



50 Jahre Frauenklinik im Clemenshospital

50 Jahre Frauenklinik

Frauenklinik; Clemenshospital



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im Gespräch mit Geschäftsführer Stefan Kentrup (l.) und Chefarzt Prof. Dr. Hans-Joachim Muhs (r.).

Am Samstag, 19. November, fand anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Frauenklinik am Clemenshospital ein ganztägiges Symposium unter dem Motto „Medizin – Geschichte – Berufspolitik“ im Zwei-Löwen-Klub in Münster statt.

Zahlreiche namhafte Vertreter referierten über geburtshilfliche und perinatologische Themen, sowie die Chirurgie und Strahlentherapie des Mammakarzinoms. Wie schwierig es ist, in Zeiten des zunehmenden Ärztemangels junge motivierte Fachkollegen auszubilden, die in ihrem Berufsfeld dauerhaft tätig sein wollen, stellten Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Prof. Dr. Alexander Teichmann, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe von unterschiedlichen Gesichtspunkten her dar. Während Bahr auf die Tatsache verwies, dass zunehmend

junge Frauen das Medizinstudium aufnehmen – an der Universität Münster sind dies 70 Prozent der Studierenden mit einem überwiegenden Abiturdurchschnitt von 1,0 oder wenig „schlechter“ – und für diese neue Ärztinnengeneration bessere Bedingungen geschaffen werden müssen auch mit einer Entscheidung für eine Familie in ihrem Beruf tätig bleiben zu können, „prognostizierte“ Prof. Teichmann die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, wenn ein Medizinstudium fast nur noch von sehr guten Abiturientinnen absolviert wird und die Krankenhäuser mit ihren mitunter veralteten Organisationsstrukturen ihre Kliniken weiterführen.

Hier zeigen sich die Herausforderungen, denen sich auch die Frauenklinik im Clemenshospital stellt und bereits angeht. Prof. Dr. Hans-Joachim Muhs stellte dem Grußwort der der Bürgermeisterin Karin

Reismann und der Eröffnungsrede des Geschäftsführers Stefan Kentrup einen Überblick über die Struktur der heutigen Frauenklinik nach, und zeigte auf, wie diese unter seiner Leitung auf die Herausforderungen und Erwartungen der Patientinnen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reagiert. Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit für den Assistenzärztlichen Dienst die Weiterbildung familienfreundlich zu strukturieren und das auf der oberärztlichen Ebene neben dem ltd. Oberarzt und Chefarztvertreter Georgios Stamatelos weitere Leitungsbereiche und damit Schwerpunkttätigkeiten für die Geburtshilfe, Gynäkologie und Senologie etabliert wurden.

Dass dieser Wandel nur bewältigt werden kann, wenn sich die Kliniken einerseits als lernende Organisationen verstehen, die betriebswirtschaftlich erfolgreich sein

Editorial

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,



vor wenigen Wochen feierten wir mit einem Symposium das Jubiläum „50 Jahre Frauenklinik des Clemenshospitals“.

Dabei ergab sich die Gelegenheit, einige Worte mit dem Bundesgesundheitsminister zu wechseln. Schnell drehte sich das Gespräch um das Thema der Finanzierung der Lasten, die in naher Zukunft auf Sie und uns zukommen werden. Wie zu erwarten war, konnte auch der hohe Gast aus Berlin keine Versprechungen machen, aber vielleicht ist es uns gelungen, die Probleme, denen wir alle uns stellen müssen, einmal mehr transparent zu machen.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien eine besinnliche Weihnachtszeit und ein erfolgreiches neues Jahr 2012!

Stefan Kentrup
Geschäftsführer Clemenshospital
und Raphaelsklinik

müssen, andererseits Patienten und Mitarbeitern auch zugewandt, fördernd und respektvoll begegnen wollen, wurde in den Diskussionen zu den Vorträgen von Dr. Martin Kuse-Isingschulte (München) zum Thema „ärztlicher Stress und wie man diesem begegnen kann“, und den Vorträgen von Dr. Steffen Fliegel, Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung, und Hildegard Stienen (Münster) die über das Überbringen schlechter Nachrichten und den Umgang mit Intimität und Sexualität in der Geburtshilfe und Frauen-

heilkunde referierten und sich anschließenden lebhaften Diskussionen stellten. Darin wurde im Gespräch mit Ärztinnen und Hebammen besonders deutlich, wie nahe „Glück und Leid“ in der Frauenheilkunde beieinander liegen und welche fachliche und persönliche Herausforderung dies für alle dort tätigen Berufsgruppen bedeutet. Durch viele weitere Fachvorträge zu Unterbauchtumoren, Endoskopischen Verfahren sowie der besonderen Tradition der Periduralanästhesie im Clemenshospital, sowie einem „Ritt“ durch die Geschichte

der Geburtshilfe bis zur Einrichtung von Frauenkliniken im heutigen Verständnis ab den 1960-er Jahren und die heutigen Herausforderungen durch das Qualitätsmanagement, eingebettet in eine Unternehmenskultur, endete der fachliche Teil des Symposiums der in festlich-gemütlichem Rahmen noch seinen abendlichen Abschluss fand.

Ute Scheidler

Frauenklinik, Brustzentrum Münsterland

Endoskopische Submucosa Dissektion

Medizinische Klinik II – Gastroenterologie; Raphaelsklinik

Die Behandlung von Frühkarzinomen des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes stellt eine besondere Herausforderung dar. Für Frühkarzinome des Rektums stehen bisher die endoskopische Abtragung und die Transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) zur Verfügung, bei der eine lokale Vollwandexzision des Rektums durchgeführt wird. Die Endoskopische Submucosa-Dissektion (ESD) wurde als eine neue Methode zur kurativen endoskopischen En-bloc-Resektion gastrointestinaler Tumoren, einschließlich Präneoplasien, Frühkarzinomen und mesenchymaler Tumoren entwickelt. Der entscheidende Vorteil des endoskopischen Vorgehens gegenüber dem chirurgischen ist der Erhalt der Muscularis propria und damit der Organkontinuität und -motilität. Nachteil ist die fehlende Lymphknoten-Dissektion. Die endoskopische Resektion kann jedoch dann als endgültige Therapie angesehen werden, wenn das Metastasierungsrisiko geringer ist als die zu erwartende Operationsletalität, meist < 1 Prozent. Entsprechend dem Metastasierungsrisiko wird individuell für jeden Patienten beispielsweise mit einem Rektumkarzinom in der interdisziplinären Tumorkonferenz festgelegt, ob ein lokales Therapieverfahren wie die Endoskopische Submucosa Dissektion, die TEM, oder ein radikaleres chirurgisches Vorgehen indiziert sind. Entsprechend den Leitlinien lässt sich

das Metastasierungsrisiko sicher aus folgenden histologischen Kriterien ableiten: Infiltrationstiefe, Differenzierungsgrad und Gefäßinvasion. Unabdingbare Voraussetzung für die definitive histopathologische Beurteilung ist die En-bloc-Resektion im Gesunden, die bei Tumoren größer 1 cm nur mit der ESD, nicht mit der bisherigen endoskopischen Technik der Schlingenabtragung möglich ist.

Kurz dargestellt werden bei der ESD folgende Schritte vorgenommen:

1. Zirkuläre Markierung des Tumors in gesunder Schleimhaut mit Argonplasmakoagulation,
2. Unterspritzung mit kolloidaler Lösung einschließlich Indigocarmin als Farbstoff,
3. zirkuläre Inzision mit dem Hook-Knife,
4. Präparation zwischen Submucosa und Muscularis propria mit Durchtrennung der Bindegewebsfasern und Koagulation von Blutgefäßen.

Das Verfahren wurde vor mehr als zehn Jahren in Japan entwickelt. In westlichen Ländern, wie auch in unserer Klinik, wird die Technik zunehmend eingeführt durch Hospitation bei Japanern und Workshops mit Tiermodellen. An mehreren solcher Trainings haben sowohl Chefarzt Dr. Ulrich Peitz, als auch die Oberärzte Dr. David Albers und Ulrich Brunk teilgenommen. In der Klinik Innere Medizin II - Gastroenterologie wurden inzwischen 18 ESD durchgeführt.

[2 Oesophagus (Abb. 1), 5 Magen, 2 Duodenum, 1 Colon, 8 Rektum (Abb. 2), Durchmesser 3-10 cm, median 4 cm]. Allgemein ist mit einer höheren Perforationsrate von ca. 5 Prozent als bei der endoskopischen Mucosa-Resektion zu rechnen. Perforationen sind jedoch endoskopisch zu erkennen, zu behandeln, und können somit wie in 2 Fällen bei uns meist konservativ therapiert werden. Nach abgeschlossener Dissektion wird das Lymphknotenmetastasierungsrisiko vom Histopathologen eingestuft und auf der interdisziplinären Tumorkonferenz des Darmkrebszentrums erneut vorgestellt. In der bisherigen Serie der Klinik Innere Medizin II war die ESD in 12 Fällen die definitive Therapie, während in 4 Fällen eine chirurgische Resektion notwendig wurde.

Zusammenfassend können mit der ESD weit größere Neoplasien des Gastrointestinaltraktes endoskopisch kurativ entfernt werden als mit der konventionellen endoskopischen Schlingenabtragung. Die deutlich bessere Beurteilbarkeit des En-bloc-Resektats für den Histopathologen erlaubt erst die exakte Abschätzung des Lymphknotenmetastasierungsrisikos. Auch Rezidive nach Schlingenabtragung können in einem Teil der Fälle mit ESD noch reseziert werden (Abb. 2). Ein bedeutsamer Anteil chirurgischer Resektionen kann so in Zukunft vermieden werden.

Priv.-Doz. Dr. Ulrich Peitz

Chefarzt, Medizinischen Klinik II – Gastroenterologie



Abb. 1.1

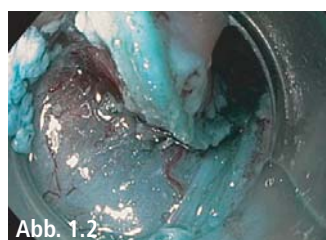


Abb. 1.2

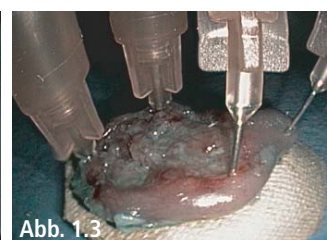


Abb. 1.3

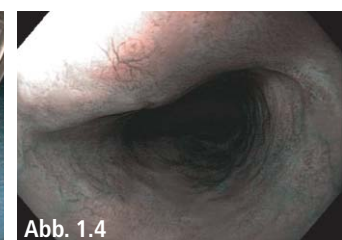
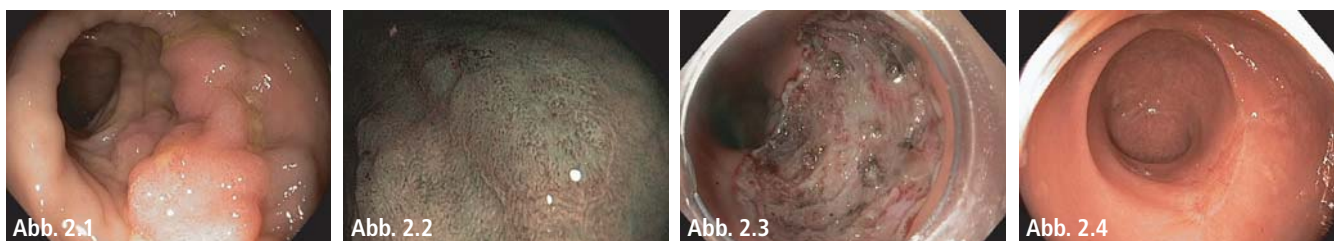


Abb. 1.4

**Legende:**

1.1: Plattenepithel-Karzinom des mittleren Ösophagus; **1.2:** Endoskopische Präparation in der unteren Submukosa zwischen Tumor und Muscularis propria
1.3: Präparat des Karzinoms, histopathologisch pT1 m3; **1.4:** Endoskopie des Ösophagus nach 1 Jahr, auch mit NBI kein Rezidiv des Karzinoms, keine Stenose
2.1: Zwei Rezidivherde eines Adenoms im Rectum nach auswärtiger Polypektomie; **2.2:** Mit Narrow-Band-Imaging (NBI) karzinomsuspektes Areal
2.3: Abtragungsfläche, ca. 6 cm im Durchmesser, direkt nach ESD, histopathologisch Adeno-Karzinom pT1 m3; **2.4:** Abtragungsfläche ein Jahr nach ESD, vollständig reepithelialisiert, keine Stenose, kein Rezidiv

(Alle Abbildungen Raphaelsklinik Münster)

Nahrungsmittelallergien bei Kindern

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Clemenshospital

Die Prävalenz des kindlichen Asthma bronchiale hat sich auf hohem Niveau stabilisiert – nun aber weisen alarmierende epidemiologische Daten auf einen weltweit massiven Anstieg von Nahrungsmittelallergien bei Kindern hin – eine neue „Allergie-Sturmflut“ bei Kindern rollt auf uns zu [Prescott S., Allen K. J. Food allergy: Riding the second wave of the allergy epidemic. *Pediatr Allergy Immunol* 2011 Mar.;22(2): 155–160]. In Notfall-Ambulanzen der USA stieg in den letzten 10 Jahren die Zahl lebensmittelbedingter Anaphylaxiefälle um rund 20 Prozent. In den deutschsprachigen Ländern wurden pro Jahr ca. 60 schwere, vital bedrohliche Anaphylaxien bei Kindern – davon über die Hälfte durch Nahrungsmittel verursacht – registriert.

Hühnerei gefolgt von Kuhmilch sind hierzulande die Hauptauslöser von Nahrungsmittelallergien bei Kindern. Eine Erdnussallergie wird weltweit bei 1–3 Prozent aller Kinder angenommen. Die Persistenz einer klinisch relevanten Nahrungsmittelallergie aus dem Kindes- ins Erwachsenenalter hat im neuen Jahrtausend – im Vergleich zu den 1990-er Jahren –, zugenommen, und die Verläufe sind deutlich schwerwiegender.

Epigenetische Faktoren werden als wesentliche Ursachen dieser Zunahme diskutiert. Dies sind Faktoren, die modulierend auf die Expression von Genen wirken. So scheint neben Umwelteinflüssen auf die vorangegangene (Eltern-)Generationen, insbesondere die Umwelt des Ungeborenen im Mutterleib und der Geburtsmodus, einen großen Einfluss auf die Entwicklung von Allergien zu haben: Nikotinexposition in der Schwangerschaft und/oder Geburt per Sectio erhöhen das Allergierisiko des

Kindes. Australische Daten weisen auf den möglichen Einfluss der Ultraviolettstrahlung hin: Eine Geburt in den Wintermonaten (weniger UV-Strahlung) erhöht das Risiko für die Manifestation einer Nahrungsmittelallergie. Die Rolle des Vitamin D ist diesbezüglich noch unklar. Präventiv erscheinen nach derzeitigem Kenntnisstand die frühe Einführung von Beikost, zeitgerechte Impfungen und der Schutz vor Passivrauchen.

Das Symptomspektrum einer Nahrungsmittelallergie, die wir in unserer Klinik sowohl ambulant als stationär sehen, reicht von leichten Beschwerden wie Jucken im Mund bis hin zur schwersten lebensbedrohlichen Anaphylaxie. Auf Basis einer differenzierten, oft langwierigen und gelegentlich auch mehrzeitigen Anamneseerhebung veranlassen wir Hauttestungen und/oder die Bestimmung spezifischer Antikörper. Bei hinreichendem Verdacht kann eine sichere Bestätigungs- oder Ausschlussdiagnostik nur durch eine offene oder „doppel blinde“ orale Provokation (in der Regel stationär) herbeigeführt werden. Nach den aktuellen Leitlinien wird eine solche Diagnosesicherung dringend empfohlen und in unserer Klinik immer in eine ausführliche Beratung und Schulung durch unsere speziell allergologisch erfahrene Ökotrophologin eingebunden. Eine gründliche Einweisung von Patient und Betreuungspersonen in die Notfalltherapie einer möglichen Anaphylaxie ist unerlässlich.

Die Therapie einer Nahrungsmittelallergie besteht in erster Linie im konsequenten Meiden der auslösenden Nahrungsmittel. Daher ist neben der qualifizierten Ernährungsberatung wichtig, dass ungesicherte

„Allergie-Vermutungen“ hinsichtlich einzelner Nahrungsmittel, die nie überprüft wurden, nicht zu unsinnigen Diäten oder gar Mangelernährungen führen. Nahrungsmittelallergien im Kindesalter zeigen – in Abhängigkeit vom auslösenden Allergen – eine gewisse Rate von Spontanremissionen. Inwieweit diese „Heilungstendenz“ z. B. bei Milchallergikern durch die Verabreichung kleiner und konstanter Mengen sehr stark erhitzter und damit stark denaturierter Milch beschleunigt werden kann ist derzeit Gegenstand wissenschaftlicher Debatten [Kim J S, et al. Dietary baked milk accelerates the resolution of cow's milk allergy in children. *J Allergy Clin Immunol* 2011 Jul.;128(1):125–131.e2]. Um unnötige lange Karenz und Therapien zu vermeiden, werden regelmäßige Kontrollprovokationen zur Aktualisierung (alle 1–2 Jahre) empfohlen. Man muss jedoch derzeit damit rechnen, dass bis zum Erwachsenenalter ca. 20 Prozent der Kuhmilchallergien und 80 Prozent der Erdnussallergien persistieren. Mit derzeit vier pädiatrischen Allergologen bieten wir sowohl stationär als auch ambulant im Rahmen der gastroenterologischen, pneumologischen und allergologischen Sprechstunden eine umfassende Betreuung in Zeiten der neu heraufziehenden „Allergie-Sturmflut“!

Dr. Wolfgang Tebbe
Oberarzt, Pädiatrische Allergologie

Dr. Peter Küster
Oberarzt, Pädiatrische Gastroenterologie

Dr. Georg Hülskamp
Chefarzt, Kinder-Pneumologie

20. Medizinischer Abend

Medizinische Klinik I, Raphaelsklinik

Bereits seit 15 Jahren existiert die beliebte ärztliche Fortbildungsveranstaltung der Medizinischen Klinik I der Raphaelsklinik mit dem klangvollen Namen „Der klinische Abend“. Ins Leben gerufen wurde die Reihe vom Chefarzt der Medizinischen Klinik I, Prof. Dr. Claus Spieker. Wenige Wochen vor dem Klinischen Abend wurde Prof. Spieker neben zwei Ärzten der Uniklinik vom Magazin FOCUS als Experte für den Bereich „Bluthochdruck“ in Münster empfohlen. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen am 9. November die neuen oralen Antikoagulantien, die aktuell sowohl in der Fach- als auch in der Laienpresse große Aufmerksamkeit erlangt haben. Besondere klinische Relevanz haben die neuen Konkurrenten der Cumarine in der Prophylaxe und Therapie venöser Thrombembolien sowie in der Prophylaxe arterieller Embolien bei Patienten mit Vorhofflimmern. Für die letztere Indikation wurde erst kürzlich für zwei Präparate die Zulassung erteilt. Wie so häufig bewegen Ärzte sich angesichts dieser nicht kostenneutralen Innovationen im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischer Evidenz.

Dieses wurde auch während des Vortrags von Prof. Dr. Knut Kröger (Helios-Klinik Krefeld) und der anschließenden Diskussion deutlich. Bei der Prophylaxe venöser Thrombembolien nach Hüft- oder Kniegelenkersatz erwiesen sich die neuen oralen Antitrombotika (v. a. Rivaroxaban und Dabigatran) der häufig beim Patienten unbeliebten subcutanen Heparinspritze (niedermolekulares Heparin) als mindestens gleichwertig und stellen somit bereits schon jetzt in vielen Zentren eine klinisch relevante und zugelassene Alternative dar. Anders sieht es in der Therapie und Sekundärprophylaxe venöser Thrombembolien aus, da hier eine mehrmonatige (sekundäre Thrombembolie) oder gar lebenslange (idiopathische Thrombembolie) Antikoagulation indiziert ist. Auch hier konnte eine Substanz (Rivaroxaban) im Vergleich zur „klassischen Antikoagulation“ mit Marcumar in zwei großen Studien bezüglich Wirksamkeit und Blutungsrisiko ein mindestens gleichwertiges Langzeitergebnis erzielen, eine Zulassung für diese Indikation wird bald erwartet.

In einem zweiten Vortrag von Dr. Frank Lieder (Raphaelsklinik Münster) über eine weitere Indikation der neuen Antithrombotika wurde die klinische und wirtschaftliche Tragweite dieser Innovation deutlich. Bei Patienten mit Vorhofflimmern besteht entsprechend der aktuellen europäischen Leitlinien prinzipiell bei jedem Patienten über 65 Jahren die Indikation zur oralen Antikoagulation entweder mit Cumarinen (z.B. Marcumar) oder eben mit den nun in Europa/Deutschland (Dabigatran) und in den USA (Dabigatran und Rivaroxaban) zugelassenen neuen Substanzen. Bei allerdings mehr als zehnfachen Tagestherapiekosten im Vergleich zur Marcumar-Therapie wurde vor allem die Frage, welcher Patient auf die neuen Substanzen und welcher die „klassische Antikoagulation“ mit Marcumar erhalten soll, intensiv diskutiert. Große Einigkeit bestand in der Ansicht, dass Patienten mit guter Therapiekontrolle unter Marcumar mit stabilen INR-Werten und geringem Blutungsrisiko in erster Linie mit Marcumar antikoaguliert werden sollten und die noch sehr teuren neuen Substanzen den Patienten mit schwieriger Therapiekontrolle unter Marcumar und erhöhtem Blutungsrisiko vorbehalten sein sollten. Abschließend referierte Prof. Dr. Walter Zidek (Charité Berlin) über das angesichts der demographischen Entwicklung vor allem in Deutschland relevante Thema des kardierenalen Syndroms. Hierbei steht vor allem der Patient mit einer akuten kardialen Dekompensation und gleichzeitig akuter Verschlechterung der Nierenfunktion im Mittelpunkt. In diesem Zusammenhang ging Prof. Zidek in seinem Vortrag und während der anschließenden intensiven Diskussion auf die klinisch sehr relevanten Themen wie z. B. der Diuretika-Resistenz und den modernen Therapieoptionen (z. B. Aquapherese) ein. Nach dem Vortragsteils freuten sich die Organisatoren über die regen Diskussionen und den kollegialen Austausch unter den niedergelassenen Kollegen, sicherlich hilfreich war dabei auch diesmal die kulinarischen highlights des Klinikrestaurantes.

Dr. Frank Lieder

Leitender Oberarzt, Medizinische Klinik I

■ CLEMENSOSPITAL

Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

Prof. Dr. Scherer 0251.976-2301

Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Prof. Dr. Sulkowski 0251.976-2351

Thoraxchirurgie

Prof. Dr. Feindt 0251.976-2381

Unfallchirurgie, Orthopädie, Handchirurgie und Sportmedizin

Prof. Dr. Rieger 0251.976-2391

Neurochirurgie

Prof. Dr. Schick 0251.976-2401

Frührehabilitation (Department ZNS)

Dr. Hoffmann 0251.976-5211

Innere Medizin I

Prof. Dr. Baumgart 0251.976-2451

Innere Medizin II/Pneumologie

Prof. Dr. Stepling 0251.976-2501

Innere Medizin III/Hämatologie und Onkologie

Dr. Lerchenmüller/Dr. Wehmeyer 0251.976-2651

Frauenklinik

Prof. Dr. Muhs 0251.976-2551

Kinder- und Jugendmedizin

PD Dr. Debus/Dr. Hülskamp 0251.976-2601

Radiologie und Strahlentherapie

Prof. Dr. Fischeck 0251.976-2651

Ambulante Pflege

Herr Hemelt 0251.976-4070

Kurzzeitpflege

Frau Philipp 0251.976-4080

■ RAPHAELSKLINIK

Anästhesie und Intensivmedizin

Dr. Mertes 0251.5007-2371

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Prof. Dr. Dr. Hoffmann 0251.5007-2321

Sektion Proktologie

Dr. Allemeyer 0251.5007-4141

HNO

Praxis Dr. Eikenbusch/Dr. Hermann 0251.56399

Praxis Dr. Schwering 02501.3009

Medizinische Klinik I

Prof. Dr. Spieker 0251.5007-2311

Medizinische Klinik II – Gastroenterologie

Priv.-Doz. Dr. Peitz 0251.5007-2313

Medizinische Klinik III – Hämatologie & Onkologie

Dres. Kratz-Albers, Timmer 0251.5007-4232

Neurologie

Dres. Elbrächter, Rickert & Enck 0251.5007-2550

Radiologie und Nuklearmedizin

M. Pützler 0251.5007-2381

Unfall- und Orthopädische Chirurgie

Prof. Dr. Möllenhoff 0251.5007-2331

Sektion Schulterchirurgie

Prof. Dr. Steinbeck 0251.539596-0

Urologie

Dres. Cohausz, Otto, Palizban & Gronau 0251.44146

Ambulante Pflege

Frau Strätker 0251.5007-2007

Kurzzeitpflege

Frau Stegemann 0251.5007-2010

Impressum: Clemenshospital GmbH, Duesbergweg 124, 48153 Münster. Raphaelsklinik Münster GmbH, Loerstraße 23, 48143 Münster

ViSdP: Stefan Kentrup; Redaktion: Michael Bürhrke; Auflage: 1500 Stck., Erscheinungsweise vierteljährig. Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 30.11.2011

Wenn Sie Tipps, Hinweise oder Verbesserungsvorschläge haben oder die „Akut“ nicht mehr erhalten möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an akut@misericordia.de