



Ihre Sprechzeit

Das Gesundheitsmagazin für den Kreis Soest



**Im Notfall in guten Händen -
weil jede Minute zählt!**

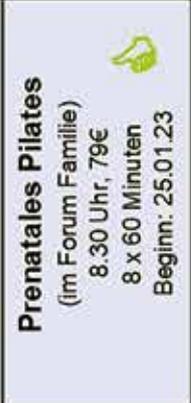
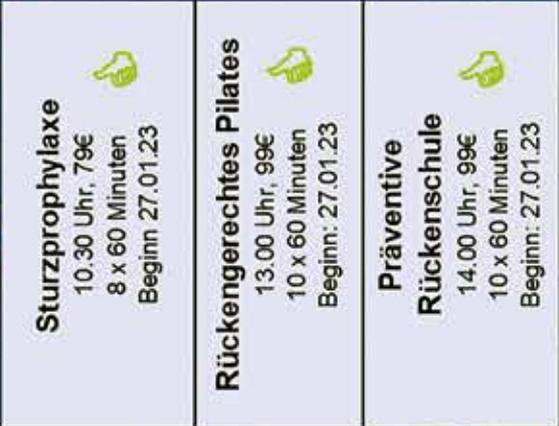
Diagnostik & Therapie bei Refluxerkrankung

Wenn einem dauernd etwas sauer aufstößt

Individuelle Kostformen

Schluckbeschwerden müssen nicht sein

Kursprogramm ab Januar 2023*

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
 <p>Aqua Rücken Fit 10.45 Uhr, 109€ 8 x 45 Minuten Beginn: 30.01.23</p>	 <p>Faszienfitness 9.00 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 24.01.23</p>	 <p>Prenatales Pilates (im Forum Familie) 8.30 Uhr, 79€ 8 x 60 Minuten Beginn: 25.01.23</p>	 <p>Aqua Rücken Fit 10.45 Uhr, 109€ 8 x 45 Minuten Beginn: 02.02.23</p>	 <p>Sturzprophylaxe 10.30 Uhr, 79€ 8 x 60 Minuten Beginn: 27.01.23</p>
 <p>Aqua Rücken Fit 12.00 Uhr/ 15.30 Uhr, 109€ 8 x 45 Minuten Beginn: 01.02.23</p>	 <p>Osteoporose-Prävention 15.00 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 24.01.23</p>	 <p>Eltern-Kind-Turnen I & II (im Forum Familie) 9.45 Uhr / 11.00 Uhr, 79€ 8 x 60 Minuten Beginn: 25.01.23</p>	 <p>Autogenes Training 17.00 Uhr, 119€ 12 x 60 Minuten Beginn: 11.01.23</p>	 <p>Rückengerechtes Pilates 13.00 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 27.01.23</p>
 <p>Autogenes Training 17.00 Uhr, 119€ 12 x 60 Minuten Beginn: 09.01.23</p>	 <p>Rückengerechtes Pilates 18.00 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 24.01.23</p>	 <p>Autogenes Training 17.30 Uhr, 119€ 12 x 60 Minuten Beginn: 11.01.23</p>	 <p>Aqua Rücken Fit 18.00 Uhr, 109€ 8 x 45 Minuten Beginn: 02.02.23</p>	 <p>Präventive Rückenschule 14.00 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 27.01.23</p>
 <p>Zumba 20.00 Uhr, 69€ 10 x 60 Minuten Beginn: 23.01.23</p>	 <p>Zumba 20.00 Uhr, 69€ 10 x 60 Minuten Beginn: 25.01.23</p>	 <p>Funktionelles Training 18.30 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 25.01.23</p>	 <p>Yoga 19.30 Uhr, 99€ 10 x 60 Minuten Beginn: 26.01.23</p>	

Eine schriftliche Anmeldung ist notwendig! (s. Rückseite)



* Änderungen vorbehalten

zertifizierte Präventionskurse (80-100% Zuschuss durch ihre Krankenkasse möglich)

Liebe Leserin, lieber Leser,

zum neuen Jahr wünsche ich Ihnen im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Klinikums alles Gute und viel Gesundheit.

Wir erleben, wie zunehmend der Schrecken der Corona-Pandemie schwindet. Trotzdem sind und bleiben wir vorsichtig, da wir für Ihre Gesundheit vor Ort sind.

Dass und wie wir bei Notfällen aufgestellt sind und helfen, ist Thema der ersten Seiten dieses Magazins. Seit Jahren schon haben wir Ihr Vertrauen und das Vertrauen der Rettungsdienste als Regionales Traumazentrum. Daraus haben wir Anspruch und weiteren Auftrag abgeleitet. Die Rezertifizierung dieser Zentrumsfunktion im Kreis Soest ist eine Anerkennung der professionellen Teams in unserem Hause, die sich im Notfall voll und ganz Ihrer Gesundheit verpflichtet fühlen und danach handeln.

Eine weitere gute Nachricht erreichte uns gleich zu Beginn dieses Jahres: Die Zusammenarbeit aller Abteilungen, die bei Herzinfarkten oder unklaren Brustschmerzen aktiv werden, ist jetzt als sogenannte Chest Pain Unit offiziell zertifiziert.

Wenn einem dauernd etwas sauer aufstößt, muss gehandelt werden. Welche Schritte hier gegangen werden können und wie ein sogenanntes „Magenventil“ funktioniert, lesen Sie ab Seite 13.

Ein besonderer Dank geht an meinen Geschäftsführerkollegen, Christian Straub, der die letzten beiden Jahre die Restrukturierung des Klinikums intensiv begleitet hat. Wie geplant hat er unser Haus zum Ende des vergangenen Jahres verlassen und widmet sich nun neuen Aufgaben im Gesundheitswesen.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit
Ihr

Christian Schug
Geschäftsführer KlinikumStadtSoest



Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 03 | Editorial | 18 | Wenn das Sodbrennen nicht mehr „weggeschluckt“ werden muss |
| 04 | Im Notfall in guten Händen – weil jede Minute zählt | 21 | Bei Schluckstörungen kommt es immer auf die richtige Kostform an |
| 08 | Mit viel Tempo direkt ins Krankenhaus | 24 | Fit in den Frühling 2023 – einfache Übungen für zu Hause und unterwegs |
| 10 | Akute Brustschmerzen sind immer ein Fall für die Chest-Pain-Unit | 29 | Wie die neuen Bäume der Wollpöte mit dem Klinikum verbunden sind |
| 13 | Wenn einem dauernd etwas sauer aufstößt, muss gehandelt werden | 30 | Äußere Wendung ermöglicht natürliche Geburt |
| 14 | Was sind die häufigsten Untersuchungsmethoden bei Reflux? | 32 | Auf einen Blick |
| 16 | Der Trick mit dem „Magenventil“ | | |

Impressum & Lesehinweis:

Herausgeber: KlinikumStadtSoest gGmbH, Senator-Schwartz-Ring 8, 59494 Soest **Redaktion:** Frank Beilenhoff, Johannes Vehring, Genoveva Perdigão, Thomas Meier-Vehring (V. i. S. d. P.), Mobil 0171 3196250, **Fotos:** Thomas Meier-Vehring & tmv-kommunikation, KlinikumStadtSoest, Grafik: 123rf.com/profile_alila, bildierzweig/stock.adobe.com.

Verlag: Thomas Meier-Vehring, Am Barenbach 8, 59174 Kamen, Tel. 0171 3196250, **Anzeigen:** 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.

Die in manchen Texten der Einfachheit halber verwendete männliche Form ist überwiegend genderneutral gemeint.

KlinikumStadtSoest als Regionales Traumazentrum für Schwere Verletzungen Im Notfall in guten Händen – weiß



Wenn die Patienten in der Notaufnahme des KlinikumStadtSoest eintreffen, muss es in der Regel schnell gehen. Schon bei der Übergabe im Schockraum sind die Unfallopfer ansprechbar und können direkt befragt werden.

Kontakt



Dr. Norbert Lösing
Chefarzt
Tel. 02921/90-1279

Schwere Verletzungen (Traumata) nach Verkehrsunfällen und Stürze aus der Höhe stellen die weitaus häufigsten Ursachen für die Einlieferung in ein Traumazentrum dar, deutlich seltener kommen Folgen von Suizidversuchen und Verbrechen als Einlieferungsgrund infrage. Schnelligkeit und die medizinische Versorgung in hoher Qualität sind in der Notfallmedizin oberstes Gebot. Sie bestimmen die Überlebenschancen der Unfallopfer.

Nach der Primärversorgung am Unfallort erfolgt die weitere, meist chirurgische Behandlung in einem Traumazentrum, denn die Spezialisten hier sind in der Lage, alle erdenklichen Verletzungen fachgerecht und schnell zu versorgen. Traumakliniken verfügen daher über Hubschrauberlandeplätze, die Notfallteams rund um die Uhr anfliegen können. Als größter Notfallversorger im Kreis gewährleistet das KlinikumStadtSoest die Versorgung schwerverletzter Patienten rund um die Uhr auf hohem Niveau.

Schwerverletzte rezertifiziert Jede Minute zählt



Paramediker werden wichtige Informationen zum Unfallgeschehen und Verletzungsstatus ausgetauscht.

Wenn der Rettungswagen ankommt, steht schon alles bereit für eine schnellstmögliche Behandlung. Dafür sorgen festgelegte Abläufe, hoch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte, eine spezielle medizinisch-technische Ausstattung und ein telemedizinisches System, über welches Rettungsdienste schon am Unfallort Informationen an die Klinik übermitteln können. Das alles ist Voraussetzung für die Zertifizierung als „Regionales Traumazentrum“, die das KlinikumStadtSoest im Herbst 2022 erneut erhalten hat. Vor der Rezertifizierung haben externe Prüfer der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) das Klinikum intensiv unter die Lupe genommen und bestätigt, dass Schwerverletzte im Notfall hier in guten Händen sind.

Traumazentrum seit 2014

Das KlinikumStadtSoest ist seit 2014 offiziell als regionales Traumazentrum im TraumaNetzwerk Nord-West zertifiziert. Um in ein solches Netzwerk aufgenommen zu werden, müssen die Kliniken festgelegte Versorgungs- und Qualitätsstandards erfüllen. Hierzu zählt eine rund um die Uhr verfügbare Unfallchirurgie mit Schockraum, eine eigene Radiologie und eine intensivmedizinische Versorgung. Jederzeit muss ein Facharzt für spezielle Unfallchirurgie zur Verfügung stehen. Weiterhin werden standardisierte Behandlungsabläufe, weitere Qualifikationen von Ärzten und Pflegepersonal in der Unfallchirurgie, Allgemein Chirurgie, Anästhesie und OP-Pflege und die regelmäßigen Weiterbildungen in der Notfallversorgung vorausgesetzt. Außerdem müssen die Kliniken dafür Sorge tragen, dass jederzeit eine gewisse Anzahl an Blutkonserven im Haus vorrätig ist, weil diese häufig für Transfusionen bei Notfällen gebraucht werden. Diese klar strukturierte und an Qualitätsstandards orientierte Versorgung verringert die Sterblichkeitsrate bei schwerverletzten Patienten deutlich.

Charakteristische Merkmale

Traumazentren verfügen über mindestens einen Schockraum, in dem die Erstversorgung erfolgt. Der Schockraum ermöglicht mindestens diese Behandlungen:

- Vitalfunktionen aufrechterhalten oder wiederherstellen (Reanimation)
- Beatmung des Patienten (wenn nötig)
- Kreislaufstabilisierung im Rahmen des Schockmanagements
- Durchführung erster bildgebender Untersuchungen (CT, Röntgen, Ultraschall)
- Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen

Da die Arbeitsabläufe bei Einlieferung eines Patienten standardisiert sind und die Expertise des interdisziplinären Schockraumteams hochprofessionell ist, erfolgt die Erstdiagnose und die Versorgung innerhalb kürzester Zeit. Somit geht keine wertvolle Zeit verloren, um die Patienten gegebenenfalls lebensnotwendigen Operationen zuführen zu können.



RET-SOE1-RTW1

Hans-Peter Trilling (l.) leitet den Rettungsdienst im Kreis Soest.

Der Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Dr. med. Norbert Lösing, freut sich über die Rezertifizierung: „Die erneute Auszeichnung belegt die Qualität unserer interdisziplinären Zusammenarbeit und ist dem Teamzusammenhalt aus allen unseren Fachbereichen zu verdanken.“ Im Traumazentrum ist es besonders wichtig, dass die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, die Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie und die Zentrale Notaufnahme gut zusammenarbeiten und die Abläufe aufeinander abgestimmt sind. „Ich denke, wir können zu Recht stolz sein und ich kann nur meine Gratulation an das Team um Dr. Lösing aussprechen“, sagt Christan Schug, Geschäftsführer des KlinikumStadtSoest.

Hans-Peter Trilling, Chef des Rettungsdienstes im Kreis Soest, ist Arzt, Notfallmediziner und Anästhesist. Er wurde in mehreren Krankenhäusern ausgebildet und weiß von daher, was ein regionales Traumazentrum wie das KlinikumStadtSoest bieten muss: „Das Schockraum-Management muss verlässlich sein. Unsere Erwartung: Alle Abläufe im Klinikum und bei uns draußen folgen festen Regeln. Dazu brauchen wir eine absolute Synchronisation der wörtlichen Korrespondenz und daraus abzuleitende Handlungen, damit die Übergänge vom Rettungsdienst in den Schockraum ohne Reibungsverluste stattfinden können – sprich: jeder weiß, was er zu tun hat und was der andere tut“, betont der Chef des Rettungsdienstes.

Das funktioniert mit dem KlinikumStadtSoest hervorragend: „Die (Un-)Fälle werden kategorisiert nach A-B-C-D-E, damit wissen alle, was gemeint ist und wer vor Ort gebraucht wird. Wir haben beim Eintreffen am Unfallort innerhalb von zwei Minuten einen ersten Überblick über die Verletzungsmuster und können sie in diese Kategorien einteilen. Wenn die Unfallopfer dann im Klinikum eintreffen, ist die Mannschaft der Erstversorgung vor Ort schon optimal aufgestellt – wenn zum Beispiel Kinder beteiligt sind, ist sofort ein Kinderarzt dabei, oder bei bestimmten Verletzungen von Frauen ein gynäkologisch erfahrener Mediziner“, lobt Hans-Peter Trilling.

Die vom Rettungsdienst in die Kategorien A-B-C-D-E eingeteilten Verletzungen folgen einem internationalen Standard, sodass das Notfallteam im Klinikum immer weiß, worauf sie sich einzustellen haben. Das A steht für „airway“, also Atemwege; das B steht für „breathing“, womit eine Beatmung gemeint ist; das C ist synonym für „circulation“, also Kreislaufprobleme; bei D wird eine „disability“ vermutet, die ein neurologisches Defizit nahelegt; das E steht schließlich für „exposure“ und „environment“ und somit für eine Exploration, die eine spezielle und weitergehende sowie umfassende Untersuchung empfiehlt.

Die Schockraum-Alarmierung ist ein wichtiger Teil der Kommunikationskette und der weiteren Versorgung der Unfallopfer. Und im Klinikum gibt es auch dazu feste Regeln: „Der diensthabende Unfallchirurg ist der Teamleader im Schockraum. Daneben sind ein Anästhesist oder verschiedene Fachärzte beteiligt. Selbstverständlich zählen auch die leitenden Gesundheits- und Krankenpfleger dazu“, umreißt Chefarzt Dr. Norbert Lösing das Erstversorgerteam. „Alle Beteiligten im Notfallteam haben eine ATLS-Schulung erfolgreich absolviert und wissen deshalb

„Die erneute Zertifizierung des KlinikumStadtSoest als regionales Traumazentrum ist ein schöner Erfolg und eine Anerkennung der gemeinschaftlichen Teamleistung“, freut sich Dr. Norbert Lösing. „Wir werden deshalb im Traumaregister geführt und haben durch die dort dokumentierten Leistungsprofile auch so etwas wie eine wissenschaftliche Begleitung und einen direkten Vergleich zu ähnlich aufgestellten Teams in anderen Regionen.“

Traumazentren

Lokale Traumazentren sind für die flächendeckende Versorgung der häufigsten Einzelverletzungen zuständig. Außerhalb von Ballungszentren übernehmen sie bei Bedarf auch die Erstversorgung von Schwerstverletzten.

Regionale Traumazentren sind auf die Notfall- und Definitiv-Versorgung von Schwerverletzten spezialisiert, sie verfügen über ausreichende Intensiv- und Operationskapazitäten. Experten verschiedenster Fachgebiete sind in die Behandlung eingebunden, die apparative Ausstattung ist auf höchstem Niveau.

Überregionale Traumazentren befinden sich an Kliniken der Maximalversorgung und sind ebenfalls auf die Notfall- und Definitiv-Versorgung von Schwerstverletzten spezialisiert. Im Gegensatz zu den regionalen Traumazentren verfügen sie über mehrere Schockraumbehandlungsplätze und über uneingeschränkte fachliche Kompetenzen in der Behandlung von außergewöhnlich komplexen und seltenen Verletzungen.

Gut 41 Prozent der Unfallopfer (Diagnose Polytrauma) im Kreis Soest werden seit dem Jahr 2018 vom Rettungsdienst in das KlinikumStadtSoest eingeliefert. Mehr als die Hälfte aller Schlaganfall-Patienten (Diagnose Apoplex) kommen ebenfalls in das Klinikum am Senator-Schwartz-Ring. Gut ein Viertel der Herzinfarkt-Patienten (Diagnose ACS / STEMI) im Kreis Soest werden über die Notaufnahme in der Kardiologie des Klinikums versorgt.

Wenn eine Kurve das gewohnte Leben in andere Bahnen lenkt Mit viel Tempo direkt ins Krankenhaus

Atilgan Namli ist 23 Jahre alt und wohnt in Hamm. Von Beruf ist er Elektriker bei der Deutschen Bahn und leidenschaftlicher Motorradfahrer. Nach einem Besuch bei Freunden in Soest tritt er am frühen Abend des 15. August 2022 auf seiner 650er-Suzuki die Heimfahrt an. Dann passierte das, woran sich Atilgan Namli nur noch bruchstückhaft erinnern kann. Diese eine Kurve, die er zu schnell anfuhr ...

„Aufgewacht bin ich in einem Fahrstuhl, umgeben von einer Reihe vermummter Menschen, die mich freundlich begrüßten und darüber informierten, was nun geschehen wird“, erinnert sich Namli. Er war auf dem Weg in den Operationssaal des KlinikumStadtSoest. Beide Arme und der linke Oberschenkel waren gebrochen. Was folgte, war eine große OP, in der Atilgan Namli umfassend versorgt wurde. Als er aus der Narkose erwachte, lag er in einem Krankenzimmer, an jedem Arm eine Fixatur und mit einer Gips-Schiene am linken Bein.

„Da war an Bewegung nicht zu denken – ich konnte gar nichts allein machen, außer meinen Kopf zum Fernseher drehen. Das war dann für mehr als eine Woche für einen Großteil des Tages meine Beschäftigung und Ablenkung“, erinnert sich der 23-Jährige, der vor dem Unfall ein leidenschaftlicher Nutzer von Fitness-Studios war. Jetzt bekam er – coronabedingt – von einer Person für eine Stunde am Tag Besuch, meistens von den Eltern, aber auch von Arbeitskollegen und Freunden.

„Ohne die liebevolle Pflege auf der Station hätte ich diese Zeit nur sehr schwer überstanden. Ich konnte nichts allein tun: Essen, Trinken, Stuhlgang, Waschen – bei allem brauchte ich Hilfe und Unterstützung. Ohne die grandiosen Schwestern und Pfleger wäre ich aufgeschmissen gewesen“, blickt Atilgan dankbar zurück. Die Gesundheits- und Krankenpfleger der chirurgischen Station halfen ihm auch, als er – angeleitet von der hauseigenen Physiotherapie des Soest Vital – wieder die ersten



Schritte wagte und sich zunächst vorsichtig zuerst an das Sitzen, eine aufrechte Haltung und später das Stehen gewöhnen musste.

„Das war eine ganz neue Erfahrung für mich: sehr langsam zu laufen, im Rollstuhl in den Park des Klinikums fahren, wieder Luft und Sonne spüren, in das Leben zurückkehren“, erinnert sich Atilgan. Selbst gut drei Monate nach dem Unfall bewegt er sich noch vor- und umsichtig. „Ich habe im Krankenhaus durch das Herumliegen und die erzwungene Passivität gut zehn Kilo an Gewicht verloren. Die hole ich mir demnächst durch das Training im Fitness-Studio wieder zurück“, ist er zuversichtlich. Auf seiner Arbeit bei der Deutschen Bahn muss er fit sein und auf sechs Meter hohe Masten klettern können. „Das geht untrainiert nur sehr schwer und ist mühsam“, weiß Atilgan. Sein Chef und Arbeitskollegen freuen sich schon, wenn er nach der Reha wieder in den Beruf einsteigen wird.

„Ich bin sehr froh, dass mich der Rettungsdienst im Kreis Soest im Feld geborgen hat und ins Klinikum bringen konnte. Die Feuerwehr hat dabei sogar für die Beleuchtung der Unfallstelle gesorgt. Das war alles sehr professionell. Und die anschließende Behandlung und Pflege im KlinikumStadtSoest ebenso“, ist der 23-Jährige voll des Lobes. Dem konnte sich sein Hammer Hausarzt anschließen, der den Kollegen im Soester Klinikum eine „äußerst saubere und fachlich hervorragende Arbeit“ attestierte.

Für Atilgan Namli geht das Leben jetzt weiter – mit allen Chancen und beruflichen Möglichkeiten, die er vorher auch schon in der Planung hatte. Das Fitness-Studio reizt ihn wieder und Motorradfahren will er auch unbedingt wieder. Allerdings nicht mehr so schnell und unüberlegt vor Kurven.

von der ersten Ankündigung des Rettungsdienstes über das zeitnahe Eintreffen einer verletzten Person, was zu tun ist und wo sich ihr Platz im Schockraum befindet. ATLS steht für Advanced Trauma Life Support. Erster Schritt muss immer sein: Stop the bleeding – die Blutungen stoppen. Danach folgt das Vorgehen nach einem Maßnahmenkatalog, an den sich alle im Team halten“, beschreibt Dr. Lösing die Aufstellung und Arbeitsweise des Teams.

„Wir haben hier so etwas wie lange geübte Routinen, mit denen vermieden wird, dass die Beteiligten ungeordnet umherlaufen. Alle wissen, was wann zu tun ist. Der Teamleader entscheidet über die weiteren Maßnahmen in der sogenannten Traumaspirale und klärt die Reihenfolge der Maßnahmen: Röntgen, Computer-Tomografie, Magnetresonanztomografie, Operation oder Station“, erklärt der Chefarzt die Professionalität im regionalen Traumazentrum.

Nach erfolgreichem Notfallmanagement und Behandlung sowie Pflege auf der Station folgt das Entlassmanagement des Sozialen Dienstes und eine Empfehlung zur Durchführung weiterer Reha-Maßnahmen.



Ein gutes Team - Dr. Norbert Lösing (L.), Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie und Dr. Ulrich Altrup, Leiter der Zentralen Notaufnahme



Als zertifiziertes regionales Zentrum wird das KlinikumStadtSoest im Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) geführt.

Ein Unfall ist schnell passiert

Etwa 2,8 Millionen Menschen verunfallen jedes Jahr im eigenen Zuhause. Rund 8.000 Menschen pro Jahr sterben sogar nach Haushaltsunfällen. Wie dramatisch viele das sind, zeigt der Vergleich zum Auto: Im allgemein als gefährlich anerkannten Straßenverkehr sterben nicht einmal halb so viele Menschen. Etwas weniger als 3.300 waren es zum Beispiel im Jahr 2018.

Weil man sich im eigenen Zuhause so gut auszukennen glaubt, sinkt häufig das Risikobewusstsein. Kurz gesagt: Statt auf die sichere Leiter, steigt man mal eben auf den wackeligen Schemel – und kommt dann zuerst kurz ins Straucheln und danach für lange Zeit ins Krankenhaus. Die häufigste Unfallursache im Haushalt sind Stürze. Steile Treppen, klapprige Stühle und rutschige Böden machen Männern und Frauen gleichermaßen zu schaffen.

Am häufigsten führt einen die ganz klassische Hausarbeit in die Unfallstatistik. Etwa 400.000 Unfälle werden hier insgesamt verzeichnet – und dabei sind zu 70 Prozent Frauen betroffen. Ganz anders ist die Verteilung beim Heimwerken. An den rund 250.000 Heimwerkerunfällen sind zu 87 Prozent Männer als Opfer erfasst. Ein weiterer Gefahren-Hotspot liegt übrigens gar nicht im Haus, sondern direkt drum herum. Gut 200.000 Unfälle passieren bei der Gartenarbeit.

Egal, wo der Unfall am Ende tatsächlich passiert: Die Gefahr durch spitze und scharfe Gegenstände wird fast überall im Haushalt unterschätzt. Beim Schnippeln in der Küche, beim Zuschneiden im Hobbykeller oder beim Sägen im Garten – Schnitt- und Stichverletzungen passieren jeden Tag zuhause.

Neu: Rund um die Uhr schnelle Hilfe in der Chest Pain Unit Schmerzen in der Brust – ist das vielleicht ein Herzinfarkt?

Gute Nachrichten am Beginn des neuen Jahres 2023 für die Kardiologie im KlinikumStadtSoest: Der Antrag auf Anerkennung einer Brustschmerz-Ambulanz/BSA (engl. Chest-Pain-Unit/CPU) in der Kardiologie des Klinikums ist von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie positiv beschieden worden. „Mit der Zulassung als Brustschmerz-Ambulanz können wir vor allem in den sogenannten Randzeiten, an Wochenenden und an Feiertagen allen besorgten Menschen mit unklaren Brustschmerzen sofort helfen“, betont Prof. Dr. Achim Meißner, Chefarzt in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie.

Natürlich werden auch in den Hauptzeiten des Notaufnahmegeschehens immer Plätze zur Untersuchung bei vom Rettungsdienst eingelieferten Patienten frei sein. „Was in jedem Fall gewährleistet ist: Innerhalb von 30 Minuten ist ein in der Kardiologie erfahrener Arzt oder eine Kardiologin vor Ort in der BSA und leitet dort alle erforderlichen Untersuchungen ein“, weist Prof. Dr. Meißner auf die medizinische BSA-Expertise im Klinikum hin.

Notfallbehandlung rund um die Uhr

Eine Brustschmerz-Ambulanz ist an Krankenhäuser oder Gemeinschaftspraxen angebunden, die mindestens vier Kardiologen für die Notfallbehandlung rund um die Uhr bereitstellen können. Sie verfügt über mindestens vier Betten und ein Herzkatheterlabor, in dem jederzeit Untersuchungen durchgeführt werden. „Die BSA funktioniert nicht völlig selbstständig, sondern stimmt sich eng mit dem Rettungsdienst, den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten ab. Daher ist es arbeitsorganisatorisch sehr sinnvoll, diesen Bereich in die Notaufnahme zu integrieren“, erklärt Kardiologie-Oberarzt Hans-Dieter Burkhardt.

„Wenn Patienten mit unklaren Brustschmerzen ohne Rettungsdienst in das Klinikum kommen, können sie sich direkt in die Zentrale Notaufnahme begeben, denn wertvolle Zeit ohne sofortige ärztliche Hilfe sollte nicht vergehen. Der Weg in die Brustschmerz-Ambulanz ist entsprechend beschildert“, sagt Kardiologie-Chefarzt Prof. Dr. Achim Meißner.

Die BSA hat in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des Klinikums einen eigenen separierten Bereich mit vier Betten, die in besonderen Notsituationen um weitere drei Plätze vor Ort erweitert werden. Durch die direkte Nachbarschaft in der ZNA ist gewährleistet, dass die Vitalparameter der Patienten in der BSA durch ein zentrales Monitoring überwacht werden.

„In der BSA wird zur Beurteilung der zunächst von der Ursache her unklaren Brustschmerzen auch eine Ausschluss-Diagnostik betrieben, denn manchmal kann es sein, dass Brustschmerzen keine kardiologische Ursache haben, sondern zum Beispiel auf eine Lungenembolie oder andere organische Ereignisse zurückzuführen sind. Diese Einschätzung und ausführliche Diagnose geschieht in der BSA durch die diensthabenden Ärzte“, erklärt Oberärztin Dr. Elke Dees-Löbel.

Die Verunsicherung ist häufig sehr groß

In allen Fällen ist es eine Beruhigung der Patienten, zu wissen, warum Brustschmerzen auftreten. „Die Verunsicherung ist häufig sehr groß und viele Patienten befürchten das Schlimmste und sorgen sich in erster Linie um ihr Herz“, weiß Prof. Dr. Markus Lins. Im hauseigenen Linksherzkatheter-Messplatz (HKM) bekommen er und die Teams bei den notwendigen Untersuchungen ein ganz genaues Bild der Situation.

Doch die Diagnose geschieht nicht nur im HKM-Labor. Ein zwölfseitiger Kriterienkatalog, zusammengestellt von Kardiologie-Experten und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie regelt alle Voraussetzung zur Anerkennung als Brustschmerz-Ambulanz. Dazu ist unter anderem ein eigenes EKG-Gerät mit Registrierung von zwölf Ableitungen vor Ort erforderlich. Ebenfalls müssen eine Monitoranlage zur Rhythmusüberwachung und eine nichtinvasive Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie an jedem Überwachungsplatz vorhanden sein. Die zur Notfallversorgung notwendige Infrastruktur muss ebenfalls komplett eingerichtet sein. Dies schließt sowohl eine komplett ausgestattete Notfalleinheit (u. a. mit Defibrillator, Intubationsbesteck, Sauerstoff, Absaugvorrichtung) als auch die Möglichkeit zur Transportüberwachung (u. a. Monitor, Perfusoren, Transportbeatmungsgerät) zum Beispiel zum weiteren Transport ins Herzkatheterlabor oder zur Intensivstation ein. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig überprüft werden und dem aktuellen Stand der Technik angepasst.



Als Brustschmerz-Ambulanz oder Chest-Pain-Unit (CPU) bezeichnet man eine Spezialstation zur Diagnostik und Primärtherapie von Patienten mit akuten Brustschmerzen an großen internistischen Kliniken.

Damit sollen vor allem Herzinfarkte bei Patienten frühzeitig erkannt und behandelt werden, die nicht immer die typischen Symptome zeigen.

Die BSA des Klinikums bereitet derzeit die angestrebte Kooperation mit Kardiologen in der Stadt und im Kreis Soest vor. Auch regionale Verbindungen, zum Beispiel zum Herzzentrum in Dortmund, werden genutzt, um für Patienten den optimalen Behandlungsweg zu ebnet.

Foto (v.l.): Prof. Dr. Achim Meißner, Oberärztin Dr. Elke Dees-Löbel, Prof. Dr. Markus Lins, Oberarzt Hans-Dieter Burkhardt



Wenn Magen-Tabletten nicht mehr wirken,
kann eine Operation Abhilfe schaffen

Bevor einem etwas dauernd sauer aufstößt, muss gehandelt werden

Elke Pauly ist 64 Jahre alt und kommt aus Hallenberg im Sauerland. Sie kennt die Situation gut, wenn einem mal wieder etwas „sauer aufstößt“. Vor gut 20 Jahren hatte sie eine Operation am Magen, bei der im Übergang von Speiseröhre in den Magen eine Art Manschette gebildet wurde, die fortan dafür sorgte, ihr sogenanntes Refluxproblem abzustellen.

Im Laufe der Jahre aber lockerte sich die Manschette wieder und der Magen beziehungsweise das Refluxphänomen fing an, erneut Probleme zu bereiten. Mittlerweile drängte auch der obere Teil des Magens in den Brustraum, weil die Bruchstelle im Zwerchfell, die normalerweise für eine strikte Trennung von Brust- und Bauchraum sorgt, wieder deutlich geweitet war. In der Folge bekam Elke Pauly durch den Druck auf die Lunge vermehrt Atemnot. „Schnell war mir klar, dass jetzt dringend etwas geschehen musste“, war sich die Sauerländerin sicher. Also machte sie sich auf die Suche, was ihr helfen – und, vor allem – wer ihr in dieser Situation eine Hilfe sein könnte.

Gutes Bauchgefühl

Als Mitarbeiterin in der Alltagsbegleitung des Deutschen Roten Kreuzes war Elke Pauly das Recherchieren im Internet gewohnt. Nach ein paar wenigen Klicks landete sie auf der Homepage des KlinikumStadtSoest und organisierte dort einen Untersuchungstermin. „Dr. Ghadimi war mir vom ersten Augenblick an sympathisch und seine langjährige Erfahrung mit Operationen im Abschnitt Speiseröhre-Zwerchfell-Magen hat mich sofort überzeugt“, bekennt Elke Pauly im Gespräch kurz vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt nach der erfolgreichen Operation. „Ich hatte und habe hier auch im übertragenen Sinne von Beginn an ein gutes Bauchgefühl“, blickt sie schmunzelnd zurück.

Ihre Refluxprobleme hatten bislang ihren Alltag immer mal wieder getrübt. „Die Tabletten halfen nicht mehr, auch mit Heilerde kam ich nicht weiter. Es gab Momente, in denen mir die Magensäure bis in die Nase schoß“, schildert Elke Pauly, wie der Leidensdruck immer größer wurde. Das sollte auf keinen Fall wieder ihr Leben bestimmen.

„Die Operation vor 21 Jahren, die am offenen Bauch erfolgte, war vom damaligen Kenntnisstand her richtig“, erklärt Dr. Markus Ghadimi. Jetzt allerdings habe man zunächst mit den Verwachsungen kämpfen müssen, die durch die offene OP nicht zu vermeiden gewesen sind. „Die Lösung dieser Verwachsungen und die Freilegung der Organregion hat allein mehr als eine Stunde in Anspruch genommen“, schildert der Arzt den OP-Beginn.

Oft nach wenigen Tagen schon entlassen

Heute allerdings gehen die Chirurgen hier minimal-invasiv vor, das heißt, dass durch kleine Schnitte die Instrumente eingeführt werden können und unter Kamerasicht die weitere Operation laparoskopisch erfolgt. „Ein großer Bauchschnitt ist nicht mehr nötig und die kleinen Öffnungen heilen schnell zu, sodass die Patienten schon nach wenigen Tagen entlassen werden können“, beschreibt Dr. Ghadimi einen Vorteil der modernen Chirurgie.

„Wir haben in der OP die vorhandene alte Manschette im Bereich des Übergangs von der Speiseröhre in den Magen erneuert und sie in den Bauchraum zurückverlegt. Anschließend haben wir die Region an das Zwerchfell angenäht, damit der Bereich nicht mehr hochrutschen und die Atmung beeinträchtigen kann“, erklärt der Chefarzt. Die OP von Frau Pauly habe mehr als drei Stunden gedauert.

Vorsichtiger Kostaufbau

„Die Patientin hat zunächst eine Magensonde bekommen, über die in den ersten Tagen Flüssigkeit und Nahrung in den Magen kommen konnte. Der Kostaufbau muss vorsichtig und in kleinen Schritten erfolgen, damit der OP-Erfolg erhalten wird“, warnt Dr. Markus Ghadimi vor einer zu schnellen Rückkehr zu alten Essgewohnheiten. Damit müsse man sich unter Umständen auch drei bis sechs Monate Zeit lassen.

Die Zeit hat Elke Pauly auf jeden Fall. „Mir kommt das vorsichtige Essen sehr entgegen, weil ich die Gelegenheit nutzen möchte, ein paar überflüssige Pfunde abzunehmen“, freut sich die Hallenbergerin. Dass ihr sprichwörtlich etwas wieder mal „sauer aufstößt“, das kann sie nicht garantieren, aber sie weiß jetzt, dass es nicht mehr das Essen sein wird.

Mit GERD (GastroEsophageal Reflux Disease) ist nicht zu spaßen

Was sind die häufigsten Untersuchungsmethoden bei Reflux?

Kontakt



Dr. Uwe Reinhold
Gastroenterologe
Tel. 02921/90-1470

Die Diagnostik der Refluxkrankheit basiert neben der körperlichen Untersuchung auf einer Magenspiegelung (Gastroskopie). Ergänzend kann eine Säuremessung (pH-Metrie) und die Druckbestimmung in der Speiseröhre (Manometrie) zum Einsatz kommen. Selten kann eine Röntgenuntersuchung weitere Informationen liefern. Gewebeproben können erforderlich sein, um andere Erkrankungen oder ihre Umbauprozesse, die zu Speiseröhrenkrebs führen können, zu erfassen.

Die moderne Refluxdiagnostik im KlinikumStadtSoest stützt sich neben der Magenspiegelung in der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie (Chefarzt Dr. Uwe Reinhold) hauptsächlich auf zwei Untersuchungsformen, die durch erhebliche Investitionen in die Diagnosegeräte seit Kurzem komplett neu aufgestellt sind.

Diagnostiziert wird hier entweder die erosive Form der Erkrankung, bei der man die Entzündung der Speiseröhre (Ösophagus) sowie den

Reflux und meistens auch eine Vergrößerung im Durchlass am Zwerchfell sieht. Oder man begegnet der sogenannten nicht-erosiven Form, die keine offensichtlichen Schäden verursacht, was aber noch keine Aussage bezüglich einer möglichen Erkrankung bedeutet. Die Chance, etwas zu sehen oder nicht, liegt bei 50 zu 50. Den Beweis liefert in der Regel eine pH-Metrie, also eine Messung des pH-Wertes in der Speiseröhre oder eine Manometrie, die den Druck beim Schlucken misst.

Sauer oder nicht - Diagnose über den pH-Wert

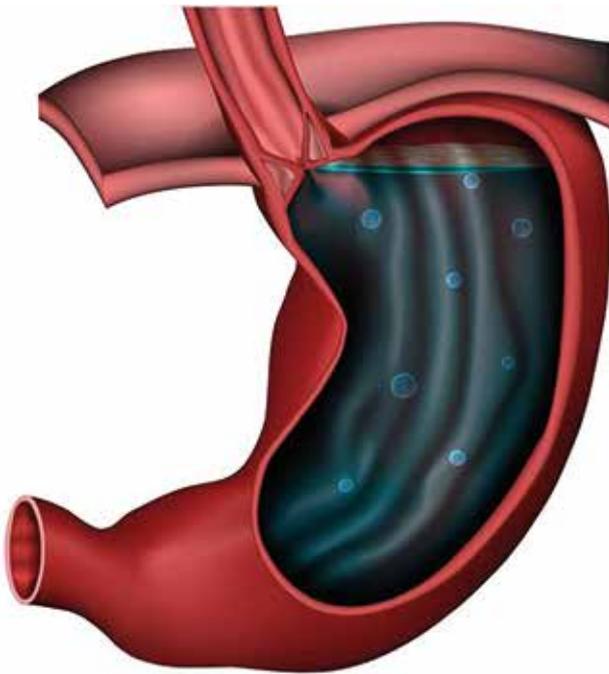
Mit den bisherigen Diagnoseverfahren war es nur möglich, „sauren“ Magenrückfluss eindeutig zu identifizieren. Bei mehr als der Hälfte aller Patienten ist dieses Verfahren aber unzuverlässig, da auch „nicht-saure“ Reflux auftreten können, die dann nicht entdeckt werden.

Die Impedanz-Messung erweitert daher erheblich die medizinischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, da durch dieses Verfahren jeder Rückfluss säureunabhängig erkannt wird. Für die Messung wird die Impedanz-pH-Sonde über die Nase in die Speiseröhre eingeführt, wo sie für 24 Stunden verbleibt. An der Sonde selbst gibt es acht pH-Messpositionen (erkennen Säure) und sechs Impedanz-Messpunkte, die jede Art von Flüssigkeit erkennen. Es kann außerdem zwischen Schlucken und Rückfluss von Magensaft unterschieden werden und die Steighöhe eines Refluxes festgestellt werden.

Bei der Untersuchung wird nach örtlicher Betäubung der Nasenschleimhaut in sitzender Position ein dünner Messkatheter über die Nase in die Speiseröhre vorgeschoben. In Ausnahmefällen wird die korrekte Lage anschließend mit einer Röntgenaufnahme kontrolliert. Die Sonde wird an Nase, Wange und Hals mit hautfreundlichem Pflaster festgeklebt und an

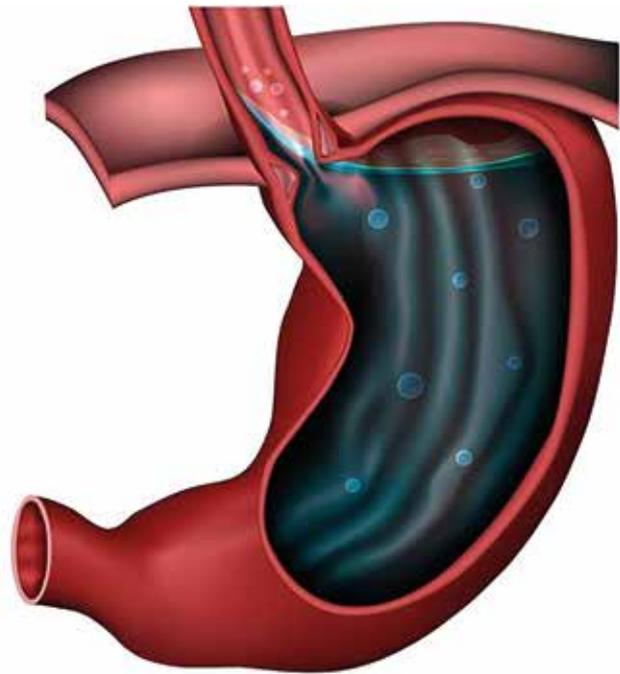


Die Auswertung der Sonden-Aufzeichnungen (Foto rechts) in der pH-Metrie erfolgt nach 24-Stunden ebenfalls am Bildschirm in der Gastroenterologie.



Normal

Nach dem Schlucken von Nahrung schließt der untere Speiseröhren-Schließmuskel (unterer Ösophagusphinkter) den Magen.



Reflux Krankheit

Der untere Speiseröhren-Schließmuskel ist geschwächt und schließt den Magen nicht mehr komplett ab. Die Salzsäure aus dem Magensaft beschädigt die Schleimhaut der Speiseröhre.

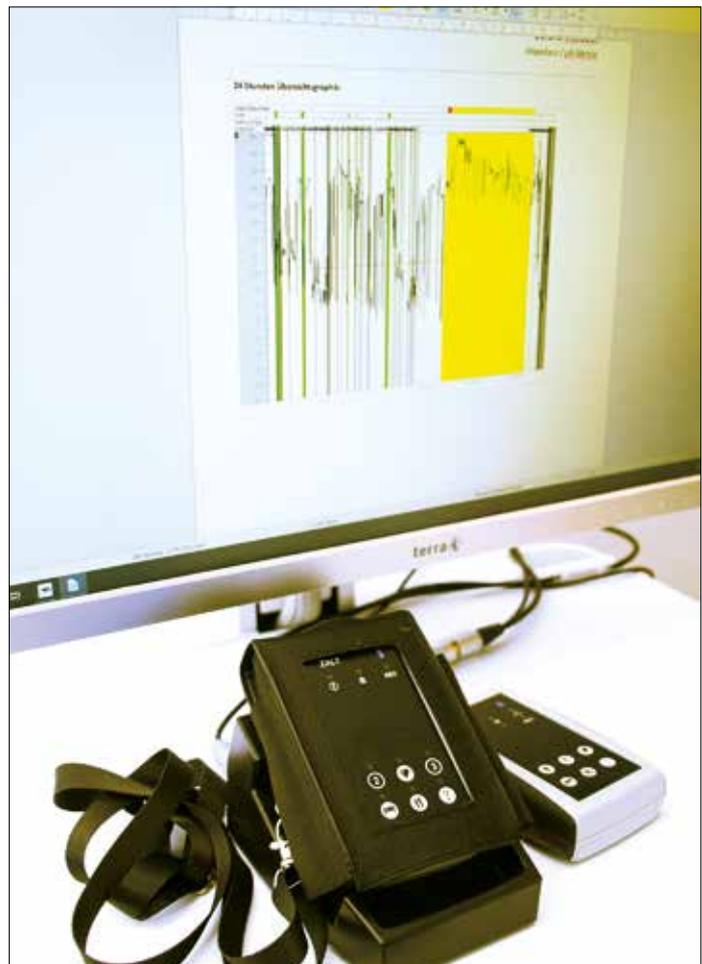
Vergleich eines normal abgeschlossenen Magens und eines Magens mit erkranktem Magenschließmuskel © bilderzweig / Fotolia.

ein Speichergerät angeschlossen. Das Aufzeichnungsgerät wird wie eine kleine Handtasche über die Schulter oder um den Hals getragen. Nach dem Einführen der Sonde können Sie nach Hause gehen. Anzustreben ist eine möglichst normale Lebensgestaltung an dem Tag der Messung. Die über 24 Stunden gespeicherten Daten werden anschließend computergestützt ausgewertet.

Überprüfung des Schluckaktes

Bei der Oesophagus-Manometrie wird eine Messsonde über ein Nasenloch in den Rachen eingeführt und durch Schlucken weiter in die Speiseröhre und in den Magen vorgeschoben. Um die Funktion des Schluckakts zu überprüfen, muss der Patient in dieser Phase kleine Mengen an Wasser schlucken.

Der Patient befindet sich während der Manometrie in sitzender Position. Für die Untersuchung wird eine wasserperfundierte Sonde nasal (über die Nase) durch die Speiseröhre bis in den Magen vorgeschoben. Anschließend erfolgt eine Lagekontrolle mittels Oberbauchkompression durch den untersuchenden Arzt. Nach Abschluss der Diagnostik erfolgt die Therapie, die entweder medikamentös, nicht medikamentös oder operativ sein kann.



Die gewonnenen Daten der Manometrie werden auf einen Computer übertragen und können so detailliert analysiert werden.

Ein bewährtes Operationsverfahren bei Refluxkrankheit

Der Trick mit dem „Magenventil“

Kontakt



PD Dr. Markus Ghadimi
Chefarzt
Tel. 02921/90-2300

Den meisten Menschen mit Refluxsymptomen kann mit einer konsequenten medikamentösen Therapie gut geholfen werden. Die Medikamente, die zur Verfügung stehen, unterbinden zwar nicht den Reflux, also das Zurücklaufen des Magensaftes in die Speiseröhre, aber sie sorgen dafür, dass der Magensaft nicht mehr so sauer ist. Damit können die meisten Symptome wirkungsvoll unterbunden werden.

Es gibt aber Patienten, bei denen diese Art der Behandlung nicht ausreichend ist. Das sind zum einen Patienten mit einem großen Zwerchfellbruch, die einen sogenannten Massenreflux haben. Das bedeutet, dass diesen Patienten der Mageninhalt in den Rachen und in den Mund zurückläuft, sobald sie sich nur bücken oder hinlegen. Dies ist für die Patienten äußerst unangenehm, unabhängig davon, ob der Mageninhalt sauer ist oder nicht.

Zum anderen gibt es Patienten, die trotz medikamentöser Therapie nicht beschwerdefrei werden, oder die eine langfristige, unter Umständen lebenslange Medikamenteneinnahme nicht wünschen oder ablehnen.

Und schließlich gibt es noch die Patienten mit großen Zwerchfellbrüchen, bei den sich ein großer Teil des Magens, manchmal der ganze Magen, durch die Zwerchfellücke in den Brustraum verlagert hat. Hier kann der Magen auf Herz und Lunge drücken oder sich im ungünstigsten Fall in der Lücke einklemmen. Für alle diese Patienten kommt eine Operation in Betracht.

OP-Verfahren seit 65 Jahren bewährt

Das Operationsverfahren, das sich hierfür seit mehreren Jahrzehnten bewährt hat, ist die sogenannte Fundoplicatio nach Nissen, benannt nach dem deutschen Chirurgen und Sauerbruch-Schüler Rudolf Nissen, der diesen Eingriff 1957 erstmals durchführte. Das Prinzip der Operation besteht darin, dass ein klei-

ner Teil des Magens als Manschette um den Übergang zwischen Speiseröhre und Magen herumgelegt wird. Füllt sich nun der Magen, kommt es auch zu einer Füllung dieser Manschette, die dadurch den Mageneingang verschließt und einen Reflux wirkungsvoll verhindert.

Ventil kommt ohne Fremdkörper aus

Wenn der Magen dagegen leer oder nur wenig gefüllt ist, ist die Manschette locker, und der Weg von der Speiseröhre in den Magen ist für Speis und Trank geöffnet. Es ist also ein echtes Ventil, was hier durch die spezielle Operationstechnik entsteht, wobei hierfür keine Fremdkörper in den Organismus eingebracht werden müssen, keine Nachuntersuchungen erforderlich sind, und der langfristige Erfolg des Eingriffs durch viele gute Studien gesichert ist.

Minimal-invasive OP-Technik

Die Operation wird heute fast ausnahmslos in minimal-invasiver Operationstechnik, also in der Schlüsselloch-Methode durchgeführt. Dabei werden in der Regel vier maximal zwei Zentimeter große Schnitte benötigt, deren Narben hinterher kaum sichtbar sind. Der Eingriff dauert in geübten Händen nur etwa eine Stunde, der Krankenhausaufenthalt ist meist nach vier oder fünf Tagen beendet.

Nebenwirkungen von Fremdkörpern noch nicht vollständig erforscht

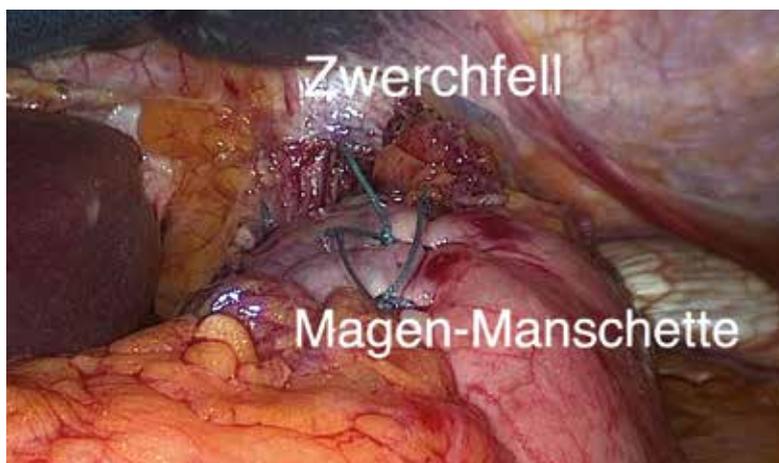
Neuere Operationsmethoden sind meist mit dem Einbringen von Fremdmaterial in den Organismus verbunden. Bisher gibt es aber keine Untersuchungen über die Folgen und möglichen Nebenwirkungen dieser Eingriffe nach zehn oder zwanzig Jahren. Daher sollten solche Eingriffe sehr zurückhaltend und nur im Rahmen von wissenschaftlichen Studien durchgeführt werden.

Reflux kann ernste Folgen haben

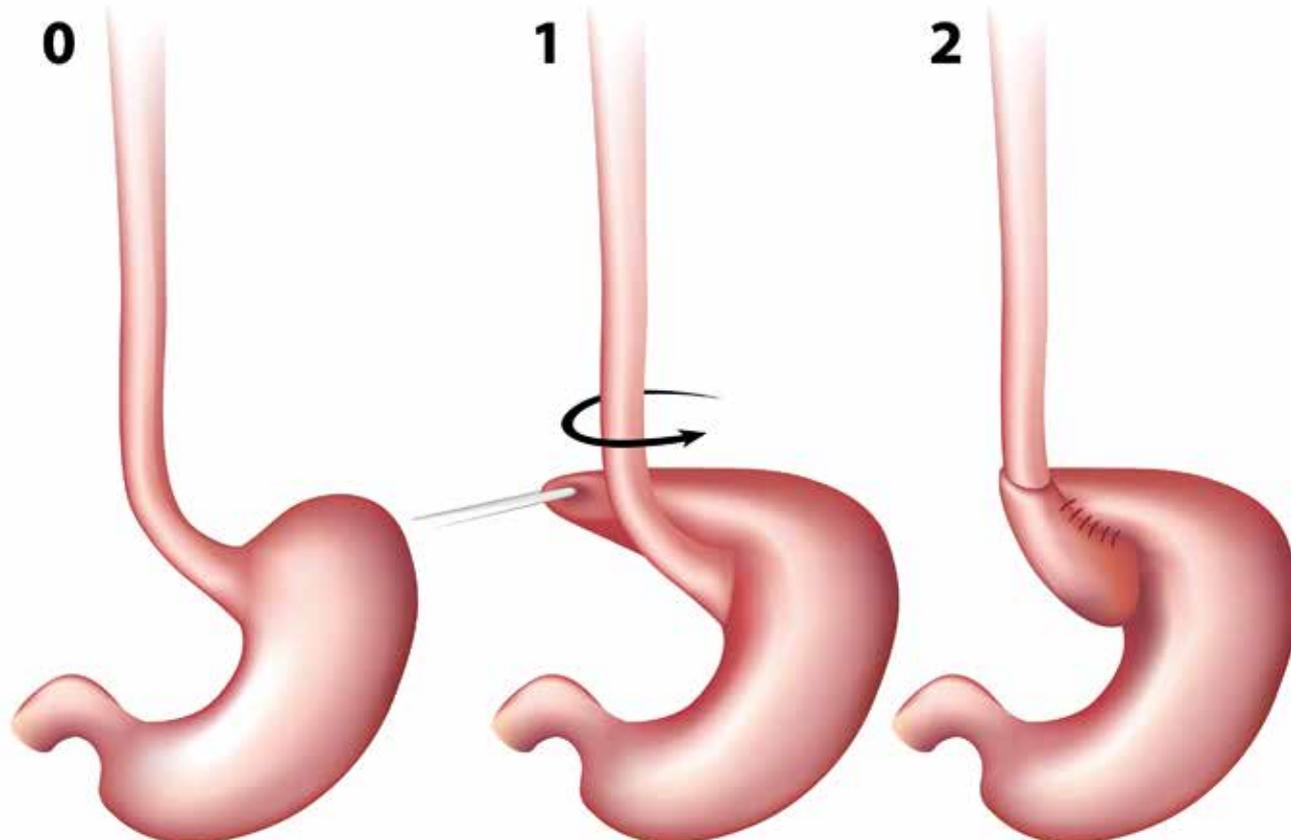
Eine Refluxerkrankung ist in jedem Fall eine ernstzunehmende Erkrankung und sollte nicht

„auf die leichte Schulter“ genommen werden. Mit der Zeit kann ein sogenannter Barrett-Ösophagus entstehen, das ist eine Krankheit, bei der die Schleimhaut der Speiseröhre betroffen ist. Barrett-Ösophagus kann eine Vorstufe zum Krebs sein. Die Erkrankung tritt auf, wenn Magensäure und Enzyme über einen längeren Zeitraum unbehandelt in die Speiseröhre zurückfließen.

Bereits unmittelbar nach der Operation sind die Symptome der Refluxkrankheit beseitigt, und eine schonende Nahrungsaufnahme ist schon nach wenigen Tagen wieder möglich.



So sieht der operierende Chirurg das Operationsgebiet und das fertige „Magenventil“.



Die Funduplicatio (auch Fundoplikatio) ist ein operativer Eingriff, bei dem Anteile der Magenwand in Form einer Manschette um den unteren Teil der Speiseröhre genäht werden. Je mehr sich der Magen bei der Nahrungsaufnahme füllt, desto mehr Speisebrei gelangt in die Manschette, deren Muskeln sich dann zusätzlich zusammenziehen. Dadurch wird der Rückfluss von saurem Mageninhalt – dem Auslöser von Sodbrennen – in die Speiseröhre verhindert. Gleichzeitig ermöglicht die Funduplicatio dem Patienten eine normale Ernährung.

(Textquelle: netdoktor.de / Grafik: 123rf.com/profile_alila)

Gesunder Lifestyle für geringes Refluxrisiko

Wenn das Sodbrennen nicht mehr „weggeschluckt“ werden muss

Kontakt



Barbara Trompeter
Ernährungsberaterin
Tel. 02921/90-1257

Für einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach einer Antireflux-Operation kann es zu vorübergehenden Schluckstörungen kommen. Das liegt an der Veränderung der Organlagen und an einer Schwellung im Operationsgebiet. Patienten sollten daher langsamer essen und natürlich auch gut kauen.

Vor der Antirefluxplastik schlucken Patienten oft unbewusst immer wieder Luft, um das Sodbrennen „wegzuschlucken“. Dieses nicht bewusste Schlucken hört nicht direkt nach der Operation auf, der Körper gewöhnt sich nur langsam um. Die jetzt geschluckte Luft kann aufgrund des jetzt wieder funktionierenden Magen-Schließmuskels nicht mehr so gut nach oben abweichen. Sie muss sich den Weg durch den Darm suchen, was ein Völlegefühl zur Folge hat.

Ein besonders wichtiger Faktor ist die Normalisierung des Körpergewichts. Besteht ein Übergewicht, so ist auf eine energiereduzierte Ernährung mit Nährstoffdeckung zu achten. Der Schließmechanismus am Mageneingang gerät durch das Bauchfett unter Druck.

Fetthaltige Speisen gelten als Refluxverstärker. Die Fettqualität ist ein wichtiges Auswahlkriterium, pflanzliche Öle mit einem hohen Anteil an Omega-3-Fettsäuren, wie Leinöl, Walnuss- oder Olivenöl. Diese Öle, in kleinen Portionen auf die Mahlzeiten verteilt, fördern die Verträglichkeit. Den Verzehr von fettreichen Fleischgerichten, panierte oder frittierte Speisen eher auf Ausnahmen begrenzen. Komplexe Kohlenhydrate beeinflussen den Reflux nicht so stark, wie Zucker und die daraus hergestellten Produkte. Die schädlichen Zuckermengen stecken bekanntermaßen in Süßigkeiten und Kuchen, aber auch in Fertigprodukten wie Fruchtojoghurt, Pudding

und Eis und in Weißmehlprodukten wie hellen Brötchen. Vollkornprodukte und Kartoffeln enthalten viel Stärke und können überschüssige Stärke binden. Sauerteigprodukte können die Säureproduktion anregen.

Eiweißreiche Speisen können zur Milderung der Beschwerden führen. Die Proteine der Nahrung führen zur Ausschüttung des Gastrinhormons, dies erhöht den Tonus des Schließmuskels positiv.

Alkohol fördert die Säureproduktion des Magens und senkt die Muskelspannung des Schließmuskels. Alkoholische Getränke, wenn überhaupt, nur in kleinsten Mengen mit genügend Abstand zur Bettruhe genießen.

Säurehaltige Lebensmittel reizen die empfindliche Schleimhaut. Dies gilt nicht nur für Kaffee und saures Obst, sondern auch für kohlenstoffhaltige Getränke. Auch sehr scharfe Gewürze können den Reflux verstärken.

Der Einfluss all dieser genannten Einflussbegleiter auf den Reflux ist Studienlagen zur Folge widersprüchlich, die Menge und die individuelle Verträglichkeit sind entscheidend. Eine mediterrane Ernährungsweise hat sich als positiv erwiesen. Die frische, naturbelassene Küche wählen. Je stärker ein Lebensmittel verarbeitet ist, desto ungünstiger ist die Verträglichkeit.

Kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt sind günstiger als wenige Große und führen nicht zum ungewünschten Völlegefühl. Hastiges Essen meiden und sehr gut kauen. 3 Stunden Abstand zwischen den Mahlzeiten und der nächtliche Schlaf in leichter Erhöhung des Oberkörpers verringern das Sodbrennen. Nikotin verstärkt auf unterschiedlichste Weise die Refluxbeschwerden.

Zuckerfreie Kaugummi oder Bonbons fördern den Speichelfluss und neutralisieren damit den zurückfließenden Magensaft.

Altbewährtes Hausmittel

Omas Magenschutzsüppchen

1 Esslöffel Haferflocken in 250 ml Wasser 10 Minuten kochen, durch ein Sieb schütten, mit wenig Salz abschmecken und lauwarm genießen. Diese Schleimsuppen löffelweise mehrmals am Tag essen um die geschädigte Schleimhaut zu schützen.

JETZT BEWERBEN!
www.deinweg-unserziel.de

**Werde Teil unseres
Pflege-Teams!**



KlinikumStadtSoest

Dein Weg. Unser Ziel.

Onkologisches Bewegungsangebot

Bewegung - Ernährung - Entspannung

- Geeignet für Patient*innen aller Krebsarten, Altersgruppen und Fitnesslevel
- Ausführliches Anamnesegespräch und individuelle Anpassung des Trainings
- Deutliche Reduzierung der Nebenwirkungen
- Verbesserte Lebensqualität und Stärkung der mentalen Verfassung

Einstieg jederzeit möglich

Bis zu 3 Termine pro Woche wählbar

Gerätetraining - Fitnesskurse - Workshops - Vorträge

10 Einheiten für nur 59€

Vital Soest
Prävention & Therapie

**Gesundheitszentrum der KSS
Klinikum Stadt Soest Service
GmbH**

Senator-Schwartz-Ring 8
59494 Soest

Telefon: 02921-90 1270

Mail: info@soestvital.de





In der Schluckambulanz des KlinikumStadtSoest wird eine Sonde mit Kamera sehr vorsichtig kurz vor den Kehlkopf gebracht. Die Untersuchung in der Schluckambulanz haben wir auf diesem Foto nachgestellt, um zu zeigen, wie der Arzt mit dem Endoskop arbeitet. Die dünne, weiche und flexible Kamerasonde wird vorsichtig durch die Nase bis zum Kehlkopf vorgeschoben.

Die Schluckambulanz ist nicht nur für Schlaganfall-Patienten wichtig Bei Schluckstörungen kommt es immer auf die richtige Kostform an

Pro Jahr erleiden 500 (2018) bis 799 (2021) Menschen im Kreis Soest einen Schlaganfall. Der Rettungsdienst des Kreises Soest bringt mehr als die Hälfte dieser Patienten direkt in das KlinikumStadtSoest. Hier verfügt die Neurologie in der auf Schlaganfälle ausgerichteten Einheit (Stroke Unit) über vier Betten.

Die Schlaganfallpatienten werden durch ein spezialisiertes Team aus Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten unter der Leitung von Neurologie-Chefarzt Dr. Bertram Holinka rund um die Uhr überwacht und behandelt. Es erfolgt ein Monitoring mit Ableitung zahlreicher krankheitsrelevanter Parameter (z. B. Sauerstoffsättigung im Blut, Elektrokardiogramm, Blutdruck, Pulsrate, Atemfrequenz und Temperatur).

„Von der Stroke Unit aus erfolgt auch die differenzierte weitere Abklärung mittels Computertomographie, Kernspintomographie und Dopplersonographie der intrakraniellen und hirnversorgenden Arterien. Hinzu kommt differenzierte Labordiagnostik von Gerinnungsstörungen sowie Herz-Kreislauf-Diagnostik mit zum Beispiel Echokardiographie und Langzeit-EKG und nicht zuletzt Diagnostik von Schluckstörungen“, erklärt Neurologie-Chefarzt Dr. Bertram Holinka.

Schluckstörungen, in der Fachsprache Dysphagie genannt, gehören zu den häufigsten Folgen von Schlaganfällen. Etwa jeder zweite Betroffene hat – zumindest zeitweise – Schluckstörungen. Eine Dysphagie ist eine Schluckstörung, die unmittelbar nach dem Schlaganfall, aber auch erst einige Tage später auftreten kann. Eine Schluckstörung ist ad hoc nicht durch äußerliche Anzeichen zu er-

kennen. Deswegen sollte man einem akuten Schlaganfall-Betroffenen ohne Rücksprache mit dem Arzt beziehungsweise dem Logopäden nichts zu Essen oder zu Trinken reichen.

Freude am Essen wiederfinden

Täglich schlucken wir zwischen 600 und 2000 Mal. Üblicherweise geschieht dieser komplexe Vorgang automatisch, ohne dass wir daran denken müssen. Ist dieser Vorgang aber beispielsweise durch einen Schlaganfall gestört, bedeutet das für viele Betroffene eine enorme Belastung. Die Nahrungsaufnahme kann durch Kau- und Schluckbeschwerden wesentlich beeinträchtigt sein. Eine angepasste Ernährung kann die Nahrungsaufnahme erleichtern und die Betroffenen dabei unterstützen, die Freude am Essen wiederzufinden.

Störungsbild Schluckstörung

Es gibt verschiedene Hinweise auf eine Schluckstörung, unter anderem eine verlangsamte Nahrungs- beziehungsweise Flüssigkeitsaufnahme, häufiges Verschlucken, Hustenanfälle oder Atemnot. Häufiges Räuspern nach dem Essen, Rückfluss von Speisen oder Flüssigkeit aus Mund und Nase sowie ein Druckgefühl im Halsbereich nach dem Essen. Gut 30 Prozent aller Schluckstörungen fallen aber primär gar nicht auf und werden erst durch die Komplikationen wie eine Pneumonie offensichtlich.

Kontakt



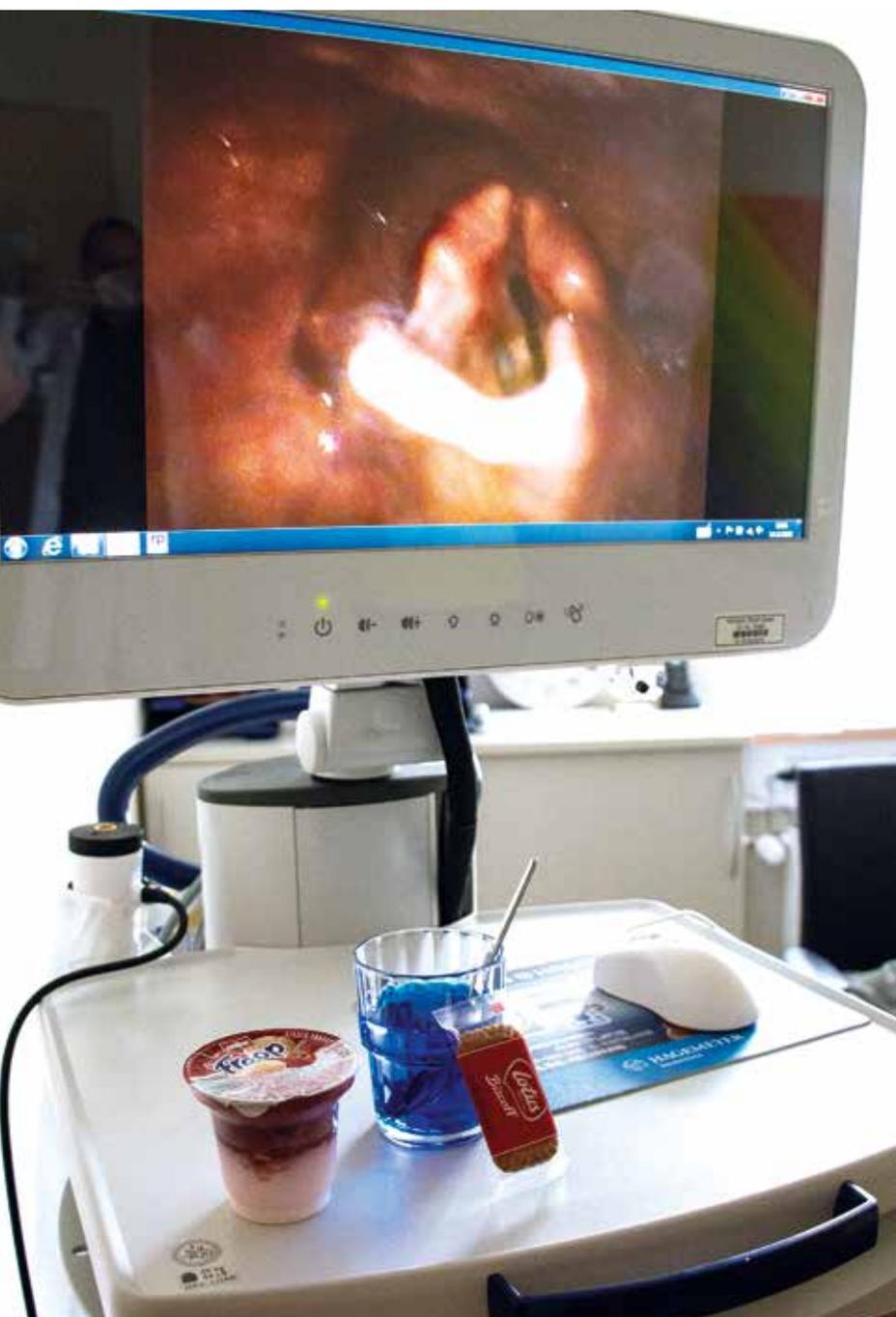
Dr. Thomas Keweloh
Chefarzt Geriatrie
Tel. 02921/90-2880



Dr. Bertram Holinka
Chefarzt Neurologie
Tel. 02921/90-1620



Das Team der Logopädie im KlinikumStadtSoest (v.l.):
Jill Fernschild, Jennifer Rohde, Margaretha Haas und
Philipp Well.



Wenn die Kamerasonde durch die Nase eingeführt wurde, beobachten der behandelnde Arzt und die Logopäden des Schluckvorgang von fester Kost (Keks), breiiger Speise (Götterspeise oder Joghurt) und Flüssigkeit (hier blau eingefärbtes Wasser, damit durch den Kontrast sichtbar wird, wohin die Flüssigkeit läuft).

Schluckschwierigkeiten sollten in der Regel von einer Logopädin oder einem Logopäden abgeklärt werden. So kann das Behandlungsteam die passende Speisenkonsistenz ermitteln. Die Schluckambulanz im KlinikumStadtSoest gibt es seit dem Jahr 2015 und seit Januar 2023 arbeitet das erweiterte Logopädieteam mit den betroffenen Patienten am Störungsbild Schluckvorgang. Die Schluckdiagnostik findet sowohl in der Stroke Unit wie auch in der Schluckambulanz statt, die im Bereich der geriatrischen (altersmedizinischen) Tagesklinik angesiedelt ist, weil auch viele geriatrische Patienten unter einer Schluckstörung (Dysphagie) leiden.

Apparative Schluckdiagnostik

„Viele Schluckstörungen werden leider nicht immer rechtzeitig erkannt und vervielfachen für die Patienten das Risiko, an einer Lungenentzündung zu erkranken“, warnt Geriatrie-Chefarzt Dr. Thomas Keweloh. Das Risiko könne durch eine apparative Schluckdiagnostik deutlich reduziert werden. Bei der Untersuchung wird eine dünne, flexible Optik über die Nase eingeführt. Die Untersucher erhalten so einen Blick von oben auf den Kehlkopf und sehen, welche Speisen oder Flüssigkeiten problemlos geschluckt werden können.

„Zur Auswahl stehen hier ein breiiger Pudding, ein Keks und blau eingefärbtes Wasser. Die Untersuchung dauert zumeist nur 10 bis 15 Minuten“, erklärt Diplom-Sprachheilpädagogin Jennifer Rohde, die auf eine mehr als 16-jährige Erfahrung in der logopädischen Versorgung der Patienten mit Schluckstörungen bauen kann. Sie leitet aus der Untersuchung die therapeutischen Maßnahmen ab und entwickelt mit vielen Patienten ein individuelles Übungsprogramm.

Wie soll das Essen sein: flüssig, breiig oder fest?

Die Untersuchung in der Schluckambulanz gibt auch der Küche einen Hinweis, welche Kostform (flüssig, breiig, fest) für den Patienten infrage kommt. Ganz neu im Programm ist die sogenannte Dysphagiekost, die vor allem den Patienten mit der Empfehlung zu breiiger oder (fast) flüssiger Nahrung entgegenkommt und hilft. „Nach dem Erhitzen zergehen die meisten Gerichte praktisch auf der Zunge,

sind also ohne lange Kauvorgänge zu schlucken“, weiß Dr. Thomas Keweloh aus eigenen Tests. „Für Patienten, die keine Flüssigkeiten schlucken können, werden die Flüssigkeiten angedickt“, ergänzt Jennifer Rohde. „Und erst vor Kurzem wurde bei einer Patientin, die bislang über eine Sonde ernährt wurde, festgestellt, dass sie sehr wohl etwas normal essen kann, ohne sich durch Verschlucken selbst zu gefährden“, freut sich Geriatrie-Chefarzt Dr. Keweloh.

Schluckstörungen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. In der Regel hängt die Fähigkeit zu Schlucken eben auch vom Zubereitungsstatus der Speisen ab. So ist es wesentlich einfacher, Brei zu schlucken, als etwa Flüssigkeit oder feste Lebensmittel. Besonders schwierig sind krümelige oder faserige Nahrungsmittel wie Kekse, Knäckebrötchen oder Fleisch.

Störungen im Schluckvorgang können fatale Folgen haben

In der Küche versucht das Team, etwas Stil und die Anmutung von „richtigem“ Essen in die Dysphagiekost zu bringen. Die Mehrzahl der zurzeit zehn Dysphagiegerichte pro Tag liegt in der Schluckstufe 2 (püriert, weich, zerkleinert und durchfeuchtet). Eine kleine Menge frischer oder getrockneter Petersilie macht dann auch diese Gerichte ansehnlich. „Das geht aber nur nach Rücksprache mit den Therapeuten, denn jede Störung im Schluckvorgang und jede Unverträglichkeit der Konsistenz kann fatale Folgen haben“, warnt Dr. Thomas Keweloh.

Bei den meisten Betroffenen entwickelt sich die Schluckstörung spontan zurück, einige benötigen längere therapeutische Unterstützung. Relativ selten ist ein Betroffener aufgrund einer Schluckstörung dauerhaft auf die Ernährung durch eine Magensonde angewiesen.

Foto oben: So sieht zum Beispiel ein Hühnerfrikassee mit Reis und Erbsen für Dysphagiepatienten im gefrorenen Zustand aus.

Foto unten: Auch das Brot wird für Patienten mit Schluckstörungen so vorbereitet, dass beim Verzehr keine „Krümel“ stören.



Fit in den Frühling 2023

Die Tage werden länger, die ersten Frühlingsboten sprießen aus dem Boden und die Temperaturen lassen so langsam Mütze, Schal und Handschuhe vergessen.

Automatisch wächst bei vielen Menschen in diesen Tagen das Bedürfnis, sich wieder vermehrt an der frischen Luft zu bewegen. Zu lange haben wir auf dem Sofa gesessen, trockene Heizungsluft eingeatmet – und natürlich mehr gegessen, als wir an Kalorien verbraucht haben.

Wer den ganzen Winter über sportlich aktiv war, hat beim Start in das außerhäusige Bewegungsprogramm sicher keine Probleme. Alle anderen aber sollten nicht ohne Vorbereitung wieder einsteigen. Denn der Effekt nach der ersten unvorbereiteten und für den Anfang viel zu langen Radtour in milder Frühlingsluft ist hinreichend bekannt: Neben einem

schmerzhaften Gesäß plagt uns auch tagelang ein massiver Muskelkater. Für viele war es dann schon mit dem Frühlingssport. Das Fahrrad kommt wieder in die Ecke und der lobenswerte Vorsatz, seinem Körper etwas Bewegung zu gönnen, weicht dem Schongang, den wir aus dem Winter gewohnt sind.

Mit der richtigen Vorbereitung allerdings können diese leidigen Erfahrungen beim Start in das Bewegungsprogramm der milderen Jahreszeit deutlich minimiert werden. Dazu braucht man keinen Vertrag im Fitnessstudio und keine großartige technische Ausrüstung. Sportfunktionskleidung, etwas Platz im Zimmer, ein Theraband und gegebenenfalls eine Matte reichen schon aus.

Die Übungen von Sporttherapeutin Renata Esteves aus dem Soest Vital sind leicht nachzumachen und bereiten Sie schonend auf einen gelungenen Fitnessstart im Frühling vor.



Liegestütze an der Wand

Effekt: Diese Übung trainiert die Schulter-, Arm- und Brustmuskulatur und sorgt für eine gute Körperhaltung.

Ausführung: Positionieren Sie sich so weit von der Wand entfernt, dass Sie Ihr Gewicht in die Arme verlagern können (je weiter Sie von der Wand wegstehen, desto schwerer wird die Übung). Die Hände sollten auf Schulterhöhe und Schulterbreite aufgesetzt werden. Bleiben Sie im Oberkörper aufrecht, spannen Sie den Bauch an und beugen Sie langsam die Arme, damit der Oberkörper sich der Wand annähert. Beine, Oberkörper und Kopf bleiben in einer Linie, dann die Arme langsam wieder strecken.



Beinstrecker (im Sitzen)

Effekt: Dehnung der Wadenmuskulatur

Ausführung: Setzen Sie sich aufrecht auf einen Stuhl, nehmen Sie sich ein Seilchen zur Hilfe und legen Sie den Fuß in das Seil. Nun das Bein gestreckt anheben und dabei die Fußspitze zum Körper ziehen. Über das Seil schrittweise behutsam mehr Zug aufbauen, um das Bein noch mehr zu strecken.



Riesenausfallschritt

Effekt: Dehnung der Oberschenkelvorderseite und des Hüftbeugers

Ausführung: Stellen Sie aus dem Kniestand ein Bein weit nach vorne, mit beiden Händen auf dem vorderen Bein stützen und schieben Sie mit dem geraden Oberkörper das Becken nach vorne. Kurz halten.



Flamingostand

Effekt: Dehnung der Oberschenkelvorderseite

Ausführung: Stellen Sie sich aufrecht hin, beugen Sie ein Bein Richtung Gesäß und greifen Sie sich mit der gleichseitigen Hand das Schienbein (oberhalb des Fußgelenks). Ziehen Sie das gebeugte Bein nach hinten, damit beide Oberschenkel parallel sind und Sie eine Dehnung im Oberschenkel spüren. Achten Sie darauf, dass Sie während der gesamten Übung den Bauch leicht anspannen, damit Sie kein Hohlkreuz machen. Mit dem freien Arm dürfen Sie sich an der Wand abstützen, um das Gleichgewicht besser halten zu können.



Arm, Schultern und Rücken stärken mit dem Theraband

Effekt: Kräftigung des Arm-/ Schulterbereiches und der geraden Rückenmuskulatur

Ausführung: Stellen Sie sich mit beiden Füßen mittig auf das Theraband, die Beine hüftbreit öffnen und das Gesäß nach hinten führen (leichte Kniebeugeposition). Greifen Sie in die beiden Enden des Therabandes und ziehen Sie die Arme gestreckt nach oben. Langsam mit gestreckten Armen wieder zurückführen; das Theraband sollte während der ganzen Übung leicht auf Spannung bleiben.



Beinüberschlag (im Sitzen)

Effekt: Mobilisation des Ischiasnerv

Ausführung: Setzen Sie sich auf einen Stuhl auf die Sitzbeinhöcker, Rücken gerade. Legen Sie das Bein mit dem Unterschenkel auf das Knie. Bringen Sie den geraden Oberkörper Richtung Bein. Halten Sie mit beiden Händen das Sprunggelenk und machen Sie kleine wippende Bewegungen vor und zurück mit dem Oberkörper. Sie sollten ein leichtes Ziehen in der seitlichen Gesäßmuskulatur spüren. Achten Sie darauf, dass die Sitzbeinhöcker Kontakt zum Stuhl behalten. Außerdem ist es wichtig, dass Sie den Rücken gerade halten und die Bauchmuskulatur aktivieren. Zur besseren Kontrolle nutzen Sie einen Spiegel. Führen Sie diese Übung für etwa 30 Sekunden durch. Anschließend wechseln Sie das Bein und wiederholen Sie den Vorgang mit der anderen Seite.



Rutschhalte

Effekt: Dehnung der Brustmuskulatur und des unteren Rückens

Ausführung: Schieben Sie aus dem Vierfüßlerstand das Gesäß so weit wie möglich Richtung Fersen (wenn möglich sogar auf den Fersen ablegen), Arme weit nach vorne strecken und auf der Matte ablegen, das Brustbein Richtung Boden schieben. Halten Sie die Position.



Katten- und Pferderücken

Effekt: Mobilisation der Wirbelsäule

Ausführung: Aus dem Vierfüßlerstand machen Sie den Rücken so rund wie möglich, Kinn dabei leicht zum Körper ziehen. Dann gehen Sie in ein leichtes Hohlkreuz und den Kopf etwas anheben. Die Übung im Wechsel mehrmals durchführen.



Sitzen an der Wand

Effekt: Kräftigung der Oberschenkel und Gesäßmuskulatur

Ausführung: Stellen Sie sich hüftbreit auf und gehen Sie so weit nach vorne, dass Sie den Rücken komplett an die Wand lehnen können. Senken Sie das Gesäß so weit ab, dass die Oberschenkel parallel zum Boden und die Knie nicht mehr als 90° gebeugt sind. Halten Sie die Position so lange wie möglich.

We move together ...



... für die Umwelt

Wie die neuen Bäume der Wollpöte mit dem Klinikum verbunden sind

Unter dem Motto „We move together“ treffen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienstgemeinschaft im KlinikumStadtSoest regelmäßig zu gemeinsamen (sportlichen) Aktivitäten. Am 29. Oktober 2022 hatte sich dieses Team vorgenommen, etwas mit Nachhaltigkeit zu unternehmen.

Die Idee war, für jeden Klinikum-Mitarbeiter einen Baum zu pflanzen und damit ein sichtbares Zeichen zur Erhaltung und Stärkung der Natur zu setzen. Das Ziel war der „Zukunftswald“ im Rüthener Bibertal – und die angestrebte Zahl der Neupflanzungen wurde sogar noch übertroffen. Insgesamt 1224 Bäume bilden nun auf der Fläche eines halben Hektars den aufgeforsteten Waldteil auf der Wollpöte im Bibertal.

Die fleißigen Waldpflanzler legten eine Roteichen-Mischkultur an, in der auch der Spitzahorn und die Erle ihren Platz fanden. Die Roteiche eignet sich zur Bindung von Feinstaub in der Luft. Der Spitzahorn kommt sehr gut mit der zukünftig weiter erwartbaren Trockenheit zurecht. Die Erle schließlich fühlt sich auch auf sauren Böden wohl und gelegentliche Staunässe macht ihr wenig aus. Allen drei Baumarten wird ein schnelles Wachstum zugeschrieben, was die dringend notwendige Beschattung der Wollpöte vorantreiben wird.

Für den Wald ein Segen

Peter Bootz, Revierförster und Betriebsleiter des Städtischen Forstbetriebs in Rüthen, lobt das Engagement des KlinikumStadtSoest ausdrücklich: „Diese Initiative ist für den Wald und damit für unsere heimische Natur ein Segen. Dieses Projekt, das wesentlich von den Spenden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im KlinikumStadtSoest getragen wird, hat Modellcharakter und kann gerne auch von anderen Firmen und Einrichtungen wahrgenommen werden. Platz für junge Bäume haben wir hier

ja genug“, freut sich der Revierförster augenzwinkernd.

1700 Euro hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums im Rahmen einer internen Spendenaktion für den Zukunftswald gesammelt. Antje Kopp vom Förderverein Zukunftswald Rüthen lobte, dass „dieses Team nicht nur Patienten heilt, sondern auch dem kranken Wald wieder auf die Beine hilft.“ Klinikum-Geschäftsführer Christian Schug betonte, dass er es sehr zu schätzen wisse, wenn Mitarbeitende sich am Wochenende in ihrer Freizeit für dieses Klinikum-Umwelt-Projekt engagierten und in Rüthen tatkräftig zupackten.

Aktionsplan 2023

Die Pflanzaktion wird im kommenden Herbst wiederholt, ist und bleibt aber nicht die einzige Initiative des Klinikums in Sachen Umwelt und Nachhaltigkeit. Für das Jahr 2023 stehen weitere Maßnahmen zur Einsparung von Energie ganz oben auf der To-Do-Liste. Zudem ist eine ökologische Aufwertung des Klinik-Parks geplant. Davon profitiert nicht nur die Umwelt, auch optisch sorgt die Maßnahme für eine Aufwertung des Geländes rund ums Klinikum.



Beckenendlage - was jetzt?

Äußere Wendung ermöglicht natürliche Geburt

Kontakt



Efstratios Moschidis
Ltd. Oberarzt
Gynäkologie und
Geburtshilfe
Tel. 02921/90-1387

Gegen Ende ihrer Schwangerschaft hat Merheme Aziri erfahren, dass ihr Baby sich in Beckenendlage befindet. Sie wünschte sich jedoch nichts sehnlicher als eine natürliche Geburt. Der behandelnde Oberarzt der Geburtshilfe des KlinikumStadtSoest Efstratios Moschidis hat es möglich gemacht. Durch die Äußere Wendung in der 38. Schwangerschaftswoche konnte er das Ungeborene in die richtige Geburtsposition bringen und Frau Aziri konnte ihr Kind spontan in der 41. Schwangerschaftswoche entbinden.

Gründe für eine Beckenendlage

Ungefähr vier Prozent aller Babys liegen am errechneten Termin in Beckenendlage. In der Hälfte der Fälle gibt es dafür keinen erkennbaren Grund. Manchmal können besondere Formen des mütterlichen Beckens oder der Gebärmutter, Myome, eine verringerte Fruchtwassermenge oder Nabelschnurproblematiken das Kind an der Drehung in Schädellage hindern.

Möglichkeiten der Entbindung

Grundsätzlich ist es möglich, ein Kind aus Beckenendlage spontan vaginal zu entbinden. Es birgt jedoch einige Risiken für Mutter und Kind. Daher wird in der Regel bei bestimmten ungünstigen Kriterien zu einem Kaiserschnitt geraten. Eine weitere Möglichkeit stellt die Äußere Wendung dar, um eine normale vaginale Geburt mit dem Kopf voran zu ermöglichen. Ist dies der Wunsch der werdenden Eltern, wird zunächst in einem Geburtsplanungsgespräch eine Ultraschalluntersuchung zur Bestimmung des Gewichts, der Fruchtwassermenge sowie der Anhaftungs-

stelle der Plazenta durchgeführt. Des Weiteren wird die Position der Nabelschnur betrachtet.

In diesem Fall entschieden sich die werdenden Eltern nach einem ausführlichen Gespräch dann gemeinsam mit dem Leitenden Oberarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Efstratios Moschidis für eine Durchführung der Äußeren Wendung in der 38. Schwangerschaftswoche.

Die Äußere Wendung ist ein Verfahren in der Geburtshilfe, bei dem die kindliche Lage von außen über die Bauchdecke verändert werden kann. „Ziel ist es, durch bestimmte Handgriffe das Ungeborene dazu zu bewegen, einen „Purzelbaum“ vorwärts zu machen, damit es von der Steißlage in Schädellage wechselt“, erklärt Efstratios Moschidis. Die Risiken einer solchen Wendung sind im Gegensatz zu denen der Entbindung aus Beckenendlage überraschend gering. In weniger als einem Prozent der Fälle kommt es hierbei zu Komplikationen, die einen sofortigen Kaiserschnitt zur Folge haben. Deshalb ist während der Durchführung einer Äußeren Wendung, das gesamte Team der Geburtshilfe des KlinikumStadtSoest sofort abrufbar.

Um die Risiken für Mutter und Kind möglichst gering zu halten, wird dazu geraten, eine solche Wendung erst ab der 37. Schwangerschaftswoche durchzuführen, da ab diesem Zeitpunkt von einer entsprechenden Reife des Kindes auszugehen ist.

Durchführung

Am Tag des Eingriffs wird die werdende Mutter im Kreißaal aufgenommen, eine weitere Ultraschalluntersuchung sowie ein CTG für 30 Minuten werden durchgeführt. Anschließend er-



Merheme Aziri ist froh, dass ihr Wunsch nach einer natürlichen Geburt doch noch Wirklichkeit wurde: Durch die geschickten Hände des geburtshilffichen Oberarztes Efstratios Moschidis konnte das Baby in der 38. Schwangerschaftswoche noch im Mutterleib gedreht werden. Danach stand einer spontanen Geburt in der 41. Schwangerschaftswoche nichts mehr im Wege. Mit ihr freuen sich die Hebamme Jutta Herrmann (l.), ihr Ehemann und Oberarzt Efstratios Moschidis (r.).

hält die Mutter intravenös ein wehenhemmendes Medikament, um die Gebärmutter möglichst weich zu halten. Im nächsten Schritt wird der Bauch mit reichlich Ultraschallgel bestrichen. Der Arzt streicht zunächst ähnlich wie bei einer Massage über den Bauch der Mutter, um das Kind zu stimulieren. Anschließend wird der Steiß des Kindes mit leicht rüttelnden Bewegungen nach oben geschoben, gleichzeitig versucht er mit der anderen Hand, behutsam den Kopf des Kindes nach unten zu führen, damit das Kind die gewünschte Rolle vorwärts machen kann.

Efstratios Moschidis gelang es in diesem Fall beim ersten Versuch, die Wendung erfolgreich durchzuführen. Anschließend lag das Kind in der gewünschten Schädellage. Die werdenden Eltern waren sehr froh über die Möglichkeit, auf diese Weise ihr Kind spontan vaginal in der Klinik zur Welt bringen zu können. Genau dies ist dann in der 41. Schwangerschaftswoche im KlinikumStadtSoest eingetreten.

Neben den Eltern freut sich auch das gesamte Team der Klinik für Geburtshilfe über diesen positiven Ausgang und wünscht Familie Aziri alles Gute.



Wir auf einen Blick

Zentrale	(02921) 90-0	Notfallambulanz	(02921) 90-1288
Kliniken und Institute		Prävention und Therapie	
<ul style="list-style-type: none"> Allgemein-, Viszeral und Endokrine Chirurgie (02921) 90-2300 PD Dr. Markus Ghadimi Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin (02921) 90-1383 Dr. Kathrin Hasemann Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin (02921) 90-1341 Dr. Hubert Fischer Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie (02921) 90-2064 Ilir Mance Geriatrische Tagesklinik (02921) 90-2880 Dr. Thomas Keweloh Gynäkologie und Geburtshilfe Senora Brustzentrum (02921) 90-1387 Dr. Simone Flachsenberg Innere Medizin und Gastroenterologie (02921) 90-1470 Dr. Uwe Reinhold Innere Medizin und Geriatrie (02921) 90-2880 Dr. Thomas Keweloh Innere Medizin und Hämatologie Onkologie (02921) 90-2897 Dr. Uwe Reinhold Innere Medizin und Kardiologie (02921) 90-1470 Prof. Dr. Achim Meißner Neurologie (02921) 90-1620 Dr. Bertram Holinka Kinder- und Jugendmedizin (02921) 90-1433 Dr. Yvonne Heidenreich Schmerzkllinik (02921) 90-1025 Dr. Karin-Janine Berger Strahlentherapie und Radio-Onkologie (02921) 90-2020 Dr. Jörg Haferanke Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie (02921) 90-1277 Dr. Norbert Lösing Wirbelsäulenchirurgie (02921) 90-1277 Dr. Sebastian Lücke 		<ul style="list-style-type: none"> Soest Vital (02921) 90-1270 <ul style="list-style-type: none"> – Physiotherapie – Ergotherapie – Logopädie / Sprachtherapie – Medizinische Trainingstherapie – Reha-Sport – BG/EAP – Rückenzentrum 	
		Beratung und Begleitung	
		Ernährungsberatung	(02921) 90-1926
		Forum Familie	(02921) 3193509
		Gedächtnisambulanz	(02921) 90-2880
		Grüne Damen	(02921) 90-2096
		Palliativer Dienst	(02921) 90-2575
		Familiale Pflege	(02921) 90-2085
		Psychologisch-gerontologischer Dienst	(02921) 90-2880
		Seelsorge	(02921) 90-1929
		Sozialer Dienst	(02921) 90-2189
		Ausbildung	
		Albrecht-Schneider-Akademie für Gesundheitsberufe (asa) am KlinikumStadtSoest	(02921) 90-2083
		Meinungsmanagement	
		Jutta Auster	(02921) 90-1854
		Judith Maibaum	(02921) 90-1184