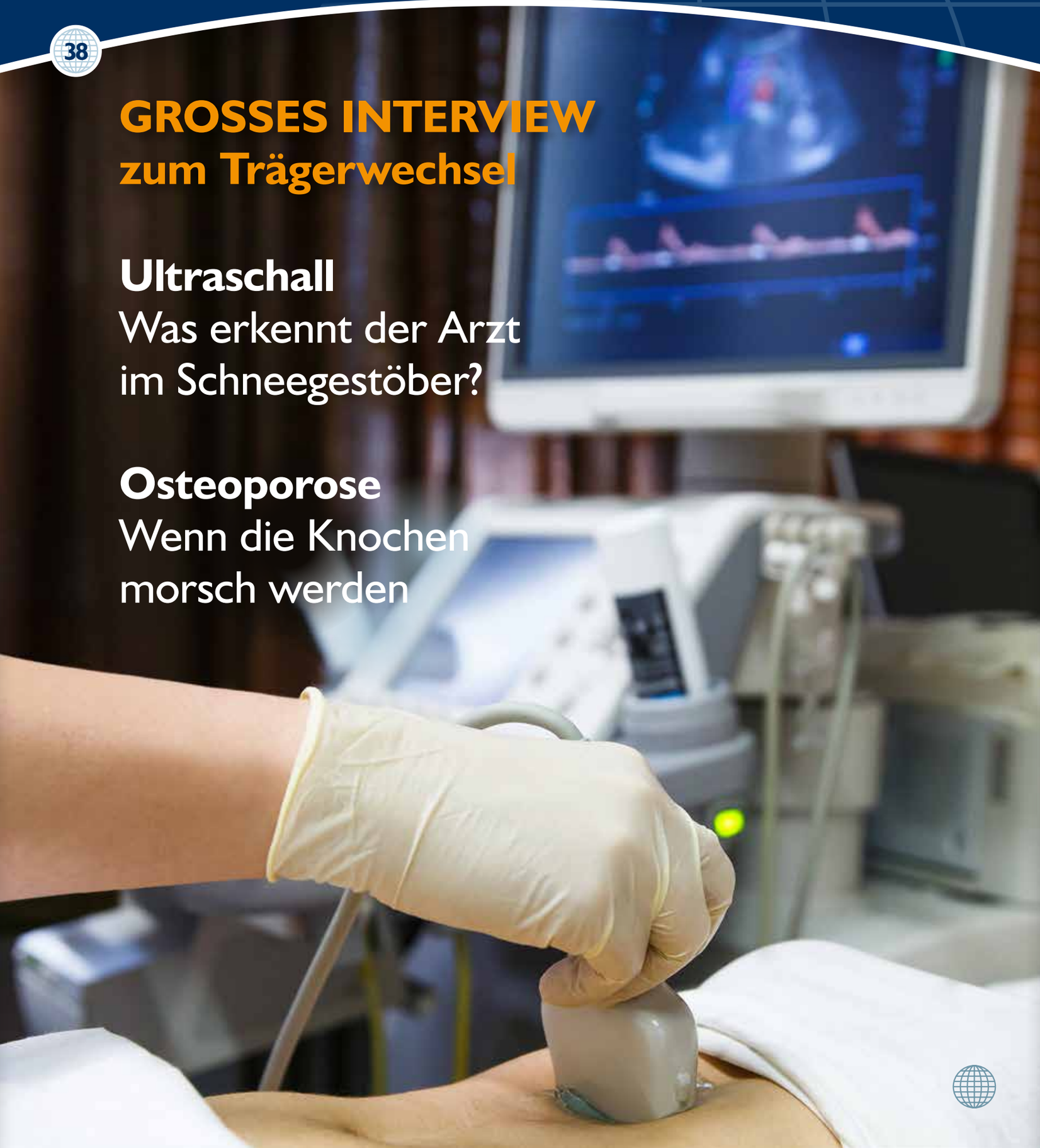
Ausgabe 38 | Januar 2018

HERZSCHLAG

Magazin des Herz-Jesu-Krankenhauses | Münster-Hiltrup

38



GROSSES INTERVIEW zum Trägerwechsel

Ultraschall
Was erkennt der Arzt im Schneegestöber?

Osteoporose
Wenn die Knochen morsch werden

03

Die Entscheidung ist gefallen.
Interview mit Stellungnahme zum Trägerwechsel des Hiltruper Krankenhauses.

EDITORIAL

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Mit einem Ausblick ...
nach dem Trägerwechsel starten wir in diesem Heft in das Jahr 2018. Erfahren Sie mehr in dem großen Interview mit Sr. Josefia, der ehemaligen Gesellschaftergeschäftsführerin des Herz-Jesu-Krankenhauses, und Dr. Klaus Goedereis, Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus-Stiftung Münster

Haben Sie den Durchblick ...
bei den Bildern vom Ultraschallgerät? Auch wenn unser Beitrag aus Ihnen keinen Fachmann macht, werden Sie zumindest über die beruhigenden Vorteile und interessanten Möglichkeiten dieser Diagnostik informiert.

Was für einen heiteren Rückblick ...
schenkt Sr. Klara Kohorst, msc, uns mit dem Büchlein „Mein Leben in Afrika“. Man kann gar nicht aufhören, diese anrührenden Erinnerungen zu lesen. Der Verkaufserlös geht an das Sacred Heart Hospice in Namibia.

Einen Überblick ...
gibt uns die Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard über all die verschiedenen Ausbildungsgänge für einen Beruf in der Pflege. Interessenten, die eine gleichsam umfassende wie auch prägnante Information suchen, sind hier genau richtig.

Wir wünschen unseren Lesern für das neue Jahr erfreuliche Ausblicke, immer Durchblick, dass Sie nie den Überblick verlieren und rückblickend sagen: „Was war das für ein glückliches 2018.“

Ihre
Klaudia Maleska

INHALT

03 TITELTHEMA INTERVIEW
Sr. Josefia Schulte und Dr. Klaus Goedereis **zum Trägerwechsel**

08 DIAGNOSTIK
Schneegestöber in den Alpen, oder: Was man beim **Ultraschall** sieht

10 KALEIDOSKOP
Buch: „Mein Leben in Afrika“
Sr. Klaras Erinnerungen für den guten Zweck

12 OSTEOPOROSE
Wenn Knochen morsch werden

14 PALLIATIVSTATION
Neue Leiterin Elke Bertels-Janett

16 BERUFSAUSBILDUNG
... durch die ZfG
„Krankenschwester“ war gestern

19 IMPRESSUM / KONTAKT

07

Schauen Sie auch immer ratlos aus den Augenwinkeln auf den Monitor des Ultraschall-Gerätes? Die eigenen Innereien erkennt man selten auf Anhieb. Wenn der Arzt freundlich erklärt, was da so pulsiert oder sich halbrund ins Bild schiebt, murmelt man eilfertig „ah ja, hmhm“ und ist selten schlauer als vorher. Der internistische Oberarzt Dr. Klaus Revering lässt uns über seine Schulter schauen und gibt Einblicke in die Kunst der Sonografie-Diagnostik.

12

Die Osteoporose („Knochenschwund“) gehört zu den tückischen Erkrankungen, weil sie über Jahre unbemerkt fortschreiten kann. Meist erfolgt die Diagnose erst dann, wenn es bereits zu Brüchen gekommen ist. Über Ursachen und Vorbeugung informiert Dr. Friedrich Georg Scherf, Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie.

Sr. Josefia und Dr. Klaus Goedereis zum **Trägerwechsel des Herz-Jesu-Krankenhauses**

Die Entscheidung ist gefallen - das Herz-Jesu-Krankenhaus ging von den Hiltruper Missionsschwestern am **15. November 2017** in die Trägerschaft der St. Franziskus-Stiftung Münster über. Damit endet eine lange Tradition.

Sr. Josefia Schulte, msc, Geschäftsführende Gesellschafterin des Herz-Jesu-Krankenhauses (HJK), und Dr. Klaus Goedereis, Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus-Stiftung (SFS) Münster, nehmen im folgenden Interview für Sie, liebe Leserinnen und Leser, Stellung zu möglichen Veränderungen, zu den Hintergründen und zur Zukunft des Hiltruper Krankenhauses.

HERZSCHLAG: Warum fiel die Entscheidung bei der Suche nach einem strategischen Partner auf die St. Franziskus-Stiftung – sprich: Warum passen Herz-Jesu-Krankenhaus und Stiftung gut zusammen?

SR. JOSEFIA: Es gibt verschiedene Gründe:

- Das HJK und die SFS wurden von katholischen Ordensfrauen gegründet. Das heißt, beide Institutionen stehen auf dem Fundament der Verkündigung des christlichen Glaubens, mit der Sendung, diese Botschaft im konkreten Handeln sichtbar zu machen.
- Das HJK wurde aus dem Mutterhaus der Missionsschwestern „geboren", es liegt auf dem Gelände der Ordensgemeinschaft, dem Gründungsort der Missionsschwestern; die Missionsschwestern wohnen weiterhin in unmittelbarer Nachbarschaft zum HJK. Aufgrund der Geschichte und in enger Verbindung war es für uns äußerst wichtig, dass die Identität des HJK und damit auch die grundlegende Leistungsstruktur erhalten bleiben. Gleichwohl sind wir uns dessen bewusst, dass im Wandel der Zeiten die Stärkung und Weiterentwicklung im Blick bleiben müssen, angesichts vieler Herausforderungen durch den medizinischen Fortschritt, durch veränderte Erwartungshaltungen der Patienten sowie durch neue Gesetze und Finanzierungsbedingungen.
- In einem mehrmonatigen Verhandlungs- und Abstimmungsprozess zeigten sich gute Perspektiven für die Entwicklung des medizinischen Konzepts. Dabei machten wir die Erfahrung, dass es zwischen dem HJK und der SFS zu einer konstruktiven partnerschaftlichen Zusammenarbeit kommen wird.

HERZSCHLAG: Was wird sich für die Patientinnen und Patienten nach dem Übergang der Trägerschaft verändern?

DR. KLAUS GOEDEREIS: Für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ist als erstes zu betonen, dass alle Fachabteilungen des Krankenhauses erhalten bleiben und weitergeführt werden. Dies ist in erster Linie darin begründet, dass das Herz-Jesu-Krankenhaus medizinisch und pflegerisch leistungsstark und kompetent ist und für ein besonders hohes Maß an Zuwendung zu den Patienten steht. Dies begründet auch den äußerst guten Ruf des Hauses bei Patientinnen und Patienten wie auch bei niedergelassenen Ärzten in Münster und z.T. weit darüber hinaus.

Missionsschwestern vom Hlst. Herzen Jesu von Hiltrup

FRANZISKUS STIFTUNG

HERZSCHLAG: Dass sich im Vorfeld und dann im Laufe der langen Verhandlungsrunden die Mitarbeiterschaft in Sorge und Unruhe befand, kann man nachvollziehen. Wieweit hat die Verantwortung für die Belegschaft auch eine Rolle in den Verhandlungen gespielt und welche Veränderungen kommen auf das Personal zu?

SR. JOSEFIA: Am Anfang des Prozesses haben wir die Mitarbeiterschaft informiert, dass wir diesen Weg gehen wollen. Es war uns bewusst, dass eine lange Zeit des Prozesses, in der keine Ergebnisse mitgeteilt werden konnten, Unsicherheiten auslösen würde. Aus mehrjähriger Erfahrung haben wir aber darauf gesetzt, dass die Mitarbeiterschaft uns das notwendige Vertrauen entgegen bringt, um zu wissen, dass wir sie nicht enttäuschen werden. Aus unserer Sicht ist die Mitarbeiterschaft z.B. für ein Krankenhaus das wichtigste „Kapital". Diese unsere Einstellung hat in den Verhandlungen eine wichtige Rolle gespielt. Wir konnten erreichen, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bestand ihrer Arbeitsplätze zugesichert wurde, d.h. der Gesellschafterwechsel führt zu keinen Kündigungen. Das gilt auch für die Sekundär- und Tertiärdienste vor Ort.

DR. KLAUS GOEDEREIS: Die Verantwortung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat von Beginn an auf beiden Seiten des Verhandlungstisches eine sehr bedeutende Rolle gespielt. Auch in dieser Hinsicht bedeutet der Gesellschafterwechsel eine große Kontinuität: Das Haus bleibt in konfessioneller, in katholischer Trägerschaft. An den damit verbundenen Rahmenbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ändert sich nichts: Maßgeblich bleiben die Grundordnung des kirchlichen Dienstes, die Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR) und ebenso alle Regelungen betreffend die Kirchliche Zusatzversorgungskasse in Köln (KZVK). Auch das kirchliche Mitarbeitervertretungsrecht und damit die Tätigkeit der Mitarbeitervertretung (MAV) bleiben unberührt. All dies ist auch in den anderen Krankenhäusern sowie den Alten- und Behinderteneinrichtungen der St. Franziskus-Stiftung Münster genauso geregelt. Das bedeutet eine größtmögliche Sicherheit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir freuen uns über eine kompetente und engagierte Mitarbeiterschaft und konnten zudem betriebsbedingte Kündigungen ausschließen.

Positiv wirkt sich auch aus, dass es eine sehr vergleichbare Tradition gibt: Zwei Frauenorden, die zwar einen unterschiedlichen Gründungsauftrag hatten, die aber beide aus einer identischen Motivation und auf Basis eines christlichen Menschenbildes leben und handeln. Dies ist auch in den Werten und der Unternehmenskultur spürbar und macht viel von der Identität einer Institution wie einem Krankenhaus aus. Das konnte man beispielsweise bei unseren Informationsveranstaltungen Mitte November deutlich wahrnehmen und das soll auch weiterhin unser Leitmotiv sein.

HERZSCHLAG: „Stärkung und Ergänzung der medizinischen Kompetenz" war eines der bekannt gemachten Argumente für die Übernahme durch die Stiftung. Kann man dazu schon etwas Konkretes im Hinblick auf die nähere Zukunft des Hiltruper Krankenhauses sagen?

DR. KLAUS GOEDEREIS: Wir haben im Laufe des Verfahrens natürlich die Situation analysiert, Ideen dazu formuliert und erste Handlungsvorschläge in einem medizinischen Konzept niedergelegt. Dieses war auch Gegenstand unserer Verhandlungen, wobei sich herausstellte, dass es in vielen Punkten Übereinstimmung gab und gibt. Darüber hinaus bieten sich unseres Erachtens gute Entwicklungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Bereichen durch die Einbindung in den Stiftungsverbund und das münsterländische Netzwerk. Die Inhalte unseres Konzeptes möchten wir jetzt zunächst mit den Leitungen der Fachabteilungen und dem Direktorium diskutieren und abgleichen. Sobald dann der weitere „Fahrplan" konkret ist, werden wir dies natürlich auch kommunizieren. Ich möchte nochmals betonen, dass wir, wenn wir von Stärkung und Ergänzung der medizinischen Kompetenz sprechen, auch genau das meinen. Das umfasst ebenso die sinnvollen und notwendigen Investitionen.

HERZSCHLAG: Wie wird sich die Zusammenarbeit mit den weiteren Häusern der Stiftung entwickeln? Welche Synergie-Effekte, aber auch welche möglichen Anpassungen erwarten Sie?

DR. KLAUS GOEDEREIS: Das Herz-Jesu-Krankenhaus hat eine Reihe von „Geschwistern" bekommen, in der Region sind das die Akutkrankenhäuser unserer Stiftung in Münster, Greven, Ahlen, Beckum, Lüdinghausen und Hamm sowie die beiden Fachkliniken in Telgte. Da gibt es schon Potenzial für eine engere Kooperation und für Vernetzungen in unterschiedlichsten Bereichen. Das Hiltruper Krankenhaus verfügt bekanntlich über fachliche „Leuchttürme", die – um im Bild zu bleiben – auch für die genannten Häuser Wegweiser und Orientierungspunkte sein sollen. Das gilt natürlich auch in umgekehrter Richtung, mit Blick auf besondere Kompetenzen anderer Stiftungshäuser. Angesichts einer sehr dynamischen Entwicklung in der Medizin wie auch von außen vorgegebener Faktoren z.B. in Form von Qualitätsvorgaben ermöglicht ein regionaler Verbund gute Möglichkeiten der Differenzierung wie auch der weiteren Schwerpunkt- und Zentrenbildung. Hier wird das Herz-Jesu-Krankenhaus eine wichtige Rolle einnehmen, auf die sich auch unsere anderen Krankenhäusern und die dort Verantwortlichen freuen.

Schließlich sollten natürlich auch die Möglichkeiten geprüft und umgesetzt werden, wo Sachkosten optimiert werden können, so z.B. bei den Einkaufspreisen oder den Versicherungskonditionen, damit die zur Verfügung stehenden Mittel unmittelbar in der Patientenversorgung ankommen.

HERZSCHLAG: Wie wird die gesellschaftliche Organisation des Hiltruper Hauses innerhalb des Stiftungsverbunds aussehen? Wie und wo werden künftig Entscheidungen fallen, die das Herz-Jesu-Krankenhaus angehen?

DR. KLAUS GOEDEREIS: Formal bzw. technisch ausgedrückt wird die St. Franziskus-Stiftung Münster neue Gesellschafterin der Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH. Damit übernimmt die St. Franziskus-Stiftung auch alle Rechte und Pflichten der Krankenhaus-GmbH – auch für die Arbeitsverhältnisse, an denen sich rechtlich nichts ändert. Im Aufbau unserer Stiftung

ist das Herz-Jesu-Krankenhaus ein Schwesterhaus und steht gleichberechtigt neben unseren weiteren Einrichtungen. Die Gesellschafterstellung heißt aber nicht, dass die Stiftung alle Entscheidungen an sich zieht. Unsere Häuser nehmen grundsätzliche, strategische Weichenstellungen in enger Abstimmung mit der Stiftung vor. Sie entscheiden und handeln dann aber eigenverantwortlich durch die jeweiligen Geschäftsführungen und Direktorien vor Ort. Die meisten Entscheidungen und Verantwortlichkeiten für das Herz-Jesu-Krankenhaus liegen somit weiterhin bei den Geschäftsführern Herrn Lauenstein und Herrn Mathias, dem Direktorium und den Leitenden im Haus. Auch in Zukunft behält das Haus einen eigenen Aufsichtsrat. Wir sind sehr dankbar, dass Schwester Irmgard und Schwester Josefia diesem Gremium angehören werden und uns dort unterstützen.
Wir legen in unserer Stiftung großen Wert auf Kooperation und Transparenz zwischen den einzelnen Häusern, einen umfangreichen Transfer von Know-how und den Austausch relevanter Informationen zum Nutzen aller unserer Einrichtungen. Das haben wir institutionalisiert, etwa in Arbeitskreisen und Fachgruppen. Hier wird natürlich auch das Herz-Jesu-Krankenhaus eingebunden, um in beide Richtungen zu lernen und zu profitieren.

HERZSCHLAG: Wie schwer ist dem Orden die Grundsatzentscheidung gefallen, das Krankenhaus einem anderen Träger anzuvertrauen? Welche Gründe haben überhaupt dazu geführt?

SR. JOSEFIA: Diese Frage beinhaltet zwei wichtige Aspekte: das geschichtliche Fundament und die aktuelle Situation. Dazu muss ich ein wenig ausholen:

1. GESCHICHTE IST VERGANGENHEIT

Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft bleiben jedoch eine wechselseitig wirkende Einheit. Unsere Gemeinschaft wurde 1900 in Hiltrup für die Auslandsmission gegründet. Der erste ausländische Einsatz begann 1902 in Papua Neu Guinea. Inzwischen sind wir in 21 Ländern auf 6 Kontinenten vertreten. Die weltweiten Einsätze erforderten Ausbildungen der Schwestern in unterschiedlichen sozialen Berufen, so auch in der Krankenpflege. Obwohl wir kein „Krankenpflege-Orden“ sind mit der Zielsetzung Krankenhäuser zu gründen, kam es aus verschiedenen aktuellen Notlagen im Ausland zu Krankenhausgründungen und in Deutschland zu Einsätzen von MSC-Krankenschwestern in Häusern anderer Träger und zur Gründung eines Solitär-Hauses hier in Hiltrup mit gleichzeitiger Gründung einer Krankenpflegeschule.
Vor und während des zweiten Weltkrieges waren hier in Hiltrup die Nöte der Menschen direkt vor unserer Haustüre zum Greifen nah. Die Schwestern machten damals unbürokratisch Platz in ihrem Mutterhaus und haben Menschen aufgenommen, die unterschiedlicher Hilfe bedurften, darunter auch Kranke, die von Schwestern gepflegt, betreut und von Hiltruper Ärzten medizinisch versorgt wurden. So wuchs in unserem ersten Mutterhaus unmerklich und inoffiziell ein „Haus für Kranke und in Not geratene Menschen“. Nach dem Krieg baten der Kreis Münster (zu diesem Zeitpunkt war Hiltrup noch nicht in die Stadt Münster eingemeindet) und der Caritasverband die Schwestern, offen zu sein für die Entwicklung eines Fachkrankenhauses. Die Entscheidung dafür fiel den Schwestern zunächst sehr schwer, so liest man in der Chronik. Aber dann entschieden die Schwestern sich für ihr Krankenhaus, und zwar mit ganzem Herzen.
1950 ist das offizielle Gründungsjahr, damals mit dem Namen „Krankenhaus der Missionsschwestern“. Zu dieser Zeit waren Patienten, Ärzte, Ordensschwestern und Mitarbeiter in vielerlei Hinsicht eine Familie, in der fast Jeder Jeden kannte, so, wie man es heute nicht denken kann. Inzwischen beschäftigt das HJK eine angestellte Mitarbeiterschaft quer durch alle notwendigen Professionen von ca. 1.000 Personen.
Wenn auch für die baulichen Erweiterungen im Laufe der Jahre Fördermittel zur Verfügung standen, so war doch die Entwicklung des gesamten Krankenhausgeschehens in den ersten 20-30 Jahren zu einem großen Teil finanziert durch die Arbeitskraft der Ordensschwestern, die für ihr Krankenhaus einfach nur „da“ waren. Seit 1991, anlässlich der Einweihung des neuen Eingangsbereichs, hat das Krankenhaus in Hiltrup, den Namen „Herz-Jesu-Krankenhaus“ erhalten. Dieser Name ist nach unserem Selbstverständnis nicht nur eine Bezeichnung, sondern ein Programm, das in unserem Leitbild erkennbar ist.

2. AKTUELLE SITUATION

Die Geschichte zeigt, dass die heutige Entscheidung für uns Schwestern sehr einschneidend ist und dass wir emotional sicher Zeit brauchen, diesen Wechsel zu verarbeiten. Die Redewendung „unser Krankenhaus“ wird wohl noch oft aus unserem Munde kommen und - korrigiert werden müssen.
Doch der Wandel der Zeit hat auch den Wandel in der Art und Weise, wie wir Verantwortung für unser Krankenhaus tragen, mit sich gebracht. Es ist nicht zu übersehen, dass die katholischen Ordensgemeinschaften kaum noch junge Leute als Mitglieder finden. Entsprechend ist auch bei uns die Altersstruktur. Auf der anderen Seite steigen vielfältige Anforderungen an ein Krankenhaus durch Möglichkeiten in der Medizin, durch Erwartungen der Patienten, durch die zunehmende Professionalisierung, durch gesetzliche Verkomplizierung, durch Knappheit der finanziellen Mittel, durch teilweise unsachliche Darstellungen in den Medien und Vieles mehr. Krankenhäuser schließen sich zu Verbünden zusammen, damit sie ihren Auftrag durch gemeinsame Stärke erfüllen können.
Diese Situation zeigte uns unsere vorrangige Verpflichtung, für das Herz-Jesu-Krankenhaus den Weg in eine existenzsichernde gute Zukunft zu eröffnen. Dabei war es von vorneherein klar, dass nur ein Partner mit christlichem Selbstverständnis in Frage kommen konnte.

HERZSCHLAG: Das christliche Profil des Hauses und die entsprechende Einstellung der Belegschaft war und ist den Missionschwestern als Trägerinnen ein Herzensanliegen gewesen. Auch bei der St. Franziskus-Stiftung Münster ist diese Haltung Programm - wie schwierig ist es aber, die Balance zwischen dem menschlich-geistlichen Auftrag und den wirtschaftlichen Notwendigkeiten eines modernen Krankenhauses zu halten?

SR. JOSEFIA: Auch für uns Missionsschwestern war es nicht immer leicht, diese Balance zu vermitteln und zu erreichen. Aus meiner Erfahrung ist es hilfreich, wenn es gelingt, die christliche Haltung als wesentliche Beziehung zu den sachlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten verständlich zu machen. Das christliche Profil setzt voraus, dass sachlich korrekt nach heutigen Erkenntnissen gehandelt wird unter den Bedingungen zwischenmenschlich

gelingender Kommunikation. Die christliche Einstellung verbietet auch nicht, Anforderungen zu stellen oder notwendige Finanzierungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu beurteilen.

Der christliche Glaube lebt im Innern eines Menschen und kann nach außen wirksam werden als persönliche Kraft, etwa in schwierigen Situationen des Alltag oder wenn unterschiedliche Verständnisse die Kommunikation verhindern. Eine wichtige Führungsaufgabe unter anderen scheint mir zu sein, immer wieder Anregungen und Begleitbedingungen zu schaffen, getragen von Wertschätzung und Transparenz, dass Verantwortungsträger (und das sind alle Mitarbeiter, wenn auch in der Sache unterschiedlich) in entspannten Situationen die eigene innere Beziehung zu den beruflichen Anforderungen reflektieren können. Dabei ist nicht selten die Teilhabe an den Schönheiten dieser Welt hilfreich, als froher Mensch mit schwierigen beruflichen Belastungen umgehen zu können.

DR. KLAUS GOEDEREIS: Die St. Franziskus-Stiftung Münster wurde von den Mauritzer Franziskanerinnen gegründet, einem Krankenpflege-Orden mit einer bald 175-jährigen Tradition. Die Schwestern haben ihre Krankenhäuser 2004 auf die Stiftung übertragen. Sie haben sich diese Entscheidung keineswegs leicht gemacht, dann aber sehr sorgfältig vorbereitet. In unserer Satzung ist der Stiftungszweck mit der „Förderung der Werke christlicher Nächstenliebe“ definiert. Damit ist eigentlich schon klar gesagt, was für uns an erster Stelle steht. In unserem Leitbild, das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam mit den Ordensschwestern entwickelt haben, wird dieses an vielen Stellen konkretisiert. Wie Sie in Ihrer Frage schon formulieren, geht es ganz wesentlich um Haltung – um die Haltung des Einzelnen und der Organisation als Ganzes. Um unser Selbstverständnis Wirklichkeit werden zu lassen, versuchen wir an vielen Stellen in unseren Einrichtungen immer wieder aktiv darauf Bezug zu nehmen: In der Seelsorge, in der Organisation ethischer Fragestellungen, in Fort- und Weiterbildungen, in der Führungsorganisation etc. Wichtig ist für uns nicht nur die Haltung gegenüber Patienten, Angehörigen und Besuchern, sondern auch im Miteinander der unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen.

Christlicher Auftrag und Wirtschaftlichkeit erscheinen oftmals zunächst als Gegensatzpaar. Wenn man in die Tradition unserer Orden schaut, sieht man, dass die Ordensschwestern in vielen Zeiten mit sehr schwierigen Rahmenbedingungen umgehen mussten – auch wirtschaftlich. Ein pfleglicher Umgang mit den verfügbaren Ressourcen, insbesondere Zeit und Geld, ist sicherlich nichts Unchristliches. Insofern ermöglichen uns ein gutes Erlös- und Kostenmanagement sowie eine gute Organisation den bestmöglichen Ressourceneinsatz für unsere Patienten. Die ständigen Eingriffe von außen durch neue Gesetze und Verordnungen, die zunehmende Bürokratisierung und die häufige Beschreibung der Krankenhäuser als Kostentreiber ärgern uns sehr. Wir versuchen hier uns z.B. in Verbänden einzubringen, um die Rahmenbedingungen möglichst gut zu gestalten. Letztlich ist es aber unser Auftrag, unter den jeweiligen Rahmenbedingungen unsere Grundmotivation und unsere Identität nicht aus den Augen zu verlieren, sondern im Gegenteil unser christliches Profil bewusst zu gestalten und aktiv zu leben. Wenn sich aller dieser Grundidee bewusst sind und mittragen, werden kirchliche Krankenhäuser als Teil einer gelebten Caritas auch künftig ihren Platz haben.

| AUSARBEITUNG DER FRAGEN FÜR DAS INTERVIEW: HEIKE HÄNSCHEID

HERZSCHLAG: In welche neue „Familie“ wird das Herz-Jesu-Krankenhaus aufgenommen? Können Sie unseren Leserinnen und Lesern einige Angaben zu den derzeit in der Stiftung beheimateten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Häusern und den anderen Aufgaben machen?

DR. KLAUS GOEDEREIS: Vielen Dank für das Wort „Familie“. Das mag man vielleicht etwas überzeichnet findet, aber angesichts der großen Lebenszeit, die man an seinem Arbeitsplatz verbringt, sollte man sich dort wohl und angenommen fühlen; auch Gemeinschaft und Solidarität sind ja Wesensmerkmale einer Familie – selbst wenn man mal unterschiedlicher Meinung ist, was ja in den besten Familien vorkommen soll.

Die St. Franziskus-Stiftung Münster trägt jetzt mit dem Herz-Jesu-Krankenhaus Verantwortung für 15 Krankenhäuser von Bremen bis Düsseldorf. Darüber hinaus sind unsere Krankenhäuser gut vernetzt mit eigenen Facharztzentren, Medizinischen Versorgungszentren und vielen weiteren Kooperationspartnern. Neben unseren Krankenhäusern sind wir noch verantwortlich für neun Einrichtungen in der Alten- und Behindertenhilfe mit über 1000 Plätzen. Darüber hinaus haben wir Beteiligungen an Hospizen, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und anderen Diensten in der Gesundheitsversorgung. Seit Mitte November haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Herz-Jesu-Krankenhauses über 11.000 neue Kolleginnen und Kollegen, so dass in unserer Stiftung insgesamt über 12.000 Menschen arbeiten und ihren Dienst tun. Im Jahr 2016 haben wir in unseren Krankenhäusern fast eine halbe Million Patientinnen und Patienten stationär und ambulant behandelt – die Zahl wird mit dem Herz-Jesu-Krankenhaus natürlich noch steigen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und heißen alle im Herz-Jesu-Krankenhaus herzlich willkommen in unserer „Stiftungs-Familie“.

3D-Sonografie

2D-Ultraschall

Schneegestöber in den Alpen ...

... oder was man beim Ultraschall wirklich sieht

Junge Eltern sind hier im Vorteil. Zumindest beim Betrachten eines schwarz-weißen, zweidimensionalen Ultraschallbildes. Ganz deutlich erkennen sie in diesem optischen Schneegestöber das, worauf Freunde und Bekannte suchend starren: ihr heranwachsendes Baby. Für werdende Eltern ist auch die Weiterentwicklung „3D-Sonografie" ein hoch begehrtes Zusatzangebot vieler niedergelassener Gynäkologen. Wer solche deutlichen Bilder des eigentlich noch im Schutz des Unsichtbaren reifenden Menschleins zum ersten Mal sieht, bleibt nicht unbeeindruckt. Sensible Gemüter werden ein wenig Peinlichkeit empfinden, so sehr in die Intimsphäre des werdenden Individuums einzudringen, um möglichst früh sein Aussehen diskutieren zu können.

„3D gibt es auch in anderen Bereichen schon länger als Nischenprodukt", erklärt Oberarzt **Dr. Klaus Revering**, Klinik für Innere Medizin. Er selbst sehe allerdings keinen Trend dahin und kaum die Notwendigkeit einer breiten Anwendung. Kein Wunder, ist er doch äußerst vertraut mit dem, was Laien nur als schwarz-weiße Wolken wahrnehmen. Erlernte Kenntnisse, viel, viel Erfahrung und auch ein gewisses Faible für diese Diagnostik-Methode lassen Mediziner zu Fachleuten auf dem Gebiet der Sonografie reifen. „Zu meiner Studienzeit war der Ultraschall noch nicht Lehrinhalt an der Universität", blickt Revering zurück. „Heutzutage gehört das selbstverständlich dazu." Trotzdem sind die ersten „echten" Untersuchungen für Anfänger immer noch spannend. Revering selbst sah Gerät und Handhabung im eigentlichen Sinne erst während des Praktischen Jahres und der Famulatur. Sein halb trockener, halb amüsierter Kommentar: „Wie ich es gelernt habe? Indem ein erfahrener Kollege sagte: Setz' dich mal hier hin und mach!" Da war bei dem jungen Neuling schon reichlich Aufregung im Spiel, als er etwas hilflos mit dem Schallkopf auf den Patientenbauch hin und her agierte und in gefasster Ratlosigkeit auf den Bildschirm starrte. Natürlich

Diese Aufnahme zeigt einen Verschluss im Dünndarm.

Eine Gallenblase mit verdickter Wand.

Was ausschaut wie ein Marsmensch, ist de facto eine Gefäßprothese in einer Hauptschlagader.

wurde er nicht allein gelassen in dieser Situation, und wie man sieht, kann man sich auch – oder gerade – nach einem Stoß ins kalte Wasser bestens zum Experten trainieren. So wie sich eine Gelegenheit ergibt, sollte man auch üben.

WIE BEI EINEM ABSTRAKTEN KUNSTWERK

„Schauen Sie, hier ist die versorgende Ader, da sehen Sie einen Teil Ihrer Leber", erklärt Revering heute souverän dem Patienten. Oder an anderer Stelle: „Die kleine Ausbuchtung hier ist nicht krankhaft, das ist einfach eine Variante." Ader? Ausbuchtung? Der Patient sieht „Schnee in den Alpen". Wie erkennt ein Anfänger denn bloß die Details? „Indem man sich dem Bild wirklich nähert wie einem abstrakten Kunstwerk", so Reverings Tipp. Man könnte nicht sagen, was es darstellt, aber man kann zumindest Strukturen erkennen und beschreiben. Eine weiße Fläche, ein schwarzes Oval, eine abgrenzende Linie, dichtere oder weniger dichte Schraffuren im weißen Feld. „Das kann jeder", so Revering, „auch der Laie." Da der Mediziner weiß, wo er sich mit dem Schallkopf befindet, lernt er das Orientieren und Zuordnen. Die weiße Fläche zeigt die Leber, das schwarze Oval entpuppt sich als Gallenblase. Je nachdem, ob man von Höhe des Rippenbogens aus schallt oder von Richtung Hüfte ergeben sich andere Ansichten. Da käme dann auch schon mal – Anfänger aufgepasst – eine Niere mit aufs Bild. „Aber Galle und Gallenblase sind grundsätzlich Organe, die jeder Anfänger schnell findet", erklärt Revering. Dann kommen mit der Zeit die Vergleiche hinzu. Nachdem man viel geschallt hat, fällt einem plötzlich bei einer Diagnostik auf, dass die Gallenwand deutlich dicker ist als all die, die man vorher gesehen hat. Oder ein Gefäß zeigt eine Abweichung auf. Schon ist die erste Auffälligkeit erkannt.

Tatsächlich gelingt es selbst dem unerfahrenen Betrachter unter Reverings Anleitung schon nach kürzester Zeit Unterschiede zu erkennen. Ein blumenkohlartiger Bereich mit deutlich weißem Rand hebt sich von der sonst glatten Leber ab. Um dieses Gebilde sieht man Gefäße und Bindegewebe. Abweichungen oder Auffälligkeiten – auch das kennt jeder Patient – können mit einer Art Fadenkreuz gemessen werden. „Man schaut nach der Lage des Organs, der Struktur, ob etwas fehlt oder etwas da ist, was da nicht hingehört. Das Schwerste am Ultraschall ist eigentlich", so der Internist, „einen Normalbefund zu erstellen."

VERBLÜFFENDE ENTDECKUNGEN INKLUSIVE

Auch mit einiger Verblüffung muss der Anfänger bei der Diagnostik mit dem Schallkopf rechnen. Manchmal ist ein Organ gar nicht angelegt oder winzig klein. Von Geburt an nur eine Niere zu haben, sei zum Beispiel gar nicht so selten. Dann gibt es noch die so genannte „Hufeisenniere". Normalerweise entwickeln sich unsere Nierenanlagen in der Embryonalphase getrennt voneinander. Wenn allerdings die beiden Nierenanlagen am unteren Ende miteinander verwachsen, bilden die (durchaus funktionstüchtigen) Nieren in der weiteren Entwicklung einen U-förmigen Bogen vor der Hauptschlagader. „Das wird schon einmal als Lymphknoten oder Tumor fehlinterpretiert", sagt Revering. Ein bisschen Forschergeist und Verzweiflung – sagt er humorvoll – gehören am Anfang schon dazu, vor allem wenn man bedenkt, dass eventuell vorhandene verschiedene Sonografie-Fabrikate in der Handhabung Unterschiede aufweisen.

Wenn man so als Patient auf der Liege ruht, während ein Schallkopf in diesem Kontaktglibber auf dem Bauch wendige Pirouetten dreht, könnte man sich fragen, ob diese Methode gegenüber CT oder MRT nicht etwas antiquiert daherkommt. Gegenüber vielen Hightech-Entwicklungen scheint selbst das modernste Schallgerät etwas traditionell.

EINE METHODE – VIELE VORTEILE

„Keineswegs", korrigiert der Internist. „Oft genug beantwortet der Ultraschall die medizinischen Fragen besser als andere Methoden." Und das ohne Strahlenbelastung wie etwa bei Röntgen oder CT. Man kann beliebig oft und beliebig lange schallen. „Die Diagnostik ist unkompliziert, preiswert, harmlos und gibt oft die wegweisende Ant-

NICHT HÖREN, ABER SEHEN!

SO FUNKTIONIERT DIE SONOGRAFIE

Ultraschallwellen liegen oberhalb des menschlichen Hörbereichs und sind für uns deshalb nicht wahrnehmbar. Diese nicht hörbaren Schallwellen werden im Schallkopf durch bestimmte Kristalle erzeugt und ausgesendet. Je nach Dichte und Beschaffenheit des Gewebes (bzw. beim Doppler die Bewegung der Körperflüssigkeiten) wird dieser Schall auf unterschiedliche Art zurückreflektiert. Der Schallkopf fungiert nicht nur als Sender, sondern durch einen Sensor gleichzeitig auch als Empfänger der zurückgeworfenen Schallwellen. Daraus errechnet er das Abbild der Körperstrukturen, das man auf dem Monitor sieht.

Durch Kontrastmitteleinsatz hebt sich die Leberzyste deutlich erkennbar ab.

Die Messung zeigt vergrößerte Lymphknoten.

Hier wurde eine vergrößerte Milz geschallt.

wort", fasst Revering zusammen. Hinzu käme, dass man lange zugucken kann, was da im Inneren an der entscheidenden Stelle eigentlich genau passiert. Andersherum liegt in dieser bewegungsabhängigen Diagnostik einer der wenigen Nachteile. „Die Übersendung einer Ultraschallaufnahme an einen Kollegen, um eine Zweitmeinung einzuholen, ist beim Ultraschall im Gegensatz etwa zum CT, MRT oder der Röntgenaufnahme nicht ganz so einfach", erklärt der Fachmann. Ultraschall funktioniert eben am besten in der Dynamik. „Hier sollte der zu Rate gezogene Kollege tatsächlich selbst noch einmal schallen, um sich seine eigenes Urteil zu bilden."

Die Sonografie hat sich weiterentwickelt. Wie oben erwähnt mittlerweile auch als 3D-Bildgebung, hinzu kommt noch der kontrastverstärkte Ultraschall, der weitergehende Erkenntnisse liefert. Anhand der Verteilung des Kontrastmittels ist etwa erkennbar, wo das Blut hineinläuft. So lassen sich eingeblutete Zysten oder Blutschwämmchen von den festen Tumorenstrukturen unterscheiden.

TECHNISCHE WEITERENTWICKLUNGEN

Mittlerweile gibt es auch Ultraschall-Sonden, die man genau an schwerer zugängliche Stellen führen kann. „Rektal bis an die Prostata", nennt Revering einen Untersuchungsbereich für die Sonde, „aber auch etwa Speiseröhre und Magen." Man kommt absolut dicht an die zu untersuchende Stelle heran, kann unmittelbar dort das dynamische Bild noch höher auflösen und übertrifft in der Effizienz alle Geräte, die mit ihrer Bildgebung durch mehrere Körperschichten dringen müssen. Der so genannte „Doppler" bzw. Farbdoppler stellt eine weitere Besonderheit bei den Sonografie-Geräten dar. Wenn diese zum Einsatz kommen, geht es um die Bewegtheit von Körperflüssigkeiten ohne Einsatz von Kontrastmitteln, denn dafür ist diese Sondertechnik gedacht. Der Arzt erkennt Thrombosen, Arteriosklerose und andere den Fluss behindernde Strukturen. „Ein Ultraschall-Strahl wird auf die Flüssigkeit gerichtet", erläutert der Internist, „so beobachtet man beispielweise den Bluteinstrom in die Leber durch die Pfortadergefäße und den Abfluss durch die Lebervene. Ein anderes Beispiel ist die Untersuchung der Sauerstoffversorgung der Nieren durch die Schlagadern. Der klassische Doppler wandelt die Kurve in hörbare Töne um. Der Farbdoppler – der Name sagt es bereits – zeigt dem schwarzweiß gewohnten Patienten plötzlich tanzende Farbstrukturen wie auf einer Wetterkarte von seinem Innenleben. Die Blutstromrichtungen „hin" und „zurück" erkennt man an blau oder rot, Verwirbelungen erscheinen Grüngelb. Gerade auch bei Herzerkrankungen eine große Unterstützung bei der Diagnostik der Funktionsfähigkeit von Kammern und Dichtigkeit der Scheidewand. „Für die zutreffende Herzdiagnostik mittels Ultraschall wird besondere Fachkenntnis benötigt, stellt Revering klar. „Dieser Mediziner benötig dann schon seine einige hundert Untersuchungen als Erfahrungsbasis."

Die Anschaffungskosten bei Ultraschallgeräten liegen zwischen 5000 und weit über 100.000 Euro. Gibt es eklatante Nachteile des Ultraschalls? „Aus Patientensicht das kalte Gel auf dem Bauch", meint Revering mit einem Augenzwinkern. „Wenn man daran denkt, kann man die Gelflasche vorher auf die Heizung legen. Aus Medizinersicht sind die Feinde von Ultraschall Luft oder sehr dichte Strukturen." Diese Methode kommt also etwa bei Knochen an ihre Grenzen und wenn sich zu viel Luft im Bauch befindet bzw. um die entscheidende Stelle zu viel (Fett-)Gewebe liegt. Dann bricht viel vom Echosignal weg. | KLAUDIA MALESKA

Dr. Klaus Revering, Oberarzt der Klinik für Innere Medizin, zeigt verschiedene Schallköpfe, die je nach benötigter Diagnostik zum Einsatz kommen. Sie variieren nicht nur in ihrer Form, sondern auch im vorgegebenen Hertzbereich.

1969 gab es für Sr. Klara in Pretoria die Goldmedaille für die höchste erreichte Punktzahl bei den Prüfungen im Vorjahr.

„Einsam ist, wer für niemanden sorgt."

Mit dem Herzen noch oft in Namibia

Schwester Klara, msc, hat ihre Lebenserinnerungen aufgeschrieben

Den Sternenhimmel über „ihrem" Sacred-Heart-Hospiz in Namibia, ja, den vermisst sie manchmal. Und auch ihre so lang vertrauten Mitschwestern, die vielen bekannten Gesichter in der kleinen Stadt Mariental im Südwesten des afrikanischen Kontinents fehlen ihr. Doch Schwester Klara Kohorst, die seit inzwischen elf Jahren wieder im Mutterhaus der Missionsschwestern in Hiltrup lebt, ist ein zufriedener und bescheidener Mensch: „Es ist gut, dass ich aus gesundheitlichen Gründen rechtzeitig und gut vorbereitet nach Deutschland zurückgekehrt bin", so sagt sie.

Dass ihr Herz noch oft in jenem Land ist, in dem sie 42 Jahre als Krankenschwester gelebt und gewirkt hat, spürt man deutlich. Und künftig kann man davon auch lesen, denn die 80-Jährige hat endlich das getan, worum sie seit Jahren von Familie und Freunden gebeten worden war: „Du musst aufschreiben, was Du erlebt hast!" Standen dem zunächst zu viel Arbeit und „meine Klaue, die niemand entziffern kann" (Sr. Klara) im Weg, kam die Wende mit dem Tablet-Computer, den die aus dem Oldenburger Münsterland stammende Ordensfrau 2015 von Freunden geschenkt bekam: „Erstens wollten sie, dass ich per Mail und über Fotos mit meiner afrikanischen zweiten Heimat in Verbindung bleiben konnte. Aber zweitens gab es nun keine Ausrede mehr, meine Lebenserinnerungen nicht aufzuschreiben", lächelt Sr. Klara verschmitzt. Und so begann das Werk, das jetzt als kleines Büchlein seine Premiere in ihrem Heimatdorf Mühlen hatte. „Auf dem Advents-Basar, der vor Jahrzehnten von einer meiner Schulfreundinnen zur Unterstützung meiner Arbeit in Namibia ins Leben gerufen worden war, wurde es verkauft", ist „Klärchen", wie sie daheim noch immer genannt wird, recht aufgeregt. Denn der Erlös soll – wen wundert es – ihrem Hospiz in Afrika zugutekommen.

Das mit ehrenamtlicher Unterstützung und von Sponsoren realisierte Buch kostet 10 Euro für den guten Zweck und war in erster Linie für den Verkauf beim Adventsbasar in Sr. Klaras Heimatort Mühlen gedacht. Gern können sich aber Interessenten über unseren Herzschlagkontakt melden. Wir leiten die Anfragen nach noch erhältlichen Exemplaren weiter.

Das niederzuschreiben, was in ihrer Erinnerung so lebendig ist, ging ihr rasch von der Hand. Auch, wenn sie wegen ihres Rückenleidens nicht mehr lange sitzen kann und deshalb das Meiste im Bett liegend auf dem Tablet verfasst hat. Namen, Gesichter und Orte standen ihr dabei so lebendig vor Augen, wie sie sie in den vier Jahrzehnten als Missionsschwester erlebt hatte. „Die Mission und vor allem Afrika – ich habe einfach gespürt, dass ich dorthin gerufen bin", so berichtet Sr. Klara, die in Cloppenburg 1956 als junges Mädchen eine Krankenpflege-Ausbildung machte und 1959 als Postulantin bei den Hiltruper Schwestern vom Heiligsten Herzen Jesu in den Orden eintrat. Auf die Zusage wartend, wirklich in der Mission arbeiten zu dürfen, war sie zunächst im gerade vollendeten Teilbau des Hiltruper Krankenhauses als Krankenschwester („Station 5, private Männer" ist ihr unvergessen) eingesetzt. Doch Anfang 1964 hieß es: „Es geht nach Südwest-Afrika, nach Mariental in ein Krankenhaus."

Obwohl sie Plattdeutsch sprechen konnte, dauerte es einige Zeit, bis sie das Afrikaans in ihrer neuen Heimat beherrschte und – vor allem zu Zeiten ihrer Hebammen-Ausbildung dort – auch noch Englisch lernen musste. „Ich habe viele Berufe gehabt: Mit dem Röntgen war ich vertraut, war Krankenschwester, Säuglingsschwester, ‚Finanzministerin' und Hebamme – und nicht zuletzt hieß es bei technischen Problemen, etwa bei Stromausfall, stets: Nicht verzagen, Klara fragen", lacht die Ordensfrau in Erinnerung an so manche Panne, die sie ausbügeln konnte.

Heuschrecken, Moskitos, Schlangen und Skorpione, Sandstürme, Hitze und die Jahre der Apartheit – viele schwierige, gefährliche und belastende Situationen hat Schwester Klara durchlebt im Süden Afrikas. Doch ihr Gottvertrauen und ihre patente Art, den Dingen stets eine gute Seite abzugewinnen, haben sie durch alle Unbilden hindurch getragen.

Genauso lebt sie auch heute in Deutschland: Dankbar für ihren „Porsche" – ihren Elektrorollstuhl – und die Fürsorge in ihrer Kommunität im Mutterhaus. Vor allem aber durch die Technik weiter verbunden mit den Menschen, die ihr im Leben wichtig geworden sind. Und auch tausende Kilometer entfernt in Mariental, wo 1995 schon das Krankenhaus in ein Hospiz umgebaut wurde – „dringend notwendig!", so Sr. Klara –, hat man die einstige „Finanz-Ministerin" nicht vergessen. Ihre Nachfolgerin in diesem Amt, Sr. Heinrika, hat sie unlängst zur „besten Außenministerin" ernannt. Ein Titel, den Sr. Klara mit Freude trägt und mit ihrer verbliebenen kleinen Kraft nur zu gerne ausfüllt: Das Büchlein **Mein Leben in Afrika Erinnerungen von Schwester Klara Kohorst, Missionsschwestern vom Hlst. Herzen Jesu, MSC (Hiltrup)** ist einer der Beiträge, die sie für die Menschen in Afrika noch immer leistet. Nicht zu vergessen das Gebet, denn: „Einsam ist, wer für niemanden sorgt", so sagt sie oft und nutzt schlaflose Nachstunden für intensive Zwiesprache mit Gott, bei dem sie Bitten, aber auch die Danksagungen für Freunde und Freude ablädt. Und was Namibias Sternenhimmel angeht: „Einen Blick darauf hätte ich zu gerne, aber es folgt noch eine ganze Ewigkeit. Nicht alles jetzt schon haben wollen". Ein typischer Satz von „Klärchen", die sich übrigens noch immer mit „Liefdegroete" in Afrikaans verabschiedet.
Afrika im Herzen. | HEIKE HÄNSCHEID

Der Kreißsaal im Krankenhaus in Otjiwarongo.

Patienten lieben Sonne! Und das Pflegeteam sorgt dafür, dass sie diese genießen können.

Der blinde Christian mit einer lieben Pflegerin.

Die so genannte „Verteilküche" im Hospiz.

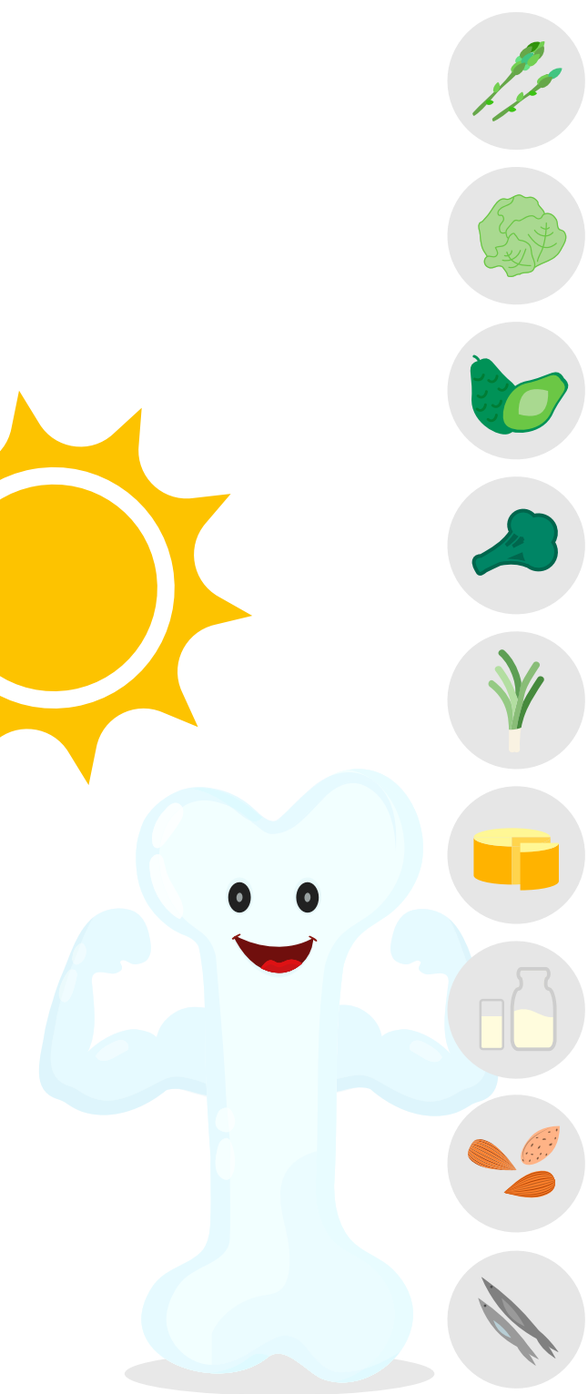
Im Dorf Gibeon wird der Maispapp für die Hostelkinder gekocht.

Die Krankheit verläuft schleichend und bleibt daher häufig lange Zeit unentdeckt. Anfangs verursacht sie auch keinerlei Beschwerden. Deshalb können Jahre vergehen, bis die Diagnose Osteoporose gestellt wird. Das macht die Erkrankung aber so tückisch: Denn je später sie festgestellt wird, umso brüchiger sind die Knochen bereits.

Wenn **Knochen morsch** werden

Osteoporose: Eine tückische Krankheit, die oft zu spät erkannt wird

Meistens erfolgt die Diagnose erst dann, wenn die Folgen der morschen Knochensubstanz schmerzhaft erlitten wurden, es also bereits zu einer Fraktur gekommen ist. Und dafür reicht oft ein kleiner Sturz oder eine geringe Krafteinwirkung aus. „Am häufigsten brechen dabei Oberschenkelhals, handgelenknahe Speiche, Hüfte und Wirbelkörper. Bei den Wirbelkörpern bedarf es übrigens noch nicht einmal eines Sturzes für den Bruch. Manchmal reicht es aus, sich zu bücken, um beispielsweise eine Tasche aufzuheben, und der Knochen bricht spontan“, erläutert **Dr. Friedrich Georg Scherf, Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie im Herz-Jesu-Krankenhaus.**



EINE DER HÄUFIGSTEN VOLKSKRANKHEITEN

Osteoporose ist eine Erkrankung, die zumeist im fortgeschrittenen Alter auftritt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO zählt sie zu den zehn häufigsten Volkskrankheiten. Allein in Deutschland leiden laut dem „Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.“ rund sechs Millionen Menschen daran. Und man kann davon ausgehen, dass aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl der Betroffenen weiter steigen wird. Osteoporose ist jedoch auch eine überwiegend „weibliche Erkrankung“. Man schätzt, dass bis zu 80 Prozent der Betroffenen Frauen sind. Das hat vor allem damit zu tun, dass nach den Wechseljahren die Produktion von Östrogen nachlässt. Und dieses Hormon schützt die Knochen.

Doch nicht immer liegt die Ursache für die Erkrankung in einem hohen Lebensalter. Manchmal ist sie auch Folge einer medikamentösen Therapie. Denn es gibt Präparate, deren langfristige Einnahme die Entstehung einer Osteoporose begünstigt. Kortison etwa zählt dazu, aber auch Antidepressiva, Antiepileptika, Neuroleptika oder Medikamente gegen Diabetes Typ 2 sowie gegen bestimmte Schilddrüsenerkrankungen. Und vor allem stehen die so genannten Protonenpumpenhemmer, die bei einer Refluxerkrankung oder Gastritis zum Einsatz kommen, unter Verdacht, bei einer Langzeiteinnahme Knochen morsch werden zu lassen.

LEBENSSTIL HAT EINFLUSS

Aber, auch das muss gesagt werden: Nicht zuletzt tragen wir selbst mit einem ungesunden Lebensstil dazu bei, dass unseren Knochen Festigkeit geraubt wird. Untergewicht, Nikotingenuss und übermäßiger Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung sowie eine unausgewogene Ernährung können bereits in jungen Jahren die Grundlage dafür legen, dass sich Jahrzehnte später eine Osteoporose entwickelt. Deshalb kann man nicht früh genug damit anfangen, sich vor dem Knochenabbau zu schützen – mit einer gesunden Ernährung und vor allem mit Bewegung und Sport. Wer beides beherzigt, reduziert das Risiko, später an Osteoporose zu erkranken.

Beginnen wir mit der Ernährung. Eine wichtige Rolle für die Stabilität der Knochen kommt dem Kalzium zu. Es ist vor allem in Milchprodukten und Käse, in Vollkornlebensmitteln, aber auch in grünen Gemüsesorten wie Fenchel, Brokkoli, Kohlrabi, Lauch, Grünkohl oder Kopfsalat und in einigen Mineralwässern enthalten. Zusätzlich benötigt der Körper ausreichend Vitamin D3, weil es dabei hilft, das Kalzium aufzunehmen. Vitamin D3 ist zwar in bestimmten Lebensmitteln wie etwa fetthaltigem Fisch enthalten. Doch der wichtigste Lieferant ist das Sonnenlicht. Über die Haut aufgenommen, wandelt es der Körper in Vitamin D um und speichert es im Fettgewebe. Außerdem trägt die Folsäure zur Vermeidung von Osteoporose bei. Sie steckt vor allem in Gemüse, Kartoffeln und Vollkornprodukten. Gelingt es nicht, auf „natürlichem“ Weg den Bedarf an Kalzium, Folsäure und Vitamin D3 zu decken, kann man dies auch medikamentös ausgleichen.

BEWEGUNG BEUGT VOR

Die zweite Säule einer effektiven Prävention ist körperliche Aktivität. „Der Knochen unterliegt einem beständigen Wechselspiel von Abbau und Aufbau“, erläutert Scherf. Das heißt: Auch in höherem Lebensalter können die Knochen wieder an Stabilität gewinnen. Das erreicht man allerdings nur, wenn man sie bewegt. Denn jede Aktivität, sei es Fahrradfahren, Wandern, Nordic Walking oder gezieltes Krafttraining, beansprucht die Muskulatur. Dadurch wird das Knochengerüst gefordert und verdichtet sich wieder. Deshalb ist es auch nie zu spät, etwas gegen Osteoporose zu tun. Für ältere Menschen hat eine regelmäßige körperliche Betätigung noch einen weiteren positiven Aspekt. Sie trägt nämlich zu einem sicheren Gang bei und verbessert die Standfestigkeit – eine wichtige Vorbeugung, um Stürze zu verhindern, die besonders bei betagten Menschen häufig zu Brüchen führen.

Neben einem individuellen Bewegungsprogramm und einer ausreichenden Zufuhr von Knochenbausteinen wie Kalzium oder Vitamin D3 kommen bei einer nachgewiesenen Osteoporose auch Medikamente zum Einsatz, die gezielt in den Knochenstoffwechsel eingreifen. Sie sollen dazu beitragen, dass es wieder zu einem Gleichgewicht zwischen knochenaufbauenden und -abbauenden Zellen kommt. Zu diesen Medikamentengruppen gehören zum Beispiel Bisphosphonate oder monoklonale Antikörper, die den Knochen stärken, seinen Abbau bremsen und ihn dadurch weniger anfällig für Brüche machen.

KNOCHENDICHTEMESSUNG ZEIGT FRAKTURRISIKO

Doch wie diagnostiziert man eigentlich die Erkrankung? Manchmal könne man zwar auch auf einem Röntgenbild aufgrund einer auffälligen Transparenz des Knochens auf einen Abbauprozess schließen, sagt Scherf. „Die wichtigste Untersuchung ist jedoch die **DXA, die Knochendichtemessung**. Sie wird in vielen radiologischen oder orthopädischen Praxen durchgeführt.“ Allerdings werden die Kosten (rund 40 bis 50 Euro) von den Kassen nur für solche Patienten übernommen, die – wie etwa chronisch Kranke – ein erhöhtes Risiko für Osteoporose haben oder bei denen der Verdacht auf die Erkrankung besteht. Bei der Untersuchung wird die gemessene Dichte mit der maximalen Knochendichte eines jungen Erwachsenen verglichen. Daraus ergibt sich der so genannte T-Wert. Liegt er zwischen 0 und -1 ist die Knochendichte normal. Von einer verringerten Knochendichte spricht man dann, wenn der T-Wert zwischen -1 und -2,5 angesiedelt ist. Liegt er noch unter -2,5, dann heißt die Diagnose Osteoporose. „Es ist sicher sinnvoll, diese Untersuchung einmal machen zu lassen, um das individuelle Risiko für eine Fraktur bei einem Sturz einzuschätzen“, empfiehlt der Chefarzt.

Doch auch wer sich einen Knochenbruch zugezogen hat, kann heute dank gut verträglicher Narkosen und einer modernen unfallchirurgischen Versorgung wieder auf die Beine kommen. Entscheidend ist, die Verletzung schnell zu operieren – möglichst innerhalb von 24 Stunden. So hat auch der gefürchtete Oberschenkelhalsbruch inzwischen seinen Schrecken verloren. Er kann mit dem Einsatz einer Hüftprothese gut versorgt werden. Den Bruch von Wirbelkörpern behandeln die Chirurgen im Herz-Jesu-Krankenhaus mit einem besonderen therapeutischen Verfahren: der Kyphoplastie (Kyphos=Wirbel, plastein =bilden). Vereinfacht gesagt richten sie bei der Kyphoplastie zunächst den gebrochenen Wirbelkörper mit Hilfe eines Ballonkatheters auf die ursprüngliche Höhe wieder auf. Anschließend wird der Ballon entfernt. In den entstandenen Hohlraum kommt Knochenzement. Er härtet rasch aus und verleiht dem aufgerichteten Wirbelkörper neuen Halt.

Osteoporose ist keine Krankheit, die man schicksalsergeben hinnehmen muss, weil „man halt alt ist“. Die Prävention haben wir selbst in der Hand: mit einer ausgewogenen Ernährung und vor allem mit ausreichend körperlicher Aktivität – und das nach Möglichkeit täglich. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

TIPPS: SO BEUGEN SIE STÜRZEN VOR

- Der beste Schutz vor Stürzen ist Bewegung: Gehen Sie spazieren oder fahren Sie Fahrrad. Es gibt auch spezielle Kurse zur Sturzprophylaxe, in denen Sie Kraft, Koordination und Gleichgewicht trainieren. Fragen Sie gegebenenfalls Ihren Hausarzt gezielt nach diesen Angeboten
- Achten Sie zu Hause immer auf eine ausreichende Beleuchtung, besonders nachts, wenn Sie zur Toilette gehen
- Beseitigen Sie in Ihrem Wohnumfeld Stolperfallen, etwa Türschwellen, Teppichkanten oder auf dem Boden liegende Gegenstände. Auch Telefon- oder Computerkabel kann man schnell übersehen
- Bringen Sie im Badezimmer Haltegriffe in der Dusche oder Badewanne an und legen Sie rutschfeste Matten aus
- Lassen Sie regelmäßig Ihr Seh- und Hörvermögen testen
- Glatte Böden wie Fliesen oder Parkett erhöhen das Sturzrisiko
- Auch eine Bodenreinigung hat Tücken, besonders dann, wenn der Untergrund noch nass ist. Warten Sie also mit dem Betreten, bis alles abgetrocknet ist
- Achten Sie auf Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten, und befragen Sie dazu Ihren Arzt oder Apotheker
- Ziehen Sie festes Schuhwerk mit niedrigen Absätzen an
- Auch Hüftprotektoren können vor Knochenbrüchen schützen.

„Hier bin ich am Ursprung der Pflege“

Im Gespräch mit Elke Bertels-Janett, Leiterin der Palliativstation

Auf dieser Station piepen und surren keine Überwachungsgeräte. Apparatemedizin ist hier nebensächlich. Auch um Heilung geht es nicht mehr. Denn die Patienten, die auf der Palliativstation des Herz-Jesu-Krankenhauses behandelt und begleitet werden, sind unheilbar krank. Doch wer mit wachem Blick und offenen Ohren eine Palliativstation besucht, der merkt sehr schnell, dass es hier darum geht, Lebensqualität zu erhalten – durch eine gute Behandlung von Schmerzen und Beschwerden wie Luftnot oder Übelkeit, vor allem jedoch durch menschliche Zuwendung. Seit dem 1. September hat Elke Bertels-Janett die pflegerische Leitung der Palliativstation am Herz-Jesu-Krankenhaus inne. Sie löste in dieser Funktion Ursula Hannay ab, die in den Ruhestand gegangen ist. Unsere Redakteurin Dr. Mechthild Quernheim hat mit Elke Bertels-Janett über ihre neue Aufgabe gesprochen.

HERZSCHLAG: Warum haben Sie sich auf die Stelle der Stationsleitung beworben?

ELKE BERTELS-JANETT: Ich arbeite jetzt seit 32 Jahren im Herz-Jesu-Krankenhaus. In dieser Zeit habe ich auf Stationen der unterschiedlichsten medizinischen Fachbereiche gearbeitet – von der Inneren Medizin bis hin zur Intensivstation. Zuletzt war ich als stellvertretende Stationsleiterin auf der Stroke Unit tätig – eine speziell eingerichtete Überwachungsstation für Patienten mit einem akuten Schlaganfall. Die Arbeit auf der Stroke Unit ist Notfallmedizin. Das bedeutet, die Pflege ist eng getaktet, und es bleibt wenig Zeit, eine persönliche Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Und je älter ich werde, umso mehr stelle ich mir auch die Frage: Ist es immer sinnvoll, alles das, was medizinisch möglich ist, auch wirklich zu machen? Würde ich mir das für mich wünschen? Als ich dann die Ausschreibung als Stationsleitung der Palliativstation gelesen hatte, wusste ich sofort: Das ist genau das Richtige. Natürlich hatte ich anfangs auch Zweifel: Kann ich das? Schaff ich das? Aber meine Familie hat mich darin bestärkt, diese Stelle anzunehmen. Und das Team hier hat mich wunderbar aufgenommen und mir bei der Einarbeitung geholfen.

HERZSCHLAG: Was ist für Sie das Besondere an Ihrer neuen Arbeit?

ELKE BERTELS-JANETT: Auf den Punkt gebracht: Hier bin ich am Ursprung der Pflege. Alles das, was Pflege für mich ausmacht, ist für die Arbeit hier charakteristisch: die Zuwendung zu den Patienten, die Wertschätzung, die wir ihnen entgegenbringen, und vor allem die Zeit, die wir für die Patienten haben. Zeit ist in der Pflege häufig ein Luxusgut. Das ist hier anders. Aber auch das ganzheitliche Betreuungskonzept zeichnet die Palliativstation aus. Dies setzt schon mit der Anamnese ein: Wir erfassen ja nicht nur die akuten gesundheitlichen Probleme, sondern haben den ganzen Menschen im Blick, also auch sein soziales Umfeld, seine Hobbies und selbst seine Lieblingsspeisen. Ganzheitlich heißt auch, dass wir in einem interdisziplinären Team arbeiten. Dazu gehören Mediziner und Pflegekräfte, Physiothe-

Das Herz-Jesu-Krankenhaus war die erste Klinik in Münster, die eine Palliativstation eingerichtet hat. Für die Betreuung der schwer kranken Menschen stehen sechs Plätze zur Verfügung. Jetzt, nach zehn Jahren, soll die Station modernisiert werden. Weil nicht alle Kosten, die auf der Palliativstation anfallen, auch von den Krankenkassen übernommen werden, freut sich das Team über jede Spende.

Förderverein Herz-Jesu-Krankenhaus e.V.
Bankverbindung:
DE96 4006 0265 0000 9996 00
Verwendungszweck: Palliativstation

rapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter. Und wir haben im Herz-Jesu-Krankenhaus eine Musiktherapeutin, die regelmäßig die Station besucht, mit den Patienten singt und musiziert.

HERZSCHLAG: Wie unterscheidet sich der Alltag auf einer Palliativstation von dem auf der Normalstation?

ELKE BERTELS-JANETT: Im Mittelpunkt stehen immer die Patienten mit ihren Wünschen und Bedürfnissen. Sie bestimmen, was geschieht. Deshalb gibt es bei uns auch keine festen Abläufe wie auf einer Normalstation. Wenn die Patienten zum Beispiel sagen, dass sie heute nicht gewaschen werden wollen, dann respektieren wir das. Oder wenn sie spät abends noch etwas essen möchten, dann machen wir dies selbstverständlich möglich. Kürzlich hatten wir beispielsweise einen Patienten, der starker Raucher war. Ihn haben wir regelmäßig zum Raucherbereich im Innenhof gefahren. Dort hat er viele Stunden verbracht. So war er nicht nur abgelenkt von seiner Krankheit, sondern hat sich auch mit einigen anderen Rauchern angefreundet, die er regelmäßig wiedertraf. Wenn er auf die Station zurück wollte, hat er uns mit seinem Handy kurz angerufen und wir haben ihn abgeholt.

HERZSCHLAG: Wenn die Patienten auf die Palliativstation kommen: Was können Sie dann für sie tun?

ELKE BERTELS-JANETT: Die Menschen, die unheibar krank sind, leiden an verschiedenen Beschwerden. Am häufigsten sind das starke Schmerzen, Luftnot, Übelkeit mit Erbrechen, Appetitlosigkeit, Durchfall oder nicht heilende Wunden. Wir versuchen dann, diese Symptome so gut in den Griff zu bekommen, dass wir die Patienten wieder in ihre vertraute häusliche Umgebung entlassen können. Neben Medikamenten sorgen auch andere Hilfsmittel dafür, die Beschwerden zu lindern. Bei starkem Schwitzen oder Juckreiz können zum Beispiel Waschungen des Körpers mit verschiedenen Tees die Symptome erträglich machen. Die Aroma-Therapie wiederum steigert das Wohlbefinden. Ätherische Öle können beruhigend wirken und den Schlaf befördern.

HERZSCHLAG: Wie gehen die Patienten damit um, dass sie sich am Ende des Lebensweges befinden?

ELKE BERTELS-JANETT: Das ist ganz unterschiedlich. Einige haben sehr klare Vorstellungen, wie sie sich ihre letzten Stunden vorstellen, was sie möchten und was nicht. Und sie fragen nach: Wie läuft Sterben ab? Bekomme ich davon was mit? Und was kann die Palliativmedizin dafür tun, dass mir Qualen, etwa Luftnot, erspart bleiben? Wieder Anderen ist gar nicht bewusst, dass sie sterben werden. Sie schieben den Gedanken an den Tod von sich weg. Auch das ist verständlich. Denn die Seele lässt immer nur so viel zu, wie sie ertragen kann. ,

HERZSCHLAG: Auch die Angehörigen nehmen Sie auf der Palliativstation mit in den Blick. Wie können Sie ihnen in dieser schwierigen Situation beistehen?

ELKE BERTELS-JANETT: Ganz einfach, indem man da ist, ihnen zuhört. Viele möchten vor allem reden, über ihren Kummer, ihre Sorgen und ihre Trauer. Manchmal geht es aber auch um ganz praktische Fragen: Wie gehen wir mit Hunger und Durst unseres Angehörigen um? Was ist, wenn er nichts mehr essen und trinken möchte? Oder wie sieht es mit den Enkelkindern aus? Dürfen sie auf die Palliativstation mitkommen? Und ist es ratsam? Einige Angehörige haben auch ganz existenzielle Nöte: Wie geht es weiter, wenn zum Beispiel der finanzielle Spielraum durch den Tod des Partners eng wird? Wie wichtig diese Gespräche sind, zeigen uns die vielen positiven Reaktionen. Häufig kommen Angehörige nach dem Tod des geliebten Menschen noch einmal bei uns vorbei; andere schreiben uns Karten, mit denen sie sich für unsere Arbeit bedanken. Und einmal im Jahr gestalten wir eine Gedenkfeier mit anschließendem Kaffeetrinken, zu denen wir alle Angehörigen einladen.

HERZSCHLAG: Noch eine persönliche Frage am Schluss: Haben Sie Angst vor dem Tod?

ELKE BERTELS-JANETT: Nein, ich fürchte mich nicht vor dem Sterben. Ich glaube auch, dass man auf einer Palliativstation nicht arbeiten kann, ohne selbst ein reflektiertes Verhältnis zum Tod zu haben. Natürlich macht es auch mir Angst, wenn ich daran denke, was mein Tod für meine Familie bedeuten würde. Aber für mich persönlich ist der Gedanke an den Tod nicht beunruhigend. Denn ich weiß ja, dass mir am Lebensende die Palliativmedizin gut helfen kann. Und alles, was für mich dann wichtig ist und was ich mir wünsche, habe ich mit meinem Mann besprochen.

HINTERGRUND PALLIATIVMEDIZIN

Palliativmedizin beschäftigt sich mit der Betreuung und Begleitung von schwer kranken Menschen in der letzten Lebensphase. Der Name leitet sich vom lateinischen pallium (Mantel) ab. Wie ein Mantel sollen Schmerztherapie und psychosoziale Betreuung die Todkranken umhüllen.

Eine Palliativstation ist jedoch kein Hospiz: Während in einem Hospiz das würdevolle Sterben im Mittelpunkt steht, liegt das Ziel der Palliativmedizin in einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes und einer Verbesserung der Lebensqualität, so dass die Kranken in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können.

„Krankenschwester“ war gestern

Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard bietet große Palette moderner Ausbildungsgänge in der Pflege – auch Teilzeit

Wenn junge Menschen sich nach ihrer Schulzeit entscheiden, einen Pflegeberuf zu erlernen, kommt dieser Wunsch meist aus dem Herzen und hat wirklich etwas mit „Berufung“ zu tun. Jedem ist klar, dass diese Nähe zu hilfsbedürftigen Mitmenschen physisch und psychisch eine Menge abverlangt.

Beim täglichen Umgang mit verschiedensten Persönlichkeiten inklusive Teamkollegen in fordernden Situationen benötigt man zudem Charakterfestigkeit. Selbstbewusst sein, ohne ruppig zu werden, einfühlsam sein, ohne sich zu belasten – ein herausfordernder Balanceakt. In dem sich rasant weiter entwickelnden Gesundheitswesen haben sich auch Lerninhalte, -struktur und -pensum beachtlich entwickelt. Aufgrund fortschreitender, aber auch immer umfangreicherer oder komplizierterer Standards in Medizin und Pflege übernimmt das Pflegepersonal mehr und mehr Verantwortung. Die Erbringung professioneller Pflege erfolgt heute in der Regel, im Krankenhaus im ambulanten Pflegedienst, im Pflegeheim, unter hohem Handlungs,- und Zeitdruck. Den Patienten und Bewohnern dabei gerecht zu werden und deren Familien mit zu unterstützen erfordert Belastbarkeit und zudem gibt es je nach Einsatzbereich Schicht- und Feiertagsdienste.
Pflegefachkräfte müssen oft bei schwerkranken Menschen mit vielen verschiedenen Krankheitsbildern in Sekundenschnelle fachlich und ethische Entscheidungen treffen. Dazu bedarf es ein breites Wissensspektrum, dessen Basis durch eine fundieret Ausbildung gelegt wird. Es sind also besondere Menschen, die in dieser Aufgabe ihre Erfüllung finden.

Wer nicht selbst aus dem Pflegebereich kommt und in seinem sozialen Umfeld auch niemanden aus dieser Branche hat, wird auf den Berufswunsch seiner Nichte oder des netten Nachbarsjungen hin sagen: „Ach, Du wirst Krankenschwester“ bzw. „Krankenpfleger“! Diese Begriffe sind nicht mehr up to date. Man macht den **Abschluss zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in**. Aber das ist noch nicht alles. Bildungs- und berufspolitisch ist gerade jetzt viel in Bewegung, in der Diskussion und in der Erwartung eines neuen Pflegeberufegesetzes. 2020 kommt die so genannte generalistische Pflegeausbildung. Aus den bestehenden drei Berufen in der Pflege (Kranken, -Kinderkranken- und Altenpflege) wird eine generalistisch ausgebildetet **Pflegefachfrau/Pflegefachmann**.

Um es hier schon einmal vorweg zu nehmen: Man muss kein junger Schulabgänger sein, um die Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in absolvieren zu können. Ältere, in Familienaufgaben eingebundene Interessenten, Alleinerziehende oder bislang noch unausgebildete Erwachsene profitieren von der Ausbildung im eigens für diese Zielgruppe entwickelten Teilzeitmodell. Lehrplan und Lehrpersonal müssen parallel Vollzeit- und Teilzeitmodelle berücksichtigen. Also noch eine strukturelle Variante mehr, die es von Bildungsträgern zu organisieren gilt, zumal zur Theorie in der Schule noch der praktische Teil in den Einrichtungen kommt.
Die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege dauern drei Jahre (für die Teilzeitausbildung gelten entsprechend längere Ausbildungszeiten). Die Schüler haben alternierend theoretischen Unterricht in der Schule und praktischen Unterricht in den entsprechenden Kooperations-Einrichtungen. Beginnt 2020 die generalistische Ausbildung, hat der Gesetzgeber noch Varianten vorgesehen. Es wird in den ersten zwei Jahre „generalistisch“ ausgebildet, im letzten Jahr kann sich der Auszubildende entscheiden im dritten Jahr zu differenzierten. Hier gibt es einen Schwerpunkt in der Alten,- oder Kinderkrankenpflege. Nach dieser Variante erlangen die Schüler je nach Wahl den Abschluss „Altenpflege“, „Kinderkrankenpflege“ (beide Abschlüsse sind allerdings ohne europäische Anerkennung).

Die generalistische Ausbildung, also eine gemeinsame dreijährige Ausbildung bietet dagegen die besten Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten auf allen Pflegegebieten sowie einen leichteren Wechsel im weiteren Berufsleben. Hier gibt es nach dem Examen keinerlei Beschränkungen einer Anstellung. Der Pflegefachfrau/Pflegfachmann stehen alle Berufssparten offen, auch eine europäische Anerkennung, so ist auch Mobilität innerhalb Europas kein Problem.

Für Interessenten seien hier kurz die bildungspolitischen Aussichten erwähnt: Sollten nach sechs Jahren mehr als 50 Prozent der Auszubildenden den generalistischen Abschluss gewählt haben, sollen die eigenständigen Berufsabschlüsse nicht mehr weitergeführt werden.

AUSBILDUNGSANGEBOTE

An der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard
werden derzeit noch folgende Ausbildungen angeboten:

- Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) in Voll- oder Teilzeit
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GKKP)
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz (GKPA)
- Altenpflege
- Bachelor of Science in der Pflege (B.Sc.)

Hinzu kommen etliche Weiterbildungsangebote
(siehe Infokasten „Die ZfG in Zahlen und Fakten“ Seite 18)

DIE ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN

für die einzelnen Ausbildungsgänge:

- Der zehnjährige Schulabschluss
- Fachoberschule
- Fachhochschule
- Abitur

STUDIUM

Ab 2018 bietet die ZfG die Möglichkeit des Pflegestudiums an. Beim Kooperationspartner **„FOM – Hochschule für Berufstätige“** kann ausbildungsbegleitend der Bachelor of Arts (B.A.) Angewandte Pflegewissenschaft erreicht werden. In Kooperation mit der **„Fachhochschule der Diakonie“** schließen Studierende mit dem Bachelor of Science (B.S.) Pflege ab.

FOM - BACHELOR OF ARTS (B.A.) ANGEWANDTE PFLEGEWISSENSCHAFT

Ausbildungsbegleitend, Dauer: 7 Semester, Abend- (zweimal wöchentlich) und Samstags-Studium (zweimal monatlich)

Bachelor of Arts (B.A.) Angewandte Pflegewissenschaft qualifiziert für die Aufgaben:
Pflegediagnostik, Fallverantwortung/ -steuerung, Koordinierung von Abstimmungsprozessen, Belegungsmanagement, Experte für Wund- und Schmerzmanagement, Pflegeberatung, Praxisanleitung/ Mentoring, Qualitäts- und Kostenmanagement

Zulassungsvoraussetzung:

- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife,
- Rechtsgültiger Ausbildungsvertrag in Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in
- Leistungsumfang: 180 Credit Points
- Gebühren: 42 Monatsraten a 295,- Euro

Besonderheit für das Ausbildungsbegleitende Studium an der ZfG St. Hildegard:

- Anrechnung von vier Modulen durch die Ausbildung, dadurch Verkürzung des Studiums und Kostenreduzierung.

FACHHOCHSCHULE DER DIAKONIE – BACHELOR OF SCIENCE (B. S.) PFLEGE

Seit 2015 in Kooperation mit der FHdD, Dauer: 4,5 Jahre, davon ausbildungsbegleitend 2,5 Jahre, Studium gesamt 8 Semester, Gesamt 180 Credit Points, 60 Credit Points für abgeschlossene Berufsausbildung

Bachelor of Science (B.A.) Pflege qualifiziert für folgende Aufgaben:
Komplexe Versorgungsprozesse sichern und zu steuern, Fallverantwortung und Fallsteuerung, Leitungsverantwortung, Patienten- und Angehörigenberatung, Praxisanleitung/ Mentoring, Weiterbildungszertifikate (Case Management, Pflegeberater)

Zugangsvoraussetzungen:

- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife,
- Rechtsgültiger Ausbildungsvertrag in Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Altenpfleger/in
- Beginn: Sommersemester – 6 Monate nach Ausbildungsbeginn
- Kosten: 185,- Euro pro Monat (Sem. 1-5), 305 Euro pro Monat (ab Sem. 6)
- Bewerbung: bis 10. Januar
- Struktur: Blendet Learning d.h. abwechselnd Präsensunterricht in der Schule und E- Learning- Anteile über ein Internetplattform

TEILZEITMODELL

Die Gründe, warum eine Teilzeitausbildung in Frage kommt, sind so vielfältig wie die Menschen selbst: Wunsch nach Berufstätigkeit, überhaupt erst jetzt die Möglichkeit den einen Beruf in der Pflege unter besseren familienfreundlicheren Arbeitszeiten zu erlernen. Verantwortung gegenüber jungen oder alten Familienmitgliedern, persönliche Präferenzen der Lebenszeitgestaltung oder anderes. Fakt ist: Das Teilzeitmodell der ZfG ist gefragt. Meist sind es lebensgereifte Menschen, die diesen Schritt bewusst gehen. Von Persönlichkeitsmerkmalen wie Erfahrung, Umsicht, Weitblick, sozialer Kompetenz und hoher Lernmotivation profitieren Schule und Ausbildungsbetriebe.

Das Konzept der ZfG, das den etwa 25 Teilzeit-Teilnehmern pro Jahrgang nach vier Jahren Ausbildung den identischen Abschluss ermöglicht wie die dreijährige Standardausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, steht unter dem Leitgedanken: Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten!

Konkret heißt das für den praktischen Teil

- Familienfreundliche Arbeitszeiten
- Urlaube sind den Schulferien weitgehend angepasst
- Wochenenddienst nur einmal monatlich
- Feiertagsregelung nach Absprache
- und für den theoretischen Teil:
- Fünf-Tage-Woche
- Unterrichtszeiten zwischen 8 und 13.15 Uhr
- Die Wochenenden sind unterrichtsfrei

Bei allem Entgegenkommen zeigt die Erfahrung, dass Teilzeitinteressenten – vor allem Alleinerziehende – trotzdem auch privat vieles durchdenken sollten. Eine sichere Kinderbetreuung, ein dichtes soziales Netz, auch mentale Unterstützung durch das persönliche Umfeld sind unabdingbar. Schließlich gilt es, Lernen, Arbeiten, Familienaufgaben und Ruhephasen zu koordinieren. Die Familienmitglieder müssen sich ebenfalls auf Rollenverschiebungen einstellen.

DIE ZFG IN ZAHLEN UND FAKTEN

Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard
Westfalenstraße 105, 48165 Münster
Telefon 02501 172751
E-Mail info@zfg-muenster.de
www.zfg-muenster.de

AUSBILDUNG

275 Ausbildungsplätze: GKP – Gesundheits- und Krankenpflege in Voll- und Teilzeit
60 Ausbildungsplätze: GKKP – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
25 Ausbildungsplätze: GKPA – Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz
75 Ausbildungsplätze: Altenpflege
15 Studienplätze: Pflege Bachelor of Science (B.Sc)

WEITERBILDUNGSANGEBOTE

(Abschluss einer pflegerischen Ausbildung vorausgesetzt)

- Chronic Care (auch während der Ausbildung zu besuchen)
- Leitung einer pflegerischen Einheit
- Praxisanleiterausbildung
- Arzneimittelschulung

Die Weiterbildungen sind sowohl durch die „RbP – Registrierung beruflich Pflegender GmbH“ als auch durch die Fachhochschulen akademisch anerkannt. Die Weiterbildung Praxisanleitung und Chronic Care sind mit Creditpoint hinterlegt.

EINSATZ VON MEDIEN

Zur Bearbeitung von Arbeitsaufträgen und für die Nutzung der Lernplattform ist ein Internetzugang im privaten Umfeld Voraussetzung für die Ausbildung. Durch das so genannte „E – Learning“ soll das selbstgesteuerte und selbstorganisierte Lernen gefördert werden mit dem Ziel, Medien sinnhaft zu nutzen und deren Inhalte zu verstehen, kritisch zu bewerten und kontextabhängig zu kommunizieren (laut Bundesministerium für Bildung, 2016)

BESONDERHEITEN

Tage religiöser Orientierung • Studienfahrten • Grundkurse: Basale Stimulation, Kinästhetik • Lernwerkstatt • Deutschunterricht • Lernentwicklungsgespräche (Regelmäßige Lernentwicklungsgespräche für jeden Auszubildenden mit einem Lernberater Lehrender der ZfG während der gesamten Ausbildung)

KOOPERATIONSPARTNER

- Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
- Missionsschwestern vom Hlst. Herzen Jesu Hiltrup
- Alexianer GmbH
- Clemenshospital] Ludgerus-Kliniken Münster GmbH
- Raphaelsklinik] Ludgerus-Kliniken Münster GmbH
- Christopheruskliniken Coelfeld
- FOM – Die Hochschule für Berufstätige
- Fachhochschule der Diakonie

Gregor Uphoff, Leiter der Zentralschule für Gesundheitsberufe St. Hildegard, und seine Stellvertreterin Regula Toellner, die uns sämtliche Informationen für den Beitrag zur Verfügung stellte und uns redaktionell unterstützte.

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	Heike Hänscheid, Klaudia Maleska, Dr. Mechthild Quernheim
Fotografie	Heike Hänscheid, Klaudia Maleska, MünsterView, Oliver Pohl, privat, St. Franziskus-Stiftung, shutterstock
Layout, Satz und Grafik	Livingpage® GmbH & Co. KG Münster www.livingpage.com
Druck	Griebsch & Rochol Druck

DIE NÄCHSTE AUSGABE
erscheint im April 2018

Ausgabe 38 | Januar 2018

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