

## Gemeinsam **stark**

Was im Kampf gegen Krebs  
getan werden kann



**Früherkennung:** Sie kann Leben retten

**Test:** Sicher Auto fahren auch im Alter

**Prothesen:** Gelenkig mit Kopf und Pfanne

# now.

MEDIENAGENTUR



## Zeiten ändern sich. Wir sorgen für frische Ideen.

**NOW-Medien GmbH & Co. KG – zwei Verlagshäuser, eine Agentur.**  
Als Full-Service-Unternehmen der NOZ Medien und der Neuen Westfälischen sind wir  
Ihr Ansprechpartner für Corporate Publishing und moderne Verlagsprodukte.

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es gibt nichts Schöneres als das Leben. Doch leider ist das Leben nicht immer schön. Jeden kann eine schwere Krankheit treffen. Auch der Krebs. Er macht weder vor dem Alter noch vor dem Geschlecht halt. Aber es gibt Hoffnung: Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Überzeugen Sie sich auf den folgenden Seiten selbst.

In unserer zweiten Ausgabe der Gesund+ zeigen wir Ihnen, wie weit fortgeschritten die medizinischen Möglichkeiten zur Behandlung und Heilung von Krebserkrankungen sind. Wir haben mit Annette Rexrodt von Fircks gesprochen, die selbst schwer an Brustkrebs erkrankt war, sich aber nicht unterkriegen ließ und heute, 16 Jahre nach der Diagnose, das Leben mit ihren drei Kindern genießt.

Außerdem haben wir uns mit Medizinern nicht nur über Behandlungen, sondern vor allem auch über die Früherkennung unterhalten. Viele Krebsarten lassen sich durch einen gesunden Lebensstil und regelmäßige Untersuchungen vermeiden. Darum ist es lebenswichtig, die Menschen für das Thema zu sensibilisieren. Das hat sich die Kampagne BIELEFELD GEGEN KREBS, die wir Ihnen in diesem Heft vorstellen, zur Aufgabe gemacht.

Einen weiteren Schwerpunkt haben wir auf die Altersmedizin gelegt. Wussten Sie, dass im Alter die Epilepsie die dritthäufigste Erkrankung ist? Aber genug der Vorworte. Lassen Sie sich von den folgenden Seiten einfach selbst informieren, überraschen und auch unterhalten. Wir wünschen ein schönes Leseerlebnis.

### Ihr Redaktions-Team

Eine Publikation des Ev. Krankenhauses Bielefeld



#### IMPRESSUM

**Herausgeber:** Evangelisches Krankenhaus Bielefeld gGmbH, Kantensiek 11, 33617 Bielefeld, Tel.: 05 21/77 27 00; **Verantwortlich i. S. d. P.:** Dr. Rainer Norden (Vorsitzender Geschäftsführer), Dr. Thomas Krössin (Geschäftsführer), Sandra Gruß (Redaktionsleitung); Dr. Peter Stuckhard (Medizinredaktion); **Konzeption:** NOW-Medien GmbH & Co. KG, Ritterstraße 33, 33602 Bielefeld; **Redaktionsleitung:** Oliver Hofen, Patrick Schlütter; **Redaktion:** Carsten Blumenstein, Lennart Krause, Manuel Bünemann, Cornelia Schulze; **Produktion:** Helena Engelmann, Chin Lhan Bui, Jana Gebing, Claudia Moser, Jan Fredebeul; **Fotos:** EvKB, iStockphoto, Fotolia, Mario Haase, HOCH5, Susanne Freitag, Manuel Bünemann, Sarah Jonek, Veit Mette



**32** Dennis Kuchenbecker hat ausschließlich mit unheilbar kranken Menschen zu tun. Doch das ist dem Krankenpfleger nicht anzumerken. Im Gegenteil. Die Patienten der Palliativstation schätzen sein positive Art!



**08** Annette Rexrodt von Fircks ist eine Frau, die den Brustkrebs besiegt und heute Leidensgenossinnen jede Menge Mut macht.



**40** Gute Fahrt: Ein Test gibt älteren Autofahrern mehr Sicherheit im Straßenverkehr.

**06** Eine Kampagne für die ganze Stadt: BIELEFELD GEGEN KREBS ist gestartet.

**13** Männer aufgepasst: Früherkennung kann bei Prostatakrebs Leben retten!

**20** Hilfreich: Mit modernster Technik können Mediziner Metastasen im Körper aufspüren.

**30** Gemeinsam: Nach einer Krebstherapie geben Selbsthilfegruppen viel Unterstützung.

**38** Im Interview blickt EvKB-Chef Dr. Rainer Norden zuversichtlich in die Zukunft.

**44** Lebensqualität: Prothesen helfen, den Alltag wieder angenehmer zu gestalten.



# Optimal **versorgt**

## Sozialberatung zertifiziert

Der Sozialberatung im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) ist jetzt ihre Qualität von einer externen Firma bestätigt worden.

TEXT Manuel Bünemann // FOTO Mario Haase



### Pflegekurs für Angehörige

Ein Pflegekurs für Angehörige beginnt am 22. November 2014 und findet an drei Samstagen vormittags statt. Anmeldung und Informationen bei Kursleiterin Elisabeth Riese unter Tel.: 0 52 06 - 70 51 56. Einen Gesprächskreis für pflegende Angehörige bietet die Sozialberatung ab dem 18. November 2014 14-täglich mittwochs von 16 bis 18 Uhr im Haus Sarepta an. Anmeldung bei Ulrike Ficker unter Tel.: 05 21 - 77 27 92 53.



**Ausgezeichnet: Die Mitarbeiter der Sozialberatung freuen sich über die Anerkennung.**

Anders als bei Kliniken ist die Zertifizierung der Sozialberatung in einem Krankenhaus eine Seltenheit. Gewinner sind die Patienten und ihre Angehörigen. Ist das Ende eines Krankenhausaufenthalts absehbar, stellt sich die Frage, welche Angebote der Versorgung es für die Zeit nach der Entlassung gibt und wie sie beantragt werden. Die Sozialberatung koordiniert Reha-

maßnahmen, die pflegerische Weiterversorgung zu Hause oder in einer Einrichtung und berät zu rechtlichen und finanziellen Fragen. Ein größeres Gewicht haben diese Fragestellungen dadurch bekommen, dass die Patienten immer älter werden und insbesondere im hohen Alter häufig an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. ► [www.evkb.de/sozialberatung](http://www.evkb.de/sozialberatung)

# Herzlichen **Glückwunsch!**

Examen für 138 Pflegende, Ergotherapeuten und Diätassistenten

138 Schülerinnen und Schüler haben 2014 erfolgreich ihre Examina an den Gesundheitsschulen im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) abgelegt. In den Pflegeberufen, als Ergotherapeuten und Diätassistenten starten sie nun ihre Berufslaufbahn. Die Pflegeschulen stellen die höchste Zahl der Absolventen: Insgesamt 106 Examinierte in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten haben im März, Juli sowie im September ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen. Zwölf Schülerinnen und Schüler

haben ihr Examen mit Erfolg an der Schule für Diätassistenten im Johannesstift abgelegt. Sie werden in Altenheimen, Rehaeinrichtungen und Krankenhäusern fachkundige Ansprechpartner zu allen Fragen der Ernährung sein. Erstmals ist es für die Absolventinnen und Absolventen möglich, im Anschluss an die dreijährige Ausbildung ein verkürztes Bachelor-Studium in Diätetik aufzunehmen. An der Schule für Ergotherapie in Eckardtsheim haben 20 angehende Ergotherapeuten ihr Examen abgelegt. ► [www.gesundheitsschulen.de](http://www.gesundheitsschulen.de)

# Neuigkeiten aus dem **EvKB**

Mitarbeiter bekommen  
Preise und neue Aufgaben.



**Prof. Dr. Randolf Klingebiel** wurde jetzt zum Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie im EvKB berufen. Der Facharzt, 1957 in Hannover geboren, ist für diagnostische Radiologie mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie seit 2010 Professor an der Berliner Charité. Die Neuroradiologie im EvKB wird damit ab dem 1. Dezember 2014 ein eigenständig geführtes Institut.

**Michael Meyer**, Gesundheits- und Krankenpfleger in der Heimbeatmung des Ev. Krankenhauses Bielefeld, hat die Weiterbildung zum Atmungstherapeuten mit Auszeichnung bestanden. Seine abschließende Facharbeit über den Umgang mit dem Luftröhrenschnitt wurde als beste unter 27 Arbeiten bewertet. Dafür erhielt er den Förderpreis über 500 Euro. Die Heimbeatmung des EvKB befindet sich im Krankenhaus Mara.



**Prof. Dr. Heiner Berthold**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie im EvKB, leitet chefärztlich auch die Abteilung für Innere Medizin des Zentrums für Behindertenmedizin im Krankenhaus Mara. Dies geschieht gemeinsam mit dem Leitenden Arzt Dr. Jörg Stockmann. Durch die neue Leitungsstruktur werden das Zentrum für Behindertenmedizin und die Klinik für Innere Medizin und Geriatrie weiter zusammenwachsen.

**Dr. Mark Schildknecht**, Leitender Oberarzt, ist Leiter des neuen zertifizierten Endoprothetik-Zentrums (EPZ) der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im EvKB. Die Einrichtung im Haus Gilead I in Bethel ist die einzige ihrer Art in Bielefeld. Hier wird der Gelenkersatz in Knie und Hüfte nach festgelegten Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie durchgeführt. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 44..



## **Drei** auf einen Streich

EvKB erhält drei Top-Platzierungen auf FOCUS-Klinikliste 2015.

Das Ev. Krankenhaus Bielefeld zählt für die Gesundheitsredaktion des FOCUS zu Deutschlands besten Krankenhäusern 2015 in Nordrhein-Westfalen. In Deutschlands größten Krankenhausvergleich gingen auf Basis einer unabhängigen Erhebung Daten zu Fallzahlen, Behandlungsergebnissen und Komplikationsraten, ausführliche Interviews mit Ärzten, eine große Umfrage in Zusammenarbeit mit medi-

zischen Fachgesellschaften und wissenschaftliche Publikationen in die Bewertung ein. In der Behandlung von Angststörungen sowie von Depressionen erhielt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im EvKB Auszeichnungen als Top-Klinik auf Bundesebene. Sie wurde bereits 2013 als Klinik sowie 2014 für ihre Kompetenzen in der Suchtbehandlung in die FOCUS-Liste der Top-Mediziner aufgenommen.





Da geht es der Pfeife des Alcina-Leinwebers an den Kragen: Neben Dr. Kurt Wolff ist die Kampagne mit folgenden Partnern gestartet: Goldbeck, Initiative Bielefelder Hausärzte, Palliativnetz Bielefeld e. V., Ev. Krankenhaus Bielefeld.

# Bielefeld gegen **Krebs**

## Start der stadtweiten Aufklärungskampagne

Die Zahl der Menschen, die erstmals an Krebs erkranken, steigt. Für das Überleben sind Wissen und frühzeitiges Handeln besonders wichtig. Das Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) hat daher eine Aufklärungskampagne zum Thema initiiert.





Hier fing alles an: Am Alten Markt in Bielefeld erfolgte der Startschuss für das Projekt.

Nach wie vor gilt: Je früher eine Krebserkrankung erkannt wird, desto besser ist die Chance auf Heilung. Und da das Wissen über Risikofaktoren, Früherkennung und die Erkrankung selbst die Grundlage für frühzeitiges Handeln ist, lässt die Aufklärungskampagne BIELEFELD GEGEN KREBS die Bielefelder Bürger durch nachhaltiges Wissen profitieren. Startschuss war der Krebsinformationstag im Theater am Alten Markt im Herbst. In Vorträgen, Workshops, einem Medizin-Talk und einem Infoforum gaben Ärzte aus dem fachübergreifenden Tumorzentrum im EvKB, Sozialberater, Psychoonkologen, Ernährungsberater, Physiotherapeuten und Angehörige von Selbsthilfegruppen einen ganzen Tag lang umfassendes Wissen an die Besucher weiter (siehe Seite 12).

#### **BIELEFELD GEGEN KREBS**

fördert außerdem die Zusammenarbeit mit Bielefelder Firmen. Auch hier ist die Aufklärung das erklärte Ziel. Wie die Kooperation funktioniert? Ganz einfach. Durch Aufklärung vor Ort: Die Ärzte des EvKB besuchen die Unternehmen. Gemeinsam werden firmeninterne Infoveranstaltungen und Gesundheitsaktionen organisiert, um die Mitarbeitenden für bösartige Erkrankungen zu sensibilisieren. Ziel ist es, durch dieses vielfältige Spezialwissen die Chancen zu verbessern, langfristig gesund zu bleiben. Auch ärztliche Zweitmeinungen für erkrankte Mitarbeitende sind Teil der Partnerschaft.

#### **Rauchen? Nein danke!**

Als eine ganz eigene Zielgruppe fasst BIELEFELD GEGEN KREBS die Raucher ins Auge. Denn sie haben eine zehn Mal höhere Wahr-

“

Raucher haben ein zehn Mal höheres Lungenkrebsrisiko.”

scheinlichkeit, an Lungenkrebs zu erkranken, als Nichtraucher. Die meisten Raucher beginnen mit dem Tabakkonsum bereits vor ihrem 16. Lebensjahr. Die Kampagne kommt deshalb mit dem Projekt „Rauchen? Nein danke!“ an Bielefelder Schulen und setzt bereits bei Schülerinnen und Schülern der 5. und 6. Klassen an. Onkologen, Lungenfachärzte und Chirurgen klären sie über das Rauchen und vor allem die Schädigung des Körpers durch den blauen Dunst auf. Anfang 2015 startet das Projekt, das von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet wird.

#### **Logo mit Bezug zur Leineweberstadt**

Für das Logo der Kampagne wurde die Form des Leinwebers so stilisiert, dass sie an die rosa Brustkrebs-Schleife erinnert. Außerdem ist der Pfeifenfreund für BIELEFELD GEGEN KREBS zum Nichtraucher geworden.



ist eine gemeinsame  
Kampagne von:



#### **Immer mehr Ersterkrankungen**

Ein Viertel aller Todesfälle geht in Deutschland auf Krebs zurück.

In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der Neuerkrankungen bei Männern um 21 Prozent und bei Frauen um 14 Prozent gestiegen. Etwa 500.000 Menschen erkranken in Deutschland pro Jahr neu an Krebs – und die Tendenz steigt weiter aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung.

Haben Sie Interesse an  
BIELEFELD GEGEN  
KREBS?

Bitte nehmen Sie Kontakt zu uns auf: E-Mail: [bielefeld-gegen-krebs@evkb.de](mailto:bielefeld-gegen-krebs@evkb.de)

► [www.bielefeld-gegen-krebs.de](http://www.bielefeld-gegen-krebs.de)



Die größte Belohnung: Annette Rexrodt von Fircks durfte miterleben, wie ihre Kinder aufwachsen.

## Zurück im **Leben**

Hoffnungslosigkeit ist der schlechteste Ratgeber

Annette Rexrodt von Fircks steht mitten im Leben, als Ärzte bei ihr Brustkrebs diagnostizieren. Ihre Überlebenschance lag bei 15 Prozent.

Das ist jetzt mehr als 16 Jahre her.



Das Leben ist schön für Annette Rexrodt von Fircks. Mit 35 Jahren hat die Powerfrau schon einiges erreicht. Sie ist Mutter von drei Kindern und arbeitet sehr erfolgreich als Dolmetscherin. Mit ihrem Mann genießt sie das Leben und ist gespannt, welche Abenteuer in den kommenden Jahrzehnten auf sie und ihre Familie warten. Sorgen hat Rexrodt von Fircks zu diesem Zeitpunkt eigentlich keine. Bis zu diesem verdammten Tag im Jahr 1998. Bis zu dieser verdammten Diagnose, die der Arzt eines Essener Klinikums, selbst völlig schockiert, stellen muss: Brustkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Aus dem Nichts ändert sich das Leben von Annette Rexrodt von Fircks. Wenn denn überhaupt von Leben zu sprechen war. „Die Ärzte gaben mir eine Prognose. Meine Überlebenschance liege gerade einmal bei 15 Prozent. Man gab mir noch rund fünf Monate zu leben“, sagt Rexrodt von Fircks. Der Familie reißt es den Boden unter den Füßen weg. Wie soll es nur weitergehen? Sollte dieser verdammte Tag im Jahr 1998 wirklich der Anfang vom viel zu raschen Ende sein?

Zeit, um über diese existenziellste aller Fragen nachzudenken, bleibt der damals 35-Jährigen nicht. Zum Glück. „Am Anfang musste ich einfach nur funktionieren“, sagt Rexrodt von Fircks. Es steht nicht gut um sie. Der Krebs hat bereits gestreut und greift überall im Körper die Zellen an. Aufgeben ist aber keine Alternative. Zwei innige Wünsche lassen Mut und Hoffnung in Rexrodt von Fircks am Leben. Zum einen das schöne Leben selbst. Gerade erst hatte sie einen neuen Job bei einer amerikanischen Firma angenommen, der ihr unglaublich Spaß macht. Doch Job und Geld sind zweitrangig. Den größten Willen schöpft Rexrodt von Fircks aus dem Wunsch, ihre drei Kinder aufwachsen zu sehen. Die beiden Söhne und die Tochter sind erst sieben, fünf und drei Jahre alt. An all den schönen, traurigen und lustigen Erlebnissen ihres Lebens will Rexrodt von Fircks teilnehmen. Egal also, was die Ärzte sagen, sie macht sich einfach selbst Mut. Kurz nach Bekanntwerden der Diagnose beginnt die Chemotherapie, während der die junge Mutter im Krankenhaus bleiben muss. „In meinem Zimmer habe ich mir vorgestellt, dass 15 Menschen in dem Raum stehen würden. Es wäre kein Platz mehr gewesen. Und dann habe ich mir gedacht: Wieso soll ich keine der 15 von 100 sein, die überleben?“

Doch so positiv, so optimistisch, fast schon locker ist Rexrodt von Fircks natürlich nicht immer. Besonders zu Beginn der anstrengenden Chemotherapie legen sich düstere Wolken auf das Gemüt der dreifachen Mutter. „Da gab es auch viele Tränen. Im Krankenhaus habe ich tagelang ohne Pause geweint.“ In diesen Tagen erkennt die 35-Jährige, wie wichtig Familie und

“

Und dann habe ich mir gedacht: Wieso soll ich denn keine der 15 von 100 sein, die überleben?“

*Annette Rexrodt von Fircks*

Freunde sind. Durch Besuche geben sie ihr viel Kraft. „Ich wollte oft gar keine aufmunternden Worte! Es wusste doch niemand, ob ich wieder gesund werde oder nicht. Aber es hilft unglaublich, wenn Menschen einfach nur da sind“, sagt Rexrodt von Fircks.

Auf die Liebe und Unterstützung ihrer Angehörigen kann sie sich stets verlassen. Mit dieser Sicherheit im Rücken entwickelt sie immer neue Methoden, um mit der schwierigen Situation zurechtzukommen. Zunächst liest sie so viel über ihre Krankheit wie möglich. Mit der Zeit beginnt sie zu verstehen, was in ihrem Körper passiert.

Statt aber nur im Krankenhausbett zu liegen, liest Rexrodt von Fircks immer mehr Bücher.



**Gezeichnet von der Therapie:**  
Annette Rexrodt von Fircks  
verlor während der Chemo-  
und Strahlentherapie ihre  
Haare. Doch auch davon ließ  
sie sich nicht unterkriegen.



**Wieder aktiv: Sport ist eine wichtige Größe im Leben von Annette Rexrodt von Fircks geworden.**



## Bücher, die Mut machen

Die Bücher von Annette Rexrodt von Fircks geben besonders jungen Müttern, die an Brustkrebs erkrankt sind, neuen Mut, Kraft und jede Menge Hoffnung. Zwischen 2001 und 2013 sind insgesamt fünf Titel im Ullstein-, Rowohlt- und im Mosaik-Verlag erschienen. Ihr Erstlingswerk trägt den Titel: „... und flüstere mir vom Leben“. Es folgten: „... und tanze durch die Tränen“, „Ich brauche euch zum Leben“, „Dem Krebs davonleben“ und als bisher letztes „Im Mittelpunkt Leben“.

Nicht nur medizinische Literatur, sondern auch Bücher über den Geist. So schafft sie es, einen Ausgleich zu ihrer stetigen Begleiterin, der Angst vor dem Tod, zu schaffen. Ganz bewusst beginnt Rexrodt von Fircks positiv zu denken. „Ich habe sogar angefangen, die Chemotherapie als einen Freund zu sehen.“ Statt sich vor dem Kampf gegen die Strahlen zu fürchten, fängt sie an, mit ihrem Körper zu sprechen und ihn positiv zu beeinflussen. „Wenn man andauernd Angst hat, kostet das einfach unglaublich Energie. Und die konnte mein Körper wirklich sinnvoller als für die Furcht einsetzen.“

Mit dieser antrainierten Selbstbestärkung übersteht Rexrodt von Fircks die ersten Therapien. Und auch das Tumorzentrum in Essen. Vor dem damals trist grauen Bau, der mit jedem Waschbetonklotz deprimierende Trostlosigkeit ausstrahlte, hatte sie sich besonders gefürchtet. Aber auch diese Hürde meistert sie. Wie all die anderen Schicksalsschläge. Während der Behandlung verliert Rexrodt von Fircks beide Brüste.

Doch nicht nur aus medizinischer und gesundheitlicher Sicht sind es schwere Zeiten. Auch zu Hause ist es nicht einfach für die Familie. Natürlich wollen die Kinder wissen, warum ihre Mutter so oft und lange im Krankenhaus ist. „Der richtige Umgang mit den Kindern ist so unheimlich schwer“, sagt Rexrodt von Fircks. Wie viel über ihre Krankheit und ihren Zustand soll sie erzählen? Und vor allem wie? Mit einem Siebenjährigen redet man schließlich anders als mit einer Dreijährigen. „Und vor allem will man seinen Kindern doch auch ihre Kindheit lassen und sie nicht mit der permanenten Angst um ihre Mutter belasten.“

Doch allmählich ändert sich wieder alles. Statt dem Tod nähert sich Annette Rexrodt von Fircks immer mehr dem echten Leben an. Einem Leben, das sie schon zu Behandlungszeiten viel intensiver zu leben gelernt hat. „Ich bin auch mal aus dem Krankenhaus ausgebüxt und habe mit einer Freundin ein Glas Wein getrunken oder ein Eis gegessen.“ Was damals, Ende der 90er Jahre, eine absolute Ausnahme war, ist heute

“

Mir geht es sehr gut! Jetzt möchte ich auch meine Enkel aufwachsen sehen.”

*Annette Rexrodt von Fircks*

wieder herrliche Normalität im Leben von Annette Rexrodt von Fircks geworden. Die Behandlungen, gepaart mit dem Mut, der Hoffnung und dem unerschütterlichen Wesen der heute 53-Jährigen, schlägt besser an, als selbst die Ärzte gedacht hätten. Nach all den chirurgischen Eingriffen, der Chemotherapie und der Strahlentherapie tankt ihr Körper immer mehr Kraft. Sie beginnt wieder ihr Leben zu leben. Dieses schöne Leben. Dieses Leben mit drei gesunden Kindern und einem liebenden Ehemann.

Vergessen oder verdrängen wird Annette Rexrodt von Fircks ihre Krankheit aber nie. Nicht deshalb, weil sie noch regelmäßig zu Vorsorge- und Routineuntersuchungen geht. Nein. Sie will die schwere Zeit überhaupt nicht vergessen. Dank ihrer Erinnerungen kann sie heute anderen Frauen helfen, die einen ähnlichen Schicksalsschlag erleiden mussten. Um ihnen Mut zu machen, begann Rexrodt von Fircks Bücher zu schreiben. Mit Erfolg. Ihre Geschichte gibt denen Mut und Hoffnung, die sie am meisten

brauchen: jungen Müttern, die an Brustkrebs erkrankt sind. Deren Familien auch nicht wissen, wie sie die Situation meistern sollen. Und damit nicht genug. 2005 gründete die dreifache Mutter die „Rexrodt von Fircks Stiftung für Krebskranke Mütter und ihre Kinder“. Dank Spenden kann die Stiftung Familien deutschlandweit helfen.

In ihrer Arbeit geht Rexrodt von Fircks auf. Heute steht sie mit beiden Beinen mitten im Leben. Geheilt im medizinischen Sinne wird sie zwar nie sein, aber „nach so einer Erkrankung wird nie von Heilung gesprochen, schließlich sind noch Krebszellen in meinem Körper. Aber mit denen kann ich sehr alt werden. Und was bedeutet Heilung denn auch genau?“ Völlig egal, das Einzige, was zählt, ist: „Mir geht es sehr gut.“ Auch heute noch, 16 Jahre nach diesem verdammten Tag, an dem die Ärzte die schreckliche Diagnose stellten. Und Annette Rexrodt von Fircks wäre nicht sie selbst, wenn sie sich nicht schon wieder neue Ziele gesetzt hätte. „Jetzt möchte ich auch meine Enkel aufwachsen sehen.“



### Mit eigener Stiftung im Einsatz

Nach Veröffentlichung ihrer ersten Bücher bekam Annette Rexrodt von Fircks viel Post von Betroffenen. Sie nahm Anteil an den Schicksalen und wollte helfen.

Darum gründete sie die Rexrodt von Fircks Stiftung. Mit Erfolg. So gibt es etwa das Projekt „Gemeinsam gesund werden“. Es bietet an Brustkrebs erkrankten Müttern und ihren

Kindern im Anschluss an die Ersttherapie eine innovative ganzheitliche Rehabilitationsmaßnahme. Die Stiftung ist auf Spenden angewiesen.

► [www.rvst.de](http://www.rvst.de)



**Powerfrau: Trotz aller Arbeit hat Annette Rexrodt von Fircks gelernt, sich Pausen zu nehmen.**



# Bereit zum **Start**

## Info-Tag zum Thema Krebs

Wissen vermitteln und Hilfestellungen geben – dafür hat das Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) die Aufklärungskampagne **BIELEFELD GEGEN KREBS** ins Leben gerufen.

TEXT Manuel Bünemann // FOTO Mario Haase



**Prof. Dr. Alexander Katalinic, Priv.-Doz. Dr. Dominique Finas, Prof. Dr. Jesco Pfitzenmaier, Günter Garbrecht (MDL), Prof. Dr. Florian Weißinger, Dr. Rainer Norden, Vorsitzender Geschäftsführer des EvKB, beim Krebs-Informationstag im Theater am Alten Markt (v. l.).**



### Programm

Vorträge vermittelten sowohl Wissen zu speziellen Krebserkrankungen wie auch zu übergeordneten Themen.

Im Medizin-Talk diskutierten Betroffene und Ärzte darüber, was die Diagnose Krebs für das eigene Leben und das der Familie bedeutet.

Das TAM bot ein hervorragendes Ambiente an zentraler Stelle für den Startschuss der KAMPAGNE BIELEFELD GEGEN KREBS.

► [www.bielefeld-gegen-krebs.de](http://www.bielefeld-gegen-krebs.de)

200 Betroffene, Angehörige und Interessierte haben sich im Theater am Alten Markt umfassend über die Erkrankung Krebs informiert. Und damit wurde das wichtigste Ziel erreicht: so vielen Menschen wie möglich nachhaltiges Wissen zum Thema zu vermitteln und für die Erkrankung zu sensibilisieren.

Das Programm des Krebs-Infotags war vielseitig: Vorträge und Workshops gingen auf Brust-, Prostata-, Lungen-, Darm-, Blut- sowie Lymphknotenkrebs und damit die häufigsten Formen der Krebserkrankung ein. Zusätzlich stellten Sozialberater, Psychoonkologen, Ernährungsberater, Physiotherapeuten und Selbsthilfegruppen ergänzende Therapiemethoden vor. Das größte Interesse fanden die Vorträge über Diagnostik und Therapie des Brustkrebses sowie über die Krebsfrüherkennung.

Im Medizin-Talk diskutierten Betroffene und Ärzte darüber, was die Diagnose Krebs für das

eigene Leben und das der Familie bedeutet. Ärzte stellten dabei Behandlungskonzepte vor, die den ganzen Menschen in den Fokus nehmen und nicht die Krankheit allein. Betroffene wie die Buchautorin Annette Rexrodt von Fircks (siehe Seite 8) und Wolfhard Frost, Vorsitzender der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Bielefeld (siehe Seite 26), berichteten über ihre Erfahrungen im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Dass der Krebs eine immer größere Bedeutung für die Gesellschaft einnimmt, machte Politiker Günter Garbrecht deutlich. Der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW besuchte den Krebs-Infotag und stellte das Engagement des EvKB bei der Information der Bevölkerung mit der neuen Kampagne heraus (siehe Seite 6/7).

Die Besucher hatten bei der Veranstaltung Gelegenheit, sich mit den zahlreichen Facetten des Themas auseinanderzusetzen.

# Männersache Prostata

## Jesco Pfitzenmaier zur Früherkennung

Der Krebs der Vorsteherdrüse ist die dritthäufigste tödliche Krebserkrankung. Früh erkannt ist sie häufig heilbar.

TEXT Peter Stuckhard

Zwar spürt Mann die Krankheit im Anfangsstadium nicht. Die Ärzte können sie dennoch früh erkennen und dann einen Behandlungsplan entwickeln. Peter Stuckhard sprach mit dem Urologen Prof. Dr. Jesco Pfitzenmaier über Männerängste, Untersuchungsmethoden und neue Behandlungsschemata.

*Höchstens 20 Prozent aller Männer nutzen das Angebot der Krankenkassen, sich auf Anzeichen von Prostatakrebs untersuchen zu lassen. Haben Sie dafür eine Erklärung?*

**Pfitzenmaier:** Da gibt es sicher viele Erklärungen. Eine mag damit zusammenhängen, dass die Prostata zur Identität des Mannes beiträgt. Deshalb wollen manche Männer gar nicht wissen, ob sie womöglich von der Krankheit betroffen sind. Sie denken, sollte das der Fall sein, könne das Ergebnis der Früherkennung nur lauten: „Ich habe Krebs und bin impotent.“ Das ist natürlich Humbug. In rund 60 Prozent aller Fälle besteht die Behandlung aus der, wie wir es nennen, „aktiven Überwachung“ des Patienten.

*Ab 45 ist die digitale rektale Untersuchung eine Kassenleistung. Was passiert da?*

**Pfitzenmaier:** Der Arzt tastet mit seinem Finger – digitus – durch den Darm – rektal – die Prostata ab. Er prüft ihre Größe, Form und Konsistenz und achtet dabei auf verdächtige Knoten und Verhärtungen.

*Die Untersuchung wird als Früherkennung oder gar Krebsvorsorge gehandelt. Zu Recht?*

**Pfitzenmaier:** Eine Vorsorgemaßnahme in dem Sinne, dass sie Krebs verhindern könnte, ist sie nicht. Als eine Maßnahme der Früherkennung gibt sie dem Arzt Hinweise auf das mögliche Vorliegen eines Prostatakrebses. Man muss aber sagen: In 40 bis 70 Prozent der Fälle, in denen der Krebs auf diese Weise ge-

funden wird, kommen wir zu spät. Der Tumor hat die Kapsel überschritten oder sogar schon Metastasen gestreut. Den Sinn der Früherkennung, den Krebs möglichst früh zu finden, erfüllt diese Untersuchung nicht. Deshalb empfehlen wir zusätzlich einen Bluttest, der die Menge eines bestimmten Eiweißstoffes, der nur in der Prostata produziert wird, anzeigt.

*Dieser PSA-Test wird oft kritisiert. Warum?*

**Pfitzenmaier:** Zum Anstieg des PSA-Wertes können außer dem Krebs verschiedene Umstände und Erkrankungen beitragen. Das kann vom Fahrradfahren kurz vor dem Test über Infektionen der Harnwege und Entzündungen der Prostata bis zur gutartigen Vergrößerung der Prostata reichen, die bei älteren Männern recht häufig ist. Eine Reihenuntersuchung wie zum Beispiel beim Brustkrebs-Screening der Frau wird als Überdiagnostik bewertet. Der Mann muss also über die Möglichkeiten und Probleme des Tests genau informiert und über seine möglichen Konsequenzen aufgeklärt werden: Er kann ja tatsächlich Krebs haben und wollte das lieber nicht wissen.

*Bei welchen Werten wird der Arzt eine weitere Abklärung empfehlen?*

**Pfitzenmaier:** Es ist eine Frage des Einzelfalls. Der PSA-Test ist wie eine Alarmanlage: Geht sie los, können Einbrecher im Haus sein, es kann aber auch ein Fehllarm sein. Der Arzt wird mit seinem Patienten die Werte des PSA-Tests immer individuell, zum Beispiel bezogen auf sein Lebensalter, bewerten, ihn zum Beispiel nach einer gewissen Zeit wiederholen. Allgemein gesagt: Liegt er bei über vier Nanogramm pro Milliliter oder steigt er innerhalb eines Jahres um 0,75 Nanogramm an, empfehlen wir weitere Untersuchungen mit Ultraschall. Wir brauchen aber auch eine Gewebeprobe.

Prof. Dr. Jesco Pfitzenmaier



### Wachrüttler für den Stammtisch

Männer mit Prostatakrebs sollten, so Prof. Dr. Pfitzenmaier, im Freundeskreis „ruhig mal über ihre Krankheit sprechen. Die Erfahrung der 50-plus-Jährigen „Das ist ja einer von uns und der hat es schon“ wirkt wie ein Wachrüttler. Mann sagt sich dann eher: „Vielleicht sollte ich mal nachschauen lassen.“

► [www.bielefeld.de/urologie](http://www.bielefeld.de/urologie)

**Routinebehandlung: Eine Koloskopie ist keine große Sache, aber sie kann Leben retten.**

# Tückischer **Gegner**

## Darmkrebsvorsorge ist Pflicht

In der Rangliste der tödlichen Krebserkrankungen steht Darmkrebs in Deutschland an Platz zwei. Dabei ist er, rechtzeitig erkannt, sehr gut zu behandeln.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Veit Mette

Drei Tatsachen zum Thema Darmkrebs. Die erste: Bösartige Tumore im Darm stehen in Deutschland in der Rangliste der tödlichen Krebserkrankungen an zweiter Stelle. Die zweite: Darmkrebs ist tückisch. Wenn er Beschwerden macht, ist er meist schon so weit fortgeschritten, dass die Heilung schwierig oder gar unmöglich ist. Die dritte: Wird Darmkrebs frühzeitig erkannt, ist er zu fast 100 Prozent heilbar. Deshalb sind, so Prof. Dr. Martin Krüger, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB), Früherkennung und Vorsorge das Beste, was man tun kann, um ihn gar nicht erst zu bekommen. Sein Appell: „Gehen Sie zur Früherkennung und Vorsorge, auch wenn Sie keinerlei Beschwerden haben!“

Die Häufigkeit von Darmkrebs nimmt mit fortschreitendem Alter zu. Die am weitesten verbreiteten Risiken für die Krankheit dürften Übergewicht, Ernährungsfehler und das Alter ab 50 sein. Doch auch jüngere, ja sogar sehr junge Menschen können an Darmkrebs erkranken, wenn sie ein besonderes Risiko tragen. Daher ist es gerade für sie wichtig, sich einmal über ihr



persönliches Risikoprofil Klarheit zu verschaffen.

Dabei ist zu beachten, dass bei etwa einem Drittel aller Fälle von Darmkrebs offenbar Erbfaktoren zur Krankheit beitragen. Die Ärzte nennen diesen rein statistischen Risikofaktor „familiäre Häufung“. Bei etwa 5 bis 10 Prozent der Erkrankungen kann eine einzelne krankheitsverursachende Veränderung (Mutation) nachgewiesen werden, die innerhalb einer Familie von Generation zu Generation weitergegeben werden kann.

“

**Auch ohne Beschwerden zur Vorsorge gehen.”**

*Prof. Dr. Martin Krüger*





## Der Goldstandard der Früherkennung und Vorsorge.”

*Prof. Dr. Martin Krüger*

chronisch entzündet ist, unterliegen nach langer Laufzeit der Erkrankung besonderen Risiken, die engmaschige endoskopische Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge notwendig machen. Den Risikofaktor „Alter“ hat die gesetzliche Krankenversicherung schon seit längerer Zeit in ihren Früherkennungsprogrammen berücksichtigt. Ab 50 sollten Kassenpatienten deshalb unbedingt die Chance nutzen, bei ihrem Hausarzt eine Darmkrebsberatung und den Test auf verborgenes Blut im Stuhl in Anspruch zu nehmen. Beides ist eine Kassenleistung. Interessante Entwicklungen werden auf dem Gebiet neuer Darmkrebsmarker erwartet. Gegenwärtig werden diese Verfahren noch nicht empfohlen und daher die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen.

Ab dem Alter von 55 kann jeder Versicherte dann eine Darmspiegelung, diesen, so Prof. Krüger, „Goldstandard der Früherkennung und Vorsorge“, als Kassenleistung in Anspruch nehmen: Bei diesem Verfahren – in der Klinik immer mit einem Team aus erfahrenem Facharzt, Endoskopie-Assistenzpersonal bzw. Sedierungskraft – führt der Arzt ein flexibles Endoskop, einen Schlauch mit einer Kamera an der Spitze, in den Dickdarm ein. Bei guter Vorbereitung sind alle Details der Darmwand in brillanter Qualität zu erkennen. Zeigen sich entsprechende Veränderungen, wird die Früherkennung zur Vorsorge: Der Arzt kann sogenannte Polypen, die als Vorstufe des Darmkrebses gelten, sofort in einem Arbeitsgang mit entsprechendem Instrumentarium durch den Endoskop-Kanal schonend entfernen. In Abhängigkeit vom feingeweblichen Befund, der Zahl der Polypen und anderer Faktoren ist dann eine Wiederholung der Untersuchung nach drei oder fünf Jahren notwendig. Sind keine Polypen im Darm, wird die nächste Vorsorgeuntersuchung nach Ablauf von 10 Jahren empfohlen.

Männer schlagen mit der Koloskopie übrigens gleich zwei Fliegen mit einer Klappe: Vor dem Einführen des Endoskops tastet der Arzt auch die Prostata ab und prüft sie auf krankhafte Veränderungen. „Dies“, so Krüger, „ersetzt aber nicht den erfahrenen Finger des Urologen.“

► [www.evkb.de/gastroenterologie](http://www.evkb.de/gastroenterologie)



In beiden Fällen gilt, und das ist das besonders Tückische, dass die Krankheit sich entwickelt, lange bevor man als jüngerer Mensch überhaupt einen Gedanken an Krebs verschwendet. „Deshalb“, rät Prof. Krüger, „sollte man sich vom Arzt beraten lassen, wenn in der eigenen Familie Fälle von Darmkrebs gehäuft oder in jungen Jahren festgestellt wurden.“ Der Arzt wird zunächst mit Hilfe gezielter Fragen das familiäre Risiko ermitteln und im Zweifel zu einem Facharzt für Humangenetik überweisen, um das individuelle Risiko seines Patienten zu bestimmen. Prof. Krüger: „Bei entsprechender Risikokonstellation kann sich sogar die Notwendigkeit einer jährlichen Darmspiegelung ergeben.“

Auch Patienten, die unter einem Diabetes Typ 2 leiden, haben ein etwa dreifach höheres Risiko für Darmkrebs. Natürlich können sich Risiken zusätzlich addieren. Zum Beispiel dann, wenn Diabetiker auch noch eine familiäre ererbte Belastung mitbringen.

Auch Menschen, deren Dickdarm im Rahmen einer Colitis ulcerosa oder eines Morbus Crohn



### Vorbeugung beginnt beim Essen

Der Darmkrebs ist der zweithäufigste bösartige Tumor in Deutschland.

Die Vorsorge und die modernen Therapiemöglichkeiten stellt das EvKB in einem Patientenforum vor.

Titel der Veranstaltung: „Darmkrebs -- aktuelle Therapie und Vorsorge“. Im Hörsaal der 7.

Etage des Johannesstifts beginnt das einstündige Patientenforum am Mittwoch, 4. Februar 2015 um 17.30 Uhr. Die Teilnahme ist kostenlos.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

# „Wir finden die kleinen Tumore“

## Behandlung im Frühstadium verbessert Heilungschancen

An Brustkrebs sterben in Deutschland mehr Frauen als an jeder anderen Krebserkrankung. Seit 2002 gibt es ein Programm zur Früherkennung.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Veit Mette



**Wissen ist wichtig: Privatdozent Dr. Dominique Finas legt viel Wert darauf, seine Patientinnen umfassend zu informieren und sie von der Früherkennung zu überzeugen.**

Politisch wurde die Bekämpfung der Krankheit Ende der 1990er Jahre zunehmend diskutiert, bis der Deutsche Bundestag im Januar 2002 beschloss, ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening für alle Frauen zwischen 50 und 69 einzuführen.

Damit hatte, was Privatdozent Dr. Dominique Finas in der Rückschau als „unstrukturiertes Screening bezeichnet“, ein Ende.

Für den Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) ist die seitdem eingeführte Reihenuntersuchung, die mit modernen, strahlungsarmen Geräten zur Bildgebung und qualifizierten Befundern arbeitet, ein von hoher Qualität gekennzeichnetes Verfahren.

Alle zwei Jahre werden Frauen der oben genannten Altersgruppe zur Untersuchung ihrer Brust eingeladen. Die Vorteile der freiwilligen Teilnahme und der Kombination von Mammografie mit dem Brust-Ultraschall liegen darin, dass ein Brustkrebs früher erkannt werden kann als bei Frauen, die nicht teilnehmen. Dominique Finas: „Wir finden die kleinen Tumore. Dadurch kann ein Teil der Frauen vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt werden.“ Außerdem können die

Ärzte sie oft schonender, zum Beispiel durch eine brusterhaltende Operation, behandeln. Andererseits können verdächtige Befunde Beruhigung und Angst auslösen. Stellt sich heraus, dass der Verdacht unbegründet war, waren die Sorgen unnötig, eine Gewebeentnahme war dann aber ein klärender Eingriff.

Mit den modernen Geräten entdecken die Ärztinnen und Ärzte nicht nur die bösartigen Tumore, die sich bereits in das umliegende Gewebe ausgedehnt und es infiltriert haben, sondern auch Krebsvorstufen, die sich in den Milchgängen oder Drüsenläppchen der Brust entwickeln und als DCIS oder LCIS bezeichnet werden. Sie haben die Trennschicht zum umliegenden Gewebe nicht durchbrochen und bilden auch keine Metastasen. „Wir wissen“, sagt Dominique Finas, „dass daraus Krebs entstehen kann, und nehmen den Anteil heraus, der suspekt erscheint. Auf keinen Fall entfernen wir aber ohne sichere Diagnose die ganze Brust. Ist ein Tumor größer, können wir die Brust durch Eigen- und Fremdgewebe auf Wunsch wieder aufbauen.“

Wenn in Familien mehrere Frauen, womöglich vor ihrem 50. Lebensjahr, an Brustkrebs erkranken oder erkrankt waren, könnte eine Belastung im Erbgut vorliegen, die das Risiko für Trägerinnen der Gene – populäres Beispiel: Angelina Jolie – vielfach erhöht. Finas: „Junge Frauen mit einem solchen familiären Risiko sollten sich vom Arzt beraten lassen und sich an eines von deutschlandweit 15 spezialisierten Zentren wenden.“

Für alle anderen Frauen unter 50, die noch nicht am Screening teilnehmen, übernimmt ab 30 die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für eine jährliche Tastuntersuchung der Brust durch den Frauenarzt. Der weist sie gleichzeitig in die richtige Technik der Selbstuntersuchung ein. Der Vorteil: Frauen, die ihre Brust regelmäßig selbst abtasten, lernen ihren Körper kennen und nehmen Veränderungen wahr.



**Durch die regelmäßige Selbstuntersuchung lernt eine Frau ihren Körper kennen.**

► [www.evkb.de/gynaekologie](http://www.evkb.de/gynaekologie)

# Auf schmalem Grat

## Individuelles Risiko bestimmt Diagnostik

Manchmal sind Risiken für Lungenkrebs lange vergessen. Doch wer mit Asbest gearbeitet hat, muss auf sich aufpassen.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Susanne Freitag

Lungenkrebs gehört in Deutschland zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen. 2008 erkrankten nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts ca. 34.000 Männer – Tendenz fallend – und 15.600 Frauen – Tendenz steigend. Rund 40.000 Menschen pro Jahr sterben daran. Heilungschancen gibt es nur im Frühstadium. Da es keine etablierte Reihenuntersuchung wie beim Brustkrebs gibt, heißt es für alle, die ein Risiko tragen, auf sich aufzupassen. Und wer trägt ein Risiko? Patienten stellt Privatdozent Dr. Christian Ole Feddersen dazu zwei Fragen: „Welcher Arbeit sind Sie nachgegangen?“ und „Wie viel rauchen Sie?“

Bei der ersten Frage hat der Chef der Klinik für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) im Hinterkopf, dass jeder zehnte Fall von Lungenkrebs auf Asbest zurückzuführen ist. Asbest? Die Vorlaufzeit bis zum Ausbruch der Krankheit kann 30 Jahre umfassen. Die zweite Frage stellt Feddersen bewusst etwas provokant. „Die Nichtraucher weisen jeden Verdacht meist empört von sich und die Raucher kommen eher mit der Wahrheit heraus, was die Menge der täglichen Glimmstängel betrifft“, weiß der Arzt. Die persönliche Geschichte spielt für Feddersen und seine Kollegen – und dazu zählt er vor allem auch die Hausärzte, die ihre Patienten und deren Geschichte kennen – sogar die entscheidende Rolle bei der Diagnostik.

“

CT ist die einzige Form der Frühdiagnostik.“

*Priv.-Doz. Dr. Christian Ole Feddersen*

Für die Früherkennung gibt es noch keine Untersuchung für die breite Anwendung bei symptomlosen Gesunden wie zum Beispiel beim Mammografie-Screening. Viele Untersuchungsmethoden, wie die Röntgenaufnahme der Lunge, sind zu ungenau. Tumore, die kleiner als ein Zentimeter sind, werden nicht erfasst, weshalb der Anteil nicht erkannter bösartiger Lungentumore zu hoch ist. Auch andere Verfahren wie die Untersuchung von Zellen in ausgehustetem Bronchialsekret oder Tumormarker eignen sich nicht für die Screening-Diagnostik.

Deshalb legt Feddersen so viel Gewicht auf die Krankengeschichte. Mit dem Patienten wägt er ab, ob eine Untersuchung sinnvoll ist, angesichts des Risikos, das mit der bisher einzigen Erfolg versprechenden Frühdiagnostik verbunden ist: der Computertomografie (CT). Damit kann zwar der Krebs in einem Stadium gefunden werden, in dem eine Operation möglich und sinnvoll ist. Es gibt, so berichtet er, eine große amerikanische Studie, die gezeigt hat, dass mit der strahlungsärmeren CT (Low-Dose-CT) mehr Lungenkrebs entdeckt werden konnte als mit einer einfachen Röntgenaufnahme. Die amerikanischen Forscher schätzen, dass mit regelmäßigen CT die Zahl der Lungenkrebstoten in einer Hochrisikogruppe um ein Fünftel gesenkt werden könnte. Auch beim Low-Dose-CT bleibt, dass die lebenslange Strahlenbelastung für die Betroffenen steigt. Dennoch wird die Methode, so schätzt Feddersen, am ehesten Eingang in eine mögliche Reihenuntersuchung finden.

Feddersen: „Wenn sich der Charakter des Raucherhustens verändert oder wenn jemand überhaupt wochenlang Husten hat, sollte er zum Arzt gehen. Wer sich abgeschlagen fühlt und zusätzlich unter Lungenschmerzen, Fieberschüben oder Atemnot leidet, sollte den Arztbesuch keinesfalls aufschieben.“ Denn Patienten können sicher sein: Am EvKB werden alle modernen Methoden der Diagnostik eingesetzt, um zu helfen.



Privatdozent Dr. Christian Ole Feddersen  
▶ [www.evkb.de/pneumologie](http://www.evkb.de/pneumologie)



Schon ganz kleine Kinder können an einer Leukämie erkranken.



# Therapien bis ins **Mark**

## Heilung bei Leukämien und Lymphomen

Nicht nur unsere Organe, sondern auch das Blut und das Lymphsystem des Menschen können an Krebs erkranken.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Susanne Freitag



**Prof. Dr. Florian Weißinger**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin.

Ärztliche Spezialisten für das Blut sind die Hämatologen wie Prof. Dr. Florian Weißinger, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin. Für sie sind die Namen für die beiden Krebsarten allerdings viel zu allgemein. Sie unterscheiden nach dem Entstehungsort und Zelltyp der krankhaften Veränderungen zwischen zwei Obergruppen von Leukämien und 40 bis 50 Lymphomen sowie zwischen akuten und chronischen Krankheitsphasen. Das macht durchaus Sinn. Denn treten die bösartigen Veränderungen akut, also unvermittelt auf und sind heftig in ihrem Verlauf, so können sie schnell lebensbedrohlich werden und ein sofortiges Eingreifen erfordern.

**Revolution in der Diagnostik und Therapie** Verlaufen sie hingegen eher chronisch, das heißt, sie verschlimmern sich schleichend über einen langen Zeitraum hinweg, so ist

das Behandlungsregime auf eine langfristige Therapie und Begleitung ausgerichtet. Bei einigen Erkrankungen haben sich, so Professor Weißinger, Diagnostik und Therapie durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse geradezu revolutioniert. Eine Modellerkrankung für die molekulare Diagnostik, die Entwicklung von gerichtet wirksamen Medikamenten und einen bahnbrechenden Therapieerfolg ist die chronische myeloische Leukämie (CML). An deren Beispiel kann der Fortschritt in Diagnostik und Therapie beschrieben werden.

Der Reihe nach: Das Blut wird mit seinen Bestandteilen im Knochenmark gebildet. Bei einer Leukämie vermehren sich dort weiße Blutkörperchen, die Leukozyten, völlig unkontrolliert. Der Prozess kann in einer chronischen Phase eher behutsam ablaufen, sich aber auch beschleunigen, die Bildung der roten Blutkörper-

“

Mit dieser zielgerichteten  
Behandlung bewirken wir  
Erfolge wie nie zuvor.”

*Prof. Dr. Florian Weißinger*

perchen und Blutplättchen verdrängen, rasch fortschreiten und sogar in eine akut lebensbedrohliche Krise münden.

Meist entdecken die Ärzte die Krankheit während der chronischen Phase. Bei einem entsprechenden Verdacht werden im Labor der Klinik mit Hilfe eines Oberflächenmarkers umgehend die Anteile der verschiedenen Blutkörperchen festgestellt. Anschließend wird eine Probe der kranken Zellen zu einer genauen genetischen Analyse an ein spezialisiertes Zentrum für genetische und molekulare Diagnostik bei Bluterkkrankungen geschickt. Hier wird vor allem einem krankhaft veränderten Chromosom, dem nach dem Ort seiner Entdeckung benannten „Philadelphia-Chromosom“, nachgespürt. Wird tatsächlich dieses krankhaft verkürzte Chromosom 22 nachgewiesen, das, so Weißinger, „ein einzigartiges Eiweiß produziert“ und für die chronisch myeloische Leukämie (CML) verantwortlich gemacht wird, können die Ärzte die Produktion dieses Eiweißes blockieren und damit die unkontrollierte Vermehrung der weißen Blutkörperchen unterbinden. „Mit dieser zielgerichteten Behandlung bewirken wir Erfolge wie nie zuvor und machen den Blutkrebs oft zu einer Krankheit, von der man nichts spürt und die auch nicht mehr nachweisbar ist“, sagt Weißinger.

#### **Akute Leukämie: Eile ist geboten**

Für die akuten Leukämien ist die rasche Diagnostik auch innerhalb von Stunden unerlässlich. Auch hier ist neben der mikroskopischen Untersuchung des Blutbildes und des Knochenmarks die genetische und molekulare Diagnostik erforderlich, die eine eindeutige Einordnung der Leukämie und die bestmögliche Therapie,

ganz individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten, ermöglicht. Nach einer sehr intensiven Chemotherapie ist die Stammzelltransplantation für die akuten Leukämien eine wichtige Behandlungsoption.

Eine Untergruppe der im Knochenmark gebildeten Leukozyten, die ebenfalls krankhaft entarten kann, sind die Lymphozyten. Diese Zellen zur Krankheitsabwehr entwickeln sich unter anderem in den Mandeln, der Milz und den Lymphknoten. Wenn sie bösartig entarten, können sie Lymphome, auch als Lymphdrüsenkrebs bezeichnet, entwickeln. Davon gibt es, berichtet Professor Weißinger, 40 bis 50 Unterarten, die sowohl sehr aggressiv und rasch behandlungsbedürftig als auch nahezu unmerkelt und außerdem in allen Zwischenformen auftreten können.

Fortschritte in der Behandlung gibt es bei allen Lymphomformen. So können bei einigen Lymphomen mit Hilfe von gerichtet wirksamen Antikörpern die Behandlungserfolge deutlich verbessert werden. Auch hier spielt die Stammzelltherapie mittlerweile eine große Rolle, wobei hier vor allem eigene Stammzellen für die Therapie gewonnen werden können. Professor Weißinger: „Auch in diesem Bereich erweitert die Forschung jedes Jahr das Behandlungsspektrum. Das führt kumulativ und evolutionär zu einem immensen Fortschritt zum Nutzen der Patientinnen und Patienten.“

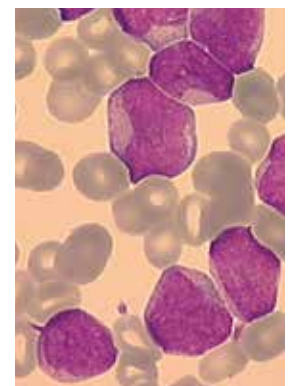
Unter der genetischen und molekularen Diagnostik versteht die Medizin Verfahren, die auf der Ebene der Moleküle nach Veränderungen im Erbgut des Menschen sucht.



#### **Das Philadelphia-Chromosom**

Die Suche nach dem Philadelphia-Chromosom, der Ursache für eine Form der Leukämie, ist ein Verfahren der genetischen und molekularen Diagnostik. Dabei suchen die Mediziner nach Veränderungen im Erbgut des Patienten, also auf der Ebene der Moleküle. Wird es gefunden, können die Ärzte zielgerichtet dagegen vorgehen.

► [www.evkb.de/onkologie](http://www.evkb.de/onkologie)



**Blutbild mit Leukämie**



Schauen genau hin: Die Ärzte im EvKB setzen bei der Behandlung auf Teamarbeit.

# Auf Spurensuche

## Radiologie ermöglicht tiefe Einblicke

Mit Hilfe moderner Geräte, die Bilder aus dem Inneren des Körpers liefern, suchen ärztliche Detektive nach Metastasen.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Veit Mette

Monika S. Gefühle fahren Achterbahn. Sie ist froh, dass die Ärzte ihren Darmkrebs erfolgreich operiert haben. Aber eine beunruhigende Frage macht ihr noch zu schaffen: Hat sich der Krebs schon in ihrem Körper ausgebreitet? Prof. Dr. Günther Wittenberg und sein Team im Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie machen sich auf die Suche, um für Klarheit zu sorgen.

Haben die Ärzte wie bei Monika S. eine Krebserkrankung entdeckt, gilt ihre Aufmerksamkeit zunächst der Stelle im Körper, wo er sich als Erstes gebildet hat, dem sogenannten Primärtumor. Die feingewebliche Untersuchung gibt der Krankheit den Namen. Die Medizin unterscheidet also zum Beispiel zwischen Darm-, Lungen-, Brust-, Prostata- oder Hautkrebs. Nicht in jedem Fall aber ist der Krebs mit der Entfernung des

Primärtumors erfolgreich bekämpft. Je länger er sich schon unentdeckt im Körper entwickelt hat, desto wahrscheinlicher ist es, dass er sich über die Blut- oder die Lymphbahn bis in entfernte Körperregionen ausgebreitet und Tochtergeschwülste, die Ärzte nennen sie Metastasen, gebildet hat. Vor denen fürchtet sich Monika S., denen gilt es genauso wie dem Primärtumor auf die Spur zu kommen.

Das ist die Stunde der Sekundärprävention, die Stunde der ärztlichen Detektive um Professor Wittenberg, die mit Hilfe moderner Geräte auf Spurensuche gehen, indem sie Bilder vom Inneren der Patienten herstellen. Sie helfen nicht nur, Metastasen aufzuspüren, sondern unterstützen gleichzeitig mit ihren Bildern ihre operierenden Kollegen und alle an der Weiterbehandlung des Kranken beteiligten Fachdisziplinen.



Es gibt mittlerweile eine Reihe von technischen Möglichkeiten, um Aufnahmen aus dem Körperinneren zu bekommen. Die Mediziner fassen sie unter dem Begriff „bildgebende Verfahren“ zusammen. Bei der Suche nach Metastasen hilft zunächst eine technische Weiterentwicklung der klassischen Röntgenaufnahme, die Computertomografie (CT von griechisch tomos: Schicht und graphein: schreiben). Bei diesem in den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts eingeführten Verfahren macht der Radiologe nicht nur eine einzelne Aufnahme, sondern viele Bilder nacheinander – bei einer Übersichtsaufnahme der Brust z. B. bis zu 200 –, und zwar jeweils von einer neuen Körperschicht. Dadurch werden auch sehr kleine Veränderungen sichtbar. So können mit Hilfe der Computertomografie des Brustkorbs oder des Bauchraums oft Metastasen entdeckt werden, die auf einem normalen Röntgenbild von anderen Gewebsstrukturen überlagert würden oder zu klein sind und daher unsichtbar blieben.

Dazu kommt: Während bei der einfachen Röntgenaufnahme nur zweidimensionale Abbildungen möglich sind, berechnet der Computer bei der Aufnahme auch Bilder in anderen Blickrichtungen und auch dreidimensionale Bilder, die einen räumlichen Eindruck des Körperinneren vermitteln. Die Belastung durch die Strahlung ist bei modernen Geräten, wie sie im EvKB genutzt werden, dabei deutlich niedriger als bei Geräten vorheriger Generationen.

Wittenberg und sein Team wenden einen weiteren Kunstgriff an, um gutartige, zum Beispiel wassergefüllte Gewebssäcke (Zysten), von bösartigen Veränderungen, also Krebs, zu unterscheiden. Denn die Gewebearten im Körper unterscheiden sich in ihrer Dichte und damit ihrer Strahlendurchlässigkeit nur wenig und erscheinen auch im CT-Röntgenbild oft in einem ähnlichen diffusen Grau. Deshalb verwenden die Radiologen Kontrastmittel, die zum Beispiel Jod enthalten. Je nachdem, wie sich die Anreicherung des Kontrastmittels im verdächtigen Gewebe darstellt, kann dann ein erfahrener Befunder gut von böse unterscheiden. Wittenberg: „Das erschließt sich aber erst dem geübten Auge.“

“

Ob gutartig oder böse, erschließt sich erst dem geübten Auge.“

Prof. Dr. Günther Wittenberg

Nicht mit Röntgenstrahlen, sondern mit Magnetfeldern arbeitet die Kernspin- oder Magnetresonanztomografie (MRT, oft auch einfach als „Röhre“ bezeichnet). Auch dieses Verfahren erzeugt Bilder, auch dieses Verfahren nutzt Kontrastmittel, um verdächtige Gewebestrukturen zu finden und zu werten. Wie bei der CT wird bei der Suche nach Metastasen häufig ein Abdomen-MRT zur Darstellung des Bauchraums oder ein Thorax-MRT zur Darstellung des Brustkorbs gefahren.

Bei Monika S. zeigten sich auf den CT-Bildern verdächtige Verschattungen. Metastasen des Darmkrebses oder gutartige „Raumforderungen“, wie die Ärzte sagen? Zur weiteren Abklärung wurde zusätzlich ein MRT mit einem Kontrastmittel veranlasst. Erst jetzt konnten sie eine sichere Diagnose stellen: Die Raumforderung war eine gutartige eingeblutete Zyste: Entwarnung, keine Metastase.

Bei weiteren Zweifeln hätte erst eine mit Hilfe der CT direkt aus der verdächtigen Stelle entnommene Gewebeprobe die notwendige Klarheit erbracht. Ein noch aufwändigeres Suchverfahren ist die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) kombiniert mit einer Computertomografie, zusammen als PET/CT bezeichnet. Dieses Verfahren erfordert neben dem radiologischen auch das Spezialwissen der Nuklearmedizin. Mit der PET/CT kann man sich, so Wittenberg, „den ganzen Tag beschäftigen“, liefert sie doch weit mehr als 1.000 Bilder.

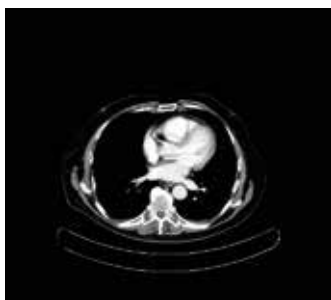


## Bösartige Wanderer

Als Metastase wird die Absiedelung eines bösartigen Tumors in entferntem Körpergewebe bezeichnet. Metastasen entstehen, indem sich Krebszellen vom ursprünglichen Tumor ablösen. Sie wandern dann mit dem Blut (hämatogene Metastase) oder mit der Lymphe (lymphogene Metastase) in andere Körperteile. Dabei können sie körpereigene Sperren wie zum Beispiel die Gewebeschicht, die die Gefäße auskleidet, oder die Blut-Hirn-Schranke überwinden. Außerdem können sie sich auf ihrer Wanderung erfolgreich gegen das Immunsystem zur Wehr setzen.

Die Krebszellen verlassen andernorts das Gefäß, vermehren sich und bilden schließlich beispielsweise in der Leber, der Lunge oder im Gehirn metastatische Kolonien, die dann als Tochtergeschwülste (filiae) bezeichnet werden.

► [www.evkb.de/radiologie](http://www.evkb.de/radiologie)



Dank Bilder wie diesen können Ärzte Metastasen im Körper aufspüren.

# Ein gutmütiges Organ

## Die operierte Leber wächst schnell nach

Die chirurgische Behandlung von Lebermetastasen hängt davon ab, welche Bereiche wie umfangreich betroffen sind.

TEXT Peter Stuckhard // FOTOS Veit Mette



**Konzentrierter Blick: Eingriff an der Leber.**

16 Uhr in Deutschland. Tumorkonferenz im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB): Konzentriert betrachten die Ärztinnen und Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen auf Großbildschirmen CT-Aufnahmen der Leber von Herbert S. (58). Bei dem Patienten war vor fast einem Jahr bereits ein Darmtumor erfolgreich operiert worden. In der Nachsorge hatte sich nach einem mehrmaligen Ansteigen des Tumormarkers und einer Ultraschalluntersuchung nun aber gezeigt, dass Metastasen des Darmkrebses in die Leber gelangt waren. Die weitere Behandlung soll nun das Chirurgenteam von Prof. Dr. Michael Heise übernehmen.

Lebermetastasen sind kein Leberkrebs im engeren Sinn: Sie entstehen, wenn, wie bei Herbert S., sich Tumorzellen von bösartigen Tumoren aus anderen Organen in der Leber ansiedeln. Und dort wachsen. Die meisten Patienten mit Lebermetastasen sind ursprünglich an Darm-, Lungen-, Magen-, Brust-, oder Speiseröhrenkrebs erkrankt. Lebermetastasen sind ein Zeichen dafür, dass eine Krebserkrankung fortgeschritten ist. Die Leber arbeitet trotzdem bei vielen Patienten noch längere Zeit weitgehend normal. Je mehr gesundes Lebergewebe durch fortschreitendes Krebswachstum zerstört wird,

desto wahrscheinlicher werden aber Stoffwechselstörungen, bis hin zum Leberversagen. Dem treten die Chirurgen entgegen.

Wie Lebermetastasen behandelt werden, hängt vor allem davon ab, welche Bereiche des Organs wie umfangreich betroffen sind. Die wichtigste Frage steht aber vorab im Raum: Kann überhaupt operiert werden? Das ist, so Chefarzt Prof. Heise, grundsätzlich in nur 15 bis 25 Prozent aller Fälle möglich, weil sich meist viele Metastasen über die gesamte Leber ausgebreitet haben. Wenn aber operiert wird, dann ist, so der Chirurg, der „Goldstandard“, also die am meisten Erfolg versprechende Vorgehensweise, auch hier die „radikale Resektion“. Resektabel, also entfernbar mit Aussicht auf Heilung, sind Lebermetastasen dann, wenn sie alle sicher entfernt werden können und ein nicht vorgeschädigtes Leberrestvolumen von mehr als 30 Prozent erhalten bleibt. Auf diese Definition hat sich jedenfalls die europäische Fachgesellschaft (ECMTG) verständigt. Das sogenannte „Fünfjahresüberleben“, das Maß der Mediziner für den Begriff der „Heilung“, liegt bei Metastasen des Darmkrebses heute zum Beispiel bei knapp 50 Prozent.

Den Chirurgen wie den Patienten kommt allerdings auch in Fällen, in denen eine Operation zunächst nicht möglich erscheint, eine einzigartige Eigenschaft des Organs zu Hilfe: Nach einer Teilresektion erholt sich die Leber wieder, der operierte Teil beginnt nach rund sechs Wochen zu wachsen und erreicht schon nach einem halben Jahr seine ursprüngliche Größe. „Das nutzen wir bei einem zweizeitigen Vorgehen“, erklärt der Chefarzt. „Wenn wir diesen“, so Heise, „Trick anwenden wollen, müssen wir zunächst möglichst genau wissen, wie viel Lebervolumen bliebe übrig, wenn wir welche Teile entfernen.“ Schon bei Resektionen von mehr als 65 Prozent des Volumens steigt nämlich das Risiko des Leberversagens nach der Operation.



**Prof. Dr. Michael Heise,**  
**Chefarzt der Klinik für**  
**Allgemein- und Viszeral-**  
**chirurgie im EvKB**  
 ► [www.evkb.de/](http://www.evkb.de/bauchchirurgie)  
**bauchchirurgie**

# Licht für die Lunge

## Moderne Laser rücken Metastasen zu Leibe

Ärzte können besonders gewebeschonend operieren und mehr Lungenmetastasen entfernen, als es mit konventionellen Methoden möglich wäre.

TEXT Peter Stuckhard // FOTOS Mario Haase, Veit Mette



Laser hilft bei der Operation.

So, wie Metastasen in der Leber kein Leberkrebs sind, sind Metastasen, die sich in der Lunge angesiedelt haben, kein Lungenkrebs. In Zahlen: Etwa jeder dritte Patient mit Darm-, Nierenzell-, Brust-, Haut- oder einem anderen Krebs entwickelt während des Krankheitsverlaufs Lungenmetastasen. Sie durch eine Operation zu entfernen, kann eine therapeutische Option sein. Für Dr. habil. Detlev Branscheid, Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie im EvKB, ist die entscheidende Frage: Was bringt das dem Patienten?

Für die operative Entfernung der Metastasen gibt es eine Reihe von Faktoren, die einen Eingriff begrenzen. Im EvKB diskutiert diese Frage im Einzelfall die Tumorkonferenz, in der Vertreter aller Fachdisziplinen ein interdisziplinäres, auf den einzelnen Patienten abgestimmtes Therapiekonzept entwickeln.

Als Randbedingungen, die die Chance auf eine Operation begrenzen, zählt Dr. Branscheid auf: Der Primärtumor, z. B. im Darm, den Nieren, den Eierstöcken oder in der Haut, muss unter Kontrolle sein. Die „komplette chirurgische Remission“ – Branscheid verwendet diese Bezeichnung lieber als den Begriff der „radikalen Resektion“ – jedenfalls die komplette Entfer-

nung aller Metastasen, muss mit einer Aussicht auf Heilung möglich sein.

Dies hängt vor allem von der Anzahl und der Stelle ab, wo sie sich in der Lunge eingenistet haben. Außerdem muss das Herz-Kreislauf-System des Patienten ausreichend funktionieren und er muss über eine gute Lungenfunktion verfügen. Sind diese Voraussetzungen für einen Eingriff gegeben, dann, so Branscheid, „scrollen wir den Bildschirm durch, von links nach rechts, von unten nach oben und entwickeln sozusagen eine Karte, einen topografischen Plan für unser weiteres Vorgehen“.

Und dann arbeitet das Team um Branscheid nicht etwa nur mit dem Skalpell, sondern auch mit einem modernen Diodenlaser-Gerät, das speziell für die Lungenchirurgie entwickelt worden ist. Mit dem Laser schälen die Thoraxchirurgen die einzelnen, auch die tief liegenden Metastasen blut trocken und übersichtlich aus dem zarten Lungengewebe heraus. Mit dieser Technik ist es ihnen möglich, besonders gewebeschonend vorzugehen und viel mehr Lungenmetastasen zu entfernen als es mit konventionellen Methoden möglich wäre – was die Aussichten des Patienten verbessert.

Dazu muss man wissen, dass die Lunge in funktionelle Untereinheiten aufgeteilt ist. Zehn Segmente finden sich in der rechten Lunge, im linken Flügel gibt es nur neun Segmente, da das siebente Segment fehlt. Branscheid: „Mit dem Laser können wir bis zu dreizehn Metastasen aus einem Lungensegment entfernen, ohne die Lungenfunktion zu gefährden.“ Rein rechnerisch könnte also womöglich eine dreistellige Zahl von Metastasen entfernt werden. Branscheid, der an der Entwicklung der Lasertechnik maßgeblich beteiligt gewesen ist, sagt denn auch: „Das war ein Quantensprung, das ist unser Ding!“

► [www.evkb.de/thoraxchirurgie](http://www.evkb.de/thoraxchirurgie)



### Die Wellenlänge macht's

Ein Diodenlaser, wie er in verschiedenen Bereichen der Medizin angewendet wird, arbeitet nach demselben Prinzip wie eine Leuchtdiode. Mit einer speziell darauf zugeschnittenen Wellenlänge nutzen ihn die Ärzte zur schonenden Entfernung von Gewebe, zum Beispiel von Lungenmetastasen.



Dr. habil.  
Detlev Branscheid



# Mit der **Familie** Leukämie besiegen

Fünf Monate in der Krebsklinik

Erik Meier ist zehn Jahre alt, als bei ihm eine Krankheit festgestellt wird, von der er noch nie zuvor gehört hatte: Leukämie. Bevor seine Familie und er die Diagnose begreifen können, beginnt die Chemotherapie – seine Chance, wieder ganz gesund zu werden.

TEXT Henrike Hohmeyer // FOTOS Sarah Jonek





Die Ergotherapie bringt Abwechslung in den Stationsalltag. Hier wird geknetet, gebastelt und gemalt – und an frustigen Tagen auch mal Geschirr zerdeppert.



### Mutperlen

Mutperlen sind ein Tagebuch ohne Worte. Wenn ein an Krebs erkranktes Kind neu auf die Station kommt, beginnt es, seine persönliche Mutperlenkette aufzufädeln. Ein Stück gewachster roter Faden, Buchstabenperlen, die den Namen ergeben, und eine Perle in Ankerform machen den Anfang. Für jedes Ereignis während der Behandlung kommt eine Perle hinzu. Eine rote für jeden Fingerpiks, eine lila-weiße für jede Knochenmarkpunktion, eine gestreifte für den Beginn und eine mit Smiley für das Ende eines jeden Chemoblocks. Jede Perle ist ein Symbol für eine schwere Hürde, die schon genommen ist, oder eine schöne Erinnerung, die Hoffnung gibt. Umgesetzt wird das Projekt vom Elternverein „Hand an Hand“.

Dienstag, 6. Mai 2014: Nach einem Schwimmkurs fürs Goldabzeichen ist das Leben, wie Familie Meier aus Salzkotten es bisher kannte, vorbei. Der zehnjährige Sohn Erik kann sich kaum über Wasser halten. Selbst im geheizten Becken schnattert er vor Kälte. Schon seit einiger Zeit fühlt sich der Junge häufig schlapp. Er kann beim Fußball nicht mehr so schnell rennen wie die anderen Kinder, kommt beim Spielen schnell aus der Puste und beim Radfahren kaum hinterher. An sich ein unspezifisches Symptom. Alles deutete auf eine Infektion hin.

Mama Anke Ostwald-Meier will das abklären lassen. Gleich am Mittwoch fährt sie mit Erik zum Kinderarzt. Der Mediziner nimmt ihm Blut ab und schickt es ins Labor. Vielleicht brütet der Junge eine Sommergrippe aus. Die Ergebnisse liegen am Donnerstag vor und werfen einen viel beunruhigenderen Verdacht auf. Noch vor der großen Pause holt Anke Ostwald-Meier ihren Sohn aus der Schule ab. Sie fahren nach Paderborn ins Krankenhaus und erhalten dort die Bestätigung dessen, was der Kinderarzt bereits ahnt: Erik Meier hat Leukämie. Blutkrebs.

„Es zieht einem den Boden unter den Füßen weg. Wir waren völlig orientierungslos.“ Fünf Monate nach der Diagnose fällt es Anke Ostwald-Meier noch schwer, in Worte zu fassen, was die Nachricht über die Krankheit ihres Sohnes in ihr ausgelöst hat. Erik selbst sagt: „Ich war entsetzt, und ich war traurig.“

Die Ärzte in Paderborn mahnen zur Eile. Noch am selben Tag wird Erik ins Kinderzentrum des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB) nach Bethel gebracht. Zwei Tage später beginnt der erste Block seiner Chemotherapie. Eine Ärztin erklärt Erik, was in seinem Körper los ist und warum er jetzt in der Klinik bleiben muss. Es ist alles zu viel für ihn. Er blockt ab, will nicht über sich oder seine Krankheit reden. Um sich abzulenken, schaut er in den ersten Wochen viel fern oder spielt an einer Konsole. Während sich Erik ganz allmählich abfindet mit dieser Erkrankung, von der er bis vor wenigen Tagen noch nie etwas gehört hatte, muss sich auch seine Familie mit der neuen Situation arrangieren, die so plötzlich alles auf den Kopf gestellt hat. Seine Mutter kann ihren Arbeitsplatz in die Klinik verlegen. Der Job seines Vaters erlaubt das nicht. Und dann ist da noch der siebenjährige Patrick, der plötzlich ohne Mama und großen Bruder ist, seinen Papa nur am Wochenende sieht und von jetzt auf gleich von der Oma versorgt werden muss.

Nach dem Schock kommt die Frage: Was nun? Formalitäten müssen geregelt, Anträge gestellt werden. Alles andere tritt in den Hintergrund.



„Anfangs habe ich nur noch funktioniert“, sagt Anke Ostwald-Meier. „Erst später kam die Zeit, in der ich mich bewusst mit der Krankheit meines Sohnes auseinandersetzen konnte.“

Die nächsten Wochen sind ein einziges Auf und Ab. Zwar fühlen Erik und seine Familie sich vom Team auf der Station gut versorgt, doch für Erik ist es komisch, nicht zu Hause zu sein und mit seinem Bruder toben zu können. Stattdessen ist da ein völlig fremdes Kind mit auf seinem Zimmer. Weil er nach dem ersten Chemoblock extrem schwach ist und sich eine Lungenentzündung einfängt, kann sein Portkatheter erst nach fünf Wochen eingepflanzt werden. Bis dahin liegt eine intravenöse Kanüle in seiner Ellenbeuge und zwingt ihn, den Arm immer gestreckt zu halten. Fast jeden Morgen piksen die Ärzte seinen Finger an. Die ganze Familie beobachtet unter größter Anspannung die Entwicklung seiner Blutwerte. Nach dem zweiten Chemoblock geht es Erik besser. Er darf für zehn Tage nach Hause.

Durchatmen ist angesagt. Es kehrt wieder so etwas wie Familienalltag ein. „Meine Freunde haben mich besucht“, erinnert sich Erik. „Einige





**Jeden Morgen wird die Anzahl der Leukozyten im Blut gemessen. Dr. Norbert Jorch zeigt Erik und dessen Mama die aktuellen Werte.**

mer, wenn er sie ergattern kann, spielt er an der stationseigenen Wii. Gegen die Langeweile gibt es ein Spielzimmer, die Ergotherapie und Projekte wie die Klinikclowns. Mit vereinten Kräften gestaltet das gesamte Stationsteam Erik und den anderen jungen Patienten ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich und lässt die Klinik zu einem zweiten Zuhause werden.

Weitere drei Chemoblöcke stehen Erik bevor. Sein Körper kämpft gegen die Krankheit. Kopfschmerzen, Übelkeit und Fieber werden zu ständigen Begleitern. Doch weil er die Therapie in guter Verfassung begonnen hat, gibt es auch immer wieder Tage, die Hoffnung machen. Im August kommt Erik in die fünfte Klasse. Ihm geht es so gut, dass er die Begrüßungsfeier seiner neuen Schule besuchen kann. An den Tagen, die er zu Hause sein kann, macht er mit seiner Familie Ausflüge zum Minigolfen und guckt seiner Fußballmannschaft beim Training zu. Die Tage in der Klinik werden zur Routine. Irgendwann entdeckt Erik in der stationseigenen Küche sein Talent als Kuchenbäcker.

Im Oktober ist Erik zum vorerst letzten Mal in Bethel. Die stationäre Therapie nähert sich ihrem Ende. Im Anschluss steht ihm eine ambulante Dauertherapie bevor. Für seine Familie heißt es nun, wieder neu zusammenzuwachsen und zurück in den Alltag zu finden. Erik muss auch zu Hause noch rundum betreut und versorgt werden, doch seine Chancen, irgendwann wieder ganz gesund zu sein, stehen gut. Seine Klassenlehrer werden bald zum Hausunterricht kommen und wenn der Winter vorbei ist, kann er vielleicht wieder zur Schule gehen.

„Irgendwann war das Leben im Krankenhaus ganz normal für mich“, sagt Erik. Trotzdem würde er die Zeit, die er dort verbracht hat, am liebsten vergessen. „Ich möchte einfach wieder jeden Tag mit meinem kleinen Bruder und der elektrischen Eisenbahn spielen und zum Fußballtraining gehen.“

“

**Einige meiner Freunde haben verstanden, was mit mir los ist. Andere wollten gleich wieder mit mir Rad fahren.”**

*Erik Meier,  
Krebspatient*

haben verstanden, was mit mir los ist. Anderen war das nicht klar, die wollten gleich wieder mit mir im Garten toben und Rad fahren.“

Typisch für den Verlauf einer Chemotherapie verschlechtern sich Eriks Werte kurze Zeit später dramatisch. Sein Immunsystem ist außer Gefecht gesetzt. Infektionen ist er schutzlos ausgeliefert. Es geht zurück nach Bethel zur Antibiotikatherapie. Langsam gewöhnt sich Erik an den Tagesablauf in der Klinik. Er schließt Freundschaften mit anderen Kindern und im-



## **Kinderonkologie im EvKB**

Die Station K8 im EvKB bietet eine komplette Behandlung aller onkologischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit rund 60 Neuaufnahmen jährlich gehört sie zu den zehn größten kinder-onkologischen Zentren in Deutschland. Die Hälfte der jungen Patienten leidet an Leukämie. Ein Viertel ist an einem Hirntumor erkrankt. Ob ambulant, stationär oder tagesstationär – in der Onkologie werden alle Patienten nach modernsten Leitlinien und nationalen sowie internationalen Studien behandelt. Die Therapie ist ein gemeinsames Werk des Patienten, seiner Familie und der Behandlungsteams. Dazu gehören Ärzte, Pfleger, Therapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter. Die enge Zusammenarbeit mit Elternvereinen, Klinikclowns und dem Projekt Fruchtalarm erleichtert zusätzlich den Klinikalltag.

► [www.evkb.de/kinderklinik](http://www.evkb.de/kinderklinik)



Wie geht es weiter? Sozialarbeiterin Birgit Ruprecht steht Krebspatienten und Angehörigen zur Seite.

# Hilfe **annehmen**

## Rat für Angehörige der Krebspatienten

Die Diagnose Krebs ist ein einschneidendes Ereignis: Sie bedeutet nicht nur eine existenzielle Veränderung für den Erkrankten selbst, auch Partner, Familie und Freunde sind davon betroffen.

TEXT Theresa Feldhans // FOTOS Sarah Jonek

Die Begleitung einer Krebserkrankung ist für pflegende Angehörige nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische Belastung. Neben der Berufstätigkeit, Familie und gesellschaftlichem Leben müssen sie auch die Krankheit eines geliebten Menschen bewältigen und fühlen sich unsicher im Umgang mit dem Erkrankten. Gefühle wie Ungewissheit, Überforderung, Ängste, Wut und Hilflosigkeit belasten. Bei Unsicherheiten, Fragen und seelischen Belastungen hinsichtlich der Krebserkrankung ermutigen Diplom-Sozialarbeiterin Birgit Ruprecht und Diplom-Psychologin Christine Scherb daher Partner, Familie und Freunde dazu, professionelle Hilfe aufzusuchen. Niemand müsse die veränderten Lebensbedingungen und persönlichen Belastungen alleine bewältigen. Das EvKB bietet Angehörigen

ein professionelles Angebot, das ihnen bei Fragen zu psychischen, sozialen oder sozialrechtlichen Bedingungen, Folgen und Begleiterscheinungen fachkundige Ansprechpartner zur Seite stellt.

„Es ist sinnvoll, einige Schritte bereits während des stationären Aufenthalts des Krebspatienten einzuleiten, denn der Alltag und die Wohnsituation müssen eventuell vorbereitet und umorganisiert werden“, sagt Birgit Ruprecht. „Ich kümmere mich um das Handfeste“, sagt die Sozialarbeiterin. Ihre Aufgaben umfassen die Beratung, Koordination und Vermittlung. Der individuelle Hilfebedarf für die Zeit nach der Entlassung sowie Möglichkeiten der nachstationären Versorgung und deren Finanzierung werden gemeinsam geklärt, genauso

wird über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussbehandlungen informiert. „Die Sozialberatung kann völlig individuell in Anspruch genommen werden – von Reha, finanziellen Leistungen, über den Behindertenausweis oder die Vermittlung von Selbsthilfegruppen.“ Birgit Ruprecht hat die Erfahrung gemacht, dass Angehörige von Krebspatienten ganz unterschiedliche Themen beschäftigen: „Manche Angehörige erleben die totale Abschottung des Erkrankten, andere fühlen sich hilflos oder sorgen sich um die finanzielle Zukunft.“ Treten Angehörige mit psychischen Belastungen an Birgit Ruprecht heran, vermittelt sie auch an den psychoonkologischen Dienst des EvKB weiter.



**Leistet psychotherapeutische Hilfe: Christine Scherb bietet individuelle Beratung.**

Christine Scherb leistet psychotherapeutische Hilfe für Krebspatienten und ihre Angehörigen im EvKB. Sie weiß, dass die Krebsdiagnose ein Schreckensszenario gleichermaßen für Erkrankte wie Beteiligte bedeutet. „In erster Linie steht natürlich der Patient im Fokus. Angehörige versuchen ihm eine Stütze zu sein und stellen ihre eigene Belastung mit der Situation erst einmal hinten an“, sagt die Psychoonkologin.

Viele Erkrankte teilen bewusst Ängste und Sorgen nicht mit ihren Angehörigen, „meistens, um sie zu schützen“, so Christine Scherb. Familie und Freunde seien dann bei Auskünften zur individuellen Situation eines Erkrankten auf die Informationen angewiesen, die sie von dem Betroffenen selbst erhalten. Oft finde das Einbeziehen der Angehörigen in die Krankheitsbewältigung erst später statt, denn der Patient entscheide darüber, wie und ob nahestehende Personen involviert werden. Bis dahin fühlten sich Angehörige oft schlecht informiert und unsicher im Umgang mit dem Patienten. Was kann helfen? Wie gehe ich richtig mit dem Erkrankten um? „Eine allgemeingültige Antwort auf solche Fragen gibt es nicht“, sagt Christine Scherb. „Was der eine als sinnvolle Unterstützung empfindet, ist für den anderen eine zusätzliche Bürde.“

Die Psychoonkologin spricht sich für einen offenen Umgang mit der Krankheit aus. Ein

Beispiel: Die Chemotherapie verändere das Essverhalten, oft seien Patienten antriebslos, müde und schotteten sich ab. Das bewirke Verunsicherung: „Pfleger Angehörige meinen es gut, umsorgen den Erkrankten und fühlen sich doch hilflos und manchmal sogar zurückgewiesen, wenn zum Beispiel das Essen plötzlich nicht mehr schmeckt.“ Eine umfangreiche Aufklärung der Angehörigen über die Krebserkrankung und offenes Ansprechen von Sorgen und Ängsten hält sie daher für unabdingbar: „Es ist wichtig zu wissen, warum der Erkrankte sich so verhält.“ Um vorzubeugen, sollte im besten Fall ein Hilfesystem in der Familie aufgebaut werden, das die Mitglieder aktiv miteinbezieht. „Das stärkt nicht nur den pflegenden Angehörigen, sondern gibt allen Beteiligten das Gefühl, etwas Sinnvolles beizutragen.“ Das gelte auch, wenn Kinder involviert sind.

Christine Scherb und ihre Kollegen betreuen auf Wunsch jeden Krebspatienten und Angehörigen. „Entweder kommen Personen auf mich zu oder das Pflegepersonal, die Physiotherapie, die Sozialberatung oder Ärzte weisen mich darauf hin.“ In persönlichen Gesprächen unterstützt sie bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der Bewältigung von Krankheits- und Therapiefolgen. „Egal, ob Einzel-, Familien- oder Partnergespräch, ich versuche mich ganz auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzustellen.“

“

„Egal ob Einzel-, Familien- oder Partnergespräch, ich versuche mich ganz auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzustellen.“

*Christine Scherb*



## Neue Selbsthilfegruppe

Wer neben fachkundiger Unterstützung den Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen sucht, ist bei der neuen Selbsthilfegruppe des EvKB speziell für Angehörige von Krebspatienten gut aufgehoben. Eleonore Thonke von der Selbsthilfegruppe Viktoria leitet den Gesprächskreis im Johannesstift. Jeden dritten Mittwoch im Monat 10:30 bis 12:00 Uhr, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Etage, Raum 2314

- ▶ [www.evkb.de/sozialberatung](http://www.evkb.de/sozialberatung)
- ▶ [www.evkb.de/psychoonkologie](http://www.evkb.de/psychoonkologie)



Selbsthilfegruppen bei Krebs helfen dabei, dass an die Stelle von Angst und Hilflosigkeit Sicherheit und Vertrauen treten.



## Hilfe zur **Selbsthilfe**

### Krebsbewältigung mit Gleichbetroffenen

Die Akutbehandlung ist abgeschlossen, das Leben „danach“ wartet. Aber was bedeutet es, den Alltag zu meistern, wenn der Krebs alles verändert? Selbsthilfegruppen können unterstützen.



**Eleonore Thonke,**  
ehrenamtliche Mitarbeiterin der Viktoria e. V.



**Wolfhard Frost,**  
Vorsitzender der Bielefelder PSA Selbsthilfegruppe für an Prostatakrebs erkrankte Männer.

TEXT Theresa Feldhans

Krebspatienten stellen sich nach der Diagnose einer zweiten Herausforderung: dem Zurückfinden ins Leben. In ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, haben sie Probleme, die lebensverändernde Krankheit zu verarbeiten, und fühlen sich oft unzureichend informiert. Ängste, Sorgen, Anpassungsschwierigkeiten und Ungewissheit sind nur einige Aspekte. Mit Fragen und Problemen sind Betroffene nicht alleine: Selbsthilfegruppen wie die PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs oder Viktoria e. V. in Bielefeld ermöglichen einen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen.

„Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Krebserkrankung Fachleute in Fragen der Lebensgestaltung“, erklärt Wolfhard Frost. Er ist Vorsitzender der PSA Selbsthilfegruppe für an Prostatakrebs erkrankte Männer. „Der psychoonkologische Bereich ist in der professionellen Behandlung noch wenig ausgereift, hier können wir die Medizin sinnvoll ergänzen“, sagt Frost. Erkrankte Männer seien aufgrund von Partner-

schaftsproblemen, Inkontinenz oder sozialer Isolierung psychisch sehr belastet. „Wir können individuell auf ihre Bedürfnisse eingehen“, so Frost. Die Treffen der PSA Selbsthilfegruppe umfassen persönliche Gespräche, Diskussionen und Informationsveranstaltungen. „Das Wesen unserer Gruppe ist, dass wir das Schöne nicht vergessen. Es gibt auch ein Leben ohne Krebs“, sagt Frost.

Aktiv die Erkrankung bewältigen und lernen, mit Symptomen und Nebenwirkungen besser umzugehen – das ist das Ziel von Viktoria e. V. Das Angebot des „Treffpunkts für Frauen nach Krebs“ erstreckt sich über Selbsthilfegruppen, Telefonseelsorge und speziell auf die Erkrankung konzentrierte Sportgruppen. „Wir wollen die soziale Integration der Betroffenen aufrechterhalten und ihnen neue Lebensperspektiven eröffnen“, sagt Eleonore Thonke von Viktoria e. V. Dazu sollen die Lebensqualität neu definiert und Freuden und Mühen des Alltags neu aufgenommen werden. „Nur Betroffene können nachvollziehen, wie Betroffene fühlen“.

# In Würde bis zuletzt

## Jeder kann unheilbar krank werden.

Auch dann, wenn die Ärzte nicht mehr heilen können, muss ein Patient nicht allein bleiben. Es ist die Stunde der Palliativmedizin, die den Menschen mit einem schützenden Mantel umhüllt.

TEXT Peter Stuckhard

Deren Ziel ist es, wie ein schützender Mantel (pallium -- lateinisch: Mantel) für Lebensqualität und möglichst weitgehende Beschwerdefreiheit in den schweren Zeiten der Krankheit und des Sterbens zu sorgen. In Bielefeld verfolgt der im Jahr 2008 gegründete Verein Palliativnetz die medizinische Versorgung unter dieser Zielsetzung. Nach anfänglich 50 Patienten pro Jahr hat das Palliativnetz 2013 fast 700 Patienten ambulant versorgt. Für den Vereinsvorsitzenden Dr. Ulrich Weller ein deutliches Zeichen, dass „die meisten Menschen sich wünschen, die letzte Zeit ihres Lebens in der gewohnten häuslichen Umgebung verbringen zu können“.

Palliativmedizinische Versorgung zu Hause ist anspruchsvoll. Sie erfordert eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegediensten, Apotheken, Sanitätshäusern und Angehörigen. Allein die Zahl der beteiligten Akteure macht deutlich: Das will gemanagt sein. Diese Aufgabe übernehmen im Palliativnetz fünf Koordinatoren, die alle eine Krankenpflegeausbildung und darüber hinausgehende Weiterbildungen absolviert haben. Sie steuern die Versorgung der Patienten in deren Zuhause.

In den meisten Fällen wird eine unheilbare Krankheit im Krankenhaus behandelt. Wie es nach der Entlassung weitergehen kann, bedrückt oft die Kranken selbst, aber auch die Angehörigen. Die wichtigen Fragen: „Wie und mit welchen Hilfsmitteln können Schmerzen ambulant be-

herrscht werden?“, „Kann Hilfe über 24 Stunden hinweg sichergestellt werden?“ Koordinatorin Susanne Lotte schlägt für diese Fälle vor, dass die Angehörigen oder die Kranken selbst schon im Krankenhaus Kontakt zur Sozialberatung aufnehmen. Dann, so Lottes Erfahrung, klappt es an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung gut. Der Hausarzt, der in der Regel der behandelnde Arzt bleibt, ist einen Tag vor der Entlassung des Patienten informiert. Er bekommt einen vorläufigen Entlassungsbericht. Die benötigten Hilfsmittel können bestellt, ein Palliativpflegedienst beauftragt werden. Der nimmt, so Lotte, oft schon im Krankenhaus Kontakt zum Patienten auf. „Ein Palliativpatient sollte“, so Dr. Weller, „nicht von einem auf den anderen Tag aus dem Krankenhaus entlassen werden. Zwei bis drei Tage Vorlauf genügen. In dieser Zeit können jeglicher Hilfebedarf und die Versorgung geregelt werden. Die einzige Voraussetzung: Die Koordinatoren müssen informiert sein.“

In Bielefeld arbeiten neun Palliativmediziner, so Dr. Weller, „vertrauensvoll mit den Hausärzten zusammen“. Darüber hinaus sind sie über eine 24-Stunden-Hotline telefonisch erreichbar und können als Notfall auftretende Symptome durch telefonische Beratung oder durch Hausbesuche lindern. In einzelnen Fällen übernimmt ein Palliativmediziner auch komplett die Versorgung des Patienten.

Die Telefonnummer der Koordinatoren: 5 57 52 90



### Immer hilfreich

Finanziert wird das Palliativnetz Bielefeld durch gesetzliche Krankenkassen, Spenden, ehrenamtliche Mitarbeit und die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Die gewährleisteten etwa die 24-Stunden-Bereitschaft durch das stationäre Hospiz Haus Zuversicht. „Es gibt keine Situation, in der die Palliativmedizin nichts mehr anzubieten hat“, sagt Prof. Dr. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Bei den meisten Patienten ließen sich mit palliativmedizinischen Strategien belastende Krankheitssymptome weitestgehend lindern.



Dr. Ulrich Weller





Liebevoller Umgang: Dennis Kuchenbecker kümmert sich um Maria Weiß.



# Der Berufene

Als Krankenpfleger auf der Palliativstation

Dennis Kuchenbecker kümmert sich um unheilbar kranke Menschen. Und das auf eine positiv berührende Art und Weise.

TEXT Lennart Krause // FOTOS Sarah Jonek



**Für Angehörige da: Dennis Kuchenbecker im Aufenthaltsraum der Palliativstation.**



## Selbstbestimmung

Kompetent behandelt möglichst selbstbestimmt leben bis zuletzt – das bietet die erste Palliativstation Bielefelds im EvKB. Sie ist von der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie für die integrative Versorgung akkreditiert. „Wir wollen Bedürfnissen der Patienten, aber auch den Angehörigen gerecht werden“, so Prof. Florian Weißinger, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie und Palliativmedizin.

Einen Bericht über eine Palliativstation zu schreiben ist keine einfache Angelegenheit. So denkt man zumindest. Schließlich liegen dort nur Menschen, die unheilbar krank sind. Doch ein Besuch zeigt: Die Station schreibt viele Geschichten. Warum? Wegen Menschen wie Dennis Kuchenbecker. Der 32-jährige Bielefelder ist examinierter Krankenpfleger. Seit mehr als drei Jahren arbeitet er auf der Palliativstation im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB). Dort, wo Menschen hinkommen, für die es keine Hoffnung mehr gibt. Alle Patienten leiden an einer unheilbaren Krankheit. „Das bedeutet aber nicht, dass wir hier nur mit Menschen kurz vor ihrem Tod zu tun haben“, sagt Kuchenbecker. Ein Patient komme seit mittlerweile acht Jahren immer wieder, wenn es ihm schlecht geht. Freiwillig. Aber warum? „Weil wir einen Rückzugsort bieten. Hier können unsere Patienten zur Ruhe kommen und wieder etwas Kraft tanken.“ Eine Palliativstation ist kein Hospiz, sagt er. „Unsere Aufgabe ist, den Patienten die höchstmögliche Lebensqualität zu verschaffen.“

Dass sich die Palliativstation von anderen Krankenhausabteilungen unterscheidet, wird schon beim Gang durch die Glastür deutlich. Gerade hat man den sterilen weißen Krankenhausflur hinter sich gelassen, findet man sich in einer kleinen anderen Welt wieder. Die Wände sind in warmen Pastelltönen gestrichen. Kerzen brennen, aus Sicherheitsgründen sind sie elek-

trisch. Für eine angenehme Atmosphäre sorgen sie dennoch. Vier Zimmer gibt es auf der Station. Platz ist für sieben Patienten. Um sie kümmert sich Dennis Kuchenbecker mit Hingabe. „Mein Job ist für mich wirklich eine Berufung“, sagt der 32-Jährige. Wenig später wird einem als Beobachter klar: Das ist keine Phrase.

Ein Besuch bei Maria Weiß steht an. Die 74-Jährige liegt alleine in einem Zweibettzimmer. Sie ist an Bauchspeicheldrüsenkrebs erkrankt. „So, ich denke, es ist Zeit, den Verband zu wechseln“, sagt Kuchenbecker. Er spricht deutlich, mit viel Fröhlichkeit in der Stimme. Generell vermittelt der Krankenpfleger viel positive Energie. Sei es

“

**Der Wunsch des Erkrankten steht an erster Stelle. Die Lebensqualität definiert jeder Patient für sich.”**

*Dennis Kuchenbecker*



Neben dem menschlichen Umgang hilft auch die gemütliche Einrichtung dabei, dass sich die Patienten auf der Palliativstation geborgen fühlen.



durch ein sanftes Streicheln über die Schulter oder ein breites, ehrliches Lächeln, mit dem er nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige ansteckt. Und Kuchenbecker lächelt viel. „Das glaubt einem fast nie jemand, aber bei uns auf der Station wird auch sehr viel gelacht.“ Der Beweis folgt auf dem Fuß. Während Kuchenbecker den Bauchverband von Maria Weiß wechselt, erzählt er einige Anekdoten, die die 74-Jährige zum Lachen bringen. Kommunikation ist für Kuchenbecker das Wichtigste. Er spricht viel mit Maria Weiß, so wie mit jedem Patienten. „Wenn möglich, nehmen wir uns viel Zeit für diese Gespräche.“ Er redet dann über Gott und die Welt. Als wäre alles normal. Und für einen todkranken Menschen, so erklärt Maria Weiß, ist diese Normalität ein Stück Lebensqualität.

Doch die Arbeit von Kuchenbecker und seinen Kollegen der Palliativstation geht noch weit über die akute Versorgung der Patienten hinaus. Mit einem Team aus Ärzten, Pflegekräften, Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgenden, Musik- und Kunsttherapeuten (siehe Seite 36) und ehrenamtlichen Helfern tut das EvKB alles dafür, den Patienten die letzte Phase ihres Lebens so angenehm wie möglich zu gestalten. Dabei steht der Wunsch des Erkrankten an vorderster Stelle. „Die beschriebene Lebensqualität definiert jeder Patient für sich. Möchte etwa jemand wieder nach Hause, tun wir alles dafür, dass das auch funkti-

oniert“, sagt Kuchenbecker. Ein wichtiger Punkt in seinem Arbeitsalltag ist die Betreuung von Angehörigen. Gemeinsam mit dem Palliativnetz in Bielefeld werden mögliche Hilfsangebote besprochen oder auch darüber gesprochen, wie der Kranke wieder nach Hause kommen könnte. Auch den Übergang in ein Hospiz bespricht Herr Kuchenbecker mit Angehörigen und vor allem natürlich mit den Patienten.

Doch wie erträgt es ein so junger Mensch, täglich mit dem Tod zu tun zu haben? „Man muss akzeptieren, dass er zum Leben dazugehört“, sagt Kuchenbecker. Abschütteln kann und will er die Schicksale seiner Patienten aber nicht. Sollte ihm ein Fall zu nahe gehen, findet er Hilfe in der Supervision und bei Kollegen. Ein komplettes Vergessen nach Feierabend kommt für ihn aber nicht in Frage. „Wenn ich das eines Tages könnte, würde ich mir einen anderen Job suchen, denn dann wäre ich nicht so für die Patienten da, wie sie es verdienen“, sagt Kuchenbecker. Hoffentlich wird der Tag nie kommen. Denn für Dennis Kuchenbecker ist sein Job auf der Palliativstation, die Arbeit mit unheilbar kranken Menschen, wirklich eine Berufung.



## Linderung

Damit sich Angehörige und Patienten gut umsorgt fühlen, ist ein multidisziplinäres Team im Einsatz. Ziel der Behandlung ist die Linderung von Symptomen, so dass die Patienten beschwerdekontrolliert wieder nach Hause entlassen werden können.

Die enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Palliativnetz in Bielefeld, dem ambulanten Hospizverein und dem stationären Hospiz ermöglicht für die Patienten eine umhüllende Versorgung.

► [www.evkb.de/onkologie](http://www.evkb.de/onkologie)



In der Kunsttherapie können Patienten dem Pinsel und dabei auch ihren Gefühlen freien Lauf lassen.



## Die Kunsttherapie

Zweimal pro Woche kommen die Kunsttherapeutinnen Kerstin Löbbe und Ulrike Koch auf die Stationen. Sie bringen Materialien wie Stifte, Ton, Acryl- und Aquarellfarben mit. Neben einem Gruppenangebot besuchen sie Patienten auf Wunsch auch auf ihren Zimmern. Wer mag, bekommt ein Skizzenbuch für Entwürfe und Gedanken. In unregelmäßigen Abständen können die Patienten ausgesuchte Werke in der Kapelle im Johannesstift ausstellen. Die Kunsttherapie gehört zu den unterstützenden Maßnahmen in der Behandlung bösartiger Erkrankungen. Genau wie Schmerztherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychoonkologie, Seelsorge und Sozialberatung ist sie für die Lebensqualität während aller Therapiephasen fest in die Behandlung integriert.

► [www.evkb.de/onkologie](http://www.evkb.de/onkologie)



# Gefühle im Bild

## Kunst als Therapie für die Seele

Zu den körperlichen Folgen einer Krebserkrankung kommen auch noch psychische Belastungen. Beim Malen drücken Patienten Empfindungen aus, die sie nicht in Worte fassen können.

TEXT Henrike Hohmeyer // FOTO Sarah Jonek

Zögerlich pinselt Christa Kohmöller die ersten Striche auf die Leinwand. Direkt in die Mitte malt sie eine Rosenblüte, die eng verschlossen ist und nichts von ihrer eigentlichen Schönheit und Stärke preisgibt. Kunsttherapeutin Kerstin Löbbe ermuntert die Patientin, weiter zu malen, ohne sich groß Gedanken zu machen. Als das Bild fertig ist, sind noch vier weitere Blüten hinzugekommen. Gemeinsam mit der Therapeutin betrachtet die Patientin ihr Werk. Plötzlich wird ihr klar: Sie hat ihre Familie gemalt. Den Sohn, der während der Therapie eng mit seiner Mutter zusammengerückt ist. Die ältere Tochter, die in Bochum studiert. Die jüngere Tochter, die auf Wunsch der Mutter nie mit ins Krankenhaus kam und sich deshalb eher dem Vater zugewandt hat, der als große Sonnenblume alles überragt und zusammenhält. „In der Kunsttherapie kamen Gefühle zum Vorschein, die ich nicht in Worte fassen konnte“, sagt Christa Kohmöller. Nach ihrer anfänglichen Skepsis wurde das Malen für sie zum festen

Ritual während ihres achtmonatigen Klinikaufenthalts. Mehr als 40 Bilder sind in dieser Zeit entstanden. Wenn Christa Kohmöller sie heute betrachtet, kann sie genau ablesen, in welcher Verfassung sie damals beim Malen war. Wild verspritzte Farbleckse zeugen von Wut und Trauer. Fein geschwungene Linien eines Brückengeländers verdeutlichen Hoffnung auf ein Überwinden der schweren Zeit. Christa Kohmöller malte immer allein, doch es besteht auch ein Gruppenangebot im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB). Hier fand Renate Borowicz zu ihrem fast vergessenen Hobby zurück. „Meine kreative Ader wieder aufleben zu lassen hilft mir dabei, mich mit dem Krebs auseinanderzusetzen“, sagt die 68-Jährige. Doch nicht nur das Malen schenkt ihr neue Kraft. „In der Gruppe kann ich gut über meine Erkrankung sprechen. Mit anderen Betroffenen, und auch auf neutralerer Ebene mit den Therapeutinnen“, sagt Renate Borowicz. Hier fühlt sie sich manchmal besonders gut verstanden.



Dr. Friedhelm Bach, Transplantationsbeauftragter, nahm die Auszeichnung stellvertretend für das Team entgegen.

# Verdiente **Ehrung**

## Hannelore Kraft zeichnet EvKB aus

Der vorbildliche Einsatz des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB) beim Thema Organspende wurde von der NRW-Ministerpräsidentin gewürdigt. Das EvKB erhält die Ehrung zum vierten Mal.

TEXT/FOTO Manuel Bünemann

Dass im Jahr 2013 bei 16 verstorbenen Spendern im EvKB Organe entnommen werden konnten, liegt auch daran, dass sich auf der operativen Intensivstation ein engagiertes Team aus Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern dieser Gemeinschaftsaufgabe widmet.

Dr. Friedhelm Bach ist leitender Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfall-, Transfusionsmedizin und Schmerztherapie und transplantationsbeauftragter Arzt im EvKB: „Anästhesie und Intensivmedizin stehen zualererst in der Verantwortung, schwerverletzten und kritisch erkrankten Patienten das Leben zu retten und zu erhalten. Ist die Verletzung jedoch so schwer, dass die Hirnfunktion unwiederbringlich und global geschädigt ist, wird von den Intensivmedizinern beurteilt, ob eine sogenannte Hirntod-Diagnostik vorgenommen wird.“ Dass der Hirntod zweifelsfrei eingetreten und diagnostiziert ist, ist für eine Organentnahme zwingende Voraussetzung. Im EvKB wird dies durch zwei erfahrene Intensivmediziner in

einer standardisierten klinischen Untersuchung und durch einen weiteren Arzt innerhalb einer EEG-Diagnostik untersucht. „Damit erfüllen wir die Vorgaben der Bundesärztekammer und der Deutschen Stiftung Organtransplantation, kurz DSO genannt“, erklärt Chefarzt Prof. Dr. Fritz Mertzluft, der im Jahr 2001 das Engagement des EvKB in der Organentnahme initiierte.

Ist der Hirntod zweifelsfrei festgestellt, führt das Team um Dr. Bach ein ausführliches Gespräch mit den nächsten Angehörigen des verstorbenen Patienten, in dem auch die Möglichkeit einer Organspende thematisiert wird. „Zu einer Spende kommt es nur dann, wenn der Patient zu Lebzeiten einen Organspendeausweis hat oder die nächsten Angehörigen einer Organspende zugestimmt haben“, so der Anästhesist. Wichtig ist ihm, dass die Familie diese Entscheidung gemeinsam trifft. Laut DSO warten in Deutschland rund 11.000 Patienten auf ein Spenderorgan.

► [www.evkb.de/anaesthesiologie](http://www.evkb.de/anaesthesiologie)



### „Höchste Anerkennung“

„Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe.

Den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den geehrten Krankenhäusern kann nicht genug gedankt werden für ihr Engagement.

Ihnen allen gilt meine höchste Anerkennung.“

**Hannelore Kraft**

Sieht das EvKB für die kommenden Jahre gut gerüstet: EvKB-Chef Dr. Rainer Norden.



## „Wir investieren“

EvKB-Chef Dr. Rainer Norden im Interview

Das Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) ist für die Zukunft gut gerüstet. Auch in den nächsten Jahren will sich das EvKB bewusst von privaten und kommunalen Krankenhäusern unterscheiden.

TEXT Peter Stuckhard // FOTO Sarah Jonek

*Sie leiten ein Krankenhaus der regionalen Spitzenversorgung mit insgesamt rund 1.500 Betten plus teilstationären und ambulanten Angeboten, das einen Umsatz von zuletzt 226 Millionen Euro erwirtschaftet hat. Was unterscheidet das freigemeinnützige EvKB von privaten und kommunalen Krankenhäusern?*

**Dr. Norden:** Da gibt es Analogien und Unterschiede. Wir bieten wie die anderen Häuser zunächst Dienstleistungen im Gesundheitswesen an. Direkt durch unsere Ärztinnen und Ärzte und unsere Pflegekräfte. Aber auch indirekt durch andere wichtige Abteilungen, wie zum Beispiel unsere Logistik,

die Tag für Tag dafür sorgt, dass unsere Patientinnen und Patienten mit Medikamenten und Essen versorgt werden, den Sozialdienst, der sich darum kümmert, dass der Übergang vom Krankenhaus zurück nach Hause und die Rehabilitation oder die ambulante Versorgung klappt, oder den Patientenbegleitedienst.

*Und wo unterscheiden Sie sich?*

**Dr. Norden:** Gegenüber den privaten Kliniken gibt es einen entscheidenden Unterschied: Unser Ziel ist es nicht etwa, möglichst hohe Gewinne zu erwirtschaften, sondern möglichst viele Menschen gesund zu machen.



*Ohne Gewinne wird es auch bei Ihnen auf Dauer nicht funktionieren.*

**Dr. Norden:** Natürlich sind auch wir darauf angewiesen, einen Überschuss zu erzielen, um die Qualität unserer Angebote nicht nur zu halten, sondern ständig zu verbessern. Wir investieren gerade 20 Millionen Euro für die Instandhaltung und den Neubau. Ein Beispiel dafür ist das neue Heli-Deck auf dem Haus Gilead I, das eine noch schnellere und reibungslosere Versorgung von Schwerverletzten und Schwerkranken ermöglicht.

*Oft wird unter dem Stichwort der Ökonomisierung beklagt, dass die wirtschaftlichen Aspekte im deutschen Gesundheitswesen überbetont werden.*

**Dr. Norden:** Die Beachtung wirtschaftlicher Notwendigkeiten ist in einem Krankenhaus sicher nicht hinreichend, aber notwendig. Dass dieser Aspekt heute so zentral diskutiert wird, liegt am Wettbewerbsdruck, aber auch daran, dass viel weniger Geld durch die öffentliche Hand ins Haus kommt. Aber: Bei uns gibt es nicht die Notwendigkeit, Aktieninhabern eine Rendite von 15 Prozent zu präsentieren. Der Überschuss, den wir erwirtschaften, investieren wir direkt und ohne Abzüge in die Patientenversorgung.

*Abgesehen von der Unternehmensform: Was macht das Evangelische Krankenhaus zu einem evangelischen Krankenhaus?*

**Dr. Norden:** Weil wir evangelisch sind, wollen wir gute Medizin und Pflege bieten. Zudem gilt bei uns die Bodenschwingsche Mahnung: „Dass ihr mir keinen abweist.“ Dabei haben wir den ganzen Menschen im Blick, den Menschen mit Körper und Seele. Deshalb spielt die Seelsorge in unseren Häusern eine bedeutende Rolle und es gibt Angebote wie die bundesweit bekannte klinische Ethik. Auch unsere speziellen Konzepte für alte Menschen wie das HELP-Programm sind weitere Beispiele für unser Engagement. Und im Kleinen ist es auch unser Therapiehund Lotta in der Psychiatrie.

*Ein Arzt kann sich heute aussuchen, wo er arbeiten will, weil die Nachfrage das Angebot weit übersteigt. Bekommt das EvKB genug ärztlichen Nachwuchs oder droht in diesem Bereich der Mangel?*

**Dr. Norden:** Im ärztlichen Bereich haben wir keine Probleme, bei Chefarzten, Oberärzten und Assistenten sind wir im Moment gut unterwegs.

*Und der Pflegesektor?*

**Dr. Norden:** Da sieht es unterschiedlich aus. Hoch spezialisierte Kräfte im Operations-



Unser Vorteil: Wir bilden in unserer Pflegeschule selbst aus.“

*Dr. Rainer Norden*

oder Intensivpflegebereich sind schwer zu bekommen. Wir haben aber einen Vorteil: Wir bilden in unserer Pflegeschule selbst aus. Die ist sogar eines unserer Markenzeichen. Außerdem entwickeln wir neue Konzepte in der Zusammenarbeit mit der Fachhochschule der Diakonie, um die berufliche Perspektive für die jungen Mitarbeitenden langfristig attraktiv zu gestalten.

*Was sind das für neue Konzepte?*

**Dr. Norden:** Wir haben gerade einen von bundesweit acht ausbildungs- und berufsbegleitenden Bachelor-Studiengängen in der Ergotherapie gestartet. Auch die Akademisierung der psychiatrischen Pflege, in der die Absolventen einen praktischen und mit dem Bachelor oder dem Master einen akademischen Abschluss erwerben können, ist ein Beispiel für unsere modernen Ausbildungskonzepte. Da sind wir ganz vorn dabei.

*Wo soll das EvKB in fünf Jahren stehen?*

**Dr. Norden:** Erstens: Wir erfüllen weiter höchste Qualitätsanforderungen. Zweitens: Wir sind weiterhin ein attraktiver Arbeitgeber und entwickeln drittens immer neue Angebote für unsere Patienten. Wie etwa das neue Kinderzentrum, das wir planen. Oder unser Traumazentrum. Doch heute wie auch in fünf Jahren gilt: Nur wer sich verändert, bleibt sich treu.



## Was der Einkauf kauft

- Kühlschränke jeder Art
- Computertomografen
- Magnetresonanztomografen
- Schafe für Bethels Wiesen
- Gardinen
- OP-Siebe
- Fahrräder
- Schnitzel
- Operationsroboter
- Lkw und Pkw
- Getränke und Kartoffeln
- Desinfektionsspender
- Und vieles mehr



Ein gutes Gefühl: Wird die Fahrtauglichkeit per Test bescheinigt, macht Autofahren gleich wieder viel mehr Spaß.

## Der schwere **Abschied** vom Autofahren

Gedächtnissprechstunde berät  
mit Hilfe objektivierter Testverfahren

Eine oftmals heikle Angelegenheit: Wie kann ich meinem Vater, meiner Mutter, meinem Mann oder meiner Frau klarmachen, dass er/sie das Auto besser stehen lassen sollte? Ihre Mobilität geht, wie Umfragen deutlich beweisen, den meisten älteren Menschen schließlich über alles. Selbst dann noch, wenn sie sich etwa den Schlüssel um den Hals hängen müssen, weil sie ihn sonst nicht finden. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) bietet in ihrer Gedächtnissprechstunde ein objektiviertes Testverfahren für die Fahrtüchtigkeit an. Das dabei diagnostizierte Risikoprofil wird in der Beratung auf jeden einzelnen Ratsuchenden angewendet. „Die Klienten fühlen sich ernstgenommen und akzeptieren unsere Ergebnisse“, fasst Oberarzt Dr. Stefan Spannhorst die bisherigen Erfahrungen des interdisziplinären Teams zusammen. Innerhalb der Gedächtnissprechstunde bietet das Team der PIA ein eigenes Beratungsverfahren an, das seit 2012 bei jedem Patienten in jeweils drei Terminen systematisch abgearbeitet wird.

Beim Erstkontakt geht es zunächst um eine allgemeine Einschätzung des Klienten: Der kommt meist durch eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt, oft aber auch durch Angehörige und verunsicherte Autofahrer selbst zustande. Im Gespräch geht es um Unfälle oder Verkehrsdelikte in den letzten zwei Jahren, darum, ob die Beifahrer sich unsicher fühlen oder ob der Fahrer selbst schon Vermeidungsstrategien entwickelt hat. Zu denen zählen Fahrten „nur noch zur Sparkasse“ oder der Beschluss, nur noch bei Tageslicht zu fahren.

Das Team versucht im weiteren Verlauf, das Risiko in Kategorien zwischen unklar, nicht vorhanden, klein, mittel und hoch einzuordnen. Als Nächstes werden körperliche Aspekte bewertet. Liegt die Sehschärfe etwa unter 60 Prozent, ist das Gesichtsfeld kleiner als 140 Grad oder sieht der Klient Doppelbilder, dann wird das als „hohes Risiko“ vermerkt. Auch die Beweglichkeit der Halswirbelsäule spielt eine große Rolle. Viele Senioren, eine Beobachtung, die man tagtäglich besonders in engen Parkhäusern machen kann, sind nicht mehr in der Lage, ihren Kopf um mehr als 45 Grad zu drehen. Das wird ebenfalls als „hohes Risiko“ bewertet.

In weiteren Sitzungen folgen eine Reihe von Untersuchungen und Tests der mentalen Fitness, deren Ergebnisse von den Fachleuten als wichtig für die Verkehrstauglichkeit betrachtet werden. Äußert ein Klient etwa, dass ihn „rote Ampeln schon lange nicht interessieren“, kann das die Folge einer beginnenden sogenannten frontotemporalen Demenz sein, bei der ins-

“

**Wir müssen uns unserer Sache sicher sein und wollen im Vergleich zu anderen Institutionen nicht zu streng sein.“**

*Dr. Stefan Spannhorst*

besondere im vorderen Bereich das Gehirn schrumpft, was sich durch Bildgebung oft gut darstellen lässt. Die Patienten werden distanzlos und neigen zu Normüberschreitungen, erst später lässt das Gedächtnis nach und der Patient wirkt wesensverändert. „Diese Personen sind“, so Spannhorst, „im Straßenverkehr hoch gefährlich.“

Bei einem weiteren Test wird der Klient gebeten, Zahlen und Buchstaben auf einem Bogen in der richtigen Reihenfolge miteinander zu verbinden. Dabei handelt es sich um ein international etabliertes Verfahren zur Messung der kognitiven Flexibilität. Benötigt er dafür bis zu 139 Sekunden, wird das Verkehrsrisiko als klein, zwischen 140 und 180 Sekunden als mittel eingeschätzt. Braucht er noch länger, als „hoch“. Und wie sehen die Konsequenzen der Testungen aus? Dr. Spannhorst nennt zwei Voraussetzungen: „Wir müssen uns unserer Sache sicher sein und wir wollen im Vergleich zu anderen Institutionen nicht zu streng sein.“ Auf dieser Grundlage erarbeitet das interdisziplinäre Team eine Einschätzung der Fahrtauglichkeit zwischen „gegeben“, „eher gegeben“, „eher nicht gegeben“ und „nicht gegeben“. Das Ergebnis wird dem Klienten im Gespräch mitgeteilt. Ist die Fahrtauglichkeit eingeschränkt, erfolgt ein Appell an die Vernunft, zeigt sich der Klient uneinsichtig, werden Angehörige einbezogen. Dies natürlich nur mit Zustimmung des Patienten: Es gilt die ärztliche Schweigepflicht. „Da dürfen wir im Gefahrenfall schon empfehlen, die Autoschlüssel notfalls in Obhut zu nehmen“, sagt Spannhorst. Ihre Schweigepflicht brechen dürfen die Ärzte nur bei akut drohender Gefahr. Spannhorst: „Da müsste der Klient schon mit dem Auto zu uns gekommen sein und sich als total fahruntüchtig und gefährdend erweisen.“

Bisher hat das Team der Gedächtnissprechstunde allerdings „noch nie die Behörde angerufen“. Spannhorst: „Wir haben das bisher immer alles gütlich regeln können. Die Risikofaktorenliste schafft dabei Transparenz.“



**Oberarzt  
Dr. Stefan Spannhorst**

### **Gedächtnis- sprechstunde**

#### **Anmeldung:**

Mo.-Do. 8:30-17:00 Uhr

Fr. 8:30-15:00 Uhr

Gadderbaumer Straße 33

33602 Bielefeld

**Tel.:** 05 21 | 77 27 85 24

**E-Mail:** seniorensprech-  
stunde@evkb.de

► **www.gerontopsy-  
chirurgie-bielefeld.de**



# Epilepsie entdecken

## Im Alter steigt Gewitterneigung im Kopf

Altersbedingt neigt unser Hirn zu mehr Aussetzern und ist verwundbarer. Gerade bei hochaltrigen Patienten werden epileptische Anfälle leicht übersehen.

INTERVIEW Cornelia Schulze // FOTOS Reinhard Elbracht, Susanne Freitag, Manuel Bünemann



### Erkrankung des Nervensystems

❶ Epilepsien sind die dritthäufigste Krankheit des Nervensystems im Alter.

❷ Altersepilepsie wird wie folgt definiert: Menschen, die im Alter (ab 60 Jahren) erstmals in ihrem Leben epileptische Anfälle haben.

❸ 17.000 ältere Menschen (60+) erkranken jährlich in Deutschland an einer Altersepilepsie.

❹ Für 50 Prozent der epileptischen Anfälle im Alter sind Schlaganfälle und Tumore die Ursache.

❺ 25 Prozent entstehen durch degenerative Veränderungen im Gehirn (z. B. Demenzen).

❻ Bei 25 Prozent sind die Ursachen bisher nicht geklärt.

❼ 80 Prozent der Betroffenen werden durch das erste Antiepileptikum anfallsfrei.

► [www.mara.de](http://www.mara.de)

► [www.evkb.de/neurologie](http://www.evkb.de/neurologie)



Die Ergebnisse der EEG-Untersuchung geben Patienten wie Ärzten wichtige Hinweise in der Diagnostik.

Heute ist bekannt, dass bundesweit 17.000 Senioren jährlich an einer Epilepsie neu erkranken. Damit sind Epilepsien die dritthäufigste Krankheit des Nervensystems im Alter. Dennoch wird die Diagnose zu selten gestellt. Neurologe Professor Wolf-Rüdiger Schäbitz vom Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) und Epileptologe Professor Christian Bien vom Krankenhaus Mara arbeiten gemeinsam daran, Epilepsien bei älteren Menschen zu entdecken und zu behandeln.

ren Menschen zu entdecken und zu behandeln.

*Wann spricht man eigentlich von einer Altersepilepsie?*

**Christian Bien:** Wenn Menschen erst nach dem 60. Lebensjahr Anfälle bekommen und zuvor, also auch in ihrer Kindheit, noch nie einen Krampfanfall hatten, dann ist das eine Altersepilepsie.

*Ist das ein neues Krankheitsbild?*

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Es hat etwas mit der demographischen Entwicklung zu tun. Erfreulicherweise werden wir ja immer älter, was den Nachteil hat, dass das Gehirn auch immer verwundbarer wird. Menschen, die einen Schlaganfall erlitten oder einen Tumor im Gehirn entwickelt haben, tragen ein zusätzliches Risiko in sich, eine Altersepilepsie zu bekommen.

**Christian Bien:** Das sind circa 50 Prozent der Betroffenen. Weitere 25 Prozent werden durch andere degenerative Hirnerkrankungen wie Verkalkungen oder Abbauprozesse ausgelöst und bei dem restlichen Viertel wissen wir noch überhaupt nicht genau, was die Krampfanfälle verursacht. Eine Möglichkeit sind sogenannte Autoimmunepilepsien, die man vor circa zehn Jahren entdeckt hat.

*Reden wir da von einem seltenen Phänomen?*

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Leider nicht. 80 pro 100.000 Einwohner im Jahr erkranken neu. Das heißt auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen haben wir 17.000 im Jahr, Tendenz steigend.

*Wie gut ist eine Altersepilepsie zu behandeln?*

**Christian Bien:** Sehr, sehr gut. Wir haben festgestellt, dass 80 Prozent der Patienten anfallsfrei werden – das ist eine herausragende Quote.

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Das Problem für uns ist nur, dass die Krankheit eher unentdeckt bleibt.

**Christian Bien:** Manchmal drängt sich uns sogar der leise Verdacht auf, dass gemeint wird, es lohnt sich nicht, alte Menschen gegen Epilepsie zu behandeln. Wir sind anderer Ansicht. Auch ältere oder demente Menschen sollten wegen der Risiken, die mit Anfällen verbunden sind, behandelt werden.

*Unterscheidet sich der Anfall eines älteren Menschen von dem eines jüngeren?*

**Christian Bien:** Im Prinzip nein, doch wir können beobachten, dass die Anfälle milder sind. Es gibt auch den Grand Mal, also den bekannten großen Anfall, in der Altersepilepsie, aber es sind eher ein bis drei Minuten, in denen der Patient ein minimales Zucken, eine atypische Handbewegung oder ein kurzes Wegdämmern zeigt. Das ist schwer zu entdecken, gerade bei Menschen mit Demenz. Doch wir wissen, dass zehn Prozent der Demenzerkrankten an einer Epilepsie leiden. Wir sind als Ärzte auf ganz genaue Beobachtungen der betreuenden Personen angewiesen.

*Das ist aber wirklich schwierig. Was sind denn Anhaltspunkte für die Angehörigen oder das Pflegepersonal?*

**Christian Bien:** Wenn der Betroffene aus seinem üblichen Verhaltensmuster herausfällt,

“

Wir haben festgestellt, dass 80 Prozent der Patienten anfallsfrei werden.”

*Prof. Dr. Christian Bien*

und zwar nicht nur einmal, sondern immer wieder. Das ist ein mögliches Anzeichen.

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Epileptische Anfälle muss man behandeln, denn durch die Abwesenheit von ein bis drei Minuten können gefährliche Situationen entstehen. Zum Beispiel beim Baden, auf der Treppe oder im Straßenverkehr. 80 Prozent der Betroffenen kann mit Medikamenten geholfen werden.

*Was ist mit den restlichen 20 Prozent?*

**Christian Bien:** Wie bei jüngeren Patienten probieren wir weitere Medikamente aus. Und wir prüfen auch die Möglichkeit, ob eine Operation eine mögliche Option ist. Wir haben mit den Medikamenten wirklich gute Erfahrungen und fanden heraus, dass ältere Patienten mit kleineren Dosen zurechtkommen.

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Das ist von Vorteil, denn wir haben es bei älteren Menschen oft mit vorerkrankten Patienten zu tun, die bereits einige Medikamente nehmen und deshalb mögliche Wechselwirkungen berücksichtigen müssen.

*Die Aussichten, mit einem fitten Hirn alt zu werden, sind ja nicht gerade rosig?*

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Das Gehirn wird mit dem Altern verwundbarer. Wenn man die 60er-Grenze überschritten hat und weder Vorerkrankungen noch relevante Risikofaktoren besitzt, muss man sich relativ wenig Gedanken machen. Bei Menschen, die schon mit 50 Jahren Bluthochdruck haben, Diabetiker sind oder unter einem Herzproblem leiden, sieht das schon anders aus.

*Kann ich vorsorglich etwas tun?*

**Wolf-Rüdiger Schäbitz:** Es gibt beim Gehirn keine Vorsorgemöglichkeit, außer einem für den ganzen Körper gesunden Lebensstil. Wenig Alkohol, kein Rauchen, viel Bewegung, wenig negativen Stress.

**Christian Bien:** Auch wenn man nicht gezielt vorsorgen kann, möchte ich noch einmal betonen: Epilepsien im Alter, wenn sie denn auftreten, sind sehr gut zu behandeln.



**Prof. Dr. Christian Bien,**  
Chefarzt der  
Epilepsiekliniken Mara.



**Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Schäbitz,**  
Chefarzt  
der EvKB-Klinik  
für Neurologie.



**In guten Händen:** Erfahrene Operateure wie Dr. Mark Schildknecht kümmern sich rund um den Eingriff um ihre Patienten.



**Künstlicher Gelenkersatz:** Bei Hüft- und Knieprothesen können Patienten auf die zertifizierten Leistungen im EvKB vertrauen.

# Überaus **gelenkig**

## Ausgezeichnetes Endoprothetik-Zentrum

Das neue Endoprothetik-Zentrum (EPZ) des EvKB wurde im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie als erstes in Bielefeld zertifiziert.

TEXT Manuel Bünemann // FOTOS Veit Mette

Kopf und Pfanne hält Dr. Mark Schildknecht in seinen Händen. Die Pfanne, halbrund und nur etwas größer als ein halbiertes Tischtennisball, ist von innen spiegelglatt. Außen haftet ihr eine raue Oberfläche an, die an den Panzer eines Reptils erinnert und damit hervorragend in den Beckenknochen verklemt werden kann. Der glatte Kopf sitzt an einem Schaft, passt exakt in die Pfanne und kann sich darin frei bewegen. Dr. Schildknecht demonstriert damit, womit er sich hauptsächlich beschäftigt: mit dem künstlichen Gelenkersatz.

Aufgrund ihrer besonderen Versorgungsqualität bei Hüft- und Knieprothesen ist die Kli-

nik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Ev. Krankenhauses Bielefeld (EvKB) als Erste in Bielefeld als Endoprothetik-Zentrum (EPZ) zertifiziert worden. Diese Auszeichnung ist Teil der Qualitätsoffensive, die die Bundesregierung in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen hat. Dr. Schildknecht ist Leiter des neuen Zentrums innerhalb der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im EvKB.

„Die Patienten in unserem EPZ profitieren von der großen Erfahrung unseres Teams und der nachgewiesenen Qualität“, führt Chefarzt und Privatdozent Dr. Thomas Vordemvenne aus. „Ein EPZ ist ein Zeichen dafür, dass die



Operationen auf höchstem Sicherheitsniveau und nach neuesten medizinischen Standards erfolgen und sämtliche Anforderungen an die Operation, die verwendeten Implantate und die Nachbehandlung eingehalten werden“, erklärt er weiter.

Solange das künstliche Gelenk in der Hand des Operateurs liegt, kann der Kopf sich noch leicht aus der Pfanne lösen. Wird die Pfanne aber bei der Operation in der Hüfte des Patienten verklemmt, schließt sie sich dabei um den Kopf und hält ihn fest. Entscheidend ist, dass der Kopf sich jetzt noch frei bewegen kann und der Schaft seinen Weg in den Beckenknochen findet. Die große Kunst ist, dass es dem Patienten dank einer präzise eingebrachten Prothese schon wenige Tage nach der Operation wieder möglich ist, selbständig zu gehen.

„Ein zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum muss strenge Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien erfüllen, um den höchsten Qualitätsanspruch in der Behandlung von Verschleißerkrankungen an Knie- und Hüftgelenk für den Patienten durchgehend sicherzustellen“, sagt Dr. Harald Niemeyer, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie. Nur ausgewiesene Hauptoperateure mit besonderer Ex-

pertise und festgelegter Operationserfahrung führen die Gelenkersatzoperationen durch. Für die Zertifizierung haben daher Spezialisten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie den gesamten Prozess der Behandlung in der Klinik einschließlich der Ergebnisse durchleuchtet. Dabei wurden sowohl das Leistungsspektrum in der Diagnostik und Therapie als auch die Qualität und die Anzahl der Eingriffe, die Patientenzufriedenheit und die Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung überprüft. Auch Physiotherapie, Radiologie, Anästhesiologie, Schmerztherapie, Rehabilitations-Management und weitere Kooperationspartner bezog die Prüfung mit ein. „Sämtliche Anforderungen wurden bei der Überprüfung durch ein externes Institut in unserer Klinik ohne Einschränkung erfüllt“, verriet Dr. Schildknecht. „Daher haben die Prüfer auch eine uneingeschränkte Empfehlung für unser neues Zentrum abgegeben.“

Das EvKB wird von nun an Jahr für Jahr von der Fachgesellschaft nach den Kriterien für die Zertifizierung als EPZ überprüft. So wird sichergestellt, dass die Patienten, die ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk benötigen, im EvKB die bewährte Behandlungsqualität erhalten, die dieser Auszeichnung entspricht.

► [www.endoprothetik-bielefeld.de](http://www.endoprothetik-bielefeld.de)

“

Sämtliche Anforderungen wurden in unserer Klinik ohne Einschränkungen erfüllt.”

*Dr. Mark Schildknecht*



**Erfolgreicher Gehversuch: Bei den ersten Schritten mit neuem Gelenk auf dem Stationsflur unterstützt die Physiotherapie die Patienten.**



Gesundheits- und Krankenpflegerin Nina Behr (Mitte) setzt bei Patient Horst Dreyer (mit seiner Frau Sigrid) um, was sie in der Schulung gelernt hat.

# Vertrauen an fremdem Ort

## Besondere Fürsorge für Demenzkranke

In einem neuen Projekt schult das Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB) jetzt Stationsteams für den besonderen Bedarf von Patienten mit Demenz.

TEXT/FOTO Manuel Bünemann

### Förderung für zukünftige Aufgaben

Die Zahl der Demenzkranken wird sich in Deutschland bis 2050 auf etwa drei Millionen verdoppeln. Damit steigt auch der Bedarf an einem besonderen Umgang mit den Betroffenen im Krankenhaus. Das EvKB ist eins von fünf Krankenhäusern, das zu diesem Zweck mit 100.000 Euro von der Robert-Bosch-Stiftung unterstützt wird.

Muss ein Demenzkranker aus seiner gewohnten Umgebung ins Krankenhaus, birgt das Gefahren. Die schon gestörte Orientierung leidet, Ängste können auftreten, das Verhalten sich ändern.

„Die Bedürfnisse von Menschen mit geistigen Erkrankungen unterscheiden sich von denen anderer Patienten. Sie passen nicht in die schnellen Abläufe des Krankenhausalltags“, sagt Projektkoordinatorin Maren Baumeister. „Diese Patienten haben Probleme, sich zu orientieren, sind verwirrt, finden ihr Zimmer oder die Toilette nicht“, erklärt Dr. Stefan Kreisel, ärztlicher Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie im EvKB. Aufgrund der steigenden Zahlen der Patienten mit diesen geistigen Einschränkungen sensibilisiert das Krankenhaus jetzt in Schulungen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen, mit denen Patienten in Berührung kommen, auf die besonderen Bedürfnisse Demenzkranker.

Dafür wurde das Pilotprojekt „Erkennen und Handeln – Bedürfnisorientierte Behandlung im Krankenhaus bei Demenz und kognitiver Einschränkung“ ins Leben gerufen. Im Juni in der Gefäßklinik im Johannesstift gestartet, ist das Ziel, das Konzept im gesamten Krankenhaus

umzusetzen. In einem nächsten Schritt wird es Anfang 2015 auf die Zentralen Notaufnahmen (ZNA) im Haus Gilead I und im Johannesstift ausgeweitet. Die Schulungen werden dafür überarbeitet und eigens auf die Bedürfnisse und Abläufe der ZNA angepasst.

„Die Arbeit mit den demenzerkrankten Patienten bedeutet für das Personal nicht unbedingt eine Mehrbelastung, sondern eine andere Vorgehensweise bei der Arbeit, bei der vor allem Aufmerksamkeit großgeschrieben wird“, sagt Maren Baumeister. Gefragt ist an dieser Stelle insbesondere das Wissen der Angehörigen: Je mehr das Behandlungsteam über die Patienten weiß, desto besser kann auf dessen Bedürfnisse eingegangen werden. So können schon kleine gewohnte Rituale wie der Kamillentee vor dem Zubettgehen den Erkrankten Orientierung bieten. In Zukunft sollen dann ausgewählte Mitarbeiter auf den Stationen als erste Ansprechpartner auftreten und die besonderen Bedürfnisse an das gesamte Stationspersonal weitertragen sowie die angepasste Behandlung koordinieren. Das Projekt wurde in Kooperation mit der Fachhochschule der Diakonie entwickelt und wird wissenschaftlich begleitet.

# Verloren im Meer der Pillen

## Multimedikation wird für Patienten oft zum Problem

Medikamente verlängern und verbessern das Leben von Kranken.  
Doch im Zusammenspiel bergen sie Gefahren.

TEXT Carsten Blumenstein

Kein Zweifel, durch eine verbesserte Arzneimitteltherapie können Menschen ein längeres und gesünderes Leben führen. Auf der anderen Seite sind es aber die Medikamente, die, wenn sie falsch eingesetzt werden oder Neben- und Wechselwirkungen verursachen, als selbstständiger krankheitsauslösender Faktor gesehen werden müssen. Ein Problem: die Multimedikation.

„Ein Teil des Problems ist, dass die Kombination von mehreren Medikamenten zu Wechselwirkungen untereinander führen kann“, sagt Prof. Dr. Heiner Berthold, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie im Ev. Krankenhaus Bielefeld (EvKB). „Wenn jemand Medikamente gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schmerzmittel, Diabetes-Medikamente und Arzneimittel gegen Depressionen einnimmt, muss man genau hingucken.“ Das könne man nur mit großem Sachverstand in den Griff bekommen. Professor Berthold sieht auf Seiten der Mediziner Nachholbedarf beim Wissen über Wechselwirkungen. Der klinische Pharmakologe und Spezialist auf

diesem Gebiet kritisiert zudem, dass die ärztliche Beratung über eine Medikamententherapie zeitintensiv ist, aber kaum abgolten werde. „Mit Beratung über Sinn und Zweck einer Arzneimitteltherapie gibt es kein Geld zu verdienen. Apparative Leistungen werden wesentlich höher honoriert.“

Für Professor Berthold muss der Patient so gut wie möglich in den Medikationsprozess eingebunden werden. Bei vielen Patienten wisse man gar nicht, ob sie die Medikamente überhaupt einnehmen. „Es sind teilweise ganz praktische Fragen der Umsetzung“, sagt der Mediziner. „Ein schriftlicher Medikationsplan ist nach wie vor die beste Lösung. Im Krankenhaus kann man Arzneimittel kontrolliert einsetzen, entscheidend ist der häusliche Bereich für die zuverlässige Langzeitgabe. Einen Medikationsplan sollte der Patient immer aktuell und vollständig haben.“

Es gebe Patienten, die Medikamente nicht nehmen, ohne es dem Arzt zu sagen. „Kommunikation ist wichtig. Es sollte nicht so sein, dass der Arzt verschreibt und der Patient gehorcht. Wichtig ist eine gute Aufklärung, was von einem Medikament erwartet werden kann: ob es unverzichtbar oder nur eine Therapieoption ist. Da gibt es Defizite“, so Professor Berthold. Bei der Medikation im Alter befinde man sich oft in einer Grauzone. Weniger kann mehr sein. „Fachleute sagen, dass dies der Bereich der Medizin im Alter ist, in dem man am meisten Vermeidungspotential von weiteren, arzneimittelverursachten Erkrankungen hat.“

“

Ein schriftlicher Medikationsplan ist die beste Lösung.“

Prof. Dr. Heiner Berthold



### HELP hilft

Das EvKB ist das erste Krankenhaus in Deutschland, an dem Patienten von HELP profitieren. Das steht für *Hospital Elder Life Program*, das am weitesten entwickelte

Programm zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Delirien. Das Hauptziel des HELP-Teams: Aufrechterhaltung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten von gefährdeten Menschen während ihres Krankenhausaufenthalts.

► [www.evkb.de/help](http://www.evkb.de/help)

► [www.evkb.de/geriatrie](http://www.evkb.de/geriatrie)





Bärtrud, Bärbara oder Bärthold  
– Namen sind für diese wolligen Begleiter  
schnell gefunden.



# 100 **Teddys** gegen die Angst

Eine warme Geste in kalten Momenten

Medizinische Untersuchungen sind besonders für Kinder oft ein Graus. Die kleinsten Patienten während der Behandlung etwas aufzumuntern ist das erklärte Ziel des Vereins „Trosteddy“. Dazu stricken die Ehrenamtlichen, was das Zeug hält.



**Astrid Husemann, Jutta Wortmeier und Edda Petrigmeier vom Verein Trostteddy übergeben 100 gestrickte Unikate an Dr. Martin Möllers, Karin Volkmann, leitende MTA, und Prof. Dr. Günther Wittenberg, Chefarzt der Radiologie im EvKB, (von links).**

ehrenamtlich in Handarbeit gestrickt und der Abteilung für Kinderradiologie gespendet haben. „Die Trostteddys schenken wir unseren jungen Patienten vor der Untersuchung oder hinterher als Belohnung“, erklärt Dr. Möllers. „Wir können so besser untersuchen und die Kinder werden aufgemuntert. Wir bedanken uns ganz herzlich für diese tolle Spende!“

„Den da“, sagt Darius und zeigt auf einen gestrickten Schmetterling, der eine pinkfarbene Mütze trägt. Kurz darauf landet er in Darius' Arm und auch das mulmige Gefühl ist verflogen. Nach der Ultraschalluntersuchung darf der Zweijährige seinen neuen Gefährten mit nach Hause nehmen. Mehr als 250 ehrenamtliche Helfer stricken bundesweit Trostteddys. „Ein Lächeln auf jedem Kindergesicht – das ist unser Ziel“, sagt Jutta Wortmeier. Mit dem Verein versorgt sie außerdem Obdachlose und an Demenz Erkrankte mit gestrickter Kleidung.

Die Kinderradiologie im EvKB ist die einzige eigenständige Fachabteilung dieser Art in Ostwestfalen-Lippe. Etwa 25.000 Untersuchungen werden hier pro Jahr bei jungen Patienten – vom Neugeborenen bis zum 18. Lebensjahr – ambulant und stationär durchgeführt. ► [www.evkb.de/radiologie](http://www.evkb.de/radiologie)  
► [www.trostteddy.de](http://www.trostteddy.de)

Kaltes Gel, das beim Ultraschall auf der Hautoberfläche verteilt wird, die lauten Geräusche, die ein Magnetresonanztomograf (MRT) verursacht, oder die unbekanntes Räume mit den großen Geräten darin – Dr. Martin Möllers erlebt beinahe jeden Tag, dass sich Kinder vor der ungewohnten Situation der Untersuchung fürchten. Dabei gibt der leitende Kinderradiologe im Ev. Krankenhaus Bielefeld längst nicht jedem Patienten eine Spritze.

Zu Hilfe kommen jetzt 100 Teddybären und weitere Kuschtiere. Sie sorgen bei den Kindern für einen kleinen Glücksmoment und vertreiben ihre Ängste. Dabei handelt es sich um Unikate, die die Mitglieder des Vereins „Trostteddy“

“

**Wir können so besser untersuchen und die Kinder werden aufgemuntert.“**

*Dr. Martin Möllers*



**Darius hat mit seinem Trostteddy die Angst vor der Untersuchung überwunden.**

# Auf Augenhöhe

## Diakonisch aus gutem Grund

So kann die Arbeit im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) beschrieben werden. Wir vertreten unsere christliche Prägung selbstbewusst und voller Überzeugung.

TEXT Dr. Nicole Frommann // FOTO Susanne Freitag

Zum diakonischen Selbstverständnis gehört, offen zu sagen, wofür man steht, und danach zu handeln. Natürlich immer nach christlichem Kodex.

Kein Wunder, denn der Ursprung des Wortes Diakonie liegt im Handeln der Kirche, in der Nächstenliebe, in der Hinwendung zu den Armen, Schwachen und Ausgegrenzten der Gesellschaft. Historisch liegt die Motivation der evangelischen Krankenhausarbeit im christlichen Glauben, in dem Ziel, kranken Menschen zu helfen, Schmerzen zu lindern, zu heilen, den Ängsten und seelischen Nöten standzuhalten – oder, wenn nichts mehr geht, Menschen bis zu ihrem Ende zu begleiten.

*Diakonisch...* steht dafür, gerade für die schwachen und hilflosen Menschen da zu sein.

*Diakonisch...* reflektiert das Handeln am Anfang und am Ende eines Lebens, immer mit der Prämisse, für das Leben einzustehen. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund der öffentlich geführten Debatte über den Status der Sterbehilfe in Deutschland.

*Diakonisch...* meint das selbstverständliche Miteinander von Männern und Frauen. Es gibt kein irgendwie religiös, kulturell oder gesellschaftlich motiviertes Über- oder Nebeneinander beider Geschlechter, sondern Teamarbeit auf Augenhöhe. Allein Kompetenz und Können zählen. Ob ein Patient durch männliche oder weibliche Mitarbeitende versorgt wird, wertet die Qualität der Arbeit weder auf noch ab. Und das Wort einer Ärztin gilt so viel wie das Wort eines Arztes.

*Diakonisch...* dazu gehört, dass Mitarbeitende in unserem Krankenhaus auf ihren Glauben ansprechbar sind.

*Diakonisch...* heißt auch: Wir öffnen unsere Kapellen für Menschen anderer Religionen. Kapellen sind Räume des Glaubens, in denen Menschen beten und ihrem Gott begegnen können.

Zu unserem diakonischen Selbstverständnis gehört christliche Seelsorge, die wir jedem Menschen zu jeder Tages- und Nachtzeit anbieten. Denn eines ist uns allen gemeinsam: Grenzsituationen lassen uns – unabhängig von jeder Kultur und Religion – ohnmächtig und sprachlos werden. Trost ist dann das einzige Gegenmittel. Und den kann uns Gott geben.

Diakonisch bedeutet für mich, den eigenen christlichen Standpunkt zu haben und zu vertreten. Menschen anderer Religionen zu achten und ins Gespräch zu kommen. Die Vielfalt der Glaubensüberzeugungen muss Menschen nicht voneinander trennen, wenn sie bereit sind, einander zu achten.

Wir sind diakonisch. Aus gutem Grund. Und dieser Grund ist der Glaube an Gott, der will, dass allen Menschen geholfen wird.



Dr. Nicole Frommann ist Theologische Direktorin am EvKB.

“

Allein Kompetenz und Können zählen.“

Dr. Nicole Frommann,  
Theologische Direktorin am EvKB



Das Medizin-Magazin aus Bielefeld.

# Jetzt kostenlos bestellen!

Ich bin klug, prägnant,  
ein Informant.

Rege mit Wissen zu guter Gesundheit an.

Denn mir liegt daran.

Ich bin Ihre **Gesund+**.

Ich bin nicht verschlossen:

Meine Seiten liegen Ihnen offen.

Ich hab nichts dagegen,  
wenn Sie mich auslegen.

Liege auch gut in der Hand

für Bielefeld und Umland.

Ich bin sehr leicht zu kriegen,

komme bei Ihnen zum Liegen.

Bin gratis erhältlich.

Bestellen oder abonnieren Sie mich!



## Bitte senden Sie diesen Coupon ausgefüllt an:

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH  
Medienzentrum  
Bethesdaweg 10  
33617 Bielefeld

per Fax an 0521 – 772 7 70 64  
oder per E-Mail an [medienzentrum@evkb.de](mailto:medienzentrum@evkb.de)

Es besteht kein rechtlicher Anspruch auf Zusendung. Das Abonnement kann jederzeit schriftlich gekündigt werden. Bitte senden Sie uns hierfür ein formloses Schreiben an die oben genannte Adresse.



## Ich möchte

- weitere Hefte dieser Ausgabe kostenfrei bestellen. \_\_\_\_\_ Stück
- Gesund+** kostenfrei abonnieren. \_\_\_\_\_ Stück

Firma: \_\_\_\_\_

Anrede: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_



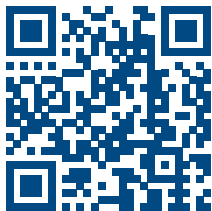
Evangelisches  
**KRANKENHAUS**  
Bielefeld

**EIN KLEINER PIKS?  
STÖRT SIE SONST  
DOCH AUCH NICHT.**

**SPENDEN SIE BLUT.  
RETTEN SIE LEBEN.**

**Montags bis freitags beim  
Blutspendedienst Bethel.**

[www.blutspende-bethel.de](http://www.blutspende-bethel.de)



[www.blutspende-bethel.de](http://www.blutspende-bethel.de)

Bethel 

Evangelisches  
Johanneswerk 