Ausgabe 27 | April 2015

HERZSCHLAG

Magazin des Herz-Jesu-Krankenhauses | Münster-Hiltrup

27

Beckenbodenschwäche
Teil 1: Operative Therapie

Wer Tierbisse bagatellisiert riskiert dramatische Folgen

Die Pflegeanamnese sorgt für bestmögliche Unterstützung

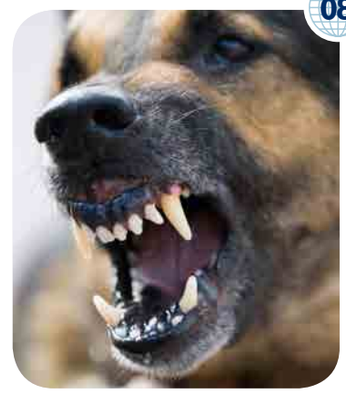
13

Neben all den vielen Handreichungen und Maßnahmen, die Gesundheits- und Krankheitspflegerinnen und -pfleger unentwegt für kranke Menschen tun, müssen sie noch eine Menge „Papierkram“ bewältigen. Neben der Pflegeanamnese gibt es noch die Pflegeplanung, den Pflegebericht und den Pflegeüberleitungsbogen, auch Pflegeverlegungsbericht genannt. Das ist alles andere als verstaubendes Aktenfutter, sondern kommt ganz praxisnah vor allem einem zugute: dem Patienten.

04

Frauen fällt es nicht leicht, über ihre Beckenbodenschwäche zu sprechen und damit den ersten entscheidenden Schritt zur Abhilfe zu tun. In Nepal gilt die Senkung schon fast als Volkskrankheit, und die Frauen dort würden hiesige Möglichkeiten und Strukturen als paradiesisch empfinden. Chefgynäkologe Dr. Zucker-Reimann war für die gemeinnützige Organisation INTERPLAST vor Ort und leistete für Patientinnen und Kollegen urogynäkologische Hilfe bzw. Wissensvermittlung.

08



In unserer Serie Handchirurgie appelliert Chefarzt Dr. Friedrich Georg Scherf, selbst kleinere Tierbisse ernst zu nehmen. Gefährlich ist, was man weder spürt noch sieht: das Eindringen der Keime. Falsches Heldentum ist fehl am Platze. Im schlimmsten Fall könnte es zu einer Blutvergiftung kommen.

EDITORIAL

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

die Reisezeit steht kurz bevor. Haben Sie schon Pläne oder gar bereits gebucht? Im Zusammenhang mit unserem Urlaub erscheinen uns ferne Länder wie ein Paradies. Vielleicht sind sie sonniger, oder sie reizen mit einer exotischen Kultur und einer naturnäheren Lebensweise, die uns im Alltag doch oft fehlt.

Wir werfen in dieser Ausgabe gleich zweimal einen Blick in ferne Kulturen. Und beide Male geht es um Unterstützung dort lebender Frauen. Abgesehen von der spannenden Lektüre von Dr. Zucker-Reimanns urogynäkologisches Engagement in einem nepalesischen Krankenhaus sowie von dem Wohn- und Betreuungsprojekt der Missionsschwestern in Papua Neuguinea kommt man nicht umhin, Lebensumstände zu vergleichen. Wenn man sieht, wie wenig andere Menschen zum Glücklichsein brauchen und wie hart ihr Alltag dabei ist, erscheint das eigene Besitzdenken und der Lebensstil in selbstverständlicher Hygiene und Wärme und bequemster Nahrungsverfügbarkeit doch zumindest Dankbarkeit wert. Vielleicht sind die Berichte auch Impulse, sich selbst zu engagieren, etwas abzugeben für andere von der eigenen Zeit und dem eigenen Überfluss. Was wäre da alles verzichtbar!

Anderes ist nicht verzichtbar, und wir möchten es auch nicht missen. Dazu gehört unsere Studiowelle, auf die wir besonders stolz sind. Das einzige Haus in Münster mit Krankenhausfunk. Lernen Sie den Mann der ersten Stunde und sein unermüdliches Engagement kennen. Die Münster-Nadel hat er mehr als verdient!

Wir wünschen auch Ihnen, dass Sie immer etwas haben, was Sie erfüllt.
Ihre

Klaudia Maleska

Klaudia Maleska

INHALT

03 BEMERKENSWERTES
News und Termine

04 TITELTHEMA GYNÄKOLOGIE
Netze stützen schwachen Beckenboden
Dr. Zucker-Reimann reist für INTERPLAST nach Nepal

08 SERIE HANDCHIRURGIE
Selbst ein kleiner Tierbiss
kann dramatische Folgen haben

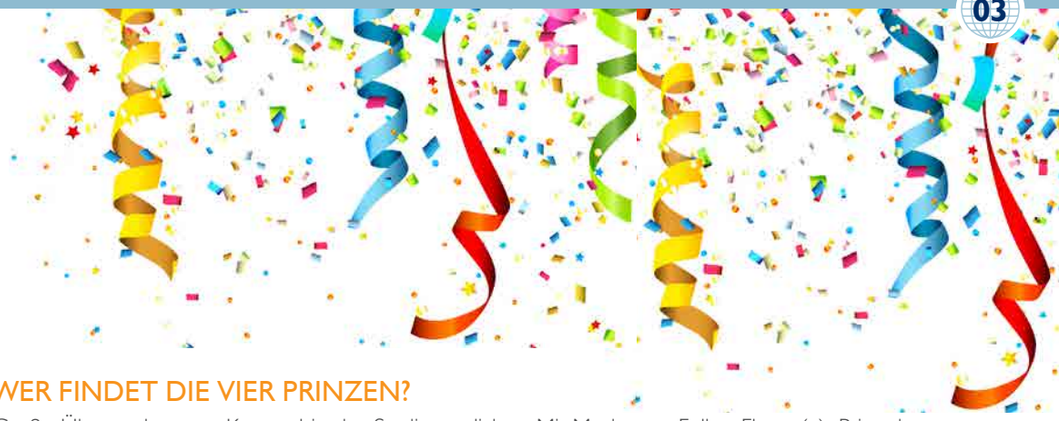
10 KALEIDOSKOP
Zwischen **Feuerwalze und Hilferufen**
Evakuierungsübung für den Ernstfall

13 PFLEGE
Pflegeanamnese: Positive Wirkung über den Krankenhausaufenthalt hinaus

15 TRÄGER NEWS
Betreuungsprojekt für Frauen und Kinder
in Papua Neuguinea

17 PORTRÄT
Hartmut Vogelsang

19 IMPRESSUM / KONTAKT



WER FINDET DIE VIER PRINZEN?

Große Überraschung zu Karneval in der Studiowelle. Prinz Paul I. kam in Zivil. Ganz entgegen der Tradition. Für das Foto bekam er Hilfestellung. Es sei ja eine Radiosendung, da müsse man nicht in vollem Prinzenkostüm kommen, hieß es. Recht hatte er, und der Karnevalsstimmung im Studio tat es keinen Abbruch. Zumal sich gleich vier Prinzen vor dem Mikrofon trafen, drei ehemalige und ein amtierender. Das ist schon etwas Außergewöhnliches. Mit Moderator Folker Flasse (r.), Prinz der Session 1988/89, Karlhans Düllberg (l.), dem Sturmprinzen von 1990, und Andreas Wissing (2.v.r.) von 2002 können die Tollitäten auf eine lange münstersche Karnevalsgeschichte zurückblicken. Begrüßt wurden die Gäste auch von Sr. Engelharda, ebenfalls im Studiowellen-Team, sowie von Chefarzt Dr. Anton Gillessen, seines Zeichens bekennender Vollblutkarnevalist.

DIE PANTALEON-„MAXIS“ BESUCHTEN DAS HILTRUPER KRANKENHAUS

Ganz schön großen Besuch hatten wir im März. Die „Maxis“ (also Schulkinder in spe) der Igel-, Bären- und Mäusegruppe der Katholischen Kindertagesstätte St. Pantaleon, Roxel, verdienen ihren Namen zu Recht. Vorbildlich aufmerksam, rücksichtsvoll und beinahe unhörbar kamen immerhin 17 junge Interessenten, um sich einmal umzuschauen. Mit Chirurgin Dr. Nicola Pöppelmann ging es quer durch die Abteilungen. So gab es jede Menge Fragen und Erklärungen in der Chirurgischen Ambulanz, beim Röntgen und sogar in der Endoskopie. Absolutes Highlight war aber das Bestaunen der Neugeborenen auf der Geburtsstation. Das Personal hatte sich auf den Besuch gefreut und Spannendes vorbereitet. In der Ambulanz wurden Herzschläge hörbar gemacht und gab es bunte Verbände. In der Radiologie wurde ein Spielhäschen geröngt, von der Geburtsstation gab es eine kleine Tasche mit Zubehör, und in der Endoskopie wurden witzige Fotos gemacht. Die Maxis ließen sich nicht lange bitten. Auch sie hatten Geschenke und überreichten allen Beteiligten eine süße Überraschung sowie sogar selbst gemalte Bilder mit Krankenhausmotiven.

AUSLOSUNG DER HILTRUPER GUTSCHEINE

Sr. Margret Grauthoff, msc, ließ sich trotz ihrer vielfältigen Aufgaben nicht lange bitten, noch eine zusätzliche zu erledigen: Sie übernahm kurzfristig den Posten der hauseigenen Glücksfee und zog die drei Gewinner der Hiltruper Gutscheine im Wert von jeweils 50 Euro. Da sich die Teilnehmer des Gewinnspiels anlässlich unserer 25. Ausgabe des Herzschlagmagazines sowohl per Mail als auch per Postkarte meldeten, haben wir zwecks Chancengleichheit bei der Ziehung alle Namen auf Zettel übertragen. Die beiden Gewinnerinnen und der Gewinner haben ihre Gutscheine per Post erhalten. Wir danken allen fürs Mitspielen und für die vielen positiven Kommentare zu unserem Heft.

Chefarzt Dr. Joachim Zucker-Reimann erklärt einer interessierten Patientin an einem Beispiel den Einsatz eines Netzes zur Behebung der Beckenbodensenkung.

Weniger **ist Mehr**

Beckenbodensenkung: Einsatz von kleinen Netzen stabilisiert Organsystem

Ein Tabuthema ist die Beckenbodensenkung erfreulicherweise nicht mehr. Obwohl es verständlicherweise vielen betroffenen Frauen immer noch schwer fällt, über die Probleme mit ihrem Unterleib zu reden. Doch wer die Scham beim Arzt überwindet und seine Beschwerden offen ausspricht, hat bereits den ersten Schritt auf dem Weg zu mehr Lebensqualität getan. Heute stehen sowohl konservative als auch operative Möglichkeiten zur Verfügung, um der Beckenbodensenkung Einhalt zu gebieten.

Aus der Fülle der Produkte muss der Fachmann mit Erfahrung, Wissen und Weitblick das Netz wählen, dass in Bezug auf Material, Struktur und Funktionalität für die jeweilige Patientin am besten geeignet ist.

„Ich habe schon von vielen Patientinnen den Satz gehört: ‚Hätte ich davon nur eher gewusst' wäre mir viel Leid erspart geblieben'", berichtet **Dr. Joachim Zucker-Reimann, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe** im Herz-Jesu-Krankenhaus. Denn die Probleme, die das Absenken von Gebärmutter, Harnblase oder Enddarm im Becken verursacht, können gravierend sein: Sie reichen von Schwierigkeiten bei der Blasen- und Darmentleerung über ein unangenehmes Druckgefühl oder Schmerzen im Unterbauch bis hin zu Blutungen und Geschwüren. Schlimmstenfalls treten auch Organe aus dem Körper heraus. Doch so weit muss es nicht kommen, wenn man rechtzeitig gegensteuert.

Jede dritte Frau macht im Laufe ihres Lebens unangenehme Bekanntschaft mit einer Bindegewebsschwäche. Sie kann auch den Beckenboden betreffen. Er hat im Körper eine im wahrsten Sinne des Wortes tragende Funktion: Muskulatur, Bänder und Bindegewebe sorgen dafür, dass Harnblase, Gebärmutter und Enddarm an ihrem anatomisch vorgesehenen Ort bleiben. Bei schwachem Bindegewebe und schlaffer Muskulatur kann es jedoch passieren, dass der Beckenboden unter dem Druck der Organe nachgibt und sich nach unten absenkt. Die Ursachen sind vielfältig: Geburten – vor allem von schweren Kindern –, anstrengende körperliche Arbeiten, Übergewicht und Erkrankungen wie Asthma oder eine chronische Bronchitis schwächen das Bindegewebe. Auch eine chronische Verstopfung, falsch erlernte Verhaltensweisen bei der Urin- und Stuhlentleerung sowie eine verkehrte Haltung und Belastung der unteren Wirbelsäule können eine Beckenbodensenkung begünstigen. Hinzu kommt, dass die Elastizität des Gewebes jenseits der Wechseljahre abnimmt.

Häufig reicht eine konservative Behandlung mit gezielten Übungen aus, um die Muskulatur des Beckenbodens zu stärken. Auch eine Elektrotherapie mit niederfrequentem Strom kann die Muskelgruppen anregen. Sitzungen auf dem Magnetstuhl helfen, Verspannungen verborgener Muskelgruppen zu lösen, oder machen bewusst, worauf spezielle Beckenbodenübungen abzielen. Manchmal hilft auch das Einlegen eines Pessars mit ergänzender Hormontherapie, ein Abrutschen der Organe zu verhindern. Erst wenn all diese Maßnahmen nicht greifen, muss man auch eine operative Therapie in Erwägung ziehen. Vor rund zehn Jahren haben die Gynäkologen damit begonnen, Netze zur Stabilisierung der Organe zu implantieren. „Diese Verfahren haben sich rasant ausgebreitet, weil sie vergleichsweise einfach und komplikationsarm durchzuführen waren", erzählt Zucker-Reimann. Und die Operateure konnten mit dieser Technik vor allem Patientinnen helfen,

In der nächsten Ausgabe von Herzschlag stellen wir Ihnen vor, mit welchen Übungen man den Beckenboden stärken kann. Dazu besuchen wir das Team der Physiotherapie im Herz-Jesu-Krankenhaus, das sich auf die Unterstützung von Frauen mit Beckenbodenschwäche spezialisiert hat.

bei denen noch wenige Jahre zuvor keine befriedigende Therapieoption bestand – jedenfalls keine, die nicht mit Funktionseinschränkungen einherging.

Heute zeichnet sich jedoch ein Paradigmenwechsel in der operativen Netz-Therapie ab: Während man vor kurzem die Netze noch großflächig einsetzte, verwendet man sie heute nur sehr sparsam. Salopp gesagt: Statt auf das Motto „Viel hilft viel" zu vertrauen (was in der Praxis leider mit zirka zehn Prozent Spätkomplikationen, insbesondere Arrosionen, also dem Durchwachsen des Netzes in die Blase/Scheide einherging), gilt nun die Devise „Weniger ist mehr". Das heißt: Man setzt jetzt nach einer genauen Analyse des Beckenbodens sehr kleine Netze gezielt an den Schwachstellen im Körper ein, etwa dort, wo viel Bindegewebe verloren gegangen ist oder die Muskulatur Defekte aufweist. Das Material haftet aufgrund seiner Rauigkeit am Gewebe. Die Operateure müssen also weder etwas verschrauben noch etwas antackern. Nur einige Nähte sind an strategischen Punkten des Beckenbodens erforderlich. „Der Clou bei dieser Technik ist, dass das Material quasi wie eine Rankhilfe funktioniert", erklärt der Chefarzt. „Innerhalb von sechs Wochen bildet sich um diese Kunststoffhilfe neues tragfähiges Bindegewebe. Das Netz stabilisiert damit von innen, weil es dem Körpergewebe Halt gibt."

Die Netz-Implantation hat sich besonders bei älteren Patientinnen bewährt. Jüngeren Frauen rät Zucker-Reimann eher zur Vorsicht. Und das aus gutem Grund: „Man muss einfach wissen, dass es noch keine Langzeitstudien darüber gibt, wie die Netze dauerhaft im Körper wirken. Denn die Technik ist noch relativ jung. Wenn wir davon ausgehen, dass diese Implantate bei jüngeren Frauen bis zu 40 Jahre im Körper verbleiben, können wir momentan keine seriöse Aussage darüber treffen, was sie dauerhaft bewirken, ob das Material also langfristig elastisch bleibt und zugleich seine Stützfunktion behält. Deshalb operieren wir mit dieser Technik in der Regel nur Frauen jenseits des 65. Lebensjahres und auch erst dann, wenn alle anderen Therapieoptionen ausgereizt sind."

Rund 200 Mal jährlich führt das erfahrene gynäkologische Team im Herz-Jesu-Krankenhaus neben den einfachen Eingriffen zur Behebung der Unterleibssenkung komplexe Beckenbodenoperationen durch. Mit gutem Erfolg. Rund sieben bis zehn Tage müssen die Patientinnen anschließend im Krankenhaus bleiben und sich danach sechs Wochen schonen. Extreme körperliche Belastung sollte auch danach tabu sein. Empfehlenswert ist hingegen nach dem Eingriff eine spezielle Gymnastik, die den Beckenboden weiter stabilisiert. Für viele Patientinnen endet nach erfolgreich verlaufendem Heilungsprozess eine lange Zeit des Leidens. Und ein Leben, das endlich wieder beschwerdefrei ist, kann beginnen. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

„Nadel und Faden reichen"

Dr. Joachim Zucker-Reimann war im Auftrag von INTERPLAST in Nepal als Operateur und Ausbilder tätig

Ende Januar brach Dr. Joachim Zucker-Reimann, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Herz-Jesu-Krankenhaus, gemeinsam mit einer gynäkologischen Oberärztin sowie einer Anästhesistin und einer Physiotherapeutin im Auftrag von INTERPLAST-Germany zu einem dreiwöchigen Aufenthalt nach Nepal auf. Die Aufgabe des Teams: die plastische Beckenboden- und Inkontinenzchirurgie im Sushma Koirala Memorial Hospital weiter aufzubauen und die Mediziner vor Ort zu qualifizieren. Wir sprachen mit ihm über seine Arbeit und seine Eindrücke.

Wie kam es zur Zusammenarbeit mit INTERPLAST?

Vor gut einem Jahr begann INTERPLAST, im nepalesischen Krankenhaus in Sankhu eine plastische gynäkologische Chirurgie aufzubauen, und bat den urogynäkologischen Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie um Unterstützung. Hier haben sich nun Teams von versierten Operateuren gefunden, die das ganze Jahr über für die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen sorgen und parallel dazu die Ausbildung der einheimischen Mediziner vorantreiben wollen. Für dieses Ziel haben wir inzwischen auch die „Deutsch-Nepalesische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe" (DNGGG) gegründet. Sie soll die Verzahnung mit den beiden großen Kliniken des Landes sicherstellen und künftig als Rekrutierungsbasis für plastisch operierende Gynäkologen dienen.

Dr. Joachim Zucker-Reimann – hier als „Dr. Joe" – mit Patientinnen vor dem Eingang des Shusma Koirala Memorial Hospital Sankhu.

Was hat Sie bewogen, an dem Projekt teilzunehmen?
Seit unsere beiden Kinder aus dem Haus sind, haben meine Frau und ich uns vorgenommen, uns vermehrt in gemeinnützigen Projekten zu engagieren. Die Reise nach Nepal war eine gute Gelegenheit, während eines vergleichsweise kurzen Aufenthalts sinnvolle Unterstützung zu leisten: Zum einen konnte ich betroffenen Frauen unmittelbar helfen; zum anderen war ich als Multiplikator für die Ausbildung der Kollegen vor Ort tätig. Mich persönlich reizte es außerdem, nach über 30 Jahren Nepal wieder zu besuchen und zu erleben, wie sich das Land, aber auch das Krankenhauswesen entwickelt hat.

Die Ursachen für Unterleibssenkungen sind täglich allgegenwärtig und gehören zum Straßenbild: Die Frauen leisten schwere körperliche Arbeit.

Sind viele Frauen in Nepal von Inkontinenz und Senkungsbeschwerden betroffen?
Ja, Interplast selbst spricht sogar vom Ausmaß einer Volkskrankheit, was Unterleibssenkungen und Geburtsverletzungen anbelangt. Das hat vor allem mit der Lebenssituation von Frauen in dem Land zu tun: Häufige Schwangerschaften schon in jungen Jahren, schwere Geburten ohne anschließende Schonung im Wochenbett und vor allem die harte körperliche Arbeit auf den Feldern, bei der kaum technische Hilfsmittel die Tätigkeit erleichtern, beanspruchen das Bindegewebe. Mitunter tragen die Frauen über weite Strecken Lasten von 50 bis 60 Kilogramm. Wenn sie erkranken, hat dies gravierende finanzielle Auswirkungen auf die ohnehin sehr armen Familien: Denn die oft jungen Frauen fallen dann als Versorgerinnen der Kinder und Alten aus. Das Leiden geht mit immensen körperlichen Einschränkungen einher: Betroffene Frauen können sich nur unter großen Schmerzen fortbewegen, leiden an Harn- und Stuhlverhalt und an beständigen Entzündungen. Wenn sich Nierenbecken und Bauchfell entzünden, kann dies auch zu Sepsis und Tod führen.

Wie erfahren die Patientinnen von der Möglichkeit, sich in Sankhu kostenlos behandeln zu lassen?
Wir sind zunächst, wie auch die Teams zuvor, in umliegende Dörfer und kleine Städte gefahren, um den Frauen dort Untersuchungen anzubieten und OP-Indikationen zu stellen. Unsere Ankunft wurde zuvor in der Region angekündigt, zum Beispiel über Gesundheitskomitees, die Gesundheitsposten, Frauenverbände oder auch das Radio. Einige Frauen, denen unsere Vorgänger-Teams bereits zum Eingriff geraten haben, sind dann von uns gemeinsam mit den nepalesischen Kollegen operiert worden.

Welche Operationen haben Sie vor Ort durchgeführt? Wie vielen Frauen konnten Sie helfen?
An zehn Operationstagen haben wir 29 Frauen operiert. Sie litten zumeist an fortgeschrittenen Unterleibssenkungen, starken Blutungen aufgrund einer durch Myome stark vergrößerten Gebärmutter oder großen gutartigen Tumoren.

Unter welchen Bedingungen haben Sie gearbeitet?
Der OP im Krankenhaus von Sankhu hat eine gute Basisausstattung. Und der Vorteil der meisten gynäkologischen Eingriffe ist, dass dafür kein großes technisches Equipment erforderlich ist. Uns reichen in der Regel Nadel und Faden für die Eingriffe. Allerdings haben wir auch endoskopische Eingriffe mit einem guten Instrumentarium auf hohem Niveau durchgeführt. Die Kosten für eine Operation im gynäkologischen Fachgebiet belaufen sich zwischen 80 und 90 Euro, die aus Spendengeldern finanziert werden. Da die Patientinnen und Patienten, die in dem Krankenhaus behandelt werden, von ihren Familien versorgt werden, entstehen keine weiteren Verpflegungskosten. Die Angehörigen schlafen in den Sechsbettzimmern auf Matten unter oder neben den Krankenbetten. Nachts lagen die Temperaturen in den ungeheizten Zimmern um fünf Grad.

Wie klappte es mit der Verständigung?
Neben Krankenschwestern oder Arzthelferinnen, die Nepali/Newari/Tamang ins Englische übersetzten, habe ich einen Basiswortschatz von ungefähr 200 Worten Nepali erlernt, sodass ich selbstständig Untersuchungen durchführen und Antworten auf Ja-Nein-Fragen verstehen konnte.

Mit welchen Eindrücken sind Sie zurückgekehrt? Was hat Sie besonders beeindruckt?
Am Schönsten war für mich die Erfahrung, dass man auch unter einfachen Bedingungen gute Medizin bieten kann und auch dann Operationen möglich sind, wenn keine Hilfsmittel wie Labor, Röntgen, EKG oder Ultraschall zur Verfügung stehen. Um zu heilen, bedarf es also nicht immer eines großen technischen Equipments. Viel wichtiger sind ein fundiertes Wissen, eine gründliche körperliche Untersuchung der Frauen sowie die Bereitschaft, mit allen Sinnen die Patientinnen als Leib-Seele-Einheit wahrzunehmen. Nachhaltig beeindruckt hat es mich, mit den einfachen Bäuerinnen aus dem Gebirge in unmittelbaren Kontakt zu treten, mit ihnen eine zwar wortarme, aber dennoch auch spirituelle Arzt-Patienten-Bindung aufzubauen und am Ende der Behandlung große Dankbarkeit zu erfahren.

Was nehmen Sie mit in Ihren Alltag im Krankenhaus?
Ganz sicher die Einsicht: Weniger ist mehr. Denn wenn der Heilungsprozess der Patientinnen in Nepal komplikationslos verlief, konnte ich die Zeit, die ich sonst für administrative Aufgaben aufwende – wie etwa externe Qualitätssicherung, Eingabe von Diagnose- und Operationsschlüsseln im Computer, forensisch sichere OP-Berichte, DRG-Berechnung, Erfassung nosokomialer Infektion, Dokumentation jedes Pflasterwechsels, zahlreiche in Leitlinien vorgegebenen Routinekontrollen – ganz den Patientinnen widmen. Vor allem aber empfinde ich eine große Dankbarkeit für die guten Gegebenheiten in meiner Abteilung, sowohl im OP als auch auf der Station – selbst wenn es „nur“ eine heiße Dusche oder eine saubere Toilette ist.

Wird es eine Fortsetzung Ihres Engagements geben?
Ja, und zwar auf drei Ebenen: finanziell unterstützend, beratend und auch praktisch vor Ort.

Operierte Patienten nutzen die Sonnenstunden und lagern im Krankenhaushof, um sich zu wärmen. Nachts herrschen in den ungeheizten Zimmern gerade einmal Temperaturen von 5 Grad Celsius.

So sehen glückliche Patientinnen aus, die nach der Operation endlich ein Leben ohne ihre massiven Unterleibsbeschwerden führen können.

HINTERGRUND

NEPAL

Das südasiatische Nepal grenzt im Norden an Tibet und im Süden an Indien. Auf einer Fläche von 147.181 Quadratkilometern (zum Vergleich: NRW hat 34.084 Quadratkilometer) wohnen knapp 28 Millionen Menschen. Nepal ist ein faszinierendes Land: verschiedene Klimazonen, eine einzigartige Kultur und das gewaltige Himalaya-Massiv mit seinen vielen, über 8.000 Meter hohen Bergen sind ein Anziehungsmagnet – vor allem für Trekkingtouristen und Bergsteiger. Jährlich versuchen Hunderte Menschen, das „Dach der Welt" zu erklimmen: den Mount Everest, der mit 8.848 Metern der höchste Berg der Erde ist.

So reich das Land an Natur- und Kulturschönheiten ist, so arm sind seine überwiegend bäuerlichen Bewohner: Rund ein Drittel der zu 80 Prozent hinduistischen Bevölkerung lebt unterhalb der Armutsgrenze. Unterernährung, eine hohe Kindersterblichkeit, Kinderarbeit und eine große Zahl an Analphabeten sind die Folge. Es fehlt an Investitionen im Verkehrssektor, im Schul- und Gesundheitswesen.

GESUNDHEITSWESEN

Die meisten Menschen sind zu arm, um sich eine medizinische Behandlung leisten zu können, denn eine Krankenversicherung existiert nicht. Hinzu kommt, dass es auf dem Land und in den abgelegenen Gebieten kaum ausgebildete Mediziner gibt, denn der überwiegende Teil der Ärzte (rund 60 Prozent) arbeitet in der Hauptstadt Kathmandu. Zwar gibt es inzwischen auch in kleinen Städten in so genannten Gesundheitsstationen eine einfache internistische und chirurgische Grundversorgung, die kostenfrei ist; doch für die Menschen, die in den Bergregionen oder in ländlichen Gebieten leben, sind die Stationen nur schwer zu erreichen. Wer eine Krankenhausbehandlung benötigt, muss oft eine mehrtägige, beschwerliche Reise unternehmen, um in das nächstgelegene Hospital zu gelangen. Im ganzen Land existieren nur etwa 120 Krankenhäuser. Ein Arzt in Nepal hat rund 4.800 Patienten zu versorgen (Quelle: SKM Hospital Nepal, Interplast Germany e.V.). Weil der größte Teil der Kranken die Behandlung in einer Klinik oder durch einen Facharzt nicht bezahlen kann, wenden sich die meisten bei gesundheitlichen Problemen an die heiltätigen Schamanen in ihrer Region.

INTERPLAST

Die Mitglieder von INTERPLAST-Germany e.V. führen unentgeltlich plastisch-chirurgische Operationen in Entwicklungsländern durch. Behandelt werden Patienten, die unter gravierenden Fehlbildungen, Verbrennungen, großen gutartigen Tumoren oder Defekten durch Unfälle bzw. Kriegsfolgen leiden. Die Operationsteams aus Deutschland nutzen ihren Jahresurlaub, um arme Menschen zu behandeln, die sich diese Spezialoperationen nicht leisten können und denen ohne die chirurgische Hilfe der Tod oder ein Leben im sozialen Abseits droht. Zugleich versteht INTERPLAST seinen Einsatz auch als „Hilfe zur Selbsthilfe", denn die Organisation bildet einheimische Ärzte zu plastischen Chirurgen aus. Ziel ist es, Ärzte und Pflegekräfte vor Ort so zu qualifizieren, dass sie diese Eingriffe künftig eigenverantwortlich durchführen können. Jedes Team, das von INTERPLAST entsandt wird, finanziert sich und seine Arbeit selbst und zahlt Flugkosten, Unterkunft und Verpflegung aus eigener Tasche. Entstehende Sachkosten werden durch Spendengelder und den Jahresbeitrag der Mitglieder gedeckt. | **Weitere Infos unter: www.interplast-germany.de**

DAS KRANKENHAUS

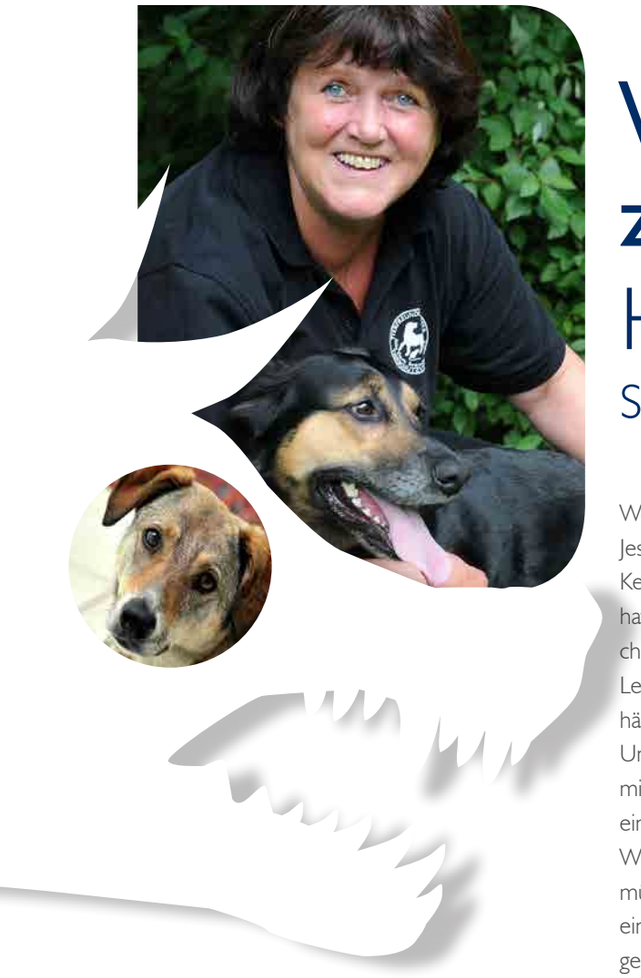
Seit 1997 ist INTERPLAST in Nepal aktiv. Das Krankenhaus Sushma Koirala Memorial Hospital befindet sich in Sankhu und liegt rund 20 Kilometer nordöstlich der Hauptstadt Kathmandu. Aus bescheidenen Anfängen mit acht Betten hat sich dort inzwischen eine gut funktionierende und auf hohem Niveau arbeitende Spezialklinik für Plastische Chirurgie mit 50 Betten und rund 56 einheimischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt. Obwohl die medizinische, pflegerische und verwaltungstechnische Leitung inzwischen in nepalesische Hände übergegangen ist, wird das Haus nach wie vor zu 80 Prozent aus Spenden von INTERPLAST finanziert.

Von Anfang an verfuhr INTERPLAST zweigleisig: Zum einen reisten kontinuierlich erfahrene Mediziner und Pflegekräfte nach Nepal, um vor Ort die einheimischen Kräfte mit modernen operativen Behandlungsmethoden vertraut zu machen. Zum anderen sorgt INTERPLAST für eine fundierte Aus- und Weiterbildung (zum Teil auch im Ausland) der Mediziner, Pflegekräfte und Verwaltungsmitarbeiter. Im Gegenzug verpflichten sich die Krankenhausmitarbeiter, nach Abschluss ihrer jeweiligen Studiengänge und Facharztausbildungen noch mehrere Jahre im Krankenhaus zu bleiben. Denn nur so kann das Know-how vor Ort gehalten und eine nachhaltige Entwicklung gewährleistet werden. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

Wenn Sie die Arbeit von INTERPLAST im nepalesischen Krankenhaus unterstützen möchten, dann können Sie dies gerne mit einer Spende tun.

Empfänger: DNGGG/ Interplast
Volksbank Dinslaken
IBAN: DE68 35261248 0100702010
BIC: GENODED1DLK

Wurde in Sekunden von der Spaziergängerin zum Hand-Notfall: Tierfreundin Ruth M. mit ihrer Hündin Kessy. Ihr Tierheimhund Santana (kleines Bild unten) geriet durch einen unglücklichen Zwischenfall zum Übeltäter wider Willen.



Wenn Bello und Mieze zuschnappen, ist falsches Heldentum fehl am Platze

Schon ein kleiner Biss kann dramatische Folgen haben

Wer denkt schon daran, dass ein in der Natur begonnener Spaziergang in der Ambulanz des Herz-Jesu-Krankenhauses enden könnte? Sicher auch Ruth M. nicht, als sie sich mit ihren beiden Hunden Kessy und Santana auf den Weg machte. Als Mitglied der Tierfreunde Münster – Tierschutzverein e.V. hatte Ruth M. Santana kürzlich erst aus dem vereinseigenen Tierheim zu sich geholt. „Er ist noch unsicher und reagiert in Stresssituationen mit Flucht“, erklärt seine Besitzerin, „deshalb hatte ich mir die Leine zweimal um die Hand gewickelt.“ Genau diese Vorsichtsmaßnahme wurde ihr dann zum Verhängnis.

Und so erhielten die betroffenen Vereinskollegen am frühen Abend telefonisch Nachricht: „Santana hat mich mehrfach in die Hand gebissen. Ich habe noch nie so geblutet. Passanten haben mir provisorisch einen Druckverband gemacht. Jetzt bin ich in der chirurgischen Ambulanz im Hiltruper Krankenhaus.“ Wie das passiert sei, wollte man dort wissen. Bei einem fremden, aus dem Wald schießenden Hund müsse man nämlich immer auch an Tollwutgefahr denken. „Meine Hunde und ich sind von dem Hund eines anderen Halters aggressiv bedrängt worden“, schildert die Patientin den Vorfall, „In dem Gemenge fiel ich auf Santana. Der wollte fliehen und versuchte verzweifelt, die Leine durchzubeißen.“ Wir erinnern uns: Die war zweimal um die Hand gewickelt ...

„Tollwut – nein“, sagt M. und hat ihren Humor wiedergefunden: „Höchstens ganz doll Wut auf den Radfahrer, der mit seinem pöbelnden Hund dann einfach weiterfuhr, ohne Verantwortung zu übernehmen.“

SCHLIMMER ALS DER SCHMERZ: EINDRINGENDE KEIME

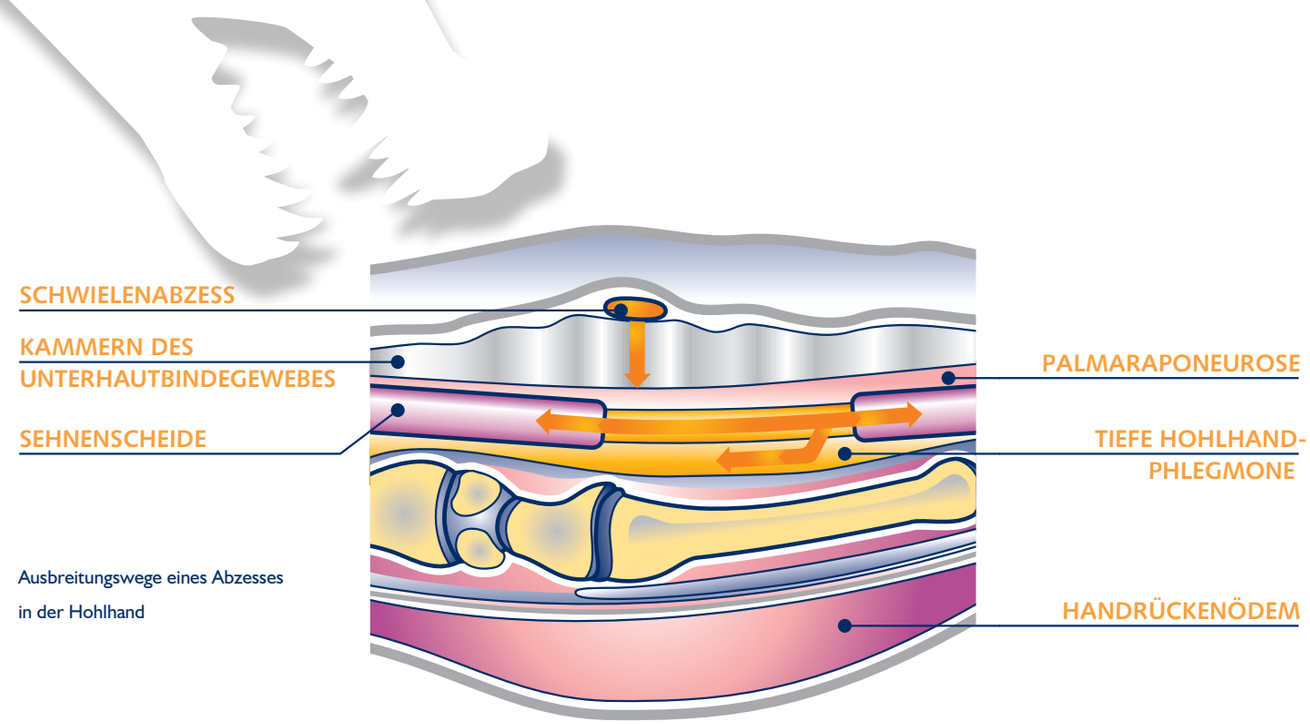
Schlimmer Schreck, schlimmer Schmerz – aber noch schlimmer ist das, was man weder fühlt noch sieht: die eindringenden Keime. **Dr. Friedrich Georg Scherf, Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie,** warnt: „Selbst einen kleineren Tierbiss sollte man tunlichst nicht unterschätzen und bagatellisieren. Von oberflächlich kleinen Wunden darf man sich nicht täuschen lassen. Das sagt nichts über die Tiefe des Bisses und das Eindringen der Bakterien aus. Wir haben hier schon dramatische Krankheitsverläufe erlebt.“ Wenn es sich also wirklich nicht lediglich um einen oberflächlichen Riss in der Haut handelt, ist falsches Heldentum fehl am Platze. Im schlimmsten Fall könnte es zu einer Blutvergiftung kommen.

Chirurg Sebastian Klingebiel kontrolliert die Entwicklung und entscheidet zu diesem Zeitpunkt, dass die Nähte noch eine Weile drin bleiben müssen.

TETANUSSCHUTZ GREIFT NICHT

Wer denkt: „Kann nicht passieren, ich bin gegen Tetanus geimpft“, unterliegt einem Irrtum. Diese Impfung verschafft bei Tierbissen keinen Vorteil. Die schützt wirklich nur gegen den Tetanuserreger, der eher im Boden vorkommt. „Die Mundhöhlen von Hund oder Katze sind mit einem ganz bestimmten Keimspektrum besiedelt“, erklärt Scherf, „mit dem wir sonst nirgends in Kontakt kommen. Deshalb

Deshalb wird die verletzte Hand von Pflegerin Julia Dlugosch in der Ambulanz wieder sorgfältig geschient und verbunden.



Ausbreitungswege eines Abzesses in der Hohlhand

haben wir auch keine Abwehrkräfte dagegen entwickelt. Um einer Sepsis erfolgreich zu begegnen, müssen ganz bestimmte Antibiotika-Kombinationen verabreicht werden."

Ob die auch anschlagen, wird natürlich geprüft, deshalb sitzt Ruth M. direkt am nächsten Morgen wieder zur Kontrolle in der Ambulanz. Nach Abnehmen des Verbands zeigt sich: Es sieht nicht gut aus. Die Hand schwillt, die Wunden sind gerötet. Der Schmerz pocht. Minuten später erfahren die Vereinskollegen, dass Santana erst einmal wieder zurück zu ihnen ins Tierheim an der Kötterstraße kommt. „Ich werde heute noch operiert und darf gar nicht erst wieder nach Hause", lautet Ruth M.s Botschaft. Operation? Eine Entzündung kann man doch nicht herausoperieren?

WANN WIRD OPERIERT?

„Der erste Schritt ist tatsächlich die gründliche Wunddesinfektion. Die Wunden bleiben dabei auch offen, weil man eine etwaige Verkeimung nicht noch verschließen will. Die Wunde soll von unten ausheilen", sagt Scherf. „Nun muss man aber wissen, dass das Fettgewebe der Hand-Unterseite eine Wabenstruktur aufweist, die den Waben im Bienenstock ganz ähnlich ist. Das sorgt für besondere Festigkeit, ist aber bei solchen Unfällen auch schlecht erreichbar für ein Antibiotikum. Operiert wird also, weil wir das tief entzündete Gewebe frühzeitig aufschneiden, um direkt vor Ort die Keime auszuspülen und z. B. auch zu kontrollieren, ob in den Sehnenscheiden alles sauber ist. Nur nach dem Ausschneiden wird übrigens auch eine Naht gesetzt." Warum die Patientin gar nicht erst wieder nach Hause gelassen wurde, macht Scherf eindringlich klar: „Ist die Entzündung so tief, dass sie Kontakt zu den Beugesehnen hat, kann sich der Infekt auf diesen Straßen in der Hand blitzschnell fächerförmig ausweiten und eine dramatische Entwicklung nehmen." Noch deutlicher: Bei Nichtbehandlung käme es zur Ausbreitung der Bakterien in die Lymphbahnen bis zur Achsel, von dort zum Kontakt mit den Blutbahnen. Es folgt mit Schüttelfrost und Fieber eine Blutvergiftung.

Ruth M. hatte Glück im Unglück, dass diese zahlreichen Bissverletzungen keine komplizierteren Folgen hatten.

So findet sich Patientin M. also nach dem Aufwachen aus der Narkose mit unter dem Verband befindlichen Röhrchen wieder (damit die Wundflüssigkeit weiter austreten kann) und einem Antibiotika-Tropf. Und mit Sehnsucht nach dem verschreckten Santana, und das sei schließlich schlimmer, sagt sie mit tapferem Lächeln.

Sie hat bei allem wirklich noch Glück gehabt. „Es gibt Patienten, bei denen müssen wir zwei-, dreimal nachoperieren, um alle Keimnester zu entfernen", erklärt Scherf. Auch aus anderen Gründen wird operiert. „Das Gebiss des Hundes macht größere Gewebedefekte an Fleisch, Muskeln, Sehnen. Das Gebiss der Katze kann mit seiner spitzen Schärfe auch durch Knochen gehen", führt der Chirurg aus. So muss der Operateur gegebenenfalls auch für zerbissene oder durch den Infekt zerfranste Sehnen Lösungen finden. „Da gibt es sehr schwere Fälle", bekundet Scherf, „manchmal muss man Sehnen halt umlagern oder andere Sehnen zu der Stelle hinführen." Bei einem langwierigen Heilungsverlauf bis zur Jahresfrist kommt natürlich noch die Lästigkeit der Einschränkung in Beruf und Alltag dazu.

Bei Ruth M. sind die Fäden mittlerweile gezogen, und die Tierfreunde Münster haben ihr ihren Santana längst wieder ausgehändigt. „Ergo- oder Physiotherapie muss ich noch machen", erzählt sie im Tierheim. Gelenke nehmen Ruhigstellung nämlich arg übel, versteifen schnell. Deshalb wird beim Verband eine Schutzhaltungstechnik für Beugegelenke angewendet. „Och, so Trainingsgeräte haben wir hier auch genug", meint jemand mit Blick auf Schaufel, Eimer, Schwamm und Näpfe. Demnächst wieder. Ruth M. winkt lachend ab und begibt sich mit Kessy und Santana nun erstmal auf einen erholsamen Spaziergang.

| KLAUDIA MALESKA

Evakuierung zwischen Feuerwalze und Hilferufen

Praxisnahe Fortbildung für den Ernstfall stieß auf positive Resonanz

Man sieht Sr. Ursula Hannay die große Not des Zwiespaltes an. Sie hat die Hand auf der Klinke zu einem Stationszimmer und sagt: „Die Patienten stehen bei mir immer an erster Stelle. Mein erster Impuls ist, da jetzt hinein zu gehen.“ Timon Beuers, Fachkraft für Arbeitssicherheit, antwortet ruhig, aber bestimmt: „Und genau das dürfen Sie in dieser Situation nicht tun. Damit helfen Sie niemandem mehr. Im Gegenteil: Sie bringen sich und andere noch in Gefahr.“

Zu Beginn der praktischen Übung führt Timon Beuers (3. v. l.) in die Übungssituation ein. Die Teilnehmer sind gespannt, was da gleich auf sie zukommt.

Stationsleiter Christian Peters demonstriert, wie man im Brandfall die Tür öffnet und sich vor einer möglichen Feuerwalze schützt.

Handeln – mit einem Höchstmaß an Sorgfalt und Schnelligkeit zugleich.

Um welche Ausnahmesituation es sich da im Herz-Jesu-Krankenhaus handelte, war jedem klar. Es brannte. Rauch quoll massiv unter der aufgeheizten Tür hervor auf den Flur. Im Szenario war auch kein Laut mehr von Patienten zu hören. „Und wenn das alles der Fall ist, so Beuers, muss man davon ausgehen, dass niemand in dem Raum die Brandgasvergiftung überlebt hat. Alles, was man jetzt noch tun kann, ist feuchte Tücher vor den Türspalt legen, um Ausbreitung der Gase zu verhindern."

REALISTISCHES SZENARIO

Bei diesem „Ernstfall" handelte es sich aber erfreulicherweise lediglich um eine Übungssimulation im Rahmen der Fortbildung „Evakuierung" für Stationsleitungen. Für den Rauchersatz sorgte eine Nebelmaschine. Alle Teilnehmer zeigten sich beeindruckt davon, wie sehr sich doch die theoretische Vorstellung eines Brandfalls von der Realität unterscheidet. Beim Anblick der wallenden Schwaden wurden Atemnot, die komplett fehlende Sicht und sogar das Gefühl von Hitze geradezu greifbar. Aber lassen wir die Stationsleiterinnen und Stationsleiter an dieser Stelle des Szenarios einfach einmal stehen und schauen nach, was vorab im theoretischen Teil der Schulung besprochen wurde.

Evakuierungen sind ja nun nicht an der Tagesordnung. Als etwaige Gründe für solch eine im Krankenhaus höchst aufwändige Maßnahme nannte Beuers etwa einen Brand, eine Explosion oder auch Bombendrohungen, Amoklauf / Überfall, Unfall mit giftigen Substanzen sowie massive technische Ausfälle. Allein beim Fund einer Fliegerbombe sei die Evakuierung geplant und könne gelassener vonstatten gehen. In allen anderen Fällen heißt es: Handeln – mit einem Höchstmaß an Sorgfalt und Schnelligkeit zugleich.

BETTENCHAOS VERHINDERN

„Nehmen wir den klassischen Brandfall", sagte Beuers, „weiß jemand, wie man evakuiert?" Keine Frage, das war aus vorigen Brandschutzschulungen gut bekannt. Richtig, wenn im eigenen Brandabschnitt Feuer ausbricht, ist das wichtigste Prinzip die Querevakuierung in den nächsten Brandabschnitt. Für Außenstehende sei hinzugefügt, dass ein Brandabschnitt jeweils der – maximal 35 m lange – Raumbereich zwischen zwei Brandschutztüren ist. So würde man auf einer Station Patienten einfach auf demselben Flur hinter die nächste Brandschutztür in den nicht brennenden Teil des Flures bringen. So wie es den Patienten zuzumuten ist, sollte das möglichst zu Fuß oder per Rollstuhl geschehen. Ein Großaufkommen an verkeilten Betten auf den engen Fluren würde die Sicherheitsbemühungen eher konterkarieren. „Im Zweifelsfall bekommt man einen Patienten auch auf dem Oberbett oder dem Bettlaken schnell in Sicherheit gezogen", informierte Beuers.

EINSATZKRÄFTE ÜBERNEHMEN DAS KOMMANDO

Was auch noch aus den regelmäßigen Brandschutzschulungen bekannt war: In dem Moment, in dem Polizei und/oder Feuerwehr wegen des Vorfalls das Krankenhaus erreichen, übernehmen sie das Hausrecht und man muss ihren Anweisungen Folge leisten. „Erst auf eine solche Anweisung hin würde man weiter querverlegen", so Beuers, „etwa wenn ein Löschschlauch durch die Brandschutztür geführt werden muss und diese dann nicht mehr schließt." Auch eine notwendige vertikale Evakuierung durch den Flur oder gar mit Aufzügen würde allein von der Feuerwehr vorbereitet und auf Anweisung durchgeführt.

Viel Theorie, aber mitzuschreiben brauchte niemand. Jede Einzelheit und sämtliche Abläufe sind akribisch aufgelistet und stehen im Intranet zur ständigen Einsicht zur Verfügung.

„Übungspatientin" Johanna Bentler wird per Bettdecke aus dem Zimmer gerettet. Und zum Beweis, dass dieses Verfahren erstaunlich gut funktioniert, ...

... wird auf dem Flur mit wechselnden Retter- und Patientenrollen weitergeübt.

Diese Maske kommt zum Einsatz, wenn der Patient vor Brandgasen geschützt werden muss. Sie ist mit wenigen Handgriffen angelegt.

Höchste Zeit, wieder zurückzukehren zur praktischen Evakuierungsübung. Schau an, **Stationsleiter Christian Peters** weiß noch genau, wie man ein Zimmer, in dem man ein Feuer vermutet, richtig öffnet. Um einer Feuerwalze zu entgehen, die beim Öffnen der Tür durch die plötzliche Sauerstoffzufuhr entsteht, hockt er seitlich neben der Tür an der Wand und drückt die Klinke mit langem Arm herunter. So lange nämlich der Rauch nicht wie eingangs beschrieben unter der Tür hervorquillt oder noch Lebenszeichen zu vernehmen sind, ist Rettung möglich. Also wurde geübt, und da durfte bei allem Ernst zwischendurch auch einmal gefrotzelt und gelacht werden.

WIE RETTET MAN PATIENTEN?

„Lieblingsschauspielerin" für die Patientenrolle war schnell **Stationsleiterin Johanna Bentler**. „So ein Leichtgewicht", schmunzelte die Kollegentruppe, „kann man ja zur Not über die Schulter werfen und hinaustragen." - „Okay", lachte der Fortbildungsleiter mit, „aber was machen Sie mit einer deutlich schwereren Person?" Bei aller Anleitung musste auch improvisiert werden.

Monika Zimmermann hat hier gut lachen, wird sie doch auf höchst angenehme Art mit dem Transporttuch in Sicherheit gebracht.

„Wer will als nächster ins Zimmer?" Die Evakuierung auch schwerer Patienten mittels Herausschleifen auf dem Oberbett schien zunächst einfach. Aber wie bekommt man sie verletzungsfrei vom hohen Bett auf den Boden? Und gäbe es auch die Möglichkeit, doch das Bett mit hinauszuschieben und einfach zwei Patienten gleichzeitig hineinzulegen? – „Sofern man im Zimmer überhaupt etwas sieht", warf ein anderer „Retter" ein. „Ist ja alles verraucht, da muss man tasten. Und die Luft hält man wohl auch besser an." Immer auch an die eigene Sicherheit denken, mahnte Beuers an. „Rauchgase können auch durch die Haut aufgenommen werden. Man sollte also die Situation möglichst schnell erfassen und handeln."

An „Patientin" **Beate Sietmann** wurde dann die in einigen Fällen einzusetzende Fluchthaube demonstriert. „Das schützt während des Transports vor dem Einatmen giftiger Gase", erklärte Beuers. Sietmann kommentierte mit Augenzwinkern: „Wird wohl, ich kriege nämlich kaum Luft." Aber der Übungsleiter fiel auf diese humorvolle „Falschmeldung" nicht herein.

SO EINFACH UND SO PRAKTIKABEL

Ebenfalls geübt wurde der Einsatz eines mit Griffen versehenen Transporttuchs, das unter die Matratze gelegt wird. „Das ist eigentlich eher Ergänzungswissen, was es so alles für Hilfsmittel zur Rettung gibt", erklärte Beuers. „Wir haben im Krankenhaus diese Tücher nicht im Gebrauch, aber es gibt Senioreneinrichtungen, in denen diese Tücher standardmäßig für den Bedarf unter den Matratzen liegen." Die Übungsteilnehmer waren begeistert von dieser ebenso einfachen wie effektiven Maßnahme und schleiften sich – für Patienten und Retter gleichermaßen bequem – gegenseitig über die Treppen „in Sicherheit".

Resümee der Nachbesprechung: Die Stationsleitungen waren einhellig der Meinung, dass man das selbst einmal geübt haben muss, um versiert für die Evakuierung zu werden. Anleitung im Ernstfall käme dem nicht gleich. „Ich möchte, dass meine Leute das auch beherrschen", lautete der allgemeine Wunsch an den Fortbildungsleiter. Beuers selbst sagt: „Ich habe während der praktischen Übung auch noch etliche Impulse für die Weiterentwicklung der Fortbildung bekommen und freue mich schon auf die Umsetzung."
Und dennoch ist die größte Hoffnung bei allem Mühen, dass man das Gelernte nie anwenden muss … | KLAUDIA MALESKA

Wie von selbst geht es sogar die Treppen hinab. Dieses Verfahren bewerteten Gerettete und Retter gleichermaßen als sehr praktikabel und schonend.

Falls der Patient selbst nicht so gut oder gar nicht in der Lage ist, Auskunft über sich zu geben, können Angehörige bei der Pflegeanamnese wertvolle Hilfe leisten wie hier im Gespräch mit Eva-Maria Becker.

Die Pflegeanamnese: Positive Wirkung über den Krankenhausaufenthalt hinaus

Je mehr das Stationspersonal über den Patienten weiß, desto besser für das Wohlgefühl und das Wiedereinfinden im Alltag

Dass der Arzt dem Patienten gegenübersitzt und auf einem Papierbogen mitnotiert, was der Patient ihm antwortet, ist ein klassisches Bild. Die Erhebung durch Fragen nach Schmerzen, nach Organfunktionen, nach zu berücksichtigen familiären Dispositionen und je nach Grund des Arztbesuchs vielen anderen Parametern kennt mittlerweile auch der Laie als „Anamnese“.

Aus Rückblick auf vergangene gesundheitliche Probleme sowie Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes entsteht ein Gesamtbild als notwendige Basis für zielführende weitere Untersuchungen bzw. Behandlungen. Was vielleicht weniger bekannt ist: Solch eine Erhebung wird nicht nur von Medizinern durchgeführt. Auch Pflegende in einem Krankenhaus bitten ihre Patienten um Auskunft zwecks Erhebung der individuellen Gesundheits- und Lebenssituation. Eine Pflegeanamnese ist nämlich ebenso unerlässlich wie eine ärztliche.

Neben all den vielen, vielen Gängen, Handreichungen und Maßnahmen, die Gesundheits- und Krankheitspflegerinnen und -pfleger unentwegt für kranke Menschen tun, müssen Pflegeteams quasi hinter den Kulissen noch eine Menge „Papierkram“ bewältigen. Neben der Pflegeanamnese gibt es noch die Pflegeplanung, den Pflegebericht und den Pflegeüberleitungsbogen, auch Pflegeverlegungsbericht genannt.

DER BOGEN ALS WICHTIGER BEGLEITER

Während es bei der medizinischen Anamnese um den Gesundheitszustand des Patienten geht, ermittelt die Pflegeanamnese den Allgemeinzustand des Betreffenden bei der Aufnahme. Wann genau das stattfindet ist einfach geregelt: Das Erstgespräch mit dem eingetroffenen Patienten führt die Pflegekraft, die den ersten Kontakt mit ihm hat. Das kann also ebenso in der Notaufnahme wie auch auf der Station sein. Oder es ergänzt sich. Der Bogen begleitet den Patienten durchs ganze Haus.

DEN MENSCHEN IN SEINEN BEDÜRFNISSEN WAHRNEHMEN

„Die Telefonnummern von Angehörigen, die man im Bedarfsfall erreichen soll, ist mit das Wichtigste auf dem Fragebogen“, sagt Eva-Maria Becker, stellvertretende Stationsleiterin. „Dann wird nach besonderen Lebensumständen, Einschränkungen oder Defiziten in den eigenen Möglichkeiten gefragt“, ergänzt sie. „Besonders wichtig ist es natürlich bei älteren, möglicherweise auch dementen Menschen, so viel wie möglich über sie und ihre Bedürfnisse zu erfahren“, sagt sie, „dann ist eine Unterstützung durch Angehörige für den Patienten bei den Angaben zur Pflegeanamnese sehr hilfreich.“ Wenn ein desorientierter Mensch plötzlich in eine andere Umgebung kommt, ist dieses Erlebnis für ihn schwerer zu

Kommen die Patienten über die Ambulanz ins Herz-Jesu-Krankenhaus, wird auch die Pflegeanamnese direkt hier vorgenommen. Im Bedarfsfall wird das, was Gesundheits- und Krankenpflegerin Valerie Schubert hier bereits notiert, in Ruhe noch auf der Station ergänzt.

bewältigen. Jeder Hinweis auf Rituale, Vorlieben, beruhigend wirkende Umstände oder auch zu vermeidende Faktoren ebnet den Weg zum größtmöglichen Wohlfühlen in der neuen, dadurch oft beängstigenden Situation.
„Wir haben auch schon in Heimen angerufen und gefragt, welche Sendung der Patient gern schaut", erzählt Becker aus der Praxis. Das vertraute TV-Programm kombiniert mit dem Pudding, den er abends sonst auch immer bekommt - so einfach kann Menschlichkeit manchmal sein.

BEI DER AUFNAHME SCHON DIE ENTLASSUNG VORBEREITEN

Natürlich geht es nicht nur um emotionale Befindlichkeiten und geistige oder körperliche Einschränkungen, sondern auch um Fakten. „Wir müssen wissen, ob der Patient in einem Heim lebt, allein Zuhause oder zusammen mit Angehörigen in einem Haushalt. Ob der Pflegedienst kommt, und wenn ja, wie oft und für welche Handlungen", schildert Becker die Abfrage. Ein wesentlicher Sinn der aufwändigen Pflegeanamnese zeigt sich bei der Entlassung. Kaum dass der Patient da ist, kümmert sich das Herz-Jesu Krankenhaus nämlich um einen möglichst nahtlosen Übergang vom Krankenhaus zurück in seine Alltagssituation. „Versorgungsbrüche sollen unbedingt vermieden werden", so Becker, „deshalb ist eine sorgfältige Erhebung gleich zu Anfang so ausschlaggebend für das Einfinden des Patienten zurück in den Alltag."
Während seines Krankenhausaufenthaltes erfährt der Patient viel fachliche Aufmerksamkeit. Möglicherweise wird festgestellt, dass seine Pflegestufe gar nicht ausreicht, um seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Vielen Menschen ist es unangenehm, ihre Defizite zuzugeben, wenn sie befragt werden. Im stationären Umfeld wird dann so etliches offenbar. Auch die Erkrankung, die zum Aufenthalt im Krankenhaus geführt hat, kann die bisherige Gesamtbefindlichkeit des Patienten verändern. „Wir nutzen die Zeit, um den Patienten rundum pflegerisch mit allem zu versorgen bzw. alles für ihn vorzubereiten, was er benötigt", betont Eva-Maria Becker.
Wichtig zu wissen ist sicher auch, dass alle Informationen absolut vertraulich behandelt werden. Sie werden nur den behandelnden Ärzten und den Mitarbeitern, die an der Behandlung beteiligt sind, zugänglich gemacht.

UMGEBEN VON HELFENDEN EXPERTENTEAMS

Den Pflegenden stehen viele weitere Fachkolleginnen im Haus zur Seite. Je nach Bedarf setzen sie sich etwa mit den Wundmanagerinnen in Verbindung oder bitten die Expertin für Stomaversorgung um Unterstützung. Möglicherweise ist es angeraten, dass die Vertreterinnen der Familiaren Pflege Angehörige im Umgang mit dem Patienten schulen, damit daheim Alltagsabläufe reibungslos gelingen. Oder der hinzugerufene Sozialdienst des HJK kümmert sich um anschließende Reha-Maßnahmen, eine andere Pflegestufe, einen Platz in der Kurzzeitpflege sowie entsprechende Anschaffungen von weiteren Hilfsmitteln wie etwa einen Rollator oder ein Pflegebett. „Manchmal rufen wir auch beim Ambulanten Pflegedienst oder im Heim an und bitten die entsprechenden Beteiligten zu uns, damit wir uns gemeinsam die neue Situation anschauen und überlegen, wie es weitergeht", sagt die Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Der gründliche Blick ist – das sei noch einmal betont – auch bei jüngeren Patienten selbstverständlich. „Auch ein 30-Jähriger kann einen Schwerbehindertenausweis haben oder ein Hörgerät tragen", so Becker. „Auch hier kann nach einer Operation eine Einkaufs- oder Haushaltshilfe erforderlich werden. Oder wir rufen die Apotheke an und bitten, die erforderlichen Medikamente bereits nach Hause zu liefern."

WENN UNTERSTÜTZUNG ABGELEHNT WIRD

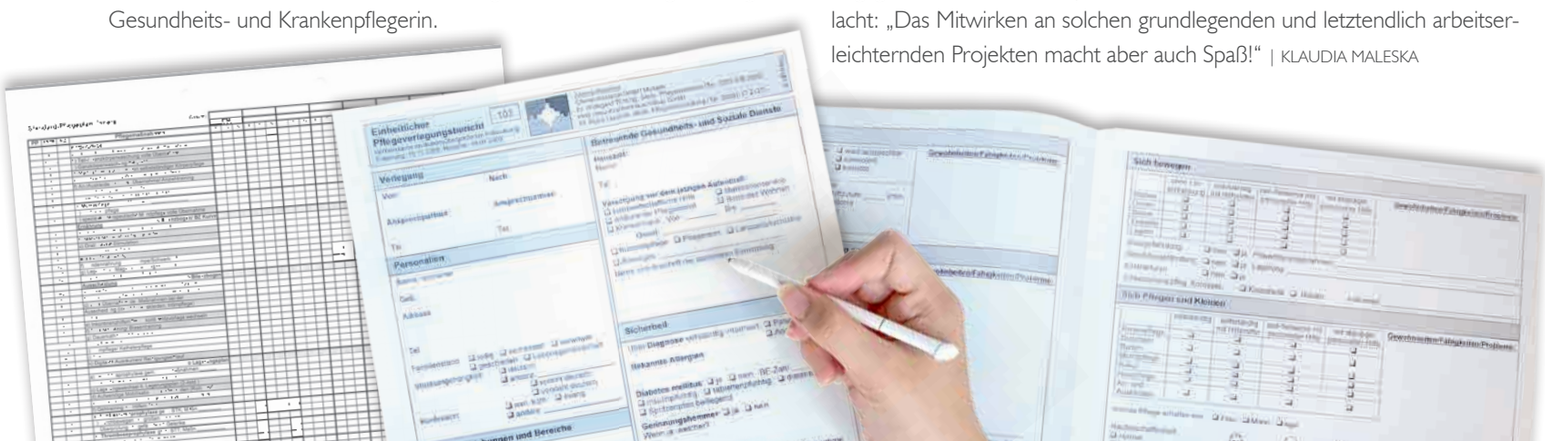
Auch die eher seltene aktive Abwehr weiterer Hilfsmaßnahmen durch Patient oder Angehörige muss dokumentiert werden. „Wenn sich jemand absolut nicht seinen Dekubitus oder seine Wunde behandeln lassen möchte, müssen wir zumindest mit Foto dokumentieren, dass dieses Wundliegen nicht bei uns entstanden ist", gibt die Fachfrau zu bedenken.

DER PFLEGEPLAN

Im Normalfall entsteht aber aus der Anamnese der Pflegeplan, der in die Patientenakte geheftet wird. Früher musste das alles mühselig per Hand geschrieben werden. Dann hat ein interdisziplinär besetztes Projektteam aus dem HJK einen Bogen entwickelt, auf dem man nur noch ankreuzen muss, was vorgenommen wird. Natürlich ist „der" Bogen wiederum unterschiedlich. Es gibt mehrere Ausführungen. Der Pflegeplan etwa für die Innere Abteilung sieht nachvollziehbar anders aus als der für die Dialyse, die Gynäkologie oder die Neurologie. Und man staunt als Laie, was „nur ankreuzen" immerhin noch für einen Umfang bedeutet. Akribisch werden beidseitig auf einer A3-Seite Pflegeprobleme und Pflegeziele vermerkt, sowie bis ins Detail beispielsweise die notwendigen Maßnahmen bei der Körperpflege, bei der Ernährung und Ausscheidung. Weiterhin geht es um Lagerung, Prophylaxe etwaiger Folgeerscheinungen (z.B. Thrombose) und etliches mehr.
Handschriftlich festgehalten werden zusätzlich jeden Tag der tatsächliche Verlauf und/oder die Besonderheiten. Bei den Visiten berichtet die Pflege dann etwa, dass Frau M. immer noch Fieber hat und Herr F. sich leider doch nicht so selbstständig mobilisieren kann wie erhofft.

DER PFLEGERISCHE ÜBERLEITUNGSBOGEN

Der Pflegerische Überleitungsbogen wird auch Pflegeverlegungsbericht genannt, entspricht dem ärztlichen Entlassungsbrief und wird diesem beigefügt, sofern der Patient z.B. in Obhut eines Heimes oder von Pflegediensten ist, bzw. ein sogenannter „Nachstationärer Versorgungsbedarf" besteht. In Münster haben viele Einrichtungen an diesem einheitlichen Standardbogen zur Pflegeüberleitung mitgewirkt, damit er dem Informationsbedarf der Institutionen entspricht, in deren Betreuung der Patient wieder zurückkehrt. Leider oder auch glücklicherweise gelten die Bögen nicht für die Ewigkeit. Wie auf allen Gebieten ist ständiges Hinterfragen auf aktuelle Tauglichkeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung auch bei den Fragebögen gang und gäbe. Und auch wenn solche Projekte „gestemmt" werden, wirkt natürlich wieder Stationspersonal mit seiner Praxiserfahrung mit. Noch mehr Engagement in Sachen „Papierkram" hinter den Kulissen. Eva-Maria Becker lacht: „Das Mitwirken an solchen grundlegenden und letztendlich arbeitserleichternden Projekten macht aber auch Spaß!" | KLAUDIA MALESKA



Sr. Stephani (links) aus der deutschen Provinz auf Heimaturlaub zu Besuch in Gerehu, PNG bei Sr. Hubertine.

Frauen und Kinder für eine bessere Zukunft **stärken**

Neues Wohn- und Betreuungsprojekt der Missionsschwestern in Papua Neuguinea

Not-wendiges sehen und darauf reagieren – viele Projekte der Missionsschwestern vom Heiligsten Herzen Jesu auf der ganzen Welt starten nach dieser Devise. In der Provinz Papua Neuguinea (PNG) leisten die Schwestern seit knapp einem Jahr mit einem Wohnheim für junge Frauen und einer angegliederten Tageseinrichtung für 30 Kinder in der Stadt Port Moresby wieder einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation gerade der Schwächsten.

Schwester Hubertine Babe ist seit den ersten Plänen von 2009 mit dem Projekt eng verbunden und durch die **Provinzleiterin Sr. Dorothy Patiu** inzwischen zur Leiterin der Einrichtung ernannt worden. Sie berichtet: „Es besteht ein großer Bedarf an erschwinglichem und sicherem Wohnraum für alleinstehende Frauen, die zum Studium oder zur Arbeit in die Stadt kommen.“ Immer wieder sei zu beobachten, dass die Frauen versuchen, bei Verwandten unterzukommen und in den meist überfüllten Wohnungen dann emotionaler oder auch körperlicher Gewalt ausgesetzt seien. „Unsere sichere und beschützende Wohneinrichtung bietet Frauen eine einfache, aber gemütliche Atmosphäre in gemeinschaftlicher Umgebung.“

Fertiggestellt wird der Bau immer noch ...

NICHT ALLEIN UNTERKUNFT, SONDERN AUCH KOMPETENZ

Doch nicht allein Unterkunft will das Projekt der Hiltruper Missionarinnen bieten. „Wir sehen zunehmend die Notwendigkeit, den Frauen ein Lebenskompetenztraining zu geben“, damit möchten die Schwestern den langsam wachsenden Einfluss von Frauen auf das gesellschaftliche Leben in Papua Neuguinea stärken. „Gerade die Armen und Benachteiligten, aber vor allem auch Frauen und Kinder, stehen besonders im Fokus unserer katholischen Kirche hier“, zitiert Sr. Hubertine aus dem Nationalen Pastoralplan der Bi-

Sr. Hubertine (li.) mit anderen Mitschwestern aus der Provinz PNG vor dem neuen Wohnheim.

Es gibt großen Andrang für die Wohnheimplätze bei den jungen Frauen.

Die Tagesstätte ist schon voll in Betrieb.

schöfe von Papua Neuguinea und der Salomon-Inseln: „Als Kirche sind wir verpflichtet, uns einzusetzen zur Befähigung der Menschen in Richtung zu mehr Selbstständigkeit, zur Gewährleistung gerechter Arbeitsbedingungen und Chancen und die Achtung der Rechte von allen, besonders aber von Frauen und Kindern."

AUCH KLEINE KINDER PROFITIEREN

Das Wohnheim bietet übrigens auch Räume für sieben studierende MSC-Schwestern, die ebenfalls Angebote für Mütter und Kinder betreuen. Von dem neuen Projekt im Stadtteil Gerehu profitieren nicht allein die 40 Frauen, die hier ein Stück Heimat in der Fremde gefunden haben, sondern auch 30 Kinder bis zum Vorschulalter, die Schutz und Förderung erleben.

Sr. Gabriella mit einer speziellen Ausbildung für frühkindliche Entwicklung, **Sr. Theclar** als Gesundheitsfürsorgerin und **Sr. Bernadette Vitus** gehören mit zum Team, das sich um die ganzheitliche Entwicklung der ihnen anvertrauten Menschen bemüht. „Wenn wir junge Frauen dabei unterstützen können, sich trotz des täglichen Existenzkampfes weiterzubilden, eine Arbeit aufzunehmen und vor allem an einem Netzwerk von Frauen unterschiedlichster Herkunft zum Wohle der lokalen Gesellschaft mit zu bauen, dann hat dieses Gesamtprojekt den erwünschten nachhaltigen Nutzen", ist die Leiterin des Wohnheims und der Tageseinrichtung, Sr. Hubertine, überzeugt.

Menschen ein Leben in Sicherheit und Würde mit Zukunftsaussichten zur ermöglichen – wie und wo könnte man Arbeitskraft und Engagement, Gebet und Geld besser einsetzen? | HH

Hartmut Vogelsang erhielt aus der Hand von Oberbürgermeister Markus Lewe die Münster-Nadel für sein soziales Engagement.

Der Herr der 180 000 Musiktitel

Hartmut Vogelsang ist einer der Gründer der Studiowelle Hiltrup

„Krankenhaus-Radio, das wäre doch etwas für uns“. Mehr als 45 Jahre ist es her, dass Hartmut Vogelsang und seine Freunde aus einer Jugendgruppe der Hiltruper St. Clemens-Gemeinde auf diesen Gedanken kamen. Die Jugendlichen suchten neue Herausforderungen und wollten gerne als Team zusammen bleiben. „Dass dann mein ganzes weiteres Leben von der damals entstandenen ‚Studiowelle‘ im Herz-Jesu-Krankenhaus beeinflusst werden würde, das konnte ich natürlich nicht ahnen“, lacht Vogelsang beim Interview, das selbstverständlich in seinem „zweiten Wohnzimmer“, im Tonstudio, stattfindet.

Er plaudert bei der samstäglichen Wunschsendung in den meisten Fällen ohne schriftliches Konzept - Hartmut Vogelsang ist als Moderator in seinem Element.

Im Leben außerhalb der kleinen Musik- und Tonwelt dort im dritten Stock des Krankenhauses arbeitet Vogelsang bei der Post. Dass der Mann, der da freundlich hinter dem Tresen steht, kürzlich mit der „Münster-Nadel“ und vor einigen Jahren sogar mit dem Bundesverdienstkreuz für sein Engagement zur Unterhaltung der Patienten ausgezeichnet wurde, wissen die meisten seiner Kunden nicht. Hartmut Vogelsang ist inzwischen der letzte Verbliebene der Gründungstruppe – „wenn wir das 50-jährige Bestehen feiern, dann werden alle eingeladen“, freut sich der 62-Jährige schon.

Der Start des Projektes gestaltete sich einfacher als gedacht: „Wir hatten die Schwestern im Herz-Jesu-Krankenhaus gefragt, und die zeigten sich sehr offen für unsere Idee von einer hausinternen Radiosendung für die Kranken“, erinnert sich Vogelsang, dass die Gründer dann nach Greven und an den Niederrhein fuhren, um sich in dortigen Krankenhäusern nach dem Knowhow und der Technik zu erkundigen. „Dann wurde eine Bettenabstellkammer für einen Technik- und einen Sprecherraum umgebaut und wir haben mit zehn Jungs einfach angefangen.“ Mädels kamen später dazu – und besonders die eine, die in Vogelsangs Leben dann die wichtigste Rolle spie-

Im Karneval läuft Schwester Engelharda zur Freude der Studiowellen-Macher stets zur Höchstform auf - Tänzchen mit den Stadtprinzen inklusive!

So sieht der jeweilige Moderator jeden Samstag Doris Vogelsang hinter der Scheibe des Technikraumes, ihrem Revier.

Eines der Interviews, an das sich Hartmut Vogelsang besonders gerne erinnert, war das Gespräch mit den Wildecker Herzbuben bei deren Auftritt in der Halle Münsterland.

Dies ist keine Tapete, sondern es sind die raumhohen CD-Regale im Sprecherraum.

len sollte: Seine heutige Ehefrau Doris lernte er kennen, als er mit den Zetteln zum Ankreuzen der Musikwünsche über die Stationen wanderte. „Wünsch Dir doch 'was", ermunterte er die junge Patientin und lud sie gleich ein, ihn doch mal im Studio zu besuchen. Sie kam, und seit damals hat es krankenhausgefunk(t) zwischen den beiden. Seit langen Jahren gehört nun das Ehepaar Vogelsang zum „Inventar"– „Du heiratest die Studiowelle mit", sagte schon bei der Trauung der Pater so treffend.

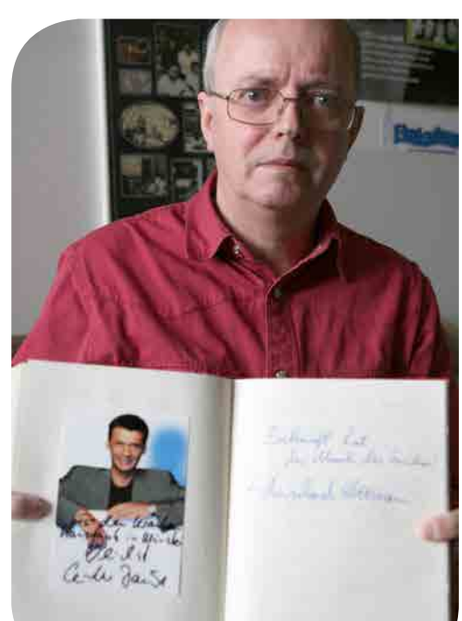
Die hat ihr Angebot von der einen Mittwochsabend-Sendung zum Start inzwischen auf Dienstag (Klassik Magazin mit Interview-Gästen, moderiert von Folker Flasse), Mittwoch (Musikmix mit Detlef Franke und dem einstigen Schülerpraktikanten Christian Sulzer), jeden vierten Donnerstag im Monat (Schlager und mehr mit Winfried Otte) sowie auf Samstag (Spiel und Spaß abwechselnd mit Robin Gaedes und Michael Bisping) ausgeweitet. Das große samstägliche Wunschkonzert von 15 bis 18 Uhr allerdings lebt weiter von den Musikwünschen der Patienten und Besucher im Haus: Die traditionellen Wunschzettel auf Papier haben inzwischen eine telefonische und eine Online-Wunsch-Hotline zur Seite bekommen, mit denen man sich aus den 180.000 Musiktiteln ganz sicher seinen Oldie oder auch aktuellen Hit wünschen kann. Zum Samstagsteam gehören auch noch Bregter, Jochen und Sr. Engeharda. Letzere hat ihren besonderen Auftritt stets im Karneval: Sie holt die jeweiligen Stadt-Prinzen vom Eingang ab und bringt sie zur Sendung, die dann meist aus dem Foyer gesendet wird.

Seit den Zeiten von Moderator Romanus Krick gibt es bis heute acht Gästebücher, in denen die prominenten Interviewten ihre Grüße hinterlassen: Da finden sich Günther Jauch und Götz Alsmann ebenso wie Bischof Reinhard Lettmann oder Roland Kaiser. Nahezu alle Preußenspieler und Trainer der vergangenen Jahrzehnte, ebenso alle Prinzen Karneval haben schon vor dem Mikrofon der Studiowelle gesessen. „Besonders spannend waren meist die Vor-Ort-Gespräche in der Halle Münsterland", schwärmt Vogelsang etwa von den Begegnungen mit den Wildecker Herzbuben oder mit Udo Jürgens.

Die Studiowelle ist übrigens vom Finanzamt als „gesundheitsfördernder Verein" anerkannt und finanziert ihre Kosten über Spenden und die regelmäßigen Platten-Flohmärkte. „Viele Menschen schenken uns nämlich CDs, Bücher und Platten", freut sich Doris Vogelsang, dass damit einerseits der Bestand weiter aufgestockt wird, andererseits aber auch genügend Doppeltes für Kaufinteressierte zusammenkommt.

Die Musik, die Technik, der Kontakt zu den Patienten und Mitarbeitern des Hauses: So ganz genau können beide Vogelsangs gar nicht beschreiben, was sie am meisten an ihrem Ehrenamt reizt. „Es ist einfach ein wichtiger Teil unseres Lebens", sagen sie deshalb übereinstimmend. Und ein Stück lebendiges und liebenswertes Herz-Jesu-Krankenhaus dazu. | HEIKE HÄNSCHEID

Um einen der 180.000 Musiktitel zu finden, genügt ein Klick am Computer: Der zeigt die Nummer von Platte oder CD und Hartmut Vogelsang kann zugreifen.



Hartmut Vogelsang zeigt eines der Gästebücher - hier stehen Günther Jauch und der verstorbene Altbischof Dr. Reinhard Lettmann sich gegenüber.

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
BLZ 400 602 65 | Konto-Nr.: 999 600

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.),
Heike Hänscheid, Berthold Mathias,
Dr. Mechthild Quernheim, Britta Silling,
Christa Sühling, Helena Weiß
Redaktion Telefon (02501) 17-2170
herzschlag@hjk-muenster.de
Texte Heike Hänscheid (HH),
Klaudia Maleska (KMA)
Dr. Mechthild Quernheim (QU),
Fotografie Inge Friedag, Heike Hänscheid, Dr. Helga Kretzschmar,
Klaudia Maleska, msc-Orden, privat, Shutterstock,
Stadt Münster, Dr. Joachim Zucker-Reimann
Layout, Satz und Grafik Livingpage® GmbH & Co. KG
Druck Griebsch & Rochol Druck

DIE NÄCHSTE AUSGABE
erscheint im Juli 2015

Ausgabe 27| April 2015

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