

HERZSCHLAG

GESUNDHEIT UND LEBEN IM HERZ-JESU-KRANKENHAUS

COPD:
Wenn der Lunge
die Luft ausgeht

Pflege – ein facettenreicher
und dankbarer Beruf

Hilfe beim Leben mit dem
künstlichen Darmausgang

HERZ-JESU-KRANKENHAUS
MÜNSTER-HILTRUP





04



Obwohl die COPD weltweit eine der häufigsten Erkrankungen ist, kommen Patienten von selbst meist gar nicht auf den Gedanken, davon betroffen zu sein. Das mag am schleichenden Verlauf liegen oder daran, dass man bei Atemlosigkeit zunächst das Herz im Verdacht hat. Was bei einer solchen Erkrankung in der Lunge eigentlich genau passiert (oder eben nicht mehr passiert), stellen wir ebenso dar wie Diagnosemethoden und Therapiemöglichkeiten.

EDITORIAL

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

haben Sie schon einmal „Deutsche“ und „Nörgler“ in die Suchmaschine Ihres PCs eingegeben? Ein Blick über die Ausbeute, und man müsste sich in Grund und Boden schämen. Sind wir wirklich eine Nation der notorischen Jammerer und Meckerer, die sich das Haar sogar noch selbst ausreißen und in die Suppe werfen, wenn sich partout keins finden lässt?

Umso überraschender, dass man ausgerechnet im Krankenhaus auf so viel Zufriedenheit trifft. Wie in dem Interview mit zwei Krankenpflegerinnen zu lesen ist, heißt ihre Zufriedenheit „Erfüllung im Beruf“. Zudem wissen sie, was Petitesse von echten Problemen unterscheidet. Bei Patienten wiederum kommt die Zufriedenheit durch tiefe Dankbarkeit für die Betreuung zum Ausdruck. Oder unglaubliche Erleichterung – wie bei der Musikerin, deren Hand nach dem Bruch wieder tadellos funktioniert. Auch Charakterreife macht zufrieden, wie der Beitrag über zwei Kursteilnehmerinnen auf dem Weg zu Ehrenamtlichen Seelsorgerinnen beweist.

Die beiden in Litauen studierenden Mediziner (Seite 16) wissen Deutschland nach einem kleinen „Kulturschock“ bewusster zu schätzen. Also ist uns doch Zufriedenheit grundsätzlich gegeben. Keimt sie in unseren Breitengraden immer erst nach negativen Erfahrungen? Das geht auch anders. Geben Sie in die Suchmaschine Ihres PCs mal „Zufriedenheit lernen“ ein ...

Wir sehen uns dann im nächsten Heft alle mit einem Lächeln wieder. Ich freue mich darauf!

Ihre

Klaudia Maleska

Klaudia Maleska

INHALT

03 **BEMERKENSWERTES**
News und Termine

04 **TITELTHEMA INNERE MEDIZIN**
COPD: Aus der Puste

07 **WUNDERWERK HAND – TEIL 2**
Handgelenksbruch – immer eine individuelle Behandlung

10 **KALEIDOSKOP**
Zertifikatskurs
Seelsorge im Ehrenamt

12 **THERAPEUTISCHE BEGLEITUNG**
Inga Abfalter hilft **Stoma-Trägern**
auf dem Weg in die Selbstverständlichkeit

14 **PFLEGE**
Der facettenreichste und dankbarste Beruf der Welt!

16 **PORTRÄT**
Einmal **Litauen** und zurück

18 **HERZLICHST ...**
Initiative „Moseskörbchen“
Ein Trauerort für verstorbene Kinder

19 **IMPRESSUM / KONTAKT**

12

Auch wenn diese Maßnahme in der Mehrheit der Fälle wieder rückgängig gemacht werden kann: sich mit einem künstlichen Darmausgang anzufreunden, verlangt Betroffenen zunächst viel ab. Das gilt bezüglich des Erlernens der hygienischen Versorgung des so genannten Stomas genauso wie für das psychische Erleben. Stoma-Therapeutin Inga Abfalter erzählt von ihrer fachlichen Begleitung der Betroffenen.



14



An die 40 Jahre liegen zwischen dem Berufsbeginn von KATHARINA KIRCHNER und LEA KLOSTERMANN. Innerhalb dieser Zeit hat sich strukturell und inhaltlich auf dem Tätigkeitsfeld „Krankenpflege“ etliches weiterentwickelt. Aber das Wesentlichste blieb gleich: Die Motivation und die Begeisterung, mit der sich Menschen für die „Gesundheits- und Krankenpflege“ entscheiden. Zwei Kolleginnen geben einen lesenswerten Einblick in ihr persönliches Erleben des „facettenreichsten und dankbarsten Berufs der Welt“.

WEIHNACHTSGESCHENKE KOMMEN NIE ZU SPÄT ...

... vor allem, wenn sie von vielen Herzen kommen und für eine Herzenssache gedacht sind. In diesem Fall waren es die Mitarbeiter von **ELEKTRO HEIKES**, die bei der Weihnachtstombola fleißig Lose erworben haben. Die Einnahmen – das war bekannt – würden an den Verein der Freunde und Förderer des Herz-Jesu-Krankenhauses gespendet mit dem Zweck, den Neubau der Palliativstation zu unterstützen. Dass dabei 400 Euro zusammenkamen, spricht für die Tombolapreise. Für ein kleines Weihnachtswunder sorgte dann noch der Geschäftsführer von Elektro Heikes persönlich, indem er den **BETRAG AUF 800 EURO VERDOPPELTE**.

Kein Wunder, dass das am meisten geäußerte Wort bei der offiziellen Spendenübergabe „Danke“ war. Wir freuen uns sehr über die Unterstützung.



(v. l.): Anna Niemietz-Kleinhaus und Jens Nientiedt (Pflege), Dr. Ulrich Müller (Vors. des Fördervereins) Dr. Melanie Mathes (Stationsärztin) und Chefarzt Dr. Wolfgang Clasen (med. Stationsleitung) und die Prokuristen von Elektro Heikes, Ralf Plogmann und Christian Stratmann.

„UROLOGIE IST TEAMWORK“

NRW GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE TAGTE IM MESSE UND CONGRESS CENTRUM HALLE MÜNSTERLAND / RUND 650 MEDIZINER UND PFLEGEKRÄFTE TAUSCHTEN SICH AUS

„Urologie ist Teamwork“: Unter dieses Motto hatte die „NRW Gesellschaft für Urologie e.V.“ ihre Jahrestagung im **MESSE UND CONGRESS CENTRUM HALLE MÜNSTERLAND** gestellt. Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung lag dabei in den Händen von zwei münsterschen Medizinern: **PRIVATDOZENT DR. DRASKO BRKOVIC**, Chefarzt der Urologie im Herz-Jesu-Krankenhaus, und **DR. CHRISTIAN TSCHUSCHKE**, niedergelassener Urologe. **BEIDE ÄRZTE SIND DIE PRÄSIDENTEN DES DIESJÄHRIGEN KONGRESSES UND ZURZEIT VORSTANDSVORSITZENDE** der Gesellschaft.

Rund 650 Mediziner und Pflegekräfte nahmen an der Veranstaltung teil, die von einem Pflegekongress und einer großen Industrieausstellung abgerundet wurde. „Die große Resonanz zeigt uns, dass wir ein wichtiges und aktuelles Thema aufgegriffen haben“, freuen sich Brkovic und Tschuschke. „Denn um unsere Patienten bestmöglichst zu betreuen, brauchen wir die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung und die fachübergreifende Zusammenarbeit.“ Dies gelte besonders bei bösartigen Erkrankungen, wie etwa einem Blasenkarzinom, das Männer und Frauen gleichermaßen betreffen kann. Für die optimale Therapie der Patienten benötige man das Fachwissen vieler medizinischer Professionen: von niedergelassenen Urologen, die die Erstdiagnostik und Nachsorge übernehmen, über Klinikurologen, die mit schonenden OP-Me-

thoden das Karzinom entfernen, bis hin zu Pathologen, Radiologen und Strahlentherapeuten. Und nicht zuletzt gehörten zum Team erfahrene Pflegekräfte und Therapeuten.

Diese eng vernetzte Zusammenarbeit diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in verschiedenen Foren, die die ganze Bandbreite des Fachgebiets abbildeten: Aktuelle Fragen von Uroonkologie, Kinderurologie, Andrologie und Sexualmedizin wurden ebenso beleuchtet wie postoperative Komplikationen und bereits metastasierte Tumoren. Zur Sprache kamen aber auch die Weiterentwicklungen im Fachgebiet: Innovative Möglichkeiten stehen vor allem in der Therapie von urologischen Tumoren zur Verfügung. Allein in den vergangenen fünf Jahren sind eine Fülle von neuen

Chemotherapien zugelassen worden.

Auch Kritisches wurde auf dem Kongress nicht ausgespart – sowohl was eine inzwischen überbordende Bürokratie betrifft als auch frühere Heilsversprechen durch Methoden, die sich trotz erheblicher Werbung als unnützlich erwiesen haben.

„Wir können die zukünftigen Anforderungen im Gesundheitssystem nur in der Zusammenarbeit aller Therapeuten bewältigen. Und wir brauchen die ehrliche Diskussion gemeinsamer Erfahrungen, um weiter eine gute und erfolgreiche Medizin für unsere Patienten zu gewährleisten. Dazu soll dieser Kongress einen Anstoß geben“, betonen die Kongresspräsidenten Brkovic und Tschuschke.



Freuen sich über die große Resonanz (v. l.): Die beiden Präsidenten des diesjährigen Kongresses, Privatdozent Dr. Drasko Brkovic und Dr. Christian Tschuschke, sowie Kongresssekretär Dr. Enno Humborg



COPD-Röntgen: Röntgenaufnahme einer gesunden Lunge.

Aus der Puste

COPD ist weltweit eine der häufigsten Erkrankungen



Priv.-Doz. Dr. Anton Gillessen



COPD-Lungenfunktionstest: In einer Kabine wird der Lungenfunktionstest bei gestoppter Nasenatmung durchgeführt. Ein Gerät zeichnet die Verlaufskurven auf.

Die Krankheit beginnt schleichend, zunächst kaum wahrnehmbar für die Betroffenen. So war es auch bei Ursula M. „Ich habe eigentlich nur bemerkt, dass mir das Treppensteigen zunehmend schwerer fiel. Immer öfter musste ich Pausen einlegen, um in meine Wohnung im dritten Stock zu kommen. Schließlich habe ich in der ersten und zweiten Etage einen Stuhl platziert, um kurz ausruhen zu können.“ Dass hinter ihrer Luftnot auch eine ernsthafte Krankheit stecken könnte, kam ihr zunächst noch nicht in den Sinn.

„Ich habe meine Atemprobleme vielmehr auf mein Alter zurückgeführt. Denn mit 65 Jahren ist man ja nicht mehr die Jüngste. Und da muss man langsam mit körperlichen Einbußen rechnen. Außerdem rauche ich seit Jahrzehnten, etwa eine Schachtel Zigaretten am Tag. Und man weiß ja, dass der langjährige Tabakkonsum irgendwann auf die Pumpe geht“, berichtet sie. Doch als sie immer schlimmer husten musste, der Auswurf zäh und eitrig wurde und sie sich beständig schlapp fühlte, ging sie zu ihrem Hausarzt. Der stellte die Diagnose: COPD. Die Abkürzung steht für die englische Bezeichnung „chronic obstructive pulmonary disease“ und bedeutet übersetzt eine chronische Erkrankung der Lungen, bei der die Atemwege dauerhaft verengt (obstruktiv) sind. Das ist auch der Unterschied zum Asthma bronchiale, bei dem häufig bestimmte, eigentlich harmlose Stoffe das Immunsystem auf den Plan rufen und eine Abwehrreaktion

hervorrufen. So können etwa Pollen, Gräser oder Tierhaare eine Allergie auslösen. Auch beim Asthma entzünden und verengen sich die Bronchien. Doch die Atemwege der Betroffenen sind im Prinzip intakt und funktionieren meistens dann wieder einwandfrei, wenn – wie beim allergischen Asthma – etwa die Heuschnupfensaison vorbei ist oder man den Kontakt mit den die Allergie verursachenden Stoffen (z. B. Katzenhaare) vermeidet.

MEDIKAMENTE REGELMÄSSIG EINNEHMEN

Es gibt zwei Botschaften, die **PRIV.-DOZ. DR. ANTON GILLESSEN**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin im Herz-Jesu-Krankenhaus, wichtig sind und die alle Patientinnen und Patienten mit einer COPD unbedingt beherzigen sollten. „Gehen Sie umgehend zum Arzt, wenn Sie merken, dass Sie schlecht Luft bekommen und einen dauerhaften Husten mit

Die häufigste Ursache ist zweifellos der Nikotingenuss. Zwischen 80 und 90 Prozent aller von einer COPD betroffenen Menschen sind Raucher oder waren es.



Auswurf haben. Denn je früher bei einer COPD mit der Therapie begonnen wird, desto besser lassen sich die Symptome lindern und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen. Und nehmen Sie die verordneten Medikamente regelmäßig ein. Auch wenn Sie sich eigentlich gut und fit fühlen. Denn die COPD ist ein chronisches Leiden, das man nicht heilen kann und das daher auch einer dauerhaften medikamentösen Therapie bedarf.“

Weltweit gehört die COPD zu den häufigsten Erkrankungen, und sie nimmt rasant zu. Die Zahlen, die der Lungeninformationsdienst auf seiner Website präsentiert, weisen der COPD einen eher unrühmlichen Spitzenplatz zu. Laut der dort veröffentlichten Statistik stand die Lungenerkrankung im Jahre 2016 auf der Liste der häufigsten Todesursachen an dritter Stelle – hinter der koronaren Herzerkrankung und dem Schlaganfall. Es gibt verschiedene Faktoren, die die Entwicklung einer COPD begünstigen: eine genetische Veranlagung (sehr selten), das berufsbedingte Einatmen von Stäuben (etwa im Bergbau) oder das Kochen an offenen Feuern in Innenräumen. Die häufigste Ursache ist jedoch zweifellos der Nikotingenuss. Zwischen 80 und 90 Prozent aller von einer COPD betroffenen Menschen sind Raucher oder waren es.

EINE COPD SCHÄDIGT VERSCHIEDENE STRUKTUREN DER LUNGE

Unsere Atemwege sind ein ausgeklügeltes, labyrinthisches Netzwerk. Von der Luftröhre zweigen zunächst die Bronchien ab, die sich immer weiter verästeln und zu den kleinen Bronchiolen mit ihren Millionen von traubenförmig angeordneten Lungenbläschen (Alveolen) führen. Im Verlaufe einer COPD kommt es nun zu einer Schädigung verschiedener Strukturen: Durch Schadstoffe, wie etwa Tabakrauch, entzünden sich die Atemwege. Mit fatalen Folgen: Denn der Entzündungsprozess zerstört auch die kleinen, beweglichen Flimmerhärchen, die die Schleimhaut der Bronchien wie einen Teppich auskleiden. Etwas salopp gesagt, sind diese feinen Härchen so etwas wie eine körpereigene Putztruppe, weil sie eine wichtige Selbstreinigungsfunktion für unseren Körper haben. Auf ihrem schleimigen

Sekret bleiben Schadstoffe – etwa winzige Staubpartikel, Schmutz oder Bakterien – haften und werden mit wellenartigen Bewegungen wieder aus der Lunge in Richtung Rachen befördert. Durch die chronische Entzündung der Atemwege schwillt die Schleimhaut der Bronchien an, und sie produziert vermehrt Schleim, der nun nicht mehr vollständig abtransportiert werden kann. Dadurch verkrampft sich die ringförmig um die Bronchien gelegene Muskulatur und verengt die Atemwege.

Schreitet die Erkrankung voran, schädigt sie auch die kleinen Lungenbläschen. Sie sind von einer hauchdünnen, durchlässigen Membran umschlossen, die für den Austausch der Atemgase (Sauerstoff und Kohlendioxid) mit den kleinen, sie umgebenden Blutgefäßen sorgt. Von einem Lungenemphysem spricht man, wenn die empfindlichen Wände der Lungenbläschen zerstört werden und größere Blasen entstehen, „die so dick wie eine Apfelsine werden können“, sagt der Chefarzt. Bei diesem irreversiblen Vorgang der Überblähung geht Lungenkapazität verloren, weil sich die Fläche für den Gasaustausch verkleinert – mit der Folge, dass weniger Sauerstoff ins Blut gelangt, und mehr Kohlendioxid in der Lunge verbleibt. Die Überblähung kann auch mit einem Lungenhochdruck einhergehen, weil sich die Blutgefäße der Lungen verengen und die Gefäßwände verdicken.

SPIROMETRIE: WICHTIGSTES DIAGNOSEINSTRUMENT

Viele Menschen, die Probleme mit ihrer Atmung bekommen, glauben zunächst fälschlicherweise, dass ihre Beschwerden „vom Herzen kommen“. Doch wenn das Herz als Auslöser der Luftnot ausgeschlossen werden kann, gibt ein einfacher und schmerzfreier Lungenfunktionstest Aufschluss über die Leistungsfähigkeit des Atemorgans. „Die Spirometrie ist das wichtigste Instrument, um eine COPD zu diagnostizieren“, erläutert Gillessen. Dabei misst man zum einen die Luftmenge, die man in einer Sekunde ausatmen kann (Einsekundenkapazität), zum anderen die Luftmenge, die man maximal ausatmen kann (Vitalkapazität). Denn im Gegensatz zu einer ersten Vermutung, dass das Einatmen den Menschen

mit einer COPD Probleme bereitet, verhält es sich genau umgekehrt: Das Ausatmen ist gestört. Typisch für die Betroffenen ist auch das pfeifende Geräusch, das man bei ihrem Ausatmen hört.

Und so funktioniert die Spirometrie: Während die Nase mit einer Klammer geschlossen ist, atmen die Patienten zunächst über ein Mundstück und einen Schlauch tief ein und stoßen dann so schnell wie möglich und mit aller ihnen zur Verfügung stehenden Kraft die Atemluft wieder aus. „In der Verlaufskurve des Atemflusses sieht man dann, dass anfangs die Luft sehr gut entweicht, dann aber nur noch zögerlich. Die Kurve sieht bei COPD-Patienten in etwa aus wie eine durchhängende Wäscheleine“, erklärt Gillessen. Mit Hilfe der Spirometrie wird auch der Schweregrad der Erkrankung – es gibt insgesamt vier Stadien – bestimmt. Liegt die Lungenfunktion bei über 80 Prozent des altersentsprechenden Sollwerts, besteht noch kein Handlungsbedarf. „Unter 80 Prozent jedoch sollte eine dauerhafte Behandlung einsetzen – auch wenn der Leidensdruck noch nicht hoch ist“, so Gillessen.

ZWEI SÄULEN: MEDIKAMENTÖSE UND NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Für die medikamentöse Therapie einer COPD steht eine Fülle von Präparaten zur Verfügung, die die verengten und verkrampften Atemwege erweitern (so genannte Bronchodilatoren) und in der Regel inhaliert werden. Man unterscheidet dabei zwischen kurzwirksamen und langwirksamen Medikamenten. Kurzwirksame Präparate schlagen schnell an, ihre Wirkung lässt aber nach einigen Stunden nach. Sie eignen sich besonders für den Notfall. Langwirksame Medikamente dienen der Dauertherapie. Ihre Wirkung kann bis zu 24 Stunden anhalten. Wichtig ist, dass COPD-Patienten immer ein Spray mit sich führen, das bei plötzlich auftretender Atemnot schnell und zuverlässig die Bronchien erweitert.

Darüber hinaus kommen in der medikamentösen Behandlung kortisonhaltige Mittel zum Einsatz, um die entzündlichen Prozesse in den Atemwegen dauerhaft zu hemmen. „Einige Patienten sehen diese Präparate skeptisch,



Zur COPD treten meist Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, eine Schädigung der Herzkranzgefäße oder eine Herzschwäche auf.

weil sie Nebenwirkungen dieser Substanz wie etwa eine Gewichtszunahme oder eine Osteoporose fürchten. Aber diese Angst ist unberechtigt, denn in den Medikamenten ist das Kortison nur in einer winzigen Dosierung enthalten. Allerdings muss man bei der Anwendung darauf achten, nach dem Inhalieren kräftig zu gurgeln, den Mund zu spülen oder etwas zu essen, um einer Pilzinfektion im Mundraum vorzubeugen“, führt Gillessen aus. Für die medikamentöse Therapie einer COPD, die ja im Wesentlichen über das Einatmen der Wirksubstanzen erfolgt, gibt es verschiedene Inhalatoren zur Auswahl. In der Vielfalt liegt zugleich ein Problem: Denn jeder Inhalator funktioniert anders, und nicht immer ist die Bedienung intuitiv verständlich. „Aber wir üben das so lange mit den Patienten, bis sie die Anwendung beherrschen“, versichert der Chefarzt. Ein schwerer Verlauf der Erkrankung kann auch eine Behandlung mit Sauerstoff erforderlich machen.

Eine COPD ist in der Regel keine Krankheit mit „Alleinstellungsmerkmal“. Im weiteren Verlauf treten meistens noch verschiedene andere behandlungsbedürftige Begleiterkrankungen hinzu. Dazu gehören etwa ein Bluthochdruck, eine Schädigung der Herzkranzgefäße oder eine Herzschwäche. Und nicht zuletzt kann eine COPD auch das psychische Gleichgewicht empfindlich stören. Besonders problematisch sind bei der Lungenerkrankung die so genannten Exazerbationen – plötzlich auftretende Verschlechterungen der Lungenfunktion, die Atemnot und Husten verschlimmern und das Fortschreiten der Erkrankung beschleunigen. Auslöser sind nicht selten Infekte, die sich Betroffene besonders in der kalten Jahreszeit einfangen. Deshalb sollten sich COPD-Patienten mit einer jährlichen Impfung gegen gefährliche Grippeviren schützen. Auch eine Impfung gegen Pneumokokken (Bakterien, die eine schwere Lungenentzündung auslösen können) ist empfehlenswert.

Doch zu den gefürchteten Exazerbationen muss es nicht kommen. Gegen solche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes kann und sollte man selbst eine Menge tun. Denn die segensreiche Wirkung der Medikamente ist nur die eine Seite der Therapie. Die

andere ist, selbst aktiv zu werden und der Krankheit die Stirn zu bieten. Dazu gehört an erster Stelle, auf den Glimmstängel zu verzichten – auch wenn es schwer fällt. Der Chefarzt hält einige Ratschläge bereit, die dabei helfen können, dauerhaft auf das Nikotin zu verzichten. „Beginnen Sie damit in den Ferien oder zumindest in einer für Sie entspannten Zeit. Bei Stress und in der Hektik des Berufslebens fällt es schwer, mit der Rauchentwöhnung zu beginnen. Wenn auch der Partner oder die Partnerin raucht, sollte man gemeinsam versuchen, vom Nikotin wegzukommen. Vielleicht gibt es ja auch weitere Raucher im Verwandten- oder Freundeskreis, die aufhören möchten. So kann man sich gegenseitig motivieren. Und lassen Sie sich nicht entmutigen – auch wenn es zu Rückfällen kommt.“

SPORT VERBESSERT LEBENSQUALITÄT

Um Verschlechterungen der Lebenssituation vorzubeugen, gehören Bewegung und Sport ganz oben auf die To-Do-Liste. Dass gegen chronischen Husten und Kurzatmigkeit nun ausgerechnet körperliche Betätigung helfen soll, mag auf den ersten Blick seltsam anmuten. Denn viel sinnvoller erscheint es doch, sich bei Atemnot zu schonen und Bewegung zu vermeiden. Doch damit beginnt ein Teufelskreis: Denn die Inaktivität führt nicht nur zu einem Abbau der Muskulatur, sondern auch zu Beeinträchtigungen des Herz-Kreislauf-Systems – beides verschlimmert die Atemnot. Deshalb lautet die Empfehlung von Gillessen an COPD-Patienten, an Lungensportkursen teilzunehmen, die auch von den Krankenkassen bezuschusst werden. Hier leiten speziell ausgebildete Therapeuten die Patienten an, wie man sich richtig belastet und mit welchen Übungen man seine Atemmuskulatur kräftigt. Das verlängert die Lebenszeit und verbessert vor allem die Lebensqualität, weil Ausdauer und Leistungsfähigkeit wieder steigen. Zugleich haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Sicherheit, dass die erfahrenen Übungsleiter auch im Notfall wissen, was zu tun ist.

Ein einfaches, aber sehr effektives Training ist die so genannte **LIPPENBREMSE – EINE SPEZIELLE ATEMTECHNIK**. Dabei atmet man durch

die Nase ein und mit nur leicht geöffneten Lippen wieder aus. So entweicht die Atemluft gegen den Widerstand der Lippen. Das sorgt für ein gleichmäßiges und tiefes Ausatmen. Und noch etwas verbessert die Lungenfunktion: **SINGEN**. Es hat den unschätzbaren Vorteil, dass man es jederzeit tun kann – ob in der Badewanne allein oder in einem Chor mit anderen. Beim Singen verlängert sich – ähnlich wie bei der Lippenbremse – die Phase der Ausatmung, der Brustkorb weitet sich, und die Vibration wirkt auch schleimlösend. Und nicht zuletzt verbessert Singen die Stimmung und sorgt für gute Laune.



SINGEN verbessert die Lungenfunktion

Ursula M. hat es übrigens geschafft: Sie ist inzwischen nicht nur rauchfrei, sondern geht auch regelmäßig zum Sport. Und sie ist Mitglied in einem Chor geworden. „Mit anderen zu singen, das war eigentlich schon immer mein Traum. Jetzt habe ich ihn in die Tat umgesetzt.“ | DR. MECHTILD QUERNHEIM

Weitere Infos unter:

www.atemwegsliga.de/copd

Immer eine individuelle Behandlung

Handgelenksbrüche sind die häufigsten Frakturen – konservative und operative Versorgung möglich



Musikstudentin Sophia Aretz kam eigens aus Düsseldorf, um ihren Bruch im Herz-Jesu-Krankenhaus behandeln zu lassen.

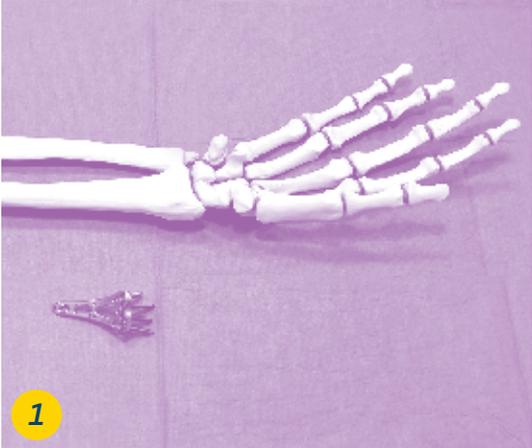
Sophia Aretz reiste eigens aus Düsseldorf an, um sich im Herz-Jesu-Krankenhaus behandeln zu lassen. Bei einem Sturz hatte sich die Musikstudentin aus Düsseldorf einen Bruch am rechten Handgelenk zugezogen – einen Styloidbruch, bei dem es zu einer Absplitterung des so genannten Griffelfortsatzes an der Speiche gekommen war (ein kleiner vorspringender Teil am Knochen-Ende zur Hand hin). „Sechs Wochen Gips“, so lautete die Therapieempfehlung der Düsseldorfer Ärzte. Und genau darin lag für Sophia Aretz das Problem: Denn als Musikstudentin mit Hauptfach Querflöte ist sie nicht nur auf die Geschicklichkeit der Finger angewiesen, sondern auch auf eine große Mobilität der Hand.

„Nach sechs Wochen Gipsverband gibt es aber diese perfekte Einstellung der Hand zum Instrument nicht mehr, weil Dehnungsreserven verloren gehen“, sagt **DR. INGO BUDWEG**, Leitender Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie im Herz-Jesu-Krankenhaus. Die Hand steift allmählich ein. Die lange Ruhigstellung der Hand kann sich besonders für solche Menschen fatal auswirken, deren Kapital die absolute Beweglichkeit des Greiforgans ist. Verliert man sie, können – wie etwa bei Berufsmusikern – Karrieren jäh beendet sein. Handchirurg Budweg hat selbst Musik studiert, ist Lehrbeauftragter für Musikermedizin und Musikerphysiologie an der Musikhochschule der Uni Münster und bietet eine regelmäßige Musiker-Sprechstunde im Hiltruper Krankenhaus an. Sophia Aretz empfahl er, die Gipsschiene nur drei Wochen zu tragen und danach sofort mit einer intensiven Ergo- und Physiotherapie zu beginnen.

DAS KOMPLEXESTE BIOMECHANISCHE GEFÜGE UNSERES KÖRPERS

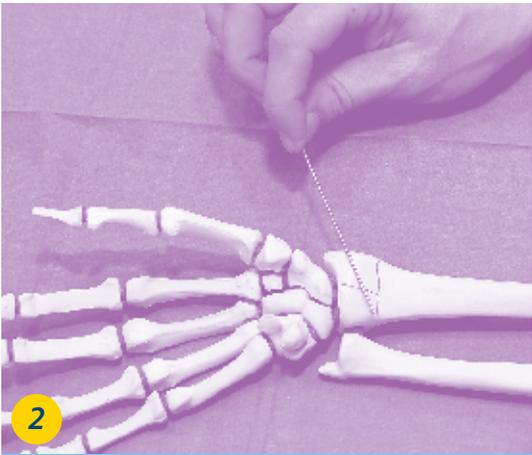
Strecken, Beugen, Drehen: Unsere Hände sind Wunderwerke der Beweglichkeit. Möglich macht dies ein filigranes Zusammenspiel von Gelenken, Sehnen, Bändern und Muskeln. „Die Hand ist das komplexeste, biomechanische Gefüge unseres Körpers“, erläutert Budweg. Ist die Mobilität unserer Hände eingeschränkt, wirkt sich das sofort gravierend auf unseren Alltag aus. Eine eingegipste Hand – und schon werden Morgentoilette und Anziehen zu einer Herausforderung, die ohne fremde Hilfe kaum zu bewältigen ist. Besonders verletzungsanfällig ist unser Handgelenk,





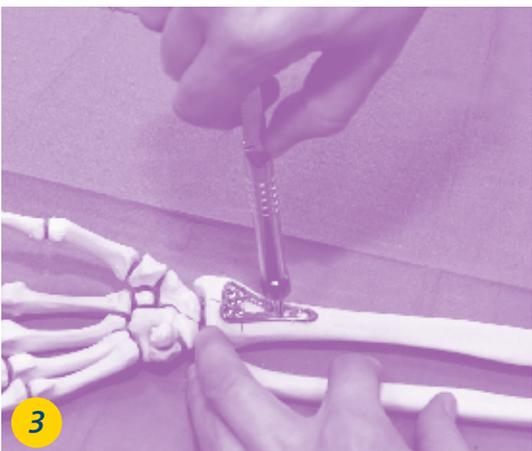
1

Ein Übungsmodell (sog. Saw-Bone) der Hand sowie das zur Ansicht bereits mit Schrauben bestückte Implantat für die Versorgung von körperfernen Speichenfrakturen mit winkelstabilen Schrauben.



2

Die aufgezeichneten Linien am Gelenk stellen Frakturen dar, die wieder ausgerichtet und zusammengefügt wurden. Der dünne Metallstab (hier zwecks Anschaulichkeit aufgelegt, ein sog. Kirschner-Draht) hat eine scharfe Spitze und wird durch die reponierten Knochenstücke durchgebohrt, um diese für die später Osteosynthese in Position zu halten.



3

Eine Messlehre prüft die Länge des Bohrloches - danach wird die entsprechende Schraube ausgewählt

also die Verbindung der beiden Unterarmknochen Speiche und Elle mit den acht Handwurzelknochen. Die Fraktur der Speiche im Bereich des Handgelenks (medizinisch: distale Radiusfraktur) ist mit rund 25 Prozent der häufigste Knochenbruch überhaupt. „In den meisten Fällen wird die Verletzung durch einen Sturz verursacht“, erklärt Budweg. Ob beim Sport oder im Haushalt, etwa beim Abrutschen von einer Leiter: Wenn wir stürzen, fangen wir uns unwillkürlich mit den Händen ab, ziehen sie nach oben und überstrecken dabei das Handgelenk. Vielen älteren Menschen werden auch Stolperfallen im eigenen Zuhause zum Verhängnis – etwa eine Teppichkante. Dass betagte Personen sich ohne große Krafteinwirkung schnell einen Bruch zuziehen, hat häufig damit zu tun, dass – etwa aufgrund einer Osteoporose – die Knochensubstanz deutlich weicher geworden ist. Röntgenuntersuchungen und gegebenenfalls eine Computertomographie sichern die exakte Diagnose ab.

OPERATION NICHT IMMER ZWINGEND ERFORDERLICH

Nicht jeder Bruch des Handgelenks muss operativ versorgt werden. „Natürlich gibt es Situationen, wo es keine Alternative zu einem chirurgischen Eingriff gibt, etwa wenn es sich um eine offene Fraktur oder einen Trümmerbruch handelt“, sagt Budweg. Doch in vielen Fällen sei eine Operation nicht immer zwingend erforderlich. Und ein Vorgehen nach Schema F daher auch nicht ratsam. Deshalb steht am Anfang der Behandlung eine gründliche Anamnese. „Jeder Bruch ist anders. Wir müssen zunächst einmal wissen, wie der Unfall genau passiert ist und wie die Verletzung aussieht: Ist das ganze Gelenk oder nur ein Teilbereich des Gelenks betroffen? Oder handelt es sich sogar um einen Trümmerbruch? Müssen auch Bänder genäht werden? Wie sieht die Knochenqualität aus? Müssen wir die Defekte des Knochens möglicherweise noch mit Zement unterfüttern? All das sind Aspekte, die wir bei der Therapie berücksichtigen“, so Budweg.

Aber es gibt noch weitere, entscheidende Parameter, die das medizinische Handeln bestimmen. Und sie haben mit dem Patienten und seiner individuellen Lebenssituation zu tun. „Wir fragen uns immer: Was muss der Patient mit seiner Hand können? Wie benutzt er sie im Beruf und im Alltag? Kann er eine Bewegungseinschränkung kompensieren? Oder hat er – wie die Flötistin – einen Beruf oder vielleicht eine private Leidenschaft, wo es auf die 100-prozentige Mobilität des Handgelenks ankommt? Wie alt sind die Menschen? Bei betagten Personen, die noch an schweren Vorerkrankungen oder einer Demenz leiden, ist es möglicherweise nicht sinnvoll, sie einem OP-Risiko auszusetzen. Außerdem wünscht nicht jeder Patient eine Operation, sondern zieht eine konservative Behandlung vor, auch wenn die Heilung dann vielleicht etwas länger dauert“, erläutert Budweg. Und dann bringt der Oberarzt die Philosophie im Herz-Jesu-Krankenhaus auf den Punkt: „Wir müssen für jeden Patienten und vor allem mit den Patienten ein individuelles Behandlungskonzept entwickeln. Unsere Therapie muss zu den Patienten passen, zu ihrer Berufs- und Lebenssituation.“

Ob ein gebrochenes Handgelenk nun operativ oder konservativ versorgt wird: Beide Optionen



4

... bevor sie zur Befestigung des Implantates am Knochen eingebracht wird.



5

Dabei überragt die Spitze der Schraube nur ganz knapp die 2. Kortikalis

haben Vor- und Nachteile. Bei einer konservativen Behandlung entfällt zwar das OP-Risiko, doch eine längere mehrwöchige Phase der Ruhigstellung kann dazu führen, dass sich Bänder und Sehnen verkürzen, Muskelmasse abgebaut wird und die Gelenkkapsel schrumpft – auch wenn die Gipschiene so angelegt wird, dass sie Bänder und Sehnen in einer maximalen Anspannung hält. Eine weitere Komplikation, mit der eine längere Phase der Ruhigstellung einhergehen kann, ist das so genannte komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS), früher auch Morbus Sudeck genannt. Unter diesen Begriff fasst man verschiedene dystrophe Beschwerden und Veränderungen zusammen: Die Hand kann anhaltend schmerzen und anschwellen, die Haut sich verfärben oder überwärmen und im Endstadium ist die Hand komplett kontrakt (zusammengezogen) und nicht mehr als Greiforgan benutzbar.

NACH DEM EINGRIFF BEWEGLICHKEIT TRAINIEREN

Eine chirurgische Versorgung des Bruchs hat den Vorteil, dass die Patienten nach dem Eingriff sofort wieder mit Bewegungsübungen beginnen können. „Eines muss den Patienten aber klar sein: Eine Operation sorgt nur für die Stabilität des Bruches, jedoch nicht für die Wiederherstellung der Beweglichkeit“, so Budweg. Die eigentliche Arbeit beginne für die Betroffenen daher direkt nach dem Eingriff. Wer seine volle Beweglichkeit wiedererlangen will, kann das nur mit regelmäßigem und vor allem täglichem Training erreichen.

Bei einer operativen Versorgung des Bruchs erfolgt der Zugang zum Handgelenk in der Regel über die Beugeseite, also über die Handflächeninnenseite. Nach der Freipräparierung der Strukturen werden die Knochen bzw. Knochenfragmente wieder in ihre anatomisch exakte Position geschoben und anschließend mit Drähten (besonders bei Kindern und Jugendlichen, deren Knochen noch in der Wachstumsphase sind) sowie winkelstabilen Platten und Schrauben stabilisiert. Diese stehen in verschiedenen Größen und Formen zur Verfügung „Wir setzen in unserem Haus nur solche Platten ein, die an den Ecken abgerundet sind. Denn scharfe Kanten können die Sehnen abscheuern und reißen lassen“, erklärt Budweg. Sitzen Schrauben und Platten perfekt, wird abschließend der Musculus pronator quadratus (ein Muskel des Unterarms) über das gezogen und festgenäht. Das schützt das eingebrachte Material und sorgt für Abstand und Gleitfähigkeit der darüber liegenden Beugesehnen. Bereits am nächsten Tag beginnen die Patienten unter Anleitung von erfahrenen Physiotherapeuten mit der Mobilisierung der Hand. Platten und Schrauben können, soweit sie nicht als störend empfunden werden, im Körper verbleiben.

Für Sophia Aretz war die Behandlung im Herz-Jesu-Krankenhaus übrigens eine gute Entscheidung. Nach drei Wochen nahm man ihr wie geplant in der Hiltruper Klinik den Gips ab. Nach weiteren drei Wochen intensiven krank- und ergotherapeutischen Trainings konnten sich Oberarzt und Patientin gemeinsam über das Ergebnis freuen: Die Hand von Sophia Aretz war nämlich wieder genauso so beweglich wie vor ihrem Sturz, so dass sie ihr arbeits- und konzertintensives Semester mit Erfolg beenden konnte. | DR. MECHTHILD QUERNHEIM

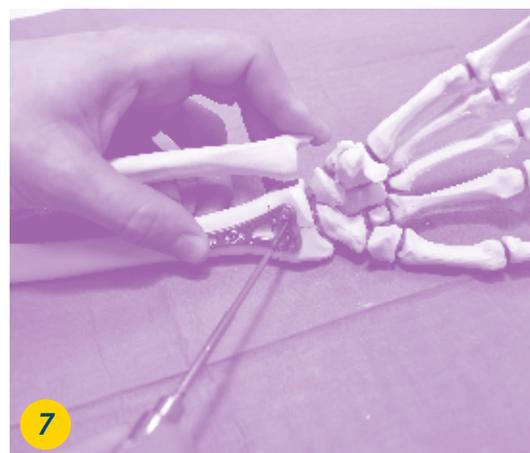


Dr. Ingo Budweg



6

Erst danach werden die Schrauben zur eigentlichen Stabilisierung des Bruchbereichs eingesetzt. Die eingeschraubte Bohrhülse führt dabei den Bohrer und schützt das umliegende Weichgewebe vor Bohrverletzungen.



7

Danach wird die winkelstabile Schraube eingebracht, die sich mit ihrem Schraubenkopf in der Platte verankert und so nicht mehr angulieren kann. Diese „Winkelstabilität“ sichert die reponierten Bruchfragmente, so dass diese nicht mehr abrutschen können.



8

Die letzten vorsichtigen Drehungen übernimmt ein Drehmomentschlüssel, der über eine feine Messung und einen entsprechenden Stopmechanismus verfügt, so dass die Schrauben nicht zu fest eingedreht werden können und sich später bei der Implantatentfernung wieder lösen lassen.



„Man stellt die Ohren
jetzt mehr auf“

Nein, eine „Beschäftigung“ suchen weder ANGELIKA PIEPER noch BERNADETTE KLENNER. Was sie motiviert hat, an der Ausbildung für Ehrenamtliche in der Krankenhauseelsorge teilzunehmen, ist der Wunsch, Zeit und Zuwendung an Menschen in der besonderen Situation eines Krankenhaus-Aufenthaltes schenken zu dürfen. Bis zum Sommer absolvieren die beiden Frauen das zur Ausbildung gehörende Praktikum an einem Tag in der Woche auf Stationen im Herz-Jesu-Krankenhaus.

„Mehr Zeit für die Begegnung mit dem Gegenüber.“

Der katholische Seelsorger **ANDREAS GARTHAUS** begleitet die beiden künftigen Kolleginnen und freut sich bereits darauf, wenn sie anlässlich des Herz-Jesu-Festes Ende Juni in einem Gottesdienst ihre bischöfliche Beauftragung zum ehrenamtlichen Dienst in der Krankenhausesorge überreicht bekommen werden. „Wir katholischen und evangelischen Hauptamtlichen hier im Haus begrüßen es sehr, dass wir beim weiten Feld der Seelsorge von den beiden Frauen unterstützt werden“.

ÖKUMENISCHER ZERTIFIKATSKURS

Der ökumenische Zertifikats-Kurs, den die St.-Franziskus-Stiftung – Trägerin u.a. des Herz-Jesu-Krankenhauses – sowie die Hauptabteilung Seelsorge des Bischöflichen Generalvikariats bereits mehrfach finanziert haben, besteht aus verschiedenen Modulen. „Gerade die dreitägigen Treffen, in denen es um die eigenen Glaubensgrundlagen, um Selbsterfahrung und theoretisches Rüstzeug für seelsorgliche Gespräche geht, haben wir beide als sehr wertvoll und hilfreich erlebt“, stimmen Bernadette Klenner und Angelika Pieper überein.

Beide Frauen kennen als gelernte Krankenschwestern den Alltag im Hospital und sind im Umgang mit Kranken und Angehörigen geübt. Worauf sich beide bei der neuen Aufgabe besonders freuen? „Mehr Zeit zu haben für die Begegnung mit dem Gegenüber“ – auch darin sind sich die zwei sofort einig. Angelika Pieper bringt schon seit langem die Kommunion zu Patienten im Herz-Jesu-Krankenhaus und wurde von Andreas Garthaus auf den Zertifikatskurs hingewiesen. Bernadette Klenner fand „ihren“ Auslöser während des Katholikentags in Form eines Flyers, der für die Ausbildung warb.

ZWISCHENTÖNE WAHRNEHMEN

Seit Jahresbeginn sind die Kurs-Teilnehmerinnen nun in der Praktikumsphase und erleben dabei bereits die ganze Bandbreite der Anforderungen. „Aktives Zuhören ist vor allem gefragt in den Begegnungen mit Patientinnen und Patienten“, hat Angelika Pieper erfahren. Das

Gegenüber ganz in den Mittelpunkt zu stellen, auf die Zwischentöne zu hören und sich selbst völlig zurückzunehmen, das sei der Schlüssel, damit sich die Besuchten öffneten. „Von den Erfahrungen und im Kurs gelernten Techniken, etwa auch zur Körpersprache, profitiere ich auch im Beruf und im Umgang mit anderen Menschen“. Ähnliches hat auch Bernadette Klenner erfahren: „Man stellt die Ohren jetzt mehr auf“, sagt sie und denkt dabei an eine Begegnung im Abenddienst, als ihr eine Patientin plötzlich anvertraute: „Ich kann nicht mehr beten“. Solche Momente verändern auch die Seelsorgerinnen ein Stückchen, manchmal unmerklich. „Ich spüre jetzt viel häufiger, dass jeder Mensch etwas Göttliches in sich hat“, meint Bernadette Klenner nachdenklich, die sich in ihrem persönlichen Glauben gestärkt und immer wieder durch Gespräche im Krankenzimmer beschenkt fühlt. Auch, wenn die Lebens- und Leidensgeschichten, die beide zu hören bekommen, oft belastend sind, fühlen sich die engagierten Frauen nicht überfordert. „Wir sind eingebettet ins Team, erleben viel Unterstützung und sind nicht allein.“ Und wenn dann gar eine Patientin nach einem langen und intensiven Gespräch sagte: „Jetzt habe ich Ihnen so viel erzählt – wie werden Sie damit fertig?“, dann fühlen beide Ehrenamtliche, dass sie ausreichend innere Kräfte an eigener Lebenserfahrung, aber auch in den Kurs-Modulen gesammelt haben.

MIT DER HEILENDEN KRAFT DER ZUWENDUNG

So groß zu Beginn der Respekt gerade vor der „Königsdisziplin“, dem aktiven Zuhören war, so bereichert fühlen sich die Frauen durch den inzwischen gegangenen Weg. Dass sogar der anfängliche Respekt vor der schriftlichen Abschlussarbeit langsam abnimmt und diese Herausforderung beim Schreiben dem Mut weicht, auch das erleben beide Ehrenamtlerinnen derzeit. Und so werden die zwei nach dem Abschluss des Kurses im Sommer ihren Platz im Seelsorgeteam des Herz-Jesu-Krankenhauses mit Zuversicht annehmen. Gemeinsam mit den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wollen sie mithelfen, spirituelle Bedürfnisse der Menschen im Krankenhaus-Alltag zu erspüren und ihnen ihre Zeit zu schenken. Wie sagt es **PROF. MICHAEL FISCHER**, einer der Väter dieses Kurses für Ehrenamtliche: „Die heilende Kraft der Zuwendung ist lange Zeit in den Krankenhäusern unterschätzt worden.“ Angelika Pieper und Bernadette Klenner wollen ihr Bestes geben, um den Gegenbeweis anzutreten. | HEIKE HÄNSCHIED



INGA ABFALTER hilft Stoma-Trägern auf dem Weg zur Selbstverständlichkeit



Stoma-Therapeutin Inga Abfalter begleitet Betroffene über den Krankenhausaufenthalt hinaus in allen versorgungstechnischen Fragen und bietet Halt im psychischen Auf und Ab.



Dieses Stoma ist eine gut haftende Kunststoff-Nachbildung, die Inga Abfalter beste Dienste beim Erklären leistet. Die Befestigungsplatte für den Beutel klebt bereits. So also kann man sich den Austritt des Dickdarmes aus der Bauchdecke vorstellen. Beim Dünndarm ist das herausragende Stück übrigens länger, damit es wie ein kleiner Schlauch in den Beutel reicht. So wird der Kontakt der aggressiven Flüssigkeit mit der Haut vermieden.

Reden wir gar nicht erst drum herum: Auf ihr Erscheinen freuen sich die Patienten nun wirklich nicht. Sie steht symbolisch zunächst für das, was niemand sich wünscht, und womit man jetzt irgendwie klarkommen muss. Aber lange dauert es nicht, da wird sie zur vertrauten Begleiterin: Inga Abfalter, ihres Zeichens Pflegeexpertin Stoma-Kontinenz-Wunde (ET/WCET), Urotherapeutin, Wundexpertin ICW, examinierte Krankenschwester im Homecare-Außendienst des Sanitätshauses Bevermed. Sie begleitet als Stoma-Therapeutin die Patienten im Herz-Jesu-Krankenhaus, die mit einem Stoma aus der Narkose erwachen.

Meist handelt es sich um unangenehme Erkrankungen, die einen künstlichen Darmausgang nötig machen. An erster Stelle denkt man an Tumorerkrankungen. Aber auch chronische Entzündungen etwa durch Colitis ulcerosa, Morbus Crohn oder auch Divertikel, Verletzungen, mangelnde Schließmuskelfunktion sowie genetische Fehlbildungen können zu einem künstlichen Darmausgang führen. Sogar bei peinigenden und durch den dauernden Stuhlkontakt nicht abklingenden Hautirritationen im Analbereich kann ein temporärer künstlicher Ausgang die rettende Lösung sein.

ten, wenn sie etwa gemeinsam mit dem Chirurgen die optimale Stelle für das Stoma erwogen hat. Trotzdem lässt die Therapeutin dem Betroffenen nach der OP etwas Zeit, bevor sie wieder anklopft. Immerhin hat es eine eklatante Veränderung in seinem Leben gegeben, mit der er sich nun gedanklich und per regelmäßiger Handhabung auseinandersetzen muss.

ZWISCHEN VERSORGUNGSTECHNIK UND SEELENTROST

„Die Reaktionen auf die Situation sind so unterschiedlich wie die Mentalitäten der Menschen“, erzählt die Stoma-Therapeutin. „Von Weinen vor Wut und Verzweiflung bis hin zur stillen Akzeptanz der rettenden Maßnahme reicht die Bandbreite.“ So gehört zu ihrer Begleitung längst nicht nur die Anleitung zum Umgang mit dem Versorgungssystem, sondern vor allem auch das, was sie verständnisvoll schmunzelnd auch „Nasenrückenstreicheln“ nennt: Mut machen, trösten, aufbauen und dem Ganzen durch ihr fröhliches Wesen die Schwere nehmen. Von ihr begleitet werden die Betroffenen übrigens über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Jegliche Fragen im Alltag können telefonisch oder bei einem Termin daheim geklärt werden. Da auch Kinder und Jugendliche betroffen sind, ist oft besonderes Einfühlungsvermögen gefragt. „Gerade Jugendliche leiden sehr unter dem gestörten Körperbild. Mit ihrer Therapeutin können die Stoma-Teenager ganz offen über ihre Scheu bei der Partnersuche und Sexualität sprechen.“



Beim zweiteiligen System wird nun auf die Platte der Beutelverschluss eingerastet. Oben erkennt man den weißen Geruchsfilter.

Selbst wenn der Betroffene zu den 70 Prozent Patienten gehört, bei denen nach Ausheilung der Erkrankung der normale Ausscheidungsweg wieder hergestellt wird, hat man psychisch viel zu verkraften. Vor allem bei verdrängten Krebserkrankungen wird das, was man bislang gedanklich von sich schob, an einem Wulst auf der Bauchdecke sichtbar. Meist hatte Abfalter schon Erstkontakt zum Patienten,



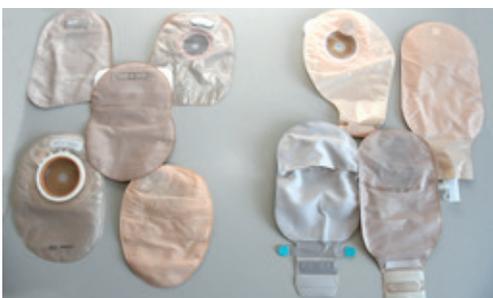
stoma-welt.de/leben-mit-stoma
www.stoma-na-und.de
shopstomalight.de

GROSSES TABUTHEMA

„Menschliche Ausscheidungen gehören ohnehin zu den gesellschaftlichen Tabuthemen“, erklärt Abfalter die problematische Grundlage. Und nun muss man also den Mitmenschen gegebenenfalls mitteilen, dass man da am Bauch mit einem Beutel hantiert, statt sich auf ein WC zu setzen. Das provoziert im besten Fall Mitgefühl, leider aber auch Irritation und Abscheu. Keiner kann verhehlen, dass er sich nach dem Aussehen so einer Substanz fragt, nach dem Geruch und der Entsorgung. Eines muss allen klar sein: Der Stuhl drang ist nicht mehr kontrollierbar. Was kommen will, kommt. Filter im Auffangbeutel garantieren zwar eine Geruchssperre, aber geräuschvolle Blähungen sind nicht mehr wie bisher mittels Aftermuskulatur zurückzudrängen. „Wer als Stomaträger abends ins Theater möchte, sollte mittags auf Zwiebeln und Hülsenfrüchte verzichten“, sagt Abfalter.

DEN TATSACHEN STELLEN

Bei Dünndarmstomata (Ileostoma) muss man sich auch optisch fordernden Eindrücken stellen. Anfangs laufen bis zu eineinhalb Liter am Tag in den Beutel, später reguliert sich das auf 700 ml. „Aber sagen wir es klar heraus“, so die Therapeutin: „Das Essen ist im Dünndarm halt noch nicht verdaut und eingedickt. Da schwappen in der Flüssigkeit deutlich erkennbar die gekaute Wurstscheibe und Erbsen.“ Trinken muss man trotzdem zur Funktionserhaltung der Nieren. Mit etwas Geschick und etwas Glück gelingt im Verlauf eine breiige Konsistenz durch eindickende Lebensmittel wie Schokolade, Banane und Flohsamenschalen. Die Prozesse bei einem Dickdarmsstoma (Colostoma) indes spielen sich im Allgemeinen recht schnell ein, so dass ein normales



Anhand der markierten Linien kann jeder die Basisplatte ganz unkompliziert auf seine Stoma-Größe zurechtschneiden.



Ein zweiteiliges und ein einteiliges Versorgungssystem.



Stuhlbild erreicht werden kann. „Allerdings gehören auch die Phänomene Durchfall und Verstopfung weiter dazu.“

Zur Versorgung des Stomas gibt es verschiedene Systeme. Vor allem junge Menschen entscheiden sich für die Versorgung ihres Stomas durch die so genannte Irrigator-Methode. In diesem Fall darf die Austrittsöffnung nicht den kleinsten Wulst aufweisen sondern muss einen glatten Rand sozusagen bündig mit der Bauchdecke aufweisen. In diese Öffnung wird ein Stopfen gesetzt und mit einem Halteplaster verklebt. Damit das funktioniert, muss man sich in die Handhabung der regelmäßigen Darmausspülung eingefunden haben. Danach hat der Patient 24 bis 48 Stunden keinen Stuhlgang und profitiert vom geringeren Versorgungsmaterial sowie mehr Unabhängigkeit und Bewegungsfreiheit.

Ganz anders sieht die Versorgung mit Beuteln aus. Um den Stoma-Wulst herum wird eine Basisplatte geklebt, deren Mitte man im Durchmesser passend für den eigenen Ausgang zuschneiden kann. Dabei gibt es einteilige und zweiteilige Systeme. Bei einteiligen sind Bauchplatte und Beutel fest verschweißt, so dass immer komplett alles entsorgt wird. Bei zweiteiligen bleibt die Basisplatte bis zu vier Tage auf der Haut, die Wechselbeutel werden per Ring eingerastet oder Klebekoppelung befestigt. Beides hat Vor- und Nachteile. Der Wechsel des einteiligen Systems mag eine empfindliche Haut durch ständiges Abziehen und Kleben der Platte stärker irritieren. Allerdings muss die länger verbleibende Platte des zweiteiligen Systems zwar weniger häufig von der Haut abgezogen, dafür aber im Bereich des

Diese Zusammenstellung gibt eine Vorstellung von den verschiedenen Beutelmodellen. Links für das Dünndarm-Stoma mit größerem Fassungsvermögen sowie Auslassvorrichtung mit Schließmechanismus unten am Beutel. Rechts für den weitgehend normalen Dickdarmsstuhl. Beide Varianten gibt es „blickdicht“, wahlweise mit Einblick-Öffnung oder durchsichtig. Manche Betroffene wählen blickdicht in weißgrauem Ton unter hellerer Sommerkleidung.

Verschlusses besonders gründlich gereinigt werden. Die Hautpflege inklusive Rasur um das Stoma herum spielt natürlich ohnehin eine große Rolle. Auch hier berät die Therapeutin und hat besondere Produkte parat.

Bei einem Dünndarmstoma benötigt man aufgrund der ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge einen großvolumigen Beutel mit einer Entleerungstülle am unteren Ende. Der Beutel wird bei Bedarf über dem WC ausgestrichen und wieder verschlossen. Der komplette Wechsel erfolgt einmal am Tag. Der Beutel für den „normalen Stuhl“ aus dem Colostoma wird je nach Bedarf ein bis dreimal täglich gewechselt und kommt in den Restmüll.

Mittlerweile gibt es auch modische Produkte für Stomaträger, die den Besuch des Schwimmbades, den Sport, aber auch die Sexualität unbelastet von Beutelanblicken erlebbar machen.

Einem Stoma-Patienten wird zwar dringend angeraten, sein Gewicht zu halten, damit sich nicht durch Bauchumfang oder -falten die Austrittsstelle so ändert, dass die Beutel nicht mehr halten. Aber gleichzeitig gibt es eine gute Nachricht: „Schwangerschaften“, so Stoma-Therapeutin Abfalter, „sind durchaus möglich.“ Je selbstverständlicher man sein Stoma akzeptiert, desto besser die Lebensqualität. Die unten aufgeführten Links mögen da etwas Mut machen. | KLAUDIA MALESKA

ÜBRIGENS:

- In Deutschland leben rund 150 000 Betroffene mit einem künstlichen Darmausgang
- Bei 70 Prozent der Betroffenen ist Krebs die Ursache
- Die Deutsche ILCO e.V. ist eine Bundes-Solidargemeinschaft von Stomatägern und ihren Angehörigen. Durch Landesverbände finden Patienten Ansprechpartner und Kontakt zu Gleichbetroffenen in ihrer Nähe. | www.ilco.de

Katharina Kirchner (l.) und
Lea Klostermann teilen die
Begeisterung für ihren Beruf.

Der facettenreichste und dankbarste Beruf der Welt!

FLORENCE NIGHTINGALE – kaum jemand, der nicht sofort den Inbegriff von „Krankenschwester“ vor Augen hat, wenn dieser Name fällt. Der 12. Mai erinnert jährlich als „Tag der Pflege“ an ihren Geburtstag im Jahr 1820. Die britische Krankenschwester gilt als Begründerin der modernen westlichen Krankenpflege. Sie errichtete eine Pflegeschule, und es dauerte nicht lange, bis Krankenhäuser aller britischen Regionen nach solcherart Absolventen und auch weiteren Schulen verlangten. Dass die Pflege während ihrer Ära zu einem Ausbildungsberuf auf hohem Niveau geworden ist, schreibt man ihr als Verdienst zu. Bis zum heutigen Tag hat die Weiterentwicklung nicht aufgehört, und das nicht nur wegen der technischen Fortschritte und Erkenntnisse in diesem Bereich, sondern zu Recht auch aus einem aufgrund der enormen Leistungen gewachsenem Selbstbewusstsein.

An die 40 Jahre liegen zwischen dem Berufsbeginn von **KATHARINA KIRCHNER** und **LEA KLOSTERMANN**. Innerhalb dieser Zeit hat sich strukturell und inhaltlich auf dem Tätigkeitsfeld „Krankenpflege“ etliches weiterentwickelt. Katharina Kirchner zum Beispiel kannte keinen PC und trug noch Berufskleid mit Häubchen. Lea Klostermann kann sich den Berufsalltag ohne PC und praktischem Kasack gar nicht vorstellen. „Damals mussten wir zum Beispiel noch die Blutsenkungsgeschwindigkeit auf Station messen und den ZVD, den Zentralvenösen Druck, notieren“, erzählt Krankenschwester Kirchner.

„Was?!“ staunt Kollegin Klostermann, „Das eine macht heute längst das Labor, und das andere macht man gar nicht mehr!“ Ob Unterricht, Karriereoptionen, Technik(en), berufspolitisch bedingte Neustrukturierungen und sogar die Berufsbezeichnungen: Als Lea Klostermann 2019 anfang, war kaum noch etwas genau so wie zum Berufsbeginn von Katharina Kirchner im Jahr 1980.

Die beiden Kolleginnen müssen im Gespräch miteinander lachen, denn während Katharina Kirchner nie etwas anderes werden wollte

als Krankenschwester, wäre Lea Klostermann nicht im Entferntesten auf die Idee gekommen, wenn nicht ein Zufall dafür gesorgt hätte. Jetzt wird es spannend: Wie sieht es denn da mit der Erfüllung durch den Beruf aus?

An die 40 Jahre sind wie weggewischt, denn etwas Wesentliches – eigentlich das Wesentliche – hat sich nicht geändert: Die Motivation und die Begeisterung derer, die sich für die (mittlerweile) „Gesundheits- und Krankenpflege“ entschieden haben. Unisono und voller Empathie und mit leuchtenden Augen sagen

*Als Lea Klostermann 2019 anfang,
war kaum noch etwas genau so wie
zum Berufsbeginn von Katharina
Kirchner im Jahr 1980.*

beide Frauen: „Man bekommt so viel zurück! Man erlebt täglich die erfüllende Sinnhaftigkeit seines Tuns, denn die dankbaren Reaktionen kommen unmittelbar.“ Worte, Blicke und Gesten von Patienten und Angehörigen sind wärmender Herzenslohn. „Aber auch die Freude, wenn ein schwer kranker Mensch nach einiger Zeit bei uns wieder auf den Beinen steht und seiner strahlenden Familie mit ersten Schritten entgegengeht“, ergänzt Intensivpflegerin Klostermann. Dass Dankbarkeit uneingeschränkt und besonders gerade dort spürbar wird, wo die Hoffnungen begrenzt



Zwei Krankenpflegerinnen mit interessanten Einblicken in ihren Beruf und seine Entwicklung

sind, erfährt Palliativpflegerin Kirchner. Ein facettenreicher und die eigene Charaktereife so unterstützender Beruf ist für beide nicht denkbar.

Kirchner blickt zurück: „Ich bin mit inniger Beziehung zu meiner Oma aufgewachsen und habe sie fast ausschließlich krank erlebt. Wenn etwas Ernstes war, musste man immer erst durchs Dorf zum Krankenhaus laufen und jemanden holen. Ich denke, das hat in mir den Wunsch geweckt, solchen Menschen wirklich beistehen und helfen zu können.“ Vor ihrer Ausbildung im St. Franziskus Hospital in Münster absolvierte die angehende Krankenpflegerin ein Praktikum und durchlief später im Herz-Jesu-Krankenhaus im Laufe ihrer Berufstätigkeit fast das komplette Stationen-Spektrum. Gynäkologie, Innere, Chirurgie, Neurologie, Tag- sowie Nachtdienste, Hauptnachtwache, Einsatz in der Endoskopie und seit 2002 fest als Vollzeitkraft auf Station 3 (Neurologie). Nach ihrer Weiterbildung „Palliativpflege“ ist Kirchner seit 2015 auf der Palliativstation und mit dieser erfüllenden Aufgabe so richtig bei sich „angekommen“. Viele Freiheiten gab es während der damaligen Ausbildungszeit nicht. Wohnen im Wohnheim war ebenso Pflicht wie das Einhalten der bis 22 Uhr reglementierten Ausgehzeit. „Sonst



Florence Nightingale (1820-1910) als Gründerin der modernen westlichen Krankenpflege erinnert der 12. Mai jährlich als „Tag der Pflege“ an ihren Geburtstag im Jahr 1820.

war die Tür verschlossen“, lacht Kirchner über die damalige Sittlichkeit, welche Herrenbesuche selbstredend ebenfalls ausschloss. Selbst bei vorher in Ausnahmefällen bewilligter Zeitüberschreitung konnte es passieren, dass man im Nachleben Münsters von Mitschülern gesucht wurde und die Botschaft erhielt, doch sofort zurückzukommen.

„Die Stationsdienste waren härter“, sagt Kirchner im Vergleich. „Man musste von Beginn an einfach mittun, für den Fleiß sorgte ein – sagen wir mal – empathischer Druck der Leitung. Auch gab es ein Jahr lang Nachmittagsunterricht, denn zu den Stoßzeiten wurden die Schüler auf Station eingesetzt. Es wurde viel abverlangt, man machte als Schülerin bereits halbe Nächte ganz alleine Dienst. Die Übergabe“, erzählt Kirchner, „wurde anhand von Notizen in einer Kladde vorgenommen.“

Berufsanfängerin Klostermann hat gespannt zugehört und ist amüsiert. Kladde?! Ohne PC sind Patientenakten heute nicht mehr denkbar. „Ich selbst bin durch ein Freiwilliges Soziales Jahr zur Krankenpflege gekommen“, erzählt sie. „Nach dem Fachabitur wollte ich mich orientieren und habe sofort gemerkt, dass ein Bürojob nichts für mich ist. Also habe ich innerhalb des Hauses während des FSJ in die Pflege gewechselt – und das war einfach toll. Keine Ahnung, warum offenbar merkwürdige Vorurteile gegenüber dem Pflegeberuf herrschen. Ich merke nichts von schlechten Bedingungen oder großer Überlastung. Im Gegenteil, man erfährt so viel Positives. Etwas anderes möchte ich gar nicht machen, und mittlerweile gibt es so viele Aufstiegschancen.“ Um es an dieser Stelle gleich vorweg zu nehmen: Auch Gerüchte über un-

„Ich merke nichts von schlechten Bedingungen oder großer Überlastung. Im Gegenteil, man erfährt so viel Positives.“

angemessene Bezahlung könne beide Fachfrauen nicht bestätigen. Zudem haben im Allgemeinen Wochenend- und Wechselschichten in den Berufen (vor allem im Service-Bereich) zugenommen.

Gelernt hat Klostermann in einem kleineren 130-Betten-Haus. „Das war eine eher private Atmosphäre mit der Möglichkeit zu viel Eigenarbeit.“ Ihre Aussagen vermitteln sympathisches Selbstbewusstsein, was Kollegin Kirchner aufmerksam registriert und bemerken lässt: „Heute genießt man eine ganz andere Stellung in dem Beruf. Wenn zu meiner Anfängerzeit Chefärzte Anweisungen gaben, war die Pflegefachansicht außer Kraft gesetzt. Das spiegelte sich auch in der Öffentlichkeit wider. Was hat mich das früher geärgert, wenn man so als weiblicher Handlanger verniedlicht wurde. Kennt jemand noch den Ausdruck ‚Karbalmäuschen‘? Das war respektlos. Krankenschwesterkostüme im Karneval vor allem mit frivol kurzem Rocksäum finde ich völlig daneben.“ Da stimmt auch Klostermann sofort zu. Im realen Berufsleben hat sie keine Probleme mehr erlebt, die aus nicht eindeutig geregelten Zuständigkeiten der Berufsgruppen resultierten. „Die Kollegen aus der Medizin erlebe ich als Teamplayer“, erklärt sie, „uns ist allen klar, dass es ohne einander nicht läuft.“

Die Werbewelt zeichnet ein Bild von gesunden Menschen, denen ihr „Style“ wichtig ist. Selbst Senioren erscheinen noch möglichst faltenlos mit wehenden Silberhaaren und smartem Grinsen. Wie ist die Konfrontation mit der Realität in so mannigfacher Menschengestalt? Wo es faltig wird und hängt, mit Kilos auf den Hüften, platten Haaren vom langen Liegen, Thrombosestrümpfen in Plastiklatschen, und wo übel Riechendes mal daneben geht? Die 23-jährige Krankenpflegerin lächelt warmherzig: „Man erkennt den wahren Menschen, nicht seine äußere Erscheinung“, sagt sie. „Auch im Alltag im Supermarkt oder auf der Straße würde mir nicht in den Sinn kommen, Menschen nach ihrem Erscheinungsbild zu be- oder gar verurteilen. Es geht um andere Werte. Ich habe Respekt vor älteren Menschen. Wenn einige ins Erzählen kommen, dann kann ich kaum glauben, dass dieser Mensch wirklich für andere und sein Land in einem Schützengraben lag oder seine Liebsten verloren hat. Da steht ein ganzes Leben vor einem, das gilt es zu würdigen.“ Und fällt das manchmal schwer, wenn die Herrschaftlichen Patienten nicht ganz freundlich sind?

„Na ja“, erzählt Kirchner. „Manche meinen schon, sie seien im Hotel, aber das ist wirklich selten. Wir fordern dann auf freundliche, aber deutliche Weise angemessenes Verhalten uns gegenüber ein.“

Ein Beruf mit absolutem Mehrwert. Zusätzlich zum Gehalt und zur unmittelbaren Dankbarkeit der Patienten bekommt man noch eine gehörige Portion Menschenkenntnis im Laufe der Zeit. Zudem lernt man für sich selbst, kleine Petitesse von großen Problemen zu unterscheiden. Das eigene Weltbild bleibt gesünder, was die Wichtigkeit von materiellen Dingen anbelangt. „Wenn ich sehe, wie auf der Intensivstation um Lebensfunktionen gerungen wird, dann bin ich glücklich, morgens mit beiden Beinen aus dem Bett springen zu können“, so Klostermann. „Das ist eben nicht selbstverständlich.“ Beide Kolleginnen bekunden, dass man schon als junger Mensch eine gewisse Reife mitbringen sollte und auch Empathie. „Wir erleben leidende Menschen, sterbende Menschen, trauernde Menschen, hoffende Menschen, aber auch Menschen, die unsagbar glücklich über Heilung sind und sich riesig freuen.“



Gibt es Wünsche an den Beruf? Kirchner hat als dreifache Mutter so manchen Spagat zwischen Familie und Beruf noch präsent und sagt: „Ich denke, was familienfreundlichere Dienstzeiten anbelangt, wäre da noch Luft nach oben.“ Beide Krankenpflegerinnen bedauern mit Blick auf die Politik, dass „da oben die Falschen sitzen, die von der Realität an der Basis keine Ahnung haben.“ Um das Interesse potenziellen Nachwuchses an Berufen zu wecken, in denen man sich hilfebedürftigen Mitmenschen zuwendet, wäre vielleicht ein verpflichtender sozialer Dienst von drei bis sechs Monaten ein Ansatz. An persönlicher Reife durch soziale Verantwortung könne man nur gewinnen. | KLAUDIA MALESKA

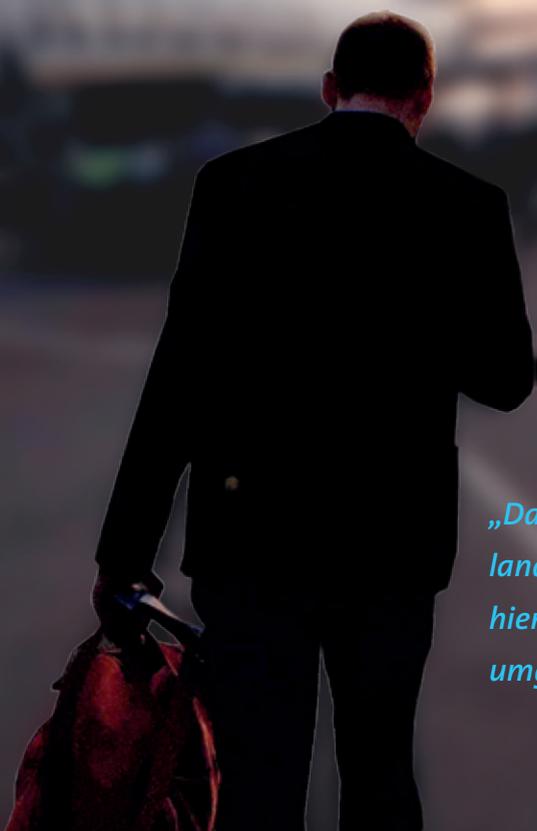
Erinnerungen an den Anfang der Studienzeit:
Niklas Koschick (z.v.l.) im Histologie-Kurs



Einmal Litauen und zurück

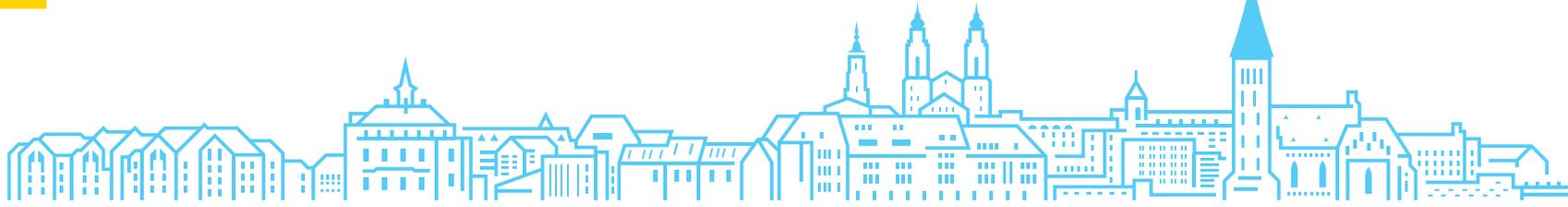
Auslandsstudium der besonderen Art

Den warmherzigen Empfang, das freundliche Miteinander im Team und die reibungslose Organisation ihres Praktikums werden NIKLAS KOSCHICK und ALAN BAREISS nicht vergessen: Die beiden angehenden jungen Ärzte arbeiteten fünf Monate in Hiltrup im Herz-Jesu-Krankenhaus und weiteren Häusern der St.-Franziskus-Stiftung und durchliefen dabei verschiedene Abteilungen. Nichts Besonderes, denken Sie jetzt vielleicht? Doch: Denn die beiden 25-jährigen Deutschen studieren Medizin in Litauen.



„Das Diplom ist in Deutschland anerkannt und wird hier in die Approbation umgewandelt.“

Die Verbindung nach Deutschland während der Studienjahre – ein gut zweistündiger Flug



Dorthin sind sie inzwischen für den letzten Abschnitt der Ausbildung zurückgefliegen: Ende des Monats Juni legen sie ihre letzten Prüfungen ab und erhalten ihr Diplom. „Das ist in Deutschland anerkannt und wird hier in die Approbation umgewandelt“, so berichten die beiden, die sich nach den fünfeneinhalb Jahren im Baltikum während ihres Praktikums im Münsterland vor allem mit dem aktuellen deutschen Krankenhaussystem vertraut machen und damit einen besseren Einstieg in ihre künftige Tätigkeit an Krankenhäusern in ihrem Heimatland erhalten wollten.

EIN KULTURSCHOCK

Der Entschluss für Litauen als Studienland war ein wirklicher Sprung ins „kalte Wasser“ für den damaligen Abiturienten Alan Bareiß aus Stuttgart und für Niklas Koschick aus Hildesheim, der nach dem Abitur ein freiwilliges soziales Jahr geleistet hatte. „Ein Kulturschock“, erinnern sich beide genau daran, was sie als 19-Jährige nach der Aufnahmeprüfung erwartete, als sie Ende 2013 in Kaunas, der zweitgrößten litauischen Stadt, ihr Studium aufnahmen. „Wir sind in ein Land gekommen, das im Umbruch war und ist“, sagen Bareiß und Koschick, die sich mit rund 20 anderen Deutschen im internationalen Kurs von etwa 180 ausländischen Anfängern wiederfanden. Wichtigste Aufgabe – neben den Studieninhalten – war für alle in den ersten drei Jahren das Erlernen der Litauischen Sprache, um sich auch im Alltag zurechtzufinden.

Dass sich beide für das kleine Land mit seinen etwa 2,8 Mio. Einwohnern entschieden haben, lag an ihrer Abiturnoten von immerhin 1,8. „Da hätten wir in Deutschland viele Wartesemester in Kauf nehmen müssen, um unseren Berufswunsch zu verwirklichen“, wissen beide noch genau, wie in den eigenen Familien diskutiert wurde. Bereut haben die künftigen Mediziner ihre Entscheidung nicht, wenn sie sich auch freuen, dass das hart erarbeitete Ziel nun in greifbarer Nähe ist. Kaunas, die Stadt an der Memel mit etwa 350.000 Einwohnern und den meisten Studierenden in Litauen, ist ihnen schon ans Herz gewachsen in den vergangenen Jahren. Auch wenn es länger gedauert habe, sich an den raueren Umgangston und die „sehr direkte Kommunikation“ zu gewöhnen, lachen beide. „Mit Höflichkeitsfloskeln hält sich da kaum jemand auf“.

ZEUGEN DES WANDELS

Die vergangenen Studienjahre haben die zwei allerdings auch zu Zeugen eines allmählichen Wandels werden lassen: Man spüre die Internationalisierung und die Zuwendung in Richtung Europa sehr deutlich. Seit 2004 ist Litauen Mitglied der EU. „Wir haben 2015 die Währungs-Umstellung auf den Euro miterlebt und auch die folgende Verteuerung vieler Produkte“. Ärzte verdienen rund 500 bis 600 Euro, so berichten die beiden; der Mindestlohn im Land liege bei etwa 370 Euro bei einer 40-Stunden-Woche.

Ihre Zeit in Münster haben die jungen Mediziner sehr genossen. Sie hatten Zimmer im Wohnheim am Herz-Jesu-Krankenhaus und nutzten ihre Freizeit, um die Stadt zu erforschen. „Ich kannte Münster durch meine Mutter, die hier studiert hatte“, sagt Niklas Koschick, während für seinen Freund Alan die Geschichte vom berühmten schwarzen Schwan „Petra“ und dessen Tretboot-Liebe vorher die einzige Verbindung zur Stadt war.

„Wir durften in den Monaten hier in Münster bei den im lettischen Studiengang vorgegebenen Praktikums-Stationen in der Chirurgie, der Inneren Medizin, Gynäkologie und Pädiatrie sowie in der Notaufnahme aktiv mithelfen und einen Beitrag leisten“, heben beide einen wesentlichen Unterschied zu entsprechenden Klinik-Praktika in Kaunas hervor. „Da hat man uns schon spüren lassen, dass wir als Anfänger mehr Belastung als Unterstützung sind.“ Deshalb haben die zwei nur gute Erinnerungen an ihren als fast familiär empfundenen Aufenthalt in Münster mitgenommen, als sie zum letzten Mal als Studenten die gut zwei Flugstunden nach Kaunas absolvierten. Dort geschlossene Freundschaften – übrigens auch viele mit Litauern – werden sie aber voraussichtlich noch so manches Mal zurückkehren lassen. Nach Münster übrigens vielleicht auch, denn beide können sich gut vorstellen, später einmal in einer Klinik in Trägerschaft der St. Franziskus-Stiftung zu arbeiten. | HEIKE HÄNSCHIED



Besonders beeindruckend fanden die beiden Studenten die wunderschönen Sonnenuntergänge in Kaunas an der Memel.



Trotz des arbeitsreichen Studiums konnten Niklas Koschick und Alan Bareiß auch die Umgebung von Kaunas erkunden.



Niklas Koschick (l.) und Alan Bareiß haben ihre Zeit in Hiltrup genossen; untergebracht waren sie im Wohnheim am Herz-Jesu-Krankenhaus.



Initiative „Moseskörbchen“

Ein Trauerort für verstorbene Kinder

Aus christlicher Sicht fühlen wir uns hier angesprochen und in die Pflicht genommen“, sagt der Klinikseelsorger des HJK ANDREAS GARTHAUS der zusammen mit der Hebamme URSULA HEUSER und Chefarzt DR. JOACHIM ZUCKER-REIMANN die Idee für diese Initiative hatte. Denn vom Gesetzgeber her sieht es anders aus: Nur für totgeborene Kinder über 500 Gramm Geburtsgewicht besteht in Deutschland Bestattungspflicht. Kleinere Kinder, die noch im Mutterleib versterben und unter 500 Gramm wiegen, können zwar seit einigen Jahren standesamtlich registriert werden, müssen aber nicht in einem Einzelgrab bestattet werden.

Diesen Kindern fühlt sich die Hiltruper Initiative verpflichtet und bietet den Eltern eine gemeinsame Trauerfeier und Bestattung an. Kosten für die Bestattung und die Pflege des Grabfeldes entstehen nicht. „Für uns ist die Begleitung der Eltern nach der stillen Geburt nicht abgeschlossen. Deshalb gehört nach unserem Selbstverständnis auch die seelsorgliche Begleitung und die würdige Bestattung dieser kleinen Kinder dazu“, meinen denn auch Dr. Zucker-Reimann und Ursula Heuser. „Wir sind froh den betroffenen Eltern nun auch hier in Hiltrup einen solchen Ort für ihre Trauer anbieten zu können.“ Pfarrer Mike Netzler sieht das genauso. Für ihn und den Kirchenvorstand ist es selbstverständlich, dass die Clemensgemeinde Teil dieser Initiative ist und die Gemeinde das Grabfeld auf den gemeindeeigenen Friedhof kostenfrei zur Verfügung

Die Initiative Moseskörbchen des Herz Jesu Krankenhauses und der kath. Kirchengemeinde St. Clemens plant auf dem kirchlichen Friedhof in Hiltrup-Mitte ein Grabfeld für die noch im Mutterleib verstorbenen Kinder. Mit dieser Initiative haben Eltern deren Kind tot geboren wurde endlich auch in Hiltrup einen würdigen Ort für ihre Trauer und müssen nicht mehr in andere Stadtteile Münsters ausweichen. Der Name *Moseskörbchen* erinnert an die biblische Geschichte vom Schilfkörbchen, in dem der Säugling Mose über den Nil getragen wurde.

stellt. Neben der Kirchengemeinde und dem Herz Jesu Krankenhaus unterstützt auch der Förderverein des Krankenhauses das Projekt finanziell. Dankbar sind die Verantwortlichen das Frau ANGELA THIEME vom gleichnamigen Bestattungshaus ihnen mit „Tat und Sachverstand“ ehrenamtlich beisteht.

Ihren künstlerischen Ausdruck findet die Initiative in einem aus „tragenden Händen“ geformten Moseskörbchen, das auf einer Sandstein Stele ruhend, den Mittelpunkt des Grabfeldes markieren wird. Die ausdrucksstarke Bronzearbeit stammt von der Hiltruper Künstlerin, Gärtnerin und Krankenschwester MONIKA VERNAUER.

Die Initiative Moseskörbchen sieht sich im weiten Horizont des christlichen Glaubens beheimatet und richtet sich an betroffene Eltern jedweder Religion und Weltanschauung. „Das ist Ökumene im besten Sinn, ... dabei fällt jede weltanschauliche oder religiöse Schranke, denn alle sind gleichermaßen betroffen und angerührt“, so Andreas Garthaus. Er hat viele Jahre eine ähnliche Initiative im Ruhrgebiet begleitet und weiß um die Not und die Fragen der Eltern. Zusammen mit seiner Kollegin der Krankenhausseelsorgerin und Pastorin ANDREA KLAUSMANN wird er ab ca. Juni die Trauergottesdienste und die Bestattungen leiten. Der Termin für die Einsegnungsfeier des neuen Grabfeldes wird im Frühjahr bekanntgegeben. | ANDREAS GARTHAUS



Engagiert für die Initiative Moseskörbchen v. l.:
Pfarrer Mike Netzler,
Hebamme Ursula Heuser,
Künstlerin Monika Vernauer,
Chefarzt Dr. Joachim Zucker-Reimann, Klinikseelsorger
Andreas Garthaus.



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



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 Herzs Schlag
Westfalenstraße 109
48165 Münster

Oder Fax an 025 01 / 17-42 01,
oder senden Sie eine Mail mit Ihrem Abo-Wunsch an
Herzs Schlag@hjk-muenster.de

Bitte senden Sie mir das Magazin Herzs Schlag kostenfrei und regelmäßig zu.

^ Name

^ Straße

^ PLZ/Ort

^ Telefon



IMPRESSUM

HERZ-JESU-KRANKENHAUS
MÜNSTER-HILTRUP



Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung 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

REDAKTION Klaudia Maleska (V.i.S.d.P.),
Markus Becker, Heike Hänscheid,
Berthold Mathias, Dr. Mechthild Quernheim,
Britta Silling, Christa Sühling

Telefon 02501 / 17-21 70

E-Mail herzs Schlag@hjk-muenster.de

TEXTE Heike Hänscheid, Andreas Garthaus,
Klaudia Maleska, Dr. Mechthild Quernheim

FOTOGRAFIE Heike Hänscheid, Klaudia Maleska, MünsterView,
privat, Dr. Mechthild Quernheim, shutterstock

LAYOUT/SATZ Livingpage® GmbH & Co. KG Münster
www.livingpage.com

DRUCK Griebisch & Rochol Druck

Mit der Bestellung von Herzs Schlag im Abonnement-Verfahren erklären sich die Bezieher damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten zum Zwecke der postalischen Zustellung an ein Versandunternehmen weitergegeben werden.

DIE NÄCHSTE AUSGABE

ERSCHEINT IM NOVEMBER 2019

HERZSCHLAG

MAGAZIN DES HERZ-JESU-KRANKENHAUS
MÜNSTER-HILTRUP



Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster

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 und Neuroradiologie

BELEGKLINIKEN

Klinik für Augenheilkunde

Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Klinik für Orthopädie

