



10 Jahre Gastroenterologie
im St. Anna Hospital

Hintergrund
Die Zukunft hat bereits begonnen 6
Endoskopische Behandlung von Gallengängen
und Bauchspeicheldrüse

Trends
Das ist der HiTT: Nadel statt Skalpell 12
Zerstörung von Lebertumoren durch Hitzebehandlung

Hinter den Kulissen
Mehrere Köche verbessern den Brei 14
Die Interdisziplinäre Station

Aktuell
Bestanden! 18
Qualitätssiegel für die Zentralapotheke

Nachdenken
Miteinander auf dem Weg 22

Trends

8 Früh erkannt ist fast gebannt
Frühkarzinome können endoskopisch
geheilt werden

10 „Da werd' ich unheimlich sauer“
Die Refluxerkrankung

Blick zurück

16 Höhlenforschung leicht gemacht
Die Geschichte der Endoskopie

Trends

20 „Schwamm drüber“
Moderne Wundversorgung
in der Chirurgie

Rubriken

3 Editorial
4 Kurz notiert
24 Personen
2 Impressum

Liebe PatientInnen, liebe KollegInnen, liebe LeserInnen,

erinnern Sie sich an den 1966 erschienenen Film „Die phantastische Reise“? Auf einen Wissenschaftler wird ein Attentat verübt. Eine Kugel trifft ihn am Kopf und dringt in sein Gehirn ein. Er überlebt, allerdings im Koma. Eine herkömmliche Operation scheidet aus, da dadurch sein Gehirn irreparablen Schaden nehmen würde.

Ein chirurgisches Team wird zusammen mit einem U-Boot-Piloten auf Stecknadelgröße geschrumpft und in die Blutbahn des Patienten injiziert. Ihr Auftrag: das Blutgerinnsel von innen mit einem Laser auflösen. Auf dem Weg zum Gehirn muss das OP-Team einige Abenteuer und neue beeindruckende Impressionen bewältigen, bis sie ihr Ziel erreichen.

Vor über 35 Jahren, als die Medizin noch teilweise in den Kinderschuhen steckte, war dieser Film eine neue Erfahrung. Aufnahmen vom Inneren des Körpers waren zu der Zeit unbekannt.

Denken Science-Fiction Autoren weiter, oder können sie in die Zukunft schauen?

Was damals noch als Utopie bezeichnet wurde, ist heute schon beinahe Routine. Zwar nicht die Verkleinerung von Menschen, aber die Miniaturisierung von Computern und Maschinen. Heute kann man mit Spezialkameras in das Menscheninnere schauen und mit Spezialmethoden ohne große Schnitte etliche Operationen durchführen, zu denen vor einigen Jahren noch der ganze Bauchraum geöffnet werden musste.

Vor fast genau zehn Jahren, im September 1993, wurde dieser Technik, der Endoskopie, im St. Anna Hospital eine eigene Klinik eingerichtet. Für deren Chefarzt Dr. Werner Hoffmann ein Anlass, im Herbst mit seinem Team, dem St. Anna Hospital und den Fachkollegen anderer Krankenhäuser und Praxen zu feiern. Für die pinwand ist es jetzt schon Grund genug, seiner Arbeit, seinen Möglichkeiten, dem Thema „Endoskopie“ den Großteil einer Ausgabe zu widmen. Lesen Sie auf den folgenden Seiten, was die Herren (und Damen) über Schläuche, Minikameras und winzige Instrumente zu leisten in der Lage sind. Und nehmen Sie zur Kenntnis, was sich im St. Anna Hospital sonst noch abspielt.

Rainer Achterholt

Die aktuelle Ausstellung in unserer Krankenhausgalerie zeigt bis zum 31. Juli Bilder aus dem Bestand des Wanner Antiquitätenhändlers Alfred Schimpf. Kopien alter Meister hängen neben Öldrucken bekannter Gemälde, das idyllische Alpenpanorama neben dem gestickten Stilleben. Was jahrzehntelang in den Schlafzimmern und den guten Stuben gegangen hat, landet irgendwann beim Antiquitätenhändler oder auf dem Trödel. Unterschiedliche Sehnsüchte drücken sich darin aus: der Wunsch nach heiler Welt, das Bedürfnis, sich „große“ Kunst in die Stube zu hängen – wenigstens als Kopie – der Drang zur unberührten Natur und zur weiten Welt. So zeigt die Ausstellung im St. Anna Hospital ein Stück Heimat- und Kulturgeschichte der kleinen Leute.

kurz
notiert



Kunsthistoriker Michael Kade bei der Eröffnung

„Alt werden ist nichts für Feiglinge.“ Mit dieser humorvoll sinnlichen Aussage interpretierte unlängst eine unserer Patientinnen ihre verschiedenen gesundheitlichen Einschränkungen. Ihren Mitpatientinnen war diese Bemerkung eine Ermunterung, die kleineren und größeren Beschwerden des Alters besser zu ertragen. Die Besucher nahmen sie als Aufforderung, vor dem Alt werden nicht feige und bange zu sein.

4 5 Kurznotiert
Das Hammer Forum hat wieder eine kleine Patientin ins St. Anna Hospital vermittelt. Die 12jährige Samid aus Eritrea leidet an einer Knochenentzündung und wird von Priv.-Doz. Dr. Kozianka und seinem Team behandelt. In dem ostafrikanische Land, das von Dürre und den Folgen eines Bürgerkrieges gezeichnet ist, konnte ihr niemand mehr helfen. Die Hilfsorganisation Hammer Forum vermittelt Kinder in deutsche Krankenhäuser, denen in ihrem Heimatland keine medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Auch in unserer Chirurgischen Klinik sind schon mehrfach kleine Patienten kostenlos behandelt worden.

St. Anna
Hospital
986-0

Die Interdisziplinäre Station 2 A/B, auf der die Patienten von Chirurgen und Internisten gleichzeitig versorgt werden, konnte die 3000. Patientin begrüßen. Vor vier Jahren haben die beiden Chefarzte Priv.Doz. Dr. Jürgen Kozianka (rechts) von der Chirurgie und der Gastroenterologie Dr. Werner Hoffmann (links) das Experiment als erste in Nordrhein-Westfalen gewagt: die Behandlung von Patienten mit Baucherkkrankungen auf einer gemeinsamen Station. Gemeinsame Visiten und Besprechungen, sogar Eingriffe, bei denen Mediziner beider Fachrichtungen operieren, gehören seitdem für die Ärzte beider Abteilungen zum Klinikalltag. In einem Interview erläutern sie weiter hinten diese in Deutschland fast einmalige Station.



Seine Internationalität hat das St. Anna Hospital erneut unter Beweis gestellt: Mit Magda Vasileiori (links) und Jenny Tsiamalou haben zwei Krankenpflegestudentinnen ein dreimonatiges Praktikum in verschiedenen Stationen und im OP unseres Hauses gemacht. Die beiden jungen Frauen waren durch ein EU-Stipendium des Leonardo-da-Vinci-Programmes bei uns. In Griechenland studieren sie Krankenpflege an der Fachhochschule. Dort ist nach dreieinhalb Jahren theoretischer Ausbildung als letztes Semester ein Praktikum vorgeschrieben. Einen Teil davon konnten sie bei uns absolvieren.

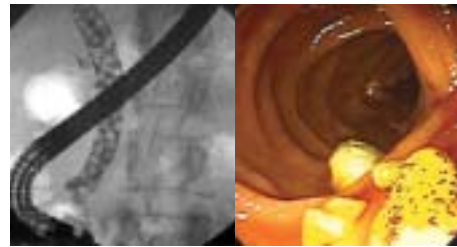
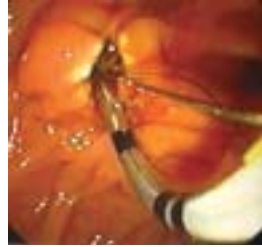
Das Rheumazentrum Ruhrgebiet ist im Mai Partner der St. Vincenz Hospital gGmbH geworden. Damit sind alle katholischen Krankenhäuser in Wanne-Eickel zu einem Rechtsträger zusammen geschlossen. Mit der Psychatrie im St. Marien Hospital, den Abteilungen des St. Anna Hospitals, der Pflegeeinrichtung des Gästehauses, dem Bildungszentrum und jetzt der Rheumatologie macht die St. Vincenz Hospital gGmbH ein Angebot an die Bevölkerung, das unter einander nicht in Konkurrenz steht. Viele der Abteilungen haben aber auch über Herne hinaus Bedeutung. Das Rheumazentrum etwa gewinnt 83% der Patienten in anderen Städten.



Die Zukunft hat schon begonnen

Bis zu den 70er Jahren lagen die Gallenwege und die Bauchspeicheldrüse diagnostisch völlig im Dunkeln – weder mit dem Röntgengerät noch mit dem Ultraschall war eine bildliche Darstellung möglich. 1970 schafften Mediziner in Japan den Durchbruch: Mit Hilfe eines Endoskops gelang es ihnen, mit einem Kontrastmittel die Gallengänge und die Bauchspeicheldrüse direkt auf dem Bildschirm sichtbar zumachen. Gelingen konnte ihnen das über das Einführen eines Katheters in die Mündung der Gangsysteme in den Zwölffingerdarm. Die Erfindung der endoskopischen Spaltung der Gallengangsmündung in den Zwölffingerdarm durch Prof. Dr. Classen, dem früheren Lehrer unseres Chefarztes Dr. Hoffmann, revolutionierte die Behandlung dieser beiden Organen.

oder den Bauchspeicheldrüsengang eingeführt. Der Draht wird gespannt und kann die Mündung in gezielter Richtung mit Hochfrequenzstrom aufschneiden (rechts).



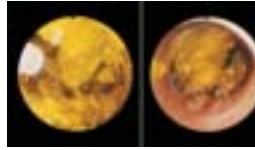
Kann der Stein nicht gefasst werden oder ist er eingeklemmt, wird er elektrohydraulisch oder mit einem speziellen Laser zerkleinert. Mit ähnlichen Methoden können Steine aus dem Bauchspeicheldrüsengang entfernt werden (links).

Sind die Gallenwege oder der Bauchspeicheldrüsengang verschlossen, muss schnell ein Abfluss geschaffen werden. Sonst drohen lebensgefährliche Entzündungen. Ursache des Verschlusses können Narben, Entzündungen, Tumore oder Steine sein. Die Drainagemaßnahmen lassen sich entweder durch Kunststoffprothesen (unten links) oder durch Stents, winzige Metallröhrchen (unten rechts) erzielen.



Sind die Gallenwege oder der Bauchspeicheldrüsengang verschlossen, muss schnell ein Abfluss geschaffen werden. Sonst drohen lebensgefährliche Entzündungen. Ursache des Verschlusses können Narben, Entzündungen, Tumore oder Steine sein. Die Drainagemaßnahmen lassen sich entweder durch Kunststoffprothesen (unten links) oder durch Stents, winzige Metallröhrchen (unten rechts) erzielen.

Steine können unter Sicht zertrümmert, Stents millimetergenau platziert werden.



Es gibt jedoch Situationen, in denen die ERCP nicht möglich ist. Dies können Mündungsanomalien des Gallengangs, Verlegung des Zwölffingerdarms oder ein Zustand nach Operationen sein. Hier können die beschriebenen Therapien über einen Weg von außen durchgeführt werden. Dieser Zugang durch die Leber ist etwas gefährlicher und zeitaufwendiger, jedoch genauso erfolgreich wie die ERCP.



Faszinierend sind diese neuen Techniken, vor wenigen Jahren noch unvorstellbar. Gleichzeitig wissen wir, dass die Entwicklung rasant fort schreitet. Mini-U-Boote, die ein ganzes Arsenal von Untersuchungs- und Behandlungsinstrumenten mit sich führen, sind schon keine Zukunftsmusik mehr. Im St. Anna Hospital wollen wir bei solchen Entwicklungen auch weiterhin in der ersten Reihe stehen.

Dr. Werner Hoffmann
Chefarzt der Medizinischen Klinik II

Endoskopische Behandlung von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse

ERCP heißt die Therapie im medizinischen Jargon. Dahinter verbirgt sich das Wortungetüm endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie, zu deutsch Röntgenkontrastdarstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse. Sie kommt zur Anwendung bei Patienten mit Steinen und Tumoren in den Gallengängen, mit ungeklärter Gelbsucht und mit Erkrankungen und Tumoren der Bauchspeicheldrüse.

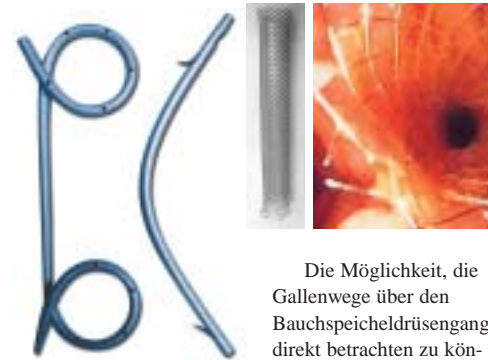
Der Vorteil der Methode liegt auf der Hand: Statt einer Operation kann den Patienten durch eine Endoskopie, die nicht belastender ist als eine Magenspiegelung, innerhalb von 30 bis 60 Minuten entscheidend geholfen werden.

Voraussetzung ist in der Regel die erwähnte Aufspaltung der Gallengangsmündung. Hierfür wird ein speziell konstruierter Katheter mit einem Hochfrequenzschneidedraht in den Gallengang

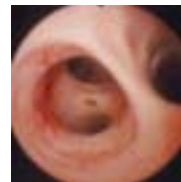


Anschließend können zum Beispiel Gallengangssteine aus dem Gallengang gezogen werden (oben).

Große Steine können mit speziellen Körbchen mechanisch zerkleinert werden (links).



Die Möglichkeit, die Gallenwege über den Bauchspeicheldrüsengang direkt betrachten zu können, ist ein riesiger Fortschritt der Untersuchungsmethoden. Die gezielte Steuerung therapeutischer Maßnahmen mit Hilfe der Kamera, die aus dem Inneren des Körpers Aufnahmen auf den Bildschirm sendet (links), garantiert den Erfolg in nahezu allen Fällen:



Früh erkannt ist fast gebannt

Krebs im Frühstadium kann im Magen-Darm-Trakt hervorragend geheilt werden. Man muss ihn nur früh genug finden! Wenn sich Krebszellen nur in der obersten Schleimhautschicht befinden und noch nicht in tiefere Wandschichten eingedrungen sind, kann man Frühkrebs mit einem endoskopischen Eingriff heilen.

Krebs im Frühstadium macht leider oft keine Beschwerden. Die einzige Möglichkeit, ihn zu diesem Zeitpunkt zu entdecken, ist die endoskopische Untersuchung. Besonders günstig zur Früherkennung ist dabei die Dickdarmspiegelung. Im Dickdarm entwickelt sich Krebs meist aus gutartigen Polypen, die im Laufe von Jahren entarten können. Diese Polypen können bei der Darmspiegelung mit der Schlinge schmerzfrei abgetragen werden. Damit ist die Krebsgefahr gebannt.

Wenn ein verdächtiger Bezirk gefunden worden ist, entnehmen wir zur Sicherung eine Gewebeprobe zur feingeweblichen Untersuchung im Speziallabor.

Ist ein Frühkrebs gefunden, müssen wir die Heilung erreichen. Mit großer Sicherheit gelingt das durch einen chirurgischen Eingriff. Unter günstigen Bedingungen ist aber auch schon die endoskopische Abtragung ausreichend sicher.

Dabei gehen wir so vor, dass wir die Schleimhaut künstlich durch Unterspritzen von Flüssigkeit verdicken. Dadurch wird der entartete Teil angehoben und die Gefahr der Wandverletzung beim Abtragen verringert. Im Magen und Darm

Frühkarzinome können endoskopisch geheilt werden

In der Speiseröhre und im Magen – vereinzelt aber auch im Dickdarm – kann Krebs sich aus flachen, schwer erkennbaren Veränderungen der Schleimhaut entwickeln. Diese Veränderungen rechtzeitig zu finden, ist unser großes Ziel.

Was brauchen wir dazu?

- Wir brauchen gute Endoskope, möglichst hoch auflösende Videoskope (Bild 1).
- Wir brauchen erfahrene, sorgfältige Untersucher.
- Manchmal brauchen wir Farblösungen auf der Schleimhaut, damit sich unklare Veränderungen besser abheben (Bild 2).

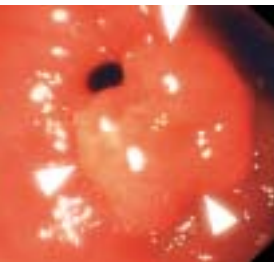


Bild 1 (links): im Videoskop deutlich erkennbarer Tumor

Bild 2 (unten): durch Farblösung sichtbar gemachter Polyp



erfolgt dann die Abtragung meist mit einer Schlinge (siehe Schema 1 + Bild 4).

In der Speiseröhre setzen wir eine durchsichtige Kappe auf das Endoskop (s. Schema 2 + Bild 3). Die entartete Schleimhaut wird dann eingesaugt und in dem Zylinder abgeschnitten. Man gewinnt dadurch ein bis anderthalb Zentimeter große Schleimhautscheiben, die zur feingeweblichen Begutachtung ins Labor eingeschickt werden. Wenn danach bescheinigt wird, dass keine tieferen Wandschichten und keine Lymphbahnen befallen wurden, können wir von der Heilung ausgehen. Nachkontrollen sollten aber dringend durchgeführt werden. Gerade bei heilbarem Frühkrebs tragen wir eine hohe Verantwortung.

Dr. Winfried Schmüdderich
Oberarzt der Medizinischen Klinik II

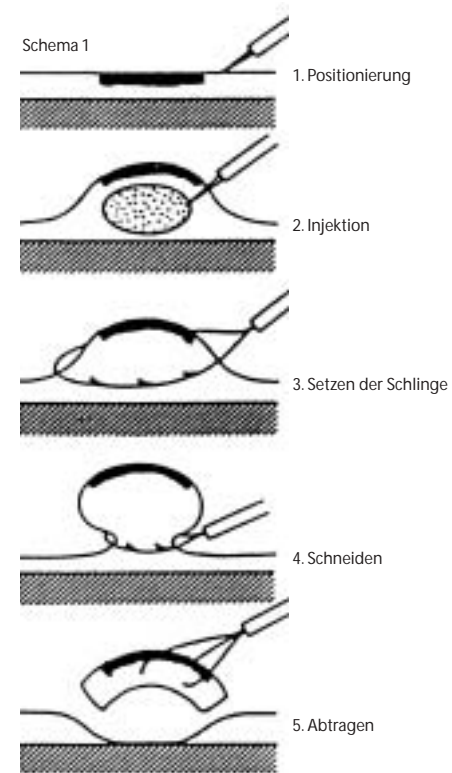
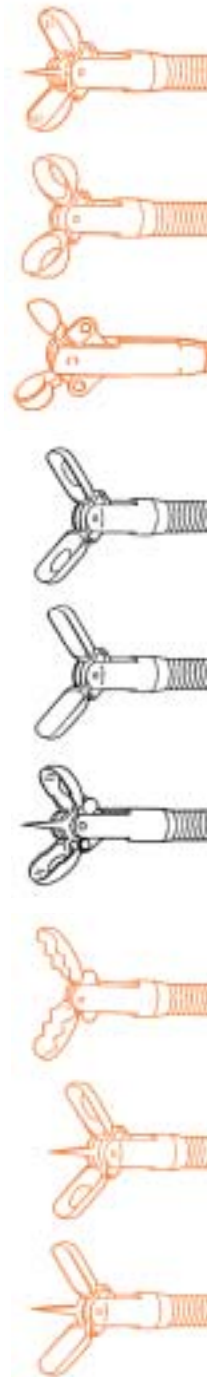
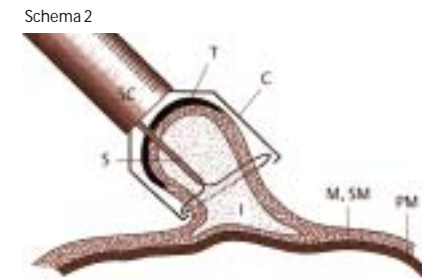


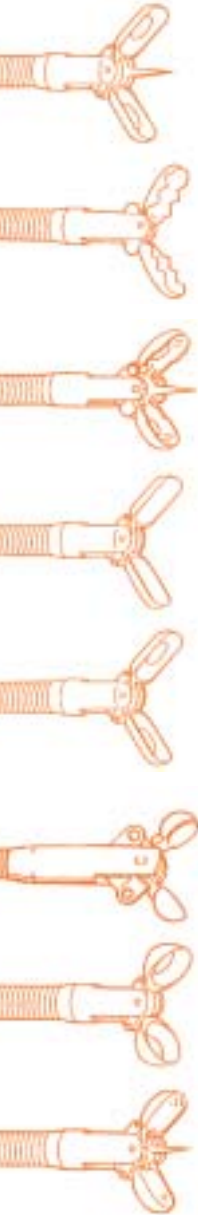
Bild 4:
Schnittfläche, von der der Tumor abgetragen wurde



Bild 3:



„Da werd ich unheimlich sauer“ Die Refluxerkrankung



Was ist die Refluxkrankheit?

Der Rückstrom von Magen- und/oder Dünndarminhalt in die Speiseröhre (ohne Würgen) über einen längeren Zeitraum.

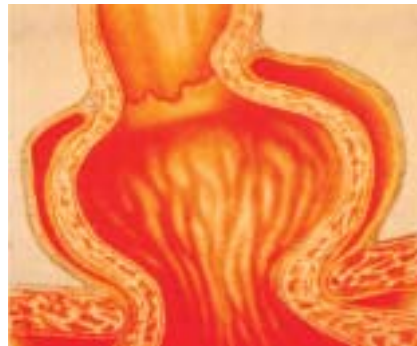


Warum geschieht das?

Hauptursache ist eine verminderte Verschlussfunktion des unteren Speiseröhrenschließmuskels.

Weiter können die zusätzlich unterstützenden Verschlussfunktionen ausgeschaltet sein durch:

- Zwerchfellbruch,
- gestörte Pumpfunktion der Speiseröhre,
- zu hoher Druck im Bauchraum.



Wie häufig ist die Refluxkrankheit?

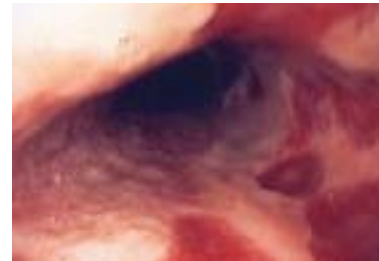
Unter der Refluxerkrankung leiden etwa 10% der Bevölkerung. Die Häufigkeit nimmt mit dem Lebensalter zu.

Was macht die Refluxkrankheit für Beschwerden?

Sodbrennen, saures Aufstoßen („Tagrülpsen“), Schmerzen hinter dem Brustbein und im Oberbauch („Nachtbrenner“), Schluckstörungen, nächtliches Husten oder nächtliches Asthma.

Ist das alles?

Nein, die Refluxkrankheit macht auch Schäden:
- Speiseröhrentzündungen Grad 1 bis 3



- Geschwür der Speiseröhre mit folgender Einengung und Blutung
- Umbau der Speiseröhrenschleimhaut (sogenannte Barrett-Schleimhaut) mit einem erhöhten Krebsrisiko



Wie diagnostiziert man die Refluxkrankheit?

Der Standard für die Diagnose ist die Spiegelung von Speiseröhre und Magen. Häufig sind noch weitere Untersuchungen nötig, etwa eine 24-Stunden-Säuremessung oder eine Druckmessung in der Speiseröhre.

Wie behandelt man die Refluxkrankheit?

Es gibt verschiedene Therapiemöglichkeiten, die auf die vorliegenden Befunde beim individuellen Patienten abgestimmt werden müssen:

1. Medikamentöse Therapie: Standard ist heute die medikamentöse Therapie mit sogenannten Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI). Diese Medikamente sind die hochwirksamsten Säureblocker, im Augenblick jedoch noch relativ teuer.
2. Chirurgische Therapie: Bei manchen Patienten mit einer schweren Refluxkrankheit ist eine Operation sinnvoller, vor allem wenn ein großer Zwerchfellbruch vorliegt. Diese Operation ist heute standardisiert und kann meist in der „Schlüssellochtechnik“ durchgeführt werden.
3. Endoskopische Therapie: In den letzten Jahren kommen auch neue endoskopische Operationsverfahren zum Einsatz. Sie sind jedoch in ihrem Langzeiterfolg noch nicht gesichert:

- die Radiofrequenztherapie (Stretta-Methode) (oben links)
- die endoskopische Nähmaschine (oben mitte)
- die Injektion eines Kunststoffschwammes (oben rechts)

Das ist der HiTT: Nadel statt Skalpell

Krebszellen aus einem Tumor haben die Eigenschaft, in den übrigen Körper zu streuen. Sie bilden Absiedlungen in anderen Organen, sogenannte Metastasen. Eine dauerhafte Heilung ist dann meist nicht mehr möglich. Bei einigen Krebserkrankungen, insbesondere beim Darmkrebs, finden sich solche Metastasen manchmal nur in der Leber. Dann kann noch eine Chance auf Dauerheilung bestehen.

Die beste Methode ist die operative Entfernung dieser Metastasen. Also muss zuerst mit dem Chirurgen besprochen werden, ob diese Möglichkeit im Einzelfall technisch machbar ist.

Die Metastasen können aber auf beiden Leberlappen so verteilt sein, dass sie nicht ohne Zerstörung der Leber heraus operiert werden können. Dann besteht mit der Chemotherapie nur noch die Hoffnung, das Tumorwachstum zum Stillstand zu bringen oder eine Rückbildung zu erreichen. Der Tumor kann aber nicht mehr vollständig entfernt werden.

Seit neuestem haben wir aber noch eine weitere Möglichkeit der Therapie. Sofern eine Metastase nicht größer als 3,5 bis maximal fünf Zentimeter ist, kann sie in einem kleinen Eingriff mit Hochfrequenz-Strom zerstört werden.

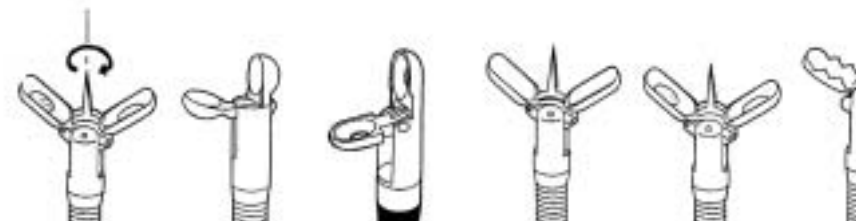
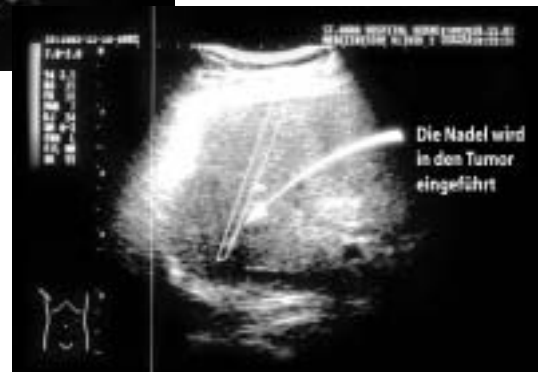
Nach Gabe eines Schmerz- und Schlafmittels können wir eine spezielle Nadel in die Metastase vorschieben. Wir beobachten und steuern diesen Eingriff über Ultraschall. Durch die Nadelspitze leiten wir jetzt Hochfrequenz-Strom in die Metastase. Dabei erhitzt die elektrische Energie das Gewebe auf über 90 Grad und tötet dadurch die Tumorzellen ab. Indem wir eine Kochsalzlösung durch die Nadelspitze spülen, wird ein besserer Energiefluss ins Gewebe erreicht. Dadurch können wir die Tumorerstörung bis auf fünf Zentimeter ausbreiten. Durch die Erhitzung wird das Gewebe im Ultraschallbild weiß, so dass wir

die Ausbreitung der Energie im Tumor auf dem Bildschirm des Ultraschalls direkt mit verfolgen können. Durch Computersteuerung stimmen wir dabei Stromabgabe, elektrischen Widerstand und Flüssigkeitsspülung genau aufeinander ab.

Erste wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass diese so genannte HiTT-Therapie zu Dauerheilungen führen kann, wenn sonst keine versteckten Tumorzellen im Körper vorhanden sind.

*Dr. Winfried Schmüdderich
Oberarzt der Medizinischen Klinik II*

Zerstörung von Lebertumoren durch Hitzebehandlung



Mehrere Köche verbessern den Brei

Eines der vielen Glanzlichter der Gastroenterologie und Chirurgie im St. Anna Hospital ist die Interdisziplinäre Station. Auf der Station 2 A/B werden seit vier Jahren die Patienten von Gastroenterologen und Chirurgen gleichzeitig behandelt – ein in Nordrhein-Westfalen bisher einmaliges Kunststück. Die pinwand sprach mit den beiden Chefarzten Dr. Werner Hoffmann von der Medizinischen Klinik II und dem Chirurgen Priv.-Doz. Dr. Jürgen Kozianka.

pinwand: Wen behandeln Sie auf der Interdisziplinären Station?

Dr. Kozianka: Zu uns kommen Patienten mit unterschiedlichen Baucherkrankungen. Dazu gehören etwa entzündliche Darmerkrankungen, sowohl gut- als auch bösartig, Blutungen im Verdauungsapparat, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, Darmverschluss und viele andere, teilweise unklare Baucherkrankungen.

Die Interdisziplinäre Station

Dr. Hoffmann: Behandelt werden sie dann von Gastroenterologen, das sind Internisten, die auf den Verdauungstrakt spezialisiert sind, und von sogenannten Visceralchirurgen – Chirurgen, die sich mit dem Bauchinnenraum befassen.

pinwand: Wenn ich ins Krankenhaus gehe und dort von zwei unterschiedlichen Fachrichtungen behandelt werden muss, erwarte ich, dass die Ärzte dort zusammen arbeiten, sich absprechen und gemeinsam über meine Behandlung nachdenken. Warum brauche ich dafür eine eigene Interdisziplinäre Station?

Dr. Hoffmann: Sie beschreiben den Idealfall, der im herkömmlichen deutschen Krankenhaus nicht funktioniert. In der Regel werden Sie bei einer Disziplin aufgenommen, untersucht und behandelt. Eventuell können Sie innerhalb des Krankenhauses in eine andere

Disziplin verlegt werden. Oder es wird der Arzt einer andere Fachrichtung hinzugezogen, der dann seine Meinung äußern, aber nicht mit entscheiden kann.

Dr. Kozianka: Auf unserer Interdisziplinären Station läuft das anders. Hier werden die Patienten von Anfang an von den Ärzten und Ärztinnen beider Fachrichtungen täglich gemeinsam untersucht und behandelt. Von Anfang an diskutieren wir gemeinsam über mögliche Behandlungsmethoden, legen gemeinsam das Behandlungsziel fest und führen notwendige Eingriffe, also Operationen unter Umständen sogar gemeinsam durch.

pinwand: Wer trägt am Ende die Verantwortung für den einzelnen Patienten?

Dr. Kozianka: Die Verantwortung tragen wir beiden Chefarzte gemeinsam. Keiner von uns, unseren Ober- und Stationsärzten kann sich heraus halten. Jeder der Spezialisten muss sich zu jedem Patienten äußern. Das wünschenswerte therapeutische Ziel kann beim Einzelnen oft auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden. Aber es gibt nur einen besten Weg – und der ist nur in einer ehrlichen und offenen Diskussion heraus zu finden.

pinwand: Sind Sie für diese Art der Zusammenarbeit ausreichend vorbereitet worden?

Dr. Hoffmann: Unsere Ausbildung legt uns zwei Hindernisse für diese Vorgehensweise in den Weg. Zum einen sind wir, wenn wir erst einmal Chefarzt geworden sind, nicht mehr gewohnt, dass unsere Entscheidungen in Frage gestellt werden. Natürlich beinhaltet ein moderner Führungsstil eines Chefarztes auch die Auseinandersetzung und Diskussion mit seinen Mitarbeitern. Aber sich richtig in Frage stellen lassen, seine Ideen von Kollegen anderer Disziplinen diskutieren lassen – das kommt im Selbstverständnis eines Chefarztes kaum vor.

Dr. Kozianka: Zum anderen haben wir uns

im Laufe unseres Berufsweges sehr stark spezialisiert. Der medizintechnische Fortschritt lässt es gar nicht zu, dass wir ein breites Spektrum von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kompetent abdecken. Die gängige Medizinerbildung fördert die immer stärkere Spezialisierung. Auf der Interdisziplinären Station werden die unterschiedlichen Erfahrungen und Spezialisierungen zumindest unser beider Disziplinen am Patienten und zu seinem Wohle wieder zusammen geführt.

pinwand: Wie funktioniert die Kommunikation, die fachliche Auseinandersetzung auf der Interdisziplinären Station? Geht das ohne Reibereien, ohne Eifersüchteleien, ohne persönliche Kränkungen ab?

Dr. Kozianka: Unsere Zusammenarbeit ist eine ständige Herausforderung. Wir haben dadurch mehr Arbeit, häufigere Reibungen, größeren Gesprächsbedarf. Wir haben längst nicht immer die selbe Idee, was die Therapie des Einzelnen angeht. Aber wir haben gelernt, unsere eigene Meinung auch schon mal zurück zu stellen. Denn wir haben uns dazu verpflichtet, uns am Ende immer auf eine Linie zu verständigen. Manchmal gelingt das erst nach heftiger Diskussion.

Dr. Hoffmann: Es ist wichtig, den Blickwinkel ein wenig zu verschieben. Ich darf mich am Ende der Auseinandersetzung nicht als Gewinner oder Verlierer sehen. Ich muss immer im Auge behalten, dass der Patient zum Schluss der Gewinner sein muss.

pinwand: Für Sie ist die Behandlung Ihrer Patienten zeit- und gesprächsaufwendiger geworden. Wer hat davon Vorteile?

Dr. Kozianka: Ganz klar die Patienten. Die Untersuchungen laufen schneller ab, wenn sie gleichzeitig, statt nacheinander durchgeführt werden. Außerdem entfallen viele Doppeluntersuchungen – eines der leidigen Probleme in un-

serem Gesundheitssystem. Anschließend finden wir schneller die beste Therapie zum richtigen Zeitpunkt. Im Ergebnis können die Patienten früher und gesünder entlassen werden. Das wiederum spart Kosten.

pinwand: Mittlerweile haben Sie auf der Interdisziplinären Station über 3000 Patienten behandelt. Seit vier Jahren funktioniert die Zusammenarbeit. Etliche Kliniken haben sich Ihr Konzept angeschaut, Sie haben Vorträge darüber gehalten. Trotzdem sind Sie in Nordrhein-Westfalen immer noch die einzigen, bei denen diese Zusammenarbeit klappt. Wo liegt der Haken?

Dr. Hoffmann: Zwei Voraussetzungen müssen erfüllt sein. Einmal muss der Träger des Krankenhauses hinter dem Konzept stehen und die notwendigen Mehrausgaben akzeptieren. Und zum anderen muss die Persönlichkeit der Beteiligten zusammen passen. Man muss sich gegenseitig fachlich und menschlich schätzen. Beide müssen eine kommunikative Persönlichkeitsstruktur mitbringen. Wir haben vorhin schon einmal gesagt: Im deutschen Chefarztsystem, das zu Einzelkämpfern und Egozentrikern ausbildet, ist dieses Konzept neu und ungewohnt.

Dr. Kozianka: Dass es bei uns klappt, zeigen die vielen zufriedenen Patienten. Und unser Träger, die St. Vincenz Hospital gGmbH, honoriert das mit der Erweiterung der Station von 20 auf 36 Betten und mit der Einrichtung eines Operationssaales, der technisch für die interdisziplinäre Arbeit eingerichtet wird. Dort können wir dann gemeinsame minimal-invasive Eingriffe in Kombination mit endoskopischen Verfahren durchführen, also Operationen mit winzigen Schnitten, bei denen sonst ein großer Bauchschnitt nötig wäre.

pinwand: Herr Dr. Hoffmann, Herr Dr. Kozianka, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.



Die Anfänge der Endoskopie lassen sich bis in die Antike zurückverfolgen. Schon damals bestand der Wunsch der Ärzte, die Hohlräume des menschlichen Körpers zu besichtigen, um Diagnosen stellen zu können und Therapien durchzuführen. Mit dem Auge können wir krankhafte Veränderungen des Körpers am besten erkennen.

Deshalb wurden schon in der Antike leicht zugängliche Körperhöhlen wie Mund, Scheide und der Ausgang des Darms inspiziert. Mit dem löffelförmigen Spekulum, mit dem man die Darmöffnung spreizen kann, wurde damals der Enddarm eingesehen. Das dafür notwendige Licht wurde mit Spiegeln in die Körperhöhlen reflektiert. Deshalb nennt man die Instrumente auch heute noch Blasen- oder Magenspiegel und die Untersuchung Spiegelung. Als Lichtquelle dien-

den und konnte so Photographien etwa der Magenschleimhaut anfertigen. Die starren Endoskope mussten damals bei überstrecktem Kopf des Patienten eingeführt werden, wie man es sich bei den Schwertschluckern abgeschaut hatte.

Mit der Entdeckung der biegsamen Fieberglasstäbe als Lichtleiter, wurde dann Anfang der 60er Jahre das flexible Gastroskop entwickelt. Das aber weiter bestehende Lichtproblem konnte 1962 mit der Erfindung des Kaltlichtes gelöst werden. Mitte der 60er Jahre brachte man einen Seilzug an den Geräten an und konnte damit die Spitze der Endoskope viel besser steuern, so dass sogar eine Inversion im Magen möglich war. Damit war auch die Voraussetzung für die Coloskopie, die Darmspiegelung geschaffen.

Durch den Bau der Seitblickendoskope wurde in den 70er Jahren die Betrachtung der Mündungen von Gallengang und Bauchspeicheldrüsengang im Zwölffingerdarm möglich. Durch die Weiterentwicklung von Schneiddrähten und Körbchen konnte dann die Entfernung von Steinen aus dem Gallengang durchgeführt werden.

Die technische Entwicklung führte zur Herstellung immer dünnerer Endoskope, so dass man heute durch den Einsatz von Mother-Baby-Endoskopen sogar den Gallengang direkt von innen anschauen kann: Durch ein Mutterendoskop wird das Babyendoskop in den Gallengang eingeführt.

Die Weiterentwicklung der Videotechnik hat sich segensreich auf die Konzipierung der neuesten Endoskopie ausgewirkt. Zunächst wurde die Spiegelung durch aufsetzbare Videokameras gefilmt und konnte so auf große Monitore übertragen werden. Die heutigen Endoskope haben an der Spitze einen elektronischen Sensor, der das Bild auf den Bildschirm überträgt.

Nicht nur der Wissensdurst der Ärzte, sondern auch das Bestreben nach möglichst komfortablen Endoskopen sind die Triebfeder weitere Entwicklungen. Das heute verwendbare transnasale Gastroskop hat einen Außendurchmesser von 5,9 mm und ist nur wenig belastend für den Patienten. Durch die Entwicklung hochauflösender Endoskope ist durch Bildvergrößerung die Erkennung millimeterkleiner

Schleimhautveränderungen möglich und damit noch bessere und effektivere Therapie gegeben.

Vielleicht führt die Zukunft dahin einmal einzelne Zellen der Schleimhäute erkennen zu können.

Mit dem Kapselendoskop lässt sich heute auch der Dünndarm diagnostizieren. Eine in einer Kapsel von 26 x 11 mm Größe eingebaute



Mikrokamera liefert, nachdem sie geschluckt wurde, Bilder vom Verdauungstrakt völlig schmerzfrei. Der Patient behält während der Untersuchung seine volle Mobilität und kann seinem gewohnten Tagesablauf nachgehen.

Ein neuartiges Navigationssystem für die Darmspiegelung erlaubt heute ohne belastende Röntgenstrahlen, den Standort des Endoskops im Darm jederzeit zu erkennen. Dadurch lässt sich die Untersuchung für den Patienten komfortabler gestalten, weil der Arzt auf Schleifenbildung des Endoskops sicher reagieren kann und dem Patienten so eventuelle Schmerzen erspart.

Bei der rasanten Entwicklung der Endoskopie in den letzten Jahrzehnten darf man gespannt in die Zukunft schauen.

*Hans-Henning Kühnel
Oberarzt der Medizinischen Klinik II*

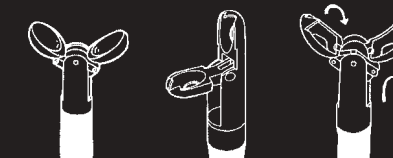
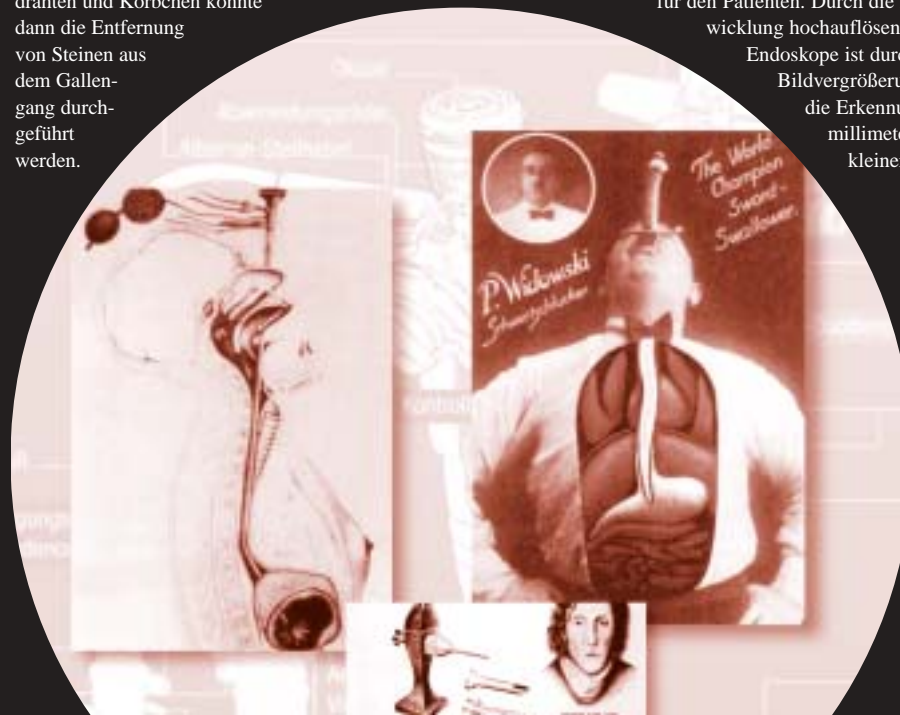
Geschichte der Endoskopie

ten dabei vor allem Sonnenlicht und Licht von Öllampen oder Kerzenlicht. Entsprechend schlecht war deshalb auch die Bildqualität. 1795 wurde daher der erste Beleuchtungsapparat gebaut.

Die Geschichte der modernen Endoskopie ist relativ jung und erstreckt sich etwa über die letzten 200 Jahre. Für die Entwicklung der neueren Endoskope hat ein Instrument, das man seit Jahrtausenden kannte, große Bedeutung: der Katheter, der mehr als 3000 Jahre zur Entleerung überfüllter Harnblasen gedient hatte. Durch seine feine Öffnung wurde bereits 1822 versucht, Einblick in die Körperhöhlen zu erlangen. Aber erst mehr als 50 Jahre später wurde von Maximilian Nitze das erste brauchbare Endoskop vorgestellt.

Bahnbrechend für die Entwicklung der neuzeitlichen Endoskopie während der letzten 120 Jahre waren die zwei Erfindungen der Glühlampe durch Thomas Alva Edison und der lichtleitenden Glasfasern durch Basil J. Hirschowitz.

In den ersten 50 Jahren des 20. Jahrhunderts experimentierte man mit verschiedenen Glühlampen und kleinen Kameras, die an der Spitze von Kathetern oder starren Röhren montiert wur-



Bestanden ✓

Qualität, deren Management und Beglaubigung durch Zertifizierungsverfahren beschäftigen das Gesundheitswesen schon seit einiger Zeit. Kunden fordern von den Leistungsanbietern immer häufiger eine nachgewiesene, gleichbleibende Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen. Diesem Verlangen kommen Qualitätsbescheinigungen in Form von Zertifikaten nach. Da auch die Krankenhäuser den Patienten als Kunden sehen, der allgemein kritischer geworden ist, soll so für die Krankenhausleistung eine solide Vertrauensbasis aufgebaut und Sicherheit vermittelt werden.

Das St. Anna Hospital arbeitet intensiv an der Erreichung eines Gütesiegels, das dem Patienten einen hohen Qualitätsstandard nach festgesetzten Normen garantiert. Auch die Zentralapotheke hat dieses Ziel schon seit längerer Zeit verfolgt. Der Lohn ist nun ein Zertifikat nach der internationalen

betriebliche Situation mit ihren jeweiligen Anforderungen angepasst werden und stellt die Erfüllung der Kundenwünsche in den Mittelpunkt. Das von uns ausgewählte System enthält vier Hauptabschnitte:

- Die Verantwortung der Betriebsleitung mit der Festlegung von Qualitätszielen, orientiert an den Anforderungen der Gesetze und der Kunden
- Steuerung und Führung der Mitarbeiter durch Schulung und Qualifikation, Schaffung des notwendigen Bewusstseins
- Produktrealisierung durch Ermittlung der Kundenanforderungen und Kommunikation, Dienstleistungserbringung, Produktion und Prüfmittelüberwachung
- Messung, Analyse und Verbesserung durch Überwachung der Leistung, Behandlung und Bewertung von Fehlern und deren Korrektur einschließlich der Vorbeugungsmaßnahmen

Qualitätssiegel für die Zentralapotheke

len „DIN EN ISO 9000:2000“-Norm. Alle drei Jahre findet eine Rezertifizierung, die Erneuerung des Gütesiegels, statt. Dann sollen alle Abläufe überarbeitet und möglicherweise verbessert sein, damit das hohe Niveau der Leistungen erhalten bleibt.

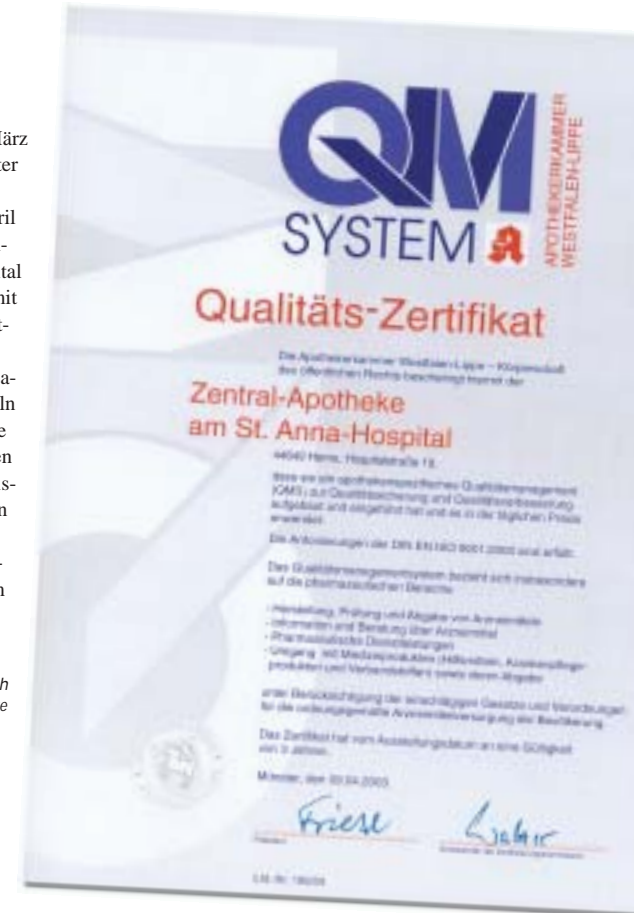
Wesentliche Aspekte für die Erstellung eines Qualitätsmanagement-Systems liegen schon in der allgemeinen Apothekenstruktur: Hier gibt es bereits viele Regelungen, Vorschriften und Rezepturen in Arzneibüchern und Gesetzessammlungen. Der Betriebsablauf ist so einer starken Kontrolle unterworfen. Deshalb bietet es sich gerade für Krankenhausapotheken an, einen detaillierten „Betriebsfahrplan“ zu erstellen, der eine gleichbleibend hohe Betriebsqualität ermöglicht.

Die Qualitätsnorm DIN EN ISO 9000 wurde von uns aus mehreren Gründen für die Zertifizierung gewählt: Sie ist in der Fachwelt allgemein akzeptiert ist, kann gut an die individuelle

Dieser Komplex von Normen hört sich zunächst sehr bürokratisch an. Er wird wesentlich durch ein Qualitätsmanagement-Handbuch erläutert und konkretisiert, das die genannten Punkte durch erarbeitete Vorschriften ausfüllt. Neben der Definition der Unternehmensphilosophie werden so praktische Dinge wie die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die Anfertigung einer Salbe oder die Rechnungsstellung für die Kunden optimal geregelt. Alle niedergeschriebenen Vorschriften entstehen durch Diskussion mit den beteiligten Mitarbeitern. Wenn sie von ihnen akzeptiert werden, können sie in einem Handbuch festgehalten werden. So sind bei uns über 300 Seiten entstanden. Diese Sammlung von Prozessen und Verfahren muss einer Zertifizierungskommission vorgelegt werden. Bei einer Prüfung in den Betriebsräumen der Apotheke wird die Umsetzung in die Praxis kontrolliert und überprüft, ob die Mitarbeiter die Regelungen kennen.

Nachdem dies bei uns im März 2003 erfolgte und alle Mitarbeiter diese Prüfung bestanden hatten, wurde uns das Zertifikat im April per Urkunde verliehen. Die Zentralapotheke am St. Anna Hospital versorgt sechs Krankenhäuser mit etwa 1400 Betten mit Arzneimitteln, Medizinprodukten von der Spritze bis zum Herzkatheter, Labormaterial, Desinfektionsmitteln und Röntgenbedarf. Diese große Produktzahl mit den zugehörigen Beratungs- und Beschaffungsleistungen soll kostengünstig so den Patienten erreichen, dass dieser davon den optimalen Nutzen erhält. Hierfür haben wir als Team viel geleistet und sind stolz auf die erlangte Auszeichnung.

Dr. Edwin Großarth
Leiter der Zentralapotheke



„Schwamm drüber!“

Im Mai trafen sich Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in Salzburg zu einem Kongress über moderne Wundversorgung in der Chirurgie. Diskutiert wurde eine zu Beginn der neunziger Jahre in den USA entwickelte Methode zur Behandlung chronischer Wunden. Diese Methode wird seit 1999 mit Erfolg auch in der Chirurgischen Klinik des St. Anna Hospitals angewandt. Oberärztin Dr. Michaela Boureé hat auf dem Salzburger Kongress über die Behandlungsergebnisse unserer Patienten berichtet. Für die pinwand hat sie das Wichtigste zusammengefasst.

Zur Behandlung wird ein Kunststoffschwamm auf die Wunde aufgebracht. Nachdem dieser mit einer durchsichtigen Folie luftdicht auf der gesunden Haut fixiert wird, kann über ein Schlauchsystem dauerhaft Wundflüssigkeit abgesaugt werden. Möglich ist das durch eine spezielle Saugpumpe mit Sekretauffangbehälter. Der Sog kann genau eingestellt und kontrolliert werden. Alle zwei bis drei Tage erfolgt der Verbandwechsel.

Mittlerweile konnte wissenschaftlich gesichert werden,

Moderne Wundversorgung in der Chirurgie

dass diese Behandlung zu einer besseren Durchblutung des Wundgrundes und somit zur schnelleren Wundheilung führen kann. Insbesondere Wunden, die sehr viel Sekret absondern und dadurch zusätzlich die umliegende Haut beschädigen, können von dieser Behandlung profitieren. Außerdem kann eine verminderte Besiedlung der Wunden mit Bakterien festgestellt werden.

Ein weiteres Einsatzgebiet dieser so genannten Vakuumtherapie ist die plastische Hautdeckung von chronischen Wunden durch Hauttransplantate. Sie findet Anwendung etwa beim so genannten offenen Bein. Nach Vorbereitung des Wundgrundes wird das Transplantat auf die Defektstelle aufgebracht und mit dem „Schwammverband“ versorgt. Durch den Sog wird die Hauttransplantation fest auf den Untergrund gedrückt, kann nicht verrutschen und heilt schneller ein.

Auch in der Bauchchirurgie kommt dieses System zur Anwendung. In manchen Fällen, etwa bei schweren Entzündungen im Bauchraum, ist es nach der erforderlichen Bauchoperation gelegentlich nicht möglich, die Bauchdecke sofort wieder zu verschließen. Manchmal ist es auch notwendig, den Bauchraum wiederholt durch Spülungen zu reinigen. In diesen Fällen kann man eine „offene Bauchbehandlung“ durchführen. Dabei werden am Ende der Operation die Baueingeweide zunächst mit einem in Folie gehüllten Schwamm abgedeckt. Ein weiterer Schwamm im Bauchdeckenniveau sorgt nach Anlage des Sogs für eine Annäherung der Bauchdeckenränder. Entzündliche Flüssigkeit aus dem Bauchraum kann so ständig abgesaugt werden.

In der plastischen Chirurgie und auch in der Unfallchirurgie verwenden Ärzte die Vakuumtherapie unter anderem bei ausgedehnten Weichteilverletzungen. So können sogar sehr große Wunden bei Schwerverletzten für eine spätere plastische Wiederherstellung vorbereitet werden.

*Dr. Michaela Boureé
Oberärztin der Klinik für Chirurgie*



Miteinander auf dem Weg

Um im Jahr der Bibel ein Zeichen zu setzen, werden vom 15. September an für vier Wochen in der Trägergemeinde St. Laurentius im Gemeindezentrum und danach für vier weitere Wochen im St. Anna Hospital über zwanzig Bilder von Sigurd Köder ausgestellt. Der bekannte religiöse Maler gilt als kraftvoller und farbgewaltiger „Prediger mit Bildern“. Seine Werke halten jedem von uns den Spiegel vor, in dem wir unser „eigentliches Leben“ sehen können.

Ich habe zum Betrachten und Anschauen ein Bild ausgesucht, in dem – so finde ich – sich sehr viele Menschen, vor allen Dingen in Grenzsituationen wieder finden können. Es ist ein Bild, das trotz aller Dunkelheit Licht und Hoffnung durchscheinen lässt. Dieses Bild lässt uns vertrauensvoll glauben – wenn wir wollen – dass wir in den Dunkelheiten unseres Lebens einen an unserer Seite haben, der die Wege mitgeht. Ich habe es „Christus als Begleiter auf dem Weg nach Emmaus“ überschrieben.

Was ist geschehen? Was bewegt die beiden Männer im Vordergrund des Bildes? Für diese beiden Jünger war es ein schwerer Tag. Tief war ihre Enttäuschung und Resignation. Der Tod Jesu am Kreuz hatte ihre ganze Lebensplanung zunichte gemacht. Die Hoffnung, die sie auf ihn gesetzt hatten, ist zerbrochen. Fern auf dem Hügel Golgota sehen wir noch die Kreuze. Es ist Nacht geworden, nicht nur am Himmel, sondern auch in ihren Herzen. Sie stehen vor einem Scherbenhaufen. Todtraurig wenden sie sich von Jerusalem ab, um wieder in ihren Heimatort zu gehen. Sie können Jerusalem und dem schrecklichen Geschehen dort nur den Rücken kehren und weglaufen. Wen sollen sie auch folgen, wenn der Führende nicht mehr da ist? Was sollen sie tun, wenn alle Klarheit und Sicherheit für den weiteren Weg fehlt?

Auf dem Weg lassen sie ihre Herzen sprechen. Sie fragen, sie suchen, sie klagen. Dann kommt ein Fremder hinzu. Er geht mit ihnen, unerkannt. Er hat Interesse, stellt Fragen. Vor allen Dingen gibt er Hinweise auf die alten Verheißungen bei Mose und den Propheten.

Der dritte Schatten auf dem Bild lässt uns errahnen, wer dieser unbekannte Fremde ist. Obwohl nur zwei miteinander unterwegs sind, sind die Schatten von drei Menschen zu sehen. Der dritte Schatten leuchtet, während die Schatten der beiden Jünger dunkel sind. Dieser Dritte bringt Licht und Erkennen in die Gesichter der beiden Jünger, denn in ihnen tauchen vertraute Erinnerungen auf, die sie in aller Deutlichkeit aber noch nicht durchschauen können. Die alten Erinnerungen und die vertrauensvolle Nähe des Wegbegleiters lässt die beiden Jünger dann die Bitte aussprechen: „Bleib doch bei uns, denn es wird bald Abend“. Und Jesus bleibt.

Und dann das Buch, das die beiden halten: Gottes Wort. Es ist hell und wird Licht für ihren Weg. Damit ist der Anfang eines tieferen Erkennens möglich: Es ist unser Herr, der mit uns geht. Er ist es, der tot Geglaubte. Er lebt und deshalb geht auch für uns das Leben weiter. Wir haben ihn in all unserer Traurigkeit und Trübsal nicht mehr erkannt. Nun können wir auf unserem Weg eine Spur von Licht wahr nehmen und aus ihr Kraft schöpfen.

Liebe Leser! Jeden Tag und überall gibt es auch heute diese Menschen, die unterwegs auf dem Weg von Jerusalem nach Emmaus sind, die nicht mehr weiter wissen, deren Hoffnungen enttäuscht werden, die Erfahrungen mit Sinnlosigkeit, Leid, Krankheit und Tod machen, deren Ängste nicht einfach abzuschütteln sind, in denen Zweifel nagen, deren Wünsche und Pläne von einem Augenblick auf den anderen zunichte

gemacht werden, die mit Sorgen in die Zukunft schauen, müde, erschöpft und mit Sehnsucht im Herzen.

Für uns, die wir damals nicht dabei waren und doch irgendwo ebenso unterwegs sind auf diesem Weg zwischen Jerusalem und Emmaus, bleiben Fragen: Vertraue ich darauf, dass ich in all den schweren Lebenserfahrungen, die mir zugemutet werden, nicht allein dastehe, sondern dass er, Christus, an meiner Seite bleibt, treu und zuverlässig, er, der Licht in mein Dunkel bringen will? Kann ich innerlich so still werden, dass ich hinzuhören vermag auf das, was er mir antworten würde?

Das leuchtende Buch auf dem Bild in der Hand der beiden Jünger, ist es auch ein Hinweis für mich auf meinem Weg mit Erfahrungen von Leid, Tod, Sinn- und Hoffnungslosigkeit? Ist es für mich die Offenbarung des liebenden Gottes, sein Wort, das er auch mir geschenkt hat?

Ob wir unseren Wegbegleiter erkennen, hängt auch damit zusammen, wie wir mit den „Karfreitagen“ in unserem Leben umgehen, wie wir uns ansprechen lassen von diesem Fremden und dann miteinander im Gespräch bleiben.

Und schließlich: Gibt es für uns eine passendere Bitte und ein besseres Gebet als mit den beiden Emmausjüngern zu sprechen: „Bleib doch bei uns, denn es wird bald Abend!“





Sie war im St. Anna Hospital nie fest angestellt und arbeitet trotzdem seit 25 Jahren mit Leib und Seele hier: Hebamme **Petra Bially** hat alle Höhen und Tiefen der Geburtshilfe miterlebt, unzählige Frauen auf die Geburt vorbereitet und mitgeholfen, Hunderte von Kindern zur Welt zu bringen.



Die Riege der „großen alten Damen“ im St. Anna Hospital hat sich fast aufgelöst. Auch **Doris Sökefeld**, Chefsekretärin der Medizinischen Klinik II, hat sich verabschiedet. Reisen und Sprachstudien sind ihr jetzt wichtiger, als Terminplanung, Diktate und die Koordination von Untersuchungen ihres (ehemaligen) Chefs.



Sie war Verwalterin mit Leib und Seele: Von der Kasse, den Wertgegenständen der Patienten, des Personalwohnheims und der Poststelle. Sie war viele Jahre in der Mitarbeitervertretung. Sie hat die Nonnen in St. Anna noch gekannt. Mit **Doris Schulten** hat auch ein Stück Geschichte unser Krankenhaus verlassen.

Burkhard Ebel ist neuer Mitarbeiter der Zentralverwaltung der St. Vincenz Hospital gGmbH. Der Fachmann für Krankenhausorganisation und -finanzierung ist in den Betriebsstätten der GmbH zuständig für die neuen Fallpauschalen und die Überwachung der Erlöse.



Dem leitenden Arzt des Rheumazentrums Ruhrgebiet, **Prof. Dr. med. Jürgen Braun**, ist in Lissabon der EULAR-Preis 2003 verliehen worden. Nach dem Carol-Nachmann-Preis, den er 2000 eben-

falls gemeinsam mit seinem Kollegen Prof. Dr. med. Joachim Sieper aus Berlin erhalten hatte, hat er die beiden bedeutendsten europäischen Preise auf dem Gebiet der Rheumatologie erhalten. EULAR wird von der „Europäischen Liga gegen Rheumatismus“ verliehen, der europäischen Vereinigung wissenschaftlicher Forschungsgesellschaften. Im Mai hat die Europäische Arzneimittelkommission aufgrund einer klinischen Studie von Prof. Braun und Prof. Sieper ein Medikament gegen Morbus Bechterew zugelassen. In der Regel werden solche Studien von den Pharmafirmen durchgeführt.