

EINFACH DA SEIN 06/14

Eine Zeitschrift der Stiftung der Cellitinnen e. V.

Körper und Geist *Seite 05*

Ventile in den Bronchien gegen Atemnot *Seite 26*

Geräte für ein Krankenhaus in Tansania *Seite 31*

Inhaltsverzeichnis

 Vorwort	03
 Titelthema: Körper und Geist	
<i>Psychosomatische Behandlung</i>	05
<i>Behandlungskonzept bei Essstörungen</i>	06
<i>Zwang und Angst in der Psychiatrie</i>	10
<i>St. Katharina –</i>	
<i>Psychiatrie und/oder Altenheim?</i>	12
<i>Burn-out-Syndrom</i>	14
<i>Traumabehandlung in der Psychotherapie</i>	16
<i>Schlaf und Psyche</i>	17
<i>Den Sorgen davonlaufen</i>	18
 Medizin und Pflege	
<i>Mit Blitzlicht durch den Dünndarm –</i>	
<i>Die Kapselendoskopie</i>	19
<i>Demenz-Dörfer</i>	21
<i>Awareness</i>	22
<i>„Neue Drogen“ –</i>	
<i>Informationen zum Thema</i>	24
<i>10 Jahre erfolgreiche Brustkrebstherapie</i>	
<i>im MHK</i>	25
<i>EndoProthetikZentrum MHK Bergheim</i>	25
<i>COPD –</i>	
<i>Ventile in den Bronchien</i>	26
<i>Direkte MR-Arthrografie</i>	28
 Orden und Ethik	
<i>Nikolaus</i>	29
<i>Generalkapitel 2014 der Cellitinnen</i>	30
 Höchstpersönlich	
<i>Ein Krankenhaus für Himo/Tansania</i>	31
 Stiftungsmeldungen	
<i>Verabschiedung von Georg Lenhart</i>	33
<i>Bombenfunde und Bombenteam</i>	34
<i>Neue Pflegedirektorin im St. Agatha</i>	35
 Fördern und Fordern	
<i>E-Learning an der</i>	
<i>Louise von Marillac-Schule</i>	35
 Feste Feiern	
<i>LAGO BEACH ZÜLPICH</i>	37
<i>Laufe, fiere, danze</i>	38
 umBauen	
<i>Medizinisches Versorgungszentrum Bergheim</i> ..	40
<i>Erweiterung der Beatmungspflege St. Severinus</i>	41
 Impressum	41
 Unsere Einrichtungen	42



VORWORT

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

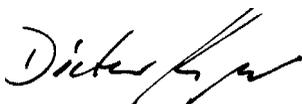
lange Zeit wurden Körper und Geist als zwei voneinander unabhängige Systeme gesehen. Doch dieses Denken ist überholt und neue Studien zeigen immer deutlicher, wie eng Körper und Geist miteinander verbunden sind. Schon Wilhelm von Humboldt (1767–1835) wusste, „wieviel Kraft die Seele dem Körper zu leihen vermag.“ Aber auch der Körper hat ganz entscheidenden Einfluss auf das seelische und geistige Wohlbefinden des Menschen.

Diese Ausgabe unserer Zeitschrift ‚Einfach das sein‘ widmet sich intensiv diesen Zusammenhängen. Im Leitartikel (Seite 5) des Chefarztes der Psychosomatischen Abteilung im St. Agatha Krankenhaus wird die Wechselwirkung körperlich empfundener Beschwerden mit psychogener Beteiligung bei verschiedenen Krankheitsbildern eindrucksvoll erläutert. Berichte über Zusammenhänge zwischen Schlaf und Psyche, Traumabehandlung sowie Ängste und Zwänge runden das Spektrum ab.

Weitere interessante und informative Artikel behandeln unter anderem neue diagnostische Verfahren in der Radiologie und Gastroenterologie sowie Behandlungsmöglichkeiten bei COPD.

Auch außerhalb der Medizin gibt es viel zu berichten. Lesen Sie selbst. Es lohnt sich.

Viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen



Dieter Kesper

Vorsitzender des Vorstands der Stiftung der Cellitinnen e. V.





PSYCHOSOMATISCHE BEHANDLUNG

IM ST. AGATHA KRANKENHAUS

// Dr. med. Walter Schurig, Chefarzt der Psychosomatik, St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl

Psychosomatik ist das medizinische Fachgebiet, welches sich mit den Beziehungen zwischen Körper und Seele befasst.

In der Alltagssprache zeigen sich solche Beziehungen in Redewendungen wie: „Das Herz hüpfte vor Freude“ oder: „Die Angst sitzt im Nacken“. So bilden sich Gefühle schon direkt im Erleben des Körpers ab. Unter anhaltender Belastung kann es zu dauernden körperlichen Beschwerden kommen, die ebenfalls in Redewendungen Ausdruck finden wie: „Das hat mir das Kreuz gebrochen“ oder: „Es liegt mir ständig im Magen“. Lang anhaltende seelische oder soziale Belastungen, Konflikte, Lebenskrisen, schwierige Lebensumstände oder Erfahrungen können körperliche Beschwerden und Erkrankungen auslösen oder deren Verlauf wesentlich beeinträchtigen. Umgekehrt können auch schwere körperliche Erkrankungen das psychische Gleichgewicht erheblich beeinflussen und zu seelischen Störungen führen.

Die Psychosomatische Abteilung am St. Agatha Krankenhaus Köln besteht seit 1980 und wurde 1985 auf zwei Stationen mit insgesamt 40 Betten erweitert. Sie ist als Krankenhausabteilung im Bedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen und behandelt Patienten aller Kostenträger.

Unser Team besteht aus Ärzten, Diplompsychologen, Kreativ-Therapeuten für Gestalttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie und Musiktherapie sowie speziell ausgebildeten und geschulten Pflegekräften sowie Physiotherapeuten.

Wir behandeln erwachsene Patienten aller Altersstufen, also ab 18 Jahren bis zum hohen Lebensalter mit psychosomatischen, funktionellen und seelischen Erkrankungen.

Insbesondere behandeln wir Patienten mit:

// Konversionsstörungen und somatoformen Störungen, d. h. körperlich empfundenen Beschwerden mit psychogener Beteiligung oder Ursache, z. B. chronischen Schmerzen, psychogenen Anfällen und dissoziativen Störungen anderer Art, seelisch (mit-) bedingten Gefühls- und Bewegungsstörungen

// Psychosomatosen, d. h. seelisch beeinflussten Krankheiten und Funktionsstörungen von Herz und Kreislauf und des Magen-Darm-Trakts sowie der weiteren Organsysteme, Fibromyalgien und chronische Müdigkeitssyndromen

// Ängsten und deren körperlichem Ausdruck wie depressive Zustände, Burn-out-Syndrome, seelisch-körperliche Traumafolgen, Folgen von Lebenskrisen, Anpassungsstörungen

// Persönlichkeitsstörungen



// Essstörungen, d. h. Anorexie, Bulimie, Binge Eating, morbide Adipositas

Wir behandeln unsere Patienten stationär in einem individuell auf den optimalen Therapieerfolg abgestimmten Programm. Die Behandlungsdauer hängt von den Erfordernissen und dem Verlauf ab und umfasst in der Regel zwischen zwei und zwölf Wochen. In der psychosomatischen Behandlung werden die körperlichen, seelischen, familiären und sozialen Gesichtspunkte miteinbezogen. So ist die Therapie psychodynamisch orientiert und basiert auf psychoanalytischer bzw. tiefenpsychologischer Grundlage. Sie integriert verschiedene weitere verhaltensorientierte und systemische Methoden und Ansätze, z. B. störungsspezifische Elemente bei Essstörungen, Familien- und Paartherapie, traumatherapeutische Methoden, Physikalische Therapie, Entspannungstraining nach Jacobson und Aromapflege.

Um den speziellen Anforderungen einer individuellen Behandlung gerecht zu werden, arbeitet unser Team in unterschiedlichen Bereichen: Auf der Station Hermann-Josef werden überwiegend Patienten ab dem mittleren Lebensalter behandelt, besonders mit körperlichen Leiden, die eine seelische (Mit-) Ursache haben. Auf der Station Monika werden vorwiegend jüngere Patienten mit verschiedenen psychosomatischen Problemen sowie mit Essstörung behandelt.

KONTAKT

ST. AGATHA KRANKENHAUS KÖLN-NIEHL
Psychosomatik
Dr. med. Walter Schurig
Feldgärtenstr. 97 // 50735 Köln
Telefon 0221 / 71 75 25 11
info@st-agatha-krankenhaus.de
www.st-agatha-krankenhaus.de

BEHANDLUNGSKONZEPT BEI ESSSTÖRUNGEN

**DIE STATION MONIKA IM ST. AGATHA KRANKENHAUS KÖLN-NIEHL
IST SEIT ÜBER 30 JAHREN AUF DIE BEHANDLUNG VON GESTÖRTEM
ESSVERHALTEN SPEZIALISIERT**

// Dr. med. Carmen Blaschke, Oberärztin Psychosomatik, St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl

Die Magersucht ist die am längsten und am besten bekannte, wenn auch nicht die häufigste Essstörung. Circa 0,4 Prozent der Frauen zwischen 15 und 35 Jahren sind betroffen und einer von zehn Erkrankten ist männlich. Anorexia nervosa ist die psychosomatische Erkrankung mit der schlechtesten Prognose. Die Sterblichkeit beträgt 15,6 Prozent und entspricht damit einer zehnfach erhöhten Sterblichkeit im Vergleich zu

Frauen gleichen Alters. Die gute Nachricht: 50,6 Prozent werden vollständig geheilt.

Im St. Agatha Krankenhaus werden seit über 30 Jahren erwachsene Patienten ab 18 Jahren mit Essstörungen behandelt. 17 Plätze stehen auf Station Monika zur Verfügung. Dabei behandelt das Team auch Essstörungen in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Ängsten, Zwängen, Störungen des



Selbstwertgefühls und Persönlichkeitsstörungen. Die Klinik arbeitet eng mit allen regionalen therapeutischen Institutionen und Beratungsangeboten im Kölner Raum zusammen und ist Mitglied des Arbeitskreises Essstörungen Köln und Fachkrankenhaus des Bundes Fachverbands Essstörungen e.V. (BFE)

Essstörungen

Bei einer Essstörung werden die Figur, das Körpergewicht und das Thema Essen an sich zum Lebensmittelpunkt. Gewichtsschwankungen und die Angst vor einer Gewichtszunahme beeinflussen das Wohlbefinden. Der Kaloriengehalt der Lebensmittel wird wichtiger als ihr Geschmack. Das Selbstwertgefühl ist an das Körpergewicht gekoppelt. Das Gewicht wird z. B. durch Hungern, Erbrechen, übermäßigem Sport oder Medikamente beeinflusst. Es besteht Über- oder Untergewicht, Normalgewicht und/oder es treten starke Gewichtsschwankungen auf.

Man unterscheidet folgende Formen der Essstörungen:

// Anorexia nervosa

Magersucht ist eine Erkrankung, bei der Selbstbild und Körperwahrnehmung gestört sind. Die Betroffenen empfinden sich durch eine Körperschema-

störung als „zu dick“, obwohl sie oft erheblich, teils lebensbedrohend untergewichtig sind. Das Untergewicht ist selbst herbeigeführt.

// Bulimia nervosa

Die Ess-Brech-Sucht äußert sich durch wiederholte Heißhungerattacken und Essanfälle, gefolgt von Erbrechen oder anderen gegenregulatorischen Maßnahmen wie der Einnahme von Abführmitteln oder übermäßigem Sport. Die Erkrankung wird meist lange geheim gehalten. Bulimie kann mit Unter-, Normal- oder auch Übergewicht einhergehen, wobei Betroffene meist ein sehr schlankes Körperideal haben. Gravierende Zahnschäden oder Veränderungen in der Speiseröhre sind nicht selten.

// Binge Eating

Binge Eating (dt. Essgelage) äußert sich durch wiederholte Heißhungerattacken und Essanfälle ohne anschließendes Erbrechen. Die Essanfälle werden oft durch belastende Emotionen ausgelöst und sind mit Kontrollverlust und anschließenden Schuldgefühlen verbunden. Regelmäßige Mahlzeiten finden gegebenenfalls nicht mehr statt.

// Adipositas

Ausgeprägtes, behandlungsbedürftiges Übergewicht bezeichnet man als morbid Adipositas. Nicht selten ist Binge Eating eine der Ursachen von Übergewicht.

Manche Patienten weisen Mischformen von Essstörungen auf.

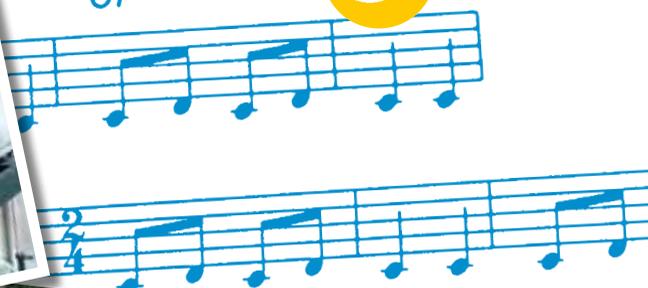
Stationäres Therapiekonzept

Nicht jede Essstörung muss stationär behandelt werden, bei manchen Patienten reichen auch ambulante Therapieangebote. Daher klären wir in einem fachärztlichen Vorgespräch, ob die Indikation für eine stationäre Behandlung besteht.

Um Therapieerfolge zu erzielen, ist dann eine stationäre Behandlungsdauer zwischen sechs und zwölf Wochen sinnvoll. Voraussetzungen für



C7



eine Aufnahme sind die eigene Motivation und die Bereitschaft, eine Therapievereinbarung abzuschließen. In die Behandlung werden tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und störungsspezifische Elemente integriert. Weitere Therapiebausteine werden stetig ergänzt. Durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Körperbildtherapie wird mit den Patienten ein Störungsmodell zum negativen Körperbild erarbeitet, negative körperbezogene Überzeugungen bearbeitet sowie Körperkonfrontationsübungen durchgeführt. Außerdem werden Interventionen zum Abbau von körperbezogenem Vermeidungs- und Kontrollverhalten sowie zum Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten durchgeführt. Durch dieses Angebot konnten stabilere Therapieerfolge mit deutlich gesunkenen Rückfallraten erreicht werden.

Poststationäre Onlinegruppe

Um den Patienten einen möglichst stabilen Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich zu gewährleisten, hat das St. Agatha Krankenhaus ein geschlossenes Forum in einer Onlinegruppe im Selbsthilfeportal Hungrig-Online eingerichtet. Dieses richtet sich vor allem an Patienten, die noch keine direkt anschließende ambulante Therapie wahrnehmen können. Die betreuenden Ärzte bleiben mit den ehemaligen Patienten in einer

wöchentlich stattfindenden virtuellen Gruppe in Kontakt. Das Angebot wird vom St. Agatha Krankenhaus finanziert und ist für die Patienten kostenlos. Es wird sehr gut angenommen und als hilfreich und stabilisierend erlebt.

Angehörigengruppe

Essstörungen betreffen meist nicht nur die Erkrankten selbst, sondern haben häufig massive Auswirkungen auf die Angehörigen. Daher bietet das St. Agatha Krankenhaus zweimal jährlich ein kostenloses Coaching für Partner, Familien und Angehörige von bei uns behandelten Patienten an. In fünf Abendveranstaltungen werden dabei Basisinformationen zu Essstörungen und normalem Essverhalten vermittelt und Themen wie Bewältigungsformen, Stressbelastung, Kommunikation und Problemlösung sowie Umgang mit kritischen Verhaltensweisen besprochen. Die Teilnahme ist für die Angehörigen kostenlos.

Qualitätszirkel

Da die Betreuung von Patienten mit Essstörungen auch für die an der Therapie Beteiligten sehr belastend sein kann, existiert seit dem Jahr 2012 als Austauschplattform der „Multidisziplinäre Qualitätszirkel Ess-Störungen“ am St. Agatha Krankenhaus, der sich viermal jährlich trifft. Niedergelassene Kollegen, internistische Abteilungen anderer Krankenhäuser sowie niedergelassene ärztliche und psychologische Therapeuten und Ernährungsberater nehmen dieses Angebot gerne wahr. 

KONTAKT

ST. AGATHA KRANKENHAUS KÖLN-NIEHL
Dr. med. Carmen Blaschke
Feldgärtenstr. 97 // 50735 Köln
Telefon 0221 / 71 75 25 11
info@st-agatha-krankenhaus.de
www.st-agatha-krankenhaus.de

MEIN LEBEN MIT DER ESSSTÖRUNG: „JEDE MINUTE, JEDE STUNDE, JEDER TAG EIN KAMPF“

Bericht von Ines G., 27 Jahre, 1,82 m, 50 kg

Meine Essstörung begleitet mich seit über zehn Jahren. Im letzten Jahr entschloss ich mich endlich den Kampf, aufzunehmen. Die ersten Wochen auf der Station Monika waren für mich die Hölle. Ich war einer Gemeinschaft aus fremden Menschen mit mehreren Mahlzeiten am Tag und der Konfrontation mit meinen tiefsten Ängsten ausgesetzt. Ich wollte alles hinschmeißen, aber wenn ich ein Leben ohne Zwänge, Essensphobien, Einsamkeit und Verzweiflung wagen wollte, musste ich durchhalten.

Das Schwesternteam der Station Monika war für mich eine riesige Stütze. Hier bekam ich Trost nach dem Wiegen, nach dem Essen, wenn die Kleidung enger wurde, wenn ich mich einsam oder traurig fühlte und mir dann jemand zuhörte.

Obwohl jede Minute, jede Stunde, jeder Tag ein Kampf war, begann ich ganz langsam, vorsichtig Fuß zu fassen. Die Gemeinschaft auf der Station, die Schwestern und die Therapeuten halfen mir dabei, einen Schritt zu wagen und Kontakt zu meinen Gefühlen und Mitmenschen aufzunehmen.

Mir wurde klar, dass die Essstörung für mich eine Zuflucht war. Solange ich mich mit Kalorien zählen, Hungern und Erbrechen beschäftigen konnte, musste ich mich nicht mit der Alkoholsucht und der Dominanz meines Mannes auseinandersetzen. Mit jedem Gramm, jedem Kilo weniger konnte ich mir ein Hochgefühl, ‚Erfolg‘ und die Bestätigung, doch etwas zu können, verschaffen. Jedoch wuchs mit jedem Tag die Angst davor, wieder zuzunehmen und damit etwas von diesen Gefühlen und dem ‚Erfolg‘ einbüßen zu müssen.

Auch wenn ich es jetzt geschafft habe, meine Situation zu ändern und dem Leben ohne Essstörung eine Chance zu geben, fällt es mir immer noch sehr schwer, sie loszulassen. In Momenten der Selbstzweifel und Unsicherheit merke ich immer wieder, dass sie nach mir ruft. Sie ist laut, hartnäckig und verführerisch, und es ist so schwer, ihr

tagtäglich die Stirn zu bieten. Der Aufenthalt auf der Station Monika hat mir jedoch gezeigt, dass es möglich ist dagegen anzugehen. Besonders die Musiktherapie hat mir sehr geholfen, den Weg zu meinen Gefühlen und Bedürfnissen zu finden, sodass ich diese auch nach der Klinik fortgeführt habe.

Selbst meine Familie hat von der Arbeit der Station Monika profitiert. Meine Eltern haben die Angehörigengruppe für Essstörungspatienten besucht. Es war für sie schwierig, sich darauf einzulassen, aber die Gruppe hat einen großen Teil dazu beigetragen, dass wir mittlerweile wieder regelmäßigen und guten Kontakt haben, worüber sie und ich sehr glücklich sind.

Ich kann wirklich jedem, der Hilfe sucht, die Station Monika sehr ans Herz legen. Es ist alles andere als ein Spaziergang, aber möglicherweise ein Schritt in die richtige Richtung.

MUSIKTHERAPIE

Die Musiktherapie ist fester Bestandteil im Gesamtbehandlungskonzept der Psychosomatischen Abteilung. Hier wird das Medium der Musik als nichtsprachliches Kommunikations- und Ausdrucksmittel mit seiner emotionalen Wirkung genutzt, um innerlich Resonanzräume zu beleben und neue Beziehungserfahrungen zu erproben.

Der Zugang über das freie Medium der Musik löst gerade bei Essgestörten anfangs große Ambivalenz aus. Wird einerseits Musik als Heilmöglichkeit betrachtet, so wird auf der anderen Seite der eigene Klangausdruck als entlarvend und als bedrohlich erlebt.

Die eigenen emotionalen Impulse zu verspüren, anzuerkennen und damit eine Verbindung zwischen innen und außen herzustellen, wird in der Musiktherapie immer wieder erprobt und gefestigt. Die Momente, in denen die Patienten spürbar werden und das wahre Selbst anfängt zu spielen, sind immer wieder überwältigend. Patienten sind nun in der Lage, Raum klanglich zu füllen, dynamische Vielfalt zu nutzen, mit der Umwelt in Dialog zu treten und dabei Spaß empfinden zu können.

ZWANG UND ANGST IN DER PSYCHIATRIE

// Rosemarie Simonis, Pflegedirektorin und Beauftragte für Öffentlichkeits- und Pressearbeit,
Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zülpich

Zwangs- und Angststörungen treten bei psychisch Kranken häufig gleichzeitig auf. So können Zwänge qualvolle Ängste verursachen bzw. Ängste dazu führen, immer wieder Zwangsgedanken oder -handlungen nachzugehen. Betroffene fühlen sich dabei wie in einem Teufelskreis, aus dem sie nur schwer entrinnen können.

Erich Kästner hat einmal gesagt: „Wer keine Angst hat, hat keine Phantasie.“ Also hat Angst hat auch etwas mit Kreativität zu tun. Angst ist aber auch ein urmenschliches Gefühl, das den Einzelnen vor Gefahren bewahrt und so einen wichtigen Schutzmechanismus darstellt. Fast jeder hat sich schon mal die Frage beim Verlassen des Hauses gestellt: „Habe ich wirklich den Herd ausgeschaltet?“ Doch wann werden diese zunächst ‚normalen‘ Gefühle oder Gedanken zu einer krankhaften Störung?

Angst in der Psychiatrie

Immer dann, wenn ein Mensch unter seiner Störung leidet und sich in seiner Lebensqualität massiv eingeschränkt fühlt, kann von einer Erkrankung ausgegangen werden.

In der Psychiatrie werden Menschen behandelt, deren Angstgefühle sich bis in Panikattacken steigern oder als Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung auftreten können. Zwänge wie beispielsweise der Waschzwang – also der Drang, sich permanent die Hände waschen zu müssen – können den Alltag eines Betroffenen so stark beherrschen, dass eine Berufstätigkeit nicht mehr möglich ist.

Ehe sich Erkrankte professionelle Hilfe suchen, haben sie oft einen jahrelangen Leidensweg hinter sich. Sie schämen sich, versuchen irgendwie mit ihren Ängsten und Zwängen zu leben, bis Angehörige oder Arbeitskollegen sie auf ihr merkwürdiges Verhalten ansprechen.

Schwere Angst- und/oder Zwangsstörungen gehören psychiatrisch zu den sogenannten Persönlichkeitsstörungen. Das Erleben oder Verhalten einer Person wird durch die Störung verändert. Die Symptome richten sich nach der Form der Störung. So können Patienten in einer Panikattacke beispielsweise extremes Herzklopfen, Schweißausbrüche, Zittern, Atemnot, Schwindel- und Benommenheitsgefühle, Angst vor Kontrollverlust oder Todesängste empfinden. Zwänge rufen extreme Ängste hervor, wiederholen sich in unangenehmer Weise, haben negative Inhalte, der Betroffene fühlt sich vom Zwang gefangen, lebt in permanenter Unruhe und vereinsamt nicht selten. Je nach Schwere der Erkrankung kann der Persönlichkeitsgestörte einen sozialen Abstieg erleben.

Vielfältige Gründe

Die Gründe für die Entstehung dieser Erkrankungen sind multifaktoriell. So kann es im Gehirn zu einer Übertragungsstörung von Botenstoffen (Neurotransmittern) kommen. Bei Patienten mit schweren Zwangsstörungen werden beispielsweise sogenannte ‚selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer‘ als Psychopharmaka eingesetzt, die diesen Störungen entgegenwirken sollen.

Die Psychologen finden vielfältige Gründe für Persönlichkeitsstörungen in der Biographie,



den Erfahrungen, die Menschen häufig schon in der Kindheit und Jugend machten. Sehr ängstliche, unsichere Eltern und Erzieher übertragen die dadurch resultierenden Verhaltensweisen an ihre Kinder.

Erleben Jugendliche in ihrer Sozialisation starre, leistungsorientierte, perfektionistische Erziehungsstrukturen, so neigen sie eher dazu, zwanghafte, ängstliche Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln.

Möglichkeiten der Therapie

Doch vielen Menschen kann heute mit den modernen Mitteln der Psychiatrie wirkungsvoll geholfen werden. Neben unterstützender pharmakologischer Therapie können Betroffene verschiedene Methoden zur Angstbewältigung oder Angstreduzierung erlernen. Zielgerichtete Ängste (Phobien wie beispielsweise die Angst vor Spinnen) lassen sich ambulant mit den Mitteln der Psychotherapie in wenigen Sitzungen schnell beherrschen. Um ein schweres Trauma und daraus resultierende Panikattacken zu verarbeiten, braucht es in der Regel eine intensive voll- oder teilstationäre Therapie. Nach

NEUROLEPTIKA

sind Arzneistoffe aus der Gruppe der Psychopharmaka, die beruhigende und den Realitätsverlust bekämpfende Wirkung haben.

VERHALTENSTHERAPIE

ist eine Methode der Psychotherapie, die auf das direkte Verhalten von Menschen ausgerichtet ist.

einer Stabilisierungsphase werden Ängste analysiert, mittels behutsamer Konfrontation verarbeitet und neuen Angstsituationen vorgebeugt. Das Erlernen von Atem- und Entspannungstechniken sowie Achtsamkeitsübungen können den Genesungsprozess effektiv vorantreiben. Zwangskranken kann mit einer Kombination aus gezielt ausgewählten Neuroleptikagaben und Verhaltenstherapie geholfen werden.

Es ist oft ein mühevoller, aber lohnender Weg, an dessen Ziel der Einzelne neue Möglichkeiten für sich entdeckt, sein Leben kreativ, frei von quälenden Ängsten und/oder Zwängen zu gestalten. 

ST. KATHARINA

PSYCHIATRIE UND/ODER ALTENHEIM?

// Sinje Herrenbrück, Heim- und Pflegedienstleitung, Altenzentrum und Wohnheim St. Katharina, Köln

„**H**ey, hey, hey, ich war der Goldene Reiter /
Hey, hey, hey, ich bin ein Kind dieser
Stadt / Hey, hey, hey, ich war so hoch auf der
Leiter / Doch dann fiel ich ab, ja dann fiel ich ab“
(*Joachim Witt*)

Herr S. ist 54 Jahre alt. Er leidet an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und lebt seit 2012 im Altenzentrum und Wohnheim St. Katharina in Köln-Niehl. Das Heim ist nicht die erste betreute Wohnform, in der er in seinem vergleichsweise jungen Alter gelebt hat. Nachdem ihm ein eigenständiges Wohnen in einer ‚normalen‘ Mietwohnung nicht mehr möglich war, folgten diverse Zwischenstationen in verschiedenen Wohnheimen mit sogenannten hochschwelligem Betreuungsangeboten. Hier kam es wiederkehrend zu Überforderungen, die häufig in einer akuten Krise mündeten, der oftmals nur mit einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik begegnet werden konnte. Herr S. hatte in seinem Leben unzählige Krisen, vom Psychiatrie-Drehtür-Effekt kann er also wahrlich ein Liedchen singen.

Ausgehend von einem multifaktoriellen Ursachenkomplex für die Entstehung einer Psychose wird es vorerst wohl keine end- bzw. allgemeingültige Antwort auf die Frage geben, wie den Auslösern einer (akuten) psychotischen Krise erfolgreich entgegengewirkt werden kann. Unbestritten ist, dass Menschen mit (chronischem) Wahnerleben im Moment von Überforderung oder eines kritischen Lebensereignisses in einen emotionalen Ausnahmezustand und damit an die Grenzen ihrer persönlichen Problembewältigungsmöglichkeiten geraten. So können für den Außenstehenden mitunter äußerst banal wirkende Alltagssituationen von den

Betroffenen selbst als existentiell bedrohlich erlebt werden und ganz unterschiedliche Symptome nach sich ziehen: erhöhte Anspannung, innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Rückzug, Halluzinationen, Angst, Hilflosigkeit und Verzweiflung bis hin zu Fremdaggresivität oder persönlichem Insuffizienzerleben mit Suizidgedanken.

Herr S. ist mobil und körperlich nur geringfügig eingeschränkt. Sein Selbstpflegedefizit hat seinen Ursprung vielmehr im Bereich der Tagesstrukturierung und Alltagsbewältigung. Ohne entsprechende Impulsgebung würde er, salopp ausgedrückt, in den Tag hinein leben, die Körper- und Kleiderhygiene vernachlässigen, sein Zimmer nicht säubern oder lüften, keine regelmäßigen oder ausgewogenen Mahlzeiten zu sich nehmen und sich – abgesehen vom Rauchen – kaum zu beschäftigen wissen. Kurzum: es gäbe wenig Gelegenheit für Erfolgserlebnisse, dafür jedoch umso mehr Raum für Grübeleien und sozialen Rückzug.

Die größte Herausforderung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen besteht zusammengefasst wohl darin, den schwierigen Spagat zwischen dem Wunsch des Einzelnen nach Eigenverantwortung und der Fürsorgepflicht der Einrichtung zu meistern. Messen mit den eigenen Maßstäben ist dabei wenig zielführend. Es geht vielmehr darum, mit den Betroffenen in Beziehung zu treten und sie so individuell wie möglich in ihrer Lebensführung zu begleiten.

Wir nutzen dafür z. B. die psychiatrische Pflegevisite. Diese findet gemeinsam mit der Bewohnerin oder dem Bewohner statt und beinhaltet Fragestellungen zum persönlichen Hilfebedarf. Bei

Herrn S. sieht dies ganz konkret so aus, dass Selbst- und Fremdwahrnehmung seines persönlichen Hilfebedarfs in vielen Bereichen stark voneinander abweichen. Wenn es dabei im Bereich der Körper- und Kleiderhygiene auch keine vollständige Übereinstimmung gab, fand sich doch zumindest eine kleine Schnittmenge, die die Grundlage für eine Vereinbarung zwischen ihm und dem Pflege- und Betreuungsteam dargestellt hat. Das Ergebnis war, dass sich Herr S. von der Notwendigkeit eines Mindestmaßes an Körper- und Kleiderpflege überzeugen ließ und sich damit einverstanden erklärte, an bestimmten Tagen in der Woche zu duschen und dabei jeweils einen Kleider- und Wäschewechsel vorzunehmen. Wie alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner des Wohnbereichs übernimmt Herr S. daneben Aufgaben für die Gemeinschaft. Auf ‚klassische‘ hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie die Spülmaschine ein- oder auszuräumen oder Blumenpflege konnte sich Herr S. trotz diverser Umstimmungsversuche des Pflegepersonals nicht einlassen, sodass sich darauf verständigt wurde, dass er das Pflegepersonal beim Getränkeholen unterstützt. Zudem hat Herr S. in der Einrichtung eine Leidenschaft für das Kochen entwickelt und hilft tatkräftig und sehr gerne beim wöchentlichen Kochen der Wohngruppe mit.

Wie Herr S. werden auch alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner des Altenzentrums und Wohnheims St. Katharina in die Pflege und Betreuung miteinbezogen und vielfach dazu motiviert, im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag für die Allgemeinheit zu leisten. Die Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohner in alltägliche Verrichtungen verhilft ihnen zu einer verbindlichen Tagesstruktur und trägt gleichzeitig – sozusagen als positiver Nebeneffekt – zum Erhalt lebenspraktischer Fertigkeiten und nicht zuletzt zu einem Gefühl, gebraucht zu werden, bei.

Aber dass es dann doch immer wieder mal anders kommt, als man denkt, zeigt die Praxis. Die Vielzahl der Einzelabsprachen mit unseren Bewoh-

nerinnen und Bewohnern setzt voraus, dass ein enger und vor allem kontinuierlicher Austausch zwischen allen Pflege- und Betreuungspersonen erfolgt. Dies ist organisatorisch durch tägliche Übergeben sowie regelmäßige interdisziplinäre Team- und Fallbesprechungen vorgesehen. Trotzdem überraschen uns unsere Bewohnerinnen und Bewohner immer wieder durch verloren geglaubte Fähigkeiten. So z. B. dadurch, Informationslücken im Team zu ihren Gunsten auszunutzen – that's life, oder? ☺





BURN-OUT-SYNDROM

ALS AUSDRUCK EINER GESTÖRTEN BELASTUNGS- UND ANPASSUNGS-REAKTION IM BERUF, IN GESELLSCHAFT UND IN DER FAMILIE

URSACHE UND KONSEQUENZEN

// Prof. Dr. med. Rudolf Mies

Unter dem Burn-out-Syndrom versteht man psychische, körperliche und Verhaltensstörungen, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang nach einer psychosozialen Belastung auftreten und durch Intensität bzw. durch die Dauer der Belastung verursacht werden. Diese Störung dauert an, solange die Belastung wirksam ist, eine effektive Abänderung der Belastung erreicht wird oder der Betroffene der Belastung entzogen wird.

Bei diesen Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und einer emotionalen Beeinträchtigung, welche die soziale Funktion und das Leistungsvermögen wesentlich behindern. Diese Störungen treten auf während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden, körperlichen wie sozialen, Lebensereignissen.

Die Häufigkeit dieser Anpassungs- bzw. Belastungsstörungen werden mit zwei bis sieben

Prozent der Allgemeinbevölkerung angegeben. Sie sind wesentlich höher nach Vergewaltigung (ca. 50 Prozent), nach Gewaltverbrechen (ca. 25 Prozent), nach schweren Verkehrsunfällen (ca. 15 Prozent), bei schweren Organerkrankungen wie Herzinfarkt, Malignom (ca. 15 Prozent) sowie sehr häufig bei beruflicher Überforderung (ca. 15 Prozent).

Das **Burn-out-Syndrom** ist nichts wirklich Neues. Es ist ein neues Wort für ein altes Phänomen. Der heute gerne benutzte Begriff Burn-out-Syndrom umfasst eine Ansammlung von Beeinträchtigungen, die mehr oder weniger jeder einmal hat. Das reicht von der Schlaflosigkeit bis zur völligen körperlichen Überforderung, von psychosomatischen Symptomen bis zur Depression. Vor einigen Jahren sprach man noch von **psychovegetativem Erschöpfungszustand**. Heute ist das Burn-out-Syndrom ‚angesagt‘. Die Vorstellung schwankt zwischen passivem Opfer einer überfordernden Umwelt, z. B. am Arbeitsplatz oder in der

familiären Kinderversorgung. Es klingt aber auch nach erbrachter, hoher Leistungsaktivität, sei es im Sport oder im Beruf, die einige Zeit intensiv erbracht wurde („geburt“ wurde) – mit nachfolgender normaler Erschöpfung (out-Syndrom). Die Schuld liegt dann nicht bei einem selbst, sondern bei der bösen Umwelt, die einen überfordert hat. Dass die Ursachen der Überforderung häufig die eigene emotionale und körperliche Persönlichkeits- und Leistungsschwäche im Verhältnis zu den Gegebenheiten der Umwelt sind, wird nicht akzeptiert – die Anderen sind schuld.

Die **Auslöser** des Burn-out-Syndroms sind körperliche, psychische, soziale sowie berufliche, schmerzhaft erlebte Erlebnisse, die außerhalb der üblichen eigenen Erfahrung liegen. Daher verfügen die Betroffenen über keine Verhaltensmuster, wie sie mit diesen Erlebnissen umgehen sollen, um sie zu bewältigen. Die Ursachen der schmerzhaften Erlebnisse können in einem belastenden, körperlichen Trauma oder in einer lebensbedrohlichen, die Lebensqualität begrenzenden Erkrankung, z. B. Tumoren, begründet sein. Eine spezifische, ursächliche Organerkrankung gibt es nicht.

Hormonelle Störungen wie die Unterfunktion der Nebenniere sind eine exotische Ausnahme. Eine Unterfunktion der Schilddrüse lässt sich schnell erkennen und behandeln. Emotionale Ursachen sind der häufigste Grund für die seelischen Störungen. Dies können soziale Ereignisse in der Familie und im Beruf sein, die nicht überwunden werden können. Die berufliche Überforderung in zu erbringenden Leistungen, die kollegiale Kritik am Arbeitsplatz sowie die Unfähigkeit, notwendige Entscheidungen zu fällen, können zu den Symptomen des Burn-out-Syndroms führen.

Trotz der großen Varianz der Symptome sind folgende Erscheinungen für das **klinische** Bild charakteristisch. Es besteht eine Unfähigkeit, externe Reize adäquat zu verarbeiten. Es besteht ein körperliches Schwächeempfinden mit rascher Erschöpfung. Es kann zur eingeschränkten Bewusstseinslage kommen. Die Folgen sind depressive

Verstimmungen mit zum Teil heftigen Ängsten, Unruhe, unproduktiver Überaktivität oder empfundener, totaler Arbeitsunfähigkeit. Es kommt zu sozialen Rückzugstendenzen, Fluchtreaktionen oder Verzweiflung. Fast immer vervollständigen zahlreiche, psychovegetative Begleitsymptome das klinische Bild. Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit sind ebenso häufig wie emotionale Teilnahmslosigkeit. Akute, affektive Ausbrüche wie Panik oder Angstattacken sind selten, können aber durchaus vorkommen. Am häufigsten wird eine depressive Verhaltensweise beobachtet mit Rückzugstendenzen und sozialer Abgeschiedenheit.

In der **Behandlung** sind bei akuten Belastungsstörungen in der Regel ein Gespräch mit dem Betroffenen und eine Aufarbeitung der Probleme ausreichend. Lediglich bei Langzeitverläufen oder bei offensichtlichen Persönlichkeitsstörungen ist eine psychosomatische, selten eine psychiatrische Psychotherapie mit unterstützenden Medikamenten notwendig.

Bei posttraumatischen Belastungsstörungen kann eine Verhaltenstherapie bis hin zur psychoanalytischen Behandlung notwendig werden. Bei der Bewältigung pathologischer Emotionen ist eine analytische Psychotherapie erforderlich. Bei besonders schweren Fällen, beispielsweise bei Suizidalität, muss an eine depressive Störung oder eine generalisierte Angststörung gedacht werden, die eine fachpsychiatrische ambulante oder stationäre Behandlung mit intensivmedizinischer Überwachung notwendig machen kann.

Bei dem gesellschaftlich häufig beklagten, sogenannten Burn-out-Syndrom der beruflich-sozialen Überforderung muss das Gleichgewicht von externer Anforderung und persönlicher Leistungsunfähigkeit analysiert werden. Eine beruflich-gesellschaftliche Diskriminierung bei beruflich eigener Unsicherheit, bis hin zur Unfähigkeit, muss in Gesprächen mit dem Vorgesetzten und den Kollegen geklärt werden. Eine berufliche und soziale Veränderung des Arbeitsplatzes kann bei dem zu Grunde liegenden, persönlichen Überforderungssyndrom dann oft erlösend sein. 

TRAUMABEHANDLUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

// Sabine Ziegler, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Medizinisches Versorgungszentrum, Bergheim



Laut der in Deutschland geltenden Klassifikation, der ICD 10, handelt es sich bei einem Trauma „um ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß.“

Viele Patienten glauben, es sei ein Zeichen persönlicher Schwäche oder eines Defizits, nicht alleine mit einer solchen Situation fertig geworden zu sei. Dabei gehört die Tatsache, dass das Ereignis bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, sogar zu den beschriebenen Kriterien.

Überlebenskampf in der Steinzeit

Wenn ein Mensch in der Steinzeit seines Weges schlenderte und plötzlich die Tatze eines Bären messerscharf an ihm vorbeiglimmt, er sich aber noch knapp retten konnte, war es für das Gehirn dieses Menschen überlebenswichtig, so viele Details wie möglich zu speichern. Das Knacken eines Zweiges,

bestimmte Lichtverhältnisse oder ein bestimmter Geruch konnten überlebenswichtige Hinweise liefern. Daher wurde diese Erinnerung im Gehirn an anderer Stelle gespeichert als andere, eher nebensächliche Informationen wie das gemütliche Zusammensitzen am Lagerfeuer.

Auch heute werden nach traumatischen Erlebnissen Bilder, Körpersensationen und weitere Details im Gehirn im ‚Mandelkern‘ gespeichert, wo sie als überlebenswichtige Informationen bewertet sind. Spätere Kontakte mit diesen Details können auch in völlig anderen Zusammenhängen als so genannte „Trigger“, also Schlüsselreize, Symptome auslösen.

Dazu gehören Intrusionen, also sich aufdrängende, belastende Traumaerinnerungen in Form von Bildern, Empfindungen, Albträumen und Flashbacks. Patienten erleben diese als so überwältigend und intensiv, als seien sie wieder in der ursprünglichen Situation. Als Folge wird häufig alles vermieden, was mit dem Trauma zusammenhing, wie Orte, Tätigkeiten, Sichtworte und Menschen. Symptome durch die erhöhte innere Erregung sind häufig; Schreckhaftigkeit, emotionale Unausgeglichenheit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und innere Unruhe sind Beispiele hierfür. Weitere emotionale Folgen sind Scham, Ärger und ein Verlust an Selbstvertrauen aufgrund der erlebten Hilflosigkeit in der Traumasituation. Sind alle diese Kriterien erfüllt und die Lebensqualität des Patienten dadurch spürbar eingeschränkt, spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die akut (< 3 Monate) oder chronisch (> 3 Monate) bestehen kann.

Behandlung von Traumata

Neben einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva oder beruhigenden und angstlösenden Substanzen ist ein Wiederaufbau des Gefühls persönlicher Sicherheit und Handlungskompetenz entscheidend. Als Grundlage dazu können Entspannungstechniken helfen, den inneren Aufruhr zu mindern. Mittels Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie werden durch das Trauma entstandene falsche innere Überzeugungen (dysfunktionale Kognitionen) aufgelöst. Auch die psychodynamisch arbeitenden Therapieschulen bieten wirksame Methoden an wie die imaginative Traumatherapie nach Luise Reddemann.

Es ist jeweils individuell zu entscheiden, ob nach einer stabilisierenden Behandlung auch noch konfrontierende Techniken folgen. Dabei ist es wichtig, dass der Patient einen guten Zugang zu

seinen Ressourcen, also seinen inneren Fähigkeiten und Stärken findet, um wieder Sicherheit und Selbstvertrauen zu spüren. Als besonders wirksame Methode hat sich EMDR erwiesen, eine Technik, bei der sowohl Ressourcenaktivierung als auch Konfrontation durch bilaterales (wechselseitiges) Stimulieren über Augenbewegungen, Klopfen oder Töne zu einer Auflösung der traumatisch ausgelösten Defizite beiträgt. 

KONTAKT

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
BERGHEIM
Sabine Ziegler
Klosterstraße 2 // 50126 Bergheim
Telefon 02271 / 986 68-15
info@mvz-bergheim-erft.de
www.mvz-bergheim-erft.de

SCHLAF UND PSYCHE

EINE WECHSELSEITIGE BEZIEHUNG

// Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Galetke, Chefarzt für Innere Medizin, Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln

Ein deutsches Sprichwort sagt: „Was wir am Tage vorgenommen, pflegt uns im Schlaf vorzukommen.“

Wer kennt nicht schlaflose oder unruhige Nächte vor Prüfungen oder anderen belastenden Ereignissen am nächsten Tag? Nach beruflichem Stress oder gar nach dem Verlust eines geliebten Angehörigen können wir häufig schlecht ein- oder durchschlafen. Diese meist nur eine begrenzte Zeit auftretenden Schlafstörungen lassen wieder von selbst nach. Problematischer wird es, wenn diese Ein- und Durchschlafstörungen über einen längeren Zeitraum andauern. In der Schlafmedizin wird dies ‚Insomnie‘ oder ‚erlern-

te Schlaflosigkeit‘ genannt. Die Insomnie ist die häufigste Schlafstörung und tritt insbesondere bei Menschen ab dem 60. Lebensjahr auf. Manche Untersuchungen sprechen davon, dass bis zu 40 Prozent der Menschen über 60 Jahren von ihr betroffen sind. Die Folgen des Nicht-einschlafens und des häufigen und längeren Wachliegens in der Nacht sind für Körper und Psyche gravierend. So leiden die Betroffenen am Tage unter einer körperlichen Abgeschlagenheit, sind antriebsgemindert, lustlos und beklagen eine innerliche Angespanntheit, die auch den Umgang mit den Mitmenschen erschwert. Untersuchungen an Menschen mit Insomnie haben gezeigt, dass bei



diesen häufiger Bluthochdruck, Magengeschwüre oder ein Diabetes mellitus auftreten als bei gleichaltrigen Menschen mit ungestörtem Schlaf. Viele Betroffene wirken depressiv und werden nicht selten unter dieser falschen Diagnose mit antidepressiv wirkenden Medikamenten behandelt. Die Therapie der Insomnie ist im besten Fall aber vielmehr auf das Wiedererlernen des Schlafens gerichtet. Schlafspezialisten haben hierfür Programme entwickelt, die neben Entspannungsübungen und autogenem Training das Erlernen eines sogenannten Schlafrituals umfassen. Gelegentlich ist es erforderlich, dass für einen begrenzten Zeitraum schlaffördernde Medikamente unter ärztlicher Begleitung gegeben werden.

Es gibt allerdings auch psychische Erkrankungen, die ihrerseits den Schlaf beeinflussen. So kla-

gen Patienten mit Parkinson, endogener Depression, Schizophrenie oder nach Schlaganfällen häufig über Ein- und Durchschlafschwierigkeiten. Hier kommt es vor allem darauf an, dass die psychische Erkrankung gut therapiert wird. Häufig bessern sich dann mit der Behandlung der Erkrankung auch die bestehenden Schlafstörungen.

Nicht zu vergessen sind die Auswirkungen eines nicht erholsamen Schlafes aufgrund von Schnarchen und Atemaussetzern auf die Befindlichkeit am Tage. Dieses sogenannte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, bei dem die Betroffenen in der Nacht laut und unregelmäßig schnarchen und immer wieder einen kompletten Verschluss der Atemwege erleiden, führt zu zahlreichen Weckreaktionen, die bei manchen Betroffenen bis zu 400 mal in der Nacht den Schlaf unterbrechen. Diese Schlaffragmentierung zeigt sich am Tage in einer erhöhten Einschlafneigung, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit und in einer Antriebslosigkeit. Hier steht die Behandlung der Atmungsstörung im Vordergrund, die zu einer Verbesserung der Stimmung am Tage führt. ↻

DEN SORGEN DAVONLAUFEN

// Marion Weber, Referentin für Unternehmenskommunikation, MARIENBORN GMBH

Jeder Mensch ist in seinem Leben mal stärker mal weniger davon betroffen, aber viele kennen es: Sorgen, Ängste, Schlafstörungen – bis hin zu Depressionen. Es gibt Medikamente dagegen, aber ist Bewegung und insbesondere der Laufsport auch ein probates Mittel?

Aus eigener Erfahrung kann ich das bejahen. Aber was sagen erfahrene Ärzte und Psychiater dazu? Einer, der es wissen muss, ist der ehemalige Chefarzt der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Ioan Teodor Marcea.

Beim Laufen den Kopf frei kriegen

Quasi im Selbstversuch erfuhr der damals ‚bereits‘ 61-Jährige, wie positiv dieser Sport auch auf ihn wirkte: Er sah beim Laufen Hasen und Fasane, hörte die Lerchen und roch nasses Laub. „Ausdauersport in der Natur ist durch die Vielzahl an Wahrnehmungen auch für die Psyche gesund.“

Menschliche Muskeln sind nicht nur ‚Kraftmaschinen‘, da weniger als 20 Prozent der Nervenfasern der motorischen Aktivität dienen. Vielmehr hängt das allgemeine Wohlbefinden ganz entschei-

dend vom Zustand der Muskulatur ab. Mit mehr als 40 Prozent sensorischer Nervenfasern, die zuständig sind für Lage, Anspannung, Wärme und Schmerz, sind die Muskeln laut Dr. Marcea der „größte Sensor des Menschen“. Insbesondere der Ausdauersport erhöht die Fähigkeit der Nervenzellen, sich umzubauen, zu ‚reparieren‘ und zu erneuern.

Und tatsächlich ist es längst wissenschaftlich belegt: Laufen hilft bei psychischen Erkrankungen, aus Passivität und Apathie herauszukommen. Durch Eigenmotivation und durch positives Feedback fühlt man sich besser. Aber warum? Bewegung verursacht Glücksgefühle und löst im Gehirn molekulare Prozesse aus. Neurotransmitter wie Serotonin werden erhöht. Und auch das Glückshormon Endorphin wird vermehrt ausgeschüttet.

Wie immer im Leben gilt auch beim Laufsport: alles in Maßen und ohne Leistungs-



anspruch. Zuviel des Guten ist dann eben nicht mehr gesund. Nicht zuletzt hat das Laufen einen weiteren positiven Effekt: Wer regelmäßig Sport treibt, achtet automatisch auf eine angemessene Ernährung. Wer will beim Laufen schon viel Gewicht mit sich rumschleppen. ↻

MIT BLITZLICHT DURCH DEN DÜNNDARM

DIE KAPSELENDOSKOPIE

// Roland Brunken, Gastroenterologe/Oberarzt Medizinische Klinik, St. Antonius Krankenhaus, Köln



Die Kapsel, die Kamera, Sender und Blitz enthält, lässt sich in der Regel problemlos schlucken.

Die schonende Untersuchungsmethode ‚Kapselendoskopie‘ ist jetzt im St. Antonius Krankenhaus für stationäre Patienten verfügbar. Die Anwendung dieser schonenden Hightech-Untersuchungsmethode kommt in verschiedenen Situationen in Betracht. Wenn z. B. der Verdacht auf eine Magen-Darm-Blutung besteht, werden normalerweise zunächst eine Magen- und Dickdarmspiegelung durchgeführt, da es in diesen Organen am häufigsten zu Blutungen kommt. Sollte hierbei aber keine Blutungsquelle gefunden werden, ist die Durch-



So können Veränderungen wie Blutungen oder Geschwüre auffindig gemacht werden.



Die zeitlich aufwändige Auswertung der Bilder erfolgt mit einer speziellen Software.



Der Patient trägt den Rekorder in einer kleinen Tasche mit sich und kann sich so ganz normal bewegen.

führung einer Kapselendoskopie sinnvoll. Außerdem kommt diese Methode zur Anwendung, wenn der Verdacht auf eine chronische Entzündung des Dünndarms (Morbus Crohn) oder auf seltene Dünndarmtumore besteht.

Die Kapsel – eine Miniaturkamera auf Reisen

Eine Dünndarmkapsel enthält eine Miniaturkamera samt Blitzlicht, Sender und Batterie. Sie ist trotzdem nur so groß wie ein Bonbon und deshalb gut zu schlucken. Das Einwegprodukt macht dann für acht Stunden ständig Fotos von Magen und Dünndarm und sendet diese über einen Antennengürtel an einen Rekorder, den der Patient in einer Tasche bequem bei sich trägt. Danach ist die Kapsel normalerweise im Dickdarm angelangt und die Untersuchung damit beendet. Der Gürtel und das Gerät können abgegeben werden, die Kapsel wird ausgeschieden.

Um eine optimale Beurteilbarkeit des Dünndarms zu gewährleisten, ist eine vorherige sorgfältige Reinigung des Dünndarms erforderlich. Diese erfolgt ähnlich wie vor einer Darmspiegelung. Sollte der Verdacht auf eine Engstelle im Dünndarm bestehen, ist vor der eigentlichen Kapseluntersuchung die Einnahme einer Pseudokapsel angezeigt. Sofern diese aufgrund der Enge im Dünndarm ver-

bleibt, kann sie dort im Rahmen einer einfachen Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden. Nach einigen Tagen löst sich die Pseudokapsel dann von selbst auf.

Nach der Reise kommt die Arbeit

Nach der Untersuchung werden die auf dem Rekorder gespeicherten Bilder auf einen Computer überspielt und dort vom Arzt ausgewertet. Zwar können die Bilder in einer Art Zeitraffer betrachtet werden, aber die gründliche Beurteilung nimmt ca. zwei Stunden in Anspruch. Anhand der zeitlichen Abfolge der Bilder wird dann die Lage der gefundenen Veränderungen gut eingegrenzt.

Werden Veränderungen wie z.B. Geschwüre, Tumore oder Blutungen gefunden, ist normalerweise eine anschließende aufwendigere Dünndarmspiegelung erforderlich, um die erkannten Läsionen zu behandeln oder Proben zu entnehmen.

Komplikationen sind bei dieser Untersuchung äußerst selten. Bei Patienten mit Morbus Crohn – zumindest bei Verdacht hierauf – ist vorher die Einnahme einer Pseudokapsel Pflicht. In seltenen Fällen bleibt bei einer Engstelle im Dünndarm die Kapsel stecken. Dann müsste sie entweder im Rahmen einer Dünndarmspiegelung geborgen oder gar operativ entfernt werden.

Die Dünndarm-Kapsel ist eine elegante und wenig belastende Methode, um krankhafte Veränderungen des Dünndarms aufzuspüren. 

KONTAKT

ST. ANTONIUS KRANKENHAUS
Medizinische Klinik
Roland Brunken
Schillerstrasse 23 // 50968 Köln
Telefon 0221/37 93-1686
E-Mail brunken@antoniuss-koeln.de
www.antoniuss-koeln.de

DEMENZ-DÖRFER

Zukunftsmodell oder Rückschritt?

// Karl-Heinz Will, Diplom-Gerontologe, Abteilungsleiter Altenpflege, Stiftung der Cellitinnen e.V., Köln

Im Verlauf einer dementiellen Erkrankung gibt es unterschiedlich lange Phasen, in denen Betroffene mobil sind, aber die Orientierung verloren haben. Diese Phase im Krankheitsverlauf bereitet den Angehörigen und Betreuern die größte Sorge: Gefahren – zum Beispiel des Straßenverkehrs – werden nicht erkannt, Wege zurück werden vergessen.

Seit vielen Jahren sucht man nach Konzepten für Betreuungsformen, die ein größtmögliches Maß an (Bewegungs-)Freiheit ermöglichen und gleichzeitig schützen. In den 1980er Jahren kaufte ein bundesweit tätiger Betreiber von (hochpreisigen) Seniorenstiften in der Nähe von München eine Wasserburg und ‚verbrachte‘ die Menschen mit Orientierungsstörungen aus den eigenen Häusern dorthin. Innerhalb der Einzäunung dieser Wasserburg konnten sich alle frei bewegen, waren ansonsten aber geschlossen untergebracht. Das Konzept wurde damals in der Fachwelt äußerst kontrovers diskutiert.

Heute wird mit den Demenzdörfern wieder etwas ‚Neues‘ ebenso kontrovers diskutiert. Demenzdörfer sind spezielle Wohn- und Lebensarrangements für Menschen mit Demenz, eine Variante segregativer Versorgungsformen. Bei unterschiedlichen Größen wie z. B. 140 Bewohner in De Hogeweyk (Niederlande), 100 Bewohnern in Wiedlichsbach (Schweiz) oder 120 in Alzey (Deutschland, geplant) unterscheiden sich auch die wohnräumlichen Bedingungen.

De Hogeweyk wurde vor 20 Jahren aus der Taufe gehoben und ist gerade Vorbild für die Planung ähnlicher Einrichtungen in vielen Ländern. ‚Normalität‘ ist der Schlüsselbegriff des Konzepts. Auf den ersten Blick gleicht das Demenzdorf einem

ganz normalen niederländischen Dorf. Es gibt einen Friseur, ein Restaurant, Geschäfte zum Einkaufen, in denen mit Knöpfen bezahlt wird, einen Teich etc. Die Wohnungen sind den Milieus nachempfunden, aus denen die Bewohner stammen. Sie reichen von Oberschicht bis Arbeiterklasse. In De Hogeweyk gibt es sieben verschiedene Lebensstile. Das ganze Dorf hat nur einen zentralen Ein- und Ausgang, der Tag und Nacht kontrolliert wird.

Sind solche Dörfer Alternativen zu Pflegeheimen?

Lösen sie das wahrscheinlich zunehmende Problem der Versorgung einer ständig wachsenden Zahl von Menschen mit Demenz? Fachleute in Deutschland sehen das überwiegend kritisch. Kritiker sprechen von einem „Ghetto“, in dem Menschen mit Demenz weggesperrt werden. Allerdings fehlen bisher kontrollierte Studien, die Vor- und Nachteile bezüglich der Lebensqualität der Bewohner im Vergleich zu anderen Versorgungsformen



dokumentieren. Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Lehrstuhlinhaber für Gerontologische Pflege der Universität Vallendar, umreißt fachliche, ethische und kulturhistorische Fragestellungen, die es zu untersuchen gilt: „Haben Demenzdörfer Einfluss auf herausforderndes Verhalten, Medikamenteneinsatz und freiheitsentziehende Maßnahmen?“; „Die Kernfrage lautet, ob und inwieweit es legitim ist, Menschen mit Demenz dauerhaft mit illusionären Welten zu konfrontieren?“; „Entlastet sich die Gesellschaft so vom Demenzproblem und wird die damit verbundene gesellschaftliche Herausforderung institutionell ‚entsorgt‘?“

Aktuell propagiert die Politik Lösungen für den demographischen Wandel in Form von Quartierskonzepten, Wohngemeinschaften, Stärkung des Ehrenamtes und der Nachbarschaftshilfe sowie die weitere Stärkung der familiären Hilfen. Aber auch hier gibt es viele offene Fragen zu klären. Sind diese Ansätze nicht die Folge einer na-

iven Sozialromantik, die das wirkliche Miteinander und dessen Grenzen übersieht? War es früher wirklich besser, wenn der alte Mensch in den Sessel am Ofen gesetzt wurde und nichts mehr tun durften? Sind Pflegebedürftige, die häuslich gepflegt werden, freier als die Bewohner eines Demenzdorfes? Sind Altenheimbewohner, die ihren Bewegungsdrang auf einem barrierefreien Wanderweg ausleben dürfen, weniger eingesperrt?

Eine Schwierigkeit aller spezialisierten Versorgungsformen für Menschen mit Demenz ist, dass im Verlauf der Demenz die Phase der vollständigen Orientierungslosigkeit bei gleichzeitig hoher Mobilität relativ kurz ist. Aus diesem Grund können Konzepte wegen der Veränderung der Klienten sehr schnell zusammenbrechen.

Demenzdörfer sind möglicherweise ein kleiner Baustein in einer differenzierten Versorgungskette. Und die Entwicklung geht weiter: Es gibt die ersten Demenzdörfer für Deutsche in Thailand. 

AWARENESS

// Dr. med. Marc Schieren, Anästhesie, Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln

Unter Awareness versteht man unerwünschte intraoperative Wachheitserlebnisse des Patienten, deren Häufigkeit in den letzten 30 Jahren von einem Prozent auf etwa 0,1 bis 0,2 Prozent abgenommen hat. Bei etwa 10 Millionen operativen Eingriffen in Deutschland pro Jahr handelt es sich bei Awareness um keinen Einzelfall.

Betroffene Patienten berichten von Gesprächen und akustischen Wahrnehmungen sowie von Angst und Lähmungsempfinden während der Operation. Visuelle Eindrücke oder Schmerzen treten in weniger als der Hälfte der Fälle auf. Die Folgen für die Betroffenen reichen von Unruhe

über Schlafstörungen mit Albträumen bis hin zum ständigen Wiedererleben der intraoperativen Wahrnehmungen im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Als Ursache für Awareness spielt die unzureichende medikamentöse Bewusstseinsausschaltung im Großhirn eine entscheidende Rolle. Patienten, bei denen das Dosierungsspektrum der Narkosemittel durch schwere Herz-Kreislaufkrankungen begrenzt ist, haben ein erhöhtes Risiko für Wachheitserlebnisse. Zum Schutz des Neugeborenen bei Kaiserschnitten in Vollnarkose wird bewusst eine relativ flache Narkoseführung gewählt. Patienten mit einem erhöhten Schlaf- und Schmerzmittel-



bedarf aufgrund von Drogen- und Alkoholabhängigkeit gehören ebenfalls zur Risikogruppe.

Um die Narkosetiefe den individuellen Bedürfnissen des Patienten anzupassen, stehen dem Narkosearzt verschiedene Überwachungsmethoden zur Verfügung. Hierbei berücksichtigt der Anästhesist als indirekte Indikatoren des Wachheitsgrades unter anderem Herzfrequenz, Blutdruck, Atemmuster, Pupillen- und Lidreflexe sowie Symptome wie Schwitzen und Tränenfluss. Allerdings können diese Hinweise durch verschiedenste Medikamente sowie technische Defekte verfälscht werden. Zur direkten Messung der Narkosetiefe im Gehirn, dem Zielorgan der Narkose, wird die Überwachung von Großhirnaktivität mittels Fronthirn-Elektroenzephalogramm (EEG) immer häufiger genutzt. Durch Klebeelektroden an Stirn und Schläfe des Patienten werden Hirnströme in Echtzeit analysiert und in Zahlenwerte umgewandelt. Der Anästhesist erhält direkte Rückmeldung über die Hirnaktivität und die Narkosetiefe. Das Fronthirn-EEG ermöglicht es, die Schmerz- und Schlafmittel exakt an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Internationale Studien zeigen, dass Patienten, deren Narkose mittels Fronthirn-EEG überwacht wurden, schneller aus der Narkose erwachten, frühzeitiger

orientiert waren und kürzer im Aufwachraum überwacht werden mussten. Zudem belegt eine skandinavische Studie, dass das Auftreten von Awareness durch die Überwachung der Hirnströme deutlich gesenkt wird.

Zusammen mit der Erfahrung des Anästhesisten und den klassischen Überwachungsmethoden der Narkosetiefe stellt das Fronthirn-EEG ein direktes und objektives Messinstrument dar, um in Zukunft eine individuell angepasste Narkoseführung zu erreichen und das Risiko für unerwünschte Wachheitserlebnisse zu minimieren.

Auch im Krankenhaus der Augustinerinnen steht die EEG-Narkosetiefe-Überwachung (GE Healthcare Entropy) zur Verfügung und wird aktuell vor allem bei viszeralchirurgischen Eingriffen angewandt. 

KONTAKT

KRANKENHAUS DER AUGUSTINERINNEN
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität zu Köln
Jakobstraße 27–31 // 50678 Köln
Telefon 0221/33 08-0
www.koeln-kh-augustinerinnen.de

„NEUE DROGEN“

INFORMATIONEN ZUM THEMA

// Rosemarie Simonis, Pflegedirektorin und Beauftragte für Öffentlichkeits- und Pressearbeit,
Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zülpich



Über 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlebten dank des Referenten für Suchtprävention Ralf Wischnewski von der Drogenhilfe Köln eine äußerst kurzweilige und informative Fortbildung der Abteilung Fort- und Weiterbildung der Stiftung der Cellitinnen.

Zunächst schlüpft Herr Wischnewski in die Rolle eines Drogen-Dealers, der einen möglichst großen Kundenkreis von einem neuen legalen Produkt überzeugen will. Dazu benutzt er natürlich das Internet. In Analogie zu Kaffeekapseln, die viele KollegInnen aus dem Auditorium zugaben zu genießen, zeigt er, wie durch gezielte einfache Methoden ‚Legal Highs‘ entwickelt werden, die in keinem herkömmlichen Drogentest nachzuweisen sind.

Zunächst betreibt man eine Zielgruppenanalyse, steckt einen vermeintlich harmlosen Stoff in eine schicke Verpackung, der man einen ebenso harmlosen Namen gibt, wie ‚Kräutermischung‘ oder ‚Badesalz‘, mobilisiert alle möglichen Netzwerke und bietet eine anonyme Zahlungsweise an. Und das alles geschieht völlig legal unter den kundigen Blicken erfahrener Anwälte. Ehe das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in einem langwierigen Verfahren überprüft hat, ob die angebotene Substanz unter das Betäubungsmittel-

gesetz fällt, ist sie schon längst wieder vom Markt und taucht in leicht variiertes Weise und veränderter Dosierung mit neuem Namen, z. B. als ‚Lufterfrischer‘, irgendwo im Internet wieder auf. Unsere schnelllebige Zeit mit der ungeheuren Medienflut kommt den „Neuen Dealern“ dabei zugute.

Vokabeln lernen im Drogenmilieu

Im zweiten Teil der Fortbildung wurden Begriffe im Zusammenhang mit den ‚Neuen Drogen‘ erklärt und die Häufigkeit des Konsums dargestellt. Wir leben in einer Zeit, wo sich insbesondere junge Menschen dem Alltagsstress durch irgendeine Form des ‚Sich-Wegbeamens‘ entziehen. So ‚turnen‘ sich ‚Psychonauten‘ mittels irgendeiner zumeist aufputschenden Droge an, um morgen wieder besonders leistungsfähig zu sein, frei nach dem Motto: Legal? Illegal? Scheißegal!!!

Die Konsumenten nehmen dafür unter Umständen massive Nebenwirkungen in Kauf, die nicht selten lebensbedrohlich werden. Der Dozent klassifizierte mit Begriffen wie Cannabinoide, Cathinone, Piperazine, Tryptamine und andere mehr die Substanzen, die jedoch in ständig neuen Mischungen immer wieder neu auf den Markt kommen, bevor sie in irgendeinem Testverfahren nachweisbar sind. Abschließend übergab Herr Wischnewski den Zuhörern ein gutes Skript zu den Wirkungen und Risiken der ‚Neuen Drogen‘ sowie eine Link- und Materialliste zu Internetseiten und der aktuellen Forschung.

Herr Wischnewski hinterließ ein gut informiertes Publikum, das sich aber angesichts der Thematik ein wenig ohnmächtig vorkam. 

10 JAHRE ERFOLGREICHE BRUSTKREBSTHERAPIE IM MHK GÜTESIEGEL DES DEUTSCHEN ONKOLOGIE CENTRUMS



Im MHK wird eine prozessoptimierte und leitlinien-gerechte Brustkrebstherapie angeboten. Für die Teilnahme an der unabhängigen Qualitätskontrolle durch das Westdeutsche Brust-Centrum (WBC) wurde der Gynäkologie das Gütesiegel verliehen.

Die Gynäkologie in Bergheim ist Kooperationspartner des Westdeutsche Brust-Centrums. Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Brustkrebstherapie anzubieten, von der Diagnose über die Operation bis hin zur medikamentösen Therapie und anschließender Nachsorge.

Im MHK wird für jede Brustkrebspatientin in einer fachübergreifenden Tumorkonferenz die optimale Behandlungsabfolge mit allen an der Therapie beteiligten Fachdisziplinen besprochen und festgelegt. Vor- und Nachbehandlung erfolgen in engster Abstimmung mit den ambulant behandelnden Fach- und Hausärzten. Auf Basis der nationalen und internationalen Leitlinien wertet das WBC die Qualität der Diagnosesicherung und der Therapie bei Patientinnen mit Brustkrebs anhand

anonymisierter Daten aus. Chefärztin Birgitta Wesenberg und ihre Abteilung konnten „zeigen, dass sie im Vergleich von bundesweit 181 teilnehmenden Zentren gute Ergebnisse in Diagnose, operativer Therapie und Nachsorge des Brustkrebses erzielen konnte“, so das WBC in einer Pressemitteilung vom 25.06.2014. rk



Übergabe des Gütesiegels durch Winfried Poetsch, Geschäftsführer, Deutsches Onkologie Centrum

ENDOPROTHETIKZENTRUM MHK BERGHEIM

ZERTIFIZIERUNG DER SEKTION ORTHOPÄDIE

Dr. Iris Bayer-Hertzog, Leiterin der Sektion Orthopädie, und Dr. Miriam Braun, Leiterin des seit Anfang 2014 zertifizierten EndoProthetikZentrums MHK Bergheim, sind zugleich Hauptoperateurinnen in der Endoprothetik. Sie führen pro Jahr bis zu 300 Prothesenoperationen (Primär- und Wechseleingriffe) an Hüft- und Kniegelenk unter Einsatz verschiedener Prothesensysteme durch. Die Orthopädinnen legen dabei großen Wert auf einen hohen Qualitätsanspruch und eine individuelle Versorgung des Patienten.

Im März dieses Jahres unterzog sich die Orthopädie einer externen Überprüfung. Das Ergebnis führte zu der Beurteilung der auditierenden Fachexperten, dass keine Abweichungen gegenüber den Anforderungen des ‚Erhebungsbogens‘, der die notwendigen Voraussetzungen für die Zertifizierung aufzeigt, festgestellt werden konnten. Die fruchtbare Zusammenarbeit der beteiligten Bereiche Ärzteschaft, Pflege, Physiotherapie, Sozialer Dienst, EDV und Qualitätsmanagement

– so die Auditoren – „ließen auch Außenstehende erkennen, dass alle die Zertifizierung als gemeinsames erstrebenswertes Ziel verfolgten.“ Zusammenfassend sprachen die Auditoren von einem hervorragenden Ergebnis, lobten die Kompetenz der orthopädischen Ärztinnen, das Engagement und die sehr angenehme Atmosphäre im MHK. rk

KONTAKT

ENDOPROTHETIKZENTRUM MHK BERGHEIM
www.sektion-orthopaedie.de



Das Team der beteiligten Berufsgruppen im EndoProthetikZentrum MHK Bergheim



COPD – VENTILE IN DEN BRONCHIEN KÖNNEN ATEMNOT LINDERN

NEUE THERAPIEMÖGLICHKEIT IM KRANKENHAUS DER AUGUSTINERINNEN

// Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Galetke, Chefarzt Innere Medizin, Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine der großen Volkskrankheiten unserer Zeit und wird in den nächsten Jahren laut Expertenmeinung an Bedeutung weiter zunehmen. Patienten mit einer COPD leiden an Husten, Auswurf und Luftnot. In frühen Stadien der Erkrankung bemerken die Patienten diese Luftnot nur bei körperlicher Anstrengung, in fortgeschrittenen Stadien kommt auch Atemnot in Ruhe hinzu.

In der Klinik für Pneumologie unter Leitung von Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Galetke im Severinsklösterchen wird seit einiger Zeit eine neue Therapie angewendet, die viele Patienten Hoffnung schöpfen lässt: die endoskopische Lungenvolumenreduktion.

Bei der COPD kommt es zu einer allmählichen Zerstörung der Wände in den kleinen Lungenbläschen, sodass sich innerhalb der Lunge größere Blasen bilden, aus denen der Sauerstoff nur unzureichend ins Blut gelangt. Weil die Luft aus diesen größeren Blasen beim Ausatmen nicht mehr vollständig entweichen kann, werden sie immer größer und können das noch gesunde Lungengewebe verdrängen. Die Folge davon ist eine sogenannte Blählung, medizinisch Lungenemphysem genannt.

Obwohl häufig schon eine Vielzahl von Medikamenten eingenommen wurde und vielleicht sogar eine Sauerstofftherapie eingeleitet worden ist, leiden an COPD erkrankte Menschen meist an einer immer weiter zunehmenden Luftnot unter Belastung und schließlich auch in Ruhe.

Kleine Ventile können Atemnot lindern

Die Klinik für Pneumologie im Krankenhaus der Augustinerinnen bietet für diese Patienten nun eine innovative Therapiemöglichkeit an. Bei der sogenannten endoskopischen Lungenvolumenreduktion werden kleine Ventile in die Bronchien der Lungenabschnitte, bei denen dieser emphysematische Umbau der Lunge besonders ausgeprägt ist, eingesetzt. Diese Ventile funktionieren so, dass sie bei der Ausatmung Luft aus dem befallenen Lungenbezirk heraus, bei der Einatmung jedoch keine neue Luft hineinlassen. In der Folge schrumpft der emphysematische, funktionsuntüchtige Lungenabschnitt, und das sich in der Nachbarschaft befindliche gesunde Lungengewebe kann sich weiter ausbreiten.

Kleiner Eingriff – große Wirkung

Die Ventile werden in lokaler Betäubung im Rahmen einer sogenannten Bronchoskopie (Spiegelung der Bronchien) implantiert. Während der Untersuchung schläft der Patient, Pulsfrequenz und Sauerstoffsättigung werden ständig an einem Monitor überwacht. Häufig ist es erforderlich, dass nicht nur ein Ventil, sondern mehrere entweder in einer Lunge oder in beiden Lungen eingesetzt werden müssen. Die möglichen Komplikationen sind gering. Selbstverständlich wird jeder Patient vor dem Eingriff über diese ausführlich informiert und aufgeklärt. Erste wissenschaftliche Untersuchungen dieses bereits seit einigen Jahren etablierten Verfahrens zeigen, dass es bei geeigneten Patienten zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität kommt.

Leider gibt es einen kleinen Wermutstropfen bei der Methode: Nicht jeder Patient mit fortgeschrittener COPD und Lungenemphysem ist für eine solche Ventiltherapie geeignet. Am ehesten profitieren Patienten von der neuen Methode, die ein sogenanntes heterogenes Lungenemphysem

haben, das heißt, bei denen die funktionsuntüchtigen Lungenblasen in einem Teil der Lunge stärker ausgeprägt sind als in den anderen Teilen. Um festzustellen, ob ein heterogenes Lungenemphysem vorliegt, wird eine Computertomographie der Lungen vorgenommen. Dieses bildgebende Verfahren mittels Röntgenstrahlen stellt die Lunge in vielen einzelnen Scheibchen dar und ermöglicht so eine besonders gute Beurteilung des erkrankten Lungengewebes.

Bei Patienten mit einer sehr schlechten Lungenfunktion ist die Ventilimplantation ebenfalls nicht geeignet, da hier die Komplikationsrate besonders hoch ist.

Endlich wieder durchatmen

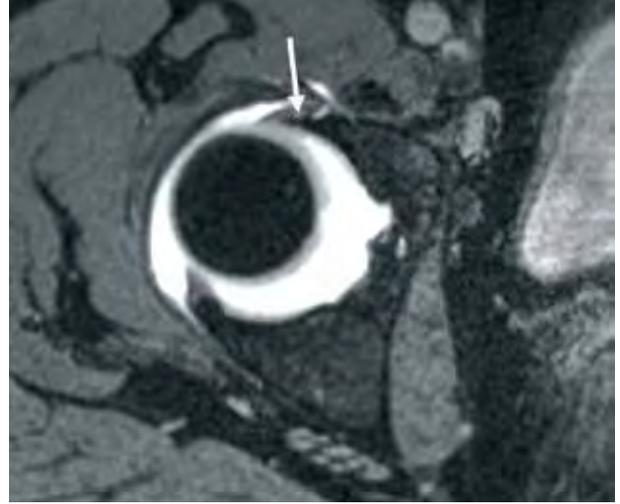
Wer an einer fortgeschrittenen COPD leidet und sich für diese Methode interessiert, sollte sich am besten an seinen Hausarzt oder an den behandelnden Lungenarzt wenden. Dieser kann häufig schon entscheiden, ob eine Ventilimplantation möglich oder sinnvoll ist. In Zweifelsfällen oder zur Durchführung der Ventilimplantation kann dann die Einweisung ins Krankenhaus erfolgen. Allerdings muss betont werden, dass es mit diesen Ventilen nicht zu einer Heilung der COPD und des Lungenemphysems kommt. Aber es kann bei ausgewählten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung und ausgeprägten Beschwerden trotz maximaler konservativer Therapie zu einer Linderung der Atemnot und zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. 

KONTAKT

KRANKENHAUS DER AUGUSTINERINNEN
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität zu Köln
Jakobstraße 27–31 // 50678 Köln
Telefon 0221 / 33 08-0
www.koeln-kh-augustinerinnen.de



Nach Injektion von Kontrastmittel in das rechte Hüftgelenk grenzen sich die Gelenkbinnenstrukturen im Seitenvergleich deutlich ab.



Auch subtile Einrisse des vorderen Labrums (Pfeil) werden bei entsprechender Symptomatik endoskopisch versorgt.

DIREKTE MR-ARTHROGRAPHIE

FÜR HÖCHSTE DIAGNOSTISCHE AUSSAGEKRAFT

// Dr. med. Frank Schellhammer, Chefarzt Radiologie / Prof. Dr. med. Alfred Karbowski, Chefarzt Orthopädie, Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln

Seit der Entdeckung der Röntgenstrahlung im Jahr 1895 wuchs der Wunsch von Medizinern nach immer genaueren bildgebenden Verfahren. Mit der Injektion von Luft und wasserlöslichem Kontrastmittel in das Gelenk gelang es, Gelenkbinnenstrukturen wie Bänder, Menisken und Knorpel radiographisch darzustellen.

Seit dem Durchbruch der Schnittbildgebung, insbesondere der Magnetresonanztomographie, geriet diese invasive Technik zunächst weitgehend in Vergessenheit. Die zunehmend differenzierten Operationstechniken der Orthopädie, wie zum Beispiel die Gelenkarthroskopie, stellen allerdings immer höhere Ansprüche an die Genauigkeit der Bildgebung. Dies gilt insbesondere für endoskopische Operationen des Schulter- und des Hüftgelenkes. Mit Hilfe von intravenös appliziertem Kontrastmittel ist dies bereits zu erreichen. In zahlreichen wissenschaftlichen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass die direkte Injektion von Kontrastmitteln in ein Gelenk bei speziellen Fragestellungen wertvolle Zusatzinformationen liefert und eine höhere diagnostische Aussagekraft und Sicherheit bei krankhaften Veränderungen der Gelenkbinnenstrukturen hat.

Die direkte Arthrographie ist ein minimal-invasiver Eingriff, der unter sterilen Bedingungen durchgeführt wird. Dabei wird das Gelenk mit einer dünnen Nadel punktiert und ein Kontrastmittel eingebracht, das sämtliche Gelenkbinnenstrukturen umspült. In der Magnetresonanztomographie lassen sich so selbst kleinste Einrisse darstellen. Da auch eine geringe Menge eines Lokalanästhetikums in das Gelenk injiziert wird, ist die Untersuchung schmerzarm und weitgehend komplikationsfrei.

Die direkte MR-Arthrographie ist sicherlich kein Standardverfahren. Gerade in der präoperativen Planung von Operationen an der Schulter, an der Hüfte und am Vorfuß beeinflussen die so gewonnenen Erkenntnisse die Operationsstrategie maßgeblich und dienen somit dem Erfolg unserer Maßnahmen. ↻

↻ KONTAKT

KRANKENHAUS DER AUGUSTINERINNEN
Radiologie

Dr. med. Frank Schellhammer

Jakobstraße 27–31 // 50678 Köln

Telefon 0221 / 33 08-5460

E-Mail fschellhammer@koeln-kh-augustinerinnen.de

www.koeln-kh-augustinerinnen.de



NIKOLAUS

Legenden um den Hl. Nikolaus gibt es viele. Er ist einer der beliebtesten Volksheiligen mit vielen

Erzählungen, die vor allem seine menschenfreundliche und hilfsbereite Art bezeugen. Er soll, nachdem seine Eltern an der Pest starben, sein Vermögen an Arme verteilt haben. So unterstützte er junge Frauen seiner Nachbarschaft, indem er ihnen Geld durch den Kamin warf.

Die Legende zeichnet ihn als temperamentvollen Streiter und zugleich als Mann, der fähig war, diplomatisch zu vermitteln und Gnade vor Recht ergehen zu lassen.

Gesicherte historische Nachrichten über das Leben und Wirken von Nikolaus gibt es nicht.

Nikolaus gilt als Helfer in fast allen Schwierigkeiten. Wegen seines Patronats für – eigentlich unschuldige – Gefangene haben wohl auch Diebe Nikolaus zu ihrem Patron erkoren. Sein aufgebrochener, leerer Sarkophag wird noch heute in der wiederhergestellten Nikolaus-Basilika in Demre von Wallfahrern der Ostkirche verehrt.

Um 980 entstand in Deutschland die erste Nikolauskirche im Kloster Brauweiler.

if

GENERALKAPITEL 2014 DER CELLITINNEN

NACH DER REGEL DES HL. AUGUSTINUS E. V., KÖLN, SEVERINSTRASSE

// Sr. Domitilla Büdenbender, Generalassistentin

Achtzehn Kapitularinnen des 29. Generalkapitels der Cellitinnen nach der Regel des hl. Augustinus haben in ihrem Mutterhaus in der Kölner Severinstafé ihre neue Generalleitung gewählt. Die Kapitularinnen trafen am Abend des Ostermontags 2014 ein und tagten offiziell vom Osterdienstag an.

Zur neuen Generaloberin wurde Schwester Prema Packumala gewählt. Sie löst damit die erste indische Generaloberin des Ordens, Sr. Celine Kizhakevelyil, nach sechs Amtsjahren ab. Schwester Domitilla Büdenbender wurde als Assistentin der Generaloberin wiedergewählt. Als Generalrätinnen wurden Sr. M. Veronika Nober, Sr. M. Jessy Oottukalathil und Sr. M. Rudolfa Pulickal gewählt.

Heute gehören zu dem 1838 in Köln gegründeten Frauenorden der Cellitinnen, der in eine Provinz Deutschland, eine Provinz Indien und zwei provinzaabhängige Regionen aufgeteilt ist, 63 deutschsprachige und 173 indische Schwestern. Während ein großer Teil der Schwestern in der Provinz Deutschland das Ruhestandsalter schon erreicht hat, ist der Orden in mehreren Bundesstaaten Indiens, darunter Kerala, Karnataka, Madhya Pradesh, Andra Pradesh, Assam und Gujath auf vielfältige Weise im Dienst an den Armen und Kranken, den Kindern und Jugendlichen im Einsatz. Wegen der weiten Entfernungen und sehr unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Bedingungen in den einzelnen Bundesstaaten, in denen die Augustinian Sisters of Cologne, wie sie in Indien genannt werden, tätig sind, hatte das letzte Provinzkapitel der Provinz Indien beschlos-

sen, die bestehende Provinz und die beiden Regionen in drei Provinzen aufzuteilen.

Das Generalkapitel unterstützt diesen Plan der Provinz Indien und empfiehlt der neuen Generalleitung, diesen Plan umzusetzen. Pater Prof. Johannes Füllenbach SVD hielt am ersten Tag des Kapitels einen Besinnungstag. Danach konnten die achtzehn Generalkapitularinnen unter der Moderation des Pastoraltheologen der Päpstlichen Universität Urbaniana in Rom, Pater Dr. Paul B. Steffen SVD ihre Arbeit aufnehmen. Am 29. April 2014 hat das seit Osterdienstag tagende Generalkapitel seine Arbeit beendet. 



EIN KRANKENHAUS FÜR HIMO / TANSANIA

// Klaus Dieter Becker, Pflegedirektor, St. Antonius Krankenhaus, Köln

Eigentlich wollte ich nur meine Tochter besuchen ...

Anna-Lena absolvierte ein freiwilliges soziales Jahr in Himo/Tansania, in einem der ärmsten Länder Afrikas. Ihr Einsatzort war eine kleine Krankenstation mit acht Betten, die im Umkreis von 70 km die einzige gesundheitliche Versorgung darstellt. Dr. Samuel Minja, auf dessen alleinige Initiative die Station im Jahr 2000 gegründet wurde, ist der einzige dort tätige Arzt.

Gespannt auf die vielen Eindrücke machte ich mich im Februar 2010 auf den Weg nach Afrika. Familie Minja empfing mich sehr herzlich. Dr. Minja zeigte mir jeden Winkel der Einrichtung und stellte mir im Rahmen einer Visite seine Patienten vor. Selten war ich so betroffen wie in diesen Tagen: kein fließendes Wasser, statt Bettwäsche Mülltüten, fast keine Medikamente, wenige, meist defekte Instrumente, keine Hilfsmittel für die Kranken. Schwerverletzte können nicht versorgt werden und müssen sterben. Daher unterstützen meine Familie und Freunde seitdem Dr. Minjas Traum, „ein richtiges Krankenhaus“ zu bauen.

Anna-Lena sammelte nach ihrer Rückkehr Geldzuwendungen in der Familie, auf Weihnachtsmärkten und Festivals. Im St. Antonius Krankenhaus starteten wir das Projekt „Nichts wird entsorgt – wir sammeln!“. Mit Unterstützung des Vereins Partner für Afrika e. V. (<http://www.partner-fuer-afrika.de>) haben wir viele Instrumente und Geräte wie Narkose-, Sonographie- und Röntgengeräte nach Tansania gebracht. Diese ausrangierten Geräte und Materialien wurden vom St. Antonius Krankenhaus gespendet,



Das alte und das neue Röntgengerät zum Vergleich



v.o.n.u.: Die neuen Geräte im Operationssaal, bei der Sonografie und im Labor

die Transporte von Spendengeldern finanziert. Der Bau eines ‚richtigen‘ Krankenhauses mit einem OP-Saal und zwei 20-Betten-Stationen begann im Jahr 2010, teilweise finanziert mit Sach- und Geldspenden.

In den folgenden Jahren besuchte Dr. Minja mehrmals Köln. Hier hospitierte er im Krankenhaus vor allem im OP, um sein Wissen und Können zu erweitern. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Kollegen des Hauses bedanken, die in vielfacher Weise das Projekt unterstützt haben: durch Sammeln und Reinigen von Einmalinstrumenten, durch Hinweise auf ausrangierte Geräte und Materialien und nicht zuletzt durch die freundliche Aufnahme und Hilfsbereitschaft gegenüber Dr. Minja.

In Himo ist der Bau des Krankenhauses zwischenzeitlich weitgehend abgeschlossen. Es fehlen jedoch noch große Teile der Inneneinrichtung. Der Verein Partner für Afrika e.V. plant daher den Transport eines Containers auf dem Seeweg. Anfang des Jahres wurde eine Bedarfsliste mit der Bitte um Spenden an alle Kölner und Bonner Krankenhäuser gesendet. Ein besonderer Dank dem St. Agatha Krankenhaus für 20 ausrangierte Betten und Nachtschränke und auch der ProServ Logistic für den spontanen internen Transport aller Gerätschaften.

Im Oktober 2014 war es dann soweit: Der Container ging prallgefüllt auf die Reise. Die bisherigen Sachspenden reichen noch nicht aus. Wir freuen uns über jede Unterstützung. 

 SPENDENKONTO

KREISSPARKASSE KÖLN

Kontoinhaber: Verein Partner für Afrika e.V.

IBAN: DE63 3705 0299 0008 0174 93

BIG: COKSDE33XXX

Stichwort: Spende OP-Saal

VERABSCHIEDUNG VON GESCHÄFTSFÜHRER GEORG LENHART

IM MARIA-HILF-KRANKENHAUS

// Ricarda Kummer, Ltg. Qualitätsmanagement und Unternehmenskommunikation,
Maria-Hilf-Krankenhaus, Bergheim

Im Juni wurde Georg Lenhart, der Geschäftsführer des Maria-Hilf-Krankenhauses (MHK), ehrenvoll in den Ruhestand entlassen. Zur offiziellen Verabschiedung kamen neben Familie und vielen Mitarbeitern auch die Bürgermeisterin der Stadt Bergheim, Maria Pfordt, der Vorstand der Stiftung der Cellitinnen e.V., Dieter Kesper, Mitglieder des Aufsichtsrates und Kuratoriums, weitere Kollegen und Freunde aus vielen Einrichtungen sowie die Vertreter der Kirchengemeinden.

33 Jahre lang hatte Georg Lenhart das Krankenhaus in Bergheim erfolgreich geleitet. 1981 hatte der Betriebswirt sein Amt als Verwaltungsdirektor des Bergheimer Krankenhauses angetreten. Es war ihm die Aufgabe angetragen worden, das MHK zu stabilisieren und zukunftssicher zu machen.

Er fand Lösungsansätze für die Probleme der Klinik und brachte sie auf einen erfolgreichen Weg.



Georg Lenhart

In seiner Amtszeit hat Georg Lenhart viele wichtige Entwicklungsschritte initiiert und umgesetzt, so auch die Verbindung mit der Stiftung, zu deren Einrichtungen das MHK seit 2009 gehört.

Das Krankenhaus expandierte unter seiner Leitung, die Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe und die Sektion Orthopädie wurden gegründet, das medizinische Leistungsspektrum aller Abteilungen wurde ausgebaut.

Neben solchen und weiteren Entwicklungen ist ihm das christliche Engagement wichtig. Die Entwicklung eines christlichen Selbstverständnisses, die Gründung eines Ethik-Komitees und Ethische Fallbesprechungen seien als Beispiele genannt. Georg Lenhart wurde als äußeres Zeichen der Anerkennung seiner Verdienste zunächst die Silberne, später die Goldene Ehrennadel der Caritas verliehen. Diese Ehrungen verstand er immer „auch als Anerkennungen für die vielen engagierten Mitarbeiter, ohne die wenig vorangekommen wäre.“ Die vielen persönlichen Schreiben, Geschenke und großzügigen Spenden an den Förderverein haben gegenüber Herrn Lenhart eine große Wertschätzung ausgedrückt.

Obwohl Georg Lenhart das MHK am Herzen liegt, fällt ihm der Abschied nicht schwer, wie er sagt, denn mit dem neuen Geschäftsführer Carsten Claus weiß Herr Lenhart die große Verantwortung ‚in guten Händen‘. 



BOMBENFUNDE UND BOMBENTEAM

EVAKUIERUNG UND GLÜCK IM UNGLÜCK

// Susanne Jost, Geschäftsführerin, St. Agatha Krankenhaus, Köln-Niehl

„**G**leich zweimal konnten die Mitarbeiter des St. Agatha Krankenhauses unter Beweis stellen, dass sie ein ‚Bombenteam‘ sind“, so Peter Altmann, Stellvertretender Pflegedirektor.

Nur eine Woche nach der ersten erfolgreich absolvierten Evakuierung der größten Pflegeeinrichtung in Köln, des SBK Rhiel, läuteten die Alarmglocken ein zweites Mal. Wieder wurde eine Bombe aus dem Weltkrieg gefunden und wieder stand eine Evakuierung an. Und erneut hieß es, neben der geplanten OP-Wartung rasch die entsprechenden Voraussetzungen für die reibungslose Übernahme der Gäste zu schaffen. Auch bei der zweiten Evakuierung wurden kurzfristig über 50, zum Teil schwer pflegebedürftige Bewohner und Gäste unseres Kooperationspartners untergebracht und versorgt.

Eine logistische Herausforderung, die unter anderem deshalb so reibungslos funktionierte, weil wir Glück im Unglück hatten. Denn eigentlich war geplant, aufgrund der OP-Wartung eine Station vorübergehend zu schließen und gezielte Renovierungsarbeiten durchzuführen sowie einem Großteil der Mitarbeitenden ihr wohlverdientes Frei aus Mehrarbeitsstunden der Vergangenheit zu geben. Nur: Soweit ist es nicht gekommen. Plötzlich musste das OP-Team als ‚Krisenteam‘ einspringen. Die Schwestern und Pfleger aus dem OP haben gezeigt, dass das Wort ‚einschleusen‘ auch eine ganz andere Bedeutung haben kann. Alle notwendigen Prozesse wurden lückenlos eingeleitet und organisiert, um eine reibungslose Übernahme der Bewohner vorzubereiten.

Darüber hinaus waren – vor allem wegen der Hitze – viele weitere Helfer im Einsatz. So hat beispielsweise der Arztdienst eine ‚Kurzvisite‘ angeboten, die Verwaltungsmitarbeiter haben bei der Speiserversorgung geholfen und der Reinigungsdienst hat alle notwendigen Maßnahmen zur Aufbereitung der Stationen nach dem Einsatz erledigt. Insbesondere haben sich die Mitarbeiter der Technik eingebracht, die für die gesamte Logistik der An- und Abfahrt der Feuerwehr und anderer Rettungswagen zuständig waren. Dies alles nur mit einem Ziel: den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Begleitern unbürokratisch und schnellstmöglich zu helfen.

Mittlerweile liegen uns Dankesschreiben der evakuierten Pflegeeinrichtung, der Rettungsdienste und der betroffenen Bewohner vor, die dem Team des St. Agatha Krankenhauses ein großes Lob aussprechen und sich für die unkomplizierte Hilfe bedanken.

Die Betriebsleitung bedankte sich ebenfalls bei allen Helfern, die zum Teil bis in die tiefen Abendstunden hinein dazu beigetragen haben, die große logistische Herausforderung mit Bravour zu meistern. Dass diese zwei Kriseneinsätze letztendlich so reibungslos funktionierten und der Klinikbetrieb dennoch soweit wie möglich aufrechterhalten werden konnte, ist keine Selbstverständlichkeit. „Wir sind auf das Ergebnis und das Miteinander sehr stolz“, erklärt Geschäftsführerin Susanne Jost. 🌱

NEUE PFLEGEDIREKTORIN

IM ST. AGATHA KRANKENHAUS

Frau Ute Wölwer-Schwarz übernimmt ab 1. Dezember 2014 die Position der Pflegedirektion im St. Agatha Krankenhaus in Köln-Niehl.

Frau Wölwer-Schwarz ist, basierend auf ihrer Grundausbildung als Krankenschwester, seit über 30 Jahren in unterschiedlichen Fachbereichen und Funktionen im Pflegedienst tätig. Im Laufe ihres beruflichen Werdegangs hat sie sich zahlreiche Zusatzqualifikationen in den Bereichen Intensivpflege, Case Management und Pflegemanagement erworben.

Die Weiterentwicklung des Pflegedienstes in Bezug auf die Umsetzung von Pflegekonzepten und Pflegestrukturen, unter Einbeziehung der Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ist ihr ein besonderes Anliegen.

Sie selbst sieht sich als bodenständige Teamworkerin, der insbesondere die Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeitern gleichermaßen am Herzen liegen. Ihr Motto: „Zufriedenheit, Optimismus, Innovation und gesunder Menschen- und Sachverstand sichern die Weiterentwicklung des Standortes“. Sowohl die Betriebsleitung als auch das Pflege team freut sich auf die neue Pflegedirektorin und wünscht einen guten Start. 



Ute Wölwer-Schwarz

E-LEARNING

AN DER LOUISE VON MARILLAC-SCHULE

// Dirk Lichtinghagen, stellv. Fachbereichsleiter Gesundheits- und Krankenpflege,
Louise von Marillac-Schule

Wie lässt sich E-Learning sinnvoll in die Pflegeausbildung integrieren? Diese Frage beschäftigte acht Pflegepädagogen, die am Projekt ‚Cleo – Caritas lernt online‘ teilnahmen. Das Projekt des Diözesan-Caritasverbandes Köln erstreckte sich über einen Zeitraum von 36 Monaten und hatte unter anderem zum Ziel, dass interessierte Pflegebildungsstätten E-Learning-Angebote erstellen können. Die Schule nutzt bereits seit 2009 E-Learning in der Ausbildung; so sahen die Lehrenden die Möglichkeit, ihr Wissen zu vertiefen und neue Impulse zu erhalten.

In einem ersten Schritt nahmen die Lehrenden an einer Qualifizierungsmaßnahme teil mit dem Ziel, Schüler oder Weiterbildungsteilnehmer online über eine Lernplattform zu begleiten und dort das Lernen zu unterstützen. Im Projekt wurde dieselbe Lernplattform genutzt wie an der Louise von Marillac-Schule. Hierdurch konnten die teilnehmenden Pflegepädagoginnen und -pädagogen selbst einmal die Schülerrolle einnehmen und erfahren, welche Hürden es im Onlinelernen zu nehmen gilt.



v.l.n.r.: Debora Fiedler, Meike Löffelsender, Maria Tsiakiridou, Schülerinnen



Diana Reimann, Pflegepädagogin, und Dirk Lichtinghagen

Anschließend konnten interessierte Lehrende an einer Autorenqualifizierung teilnehmen. Ziel war es hier, ein umfangreiches Lernangebot für die Schule und für das Projekt zu entwickeln. Die Schule entschied sich für die Lerneinheit „Chronisch kranke Menschen pflegen“ und entwickelte unter Leitung von Dirk Lichtinghagen ein umfangreiches Blended-Learning-Angebot. „Blended-Learning verbindet die Vorteile der Präsenzlehre mit den Vorteilen von E-Learning. So können in der Pflegeausbildung eigenverantwortliches und flexibles Lernen angebahnt werden, da die Schülerinnen und Schüler innerhalb eines gewissen Zeitraums selbstständig lernen müssen“, so Dirk Lichtinghagen, der als Medienpädagoge im Projekt Cleo auch als pädagogischer Berater für den Diözesan-Caritasverband tätig war. „Die Kolleginnen und Kollegen haben das toll gemacht. Sie haben ein Projektteam gegründet und die Aufgaben nach ihren individuellen Interessen verteilt. Jeder hat sich nach seinen Stärken eingebracht und herausgekommen ist ein spannen-

des Lernangebot, in dem sich die Schülerinnen und Schüler der Louise von Marillac-Schule mit der Situation chronisch kranker Menschen auseinandersetzen. Sie lernen Erfahrungen realer Personen kennen und können diese mit pflegewissenschaftlichen Konzepten verknüpfen. Im Unterricht werden dann offene Fragen geklärt.“ Von den über 30 Unterrichtsstunden lernen die Schülerinnen und Schüler insgesamt 16 Stunden online. Die Pflegepädagogen Mark Dreßel und Karl Savelsberg haben hierfür drei virtuelle Lernmodule, sogenannte Web Based Trainings (WBTs), verfasst und auf der Lernplattform umgesetzt.

Am 29. April 2014 präsentierten Diana Reimann und Eva-Maria Kappel als Vertreterinnen der Schule die entwickelte Lerneinheit auf der Cleo-Abschlussveranstaltung im Maternushaus in Köln. „Viele Besucher haben sich für die Lerneinheiten interessiert“, berichtet Diana Reimann. „Für viele war es schwierig nachzuvollziehen, dass man auch außerhalb des Klassenraums Unterricht haben kann.“

Mittlerweile haben Eva-Maria Kappel und Mark Dreßel die Lerneinheit in drei Kursen unterrichtet. „Anfangs gab es kleinere Schwierigkeiten, an die man in der Planung nicht gedacht hat. Aber im dritten Durchlauf lief alles ohne Probleme“, berichtet Eva-Maria Kappel von ihren Erfahrungen.

Sicherlich werden an der Louise von Marillac-Schule auch in Zukunft weitere E-Learning Angebote entstehen. So möchte die Schule den Auszubildenden eine moderne und flexible Lernumgebung bieten, die allen beteiligten Spaß macht. Weitere Informationen finden Sie unter www.cleo.iliasnet.de

Übrigens: Auch aus dem St. Agatha Krankenhaus hat mit dem stellvertretendem Leiter der Notfallambulanz, Ramon Koreman, ein weiterer Mitarbeiter der Stiftung am Projekt Cleo teilgenommen. Herr Koreman entwickelte ein Programm zur Durchführung der Pflegevisite. Davon in einer der nächsten Ausgaben mehr! 



LAGO BEACH ZÜLPICH

MEHR ALS NUR EINE GASTRONOMIE

// Marion Weber, Referentin für Unternehmenskommunikation, MARIENBORN gGmbH

Es ist ein Restaurant, es ist ein Beach Club und es ist ein Treffpunkt!

Das LAGO BEACH ZÜLPICH, eine integrative Einrichtung der MARIENBORN gGmbH, hat sich knapp acht Monate nach Eröffnung etabliert: als Restaurant mit exzellenter Küche und atemberaubenden Blick auf den Wassersportsee Zülpich, aber auch als Treffpunkt im Biergarten und im Beachclub für nahezu alle Alters- und Interessengruppen.

Besondere Anziehungspunkte waren eine Fülle an Events, wie sie unterschiedlicher nicht sein könnten: Der Mittwochabend ist in der Zwischenzeit für viele Gäste zu einem festen Termin geworden, denn jeden Mittwoch ab 19.00 Uhr lädt der Beach Club zur After-Work-Party ein. Für die musikalische Stimmung sorgen DJs mit unterschiedlichem Musikstil. Ob Regen oder Sonnenschein – die ‚Hütte‘ ist immer voll.

Auf vielfachem Wunsch der Gäste wurde auch der Freitag zur ‚Friday Night‘.

Die sportlich aktiven Gäste können im Beach Club aber nicht nur Ihre Armmuskulatur beim Heben ihres Glases trainieren, der Club geht noch einen Schritt weiter: In Kooperation mit einem großen Fitness-Studio wurden im Sommer 50 Indoor-Cycling-Räder an den Strand gebracht, und so konnten insgesamt 150 begeisterte Biker mit Blick auf Sand und Wasser drei Stunden

lang in die Pedalen treten. Ausgebuchte ZUMBA-, PUMP-, Pilates-Work-Outs (um nur einige zu nennen) folgten in den weiteren Sommerwochen.

Zu den weiteren Highlights zählten ohne Zweifel auch die After-Show-Partys im LAGO BEACH ZÜLPICH, die an die Shows auf der Sparkassen-Seebühne anlässlich der Landesgartenschau 2014 anschlossen. So wurden die ABBA-NIGHT, QUEEN-REVIVAL-NIGHT, die KÖLSCHE NACHT und das Oktoberfest zu unvergesslichen Events.

Prominente Besucher hat das LAGO BEACH ZÜLPICH ebenfalls zu verzeichnen: Der ehemalige Bro'Sis-Sänger, Dschungelkönig und jetzige Schlagersänger Ross Antony wählte die Location als Videodrehort für einen seiner neuen Songs.

Den perfekte Abschluss 2014 bildet zweifelsohne die mobile Eisbahn, die seit dem 28.11. direkt auf dem hauseigenen Strand platziert wurde. Bis zum 01.02. kann hier täglich Schlittschuh gelaufen oder Eisstockschießen gespielt werden. 

 LAGO BEACH ZÜLPICH

Cellitinnenweg 1 // 53909 Zülpich

Telefon 02252 / 532 66

E-Mail info@lago-zuelpich.de

www.lago-zuelpich.de

facebook.com/lago-zuelpich 



LAUFE, FIERE, DANZE

ZWEITE TEILNAHME AM BUSINESSRUN

// Marion Weber, Referentin für Unternehmenskommunikation, MARIENBORN gGmbH

So lautete am 21. August 2014 bereits zum zweiten Mal das Motto für die Mitarbeiter der Gesellschaften der Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln beim HRS BusinessRun Cologne, des größten Firmenlaufs in NRW.

Am Stiftungszelt trafen sich wieder alle Sportler zum gemeinsamen Gruppenfoto, bevor der Lauf dann um 18.00 Uhr in Startblock 4 losging. Nicht nur die Gesamtteilnehmerzahl aus dem letzten Jahr wurde 2014 mit ca. 17.500 Läufer insgesamt getoppt, auch die Teilnehmerzahl unserer Läufer konnte von 234 auf 276 gesteigert werden!

Die Organisatoren des Firmenlaufs hatten sich im Hinblick auf die im vergangenen Jahr ziemlich langen Wartezeiten erfolgreich darum bemüht, eine Verbesserung herbeizuführen. Auf das Wetter hatten sie allerdings keinen Einfluss. War es im letzten Jahr noch tropisch heiß, so drohten am 21.8. nicht nur kühlere Temperaturen, sondern auch Gewitter und Regen. Doch das störte niemanden.

Den Spaß am Laufen wiederentdeckt

Angesteckt von der Begeisterung ihrer Kollegen, die im Vorjahr bereits an dem Lauf teilgenommen hatten, liefen nun einige zum ersten Mal mit.



So z. B. Hans Peter Gehlen, Jahrgang 1955 und Mitarbeiter der Technik der MARIENBORN gGmbH. Gefragt, warum er teilgenommen hat, antwortete er: „Ich bin früher viel gelaufen. Dann kamen die Kinder und andere Dinge hatten Priorität. Als mich meine Kollegen im Frühjahr fragten, ob ich am Gemünder Stadtlauf teilnehme, habe ich spontan zugesagt und so wieder den Spaß an der Bewegung entdeckt. Deshalb sind wir auch im Team beim diesjährigen HRS BusinessRun mitgelaufen“. Und das mit einem Klasseergebnis: Das Team belegte mit einer Gesamtzeit von 01:32:39 den 1.034. Platz. Hans Peter Gehlen kam in einer Zeit von 00:29:40 ins Ziel und wurde 122. in seiner Altersklasse.

Auch viele bekannte Gesichter aus dem Vorjahr waren zu sehen. Gefragt nach ihrer Motivation war oft die Antwort: „Es war im letzten Jahr so toll, dass wir dieses Jahr unbedingt wieder dabei sein wollten.“

Schnellster Teilnehmer unseres Gesamtteams wurde Franz Seebers (Klostersport) mit einer Zeit von 00:20:05.

Alle Altersgruppen vertreten

Aber Bestzeiten waren auch in diesem Jahr nicht ausschlaggebend für die Teilnahme, sondern die Freude am Laufen und an dem gemeinsamen Ziel.

Ältester Teilnehmer war Ludwig Schmitz, MAV-Vorsitzender der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH, mit 69 Jahren, jüngste Teilnehmerin war die 19-jährige Nora Hartmann vom St. Antonius Krankenhaus in Köln.

Aller guten Dinge sind bekanntlich drei. Ob das auch für den BusinessRun Cologne gilt – schauen wir mal! 

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM BERGHEIM

// Ricarda Kummer, Ltg. Qualitätsmanagement und Unternehmenskommunikation,
Maria-Hilf-Krankenhaus, Bergheim



v.l.n.r.: Dr. W. Mück, S. Ziegler, Dr. M. Fromme und
C. Claus

Am 1.7.2014 öffnete mit dem Medizinische Versorgungszentrum Bergheim (MVZ) eine neue Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen e. V. für ambulante Patienten auf dem Grundstück des Maria-Hilf-Krankenhauses.

Die medizinische Leitung des Zentrums hat zunächst Dr. Manfred Fromme übernommen, der zuletzt 20 Jahre die Gastroenterologische Schwerpunktpraxis in Kerpen-Horrem führte. Wie Geschäftsführer Carsten Claus sind Dr. Fromme und sein Fachkollege aus dem Maria-Hilf-Krankenhaus, Chefarzt Dr. Wolfgang Mück, Innere Medizin, sehr zufrieden, dass auf diese Weise die zeitnahe ambulante gastroenterologische Patientenversorgung im nördlichen Rhein-Erft-Kreis gesichert wird.

Dringliche Gastroskopien werden im MVZ am Tag der Anmeldung, dringliche Koloskopien am Folgetag durchgeführt. Als weitere diagnostische Leistungen im Bereich Gastroenterologie werden angeboten: Endoskopie, Polypektomie, ERCP mit Steinextraktion, PEG-Anlage, Sonographie, Endosonographie, Kaspelendoskopie und Funktionstests (Laktose, Fruktose, C13-Atemtest). Dem MVZ stehen ein kompetentes Team und eine moderne Medizintechnik zur Verfügung.

Im Medizinischen Versorgungszentrum Bergheim hat ferner die Ärztliche Psychotherapeutin Sabine Ziegler einen neuen Platz für ihre Tätigkeit gefunden. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist unter anderem spezialisiert auf die Behandlung von Depressionen, Angstzuständen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen und chronischen Schmerzzuständen. Für den Bereich Psychotherapie verfügt die sympathische und kompetente Ärztin über die kassenärztliche Zulassung. Sabine Ziegler freut sich auf ihre Tätigkeit am MVZ. Von großer Bedeutung ist für sie besonders die örtliche Nähe zu ihrer bisherigen Praxis. „Mir ist es ganz wichtig, dass ich weiter für meine Patienten da sein kann.“ 

KONTAKT

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
Klosterstraße 2 // 50126 Bergheim
Telefon 02271 / 986 68-15
info@mvz-bergheim-erft.de
www.mvz-bergheim-erft.de

ERWEITERUNG DER BEATMUNGSPFLEGE ST. SEVERINUS

Die Beatmungspflegeeinrichtung hat sich zu einem großen Erfolgsmodell entwickelt.

Eröffnet wurde die Einrichtung im Juni 2011 mit 21 Plätzen als Pilotprojekt, um in der außerklinischen Beatmung eine spezialisierte Versorgung anbieten zu können. Durch den Umbau einer weiteren Etage wurde die Platzzahl in diesem Jahr um 50 Prozent auf 31 Plätze erweitert.

Im Rahmen dieses Umbaus wurden erhebliche Abbrucharbeiten erforderlich, die zur Vermeidung von Lärm in einer neuartigen Technik ausgeführt wurden: Mit hydraulischen Zangen wurden Mauern ‚herausgeknabbert‘. Die Umbauzeit war mit fünf Monaten kurz, die Kosten lagen bei ca. 900.000 €

Es ist gelungen, hohe Funktionalität der Räumlichkeiten mit Wohnlichkeit zu verbinden.

Besonderheiten des Konzepts – die rehabilitative Pflege mit optimaler ärztlicher Versorgung durch das Team um Herrn Dr. Galetke – sind der Schlüssel für den Erfolg.

Diese Erfolge zeigen sich u. a. in einer unerwartet hohen mittleren Verweildauer der Bewohner. Sie beträgt derzeit ca. 1,5 Jahre. Ursprünglich war man von 0,5 Jahren ausgegangen. Ein weiterer Beleg für den Erfolg ist, dass im Laufe der Zeit drei Bewohner doch noch vom Beatmungsgerät entwöhnt und mit sehr geringem Unterstützungsbedarf in das häusliche Umfeld entlassen werden konnten.

Die Beatmungspflege St. Severinus hat sich zu einem Leuchtturm-Projekt entwickelt, welches auch überregional Beachtung findet. Neben der Gesundheitsministerin des Landes NRW informieren sich regelmäßig Krankenkassen und anderen Trägern vor Ort. 

IMPRESSUM

3. Jahrgang // Heft 6/2014

Auflage: 7.600 Stück // halbjährlich

Herausgeber: Stiftung der Cellitinnen e. V.

Vorsitzender des Vorstandes: Dieter Kesper

Anschrift der Redaktion: Stiftung der Cellitinnen e. V.

Kartäuserhof 45 // 50678 Köln

Telefon 0221/933 07-10 // Fax 0221/933 07-13

E-Mail redaktion@stdc.de

Redaktionsteam: Paul Emsermann (pe), Isabell Fischer-Laubis (if) Heidi Jansen (hj), Susanne Jost (sj), Ricarda Kummer (rk), Ilse Schmitz (is), Dr. Kathrin Schneider (ks), Rosemarie Simonis (rs), Marion Weber (mw), Karl-Heinz Will (khw)

Layout: Jeannette Corneille, Köln

Druck: Druckerei Schäfer & Schott GmbH, Pulheim

Preis: Unentgeltlich an Bewohner, Patienten, Mitarbeiter, Freunde und Unterstützer der Stiftung der Cellitinnen e. V.

Erfüllungsort und Gerichtsstand: Köln.

Die Redaktion behält sich sinngemäße Änderungen und Kürzungen der eingesandten Manuskripte vor.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.

Bildnachweis:

Titelbild: Jennifer Braun // S. 2-3: Foto-Collage mit Bildern von bitstarr, stockwerk23, codswollop, designritter – photocase.de, © h_lunke, © sudok1, © kanate, © photocrew, © tashka2000, © coldwaterman, © Ralf Gosch, © GIBLEHO, © Michael Nivelet – Fotolia.com // S. 4: Jennifer Braun // S. 5: Foto-Collage mit Bildern von Peter Altmann, misterQM – photocase.de, © kanate –



Fotolia.com // S. 7: Foto-Collage mit Bildern von Peter Altmann, Yvonne Reimer, Herbert Marx, © kanate, © Adagio – Fotolia.com // Seite 8: Foto-Collage mit Bildern von Peter Altmann, Ursula Oberrauner, © kanate – Fotolia.com // Seite 11: Foto-Collage mit Bildern von himberry – photocase.de, © kanate, © contrastwerkstatt, photowahn – Fotolia.com // Seite 13: Sinje Herrenbrück // Seite 14: Foto-Collage mit Bildern von Gräfin. – photocase.de, © kanate, © Rawpixel, © Light Impression © sergojpg – Fotolia.com // Seite 16: Foto-Collage mit Bildern von Mella, SnoWmEN – photocase.de, © sasel77, © kanate, © Jürgen Fächle – Fotolia.com // Seite 18: Foto-Collage mit Bildern von eskemar – photocase.de, © kanate, © Ana Blazic Pavlovic, © PhotoSG, © contrastwerkstatt – Fotolia.com // Seite 19: Marion Weber // Seite 19/20: covidien // Seite 21: an.ma.nie – photocase.de // Seite 23: Jennifer Braun // Seite 28: Dr. med. Frank Schellhammer // Seite 29: cyooh – photocase.de // Seite 30: Hanna Witte // Seite 31/32: Klaus Dieter Becker // Seite 34: Herbert Marx // Seite 35: Stefan Lindauer // Seite 37: Marion Weber // Seite 38/39: Marion Weber, Peter Altmann

Zur besseren Lesbarkeit wird in den meisten Fällen auf eine Unterscheidung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet.

UNSERE EINRICHTUNGEN

KRANKENHÄUSER:

Krankenhaus der Augustinerinnen 
Jakobstraße 27–31 // 50678 Köln-Südstadt
Telefon 0221 / 33 08-0
www.koeln-kh-augustinerinnen.de

St. Antonius Krankenhaus 
Schillerstraße 23 // 50968 Köln-Bayenthal
Telefon 0221 / 37 93-0
www.antonius-koeln.de

St. Agatha Krankenhaus 
Feldgärtenstraße 97 // 50735 Köln-Niehl
Telefon 0221 / 71 75-0
www.st-agatha-krankenhaus.de

Maria-Hilf-Krankenhaus 
Klosterstraße 2 // 50126 Bergheim
Telefon 02271 / 87-0
www.maria-hilf-krankenhaus.de

Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit
angeschlossener Psychiatrischer Institutsambulanz (PIA) 
Tagesklinik Zülpich 
Tagesklinik Hürth 
der MARIENBORN gGmbH
Luxemburger Straße 1 // 53909 Zülpich
Telefon 02252 / 53-0
www.marienborn-psychiatrie.de

ALTENHILFEEINRICHTUNGEN:

Beatmungspflege St. Severinus 
am Krankenhaus der Augustinerinnen
Kartäusergasse 4 // 50678 Köln-Südstadt
Telefon 0221 / 98 55 62-0
www.bp-sanktseverinus.de

Altenzentrum und Wohnheim St. Katharina 
Feldgärtenstraße 109 // 50735 Köln-Niehl
Telefon 0221 / 27 14 10-0
www.az-sanktkatharina.de

Altenzentrum St. Josefsheim 
Aachener Straße 1312 // 50859 Köln-Weiden
Telefon 02234 / 70 10-0
www.az-sanktjosefsheim.de

Altenzentrum St. Anno 
Piccoloministraße 291 // 51067 Köln-Holweide
Telefon 0221 / 96 97 90-0
www.az-sanktanno.de

Altenheim St. Martin 
Hauptstraße 49 // 51143 Köln-Porz
Telefon 02203 / 86 95-0
www.ah-sanktmartin.de

Altenzentrum St. Augustinus 
Augustinusstraße 10 // 50226 Frechen-Königsdorf
Telefon 02234 / 963 40-0
www.az-sanktaugustinus.de

Altenheim Maria Hilf 
Brunnenallee 20 // 53332 Bornheim-Roisdorf
Telefon 02222 / 709-0
www.ah-mariahilf.de

Altenheim Kloster Heisterbach 
Heisterbacher Straße
53639 Königswinter-Oberdollendorf
Telefon 02223 / 702-0
www.ah-klosterheisterbach.de

Altenzentrum St. Elisabeth 
Am Wassersportsee 1 // 53909 Zülpich-Hoven
Telefon 02252 / 53 40-0
www.az-sanktelisabeth.de

Pflegezentrum St. Hermann-Josef 
Höhenweg 2–6 // 53947 Nettersheim
Telefon 02486 / 95 95-0
www.pz-sankthermannjosef.de

TAGESPFLEGEINRICHTUNG:

Tagespflege und Betreuungszentrum Maria Hilf 
Brunnenallee 20 // 53332 Bornheim-Roisdorf
Telefon 02222 / 709-0
www.ah-mariahilf.de

AMBULANTE PFLEGE:

Kerpener Pflegedienst
der MARIENBORN mobil gGmbH 
Hahnenstraße 45–47 // 50171 Kerpen
Telefon 02237 / 974 77 99
www.kerpener-pflegedienst.de

KURZZEITPFLEGEINRICHTUNGEN:

Kurzzeitpflege am St. Antonius Krankenhaus 
Schillerstraße 23 // 50968 Köln-Bayenthal
Telefon 0221 / 37 93-0
www.antonius-koeln.de

Kurzzeitpflege am St. Agatha Krankenhaus 
Feldgärtenstraße 97 // 50735 Köln-Niehl
Telefon 0221 / 71 75-0
www.st-agatha-krankenhaus.de

MED. VERSORGUNGSZENTRUM:

Medizinisches Versorgungszentrum Bergheim **(D)**
 Klosterstraße 2 // 50126 Bergheim
 Telefon 02271 / 986 68-15
 www.mvz-bergheim-erft.de

WOHNVERBUND:

Wohnverbund der MARIENBORN gGmbH **(E J)**
 Luxemburger Straße 1 // 53909 Zülpich-Hoven
 Telefon 02252 / 835 59-0
 www.marienborn-wohnverbund.de

CATERINGGESELLSCHAFT:

Catering der MARIENBORN gGmbH **(E L)**
 Am Wassersportsee 2 // 53909 Zülpich-Hoven
 Telefon 02252 / 53-187
 www.catering-euskirchen.de

Catering der MARIENBORN gGmbH **(L)**
 Klosterstube Heisterbach
 Heisterbacher Straße // 53639 Königswinter
 Telefon 02223 / 70 21 75
 Fax 02223 / 70 21 76
 www.klosterstube-heisterbach.de

INTEGRATIONSBETRIEB:

LAGO BEACH ZÜLPICH powered by MIC gGmbH **(E)**
 Cellitinnenweg 1 // 53909 Zülpich
 Telefon 02252 / 532 66
 www.lago-zuelpich.de

KRANKENPFLEGESCHULE:

Louise von Marillac-Schule **(N)**
 Merheimer Straße 221-223 // 50733 Köln-Nippes
 Telefon 0221 / 77 12-327
 www.krankenpflegeschule-koeln.de

KINDERTAGESSTÄTTE:

Kindertagesstätte St. Josef **(J)**
 Augustinusstraße 10 // 50226 Frechen-Königsdorf
 Telefon 02234 / 625 23
 www.katholische-kindergaerten.de

SERVICEGESELLSCHAFT:

KdA Service Gesellschaft **(A)**
 Kartäuserhof 41 // 50678 Köln-Südstadt
 Telefon 0221 / 33 08-1906
 www.koeln-kh-augustinerinnen.de

Krankenhaus der Augustinerinnen **(A)**
 Severinsklösterchen
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

St. Antonius Krankenhaus **(B)**
 Gesundheitszentrum Köln-Süd
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

st. agatha **(C)**
 krankenhaus köln

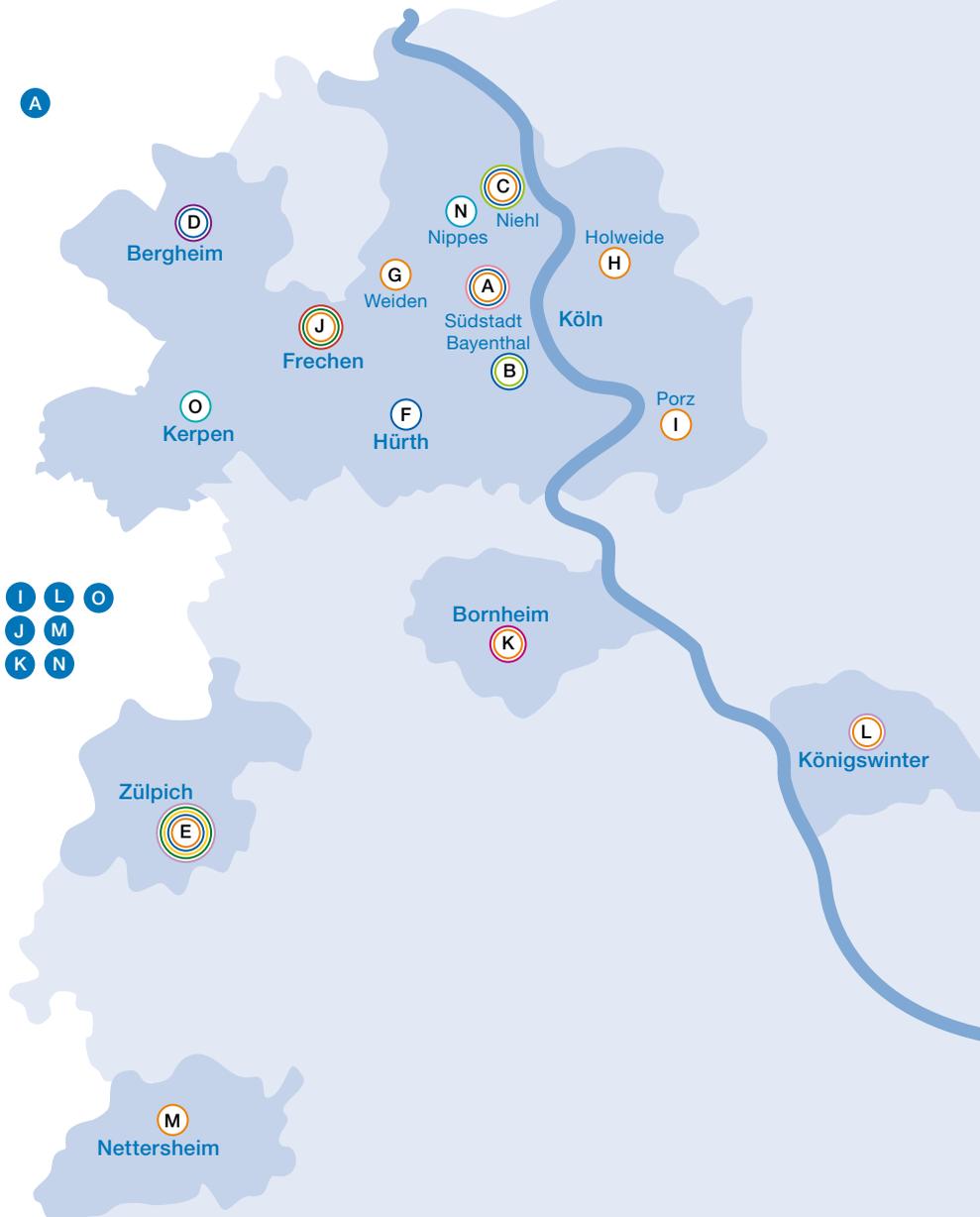
MHK **(D)**
 Maria-Hilf-Krankenhaus

MARIENBORN gGmbH

MVZ **(D)**
 MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM BERGHEIM

Katholische Kindertagesstätte St. Josef **(J)**

Louise von Marillac-Schule **(N)**
 Katholische Bildungsstätte für Berufe im Gesundheitswesen



Stiftung der Cellitinnen e. V.
Kartäuserhof 45 // 50678 Köln
Telefon 0221/933 07-10
Fax 0221/933 07-13
E-Mail redaktion@stdc.de
www.stdc.de

