WITTEN transparent

- - - KOSTENLOS ZUM MITNEHMEN - - - Für Witten und Bochum-Langendreer

Nr. 8 / September 2021

FEHLBILDUNGEN

ANGEBOREN / ERWORBEN

Marien Hospital:

Fatigue-Syndrom nach Corona-Infektion

Seite 4

Kapitäne gehen von Bord:

Dr. Harff und Dr. Klein verlassen das Dermacenter

Seite 28

ST. ELISABETH GRUPPE
KATHOLISCHE KLINIKEN RHEIN-RUHR

Umfassende Versorgung für Groß und Klein

Im Kindermedizinischen Zentrum der St. Elisabeth Gruppe versorgen unsere Experten gemeinsam mit einem niedergelassenen Kinderarzt rund um die Uhr Kinder und Jugendliche jeden Alters – von den kleinsten Frühgeborenen unter 400g bis zu 18-jährigen jungen Erwachsenen. Zum Kindermedizinischen Zentrum gehören:

- Kinder- und Jugendklinik
- Geburtshilfe
- Klinik für Kinderchirurgie
- Niedergelassener Pränatalmediziner
- Niedergelassener Kinderradiologe

Kindermedizinisches Zentrum der St. Elisabeth Gruppe
Standort: Marien Hospital Witten
Marienplatz 2 | 58452 Witten

Fon 0 23 02 - 173 - 13 53
kinderzentrum@elisabethgruppe.de
www.marien-hospital-witten.de

EDITORIAL

Wo sind die Grenzen von Respekt und Toleranz in unserer Gesellschaft?

Die paraolympischen Spiele in Tokio sind vermeintliche Indizien dafür, dass Leistungen durch Menschen mit Behinderungen (in diesem Fall sportliche) gleichwertiges, öffentliches Interesse erwecken können. Das erscheint gut und war vor Jahren anders. Dennoch bleibt bei der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen noch viel zu tun.
Das kürzlich verabschiedete Teilhabestärkungsgesetz ist ein weiterer richtiger Schritt hierzu.

In dieser Ausgabe von Witten Transparent beschäftigen wir uns mit dem Thema angeborener und erworbener Fehlbildungen in verschiedenen medizinischen Fachbereichen.

Ist unsere Gesellschaft offener und toleranter geworden? Und wenn das so wäre, bedeutet das dann auch, dass sie verantwortungsbewusst die Schwächeren schützt und sich mit klarer Kante für die Vernunft einsetzt, auch gegen den Willen einer Minderheit?

Immer noch führt die „Impfskepsis" einer Minderheit zu einer Gefährdung derjenigen, die ungeschützt bleiben müssen, da Daten über ihre sichere Impfung noch fehlen. Ich rede von Kindern, die in den letzten eineinhalb Jahren für die Erwachsenen deutliche Einschränkungen auf sich nehmen mussten. Wir können unsere jüngeren Kinder zurzeit nur dadurch schützen, indem sich möglichst alle Jugendlichen und Erwachsenen impfen lassen. Sie sind auf die Solidarität der anderen Gesellschaftsmitglieder angewiesen, das bedeutet, dass sich nun auch diese Menschen einen Ruck geben müssen, die sich bisher noch nicht zu einer Impfung durchringen konnten. Sonst wird es diesen Winter Familien geben, die ein schwerkrankes Kind haben werden oder sogar um ein Kind trauern müssen. Das kann auch der Neffe oder die Enkelin von einem ungeimpften Angehörigen sein. Wer will das riskieren? Die Kinder werden gar nicht so krank? Ja, stimmt die meisten nicht. Aber bei den vielen Kindern, die wir zum Glück haben, wird es dann eben doch einige schwere Verläufe dieser Krankheit geben. Wenn, ja wenn es nicht mehr Menschen geben wird, die sich doch noch diesen Ruck geben.

Die Schwächsten unserer Gesellschaft sind jetzt abhängig von dem „Mut" einer Minderheit.
Wie immer diese Minderheit sich verhalten wird: Ab einer bestimmten Inzidenz und Auslastung der Intensivstationen, wird nur eine strikt kontrollierte 2G Regel einen erneuten Lockdown verhindern.

Ein weiteres Thema, was mir am Herzen liegt:

Aktion gegen Frustration!
Im Vorfeld der Bundestagswahl stelle ich in vielen Gesprächen eine Frustration fest bezüglich der fehlenden Möglichkeit, direkt auf das politische Geschehen einzuwirken. Viele fühlen sich nicht genügend mit ihren Ansichten bei den Parteien vertreten. Wir können zwar schon zum Beispiel Petitionen unterschreiben, wenn wir nicht in einer Partei aktiv werden wollen. Es gibt aber schon lange darüber hinaus gehende Forderungen nach mehr Bürgerbeteiligung. So stand schon im Koaltionsvertrag 2018, dass eine Expertenkommission eingesetzt werden sollte, die die bewährte parlamentarisch-repräsentative Demokratie durch Elemente der Bürgerbeteiligung und direkter Demokratie ergänzt werden soll. Das Ziel war die Stärkung demokratischer Prozesse. Passiert ist aber bisher noch zu wenig.

Gehen Sie am 26.9. zur Wahl und fordern Sie ihre gewählten Vertreterinnen auf, dieses Versprechen umzusetzen. Bis das dann realisiert worden ist, können Sie unter anderem die Initiative Abstimmung 21 nutzen, die sich aktuell und parallel zur Bundestagswahl zu vier gesellschaftspolitisch wichtigen Themen engagiert. Hier können Sie aktiv Politik mitgestalten, indem Sie ihre Meinung an die Politiker übermitteln.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre

Dr. Kurt-Martin Schmelzer

Luftholen – Gemeinsam durchatmen nach einer Corona-Infektion

Auch nach einer überstandenen Corona-Infektion klagen Patienten häufig noch über Luftnot und Müdigkeit, die sie im Alltag einschränken – dabei kann es sich um das sogenannte Fatigue-Syndrom handeln. Um Betroffenen Fragen rund um das Syndrom zu beantworten, bot die Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Pneumologie des Marien Hospital Witten Anfang August einen gemeinsamen Spaziergang zum Austausch mit Ärzten, Physiotherapeuten und anderen Teilnehmern an. Da das Konzept gut ankam, findet am Donnerstag, dem 30. September 2021, erneut ein Termin statt.

Das Fatigue-Syndrom, auch Erschöpfungssyndrom genannt, kann nach einer durchgemachten Viruserkrankung auftreten, z. B. nach einer Corona-Infektion. Betroffene klagen häufig über einen anhaltenden Erschöpfungszustand sowie über Luftnot und Atemprobleme. Im Rahmen einer Patientenveranstaltung unter dem Motto „Luftholen – Gemeinsam durchatmen nach einer Corona-Infektion“ bieten Ärzte der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Pneumologie des Marien Hospital Witten Betroffenen einen Spaziergang zum gemeinsamen Austausch an. Die Teilnehmer können Unsicherheiten und Fragen mit den Ärzten bezüglich ihrer Symptome nach der Corona-Infektion und Behandlungsmöglichkeiten klären. Außerdem werden nach dem gemeinsamen Gehtraining Atem- und Entspannungsübungen mit den Physiotherapeuten des Zentrum für Prävention, Therapie, Rehabilitation und sportmedizinische Diagnostik am Standort Marien Hospital Witten absolviert, um die Rückkehr in den Alltag zu unterstützen.

Die Veranstaltung findet bereits zum zweiten Mal statt. „Die Teilnehmer haben die erste Veranstaltung sehr gut angenommen und waren froh, sich mit anderen Betroffenen und uns austauschen zu können“, erklärt Dr. Monika Segelbacher, leitende Oberärztin der Klinik. „Wir freuen uns deshalb sehr, dass wir die Veranstaltung nun erneut anbieten können.“

Weitere Informationen und Anmeldung

Die Veranstaltung findet am 30. September 2021 um 17.00 Uhr statt. Treffpunkt ist der Parkplatz Hohenstein in 58453 Witten. Die Teilnehmerzahl der Patientenveranstaltung ist begrenzt. Eine Teilnahme ist daher nur nach vorheriger telefonischer Anmeldung beim Sekretariat der Klinik unter Tel. 02302 - 173 - 1371 möglich.

Dr. Monika Segelbacher
Leitende Oberärztin
Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Intensivmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin
Marien Hospital Witten

WITTEN transparent

Impressum

Verlag: Verlag Olaf Gellisch - Somborner Str. 2a
44894 Bochum - Tel. 0234 / 43 86 85 45
E-Mail: wittentransparent@online.de
www.witten-transparent.de

Redaktion: Olaf Gellisch (verantwortlich)
In Kooperation mit dem Ärzteverein Witten e.V.

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Kurt-Martin Schmelzer, PD Hans-Jörg Hippe, Prof. Dr. Andreas Wiedemann, Dr. Ulrich Klein, Dr. Bahman Gharavi, Prof. Dr. Burkhard Dick, Oliver Roßbach, Dr. Polykarpos C. Patsalis, Aleyander Ivchenko, Dr. Mohamad Alrefai

Anzeigen: Verlag Olaf Gellisch (verantwortlich)
faircom / Bernd Dobner

Satz und Gestaltung: Verlag Olaf Gellisch
Druck: Strube Druck & Medien OHG, Felsberg

Es gilt die Anzeigenpreisliste von Nr. 2 von Januar 2021.
Namentlich gekennzeichnete Artikel spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider, sondern grundsätzlich die der namentlich genannten Autoren. Für unverlangt eingesandtes Text- und Bildmaterial sowie für Datenträger wird keine Haftung übernommen. Witten transparent erscheint jeweils monatlich (Ausnahme Doppelausgabe Juli/August) in Witten und in Bochum-Langendreer.

Anzeigen- und Redaktionsschluss für die Ausgabe Oktober 2021 ist am Donnerstag, 7. Oktober.
Ihr Witten transparent

Medizin – Pflege – Therapie
Klinik für Urologie
Ev. Krankenhaus Witten
Lehrkrankenhaus der Universität Witten/Herdecke

Ambulanzführung

Nächster Termin: **Dienstag, 5. Oktober 2021** – 18 Uhr
Treffpunkt: Urologische Ambulanz, 1. OG

- Prostataprobleme? • Interesse am GreenLight-Laser?
- Durch die 3D-Operationsbrille blicken?

Zutritt haben nur Personen, die die 3-G-Regel erfüllen. Es gelten die allgemeinen Hygieneregeln. Anmeldung nicht erforderlich.

Ev. Krankenhaus Witten
Klinik für Urologie
Chefarzt Prof. Dr. Wiedemann
Pferdebachstr 27
58455 Witten
Fon 02302.175-2521
www.evk-witten.de
www.facebook.com/evkwitten

KONTINENZ- UND BECKENBODENZENTRUM HAGEN-WITTEN

Foto-Ausstellung im Kolping-Hotel Witten:

„Die Zukunft braucht Pflege“

Der Street-Fotograf Ralf Scherer hat über mehrere Monate das Wittener Caritas-Pflegeteam begleitet und dabei Seniorinnen und Senioren und das Caritas-Personal mit seiner Kamera eingefangen. Der Intensivpfleger aus dem Marien-Hospital begleitete die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in ihrem Alltag in der ambulanten Pflege, bei ihren Besuchen der Menschen zuhause oder lernte die Senioren-WG in Witten-Bommern kennen.

Dass ihm als Fotograf emotionale Einblicke möglich waren, erklärt sich der 52-Jährige mit seinem hauptberuflichen Werdegang. „Ich bringe dafür aus beiden Welten etwas mit“, sagt der Krankenpfleger, der seit 25 Jahren auf der Intensivstation des Wittener Marienhospitals arbeitet. „Es ist ein intensiver Job – mit Freude und Leid gleichermaßen. Ein Job, bei dem man sehr viel mit Menschen zu tun hat.“

Für seine Arbeit wie für seine Art der Fotografie brauche man „sehr viel Einfühlungsvermögen“. Bei seinen fotografischen Hauptthemen „Straße und Menschen“ ist der Hattinger nur mit einem Objektiv unterwegs, das nicht zoomen kann. „Ich muss immer nah an die Menschen heran, mich immer sozusagen in ihre intime Zone begeben“, sagt er. Vor zehn Jahren begann Scherer mit seinen ersten Schritten in Sachen Fotografie. „Und ich habe das Gefühl, dass das, was ich fotografiere, raus muss.“ Für dieses Gefühl ist der 52-Jährige, der in Hattingen und darüber hinaus auch als Mitglied der Band „Feedback“ bekannt ist, „auf den Straßen in ganz Europa unterwegs“. Er fängt Unbekannte in alltäglichen wie besonderen Situationen mit seiner Linse ein und ist begeistert über die „unheimlich schönen Gespräche, die daraus entstanden sind“.

Der Kontakt zur Caritas Witten kam über einen Mitarbeiter des Verbands zustande, mit dem Scherer früher im Marienhospital gearbeitet hatte. Ein Jahr lang war Scherer jeden Monat für etwa ein Dutzend Stunden mit Pflegekräften unterwegs. Für die Ausstellung musste sich der Fotograf zwischen 2000 Bildern entscheiden, die in dieser Zeit gemacht hat.

Bei der Ausstellungseröffnung: *Hartmut Claes vom Caritasverband Witten (links) mit Fotograf Ralf Scherer*

Privatpraxis für Dermatologie und Allergologie

HAUTFACHÄRTZLICHE PARTNERSCHAFT
dermaticon
PRIVAT

Hautkrebsvorsorge
Ambulante Operationen
Lasertherapie
Med.Kosmetik und Ästhetik

Dr. Volker Harff

Dr. Ulrich Klein

Dr. Walter Heyden

Dr. Peter Wenzel

dermaticon privat
Kemnaderstraße 316
44797 Bochum
Tel: 0234-9158050-0

Filialpraxis Volmarstein
Hauptstraße 50
58300 Wetter/Volmarstein
Tel: 02335-683818

24 Stunden Termingarantie

www.dermaticon-privat.de
praxis@dermaticon-privat.de

PhysioTeam Steinecke

Seit 2 Jahren
für Ihre Gesundheit im Einsatz

Unser Praxis-Angebot:
- Krankengymnastik
- Therapie bei Funktionsstörungen im Becken
- CMD-Therapie
- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage
- Massagen
- Wärmetherapie
- Elektrotherapie
- Medistream/Hydrojet
- Rehasport
- Rückbildungsgymnastik
- Kinesio-Tape
- Hausbesuche

Ardeystraße 109 58452 Witten
Tel.: 02302 - 933 48 01
0178 - 889 4673 (auch per Whatsapp)
pt-steinecke@gmx.de

WITTEN transparent
Seit 10 Jahren Ihr Praxismagazin für Witten und Bochum-Langendreer

- ANZEIGE -

Familien- und Krankenpflege Witten startet mit neuen Ideen durch

Ende 2019 startete das Projekt „Miteinander und nicht allein – selbstbestimmt im Alter“ durch die Förderung des Landes NRW. Die Corona-Pandemie hatte die Planungen teilweise auf Eis gelegt. Jetzt will die Familien- und Krankenpflege Witten e.V. nicht nur das Projekt verlängern, sondern mit neuen und aufgefrischten Ideen wieder Leben einhauchen.

Café Atempause – Nach langer Zwangspause und mit frischem Wind wird das Café Atempause wieder starten: Und zwar jeden ersten Donnerstag im Monat von 10.30 bis 12 Uhr. Ort: Tagespflege Am Mühlengraben, Wetterstraße 8. Hier stehen pflegende Angehörige im Fokus. Sie kümmern sich häufig rund um die Uhr – dabei bleiben die eigenen Wünsche und Bedürfnissen auf der Strecke. Miteinander reden, Zeit für sich selbst nehmen und mit Gleichgesinnten austauschen – das steht dann für eine kurze Auszeit an.

Snack am Leuchtturm – Ein neuer Treffpunkt wird der „Snack am Leuchtturm“ sein. Jeden dritten Dienstag im Monat gibt es von 16 bis 18 Uhr ein offenes Angebot für Menschen ab 67plus. Ort: Tagespflege Am Mühlengraben, Wetterstraße 8. In der ersten halben Stunde stehen Themen wie Sicherheit, Gedächtnistraining, Netzwerk knüpfen sowie Tanzen und Bewegung an. Anschließend steht – bei einem kleinen Snack – und bei gutem Wetter nahe dem Leuchtturm am Ruhrdeich – der Austausch im Vordergrund. Die Teilnehmerzahl ist auf zehn Personen begrenzt. „Ehrenamtliche Helfer sind ebenso gerne willkommen“, sagt Rebecca Mensah, verantwortlich bei der Familien- und Krankenpflege Witten e.V. für das Projekt Miteinander. Übrigens: Mit einem umfassenden Hygiene-Konzept werden die Treffen organisiert und bieten ein höchstes Maß an Sicherheit. Darüber hinaus ist auch ein Fahrdienst ab der Haustür möglich. Dies gilt auch für Rollstuhlfahrer.

Telefonische Sprechstunde

Freitags findet nach wie vor die telefonische Sprechstunde zwischen 11 und 13 Uhr statt: Tel. 9404026. Hier erhalten Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen und es wird nach Lösungen geschaut. Das Motto: „Wir hören zu und kümmern uns.“

Mitte August fand die Kick Off-Veranstaltung mit einem Café Atempause statt. „Wir sind zurück mit einem altbewährten, aber aufgefrischten Konzept“, erklärt Rebecca Mensah. „Darüber hinaus haben wir auch hygienische Bedingungen geschaffen.“ Soll heißen: Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind geimpft. Zudem gibt es für alle Besucher eine kostenlose Testmöglichkeit vor Ort. Sowohl das Café Atempause als auch der Snack am Leuchtturm sind kostenlos; es bedarf aber einer telefonischen Anmeldung unter Tel. 70 700 11.

Info Projekt Miteinander – Seit Januar 2020 stehen Wittener Bürgerinnen und Bürger über 67 im Fokus. „Wir haben es uns zum Ziel gemacht, Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen zu unterstützen, sie zu begleiten und ihnen ein offenes Ohr zu bieten. Diese möchten wir, durch verschiedene Angebote wie beispielsweise eine Telefonsprechstunde erreichen, die Unterstützung und Beratung miteinander vereint. Darüber hinaus wird Angehörigen angeboten, sich zu informieren und sich zu verschiedenen Themen wie z. B. Wohnraumgestaltung, Unterstützungsangebote oder auch zu ganz individuellen Themen beraten zu lassen, erklärt Rebecca Mensah.

Als Grundlage der Projektplanung steht, neben der zahlreichen praktischen Erfahrungswerte der Familien- und Krankenpflege Witten, welche einen enormen Bedarf in der Vermeidung von Isolation im Alter sieht, der Pflegebericht des Ennepe-Ruhr-Kreises 2018.

Diese drei Säulen bieten die Schwerpunkte der Arbeit:

- Angebote zur Stärkung des Selbstbewusstseins
- Angebote zur Teilhabe und Unterstützung des täglichen Lebens
- Angebote zur Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens

Unser Projekt soll die „Selbstbestimmtheit im Alter“ erhalten und stärken. Denn: Jeder Mensch ist individuell und so auch Wünsche, Bedürfnisse aber auch Ängste und Nöte. Darauf liegt unser Hauptaugenmerk jeden Menschen in seiner Individualität und ihn so in seiner freien Entfaltung seiner Persönlichkeit zu unterstützen. Rebecca Mensah: „Wir hören zu und kümmern uns.“

Rebecca Mensah ist unter Tel. 70 700 11.zu erreichen.

Ambulante Pflege

- ✓ Alten- und Krankenpflege
- ✓ Alle Leistungen aus der Pflegeversicherung
- ✓ Beratung zu Pflege und Betreuung

Tagespflege

- ✓ Teilstationäre Pflege
- ✓ Mo bis Fr 8 bis 16 Uhr
- ✓ Seniorengerechte Bewegung und Beschäftigung
- ✓ Frisch zubereitete Mahlzeiten

Essen auf Rädern

- ✓ Vielfältige Menüauswahl
- ✓ Täglich frisch zubereitet
- ✓ Verzehrwarm ausgeliefert
- ✓ Flexible Bestellmöglichkeit auch online

www.familien-krankenpflege-witten.de

Familien- und Krankenpflege e. V. Witten

Tagespflege
Wullener Feld 34
☎ 0 23 02/70 76 830

Tagespflege
Wetterstraße 8
☎ 02302/70 700-11

Pflegedienst
Wullener Feld 34
☎ 0 23 02/9 40 40-0

Pflegedienst
Wetterstraße 8
☎ 0 23 02/70 700-20

Essen auf Rädern
Wullener Feld 34
☎ 0 23 02/9 40 40-10

Chefarzt Prof. Dr. Sven Schiermeier (r.) *freut sich gemeinsam mit den Eltern Mandy Dambrowske und Pascal Steidel über die Geburt des kleinen Jayden.*

2.000 Geburt im Marien Hospital Witten:

Jubiläumsbaby Jayden ist da!

3.795 Gramm, 54 Zentimeter – das sind die Maße des kleinen Jayden, der am 29. August 2021 das Licht der Welt im Marien Hospital Witten erblickte. Über seine Geburt freuen sich nicht nur die stolzen Eltern, sondern das gesamte Team der Geburtshilfe, denn der Kleine ist bereits die 2.000 Geburt im Jahr 2021, die damit so früh wie noch nie stattfand.

Mutter Mandy Dambrowske (23) und Vater Pascal Steidel (29) haben schon gespannt auf die Geburt ihres Sohnes gewartet. Einen Tag vor dem geplanten Termin ging es dann los und die beiden machten sich am Morgen des 29. August auf den Weg in das Marien Hospital Witten. „Leider kam es nach einigen Stunden im Kreißsaal zu einem Geburtsstillstand, darum kam Jayden schließlich per Kaiserschnitt zur Welt“, erinnert sich Mutter Mandy. Vater Pascal konnte die werdende Mutter die gesamte Zeit unterstützen, erst im Kreißsaal und schließlich auch im OP. Um 21:38 Uhr war es dann so weit und Jayden wurde geboren.

Für das Marien Hospital Witten entschied sich das Paar aufgrund von Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis. Und auch aufgrund ihrer eigenen Erfahrung: „Wir wurden beide bereits hier geboren“, schmunzeln die Wittener. Nun kam auch ihr Sohn im gleichen Krankenhaus zur Welt. Nach der ersten Eingewöhnungsphase gemeinsam im Krankenhaus freuen sich die junge Eltern nun darauf den Neuzugang zuhause ihren Familien vorzustellen und haben bereits fleißig Fotos des Kleinen verschickt.

Steigende Geburtenzahlen im Marien Hospital Witten

Das Marien Hospital Witten erfreut sich weiterhin wachsender Beliebtheit. Unter den 2.000 Geburten sind übrigens auch 68 Zwillings- und eine Drillingsgeburt, sodass in diesem Jahr bereits 2070 Kinder geboren wurden. Mit der 2.000 Geburt am 29. August 2021 setzt sich der positive Geburtentrend fort. „Im Jahr 2020 hatten wir zum Vergleich an diesem Stichtag erst 1858 Geburten“, freut sich Prof. Dr. Sven Schiermeier, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Marien Hospital Witten. Insgesamt gab es im vergangen Jahr im Marien Hospital Witten 2873 Geburten.

forschungszentrum ruhr

Corona ist nicht alles!

Für eine klinische Studie
mit einem noch nicht zugelassenem
Impfstoff gegen eine Infektion mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV), einem weiteren Erreger von Atemswegerkrankungen
suchen wir

Frauen und Männer ab 60 Jahre.

Reisekosten- und Aufwandsentschädigungen werden bei Studienteilnahme gezahlt.

Weitere Informationen erhalten Sie beim
Forschungszentrum-Ruhr
Ärztliche Leitung: Gerd Kahrmann
Diakonissenstr. 8, 58455 Witten
Tel.:02302-282507
E-Mail: info@forschungszentrum-ruhr.de

Klamottenkiste wieder geöffnet

Die Klamottenkiste des Diakoniewerks Ruhr Witten ist ab sofort wieder jeden Mittwoch von 9:30 bis 15:30 Uhr geöffnet. Im Erdgeschoss des Appartementhauses, Pferdebachstraße 25, 58455 Witten, nehmen die Schwestern gut erhaltene und gewaschene Kleidung an, sortieren sie und bieten sie wiederum gegen eine kleine Spende an. Der Erlös ist für diakonische Projekte bestimmt.

care center Deutschland
Wir bewegen Menschen!

Wir sind für Sie da!

Sanitätshaus Witten
☑ Kompressionsstrümpfe
☑ Orthesen
☑ Orthopädische Einlagen
☑ Rollatoren & Gehstöcke
☑ Alltagshilfen

... und noch viel mehr!

Besuchen Sie uns - wir freuen uns auf Sie!

Sanitätshaus Witten
Pferdebachstraße 16 . 58455 Witten
☎ 02302 8 790 650 | witten.mitte@care-center.de
mo, di, do 8-18 Uhr | mi, fr 8-15 Uhr | sa 9-13 Uhr

Sanitätshaus Bochum
Viktoriastraße 66-70 . 44787 Bochum
☎ 0234 5 876 640
bochum.mitte@care-center.de
mo - fr 8-18 Uhr | sa 9-13 Uhr

Sanitätshaus am Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp-Platz 2 . 44789 Bochum
☎ 0234 54 660 532
bochum.sued@care-center.de
mo - fr 8-16.30 Uhr

www.care-center.de

Positives Fazit nach intensivem Impfmarathon:

Impfstelle der Universität Witten / Herdecke war erste intensive Zusammenarbeit zwischen Uni und ÄQW

Nach einem dreimonatigen Impf-Marathon schloss die Impfstelle der Universität Witten/Herdecke (UW/H) vorerst ihre Pforten. Mitte Mai dieses Jahres sind die Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Witten (ÄQW) und die UW/H eine Partnerschaft eingegangen, um den flächendeckenden Corona-Impfschutz in der Region zu ermöglichen und zu beschleunigen. Da nicht alle Hausarzt-Praxen über die notwendigen Voraussetzungen oder Ressourcen verfügten, um die Impfungen durchführen zu können, unterstützte die UW/H durch qualifiziertes Personal und geeignete Räumlichkeiten. Die Vermittlungen der Patientinnen und Patienten lief weiterhin über die ÄQW.

„Gemeinsam mit der ÄQW haben wir es geschafft, in unserer Impfstelle deutlich über 5.000 Menschen aus der Region zu impfen – in großen Teilen sogar doppelt. Damit konnten wir einen wichtigen Beitrag in der Pandemiebekämpfung hier vor Ort in Witten und an unserer Universität leisten“, sagt Dirk Jakobs, Vizepräsident der UW/H.
Auch der Geschäftsführer der ÄQW, Dr. Arne Meinshausen, zieht ein positives Fazit: „Die Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten und der Universität Witten/Herdecke war ein einzigartiges Projekt in unserer Region. Durch die Partnerschaft konnten wir die Wirksamkeit im Wittener Impfprozess deutlich erhöhen und unser Ziel, allen Wittenerinnen und Wittenern bis Ende Juli ein Impfangebot zu machen, erreichen.“

Aktuell sind die Nachfragen aus der Bevölkerung nach einer Corona-Schutzimpfung auf ein für die Hausarzt-Praxen zu bewältigendes Niveau gesunken und eine zusätzliche Impfstelle wird nicht mehr benötigt. Damit kann die Universität die Räumlichkeiten wieder für eine mögliche Präsenzlehre im kommenden Wintersemester nutzen.

Studierende mit hohem Einsatz in der Pandemiebekämpfung

„Wir haben unseren Job gemacht und sind froh und ein wenig stolz über das Geleistete. Hervorheben möchten wir aber auch die reibungslose Zusammenarbeit mit den Wittener Ärztinnen und Ärzten sowie mit unseren Studierenden aus beiden Fakultäten. Eine besondere Rolle nimmt hier die studentische Initiative CoronAid ein, die sich seit Ausbruch der Pandemie mit hohem Einsatz für die Gesundheit unserer Universitätsmitglieder und die Bürgerinnen und Bürger einsetzt“, betont Professor Klaus Weckbecker, Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung an der UW/H.

Binnen weniger Wochen wurde im Mai die Infrastruktur für die Impfstelle auf die Beine gestellt. In weniger als drei Monaten erhielten weit mehr als 5.000 Patientinnen und Patienten ihren Anti-Corona-Piks. Ein Kraftakt, der auch an der Politik nicht vorbeiging: Im Juni war beispielsweise die Fraktionsvorsitzende der Grünen, Verena Schäffer, an der UW/H zu Gast, um die Impfstelle zu besichtigen und sich mit den Verantwortlichen über das Potential auszutauschen.
„Durch diese erste intensive Kooperation von ÄQW und Universität haben sich beide Seiten besser kennen gelernt, und es ist viel Vertrauen entstanden. Eine gute Basis, um auch in Zukunft zu schauen, wo die Mediziner der Universität und ÄQW kooperieren können – zum Wohle der Wittener Bevölkerung und Studierenden“, so verlautete es im Nachgang aus der Uni.

WITTEN transparent
Ihr Praxismagazin für Witten und Bochum-Langendreer

Nicht schwer schleppen nach dem Einkauf

Boni Center bietet Lieferdienst für Mieter aus dem ServiceWohnen am Altenzentrum am Schwesternpark Feierabendhäuser

Möglichst lange selbständig in den eigenen vier Wänden leben, aber bei Bedarf auf Hilfe und Betreuungsangebote zurückgreifen können – diese Sicherheit bietet das ServiceWohnen der Diakonie Ruhr. In Witten verfügt das Altenzentrum am Schwesternpark Feierabendhäuser inzwischen über 115 barrierearme Wohnungen. Das Gelände an der Pferdebachstraße mit dem Ev. Krankenhaus Witten bietet ein hohes Maß an Versorgungssicherheit und Barrierefreiheit. Es eignet sich auch besonders gut für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Viele der meist älteren Mieterinnen und Mieter, die in den seniorengerechten Wohnungen am Altenzentrum leben, kommen zuhause – gegebenenfalls mit Unterstützung – noch gut zurecht. Doch vielen fällt es schwer, nach dem Einkaufen Lebensmittel und andere Waren nach Hause zu tragen. Diese Lücke schließt nun eine neue Kooperation zwischen den Feierabendhäusern und dem nahe gelegenen Boni Center: Der Supermarkt bietet für die Mieterinnen und Mieter des ServiceWohnens einen Lieferservice an. „Wir haben vor einigen Monaten eine Abfrage gestartet und die Resonanz war riesig“, sagt Einrichtungsleiter Andreas Vincke.

Das Wittener Altenzentrum der Diakonie Ruhr und das Boni Center arbeiten schon seit einigen Jahren zusammen. So haben die Feierabendhäuser Mitarbeitende und Auszubildende des Einkaufszentrums im Umgang mit älteren Menschen geschult. Themen waren unter anderem der Umgang mit Alterskrankheiten, Einschränkungen und Hilfsmitteln sowie die Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

Gruppenbild zum neuen Service – *(von links) Janett Kölsch-Knoblauch, Mitarbeiterin im ServiceWohnen der Feierabendhäuser, Damian Nickel, stellvertretender Marktleiter, sowie Marktleiter Kevin Naele vom Boni Center, Mieterin Maria Kieffer, Emine Agirkaya, stellvertretende Marktleiterin, und Rainer Hagenkötter, Haustechniker und Fahrer des Boni Centers, Petra Neumann, Verwaltungsmitarbeiterin der Feierabendhäuser, und Einrichtungsleiter Andreas Vincke freuen sich über das neue Angebot. Foto: Manuela Söhnchen*

Rotary Club Witten spendet 10.000 Euro *Flutkatastrophen-Soforthilfe für die DLRG Witten-Herbede – Heike Bundt und Corinna Wolff vom Vorstand des Rotary Clubs Witten haben Jörg Milewski von der DLRG Witten einen Spendenscheck über 10.000 Euroüberreicht. Hiermit soll schnelle und unbürokratische Fluthilfe in unserer Stadt geleistet werden. Die DLRG, die während des Hochwassers in mehreren dramatischen Einsätzen Hilfe leisten konnte, hat selbst schwere Schäden an der Wachstation „Ruhrwache“ in Herbede zu verzeichnen, die sich auf über 50.000 Euro belaufen. Das Foto zeigt (von links): Heike Bundt (Pfarrerin in Heven), Jörg Milewski (2. Vorsitzende der DLRG), Corinna Wolff, Kai Vogel (Leiter Einsatz), Cati Horn (Stlv. Jugendwartin), Moritz Rehder (Leiter Ausbildung Schwimmen).*

Wir sind umgezogen!!! Sie finden uns jetzt in der Ruhrstr. 35, direkt in der Wittener City.

- Hauswirtschaft
- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Beratung
- Pflegekurse für Angehörige
- Betreuung/Seniorennachmittage bei uns im Haus

Wir haben noch freie Kapazitäten und freuen uns auf Ihre Anfrage.

CURAVITA
Ambulanter Pflegedienst
www.witten-curavita.de Tel. 02302/277 22 35
Ruhrstr. 35, 58452 Witten
Inhaberin: Simone van den Hövel-Ricken

Löcher im Herzen

Schwere angeborene Herzfehler sind selten, aber lebensbedrohlich. Diese Herzfehler fallen häufig unmittelbar nach der Geburt auf und müssen meist im frühen Kindesalter operiert werden. Viel häufiger sind leichte Herzfehler, die sich im Erwachsenenalter bemerkbar machen, dann aber ebenfalls zu schwerwiegenden Problemen wie Schlaganfällen oder Herzschwäche führen können. Dazu gehören die sogenannten „Löcher“ im Herzen oder Herzklappendefekte wie der Mitralklappenprolaps oder die bikuspide Aortenklappe. Selten sind solche Löcher im Laufe des Lebens entstanden. Sie können zum Beispiel durch einen schweren oder spät behandelten Herzinfarkt ausgelöst werden. In den meisten Fällen, handelt es sich jedoch um angeborene Löcher im Herzen. Oft treten diese Löcher in der Trennwand zwischen dem linken und rechten Vorhof, auch Vorhofseptum genannt, auf. Zu den häufigsten angeborenen Herzkrankheiten, die Löcher im Herzen verursachen, gehören der Vorhofseptumdefekt und das offene Foramen ovale.

Foto: ©5second - stock.adobe.com

Diagnose: Loch im Herzen

Für die meisten Herzfehler und insbesondere für die Löcher im Vorhofseptum gilt, dass sie zuverlässig und sicher mit Hilfe der Echokardiographie, also dem Ultraschall des Herzens, erkannt und eingeschätzt werden können. Meist ist dazu eine Ultraschalluntersuchung über die Speiseröhre, ein sogenanntes „Schluckecho“, erforderlich. In seltenen Fällen ist zudem noch eine kleine Rechtsherzkatheter-Untersuchung über die Armvene zur Messung der Blut-/Shuntvolumina notwendig.

Schlaganfallgefahr durch PFO

Das „PFO“ genannte offene Foramen ovale ist aus der embryonalen Entwicklung übriggeblieben. Dabei handelt es sich um eine Art Loch, das eine Verbindung zwischen dem rechten und linken Vorhof darstellt. In der Regel wächst dieses Loch während des Älterwerdens einfach zu. Bei 25 bis 30 % aller Menschen verschließt es sich jedoch nicht, sondern bleibt offen. Die Öffnung klappt aber, ähnlich wie bei einem Ventil, nur bei bestimmten Druckverhältnissen auf. Das bedeutete, dass eine PFO nicht zwangsläufig gefährlich sein muss. Es kann aber gefährlich werden, wenn kleine Blutgerinnsel von der rechten in die linke Herzseite gelangen. Denn von der linken Herzhälfte aus können die Blutgerinnsel direkt in den großen Körperkreislauf gelangen und so möglicherweise einen Schlaganfall verursachen. Das geschieht in dem sie kleine hirnversorgende Gefäße verstopfen. Dies passiert zum Glück selten, ist aber gerade bei jungen Menschen zwischen 25 und 60 Jahren eine immer wieder vorkommende Schlaganfallursache. Das Marien Hospital Witten empfiehlt, dieses PFO zur Prophylaxe weiterer Schlaganfälle zu verschließen. Das geht inzwischen ohne große Herzoperation mit einem kleinen Eingriff ausgehend von der Leistenvene, bei dem ein kleines „Doppelschirmchen“ eingesetzt wird. Die beiden Schirmchenanteile auf der linken und rechten Seite sind in der Mitte miteinander verbunden und verschließen so das PFO.

Atemnot durch ASD

Beim sog. „ASD“ (Atriumseptumdefekt bzw. Vorhofseptumdefekt) ist ein permanent offenes und größeres Loch in der Vorhof-Trennwand verblieben, worüber ständig etwas Blutvolumen vom linken zum rechten Herzen fließen kann, es besteht ein sogenannter Shunt (Kurzschlussverbindung). Das Herz muss dieses fehlgeleitete Blut erneut pumpen und wird dadurch überlastet. Über viele Jahre wird damit der rechte Vorhof und die rechte Herzkammer überlastet, es kommt zu einer Erweiterung des rechten Herzens und schließlich im späteren Stadium zu einem Funktionsverlust des Herzens und der Herzklappen. Im Erwachsenenalter kann sich diese Kurzschlussverbindung als Atemnot zuerst unter Belastung, dann in Ruhephasen bemerkbar machen und sich zu einer ausgeprägten Herzschwäche entwickeln. Deshalb ist es wichtig, einen solchen ASD rechtzeitig zu erkennen und die Größe bzw. das Ausmaß des Blutübertrittes zu bestimmen. Auch dieses Loch kann durch ein kleines „Doppelschirmchen“ verschlossen werden. Dabei wird, wie beim PFO, eine kleine Operation mit örtlicher Betäubung in 30 Minuten durchgeführt und das „Doppelschirmchen“ von der Leistenvene aus eingesetzt. Damit wird auch die Atemnot behandelt.

PD Dr. Hans-Jörg Hippe
Chefarzt
Kardiologische Klinik
Marien Hospital Witten

Urologische Fehlbildungen oder „Was Mr. Spock in der Urologie zu suchen hat“

Jeder 10. hat sie – aber ist deswegen noch lange nicht krank. „Fehlbildungen“ der Nieren und der Harnleiter und Harnöhre gehören zu den häufigsten Fehlbildungen überhaupt. Der Grund liegt in der sog. „Embryologie“ – der Zeit im Mutterleib, wenn die Nieren entstehen. Aus einem Zellhaufen entwickeln sich im Regelfall 2 Nieren, aus einem anderen die Harnleiter, die von unten kommend auf die Nierenanlage zuwachsen und sich mit ihr vereinigen. Dieser Vorgang kann in vielerlei Hinsicht fehlerhaft ausgehen (S. Abb.):

Es gibt nur eine Nierenanlage, die zweite Niere fehlt („Nierenagenesie“), hat aber einen Harnleiter („Harnleiterknospe“), es gibt nur eine Nierenanlage, die über beide Seiten geht („Hufeisenniere“), eine Nierenanlage wird von den Harnleitern beider Seiten erreicht oder der Harnleiter wechselt die Seite („gekreuzte Dystopie“), eine Nierenanlage hat 2 komplette Harnleiter oder 2 Harnleiter vereinigen sich im Verlauf zu einem gemeinsamen Endstück („Ureter duplex“ oder „Ureter fissus“), eine Nierenanlage entsteht nicht „oben“, sondern „unten“ im Unterbauch („Beckenniere“). Da Nierenfehlbildungen vor allem bei Operationen zu bösen Überraschungen führen können, besteht in der Urologie der „eiserne“ Grundsatz, vor einer Operation ein Röntgenbild anzufertigen.

Häufig kann der erfahrene Urologe dem Menschen die Nierenfehlbildung ansehen: Da in der 10. Schwangerschaftswoche nicht nur die Niere, sondern auch die Ohrmuschel angelegt wird, sind Nierenfehlbildungen häufig mit Ohrmuschelfehlbildungen verknüpft. So lohnt es sich manchmal bei Menschen, die einseitig keine Ohrmuschel haben, eine „Kerbe“ in der äußeren Rundung oder einen „Zapfen“ wie Mr. Spock bei Raumschiff Enterprise besitzen, zumindest im Ultraschall einmal nachzusehen...

Abb. Doppelniere links *(rechts im Bild) mit Ureter fissus – zwei Nieren links mit zwei Harnleitern, die sich kurz unterhalb der Niere zu einem gemeinsamen „Endstück“ vereinigen (s. Pfeil).*

Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Chefarzt Klinik für Urologie, Facharzt für Urologie, Andrologie, spezielle Chirurgie und medikamentöse Tumortherapie EvK Witten

Abb.: *Missbildungen der Niere und der Harnleiter, von links: Nierenagenesie, Ureter fissus, gekreuzte Dystopie, Ureter duplex, Hufeisenniere.*

DIE WEIßFLECKENKRANKHEIT (VITILIGO) – WAS IST DAS ?

Durch Michael Jacksons Pigmentstörung erfuhren viele Menschen zum ersten Mal von dieser Hauterkrankung. Dabei stellen circa 1 - 2% aller Menschen – Frauen genauso häufig wie Männer – im Laufe ihres Lebens fest, dass sich spontan und oft schubweise weiße Flecken in der ansonsten normal pigmentierten Haut bilden. In der Regel treten die hellen Pigmentstörungen nur in bestimmten Bereichen wie z. B. dem Gesicht, der Genitalregion sowie an Händen oder Füßen auf. In seteneren Fällen können auch alle anderen Körperregionen mehr oder weniger solche Veränderungen aufweisen.

Meist treten diese weißen Flecken, die von Medizinern als Vitiligo bezeichnet werden, bei jüngeren Menschen auf. Sie sind fast immer symptomlos und nicht ansteckend, beunruhigen die Patienten aber nicht nur wegen der mit dem veränderten Aussehens einhergehenden psychischen Beeinträchtigung, , sondern auch, weil die Befürchtung besteht, es könnte eine schlimme Hauterkrankung, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs, dahinterstecken.

WARUM BILDEN SICH DIE PIGMENTSTÖRUNGEN?

Die Wissenschaft geh davon aus, dass es sich bei der Vitiligo um eine sogenannte Autoimmunerkrankung der Haut, bei der das körpereigene Immunsystem die Pigmentzellen der Haut (Melanocyten) zerstört, handelt. Dafür spricht auch, dass viele Patienten mit der Weißfleckenkrankheit an anderen Autoimmunerkrankungen, wie einer Schilddrüsenentzündung (Hashimoto), bestimmten Formen der Zuckerkrankheit, Allergien, Neurodermitis oder an Schuppenfleche leiden. Außer der Veranlagung zu Autoimmunerkrankungen sind noch andere Risikofaktoren bekannt. Hierzu zählt eine genetische Veranlagung, da bei circa 30% der Betroffenen andere Familienmitglieder auch diese Pigmentstörung aufweisen. Psychischer Stress oder physischer Stress wie z. B. gehäufte Infekte sowie physikalische Hautreizungen (Sonnenbrände!!!) oder bestimmte Chemikalien werden ebenfalls als Mitauslöser diskutiert.

WIE WIRD DIE ERKRANKUNG VOM HAUTARZT DIAGNOSTIZIERT?

Jeder Patient, der derartige Hautveränderungen feststellt, sollte einen Hautarzt aufsuchen. Dieser wird neben der Erhebung der Krankenvorgeschichte (Anamnese) die gesamte Haut inspizieren, um mögliche andere Diagnosen, die ein ähnliches Bild verursachen können, auszuschließen. Differentialdiagnosen der Vitiligo sind: Neurodermitis, Schuppenflechte (Psoriasis), Kleieflechte (Hefepilzerkrankung), Syphilis, Muttermalanomalien, Altersflecken, Bindegewebserkrankungen (z. B. Schmetterlingsflechte und Weißer Hautkrebs. Eine Laboruntersuchung rundet die ärztliche Untersuchung ab: Blutbild, Entzündungswerte, Antikörper sowie Allergie- und Schilddrüsenwerte werden bestimmt.

DIE BEHANDLUNG DER VITILIGO

Trotz intensiver Forschung ist es bislang nicht gelungen, eine für alle Patienten wirksame Therapie zu entwickeln. Ist es erst mal zum Auftreten der Pigmentstörung gekommen, sollten allgemeine Maßnahmen wie Stressvermeidung und vorsichtiger Umgang mit der Sonne unter Verwendung hoher Lichtschutzfaktoren eingehalten werden. Kos-

Ausgeprägte weiße Flecken *bei einer dunkelhäutigen Person*

metisch störende Stellen, wie im Gesicht, können mit wasserfesten, abdeckenden und an die übrigen Hautfarben angepasste Kosmetika (Camouflage Make-up) sehr gut kaschiert werden. Einige Krankenkassen übernehmen hierfür sogar die Kosten. Trotz einer nicht sehr hohen Aussicht auf Erfolg sollten dennoch Therapievesuche unternommen werden. Hierbei kann die betroffene Haut mit verschiedenen Wirkstoffen in Salbenform behandelt werden. So wird Kortison, der Vitamin-D-Wirkstoff Calcipotriol und der Immununterdrücker Tacrolimus eingesetzt. Zahlreiche – in der Vergangenheit als Tabletten versuchte – Substanzen erwiesen sich als unwirksam. Nur die Einnahme des Naturheilmittels Ginko wurde vereinzelt positiv bewertet. Am effektivsten hat sich zusätzlich zu den o.g. Maßnahmen die Lichttherapie erwiesen. Dabei werden betroffene Areale mit einem bestimmten UV-Licht (UV B 311 nm) dreimal wöchentlich über mehrere Monate bestrahlt. Hierdurch wird die Neubildung von Pigmentzellen, die dann vom Rand der Veränderung in die betroffene Haut einwandern, angeregt. Ebenfalls kann die Kombination einer Psoralen-haltigen Salbe mit UVA-Bestrahlung eine teilweise oder komplette Pigmentbildung erzielen. Der letzte Versuch bei verzweifelten Patienten kann die Transplantation von gesunden Pigmentzellen des Patienten in seine betroffenen Stellen darstellen. Dies wird von einigen spezialisierten Centren durchgeführt.

Michael Jackson hat keiner der o.g. Therapieansätze geholfen. So ging er genau andersherum vor: Mit Bleichmitteln hat er seine normale Haut entfärbt und sie so an die weißen Flekken angepasst...

Dipl. Biol. Dr. Ulrich Klein
Dermaticon privat, Bochum-Stiepel

Angeborene Fehlbildungen – Richtig informiert und gut betreut

Statistisch betrachtet verlaufen die meisten Schwangerschaften unauffällig, das heißt mehr als 95 % der Neugeborenen in Deutschland kommen gesund zur Welt. Tritt bei Kindern dennoch eine Fehlbildung auf, sind eine umfassende Beratung und die richtige Betreuung wichtig.

Die Vorfreude aufs eigene Kind ist groß – *doch was ist, wenn eine Fehlbildung diagnostiziert wird? Foto: ©shironosov – istockphoto.com*

Das Wichtigste zuerst: angeborene Fehlbildungen sind selten. Sie werden bei etwa 5 % aller in Deutschland geborenen Kinder festgestellt. Lediglich ein Drittel davon ist so schwerwiegend, dass die Kinder noch im Geburtsmonat operiert werden müssen. Unter 10.000 Neugeborenen Kindern haben etwa 65 einen Herzfehler, 13 eine Fehlbildung der Genitale und neun eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte oder einen Klumpfuß. Fehlbildungen der Arme und Beine, ein offener Rücken bzw. ein Verschluss von Darm oder Speiseröhre sind wesentlich seltener.

Ursachen

Häufig sind erbliche Vorerkrankungen die Ursache für Fehlbildungen. Neben diesen können aber auch äußere Einflüsse wie z. B. Fehlernährung, Vitaminmangel, Infektionserkrankungen, das Einwirken toxischer Wirkstoffe sowie die Einnahme von Medikamenten bzw. Alkohol in der Schwangerschaft weitere Erklärungen für das Auftreten von Fehlbildungen sein.

Diagnose im Mutterleib

In der heutigen Zeit lässt sich ein großer Teil dieser Fehlbildungen bereits im Mutterleib mittels Ultraschall durch spezialisierte Frauenärzte (Pränatalmediziner) diagnostizieren. In der Regel kann bereits der betreuende Frauenarzt mittels weiterer Untersuchungen wie z. B. einer genetischen Untersuchung von Fruchtwasser oder Blut, aber auch einer Kernspintomographie im Mutterleib die Diagnose sichern bzw. konkretisieren.

Hilfe finden in unsicheren Zeiten

Für die werdenden Eltern beginnt mit der Diagnosestellung einer Fehlbildung ihres Kindes noch im Mutterleib eine Zeit der Unsicherheit und des Bangens. In der Regel werden Eltern über die Bedeutung der nachgewiesenen Fehlbildung direkt durch den betreuenden Frauenarzt bzw. einen Facharzt für Humangenetik aufgeklärt. Bei noch weiterbestehender Unsicherheit darüber, was diese Diagnosen für die Zukunft des noch ungeborenen Kindes bedeuten könnten, versuchen Eltern häufig über Suchmaschinen bzw. Foren im Internet weitere Erklärungen zu finden. Die unkommentierten Ausführungen im Internet verunsichern Eltern jedoch oft zusätzlich. Zuverlässigere Auskünfte können neben dem Frauenarzt auch der Kinderarzt bzw. ein Neonatologe geben, der sich speziell mit der Betreuung von Neu- und Frühgeborenen beschäftigt. Dies hat häufig den Vorteil, dass auch ein Ausblick auf die Prognose einer Erkrankung bzw. wie sich das Leben des Kindes nach der Geburt entwickeln könnte, möglich ist.

Gebündelte Fachkompetenz

Auch das Marien Hospital Witten bietet neben erfahrenen Pränatalmedizinern die Möglichkeit, einer kompetenten frauenärztlichen Beratung. Darüber hinaus stehen sowohl erfahrene Kinderärzte (Neonatologen) als auch Kinderchirurgen zur Verfügung, um bestehende Probleme zu besprechen und Kinder mit Fehlbildungen nach der Geburt optimal zu betreuen.

Dr. Bahman Gharavi
Chefarzt
Kinder- und Jugendklinik
Marien Hospital Witten

Schielen: Eine Last für das Auge – und für die Seele

Schon die volkstümlichen Bezeichnungen deuten an, wie stark die Betroffenen ausgegrenzt werden können: „Silberblick“, „scheel“, „der böse Blick“ oder „er schaut mit dem rechten Auge in die linke Westentasche“. Schielen ist ein Stigma - und es ist im Kleinkindesalter eine Gefahr für die Entwicklung des Sehvermögens. Mit modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann den Patienten geholfen werden, manchmal mit einer konservativen Therapie, manchmal mit einer Operation.

Vor einigen Jahren unternahm ein Schweizer Augenarzt, Professor Dr. Daniel Mojon, ein bemerkenswertes Experiment. Er legte Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren Bilder von Gleichaltrigen vor und bat sie, eine Auswahl zu treffen, welches dieser Kinder sie zu ihrer eigenen Geburtstagsparty einladen würden. Vorher indes hatte Mojon einen kleinen Trick angewandt: er hatte einigen der Kleinen auf den Bildern mit Photoshop ein Schielen verpasst. Und es zeigte sich: diese (fiktiv) schielenden Kinder bekamen weniger Geburtstagseinladungen, wurden als Spielkameraden offenbar weniger geschätzt.

Dass Menschen mit einer Fehlstellung der Augen von ihren Mitmenschen - ein bitteres Wortspiel - schief angesehen werden, ist nur ein Aspekt des Schielens, das Ärzte in ihrer Fachsprache Strabismus nennen. Strabismus ist vor allem, aber bei weitem nicht ausschließlich, ein Problem der ersten Lebensjahre. Dass wir unsere Augen bewegen können, verdanken wir einem diffizilen System von sechs kleinen Muskeln an jedem Auge, die im Idealfall beide Augen blitzschnell und synchron in die gewünschte Blickrichtung bringen. Liegt eine Störung vor, steht ein Auge nicht vollständig parallel zum anderen, nimmt der Betroffene Doppelbilder wahr, ein klassisches Symptom bei stärkerem Schielen. Oft indes ist das Schielen sehr dezent, der „Schielwinkel“ (das Ausmaß der Abweichung) sehr klein. Kinder sollten bei den Vorsorgeuntersuchungen auf etwaige Stellungsfehler und beim geringsten Verdacht in einer Sehschule untersucht werden, wie es sie in Augenkliniken und zahlreichen Augenarztpraxen gibt. Die häufigsten Schielformen sind ein Einwärts- und ein Auswärtsschielen, seltener ist eine Abweichung des schielenden Auges nach unten oder oben. Noch entscheidender allerdings ist etwas Anderes: die Feststellung, ob stets ein und dasselbe Auge abweicht, also ein monolaterales Schielen vorliegt, oder ob sich beide Augen abwechseln, was wir ein alternierendes Schielen nennen. Vor allem die erstgenannte Variante ist für die Entwicklung des Sehorgans wichtig und muss konsequent behandelt werden. Bei einseitigem Schielen nämlich unterdrückt (etwas vereinfachend gesprochen) das Gehirn dessen Seheindruck. Das Kind sieht praktisch nur mit dem gerade stehenden Auge, dem sogenannten Führungsauge. Als Folge davon wird das schielende Auge schwachsichtig (amblyop). Das bedeutet, dass es nie eine volle Sehleistung erreicht; es helfen später weder Brille noch Operation oder andere Maßnahmen.

Diese Gefahr einer Schwachsichtigkeit (Amblyopie) macht deutlich, wie wichtig es ist, dass Eltern mit ihren

***Bestimmung** des Schielenwinkels mit Prismen. Bild unten: Brillenglas (Refraktion) Bestimmung mit Retinomax*
Fotos: Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum

Augenarzt Mohannad Alwees *führt die Untersuchung in der Augenklinik am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum durch.*

Kindern zu einer Untersuchung in einer Sehschule gehen.

Die dort arbeitenden Spezialistinnen, die Orthoptistinnen und die Augenärzte können mit einer Vielzahl von modernen Untersuchungsmethoden auch einem kaum erkennbaren Schielen, einem Mikrostrabismus, auf die Spur kommen. Dies sollte möglichst vor dem dritten Lebensjahr geschehen. Wird ein Schielen erst im Alter der Einschulung behandelt, kann die Amblyopie kaum noch verhindert werden.
Es gibt zahlreiche Optionen in der Therapie des Strabismus. Die vielleicht einfachste ist das Tragen einer Brille, wenn als Auslöser des Schielens eine Weitsichtigkeit (eine häufige Ursache) vorliegt. Ein ganz wichtiges Standbein der Behandlung ist die Okklusion - darunter versteht man das Abdecken des „guten“, des gerade sehenden Auges mit einem Pflaster oder einer Folie auf der Brille, so dass das Kind mit dem abweichenden Auge sehen muss. Die „Dosierung“ dieser Okklusion - wie viele Stunden am Tag, wie viele Tage in der Woche - muss von Augenarzt und Orthoptistin exakt berechnet werden. Grundsätzlich ist die Schielbehandlung etwas, das viel Geduld erfordert. Nachunteruntersuchungen und Kontrollen, bei denen ggf. eine Therapie umgestellt wird, sind typischerweise über Jahre erforderlich - es ist von Eltern, Kind und Sehschule ein Teamwork im besten Sinne.
Vielfach ist eine Operation notwendig, was vor allem auch für schielende Erwachsene gilt. Dabei wird vorher auf den Bruchteil des Millimeters genau berechnet, wie sehr und an welchen der kleinen Augenmuskeln eingegriffen werden muss. In der operativen Behandlung des Schielens hat es in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Neuerung gegeben. Es handelt sich um die minimal-invasive Strabismuschirurgie, abgekürzt MISS, die der oben genannte Schweizer Augenarzt Daniel Mojon eingeführt hat und bei der die ohnehin kleinen Inzisionen noch weiter miniaturisiert worden sind.
In einer Augenklinik mit viel Erfahrung wie in Bochum ist Strabismuschirurgie eine Option mit hoher Erfolgsrate. Und es ist eine Chirurgie, deren Effektivität schnell manifest wird: Bei Kindern vor allem dadurch, dass das bislang abweichende Auge gerade steht und sich ganz normal entwickeln kann. Und bei Strabismuspatienten jeden Alters dadurch, dass die schrägen Blicke der Mitmenschen praktisch von einem Tag zum anderen Vergangenheit sind.

Univ.-Professor
Dr. Burkhard Dick
Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum

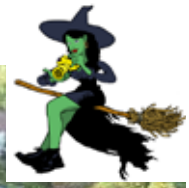
Luftaufnahmen sind keine Hexerei!

Hochauflösende (20 Megapixel) Drohnenfotos oder Videoaufnahmen von Ihren Grundstücken und Immobilien nach Ihren Vorstellungen.*

Verlag Olaf Gellisch
Tel. 0234 / 43 86 85 45

E-Mail: wittentransparent@online.de

* Nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für die Verwendung von Drohnen.



Beispiel Langendreer-Wilhelmshöhe

Fehlbildungen an Händen und Brüsten

Mit Fehlbildungen hat es der Ästhetische Chirurg und Handchirurg Oliver Roßbach aus Witten häufig zu tun. Vielfach sind Hände und Brüste davon betroffen. Er erklärt, was es da geben kann und wie der Arzt helfen kann.

Fehlbildungen an den Händen

O. Roßbach: „Fehlbildungen an den Händen sind zumeist angeboren und werden darum häufig schon im Kindesalter korrigiert. Bei den Ursachen hierfür kann es sich einerseits um Vererbung handeln, andererseits aber auch um erworbene Gendefekte, z. B. durch Medikamente. Der Contergan-Skandal anfang der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts ist eines der besten Beispiele dafür. Auch Strahlenbelastungen können Gendefekte verursachen."

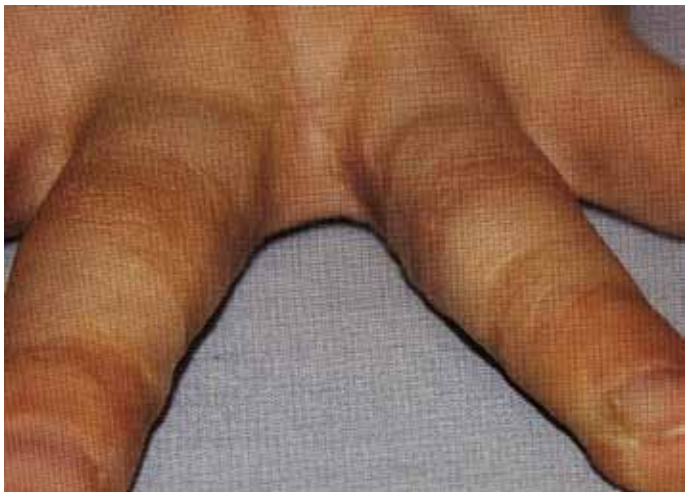
Welche Arten von Fehlbildungen gibt es an den Händen?

1. Syndaktylie – O. Roßbach: „Was in unserer Praxis am häufigsten vorkommt und auch allgemein als die häufigste Fehlbildung an Händen aber auch an Füßen gilt, sind die Syndaktylien. Dabei handelt es sich Verwachsungen von zwei oder mehreren Fingern an einer Hand. Dies lässt sich im Allgemeinen gut korrigieren, da es zumeist nur die Häute sind, die zusammengewachsen sind, selten die Knochen. Mit speziellen Plastiken wird anstelle der Zusammenwachsungen quasi neue Haut gebildet. Diese Fehlbildungen sind genetisch bedingt. Der Eingriff erfolgt bei Kindern meistens im Alter von ein bis zwei Jahren. Er wird unter Vollnarkose durchgeführt und dauert zwischen 50 und 120 Minuten.

2. Polydaktylie (Vielfingerigkeit) – O. Roßbach: „An zweiter Stelle der Häufigkeiten von Fehlbildungen an den Händen steht die Polydaktylie. Hierbei handelt es sich um eine Fehlbildung, bei der es einen oder auch zwei Finger zu viel gibt. Das gibt es an den Füßen natürlich auch, aber wir mach ja eigentlich nur Hände in diesem Bereich. Das kann zum Beispiel ein doppelter Daumen sein. Dabei kann der ‚zusätzliche' Daumen voll ausgebildet sein (mit alle Gliedern) oder er kann auch eine Abspaltung vom Grundglied des Fingers sein. Das lässt sich chirurgisch auch gut korrigieren. Der Eingriff dauert – je nach Ausmaß dieser Fehlbildung – zwischen 20 und 90 Minuten. Der Eingriff ist schon anspruchsvoller, denn es müssen ja auch Nerven und Gefäße verlegt werden; man kann ja nicht einfach mittig durchschneiden. Auch hier ist ein stationärer Aufenthalt von ein bis drei Tage empfehlenswert. Auch diese Operation wird meist im Kindesalter durchgeführt. Vor kurzem hatten wir jedoch auch einen 30jährigen Patienten, der seinen Doppeldaumen loswerden wollte. Aber so etwas ist sehr selten.

Hier hat es die Natur zu üppig gemeint *und dem Patienten ein Fingerglied zu viel mit auf den Weg gegeben. Das rechte Röntgenbild zeigt die korrigierte Version des Fingers.*

3. Oligodaktylie (fehlende Finger) – O. Roßbach: „Dies ist die in unsere Breitgraden am dritthäufigsten vorkommende Fehlbildung an den Händen. Das kann angeboren oder auch medikamentös- oder strahlenindiziert sein. Wenn nur ein Finger fehlt, empfehle ich zumeist, dies nicht zu korrigieren. Wichtig ist, dass die Greiffunktion der Hand gegeben ist. Das ist aber anders, wenn es sich bei dem fehlenden Finger um den Daumen handelt. Ohne diesen können die Kinder nicht greifen. Dann ist es also doch vonnöten, einzugreifen. Eine solche Operation ist sehr anspruchsvoll. Sie dauert in der Regel sieben bis acht Stunden. Es muss ein Transplantat an der Stelle des fehlenden Daumens ‚angeschlossen' werden. Meist nimmt man dazu eine Zehe der Person. Dies wird in hochspezialisierten Kli-



Beispiel für eine Syndaktylie – *Das linke Bild zeigt eine Kinderhand, bei der Mittel- und Ringfinger miteinander verwachsen sind. Das rechte Bild zeigt die gleiche Hand nach dem chirurgischen Eingriff.*

Die tubuläre Brust *(links) hat in der Regel eine genetische Ursache. Mit dem Verfahren der Eigenfettinjektion (die übrigens mehrfach vorgenommen werden muss, bis das gewünschter Ergebnis erzielt wird) kann hier therapiert werden. Dies gilt auch für die asymmetrische Brust (rechtes Bild), wo eine Proportionsangleichung entweder durch Vergrößerung der kleineren Brust oder – umgekehrt – durch Verkleinerung der größeren Brust erfolgen kann.*

niken durchgeführt. Diese Fehlbildung ist selten geworden. Zwei bis drei Personen werden im Jahr damit vorstellig.

4. Klinodaktylie – o. Roßbach: „Dies bezeichnet die Abweichung eines Fingers oder auch mehrerer Finger. Z. B., wenn der Daumen zur Hälfte doppelt angelegt ist, also wenn sich das Endglied fast um 50% verbreitert. Durch diese Fehlbildung ist die Greiffunktion nicht beeinträchtigt. Wenn korrigiert wird, dann zumeist aus ästhetischen Gründen. Dafür brauche ich rund 40 Minuten. Dies kommt durchaus häufiger vor."

5. Schnappdaumen beim Neugeborenen – O. Roßbach: „Dabei steht der Daumen ständig in Beugestellung und kann nicht gestreckt werden. Dies kann man relativ frühzeitig operieren, um die Entwicklung des Daumens nicht zu stören. Der Eingriff ist relativ unkompliziert. Es muss das Ringband gespalten werden. Das kann man sogar ambulant machen; der Eingriff dauer etwa 20 Minuten. Das ist einer der häufigsten Eingriffe in der Handchirurgie, auch bei Erwachsenen. Es gibt nicht nur den Schnappdaumen, sondern auch den Schnappfinger.

Fehlgebildete Brüste

O. Roßbach: „Fehlbildungen der Brüste können erworben aber auch genetisch bedingt sein. Hängebrüste oder erschlaffte Brüste (Fachausdruck: Mastoptose) zählen klassischerweise zu den erworbenen Fehlbildungen, da sie oft altersbedingt entstehen. Anders dagegen die tubuläre Brust (auch Rüsselbrust, Schlauchbrust oder Snoopy-Brust genannt). Diese Brustfehlbildungen haben in der Regel eine genetische Ursache. Darum ist es bei der tubulären Brust sehr empfehlenswert, dies der Krankenkasse zu melden unter dem Hinweis, dass es sich hierbei um einen Gendefekt handelt. In der Regel übernehmen die Krankenkassen dann auch die Kosten für den anstehenden ästhetischen Eingriff. Bei der hängenden Brust, kann u. U. die Krankenkasse auch an den Kosten beteiligt werden, wenn z. B. der Zustand der Brust zu dermatologischen Problemen führt (ständige Hautentzündungen).

Eigenfett statt Implantaten

Bekannt und zum Teil auch in Verruf geraten sind Brustimplantate zur ästhetischen Brustkorrektur und auch -vergrößerung. Genau diese werden von Oliver Roßbach nicht benutzt. „Wir sind dazu übergegangen, mit Eigenfett anstatt mit Implantaten zu arbeiten. Das heißt, dass Fett an anderen Körperstelle abgesaugt und hinterher in die Brust injiziert wird. Damit wird die Brust mit einem körpereigenem Stoff aufgebaut, was viele Vorteile für die Patientin mit sich bringt. So wächst das Fett beispielsweise mit, wenn die Person zunimmt. Die Proportionen bleiben also erhalten. Zudem ist das Fett wesentlich leichter als vergleichsweise das Implantat. Und – last but not least – muss das Fett nie wieder (anders als das Implantat) ausgetauscht werden", so der ästhetische Chirurg. „Aber", so ergänzt Oliver Roßbach, „auf Wunsch kann natürlich auch ein echtes Implantat eingesetzt werden."

Weitere Brustfehlbildungen

Was auch häufig vorkommt, sind die asymmetrische Brüste. Die Brüste unterscheiden sich dabei auffallend in der Größe. Auch hier kann der Ästhetische Chirurg mit dem geschilderten Verfahren der Fett-Transplantation helfen, wenn die kleinere der beiden Brüste vergrößert werden soll. Umgekehrt kann der Arzt auch die größere Brust verkleinern, um die gewünschte Symmetrie herzustellen.

Die Symmastie / zusammengewachsene Brüste – „Sehr selten", so Oliver Roßbach, „ist, dass die Brüste in der Nähe des Brustbeins verwachsen. Dies stellt nicht nur ein ästhetisches Problem dar, sondern es kann durch die andauernde Reizung der Haut auch zu akuten und chronischen Entzündungen kommen bis hin zu größeren Narbenbildungen." Wie er erklärt, ist dies normalerweise auch gut zu korrigieren. Hier kommt eine Plastik zum Einsatz, mitunter muss auch ein Muskel verlagert werden, aber auch diese ist in der Regel gut machbar. Da es sich hierbei um eine krankhafte Erscheinung handelt, ist auch in diesem Fall die jeweilige Krankenkasse gefragt, die Kosten zu übernehmen.

Kleine Brüste – Dass sehr kleine Brüste für manche Betroffenen einen „nichthinnehmbaren Zustand" darstellen, ist allgemein bekannt. Natürlich kann der ästhetische Chirurg auch hier mit dem dargestellten Verfahren weiterhelfen. Was die Kosten anbelangt, fällt dies aber in die Rubrik „Privat-Vergnügen", denn kleine Brüste stellen kein von den Kassen akzeptiertes Krankheitsbild dar.

Oliver Roßbach
Handchirurg und Ästhetischer Chirurg Witten

Der kathetergeführte Aortenklappenersatz – eine schonende Methode

Die Aortenklappe bildet eine der insgesamt vier Herzklappen. Zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader (Aorta) lokalisiert, reguliert sie die Flussrichtung von mit Sauerstoff angereichertem Blut. Bei einer meist durch Verkalkungen ausgelösten Verengung im Bereich der Aortenklappe (sog. Aortenklappenstenose) wird eine Behandlung erforderlich, wenn das Herz zu stark pumpen muss, um eine ausreichende Blutversorgung über die Aortenklappe zu gewährleisten. Die hohe Pumpbelastung des Herzen wird oftmals durch Atemnot, ein Engegefühl in der Brust (sog. Angina pectoris) oder schlagartige Bewusstlosigkeit (sog. Synkopen) symptomatisch.

Der operative Aortenklappenersatz erfolgt durch die Eröffnung des knöchernen Brustkorbes. Während der Operation muss das Herz stillgelegt werden und die eigentliche Herzarbeit wird passager maschinell, über die Herz-Lungen-Maschine, erhalten. Aufgrund des damit einhergehenden hohen operativen Risikos, ist die Patientenversorgung auf diesem Wege jedoch nicht immer vertretbar. Im Abwägungsprozess spielen Einflussfaktoren wie das Patientenalter und relevante Nebenerkrankungen eine limitierende Rolle.

Als für den Organismus schonendere Alternative steht heute der minimalinvasive Aortenklappenersatz mittels Herzkatheter zur Verfügung. Der Zugang wird über einen winzigen Schnitt, meist nahe der Beinschlagader im Bereich der Leiste (transfemoral), hergestellt und der Katheter kann von der Beinschlagader bis zum Herzen vorgeschoben werden. Der Zugang über eine Schlagader des Armes (sog. transubclavian-TAVI) kommt in bestimmten Fällen ebenfalls in Frage. Anders als bei der chirurgischen Methode, besticht der Eingriff nicht zuletzt durch das Vorgehen nur mittels örtlicher Betäubung ohne Notwendigkeit der Vollnarkose.

Im wesentlichen haben sich drei Klappensysteme mit breitem wissenschaftlichen Fundament international etablieren können: 1) die Edwards SAPIEN 3, 2) die Evolut™ PRO und 3) die Symetis ACURATE neo™ Bioprothesen.

Zu 1) Die aus Rinderperikard bestehende Edwards SAPIEN 3 ist in einen aktiv zu expandierenden Stahltstent eingenäht. Mit einem speziellen System wird sie auf einem Ballon angebracht, fixiert und schließlich durch Aufdehnung des Ballons implantiert (ballon-expandierend) (Abbildung 1A).

Zu 2) Die aus einem selbstexpandierenden Nitinol-Gerüst und Schweineperikard bestehende Evolut™ PRO steht ebenfalls zur Verfügung. Diese bietet zusätzlich zur ersteren die Möglichkeit einer Repositionierung der Aortenklappenbioprothese zur Lageoptimierung (Abbildung 1B).

Abb. 1A: *Edwards Sapien 3 Bioprothese, Edwards- Lifesciences*

Abb. 1B: *CoreValve Evolut PRO Bioprothese, Medtronic*

Zu 3) Durch die Symetis ACURATE neo™ wird ein weiteres alternatives selbstexpandierbares System angeboten.

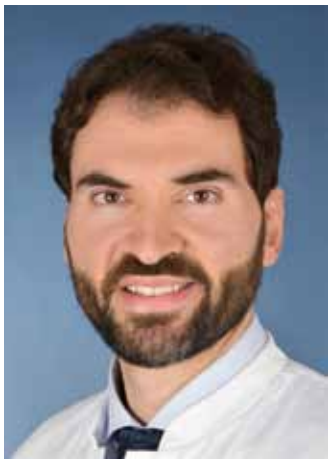
Als Vorteil sämtlicher hier aufgeführter Klappensysteme ist ihr besonderes Abdichtungssystem – eine Art Röckchen um den Stent herum – hervorzuheben. Dieses Abdichtungssystem hat dazu beigetragen, dass die Erfolge des minimalinvasiven Aortenklappenersatzes als mindestens denen des offenen herzchirurgischen ebenbürtig, teils sogar überlegen konstatiert werden können.

In manchen Fällen ist eine sog. Vordehnung der verkalkten Aortenklappe (sog. Valvuloplastie) vorbereitend zum Aortenklappenersatz angezeigt (Abbildung 2).

Grundsätzlich bieten minimalinvasive Verfahren über die Leiste die attraktive Möglichkeit lange Liegezeiten im Krankenhaus nach der Maßnahme zu umgehen, indem moderne Verschlusssysteme zum Einsatz kommen. Die dadurch mögliche rasche Mobilisation trägt wesentlich zum verbesserten Patientenbefinden nach stattgehabtem Eingriff bei.

Zur Planung der Prozedur finden im Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum regelhaft akribische Voruntersuchungen, darunter bildgebende sowie invasive Verfahren statt. So kann im Sinne der individuellen Patientenversorgung maßgeschneidert auf die einzelnen Fall- und Befundkonstellationen eingegangen werden.

Abb.2: *Leiter Dr. Patsalis und Oberarzt Dr. Azizy bei der Aufdehnung der Aortenklappe (sog. Valvuloplastie), vorbereitend zum Aortenklappenersatz.*



Dr. Polykarpos C. Patsalis
Leiter Kardiologie und Internistische Notfallmedizin
Medizinische Universitätsklinik
Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum

Erworbene Herzfehler bei älteren Patienten

Das menschliche Herz schlägt bereits im Mutterleib und hört erst mit unserem Tod mit der Arbeit auf. Die unglaubliche Pumpleistung des Herzens ist das Ergebnis des Zusammenspiels eines effektiven und anpassungsfähigen Muskels, eines raffinierten elektrischen Reizleitungssystems und der Herzklappen, die für einen zielgerichteten Blutfluss sorgen. Ein gesundes Herz ist mit vier Klappen ausgestattet. Zwei Segelklappen (Mitral- und Trikuspidalklappe) trennen die beiden Vorhöfe des Herzens von den Kammern und ermöglichen einen zielgerichteten Fluss von den Vorhöfen in die Kammern. Des Weiteren zwei Taschenklappen, die Aorten- und Pulmonalklappe genannt werden. Sie bestehen aus drei halbmondförmigen Taschen, die für einen gerichteten Fluss zwischen der linken Herzkammer und der Aorta (Hauptschlagader) und der rechten Herzkammer und der Pulmonalarterie (Lungenschlagader) sorgen. Wie alle Organe sind auch die Herzklappen dem Alterungsprozess unterworfen oder können durch Erkrankungen wie z.B. Entzündungen geschädigt werden. Bei der krankhaften Veränderung der Herzklappen unterscheidet man allgemein zwei Zustände. Zum einen handelt es sich um sogenannte Stenosen, also Verengungen der Klappen. Diese führen zu einer Druckerhöhung und Mehrarbeit des Herzmuskels, um die Engstelle zu überwinden.

Die zweite mögliche Klappenveränderung ist die so genannte Insuffizienz, also die Unfähigkeit der Klappe richtig zu schließen. Dies führt dazu, dass ein Teil des gepumpten Blutes durch die undichte Klappe entgegen der natürlichen Fließrichtung rückwärts gepumpt wird, was zu einer zusätzlichen Volumenbelastung des Herzmuskels führt. Eine Klappe kann auch eine kombinierte Form aus beiden Schädigungen haben, sprich sie öffnet und schließt sich nicht ausreichend. Gemeinsam ist beiden Veränderungen, dass sie je nach Ausmaß und der Schnelligkeit der Entwicklung der Klappenschädigung unterschiedlich stark den Herzmuskel schädigen können.

Warum entsteht eine Aortenklappenstenose?

Obwohl die Mitralklappeninsuffizienz formell der häufigste Klappenfehler ist, ist die Aortenklappenstenose, also die Verengung der Klappe zwischen der linken Kammer und der Schlagader derjenige Klappenfehler, der am häufigsten bei Senioren auftritt und zu einer Therapie führt.

Der vorrangigste Grund für die Entstehung einer Aortenklappenstenose ist die degenerative, altersbedingte Veränderung (50-70%). Hierbei kommt es nach anfänglichen kleinen Verletzungen z.B. durch Scherkräfte im Rahmen mechanischer Beanspruchung zur Einwanderung von Entzündungszellen, Einlagerung von Cholesterin und Kalzium und fortschreitender Verkalkung, welche die Beweglichkeit und Elastizität der Klappe einschränkt. Weitere mögliche, aber insgesamt seltenere Gründe sind eine angeborene Fehlanlage der Aortenklappe mit nur zwei Klappentaschen (sogenannte bikuspide Aortenklappe). Diese ist weniger widerstandsfähig, weshalb hier die Degeneration schon früher beginnt. Infektiöse Veränderungen an der Klappe und das sog. rheumatische Fieber runden die Ursachen ab. Letzteres ist in unseren Breitengraden in den letzten Jahrzehnten durch den raschen Einsatz der Antibiotika jedoch deutlich zurückgegangen.

Beschwerden und deren Ursachen

Die Fläche einer gesunden Aortenklappe beträgt je nach Körpergröße 2,5 - 3,5 cm^2. Verringert sich diese Öffnungsfläche der Klappe, so muss der Herzmuskel einen höheren Druck aufbauen, um diese Engstelle zu überwinden. Kurzfristig kann der Herzmuskel das ohne Schwierigkeiten kompensieren. Bei einem längerem Bestehen oder bei einer Zunahme der Enge reagiert der Herzmuskel aber wie jeder Muskel im Körper auch, er wird dicker. In der Fachsprache spricht man von Hypertrophie. Was für den Oberarmmuskel unter Umständen vorteilhaft sein mag, hat für den Herzmuskel jedoch negative Konsequenzen. Mit der Zunahme der Muskeldicke nimmt auch der Druck im Bereich der Herzkranzgefäße zu. Das sind die herzeigenen Gefäße, die *kurz hinter* der Aortenklappe aus der Hauptschlagader entspringen und den Herzmuskel mit sauerstoffreichem Blut versorgen. Durch die Engstelle an der Aortenklappe nimmt zum einen der Durchblutungsdruck ab und gleichzeitig nimmt der Druck in den Herzkranzgefäßen durch die Muskelzunahme zu. Beides führt zu einer schlechteren Durchblutung des Herzmuskels und damit zu einem der Kardinalsymptome, nämlich der Angia pectoris. Hierunter versteht man das typische Druck- und Beengungsgefühl, welches sich im Brustkorb durch die Minderdurchblutung der Herzmuskulatur einstellt und häufig durch Stress oder körperliche Belastung verstärkt werden kann.

Ein weiteres Beschwerdebild lässt sich durch das bereits oben genannte Druckdefizit hinter der veränderten Aortenklappe erklären: Schwindel und Bewußtlosigkeit. Diese sind Folge einer Minderdurchblutung des Gehirns und des zentralen Nervensystems. Langfristig führt der erhöhte Druck in der linken Kammer auch zu einem Rückstau des Blutes in die Lunge und damit verbundener Luftnot sowie zu Vernarbungen der Herzmuskulatur und dadurch bedingten Herzrhythmusstörungen.

Prognose

1968 veröffentlichten die amerikanischen Kardiologen Ross und Braunwald in der renommierten kardiologischen Zeitschrift "Circulation" eine Untersuchung zum natürlichen Verlauf einer *unbehandelten* Aortenstenose. Ein fast schon ikonisches Diagramm aus dieser Arbeit findet sich seitdem in fast allen Lehrbüchern der Kardiologie wieder. Es zeigt den rapiden Abfall der Lebenserwartung einer nicht behandelten, hochgradigen Aortenklappenstenose mit dem Einsetzen der ersten Symptome. Das Tragische ist, dass auch nach über 50 Jahren die Aussage unverändert geblieben ist und die Sterblichkeit nach einem Jahr circa 50% beträgt.

Diagnostik

Zu Beginn der Diagnostik steht natürlich das Arzt-Patienten-Gespräch, die so genannte Anamnese. Hier kann der Arzt aus der Schilderung der Symptome ggf. schon die Verdachtsdiagnose einer Aortenklappenstenose äußern. Im nächsten Schritt folgt dann die körperliche Untersuchung und hier insbesondere die Auskultation, also das Abhören des Herzens.

Fortsetzung auf Seite 20

Fortsetzung von Seite 19

Eine höhergradige Aortenklappenstenose macht in der Regel nämlich ein ganz typisches (zischendes) Strömungsgeräusch, welches häufig in die Halsschlagader fortgeleitet wird. Weiterer diagnostischer Schritt ist das Schreiben eines EKGs.
Aufgrund der Zunahme der Muskeldicke der linken Kammer verändern sich auch die elektrischen Ladungsverhältnisse am Herzen, was zu bestimmten Musterveränderungen im EKG führen kann. Diese sind zwar typisch für die Muskelmassenzunahme, also die Hypertrophie, jedoch nicht beweisend für die Aortenklappenstenose, da sie auch bei anderen Erkrankungen, wie z.B. einem schlecht eingestellten Bluthochdruck vorkommen können. Ist die Diagnose einer hochgradigen Aortenklappenstenose gestellt und entscheidet sich der Patient für eine Therapie, sind weitere Untersuchungen im Rahmen der Therapieplanung notwendig. Zu diesen gehört u.a. die Linksherzkatheteruntersuchung. Hierbei wird über eine Arm- oder Leistenarterie unter Röntgenkontrolle ein dünner, biegsamer und speziell vorgeformter Schlauch (sogenannter Katheter) bis zu den Abgängen der Herzkranzgefäße vorgeschoben. Über den Katheter spritzt der Kardiologe ein Kontrastmittel in die Gefäße und macht dann Röntgenaufnahmen von den so sichtbar gewordenen Gefäßen. Der Grund für diese Untersuchung liegt darin, dass die Verengungen an den Herzkranzgefäßen (Koronare Herzkrankheit oder KHK) mit dem Alter ebenfalls häufiger wird. Die Form und das Ausmaß der KHK können die Therapieentscheidung maßgeblich beeinflussen. Man schätzt, dass bei 70-jährigen mit Aortenklappenstenose eine KHK in ca. 50% der Fälle und bei über 80-jährigen sogar in 65% der Fälle vorliegt.
Ein weiterer diagnostischer Basisbaustein bei der Therapieplanung ist die Computertomographie oder kurz CT. Dieses radiologische Schnittbildverfahren ist sowohl für die chirurgische Therapie, als auch für einen kathetergestützten Klappenersatz (TAVI) unverzichtbar.
Die Computertomographie ermöglicht die Bestimmung der Lage der Hauptschlagader im Brustkorb, die Messung des Durchmessers der Aortenklappe und des Abstandes der Klappe zu den Herzkranzgefäßen sowie, die Größenbestimmung des Aortenringes und der Aortenwurzel. Weiterhin ist sie notwendig zur Beurteilung des Verkalkungsgrades der Hauptschlagader sowie der Größe und den Veränderung an den Leistenarterien, die beim kathetergestützten Klappenersatz am häufigsten als Zugangsweg dienen.
Gelegentlich findet man im CT auch Zufallsbefunde, die vorrangig nichts mit der Klappenerkrankung zu tun haben, die weitere Therapieentscheidung, aber u.U. maßgeblich beeinflussen können (z.B. bösartige Veränderungen oder krankhafte Gefäßerweiterungen (Aneurysma).

Therapie

Konservativ – Leider gibt es keine medikamentöse Therapie, die die Prognose der Patienten mit hochgradiger Aortenklappenstenose langfristig verbessert, so dass rein konservative Maßnahmen primär der Symptomkontrolle dienen. Sie bleiben den Patienten vorbehalten, die sich aus persönlichen Gründen gegen einen Klappenersatz entscheiden oder neben der Aortenklappenstenose an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, die die Lebenserwartung so stark einschränkt, dass der Nutzen eines Aortenklappenersatzes die Belastung durch die Diagnostik und die Therapie nicht aufwiegt. Im Allgemeinen geht man hier bei Krankheiten davon aus, die eine Lebenserwartung unter einem Jahr haben. In Einzelfällen kann als Überbrückungsmaßnahme bis zum endgültigen Klappenersatz eine Valvuloplastie zum Einsatz kommen. Hierunter versteht man ein Verfahren, bei dem mittels eines Katheters ein Ballon in die verengte Klappe eingeführt wird und dann kontrolliert mittels einer Mischung aus Kochsalzlösung und Kontrastmittel entfaltet wird, so dass die verengte Klappe gesprengt wird. Auch dieses Verfahren bietet lang- und mittelfristig keine ausreichende Lösung für das Problem und dient häufig der Überbrückung einer anderweitigen Erkrankung bis der Zustand so stabil ist, dass ein definitiver Klappenersatz stattfinden kann. Beispiele für solche Situationen sind z.B. eine laufende Chemotherapie oder die Notwendigkeit einer großen Bauchoperation, die jedoch mit hochgradiger Aortenstenose wegen der eingeschränkten Kreislaufsituation nicht möglich wäre. Die einzige definitive Therapie der Erkrankung stellt nur ein vollständiger Klappenersatz dar. Hier stehen zwei Therapieoptionen zur Verfügung der chirurgische Ansatz und der klappengestützte Ansatz, die sogenannte TAVI.

Chirurgisch – Im März 1960 implantierte der amerikanische Chirurg Dr. Dwight Harken erfolgreich eine mechanische Käfigkugelprothese in der Position der Aortenklappe. Seit dieser Zeit wurden sowohl die Operationstechniken, als auch die Prothesen weiterentwickelt. Der chirurgische Klappenersatz war in den letzten Jahren der Goldstandard der Therapie der Aortenklappenstenose.
Bei der operativen Therapie der Aortenklappenstenose ist die Verwendung der Herz-Lungen-Maschine ein integraler Bestandteil. Hierbei handelt es sich um ein komplexes medizinisches Gerät, welches venöses Blut des Patienten über großlumige Kanülen, die entweder im rechten Vorhof oder in den Hohlvenen angelegt werden in einem Reservoir sammelt und dann über eine Membran von Kohlenstoffdioxid befreit und mit Sauerstoff anreichert. Danach wird es in die großen arteriellen Gefäße (entweder die Brustkorbschlagader oder große peripheren Bein oder Leistenarterien) über weitere Zugänge zurück gepumpt. Das Herz selbst wird dabei mittels einer sogenannten Kardioplegielösung in eine künstliche Starre versetzt, so dass der Chirurg an einem nicht schlagenden und blutleeren Herzen operieren kann, während der Rest des Körpers mit Sauerstoff versorgt wird.

Es gibt unterschiedliche Techniken und Zugangswege der chirurgischen Implantation. Die wohl bekannteste ist die mediane Sternotomie. Dabei wird das Brustbein in der gesamten Länge eröffnet. Der große Vorteil dieser Technik ist die langjährige Erfahrung, die gute Übersicht über das Operationsfeld für den Chirurgen, die sowohl bei Komplikationen während der OP einen guten Zugang zu den Problemfeldern ermöglicht als auch die Möglichkeit den Aortenklappenersatz mit anderen Eingriffen am Herz zu kombinieren, falls diese notwendig sind (z.B. Bypass-OP bei KHK oder Klappenrekonstruktion bei einer weiteren erkrankten Klappe). Der Nachteil besteht in einer recht großen Wundfläche und längerer Abheilungszeit. Für manche PatientInnen ist die relativ große Narbe ein nicht zu unterschätzendes kosmetisches Problem.
Unter anderem auch aus

diesen Gründen haben sich in den letzten Jahren zunehmend alternative Zugangswege etablieren können, die eine minimal-invasive chirurgische Versorgung der Aortenklappenstenose ermöglichen. Dazu zählen die partielle obere Ministernotomie (hierbei wird nur das obere Drittel des Brustbeins eröffnet) sowie die rechtsanterolaterale Minithorakotomie (hier liegt der Zugang zwischen der zweiten und dritten Rippe rechts vom Brustbein). Die Entscheidung über den Zugangsweg wird, wie oben schon erwähnt, von der Notwendigkeit anderer Eingriffe am Herzen, der Erfahrung des Operateurs mit dem Zugangsweg und der Lage der Aorta im Brustkorb beeinflusst.

Für den eigentlichen Klappenersatz stehen beim chirurgischen Vorgehen generell zwei Klappenarten zur Verfügung: die mechanische und die biologische Klappe.

Die mechanische Klappe besteht aus Metall und einer Polyestermanschette. Sie hat zwei Flügelklappen, die als Scharnier dienen und den Blutfluss nur in eine Richtung erlauben. Die Polyestermanschette dient als Halteapparat an dem die Prothese in die Aorta eingenäht wird. Eine implantierte und funktionsfähige Aortenklappe macht ein typisches Klickgeräusch, vergleichbar mit dem Ticken einer mechanischen Armbanduhr. Die meisten Patienten nehmen dieses Geräusch nach einiger Zeit selbst gar nicht mehr wahr. Ändert sich der Klangcharakter des Klickgeräusches, kann es ein Hinweis auf eine Ablagerung im Bereich der Klappenflügel sein (z.B. durch Gerinnselbildung). Der große Vorteil einer mechanischen Klappe ist ihre extreme Langlebigkeit, so dass eine erneute Operation aufgrund eines rein mechanischen Problems eine absolute Ausnahme darstellt. Der große Nachteil ist allerdings die Notwendigkeit einer lebenslangen Antikoagulation, also einer blutverdünnenden Therapie, mit einem Vitamin-K Hemmer (das bekannteste Medikament in Deutschland ist Marcumar®).

Biologische Prothesen sind überwiegend Xenografts. Das bedeutet das Klappenmaterial kommt von einem Tier (entweder Rind oder Schwein). Ein weiterer Unterschied besteht in der Form wie die Klappe im Gefäß verankert wird. Hier unterscheidet man konventionelle und katheterbasierte Implantate. Die konventionellen Klappenprothesen benutzen entweder ein Gerüst aus Kunststoff (Stent), das die Klappe trägt oder sind in eine Schweineaorta integriert (stentlose Bioklappen). Beide werden, nachdem die alte Klappe vom Chirurgen entfernt wurde, in die Aortenposition eingenäht. Bei den katheterbasierten Implantaten wird die neue Klappe mittels Katheter vorgebracht und dort entweder über die Aufdehnung eines Ballons oder eines selbstexpandierenden nitinolbasierten Gerüstes eingebracht.

Der Vorteil der biologischen Klappe besteht darin, dass eine dauerhafte Blutverdünnende Therapie mit Marcumar® nicht notwendig ist und die Klappenmechanik mehr der einer natürlichen Klappe entspricht. Der Nachteil ist die begrenzte Haltbarkeit. Je nachdem, wie schnell die Prothese degeneriert, kann ein Ersatz nach 10-15 Jahren notwendig sein.

TAVI – Neben der chirurgischen Therapie steht auch die Möglichkeit eines kathetergestützten Klappenersatzes zur Verfügung. Der Eingriff der unter dem Begriff TAVI (engl: transcatheter aortic valve implantation) geläufig ist, erfolgt ohne die Eröffnung des Brustkorbes. Ursprünglich war diese Therapieform Patienten vorbehalten, die aufgrund ihres Alters oder Vorerkrankungen nicht einer chirurgischen Therapie zugeführt werden konnten. In den letzten Jahren konnte in groß angelegten Studien aber gezeigt werden, dass der Eingriff auch bei Patienten mit mittlerem und niedrigem Operationsrisiko zu gleich guten Ergebnissen führt wie die Operation. Vollständigkeitshalber muss man aber auch erwähnen, dass die Procedur nicht auf den gleichen Erfahrungszeitraum zurückblicken kann wie der chirurgische Eingriff, so dass man über Langzeitentwicklung bei Nicht-Hochrisikopatienten noch keine Aussagen treffen kann.

Der Eingriff wird in der Regel unter örtlicher Betäubung und Verabreichung eines leichten Schlafmittels durchgeführt. Hierbei atmet der Patient noch selbstständig. Eine Vollnarkose kann jedoch in bestimmten Situationen nötig werden.

Auch wenn der Brustkorb primär nicht eröffnet wird, ist es Voraussetzung, dass bei den TAVI Eingriffen immer ein herzchirurgisches Eingreifen möglich ist, falls es zu Komplikationen kommt, die dies erfordern. Daher ist es nicht ungewöhnlich, dass die kardiologischen Abteilungen ihre Eingriffe nicht im eigenen Haus machen, sondern in kooperierenden Häusern, die über eine Abteilung für Herzchirurgie verfügen.

Der Zugang zu der Herzklappe erfolgt über eine große Arterie, am häufigsten ist dies die Leistenarterie. In den Fällen in denen diese nicht geeignet ist (z.B. starke Verkalkung, Verschluss oder stark gewundenes Gefäß) ist auch ein Ausweichen auf die Arterie unterhalb des Schlüsselbeines möglich oder das Einbringen der Klappenprothese über die Herzspitze. Bei letzterem wird ein kleiner Schnitt am Brustkorb durchgeführt. Die beiden letzten Verfahren kommen jedoch in < 5 % der Fälle zum Einsatz.

Für den Klappenersatz mittels TAVI bekommt der Patient über eine große Vene weiterhin eine passagere Schrittmachersonde in die rechte Herzkammer angelegt.

Diese ist zum einen notwendig, um das Herz sehr schnell zu stimulieren und so faktisch für eine kurze Zeit einen Herzstillstand zu erzeugen, um die Klappenprothese richtig positionieren zu können. Zum anderen kann es bei der TAVI Prozedur zur Störung der elektrischen Leitungen des Herzens und dadurch zu einem deutlich verlangsamten Herzschlag (bis hin zum Herzstillstand) kommen, so dass der Patient nach dem Eingriff und während der nachfolgenden Überwachungsphase schnell und adäquat über den passageren Schrittmacher behandelt werden kann. Bei der TAVI kommen nur biologische Klappen zum Einsatz. Auch hier gibt es zwei grundsätzliche Möglichkeiten die Prothese zu verankern: entweder über eine Ballonaufdehnung oder eine selbstexpandierende Prothese. Eine dauerhafte blutverdünnende Therapie ist nach aktuellen Empfehlungen mit einem einfachen Blutplättchenhemmer (z.B. ASS) ausreichend, wenn keine weiteren Gründe für eine erweiterte Therapie (wie z.B. Vorhofflimmern) bestehen.

Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es sowohl bei den chirurgischen als auch bei kathetergestützten Eingriffen zu Komplikationen kommen, die zum einen in der Natur des Eingriffes zum anderen in der Grunderkrankung selbst liegen.

Neben örtlichen Komplikationen wie Nachblutungen im Brustkorbbereich, Verletzungen des Herzens und herznaher Gefäße, Infektionen und

Fortsetzung auf Seite 22

Fortsetzung von Seite 21

Wundheilungsstörungen im Bereich des Brustbeins oder Komplikationen im Bereich der Zungangswege für Katheter oder Kanülierungen sind auch klappenassoziierte Probleme möglich. Dazu zählen Undichtigkeit im Bereich der Prothese durch ein Mißverhältnis zwischen der Prothesengröße und der Aortenwurzel, Schlaganfälle (durch Manipulation an sklerotischen Gefäßen und Klappenanteilen), Notwendigkeit einer permanenten Schrittmacherversorgung oder neue Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern) durch Manipulation des klappennahen Erregungsleitungssystems des Herzens. Aber auch akutes Nierenversagen oder Verschlechterung des bestehender Nierenschwäche können auftreten.

Heart-Team

Bei der Fülle der möglichen Therapieoptionen stellt sich automatisch die Frage für welche Patientengruppe welche Therapie am besten geeignet ist. Da das auch für die Ärzte keine einfache Entscheidung ist, wird diese für jeden Patienten individuell durch ein sogenanntes heart (engl: Herz)-Team getroffen. Zu diesem Team gehören erfahrene Kardiologen, Kardiochirurgen sowie Kardioanästhesisten. Bei Bedarf und speziellen Fragen können auch andere Ärzte hinzugezogen werden. Das Team diskutiert die einzelnen Patientenfälle und spricht dann eine Therapieempfehlun+g aus. Zwar gibt es nicht "den" einen einzelnen Faktor der über die eine oder andere Therapieform entscheidet, einige Faktoren stehen aber stärker im Fokus als andere.

- Alter: Tendenziell wird einem älteren Patienten (› 75 Jahre) eher eine TAVI empfohlen.
- Operationsrisiko: Patienten, die ein hohes Operationsrisiko haben (festgestellt mittels standartisierter Fragebögen), bekommen eher die Empfehlung zu einer TAVI als zum chirurgischen Klappenersatz
- Bei infektiöser Veränderung der Aortenklappe wird man eine chirurgische Sanierung anstreben. Gleiches gilt bei gleichzeitiger Notwendigkeit einer Bypassversorgung bei KHK oder fehlenden Zugangswegen über notwendige Arterien

Trotz aller fachlicher Expertise der beteiligten Ärzte ist die Einbeziehung des aufgeklärten Patienten in die Entscheidung unabdingbar. So können z.B. persönliche, nichtmedizinische Gründe des Patienten so stark im Vordergrund stehen, dass eine primär rein medizinisch bessere Therapie ggf. zurückgestellt wird (z.B. wenn jemand aus beruflichen Gründen keine dauerhafte Blutverdünnung mit Marcumar® haben möchte).

Nachsorge

Unabhängig von der gewählten Klappentherapie braucht jeder Patient mit einer Aortenklappenprothese eine lebenslange kardiologische Nachsorge.
Hierbei wird in regelmäßigen Abständen die Funktionsfähigkeit der Klappenprothese und die Herztätigkeit kontrolliert.
So ist es möglich, zeitnah Undichtigkeiten, Infektionen oder eine neueinsetzende Degeneration der Klappenprothese zu erkennen und entsprechend frühzeitig zu reagieren.

Alexander Ivchenko
Innere Medizin und Kardiologie
Ev. Krankenhaus Witten

Frederike Westhues ist neue stellvertretende Apotheken-Leiterin am EvK in Witten

Frederike Westhues ist neue stellvertretende Leiterin der Apotheke am Evangelischen Krankenhaus Witten. Die 26jährige tritt die Nachfolge von Ingrid Walden an, die sich Ende Juni in den Ruhestand verabschiedet hatte.

Bereits seit April 2020 gehört Frederike Westhues zum Apotheken-Team der Evangelischen Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel. Das Besondere: Mit einer halben Stelle ist sie in der Herner Apotheke im Einsatz und mit einer halben Stelle in Witten, wo sie nun auch die stellvertretende Leitung inne hat.

Frederike Westhues hat an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster Pharmazie studiert. Nach ihrem Examen absolvierte sie ihr Praktisches Jahr zunächst an einer öffentlichen Apotheke, anschließend am Klinikum Dortmund. „Hier habe ich schnell gemerkt, dass mich die Arbeit in einer Krankenhausapotheke begeistert", sagt sie und gerät auch gleich ins Schwärmen. Denn hier findet sie das breite Aufgabenspektrum, das sie immer gereizt hat: Von der Zytostatika-Zubereitung über Dosierungsempfehlungen für die Ärztinnen und Ärzte bis hin zur Verblisterung der Medikamente, die beispielsweise in Witten anfällt. „Außerdem arbeite ich hier nah am Patienten, auch wenn ich keinen direkten Kontakt habe", sagt Frederike Westhues.

Die neue stellvertr. Apothekenleiterin *des EvK Witten an ihrem Arbeitsplatz: Frederike Westhues.*

Analatresie: Was bedeutet das für Neugeborene?

Die Analatresie bezeichnet eine angeborene Fehlbildung des Rektums, die in der Medizin auch als „anorektale Malformation“ bekannt ist. Kinder, die mit solch einer Fehlbildung geboren werden, haben entweder gar keine, eine unzureichende oder eine deplatzierte Analöffnung. Grund hierfür ist eine Fehlbildung des Mastdarms bzw. des Afters.

Schätzungsweise 3.500 bis 5.000 Neugeborene in Deutschland sind von einer Analatresie betroffen. Die Fehlbildung kann unabhängig von der Herkunft bei allen Neugeborenen auftreten. Jungen sind jedoch häufiger betroffen als Mädchen. Etwa die Hälfte der Kinder haben zudem weitere Fehlbildungen. Die Neugeborenen fallen nach der Geburt durch die fehlende oder nicht korrekt platzierte Analöffnung und gegebenenfalls eine vorhandene Fistel auf. Oft besteht eine Fistel zwischen Mastdarm und den Harnwegen sowie den Geschlechtsorganen. Außerdem kann auch die Schließmuskulatur ganz oder teilweise fehlen.

Wie kommt eine Analatresie zustande?

Über die Ursachen, die zur Entwicklung einer Analatresie führen können, ist wenig bekannt. Es gibt Hinweise auf sogenannte „teratogene Einflüsse“, also auf Substanzen, die dem Embryo schaden und von außen unbewusst während der Schwangerschaft zugeführt wurden. Dazu zählen zum Beispiel: Insulin, Retinolsäure oder Thalidomid. Diese Wirkstoffe können durch die Einnahme von Medikamenten in den Körper gelangen. Des Weiteren erhöhen künstliche Befruchtungstechniken möglicherweise das Risiko für Fehlbildungen im Allgemeinen. Für eine gesunde Entwicklung des Embryos empfiehlt sich die Versorgung der Mutter mit Folsäure schon vor Beginn der Schwangerschaft.

Wie lässt sich eine Analatresie erkennen?

Anders als viele andere Fehlbildungen ist die Analatresie bisher im vorgeburtlichen Ultraschall nicht zuverlässig zu erkennen. Dadurch werden Eltern oft von der Diagnose überrascht und sind nicht darauf vorbereitet, dass ihr Kind mit einer Fehlbildung geboren wird. Manchmal lassen sich während der Schwangerschaft jedoch Begleitfehlbildungen, wie z. B. zwei statt drei Nabelschnurgefäße, eine statt zwei Nieren, fehlgebildete Nieren, eine auffällige Entwicklung der Blase, des Genitals oder des Herzens, eine Fehlbildung der Wirbelsäule oder ein erweiterter Darm feststellen. Diese Fehlbildungen treten häufig zusammen mit einer Analatresie auf und können auf eine anorektale Fehlbildung hinweisen.

Wie wird eine Analatresie behandelt?

Da jede Fehlbildung individuell unterschiedlich ist, muss im Einzelfall entschieden werden, welche Behandlungsform die Richtige ist. So hängen die Behandlungsmaßnahmen sowie die Anzahl der Operationen von der Ausprägung und Form der Fehlbildung ab. Ein erster Eingriff findet in der Regel wenige Tage nach der Geburt statt. Hierbei wird bei Neugeborenen mit einer leichten Fehlbildung bereits kurz nach der Geburt eine oberflächliche und heute weitgehend standardisierte Operation vorgenommen, bei welcher der Enddarm in die korrekte Position gebracht wird. Anschließend sind in diesem Fall oft keine weiteren Operationen erforderlich.

Neugeborene mit einer komplexeren Analatresie, weiteren Fehlbildungen oder mit

Bei einer Analatresie *werden Neugeborene ohne oder mit einer deplatzierten Analöffnung geboren. Foto: © portokalis - stock.adobe.com*

Untergewicht brauchen eine umfangreichere Behandlung. Bei diesen Kindern wird am ersten oder zweiten Lebenstag vorübergehend ein künstlicher Darmausgang im Dickdarmbereich angelegt. Dieser künstliche Darmausgang bleibt in aller Regel für ein bis sechs Monate bestehen. Dadurch wird dem Kind zum einen ermöglicht, Stuhl abzugeben, zum anderen dient ein künstlicher Darmausgang dem Schutz der darauffolgenden Korrekturoperation. Sie wird in aller Regel im Verlauf des ersten Lebensjahres durchgeführt. Bei der Operation wird die fehlgewachsene Analverbindung in die richtige Lage gebracht oder wenn sie zuvor gar nicht existiert hat, neu modelliert. Seit einigen Jahren kommen immer häufiger minimalinvasive Techniken zum Einsatz. Das bedeutet, dass nur mit sehr kleinen Schnitten operiert wird. Sie versprechen insbesondere bei komplexeren Fehlbildungen bessere Ergebnisse.

Wie läuft die Nachsorge nach der Operation ab?

Ist die chirurgische Korrektur verheilt und eine angemessene Weite des Anus erreicht, kann die Stuhlkontinuität wiederhergestellt und der Stuhl über den neu angelegten Anus entleert werden. Hierzu wird etwa ein bis drei Monate nach der Korrekturoperation der künstliche Darmausgang in einem weiteren Eingriff aufgehoben. Durch eine kontinuierliche Nachsorge, also regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Bauchraumes, können viele Folgeerscheinungen bei anorektalen Fehlbildungen und damit Klinikaufenthalte und Operationen vermieden werden.

Dr. Mohamad Alrefai
Leitender Oberarzt,
Klinik für Kinderchirurgie
Marien Hospital Witten

Pendelhoden, Gleithoden, Leistenhoden, Bauchhoden:

Von Wanderungen und Klimaanlagen

Wenn männliche Babys im Mutterleib schlummern, entwickeln sich ihre Hoden in Höhe der Nieren, wandern langsam hinter dem Bauchraum nach unten und gelangen über die Leiste in den Hodensack. Dort sind sie zumeist zum Zeitpunkt der Geburt auch angekommen. Stecken sie noch in der Leiste, spricht man von „Leistenhoden“, sind sie noch weiter „oben“, von „Bauchhoden“.

Manchmal – und das ist die harmloseste Variante – sind sie im oberen Anteil des Hodensackes, können nach unten gezogen werden (Gleithoden), oder sie sind mal „oben“ oder mal „unten“ im Hodensack. Bei einem Leisten- oder Bauchhoden ist der Hodensack auf der betroffenen Seite leer (s. Abb.). Bei einem Gleit-, Leisten- oder Bauchhoden besteht früher Handlungsbedarf: Die im Vergleich zum Hodensack um etwa 1 Grad Celsius höhere Körpertemperatur schädigt das Gewebe, das Spermien bildet, so dass der betreffende Hoden unfruchtbar wird. Man kann es auch so sehen: Die Hoden besitzen als einziges Organ des Menschen ihre eigene Klimaanlage, den Hodensack. Er reguliert die Temperatur auf die für die Samenproduktion idealen 36,5 Grad. Ist die Temperatur höher wie im Körperinneren, besteht außerdem ein erhöhtes Entartungsrisiko im Hinblick auf die Entstehung eines Hodentumors. Zusätzlich problematisch hier: Der Betroffene bemerkt eine Veränderung in seinem Hoden nicht, weil er ihn nicht tasten kann…

Abb.: Junge mit gut entwickeltem linken Hoden *(rechts im Bild) aber leerem Hodensack rechts (links im Bild).*

Um eine Störung der Fruchtbarkeit zu vermeiden, sollte ein falsch liegender Hoden bis zum Ende des zweiten, besser Ende des ersten Lebensjahres in den Hodensack verlagert worden sein. Dies ist in aller Regel operativ: Der S-förmig verlaufende Samenstrang des betroffenen Hodens wird zu einem „I“ umgewandelt und lässt sich dann spannungsfrei im Hodensack von innen befestigen. Erfolgt der Eingriff nach dem 2. Lebensjahr, lässt sich die gestörte Fruchtbarkeit nicht mehr retten, aber wenigstens kann der Hoden nun getastet werden…

Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Chefarzt Klinik für Urologie, Facharzt für Urologie, Andrologie, spezielle Chirurgie und medikamentöse Tumortherapie EvK Witten

Zurück zum Original – Experten stehen Rede und Antwort zu urologischen Themen:

Führungen durch die Urologische Ambulanz des EvK Witten starten wieder am 5. Oktober

„Was gut war, kommt wieder“, sagt der Volksmund. Und so war es nie eine Frage, ob die Führungen durch die Urologische Ambulanz des EvK Witten wiederkommen, sondern nur „wann“. Und diesbezüglich konnte Chefarzt Prof. Dr. Wiedemann jetzt verkünden: „Am 5. Oktober geht es wieder los!“

Die Entscheidungsträger haben „grünes Licht“ gegeben. Aber natürlich müssen die allgemein gültigen Corona-Richtlinien (3-G-Regel; AHA; wer Symptome hat, muss fernbleiben; Maskenpflicht) eingehalten werden, dann steht einem höchst-informativen Abend rund um die moderne Urologie nichts mehr im Wege. Da geht es z. B. um die OP im 3-D-Verfahren. Und auch die Therapie der gutartigen Prostatavergrößerung mittels Greenlight-Laser ist immer ein großes Thema. Hierzu, wie zu allen anderen urologischen Themen auch, können die Besucher ihre persönlichen Fragen an die Experten stellen.
Die Führung durch die Urologische Amabulanz beginnt um 18 Uhr. Treffpunkt ist in der Ambulanz im 1. OG des Ev. Krankenhauses Witten an der Pferdebachstr. 27. Zur Veranstaltung wird der Weg ausgeschildert sein. Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist – wie immer – kostenlos.
Eine vorherige Anmeldung ist nicht erforderlich.

Praxiserfahrung aus einer anderen Perspektive:

Auszubildende leiteten die Geriatrie des EvK

„Wir sind richtig stolz auf euch," lobten Andrea Schulte, stellvertretende Pflegedienstleiterin im Ev. Krankenhaus Witten und ihre Kollge*innen die Auszubildenden der Pflegefachschule des EvK. Zehn von ihnen waren im Rahmen des Projektes „Schüler leiten eine Station" zwei Wochen lang in die Rolle der examinierten Pflegefachkräfte geschlüpft: Auf der geriatrischen Station übernahmen sie das Kommando – und damit eigenverantwortlich sämtliche Tätigkeiten, die im Stationsalltag anfallen.

Konnten mit ihrem Einsatz als „Pflegekräfte" überzeugen – *Die Auszubildenden der Pflegefachschule des EvKs Witten.*

Die Überraschung stand ihnen ins Gesicht geschrieben, als die Auszubildenden von ihrer verantwortungsvollen Aufgabe erfahren hatten. Sie sollen nicht nur selbstständig die Patient*innen versorgen, sondern auch die Stationsleitung übernehmen sowie weitere anfallende Aufgaben im Stationsablauf erledigen, die sonst den examinierten Pflegekräften vorbehalten sind. Doch schnell wich die anfängliche Schüchternheit einer freudigen Aufregung. Schließlich ist es genau das, worauf sie seit Beginn ihrer Ausbildung hinarbeiten. „Mit einer Engelsgeduld hat uns das Stationsteam aufgenommen, uns unsere Erfahrungen machen lassen und uns die Führung übertragen. Dennoch war es beruhigend zu wissen, dass sie immer unsichtbar in unserer Nähe waren," resümiert Lina Hohmeier, die kommissarische Stationsleitung.

„Wir haben durch dieses Projekt einen ganz neuen Blick auf die Aufgaben einer Pflegefachkraft erhalten," ergänzt ihre Stellvertreterin Miriam Schwab. „Uns war am Anfang nicht klar, wieviel Zeit man als Pflegefachkraft am PC und am Telefon verbringt und dass die Erstellung des Dienstplanes viel Fingerspitzengefühl bedarf." Denn bisher reagierten die Auszubildenden im letzten Lehrjahr während ihrer Praxiseinsätze meist auf die Aufträge der examinierten Stationskräfte. Dank dieses Projektes erhielt der Pflegenachwuchs nun neue Einblicke, die mitunter helfen, manche Abläufe künftig besser nachvollziehen zu können. Nach einer kurzen Zeit der Eingewöhnung hat dann am Ende alles funktioniert, sodass das Fazit durchweg positiv ausfällt: Es war eine sehr intensive Zeit, die sich gelohnt hat. Alle haben richtig viel gelernt, da sind sie sich einig.
Auch die Verantwortlichen aus Schule und Klinik sind überaus zufrieden.

„Die Auszubildenden waren engagiert und mit viel Freude bei der Sache," freut sich Dr. Ulrich Weitkämper, Chefarzt der geriatrischen Klinik. Und Bernd Körting, der als Lehrkraft das Projekt seitens der Pflegefachschule begleitet hatte, verrät: „Das Feedback aller beteiligten Personen bestätigt unser Vorhaben, diese Schülerstation als festen Bestandteil der Ausbildung zu verankern."
Ein durchweg gelungenes Experiment, wie alle meinten.

Herbstmarkt am 3. Oktober in Langendreer

Kunst, Kreatives und Kulinarisches bietet u. a. der Herbstmarkt in Langendreer, zu dem der Stadtteilverein „Langendreer hat's!" am Sonntag, 3. Oktober, einlädt.

Die Veranstaltung findet im Ortsteil Alter Bahnhof statt und zwar auf der Alten Bahnhofstraße zwischen Lünsender Straße und Eislebener Straße, mit Schwerpunkt am Stern. Dort wird die Veranstaltung um 10 Uhr auch mit einem ökumenischen Gottesdienst eröffnet. Neben den Kunsthandwerkern und Bastlern präsentieren sich auch Langendreerer Vereine und Institutionen mit ihren Info-Angeboten. Herbstmarkt-Klassiker im kulinarischen Bereich sind Wildschweinbraten und Currywurst. Parallel bzw. in Ergänzung zum Herbstmarkt findet am dem Vorplatz von St. Marien ein Familientrödelmarkt statt. Die gesamte Veranstaltung wird gegen 18 Uhr enden.

Prof. Dr. Burkhard Dick als weltweit führender Augenexperte gewürdigt

Das Medizinportal „Expertscape“ hat seine weltweite Experten-Liste zur Operation des Grauen Stars veröffentlicht und unter den 20 am höchsten eingeschätzten Spezialisten werden mit Professor Dr. Burkhard Dick (Direktor der Augenklinik) und Dr. Tim Schultz (Oberarzt in der Augenklinik) gleich zwei Ophthalmologen aus dem Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum geführt.

Prof. Dr. Burkhard Dick belegt in der für die Augenheilkunde relevanten Kategorie „Cataract extraction“ (Operation des Grauen Stars) sowie „phacoemulsification“ (Zerkleinern und Absaugen des Linsenkerns mittels einer mit Ultraschall angeregten Kanüle) in dem internationalen Ranking Rang 2 und liegt damit deutlich vor Augenchirurgen hochrenommierter amerikanischer Universitäten.

Die hohe Platzierung, die von „Expertscape“ am 16. August via Twitter bekannt gegeben wurde, basiert zum einen auf der Zahl und der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen der Experten und zum anderen auf der Relevanz der jeweiligen Spezialisierung.
Unter der Leitung von Burkhard Dick hat sich die Universitätsaugenklinik Bochum einen weltweit anerkannten Ruf vor allem in der Kataraktchirurgie, der Operation des Grauen Stars erworben. „Dieser Eingriff, der in Deutschland pro Jahr geschätzt 900.000-mal durchgeführt wird,“ erklärt Dick, „ist nicht nur die häufigste Operation in der Medizin überhaupt, die Kataraktchirurgie ist auch sozusagen Butter und Brot der Augenheilkunde - eine heute sehr sichere, sehr effektive Operation, der sich eigentlich fast Jeder im Alter unterziehen muss. Die Auszeichnung, zu den Top 0,1% weltweit zu gehören, macht uns alle stolz - denn sie spiegelt den hohen Leistungsstand und die tolle Motivation aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik wider.“

Professor Burkhard Dick ist als ein Pionier der Katarakt-Operation mit dem Femtosekundenlaser bekannt - was jedoch nicht auf den Augenchirurgen zutrifft, der als einziger noch vor ihm im Expertscape-Ranking steht, dem in Alicante (Spanien) wirkenden Professor Jorge Alio. Gemeinsam sind Dick und Alio Herausgeber eines neuen Standardwerkes zur Kataraktchirurgie, das Anfang des nächsten Jahres erscheinen wird. Unter den im Ranking der zwanzig bestplatzierten Augenärzten sind mit Professor Dr. Thomas Kohnen (Frankfurt am Main) und Professor Dr. Gerd Auffarth (Heidelberg) noch zwei weitere deutsche Mediziner.

Prof. Dr. Burkhard Dick

E-Mobilität:

Familien- und Krankenpflege e.V. Witten erweitert Fuhrpark

„Wir reden nicht nur, wir ändern auch etwas“, sagt Volker Rumpel, Geschäftsführer der Familien- und Krankenpflege Witten und blickt auf den Fuhrpark: „Wir haben beispielsweise die Autos für unser Team ‚Essen auf Rädern‘ gänzlich ausgetauscht.“

Soll heißen: Die Fahrerinnen und Fahrer, die tagtäglich bis zu 150 Essen in ganz Witten ausliefern, sind elektrisch unterwegs. Und bis Ende 2022 sollen auch die Fahrzeuge der Ambulanten Pflege zu 80 Prozent umgestellt sein. Elf E-Autos zählen bereits jetzt zum elektrischen Fuhrpark. „Wir wollen noch weitere acht E-Autos bis Ende des Jahres dazu nehmen“, sagt Volker Rumpel. Gibt es denn überhaupt noch Verbrenner an den Stationen im Wullener Feld und an der Wetterstraße? „Die gibt es tatsächlich noch“, erklärt der Geschäftsführer auch warum: „Für den Ernstfall halten wir noch welche in Reserve.“ Denn sollte es mal ein technisches Problem mit den hauseigenen Ladesäulen geben, müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ambulanten Pflege dennoch mobil bleiben. Vor allen Dingen am Wochenende.
Doch damit nicht genug: Bereits bei den Planungen für die neue Station am Mühlengraben, die in diesen Tagen ihr Einjähriges feiert, haben die Verantwortlichen der FuK auf erneuerbare Energien gesetzt. So produziert die hauseigene Photovoltaikanlage bereits eigenen Strom. Rumpel: „Im Schnitt sind wir zwischen 30 und 50 Prozent autark.“ Im Sommer erreicht der Autarkielevel auch schon mal bis zu 75 Prozent. Übrigens: Die Zentrale im Wullener Feld soll Anfang nächsten Jahres folgen.

Neue Führungsspitze an der Fakultät für Gesundheit

Erstmalig führt ein Tandem das Dekanat der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke an

Die Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke (UW/H) geht ab Herbst 2021 erstmalig mit einem Führungstandem an den Start: Prof. Margareta Halek, Departmentleiterin der Pflegewissenschaft, und Prof. Stefan Zimmer, Departmentleiter der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, übernehmen in einem sogenannten Tandem-Modell das Dekanat. „Dieses neue Führungsmodell steht für Innovation, Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, für neue Formen in der akademischen Selbstorganisation und für einen mutigen und zukunftsweisenden Schritt", sagt UW/H-Präsident Professor Martin Butzlaff.

Prof. Dr. Margareta Halek und Prof. Dr. Stefan Zimmer *bilden das neue Führungsduo der Fakultät für Gesundheit an der Universität Witten / Herdecke.*

Die neue Führungskonstellation repräsentiert damit den Leitgedanken der Fakultät für Gesundheit: Interprofessionalität, Zusammenarbeit und Vielfalt. In Zukunft sollen die Führungspositionen diverser und gleichberechtigt zwischen Frauen und Männern aufgestellt sein sowie eine bewusste Durchmischung der Generationen widerspiegeln. „Das Tandem selbst spricht für die Vielfalt – Frau und Mann, Junior- und Senior-Führungskraft, Pflegewissenschaft und Zahnmedizin. Manche könnten darin Reibungspotentiale sehen, ich sehe eine Menge an notwendigen Kompetenzen, die nie in einer Person zu erwarten wären. Deshalb spiegelt das Tandem auch die realen Anforderungen an unsere jetzige und zukünftige Gesundheitsversorgung wider. Ich freue mich wirklich sehr, dass ich an diesem innovativen Schritt in der Fakultät für Gesundheit beteiligt sein darf", so Margareta Halek.

Stefan Zimmer: „Eine Tandemlösung an der Spitze einer Gesundheitsfakultät ist etwas sehr Innovatives, und ich bin stolz darauf, ein Teil davon zu sein. Es kann ein Modell dafür werden, wie man den modernen Bedürfnissen nach Arbeitsteilung gerecht werden und damit bessere Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie schaffen kann. Ich bin auch überzeugt, dass der Blick aus unterschiedlichen Perspektiven auf eine gemeinsame Aufgabe sehr förderlich ist und die Fakultät voranbringen kann. Das wollen wir in den nächsten vier Jahren beweisen."

„Ein zentrales Anliegen ist die Förderung und Gestaltung der Interdisziplinarität, die in allen Departments in Lehre, Forschung und Patientenversorgung spürbar werden sollen", betont Zimmer. Die Stärke der multiprofessionellen Gesundheitsfakultät, so fügt Halek hinzu, soll auf allen Ebenen zur Geltung kommen.

Die ambulanten Versorgungsstrukturen möchte das neue Führungstandem insbesondere durch die Verzahnung der vier Bereiche Allgemeinmedizin, Pflege, Psychotherapie und Zahnmedizin noch besser entwickeln. „Die Lehre hat für uns traditionell eine besonders große Bedeutung. Das soll auch in Zukunft so bleiben. Unser Ziel ist es, in der deutschen Spitzengruppe zu bleiben und Schwachpunkte gezielt zu verbessern", sagt Halek.

Neben diesen fakultätsspezifischen Zielen haben sich die beiden auch vorgenommen, einen höheren Frauenanteil in den leitenden Funktionen zu realisieren sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Auch das Thema Nachhaltigkeit soll eine wichtige Rolle spielen. „Beispiele sind der Ressourcenverbrauch in unseren Ambulanzen, aber auch die Fahrten, die unsere Kolleginnen und Kollegen für Veranstaltungen und Gremiensitzungen oder unsere Studierenden zu Lehrveranstaltungen absolvieren müssen. Das ist bei einer Fakultät mit weit verstreuten Standorten eine Herausforderung", macht Zimmer deutlich.

Das neue Führungstandem löst damit Professor Stefan Wirth ab, der nach zehn Jahren aus dem Amt ausscheiden wird. Die Amtszeit von Prof. Wirth war geprägt von der Konsolidierung der gerade neu gegründeten Fakultät für Gesundheit und der Stärkung des Bewusstseins für die neue Gemeinschaft der verschiedenen Disziplinen und Fächer. Zudem war im Bereich der Humanmedizin, den er zusätzlich als Departmentleiter verantwortete, die Verdopplung der Studienplätze, der damit verbundene starke Aufwuchs bei den Professorinnen und Professoren und weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Ausbau der Infrastruktur zu leisten. In seine Zeit als Dekan fielen zudem die Gründung der neuen Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde, der Aufbau der ambulanten Versorgung im Allgemeinen und der Allgemeinmedizin im Besonderen sowie erste Schritte einer Stärkung der digitalen Forschung und Lehre an der Fakultät für Gesundheit.

„Vieles wurde auf den Weg gebracht, gestärkt und angestoßen. Ich freue mich, meinen Nachfolgerinnen und Nachfolgern eine dynamische und entwicklungsfreudige Fakultätsgemeinschaft zu übergeben", sagt Prof. Dr. Wirth.

Die Kapitäne gehen von Bord:

Dr. Klein und Dr. Harff verlassen das Dermacenter

Neuer Besitzer HELIOS macht Dermacenter zum Medizinischen Versorgungszentrum

Die Hautärzte Dr. Ulrich Klein und Dr. Volker Harff, zwei Ur-Gesteine der Wittener Ärztelandschaft, verabschieden sich altersbedingt vom Dermacenter Witten. Nach fast 29 Jahren als in eigener Praxis niedergelassene Dermatologen / Allergologen haben sie zum 1. Juli die Wittener Hauptpraxis an der Bahnhofstrasse und die Filialpraxis in Herbede an den neuen Besitzer HELIOS übergeben.

In den Jahren 1993 bis 2021 war das Dermacenter Witten zu einer der größten und führenden hautärztlichen Praxen des Ruhrgebiets geworden. 25 Mitarbeiter, davon fünf Ärzte, versorgten pro Quartal über 5.000 Patienten mit dermatologischen und allergologischen Problemen. Das Einzugsgebiet der Praxis reichte weit über die Stadtgrenzen hinaus. Die konsiliarische Betreuung von Patienten mit Hautproblemen im Evangelischen Krankenhaus Witten sowie in zahlreichen Alten-, Pflege- und Behindertenheimen gehörten ebenso zu den Aufgaben der Praxis. Das Wittener Dermacenter ist auch bekannt für seine Innovationsfreudigkeit und hat auch entsprechend investiert. So z. B. in hochmoderne Diagnose-Gerätschaften für die Hautkrebserkennung, die deutlich patientenschonender als herkömmliche Verfahren sind, aber genau so sicher.

Lang, lang ist's her: *Dr. Ulrich Klein (links) und Dr. Volker Harff gemeinsam auf einem Foto aus dem Jahre 2010. Nun haben sie das Flaggschiff ihres Berufslebens, das Dermacenter, verlassen und widmen sich den schon länger bestehenden privat geführten Standorten in Wetter-Volmarstein und Bochum-Stiepel.*

Foto: Olaf Gellisch / Archiv Witten transparent

Beide Ärzte zeigten auch über den Praxisalltag hinaus stets ein großes Engagement, wenn es z.B. um Patienten-Informationen und auch -Schulungen ging. So beteiligten sie sich an zahlreichen Aktionen im Rahmen von Veranstaltungen mit Gesundheitsschwerpunkt und initiierten auch eigene Veranstaltungen. Darüber hinaus waren und sind beide Ärzte bei den ihre Fachbereiche betreffenden Thematiken Autoren für Witten transparent. Dabei haben sie es immer verstanden, auch dermatologisch und allergologisch komplexe und komplizierte Sachverhalte in einer für den interessierten Laien verständlichen Form zu erklären.

Außerdem waren Dr. Harff und Dr. Klein auch in Aktionen der Ärztichen Qualitätsgemeinschaft Witten eingebunden sowie überhaupt in die Aktionen der Ärtzeschaft. In früheren Jahren war Dr. Klein auch im Fußball-Team der Wittener Ärzte.

Die Arbeit des Dermacenters wird nun unter Führung von HELIOS in Form eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an den beiden Standorten mit vier Ärztinnen unter der ärztichen Leitung, der Hautfachärztin S. Hasmoro, fortgeführt.

Abschied in den Vorruhestand

Dr. Klein und Dr. Harff gehen aber vorerst nur in den „Vorruhestand". An den bereits seit über zehn Jahren von ihnen zusammen mit anderen Hautärzten unter dem Namen Dermaticon privat geführten Standorten Bochum-Stiepel und Wetter-Volmarstein werden sie weiterhin als Dermatologen tätig sein. Dabei wird es für sie aber wesentlich ruhiger als in den letzten Jahren im Dermacenter zugehen.

Wenn das Nervensystem versagt:

Neurologische Praxis öffnet ihre Pforten am EvK Witten

Von Bandscheibenvorfall über Schwindel bis Migräne – Patient*innen mit neurologischen Erkrankungen erhalten mit der Neurologischen Praxis im Ev. Krankenhaus Witten eine neue Anlaufstelle.

Dr. Michail Michalis, leitender Arzt dieser neurologischen Praxis und Oberarzt für Neurologie am EvK Herne, erhält dabei Unterstützung von David Minwegen, Oberarzt der Geriatrie am EvK Witten und Dr. Sylke Düllberg-Boden, Chefärztin für Neurologie am EvK Herne. Die drei Fachärzt*innen für Neurologie behandeln in der Praxis sowohl Patient*innen mit Parkinson als auch mit Demenz, Karpaltunnelsyndrom und weiteren Erkrankungen des Nervensystems.

Da die Symptome im neurologischen Bereich vielfältig sind, steht dem Team eine differenzierte, technische Ausstattung zur Verfügung, um das Krankheitsbild präzise zu ermitteln. „Wir nehmen uns hier Zeit für jeden Patienten und können dank des Standortes im EvK Witten die komplette erforderliche Diagnostik anbieten," resümiert Dr. Michalis. Im Mittelpunkt stehen der Patient und seine Therapie, was auch Dr. Düllberg-Boden bestätigt: „Bei uns geht kein Patient ohne Befund aus dem Haus."

Praxis Dudziak und Roßbach erweitert das Angebot:

Beauty-Behandlungen solo oder zur Vorbereitung und Ergänzung zu medizinisch-ästhetischen Eingriffen

Die Gemeinschaftspraxis für Handchirurgie und Ästhetische Chirurgie, Dudziak und Roßbach (direkt am Ev. Krankenhaus Witten), bietet nun auch Beauty-Behandlungen an. Dieses jüngst ins Leistungsspektrum der Praxis aufgenommene Zusatzangebot erfährt seine Sinnhaftigkeit durch das Zusammenspiel mit der Ästhetischen Chirurgie und den entsprechenden ärtzlichen Eingriffen. „Dank vorbereitender kosmetischer Behandlungen erzielen die medizinisch-ästhetischen Eingriffe einen deutlich höheren Wirkungsgrad, da die professionell porentief vorgereinigte Haut viel besser in der Lage ist, die gespritzten Substanzen wie Botox, Hyaluron und PRP (Plättchenreiches Plasma) aufzunehmen“, erklärt der Ästhetische Chirurg Oliver Roßbach.

Zuständig für die kosmetischen Behandlungen ist Kosmetikerin Eva Elvira El Haddadi. Sie verfügt über entsprechende Zusatzqualifikationen (Aquafacial) sowie über Erfahrungen auf diesem Gebiet. Auch sie sieht für die Patienten einen großen Vorteil in der Kombination zwischen kosmetischer und medizinischer Behandlung. „Man kann dies ausgesprochen gut kombinieren“, sagt sie. Und das Gute für den Patienten ist: Nach der kosmetischen Behandlung ist sofort ein positiver Effekt zu erkennen: „Die Haut sieht jünger und frischer aus, wenn sie mit Aquafacial- oder Aquapeeling-Verfahren behandelt wurde.“
Sie wird einer Tiefenreinigung unterzogen. Spezielle Geräte, die mit Wasser und Vacuum arbeiten, sowie Fruchtsäure und Salicylsäure kommen dabei zum Einsatz. Die Poren werden dabei von allen Ablagerungen (z. B. Talg, ggf. Fremdstoffe etc.) befreit; die alten, nicht-mehr aktiven Hautzellen werden quasi abgetragen.

Hat das auch was mit Hygiene zu tun?
„Auf jeden Fall“, sagt Oliver Roßbach. „Dies spielt gerade bei der Injektion von Blutplasma eine große Rolle. Wurde die Haut – wie geschildert – gereinigt, so ist ein Höchstmaß an Hygiene gegeben. Aber auch die Aufnahmekapazität für die im Zuge der ästhetischen Behandlung zu injizierenden Substanzen ist erhöht. Die Haut fungiert als Depot, in welches die Substanzen eingelagert werden und von wo aus sie ihre Wirkung entfalten.“

Aber dies ist nur ein Beispiel für das Zusammenspiel von Kosmetik und Ästhetischer Medizin. Weitere sind – laut Oliver Roßbach – z. B. Fillerbehandlungen und Fadenlifting sowie das chirurgische Needling. Das Needling (vom Englischen: Nadeln) ist ein Verfahren zur Verbesserung des Hautbildes. D. h., es können oberflächliche Falten reduziert werden und Akne- und andere Narben sowie auch Pigmentstörungen können sichtlich verbessert werden. Auch kann dadurch die Haut allgemein gestrafft werden. Und hier kann – im Bedarfsfall – die chirurgische Seite die kosmetische Behandlung intensivieren, denn: Das kosmetische Needling ist mit entsprechenden Gerätschaften, die mit ganz kleinen Titannadeln bestückt sind, nur bis zu einer Tiefe von 0,5 mm möglich; das medizinische Needling kann bis zu 2,5 mm in die Haut gehen, was natürlich deutlich intensiver ist. Aber in der Faltenbekämpfung und bei der beabsichtigten Hautstraffung kommen auch noch andere Geräte zum Einsatz, die z. B. mit Radiofrequenz, Ionenlicht und Ultraschall. Welches Verfahren letztlich zum Einsatz kommt, ist auch von den individuellen Hautgegebenheiten der Patienten abhängig. Ziel dabei ist es (vereinfacht gesagt), die Haut zum Regenerationsprozess zu animieren.

***Kosmetikerin Eva Elvira El Haddadi** ist neu in der Praxis Dudziak und Roßbach auf dem Gelände des Ev. Krankenhauses Witten. Sie hat eine Zusatzausbildung in Aquafacial und ist zuständig für kosmetische Behandlungen, wie z. B. Tiefenreinigungen der Haut zur Vorbeitung für Ästhetisch-chirurgische Eingriffe.*

Die Kombi macht‘s
Die Wirkungen von Aquafacial-Behandlungen sind erstaunlich, so Oliver Roßbach. Patientinnen und Patienten waren davon so begeistert, dass sie sofort Anschlusstermine haben wollten. „In der kurzen Zeit, seit dieses Angebot besteht, ging bei einigen Patienten die Begeisterung sogar so weit, dass sie die ursprünglich geplante medizinisch-ästhetische Behandlung gar nicht mehr wollten, da sie so mit dem Ergebnis zufrieden waren“, lacht Oliver Roßbach. Jedoch suchen natürlich zumeist die Patienten den Ästhetischen Chirurgen auf, deren Probleme sich in der Regel eben nicht allein mit kosmetischen Maßnahmen beheben lassen. Und doch: „Die Kombi macht‘s!“, so der Arzt, der sehr glücklich darüber ist, jetzt eine Expertin in Sachen Kosmetik mit an Bord zu haben.

STADTWERKE WITTEN
Natürlich.

WÄRME IST NICHT SICHTBAR– EIN GUTES GEFÜHL SCHON.

Jetzt umsteigen auf Ökogas. Natürlich.

Ein kuschelig warmes Zuhause, ein entspannendes Bad: Das können Sie nun doppelt genießen – mit **100 % klimaneutralem Erdgas**. Denn wir sorgen dafür, dass die CO_2-Emissionen, die bei der Verbrennung des Erdgases entstehen, vollständig ausgeglichen und somit **weltweit Klimaschutzprojekte gefördert** werden.

Bestellen Sie jetzt Unser Gas. Öko. Logisch und erhalten Sie nachhaltiges Erdgas: Für ein gutes Gefühl – TÜV-zertifiziert.

ÖKOGAS
Natürlich.
STADTWERKE WITTEN

www.stadtwerke-witten.de/oekogas

Care Center Deutschland begrüßt zehn neue Auszubildende

Dem Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft mit einer fundierten Ausbildung zu begegnen ist eine Kernaufgabe erfolgreicher Unternehmen. In diesem Jahr starten zehn neue Auszubildende ihr Berufsleben im Sanitätshaus Care Center Deutschland, das auch in Witten, im Medizinischen Centrum am Rheinischen Esel, eine Filiale unterhält. Die Auszubildenden wurden vom Geschäftsführer Uwe Brockmann am ersten Arbeitstag im Unternehmen begrüßt.

Begrüßung der Care Center Deutschland-Azubis 2021 *durch Geschäftsfüher Uwe Brockmann (rechts). Foto: Care Center Deutschland GmbH*

Neben der Vermittlung von fundiertem Fachwissen ist das Vorleben von Werten wie Empathie und Respekt eine Anliegen der Geschäftsführung und integraler Bestandteil der Unternehmenskultur im Care Center.
„Die neuen Auszubildenden werden nicht nur Teil eines guten Teams, vor allem bekommen sie bei uns auch eine richtig gute Ausbildung. Erst im letzten Jahre haben zwei von unseren Auszubildenden aus den Fachbereichen Orthopädietechnik und Orthopädieschuhtechnik als Beste ihres Jahrgangs abgeschlossen. In diesem Jahr konnte ein weiterer Auszubildender der Orthopädietechnik mit seinem Gesellenstück die Prüfer zu 100% überzeugen“, sagt Uwe Brockmann.

Gleichzeitig zeigte er den neuen Azubis Perspektiven für eine sichere Zukunft im Care Center auf: „Zeigen Sie gute Leistungen und starten Sie neugierig in Ihre Ausbildung – wenn Sie das mitbringen, wird Ihnen das Care Center gern mit erfolgreich bestandener Abschlussprüfung einen Anschlussvertrag anbieten.“
Von insgesamt knapp 200 Beschäftigten der Care Center Deutschland GmbH sind derzeit 18 Menschen in Ausbildung zu folgenden Berufen: Orthopädieschuhtechniker/in, Orthopädietechniker/in, Kaufmann / Kauffrau im Gesundheitswesen, Kaufmann / Kauffrau für Büromanagement.

Am 1. November 1918 wurde die „orthopädische Kunstgliederwerkstatt“ unter dem Dach des heutigen Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum und der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (ehemals Berufsgenossenschaft Bergbau) gegründet. In diesen mehr als 100 Jahren medizinischer Hilfsmittelversorgung für Menschen mit den unterschiedlichsten Beeinträchtigungen und Erkrankungen entwickelte sich die Care Center Deutschland GmbH zu einem innovativen und zuverlässigen Partner für alle Versorgungen in der Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik und Rehatechnik in Nordrhein-Westfalen sowie auch weit darüber hinaus.

Großzügige Räumlichkeiten an der Sinterstraße in Bochum bieten viel Platz für das in 2020 neu erbaute Zentrum für Technische Orthopädie, die Abteilungen Rehatechnik, Medizintechnik und Homecar. Mit einem weiteren Stützpunkt am Berufsgenossenschaftlichen Universtitätsklinikum Bergmannsheil Bochum und den Sanitätshausfilialen in Bochum und Witten steht die Care Center Deutschland GmbH flächendeckend mit modernster Technik und weitreichendem Know How für die Bochumer und Wittener Kunden bereit. Mehr Infos unter www.care-center.de.

Beauty für Sie & Ihn

Aktuelle Angebote aus unserem neuen Kosmetik-Bereich* (gültig bis 15.10.2021):

Aquafacial..... **99,- €** (regulär 149,- €)
Aquapeeling..... **49,- €** (regulär 69,- €)
Gesichtsbehandlung ab **39,- €** (regulär ab 49,- €)
Kosmet. Behandlung ab **49,- €** (regulär ab 59,- €)
Männersache..... **39,- €** (regulär 49,- €)

Gesichtsbehandlung Teens.....39,- €
Wimpern färben.....10,- €
Augenbrauen färben.....10,- €

* Alle körpernahen Dienstleistungen werden nur im Rahmen der jeweils aktuell gültigen Corona-Auflagen durchgeführt. Sprechen Sie uns an!

Praxisklinik Dudziak, Roßbach

Operative Versorgung aus einer Hand

Pferdebachstr. 27b
58455 Witten

Tel. 02302 / 210 10
www.praxisklinik-dr.de

Ich geh' ins EvK

Ev. Krankenhaus Witten
Lehrkrankenhaus der Universität Witten/Herdecke

Medizin – Pflege – Therapie

Unsere Fachabteilungen bieten Ihnen in enger Zusammenarbeit mit Ihrem Haus- oder Facharzt eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie.

- Klinik für Geriatrie und Tagesklinik
- Klinik für Innere Medizin
- Klinik für Hämatologie und Onkologie
- Klinik für Strahlentherapie
- Klinik für Urologie
- Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
- Therapeutische Teams
- Interdisziplinäre Aufnahme/Ambulanz
- Radiologische Praxis

Ev. Krankenhaus Witten
Pferdebachstraße 27, 58455 Witten
Tel. 02302/175-0
www.evk-witten.de
www.facebook.com/evkwitten

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001