diesen Wert.

Zudem kann durch die Spiroergometrie die Leistungsfähigkeit der Lunge des Trainierenden exakt festgestellt werden. Neben diesen Tests wird die Körperzusammensetzung ermittelt – also wie viel Körperperfekt, wie viel Körperwasser und wie viel fettfreie Masse ist vorhanden. Der Fachbegriff lautet Bioimpedanzanalyse. Bei Christoph Berndt ist der Fettanteil mit weit über 40 Prozent viel zu hoch.

■ Das Ergebnis:

Die Ausgangswerte sind bei Christoph Berndt nicht günstig. Stephan Schulze empfiehlt ihm, das Training ruhig anzugehen. Drei Einheiten in der Woche soll er sich zu-



Christoph Berndt wird von Stephan Schulze getestet.

FOTO JENS SCHLÜTER

nächst vornehmen. Zweimal 20 bis 25 Minuten und einmal 15 bis 20 Minuten. Und eine Mischung aus Kraft- und Ausdauertraining soll es sein. Das Ausdauertraining kann als Erwärmung in das Krafttraining eingebaut werden. Der Leistungsdiagnostiker stattet den 37-Jährigen zudem mit einer Pulsuhr aus, auf der die Trainingseinheiten

hinterlegt sind und auf der er ablesen kann, wie viel er geschafft hat. Sie wird in den nächsten Wochen regelmäßig ausgewertet. Möglich ist ungenügend. Aber das will Christoph Berndt gar nicht. Er hat sich inzwischen in einem Fitness-Studio angemeldet und, wie er sagt, nach jedem Training ein richtig gutes Gefühl. Zudem bewegt er

sich nun auch viel öfter im Freien, wandert beispielsweise mit seinem Sohn. Die Frage ist, wie sich die Aktivität auf seine Werte auswirkt. Das werden spätere Wiederholungsuntersuchungen zeigen. Zunächst erhält Christoph Berndt eine ausführliche Ernährungsberatung, über die wir in der nächsten Woche berichten.

Menschenwürdig leben bis zuletzt

Der Bundestag verbietet die gewerbsmäßige Sterbehilfe im Herbst 2015 und stellt die Weichen für eine bessere Palliativ-Versorgung. Die Redaktion erkundet, wie es um die Hospiz-Bewegung im Verbreitungsgebiet steht.

Dienstag, 1. Dezember 2015

SEITE DREI

Schwäbische Zeitung 5

Begleiter am Lebensende

Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit betreuen todranke Menschen und ihre Angehörigen zu Hause

Von Daniel Hualys

OCHSENHAUSEN/WEINGARTEN - Das Thema „Tod“ steht in diesem Raum, aber hier wird lachend gelacht in jeder Keimpe. Es ist kein malerisches Lachen, sondern ein echtes, herzliches Lachen, das ansteckt. Dabei ist das Büro der Hospizbewegung Weingarten (Basendorf/Baindt/Berg) für Außenstehende erst einmal kein Ort der Freude. Die ehrenamtlichen Hospizbegleiter aber, die sich hier zum Austausch und zum Gespräch mit der „Schwäbischen Zeitung“ getroffen haben, erinnern an alte Freunde, die sich Anekdoten erzählen. Als Besucher möchte man hier flüchten, betroffen drehen sich um die richtigen Worte finden. Doch das ist gar nicht nötig. Die Art und Weise, wie die Hospizbegleiter mit dem Thema Sterben umgehen, verstrahlt sogar jene damit, die sich vor ihm fürchten.

Sie erfüllen Todkranken den Wunsch, den viele Menschen heutzutage zu Hause zu gehen, in Würde und nicht einsam. Seit 2007 haben die Patienten einen gesetzlichen Anspruch darauf mit Hilfe der Palliativmedizin schmerzfrei in den eigenen vier Wänden zu sterben. Manchmal passiert das schnell. Manchmal kann eine Bereinigung aber Jahre dauern. Die ambulanten Hospizbegleiter stehen den Menschen und ihren Angehörigen in dieser Zeit bei.

Den Kampf verlieren
So wie Ulrike Kreuz. Drei Jahre lang hat die 43-Jährige regelmäßig eine Familienbesuch. Deren Vater kämpfte seit ein Jahrzehnt lang gegen einen bösartigen Hirntumor – verlor diesen Kampf aber vor einigen Monaten. Kreuz war vor allem Ansprechpartnerin für das fähigste Mädchen der Familie. Wenn Kreuz von ihrer ehrenamtlichen Arbeit erzählt, klingt das nicht nach Schrecken, Trauer und Leid. Es klingt nach Optimismus, Verbundung und Erfüllung. „In dieser Zeit bin ich zu einer großen Schweser für das Mädchen geworden“, erzählt die Management-Anwältin.

Während der dreijährigen Betreuung hätten sie niemals über den Tod geredet. Erst nachdem ihr Vater gestorben war, hat sie das Thema angesprochen. „Im Mittelpunkt der Beziehung standen andere Dinge, die sich an Freundschaft und an Leben orientieren und nicht um Tod, ich habe ihn beim Schlußschlaf gebildet und habe sie zum Reiten gefahren“, sagt Kreuz. „Manchmal hat sie mich gefragt: Kennst du mit Mama reden, dann ich in die Disco darf?“

Genau darum geht es bei der ehrenamtlichen ambulanten Hospizarbeit auch. „Es ist nicht das primäre Ziel, Kindern beizubringen, dass jemand sterben wird“, erklärt sie. „Es geht vielmehr darum, einen Zeitraum zu schaffen, in dem das Thema nicht dominiert.“ Zudem soll man ein



Ehrenamtliche Hospizbegleiter wollen Optimismus, Verbundung und Erfüllung vermitteln.

neutrale Beobachter, der nicht in die Familienbande integriert ist und daher gewisse Situationen objektiv einschätzen könnte.

Vor vier Jahren ist Kreuz zum ambulanten Kinderhospizdienst „Amalie“ gekommen. „Amalie“ kümmert sich hauptsächlich um Kinder und Jugendliche aus dem Landkreis Ravensburg und dem Bodensee-Region. Deren Familienangehörige unheilbar erkrankt sind. „Ich hatte zu diesem Zeitpunkt Stress im Beruf“, sagt Kreuz. „In einer Arztpraxis habe ich einen Posten von Amalie gesehen. Da ich immer gerne mit Kindern gearbeitet habe, wollte ich das machen.“

Bereit habe sie das nicht. Der Tod des Vaters habe sie zwar berührt, aber nicht belastet. „Ich mache jetzt demnach erst mal eine Pause“, sagt Kreuz.

Etwas zurückgehen
Patrick Powell hingegen findet mit der ambulanten Kinderhospizarbeit gerade erst an. „Nach dreizehn Jahren Reize dachte ich mir, dass es an der Zeit wäre, etwas Gutes zu tun“, sagt der 69-Jährige. Der pensionierte Psychotherapeut lebt seit 1968 in Deutschland und hat hier Psycho-

logie studiert. In Amerika ist das Studium sehr teuer, hier ist es kostenlos. Die Gesellschaft hat hier viel für einen. Das wollte ich zurückgeben.“

Beruflich habe er ausschließlich mit Erwachsenen gearbeitet, jetzt wolle er sich um die Kinder kümmern. Ob er ärztlich oder freidig seinen kindlichen Tätigkeiten entsprechen könnte, weiß er nicht. „Ich habe schon ein kleines Unbehagen da, es ist etwas Neues.“

Viele der Ehrenamtlichen, das ist auffällig, haben ihre eigenen Erfahrungen mit dem Sterben gemacht, bevor sie sich für das Ehrenamt entschieden haben. Für Agnes Ohmann von der Hospizgruppe Ochsenhausen-Bertel gab es im Jahr 1998 ein „Schlüsselereignis“. „Ich habe damals bei einer Familie mit zwei Kindern gearbeitet, in der der Vater unheilbar an einem Gehirntumor litt“, sagt die 68-Jährige. „Die Frau ging ziemlich normal mit dem Schicksal um. Als ihr Mann verstorben ist, haben die gemeinsamen Kinder Hilfe gesucht und Linder gesungen.“ Dieser Umgang mit dem Tod eines Familienmitglied habe sie beeindruckt. „Ja habe ich mir gedacht. So kann es also auch ablaufen.“ Danach war sie

zunächst als Hospizbegleiterin tätig, jetzt ist sie Einsatzleiterin der Gruppe mit 17 Mitgliedern.

Bei Irmgard Städele, die im selben Verein aktiv ist, war der Tod des eigenen Vaters vor zehn Jahren ausschlaggebend. Danach habe sie einen langen großen Gedankensumpf umgestoßen. Die Familie habe sich um den Vater Tag und Nacht gekümmert, ihn im Sterben nicht alleine gelassen. „Nachdem er vor zehn Jahren gestorben war, habe ich die Ausbildung zur Sterbegeldbegleiterin gemacht.“

Städele arbeitet hauptsächlich als Alzheimergeliebten. „Themen wie Krankheit, Alter, Schmerzen und Tod sind ihr also ständig präsent. Sie habe auch schon Menschen im Heim beim Sterben begleitet. „Aber man hat nicht so viel Zeit für sie, weil man noch 50 andere Menschen versorgen muss. Beim ambulanten Hospizdienst ist das anders“, sagt Städele. Hier habe man die Zeit, sich auf einen Sterbenden und seine Verwandten einzulassen. Ihre persönlichen Erlebnisse und die eigene Lebensgeschichte seien dabei ganz wichtig. „Ich bin eine alleinstehende, ältere Frau, betreut, der zuzuhören, sehr verschlossen war.“

Doch zu einem zweiten Besuch ist es nicht mehr gekommen – der Mann war bereits verstorben. „Es widersteht, als ob er sein Leben noch einmal Revue passieren wollte“, sagt Städele.

Keine Nachschubprobleme
Aber wie geht man damit um, wenn sich jemand Fremdes öffnet, einem Vertrauen schenkt und dann geht? „Man nimmt mehr mit, als man gibt“, sagt Städele. „Als Hospizbegleiter möchte man dem Menschen etwas geben.“ Für sie sei es so, als ob sie die Sterbenden und seine Verwandten betreuen würde, was sie mit der Begleitung beginnt. „Aber es belastet mich nicht.“

Das liegt vor allem auch an der guten Vorbereitung durch die Schwestern der Ehrenamtlichen vor Beginn ihrer Arbeit absolvieren müssen (siehe Kasten). In regelmäßigen Supervisionen können die Ehren-

amtlichen außerdem emotionalen Ballast abwerfen und über schwierige Situationen reden. „Wir haben diese Supervisionen alle zwei Monate“, sagt Brigitte Tauscher-Bühler von der Hospizbewegung St. Josef Friedrichshafen.

Doch für Tauscher-Bühler liegt es nicht nur an der intensiven Vor- und Nachbereitung, sondern auch an der Persönlichkeit der Ehrenamtlichen. „Wir finden immer genau die Leute mit stabilen Persönlichkeiten, die wir brauchen“, erklärt sie. Die meisten von ihnen seien um die 60 Jahre alt und lebenserfahren.

Für diese anspruchsvolle Arbeit fühlen sich offenbar viele Menschen berufen. Die Gruppe aus Friedrichshafen habe keine Probleme, neue Ehrenamtliche zu gewinnen. 20 Menschen engagieren sich dort derzeit, die 2002 150 Krankenzentren betreut haben.

Konrad Fluß vom Hospizverein Tettnang kann sich ebenfalls nicht über zu wenig Engagement beklagen. „Wenn ich Leute brauche, finde ich welche“, sagt er. Auch in Tettnang sind 28 Menschen in der ambulanten Hospizarbeit aktiv. Fluß glaubt, es liege vor allem an der Nähe zum Sterbenden. „Das habe ich bei Friedrike als „ambulantem Hospiz“ erlebt. „Das ist ein sehr wichtiger Punkt.“

„Menschenwürdig leben bis zuletzt“
Eine halbe Million Menschen in Deutschland wünschen sich eine qualifizierte Sterbegeldbegleitung im Hospiz oder zu Hause. Weniger als 100 000 Menschen bekommen sie aber nur. Die Weihnachtsgabe der „Schwäbischen Zeitung“ und der Caritas nimmt in diesem Jahr die Themen Hospiz und Palliativversorgung in den Blick. Dazu veranstaltet die „Schwäbische Zeitung“ eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Menschenwürdig leben bis zuletzt“ am Donnerstag, 10. Dezember, 19 Uhr im Schwäbisch-Mecklenburg-Restaurant in Ravensburg, Karlsstraße 16. Gäste auf dem Land helfen entsprechende Strukturen, wie Alwine Appenheimer, die seit Jahren ehrenamtlich in der Hospizarbeit tätig ist, berichten wird. Was die Kirche plant, wird Ordinariusin Irme Stetter-Kamp vorstellen. Die Moderation übernimmt Hendrik Groß, Chefredakteur „Schwäbische Zeitung“. Anmeldungen an: chredredaktion@schwaebische.de

Weihnachtspendekaktion „Helfen bringt Freude“
Umgebt und begleitet – würde jedes Leben bis zuletzt. Diesen Schwerpunkt setzen wir in diesem Jahr mit unserer Weihnachtspendekaktion. Spenden können direkt an die ambulanten Hospiz- und Trauerarbeit der Caritas und ihren Partnerorganisationen im süddeutschen Baden-Württemberg und im Landkreis Lindau zugunsten ihrer Spende mit einem, schweren und traumatischen Menschen in ihrer Umgebung Spendenkonto: Sparkassenverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V., Baden-Württemberg, Postfach IBAN: DE90 6012 0500 0001 7085 00 BIC: BFSWDE33HT Stichwort: Helfen bringt Freude

schwaebische.de
weihnachtspendekaktion

Kurs für angehende Hospizbegleiter
In 100 Stunden werden die Ehrenamtlichen auf ihre Arbeit als Hospizbegleiter vorbereitet. Ziel des Kurses ist es auch zu klären, ob ein Ehrenamt in der Hospizarbeit für die Interessenten infrage kommt. Im Vorfeld befassen sie sich theoretisch mit vielen Themen, lernen verschiedene medizinische Aspekte kennen. Sie erfahren, welche Kräfte bei Hospizpatienten besonders häufig sind, wie sie mit Demenz umgehen können, welche Formen der Schmerzversorgung es gibt, aber auch welche Zeichen für einen nahenden Tod sind.

Zusätzlich sprechen sie über die eigene Motivation, erarbeiten sich unterschiedliche Formen der Kommunikation und Gesprächsführung und weibliche Rahmenbedingungen. In der Praxisphase ist der Hospizbegleiter dann im theoretischen Wissen um. Auf der Homepage des Hospiz- und Palliativverbands Baden-Württemberg gibt es eine Übersicht über alle Hospizgruppen: www.hospiz.de (dsh)

Ehrenamtliche Hospizbegleiter (von links oben im Uhrzeigersinn): Ulrike Kreuz, Patrick Powell, Agnes Ohmann und Irmgard Städele. fotos aus

Noch Fragen?

Ludger Möllers, Chefredakteur, Telefon: 0731/400192-36, E-Mail: l.mollers@schwaebische.de

Die Furcht vor den Qualen

Den Gedanken an den Tod verbinden die Menschen oft mit drohenden Schmerzen – Wie Ärzte Sterbende beruhigen und begleiten

Von Katja Korf

RAVENSBURG - Zeit. Wer danach sucht, was bei der Begleitung Sterbender zählt, hört als Erstes und von allen Gesprächspartnern dieses Wort. Und das in einem Gesundheitssystem, das jene belohnt, die besonders schnell arbeiten. Das mag den Regeln des Marktes entsprechen und Kosten sparen. „Aber Sterben ist nicht planbar“, sagt Dr. Matthias Weng, Hausarzt und Palliativmediziner aus Friedrichshafen. Sterbegleitung heißt für jene, die sie ernst meinen: den Spagat meistern zwischen den Bedürfnissen der Patienten und dem Kostendruck des Systems.

Vor dem Treffen hat Weng gewarnt: „Ich weiß nicht, ob ich es pünktlich schaffe, es kann immer was dazwischenkommen.“ Das klingt wie eine Gebrauchsanweisung für den Umgang mit einem Hausarzt. Notfälle kann es immer geben, Krankheit ist eben auch keine planbare Größe. Doch an diesem trübigen Wintertag schafft es der 48-Jährige pünktlich ins Hospiz im Franziskuszentrum in Friedrichshafen. Ruhig und ausführlich bespricht er mit einer Schwester, wie Krebspatienten gehen. Lsst er? Hat er Schmerzen? Schläft er gut? Im Zimmer dann dieselbe Ruhe. Heinrich Seifert (Name

„Oft lässt sich der Schmerz nicht auf null bringen. Aber bei fast allen Patienten kann man ihn auf ein erträgliches Maß reduzieren.“

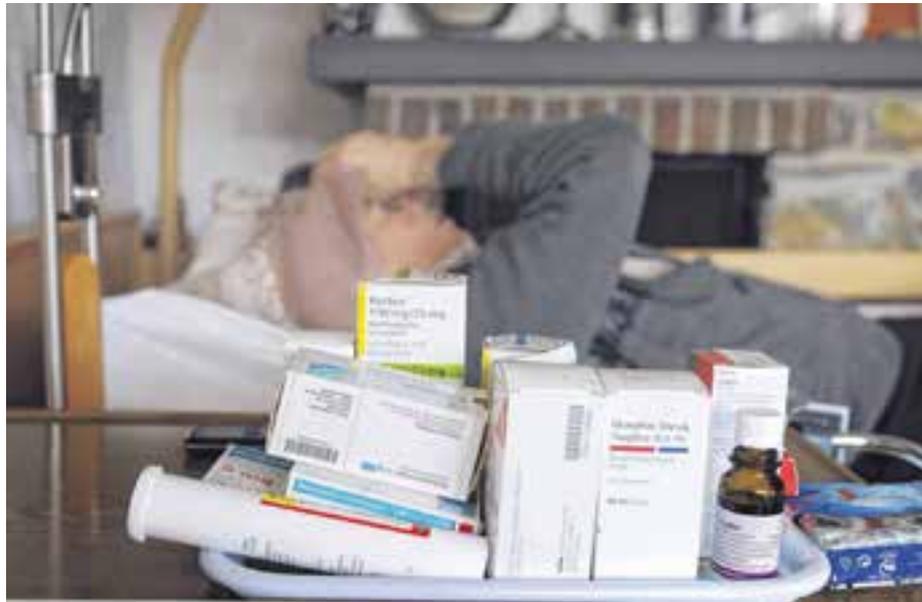
Matthias Weng, Hausarzt und Palliativmediziner

von der Redaktion geändert) hat ein schlechten Tag. Übelkeit, Tabletten helfen nicht. Weng erklärt, warum das leider ein typisches Symptom ist bei einem Krebspatienten, beschreibt, was nun zu tun ist.

Kann es gute Tage geben für einen Kranken, dessen Körper unter der Decke seines Bettes kaum noch zu erkennen ist, der zusammengekauert daliegt? „Ja, natürlich“, sagt Weng mit Nachdruck. Seine Arbeit besteht darin, möglichst viele gute Tage zu ermöglichen. Schmerztherapie ist eine der zentralen Aufgaben. Gefragt danach, was ihnen beim Gedanken an den eigenen Tod am meisten Angst macht, nennen 38 Prozent der Deutschen die Furcht vor unerträglichen Qualen. Das zeigt eine Umfrage, die das Magazin „Chironom“ 2014 zitierte. In der Mehrheit der Fälle, da sind sich Mediziner einig, lassen sich Schmerzen gut in den Griff bekommen. „Oft lässt sich der Schmerz nicht auf null bringen. Aber bei fast allen Patienten kann man ihn auf ein erträgliches Maß reduzieren“, sagt Weng. Vom Beschönigen, das wird im Gespräch klar, hält er wenig. Geschichten vom glücklichen, unbeschwertem Hinübergehen hört man von ihm nicht. „Wir müssen als Gesellschaft ehrlich mit uns sein. Wir werden nicht alle topfit 85 Jahre alt und sterben dann ohne eine Zeit des Leidens oder der Gebrechlichkeit.“

Unsicherheit ist groß

Als letztes Mittel, um dem Schmerz Herr zu werden, steht Ärzten eine sogenannte palliative Sedierung zur Verfügung. Sie kann einen Totkranken in einen Tiefschlaf versetzen und ihm in Kombination mit



Ein schwerstkranker Mann wird zu Hause palliativ behandelt. Laut einer Umfrage waren im Verlauf der vergangenen fünf Jahre 75 Prozent der Mediziner von durchschnittlich zehn Patienten um Suizidassistenten gebeten worden. FOTO: IMAGO

Schmerzmitteln die Qual nehmen. „Das können und dürfen wir, es ist aber nur sehr selten notwendig“, erklärt Dr. Rafael Lemanczyk, Palliativmediziner aus Bad Wurzach. Es ist kein Zufall, dass er das Wort dürfen betont. Die Unsicherheit darüber, was Mediziner rechtlich erlaubt ist und was nicht, ist groß. Unter Patienten sowieso, aber auch unter Ärzten. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, sagt: „Wir haben während der Debatte um das neue Sterbehilfe-Gesetz festgestellt, dass bei Hausärzten die Kenntnisse über die genauen rechtlichen Regelungen dazu zum Teil nicht ganz aktuell sind.“ Im Herbst hat der Bundestag das neue Gesetz zur Sterbehilfe verabschiedet. Geschäftsmäßige Sterbe-

„Man muss Personal schulen und klarmachen, wann man es gut sein lassen darf.“

Bernhard Bayer, Vorstand des Hospiz- und Palliativverbandes Baden-Württemberg

hilfe ist seitdem explizit verboten. Doch ob für Ärzte nun eine größere Rechtssicherheit im Umgang mit Sterbenden besteht, darüber streiten Fachleute. Es geht dabei um die Formulierung „geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid“. Diese ist nun verboten (siehe Kasten). Was aber „geschäftsmäßig“ in der Praxis bedeutet, ist in den Augen vieler Kritiker nicht bestimmt und könnte Ärzte auf die Anklagebank bringen. Auch Clever ist sich nicht sicher, dass es Klagen ge-

ben wird. „Hochrangige Mediziner haben uns versichert: Ärzte werden davon nicht betroffen sein. In der derzeitigen Stimmungslage gehe ich davon aus, dass die Einschätzung der Juristen zutrifft. Ob das aber alle Zeiten so bleibt, da habe ich doch Zweifel.“

Wenn der Patient sterben will

Konkret geht es um den ärztlich assistierten Suizid. Dabei bittet ein Patient seinen Arzt, ihm Medikamente zur Selbsttötung zu beschaffen. Der Mediziner Urban Wiesting ist einer der schärfsten Kritiker des neuen Gesetzes. „Die zentrale Frage für Ärzte ist: Ab wann ist ihr Handeln als geschäftsmäßig zu werten? Juristen sagen: wenn es auf Wiederholung angelegt ist. Insbesondere Palliativmediziner oder Onkologen behandeln jedoch regelmäßig todkranken Patienten. Es liegt in der Natur ihres Berufes, dass ihre Tätigkeit auf Wiederholung angelegt ist. Die Rechtsunsicherheit ist größer geworden als vor der Verabschiedung des Gesetzes.“ Wie oft Ärzte überhaupt Beihilfe zur Selbsttötung leisten, weiß niemand. Dazu gebe es keine verlässlichen Daten, sagt Wiesting.

Angst vor Kontrollverlust

Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter 880 Fachärzten ergab im Sommer: In Verlauf der vergangenen fünf Jahre waren 75 Prozent der Mediziner von durchschnittlich zehn Patienten um Suizidassistenten gebeten worden. Auch Matthias Weng und Rafael Lemanczyk werden immer wieder von Patienten gefragt: „Wenn es so weit ist, Herr Doktor, dann helfen Sie mir

doch?“ Beide lehnen Sterbehilfe aus Überzeugung ab. Die Frage sei aber oft nur eine Station eines langen Weges. Angst vor Schmerz, Einsamkeit, Kontrollverlust ließen sich im Gespräch mit Patienten und Angehörigen sehr oft beruhigen – zumindest so weit, dass der Wunsch nach dem selbst herbeigeführten Tod wieder verschwindet.

Es sind gerade diese Gespräche, für die es Zeit braucht – und für die schon Fachärzte kaum genug Zeit finden. Erst Recht fehlt sie in hektischen Klinikalltag oder in Pflegeheimen. Dort sterben aber die meisten Menschen. Nur etwa zehn der 15 Prozent der Sterbenden müssen aufgrund ihrer Symptome von Spezialisten für Palliativmedizin versorgt werden. Sie können in ein sogenanntes

„Wir werden nicht alle topfit 85 Jahre alt und sterben dann ohne eine Zeit des Leidens oder der Gebrechlichkeit.“

Matthias Weng, Hausarzt und Palliativmediziner

tes SAPV-Programm aufgenommen werden. Die Krankenkassen zahlen alle Kosten, ein Team von Fachärzten und spezialisierten Pflegediensten steht rund um die Uhr bereit.

Doch die meisten Patienten fallen nicht in diese Gruppe. In Pflegeheimen und Kliniken fehlt es an geschultem Personal in der Pflege, das weiß, was ein Sterbender benötigt. Ein Beispiel: Kurz vor dem Ende leiden viele Sterbende an Atemnot. Das, so Bernhard Bayer, Vorstand des

Hospiz- und Palliativverbandes Baden-Württemberg, sei ein natürlicher Teil des Sterbeprozesses. Geschultes Personal weiß, wie man damit umgeht. Doch viel zu oft rufen Schwestern oder Pfleger noch einmal den Notarzt, lassen den Sterbenden ins Krankenhaus bringen. „Das ist meistens unnötig, bringt Panik und Unruhe in die Sterbephase. Man muss Personal schulen und klarmachen, wann man es gut sein lassen darf.“ Todkranken häufiger drohen Appetit – doch aus Angst, etwas falsch zu machen, würden Sterbende nach Hause oder in Pflegeheimen nach Hause geschickt werden, führt nach Ansicht vieler Experten dazu, dass Ärzte auch bei Todkranken im Endstadium noch Therapien anordnen, die nicht mehr sinnvoll sind und dem Patienten vielleicht sogar Lebensqualität in seinen letzten Tagen nehmen.

Zentrale Beratungsstelle fehlt

Ein weiteres Manko, da sind sich Palliativmediziner und Hospizverband einig: Es fehlt an zentralen Beratungsstellen für Patienten und Angehörige. Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben. Das muss gut organisiert sein. Derzeit übernehmen es oft die Hausärzte, einen spezialisierten Pflegedienst zu finden, Kontakt zum örtlichen Hospizverein herzustellen und Kostenfragen zu klären. Vergütet wird das nicht. Klünftig sollen die Krankenkassen Patienten und Angehörige beraten. „Das ist ein Witz“, sagt Bernhard Bayer. Ausgerechnet die Krankenkassen sollen Angebete empfehlen, deren Kosten sie zahlen müssen – das kann für Bayer nicht gut gehen: „Es wäre besser gewesen, andere Beratungsangebote zu unterstützen oder eine neutrale Stelle einzurichten.“



Weihnachtsspendenaktion „Helfen bringt Freude“

Umsonst und begleitet – würdevolles Leben bis zuletzt: Diesen Schwerpunkt setzen wir in diesem Jahr mit unserer Weihnachts-spendenaktion.

Die Spenden kommen der ambulanten Hospiz- und Trauerarbeit der Caritas und ihren Partnerorganisationen im südlichen Baden-Württemberg und im Landkreis Lindau zugute.

Ihre Spende hilft einsamen, schwerkranken und trauernden Menschen

in Ihrer Umgebung. Bitte spenden Sie jetzt!

Spendenkonto:

Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V.
Baden-Württembergische Bank
IBAN: DE90 6012 0500 0001
7088 00
BIC: BFSWDE33STG

Stichwort: Helfen bringt Freude

schwaebische.de/
weihnachtsspendenaktion

Gute Zwischenbilanz für Spendenaktion

Fast 100 000 Euro haben die Lesern und Leser der „Schwäbischen Zeitung“ bislang für die Aktion „Helfen bringt Freude“ gespendet.

Gemeinsam mit der Caritas sammeln die „SZ“ das Geld für die ambulante Hospizarbeit und eine bessere Palliativversorgung in der Region.

Sowohl im überregionalen Teil als auch in den Lokalausgaben berichten Reporter über Fälle, in denen Hilfe notwendig ist. Die Spenden fließen zu 100 Prozent an den Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart, der die Gelder ohne Abzug von Verwaltungskosten direkt an Projekte in der Region weiterleitet. Gerade im Ländlichen Raum unterstützt die Caritas beispielsweise die Ausbildung ehrenamtlicher Hospizhelfer oder die Ausstattung der Hospize. (sz)

Gesetzeslage

- **Aktive Sterbehilfe:** ist in Deutschland verboten.
- **Indirekte Sterbehilfe:** Wenn Mediziner Todkranken starke Schmerzmittel verabreichen, die unter Umständen die Lebensdauer verkürzen, ist dies erlaubt.
- **Abbruch der Therapie:** Wenn Patienten an einer tödlichen Krankheit im Endstadium leiden und es ihrem Willen entspricht, dürfen Ärzte die Therapie einstellen – etwa Beatmung oder künstliche Ernährung. Kann ein Patient nicht mehr selbst einwilligen, sind die nächsten Angehörigen befugt. Für einen solchen Fall sollten Patienten frühzeitig festlegen, wer stellvertretend für sie entscheiden darf.
- **Beihilfe zum Suizid:** Ist seit Herbst ausdrücklich verboten, wenn es geschäftsmäßig geschieht. Was das für Ärzte bedeutet, die Todkranken auf deren Wunsch Medikamente zum Suizid geben, ist umstritten. Experten rechnen damit, dass dies erst Gerichte anhand konkreter Einzelfälle entscheiden werden. (tja)

Menschenwürdig leben bis zuletzt

Schwerstkranke erfahren in Hospizen und durch Ehrenamtliche Zuneigung, Nähe und Begleitung

Von Ludger Möllers

ULM - Erich Reimann weiß, dass er bald sterben wird. Sehr bald schon. „Ich bin auf dem letzten Weg“, sagt der 76-Jährige, „aber ich kann ihn bewusst gehen.“ Geistig ist Reimann klar, sein Körper aber ist voller Metastasen. Seit fast 20 Jahren hat Reimann Krebs. Zu Hause, in Horb am Neckar, war Ehefrau Anna mit der Pflege ihres Mannes zuletzt völlig überfordert. Als sein der Hausarzt vorschlug, dass Erich Reimann seinen Lebensweg im Späichinger Hospiz beenden könnte, war die Entscheidung schnell gefallen. Seither lebt Reimann in einem hellen Zimmer, seine Frau, abends auch sein Sohn, sind bei ihm, um Abschied zu nehmen, zu weinen, zu streiten. Manchmal lachen sie auch.

So wie Reimann wollen viele Menschen sterben: im Kreis der Angehörigen, schmerzfrei. Doch bis zu 50 Prozent der Bundesbürger verbringen ihre letzten Stunden auf Intensivstationen, umgeben von Schläuchen, Kabeln und medizinischen High-Tech-Geräten.

Mit dem Leid überfordert

„Angehörige, die ihre todkranken Familienmitglieder zu Hause pflegen, sind oft mit dem Leid überfordert und brauchen Unterstützung“, sagt Susanne Schell, die das Späichinger Hospiz leitet. Hier werden schwerstkranke und sterbende Menschen aufgenommen, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen, für die aber auch eine ambulante Versorgung zu Hause oder bei Verwandten nicht möglich ist.

„Ja, mein Mann ist austertherapiert“, bestätigt Anna Reimann, „die Ärzte können nichts mehr für ihn tun.“ Dann zählt die 70-Jährige auf, in welchen Kliniken sie mit ihrem Partner war, welche Therapien nicht anschlugen, wie sich Stück für Stück der Traum eines sorgenfreien und gemeinsamen Lebensabends zerschlug. Erich Reimann hört zu, ergänzt hier und da Details. Der Sterbende zeigt auf Bilder, die in seinem Zimmer stehen: Sie zeigen ein glückliches Paar, das gerade seine Wohnung renoviert hat. Enkel und Kinder schauen den Betrachter an. Sie wissen, dass der Opa und Vater nur noch einige Tage zu leben hat. Ab und zu schicken sie ihm eine Mail. Denn auch WLAN ist in den Hospizen Standard.

„Uns geht es darum, dass die Menschen, die wir hier Gäste nennen, in Würde Abschied von dieser Welt nehmen können“, erklärt Hans-Peter

Mattes, der Vorsitzende des Fördervereins für das Späichinger Hospiz, „dazu gehört neben der Pflege und dem entsprechenden Personalschlüssel mit geschultem Personal eben auch vieles, um sich geborgen zu fühlen.“ Anders als in Kliniken oder Pflegeheimen sind in Hospizen wie in den Späichinger oder Biberacher die Zimmer freundlich, es gibt Aufenthaltsräume, die hier Wohnzimmer genannt werden. Und wer sein Haustier mitbringen will, darf es tun.

Todkranke wie Erich Reimann möchten vor allem nicht allein sein.



„Wir können dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben“, lautet das Motto der Hospizbewegung.

FOTOS: DPA

Diesen Wunsch haben Frauen wie Anita Schumacher aufgenommen und engagieren sich in der Hospizarbeit. „Jede Begleitung ist etwas ganz Persönliches und Individuelles“, erzählt sie. Wie der Mensch auf sie wirkt und vor allem auch, wie sie auf den Betroffenen wirkt, sei ganz entscheidend. Man müsse das Gespür entwickeln, um zu merken, was der Mensch von der Begleiterin möchte: Nähe oder einfach die Anwesenheit, um sich nicht alleine zu fühlen. „Wenn man am Anfang steht, dann bringt man eigene Ängste mit rein“, sagt Anita Schumacher aus Erfahrung. „Aber diese Hilfsigkeit auszubilden, dass ich dem Betroffenen nicht helfen kann, außer vielleicht ein bisschen durch meine Anwesenheit, das ist schwierig.“

Hospizgruppen wie in Späichinger, Biberacher, Friedrichshafen oder Ravensburg gibt es nicht überall – und es gibt zu wenige davon.

„Im Angesicht des Todes geht es ehrlich wie nie zuvor zur Sache.“

Anita Schumacher, arbeitet ehrenamtlich in einer Hospizgruppe

Deutschland brauche voranschreitend mindestens zehn Jahre, um eine flächendeckende Versorgung für sterbende Menschen aufzubauen, sagt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), in zehn Jahren sei beim Ausbau der sogenannten Palliativversorgung viel erreicht. Aber damit sei die Arbeit noch nicht getan. Grundsätzlich sei auch in der Fläche ausreichend Fachpersonal vorhanden, allerdings funktioniere die Zusammenarbeit in den einzelnen Betreuungsteams noch nicht richtig. Häufig würden aber auch die

betroffenen Bürger, in deren Familie jemand im Sterben liege, die Betreuungsangebote nicht kennen.

Pfädoyer für Ambulanz

Auch das Ehepaar Reimann kannte das Angebot der Hospizarbeit nicht. „Wir haben erst durch unseren Hausarzt davon erfahren“, sagt Anna Reimann, „und dann haben wir uns informiert.“ Wäre die Ehefrau gesundheitlich nicht angeschlagen, wäre auch eine Sterbebegleitung daheim möglich gewesen. „Wir haben uns dann für das Hospiz entschieden“, erinnert sich die Ehefrau.

Ein Pfädoyer für die ambulante Hospizarbeit hält auch Eugen Brysch von der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Es reiche nicht aus, sterbenden Pflegeheimbewohnern einen Wechsel ins Hospiz in Aussicht zu stellen. Dafür reichten die 2000 Hospizbetten auch gar nicht aus. „Es ist endlich an der Zeit, die Menschen dort zu unterstützen, wo sie leben.“ Wenn das Hospiz- und Palliativgesetz Gröhe eine Antwort auf die Debatte um die Sterbehilfe sein sollte, reiche sie nicht aus.

Nächstenliebe und Zeit

Antworten auf diese Forderungen geben Frauen wie Anita Schumacher: „Was Schwerstkranke und Sterbende tatsächlich nötig haben, ist Zuspätkommen und Schmerzlinderung“, betont sie. Das erfordere medizinische und pflegerische Begleitung, Nächstenliebe und Zeit. Die Hospizarbeit, ob ambulante oder stationäre, sei dafür der richtige Weg. Aktive Sterbehilfe lehnen die Ehrenamtlichen strikt ab; diese habe nichts mit Sterbebegleitung zu tun. Da die Bereitschaft steige, sich in Vereinen oder Hilfsdiensten ehrenamtlich zu

engagieren, gebe es genügend Freiwillige, die todkranken Menschen in der letzten Lebensphase nahe sein möchten.

Dass die Arbeit in den Hospizgruppen emotional hoch anstrengend sein kann, erfährt Anita Schumacher bei jedem Besuch im Sterbezimmer. „Wir helfen bring Freude“ zierte Gauck seinen Vorgänger Horst Köhler, der 2005 gesagt hatte: „Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen.“

Die ehrenamtlichen Helfer in Hospizen und Palliativstationen beschriften mit der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen den richtigen Weg, sagt Gauck. „Darin sind sie uns allen ein Vorbild.“

Die bestmögliche Lebensqualität Vor 20 oder 25 Jahren hätte Gauck niemanden loben können: Die Hospizbewegung war in Deutschland fast unbekannt, vor allem aber die Palliativmedizin. Hier geht es nicht um eine Lebensverlängerung, sondern vor allem um das Lindern von Schmerzen und anderen Symptomen sowie die bestmögliche Lebensqualität. So wie der in der vergangenen Woche verstorbene Ab-Bundeskanzler Helmut Schmidt haben viele Patienten, vor allem Tumorkranke, Angst vor dem Schmerz. „Vor dem Tod fürchte ich mich nicht. Nein. Wenn es keine Schmerzmittel gäbe, hätte ich Angst vor Schmerzen.“

dell zur Intensivmedizin diskutiert wird, sondern als eine sinnvolle Ergänzung“, sagte Gauck vor wenigen Tagen in Berlin.

Bei einer Diskussion im Schloss Bellevue zum Thema „Sterbende begleiten – Ehrenamtliches Engagement in der Hospiz- und Palliativversorgung“ zitierte Gauck seinen Vorgänger Horst Köhler, der 2005

gesagt hatte: „Nicht durch die Hand eines anderen sollen die Menschen sterben, sondern an der Hand eines anderen.“

Die ehrenamtlichen Helfer in Hospizen und Palliativstationen beschriften mit der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen den richtigen Weg, sagt Gauck. „Darin sind sie uns allen ein Vorbild.“

Die bestmögliche Lebensqualität Vor 20 oder 25 Jahren hätte Gauck niemanden loben können: Die Hospizbewegung war in Deutschland fast unbekannt, vor allem aber die Palliativmedizin. Hier geht es nicht um eine Lebensverlängerung, sondern vor allem um das Lindern von Schmerzen und anderen Symptomen sowie die bestmögliche Lebensqualität. So wie der in der vergangenen Woche verstorbene Ab-Bundeskanzler Helmut Schmidt haben viele Patienten, vor allem Tumorkranke, Angst vor dem Schmerz. „Vor dem Tod fürchte ich mich nicht. Nein. Wenn es keine Schmerzmittel gäbe, hätte ich Angst vor Schmerzen.“

Weihnachtspendenaktion „Helfen bringt Freude“

Umso und begleitet – würdevolles Leben bis zuletzt: Diesen Schwerpunkt setzen wir in diesem Jahr mit unserer Weihnachtspendenaktion. Die Spenden kommen der ambulanten Hospiz- und Trauerarbeit der Caritas und ihren Partnerorganisationen im südlichen Baden-Württemberg und im Landkreis Lindau zugute. Ihre Spende hilft einsamen, schwierkranken und trauernden Menschen in ihrer Umgebung. Bitte spenden Sie jetzt!

Spendenkonto:
Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e. V.
Baden-Württembergische Bank
IBAN: DE90 6012 0500 0001 7088 00
BIC: BFSWDE33STG
Stichwort: Helfen bringt Freude

schwaebische.de/
weihnachtspendenaktion

Aber es gibt genug Schmerzmittel“, sagte Schmidt in einem Interview im Jahr 2011. Auch die Hospizkräfte sind ausgebildet, nach ärztlicher Anweisung Schmerzmittel zu geben.

Bei Erich Reimann schlagen die Medikamente an, er ist schmerzfrei. Er greift nach der Hand der Hospizbegleiterin, hält sie lange fest. Sein Blick gilt einer Spruchkarte mit einem Zitat von Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung: „Wir können dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben.“

Caritas engagiert sich für Hospizdienste

In Deutschland gibt es über 1400 ambulante Hospizdienste und 120 stationäre Hospize, 57 davon in der Trägerschaft der Caritas. Bei ihnen steht der einzelne Mensch und seine Angehörigen im Vordergrund. Ehrenamtliche Tüchtige und hauptamtliche Mitarbeiter bieten dort individuelle Begleitung an. „Durch eine Legitimierung der aktiven Sterbehilfe würde der Druck auf kranke Menschen wachsen, ihrem Leben ein Ende zu setzen“, behauptet Caritaspräsident Peter Neher. „Menschen mit unheilbaren Krankheiten und ihre Angehörigen brauchen Unterstützung und Begleitung. Sie dürfen nicht ausgegrenzt werden.“ Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die Im-

pulse der Hospizarbeit und Palliativmedizin in allen Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich umgesetzt werden. Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben. In ihrem sozialpolitischen Engagement sorgt die Caritas für die notwendigen finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen. Mit fünf stationären Hospizen, elf Kinder- und Jugendhospizdiensten, 42 ambulanten Hospizgruppen in katholischer, 50 in ökonomischer Trägerschaft und den Palliativleistungen der kirchlichen Krankenhäuser und Altenhilfe-Einrichtungen engagiert sich die katholische Kirche im württembergischen Landesteil haut- und ehrenamtlich für sterbende Menschen. (sz)



Palliativmediziner und Hospize versorgen Todkranke am Lebensende.

So helfen Sie mit Ihrer Spende

Jede Spende kommt zu 100 Prozent und ohne jeden Abzug bei den Einrichtungen an und hilft direkt, die Lebensqualität Schwerstkranke und Sterbender zu verbessern. Viele Leistungen in Hospizen und die allermeisten Sachkosten der ehrenamtlichen Tätigkeit werden nicht von den Krankenkassen übernommen.

Einige Beispiele:

- Mit 10 Euro lassen sich die Kosten eines Ehrenamtlichen für eine 15-Kilometer-Anfahrt zu einem Patienten und die Rückfahrt erstatten.
- Ein Fachbuch zur Ausbildung kostet zwischen 20 und 50 Euro; Die Hospizkräfte brauchen es zur Aus- und Weiterbildung.

- 50 Euro kostet der Blumenschmuck im Biberacher Hospiz für eine Woche.
- Die ehrenamtlich Tätigen brauchen Ausbildung und Hilfe: 150 Euro werden für eine Supervisionseinheit in Rechnung gestellt.
- Geschirr muss bruchsensibel sein: Mit 300 Euro bekommt man den Grundstock für ein Service.
- 500 Euro kostet ein Zuf-Musikinstrument, auf dem auch Schwerstkranke spielen können.
- Mit 1000 Euro lässt sich eine Matte finanzieren, die Alarmschlägt, sobald ein verwirrter Patient sein Bett verlässt.
- 2000 Euro kostet ein Gerät („Perfusor“), mit dem Schmerzmittel verabreicht werden. Die Krankenkassen bezahlen es nicht.