

pinwand

St. Anna Hospital

Nummer Zwei 2010

22. Jahrgang

Ausgabe 71



darmkrebs zentren WITTEN | HERNE



Umfassende Informationen zum Thema Darmkrebs:

HDTV-Technik

Tumorkonferenz

Tumorthapiezentrum

Stomabetreuung

Rehabilitation

Darmkrebs und Ernährung

u.v.a.

Herausgeber
St. Vincenz Gruppe Ruhr GmbH
Hospitalstr. 19
44649 Herne

Redaktion
Rainer Achterholt

Layout
Michael Winkelmann

Druck
Medienhaus Siebold, Herne

Auflage
3.500

„Ich geh’ da hin!“ 6

Die Vorsorgekoloskopie

Nicht nur im Fernsehen: HDTV 8

Neue Bildverfahren lassen Dickdarmkrebs
im Frühstadium eher erkennen

So viel wie nötig - so wenig wie möglich 14

Die chirurgische Therapie des Dickdarmkrebses

Das Tumortherapiezentrum am Ruschenhof 16

Die Praxisklinik Herne

Diagnose „Darmkrebs“ – und was kommt danach? 22

Rehabilitation im Anschluss an eine Operation

Essen und Trinken hält (und bringt) 24

Leib und Seele zusammen

Ernährung und Krebs

Unsere Service-Seiten 30

Praktische Informationen und
Hinweise zur St. Vincenz Gruppe Ruhr

Die Darmkrebszentren Witten | Herne 32

Eine Übersicht

2

3

Inhalt und Editorial

10 Früh erkannt ist halb gewonnen

Mit neuen Techniken der Endoskopie
frühzeitig vor Krebs schützen

12 Der Nabel des Darmkrebszentrums

Die Tumorkonferenz

18 Stomabetreuung im Darmkrebszentrum

Eine Qualitätsverbesserung?

20 Auch die Psyche hilft heilen

Die Psychoonkologie

26 Geprüft und für „sehr gut“ befunden

Fachexperten von OnkoZert zeichnen
Darmkrebszentrum Witten aus

28 Von der Diagnose bis zur Nachbehandlung

Darmkrebszentren im Marien-Hospital Witten
und im St. Anna Hospital in Herne von
Deutscher Krebsgesellschaft ausgezeichnet

Rubriken

- 3 **Editorial**
- 4 **Kurz notiert**
- 2 **Impressum**



Rainer Achterholt
Beauftragter für
Patientenfragen
und Kommunikation

Liebe PatientInnen,
liebe MitarbeiterInnen,
liebe LeserInnen,

eigentlich wollte ich an dieser Stelle das Lob der kleinen Dinge anstimmen. Kurz nach Ende der Fußballweltmeisterschaft, als ich diese Zeilen geschrieben habe, ging unser Blick nicht nur auf die strahlenden Turniersieger, sondern vor allem auch auf die mitreißenden Dritten, die deutsche Nationalmannschaft. Es muss nicht immer der erste sein, dem unsere Sympathie gilt. Es muss nicht immer der beste sein, der uns als Vorbild dient. Es muss nicht immer der erfolgreichste sein, dem es nachzuahmen gilt. Gerade im christlichen Krankenhaus gilt unser Augenmerk auch denen am Rande, den Hilflösen, denen, die nicht im Zentrum stehen. Die machen wir zu unserem Mittelpunkt.

Und trotzdem gibt es auch in dieser Ausgabe der pinwand den Erfolg zu feiern, das Besondere hervorzuheben. Der Herner Zweig der Darmkrebszentren Witten|Herne am St. Anna Hospital ist von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert worden. Nun haben sich die Zertifizierungen medizinischer Einrichtungen fast zu etwas Alltäglichem entwickelt. Nur noch die Fachleute können ermessen, welche Arbeit dahinter steckt und welche Qualitätsansprüche dafür erfüllt werden müssen. Der breiten Öffentlichkeit wollen wir an dieser Stelle versichern: Die Zertifizierung der beiden Standorte der Darmkrebszentren Witten|Herne ist ein Ausweis für hervorragende medizinische und pflegerische Qualität. Die Deutsche Krebsgesellschaft erteilt diese Auszeichnung nicht im Vorübergehen.

Überzeugen Sie sich beim Lesen selber. Machen Sie sich ein Bild von der hohen Kompetenz unserer Ärzte und aller anderen beteiligten Berufsgruppen.

Rainer Achterholt

kurz
wo hier?

ST. VINCENZ
GRUPPE RUHR
GmbH [Katholische Krankenhäuser,
Pflege- und Gesundheitseinrichtungen
Herne | Witten]

Hospitalstraße 19
44649 Herne
Fon 0 23 25 - 9 86 - 26 01
Fax 0 23 25 - 9 86 - 26 49
achterholt@vincenzgruppe.de
www.vincenzgruppe.de

Mehrere tausend Besucher, die Mitarbeiter eines ganzen Krankenhauses ein (ganz) langes Wochenende auf den Beinen, überfüllte Talkrunden mit Ärzten, Schlangen an den Checkpunkten des Gesundheitsparcours, zufriedene Gesichter bei den Messeausstellern, 300 Kindergartenkinder, 170 Arzthelferinnen - diese Reihe ließe sich noch lange fortsetzen, um zu dem Schluss zu kommen: Die 2. Wittener Gesundheitstage, veranstaltet vom Marien-Hospital Witten waren ein voller und toller Erfolg. Auch die anderen Einrichtungen der St. Vincenz Gruppe Ruhr waren an einem großen professionellen Messestand vertreten. Auch die Berichterstattung in den Medien bis hin zum WDR hat gezeigt: In Witten ist das Marien-Hospital die Nummer Eins.



„Es ist 18 Uhr - Zeit für das WelleWanneWunschkonzert“ - so hieß es Anfang 1983 zum ersten Mal auf den Stationsfluren und in den Kopfhörern der Patienten. Der Krankenhausfunk WelleWanne im St. Anna Hospital war geboren. Im Oktober erklang dieser Sendetitel zum 1200. Mal. Was vor über 20 Jahren als Hobby dreier engagierter junger Leute mit einer unregelmäßigen Sendung begann, hat sich bis heute zu einem aufwändigen Sendebetrieb erweitert. Das Wunschkonzert ist immer noch Mittelpunkt des WelleWanneTeams. Zusätzlich produzieren die ehrenamtlichen Mitarbeiter je nach Zeit und Interesse mehrere Hörfunksendungen und übertragen die Gottesdienste aus der Kapelle mit der Kamera in die Krankenzimmer.

Nach mehrmonatigen Bauarbeiten wurde im Marien-Hospital Witten eines der modernsten Krankenhauslabore der Region eröffnet. Hier werden seitdem die Untersuchungen für die St. Vincenz Gruppe Ruhr durchgeführt. Viele Bereiche innerhalb des Labors wurden automatisiert. Das Entstöpseln, das Zentrifugieren, die Probenverteilung und die Aufbewahrung werden in der so genannten Laborstraße computergesteuert in hoher Geschwindigkeit erledigt. Selbst Blutausstriche zum Mikroskopieren werden durch einen Laborroboter angefertigt. Jährlich können jetzt über drei Millionen Laborergebnisse zeitnah analysiert und den behandelnden Ärzten in unserer Krankenhausgruppe zur Verfügung gestellt werden.

4 5 **Kurz notiert**



Einen Porsche und gleichzeitig Rolls-Royce unter den Kernspintomographen leistet sich die Radiologische Gemeinschaftspraxis Herne. Seit Anfang November steht das neue Gerät an seinem Bestimmungsort - in einem neuen Anbau am St. Anna Hospital. Umgangssprachlich ist meistens von „der Röhre“ die Rede. Der so genannte Kernspintomograph oder MRT, der jetzt zum Einsatz kommt, stellt ein weltweit unerreichtes Spitzenprodukt dar. Während von allen in Betrieb befindlichen Geräten die allermeisten mit maximal anderthalb Tesla Magnetfeldstärke arbeiten, hat das neue Gerät eine Magnetfeldstärke von drei Tesla. Das ist die höchste Tesla-Zahl, die bisher routinemäßig im Patientenbetrieb eingesetzt wird.

Die Feldstärke eines MRT ist vergleichbar mit der PS-Zahl eines Autos. Mit drei Tesla können nun selbst kleinste Details erkannt werden. Bei Krebspatienten können Tumoren oder Metastasen noch eher entdeckt werden. Damit kann die Therapie früher, gezielter und damit erfolgreicher eingeleitet werden als bisher. Das ist vor allem für die Patienten des Darmkrebszentrums und des Brustzentrums im St. Anna Hospital unter Umständen sogar lebenswichtig.

Die Klinik für Brustchirurgie hatte zum 3. Herner Krebstag eingeladen. Einen Samstag lang drehte sich im Kongresszentrum St. Vincenz alles um die Frage „Diagnose Brustkrebs - was nun?“. Ärztinnen und Ärzte informierten über Untersuchungsverfahren, Therapieentscheidungen, Strahlen- und Chemotherapie. Sie erläuterten den Weg von der ersten Untersuchung bis zur Operation und beschrieben die Möglichkeiten nach dem Eingriff. Die Psychoonkologin Gudrun Bürhaus zeigte die seelischen Konsequenzen der Diagnose für die betroffenen Frauen und für deren Familie auf. Die Ernährungsberaterin Karla Loebert hatte gesundes Essen als Schutz vor Krebs im Blick. Ein weiterer Vortrag drehte sich um das so genannte Fatigue-Syndrom, die Erschöpfung als Folge der Brustkrebserkrankung. Alle Referenten hielten nach ihrem Vortrag eine Sprechstunde ab. Erstmals lagen die Vorträge auch auf türkisch und polnisch vor.

Das erste WAZ-Medizinforum in diesem Jahr hat die Herner Tageszeitung gemeinsam mit dem Rheumazentrum Ruhrgebiet durchgeführt. Chefarzt Prof. Dr. Jürgen Braun, die Oberärzte Dr. Friedrich Dybowski und Dr. Ertan Saracbası, der niedergelassene Rheumatologe Dr. Ludwig Kalthoff und die leitende Physiotherapeutin Elke Bergau konnten über 100 Zuhörern über die Bandbreite rheumatologischer Erkrankungen und ihre Behandlungsmethoden informieren.



Fast 1000 Besucher zählten die beiden Herbstfortbildungen, die das Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie alleine und in Kooperation mit der Physiotherapie annavita veranstaltet haben. Zunächst stellten die Mediziner die neuesten Behandlungs- und Operationsmethoden für Erkrankungen des Fußes und des Sprunggelenkes vor. Im Zentrum standen verschiedene operative Korrekturen von so genannten Hallux-Valgus-Fehlstellungen am Vorfuß. Im Rahmen einer Live-Operation, die via Internet weltweit übertragen wurde, konnte Oberarzt Dr. Oliver Meyer die verschiedenen Tricks und Feinheiten der Hallux-Valgus-Chirurgie erläutern. Andere Themen des Kongresses waren der chronische Achillessehnen Schmerz, immer wiederkehrende Bänderrisse am Sprunggelenk oder die richtige Lauftechnik und die Wahl des entsprechenden Sportschuhs.

Auf ihrem zweiten Herbstkongress stellten die Orthopäden und Unfallchirurgen gemeinsam mit den Mitarbeitern der Physiotherapie annavita den aktuellen Stand bei der Behandlung chronischer Schmerzen dar.

„Ich geh' da hin!“ Die Vorsorgekoloskopie

Darmkrebs ist die zweithäufigste Krebstodesursache. Jahr für Jahr sterben in Deutschland fast 25.000 Menschen daran. Das muss nicht sein, denn ein rechtzeitig erkannter Darmkrebs ist heilbar! 80 Prozent aller Darmkrebserkrankungen sind durch eine vorsorgliche Darmspiegelung vermeidbar. Der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands bng hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Öffentlichkeit mit seiner Kampagne stärker auf die Chancen der Darmkrebsvorsorge aufmerksam zu machen.

Die Fakten:

- ➔ ca. 70.000 Menschen erkranken jährlich am Darmkrebs
- ➔ ca. 25.000 Menschen versterben pro Jahr an diesem Krebs
- ➔ 90% der Dickdarmtumoren entstehen nach dem 50. Lebensjahr
- ➔ 10% der Dickdarmtumoren entstehen somit vor dem 50. Lebensjahr
- ➔ damit ist der Darmkrebs die zweithäufigste Krebsneuerkrankung bei Männern und Frauen und die zweithäufigste krebbedingte Todesursache.



Auf den Internetseiten der Kampagne finden Sie alles Wissenswerte zum Thema: www.ich-geh-da-hin.de

Schicksal?

Nein, denn 80-85% der Dickdarmtumoren entwickeln sich aus Vorstufen, den sogenannten Polypen. Die Entfernung der Polypen ist somit ein Schutz vor der Darmkrebserkrankung. Während der Darmspiegelung können die Polypen aufgespürt und entfernt werden.

Der klassische Polyp kann, da er zumeist an einem Stämmchen wächst, mittels einer Schlinge abgetragen werden. Die bösartige Entartung des Polypen

findet dabei zuerst im Kopf des Polypen statt. Um den Stiel des Polypen kann während der Darmspiegelung eine Schlinge geworfen werden, dann wird der Polyp am Stämmchen durchgeschnitten und abgetragen (Bild 1, 2). Eine Operation kann so vermieden werden.

Die Entwicklung von normaler Schleimhaut über einen Polypen bis hin zum Darmkrebs dauert im allgemeinen viele Jahre. Somit besteht genug Zeit, den Krebs zu verhindern, wenn der Polyp frühzeitig entfernt werden kann.

6

7

Darmkrebszentrum Herne



Bild des normalen Dickdarmes



Bild 1: Polyp mit Stiel



Bild 2: Schlinge um den Polypenstiel

Die Darmspiegelung ist die einzige Vorsorgeuntersuchung, die bereits Vorstufen entfernen kann, bevor Krebs entsteht. Durch die Entfernung der Polypen lässt sich das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, um 75% senken! Während der Untersuchung kann der Patient, wenn gewünscht, ein Beruhigungsmittel erhalten und so die gesamte Untersuchung verschlafen.

Das Vorsorgeprogramm

Laut Gesetz hat jeder/jede Krankenversicherte nach dem 55. Lebensjahr Anspruch auf zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren.

Die Darmspiegelung ist die sicherste Methode, um Polypen zu entdecken und zu entfernen. Und es ist keine „ekelige“ Untersuchung, sondern eine Reise durch einen Teil der Schönheit unseres Körpers.

Seit dem letzten Jahr bietet die St. Vincenz Gruppe Ruhr ihren Mitarbeitern die Durchführung einer Vorsorgekoloskopie während der Arbeitszeit an. Die Untersuchung kann in den Praxen der Kooperationspartner durchgeführt werden.

Denn: der Darmkrebs ist nicht unbedingt eine Erkrankung des höheren Alters, er ist häufig, tritt auch bei jüngeren Menschen auf und es gibt eine echte Vorsorgemöglichkeit.

Wann sollte früher untersucht werden? – Risikogruppen

Personen, die einen Angehörigen mit einem Kolonkarzinom haben, sollten spätestens 10 Jahre vor dem Erkrankungsalter des Betroffenen erstmalig gespiegelt werden. Personen, die Angehörige mit Polypen vor dem 60. Lebensjahr haben, sollten nach dem 40. Lebensjahr eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchführen lassen.

Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (M. Crohn, Kolitis ulcerosa) sollten ab einer bestimmten Krankheitsdauer regelmäßig untersucht werden.

„Zu Risiken und Nebenwirkungen“ fragen Sie Ihren Hausarzt oder uns – Ihre Facharztpraxen. Diese finden Sie auf Seite 32.



Dr. Johanna Preiss
Dr. Gerd Dunkhase von Hinkeldey
Am Ruschenhof 24
44649 Herne
Tel: 02325 - 70166

Nicht nur im Fernsehen: **HD TV**

Günther Raddatz hatte Glück. Nachdem sich der 56-jährige Familienvater vorsorglich einer Dickdarm-Spiegelung unterzogen hatte, konnten die Ärzte Entwarnung geben. Die Geschwulst (Adenom), die sie gleich während der Untersuchung schmerzfrei entfernt hatten, war gutartig. Kein Krebs. „Mir ist damals echt ein Stein vom Herzen gefallen“, sagt Raddatz. „Man macht sich ja schon so seine Gedanken, vor allem, wenn man Familie hat.“ Gleichwohl erfuhr er von seinem Arzt, dass solch eine Veränderung an der Darmschleimhaut mitunter zu Krebs führen kann. Raddatz hatte sich also rechtzeitig untersuchen lassen. Und sogar doppelt Glück.

Vor ein paar Jahren nämlich wäre seine nun entfernte Geschwulst nur sehr schwer während der Untersuchung erkennbar gewesen. Sie lag recht flach und eingesunken in der Schleimhaut-Oberfläche des Dickdarms. Mit den althergebrachten Video-Bildern, die der Arzt während der Darmspiegelung über eine Mini-Kamera aus dem Darm erhält, hätte er diese Unebenheit leicht übersehen können. Dabei sind es gerade diese flachen Geschwülste, die oft bösartig sind. „Schon ab einer Größe von 0,5 cm dieser Veränderung können wir bei jedem zweiten Patienten davon ausgehen, dass sogar tiefere Schichten der Darmschleimhaut betroffen sind. Das wiederum erhöht das Risiko für Metastasen an den Lymphknoten“, erklärt Dr. med. Viktor Rempel, Oberarzt der Medizinischen Klinik II – Gastroenterologie – am Darmkrebszentrum Herne.

Lange Zeit hatten sich deshalb viele Mediziner damit beholfen, die Darmschleimhaut während der Untersuchung mit einem Farbstoff fein einzusprühen. Diese Farbe machte die Struktur der Darm-Oberfläche sichtbarer, so dass sich selbst kleinste Veränderungen der Schleimhaut im Frühstadium besser von ihrer Umgebung abhoben. „Die Methode ist jedoch sehr zeitintensiv, weshalb sie sich in Deutschland nie wirklich durchsetzen konnte“, sagt Dr. Rempel.

Nun aber gibt es Abhilfe, die man bislang eher aus der Unterhaltungs-Elektronik kennt. Was vor Jahren erstmals auf der Funkausstellung in Berlin präsentiert wurde, hat inzwischen längst Einzug gehalten in die Kliniken: HDTV-Technik. Die Abkürzung steht für High-

Neue Bildverfahren lassen Dickdarmkrebs im Frühstadium eher erkennen



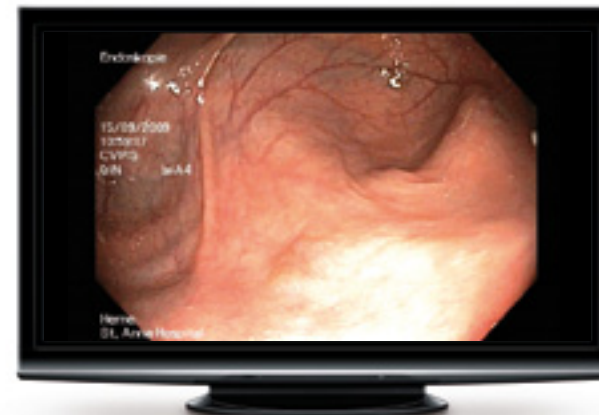
Flacher Darmpolyp



Flacher Darmpolyp nach Färbung mit Indigokarmin

Definition-Television und meint im Prinzip eine höhere Brillanz der TV-Bilder. Um den Vorteil dieser Technik zu verstehen, muss man wissen, dass ein Fernsehbild aus vielen winzigen Punkten zusammengesetzt ist – ähnlich in etwa wie bei einem Mosaik: Je mehr und kleiner die Steinchen im Bild auftauchen, desto eher nimmt das menschliche Auge das Mosaik als Ganzes wahr und desto genauer können letztlich auch die Feinheiten des

Mosaiks dargestellt werden. Was die Steine bei einem Mosaik sind, das sind am Bildschirm die Bildpunkte, auch Pixel genannt. „Die HDTV-Technik ermöglicht es, Bilder darzustellen, die nicht wie bisher aus 400.000 Pixeln, sondern aus über 2 Millionen Pixeln bestehen“, sagt Dr. Rempel. „Dadurch erhalten wir ein viel feineres Bild und können schon kleinste Veränderungen im Schleimhaut-



Darmpolyp – Endoskopisches Bild



Derselbe Polyp dargestellt mit NBI Technik

Niveau des Dickdarms erkennen.“ Seit einigen Jahren wird diese neue Technik bereits in der Endoskopie des St. Anna Hospitals in Herne erfolgreich eingesetzt, zumal sich mit ihr auch das Bild am Monitor vergrößern lässt. Diese Funktion kann bereits während der Untersuchung zugeschaltet werden.

Doch nicht nur HDTV, sondern auch die so genannte NBI-Technik verbesserte die Darmspiegelung in jüngster Zeit. NBI steht für Narrow Band Imaging und funktioniert wie ein Filter: Die Technik lässt nur bestimmte Wellen jener Lichtquelle durch, mit der der Arzt während der Dickdarm-Spiegelung die Oberfläche der Schleimhaut beleuchtet. Während der rote Farbanteil im Licht herausgefiltert wird, dürfen also nur blaue und grüne Farbwellen passieren. Diese Lichtwellen haben den Vorteil, dass sie z.B. von rötlichen Blutgefäßen nicht aufgenommen werden und deshalb Bereiche mit Lichtreflexen (Schleimhäute) von Bereichen ohne Reflexion (Blutgefäß) optisch gut trennen. „Frühe, auch sehr kleine Karzinome können mit dieser Technik sicher erkannt und anschließend endoskopisch behandelt werden“, sagt Dr. Rempel. „Wir können mit der NBI-Technik per einfachen Knopfdruck schnell und sicher tumorverdächtige Strukturen auf der Schleimhaut-Oberfläche von harmlosen kleinen Polypen unterscheiden.“

Durch diese neuen Möglichkeiten der Bildgebung gelingt es Mediziner am Darmkrebszentrum Herne, Krebsvor- und Krebsfrühformen im Verdauungstrakt frühzeitig zu diagnostizieren. „Die durch den Einsatz dieser neuen Endoskope gewonnene Erfahrung hat zu einer erweiterten Kenntnis über das Erscheinungsbild von Krebsfrühformen geführt“, so Dr. Rempel. „Die neuen Techniken ermöglichen so auch eine Entscheidung, ob lokale organerhaltende endoskopische Therapien zur Anwendung kommen oder ob eine Operation für den Patienten notwendig wird.“



Früh entdeckt ist halb gewonnen



Darmpolypen, die als Vorstufen von Darmkrebs gelten, sind nicht schmerzhaft und machen sich auch nicht besonders bemerkbar. Ziel ist es, diese Veränderungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ist ein Polyp bereits einige Zentimeter groß, war in der Vergangenheit eine endoskopische Abtragung nicht mehr möglich. Die Patienten mussten sich einer Darmoperation unterziehen.

„Die Gefahr hierbei besteht, dass die Polypen an den Abtragungsstellen in einigen Monaten wieder auftreten können. Es ist also wichtig, die Veränderung „sauber“ und mit einem gewissen Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe zu entfernen“, sagt Dr. med. Olaf Engelke, Oberarzt der Medizinischen Klinik II – Gastroenterologie – am Darmkrebszentrum Herne. Dies gelte auch bei Geschwülsten, die flach in der Schleimhaut liegen und keine Ansatzfläche für die Schlingen-Methode bieten.

Mit neuen Techniken der Endoskopie frühzeitig vor Krebs schützen

Mit dem Einsatz feinsten Bild-Techniken zum Aufspüren kleinster Veränderungen in der Darm-Schleimhaut wurden auch neuartige Methoden entwickelt, um flache, aber auch größere Polypen zu entfernen. Die so genannte Endoskopische Submukosadisektion (ESD) ist so eine Technik, bei der

Polypen aus der Darmwand quasi „herausgeschält“ werden. „Die ESD wird im Rahmen einer Darmspiegelung durchgeführt. Eine Narkose ist hierfür nicht nötig, da das Innere des Darmes nicht schmerzempfindlich ist. Aber selbstverständlich verabreichen wir unseren Patienten auf Wunsch gern ein kurzwirksames Schlafmittel“, sagt Dr. Engelke.

Fällt dem Arzt während der Untersuchung ein großer oder flacher Polyp auf, beginnt die ESD. Zunächst wird das betreffende Gebiet an den Außenrändern markiert. Anschließend wird der Polyp mit einer Flüssigkeit unterspritzt, die blutungsstillend wirkt. Durch diese Substanz hebt sich der Polyp von den tieferliegenden Schichten der Darmwand ab. Zudem werden Komplikationen bei einer möglichen Blutung nach dem Ausschälen des Polyps vermieden.

Dann wird mit einem speziellen Messer, das durch das Endoskop bis zur entsprechenden Stelle im Darm vorgeschoben

ben wird, das Gebiet entlang der Markierung geschnitten (Bild 2), bevor der Polyp abgetrennt wird. Der Arzt trennt dabei auch einen Teilschicht gesunde Darmschleimhaut ab, um auch ja keinen Rest zu vergessen. So kann eine Entfernung „in einem ganzen Stück“ garantiert werden (Bild 3).

„Da der Darmkrebs in der Oberfläche der Schleimhaut entsteht, können auch frühe Stadien der Krebserkrankung mit dieser Methode erfolgreich behandelt werden“, sagt Dr. Engelke.

Viele Patienten fürchten, dann an dieser Stelle ein Loch in der Darmwand zu haben. Doch Dr. Engelke beruhigt. „Diese Technik wird nur in speziellen Zentren in der Hand von erfahrenen Ärzten durchgeführt“, so der Mediziner. Dann seien z.B. auch plötzlich auftretende Blutungen und kleine Löcher kein Problem, da Spezialisten diese schnell durch Clips und blutungsstillende Medikamente stoppen können.

Da die ESD eine recht aufwändige Methode ist und der Eingriff durchaus länger dauern kann, wird sie derzeit nur bei stationär aufgenommenen Patienten angewandt. „Der Patient kann während der gesamten Zeit schlafen. Nach der Abtragung eines Polypen per ESD-Technik ist zumeist eine Überwachung des Patienten für 24 Stunden notwendig, um eventuelle Komplikationen frühzeitig zu erkennen“, sagt Dr. Engelke. Sind innerhalb dieses Zeitraums keine Probleme aufgetreten, kann der Patient das Krankenhaus verlassen.



Bild 1
flacher Polyp

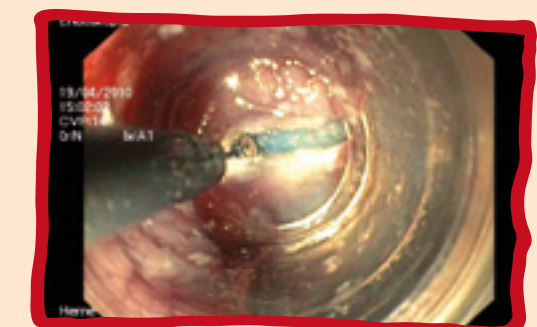


Bild 2
Einschnitt mit
dem speziellen
Messer



Bild 3
Abtragungsstelle

Der Nabel des Darmkrebszentrums



Welche Therapie ist die richtige? Hat ein Patient einen Tumor im Dickdarm, steht ihm gleich eine ganze Reihe von Therapiemöglichkeiten offen. Neben der Behandlung per Endoskop gibt es die klassische Operation. Aber auch Chemo- oder Strahlentherapie können geeignet sein. Letztlich hängt die Therapie-Entscheidung davon ab, wie weit der Tumor bereits fortgeschritten ist. Am Darmkrebszentrum Herne findet deshalb mindestens einmal pro Woche ein Treffen aller Mediziner und Experten statt, die an der Behandlung von Tumor-Patienten beteiligt sind. Sie entscheiden während dieser „Tumorkonferenz“ in enger Absprache und mit vernetztem Sachverstand, welche Therapie für welchen Patienten individuell am besten ist.

Diese Tumorkonferenz findet mindestens einmal pro Woche zu einem festgelegten Zeitpunkt statt. Während der Tumorkonferenz müssen alle Originalbefunde des Patienten für die Beteiligten demonstrierbar sein. In erster Linie sind als Beteiligten zu nennen die Chirurgen, Gastroenterologen, die auf Tumoren des Bauchraumes spezialisiert sind, der Pathologe, der Radiologe, der Onkologe (Spezialist für medikamentöse Tumorthherapie) und der Strahlentherapeut. Weiter können an der Tumorkonferenz teilnehmen Onkologiefachschwestern, Psychoonkologen und andere unterstützende Bereiche. Die Entscheidung der Tumorkonferenz wird unmittelbar dokumentiert und allen Beteiligten zugänglich gemacht. Eventuell nötige Termine in den spezialisierten Abteilungen können bereits vereinbart werden. So kann sichergestellt werden, dass die Vereinbarungen der Tumorkonferenz zeitnahe umgesetzt werden.

Die Tumorkonferenz

Im Folgenden sollen die einzelnen Spezialabteilungen etwas genauer dargestellt werden.

Gastroenterologie:

Die Diagnose eines Darmkrebses wird meistens während einer Darmspiegelung in einer gastroenterologischen Fachpraxis gestellt. Bei sehr vielen Tumoren kann im Rahmen der Abtragung des befallenen Polypen schon eine vollständige Entfernung des Krebses erfolgen. Bei allen anderen Tumoren erfolgt dann die Ausbreitungsdiagnostik, wenn erforderlich z. B. eine Computertomographie. Diese Voruntersuchungen werden meistens schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der gastroenterologischen Abteilung durchgeführt, um die für den Patienten meist belastenden Wartezeiten bis zur Therapieentscheidung so kurz wie möglich zu halten.

Viszeralchirurgie:

Die Qualifikation der auf den Bauchraum spezialisierten Chirurgen wird von der Deutschen Krebsgesellschaft überwacht. Die Chirurgen dürfen nicht nur für die Darmoperation qualifiziert sein, sondern müssen auch in der Lage sein, Leberresektionen durchzuführen. Bei solchen komplexeren Operationen muss natürlich auch die Weiterbehandlung auf der Intensivstation höchsten Ansprüchen genügen.

Radiologie:

Um die Tumorausbreitung genau festlegen zu können, sind in der Regel auch Schnittbildverfahren wie z. B. die Spiralcomputertomographie oder Magnetresonanztomographie nötig. In Zweifelsfällen ist auch die hochmoderne Untersuchung eines sogenannten PET-CT möglich. Vereinbarungsgemäß erfolgt die Auswertung dieser komplizierten Untersuchungen innerhalb von 24 Stunden.

Pathologie:

Der Pathologe untersucht alle Gewebeproben aus der Endoskopie und aus der Chirurgie aufs genaueste. Weiter wird dabei das Tumorstadium klassifiziert. In Zweifelsfällen sind zusätzliche Untersuchungen im Sinne von Immunhistologien nötig. Bei einzelnen Patienten werden auch Untersuchungen zur Erkennung des familiären Dickdarmkrebses durchgeführt.

Onkologie:

Eine medikamentöse Tumorthherapie wird heutzutage in der Regel ambulant durchgeführt. Daher besteht eine enge Kooperation des Darmkrebszentrums mit der Praxisklinik von Herrn Dr. Hahn. Wenn möglich werden Patienten auch in sogenannte Studien eingebracht. Damit wird erreicht, dass jeder Patient die beste Therapie erhalten kann.

Strahlentherapie:

Die Strahlentherapie hat heute einen festen Stellenwert in der Behandlung des Mastdarmkrebses. Durch den Einsatz modernster Linearbeschleuniger in beiden kooperierenden Abteilungen ist es möglich, eine „millimetergenaue“ Bestrahlung des Tumors durchzuführen. Damit wird ein maximaler Erfolg bei minimalen Nebenwirkungen erzielt.

Zusammenfassend sind alle Teilnehmer an der Tumorkonferenz Spezialisten auf ihrem Gebiet. Der eigentliche Vorteil für den Patienten in einem zertifizierten Darmkrebszentrum liegt jedoch darin, dass während der Tumorkonferenz diese Expertise aller Beteiligten sich auf den einen Patienten fokussiert und die daraus resultierende Therapieentscheidung von allen Beteiligten mitgetragen wird.

Dr. Werner Hoffmann, Chefarzt der Medizinischen Klinik II – Gastroenterologie und Leiter des Darmkrebszentrums Herne

So viel wie nötig so wenig wie möglich

Dickdarmkrebs ist einer der wenigen Tumoren, die man vollständig verhindern kann. Darauf muss auch der Chirurg hinweisen. Es muss nicht so weit kommen, dass eine operative Maßnahme nötig wird. Mit der Vorsorgekoloskopie hat der Arzt die Möglichkeit, während der Dickdarmspiegelung einen Polypen zu erkennen und durch einfache Maßnahmen endoskopisch zu entfernen, bevor daraus ein Dickdarmkrebs werden kann. Aus diesem Grund weisen auch die Chirurgen immer wieder auf die Wichtigkeit der Vorsorgekoloskopie hin.

Die chirurgische Therapie des Dickdarmkrebses

Kommt es im Rahmen der Diagnostik jedoch zur Feststellung, dass ein Dickdarmkrebs vorliegt, ist in der Regel eine chirurgische Entfernung notwendig. Je nach Sitz und Größe des Tumors müssen dann unterschiedlich große Anteile des Dickdarms entfernt werden. Neben der eigentlichen Entfernung des Darmrohres ist die Entfernung der hier hinführenden Blutgefäße und abführenden Lymphgefäße von gleich großer Wichtigkeit, da über diese körpereigenen Wege sich ein bösartiger Tumor in den Körper hinein ausbreiten kann.

Das oberste Ziel einer chirurgischen Maßnahme muss die radikale und vollständige Entfernung des Tumors zum Ziel haben. Deswegen werden aufgrund gesicherter pathologischer Erkenntnisse der tumortragende Dickdarmanteil mit den ihn umgebenden Weichteilgeweben radikal entfernt. Hierbei finden heutzutage in den spezialisierten chirurgischen Kliniken Instrumente und Techniken Anwendung die dazu führen, dass diese Operationen

mit größtmöglicher Sicherheit und blutungsarm durchgeführt werden können. Auch führen die heutigen Nahttechniken dazu, dass die neuen Verbindungen zwischen den gesunden wieder mit einander verbundenen Dickdarmanteilen recht früh belastungsfähig sind, sodass eine frühzeitige Nahrungsaufnahme nach der Operation durchgeführt werden kann.

Die während der Operation entnommenen Darmanteile werden anschließend zur Pathologie abgegeben und hier feingeweblich auf das genaueste untersucht. Erst der Pathologe kann dann feststellen, wie ausgeprägt das Tumorstadium war, welche Zelltypen sich vermehrt haben und ob ggf. Lymphknoten vom Tumorstadium befallen waren. Diese Untersuchungsergebnisse sind wichtig, um mitentscheiden zu können, ob eine zusätzliche Therapie nach der Operation notwendig oder anempfehlenswert ist. Diese Entscheidungen werden in der wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenz mit allen Spezialisten interdisziplinär diskutiert und festgelegt.



Die größte Angst der vom Dickdarmkrebs befallenen Patienten ist häufig, dass sie einen künstlichen Darmausgang tolerieren müssen. Hierzu ist zu sagen, dass dies lediglich bei Tumoren im Bereich des Enddarms (Rektumkarzinom) in Erwägung gezogen werden muss, falls der Tumor so tief gewachsen ist, dass er die Schließmuskulatur des Enddarms mit einbezogen hat oder diese Darmstrecke nicht mehr operationstechnisch funktionell befriedigend wieder hergestellt werden kann. Diese spezielle Situation ist eher selten, jedoch nicht immer zu umgehen. Für diesen Fall haben wir speziell ausgebildete Pflegekräfte, die sich um die Pflege und das Erlernen des Umgangs mit einem künstlichen Darmausgang in besonderer Weise sorgen. Für Betroffene gibt es darüber hinaus die Möglichkeit, mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe (Ilco) Kontakt aufzunehmen, um über die Bewältigung der kleineren alltäglichen Probleme im Leben mit einem künstlichen Darmausgang aufgeklärt zu werden. Dabei zeigt sich in der

Regel, dass sich vieles von dem Schrecken eines solchen künstlichen Darmausganges zurücknehmen lässt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass heutzutage in den für Darmkrebs spezialisierten Zentren die chirurgische Entfernung solcher Darmtumoren mit einem Höchstmaß an Sicherheit durchgeführt werden kann. Um die gleichwohl bestehenden Sorgen der Betroffenen und ihrer Angehörigen angemessen zu besprechen und abzuwägen, bedarf es eines entsprechend ausführlichen Gesprächs. Diese Zeit nehmen wir uns für Sie in der hierfür speziell eingerichteten Tumorsprechstunde und bitten Sie, uns hierfür auch in Anspruch zu nehmen.

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Kozianka, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie





Das Tumortherapiezentrum am Ruschenhof

Wer sich einer Krebsbehandlung unterziehen muss, braucht nicht zu fürchten, für Wochen im Krankenhaus liegen zu müssen. Die Therapie kann auch ambulant erfolgen. Das heißt, der Patient besucht eine dafür spezialisierte Praxis, erhält dort seine Behandlung und kann anschließend direkt wieder nach Hause in sein vertrautes Umfeld.

Die Praxisklinik Herne

Die Art der Therapie hängt davon ab, wie weit die Erkrankung bereits fortgeschritten ist. Auch die operativen Möglichkeiten, die allgemeine körperliche Verfassung des Patienten sowie Begleiterkrankungen können für oder gegen eine bestimmte Form der Behandlung sprechen. „Letztlich erfolgt die Auswahl der geeigneten Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Ergebnissen“, sagt Dr. med. Lars Hahn von der Praxisklinik Herne, einem Onkologischen Tumorthherapie-Zentrum. Die Behandlung kann mit klassischen Zytostatika (Chemotherapie), mit Hormonen (Hormontherapie) oder immunologisch wirksamen Substanzen (Immuntherapie) erfolgen.



Je nach Behandlung verfolgt der Arzt dabei unterschiedliche Ziele. Nach vollständiger, meist operativer Tumorentfernung kann etwa eine so genannte „Sicherheitstherapie“ erfolgen, um das Risiko eines Wiederauftretens des Tumors zu verringern. Steht eine Operation noch bevor, weil der Tumor bislang aufgrund seiner Größe noch nicht operiert werden kann, wird eine „neoadjuvante Therapie“ angewandt – oft in Kombination mit einer Strahlentherapie –, um den Tumor zunächst zu verkleinern. Bei Tumoren, die besonders empfindlich auf eine Chemotherapie reagieren, wird selbstverständlich diese Form der Therapie bevorzugt, um die Erkrankung vollständig und möglichst dauerhaft zurückzudrängen. Zudem hat Dr. Hahn auch Patienten, die palliativ, also schmerzlindernd betreut werden: „Wenn eine Tumorerkrankung langfristig zwar nicht mehr heilbar, wohl aber durch entsprechende Medikamente so gut und lange wie möglich zurückgedrängt werden kann, erhöht das natürlich die Lebensqualität und lindert die Beschwerden.“

Infusionsbehandlung mit Zytostatika ("Chemotherapie")

Die Chemotherapie, also die Behandlung mit Zytostatika, erfolgt, indem dem Patienten eine Flüssigkeit über einen Tropf in die Vene eingeflößt wird. Man spricht deshalb auch von einer Infusionsbehandlung, wobei die Infusionen in bestimmten Zeitabständen wiederholt werden müssen. Je nachdem, welche Medikamente dabei über die Flüssigkeit verabreicht werden, müssen sie an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen oder Wochen in drei Dosen verabreicht werden. Das ergibt einen so genannten Therapiezyklus. Insgesamt besteht eine Therapie aus mehreren Therapiezyklen. „Wir kontrollieren die Patienten währenddessen regelmäßig, um neben der Wirksamkeit auch die Nebenwirkungen besser abschätzen zu können. Gegebenenfalls wird die Dosis angepasst“, sagt Dr. Hahn. Die zeitliche Planung einer Behandlung ist weitgehend abhängig von der Therapieart und der Erkrankung. „So weit möglich sind wir bemüht, persönliche Wünsche zu berücksichtigen“, so der Mediziner.

Da der Umgang mit Zytostatika strengen Richtlinien unterliegt, können diese nur in speziell eingerichteten Apotheken und qualifizierten Praxen hergestellt bzw. verabreicht werden.

Biochemotherapeutische Behandlungsansätze und Einsatz körpereigener Botenstoffe

Zunehmend bedeutender werden auch „biochemotherapeutische Behandlungsansätze“: Dabei werden Antikörper oder enzymhemmende Medikamente eingesetzt, und zwar gezielt gegen die Fähigkeit der Tumorzelle, sich zu teilen. Die Zellteilung kommt damit zum Stillstand, der Tumor wächst nicht weiter und stirbt unter Umständen sogar völlig ab. Bei einigen Tumorarten werden auch körpereigene Botenstoffe, so genannte Zytokine, als wirksame Medikamente eingesetzt.

Dr. Lars Hahn, Praxisklinik Herne



Stomabetreuung im Darmkrebszentrum

Eine Qualitätsverbesserung?

Stomabetreuung ist ein Tabuthema, selbst bei den Betroffenen. Gleichzeitig ist sie sehr wichtig für die Nachbehandlung von Darmkrebspatientinnen und -patienten. Die pinwand führte ein Interview mit Sonja Richter, der Fachkrankenschwester im St. Anna Hospital.

pinwand: Frau Richter, Sie arbeiten schon seit 22 Jahren als Krankenschwester und seit sechs Jahren als Fachkrankenschwester für Stoma-, Inkontinenz- und Wundtherapie im St. Anna Hospital. Hat sich durch die Zertifizierung des Darmkrebszentrums für Sie etwas geändert?

Sonja Richter: Als ich erfuhr, dass unser Haus sich als Darmkrebszentrum zertifizieren lassen möchte, dachte ich: Ist ja alles fertig, schließlich ist die Stomabetreuung ja schon im Rahmen der Zertifizierung zum Zentrum für Viszeralmedizin geprüft worden. Dann habe ich von den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erfahren.

pinwand: Was für Aufgaben kamen da auf Sie zu?

S.R.: Zertifizierung hat viel mit Dokumentation und Ablaufbeschreibungen zu tun. Das sieht im ersten Moment sehr bürokratisch aus. Im Endeffekt bedeutet es aber für die Patienten, dass sie sich darauf verlassen können, dass sie in einem geprüften Darmkrebszentrum nach erprobten, genau festgelegten und nachvollziehbaren Verfahren untersucht und behandelt werden.



pinwand: Auch in der Vergangenheit haben Sie nachgewiesenermaßen hochqualifizierte Arbeit geleistet. Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft haben Sie also schon lange erfüllt.

S.R.: Das war aber nicht so genau dokumentiert, wie es vorgeschrieben ist und damit nicht genau nachprüfbar. Jetzt haben wir ein schriftliches Konzept zur Stomabetreuung, zur Einweisung in die Stomabetreuung, ein erweitertes Dokumentationssystem und Patienteninformationsblätter. Und alle Beteiligten wissen, wo sie sämtliche Dokumente jederzeit finden können.

pinwand: Sie waren in der Vergangenheit lange Einzelkämpferin. Hat sich daran etwas geändert?

S.R.: Wir müssen eine qualifizierte Vertretung in der Stomabetreuung nachweisen können. Auch dafür mussten wir ein schriftliches Einweisungskonzept vorweisen. Nach diesem Konzept sind mehrere Kolleginnen angeleitet worden. Außerdem werden noch dieses Jahr diese vier Kolleginnen an einer Fortbildung zum Thema Stomabetreuung teilnehmen.



pinwand: Was hat sich bei der Arbeit am Patienten verändert?

S.R.: Nach außen nichts. Nach wie vor besuchen wir täglich unsere Patienten und schulen sie im Umgang mit dem künstlichen Ausgang geschult. Wir beantworten alle ihre Fragen, bei Bedarf auch am späten Nachmittag und am Wochenende – wenn etwa berufstätige Angehörige dazu kommen möchten.

pinwand: Planen Sie darüber hinaus noch etwas Neues?

S.R.: In der Nachbetreuung der Stomapatienten wollen wir noch etwas mehr tun. So soll die Stomabetreuung zukünftig am Untersuchungstermin nach der Operation teilnehmen. Wir wollen telefonisch im Kontakt mit den Patienten bleiben, um eventuelle Probleme schnell zu erkennen. Außerdem werden wir zu Treffen ins Krankenhaus einladen um Erfahrungen und Neuigkeiten auszutauschen.

pinwand: Gibt es nun durch die Zertifizierung eine Qualitätsverbesserung?

S.R.: Auf jeden Fall! Der Informationsaustausch zwischen Station, Arzt und Stomabetreuung ist erheblich verbessert worden. So können wir die Patienten wesentlich früher vor der Operation über Stomaanlagen informieren und Ängste besser abbauen.

Meine Arbeit ist transparenter geworden. Damit ist die Betreuung durch das Pflegepersonal auch außerhalb meiner Arbeitszeiten besser gewährleistet. Und durch die Einweisung und Fortbildung zusätzlicher Kolleginnen ist eine qualifizierte Betreuung der Stomapatienten rund um die Uhr und zu meinen Urlaubszeiten gewährleistet.

Ich hoffe sehr, dass die Stomabetreuung im St. Anna Hospital einen Schritt nach vorne gemacht hat, um dem Satz: „Sie bekommen einen künstlichen Darmausgang!“ etwas an Schrecken zu nehmen.



Auch die Psyche hilft heilen



Für viele Patienten kommt eine Krebsdiagnose völlig überraschend: Ein großer Teil fühlt sich vom Zustand weitgehenden Wohlbefindens und vermeintlicher Gesundheit von einem auf den anderen Tag in einen potentiell lebensbedrohenden Zustand versetzt. Wer sollte in so einer Situation nicht einmal seelisch ins Trudeln geraten? Manche – und gerade auch sonst sehr kontrollierte – Menschen fragen sich dann, ob sie „noch richtig ticken“, ob sie „falsch reagieren“, sich mehr zusammenreißen müssen.

Unter Psychotherapeuten gilt der Zugang zu allen Gefühlen als ein Zeichen psychischer Gesundheit. Dazu gehören nicht nur freudige Gefühle, sondern auch die Wahr-

nehmung von Angst, Trauer und Wut. Und gerade hier ist ein wichtiger Ansatzpunkt der Psychoonkologie: wie kann ich mit meiner Diagnose klarkommen? Wie verarbeite ich meine Krebserkrankung und kann in ein für mich sinnvolles Leben zurückfinden? Hilft es mir, so schnell wie möglich wieder in meinen Alltag zurückzukehren? Oder brauche ich jetzt ein gründliches Umdenken, um mein Leben mit der Krankheit zu gestalten?

In den „persönlichen Werkzeugkoffer“ zur besseren Krankheitsbewältigung können gehören: Trainieren der Entspannungsfähigkeit, verbesserte körperliche Belastbarkeit im medizinisch möglichen Rahmen, gute Einbindung in die Familie und soziale Netzwerke, Achtsamkeitsübungen.

Foto: iStockphoto | Fotolia.com



Oder die verstärkte Aktivierung der kleinen Kraftquellen des Alltags: kennen Sie zwanzig Tätigkeiten, die schnell umsetzbar sind, Spaß machen oder entspannen und kein zusätzliches Geld kosten? Eine interessante Denksportübung auch für Gesunde.

Die Psychoonkologie

Zu Beginn der psychoonkologischen Begleitung sollte ein ausführliches therapeutisches Gespräch stehen, in dem die persönliche Situation – und eben nicht nur die Krankheitsgeschichte – erfasst wird und Ziele festgelegt werden. Oberstes Ziel ist dabei, gerade unter den Bedingungen der Erkrankung Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. „Auf die Krankheit hätte ich gut verzichten können. Die Bekanntschaft und Freundschaft vieler Menschen, die ich wegen meiner Erkrankung kennen gelernt habe, würde ich nur ungern missen.“ Dieses Fazit zog eine Krebspatientin nach über 20-jähriger Krankheitsgeschichte.

Da aufgrund der medizinischen Fortschritte sich die Überlebenschancen auch schwer Erkrankter deutlich verbessert haben, werden viele Tumorerkrankungen zu chronischen Krankheiten, die das Leben der Patienten begleiten.

Einbezogen werden sollten auf diesem Weg die Angehörigen. Diese treten im stationären Alltag meist als Unterstützer der Patienten auf. Gleichzeitig tragen sie dabei oft auch eine so schwere seelische Last, dass sie Beratung und Unterstützung gebrauchen könnten.

So sind Paargespräche möglich, aber auch Beratung von erkrankten Eltern, die ihren Kindern die Erkrankung kindgerecht erklären möchten.

Als Darmkrebspatient in einem Darmzentrum haben Sie in allen Phasen der Behandlung ein Recht auf eine psychoonkologische Begleitung. Die Entscheidung, ob Sie diese in Anspruch nehmen möchten, bleibt Ihnen überlassen. Diese Möglichkeit bleibt Ihnen während der gesamten Behandlung bis zum Ende der Therapie und danach erhalten. Auch nach Abschluss des stationären Aufenthaltes können Sie psychoonkologische Begleitung bei uns wahrnehmen. Denn in wissenschaftlichen Untersuchungen wurde deutlich, dass manchmal erst ein bis zwei Jahre nach Diagnose und Operation Anzeichen einer deutlichen psychischen Belastung auftreten können – natürlich nicht müssen. Und zwar oft dann, wenn die Anforderungen des Alltags wieder in den Mittelpunkt getreten sind und die Umgebung wieder eine „normale“ Belastungsfähigkeit erwartet.

Gudrun Bürhaus, Psychotherapeutin

Fotos Fotolia.com: Doreen Salcher | Jerome Berquez | gandrill

Diagnose „Darmkrebs“ und was kommt danach?

Bei einer Krebsdiagnose hat der Patient Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung, eine AHB. Eine AHB ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im direkten Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erfolgt, spätestens aber vierzehn Tage nach der Entlassung angetreten werden muss. Zur Anschlussheilbehandlung wird der Patient in eine Rehabilitationsklinik überwiesen. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist oft auch von Kurklinik die Rede. Die AHB dauert in der Regel drei Wochen, kann aber über den Arzt der Rehabilitationsklinik verlängert werden.

Voraussetzung für die Genehmigung einer AHB oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger ist, dass der Patient „rehabfähig“ ist. Dazu müssen vor allem drei Voraussetzungen erfüllt sein:

- ➔ Der Patient muss frühmobilisiert sein. Damit ist gemeint, dass der Patient sich unmittelbar nach der Operation oder der Krankenhausbehandlung wieder bewegt.
- ➔ Der Patient muss sich alleine waschen und anziehen können.
- ➔ Der Patient muss sich alleine auf einer Station bewegen können.

Der Antrag auf eine AHB wird vom Patienten bei der Krankenkasse, beim Rentenversicherungsträger oder bei der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankungen gestellt. In der Regel bereitet der Soziale Dienst des Krankenhauses ihn so weit vor, dass der Patient nur noch zu unterschreiben braucht. Anschließend leitet der Soziale Dienst den Antrag zusammen mit einer Stellungnahme des Krankenhausarztes an den Kostenträger weiter. Dieser sucht eine Reha-Klinik aus und vereinbart dort einen Aufnahmetermin. In einigen Fällen kann der Patient mit Hilfe des Sozialen Dienstes die AHB-Klinik selber auswählen. Bei Fragen zu Kosten und Kostenträger hilft der Sozialdienst selbstverständlich weiter.



Foto: gandolf / Fotolia.de

Der Antrag kann allerdings nur gestellt werden, wenn der Patient im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt keine weiteren Therapien wie Chemotherapie oder Bestrahlungen mehr bekommt. Falls noch Therapien durchgeführt werden, stellt der niedergelassene Onkologe den Antrag nach Ende der Behandlung.

Rehabilitation im Anschluss an eine Operation

Neben der Anschlussheilbehandlung haben Darmkrebspatienten auch Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis. Dieser hat unter anderem einen erhöhten



Nicole Groten (rechts) und Dagmar Kutrieb vom Sozialen Dienst

Kündigungsschutz am Arbeitsplatz, Hilfen zur Erlangung eines behindertengerechten Arbeitsplatzes, Anspruch auf Zusatzurlaub, je nach Höhe diverse Steuererleichterungen und Vergünstigungen bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Bäder und Museen zur Folge. Auch bei dieser Antragstellung helfen und informieren die Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes im Krankenhaus gerne.

Essen und Trinken hält (und bringt) Leib und Seele zusammen



Im November 2009 ließ die Weltgesundheitsorganisation WHO verlauten, dass 30-40% der Krebserkrankungen auf falsche Ernährung zurückzuführen seien. Bei der Entstehung und Ausbreitung eines Tumors spielen sowohl die Inhaltsstoffe der Nahrung als auch ihre Zubereitung, Lagerung und Konservierung eine Rolle.

Ernährung und Krebs

Als mögliche Auslöser für eine Krebserkrankung nennen die WHO-Experten Überernährung und Übergewicht, ein Übermaß an Fett, Eiweiß, Alkohol, Salz, Kaffee, raffiniertem Zucker und Weißmehl, ein Zuwenig an bestimmten Nahrungsbestandteilen wie Ballaststoffe, Vitamine, Mineralstoffe und pflanzliche Farb- und Aromastoffe. Natürliche Schadstoffe wie Schimmelpilze, Braunfäule und ranzige Fette können die Entstehung eines Tumors ebenso begünstigen wie Rückstände von Düngemitteln, Umweltgifte und Verbrennungsrückstände beim Grillen, Räuchern oder Erhitzen.

Bestimmte Risikofaktoren, die mit der Ernährung zusammenhängen, können einzelnen Krebsarten zugeordnet werden (siehe Tabelle).

Risikofaktor	fördert folgende Krebsart
Rauchen	Lungen-, Magen-, Speiseröhren-, Zungen- und Lippenkrebs
Hoher Fettverzehr	Dickdarm-, Brust-, Bauchspeicheldrüsen- und Prostatakrebs
Übergewicht	Tumore an weiblichen Geschlechtsorganen, Brustdrüse, Gallenblase, Dickdarm, eventuell Niere
Alkohol	Mund-, Rachen-, Speiseröhren- und Brustkrebs
Kaffee	Blasenkrebs
Stark Gesalzenes und Gepökeltes	Magenkrebs
Vitamin-E-Mangel	Lungen-, Magen- und Darmkrebs
Erniedrigter Selenblutspiegel	Dickdarmkrebs

Um das Krebsrisiko zu senken, gibt die Weltgesundheitsorganisation Ernährungsempfehlungen. Eine der wichtigsten betrifft das Körpergewicht: So schlank wie möglich – ohne unterernährt zu sein – fördert neben dem allgemeinen Wohlbefinden auch den Widerstand gegen Tumore. Dazu trägt auch die Reduzierung der täglichen Fettzufuhr bei. Während der Durchschnitt in unseren Breiten 100 bis 160 Gramm beträgt, empfehlen die Experten maximal 70 Gramm. Das kann noch unterstützt werden durch die Verwendung pflanzlicher Fette wie Oliven-, Walnuss-,

Soja- oder Rapsöl. Naschkatzen können statt auf Torten, Schokolade oder Pralinen auf Trockenfrüchte oder Studentenfutter zurückgreifen.

Ausreichend Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente können wir durch viel Obst, Gemüse und Salat zu uns nehmen. Fischöle in frischem Seefisch, die so genannten Omega-3-Fettsäuren, schützen vor Darm- und Brustkrebs, stärken das Immunsystem und wirken entzündungshemmend. Zwei bis drei Portionen Fisch in der Woche helfen, den Fleischkonsum zu reduzieren. Auch einheimisches Rapsöl enthält viel Omega-3-Fettsäure, im Gegensatz zu Olivenöl.

Ballaststoffe sind vor allem in Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten, Kartoffeln, Obst und Gemüse enthalten. Sie binden krebserregende Schadstoffe und verkürzen die Verweildauer der Nahrungsreste im Darm. Die Milchsäurebakterien in Sauermilchprodukten bieten einen Schutz vor Darmkrebs. Ebenfalls krebshemmend wirken Inhalts-

bekömmliche Lebensmittel. Um belastende Medikamente möglichst schnell wieder auszuscheiden, muss der Patient viel trinken. Kohlensäurearmes Wasser, Molke, grüner Tee und Gemüsesaft sind besonders geeignet. Wunschkost, das, was am ehesten schmeckt, kann positiv auf die Psyche, auf das Gemüt wirken. Wichtig ist es, im Einzelfall zu wissen, was dem Patienten besonders gut oder eher nicht bekommt.

Zu allen hier angerissenen Fragen kann die Ernährungsberatung im St. Anna Hospital ausführlich und ganz individuell helfen. Die Ärzte oder Pflegekräfte vermitteln gerne den Kontakt.

Kerstin Marewski und Karla Loebbert, Ernährungsberaterinnen



stoffe in Kreuzblütlern – das sind Rosenkohl, Blumenkohl, Broccoli, Grün-, Weiß- und Rotkohl. Das gilt auch für den roten Farbstoff in Tomaten, der besonders durch Erhitzen frei gesetzt wird.

Gefährlich dagegen sind Schimmel auf Lebensmitteln und Braunfäule bei Früchten. Die darin enthaltenen Giftstoffe durchdringen auch die nicht sichtbar befallenen Teile. Daher sollten betroffene Lebensmittel immer vollständig weggeworfen werden. Hier ist Sparsamkeit fehl am Platz.

Was kann die Ernährung nun zur Heilung oder Linderung beitragen, wenn eine Krebserkrankung bereits aufgetreten ist? In der Phase der Strahlen- oder Chemotherapie muss der Körper möglichst entlastet werden. Dazu empfehlen sich leicht

Geprüft und für „sehr gut“ befunden

Das Marien-Hospital Witten wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft, im September 2009 von Fachexperten geprüft und zur Auszeichnung als Darmkrebszentrum vorgeschlagen. Die Auditoren waren beeindruckt von der Umsetzung des umfangreichen Anforderungskataloges und brauchten keinerlei Abweichung fest zu stellen. Das ist ein selten gutes und eindeutiges Ergebnis. Damit hatte sich der Kraftakt, innerhalb eines halben Jahres ein Darmkrebszentrum mit so vielen Beteiligten zu formen, für alle Beteiligten gelohnt. Die Ausgestaltung dieses Zentrums nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft hat die gemeinschaftliche Arbeit für Darmkrebspatienten deutlich verbessert.

Gute Noten hat das Darmkrebszentrum Witten nicht nur für die ausgezeichnete ärztliche Kompetenz in der Viszeralchirurgie und der Endoskopie bekommen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern aus Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie wurde für ausgezeichnet befunden. Im onkologischen Pflegekonzept wird den Pflegekräften eine zentrale Rolle in der Betreuung der Krebspatienten zugewiesen. Die Prüfer stellten fest, dass in Witten die vielfältigen Angebote dieses Sozialnetzwerkes gut koordiniert werden und jedem Patienten die für ihn sinnvolle und notwendige Unterstützung vermittelt wird. Dabei kann die Pflege auf die Mitarbeit einer Ernährungsberaterin, des Sozialdienstes, der Physiotherapieabteilung und einer speziell ausgebildeten Stomaberaterin zurückgreifen. Eine Selbsthilfegruppe, die katholische und evangelische Seelsorge und bei Bedarf auch eine Psychoonkologin helfen den Patienten beim Umgang mit der bedrohlichen Diagnose Darmkrebs.

Ein Jahr nach der Anerkennung als Darmkrebszentrum wurde in Witten das Zentrum erneut von der Krebsgesellschaft geprüft. Es wurde festgestellt, dass das Darmkrebszentrum nachhaltig und kontinuierlich seine Arbeit fortsetzt.

Interdisziplinärer Ansatz

Die Behandlung der Patienten erfolgt im Darmzentrum Witten von der Diagnose bis zur Nachbehandlung interdisziplinär. Herzstück der Behandlungsplanung ist die Tumorkonferenz, die bereits seit zehn Jahren in Witten etabliert ist. An diesen wöchentlichen Fallbesprechungen nehmen Ärzte der Disziplinen Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie teil. In dieser Runde wird die Erkrankung jedes Patienten aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der verschiedenen Fachdisziplinen betrachtet und die optimale Behandlung gemeinsam festgelegt.

Die medizinischen Partner

Leiter des Darmkrebszentrums ist der Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Marien-Hospital, Prof. Dr. Metin Senkal. Das Zentrum baut in Behandlung, Vor- und Nachsorge außerdem auf die medizinische Kompetenz zahlreicher niedergelassener Wittener Ärzte. Die Leistungen zahlreicher weiterer Berufsgruppen und Experten ergänzen die Versorgung der Patienten und binden sie in ein umfassendes Behandlungskonzept ein.



Dreh- und Angelpunkt der unterstützenden Versorgung ist das Pflgeteam der Stationen, die im Rahmen einer speziellen onkologischen Pflege die Kontakte zu den weiteren Behandlungspartnern vermitteln. Das können Psychoonkologen, Ernährungsberater, Stomatherapeuten, Wundmanager, Pflegeexperten, Sozialarbeiter, Seelsorger und Physiotherapeuten sein.

Medizintechnik, Wissenschaft und Erfahrung

Neben der Fachkompetenz ist die Ausstattung mit modernen technischen Apparaten entscheidend. Im Darmkrebszentrum Witten stehen neben der Endoskopie für die Darmspiegelung und dem Ultraschall auch spezielle bildgebende Diagnostikmethoden wie Computertomographie und Kernspintomographie zur Verfügung. Zur Versorgung der Patienten ist die Kooperation mit Urologie, Gynäkologie, Gastroenterologie, Neurologie, Strahlentherapie, Onkologie und Pathologie organisiert. So werden wissenschaftlich fundierte, moderne, kompetente und ganzheitliche Konzepte in der Behandlung von Darmerkrankungen eingesetzt. Für die Zertifizierung muss regelmäßig nachgewiesen werden, dass bestimmte Untersuchungen und Operationen entsprechend häufig durchgeführt werden. So ist die unentbehrliche Erfahrung der Ärzte gewährleistet.

Kooperation von Spezialisten im Darmkrebszentrum Witten

Leitung

Prof. Dr. Metin Senkal
Chefarzt der Chirurgischen Klinik,
Marien Hospital Witten

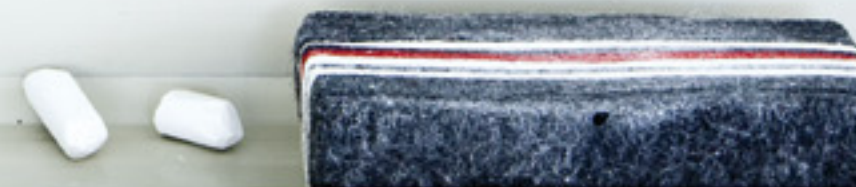
Beteiligte Fachabteilungen

Prof. Dr. med. Metin Senkal - Chirurgie
Prof. Dr. med. Martin Bergbauer - Innere Medizin
Dr. med. Niklas Jollet - Endoskopie

Niedergelassene Ärzte

Dr. med. Jürgen Behring, Dr. med. Oliver Wolf,
Dr. med. Volkmar Pallapies - Radiologie
Dr. med. Jens-Uwe Lawerenz - Pathologie
Dr. med. Jozef Kurzeja,
Prof. Dr. med. Irenäus A. Adamietz - Strahlentherapie
Dr. med. Michael Koch, Dr. med. Beate Höhmann-Riese,
Dr. med. Jacqueline Rauh - Innere Medizin/Onkologie
Dr. med. Corinna Traska, Dr. med. Khalil Etminan,
Dr. med. Guido Renvert, Dr. med. Sebastian Volkmann,
Dr. med. Udo Theis - Gastroenterologie

Fachexperten von OnkoZert zeichnen Darmkrebszentrum Witten aus



Von der Diagnose bis zur Nachbehandlung

28 29 Darmkrebszentrum Witten

Diagnose

Bündelung von Kompetenzen

Aufklärung

Vorsorge

Jährlich erkranken etwa 73.000 Menschen in Deutschland an einem bösartigen Darmtumor. Um sowohl die Vorbeugung und Früherkennung von Darmkrebs als auch Diagnostik und Therapie zu verbessern, ist es wichtig, dass verschiedene medizinische Disziplinen (vor allem Gastroenterologie, Chirurgie, Internistische Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie) eng zusammenarbeiten.

Herzstück der Darmkrebszentren ist die Tumorkonferenz. Hier werden alle wichtigen Entscheidungen für die Therapie des einzelnen Patienten getroffen. Unter der Führung der beiden Leiter, Prof. Dr. Metin Senkal und Dr. Werner Hoffmann müssen regelmäßig ein Viszeralchirurg und ein Gastroenterologe, die auf Bauchkrankungen spezialisiert sind, der Onkologe, der Strahlentherapeut, der Radiologe und der Pathologe teil nehmen. Die Fachleute

Darmkrebszentren im Marien-Hospital Witten und im St. Anna Hospital in Herne

Am Marien-Hospital Witten und am St. Anna Hospital in Herne sind in den letzten Jahren Strukturen für eine solche Zusammenarbeit aufgebaut und umgesetzt worden. So tragen sie dazu bei in der Region das Thema „Darm“ zu enttabuisieren und damit langfristig die Überlebenschancen von Betroffenen weiter zu verbessern.

Die Darmkrebszentren am St. Anna Hospital und am Marien-Hospital Witten haben die Qualitätskontrolle der Deutschen Krebsgesellschaft bestanden und sind damit zertifiziert worden. Dazu mussten die Mediziner einige Voraussetzungen erfüllen.

legen alle Originalbilder des Patienten vor: Endoskopiebilder, Computertomographien, Histologie, Laborergebnisse und Chemotherapieprotokolle. In der Zusammenschau der Fakten erstellen die Ärzte dann gemeinsam das für den einzelnen Patienten optimale Therapiekonzept.

Durch eine Bündelung der vorhandenen Kompetenzen optimieren die Ärzte Diagnostik und Therapie, verbessern die Therapieergebnisse und verringern die Belastungen des Patienten durch unnötige Untersuchungen. Die begleitenden Beratungsangebote in den Bereichen Psychoonkologie, Palliativmedizin, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Physiotherapie und Pflege ergänzen sich gegenseitig und runden das gesamte Behandlungsangebot der Darmkrebszentren ab. Einen besonderen Schwerpunkt bildet der Bereich Aufklärung, Vorsorge und Früherkennung.

Tumorkonferenz

Früherkennung

Therapiekonzept

Es gibt einheitliche, an den Leitlinien orientierte Behandlungsstandards. Jeder Patient wird in der Tumorkonferenz besprochen und ein individuelles Behandlungskonzept erstellt. In den Zentren stehen eingespielte, erfahrene Endoskopie- und OP-Teams zur Verfügung. Die Nutzung modernster High-Tech-Ausstattung ist Standard. Fort- und Weiterbildungen werden gemeinsam koordiniert und organisiert. Die Behandlung der Patienten erfolgt in den Darmkrebszentren Herne und Witten von der Diagnose bis zur Nachbehandlung interdisziplinär. Diese Zusammenarbeit ist durch zuvor festgelegte Strukturen gesichert.

von Deutscher Krebsgesellschaft ausgezeichnet

Wichtiger Bestandteil des Konzeptes ist die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern außerhalb der beiden Krankenhäuser. Dazu gehören auch niedergelassene Ärzte. Dadurch ist eine enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung der Patienten gewährleistet.

Nachbehandlung



Foto: Monkey Business, fotolia.de

Das St. Anna Hospital und das Marien-Hospital Witten gehören zur St. Vincenz Gruppe Ruhr. In beiden Krankenhäusern gibt es ein zertifiziertes Darmkrebszentrum. Beide Zentren arbeiten eng zusammen, haben die selben Standards und tauschen sich regelmäßig aus. Mit den beiden zertifizierten Darmkrebszentren hat die St. Vincenz Gruppe Ruhr eine hohe Kompetenz bei der Behandlung von Darmkrebs.

Patienten erreichen beide Darmzentren telefonisch über die Darmsprechstunde unter:
0 23 25 - 9 86 20 88 (Herne) oder 0 23 02 - 1 73 12 03 (Witten)

darmkrebs
zentren
WITTEN | HERNE



Seit Mitte Mai trainiert das Drachenboot-Team „Pink Patrol“. Einmal in der Woche treffen sich die Paddlerinnen von PIA seither. PIA – das ist die Patientinneninitiative am St. Anna Hospital. Die meisten der Frauen sind vorher noch nie gepaddelt. Von ihren Trainern wurden sie innerhalb kurzer Zeit so gut vorbereitet, dass sie schon ihre erste Regatta beim Dattener Drachenboot Cup auf dem Dortmund-Ems-Kanal fahren konnten. Dabei geht es den Frauen in erster Linie nicht um Sieg und Erfolg. Die „Pinks“ paddeln gegen den Brustkrebs. Das Team „Pink Patrol“ setzt sich aus rund 30 Frauen zwischen 35 und 65 Jahren zusammen. Neben Patientinnen, Patientinnen-Initiativen und Selbsthilfegruppen aus Bochum, Witten und Gelsenkirchen sind mit den PIA-Mitgliedern auch Herner Brustkrebspatientinnen an Bord.



Kurz vor dem WM-Finale in Südafrika hat die St. Vincenz Gruppe Ruhr ihren eigenen Fußballmeister ausgespielt. In einem Turnier mit acht Mannschaften konnte das Team aus dem St. Marien-Hospital Eickel den erstmals ausgespielten Wanderpokal aus den Händen von Geschäftsführer Theo Freitag entgegen nehmen. Den Gesamterlös des Turniers hat die Vincenz-Gruppe der Herner Tafel für bedürftige Familien gespendet.

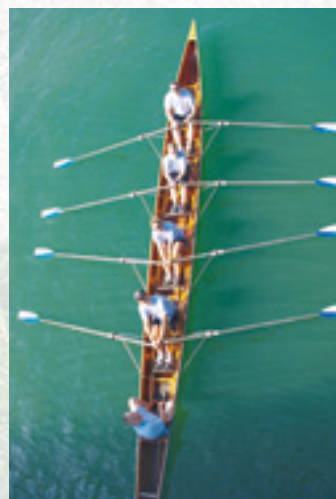


Bewegung, Spaß, frische Luft – warum nicht den Weg zur Arbeit auf dem Rad zurücklegen? Das dachten sich zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der St. Vincenz Gruppe, die vom 1. Juni bis 31. August an der bundesweiten Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ teilnahmen. Schirmherr des Wettbewerbs war zum dritten Mal der Herner FIFA-Schiedsrichter Thorsten Kienhöfer. Er freute sich, dass „die Menschen mit Begeisterung und Spaß dabei sind.“ Veranstalter der jährlichen Aktion ist die AOK, die St. Vincenz Gruppe Ruhr war in Herne dieses Mal offizieller Partner. Dr. Eva Niederhofer, leitende Oberärztin am St. Marien-Hospital Eickel, hatte die Vorteile der Fahrradaktion aus medizinischer Sicht erläutert: „Bewegung ist nicht nur gut für das Herz-Kreislauf-System und den Stoffwechsel, sondern auch für das seelische Befinden. So beugen Sportler auch psychischen Erkrankungen, beispielsweise dem Burn-out Syndrom oder depressiven Verstimmungen vor.“



Beim 2. Dahlhauser Drachenbootfestival „Der Pott brennt“ war auch ein Boot der St. Vincenz Gruppe am Start. Fast alle Einrichtungen hatten Paddlerinnen und Paddler für das Team der „Pirates of St. Vincenz“ geschickt. Im D-Cup landete der Drache schließlich im A-Finale – was sich so gut anhört, soll nicht hinterfragt werden. Der Spaß war, den Aktiven zufolge, riesig.

Sport in der St. Vincenz Gruppe Ruhr



Am 5. Herner Rudertag im September sind vier Boote aus den Einrichtungen der St. Vincenz Gruppe an den Start gegangen. Trotz hoher Leistungsbereitschaft hat es nicht zum Sieg gereicht. Alle Beteiligten hatten jedoch viel Spaß – dabei sein ist schließlich alles. Der Wunsch ist groß, beim nächsten Herner Rudertag wieder zu starten.



Den Abschluss der diesjährigen Sportaktivitäten der St. Vincenz Gruppe bildete der Ruhrtalmarathon Anfang Oktober in Witten. Mehrere Starter und Starterinnen des Marien Hospitals Witten gingen hierbei über 10 Kilometer auf die anspruchsvolle und landschaftlich reizvolle Strecke.

Das dritte „Radeln für das Lukas-Hospiz“ setzte Ende September hunderte Radfahrer für den guten Zweck in Bewegung. Radsportvereine aus Herne und Umgebung brachten insgesamt 99 Fahrer auf die Starterlisten und legten durch ihre Streckenleistungen zwischen 71 und 152 Kilometern einen fünfstelligen Grundstein.

Später starteten dann zahlreiche Gruppen aus Herner Vereinen, etwa der Turnerbund Börnig-Sodingen, der ADFC Herne, die Jugendfeuerwehr, die Fußballerinnen der SG Herne 70.344 Radwanderer steuerten den zweiten Teil der Kilometerleistung dazu, so dass unterm Strich eine Kilometerzahl von 22.007 erreicht wurde, die von Sponsoren in genauso viele Euros für das Lukas-Hospiz verwandelt werden.

Die Premiere von BIG 25 – 25, 7,5 oder 5x5 Kilometer quer durch Herne – war für die St. Vincenz Gruppe ausgesprochen erfolgreich. Eine der Staffeln war Siegerin bei den rein weiblichen Staffeln, ein 25-km-Team wurde Zweiter der Mannschafts-Wertung, bei den 7,5-km-Läufern wurde Burkhard Ebel Erster seiner Altersklasse. Alle Aktiven lobten die gute Organisation der Auftaktveranstaltung. Dazu haben auch die Physiotherapeuten der Gruppe einen wesentlichen Teil beigetragen. 35 von ihnen hatten das offizielle Massage-Angebot übernommen und in einem eigens dafür hergerichteten Raum die Waden der Läuferinnen und Läufer durchgeknetet. Das war eine prima Werbung für die St. Vincenz Gruppe. Physiotherapeuten und Läufer sind sich einig: Nächstes Jahr sind sie wieder dabei.



Das Darmkrebszentrum HERNE

Leitung / Ihr Ansprechpartner

Dr. med. Werner Hoffmann
Chefarzt der Medizinischen Klinik II -
Gastroenterologie,
St. Anna Hospital

Anschrift

St. Anna Hospital | Darmzentrum
Hospitalstraße 19
44649 Herne
Sekretariat Frau Schneiders
Fon 0 23 25 - 986 - 21 51
medklinik2@annahospital.de
www.annahospital.de

Das Darmzentrum ist erreichbar
über die zentrale Aufnahme des Zentrums
für Viszeralmedizin:
Fon 0 23 25 - 9 86 - 20 88

und über die Sekretariate der Chirurgie:
Fon 0 23 25 - 9 86 - 20 51

und der Medizinischen Klinik 2
Fon 0 23 25 - 9 86 - 21 51

Beteiligte Abteilungen

St. Anna Hospital
Medizinische Klinik 2
(Chefarzt Dr. Werner Hoffmann)
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
(Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Jürgen Kozianka)

Hauptkooperationspartner

Onkologie:

- Onkologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Lars Hahn

Radiologie:

- Radiologie Herne
Dr. med. Thilo-Andreas Wittkämper
Dr. med. Werner Luther
Dr. med. Christoph Labisch
Dr. med. Thomas Magin
Dr. med. Wolfgang Becker
Dr. med. Thomas Paul

Strahlentherapie:

- Strahlentherapiezentrum Emscher-Lippe
Dr. med. Marlis Martin-Malberger
Michael Malberger

Strahlentherapie und Onkologie:

- Klinik für Strahlentherapie
und Radio-Onkologie
Marienhospital Herne - Klinikum
der Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. med. Irenäus A. Adamietz
Dr. med. Oliver Schneider

Pathologie:

- Institut für Pathologie der Ruhr-Universi-
tät Bochum am Berufsgenossenschaftli-
chen Universitätsklinikum Bergmannsheil
Professor Dr. med. Andrea Tannapfel

Niedergelassene Ärzte:

- Gastroenterologische
Schwerpunktpraxis Wanne-Eickel
Dr. med. Johanna Preiss
Dr. med. Dunkhase von Hinkeldey
- Gemeinschaftspraxis Gelsenkirchen
Dr. med. Birgitta Salm
Dr. med. Thorsten Grabosch
- Gemeinschaftspraxis Castrop Rauxel
Schwerpunkte: Gastroenterologie
und Diabetologie
Dr. med. Ute Meschede-Isbruch
Dr. Beate Schmidt
Anja Böhne
- Praxis für Chirurgie und
Koloproktologie Gelsenkirchen
Dr. med. Christoph Bönner
- Gastroenterologische
Gemeinschaftspraxis Herne
Ärztelhaus am Ev. Krankenhaus Herne
Dr. med. Gisela Felten
Prof. Dr. med. Heinz Hartmann
Dr. med. Dietrich Hüppe
- Gastroenterologische Praxis Gelsenkirchen
Dr. med. Frank Meyer-Hilse

Das Darmkrebszentrum WITTEN

Leitung / Ihr Ansprechpartner

Prof. Dr. Metin Senkal
Chefarzt der Chirurgischen Klinik,
Marien-Hospital Witten

Anschrift

Marien-Hospital Witten
Marienplatz 2
58452 Witten
Fon 0 23 02 - 173 - 12 08
Fon 0 23 02 - 173 - 12 03
Ärztliche Hotline 0 23 02 - 173-30 40
www.darmzentrum-witten-herne.de

Hauptkooperationspartner

Innere Medizin:

- Prof. Dr. med. Martin Bergbauer
(Chefarzt der Medizinischen Klinik)

Endoskopie:

- Dr. med. Niklas Jollet

Radiologie:

- Dr. med. Jürgen Behring,
Dr. med. Oliver Wolf,
Dr. med. Volkmar Pallapies

Institut für Pathologie:

- Dr. med. Jens-Uwe Lawrenz
Dr. med. Torsten Gumpnich

Gemeinschaftspraxis und onkologischer Schwerpunkt:

- Dr. med. Michael Koch,
Dr. med. Jacqueline Rauh,

Strahlentherapie:

- Dr. med. Jozef Kurzeja
Prof. Dr. med. Irenäus Adamietz

Gastroenterologie:

- Dr. med. J. Corinna Traska,
Dr. med. Khalil Etminan,
Dr. med. Sebastian Volkmann
Dr. med. Udo Theis
Dr. med. Guido Renvert