Ausgabe 35 | April 2017

HERZSCHLAG

Magazin des Herz-Jesu-Krankenhauses | Münster-Hiltrup

35

REANIMATION
Team-Training sorgt für Sicherheit

Rettet die Gebärmutter
Therapien für den Erhalt eines oft entfernten Organs

Arthrose
Bewegung ist das beste Rezept

Reanimationstraining für Mitarbeiter wird regelmäßig im Herz-Jesu-Krankenhaus angeboten. Bei den Übungen mit den technisch hochaufwändigen Simulationspuppen steht nicht so sehr die perfekte Diagnose in der Notsituation im Vordergrund, sondern Teamfähigkeit und klare Kommunikation. Nur so sind die im Ernstfall zufällig vor Ort befindlichen Kollegen in der Lage, in Sekundenschnelle effizient handlungsfähig zu sein.

04

Die Zahl der Menschen, die an einer **Arthrose leiden**, wächst. Und das hat nicht zuletzt damit zu tun, dass wir immer älter werden. Was genau bei der Arthrose im Gelenk passiert und wie man den schmerzhaften Verschleiß, der alle Gelenke betreffen kann, therapiert, erklärt Dr. Matthias Schukai, Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie im Herz-Jesu-Krankenhaus.

14

12

Die Entfernung der Gebärmutter ist in Deutschland immer noch erste Wahl zur „Behandlung" von Erkrankungen dieses Organs. In einem Interview stellt Chefgynäkologe Dr. Joachim Zucker-Reimann, Unterstützer der Initiative „Rettet die Gebärmutter", mögliche Therapien als Alternative zur Entfernung vor.

EDITORIAL

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

viele Menschen engagieren sich ehrenamtlich. Gehören Sie auch dazu? Dann kennen Sie das wohltuende Gefühl, einfach einmal etwas von sich selbst für das Allgemeinwohl (ab)gegeben zu haben.
Wir z. B. profitieren vom Engagement unseres Fördervereins. Soeben hat er wieder eine neue Simulationspuppe für unser Reanimationstraining bewilligt, weil diese viel genutzte Technik natürlich dem Verschleiß unterliegt.

Der Förderverein selbst übrigens hat wiederum dankend eine Spende der kfd St. Clemens Hiltrup entgegengenommen, die damit den Bau unserer neuen Palliativstation unterstützen möchte. Bei gleicher Gelegenheit erhielt auch die Nähwerkstatt HilDe eine Finanzspritze der kfd St. Clemens Hiltrup. Diese Werkstatt entstand ebenfalls durch ehrenamtliches Engagement zur Unterstützung von Flüchtlingsfrauen.

Allen diesen Aspekten und den dahinter stehenden Menschen werden Sie beim Lesen dieser Ausgabe begegnen. Man stellt dabei fest, dass die, die selbstlos helfen, wiederum schnell Helfer finden. Selbstlosigkeit hat offenbar ansteckende Wirkung.

Falls Ihnen der Umgang mit Menschen liegt und Sie mit einem entsprechenden Engagement liebäugeln, schauen Sie doch einfach einmal auf unserer Homepage unter www.hjk-muenster.de/ueber-uns/ehrenamt/. Und wo Sie schon einmal auf unserer Homepage sind, scrollen Sie ein bisschen herunter zum Menüpunkt „Förderverein", vielleicht mögen Sie ja Mitglied werden?

Auf jeden Fall wünschen wir Ihnen, dass immer Unterstützung naht, wenn Sie welche brauchen.
Ihre
Klaudia Maleska
Klaudia Maleska

INHALT

03 BEMERKENSWERTES
News und Termine

04 TITELTHEMA REANIMATION
Teamgeist und klare Ansagen **retten Leben**

08 NEURORADIOLOGIE
Interview mit Julio Antonio Viera Ibarra

10 KALEIDOSKOP
Die HJK-Großküche in Zahlen

12 GYNÄKOLOGIE
Gebärmutter erhalten statt entfernen

14 GELENKE
Bewegung ist das beste Rezept

17 TRÄGERNEWS
Die Nähwerkstatt ist ein Erfolgsmodell

19 IMPRESSUM / KONTAKT

GLEICH ZWEI SPENDEN VON DER KFD ST. CLEMENS HILTRUP

Gleich zwei Projekte unterstützten die kfd-Frauen von St. Clemens mit Erlösen aus dem diesjährigen Adventsbasar. Mit einem Scheck von tausend Euro bedachten sie die Palliativstation des Herz-Jesu-Krankenhauses, die baulich erweitert werden soll. Im Rahmen einer kleinen adventlichen Feierstunde im MSC-Welthaus nahm der Fördervereinsvorsitzende **Dr. Ulrich Müller** die Spende gern entgegen.

Mariele Landsmann, Elisabeth Hilland und Helga Rösmann unterstützen auch die Nähwerkstatt mit 250 Euro. Die Nähwerkstatt hat sich im Februar als ein Angebot für Flüchtlingsfrauen aller Kulturkreise etabliert. Seitdem engagieren sich die Ehrenamtliche **Gabi Neuhaus** und **Sr. Annette** vom MSC-Welthaus, um den Frauen nicht nur das Nähen beizubringen, sondern sie auch bei der Integration zu unterstützen. Professionelles Know-how bringen **Karin Honermann** und **Ruth Reiberg** in die Nährunde, die jeweils mittwochs von 16 bis 18 Uhr stattfindet.

Sr. Annette von der Nähwerkstatt des MSC Welthauses (2. v.l.) und der Fördervereinsvorsitzende des Herz-Jesu-Krankenhauses, Dr. Ulrich Müller (r.), nahmen die Spenden der kfd-Frauen gern entgegen. Im Bild v.l.: Elisabeth Hilland, Mahin Khojasteh, Helga Rösmann, Karin Honermann und Mariele Landsmann.

Viele Nähprodukte sind mittlerweile entstanden und werden gegen eine Spende unter dem **Label HilDe** (Hiltruper Design mit Herz) abgegeben, um die Nähwerkstatt weiter zu finanzieren. Diese liegen im Café Marie des Meyer-Suhrheinrich-Hauses und in der Stadtteilbücherei aus. Besonders beliebt sind Schlüsselanhänger, Etuis und Kissen. Die Nähwerkstatt versteht sich als Teil des Flüchtlingsnetzwerkes Hiltrup. Weiterer Bericht auf Seite 17 . | DR. HELGA KRETZSCHMAR

PATIENTENSEMINAR: NEUESTER STAND DER TUMORTHERAPIE

Viele Krebserkrankungen lassen sich heute erfolgreich behandeln. Viele sind heilbar. Entscheidend sind die rechtzeitige Diagnose und die richtige Therapie. Welche aktuellen Möglichkeiten und Erkenntnisse es bei der Behandlung von Krebs gibt, stellte das Herz-Jesu-Krankenhaus im Rahmen des Patientenseminars „Die Tumortherapie – neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ unter Leitung von **Priv.-Doz. Dr. Anton Gillessen**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, vor. Tumorkonferenzen, an denen alle beteiligten Fachärzte teilnehmen und jede Tumordiagnose im Detail besprechen, bilden quasi das Kernstück. Bei der Veranstaltung konnten die Gäste so eine ärztliche Tumorkonferenz, wie sie im Krankenhausalltag stattfindet, miterleben und aktiv mitgestalten. Ebenfalls vorgestellt wurde ein neues Therapieverfahren bei Bauchfellkrebserkrankungen, das selbst für Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium hilfreich sein kann. Die Experten nahmen sich zudem ausreichend Zeit zur Beantwortung von Publikumsfragen. | DR. HELGA KRETZSCHMAR

Über die Tumortherapien informierten: Dr. Joachim Zucker-Reimann, Dr. Benedikt A. Prümer, Priv.-Doz. Dr. Drasko Brkovic, Dr. Jürgen Wehmeyer, Dr. Jens Peter Hölzen und Priv.-Doz. Dr. Anton Gillessen. (v.l.)

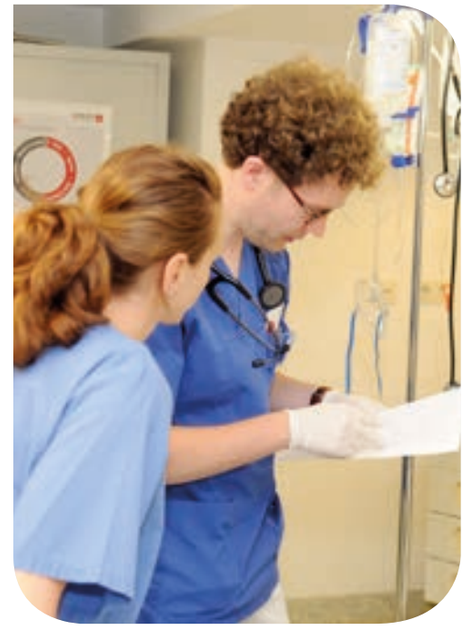
PRINZ ZU BESUCH IN DER STUDIOWELLE

Die Studiowelle feierte 47 Jahre „auf Sendung“. Anlass genug, dass auch **Prinz Ingo** mit seiner Prinzengarde und das **Stadtjugendprinzenpaar Lena I. Dülberg und Tobias I. Tarp** zum Geburtstag gratulierte. „Sie wissen doch, dass wir inzwischen weltweit zu hören sind“, stellte **Moderator Folker Flasse** eher fest, als dass er fragte. Prinz Ingo Veltmann brachte seine beiden Adjutanten mit ins Studio, **Ulf Imort** und **Frank Hoffmann**. Alle langjährig karnevalserprobt. Wie man die Session durchstehe? Viel Obst, wenig Alkohol. „Und dann läuft das schon“, so seine Tolität. | DR. HELGA KRETZSCHMAR

Nett-närrisch ging es also in der Studiowelle zu mit: Adjutant Frank Hoffmann, Prinz Ingo I (Veltmann), Adjutant Ulf Imort und Moderator Folker Flasse (v.l.)

Übung: Die Patientin atmet nicht mehr, und das Team kämpft um ihr Leben.

Was sagen die Laborwerte? Zieht das Team daraus die richtigen Schlüsse?



Krisenmanagement: Teamgeist und klare Ansagen retten Leben

Reanimationstrainings mit Simulationspuppen sorgen für Sicherheit und Routine

Die Teilnehmer des Reanimationskurses stehen bereit. Sie wissen, dass in wenigen Minuten unter Einsatz einer technisch hoch ausgefeilten Puppe eine für den Patienten lebensbedrohliche Notfallsituation simuliert wird. Obwohl also zwei wesentliche Stressfaktoren – der „echte" Mensch sowie der Überraschungseffekt der hoch prekären Situation – wegfallen, ist der hohe Adrenalinpegel bei den Agierenden geradezu spürbar. So echt gestalten die so genannten „Instruktoren" die Übung, so ernst nehmen die Teilnehmer ihre Aufgabe. Alles, um im Ernstfall ohne Verzug Leben zu retten und bleibende Schäden weitestgehend zu verhindern.

Dass es sich um eine Puppe und eine Übung handelt, ist in diesem realistischen Szenario längst vergessen.

Anschließende „Manöverkritik" mit den Instruktoren Nicole Schütte und Marcus Breyer

Für den Zuschauer hat so eine Übung schon etwas von dem Dreh für einen Actionfilm. Das Szenario: Eine Patientin wird eingeliefert. Ein Internist und eine Krankenpflegerin werden als erste mit dem Notfall konfrontiert. Deshalb bleibt der Rest der Übungscrew zunächst vor der Tür. Die Symptome entsprechen der Realität, sind also diagnostizierbar und teils direkt an der Puppe (etwa an den Pupillen) oder am Monitor ablesbar.

NICHT ABWARTEN – HANDELN

„Die eiserne Regel lautet: Wer findet, fängt an", erklärt OA Marcus Breyer, Anästhesist, der mit sieben weiteren geschulten Teamkolleginnen und -kollegen aus Medizin und Pflege diese Kurse durchführt. Das bedeutet auch bei einem Notfall auf Station, dass die Pflegekraft sofort nach Alarmierung des Notfallteams mit Maßnahmen beginnt. „Und nicht etwa", ergänzt Breyer halb scherzend, halb ernst, „wartend herum steht und dem eintreffenden Team die Tür aufhält." So ist es auch bei der Übung. Per Telefon wird das Rettungsteam gerufen. Dieses besteht aus einem Internisten, einem Anästhesisten und mindestens einer Fachschwester für Anästhesie und Intensivmedizin. Im Tagesdienst zieht man einen Oberarzt hinzu. Nachts wird er telefonisch informiert, je nach Erfahrung der ärztlichen Kollegen kommt er dann auch in die Klinik. Am Telefon wird nach den Parametern **Wer** (ruft an), **Wo** (ist es passiert) **Was** (ist passiert) informiert, „und dann nicht gleich aufgelegt, sondern erst fragen, ob alles verstanden wurde", so Breyer. Wenn der Ort des Geschehens unklar geblieben ist, und man in

der Aufregung seinen Namen undeutlich genannt hat, bleibt das Patientenleben in Gefahr.

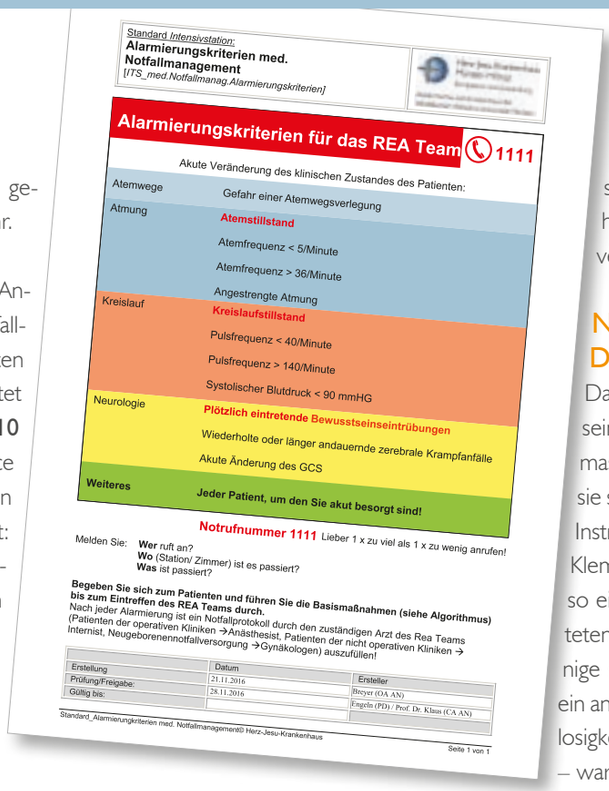
In der Übung läuft es richtig: Erst kommt ein Anästhesist dazu, dann trifft das weitere Notfallteam ein. So merkwürdig es in der brisanten Lage klingen mag: Jetzt gilt „Zeit nehmen rettet Leben“, und zwar nach dem so genannten **10 für 10 Prinzip des CRM** (Crisis Ressource Management = Krisenmanagement mit den vorhandenen Ressourcen)). Das bedeutet: Sich 10 Sekunden Zeit nehmen, um die richtigen Entscheidungen für die nächsten zehn Minuten zu treffen.

- Wo liegt das Hauptproblem?
- Was für ein Team brauche/habe ich?
- Habe ich alle Fakten berücksichtigt?
- Die Vorgehensweise planen!
- Aufgaben verteilen!
- Gibt es Rückfragen?
- Jetzt handeln!

In unserem Trainingsfall werden die herbei eilenden Kollegen von den bereits agierenden informiert: „Die Patientin war zu Hause gestürzt. Sie hat Sturzwunden am Becken und Kopf. Anfangs konnte sie noch sprechen, aber mittlerweile äußert sie nur noch unzusammenhängende Worte. An Vorerkrankungen sind bekannt: Herzrhythmusstörungen, nimmt Blutverdünner, hat Diabetes und einen hohen Blutdruck.“ Fieberhaft, aber diszipliniert handeln die Kursteilnehmer. Monitore piepen, die Parameter werden ausgewertet, ein Tropf angelegt. Als Zuschauer mag man sich wundern, warum die sechs Teilnehmer so dermaßen überdeutlich ankündigen, was sie gerade tun, als ginge es darum, für die beste Formulierung einer Handlung prämiert zu werden. Und warum gibt wie aus dem Nichts plötzlich einer allen anderen Anweisungen? Wieso redet niemand darüber, was die Patientin nun eigentlich hat? – Weil alle es genau richtig machen.

KLARE ANSAGEN WICHTIGER ALS PERFEKTE DIAGNOSE

In der vorab gegeben Einweisung in die Übung haben die Instruktoren erklärt, dass in solchen Fällen nicht die korrekte Diagnose Priorität hat, sondern die Stabilisierung der lebenserhaltenden Funktionen. Und da es in einem so ad hoc unter Stress zusammengewürfelten Team kein Eingespieltsein gibt, kommt der klaren Kommunikation die größte Bedeutung zu. „Es hakt in so einer



Standard Intensivstation:
Alarmierungskriterien med. Notfallmanagement
[ITS_med.Notfallmanag.Alarmierungskriterien]

Alarmierungskriterien für das REA Team 1111

Akute Veränderung des klinischen Zustandes des Patienten:

Atemwege	Gefahr einer Atemwegsverlegung
Atmung	**Atemstillstand**
	Atemfrequenz < 5/Minute
	Atemfrequenz > 36/Minute
	Angestrengte Atmung
Kreislauf	**Kreislaufstillstand**
	Pulsfrequenz < 40/Minute
	Pulsfrequenz > 140/Minute
	Systolischer Blutdruck < 90 mmHG
Neurologie	**Plötzlich eintretende Bewusstseinseintrübungen**
	Wiederholte oder länger andauernde zerebrale Krampfanfälle
	Akute Änderung des GCS
Weiteres	**Jeder Patient, um den Sie akut besorgt sind!**

Notrufnummer 1111 Lieber 1 x zu viel als 1 x zu wenig anrufen!

Melden Sie: **Wer** ruft an?
Wo (Station/ Zimmer) ist es passiert?
Was ist passiert?

Begeben Sie sich zum Patienten und führen Sie die Basismaßnahmen (siehe Algorithmus) bis zum Eintreffen des REA Teams durch.
Nach jeder Alarmierung ist ein Notfallprotokoll durch den zuständigen Arzt des Rea Teams (Patienten der operativen Kliniken →Anästhesist, Patienten der nicht operativen Kliniken → Internist, Neugeborenennotfallversorgung →Gynäkologen) auszufüllen!

Erstellung	Datum	Ersteller
Prüfung/Freigabe:	21.11.2016	Breyer (OA AN)
Gültig bis:	28.11.2016	Engeln (PD) / Prof. Dr. Klaus (CA AN)

Standard_Alarmierungskriterien med. Notfallmanagement© Herz-Jesu-Krankenhaus

Seite 1 von 1

Lage nicht an fachlichen Dingen, sondern eher an den menschlichen Faktoren“, erläutert Breyer. „Es hilft wenig, zu sagen: ‚Da müsste mal einer einen Zugang legen‘, wer soll sich da angesprochen fühlen? Man muss den Mut haben, jemanden anzuschauen und zu sagen: ‚Steffi , jetzt legst Du einen Zugang‘.“

Die Leitung des Teams klärt sich meist an der Stelle schnell von selbst. Noch eine Regel, des CRM: Übernimm die Leitung oder sei ein gutes Teammitglied. „Da wird es wieder menschlich“, sagt der Instruktor. „Hier verlieren sonst geltende Hierarchien an Bedeutung. Da muss ein Ober- oder Chefarzt sich möglicherweise auch mal von einem erfahrenen Assistenten oder einer Pflegekraft etwas sagen lassen und handeln. Die im Notfallteam tätigen Kollegen zeigen hier durch ihre Alltagserfahrung häufig eine gute, bzw. bessere Routine für die Notfallsituation. Training und Erfahrung optimieren die Sicherheit. Für alle Beteiligten je nach Charaktereigenschaft eine genauso schwierige wie erkenntnisreiche Übung.“ Hier sind wir wieder bei den menschlichen Faktoren, von denen die Rettung abhängen kann: Nur schüchtern verhaltene Menschen oder zu viele „Alphatiere“ in der Gruppe sind im Zweifelsfall fataler als mangelnde Fachlichkeit. „Deswegen nehmen wir zum Training auch keine exotischen Fälle. Es geht nicht um den Beweis von Fachkenntnis durch treffende Diagnose eines ausgeklügelten Fallbeispiels. Es geht darum, eine Gruppe verschiedenster Charaktere unter Druck in kürzester Zeit zu einem sinnvollen Handlungsfluss zu befähigen.“ Jemand, der sich nicht traut, die entscheidende Idee beizutragen, ist genauso hinderlich wie jemand, der die Einstellung vertritt, ihm habe niemand etwas zu sagen.

NACH DEM SZENARIO DIE ANALYSE

Das junge Team um die Puppenpatientin gibt sein Bestes. Man löst sich bei der Herzdruckmassage ab, Eine Kollegin verkündet laut, dass sie sich jetzt um die Laborwerte kümmere. Die Instruktoren nicken, notieren etwas auf dem Klemmbrett und warten genau die Zeit ab, die so ein Labor benötigt, um dann den (vorbereiteten) Zettel ins Team zu reichen. Während einige sich über die Analyse austauschen, sichert ein anderer die Atemwege mit einem Tubus. Ratlosigkeit beim Blick auf den Monitor – es hakelt – warum? Plötzlich ist der Defibrillator in jemandes Händen und auf der Puppenbrust im Einsatz. Einmal, zweimal – hoffnungsvolle Blicke auf den unbarmherzigen Bildschirm. Aber da: die Linie zuckt, der rhythmische Piepton ertönt, die Patientin atmet wieder. Ziel erreicht.

Erschöpft versammeln sich die Teilnehmer zur Nachbesprechung neben der geretteten Patientin, die – damit die Diagnose nicht vorenthalten bleibt – übrigens eine Hirnblutung beim Sturz erlitten hatte. Der Reihe nach darf jeder erstmal schildern, wie er die Übung, sich selbst und die anderen erlebt hat. Nachdem man sich als Team bewiesen hat, ist die Offenheit beim Austausch selbstverständlich. Ehrlich werden Unsicherheiten zugegeben, eigene Unzulänglichkeiten thematisiert, aber genauso offen darf man auch sagen, dass man möglicherweise von einem anderen irritiert wurde, oder der Tonfall unnötig herablassend gewesen sei.

Offene, vertrauliche Aussprache gehört zum Teamgeist und ist für die Optimierung der Abläufe unerlässlich.

FOR DEC - Verfahren

Das ursprünglich für die Luftfahrt entwickelte „FOR-DEC"-Verfahren hat sich auch für den medizinischen Krisenfall als probat erwiesen.

F acts: Welche Situation liegt vor?
O ptions: Welche Handlungsoptionen bieten sich an?
R isks & Benefits: Welche Risiken und Nutzen sind mit den jeweiligen Handlungsoptionen verbunden?
D ecision: Welche Handlungsoption wird gewählt?
E xecution: Ausführung der gewählten Handlungsoption.
C heck: Führt der eingeschlagene Weg zum gewünschten Ziel?

Beherzt zufassen und gleichzeitig die Zartheit des kleinen Körpers berücksichtigen: Hier sorgt das regelmäßige Training für Sicherheit in der Handhabung.

Die Lebensretter müssen auch wissen, dass die auf dem Monitor angegebenen Parameter anders interpretiert werden müssen als bei einem Erwachsenen.

Die Instruktoren, in diesem Fall Anästhesist Breyer und Intensivkrankenschwester Nicole Schütte, sind gar nicht so ungnädig. Erst wird ordentlich gelobt, was da alles super gelaufen ist. Die kleinen Verhakungen werden thematisiert, indem man etwa fragt: „Was wäre denn eine bessere Alternative an der Stelle gewesen?" Alles sehr charmant und motivierend. Hier wird niemand vorgeführt. „Was hier besprochen wird, bleibt im Team", lautet die kollegiale Regel. Also bekunden die Teilnehmer auch ehrlich gewünscht im Sinne von CRM die Selbsterkenntnis: „Man hätte einen Neurologen anfordern können. Ein CT zur Diagnostik wäre auch gut gewesen."

Im Herz-Jesu-Krankenhaus werden regelmäßig Reanimationskurse angeboten. Abgesehen davon, dass alle interessierten ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter daran teilnehmen können, richten sich die Kurse vor allem an zwei Zielgruppen. Im Erwachsenenbereich müssen diejenigen besonders sicher sein, die erfahrungsgemäß am häufigsten mit der Notfallversorgung konfrontiert werden. Also etwa das Notfallteam des Hauses, die Anästhesisten, die Internisten, das Pflegepersonal der Intensivstation sowie der Stroke Unit (Schlaganfallspezialstation). Eine weitere Schulung für die Notfallsituation bei Neugeborenen richtet sich an die Gynäkologen, Hebammen, Anästhesisten und die Anästhesiepflege und wird mit entsprechenden Säuglingspuppen durchgeführt.

SONDERFALL KINDERREANIMATION

„Die Kinderreanimation ist schwieriger", erklärt Breyer. Die Hemmschwelle, bei einem so zarten Neugeborenen Herzdruckmassage zu machen oder für den Medikamentenzugang Nadeln durch die Babyhaut bis in den Oberschenkelknochen zu führen ist groß." Der regelmäßige Umgang mit der lebensechten Puppe hilft da ungemein, einfach beherzter zu sein und auch das richtige Gefühl für die kleinen Körper zu bekommen. „zudem sind die physiologischen Vitalparameter anders als beim Erwachsenen", weist Breyer auf nötiges Fachwissen hin. „Atmung und Puls habe eine höhere Frequenz. Die Reserven sind geringer." Temperaturverlust verschlechtert die Werte, während man wiederum erwachsene Notfallpatienten bewusst ein bisschen kühler hält."
Interessant: Während bei Erwachsenen die Reanimation eher durch Kreislaufversagen nötig wird und man das Herz schnellstmöglich wieder in Gang bringen muss, um Sauerstoff in den Körper zu bekommen, ist es beim Säugling eher umgekehrt. „Hier entsteht der Notfall meist durch Sauerstoffmangel während er Geburt, weshalb man als erstes versuchen wird, Sauerstoff in das Kind zu bekommen", so Breyer". In dem Moment, in dem das Herz Sauerstoff bekommt, nimmt es auch seine Funktion wieder auf. Der klassische Fall bei der Kinderreanimation ist der Notkaiserschnitt.

Die Reanimation eines Säuglings ist eine besondere Herausforderung.

REANIMATIONSREGISTER

Übrigens gehen die Erfolge der tatsächlichen Reanimationen seit 2009 in ein Reanimationsregister ein. „Beim Qualitätsvergleich liegen wir im erwarteten Bereich“, bekundet Breyer. „Seit den regelmäßigen Übungen anhand der Simulationspuppen hat sich der Beginn der Maßnahmen vor Eintreffen des eigentlichen Notfallteams deutlich gebessert“, nennt er einen wesentlichen Erfolgsfaktor.

Eine Zahl, die uns alle in unserer Verantwortung für unsere Mitmenschen aufhören lassen sollte: Für die meisten Reanimierten gibt es eine gute Prognose. Über 90 Prozent gehen nachher auch wieder in den Beruf. Die können sich bei den teils völlig fremden Mitmenschen bedanken, die keine Sekunde gezögert haben, als sie mit Herzstillstand irgendwo im Einkaufszentrum, auf dem Parkplatz oder im Sportverein am Boden lagen.

KEINE „MENSCHLICHE PUPPEN“ OHNE FÖRDERVEREIN

Ohne die Kostenübernahme durch den Verein der Freunde und Förderer des Herz-Jesu-Krankenhauses Hiltrup e.V. wäre die Anschaffung der Simulationspuppen nicht möglich. Zur großen Freude der Verantwortlichen kam zeitgleich zu diesem Bericht die Zusage für ein notwendig gewordenes neues Modell.

Der Begriff vom „Wunder der Technik“ ist bereits arg abgenutzt und strapaziert, trotzdem drängt er sich einem auf, wenn man die lebensechten Funktionen der Simulationspuppen einmal hautnah mitbekommt. Je nach Ausstattung (Kosten von 10 000 bis 50 000 Euro) sind sie etwa in der Lage, Atmung und Kreislauf zu simulieren und verändern die Pupillen. Durch Sensoren reagieren sie auf Interventionen der Trainierenden und „erkennen“ entsprechende Maßnahmen wie Medikamentengabe und den Einsatz des Defibrillators. Monitore zeigen die Lebensfunktionen. Trainer können die Puppe ggfs. auch über Mikrofon sprechen lassen. Auch die „Neugeborenen“ verfügen über ein Repertoire etwa an Husten-, Würge- und Atemgeräuschen. Je nach Modell verändern sie die Hautfarbe bläulich, krampfen und stöhnen. Man kann an ihnen z. B. einen Nabelvenenkatheder oder einen Zugang in den Oberschenkelknochen legen. Das schönste Erfolgserlebnis für den Retter: Wenn die reanimierte Baby-Simulationspuppe anfängt zu schreien.

Nicht gucken, sondern handeln – leicht gesagt, wenn wirklich nicht ein Funke Erinnerung aus dem Führerscheinkursus geblieben ist. Stimmt aber trotzdem, die Technik hilft. | KLAUDIA MALESKA

JEDER VON UNS KANN LEBEN RETTEN!

SO GEHT ES:

Person atmet nicht und reagiert nicht auf Ansprache?

112 anrufen und mit klaren Worten vor allem den Ort des Vorfalls nennen. Handy auf Lautsprecher stellen, denn die Leitstelle wird Ihnen per so genannter Telefonreanimation genaue Angaben zur Herzdruckmassage (bei Kindern zur Beatmung) geben, so dass Sie bis zum Eintreffen der Rettungskräfte entscheidend helfen können.

Ist ein Defibrillator in der Nähe? BeHERZt zugreifen! Man kann nichts falsch machen!

Erst 112 anrufen, dann Gerät aktivieren. Es navigiert Sie mit klaren Anweisungen durch die Maßnahmen. Das Gerät stellt selbst fest, ob ein Elektroschock überhaupt notwendig ist und leitet Sie in diesem Fall weiter an.
Ein häufiges Problem bei Erwachsenen ist das Kammerflimmern. Ohne Einsatz des Defibrillators sinkt pro Minute „Nichtstun“ die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reanimation um zehn Prozent.

Das grüne Herz weist auf einen Defibrillator hin, mit dem der Laie nur etwas richtig und nichts falsch machen kann. Beispielbilder für Defibrillatoren etwa der Sparkasse Münsterland Ost (mehrere Filialen), in den Marktkauffilialen sowie im öffentlichen Raum in Herzogenaurach.

Julio Antonio Viera Ibarra demonstriert die im Interview beschriebene „periradikuläre Infiltration“ unter CT-Kontrolle zur Behandlung von Schmerzsyndromen der Wirbelsäule.

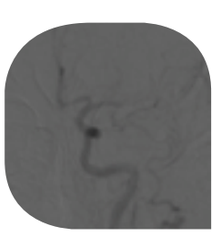
Julio Antonio Viera Ibarra, Leiter des neuen Departments für Neuroradiologie

„Diese Medizin möchte ich **ein Leben lang machen.**“

Neuroradiologie: Ein faszinierendes Fachgebiet

Am Institut für Radiologie unter Leitung von Chefarzt Dr. B. A. Prümer ist ein Department für Neuroradiologie unter der Leitung von Julio Antonio Viera Ibarra etabliert worden, so dass zukünftig zwei qualifizierte Neuroradiologen für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Herzschlag-Redakteurin Dr. Mechthild Quernheim sprach mit dem neuen Sektionsleiter Julio Antonio Viera Ibarra über seine Aufgaben und seine Faszination für das Fachgebiet.



Ein Gefäßverluss (Hirnarteria: Arteria cerebri media links) bei einem Patienten mit einem akuten Schlaganfall.

Die Arterie nach der Kathetertherapie (mechanische Thromboextraktion oder „Thrombektomie“)

HERZSCHLAG: Was genau versteht man unter Neuroradiologie? Womit befasst sie sich?

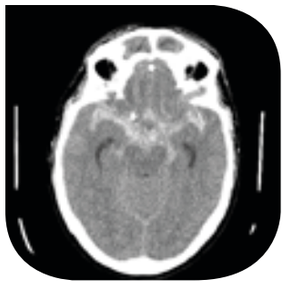
JULIO ANTONIO VIERA IBARRA: Die Neuroradiologie ist ein Spezialgebiet der Radiologie. Sie befasst sich mit der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems, also von Gehirn und Rückenmark. Dazu nutzt sie bildgebende Verfahren. Im Herz-Jesu-Krankenhaus mit seiner großen neurologischen Abteilung und seiner zertifizierten Stroke Unit heißt das in erster Linie, dass wir sofort die Diagnostik durchführen, wenn der Verdacht auf einen Schlaganfall besteht.

Wir können mit Hilfe einer **Computertomographie (CT)** oder einer **Magnetresonanztomographie (MRT)** des Schädels sehr genau klären, ob es sich um einen akuten Hirninfarkt handelt und an welcher Stelle die Gefäßveränderungen lokalisiert sind und wie diese sich ausgewirkt haben – ob die Gefäße also verengt und verschlossen sind, welches Gewebe noch zu retten ist oder ob es bereits zu Einblutungen ins Gehirn gekommen ist. Eine schnelle Diagnostik kann Leben retten oder schwere Folgen des Schlaganfalls wie eine Lähmung und Sprach- beziehungsweise Sprechprobleme verhindern, denn das Zeitfenster für eine erfolgreiche Therapie ist sehr eng. Sind kleine Hirngefäße betroffen, kann eine **Thrombolyse-Therapie** helfen, die Durchblutung wieder herzustellen. Die Patienten müssen dann innerhalb von drei Stunden intravenös ein Medikament erhalten, das das Gerinnsel wieder auflöst. Sind große Gefäße verengt oder verschlossen, dann bleiben sechs Stunden Zeit, um sie im Rahmen einer Katheterbehandlung mit **„Stent-Retriever“** wieder zu weiten und zu eröffnen.

Übrigens: Zurzeit schaffen wir im Herz-Jesu-Krankenhaus die apparativen Voraussetzungen dafür, diese Kathetertherapie des Schlaganfalls demnächst in unserem Haus durchzuführen. Wir werden dann auch in der Lage sein, Patienten mit einem Aneurysma, also einer Gefäßaussackung, neuroradiologisch hier zu behandeln.

HERZSCHLAG: Bei welchen weiteren Erkrankungen ist die Neuroradiologie unverzichtbar?

JULIO ANTONIO VIERA IBARRA: Das Herz-Jesu-Krankenhaus ist ein anerkanntes Schwerpunkt-Zentrum für **Multiple Sklerose**. Die Untersuchung im Magnetresonanztomographen ist ein entscheidender Baustein für die Diagnostik – besonders um die Erkrankung bereits in einem sehr frühen Stadium zu erkennen. Und die Bildgebung wird für den weiteren Behandlungsverlauf benötigt um festzustellen, ob die Multiple Sklerose fortschreitet oder stabil ist. Auch wenn der Verdacht auf Tumoren im Kopf besteht, führen wir die Erstdiagnostik durch und sind nach der Behandlung wieder für die Patienten da, um Verlaufskontrollen vorzunehmen. Eine große Rolle spielt die Neuroradiologie bei der Erkennung von demenziellen und degenerativen Veränderungen des Gehirns, also etwa bei **Morbus**



Patient mit subarachnoidaler Blutung bei geplatztem Aneurysma von 2,4 mm Durchmesser. Das CT-Bild zeigt die helle Veränderung in der Mitte (Blutung). Der Patient wurde als Notfall unter voller Narkose mit Katheter behandelt.

Kleines Aneurysma (2,4 mm Durchmesser) bei einer digitalen Angiographie,...

...das gleiche Aneurysma in einer 3D-Rekonstruktion, um besser die Therapie zu planen.

Hier sieht man die endgültige Kontrolle nach der Behandlung mittels so genannter endovaskulären Embolisation (Coiling).

Parkinson oder der **amyotrophen Lateralsklerose**, einer neuromuskulären Erkrankung. Und nicht zuletzt kommen zu uns viele Menschen, die aufgrund von **Bandscheibenvorfällen** oder einer Engstelle im Spinalkanal unter heftigen Rückenschmerzen leiden. Einigen von ihnen können wir auch therapeutisch helfen.

HERZSCHLAG: Wie sieht die neuroradiologische Behandlung dieser Patienten aus?

JULIO ANTONIO VIERA IBARRA: Das Verfahren nennt sich periradikuläre Infiltration und Facettengelenkblockade. Damit können wir Schmerzsyndrome der Wirbelsäule behandeln, die auf lokalen entzündlichen Prozessen im Bereich der Nervenwurzeln beziehungsweise der Facettengelenke beruhen. Bei der Behandlung führen wir unter CT-Kontrolle eine kleine Nadel an die entzündeten Nervenwurzeln und spritzen punktgenau ein schmerzstillendes und entzündungshemmendes Medikament. Dadurch geht die Schwellneigung zurück. Diese Therapie nehmen wir drei Mal innerhalb von 10 bis 15 Tagen vor. Die Effektivität dieses Verfahrens ist sehr hoch. Die Wirkung setzt in der Regel unmittelbar ein. Bereits nach wenigen Minuten gehen die Schmerzen deutlich zurück. Und mit einer anschließenden Reha-Maßnahme und einer gezielten Physiotherapie zur Kräftigung der Muskulatur können wir einem Großteil der Patienten eine Operation ersparen.

HERZSCHLAG: Was fasziniert Sie an Ihrem Fachgebiet?

JULIO ANTONIO VIERA IBARRA: Ich liebe die Neuroradiologie, weil sie eine klare diagnostische und wenig invasive therapierende medizinische Disziplin ist. Mit den bildgebenden Verfahren kann man ein gesundheitliches Problem sehr genau identifizieren und Aufschluss über dessen Ursache bekommen. Und wir können vielen Menschen auch therapeutisch helfen, ohne dass wir dafür den Kopf öffnen müssen oder eine große, invasive Operation mit vielen Schnitten benötigen. Ich kann mich noch sehr gut an meinen ersten neuroradiologischen Eingriff erinnern: Wir haben eine 70-jährige Frau behandelt, bei der ein akuter Schlaganfall dazu geführt hatte, dass sie bereits halbseitig gelähmt war und auch nicht mehr sprechen konnte. Bei dieser Patientin haben wir mit einer Katheterbehandlung das Blutgerinnsel erfolgreich aufgelöst. Danach konnte die Frau sofort wieder sprechen. Und das erste Wort, das sie sagte, war „Danke". Da wusste ich: Diese Medizin möchte ich ein Leben lang machen. Und die Leidenschaft dafür ist bis heute geblieben. Für mich ist es immer wieder ein schöner Erfolg, wenn Menschen nach einer neuroradiologischen Behandlung auf einmal wieder sprechen und laufen können oder schmerzfrei sind.

HERZSCHLAG: Eine abschließende Frage: Was hat sie veranlasst, ihre Zelte in Venezuela abzubrechen und nach Deutschland zukommen?

JULIO ANTONIO VIERA IBARRA: Das ist eine lange Geschichte. Ursprünglich wollte ich einmal Neurochirurg werden. Deshalb habe ich bereits während meines Studiums Mitte der 1990er Jahre öfter im Krankenhaus Nachtdienste in der Neurochirurgie gemacht. Aber das war eine enttäuschende Erfahrung. Viele Patienten, die operiert wurden, litten bei ihrer Entlassung weiter an großen Einschränkungen. Ich wollte das so nicht einfach akzeptieren, und habe dann in der Fachliteratur nach Alternativen gesucht. Dabei bin ich auf einen Artikel von **Professor Rüdiger von Kummer** (ehemaliger Universitätsprofessor der TU Dresden) gestoßen, einem Pionier auf dem Gebiet der Neuroradiologie. Er beschrieb, wie man mit einer Katheterbehandlung ein Aneurysma erfolgreich behandeln kann.

Ich habe dann per Mail zu ihm Kontakt aufgenommen. Er riet mir, zunächst das Studium zu beenden, eine Ausbildung in Allgemeinradiologie zu absolvieren und dann als Gastarzt bei ihm in Deutschland zu arbeiten, denn in Venezuela existiert keine Neuroradiologie. So habe ich es dann auch gemacht. Mit einem Stipendium bin ich nach Deutschland gekommen, und habe mich hier zum Neuroradiologen qualifiziert. Und als sich die Möglichkeit ergab, im Herz-Jesu-Krankenhaus dieses Fachgebiet aufzubauen, habe ich keinen Moment gezögert, diese Chance zu ergreifen. Meine Familie und ich fühlen uns jedenfalls hier sehr wohl. Und für mich persönlich bietet Münster noch einen großen Vorzug: Ich bin in Venezuela am Meer groß geworden, und das habe ich schon manchmal vermisst. Aber von Münster aus ist es ja nicht weit bis zur holländischen Küste. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

BERUFLICHE VITA JULIO ANTONIO VIERA IBARRA

Julio Antonio Viera Ibarra wurde in Venezuela geboren und studierte Medizin an der „Universidad central de Venezuela". Seine Ausbildung zum Facharzt für Radiologie absolvierte er am „Hospital Pérez Carreno Caracas Venezuela". Im Jahre 2002 kam er im Rahmen eines DAAD-Stipendiums nach Deutschland und arbeitete zunächst zwei Jahre als Assistenzarzt in der Neuroradiologischen Abteilung im Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden, später dann in der Abteilung für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie des Uniklinikums Saarland. Seit dem Jahre 2010 ist er Facharzt für Diagnostische Radiologie. Zwei Jahre später erwarb er die Zusatzbezeichnung Neuroradiologe. Weitere berufliche Stationen als Oberarzt waren das St. Marien Hospital in Hamm und das Klinikum Dortmund. Seit August 2016 leitet der Mediziner die Sektion Neuroradiologie unter dem Dach des Institutes für Radiologie (Chefarzt Dr. B. A. Prümer) im Herz-Jesu-Krankenhaus.

Küchenchef Christian Kipp demonstriert, welche Mengen bzw. Gewichte zu stemmen sind, wenn es hier heißt: „Ich hol' eben zehn Dosen Sauerkraut".

Wo 9000 Eier aufgeschlagen werden und 200 Liter Eintopf dampfen

Die Großküche im Herz-Jesu-Krankenhaus versorgt täglich 800 Menschen mit Essen

Wenn man daheim unter dem Motto „Was esse ich denn mal?" die Vorräte durchschaut, gleitet der suchende Blick etwa über die 500 g-Tüte Nudeln, eine kleine Dose gestückelte Tomaten, möglicherweise ein Päckchen Puddingpulver für vier Portionen, im Kühlschrank sechs Eier und der Putenbrustaufschnitt in der 100g Packung. Mit solcherart „Gebinden" käme man in der Großküche des Herz-Jesu-Krankenhauses nicht weit. Hier fangen die Nudeltüten bei 5 kg an, Konserven etwa mit Sauerkraut oder Gewürzgurken erreichen die Füllmenge von 10 Liter pro Dose, der monatliche Eierverbrauch liegt bei 9000 Stück und eine Packung Putenbrust-Aufschnitt wiegt hier rund 500 Gramm. Hier werden aus einer Großpackung Puddingpulver 380 Portionen hergestellt.

Täglich rund 800 hungrige Menschen ...
... versorgt die HJK-Großküche. 380 Patienten, 220 Mitarbeiter, und ebenfalls in msc-Ordensträgerschaft: 20 Gäste in der Kurzzeitpflege, 60 Bewohner des Altenhilfezentrums, 100 Ordensschwestern und 20 Besucher des Mittagstisches für Hilfsbedürftige.

Dazu kommen Sonderleistungen im Cateringbereich, also etwa Bewirtungen bei Fortbildungen, Veranstaltungen auch der nah gelegenen Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard oder für Kurse im msc-Welthaus. Vom Kaffee über den Obstkorb bis hin zum Frühstück oder delikaten Abendhäppchen ist alles dabei.

Ebenfalls gibt es besondere Auswahl im Mutterhaus zu besonderen Ordensfeiertagen, und zweimal im Jahr veranstaltet Christian Kipp selbst „Aktionstage" mit Schwerpunktthemen, um den Schwestern nicht alltägliche Gaumenfreuden zu bereiten. So gab es im vergangenen Jahr z. B. einen besonderen Spargelabend und einen genussvollen Bayrischen Themenabend.

Ins Altenheim Franziska liefert die HJK-Küche zusätzlich des Öfteren noch „Rohmaterialien" für die Zubereitung von Speisen. „Da geht es um die Beschäftigung und das Miteinander der Bewohner beim gemeinsamen Kochen", erklärt Kipp.

604 Meter lang wäre die Strecke, wenn man alle Tabletts eines Tagesbedarfs aneinanderreihen würde. Und das bezieht sich lediglich auf die Patientenessen im Krankenhaus. Nur die werden auf Basis des elektronischen Bestellsystems auf Tabletts am Fließband zusammengestellt. Für die anderen Versorgungsbereiche greift man auf das so genannte Schöpfsystem zurück, das heißt, die Speisen kommen in Warmhaltebehältern in die Essenswagen (nicht auf Tabletts) und werden vor Ort portioniert.

Wie viele Mitarbeiter stemmen die Beköstigung? 27 Personen (zusammen 21 Vollzeitstellen) in der Küche, 3 Mitarbeiterinnen in der Personal-Cafeteria, 25 Mitarbeiter in Vollzeit, Teilzeitkräfte und als Minijobber in der Spülzentrale.
Die riesige Spülmaschine läuft von 5.30 bis 15 Uhr, und man benötigt immer sechs Personen, damit das reibungslos läuft. Bevor das Geschirr in die Maschine geschoben wird, muss der Abfall und Essensreste abgeräumt werden und das jeweilige Geschirrteil in den entsprechenden Korb für den Transport durch die Maschine sortiert werden. Nach dem Spülvorgang werden die Gegenstände wieder (teils in großen Wagen, wie etwa die Abdeckhauben) an ihren Platz sortiert.

Wo lagern all die Köstlichkeiten?
Je nach Produktart in einem der sieben Kühlhäuser oder in den zwei Gefrierhäusern (- 20 °C). Möglicherweise auch schon im gekühlten Wagenbahnhof mit den vorbereiteten Abendessen. Oder zusammen mit den 25-kg-Säcken an Mehl, Zucker, Salz, in einem der fünf Lagerräume für Nährmittel, Konserven und Trockenware.

Ein Traum für Leckermäuler: 380 Puddingportionen in einer Packung, und die unten ins Bild lugende Schüssel lässt ahnen, in welchen Dimensionen hier zubereitet wird.

DAS GEBISS AUF DEM TABLETT ...

... ist das Klassikerfundstück an der Spülmaschine. „Leider sehr oft in die Serviette gewickelt und beim Abräumakkord im Müll gelandet“, erzählt Kipp. „Da haben wir auch schon mehr als einmal nachschauen müssen.“ Aber auch Brillen, Schmuck und das von zu Hause mitgebrachte Lieblingsmesser verlassen auf dem Tablett ihre Besitzer. „Dank der Bestellkarte könne wir die Funde aber meist zuordnen“, erklärt der Küchenchef.

KÜCHENKATASTROPHEN ...

... haben etwas mit der Technik zu tun. Die Spülmaschine und einige Kochkessel werden mit Dampf betrieben. Wenn das einmal ausfällt, wird es eng. Gerichte müssen umgeplant werden, aber das nimmt das Team eher gelassen. Allerdings geht es nicht ohne saubere Teller, und aus diesem Grund ist immer Einweggeschirr im Haus. Ein beigefügtes Kärtchen erklärt dem überraschten Patienten den Grund für Pappteller und Kunststoff-Besteck.

Auch die Erfassung der Patientenbestellungen erfolgt elektronisch. Wenn sich das System verhakt und die Schnittstellen auf den Stationen die Informationen nicht an die Küche senden können, bleibt die Auftragsliste leer. Da hilft nur eins: Jede Station anrufen und fragen, wie viele Vollkostgerichte und wie viele Diätgerichte benötigt werden. Genau diese beiden Alternativen werden dann zubereitet, so dass jeder zumindest ein gesundheitlich richtiges Essen erhält.

Checklisten für den Überblick – Hygiene, Temperatur, Mindesthaltbarkeitsdatum, Schädlinge und viele andere Maßnahmen mehr: Für alles gibt es abzuarbeitende Kontrolllisten. „An Schädlinge“, sagt Kipp und klopft auf Holz, „kann ich mich nicht erinnern.“

Nein, keine Kinderbadewanne, sondern der ganz normale Behälter für den Milchreis.

Vor dem Spülvorgang werden die Tabletts abgeräumt. Ebenso fleißige Hände sortieren alles an den rechten Platz, was blitzblank aus der Maschine kommt.

Unsere Küche in Zahlen – wenn Küchenchef Christian Kipp Beispiele nennt, kommen wir Privathaushalt-Organisierer aus dem Staunen nicht mehr heraus.

Imposante Zahlen für einen Monat:

16700 Brötchen
375 kg Bananen
440 kg Äpfel
1,5 t Kartoffeln
700 kg Rindfleisch
250 kg Tomaten
300 kg Zucker
550 kg Käse
9000 Eier
250 Salatgurken
3500 l Milch

Der tägliche Kaffeebedarf liegt bei 130 Litern morgens und nachmittags noch einmal 90 Liter. Die Küche verfügt über rund **2000 Bestecksätze**. Der größte Topf fasst **200 Liter.** Hier brodeln köstliche Eintöpfe, oder er fasst wahlweise 400 Portionen Püree

DIE HITLISTE DER MENÜAUSWAHL ...

... kommt ziemlich westfälisch daher. Patienten lieben Kassler mit Sauerkraut, Rindfleisch mit Zwiebelsauce und Möhreneintopf. Aber auch Nudeln mit Gulasch steht oben auf der Wunschliste.

ALTERNATIVEN

25 vegetarische Gerichte stehen insgesamt zur Auswahl, und für Patienten mit bestimmten Unverträglichkeiten bereitet die Diätküche Speisen etwa histaminarm oder Gluten zu. | KLAUDIA MALESKA

Rettet die **Gebärmutter**

Interview mit Dr. Joachim Zucker-Reimann, Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, zum Thema Hysterektomien (Gebärmutterentfernungen)

Die operative Entfernung der Gebärmutter ist in vielen gynäkologischen Abteilungen einer der häufigsten Operationen. Insgesamt wurden 2012 in Deutschland laut Gesundheitsmonitoring des Robert Koch Instituts 133.000 Gebärmutterentfernungen durchgeführt. Anders als in den USA, Kanada sowie europäischen Ländern wie Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz, ist die Methode der Wahl zur Behandlung uteriner Blutungsstörungen in Deutschland immer noch die Entfernung der Gebärmutter. In mindestens 30.000 Fällen jährlich sogar bei Frauen, deren Gebärmutter gar keine Blutung verursachenden Veränderungen aufweist, wie auf der Homepage der Initiative „Rettet die Gebärmutter" zu lesen ist.

Daher kommt wohl auch in den Krankenhäusern Deutschlands der rasche Ruf nach einer sofortigen radikalen Hysterektomie zunehmend in die Kritik. Dr. Joachim Zucker-Reimann, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im Herz-Jesu-Krankenhaus, ist selbst Mitglied der Initiative „Rettet die Gebärmutter", und vertritt ebenfalls den Standpunkt, dass mitnichten der radikale operative Weg immer auch der einzig Richtige ist. Die Patientinnen werden häufig in unserer Klinik durch die niedergelassenen Ärzte vorgestellt mit einer Frage für eine mögliche Therapie. **Redaktionsmitglied Markus Becker sprach mit Dr. Joachim Zucker Reimann.**

WUSSTEN SIE, ...

dass die Gebärmutter ist ein so genannter Hohlmuskel ist und keine Hormone bildet? Der Verlust dieses Organs, das in Form und Größe einer kleinen Birne gleicht, wird in der Regel körperlich nicht gespürt und die Entfernung bildet keine Senkung. Der durch die Entfernung entstandene Hohlraum wird durch Dünndarmschlingen ausgefüllt.

Initiative Rettet die Gebärmutter

www.rettet-die-gebaermutter.de

Chefarzt Dr. Joachim Zucker-Reimann

HERZSCHLAG: Welche Gründe gibt es für die Behandlung der Gebärmutter?

ZUCKER-REIMANN: Es gibt vier wichtige Gründe. Zu nennen sind hier die nicht kontrollierbaren Blutungen wie etwa auch die Bildung von Myomen (Gutartige Neubildungen) in der Gebärmutter. Auch die Senkung der Gebärmutter kann ein Behandlungsgrund sein sowie Krebserkrankungen. Für die ersten drei Diagnosen greift in der Regel immer erst eine konservative Behandlung

HERZSCHLAG: Wie sieht die konservative Behandlung in den einzelnen Fällen aus?

ZUCKER-REIMANN: Bei nicht kontrollierbaren Blutungen wird zunächst eine hormonelle Therapie durchgeführt. Dieses natürlich mit allen Vor- und Nachteilen einer **Hormontherapie**. Auch ist diese Therapie z. B. wegen Unverträglichkeiten nicht für alle Frauen geeignet.
Weiter gibt es die Möglichkeit für die operative **Verödung** der Gebärmutterschleimhaut (Endometrium). Hier im Haus wird die sogenannte Goldnetz-Methode durchgeführt, wobei das Endometrium schonend und komplikationsarm durch Hochfrequenzstrom verödet, möglichst weitgehend entfernt und abgesaugt wird.

HERZSCHLAG:...und die Behandlung bei Myomen?

ZUCKER-REIMANN: Bei Myomen handelt es sich um Wucherungen, die in der Muskelschicht der Gebärmutter auftreten. Sie sind die häufigsten gutartigen Tumore des weiblichen Genitaltrakts und können sich bei jeder Frau entwickeln. Hier gibt es zunächst auch die Möglichkeit einer konservativen Behandlung durch eine Hormontherapie. Problem ist hier, dass nicht alle Myome auf die Hormone ansprechen und es natürlich auch zu Unverträglichkeiten kommen kann.

GEFÄSSVERSCHLUSS

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit ist die der **interventionellen Radiologie** durch einen Verschluss der Arterie, welche das Myom mit Blut versorgt. Diese wird noch nicht oft durchgeführt, da sie sich lediglich für einige Fälle eignet. Vorteil ist hier der Erhalt der Gebärmutter. Das Myom schrumpft und stirbt ab. Die das Myom umgebende Gebärmutterschleimhaut wird hier in der Regel nicht betroffen, erholt sich aber schnell, falls sie auch betroffen wurde. Nachteil ist, dass eine Katheteruntersuchung durchgeführt wird und diese unter einer Durchleuchtung (Röntgenstrahlenbelastung) stattfindet. Dieses ist bei jungen Patientinnen sicherlich häufig nicht erwünscht oder nicht ratsam.

ULTRASCHALL IM MRT

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit stellt der sogenannte **Fokussierte Ultraschall** (MR-HIFU) da. Diese findet in einem Kernspintomographen (MRT) statt. Mit einem Ultraschallgerät wird zielgenau ein Ultraschall auf das Myom gesendet. Vorteil ist die nicht invasive (also ohne Operation) Therapie. Nachteil ist sicher die lange Dauer von vier bis fünf Stunden im MRT für eine Sitzung und der hierdurch auch entstehende sehr hohe Kostenfaktor. Oftmals sind die Patientinnen nur mit einer leichten Narkose in der Lage es bis zu fünf Stunden im MRT auszuhalten.

INFOS IN ZAHLEN

- Bei etwa jeder sechsten Frau im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland wurde die Gebärmutter entfernt.
- Bei fast der Hälfte der Frauen (48,5 %) fand die Gebärmutterentfernung im Alter von 40 bis 49 Jahren statt.
- Im Jahr 2012 wurden in Deutschland rund 133.000 Gebärmutterentfernungen durchgeführt.
- Bildung, Übergewicht und Anzahl der Geburten stehen im Zusammenhang mit der Prävalenz der Gebärmutterentfernung.
- Es sollte jeder betroffenen Frau möglich sein, nach individueller Beratung und Abwägung von Nutzen und Risiken eine informierte Entscheidung über eine Gebärmutterentfernung zu treffen.

Quelle: Robert Koch Institut, Gesundheitsmonitoring 2014, www.rki.de

OPERATION

Operativ werden Myome durch eine **Bauchspiegelung** als minimalinvasiver Eingriff entfernt. Diese Methode wird häufig angewandt, ist aber nicht immer sinnvoll. Hat ein Myom eine bestimmte Größe erreicht, sind minimalinvasive Operationen oder auch eine der anderen Therapien nicht mehr sinnvoll und nur die operative Gebärmutterentfernung ist hier die einzig sinnvolle Möglichkeit.

HERZSCHLAG: Ein häufiges Problem ist auch die Senkung der Gebärmutter. Gilt auch hier das nicht operative Vorgehen als Therapie erster Wahl?

ZUCKER-REIMANN: Ja. Zunächst wird zunächst mittels Diagnostik die Ursache für die Gebärmuttersenkung gesucht. Hiernach empfehlen wir häufig die Beckenbodengymnastik oder auch eine Elektrotherapie. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, so stehen zunächst plastische (also korrigierende) operative Eingriffe zur Verfügung, und nur bei erfolgloser Therapie und sehr weit fortgeschrittener Gebärmuttersenkung wird eine operative Entfernung durchgeführt.

HERZSCHLAG: Bei Krebserkrankungen ist der Erhalt der Gebärmutter wohl nicht indiziert?

ZUCKER-REIMANN: Krebserkrankungen der Gebärmutter erfordern in der Regel die vollständige radikale operative Entfernung. Nur beispielsweise bei jungen Patientinnen mit Kinderwunsch wird hier Organerhaltend operiert.

Die Gebärmutter ist eben nicht nur ein Organ zur Fortpflanzung, welches nach dem Abschluss der Familienplanung nicht mehr benötigt wird. Frauen empfinden eine solche Operation häufig als eine Verstümmelung der weiblichen Zugehörigkeit oder als eine Art innere Amputation. Daher hat die Vermeidung einer solchen Operation oberste Priorität und ist Ziel der ersten Beratung hier in unserer Klinik.

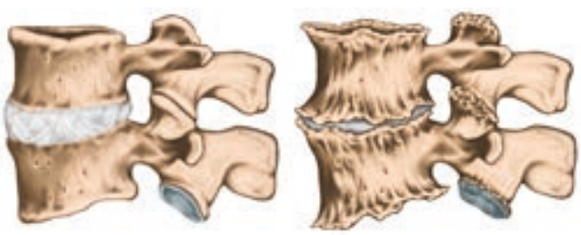
Bei der gesamten Therapie geht es darum, eine gereifte Entscheidung zu treffen. Häufig wird die konservative Therapie zunächst komplett ausgeschöpft. Es zeigt sich auch deutlich, dass die meisten Frauen zunächst erst ein konservatives Vorgehen versuchen möchten und nur im weiteren Verlauf es dann zu einer Operation kommt, da diese Therapie erfolglos blieb. Dieses ist auch das Credo der Initiative „Rettet die Gebärmutter“.

Wenn Gelenke schmerzen

Volkskrankheit Arthrose: Bewegung ist das beste Rezept

Nimmt man die Werbung, die am frühen Abend über die Bildschirme flimmert, einmal genauer unter die Lupe, dann lässt diese nur einen Schluss zu: Deutschland hat Gelenkschmerzen, genauer gesagt: Arthrose. Dem einen hat angeblich die „gelbe Schmerzcreme“ geholfen, wieder andere sind von der Heilkraft bestimmter Kapseln oder Gels überzeugt. Ob die beworbenen Mittel nun wirklich gegen die Zerstörung von Gelenkknorpel in Knie und Hüfte, Schulter, Hand und Fuß, Ellenbogen oder Wirbelsäule helfen, sei an dieser Stelle einmal dahingestellt. Kein Zweifel besteht jedoch an der Tatsache, dass die Zahl der Menschen, die an einer Arthrose leiden, wächst. Und das hat nicht zuletzt damit zu tun, dass wir immer älter werden. Denn der Abbau von Knorpelmasse im Gelenk ist eine degenerative Erkrankung. Das heißt: Sie entsteht durch Abnutzung und Verschleiß. Die „Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.“ geht davon aus, dass ab dem 60. Lebensjahr jede zweite Frau und jeder dritte Mann von der Krankheit betroffen ist.

Doch was passiert bei einer Arthrose? **Dr. Matthias Schukai**, Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie im Herz-Jesu-Krankenhaus, erklärt: „Die Knochen, die in einem Gelenk aufeinandertreffen, sind mit einer Knorpelschicht überzogen. Sie fungiert wie ein Stoßdämpfer und verhindert, dass Knochen auf Knochen trifft. Doch im Laufe unseres Lebens nutzt sich diese Knorpelmasse ab, und der Gelenkspalt verkleinert sich dadurch. Im schlimmsten Fall, also dann, wenn der Knorpel gänzlich verschwunden ist, reiben die blanken Knochen aufeinander. Das schränkt nicht nur die Beweglichkeit erheblich ein, sondern geht auch mit sehr großen Schmerzen einher."



Arthrose ist leider eine Erkrankung, die chronisch verläuft und daher nicht aufzuhalten ist. Denn im Gegensatz etwa zum Knochen baut sich verlorene Knorpelmasse nicht von selbst wieder auf. Nur kleinste und lokal begrenzte Knorpeldefekte – verursacht etwa durch einen Unfall – kann man heute reparieren. Denn Wissenschaftler haben inzwischen Verfahren entwickelt, um körpereigene Knorpelmasse im Reagenzglas nachzuzüchten.

VERSCHLEISS KANN ALLE GELENKE BETREFFEN

In der Regel reichen Anamnese, klinische Untersuchung und Röntgenbilder aus, um die Arthrose und das Ausmaß des Defekts am Gelenkknorpel zu diagnostizieren. Manchmal werden zusätzlich noch die Schnittbilder einer Computer- oder Magnetresonanztomographie für eine differenzierte Diagnostik oder – falls ein chirurgischer Eingriff unumgänglich ist – für die exakte OP-Planung mit hinzugezogen.

Zwar kennen die Mediziner noch nicht alle Details, die die Krankheit entstehen lassen. Doch man weiß, dass neben natürlichen Alterungsprozessen auch andere Faktoren eine Arthrose begünstigen können. Dazu zählen Übergewicht (jedes überflüssige Pfund drückt auf die Gelenke), eine Fehlstellung der Gelenke (X- oder O-Bein), ein erlittenes Sporttrauma, eine Überlastung der Gelenke (etwa durch Leistungssport), ein Gelenkbruch (z.B. der gefürchtete Oberschenkelhalsbruch), eine Hüftdysplasie sowie chronische Gelenkentzündungen (rheumatoide Arthritis) und Diabetes. Aber auch eine genetische Disposition kann die Entstehung einer Arthrose fördern, und wer sich unausgewogen ernährt, beschleunigt ebenfalls die degenerativen Prozesse.

Grundsätzlich kann der Verschleiß jedes Gelenk treffen. Das ist auch kein Wunder, denn schließlich sind beispielsweise unsere Hände, Füße, Schultern, Knie und Hüfte jeden Tag im Dauereinsatz. Ob wir eine Tasse aus dem Hängeschrank holen, einen Spaziergang machen, nach dem Glas greifen oder uns beim Tanz drehen: Ohne unsere Gelenke und ein fein austariertes Zusammenspiel von Knochen, Sehnen und Muskulatur könnten wir keine dieser Bewegungen ausführen. Solange diese Bewegungen schmerzlos funktionieren, denken wir in der Regel nicht weiter über sie nach. Dass dies alles doch nicht immer so selbstverständlich funktioniert, wird uns jedoch in dem Moment schmerzlich bewusst, wenn sich erste Zeichen der Abnutzung bemerkbar machen – „zu Beginn meistens an Knie oder Hüfte, den im Alltag am meisten belasteten Gelenken. Arthrose im Schultergelenk tritt in der Regel erst in höherem Lebensalter auf, denn auf der Schulter läuft man schließlich nicht", erläutert Schukai. Zudem lässt sich eine Bewegungseinschränkung im Schulterbereich besser kompensieren, denn schmerzt die linke Seite, greift man mit dem rechten Arm nach dem gewünschten Gegenstand.

Die Erkrankung beginnt schleichend, verläuft wellenförmig (beschwerdefreie Phasen wechseln sich mit schmerzhaften ab) und entwickelt sich über Jahre: Ein leichter Anlaufschmerz am Morgen, eine kleine Einschränkung bei der Beugung und Streckung des Gelenks, ein stechender Schmerz im Knie beim Spazierengehen oder ein wiederkehrendes Ziehen im Rücken – das deuten sicher viele von uns als natürlichen Alterungsprozess und leben damit. Doch anders sieht es aus, wenn der Verlust an Mobilität gravierend wird und auch die Schmerzen im wahrsten Sinne des Wortes auf „Schritt und Tritt" zum unliebsamen Begleiter werden. Schmerzen belasten jedoch nicht nur physisch, sondern auch psychisch. Wer etwa nicht mehr wie selbstverständlich die Enkel auf den Arm nehmen, seine Einkäufe erledigen oder eine Wanderung mit Freunden unternehmen kann, der verliert auf Dauer auch die Lebensfreude – ganz zu schweigen davon, dass der Verlust an sozialen Aktivitäten einsam macht.

AM ANFANG STEHT EINE KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Doch was kann man tun, wenn sich die Gelenke schmerzhaft bemerkbar machen? Auf dem Sofa sitzen, möglichst jede Bewegung vermeiden, um die Gelenke zu schonen, und darauf warten, dass die Beschwerden verschwinden? Das Gegenteil ist der Fall. „Die beste Therapie bei einer beginnenden Arthrose ist viel Bewegung mit wenig Belastung der Gelenke", bringt Schukai es auf den Punkt. Denn unser Knorpel ist von einer zähen Flüssigkeit umgeben, der so genannten Synovia. Dieser Gelenkschmiere haben wir es zu verdanken, dass unsere Bewegungen „wie geschmiert" laufen. Die Synovia versorgt den Knorpel nämlich mit Nährstoffen, jedoch nur dann – und das ist die Crux –, wenn das Gelenk bewegt wird. Hinzu kommt, dass körperliche Untätigkeit schnell

Bei Arthrose denkt jeder an die „Klassiker" Hüfte, Schulter, Knie. Tatsache ist, dass jedes Gelenk betroffen sein kann, also etwa auch Finger, Zehen und die Wirbelsäule.

dazu führt, dass Muskelmasse verloren geht. Doch gerade sie ist es, die dem Gelenk Stabilität verleiht.

Neben viel Spazierengehen und Sport (ideal sind Schwimmen, Radfahren oder Nordic- Walking) können anfangs auch konservative Therapien helfen. Dazu gehören etwa die Physikalische Therapie (sie stärkt den Muskelapparat und erhält Mobilität), spezielle Funktionstrainings für die Gelenke, verschiedene Medikamente, Hyaloronsäure, Wärme- und Kälteanwendungen sowie orthopädisches Schuhwerk (um das Gelenk zu entlasten). Erst wenn diese Maßnahmen nicht mehr greifen, sollte man über eine Operation nachdenken.

NAVIGATIONSGESTÜTZTE ENDOPROTHETIK

Fast jeder Autofahrer, der ein unbekanntes Ziel ansteuert, hat sie schon einmal als Lotsen genutzt: Navigationsgeräte. Dass diese Leitsysteme auch im Operationssaal für den millimetergenauen Einbau einer künstlichen Hüfte oder eines Knies sorgen, dürfte weniger bekannt sein. Im Herz-Jesu-Krankenhaus setzt man bei endoprothetischen Eingriffen das computergestützte System OrthoPilot® ein. Es funktioniert ähnlich wie ein Navigationsgerät und unterstützt die Operateure bei ihrer Arbeit. Mit Hilfe von Kamera, Bildschirm, Sendern und einer speziellen Software berechnet das System die individuellen anatomischen Verhältnisse der Patienten im Beckenbereich oder im Knie. Beim Eingriff selbst fungiert es wie ein Lotse, damit die Chirurgen die Knochen ganz präzise so präparieren können, dass das Implantat optimal passt. Dank dieses orthopädischen Wegweisers lassen sich bei der Operation Achsen und Winkelverhältnisse der Gelenke mit einer Genauigkeit einhalten, die man mit bloßem Augenmaß nicht erzielt. Der perfekte Sitz der Prothese ist jedoch entscheidend für eine lange Lebensdauer des künstlichen Gelenks und für die Zufriedenheit der Patienten.

ZEITPUNKT FÜR EINE OPERATION IST INDIVIDUELLE ENTSCHEIDUNG

Manchmal reicht es schon aus, im Rahmen eines minimal-invasiven Eingriffes den Knorpel zu glätten, das Gelenk zu säubern und durchzuspülen sowie freie Gelenkkörper zu entfernen. Aber auch wenn man einen Gelenkersatz in Erwägung zieht, ist dies heute ein Eingriff, der ein vergleichsweise niedriges operatives Risiko birgt. Schätzungsweise werden in Deutschland jährlich etwa 210.000 Hüftprothesen und 165.000 Knieprothesen eingesetzt. An dritter Stelle liegt das künstliche Schultergelenk mit zirka 25.000 Implantaten. Dank moderner Materialien haben die Endoprothesen inzwischen eine relativ lange Lebensdauer. Eine neue Hüfte beispielsweise hält zwischen 25 und 30 Jahren, ein Kniegelenk etwa 15 bis 20 Jahre. Vor allem aber können die Kunstgelenke Arthrose-geplagten Menschen wieder Mobilität und Lebensfreude schenken.

Doch wann ist der richtige Zeitpunkt für eine endoprothetische Operation? „Das ist immer eine individuelle Entscheidung“, sagt Schukai. Was für den einen an Schmerzen und Einschränkungen der Mobilität noch vertretbar sei, könne bei einem anderen der Grund dafür sein, sich für ein künstliches Gelenk zu entscheiden. Allerdings raten die Mediziner im Hiltruper Krankenhaus bei einer fortgeschrittenen Arthrose zu einer Operation, weil sonst die Gefahr besteht, dass Strukturen im Gelenk zerstört werden und außerdem knöcherne Wucherungen oder Zysten entstehen.

Die häufigsten endoprothetischen Eingriffe betreffen auch im Herz-Jesu-Krankenhaus das Knie und die Hüfte, gefolgt von Operationen an der Schulter. Sie ist unser beweglichstes Gelenk und besonders anfällig für Verschleißerkrankungen. Eine Prothese des Schultergelenks kommt jedoch nicht nur bei einer sehr schmerzhaften Arthrose in Betracht, sondern auch bei einem komplizierten Oberarmkopfbruch.

„Möglichst schonend operieren“, so lautet die Devise im Herz-Jesu-Krankenhaus. Das heißt im Klartext, den Eingriff so durchzuführen, dass möglichst wenig Gewebe verloren geht. Deshalb nutzen die Chirurgen als Zugang zum Operationsgebiet nur kleine Schnitte und – vor allem etwa beim Einsatz einer neuen Hüfte – natürliche Muskellücken. Das verkürzt die Heilungszeit und reduziert die Gefahr von Komplikationen, so dass die Patienten relativ schnell wieder auf den Beinen sind. Außerdem greifen die Hiltruper Chirurgen für den passgenauen Einsatz von Hüfte und Knie auf die Unterstützung durch Computernavigation (siehe Kasten) zurück.

Doch nicht bei allen schmerzenden Gelenken ist der künstliche Ersatz das Mittel der Wahl. Sind Finger oder Zehen von einer Arthrose betroffen, geht es vor allem darum, ihre Funktionsfähigkeit zu erhalten, um weiter mobil und selbstständig zu bleiben. Bei einem Verschleiß an den Fingern beispielsweise versteift man in der Regel das betroffene Gelenk, und zwar in einer anatomischen Beugestellung – denn die Finger unserer Hand sind im Ruhezustand immer leicht angewinkelt. So erleidet unser Greiforgan keinen Funktionsverlust; der Griff nach Alltagsgegenständen wie Messer, Gabel oder Tasse ist nach dem Eingriff wieder problemlos möglich.

NACH DER OPERATION SCHNELL WIEDER MOBIL WERDEN

Ist die endoprothetische Operation gut verlaufen, dann beginnen die Patienten direkt nach dem Eingriff mit einem intensiven Bewegungsprogramm. Dafür steht das erfahrene Team der Physiotherapie im Herz-Jesu-Krankenhaus zur Verfügung. Für viele Patienten schließt sich nach dem Krankenhausaufenthalt eine Rehabilitation an. Bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung ist der Sozialdienst des Hauses gerne behilflich.

Arthrose ist eine Erkrankung, die jeden, salopp gesagt, früher oder später erwischt. Doch man hat es selbst in der Hand, dieser Erkrankung möglichst lange die Stirn zu bieten. Und eigentlich ist das Erfolgsrezept ganz einfach. Es lautet: Runter vom Sofa, raus an die frische Luft oder aufs Fahrrad. Und ein Abstecher in die Schwimmhalle kann sicher auch nicht schaden. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

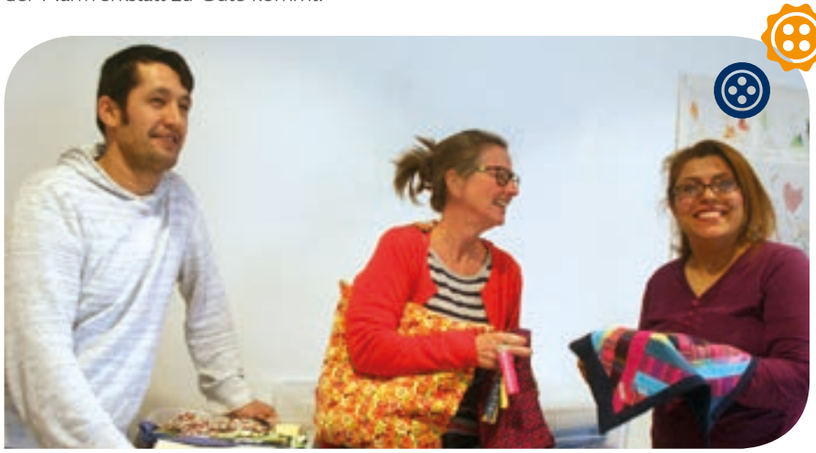
Ärzte und Physiotherapeuten des Herz-Jesu-Krankenhauses bieten jeden Monat eine kostenlose Info-Veranstaltung zum Thema Endoprothetik an. In den geraden Monaten steht das Thema Kniegelenkersatz im Mittelpunkt, in den ungeraden Monaten das Thema Hüftgelenkersatz. Die Termine können Sie entweder dem Internet entnehmen, oder Sie erhalten Sie unter der Telefonnummer 0 25 01-17 2406.

Die „Nähwerkstatt“ ist ein Erfolgsmodell

Ein roter Faden für Frauen aus vielen Kulturen

Gibt es Zufälle? Gabriele Neuhaus glaubt inzwischen wohl eher an Fügungen, wenn sie mittwochs ins MSC-Welthaus auf dem Gelände der Hiltruper Missionsschwestern kommt, um die „Nähwerkstatt“ aufzubauen. „Ich finde es immer noch erstaunlich, was sich in diesem einen Jahr aus meiner kleinen Idee entwickelt hat“, erzählt die Hiltruper Künstlerin mit der Lust auf soziale Projekte.

Am Anfang standen die Flüchtlingskrise und die Frage, wie man sich engagieren könnte. Als studierte Textilgestalterin war **Gabriele Neuhaus** schnell klar, dass das Nähen als Angebot für Frauen aus allen Kulturkreisen gleich mehrere gute Seiten haben würde: „Beschäftigung, Abwechslung, Begegnung und vor allem das miteinander Sprechen sind doch beste Argumente für eine gemeinsame Nähwerkstatt.“ Ihre Vision zu Beginn: „Ich möchte ein Label erfinden, mit dem man eines Tages auch Geld verdienen kann.“
Das Label gibt es inzwischen – **„HilDe“** steht für Hiltruper Design mit Herz. Noch allerdings verdient es kein Geld, finanziert aber dennoch einen Teil der entstehenden Sachkosten: Die gemeinsam geschaffenen Textil-Schlüsselanhänger etwa, die an der Pforte des Herz-Jesu-Krankenhauses ausliegen, kann man gegen eine Spende erwerben, die der Nähwerkstatt zu Gute kommt.



Die gelernte Friseurin Wahide (r.) aus Afghanistan freut sich jedes Mal, wenn sie Nähwerkstatt-Initiatorin Gabriele Neuhaus (Mitte) beim Mittwochs-Treffen wiedersieht. Auch Wahides Ehemann ist oft mit dabei.

Vielseitig und beliebt ist das neue Rucksackmodell.

Rund 2500 Produkte sind in dem ersten Jahr seit der Gründung im Februar 2016 entstanden. Aus gespendeten Stoffen werden z.B. kreative Kissen-Schöpfungen.

Übrigens: Die kfd St. Clemens unterstützte das Nähwerkstatt-Projekt mit 250 Euro aus dem Erlös des Adventsbasares 2016. Siehe Seite 3 in dieser Herzschlag-Ausgabe

Am kleinen Label erkennt man das groß(herzige) Projekt.

Wie rasch aus der Idee Wirklichkeit werden konnte, auch das gehört zu den Dingen, die Gabriele Neuhaus im Nachhinein noch immer staunen lassen: „Ohne große Werbung waren plötzlich sechs Ehrenamtliche an meiner Seite, die mitmachen wollten. Das MSC-Welthaus stand uns wie selbstverständlich als Ort der Treffen offen, und es gab auch sofort Stoff- und Nähmaschinen-Spenden.“ Dass nicht alle Maschinen funktionierten, und sich eine sogar mitten im Betrieb mit lautem Knall abmeldete, war nur ein kurzer, aber immerhin herzlich belachter Fehlstart. Denn neben den Spendengeldern, die sich Gabi Neuhaus zum 50. Geburtstag als Starthilfe gewünscht hatte, unterstützte auch eine Bank die Hiltruper Nähwerkstatt ohne viel Aufsehen mit Geld für zehn neue Nähmaschinen.

Eine breite Produktpalette unter dem Markenzeichen „HilDe“ haben die Frauen inzwischen anzubieten.

Und an denen wird jeden Mittwoch zwischen 16 und 18 Uhr fleißig gearbeitet. Aber vor allem wird erzählt, Kaffee oder Tee getrunken und viel und herzlich gelacht. „Das hier ist mehr als Nähen – ich habe hier Freundinnen gefunden“, so berichtet in schon gut verständlichem Deutsch etwa **Wahide**, mit der Familie aus Afghanistan gekommen und derzeit in einer Flüchtlings-Unterkunft bei Hiltrup zuhause. Sie ist, wie andere Frauen aus Syrien, dem Iran, Irak oder der Türkei, sehr froh, hier ein Stückchen Heimat gefunden zu haben. Gerne nutzt sie die Gelegenheit, Kleidung auch für ihre Kinder zu nähen, zu reparieren oder – nach verschiedenen Ideen und Mustern – mit der Gruppe Neues aus Altem zu schaffen: Kissen und Taschen, Rucksäcke und eben die beliebten Schlüsselanhänger. Rund 2500 Produkte sind in dem ersten Jahr seit der Gründung im Februar 2016 entstanden – alle liebevoll mit dem „HilDe“-Schildchen mit dem Herz versehen.

Doch es wird nicht nur genäht an diesen Nachmittagen, denn parallel hilft ein Sprachlehrer Teilnehmenden und Angehörigen, wichtige Wörter für die Werkstattarbeit, aber auch für den Alltag zu lernen; ein Musikangebot für die Kinder läuft während der zwei Stunden ebenfalls im Haus, und Missionsschwester Barbara schließlich packt immer rechtzeitig Legosteine, Puzzles und Malstifte aus für die jüngeren Kinder, die mitkommen und sich auf ihre Zuwendung freuen.

Hiltruper Design hat Herz – bei den Produkten, aber noch viel mehr für jene, für die hier ein Stückchen Ankommen und Integration erlebbar ist. „Wir alle hier fühlen uns bereichert“, zieht Initiatorin Gabi Neuhaus nach einem Jahr „Nähwerkstatt“ eine positive Bilanz. | HEIKE HÄNSCHEID

Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen nähen, lachen und sprechen hier wöchentlich miteinander.

Gerne übernimmt die Gruppe übrigens auch Auftragsarbeiten gegen Spenden: Ob Kissen, Schlüsselanhänger oder Taschen als Präsente für Firmen oder als nette Aufmerksamkeit für den Freundeskreis: Bei Interesse kann man sich unter a-k.honermann@t-online.de oder unter Tel. 02501/ 4764 oder 5615 melden.

ABO-COUPON

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

HERZSCHLAG kommt vier Mal im Jahr auch direkt zu Ihnen nach Hause, wenn Sie den Coupon ausfüllen und an uns schicken.

Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
Öffentlichkeitsarbeit / Redaktion Herzschlag
Westfalenstraße 109
48165 Münster

Oder Fax an (02501) 174201,
oder senden Sie eine Mail mit Ihrem Abo-Wunsch an Herzschlag@hjk-muenster.de

Bitte senden Sie mir das Magazin **HERZ**SCHLAG kostenfrei und regelmäßig zu.

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon

FÖRDERVEREIN

Verein der Freunde und Förderer des
Herz-Jesu-Krankenhauses Münster-Hiltrup e.V.
Westfalenstraße 109 | 48165 Münster

Bankverbindung: Darlehnskasse Münster eG
IBAN: DE96 4006 0265 0000 9996 00
BIC: GENODEM1DKM

www.hjk-muenster.de › Förderverein

IMPRESSUM

Herz-Jesu-Krankenhaus
Münster-Hiltrup
Kompetenz und Zuwendung

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Herausgeber	Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
Adresse	Westfalenstraße 109
	48165 MS-Hiltrup
Telefon	(02501) 17-0
E-Mail	geschaeftsfuehrung@hjk-muenster.de
Internet	www.hjk-muenster.de
Redaktionsteam	Klaudia Maleska (V.i.S.d.P.), Markus Becker, Heike Hänscheid, Berthold Mathias, Dr. Mechthild Quernheim, Britta Silling, Christa Sühling
Redaktion	Telefon (02501) 17-2170
	herzschlag@hjk-muenster.de
Texte	Markus Becker, Heike Hänscheid, Dr. Helga Kretzschmar, Klaudia Maleska, Dr. Mechthild Quernheim
Fotografie	Marcus Breyer, Heike Hänscheid, Dr. Helga Kretzschmar, Klaudia Maleska, MünsterView, Gabriele Neuhaus, shutterstock
Layout, Satz und Grafik	Livingpage® GmbH & Co. KG Münster www.livingpage.com
Druck	Griebsch & Rochol Druck

DIE NÄCHSTE AUSGABE
erscheint im Juli 2017

Ausgabe 35 | April 2017

HERZSCHLAG

Das Magazin des

Herz-Jesu-Krankenhauses

Münster-Hiltrup

www.hjk-muenster.de

KLINIKEN UND INSTITUTE

Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie

Klinik für Chirurgie

– Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie

– Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Klinik für Innere Medizin

Klinik für Innere Medizin/Nephrologie

Klinik für Neurologie mit Klinischer Neurophysiologie

Klinik für Urologie, Onkologische Urologie und Neuro-Urologie

Institut für Radiologie

BELEGKLINIKEN

Klinik für Augenheilkunde

Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Klinik für Orthopädie

Herz-Jesu-Krankenhaus
Münster-Hiltrup
Kompetenz und Zuwendung

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster