



Ihre Sprechzeit

Das Gesundheitsmagazin für den Kreis Soest



Filigrane Feinarbeit im OP

**Mikroskop macht Handchirurgie
auf höchstem Niveau möglich**

Kleines Schirmchen, großer Schutz

Vorhofuhr-Occluder senkt das Schlaganfall-Risiko

Ein Leben für die Medizin – seit 1988 im Klinikum

Chefarzt Dr. Ulrich Menges geht in den Ruhestand

Vital^{Soest}

Prävention & Therapie



MEIN LEBEN.
MEINE GESUNDHEIT.

Vital^{Soest}
Prävention & Therapie

Vital^{Soest} Prävention & Therapie

Prävention

Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheits-Check-up

Gesundheitskurse

Physiotherapie

Ergotherapie

Rückentraining

Sport- und Leistungsdiagnostik

SOEST VITAL Gesundheitsroute

Medizinische Trainingstherapie

Rehabilitation

www.SOEST-VITAL.de

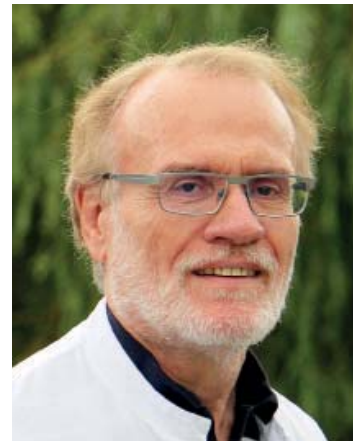
Liebe Leserin, lieber Leser,

in dieser Ausgabe wende ich mich zum letzten Mal als Chefarzt der Gastroenterologie im KlinikumStadtSoest an Sie. Im November dieses Jahres gehe ich nach einem erfüllten, aber ebenso aufregenden Berufsleben als Mediziner in den Ruhestand. Was ich erlebt habe und welche Dinge mich als Mensch und Arzt besonders prägten, habe ich auf den Seiten 14 bis 21 für Sie aufgeschrieben.

Als ich 1988 an das KlinikumStadtSoest kam, war vieles in der Medizin noch undenkbar. Heute können wir mit kleinen Schirmchen vor dem Vorhof der Herzens effektiv mögliche Schlaganfälle verhindern (Seiten 4 bis 7). Und dass wir in der Lage sein werden, aus neun körpereigenen „Ersatzteilen“ zwei neue Finger zu rekonstruieren, konnten wir uns damals auch nicht denken.

Die moderne Handchirurgie in unserem Hause macht das heute mit Hilfe des Operationsmikroskops möglich (Seiten 8 bis 11).

Wir feiern großartige Erfolge mit der modernen Medizintechnik. Unser Cyberknife begrüßte im Frühjahr den 3000. neu aufgenommenen Patienten. Und doch sind es oft die einfachen und alten Ratschläge, die uns vor Erkrankungen schützen können. Zum Beispiel der Rat, schon frühzeitig mit der Beckenbodengymnastik anzufangen (Seiten 22 und 23).



Dr. Ulrich Menges
Chefarzt Gastroenterologie

Ich bedanke mich bei meinen Patientinnen und Patienten, bei meinen medizinischen Kolleginnen und Kollegen sowie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern meiner Teams in Therapie und Pflege für mehr als 30 erfüllte Jahre als Mediziner in Soest. Machen Sie, macht es gut. Kommen Sie alle gut durch den Herbst – und bleibt's bitte alle gesund!

Ihr / Euer

Dr. Ulrich Menges

Chefarzt Innere Medizin / Gastroenterologie

Inhalt

- | | |
|--|--|
| 04 Vorhof-occluder senkt Schlaganfall-Risiko | 22 Beckenbodengymnastik gegen Inkontinenz: Bevor die Wildelohse für den Mann zur Gewohnheit wird |
| 08 Feinarbeit im OP: Mikroskop macht Handchirurgie auf höchstem Niveau möglich | 26 Das Cyberknife begrüßt 3000. Patienten Messerschärfe zu internationalem Erfolg |
| 12 Präoperatives Zentrum eröffnet: Kürzere Wege und Wartezeiten für Patienten | 27 Veranstaltung „Deine Haut“ am 18.9.2019 |
| 14 Ein Leben für die Medizin: Für Chefarzt Dr. Ulrich Menges steht der Patient im Mittelpunkt - immer! | 28 Veranstaltungshinweise aus dem Forum Familie |
| | 30 Kurz berichtet ... |
| | 31 Auf einen Blick |
| | 32 Termine im Soest Vital |

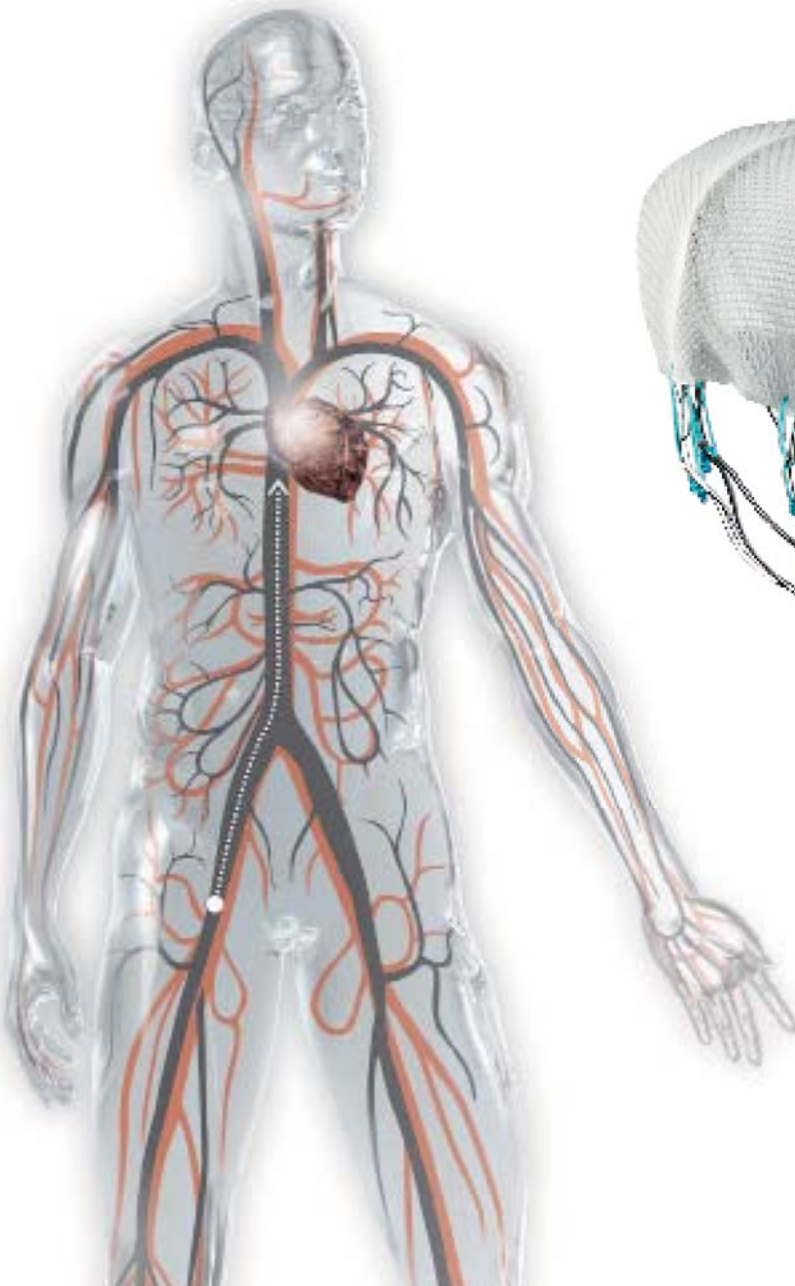
Impressum & Lesehinweis:

Herausgeber: KlinikumStadtSoest gGmbH, Senator-Schwartz-Ring 8, 59494 Soest **Redaktion:** Frank Beilenhoff, Johannes Vehring, Thomas Meier-Vehring (V. i. S. d. P.), Tel. 02307 9835-273, Mobil 0171 3196250, **Fotos:** Thomas Meier-Vehring & tmv-kommunikation, KlinikumStadtSoest, Boston Scientific (Seiten 4, 6, 7), Felix-Burda-Stiftung (Seite 19), Fa. Burmeier (S. 24, 25), pixabay.de: Momentmal (S. 27).

Verlag: Rundblick-Media UG, Bahnhofstraße 13, 59174 Kamen, Tel. 02307 9835-273, **Anzeigen:** Rundblick-Media UG, Johannes Vehring, Tel. 0151 14937706, **Gesamtherstellung:** Thomas Meier-Vehring & tmv-kommunikation / „Ihre Sprechzeit“ und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

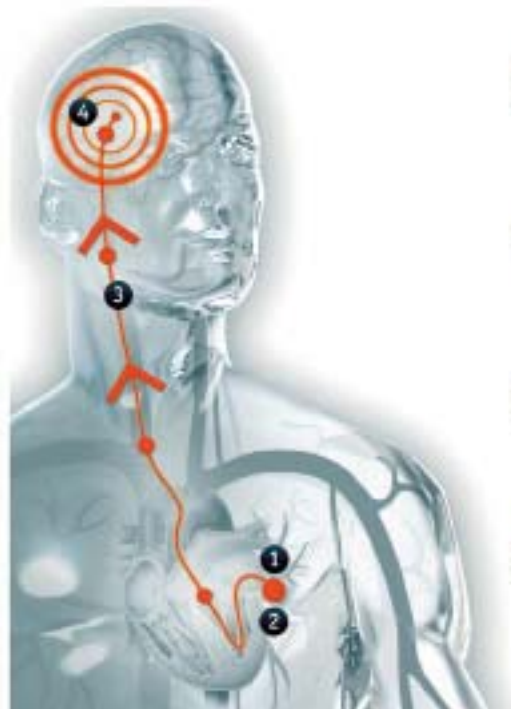
Lesehinweis: Die in diesem Magazin dargestellten medizinischen Fragestellungen und therapeutischen Verfahren entsprechen dem jeweils aktuellen Kenntnisstand in den Fachbereichen des KlinikumStadtSoest, orientieren sich an gültigen Leitlinien und Standards und dienen der Information. Untersuchungen und Behandlungen müssen jedoch individuell geplant werden. Verbindliche Diagnosen und Therapieempfehlungen können nur von Haus- und Fachärzten gegeben werden. Wir bitten unsere Leserinnen und Leser, sich bei gesundheitlichen Beschwerden und Problemen direkt an den Hausarzt zu wenden, der anschließend alle weiteren Schritte einleiten kann. Im Notfall stehen Ihnen die Ambulanzen des KlinikumStadtSoest natürlich rund um die Uhr zur Verfügung.

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr.01/2018



Das Schirmchen (oben) wird über eine kleine Öffnung in der Leistenregion mittels eines Katheters bis zum Herzen-Vorhofr geschoben.

Alle Bilder und Grafiken in diesem Artikel erscheinen mit freundlicher Genehmigung der Firma Boston Scientific. Das Vorhofr-Verschluss-system heißt „Watchman“ und ist ein eingetragenes Marken-zeichen der Firma Boston Scientific.



- 1** Vorhofflimmern verursacht eine Stagnation des Blutflusses im linken Vorhofr (LAA)
- 2** Ein stark verlangsamter Blutfluss bietet eine ideale Grundlage für die Entstehung eines Thrombus bzw. eines Blutgerinnsels
- 3** Der Thrombus bzw. Teile von ihm lösen sich aus dem LAA und wandern durch das Gefäßsystem
- 4** Im Gehirn verschließt das Gerinnsel Blutgefäße, wodurch die Durchblutung vermindert und ein Schlaganfall ausgelöst wird.

Kleines Schirmchen, großer Schutz

Vorhofohr-Occluder senkt das Schlaganfall-Risiko

Vorhofflimmern ist eine Herzrhythmusstörung, die vorübergehend oder dauerhaft auftreten kann. Das Herz gerät außer Takt und schlägt unregelmäßig. In der Folge kann es seiner normalen Pumpfunktion nicht mehr nachkommen, wodurch es zur Bildung von Blutgerinnseln kommen kann. Vorhofflimmern selbst ist zwar nicht lebensbedrohlich – Patienten bemerken eine Vorhofflimmer-Episode oft nicht, da typische Symptome beispielsweise plötzlicher Leistungsknick, Müdigkeit, Herzrasen oder Schlafstörungen sein können, die sie gegebenenfalls nicht richtig zuordnen können. Allerdings kann ein durch den gestörten Blutfluss verursachtes Gerinnsel zu Komplikationen wie einem Schlaganfall oder Herzversagen führen.

„Normalerweise nehmen Patienten, bei denen dieses Risiko besteht, entsprechende Blutverdünner, etwa Marcumar oder andere Medikamente, die das Blut flüssig halten. Allerdings steigt damit auch das umgekehrte Risiko von Blutungen und wir beobachten bei immer mehr Patienten, dass diese die Blutverdünner einfach nicht (mehr) vertragen“ erklärt Prof. Dr. Achim Meißner, Chefarzt der Inneren Medizin/Kardiologie im KlinikumStadtSoest.

Wie häufig ist Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung. In Deutschland leben fast 1,8 Millionen Menschen mit Vorhofflimmern, dies sind etwa zwei Prozent der Bevölkerung. Aufgrund der sich ändernden Altersstruktur in den westlichen Ländern und der Zunahme von Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Übergewicht steigt die Zahl der Vorhofflimmerpatienten ständig. „Zur Risikogruppe für eine kardiale Embolie (Verstopfung einer Arterie

durch ein aus dem Herzen verschlepptes Blutgerinnsel) zählen Patienten mit struktureller Herzerkrankung, mit Bluthochdruck und Alter über 75 Jahre, Diabetiker, Nach-Schlaganfall-Patient, Nach-Herzinfarkt-Patient im Alter von 65 – 74 Jahren und das weibliche Geschlecht“, kann der Chefarzt grob eingrenzen.

Gut 26 Prozent der Schlaganfälle haben damit kardiologische Ursachen. „Man weiß heute, dass es im sogenannten linken Vorhofohr des Herzens bei Gerinnungsstörungen des Blutes zu Verdickungen kommen kann. Nicht selten kommt es in der Folge auch zum sogenannten Vorhofflimmern. Lösen sich die Blutverdickungen aus dem Vorhofohr, kann ein Schlaganfall – auch mit tödlichem Ausgang – die Folge sein“, warnt Prof. Dr. Meißner.

Was sind die Ursachen für Vorhofflimmern?

Allerdings lässt sich nicht sicher vorhersagen, ob jemand im Laufe seines Lebens an Vorhofflimmern erkranken wird. Bei etwa einem Drittel der Patienten tritt Vorhofflimmern ohne erkennbare Ursache auf. Dennoch gibt es einige Risikofaktoren:

- Höheres Alter
- Bluthochdruck
- Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz)
- Koronare Herzerkrankung
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Übergewicht
- Übermäßiger Alkoholkonsum

Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall kann durch eine Mangel durchblutung (Ischämie) aufgrund eines Blutgerinnsels, das die Blutzufuhr zum Gehirn blockiert, oder eine akute Hirnblutung (hämorrhagischer Infarkt) durch den plötzlichen Riss eines Blutgefäßes verursacht werden. Von einem Schlaganfall spricht man, wenn die Beschwerden (z. B. Sprachstörungen

Kontakt



Prof. Dr. Achim Meißner
Chefarzt
Tel. 02921/90-1470

Fortsetzung >>

oder Lähmungserscheinungen) mindestens 24 Stunden anhalten. Eine sofortige ärztliche Behandlung ist erforderlich, um die Spätfolgen zu minimieren.

Warum hat man bei Vorhofflimmern ein erhöhtes Schlaganfallrisiko?

Das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden, ist für Patienten mit Vorhofflimmern fünffach höher als für Menschen ohne diese Herzrhythmusstörung. Es wird geschätzt, dass Vorhofflimmern für etwa 15 Prozent aller Schlaganfälle verantwortlich ist.

Neunzig Prozent der Gerinnsel bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern werden in einem kleinen Anhängsel des linken Vorhofs, dem sogenannten linken Vorhofohr gefunden.

Der Verschluss des linken Vorhofohrs

Da sich 90 Prozent der Gerinnsel bei Vorhofflimmern im linken Vorhofohr bilden, kann sein Verschluss eine Alternative zur medikamentösen Therapie darstellen. Durch ein Im-

plantat wird es verschlossen, sodass sich dort keine Gerinnsel mehr bilden können.

„Seit gut zehn Jahren machen wir in der Vorbeugung von Schlaganfällen immer besser werdende Erfahrungen mit dem Einsatz eines künstlichen Stopfens, medizinisch Vorhof-Occluder genannt. Dieser Stopfen verschließt das Vorhofohr und sorgt dafür, dass sich von dort keine Gerinnsel lösen und in die Blutbahn gelangen können“ erklärt Prof. Meißner.

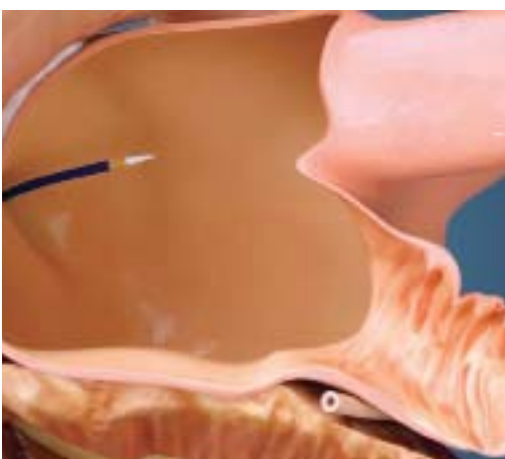
Der Occluder sieht aus wie ein kleiner Schirm. „Im eingeklappten Zustand schieben wir den

Schirm mit Hilfe eines Katheters ausgehend von der Leistenvene bis vor das Vorhofohr und spannen ihn dann unter Röntgenkontrolle auf. Dabei achten wir darauf, dass er verschlussssicher positioniert wird“, beschreibt der Chefarzt, was im OP-Saal passiert. „Die Membran sorgt dafür, dass das Vorhofohr zunächst weiter durchblutet wird, aber keine Blutgerinnsel mehr aus dem linken Vorhofohr in den Blutkreislauf gelangen können. Mit der Zeit bildet sich Gewebe auf der Membran, das mit dem Schirmchen verwächst. So wird das linke Vorhofohr nachhaltig verschlossen“, beschreibt Prof. Meißner den Wirkmechanismus des Schirmchens im Herzen.

Es können sich also keine Blutgerinnsel mehr bilden und in den Blutkreislauf gelangen. Damit ist gewährleistet, dass den Patienten, die ihre Blutverdünner-Medikamente aus medizinischen Gründen absetzen mussten, von dieser Stelle keine Gerinnselgefahr mehr droht und ein Schlaganfall mit kardiologischer Ursache vermieden wird. Damit das Vorhofohr bei jedem Patienten sicher verschlossen werden kann, ist das Schirmchen in verschiedenen Größen erhältlich. Vor dem Eingriff misst der Arzt über transösophagealen Ultraschall (Schluck-Echo) den Durchmesser des Vorhofohrs, um das richtige Implantat auszuwählen.

Der Eingriff selbst erfolgt im Allgemeinen in örtlicher Betäubung der Punktionsstelle, über die der Katheter eingeführt wird. Zusätzlich werden meist Beruhigungsmittel verabreicht. Manchmal wird eine Allgemeinanästhesie (Narkose) angewandt.

Über die Vene in der Leiste legt der Kardiologe zunächst einen Zugang zum Herzen. Danach wird das passende Schirmchen ausgewählt, sodass die individuelle Anatomie der Patienten berücksichtigt werden kann. Durch eine Zugangsschleuse bringt der Kardiologe das Implantat zum Vorhofohr, wo er es freisetzt. Während des circa einstündigen minimal-invasiven Eingriffs wird die richtige Position über Röntgen und Echokardiografie kontrolliert. Nach Abschluss der Behandlung werden die Katheter entfernt und die Punktionsstelle mit einer Naht bzw. Druckverband verschlossen.



Das Schirmchen wird über eine kleine Öffnung in der Leistengegend mittels eines Katheters bis zum Herzen-Vorhofohr geschoben.



Am Vorhofohr wird das Schirmchen fest verankert. Es wächst in den folgenden Wochen fest ein und verschließt das Vorhofohr zuverlässig.

Ein minimal-invasiver Eingriff ist weniger belastend und schonender für den Körper als eine offene Operation. Durch die kleinen Hautschnitte haben Patienten nach dem Eingriff oft weniger Schmerzen und erholen sich schneller, sodass sie das Krankenhaus früher verlassen können.

Für wen ist ein Occluder geeignet?

Patienten mit Vorhofflimmern wird abhängig von weiteren Risikofaktoren eine Therapie mit blutverdünnenden Medikamenten (Antikoagulation) zur Schlaganfallprophylaxe empfohlen. Allerdings bestehen bei manchen Patienten Begleiterkrankungen, die aufgrund eines hohen Blutungsrisikos oder bereits stattgefundenen schweren Blutungen eine weitere langfristige Antikoagulation ausschließen. Bei diesen Patienten kann das Schlaganfallrisiko durch eine Implantation eines Vorhofohrverschlussystems reduziert werden, da verhindert wird, dass Blutgerinnsel aus dem linken Vorhofohr in den Blutkreislauf gelangen.

Die Implantation kann nicht durchgeführt werden, wenn im linken Vorhofohr bereits ein Gerinnsel besteht. Dieses könnte sich während der Prozedur lösen und während des Eingriffs einen Schlaganfall auslösen.

Vor dem Eingriff kontrolliert der Arzt daher per Ultraschall, ob ein Gerinnsel vorliegt. Wenn ja, müsste dieses zunächst medikamentös behandelt werden – nach Auflösung des Gerinnsels kann die Implantation durchgeführt werden.

Und nach dem Eingriff?

„Nach dem Eingriff bleiben die Patienten meist für ein bis zwei Tage zur Nachbeobachtung im Krankenhaus. Die medikamentöse Be-

handlung nach dem Eingriff entscheidet der behandelnde Arzt individuell für jeden Patienten – die Nachbehandlung ist abhängig von der Therapie vor der Implantation sowie eventuellen weiteren Erkrankungen“, beruhigt der Chefarzt diejenigen, die lange Krankenhausaufenthalte fürchten.

Anschließend finden Nachkontrollen etwa 45 Tage, drei Monate und sechs Monate nach dem Eingriff statt.

Schlaganfall-Risiko wird gesenkt

Durch das Schirmchen kann das Schlaganfallrisiko der Patienten gesenkt werden. Bis zu sechs Monate nach der Implantation werden die Patienten oft mit einem Plättchenhemmer sowie zusätzlich ASS (Acetylsalicylsäure = Aspirin) behandelt. Danach kann in den meisten Fällen der Plättchenhemmer abgesetzt werden und der Patient erhält nur noch ASS.

Seit zwei Jahren hat sich das Schirmchen im Klinikum bewährt

„Wir bieten dieses Verfahren seit zwei Jahren im KlinikumStadtSoest an und haben schon gut 20 Schirme eingesetzt. Bei der Suche nach Alternativen zu den Blutverdünnern ist der Vorhofohr-Occluder bei uns jetzt allererste Wahl. Wir beobachten einen sehr positiven Verlauf hinsichtlich der Schlaganfallprophylaxe sowie der Reduktion von schweren Blutungen nach der Einheilungsphase des Schirmchens“, bestätigt Prof. Dr. Achim Meißner die Wirksamkeit des kleinen Schirmchens in den Herzen seiner Patienten.





Filigrane Feinarbeit im OP

Mikroskop macht Handchirurgie auf
höchstem Niveau möglich

Kontakt



Dr. Sonja Dahmann
Plastische-, Hand- und
Wiederherstellungs-
Chirurgie
Tel. 02921/90-2984

Wer kennt das nicht – fast fertig und jetzt nochmal schnell den letzten Rest erledigen? Das dachte sich auch Martin Becker* (35), als er mit der Kreissäge mal eben das letzte Stück Holz bearbeiten wollte.

Als gelernter Zimmermann hatte er das schon zimal auf der Arbeit gemacht und dabei war noch nie etwas Schlimmes passiert. Im Mai dieses Jahres änderte sich dies durch eine Sekunde der Unachtsamkeit schlagartig: Ein Holzstück verkeilte sich und zog dabei seine Finger durch das Sägeblatt. Geistesgegenwärtig schaltete Martin Becker die Maschine aus. Nur mit einem Handtuch umwickelt ließ sich der Lippstädter in das dortige Krankenhaus fahren. Hier wurde sofort erkannt, dass bei einer solch schweren Fingerverletzung eine schnellstmögliche handchirurgische Expertise und Versorgung erforderlich war.

„Zum Glück wussten die Ärzte dort, dass es im KlinikumStadtSoest die Möglichkeit und das Expertenwissen zur Mikrochirurgie gibt“, blickt Martin Becker zurück und ist jetzt noch erleichtert über die zeitnahe Verlegung nach Soest.

Notfallversorgung– Wiederherstellung der Blutgefäße und Nerven

Schon kurze Zeit später lag er im OP des Klinikums, wo er von Dr. Sonja Dahmann, der kommissarischen ärztlichen Leiterin der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, in einer sechsstündigen Operation bis spät in die Nacht versorgt wurde.



Das MedizinerTEAM der Plastischen, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (v.l.):
Nadja Pflug, Dr. Sonja Dahmann, Dr. Veronica Pielen, Michael Witek.

Der Zeigefinger der linken Hand war fast vollständig amputiert und nicht mehr durchblutet. Die Nerven, Sehnen und Gefäße waren beugeseitig auf einer Strecke von mehr als zwei Zentimetern komplett zerstört. Auch am Mittelfinger hatte die Kreissäge große Schäden verursacht. Ein großer Teil des Hautweichteilmantels fehlte. Teile der Nerven und Beugesehnen waren durchtrennt und teils langstreckig ausgerissen.

„Mithilfe unseres hochauflösenden Zeiss Mikroskops konnte ich Gewebe am Unterarm des Patienten entnehmen und damit feinste Gefäß- und Nervenstrukturen durch Transplantationen wiederherstellen. Am Mittelfinger wurden Sehnen und Nerven genäht. Die Wunden an beiden Fingern konnten teils durch Hautverschiebung verschlossen werden. An anderen Stellen wurde provisorisch Kunsthaut eingenäht“, erklärt Dr. Sonja Dahmann die ersten Schritte. Die ärztliche Leiterin ist froh, dass Martin Becker so schnell nach dem Unglück in ihren OP kam. Sie ist sich sicher: „Nur in wenigen Kliniken Deutschlands wäre diese Versorgung möglich gewesen. Das Operieren unter dem Mikroskop ist ein filigranes Handwerk. Zum Ende der Operation war der zuvor weiße Zeigefinger über einen zwei Zentimeter langen Gefäß-Bypass wieder durchblutet und erfreulich rosig.“ Danach war das Team der Mikrochirurgie um Dr. Sonja Dahmann zuversichtlich.

Wiederherstellung des Hautmantels

Nur sieben Tage später folgte die zweite Operation. Diesmal stand die Wiederherstellung des Hautweichteilmantels der Finger an. Hierzu wurden Haut und Weichteile aus dem Ringfinger auf den Mittelfinger genäht. Der Spenderfinger erhielt dafür ein Hauttransplantat aus der Leiste. „Ein Patient muss sich bei diesem Verfahren oft erst daran gewöhnen, dass hierbei die beiden Finger zusammengenäht werden“, erklärt die plastische Chirurgin den außergewöhnlich klingenden Eingriff. „Die Fingerverbindung wird aber nach drei Wochen wieder getrennt“, ergänzt sie beruhigend. Auch in dieser Operation, die gemeinsam mit der erfahrenen Handchirurgin und Oberärztin Dr. Veronica Pielen durchgeführt wurde, kam das wuchtige Operationsmikroskop wieder zum Einsatz.

„Zusätzlich war eine Venenverpflanzung aus dem anderen Arm zur Nervenüberbrückung am Mittelfinger notwendig. Nach erfolgreicher Operation waren nun alle Leitstrukturen und Weichteile wiederhergestellt“, beschreibt die Oberärztin das weitere Vorgehen. Martin Becker konnte schon zwölf Tage nach seinem Unfall erstmalig das Krankenhaus verlassen.

Wiederherstellung der Beweglichkeit – Gelenk und Sehnen

Zwei Wochen später ging es wie geplant weiter. Der letzte Schritt der Wiederherstellung sollte den gut angeheilten Zeigefinger wieder beweglich machen. Dafür wurden mehrere Sehnenanteile des Handgelenkes der Gegenseite entnommen. Hiermit konnte das zerstörte Mittelgelenk rekonstruiert und der fehlende Beugesehnenanteil ersetzt werden.

In einer dritten Operation wurde die (künstlich hergestellte) Verbindung zwischen Mittel- und Ringfinger durchtrennt.

„So eine Operationsabfolge wird von uns detailliert geplant. Nun bestehen die beiden Finger unseres Patienten großflächig aus den insgesamt neun ‚Ersatzteilen‘. Diese konnten wir aus dem eigenen Körper des Patienten entnehmen. Wir haben die Finger praktisch in Teilen neu zusammengebaut. Und es funktioniert“, freut sich die Chirurgin.

Operativ verlief jedesmal alles glatt

„Nach der Operation war ich in euphorischer Stimmung und wollte tanzen“, beschreibt Martin Becker seine Gefühle, als er zum ersten Mal nach dem Unfall den Zeigefinger wieder bewegen konnte.

Er ist froh, dass dieser Unfall so glimpflich für ihn ausging: „Ich kann meine Finger wieder bewegen. Ohne die zwei Finger, die Dr. Dahmann und ihr Team gerettet haben, sähe mein Leben – auch als Handwerker – sicher ganz anders aus.“

*Name geändert



Zwei Finger der linken Hand aus neun körpereigenen „Ersatzteilen“ rekonstruiert – das KlinikumStadtSoest bietet mikrochirurgische Versorgung auf höchstem Niveau.



Präoperatives Zentrum eröffnet

Kürzere Wege und Wartezeiten für Patienten

Nach mehr als neunmonatiger Vorlaufzeit war es Mitte April endlich soweit: Mit dem Umzug der Prämedikation auf die Station 11 ist das neue „Präoperative Zentrum“ eröffnet worden. Es soll die Abläufe für die Patienten in den chirurgischen Fächern deutlich verbessern.

Für die Patienten bedeutete die Vorbereitung einer Operation im Klinikum immer ein Anlaufen von vier Stellen: Aufnahmebüro, chirurgische, pflegerische und anästhesiologische Aufklärung – weit über das Gebäude verteilt. Immer wieder neue Anlaufstellen, immer wieder neues Suchen. Zeitaufwand häufig mehr als vier Stunden.

Nur eine Stunde Vorlauf

„Unser Ziel ist es, für die Vorbereitung in den Bereich von einer Stunde für alle vier Stationen zu kommen. Die Dauer des Eingriffs und die vor der Operation notwendige Zeit für die Vorbereitung dürfen nicht weit voneinander abweichen“ erklärt der Chefarzt der Anästhesie, Prof. Dr. Andreas Meißner. Gemeinsam mit Claudia Aden, Oberärztin der Viszeralchirurgie, wurde das Projekt mit einem langen Atem unermüdlich vorangetrieben. Zahlreiche inhaltliche Anregungen kamen auch von Kirsten Oelmüller, Fachärztin der Anästhesie, und den beiden routinierten Arzthelferinnen in der Prämedikationsambulanz, Ines Proppe und Michaela Bielefeld. Bei den beiden laufen auch die Fäden zusammen, da mindestens eine ständig vor Ort ist. Die endgültige Umsetzung wurde vom stellvertretenden Pflegedirektor Markus Böddecker unterstützt.

Anmeldung und Aufklärung an einem Ort

Die Patienten werden nach der Anmeldung zunächst von den Chirurgen aufgeklärt, dann folgen Anästhesie und Pflege. Der zentrale Ort macht es möglich, dass die Patienten sich gut und verbindlich aufgehoben fühlen und die

Gespräche in einer vertraulichen Umgebung stattfinden können. In bestimmten Fällen notwendige Voruntersuchungen wie EKG und Blutentnahmen können ohne weitere Wege hier erledigt werden. Untersuchungsliegen stehen ebenfalls bereit.

Kein Stau auf der Station

Die präoperative Vorbereitung ist aber nur ein Teil. So sollen in Zukunft die Patienten, die zu einer Operation ins Klinikum kommen, dort vor der Operation aufgenommen werden. Ziel ist die Entlastung der Stationen. Dort kam es in der Vergangenheit immer wieder morgens zu Schwierigkeiten, weil die Patienten für die Operation um sieben Uhr eintrafen. Die „Bettvorgänger“ konnten aber noch nicht so früh entlassen werden. Das bedeutete viel Improvisation und die Bindung von Pflegepersonal, welches eigentlich zahlreiche andere Aufgaben zu erledigen hatte. Zusätzlich fiel der Transport zum OP an, welcher ebenfalls gut 15 Minuten in Anspruch nahm.

Kleidung und Wertsachen im fahrbaren Spind

Kommen die Patienten nun morgens zur Operation auf die Station 11, werden die Kleidung und Wertsachen in einem fahrbaren Spind untergebracht und dann auf die Station gebracht. Der Patient geht vom Präoperativen Zentrum direkt in den OP. Der Transport ist kurz und soll durch die Mitarbeiter des Präoperativen Zentrums erfolgen, Fahrstuhlfahrten entfallen gänzlich.

Die Umwidmung der Station 11 erscheint damit als wichtiges Beispiel, wie durch die engere Verzahnung und Verknüpfung von Pflege, Ärzten und Verwaltung der Patientenservice entscheidend verbessert werden kann.

Kontakt



Prof. Dr. Andreas Meißner
Chefarzt
Tel. 02921/90-1383

Ein Leben für die Medizin – seit 1988 im KlinikumStadtSoest

Für Chefarzt Dr. Ulrich Menges steht der Patient im Mittelpunkt – immer!

Kontakt



Dr. Ulrich Menges
Chefarzt
Tel. 02921/90-1470



Dr. Ulrich Menges hat mehr als 40 Jahre sein berufliches Leben der Medizin und seinen Patienten gewidmet. Im November 2019 geht der Chefarzt der Inneren Medizin/Gastroenterologie im KlinikumStadtSoest in den Ruhestand. Für unser Magazin Ihre Sprechzeit hat er seine Erfahrungen und Eindrücke aus Studium und Beruf anschaulich in eine historische und persönliche Betrachtung verfasst. Entstanden ist die eindrucksvolle Schilderung eines Ausschnitts des medizinischen Gesamtspektrums im Rückblick eines Arztes auf eine Epoche, die in der Medizin mehr als einen sogenannten Quantensprung gebracht hat:

Seit einigen Jahren bin ich Juror für die Vergabe von Medizinstudienplätzen an der Universität Münster. In einem Bewerbungsschreiben müssen die angehenden Studenten

darlegen, warum sie gerade dieses Studienfach wählen möchten. Viele führen dabei ihre schon lange bestehenden naturwissenschaftlichen Interessen an.

Wandel des Medizinstudiums – Patienten rücken in den Mittelpunkt

Ich habe 1972 begonnen, Medizin zu studieren. Hätte es damals schon ein solches Bewerbungsverfahren gegeben, hätte ich keine besonderen naturwissenschaftlichen Interessen herausstellen können. In der Schule waren eher die Sprachen, Geschichte und Erdkunde meine Stärken. Zudem war der naturwissenschaftliche Unterricht an meinem Gymnasium wegen des auch damals schon bestehenden Lehrermangels stark eingeschränkt. Umso schwieriger war es für mich, in den ersten Semestern des Medizinstudiums in Bonn, die noch stark von Botanik und Zoologie, Chemie und Physik geprägt waren, in das Studium hineinzufinden. Damals vermissten wir im vor-klinischen Studium den praktischen Bezug zu

unserer späteren ärztlichen Tätigkeit. Fast ein halbes Jahrhundert später sind die Zeichen erkannt. So unterrichte ich seit acht Jahren Studenten aus dem vorklinischen Studium der Universität Münster in Seminaren mit klinischem Bezug. Konkret bedeutet dies, sie lernen ganzheitlich. An der Universität Münster haben sie die theoretische Unterweisung über die Anatomie und Physiologie der Leber erhalten. An einem Tag kommen sie dann in Gruppen zu sechst nach Soest oder in andere periphere Krankenhäuser, um Patienten mit Lebererkrankungen aus der Klinik kennenzulernen. Zum Abschluss des Tages werden noch einmal die einzelnen Krankheitsbilder besprochen. Viele sagen mir dann, dass sie froh sind, sich erstmals in ihrem Studium konkret mit einem Patienten befasst zu haben. Ich erwiedere gerne, dass ich mir diese Situation in meinem Studium auch gewünscht hätte. Umso schöner ist es, einen Beitrag für unsere zukünftigen Ärztinnen und Ärzte zu liefern. Es führt nämlich zu dem Leitsatz, der meine ärztliche Tätigkeit seit über vierzig Jahren bestimmt: Der Patient muss im Mittelpunkt stehen.

Viele Reformen aber das Ziel bleibt gleich: kranken Menschen helfen

Das sagt sich viel leichter daher, als es Tag für Tag zu realisieren. Alle Bereiche des Gesundheitswesens sind während meines gesamten Berufslebens sehr stark durch Kostendruck und wirtschaftliche Überlegungen bestimmt gewesen. Fast zeitgleich mit meinem medizinischen Staatsexamen trat Ende der 70er Jahre das „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz“ in Kraft. Verantwortlich dafür war der Minister Herbert Ehrenberg, der im letzten Jahr in hohem Alter verstorben ist. Seitdem haben sage und schreibe dreizehn Gesundheitsminister mit ganz unterschiedlichen Reformen, Maßnahmen und Gesetzen versucht, Einfluss auf die Behandlung unserer Patienten im Krankenhaus zu nehmen. Ich durfte viele Veränderungsprozesse im Krankenhaus in den letzten vierzig Jahren miterleben, manche mit einem Lächeln im Gesicht, manche mit der Faust in der Tasche. Nur am Grundsätzlichen hat sich nichts geändert. Nach wie vor ist es unsere Aufgabe, kranken Menschen zu helfen, indem wir die richtige Diagnose stellen und die richtige Behandlung einleiten.

Leider müssen wir aber immer wieder auch Patienten mitteilen, dass ihre Krankheit nicht heilbar ist. Dann sind wir gefordert, Maßnahmen zur Linderung der Beschwerden mit dem Patienten und den Angehörigen zu besprechen und einzuleiten. Und leider geht dies nicht alles auf Knopfdruck in möglichst kurzer Zeit.

Wenn Ökonomie ins Spiel kommt, wird der Arzt zum Betriebswirt

Hier prallen dann meine medizinische und ethische Verantwortung und das ökonomische Interesse unweigerlich aufeinander. Bezahlte werden seit 2003 nämlich nicht mehr die Tage, die der Patient im Krankenhaus verbringt, sondern nur der durchschnittliche, für die Diagnose des Patienten vorgegebene Aufwand. Dieser wird in einem komplizierten Rechenverfahren aus Diagnose, Begleiterkrankungen, Patientenalter und durchgeführten Prozeduren ermittelt. Die Wichtung und Wertung wird in jedem Jahr neu festgelegt. Um in diesem System noch durchzublicken, ist es unerlässlich, sich auch noch betriebswirtschaftliche Kenntnisse anzueignen. Etwas, was ich mir während meines Studiums nie hätte träumen lassen.

Nach dem praktischen Jahr in die Chirurgie?

Ich gehörte zum ersten Studienjahrgang, der komplett nach der damals neuen Approbationsordnung studierte. Hier war vorgesehen, dass das letzte Studienjahr als „Praktisches Jahr“ (PJ) komplett in einem Krankenhaus über jeweils vier Monate in der Chirurgie, In-



Fotos Seiten 15-17:
Die Arbeit mit und für
Patienten findet nicht
nur im Untersuchungs-
raum statt.

Beim regelmäßig statt-
findenden Soester
Darmkrebstag wird den
Besuchern der Darm
aus erster Hand näher-
gebracht.

Für Dr. Menges jedes-
mal ein wichtiger Ter-
min, denn Darmge-
sundheit beginnt schon
im Kopf.



neren Medizin und einem Wahlfach absolviert wurde. Neben den Universitätskliniken sollten sich dafür auch andere Krankenhäuser bewerben. Als der Zeitpunkt für den Start des ersten PJ näher rückte, war an meiner Universität Bonn, wie an vielen anderen Unis auch, absehbar, dass gar nicht genügend Verträge mit Krankenhäusern abgeschlossen waren, um die erforderliche Zahl an Plätzen vorzuhalten. Auch durch die Initiative von uns Studenten gelang es schließlich auf den letzten Drücker, die erforderliche Zahl an Plätzen zu schaffen. Ich absolvierte mein PJ im Kreiskrankenhaus Waldbröl im Bergischen Land. Mein erstes Tertial verbrachte ich dort in der Chirurgie. Die Qualität der Ausbildung war ausgezeichnet. So durften wir schon bald an Operationen teilnehmen und in der Notfallambulanz mitwirken. Die handwerklichen Dinge machten mir Spaß, und schon bald entwickelte sich bei mir der Wunsch, nach meinem Examen als chirurgischer Assistenzarzt zu beginnen.

Der Blick hinter die Kulissen des menschlichen Körpers

Aber damals sagte mir ein chirurgischer Oberarzt, für die Chirurgie sei ich doch zu feinsinnig. Das änderte aber zunächst nichts an meinen Berufswünschen. In der Inneren Medizin

lernte ich dann die sich damals allmählich etablierende Endoskopie kennen. Erstmals sah ich bei Spiegelungen des Magens und Darms zu, nicht am Monitor wie heute, sondern durch ein am Gerät aufgesetztes zweites Okular. Die Bildqualität war sehr bescheiden. Dennoch war ich vom Blick in das Innere des menschlichen Körpers fasziniert und merkte, dass die Innere Medizin gerade dabei war, zu der rein beobachtenden und sprechenden Medizin auch handwerkliche Dinge zu entwickeln.

Grundlagen lernen ohne Apparate

Aber Berufswunsch hin oder her, zunächst wurde ich nach dem Examen verspätet zur Bundeswehr einberufen. Weil der ärztliche Dienst dort personell schlecht dastand, wurden Medizinstudenten nach dem Examen als wehrpflichtige Truppenärzte berufen. So blieb es mir nicht erspart, nach der Grundausbildung in München an einen sehr kleinen Standort in Norddeutschland versetzt zu werden. Dort war ich quasi der Hausarzt aller Soldaten. Ich lernte dabei aber, dass auch die Symptome einer vermeintlich leichtgradigen Erkrankung ganz andere Diagnosen nach sich ziehen können. Die leichte Erkältung konnte dann eine Lungenentzündung sein, die Hä-



morrhoidenblutung eine chronisch entzündliche Darmerkrankung oder der chronische Gelenkschmerz ein Rheuma. Da mir nur wenig apparative Hilfen zur Verfügung standen, war ich sehr auf meine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung angewiesen. Trotz des enormen technischen Fortschritts, habe ich bis heute dieses Grundprinzip ärztlicher Diagnostik beibehalten.

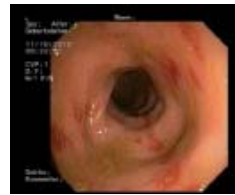
Erstes Engagement in Linz

Nach dem Ende meiner Bundeswehrzeit suchte ich aus familiären Gründen eine Stelle im Bonner Raum, vorwiegend zwar in der Chirurgie, aber auch in der Inneren Medizin. Ganz kurzfristig bekam ich dann die Zusage in der Inneren Medizin im Krankenhaus in Linz am Rhein, nur 30 Kilometer von Bonn entfernt. Dieses Krankenhaus war gerade neu gebaut. Die Abteilung hielt damals 80 Betten vor und war auch für die Intensivstation verantwortlich. Sehr schnell wurde ich integriert, wobei ich besonders vom menschlichen Umgang mit den Patienten durch den Chefarzt Dr. Günter Brinkmann beeindruckt war. Sehr schnell musste ich auch an den Nacht- und Wochenenddiensten teilnehmen. Damals wurden diese Dienste noch nicht abgefeiert und häufig „am Stück“ absolviert. So fuhr ich am Freitag-

morgen ins Krankenhaus und kam nach durchgehendem Dienst über das Wochenende erst am Montagabend wieder nach Hause. Heute unvorstellbar, damals Realität. In diesem Krankenhaus habe ich in drei Jahren sehr viel gelernt. Vor allem konnte ich nach der Phase der Einarbeitung endoskopische Untersuchungen des Magens und später auch des Darms selber durchführen. Ich sah, dass Endoskopie nicht nur Diagnostik, sondern auch, zum Beispiel bei Magenblutungen, Therapie bedeuten konnte. Nur hatten wir noch nicht die richtigen Werkzeuge und Techniken, um dies sicher und erfolgreich durchführen zu können.

Neue Techniken erweitern Horizonte

Zudem begann gerade zu der Zeit der Einzug des Ultraschalls in die Innere Medizin. Wir konnten nun auch Organe wie die Bauchspeicheldrüse darstellen, die vorher noch ein „blinder Fleck“ waren. Meine wichtigste Erfahrung in diesen ersten Jahren meiner Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin war es, den Überblick zu behalten, Situationen kritisch einzuschätzen und zu ordnen und die richtigen diagnostischen und therapeutischen Schritte zügig einzuleiten. Das war manchmal gar nicht so einfach, wenn im Dienst fast gleichzeitig Patienten mit Herzin-



Bei einer Koloskopie sieht Dr. Menges auf einem Monitor genau, ob der Darm erkrankt ist. Im Falle von pathologischen Veränderungen der Darmwand kann er auch bei einer Vorsorgeuntersuchung (Seite 29) direkt eingreifen.

farkt, Alkoholdelir oder Pflanzenschutzmittel-Vergiftungen eingeliefert wurden. Letztere waren in Linz wegen des dortigen Weinanbaus gar nicht so selten. Nach fast drei Jahren war ich in der Inneren Medizin so gut angekommen, dass ich auf jeden Fall die Facharztweiterbildung in einer größeren Klinik fortsetzen wollte. Hierzu wurde ich auch von meinem Chefarzt und Oberarzt motiviert.

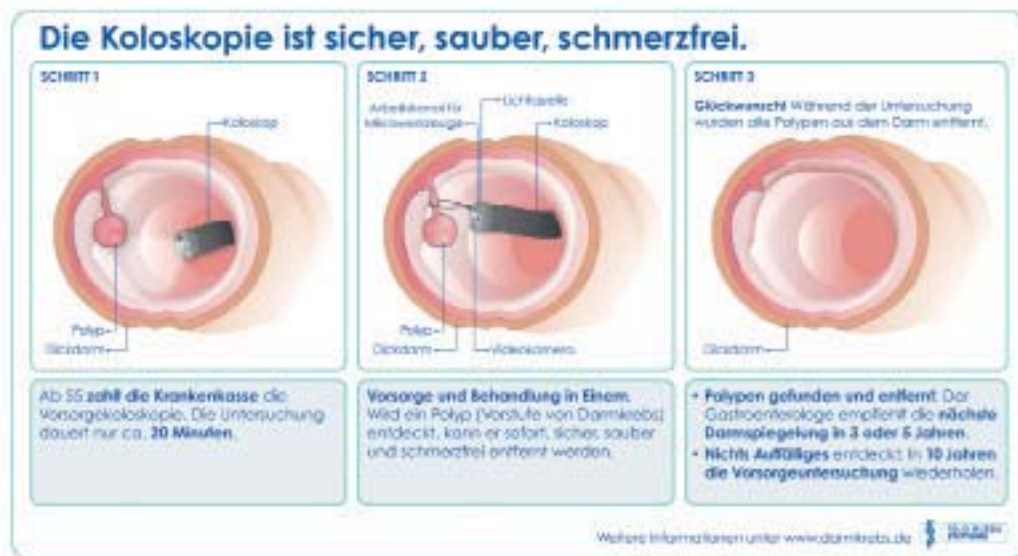
Wichtige Erfahrungen in Südamerika

Zunächst nutzte ich aber diesen Wechsel, um mit meiner Frau noch für einen längeren Zeitraum ins Ausland zu gehen, nicht mit der festen Absicht, aber doch der Option, dort auch ärztlich zu arbeiten. Sieben Monate bereisten wir die Andenstaaten Peru, Ecuador und Bolivien. In Peru ergab es sich dann, im Hospital Andino in Coima, acht Autostunden von der nächsten größeren Stadt mitzuarbeiten. Dieses Andenhospital war für die Einheimischen Jahrzehnte zuvor von einem Deutschen gegründet worden und wurde zum Zeitpunkt unserer Anwesenheit hauptsächlich von Schweizern, durchaus auch mit technischer Unterstützung (Röntgen- und Narkosegeräte, OP-Zubehör) und Medikamenten aus Spenden betrieben. Die Bevölkerung hatte diese medi-

zinische Hilfe rasch kennen und schätzen gelernt. Und so kamen sie von weit her, um sich dort behandeln zu lassen. Einmal nahmen wir eine Frau nach drei Tagesreisen notfallmäßig mit einem akuten Abdomen auf und stellten bei der Operation eine Perforation der Gallenblase fest. Alle freuten wir uns, sie geheilt entlassen zu können. Im Alltag arbeitete ich überwiegend für die ambulanten Patienten und war dabei froh, vorher einigermaßen Spanisch gelernt zu haben. Die Krankheiten und Eingriffe waren vielfältig. Ich musste viele Patienten mit Tuberkulose behandeln, aber auch Röntgenuntersuchungen durchführen und Zähne ziehen.

Interesse an der Gastroenterologie wurde in Ahlen gefördert

Ab Juli 1984 setzte ich dann meine Weiterbildung im Krankenhaus in Ahlen bei Dr. Ernst Jacobi fort. Die Abteilung für Innere Medizin dort hatte 125 Betten. Es zeichnete sich bereits eine Spezialisierung in die beiden großen Fachgebiete der Inneren Medizin, Kardiologie und Gastroenterologie ab. Ich wurde zunächst in allen Bereichen eingesetzt, so auch ein halbes Jahr auf der Intensivstation. Mein Interesse an der Gastroenterologie wur-



de aber ausdrücklich gefördert. So konnte ich meine Kenntnisse im Ultraschall und in der Endoskopie erheblich erweitern. Vom stets kritischen Chefarzt lernte ich, alles lieber einmal mehr zu hinterfragen. Seine Visiten schärften meinen Blick zur Differenzialdiagnose. Zudem war er ein exzellenter Kenner der Labordiagnostik und vermittelte mir die Wertigkeit dieser Untersuchungen. Wir erlebten den Einzug weiterer technischer Neuigkeiten, insbesondere der Computertomografie, auch wenn wir noch gar kein eigenes Gerät hatten. Wir mussten damals die Patienten noch in ein Hammer Krankenhaus überweisen, waren nun aber in der Lage, einen ischämischen Schlaganfall von einer Hirnblutung sicher abzugrenzen. In Ahlen war ich nach der Erlangung der Fachkunde für Rettungsmedizin auch als Notarzt eingesetzt. Damals war der Bergbau dort noch sehr aktiv. Und so konnte es sein, dass man als Notarzt in die Grube einfahren musste. Ich bin zwar nie selber in diese Situation gekommen, weiß es aber gerade nach dem Ende des Steinkohlebergbaus als Kind des Ruhrgebietes sehr zu schätzen, dass ich einmal mit meinen Kollegen zu einer Grubenfahrt eingeladen wurde und dabei 1000 Meter unter Tage war.

Aus dem Ruhrgebiet nach Soest – Schwerpunkt: Gastroenterologie

Vom Rande des Ruhrgebietes kam ich nach bestandener Facharztprüfung 1988 als Oberarzt

an das Stadtkrankenhaus Soest. Die Abteilung für Innere Medizin hatte bereits damals als zusätzlichen Schwerpunkt die Geriatrie, eine der ersten Abteilungen dieser Art in Deutschland. Schwerpunkte waren zudem die Kardiologie und Angiologie sowie die Gastroenterologie. Aufgrund meiner bisherigen Schwerpunktsetzung wurde ich vornehmlich in diesem Bereich oberärztlich eingesetzt.

Ausbau der (Video-)Endoskopie

Vom damaligen Chefarzt Privatdozent Dr. med. Hermann Peerenboom wurde mir bald die Verantwortung für den Ausbau und die Entwicklung der Endoskopie übertragen. Nach einer gewissen Vorbereitungszeit konnten wir mit einigen Investitionen komplett auf die inzwischen etablierte Videoendoskopie umrüsten. Diese Technik mit der Arbeit am Gerät, aber dem Blick auf den Monitor mit einer deutlich besseren Bildauflösung war ein weiterer Meilenstein meiner beruflichen Laufbahn. So konnten wir nicht nur rasch die Endoskopiezahlen steigern, sondern auch die Qualität steigern. Die interventionellen Techniken verbesserten sich, so dass wir nun auch Blutungen gut stillen und größere Polypen oder Tumoren mit höherer Sicherheit abtragen konnten. Mehrfach hospitierte ich deswegen in größeren Kliniken. Dank seiner Habilitation bei der Universität Düsseldorf brachte mir Dr. Peerenboom die notwendige Präzision der wissenschaftlichen Überprüfung und Aufar-



beitung unserer Tätigkeit nahe. Mehrfach durfte ich Vorträge in Düsseldorf halten. In diesen Jahren setzte zudem eine zunehmende Spezialisierung in allen medizinischen Disziplinen ein. Die Chirurgie als „schneidende Zunft“ teilte sich auf in die Bereiche Unfall-, Bauch- und Gefäßchirurgie, die Innere Medizin betonte ihre Schwerpunkte Kardiologie, Gastroenterologie und Geriatrie. Folgerichtig erwarb ich deshalb die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Die Spezialisierung hatte auch zur Folge, dass wir mehr über die Ursachen einzelner Erkrankungen erfuhren, uns teilweise auch mit ganz neuen Krankheiten und neben der medikamentösen und operativen Therapie mit neuen Behandlungsmethoden beschäftigen mussten. Wir begannen zum Beispiel, bei tumorbedingten Verengungen in der Speiseröhre oder im Gallengang sogenannte Stents, also Röhren aus Plastik oder Metall, zu implantieren. Wir lernten aber auch die Ursachen lange bekannter Krankheiten kennen.

Bekannte Krankheiten neu erforscht

Zwei australische Forscher fanden als Ursache für Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre ein Bakterium und nannten es *Helicobacter pylori*. Die erforderliche Antibiotikatherapie testeten sie gleich mit aus. Zu Recht erhielten sie viele Jahre später dafür den Nobelpreis für Medizin. Es war für mich sehr beeindruckend, einen dieser beiden Forscher, Professor Warren, anlässlich eines Kongresses in Deutschland persönlich zu hören. Viele Jahre beschäf-

tigte uns auch die Frage, ob es neben den bekannten Viren A und B als Erreger der Hepatitis nicht weitere Viren geben könnte. Nachdem 1989 das Virus identifiziert und mit dem Namen Hepatitis-C-Virus belegt wurde, war bereits kurze Zeit später der Nachweis im Blut verfügbar. Auch die ersten Behandlungsversuche mit Medikamenten, die denen zur Behandlung der Hepatitis B entsprachen, wurden vorgenommen, leider anfangs nur mit bescheidenem Erfolg. Dennoch hat mich dieses Thema nicht losgelassen, und ich habe bis heute die gesamte Geschichte der Hepatitis C verfolgt. Ich bin sehr froh, dass wir seit vier Jahren hochwirksame Medikamente mit äußerst geringen Nebenwirkungen und einem fast hundertprozentigen Behandlungserfolg zur Verfügung haben. Eine der seltenen wirklichen Erfolgsgeschichten der Medizin!

Oft erfolgreich: Vorsorgeendoskopie

Durch meine endoskopische Tätigkeit war ich zudem frühzeitig für das Thema Darmkrebs sensibilisiert. Es stellte sich nämlich heraus, dass viele Menschen mit Darmkrebs in einem früheren Stadium zunächst gutartige Polypen haben, aus dem sich dann der Krebs entwickelt. Wäre es also nicht sinnvoll, durch eine Darmspiegelung frühzeitig diese Polypen zu identifizieren und gleichzeitig zu entfernen? Die Krankenkassen in Deutschland ließen sich von diesem Argument überzeugen und genehmigten ab 2004 die Darmspiegelung als Vorsorgemaßnahme. Es wurde eine weltweit einmalige Erfolgsgeschichte. Mehr als 100.000 Darmkrebsfälle wurden seitdem so verhindert,



Aus- und Weiterbildung betrifft nicht nur medizinisches Personal, wenn es um einen gesunden Darm geht. Regelmäßig bringt Dr. Menges Patienten und Angehörigen, Pflegekräften und angehenden Ärzten Verständnis für den Darm nahe.

80.000 weitere Patienten, bei denen zwar Darmkrebs diagnostiziert wurde, aber noch in einem sehr frühen Stadium, konnten komplett geheilt werden.

Leitung der Gastroenterologie

2005 übernahm ich nach dem Ausscheiden von Dr. Peerenboom zunächst kommissarisch, ab 2006 dann nach der Wahl durch den Stadtrat die Leitung des Fachbereichs Gastroenterologie der Klinik für Innere Medizin. Mit zunächst bescheidenen personellen Ressourcen gelang es im Verlauf der letzten vierzehn Jahre, den Fachbereich inhaltlich und personell auszubauen. Inzwischen stehen mir drei Oberärztinnen und sechs Assistenzärzte zur Seite. Wir haben eine endoskopische Notfallbereitschaft für 24 Stunden an allen Wochentagen aufgebaut, sodass jeder Notfallpatient sofort kompetent versorgt werden kann. Wir haben den Gedanken der Darmkrebsvorsorge seit 2006 durch den meist jährlich stattfindenden Soester Darmkrebstag vorangetrieben. Wir haben uns des Themas Ernährung angenommen. Jeder Patient aus dem Klinikum Stadt Soest erhält ein Screening auf Mangelernährung und Diabetes mellitus. Seit 2015 ist das Klinikum von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als „Krankenhaus für Diabetiker geeignet“ zertifiziert. Viele Dinge wie zum Beispiel der Einzug der Computer bzw. Digitalisierung in den klinischen Alltag wären aus meinen letzten vierzig Jahren noch zu erzählen.

Vielen Dank

Zum Ende dieser bewegten und bewegenden Zeit bleiben mir noch einige Worte des Dankes. In allererster Linie danke ich dabei den vielen Patientinnen und Patienten, die ich über die Jahre begleiten durfte. Ich danke auch Ihren Angehörigen, bei denen ich fast immer Verständnis erfahren habe, auch wenn unsere Behandlung das Leben nicht retten konnte. Ich danke den vielen Kolleginnen aus ärztlichem und pflegerischem Bereich der von mir genannten Krankenhäuser, aber auch den vielen anderen Beschäftigten und den Entscheidungsträgern. Ich danke besonders meinen klinischen Lehrern Günter Brinkmann, Ernst Jacobi und Hermann Peerenboom, die mich Respekt, Menschlichkeit, Präzision und Wissenschaft gelehrt haben. Ich danke besonders meiner Frau Angelika und meinem Sohn Joel, die stets Verständnis für meine Tätigkeit hatten, auch wenn sie deswegen so manches Mal auf mich verzichten mussten.

Bevor die Windelhose für den Mann zur Gewohnheit wird

Der Soester Douwe Vaags ist 67 Jahre alt und leidet an einer Schließmuskelschwäche, die auch eine Stuhlinkontinenz bedeutet. Entdeckt wurde die Schwäche bei und nach einer Koloskopie im Klinikum Stadt Soest, die aufgrund seiner jahrelang andauernden Diabeteserkrankung und einem Krebsverdacht anstand.

Nur durch die Expertise eines Heidelberger Spezialisten konnte sein Schließmuskel vor drei Jahren operativ gerettet werden. Seitdem geht er offen mit seiner Erkrankung um und sucht die Öffentlichkeit, um anderen Männern Mut zu geben, gegen die „Schwächen untenrum“ etwas zu tun und sich nicht zu verstecken.

Notfall-Set

Seit die Diagnose feststand, geht er allerdings nicht mehr ohne sein persönliches Notfallset aus dem Haus: Wichtigste Bestandteile sind eine Windelhose für Erwachsene, Einmal-

Handschuhe, ein Reinigungsschaum und diverse Vorlagen und Tücher. Damit dieses Set so wenig wie möglich zum Einsatz kommt, plant er seine Touren sehr genau. Außerdem hat er einen Generalschlüssel für alle Behindertentoiletten. Diesen Schlüssel kann jeder, der eine anerkannte Behinderung nachweist, gegen Zahlung von 20,00 Euro bekommen. „Das gibt Sicherheit und ich kann mir auf den Behindertentoiletten viel Zeit lassen, komme ungestört und unbeobachtet an Waschmöglichkeiten heran,“ ist Douwe Vaags froh, dass ihm dieses Refugium für den Fall der Fälle bleibt. Statt fünf Minuten auf dem Klo kann das „Geschäft“ bei ihm auch schon mal zwei Stunden dauern. Das liegt unter anderem daran, dass der Schließmuskel nach der Operation in Heidelberg nur noch eine verkleinerte Öffnung des Afters zulässt.

Jahrelang Stomaträger

„Man braucht Geduld bei der Therapie und beim Umgang mit dieser Erkrankung, die sicher weit mehr Menschen betrifft, als man es vermutet“, ist Douwe Vaags sicher, dass er nicht der Einzige ist, bei dem der Schließmuskel nicht mehr den natürlichen Funktionalitäten folgt. „Jahrelang war ich deswegen auch Stomaträger, hatte also einen künstlichen Darmausgang“, erinnert sich der Rentner an Zeiten, die für ihn noch schwerer waren als die Gegenwart.

Früh mit Beckenbodengymnastik anfangen

Aus seiner Sicht kann es in der Folge von Erkrankungen oder im Alter sehr schnell passieren, dass man mit seinem Schließmuskel nicht mehr unbedingt rechnen oder ihm vertrauen kann. „Ich kann deshalb nur allen Männern raten, schon früh mit der sogenannten Beckenbodengymnastik anzufangen. Diese Gymnastik stärkt den Schließmuskelbereich und



Douwe Vaags hat sein Notfallset immer dabei.

hilft nicht selten auch, dass eine Inkontinenz weitestgehend vermieden werden kann oder nur marginal entsteht“, empfiehlt Douwe Vaags. Mit Akupunktur sei heute viel zu erreichen, nicht nur bei bereits Betroffenen. Einen Schrittmacher für den Schließmuskel gibt es schließlich auch noch. Durch die kontinuierliche Reizung mit leichten (unmerklichen) elektrischen Impulsen, die zu Kontraktionen führen (Sakrale Nervenmodulation), wird die Wächter-Funktion des Ausgangsmuskels gestärkt. Dieser Schrittmacher zählt allerdings nicht bei allen Kostenträgern zum Standardprogramm bei Inkontinenz.

„Man muss als Inkontinenzler auf alles gefasst und vorbereitet sein. Dennoch gibt es Vorkehrungen bei der Nahrungsaufnahme, die schlimmeres verhindern. Ich esse zum Beispiel keinen Spargel und keine Champignons mehr. Was man verträgt und was nicht, findet man allerdings leicht heraus, denn Darm und Schließmuskel reagieren sofort“, schmunzelt Douwe Vaags. Seine Empfehlungen für Betroffene: ausgesuchtes Essen, Akupunktur und regelmäßige Beckenboden-Gymnastik, die man unbemerkt auch schnell in der Schlange an der Kasse einbauen kann.

Beckenboden-Übungen für Sie und Ihn:



<< Übung 1

Auf dem Boden liegend die Füße nahe dem Gesäß aufsetzen, Hände auf den Boden legen, langsam das Gesäß anheben, oben halten, langsam sinken lassen, aber nicht auf dem Boden aufsetzen, sondern Übung wiederholen



Übung 2 >>

Ball pressen mit den Oberschenkeln



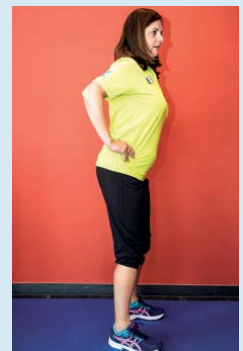
Übung 3

An der Bushaltestelle oder in der Schlange vor der Kasse: Beckenboden anspannen. (Merkt keiner).



Übung 4

Gerade Sitzen, Brust raus, im Sitzen sich anspannen und das „Pippi anhalten“ simulieren.



Übung 5

Anspannen der Beckenmuskulatur nach vorne und hinten, dabei das Becken langsam nach vorne und hinten kippen.

Ein Pflegebett gibt es auch als Einlegerahmen für das Ehebett

Komfort in der Pflege zu Hause

Die Situation kommt relativ häufig vor: Nach einem Krankenhausaufenthalt muss ein Patient auch zu Hause weiter gepflegt werden. Wir sprachen darüber mit Christian Chedor, Inhaber des Sanitätshauses Richts + Chedor, das auch eine Filiale im KlinikumStadtSoest hat.

Wann brauchen Patienten ein Pflegebett zu Hause?

Christian Chedor: Ein Pflegebett oder ein Einlegerahmen werden zuhause/in der häuslichen Pflege benötigt, wenn die Pflege und der Schlaf im normalen Bett nicht mehr möglich ist. Meistens ist dies nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall, weil dann die Mobilität häufig eingeschränkt ist, wenn auch vielleicht nur vorübergehend. Nimmt die Immobilität und die Verschlechterung des Allgemeinzustandes grundsätzlich zu und muss der Patient im Bett gepflegt werden, ist ebenfalls ein Pflegebett oder Einlegerahmen indiziert. Grundsätzlichen Anspruch auf ein Pflegebett/Einlegerahmen haben Versicherte ab Pflegegrad 0. Die entsprechende Pflegekasse prüft dann das Rezept und den Kostenvoranschlag des Sanitätshauses und genehmigt bei Anspruch die anfallenden Kosten.

Wo bekommt man ein Pflegebett?

Im Sanitätshaus oder RehaFachbetrieb. Dieser schreibt den Kostenvoranschlag und schickt ihn zur Prüfung mit dem Rezept zusammen zur Krankenkasse oder Pflegekasse.

Was kostet das? Zahlt das meine Krankenkasse?

Der Versicherte muss nach erfolgter Genehmigung maximal die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10,- Euro bezahlen. Liegt eine gesetzliche Befreiungskarte vor, ist nichts zu zahlen. Bei Privatpatienten gelten die jeweiligen Regelungen/Verträge mit ihren privaten Krankenversicherungen bzw. der Beihilfe; gerne kann aber auch hier vorab auf dem Patienten einen Kostenvoranschlag zur Verfügung gestellt werden, um die Kosten vorher abzuklären. Grundsätzlich gilt auch hier: Akzeptiert die Krankenkasse die Bedürftigkeit einer Versorgung mit einem Pflegebett/Einlegerahmen, wird in der Regel der volle Preis erstattet.

Wen muss ich ansprechen?

Am besten wenden sich Patienten & Versicherte direkt an den Fachhandel, d.h. an das örtliche Sanitätshaus. Nicht immer darf das Sanitätshaus vor Ort auch liefern, dies hängt wiederum von den entsprechenden Verträgen mit den Krankenkassen ab. Wenn die Versicherten sich direkt an die Krankenkasse wenden, erfahren sie nicht immer sofort, an welchen Leistungserbringer der Auftrag verteilt wird. Daher ist die direkte Kontaktaufnahme an das örtliche Sanitätshaus meistens die bessere Variante.

Gehört das Bett dann mir?

In den meisten Fällen bleibt das Pflegebett/der Einlegerahmen Eigentum des Sanitätshauses, das heißt, die Krankenkasse zahlt eine sogenannte Versorgungspauschale für einen bestimmten Zeitraum. Wenn dieser Zeitraum abgelaufen ist, schreibt das Sanitätshaus den Versicherten an und fragt nach, ob das Hilfsmittel weiter benötigt wird. Ist dies der Fall, darf der Leistungserbringer der jeweiligen Krankenkasse eine Folgepauschale berechnen. Wenn das Hilfsmittel nicht weiter benötigt wird, weil sich der Gesundheitszustand des Versicherten verändert, eine Heimaufnahme erfolgt oder ein Sterbefall vorliegt, wird das Sanitätshaus benachrichtigt und das Pflegebett / der Einlegerahmen wieder abgeholt. In seltenen Fällen kann es über die Krankenkasse auch zum Kauf des Bettes kommen, das heißt, die Krankenkasse übernimmt den Kaufpreis des Hilfsmittels. In diesen Fällen muss nach

Nimmt die Immobilität und die Verschlechterung des Allgemeinzustandes grundsätzlich zu, ist ein Pflegebett oder Einlegerahmen zu empfehlen.

Alle Bilder mit freundlicher Genehmigung der Firma Burmeier in Lage.
www.burmeier.com





Gebrauch des Hilfsmittels und vor Abholung durch den Leistungserbringer geklärt werden, ob das Hilfsmittel für die Krankenkasse eingelagert werden muss oder beim Kunden verbleibt.

Welche Alternative gibt es?

Die Alternative zum Pflegebett ist der Einlegerahmen. Dieser bietet die Möglichkeit, dass der Patient nicht sein eigenes Bett verlassen muss. Der Bettrahmen kann stehen bleiben, lediglich der Lattenrost wird gegen den Einlegerahmen getauscht, so dass der dann eingesetzte Lattenrost elektrisch höhenverstellbar ist, genauso wie Kopf- und Fußteil des Lattenrostes. Die Kosten hierfür sind für die Krankenkassen identisch; sie zahlen die gleiche Versorgungspauschale wie beim Pflegebett. Die Nachteile des Einlegerahmens liegen darin, dass dieser zum Beispiel im Ehebett nicht von allen Seiten im Pflegefall besteigbar ist und auch die Pflegekräfte nur von einer Bettseite ihre Arbeit leisten können. Häufig ist der Einlegerahmen der „Einstieg“ in die Versorgung und Pflege zuhause und nicht selten muss im Verlauf der Einlegerahmen in ein Pflegebett umgetauscht werden. Die Kosten für diesen Umtausch sind häufig Streitpunkt zwischen Versicherten und Leistungserbringern, weil die Lieferung von Pflegebett/ Einlegerahmen nur einmalig von der Krankenkasse bezahlt werden.

Geht das auch mit Boxspringbett?

Nein, das geht leider nicht. Grundsätzlich muss bei jeder Versorgung mit einem Einlegerahmen erst im Vorfeld der Bettkasten des zu versorgenden Bettes vor Ort begutachtet werden, um die Möglichkeit der Versorgung zu überprüfen.

Wann geschieht der Wechsel zurück in das „normale“ Bett?

Der Wechsel aus dem Einlegerahmen/Pflegebett zurück ins eigene Bett ist möglich, wenn sich der Gesundheitszustand verbessert hat. Dann muss das Sanitätshaus informiert werden, um ihr Hilfsmittel wieder abzuholen. Häufig tritt aber eine Verschlechterung ein, so dass weitere Hilfsmittel dazu kommen, um die häusliche Pflege für die Patienten zu gewährleisten.

Richts + Chedor
Sanitätshaus und Orthopädietechnik



Unsere Öffnungszeiten im Klinikum Stadt Soest:

Montag bis Freitag 09:00 - 18:00 Uhr

Samstag 09:00 - 13:00 Uhr

Die Öffnungszeiten unserer
acht Standorte finden Sie unter
www.richts-chedor.de

Wir möchten, dass es Ihnen bestens geht!

Wir versorgen Sie mit:

Bandagen
Rollatoren
Gehhilfen
Kompressionsstrümpfen
Orthesen
und vielem mehr in:

Werl | Soest | Lippstadt | Hamm
Beckum | Brilon | Dortmund

Im Juni 2019 begrüßte das Cyberknife den 3000. Patienten Messerscharf zu internationalem Erfolg

Kontakt



Dr. Iris Ernst
Chefärztin
Deutsches Cyberknife-
Zentrum und Hochpräzi-
sionsstrahlentherapie
Tel. 02921/90-2020

Im Juni 2019 konnte das Team um Chefärztin Dr. Iris Ernst einen besonderen Patienten im Cyberknife begrüßen: Bernd Wilbers kam aus Norddeutschland nach Westfalen in das Klinikum und ist der insgesamt 3000. neu aufgenommene Patient, der in Soest behandelt wird.

„Vor 15 Jahren erhielt ich die erste Diagnose Prostatakrebs und ziemlich schnell folgte dann auch die erste Operation. Danach folgte eine lange Odyssee durch viele Praxen und Krankenhäuser, bis ich im Jahr 2016 von meinem Urologen in Leer auf die Möglichkeiten des Cyberknife hingewiesen wurde. Nach vielen Bestrahlungen mit unangenehmen Erfahrungen war ich anfangs natürlich skeptisch, ob man mir im Cyberknife wird helfen können. Ich war erstaunt, dass das Cyberknife im Kampf gegen den Krebs ohne Nebenwirkungen auskommt. Man merkt erst nichts und das ist sehr angenehm. Auch hinterher hatte ich keine Schmerzen“, ist er voll des Lobes für das Team und die Technik.

Phasenweise trete etwas Müdigkeit auf, aber das lasse sich gut aushalten. „Ich übernachtete in einer Soester Ferienwohnung oder im Hotel, sodass ich nach der Therapie auch meine Ruhe habe“, erklärt Bernd Wilbers, der für die

Niedersächsische Steuerverwaltung arbeitet und jetzt wieder uneingeschränkt seinen Dienst versehen kann.

„Obwohl ich zurzeit tumorfrei bin, gehe ich vierteljährlich zur ärztlichen Kontrolle und bin froh, dass es das Cyberknife gibt. Es erspart mir unter anderem die Einnahme von Hormonblockern, die schon unangenehme Nebenwirkungen zeigen können. Überall dort, wo ich mit dem Cyberknife behandelt wurde, ist kein neuer Tumor gewachsen“, gibt sich Wilbers optimistisch.

Neue Technik bringt Zeitvorteil

Das hört man natürlich auch im Cyberknife-Team gern, denn der Erfolg im Kampf gegen den Krebs ist entscheidend. „95 Prozent unserer Patienten kommen ambulant zu uns. Wenn im Frühjahr 2020 eine neue Generation von Geräten mit schnellerer Software installiert wird, verkürzt sich die einzelne Behandlungsdauer, die jetzt bei 50 bis 60 Minuten liegt, erheblich, sodass mehr Patienten pro Tag einen Zugang zum Cyberknife bekommen“, macht Chefärztin Dr. Iris Ernst den jetzt Wartenden berechtigte Hoffnung auf eine Behandlung. Das Cyberknife ist aber nicht nur von den Behandlungsergebnissen außergewöhnlich gut, sondern auch aus ökonomischer Sicht positiv. Die Abteilung schreibt seit dem Jahr 2015 jährlich schwarze Zahlen.

„Unser Erfolg hat sich herumgesprochen und unsere Patienten kommen auch aus dem Nahen Osten, aus Kanada, Osteuropa, dem Irak oder Saudi-Arabien zu uns. Deshalb arbeiten wir häufig in zwei Schichten im Cyberknife-Labor“, erklärt die Chefärztin.

Die Patientenzahlen steigen weiter kontinuierlich. Bedenkt man, dass die meisten Patienten bis zu fünf Therapien im Cyberknife haben und deshalb häufiger wiederkommen, kann man sich vorstellen, wie hoch die Nutzungsfrequenz des „messerscharfen“ Bestrahlungsgeräts ist.



Bernd Wilbers (vorne) wurde von Dr. Iris Ernst (r.) und dem Cyberknifeteam besonders begrüßt.

Forum Plastische Chirurgie: Deine Haut

Mittwoch, 18.09.2019
18 bis 19.30 Uhr

Vorträge:

- > **Gut und Böse - kleine Lehre der Hauttumore**
Dr. Armin Schubert, Hautarzt in Soest
- > **Tumor-Operationen: Entfernung und Wiederherstellung der Hautoberfläche**
Dr. Sonja Dahmann
komm. ärztliche Leiterin der Klinik für Plastische Chirurgie
- > **Behandlung von Narben**
Nadja Pflug, Assistenzärztin
- > **Jünger aussehen? Faltenbehandlung und Hautverjüngung**
Dr. Sonja Dahmann
- > **Hautüberschüsse nach Gewichtsverlust – Straffungsoperationen**
Michael Witek, Facharzt

Die Haut ist mit fast zwei Quadratmetern das größte Organ des Menschen. Sie schützt uns vor Infektionen, Sonnenlicht, Temperatur und Verletzungen. Zudem dient sie diversen Stoffwechselvorgängen, unter anderem der Atmung und Blutbildung. Und dabei wird von der Haut auch noch verlangt, dass sie sich ihre ganze Arbeit nicht ansehen lässt.

Im Gegensatz zu anderen Organen können wir bei der Haut oft sehen, wenn sie sich verändert oder erkrankt. Dies ist Vor- und Nachteil zugleich. Beim Hautkrebs stellt die Früherkennung einen bedeutenden Vorteil dar, um ihn rechtzeitig zu entfernen. Der altersbedingte Verlust elastischer Fasern hingegen führt ohne Krankheitswert zu offensichtlicher Faltenbildung.

Im Rahmen des Vortragsabend „Deine Haut“ lädt unsere Abteilung für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie gemeinsam mit Dr. Schubert, niedergelassener Dermatologe im Hause, dazu ein, dieses vielseitige Organ kennen zu lernen. Wir berichten über die gängigen Veränderungen der Haut, von gut- und bösartigen Tumoren bis hin zu Erschlaffung und Narbenbildung. Was passiert nach dem Ausschneiden eines Tumors mit dem verbliebenen „Loch“ in der Haut? Erfahren Sie, welche Wiederherstellungsverfahren wir anwenden.

Stören Sie Falten, Narben oder Hautüberschüsse?

Wir informieren über Therapiemöglichkeiten, Risiken und Wirkung.

Freuen Sie sich auf abwechslungsreiche Vorträge, die eines von vielen Gebieten der Plastischen Chirurgie (neben Handchirurgie, Verbrennungsmedizin und Ästhetik) näher beleuchten.

Kursangebote

Mäusetreff 6. Kurs Block III

Montag, 9.9.19 - 18.11.19, 9:00 - 10:30 Uhr
Leitung: Simone Grümmie
Gebühr: 85 Euro

Mäusetreff 7. Kurs Block I Neu

Montag, 9.9.19 - 18.11.19, 10:45 - 12:15 Uhr
Leitung: Simone Grümmie
Gebühr: 85 Euro

Rückbildung mit Baby

Montag, 2.9.19 - 14.10.19, 10:00 - 11:00 Uhr
Leitung: Hebamme Miriam Spielmann
Kosten übernimmt die Krankenkasse

fitdankbaby Kids

Montag, 2.9.19 - 14.10.19, 16:00 - 17:00 Uhr
Leitung: Rebecca Gieshold
Gebühr: 95 Euro

fitdankbaby Pre

Montag, 2.9.19 - 21.10.19, 17:30 - 18:45 Uhr
Leitung: Rebecca Gieshold
Gebühr: 95 Euro

fitdankbaby Maxi

Dienstag, 3.9.19 - 22.10.19, 9:00 - 10:15 Uhr
Leitung: Rebecca Gieshold
Gebühr: 95 Euro

fitdankbaby Mini

Dienstag, 3.9.19 - 22.10.19, 10:30 - 11:45 Uhr
Leitung: Rebecca Gieshold
Gebühr: 95 Euro

Geburtsvorbereitung

Montag, 2.9.19 - 7.10.19, 19:15 - 21:30 Uhr
Eigenanteil: jeweils 25 Euro

Rückbildungsgymnastik

Dienstag, 10.9.19 - 22.10.19, 19:00 - 20:15 Uhr
Kosten übernimmt die Krankenkasse

Jeden Donnerstag findet das **Stillcafé Maxis** und das **Spielcafé** und jeden Freitag das **Stillcafé Minis** statt.

Kinderturnen mit Juliane

Mittwoch, 28.8.19 - 13.11.19, 9:00 - 10:00 Uhr
Kursgebühr: 65 Euro

Kinderturnen mit Juliane

Mittwoch, 28.8.19 - 13.11.19, 10:00 - 11:00 Uhr
Kursgebühr: 65 Euro

Prenatal-Yogakurs für Schwangere ab der 13. Woche

Samstag, 7.9.19 - 23.11.19, 11:00 - 12:00 Uhr
Leitung: Stefanie Günther
Gebühr: 100 Euro pro Person

PeKiP - für Dich und Dein Kind

Donnerstag, 19.9. - 21.11.19, 14:00 - 15:30 Uhr
Kursgebühr: 95 Euro

Yoga

Freitag, 30.8.19 - 29.11.19, 16:00 - 17:00 Uhr
Kursgebühr: 120 Euro
(Kostenerstattung möglich)

Veranstaltungen:

Erste-Hilfe-Kurs für Säuglinge und Kleinkinder

Montag, 11.9.19, 19:30 - 22:00 Uhr

Leitung: Tobias Moj

Gebühr: 25 Euro pro Person / Paare 45 Euro

Mein Kind, Dein Kind – wie erziehst denn Du? – Gesprächskreis

Donnerstag, 29.8.19, 19:30 - 21:00 Uhr

Donnerstag, 26.9.19, 19:30 - 21:00 Uhr

Leitung: Petra Hellmann

Gebühr: 10 Euro pro Person / Paare 15 Euro

Selbstbehauptungskurs für Frauen jeden Alters

Freitag, 30.8.19, 17:00 - 21:00 Uhr

Samstag, 31.08.19, 10:00 - 16:00 Uhr

Leitung: Katja Brüggemann, Katja Limberg

Gebühr: 70 Euro pro Person

Informationsabend zum Erziehungskompetenztraining „Triple P“

Montag, 3.9.19, 19:30 - 21:00 Uhr

Leitung: Petra Hellmann

Gebühr: kostenlos

„Triple P“ Erziehungskompetenztraining für Eltern (4 Termine)

Dienstag, 16.9.19/30.9.19/7.10.19/14.10.19

jeweils 20:00 - 22:00 Uhr

Leitung: Petra Hellmann



Regelmäßige Angebote

Informationsabend mit Kreißsaalführung

Jeden ersten Mittwoch im Monat ab 18:00 Uhr
im KlinikumStadtSoest

Hebammensprechstunde (mit Terminvergabe)

Jeden Mittwoch von 9:00 bis 16:00 Uhr
im KlinikumStadtSoest

„Erziehungsgespräche“

jeden letzten Donnerstag im Monat
von 19:30 - 21:30 Uhr

Leitung: Petra Hellmann

Teilnahmegebühr: 10,- Euro pro Person / für
Paare 15,- Euro

Stillcafé Maxis (ab 5 Monaten)

jeden Donnerstag von 9:30 - 12:30 Uhr

Leitung: Hebamme oder Kinderkranken-
schwester/Stillberaterin

Teilnahmegebühr: 2,50 Euro

Stillcafé Minis (0 bis 5 Monate)

jeden Freitag von 9:30 - 12:30 Uhr

Leitung: Hebamme oder Kinderkranken-
schwester/Stillberaterin

Teilnahmegebühr: 2,50 Euro

Spielcafé

(für Kinder von 1 bis 2 Jahren)

Jeden Donnerstag, 11:00 - 11:30 Uhr

Teilnahmegebühr: 2,50 Euro

Stillsprechstunde

Jeden Mittwoch von 11:00 - 13:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Gebühr: 15,- Euro/Stunde

Sprechstunde für Regulationsstörungen

(Termine nach Vereinbarung)

Beratungsangebot bei Ehe-, Familien- und Lebensfragen sowie bei Erziehungs- und Entwicklungsfragen

Mo - Fr von 08:00 bis 12:00 Uhr

Di von 14:00 bis 18:00 Uhr

Termine nach Vereinbarung

Sprechstunde für Frauen mit Fragen und Problemen in der Frühschwangerschaft

Jeden Freitag, 14:00 - 16:00 Uhr

im KlinikumStadtSoest (kostenlos)

Weitere Angebote im Klinikum

- **Offener Treff für Frauen mit Brustkrebs und anderen gynäkologischen Krebserkrankungen**
Jeder letzte Donnerstag im Monat ab 18:00 Uhr
- **Selbsthilfegruppe für Patienten der multimodalen Schmerztherapie und Angehörige**
Jeder letzte Donnerstag im Monat ab 17:00 Uhr

Weitere Informationen: www.klinikumstadtsoest.de

Zentrale Notfallambulanz	(02921) 90-0 (02921) 90-1288		
Kliniken und Institute			
<ul style="list-style-type: none"> • Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Dr. George Saada • Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin Prof. Dr. Andreas Meißner • Klinik für Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie Ina Bergner • Klinik für Gastroenterologie Dr. Ulrich Menges • Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie Dr. Kristian Nitschmann • Klinik für Geriatrie Dr. Thomas Keweloh • Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Simone Flachsenberg • Klinik für Kardiologie Prof. Dr. Achim Meißner • Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Dr. Joshua Cordes, Matthias Friepörtner • Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Dr. med. Sonja Dahmann (komm. Leitung) • Klinik für Strahlentherapie und Radio-Onkologie Dr. Iris Ernst • Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie Dr. Norbert Lösing • Institut für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin Dr. Hubert Fischer • Internistische Neurologie Dr. Bertram Holinka • Geriatrische Tagesklinik Dr. Thomas Keweloh • Schmerzambulanz Dr. Stefan Hempe 	(02921) 90-1034 (02921) 90-1383 (02921) 90-2897 (02921) 90-1470 (02921) 90-2981 (02921) 90-2880 (02921) 90-1387 (02921) 90-1470 (02921) 90-1433 (02921) 90-2984 (02921) 90-2020 (02921) 90-1277 (02921) 90-1341 (02921) 90-1620 (02921) 90-2880 (02921) 90-1025		
Ausbildung			
Albrecht-Schneider-Akademie für Gesundheitsberufe (asa) am KlinikumStadtSoest	(02921) 90-2083		
Zentren			
<ul style="list-style-type: none"> • Darmzentrum Soest • Deutsches CyberKnife Zentrum • Senora Brustzentrum • Westfälisches Herz- und Gefäßzentrum • Herz- und Kreislaufzentrum Bad Oeynhausen-Soest 		(02921) 90-1470 (02921) 90-1034 (02921) 90-2020 (02921) 90-1387 (02921) 90-2981 (02921) 90-1470	
Belegabteilungen			
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Praxis Dr. Jörg Korte Orthopädie <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaftspraxis Dr. Christian Roels und Lars Keunecke • Praxis Dr. Michael Ohlmeier 		(02921) 1859 (02922) 97790 (02521) 17077	
Ambulante Partner im Klinikum			
<ul style="list-style-type: none"> • Zentrum für Augenheilkunde Dr. Peter M. Königs und Kollegen • Praxis für Chirurgie / Gefäßchirurgie Dr. Wolfgang Steffen, Dr. Dirk Grabosch, Dr. Hans-Walter Fiedler • Hautarztpraxis Dr. Armin Schubert • Radiologische Praxis Niels Meinhardt • Hausarzt-Praxis Dr. Tobias Samusch 		(02921) 33000 (02921) 3447664 (02921) 14408 (02921) 7002040 (02921) 3274200	
Beratung und Begleitung			
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeberatung und familiäre Pflege • Sozialdienst • Ernährungsberatung • Psychologische und gerontologische Beratung, Psychoonkologie • Gedächtnisambulanz • Palliativer Dienst • Seelsorge • Grüne Damen • Forum Familie 		(02921) 90-2085 (02921) 90-2089 (02921) 90-1257 (02921) 90-2880 (02921) 90-2880 (02921) 90-2575 (02921) 90-1929 (02921) 90-2096 (02921) 3193509	
Prävention und Therapie			
<ul style="list-style-type: none"> • Soest Vital - Medizinische Trainingstherapie - Ergotherapie - Logopädie / Sprachtherapie - Wellness-Therapien - Praxis für Physiotherapie 		(02921) 90-1270	

*Fühl Dich wohl
in Deiner Haut!*



Viital
Soest

Prevention & Therapie
Gesundheitszentrum der
KSS Klinikum Stadt Soest

Service GmbH

Service- und Beratung KG

50404 Soest

K: 044 39341

Ö: 0 29 22 9286 36

F: 0 29 22 92 22

E-Mail: info@soest.viital.de

Internet: www.viital.de

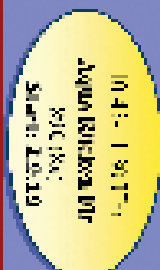


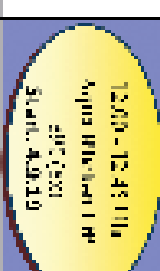

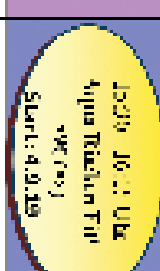
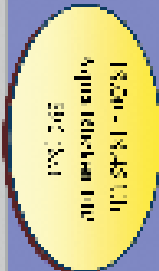
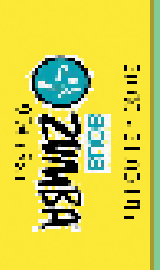

! Diese Kurse sind gemäß Kommunikationsetikette anzukündigen und werden in der Regel 14 Tage vor Beginn der Kurse auf der Website veröffentlicht. Für Änderungen und Rückmeldungen bitte sich vorab mit uns in Verbindung setzen.

* SoSe 19

Bitte für kostenlose Kurskarten ausfüllen

an: Service & Beratung KG
Gesundheitszentrum der KSS Klinikum Stadt Soest
Postfach 100
50404 Soest

Kursprogramm August 2019

Ab Montag 26.08.2019	Ab Dienstag 27.08.2019	Ab Mittwoch 28.08.2019	Ab Donnerstag 29.08.2019	Ab Freitag 30.08.2019
 <p>10.45 - 11.30 Uhr Aqua Rücken Fit 80€ (80€) Start: 1.8.19</p>			 <p>10.45 - 11.30 Uhr Fun Animals Training Borch & Bickel 80€ (100€)</p>	
 <p>16.00 - 18.00 Uhr ZUMBA 80€ (100€)</p>			 <p>12.00 - 12.45 Uhr Aqua Rücken Fit 80€ (80€) Start: 4.9.19</p>	 <p>10.30 - 11.30 Uhr Fun Animals Training Borch & Bickel 80€ (100€)</p>
<p>15.00 - 16.00 Uhr CardioFit - Ausdauer und Herzkreislauftuning 80€ (100€)</p>	<p>17.00 - 18.00 Uhr CardioFit - Ausdauer und Herzkreislauftuning 80€ (100€)</p>	 <p>15.30 - 16.45 Uhr Aqua Rücken Fit 80€ (80€) Start: 4.9.19</p>	 <p>18.30 - 18.45 Uhr Aqua Rücken Fit 80€ (80€)</p>	
<p>10.00 - 11.00 Uhr Fun Animals Training Borch & Bickel 80€ (100€)</p>	<p>16.00 - 16.15 Uhr Pläne - Schritt 1 80€ (100€)</p>	<p>18.30 - 19.30 Uhr Fun Animals Training Borch & Bickel 80€ (100€)</p>	<p>18.00 - 19.00 Uhr Pläne - Schritt 1 80€ (100€)</p>	
 <p>20.00 - 21.00 Uhr ZUMBA 80€ (100€)</p>	<p>19.00 - 20.00 Uhr Rückenfloss-Prävention 120€ (100€)</p>	 <p>20.30 - 21.30 Uhr ZUMBA 75€ (100€)</p>		