



Patientenstraße mit
Messungen, Beratungen
und Untersuchungen

Fußdruckmessung
und Ganganalyse

Kurzvorträge

Bewegungsspiele
Geschicklichkeits- und
Kraftübungen für Kinder

Führungen

Ausprobieren:
Endoskopieren

Zertrümmern von Gallensteinen

Minimal-invasives Operieren

Nähen und Klammern

Vorführungen

Essen und Trinken

Kapellenkonzerte

**TAG
DER
OFFENEN
TÜR**

Herausgeber
St. Anna Hospital
Hospitalstr. 19
44649 Herne

Träger
St. Vincenz Hospital gGmbH

Redaktion
Rainer Achterholt

Layout
Michael Winkelmann

Druck
Druckhaus Siebold, Herne

Auflage
4000

Medizinische Klinik I	
Bluthochdruck schädigt das Herz 6	
Verschiedene Untersuchungsverfahren bei arterieller Hypertonie	
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	
Handy 1100 8	
Neues Notfallmanagement im St. Anna Hospital	
Nachdenken	
Leben bis zuletzt 12	
Sterben mit Würde im St. Anna Hospital	
Herner Diabetes-Schulungszentrum	
Eine Schule macht Schule 14	
Praxisnahe Informationen in vertrauensvoller Atmosphäre	
Klinik für Orthopädie	
In jungen Jahren 20	
Kinderorthopädische Sprechstunde	
Geburtshilfe	
Muttermilch und mehr 22	
Schrittweise Einführung der Beikost	
Klinik für Chirurgie	
Ein kleiner Schnitt für den Arzt – ein großer Vorteil für den Patienten 26	
Die endoskopisch unterstützte Schilddrüsenoperation	

Pflegedienst

- 10 **Man (und frau) kann ruhig darüber sprechen**
Qualitative Verbesserung der
Inkontinenz- und Stomapflege

Klinik für Frauenheilkunde

- 16 **Genitalsenkung der Frau**
Eine Herausforderung für den Frauenarzt

Medizinische Klinik II (Gastroenterologie)

- 18 **Reise in den Mittelpunkt des Körpers**
Die Gastroenterologie arbeitet
mit kleinsten Instrumenten

Brustzentrum Bochum/Herne am St. Anna Hospital

- 24 **Krebs – Wege der Entlastung**
Psychosoziale Begleitung im Brustzentrum

Rubriken

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

Liebe PatientInnen, liebe MitarbeiterInnen,
liebe LeserInnen,

die Ausgabe, die Sie in den Händen halten, ist aus
Anlass unseres diesjährigen Tages der offenen Tür
am 5. November erschienen. Jede unserer Kliniken,
der Pflegedienst und die Seelsorge kommen darin
zu Wort.

Ein Tag der offenen Tür soll einen Einblick
geben in das, was wir können. Wir haben nichts zu
verbergen. Im Gegenteil – wir laden unsere Besu-
cher ein, sich einen Eindruck zu verschaffen von
dem, was bei uns möglich ist.

Wir können nicht alles. Wenn wir an unsere
Grenzen stoßen, vermitteln wir an andere Experten
weiter. Aber das, was wir können, tun wir in hervor-
ragender Qualität, gewissenhaft und im Wissen um
die Verantwortung gegenüber unseren Patienten.

Ein zweites Ziel verfolgen wir mit diesem Tag:
Wir möchten das, was wir tun, erklären, verständli-
cher und durchschaubarer machen, unseren Besu-
chern Fragen beantworten, Scheu vor dem Kranken-
haus nehmen. Das, was ich besser verstehe, jagt
mir nicht mehr so schnell Angst ein. Das Ergebnis
könnte ein größeres Vertrauen der Patienten in un-
sere Fähigkeiten sein.

Die selben Anliegen verfolgt die pinwand. In
jeder neuen Ausgabe versuchen wir, das, was wir
tun, verständlicher zu machen und offen zu legen.
Lassen Sie sich beim Lesen auch dieser Ausgabe
darauf ein,

Rainer Achterholt

Die aktuelle Ausstellung ist ein Gemeinschaftsprojekt. Der Foto-Film-Club Wanne-Eickel und die Sommerakademie Beate Matkey haben sich in den vergangenen Monaten mit ähnlichen Motiven beschäftigt und Szenen am Kanal fest gehalten. So vereinigt die Ausstellung im ersten Stock Photos, Collagen und Aquarelle unter dem Titel „Ruhrgebiets-Riviera“.



Das Bildungszentrum Ruhr hat die erste Qualifizierungsmaßnahme für Mitarbeiter in Arbeitsgelegenheiten beendet. Sie hatte im Dezember 2004 mit 14 Teilnehmern begonnen, die in den Betriebsstätten der St. Vincenz Hospital gGmbH eingesetzt waren. Neben dem Training-on-the-Job an ihren jeweiligen Arbeitsplätzen wurden die Teilnehmer im Bildungszentrum geschult, um sie nach Ablauf der Maßnahme für den ersten Arbeitsmarkt zu qualifizieren. Die Schulung umfasste daher fachbezogene und allgemein bildende Inhalte. ➔

➔ Unter anderem standen Gesprächsführung, Umgang mit kranken und Hilfe bedürftigen Menschen, Telefontraining, Selbst-Management und EDV-Kurse auf dem Stundenplan. Außerdem wurde ein Gesprächskreis „Mut und Selbstvertrauen“ angeboten. Für die Veranstaltungen zur Persönlichkeits- und zur Arbeitsstrukturierung konnte das Bildungszentrum erfahrene Referenten aus der Pädagogik, der EDV und der Krankenpflege gewinnen. Mit dieser Maßnahme stellt sich die St. Vincenz Hospital gGmbH ihrer sozialen Verantwortung. Wie Geschäftsführer Theo Freitag betont, geht es nicht darum, mit Ein-Euro-Jobs Arbeitsplätze abzubauen, sondern Langzeitarbeitslosen neue Chancen im Berufsleben zu ermöglichen. Die dritte Staffel zur qualifizierenden Begleitung der Mitarbeiter in Arbeitsgelegenheiten hat im Bildungszentrum Ruhr bereits begonnen.

Im jährlichen Wechsel mit dem Ausflug feiern die Mitarbeiter des St. Anna Hospitals, des Gästehauses St. Elisabeth und des Bildungszentrums Ruhr ihr Betriebsfest. Auch in diesem Jahr nutzten mehrere hundert KollegInnen den Anlass, gemeinsam zu feiern. Peter Völkel, Vorsitzender der Mitarbeitervertretung, wies darauf hin, dass es im Arbeitsalltag selten genug Gelegenheit dazu gebe, dass es gleichwohl wichtig sei, nicht nur nebeneinander her zu arbeiten. Geschäftsführer Theo Freitag bedankte sich in seinem Grußwort für die Einsatzbereitschaft der Belegschaften. Er wollte auch nicht verschweigen, dass der Wind den Krankenhäusern im Moment kräftig entgegen blase und in Zukunft noch zunehmen werde. Er sei aber zuversichtlich, dass die St. Vincenz Hospital gGmbH die Herausforderungen meistern wird. Der Stimmung taten die vorsichtigen Worte keinen Abbruch. Bis in die frühen Morgenstunden wurde getanzt, bis die Sohlen qualmten.



Zum Familien- und Beikostfrühstück hatte die Geburtshilfe eingeladen. In ungezwungener Atmosphäre am Frühstücksbuffet konnten die Stillberaterin, Ärztinnen, Hebammen und Kinderkrankenschwestern über das Thema „Beikost zum Stillen“ informieren und zahlreiche Fragen beantworten. Die Küche hatte dazu schmackhafte Breie und Müslis, alte Getreide- und Gemüsesorten zum Probieren zubereitet. Fast 60 Mütter mit ihren Säuglingen waren begeistert. Ein Beitrag weiter hinten in dieser Ausgabe informiert über gesunde Beikost.

St. Anna
Hospital
986-0

kurz
notiert

4 5 Kurz notiert

Diesmal waren die Orthopäden auf den Andrang bei ihrer turnusmäßigen Fortbildung vorbereitet. Während bei den letzten Live-Operationen der Hörsaal überbesetzt war, wurde der Eingriff Ende September gleich auf drei verschiedene Großleinwände übertragen. So konnte das Team um Chefarzt Prof. Georgios Godolias überzeugend darstellen, dass sich neben der vollendoskopischen Wirbelsäulen-Chirurgie und Hüftendoprothetik jetzt auch für fast sämtliche Knie-Operationen die Vorzüge der minimal-invasiven Chirurgie bieten. Die über 300 Besucher konnten sich wieder über eine ganze Reihe von neuesten Entwicklungen und aktuellen Therapieoptionen informieren. Im Mittelpunkt stand dabei die Implantation eines künstlichen Knie-Gelenkes mit Hilfe eines Hautschnittes, der im Vergleich zur herkömmlichen Technik nur halb so groß ist. Das minimal-invasive Vorgehen ermöglicht dank der geringeren Verletzung und der schnelleren Mobilisation der Patienten eine schnelle, effektive und unkomplizierte künstliche Gelenkversorgung. Blutungen und Schmerzen werden reduziert, es entstehen nur kleine Narben, der Krankenhausaufenthalt wird kürzer, die Heilung schneller.



Zum vierten Mal in Folge konnte sich die Klinik für Orthopädie über die 1000. Prothesenimplantation eines Jahres freuen. Der 61-jährige „Jubiläumspatient“ bekam Anfang Oktober ein neues künstliches Hüftgelenk – und gleichsam eine Perspektive für einen schmerzfreien Alltag und ein aktives, bewegtes Leben. Wie viele andere Patienten konnte der sportliche Patient vom minimal-invasiven Vorgehen profitieren, das kleine Narben, weniger Schmerzen und eine schnellere Heilung garantiert. Der pensionierte Kripo-Beamte bemerkte erstmals beim Radfahren im Februar zunehmende Beschwerden in der Wirbelsäule und der linken Hüfte. Seine Passion Radfahren musste ruhen. Statt dessen folgten ambulante Behandlungen beim Orthopäden. Dann zunächst eine endoskopische Wirbelsäulen-Operation im St. Anna Hospital gegen die Rückenschmerzen. Mit dieser sei er sehr zufrieden gewesen, so der Ex-Amateurfußballer: „Daher stellte sich mir die Frage nach der Klinik auch gar nicht, als mein Orthopäde mir



Den Orthopäden stehen neben der endoprothetischen Versorgung weitere Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. So gab es unter anderem Beiträge über neueste Entwicklungen im Bereich der Meniskus-, Knorpel- und Kreuzband-Chirurgie. Auch die krankengymnastische Nachbehandlung durch die Therapeuten der Physiotherapie wurde veranschaulicht – anhand eines Beitrages zur Rehabilitation nach einer Kreuzbandplastik beim sportlichen Patienten.

Dr. Mathias Krisor, Chefarzt des St. Marien-Hospitals Eickel, kann voller Stolz auf das 10. Heraner Gemeindepsychiatrische Gespräch zurück blicken. Unter der Schirmherrschaft des Paderborner Erzbischofs Hans-Josef Becker berichteten Referenten aus England, Frankreich, der Schweiz und Israel in der Akademie Mont-Cenis über „Gemeindepsychiatrie in schwierigen Zeiten“. Von strukturellen Inhalten über psychiatrische Erkrankungen bis hin zu philosophischen Fragen reichte die Bandbreite der Beiträge. Bei Interesse informiert das Marienhospital (Fon 0 23 25/3 74 - 0) über das Erscheinen des Tagungsbandes.



Bluthochdruck schädigt das Herz

Bluthochdruck, in der Fachsprache „arterielle Hypertonie“, schädigt neben Gehirn, Nieren und Gefäßen vor allem auch das Herz. Vor Einführung der medikamentösen Hochdrucktherapie war die arterielle Hypertonie die Hauptursache von Herzinfarkt und Herzinsuffizienz. Mit letzterem bezeichnen Mediziner die Herzschwäche. Auch heute noch ist das Risiko, herzinsuffizient zu werden und einen Herzinfarkt zu erleiden, selbst für einen Bluthochdruckpatienten, der gegen seinen Hochdruck behandelt wird, größer als für Menschen mit normalem Blutdruck.

Für die Diagnostik, die Abklärung der Ursachen und des exakten Krankheitsbildes, kann der Arzt auf verschiedene Methoden und Hilfsmittel zurückgreifen.



Prof. Dr. med. Klaus Kisters, Chefarzt der Medizinischen Klinik I

Verschiedene Untersuchungsverfahren bei arterieller Hypertonie

✦ Elektrokardiogramm

Die Basisuntersuchung erfolgt mit dem Elektrokardiogramm, bekannter unter der Abkürzung EKG. Es liefert Informationen über eventuell „stumm“ abgelaufene Herzinfarkte, das Vorhandensein einer Durchblutungsstörung und Zeichen der Linksherzbelastung. Gleichzeitig ergeben sich auf dem EKG Konsequenzen bei der Behandlung. Außerdem können hierbei Herzrhythmusstörungen festgestellt werden.

✦ Belastungs-EKG

Bei Bluthochdruckpatienten mit Herzbeschwerden, einer sogenannten Angina-pectoris-Symptomatik, oder dem Verdacht auf das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit ist eine weitere Abklärung erforderlich. Die Grundlage der Untersuchung auf Durchblutungsstörungen, einer Ischämie,

ist das Belastungs-EKG. Zeigen sich dabei Ischämiezeichen, ist eine Herzkatheteruntersuchung, die sogenannte Koronarangiographie, als weiterführende diagnostische Maßnahme zu erwägen. Ebenso kann die Güte der Bluthochdruckeinstellung getestet werden.

✦ Stress-Echokardiographie

Eine weitere Maßnahme bei der Abklärung kann mit nuklearmedizinischen Techniken und der Stress-Echokardiographie erfolgen. Letztere ist die Untersuchung des Herzens mittels Ultraschall. Sie ist heute als Methode zur Beurteilung von Herzerkrankungen nicht mehr wegzudenken. Aus diesem Grund sollte sie auch bei allen neu entdeckten Hochdruckpatienten am Anfang durchgeführt werden. Finden sich hier Schädigungen, die meistens im

Bereich des linken Herzens auftreten, sollten engmaschige Kontrollen erfolgen. Außerdem kann man hiermit auch die Funktionstüchtigkeit der Herzklappen beurteilen.

✦ 24-Stunden-Elektrokardiogramm

Bei Bluthochdruckpatienten ist generell das Risiko eines plötzlichen Herztodes erhöht. Das gilt insbesondere für Patienten mit einer Vergrößerung des linken Herzens. Bestehen klinische

Hinweise für das Vorliegen von Herzrhythmusstörungen, wie unregelmäßiger Herzschlag, Herzrasen, Schwindel oder Ohnmachtsanfälle, ist die Durchführung eines 24-Stunden-Elektrokardiogramms dringend erforderlich.

✦ Koronarangiographie

Die beste Methode bei der Abklärung von Durchblutungsstörungen am Herzen ist die sogenannte Koronarangiographie, der große Herzkatheter. Für Mediziner ist sie die Goldstandardmethode. Sie sollte bei entsprechenden Voraussetzungen unbedingt durchgeführt werden. Besonders bei Herzpatienten mit hohem Blutdruck ist die unverzichtbar, da diese ein etwa 3-fach erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt im Vergleich zu Patienten mit normalem Blutdruck haben.

✦ Therapie

Hauptziel der Therapie gegen Bluthochdruck ist aus medizinischer Sicht die Vermeidung von Schädigungen des Herzens und des Gefäßsystems. Je besser der Blutdruck eingestellt ist, desto geringer ist das Risiko, ernstere Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems zu bekommen.

Ein Blutdruck unter 130/85 mmHg gilt als normal und sollte angestrebt werden, wenn keine ernsthaften Gegenstände vorliegen.

Es kann jedoch vorteilhaft sein, den Blutdruck sogar optimal einzustellen. Dazu muss er auf Werte um ungefähr 120/80 mmHg eingependelt werden. Das gilt insbesondere für Bluthochdruckkranke mit Diabetes mellitus oder einer Nierenschwäche.



Handy 1100

Die Notfall- und Rettungsmedizin gewinnt in der öffentlichen Diskussion der letzten Jahre zunehmend an Bedeutung. Von Schlagwörtern wie „plötzlicher Herztod“, „Laienreanimation“, „halbautomatischer Defibrillator“ und „Verkürzung der Rettungszeit“ ist immer häufiger die Rede. Auch ein Krankenhaus muss sich den Anforderungen stellen, die daraus erwachsen.



Dr. med. Cornelius Bott,
Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das menschliche Gehirn ist ein sehr kompliziertes und empfindliches Organ. Wird es nur für einige Sekunden nicht mit ausreichend Sauerstoff versorgt, kommt es zur Bewusstlosigkeit. Dieser Zustand ist grundsätzlich umkehrbar: Bei Normalisierung der Sauerstoffversorgung innerhalb kürzester Zeit kommt es zu einer kompletten Erholung. Allerdings muss die Sauerstoffversorgung des Gehirns in maximal drei Minuten wiederhergestellt werden. Wenn Zeit darüber hinaus verstreicht, kommt es zu unumkehrbaren schweren neurologischen Ausfällen bis hin zum Wachkoma und Tod.

Herzrhythmusstörungen sind eine der häufigsten Ursachen für eine mangelhafte Sauerstoffversorgung des Gehirns. Dabei sind diese lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen in den ersten Minuten nach ihrem Auftreten sehr gut behandelbar. Halbautomatische Defibrillatoren sind Geräte, mit denen auch medizinische Laien die Störungen innerhalb der ersten Minuten nach ihrem Auftreten erfolgreich behandeln können. Aus diesem Grunde werden immer mehr dieser Geräte an öffentlichen Plätzen, Fußballstadien, Ämtern, selbst in Krankenhäusern aufgestellt. Aus den genannten Gründen wird klar, wie wichtig der Faktor Zeit bei einer effizienten Notfallversorgung von Patienten ist.

Als Konsequenz daraus haben wir im St. Anna Hospital ein neues Notfallmanagement für die Versorgung akut lebensbedrohlich erkrankter Patienten außerhalb der Intensivstation eingeführt. In enger Kooperation zwischen der Medizinischen Klinik I, der Klinik für Anaesthesiologie und den Mitarbeitern der Intensivstation wurde das Konzept erarbeitet.

Dieses Konzept beinhaltet die primäre Versorgung der lebensbedrohlich erkrankten Patienten auf der Normalstation und nachfolgendem Transport auf die Intensivstation erst nach Stabilisierung der Kreislaufverhältnisse. Bisher sind die Patienten meist ohne Begleitung durch speziell geschultes Personal auf die Intensivstation transportiert worden. Dabei wurde die optimale Erstversorgung oft zu spät begonnen. Außerdem gab es zusätzliche Zeitverluste durch das Warten auf den Aufzug.

Letztendlich wurde nun auch noch ein Notfallteam zusammengestellt: Je einem/er Arzt/Ärztin der Medizinischen Kliniken und der Klinik für Anaesthesiologie sowie eine Pflegekraft der Intensivstation ergänzen sich in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen. Dieses Notfallteam ist 24 Stunden am Tag unter der Telefonnummer 1100 zu erreichen. All diese Maßnahmen zusammengefasst bieten die bestmöglichen Versorgungsmöglichkeiten für akut lebensbedrohlich erkrankte Patienten des St. Anna Hospitals.

Neues Notfallmanagement im St. Anna Hospital

Um das neue Konzept nun in die Praxis umsetzen zu können, waren umfangreiche Maßnahmen notwendig.

Zunächst musste das Wissen des Pflegepersonals auf den Normalstationen aufgefrischt werden. Dazu führten die Mitarbeiter beider Kliniken Schulungen in der Erstversorgung lebensbedrohlich erkrankter Patienten und in Basismaßnahmen zur Herz-Lungen-Wiederbelebung durch. Im Bereich der Intensivstation wurde ein Notfallwagen bereitgestellt, mit dem alle notwendigen Medikamente sowie ein Beatmungsgerät, ein Defibrillator und Infusionspumpen zum betroffenen Patienten transportiert werden können.

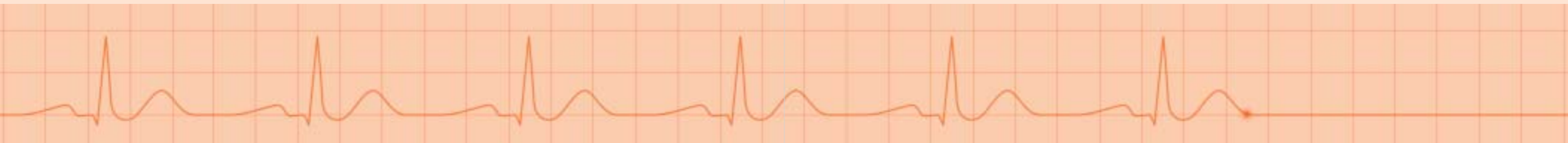
Für den Bettenaufzug wurde ein Vorrangschaltung eingerichtet, die es ermöglicht, im Notfall ohne Zeitverzögerung den Notfallwagen und geschultes Personal auf die betreffende Station zu bringen.

Seit Februar kommt dieses moderne Notfallmanagement in unserem Haus zur Anwendung.

Seitdem kommt das Notfallteam mehrfach im Monat in allen Abteilungen des Hauses zum Einsatz. Behandelt werden dabei die unterschiedlichsten Erkrankungen von der Unterzuckerung, dem Krampfanfall bis hin zur Herz-Lungen-Wiederbelebung. Die Behandlungsorte erstrecken sich von *annavita* bis in den Kreißsaal.

Acht Monate nach Einführung dieses Konzeptes kann man eine positive Bilanz des neuen Notfallmanagements ziehen. Die Versorgung akut lebensbedrohlich erkrankter Patienten auf den Normalstationen ist durch die fächerübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und eine moderne medizintechnische Ausstattung deutlich verbessert worden.

Dr. Thomas Buchbinder, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin



Man (und frau) kann ruhig darüber sprechen

Ich blicke zurück auf ein Jahr „Inkontinenz- und Stomapflege“ im St. Anna Hospital. Seit September 2004 betreue und berate ich ausschließlich Patienten, die an einer Harn- oder Stuhlinkontinenz leiden oder einen künstlichen Darmausgang (Stoma) bekommen haben. Inkontinenz und Stomata sind Probleme, die auch schon vorher vom Pflegepersonal im normalen Stationsalltag mitbehandelt wurden – also nichts Neues für unser Haus. Leider haben die Pflegenden aber vielfältigste Aufgaben und arbeiten unter großem Zeitdruck, um alle Patienten bestmöglich zu pflegen.



Leonie Gericks,
Pflegedienstleiterin

Es gab immer schon zeitliche Probleme, sensible Themen wie Inkontinenz oder Stomaaanlagen mit der dafür notwendigen behutsamen und einführenden Vorgehensweise mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu besprechen. Auch war es schwierig, die Pflegekräfte immer auf dem aktuellen Stand zu halten: Gerade die Versorgungstechniken und die Versorgungssysteme verschiedener Hersteller unterliegen einem rasan-

Einer der Schwerpunkte meiner Arbeit liegt in der Betreuung, Beratung und Anleitung der Patienten, die ein Stoma bekommen sollen. Soweit möglich, findet ein erstes Gespräch schon vor der Operation statt, direkt nach der Aufklärung durch den Arzt über die Art der Erkrankung und die geplante Operation. Die Aussage: „Sie bekommen einen künstlichen Darmausgang!“ löst bei den Patienten großes Erschrecken aus. Sie sind sehr verunsichert, fühlen sich allein gelassen und haben große Angst vor der Zukunft. Viele haben auch schon im Vorfeld von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn die schrecklichsten Geschichten über künstliche Darmausgänge gehört. Einige der Ängste lassen sich im ersten Gespräch schon abbauen. Auch viele Fragen der Patienten kann ich hier schon beantworten. Zusätzlich erhalten die Patienten ein Informationsblatt „Tipps für Stomaträger/-innen“, in dem ebenfalls viele typische Fragen beantwortet werden und das viele Tipps, Kontaktadressen und Telefonnummern enthält. Fragen zu Begleiterkrankungen, Allergien, Beruf, Hobbys, Sport und häuslicher Versorgung werden ebenfalls in diesem Gespräch geklärt. Da die meisten Patienten noch nie ein Versorgungssystem gesehen haben, stelle ich ihnen die verschiedenen Möglichkeiten anhand einer Mustermappe vor. Die richtige Platzierung des Stoma auf dem Bauch des Patienten ist abhängig von der Beschaffenheit der Bauchdecke (Narben, Falten), möglichst guter Sichtbarkeit für den Patienten, Kleidungs-

Qualitative Verbesserung der Inkontinenz- und Stomapflege

ten Fortschritt. Hier den Überblick zu behalten und dem Patienten ein Optimum an Information und Zuwendung zukommen zu lassen, ist im Stationsalltag nahezu unmöglich gewesen. Um im St. Anna Hospital vielfältige Verbesserungen der Pflege für unsere Patienten zu erreichen, wurde meine Stelle geschaffen.

gewohnheiten und nicht zuletzt von vorgegebenen anatomischen Gegebenheiten wie Beckenknochen und Muskulatur. Nachdem ich zusammen mit dem Patienten die günstigste Stelle bestimmt habe, wird diese mit einem wasserfesten Stift markiert, damit der Operateur sich danach richten kann.

Nach der Operation werden die Patienten und Angehörigen täglich von mir angeleitet, um den Umgang mit der Versorgung und deren Wechsel zu erlernen. Im vergangenen Jahr ist kein Patient aus dem St. Anna Hospital entlassen worden, der sich nicht selbst versorgen oder bei dem die Angehörigen die Versorgung übernehmen konnten. In wenigen Fällen wurde vorübergehend ein Pflegedienst eingeschaltet, um die erste Zeit der Unsicherheit zu überbrücken.

Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit liegt in der Betreuung der Patienten, die an einer Stuhlinkontinenz leiden. Nach der Diagnosestellung durch den Arzt versuche ich die Ursache zu ermitteln und messe mit einem Gerät die Fähigkeit des Schließmuskels, sich anzuspannen und zu entspannen. Wenn die Ursache der Inkontinenz eine muskuläre Schwäche ist, bekommen die Patienten ein so genanntes Biofeedbackgerät zum Muskelaufbau. Eine Sonde wird anal eingeführt und nach einem akustischen Signal wird der Muskel an- bzw. entspannt. Dabei zeigt eine Lichtleiste an, ob eine maximale An- und Entspannung erreicht wird. Über einen Zeitraum von zunächst drei Monaten sollen die Patienten zweimal täglich das Gerät benutzen. Danach findet eine Kontrollmessung statt und es wird entschieden, ob die Patienten weiter trainieren sollen oder ob der Muskel inzwischen in der Lage ist, den Stuhl wieder zurückzuhalten.



Liegt die Ursache der Inkontinenz an einer nervlichen Schädigung, bekommen die Patienten ein Elektrostimulationsgerät. Hierbei werden ebenfalls über eine anal eingeführte Sonde leichte Stromstöße abgegeben, die der Patient in der Stärke selbst regulieren kann. Diese Stromstöße versetzen die Nerven wieder in die Lage, zu arbeiten und so den Muskel zu versorgen, damit er sich an- und entspannen kann. Auch dieses Gerät benutzen die Patienten drei Monate lang zweimal am Tag mit anschließender Kontrollmessung.

Seit Oktober kann ich den Patienten auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Betreuung anbieten.

Sonja Pellny, Fachkrankenschwester
für Stoma- und Inkontinenzpflege

Mittwochs findet in der Zeit von 17.00 - 18.00 Uhr eine Sprechstunde in der chirurgischen Ambulanz statt, zu der Patienten kommen können, die Probleme mit ihrer Stomaversorgung oder Inkontinenzprobleme haben und Fragen dazu stellen möchten.

Jeden 2. Mittwoch im Monat nimmt Fr. Lepper von der ILCO, der Selbsthilfegruppe der Stomaträger, an dieser Beratungsstunde teil um aus der Sicht der Betroffenen Hilfestellungen zu geben.

Für diese Sprechstunde bitte ich um Terminabsprache unter der Telefonnummer 0 23 25/986 51 82 Montag - Freitag von 8.00 - 13.00 Uhr.

Leben bis zuletzt

*Wenn ich sterbe, dann möchte ich nicht...
Wenn ich sterbe, dann möchte ich...*

**Wie würden Sie diese Sätze vervollständigen?
Was ist Ihnen wichtig für Ihre letzten Lebensstunden?**

Vielen Menschen macht die Vorstellung Angst, Schmerzen zu haben, lange und ohne Aussicht auf Besserung an Schläuchen auf der Intensivstation zu liegen, nicht bei Bewusstsein zu sein, nicht mehr selbst entscheiden zu können und komplett versorgt zu werden. Etwa 80% der Menschen möchten gerne zu Hause sterben, aber es sterben etwa 80% der Menschen im Krankenhaus oder im Altersheim.

Um dem Willen der Patienten mehr Gewicht zu geben, gibt es die Patientenverfügung. Sie ermöglicht, dass ein Mensch bei Lebzeiten seinen Willen im Bezug auf sein Sterben, seine Vorstellung von einem würdigen Sterben mitteilt. Ein Betreuer wird benannt, der in dem Fall seinen Willen vertritt, dass ein Patient nicht mehr selbst über sich bestimmen kann. Sterben soll nicht künstlich verlängert werden, wenn ein

Diese Sicht wird von der christlich-jüdischen Tradition getragen, die von der Unantastbarkeit und Heiligkeit des menschlichen Lebens ausgeht. „Leben“ ist gottgegeben, untersteht damit der Herrschaft Gottes und ist der eigenen Verfügbarkeit entzogen. Es soll weder um jeden Preis verlängert, aber auch nicht durch Tötung verkürzt werden. Entsprechend unterstützen die Kirchen alle Maßnahmen der Hilfe im Sterben durch Sterbebegleitung: die Unterstützung Sterbender durch die Pflege, schmerzlindernde Behandlung, vor allem aber menschliche Zuwendung. Ausdrücklich grenzen sich die christlichen Kirchen von der aktiven Sterbehilfe im Sinne einer Tötung auf Verlangen ab, wie sie z.B. in den Niederlanden erlaubt ist. Dort kann aktive Sterbehilfe bei schwer oder unheilbar Erkrankten, bei unerträglichem Leid, bei Menschen, die im Fortleben keinen Sinn mehr sehen und den dringenden Wunsch nach Erlösung äußern, praktiziert werden. Ebenso wird die Beihilfe zur Selbsttötung durch Beschaffung und Bereitstellung tödlicher Medikamente von den christlichen Kirchen abgelehnt, wie sie z.B. die schweizerische Gesellschaft „Dignitas“ praktiziert.

Sterben mit Würde im St. Anna Hospital

Patient das nicht will. Gerade im Krankenhaus werden Voraussetzungen erwartet, unter denen Menschen möglichst ohne Schmerzen und in Würde sterben können. Der Patientenwille ist mittlerweile in die medizinischen Maßnahmen einzubeziehen.

Neben dem Willen des Patienten und dem Recht auf einen natürlichen Tod ist aber auch der Schutz und Erhalt des Lebens ein Grundrecht des Patienten und eine Verpflichtung für Ärzte und Pflegenden.

Welche Unterstützung bietet das St. Anna Hospital Sterbenden und ihren Angehörigen?

Das St. Anna Hospital unterstützt jede Bemühung um einen schwerkranken und sterbenden Menschen, die sein Leiden in körperlicher und seelischer Hinsicht lindert. Diese Art der indirekten Sterbehilfe ist eine Hilfe im Sterbeprozess, die den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen einschließt. Ein Mensch, der irreversibel erkrankt ist, d.h. der keine Aussicht auf Umkehrung des Sterbeprozesses hat, soll sterben

dürfen. Dazu hilft die passive Sterbehilfe, bei der die schmerzlindernde Behandlung im Vordergrund steht (Palliativmedizin), auch wenn dies zu einer Lebensverkürzung führt. Die Lebensverkürzung wird in diesem Fall hingenommen, ist aber nicht beabsichtigt.

Im St. Anna Hospital ist ein würdiger Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen wichtig. Ihnen steht eine Umgebung und Atmosphäre zu, in der sie mit allem medizinisch Notwendigen und aller möglichen pflegerischen Zuwendung versorgt werden. Das Pflegepersonal bemüht sich, sie in Einzelzimmern zu betreuen und letzten Wünschen und Vorlieben gerecht zu werden. In den Zimmern Sterbender und Verstorbener stellen die Pflegenden eine Kerze oder ein Kreuz auf. Die Religions- und Konfessionszugehörigkeit eines Sterbenden bzw. Verstorbenen wird respektiert.

Angehörige werden vom Pflegepersonal aufmerksam betreut. Sie können im allgemeinen bis zuletzt dabei sein, über Nacht bleiben und in Ruhe Abschied nehmen.

Für die Verabschiedung von Verstorbenen steht auf der Intensivstation ein Abschiedsraum zur Verfügung. Zwei neue Abschiedsräume wurden im Zuge des Umbaus eingerichtet, die durch ihre lichte Gestaltung einen Charakter von Trost und Hoffnung vermitteln.

Kranken, Sterbenden und Angehörigen wird die Möglichkeit der seelsorglichen Begleitung angeboten. Die katholische Kirche begleitet Menschen mit dem Sakrament der Krankensalbung und dem Krankensegen. Die evangelische Kirche steht ihnen mit Gespräch, Gebet und Segnung bei und bietet bei Verstorbenen eine Aussegnungsfeier an.

Wenn jemand stirbt, dann lassen wir ihn nicht allein.

Wenn jemand stirbt, tun wir alles, damit er keine Schmerzen hat.

Wenn jemand stirbt, tun wir alles, damit er in Frieden und Würde sterben kann.

Ihre Pastorin
Renate Sturm-Wutzkowsky

seelsorge@annahospital.de

Die Informationsbroschüre mit dem Formular für die Patientenverfügung ist beim Sozialdienst und bei den Seelsorgern erhältlich.



Eine Schule macht Schule

„Der Patient macht nicht mit, hält sich nicht an meine Anweisungen“, sagen Ärzte oft, wenn Patienten eigene Lebensvorstellungen den ärztlichen Anweisungen vorziehen. Gerade bei Blutzuckerbehandlung klaffen Lebensgefühl und ärztliche Idealvorstellungen oft weit auseinander. Gute Diabetiker-Behandlung sollte hier ansetzen.



Dr. med. Werner Hoffmann, Chefarzt der Medizinischen Klinik II (links),
Dr. med. Manfred Plum, Vorsitzender des Diabetes-Schulungszentrums

Damit Betroffene im Alltag mit ihrer Erkrankung besser zurecht kommen, bedarf es praxisnaher Informationen in vertrauensvoller Atmosphäre, Ermutigung des Patienten, selbst Verantwortung zu übernehmen und zu helfen, den besten gangbaren Weg zu finden. Das schließt auch ein, dass wir Essen als Teil der Lebensqualität verstehen.

Hier liegen die Aufgaben des Diabetesteam im St. Anna Hospital. Das besteht aus der Diabetesberaterin DDG Erika Göbel, der Diabetesassistentin DDG Emine Tanriver-Koc, Oberarzt Dr. Winfried Schmüdderich und dem Internisten Olaf Engelke.

Etwa 1300 Patienten mit Diabetes werden jedes Jahr im St. Anna Hospital behandelt, für die ein fachlich kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung steht. In zahllosen Gesprächen wird aufgeklärt, informiert, ermutigt, gerade in Kenntnis der persönlichen Lage der Betroffenen. Besonders auffällig sind Missverständnisse der Bedürfnisse und des kulturellen Hintergrundes bei unseren ausländischen Mitbürgern, bei uns besonders der großen türkischsprachigen Gruppe. Emine Tanriver-Koc ist in der Lage, in türkischer Sprache und mit genauen Kenntnissen der Gewohnheiten und der Kultur auf die Problem dieser Menschen einzugehen. Brauchbares Schulungsmaterial ist wenig vorhanden. Deshalb hat sie in mühevoller Arbeit deutsche Programme überarbeitet und übersetzt. Dieses Angebot wird von Betroffenen gerne angenommen.

Im September 1996 gründeten Chefarzt Dr. Werner Hoffmann und Dr. Manfred Plum, Inhaber einer Diabetes-Schwerpunktpraxis, das Herner Diabetes-Schulungszentrum e. V. Diabetes-Experten aus Praxis und Krankenhaus taten sich zusammen, um die Diabetiker-Schulung in Herne zu verbessern. Inzwischen ist auch die hausärztliche Praxis von Detlev Feldkamp in Herne-Eickel als Mitglied dazu gekommen. Seit dieser Zeit haben fast 5000 Bürger nicht nur aus Herne in intensiven Schulungs- und Trainingskursen des Herner Diabetiker-Schulungszentrum e. V. ambulant oder stationär während ihres Krankenaufenthaltes im St. Anna Hospital gelernt, mit ihrem Diabetes umzugehen.

Bereits ein Jahr nach der Gründung wurde das Herner Diabetes-Schulungszentrum e. V. von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zertifiziert als „Anerkanntes Behandlungs- und Schulungszentrum“ – das erste für Herne.

Seit Gründung vor 9 Jahren haben viele Ärzte und Diabetesberaterinnen aus ganz Deutschland das Herner Diabetes-Schulungszentrum e. V. besucht. Sie haben sich darüber informiert, welche Chancen die Zusammenarbeit von Praxen und



Kliniken für die Verbesserung der Diabetes-Versorgung bietet. So machte unser Herner Diabetes-Schulungszentrum Schule: Nach dem „Herne Modell“ arbeiten inzwischen in vielen deutschen Städten Diabetes-Ärzte, Diabetesberaterinnen und Diabetesassistentinnen erfolgreich zusammen.

Erika Göbel,
Diabetesberaterin DDG

Praxisnahe Informationen in vertrauensvoller Atmosphäre



Mit sogenannten „Pens“ spritzen sich Diabetiker selber ihre notwendige Dosis Insulin.
Oben: Die Nahrungspyramide verhilft zu einer ausgeglichenen Ernährung.

Genitalsenkung der Frau

Durch die Evolution des aufrechten Gangs ist der Beckenboden des Menschen den Wirkungen der Schwerkraft ausgesetzt. Deshalb zählt die Genitalsenkung zu den häufigsten Krankheitsbildern in der Frauenheilkunde. Die Wahrscheinlichkeit, an einem so genannten Genitaldescensus zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter. Faktoren wie Mangel an weiblichen Hormonen, Adipositas, schweres körperliches Arbeiten, Ernährungsgewohnheiten, genetisch bedingte Gewebsschwäche erhöhen das Risiko.



Dr. med. Joachim Neuerburg,
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

siert sein. Im vorderen Bereich handelt es sich um die Senkung der vorderen Vaginalwand, die Blasensenkung. Im mittleren ist es die Senkung der Gebärmutter, des Gebärmutterhalses oder die Scheidenstumpfsenkung, im hinteren Bereich die Senkung der hinteren Vaginalwand.

Der Beckenboden der Frau stellt ein komplexes Organsystem dar. Für den Funktionserhalt ist das Zusammenwirken von Muskeln, Bändern, Nerven und anderen Beckenbodenstrukturen notwendig. So komplex wie der Beckenboden der Frau aufgebaut ist, so stellen die Diagnostik und Behandlung eine große Herausforderung dar. Nur in hochspezialisierten urogynäkologischen Sprechstunden können diese krankhaften Veränderungen des Beckenbodens vernünftig diagnostiziert und eine entsprechende Therapie eingeleitet werden.

Die konservative Behandlung der Genitalsenkung, die wir ambulant durchführen, umfasst unter anderem die Hormontherapie (als Gabe von weiblichen Hormonen), die Beckenbodengymnastik, Reizstrom oder Biofeedback. Auch eine Änderung der Lebensgewohnheiten der Patientin durch Gewichtsreduktion, Umstellung der Ernährung oder körperliche Bewegung kann angebracht sein.

Zur Festlegung einer operativen Therapie sind aufwändige Untersuchungen wie etwa die Erhebung der Krankengeschichte, eine urogynäkologische Untersuchung, Sonographie, die Blasedruckmessung notwendig.

Wenn eine operative Therapie nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmaßnahmen notwendig wird, muss sie mehrere Ziele erfüllen. Zunächst müssen die Genitalsenkung und die damit einher gehenden Beschwerden behoben werden. Darüber hinaus soll die Fähigkeit zum Ausüben des Geschlechtsverkehrs erhalten bleiben. Schließlich darf es nicht zu einer Scheidenverengung kommen, das heißt, dass das Scheidengewebe erhalten bleiben soll. Zu guter Letzt wollen wir unnötigen Fremdmaterialien vermeiden.

Verschiedene Operationsmethoden führen wir in unserer Klinik routinemäßig durch. Dazu gehört die so genannte „Vordere Beckenbodenplastik“. Plastik bedeutet in diesem Zusammenhang „Wiederherstellung“. Dieser Eingriff kann notwendig werden bei Blasenvorfall oder Blasensenkung. Er kann entweder mit Erhalt der Gebärmutter oder in Kombination mit Entfernung der Gebärmutter bei zusätzlichem Vorfall der Gebärmutter durchgeführt werden. Die vordere Beckenbodenplastik kann mit einer Harninkontinenzoperation, wie etwa der Schlingenoperation kombiniert werden.

Die hintere Beckenbodenplastik wurde früher routinemäßig im Rahmen der Senkungsoperation eingesetzt. Sie kommt heute nur selten zur Anwendung. Die Indikation zu diesem Eingriff besteht bei Senkung der hinteren Scheidenwand.

Bei der so genannten Scheidenstumpffixation wird der Scheidenstumpf an körpereigenem Band durch Verknöten befestigt. Die Indikation für diesen Eingriff besteht bei Scheidenstumpfvorfall nach vorheriger Entfernung der Gebärmutter und bei ihrer teilweisen oder totalen Senkung.

Der Scheidenverschluss und die Entfernung des Scheidenepithels werden heute nur in seltenen Fällen nach Versagen aller anderen Eingriffe und nur auf ausdrücklichen Wunsch älterer Patientinnen nach der letzter Sanierung durchgeführt. Bei jungen Frauen ist dieser Eingriff aufgrund des Verlustes der Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr nicht angebracht.

Abdominale Senkungseingriffe sind mit einem Bauchschnitt verbunden und werden in unserer Klinik nur nach Versagen der vaginalen Operationen durchgeführt.

Dr. Ahmad Yar
Oberarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Die Symptome der Genitalsenkung können sehr unterschiedlich sein:

- + Druck nach unten mit ziehenden Unterleibschmerzen
- + Fremdkörpergefühl
- + erschwerte Blasenentleerung mit Neigung zur Blasenentzündung
- + Harndrang mit schweren Einschränkungen der Lebensqualität wie etwa Schlafstörung
- + unkontrollierter Harnabgang
- + erschwerte Stuhlentleerung oder Stuhl- und Windabgang

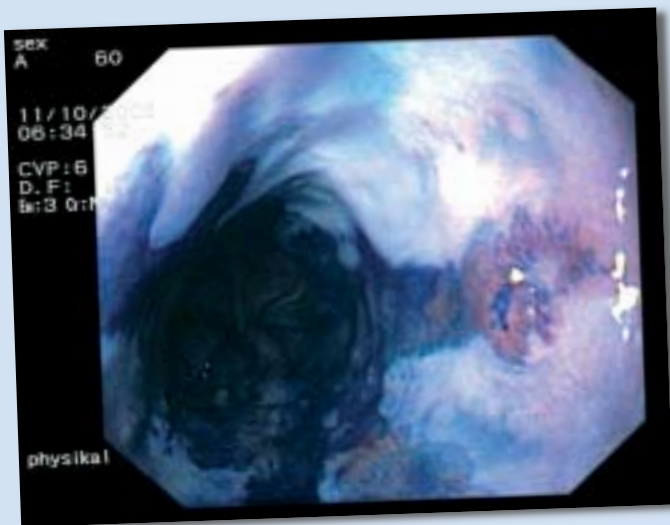
Eine Herausforderung für den Frauenarzt

Nach Literaturangaben leidet ein Drittel der weiblichen Erwachsenen unter Senkungsproblemen, verbunden mit Harn- oder Stuhlinkontinenz.

Die Genitalsenkung der Frau kann in verschiedenen Bereichen des Beckenbodens lokali-

Schwerpunkt der Medizinischen Klinik II sind endoskopische oder ultraschallgesteuerte Eingriffe, die oft zu schneller Heilung oder Linderung führen, wo sonst aufwändige Operationen nötig wären.

Die Liste solcher Eingriffe ist lang. Besonders stolz sind wir auf die Früherkennung und endoskopische Entfernung von Krebs im Frühstadium, etwa in der Speiseröhre, im Magen oder im Dickdarm. Zur besseren Erkennung des Tumors verwenden wir spezielle Färbemethoden.

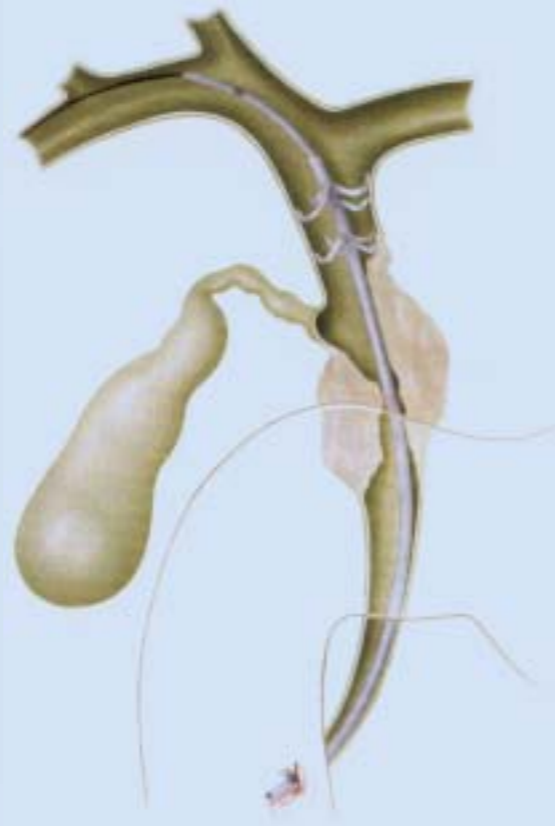


Rechts ist der eingefärbte Tumor im Frühstadium erkennbar.

Bei fortgeschrittenen Tumorleiden können wir mit dem Endoskop nur Linderung verschaffen, zum Beispiel durch Überbrückung von Engen mit entfaltbaren Metallröhrchen. Das Verfahren setzen wir von der Speiseröhre bis zum Enddarm und in den Gallenwegen ein.

Zahlenmäßiger Schwerpunkt unserer Klinik sind Eingriffe an Bauchspeicheldrüse und Gallenwegen. In diesem Jahr werden es etwa 700 sein.

Das Spektrum reicht von Steinentfernungen mit Hilfe von elektrohydraulischen Fasern und anderen Instrumenten bis zur Ausräumung von Gewebestörungen bei schweren Bauchspeicheldrüsenentzündungen. Dabei wird ein Endoskop durch eine kleine Öffnung in der Magen hinterwand vorgeschoben. So können wir das Gewebe um die Bauchspeicheldrüse unter Sicht säubern. Das Einlegen von Abflussröhrchen in Gallenwege oder Bauchspeicheldrüsen gehören für uns zur täglichen Routine.



Mit einer speziellen Kappe wird der Tumor angesaugt und abgeschnitten, die Wunde anschließend endoskopisch verschlossen.

Ein weiteres unserer Highlights ist mittlerweile die Kapselendoskopie geworden. Eine geschluckte Kapsel sendet in acht Stunden etwa 50.000 Bilder aus dem Inneren des Körpers. Damit sehen wir auch ohne Eingriff Erkrankungen im Dünndarm, die wir sonst nicht erreichen würden. Besonders Blutungsquellen im Dünndarm werden mit Hilfe der Kapsel entdeckt.

Viele weitere Eingriffe, die uns möglich sind, können an dieser Stelle nicht ausgeführt werden. Erwähnt werden soll aber wenigstens die so genannte Radiofrequenzablation von Metastasen in der Leber. Unter günstigen Bedingungen kann hier sogar eine Heilung erzielt werden, manchmal sogar trotz bereits erfolgter Streuung des Tumors. In einer Arbeitsgruppe mit den Radio-

Die Gastroenterologie arbeitet mit kleinsten Instrumenten



Glück hatten wir in diesem Fall. Die Blutung beginnt gerade, als die Kapsel vorbeischwimmt. Es wurde dann ein seltener Tumor im Dünndarm gefunden, der seit über einem Jahr immer wieder zu Blutungen geführt hatte.

logen und den Chirurgen wird dabei die Metastase mit einer Elektrosonde punktiert und durch Strom zerstört. Ob das im Computertomograph, bei einer Operation oder unter Ultraschallkontrolle erfolgt, entscheiden wir gemeinsam nach größter Sicherheit und Erfolgschance.

*Dr. Winfried Schmüdderich
Oberarzt der Medizinischen Klinik II (Gastroenterologie)*

In jungen Jahren

Die Diagnostik der Erkrankungen des kindlichen Bewegungsapparates weist im Vergleich zum Erwachsenen einige Besonderheiten auf. Verschiedene Untersuchungsmethoden geben jedoch auch hier weiteren Aufschluss. Spezielle Behandlungsmethoden erfordern gerade bei den kleinen Patienten ein hohes Maß an Erfahrung. Mit Prof. Dr. Hans-Otto Dustmann konnte die Klinik für Orthopädie dafür einen ausgewiesenen und international anerkannten Experten gewinnen.



Prof. Dr. med. Georgios Godolias,
Chefarzt der Klinik für Orthopädie

Eine besondere Erkrankung der kindlichen Hüfte ist der so genannte Morbus Perthes. Dieser zeigt zwar nach etwa zwei bis vier Jahren einen selbst heilenden Verlauf. Unbehandelt kann er jedoch zu Folgeschäden wie zum Beispiel einem vorzeitigen Verschleiß des Hüftgelenkes, einer Arthrose führen. Es erkranken Kinder im Alter von drei bis zwölf Jahren bei einem Altersgipfel vom fünften bis sechsten Lebensjahr. Jungen

sind statistisch vier Mal häufiger betroffen als Mädchen. Die Erkrankung tritt in 15 % der Fälle beidseitig auf.

Der Beginn der Krankheit ist eher unspezifisch und kann daher leicht übersehen werden. Erste Anzeichen sind Hüft- und insbesondere Knieschmerzen, Schmerzhinken und frühe Ermüdbarkeit. Eine Bewegungseinschränkung der Hüfte fällt zuerst für die Innendrehung und Abpreizung der Hüfte auf. Die Röntgenuntersu-

chung hängt meist der Beschwerdesymptomatik nach. Eine mögliche weiterführende Untersuchung ist die Kernspintomografie oder Magnetresonanztomografie (MRT). Damit ist eine Frühdiagnose möglich, die das Ausmaß der Hüftkopfschädigung sichtbar macht.

Im Verlauf der Krankheit kommt es aus bisher nicht sicher geklärten Ursachen zu einem Zerfall des Hüftkopfes. Vielleicht ist eine nicht ausreichende Durchblutung dafür verantwortlich. Später wird der Hüftkopf zwar wieder aufgebaut. Dabei kann es jedoch zu einer Deformierung kommen, die dann für einen vorzeitigen Verschleiß verantwortlich ist. Verschiedene Risikofaktoren spielen hier eine Rolle. Erkrankten Kinder vor dem 7. Lebensjahr, zeigt sich ein deutlich geringeres Risiko für eine vorzeitige Arthrose.

Ein Auswandern des Kopfes aus der Pfanne stellt einen ungünstigen Faktor für den Verlauf der Erkrankung dar. Hier setzt eine mögliche Therapieoption ein. Eine Operation mit Umstellung des Hüftkopfes, die 3-Dimensionale-Varisationsosteotomie, kann eine bessere Überdachung durch die Hüftpfanne ermöglichen, das so genannte Containment und damit beim Wiederaufbau eine gute Übereinstimmung des Gelenkes erzielen. Das ideale Alter für diesen Eingriff liegt zwischen dem 3. und 7. Lebensjahr. Bei älteren Kindern kommen mögliche Beckenumstellungen als operative Maßnahmen in Betracht, etwa die Salter- oder Chiari-Osteotomie. Zusätzlich sollte immer eine funktionelle Therapie mit Krankengymnastik, Schwimmen und Radfahren durchgeführt werden.

Eine Behandlung mit Orthesen wie etwa der Thomas-Schiene ist zum Glück in den letzten Jahrzehnten nahezu verschwunden, da sich hier kein besseres Ergebnis als bei Spontanverlauf zeigt. Ausserdem ist diese Behandlung für Eltern und Kind psychosozial nicht vertretbar.

Eine weitere spezielle Erkrankung der kindlichen Hüfte ist die Hüftdysplasie, die bereits die Kleinsten betrifft. Diese häufigste Skelettfehl-

entwicklung kann allerdings aufgrund der frühzeitigen Diagnosestellung bei den ersten Vorsorgeuntersuchungen (U3) gut behandelt werden.

Luxation, können eventuell operative Maßnahmen erforderlich werden. Bei einem frühen Erkennen und rascher Therapie heilt die Erkrank-

Kinderorthopädische Sprechstunde

Die Diagnose lässt sich durch schmerzlose Ultraschalluntersuchungen stellen. Die Erkrankung betrifft vor allem Mädchen, etwa 6:1 im Vergleich zu den Jungen. Bei ihrem Auftreten spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Mögliche Ursachen sind unter anderem Vererbung, Frühgeburt oder Geburt aus Beckenendlage.

Die Beurteilung des Ultraschalls erfolgt durch die Einteilung nach Graf (Typ I-IV). In leichten Fällen reicht eine Behandlung mit einer Spreizhose aus (Typ IIb). In schwereren Fällen sind dann weitergehende Therapien notwendig, etwa die Pawlik-Bandage. Kommt es zu einem Auswandern des Hüftkopfes, der so genannten

kung in der Regel folgenlos aus.

Auch alle weiteren Erkrankungen des kindlichen Bewegungsapparates werden in unserer kinderorthopädischen Sprechstunde behandelt, zum Beispiel Veränderungen des kindlichen Fußes oder Epiphysenlösung.

Dr. Marco Galla
Assistenzarzt der Klinik für Orthopädie

Eine Terminvereinbarung kann über unser orthopädisches Sekretariat erfolgen (Tel.: 0 23 25 - 9 86 - 20 20).

Ärztliche Ansprechpartner sind Prof. Dr. H.-O. Dustmann, Dr. Galla und Dr. Schillauske.



Aufnahme während der Operation

Ergebnis nach der Operation

Muttermilch und mehr

Im siebten Lebensmonat sind die meisten Kinder für die Einführung von Beikost bereit. Der Beginn der Zufütterung bedeutet dabei nicht das Ende der Stillzeit. Erst einmal kann die Mutter weiter stillen. Ein guter Zeitpunkt für den Beginn der Zufütterung ist, wenn das Kind Interesse am Essen der Großen zeigt, ganz aufmerksam den Weg jedes einzelnen Bissen in den Mund verfolgt oder gestützt aufrecht sitzen und die Hand zum Mund führen kann.

zum Essen nicht stillt, muss seinem Kind Wasser dazu anbieten. Es ist jetzt alt genug, das Trinken aus der Tasse oder dem Becher zu lernen.

Der Zeitpunkt für die Beikostfütterung sollte gut in den Tagesablauf der Familie passen. Das Kind ist ausgeruht und wach. Es sollte von Anfang an beim Familientisch dabei sein. Essen ist etwas Angenehmes, das Menschen miteinander verbindet. Essenszeit ist eine Zeit liebevoller Zuwendung, wenn ohne Ablenkungen gefüttert wird.

Der Übergang von der Brusternährung zur Familienkost muss behutsam in kleinen Schritten erfolgen. So sollte immer nur ein neues Nahrungsmittel eingeführt werden, etwa im Abstand von zwei Wochen. Bevor Obst und Gemüse gemischt werden, sollte das Baby zunächst jede Sorte einzeln kennen lernen. Es hat einen sehr feinen Geschmackssinn, es wird ihm nicht langweilig dabei.

Getreide sollte nur gekocht, gebacken oder anderweitig aufgeschlossen gegeben werden, da das Baby es sonst kaum verdauen kann. Von Frischkornbrei und Müsli ist aus diesem Grund abzuraten. Als Grundlage für den ersten Getreidebrei eignen sich glutenfreie Getreide wie Reis, Hirse oder Mais in Grieß- oder Flockenform, da sie leicht verdaulich und einfach zuzubereiten sind. Ab dem neunten Lebensmonat können auch glutenhaltige Getreidesorten wie Hafer, Grünkern, Buchweizen, Dinkel, Weizen, Gerste gegeben werden.

Für die Kleinen ist das Essenlernen ein sinnliches Erlebnis. Das Füttern schult die kommuni-

kativen Fähigkeiten, die motorische Geschicklichkeit und die Hand-Auge-Koordination des

Kindes. Die meisten Kinder essen löffelchenweise. Zuerst wird die Nahrung püriert, nach einiger Zeit mit der Gabel zerkleinert oder sehr weich gekocht und in Stückchen geschnitten. Aber nicht alle Kinder lassen sich gern füttern. Manche nehmen die Nahrung lieber in die Hand, etwa weich gekochte Gemüsewürfel oder Brotstückchen. Das Kind lernt bald, wie es das Essen im Mund herumbewegt und kaut, einen Löffel festhält und bald auch selbstständig isst. Es lernt unterschiedliche Nahrungsbeschaffenheiten kennen, wenn ihm Obst und Gemüse gedünstet oder gekocht, später auch roh angeboten werden.

Kinder sollten frisch zubereitete Nahrung erhalten und den Geschmack verschiedener Lebensmittel kennen lernen. Selbst gekochte Beikost kann im Schnellkochtopf oder mit sehr wenig Wasser in einem Gareinsatz gegart werden. So bleiben Vitamine weitestgehend erhalten. Wer zur Mahlzeit nicht stillt, sollte etwas Weizen- oder Maiskeimöl hinzufügen. Dadurch werden fettlösliche Vitamine verdaulich gemacht und das Kind bekommt genügend essentielle Fettsäuren und Kalorien.

Das Kind bekommt die neue Speise zunächst einmal löffelchenweise zu kosten. Die tägliche Menge wird langsam gesteigert. Das Tempo bestimmen Mutter und Kind. Es wird langsam und ohne Zeitdruck gefüttert, denn es gibt ja noch die Muttermilch. Die langsame Gewöhnung macht die Nahrung verträglich für Magen und Darm des Babys. Auch für die Mutter ist eine langsame Rückbildung der Milchdrüsen und allmähliche hormonelle Umstellung schonender.

Spätestens mit Beginn der Beikost müssen die Eltern nicht mehr nur an den Hunger, sondern auch an den Durst ihres Kindes denken. Es sollte immer etwas Trinkbares bereit stehen, damit das Kind sich nach Belieben bedienen kann. Am besten eignen sich selbst zubereitete dünne, ungesüßte Früchte- oder Kräutertees.

Ebenfalls geeignet sind stark verdünnte Obstsaft oder schlicht und einfach Mineralwasser oder abgekochtes Leitungswasser.

Muttermilch hat mehr Kalorien und Nährstoffe als andere Lebensmittel und kann deshalb auch weiterhin das Hauptnahrungsmittel im ersten Lebensjahr sein. Auch nach der Beikosteinführung stärkt Stillen das Immunsystem des Kindes, senkt das Allergierisiko, ist hygienisch und praktisch. Bei Erkrankungen des Kindes kann es sein, dass das Kind die Beikost verweigert und nur die Brust akzeptiert. Stillen schützt in diesen Phasen vor einer Austrocknung und fördert die Genesung. Auch die Mutter profitiert von einer möglichst langen Stilldauer. Je länger gestillt wird, umso mehr reduziert sich beispielsweise das Brustkrebsrisiko.

Im Alter von zwölf Monaten sind die meisten Kinder in der Lage, die gleichen Speisen zu essen wie die anderen Familienmitglieder. Wie bei der Beikost kann das Kind langsam an die Familienkost herangeführt werden.

Margret Koch, Kinderkrankenschwester und ganzheitliche Gesundheitsberaterin

Schrittweise Einführung der Beikost

Ratsam ist, immer zuerst zu stillen. Es ist leichter, Essen zu üben, wenn das Kind nicht zu hungrig ist. Außerdem kann es die neue Nahrung mit Hilfe der Muttermilch besser verdauen. Wer

Eine ausführliche Broschüre zum Thema Beikost ist bei den Schwestern der Neugeborenenstation erhältlich.



Krebs – Wege der Entlastung

Wenn eine Frau an Brustkrebs erkrankt, dann „betritt sie einen neuen Raum, aus dem es kein zurück gibt“ wie es eine Patientin ausdrückte. Einen Raum in dem sie sich neu orientieren muss, in dem es gilt, neue Herausforderungen zu bewältigen. Diese Herausforderungen können sehr unterschiedlich sein.

Monika T.s Sohn ist 6 Jahre alt. Drei Tage nach seiner Einschulung spürte sie beim Duschen einen Knoten in der Brust. Nach zwei Tage war es sicher – Brustkrebs. Neben der Angst, die sie seit diesem Tag begleiten, quälen sie immer wieder die gleichen Fragen: Wie kann sie ihrem Sohn die Krankheit erklären? Was und wie viel kann sie ihm sagen, ohne ihn zu überfordern? Was kann sie verschweigen, ohne ihn mit seinen Ängsten allein zu lassen?

Frau G., ihre Zimmernachbarin im Krankenhaus, belasten andere Sorgen. Bei der Operation mussten ihr die Lymphknoten der Achsel entfernt werden. Sie muss einen Arm zukünftig schonen, gegen Verletzungen schützen. Aber Frau G. ist Floristin. Da ist die Verletzungsgefahr groß.

Alle Patientinnen werden von Beate Kuhl aufgesucht. Kuhl ist psychosoziale Beraterin im Brustzentrum Bochum/Herne am St. Anna Hos-



Dr. med. Yavuz Ergönenç,
Chefarzt im Brustzentrum Bochum/Herne am St. Anna Hospital

Erkrankung sprechen möchte. Hilfreich ist für sie auch, dass sie zwei Bücher erhält, in dem das Thema Brustkrebs kindgerecht dargestellt wird. Es beruhigt sie, dass sowohl sie als auch ihr Sohn therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen können.

Frau G. erhält einen Termin bei annavita, dem Physiotherapiezentrum im St. Anna Hospital. Sie erhält Lymphdrainagen und wird darüber beraten, welche Schutzmassnahmen sie ergreifen kann. Die Entfernung der achsillären Lymphknoten ist dank neuer operativer Methoden zwar

immer seltener erforderlich. Müssen die Lymphknoten aber entfernt werden, ist die Folge häufig eine Lymphstauung im betroffenen Arm. Wird diese nicht entsprechend behandelt, können weitere Erkrankungen die Folge sein.

Während und nach der Therapie erleben viele Patientinnen eine lähmende Müdigkeit. Etwa 80 Prozent aller Krebspatienten haben im Laufe der Behandlung dieses so genannte Fatigue-Syndrom. Sie sind von einer tiefgreifenden Müdigkeit und Erschöpfung befallen, unabhängig davon, was die Betroffenen vorher gemacht haben. Schlaf oder Ruhepausen helfen nicht – die Patientinnen fühlen sich kraft- und antriebslos, sie haben Konzentrationsstörungen und kognitive Beeinträchtigungen. Neben der medikamentösen Therapie können Entspannungsübungen, eine veränderte Ernährung und Sport- und Bewegungstherapien dazu beitragen, dass die Patientinnen Schritt für Schritt wieder ihre Kraft zurück erlangen.

Doch welcher Sport ist richtig? Frau Z. spielte bis zu ihrer Brustoperation Tennis, eine Sportart die sie nicht mehr weiter führen kann. Und obwohl sie aktiv und sportlich war, ist sie jetzt verunsichert über das richtige Maß. Zahlreiche Studien haben mittlerweile widerlegt, dass Sport für Krebspatienten schädlich sei. Sport wirkt sich im Gegenteil günstig auf der psychischen, der physischen und der psychosozialen Ebene aus. Frau Z. hat sich jetzt entschieden. Sie wird die Sprechstunde für Brustkrebspatientinnen bei annavita aufsuchen und sich ein persönliches Trainingsprogramm zusammen stellen lassen.

Manchmal reicht im Beratungsgespräch auch eine einfache Bestätigung. So wie bei Frau W. Seit sie an Brustkrebs erkrankt sei, verbringe sie immer mehr Zeit in ihrem Garten, berichtet sie. Doch dann frage sie sich immer wieder, ob sie die Zeit nicht sinnvoller nutzen müsse mit Dingen, die ihre Heilung zuträglich sind. Beate Kuhl kann sie beruhigen. Gartenarbeit, mit ihrer Nähe

zur Natur, dem Erleben des Wechsels der Jahreszeiten, das ist, so haben jetzt auch wissenschaftlich Untersuchung gezeigt, heilungsfördernd. Frau W. fällt sichtlich ein Stein vom Herzen. Beschwingt verlässt sie das Büro – um den Rest des sonnigen Herbsttages im Garten zu verbringen.

Beate Kuhl,
psychosoziale Begleitung im Brustzentrum

Psychosoziale Begleitung im Brustzentrum

pital. Worüber gesprochen wird, bestimmt die Patientin. Manchmal ist es notwendig, erst einmal zu begreifen, dass die Diagnose Realität ist und nicht nur ein böser Traum. Manchmal stehen sozialrechtliche Fragen oder ganz praktische Hilfestellungen im Vordergrund. Und manchmal geht es darum, über den Sinn der Erkrankung nachzudenken. Immer geht es um die Frage: Welche Unterstützung ist für die Patientin jetzt hilfreich und entlastend?

Frau T. kann im Gespräch mit der Beraterin für sich klären, wie sie mit ihrem Sohn über die



Ein kleiner Schnitt für den Arzt – ein großer Vorteil für den Patient

Die endoskopische Operationstechnik, die so genannte Schlüssellochoperation, hat sich in vielen Bereichen der Bauchchirurgie etabliert: bei der Entfernung der Gallenblase oder des Blinddarmes, beim Verschluss von Leisten- oder Zwerchfellbrüchen und bei anderen Eingriffen. Mittlerweile ist es den Ärzten auch die möglich, Schilddrüsenoperationen mit Unterstützung des Endoskops durchzuführen. Diese Operationsmethode ist besonders für knotige oder zystische Veränderungen der Schilddrüse geeignet, bei denen die Schilddrüse nicht oder nur wenig vergrößert ist.

Zur Durchführung der Operation benötigt man neben speziellen Instrumenten und einer kleinen 5mm-Videooptik auch zwei Übertragungsmonitore (Bild 1).

Nach den üblichen Operationsvorbereitungen wird der nur zwei Zentimeter lange Schnitt am Hals eingezeichnet (Bild 2). Die über der Schilddrüse liegenden Gewebe (Haut, Muskulatur und Bindegewebsschichten) werden vorsichtig durchtrennt. Nun können der Operateur und zwei Assistenten nach Einführung des Videoendoskops die Schilddrüse schrittweise unter Sicht auf dem Monitor präparieren (Bild 3). Dabei müssen Blutgefäße verschlossen und durchtrennt werden, ebenso kleine Bindegewebsstränge. Der Stimmbandnerv wird dargestellt und sicher geschont. Auch die „Epithelkörperchen“, die für den Kalziumhaushalt wichtig sind, kann man sehen. Ist nun die Schilddrüse gelöst, kann sie aus ihrem Lager heraus durch den kleinen Hautschnitt hindurch über das Hautniveau gehoben werden (Bild 4).

Jetzt kann der Operateur die erkrankten Anteile des Schilddrüsenlappens entfernen. Besteht kein Anhalt für Bösartigkeit des Gewebes, wird der verbleibende Rest der Schilddrüse wieder an seinen angestammten Platz verlagert.



Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Kozianka,
Chefarzt der Klinik für Chirurgie



Bild 1



Bild 2



Bild 3 (unten), Bild 4 (oben)

Die durchtrennten Gewebsschichten werden schichtweise mit Nähten verschlossen. Zurück bleibt eine kaum sichtbare Narbe.

Nach einer unkomplizierten Schilddrüsenoperation kann der Patient in der Regel am folgenden Tage die stationäre Behandlung verlassen.

Vorteil der endoskopisch assistierten Schilddrüsenoperation ist vor allem der kleinere Zugangsweg. Dadurch erzielt der Arzt ein besseres kosmetisches Ergebnis bezüglich der Narbengröße.

Die endoskopisch unterstützte Schilddrüsenoperation

ße. Darüber hinaus erlaubt es dem Operateur und den Assistenten, sehr feine Strukturen, wie zum Beispiel die Stimmbandnerven besser zu erkennen und damit das Verletzungsrisiko zu vermindern.

Dr. Michaela Bourrée
Oberärztin der Klinik für Chirurgie



Neu im Boot ist **Dr. Sabine Edlinger**. Als Mitglied in der Geschäftsführung der St. Vincenz Hospital gGmbH ist sie seit Anfang November kaufmännische Leiterin des St. Marien-Hospitals Eickel.



Petra Gustke gehört – trotz ihres jungen Alters – schon zum „Urgestein“ des Krankenhauses. Vor 20 Jahren hat die gebürtige Wanne-Eickelerin ihre kaufmännische Ausbildung im St. Anna Hospital begonnen. Mittlerweile ist sie Personalleiterin für alle Einrichtungen der St. Vincenz Hospital gGmbH



Am 1. September 1965 hatte sie ihren ersten Arbeitstag: Seit 40 Jahren erfasst **Hildegard Bolle** die persönlichen Daten der Patienten im St. Anna Hospital. Damals hieß ihre Abteilung noch Aufnahme. Heute arbeitet sie im Patientenservice. Wie viel zehntausend Mal sie die Daten notiert hat – anfangs mit Bleistift und Papier, mittlerweile schon längst elektronisch – kann sie noch nicht einmal schätzen. Wichtig ist ihr, sich auf jeden Patienten wieder neu einzustellen, um allen die erste Angst und Unsicherheit zu nehmen.



Neuer Oberarzt in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist **Dr. Ahmad Yar**. Der 34jährige gebürtige Afghane hat seine Facharztausbildung in Stralsund gemacht und sich dort auf Harninkontinenz und genitale Senkungszustände spezialisiert. Darüber berichtet er in einem Beitrag weiter vorne in dieser Ausgabe.

Im dritten Kurs der Krankenpflege am St. Anna Hospital hat **Birgit Hendrix** vor 25 Jahren ihre Ausbildung zur Krankenschwester begonnen. Seitdem pflegt, begleitet, tröstet und umsorgt sie Patienten in unserem Haus. Nach fast 20 Jahren auf der Station 8 ist sie auf die 4B gewechselt.



Ebenfalls seit 25 Jahren arbeitet **Barbara Brenecke** in unserem Haus. Die gelernte Kinderkrankenschwester hat auf der Entbindungsstation begonnen, ist dann auf die Kinderstation gewechselt und mit der Kinderstation im Haus umgezogen. Anschließend hat sie sich um chirurgische Patienten gekümmert und versorgt jetzt auf der Station 3B die Patienten der Orthopädie. Wenn das nicht von Flexibilität zeugt.



Seit 20 Jahren arbeitet **Sigrid Detke** in der St. Vincenz Hospital gGmbH. Bis vor drei Jahren hat sie dem St. Marien-Hospital Eickel die Finanzbuchhaltung geführt. Seitdem sitzt sie mit den selben Aufgaben in der Zentralverwaltung. Das Jonglieren mit Zahlen ist der gelernten Steuerfachgehilfin in Fleisch und Blut übergegangen.

Zwei weitere 20jährige Jubilare verzeichnet die Chronik in diesen Wochen: **Ralf Neu** ist Krankenpfleger auf der Station 1B, **Regina Peters** pflegt und betreut Patienten auf der Intensivstation.