

Gesundheit heute

Der informative Ratgeber für unser körperliches Wohlbefinden

Tipps und
Trends!

**Was Sie über Osteoporose
wissen sollten**

**Inverse Schulterprothese –
ideal für ältere Patienten**

Diese Beilage finden Sie auch online – Rhein-Zeitung.de
Anzeigensonderveröffentlichung vom 29. September 2017

Rhein-Zeitung
und ihre Heimatausgaben

Inhaltsverzeichnis

So stärken Sie Ihr Immunsystem	2
Verletzte Rotatorenmanschette sorgt für Schmerzen	3
Volkkrankheit Arthrose	4/5
	
Foto: psdesign1 - stock.adobe.com	
Vorsicht mit Antibiotika	6
Krebs: Weiterentwicklung in Diagnostik und Therapie	8
Neu entwickelte Nägel und Schrauben für Gelenk- und Knochenoperationen	9
Inverse Schulterprothese: Therapieoption für ältere Menschen	12/13
Was man über Osteoporose wissen sollte	14
Heilung eines Kreuzbandrisses braucht viel Zeit	15
Neue Verfahren, die bei Kniebeschwerden helfen	16/17
So benutzt man einen Rollator richtig	18/19

Anzeige

www.DieSchlafberater.de

Betten Studio E. Wissler • Rhein-Mosel-Straße 59
56281 Emmelshausen • Tel.: 06747 / 302 600

Praxis für Zahnheilkunde



Dr. med. dent.
Heiko Hardt
Zahnarzt und Zahntechniker

Fröschpfortstrasse 1
56410 Montabaur
Tel.: 0 26 02 / 91 63 00
Fax: 0 26 02 / 27 16praxis@top-zahnaesthetik.de
www.top-zahnaesthetik.de

Mach es für Dich!

1000m² Fitness, Tanz, Rehasport & Wellness exklusiv für Frauen, auf höchstem Niveau mit persönlicher Betreuung in stilvoller Wohlfühl-atmosphäre!Jetzt starten,
Coupon ausschneiden und
75 Euro
sparen!activeLady
Fitness & Wellness für FrauenactiveLady • Breslauer Straße 55 • 2. OG • Industriegebiet • 56566 Neuwied
Tel.: 02631/35 81 15 • E-Mail: studio@active-lady.info • www.active-lady.infolike us on
facebook.

Abwehrstark durch Herbst und Winter

Wie man das Immunsystem fit machen kann

Eine Erkältung oder Grippe kommt immer ungelegen. Leider treffen gerade im Herbst und Winter oft Erreger auf ein geschwächtes Immunsystem, sodass man quasi überall auf niesende, hustende Zeitgenossen trifft. Um sich zu schützen, kann neben Hygienemaßnahmen wie häufigem Händewaschen vor allem eins helfen: eine starke Abwehr. Dafür lässt sich einiges tun.

• **Sonne tanken:** Sonne ist jetzt oft Mangelware - deshalb sollte man jede Gelegenheit nutzen, um ein paar Strahlen abzubekommen. Denn die Sonne regt im Körper die Bildung von Vitamin D an, das essenziell für ein gesundes Immunsystem ist.

• **Reichlich Vitamine und gesunde Pflanzenstoffe** verzehren: Obst und Gemüse halten gesund. Besonders Zitrusfrüchte, Brokkoli, Mohrrüben, rote Trauben, Tomaten, Kohl und Knoblauch gehören zu den Lebensmitteln, zu denen man wegen ihrer gesunden Inhaltsstoffe häufig greifen sollte. Altbewährt ist auch Holunderbeersaft. Er enthält nicht nur viele Vitamine, sondern auch einen der

höchsten Gehalte an antioxidativ wirkenden Anthocyanen in Lebensmitteln. Diese können die Zellen vor dem Angriff freier Radikale schützen und dem Immunsystem Power geben.

• **Bienenkraft nutzen:** Propolis ist ein komplexes, harzartiges Bienenprodukt, dessen Wirkstoffe Bakterien, Pilze und Viren hemmen, können. Es wird schon seit der Antike als Naturheilmittel eingesetzt und kann gute Dienste für die Abwehr leisten. Sinnvoll kombiniert mit anthocyanreichem Holunderbeerenextrakt und Kapuzinerkresse, deren Senföle ebenfalls antibakteriell und antiviral wirken können, ist es etwa im Nahrungsergänzungsmittel „Best Edition Immunis pro“. So lässt sich ohne viel Auf-

wand etwas für die Abwehr tun, unter www.ascopharm.de gibt es mehr Informationen.

• **Aktiv werden:** Bewegung aktiviert die Abwehrkräfte. Deshalb sollte man sich regelmäßig vom kuscheligen Sofa aufraffen und in Schwung kommen - am besten an der frischen Luft. Allerdings: Zu viel Ehrgeiz kann auch schaden, denn Überanstrengung schwächt den Körper.

• **Abhärten:** Sauna, Wechsel duschen oder Kneipp-Anwendungen bringen die Temperaturregulation des Körpers auf Trab und mobilisieren die Abwehrzellen.

• **Ausschlafen:** Während der Nachtruhe ist unsere Abwehr höchst aktiv, und es laufen zahlreiche Reparaturvorgänge im Körper ab. Zu wenig Schlaf lässt uns daher anfälliger werden, ein gesunder Schlummer gibt dagegen dem Immunsystem neue Power. *djd*

Foto: Christian Schwier -
stock.adobe.com

Anzeige

Mein neues Knie – Individuelles Gelenk für mehr Lebensqualität

Mit CT-gestützter Methode erzielt das Marienkrankenhaus in Cochem große Erfolge beim Einsatz künstlicher Gelenke

Jährlich werden in Deutschland mehr als 300.000 Menschen mit einem künstlichen Gelenk versorgt, etwa die Hälfte davon mit einem Kniegelenk. Die Entscheidung, eine solche Operation durchführen zu lassen, fällt häufig nach einer Periode lang andauernder Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit, die häufig eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeutet.

Daher sollen mit einer solchen Operation die Schmerzreduktion bei guter Beweglichkeit des Gelenks sowie eine möglichst uneingeschränkte Mobilität und Gebrauchsfähigkeit für den Patienten erreicht werden. Hierfür sind neben einem schonenden und präzisen Operationsverfahren und guter Nachsorge insbesondere die Herstellung der geraden Beinachsen und die Reproduktion der Anatomie der beteiligten Knochen wichtig.

Die herkömmliche Methode, bei der die Kniegelenkprothesen in Serie und auf Grundlage von Röntgenaufnahmen gefertigt werden, stellt laut internationalen Untersuchungen nur 80 Prozent der Patienten mit dem Operationsergebnis zufrieden. Grund hierfür sind häufig Fehlpositionierungen, wodurch sich die Prothese vorzeitig lockern kann und letztlich ein erneuter Eingriff notwendig wird.

Bei der patientenindividualisierten



Das Röntgenbild zeigt, wie präzise das künstliche Gelenk (links) eingesetzt worden ist. Foto: Fotolia

CT-basierten Kniegelenkoperation, die seit 2014 auch im Marienkrankenhaus Cochem angeboten wird, wird im Vorfeld des Eingriffs mittels eines Computertomografen eine detaillierte Aufnahme des Knie-, Hüft- und Sprunggelenks erstellt. Anhand dieser Aufnahmen werden Schnittschablonen angefertigt, die exakt an die Knie- und Beinanatomie des jeweiligen Patienten angepasst sind. Das bedeutet, dass der Großteil der Anpassung des Serienimplantates an den Knochen bereits vor und nicht während der Operation stattfindet, wodurch die Länge des Eingriffs verkürzt werden kann. Zudem können die allgemeinen Operationsrisiken minimiert werden, da bei dieser Methode zum Beispiel

auch der Oberschenkelknochen nicht mehr eröffnet werden muss. Die höhere Präzision und die sehr exakte Ausrichtung auf allen Raumebenen haben eine bessere Funktion und eine längere Haltbarkeit des Gelenks zur Folge.

„Wir sind mit den bisherigen Operationsergebnissen sehr zufrieden. Die Planung und Herstellung der Schablonen verlaufen präzise und schnell, sodass zwischen der CT-Untersuchung und dem Eingriff in der Regel maximal sechs Wochen liegen. Rehabilitation und Mobilisation beginnen bereits vor der Operation durch die in unserem Haus ansässige Physiotherapiepraxis astralvital, um eine schnelle Genesung zu fördern. Ein spezielles physiotherapeutisches Angebot vor dem Eingriff

zum gezielten Muskelaufbau kann den Heilungsprozess und die Nachbehandlung durchaus positiv beeinflussen. Nach der Operation werden unsere Patienten mit einer postoperativen Schmerztherapie versorgt, um weitestgehend Schmerzfreiheit in der Genesungsphase zu erzielen, sodass frühzeitig mit Rehabilitationsmaßnahmen und Mobilisation während des stationären Aufenthalts begonnen werden kann. Nach der Entlassung haben unsere Patienten die Möglichkeit, sich hier bei uns weiterbehandeln zu lassen. Dies hat den Vorteil, dass die Therapeuten den Verlauf bereits kennen und gegebenenfalls mit den Operateuren Rücksprache halten können“, erklärt Dr. med. Bernd Vollrath, der die orthopädische Praxis des Medizinischen Versorgungszentrums Cochem-Zell (VitaMed GmbH) leitet und als Operateur im Marienkrankenhaus Cochem tätig ist.

Kontakt

VitaMed GmbH -
Medizinisches Versorgungszentrum
Cochem-Zell
Avallonstraße 32
56812 Cochem
Telefon: 02671/607 90
www.vitamed-cochem.de

Wenn die Schulter schmerzt

Verletzungen an der Rotatorenmanschette sind nicht leicht zu identifizieren

Schmerzt es in der Schulter beim Heben des Armes, beim Haare kämmen oder beim Zuknoten der Schürze hinterm Rücken, dann ist häufig die Rotatorenmanschette betroffen. Sie stabilisiert das Schultergelenk. Im Gegensatz zum Hüftgelenk ist die Gelenkpfanne der Schulter äußerst flach und klein und umschließt den Gelenkkopf nicht. Das Gelenk wird deshalb nur durch die Muskeln und Sehnen der Rotatorenmanschette zusammengehalten. Sie sind ein eingespieltes Team. Schwächelt jedoch einer aus diesem Team, kommt es zu Schonhaltungen oder Schmerzen. Dies geschieht häufig ab dem vierten Lebensjahrzehnt.

Ursache solcher Beeinträchtigungen können Entzündungen oder Verkalkungen der Sehne sein, Schleimbeutelentzündungen, Risse der Sehne oder eine Verengung zwischen dem Schultergelenk und dem Schulterdach. Denn genau dort verläuft die Supraspinatus-Sehne, die bei jeder Überkopfbewegung des Armes in Mittele-

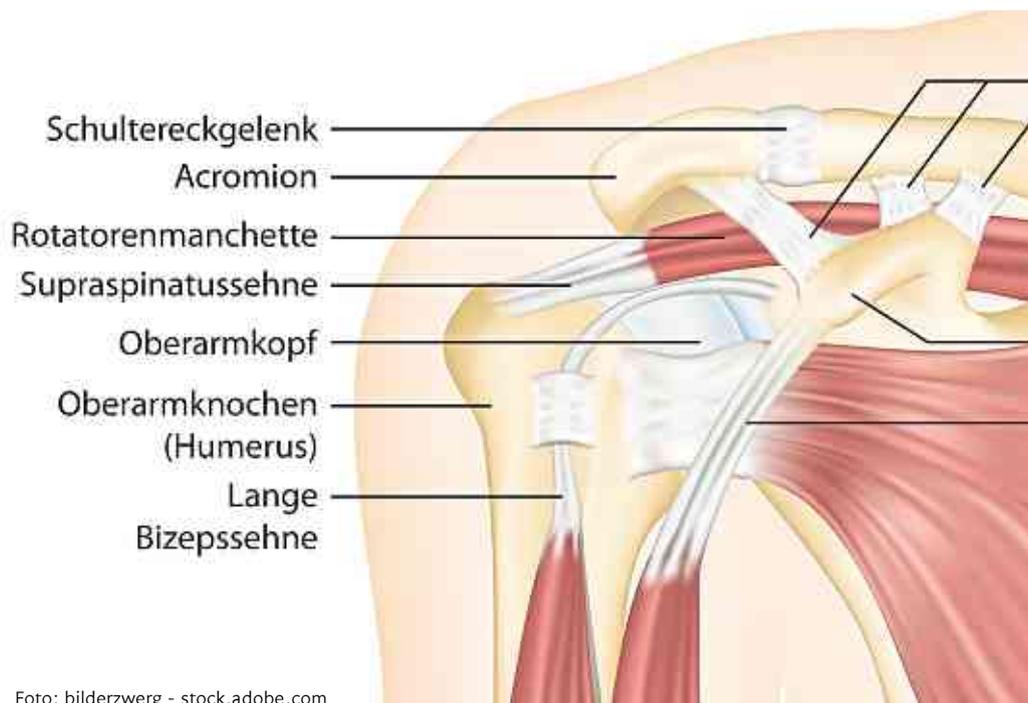


Foto: bilderdzweig - stock.adobe.com

denchaft gerät. Diese Beeinträchtigungen entstehen durch Überlastung, Verletzungen oder eben durch Abnutzung.

Verletzungen an der Rotatorenmanschette können äußerst unterschiedlich sein. Wie erkennt der Arzt nun,

woher der Schmerz in der Schulter kommt? Zunächst wird eine Ultraschalluntersuchung gemacht. Der große Vorteil: Der Arzt kann die Schulter sowohl in Ruhe als auch in der Bewegung untersuchen und die Auswirkung eines eventuellen Sehnenris-

ses direkt beurteilen. Ist der Befund immer noch unklar, wird geröntgt. Dabei können Knochenveränderungen wie Arthrose oder der Abstand vom Oberarm zum Schulterdach erkannt werden. Das MRT letztendlich könnte Defekte an der Supraspinalsehne

erkennen lassen. Sie ist die am häufigsten beschädigte Sehne und umgibt den Oberkopf wie eine Haube.

Was ist zu tun, um wieder schmerzfrei zu werden? Das hängt zunächst einmal davon ab, wodurch die Schmerzen verursacht werden. Manchmal gehen die Schmerzen bereits nach der Einnahme von Schmerzmitteln oder nach einer Kortisonspritze wieder weg. Physiotherapie oder Manuelle Therapie sind häufig auch zielführend. Schlagen konservative Therapien jedoch nicht an, wird eine Operation empfohlen. Diese wird meist arthroskopisch durchgeführt.

Sind Sehnen gerissen, werden diese während des arthroskopischen Eingriffs genäht. Gleichzeitig können, wenn nötig, Teile des Schulterdachs abgetragen werden, um eine Enge im Schultergelenk zu beseitigen. Diese Bewegungsblockaden sind auch unter dem Begriff Impingement bekannt. Oder es werden entzündete oder vernarbte Schleimbeutel entfernt.

Volkskrankheit Arthrose

Wenn die Knorpelschicht zwischen den Gelenken immer dünner wird

Wenn Bewegung schmerzt, dann lautet die Diagnose häufig Arthrose. Doch was bedeutet dies? Kurz und knapp: Arthrose ist der Verschleiß von Knorpelmasse. Die Knorpel sitzen zwischen den Gelenken. Sie sorgen dafür, dass die zwei Knochenenden eines Gelenkes nicht direkt aufeinander reiben. Durch die Knorpelschicht zwischen den Gelenken werden sie geschützt. Die Knochen können störungsfrei gleiten. Außerdem dämpfen die Knorpel bei Stößen die Belastungen, die auf das Gelenk einwirken. Man kann sich dies wie ein kleines Gelkissen vorstellen, das elastisch bei jeder Bewegung mitgeht.

Doch auch Knorpel zeigen irgendwann einmal Abnutzungserscheinungen. Besonders dann, wenn sie zu sehr strapaziert werden. Am häufigsten sind Hand- und Fingergelenke, Hüfte und Knie betroffen. Arthrose ist der Überbegriff, bei der Hüfte spricht man von der Coxarthrose und bei Knien von einer Gonarthrose.

Wie entsteht die Arthrose?

Zum einen durch falsche Belastungen, die sehr unterschiedlich aussehen können. Zunächst einmal wäre da, das Gewicht. Knorpel halten eine Menge aus, aber irgendwann ist Schluss. Gerade die Knorpel in den Knien verabschieden sich zuerst. Sie können nicht mehr gegen das Gewicht gegenhalten und werden immer dünner.

Aber auch einseitige oder ungleich verteilte Belastungen der Gelenke können eine Arthrose zur Folge haben. Wer ständig eine schwere Umhängetasche mit hochgezogener Schulter trägt, stundenlang das Daumensattelgelenk bewegt, um Handynachrichten zu schreiben, schwer tragen muss oder Sportarten wie Speerwerfen, Joggen oder Tennis betreibt, läuft Gefahr, die Knorpel abzunutzen. Gleiches gilt für Menschen mit extremen X- oder O-Beinen.

Zum anderen kann eine Arthrose entstehen als Folge

von bestimmten chronischen Erkrankungen und als Folge von Verletzungen an den Gelenken, ganz klassisch Meniskus- und Knorpelschäden im Kniegelenk.

Arthrose bemerken

Ebenso wie bei der Osteoporose (Seite 14) kommt die Arthrose schleichend und ist nicht heilbar, aber behandelbar. Wenn die ersten Gelenkschmerzen bemerkt werden, dann hat der Knorpelabbau bereits begonnen. Denn die Schmerzen werden spürbar, weil der Knorpel bereits ausfasert. Er ist kein elastisches Gelkissen mehr, kann nicht mehr den Druck gleichmäßig verteilen. Die Knochenhaut des Gelenks spürt erstmals eine Reizung und das schmerzt.

Auch wenn der Schmerz ertragbar ist, sollte man nicht leichtsinnig werden. Denn der

Verschleiß geht weiter. Ist zwischen den Gelenkknochen kaum mehr Knorpel vorhanden, wird auch die Beweglichkeit immer eingeschränkter. Zudem können Entzündungen hinzukommen. Im Endstadium ist kein Knorpel mehr vorhanden. Die Knochen reiben direkt aufeinander. Die Schmerzen werden unerträglich.

Fortschreiten verhindern

Da Knorpel nicht nachwachsen, ist rechtzeitiges Handeln gefragt, damit die noch vorhandene Knorpelsubstanz sich nicht weiter abnutzt. Wer übergewichtig ist, sollte unbedingt abnehmen. Eine Studie der Universität San Francisco unter der Leitung der Radiologin Dr. Alexandra Gersing hat ergeben, dass der Abbau des Knorpels stagniert, wenn die Probanden mehr als zehn Prozent ihres

Körpergewichts abnehmen.

Es klingt paradox, ist aber wichtig und richtig. Die Gelenke dürfen nicht geschont werden, sie müssen bewegt werden. Nur so wird der noch verbliebene Knorpel ausreichend durchblutet und mit Nährstoffen versorgt und kann die Gelenke weiterhin, so gut, wie es ihm möglich ist, schützen und wird nicht weiter abgebaut.

Gegen akute Schmerzen werden Medikamente mit den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure oder Ibuprofen empfohlen. Bei anhaltenden Schmerzen werden auch Spritzen mit beispielsweise Kortison oder Hyaluronsäure eingesetzt.

Operative Eingriffe

Gerade bei der Gonarthrose, also dem Knorpelverschleiß im Knie, gibt es verschiedene arthroskopische Eingriffe, die für Linderung sorgen. Bei ei-

ner Gelenkspiegelung kann der Chirurg mit einer endoskopischen Kamera ins Knie schauen und nach der Ursache der Beschwerden suchen. Manchmal schmerzen Knorpelfetzen oder abgelöste Knorpelstücke, die dann während des Eingriffs sofort entfernt werden können.

Bei der Mikrofrakturierung wird der Knochen mehrfach durchlöchert, sodass sich Blutpfropfen bilden, die sich in Narbengewebe und somit in Ersatzknorpel umwandeln. Bei größeren Defekten kann eine Knorpelzelltransplantation (Seiten 16/17) erfolgversprechend sein.

Ist die Arthrose sehr stark fortgeschritten, kann eine Versteifung des Gelenks sinnvoll sein. Oder als letzter Schritt die Endoprothese. Künstliche Gelenke werden vornehmlich bei Knien, Hüften und Schulter eingesetzt.

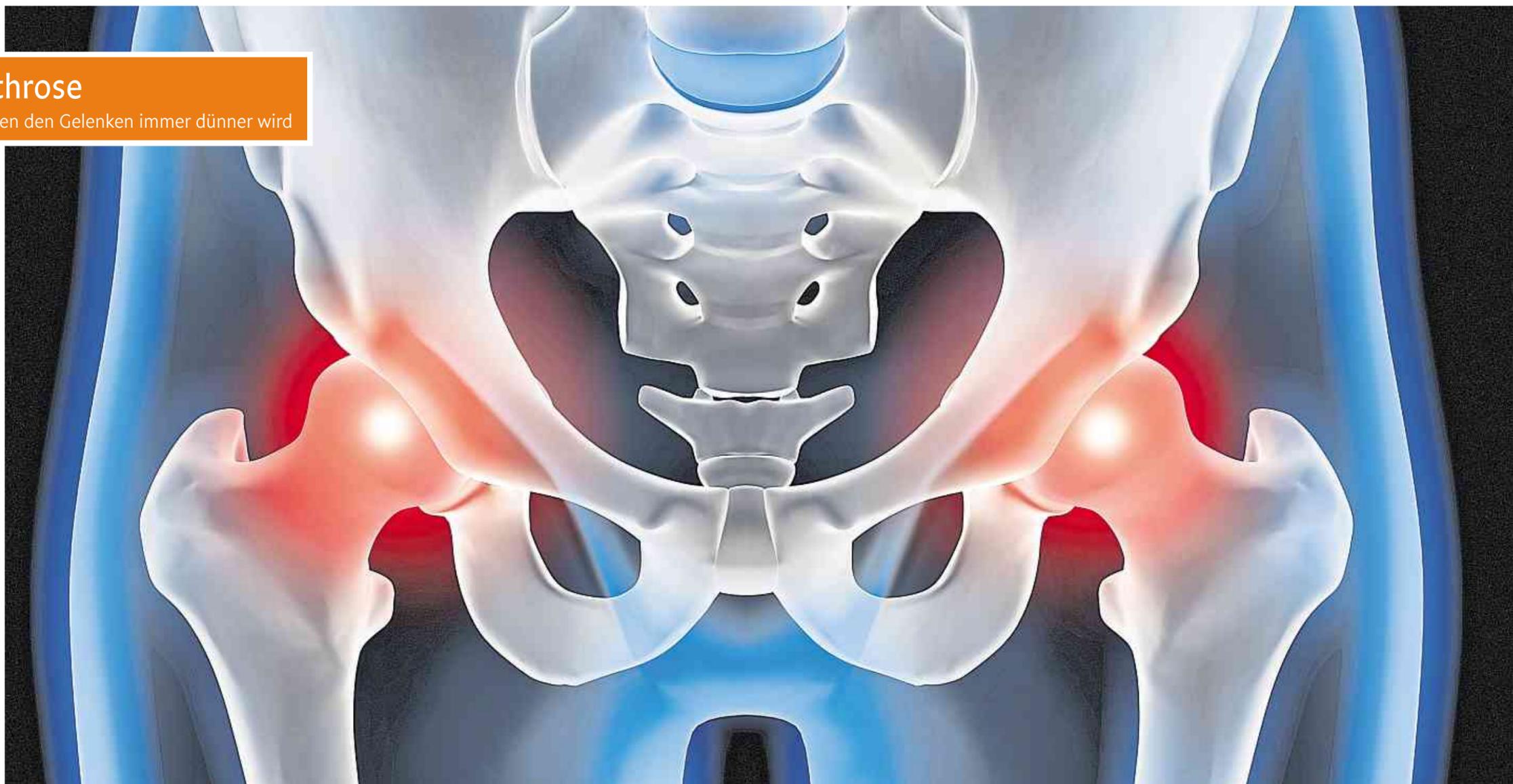


Foto: psdesign1 - stock.adobe.com



Dr. med. Bernd Vollrath ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie im Medizinischen Versorgungszentrum VitaMed im Marienkrankenhaus Cochem.

Foto: Udo Geisler

Expertentipp So halten Sie Ihre Gelenke gesund

Arthrose betrifft schon längst nicht mehr nur Ältere, auch bei jüngeren, sportlichen Menschen kann sie auftreten. Sie bezeichnet zum einen die Abnutzung des Knorpels vor allem im Bereich der lasttragenden Gelenke wie Schulter, Knie und Hüfte, zum anderen aber auch eine chronische Entzündungsreaktion, die den Knorpelabbau verstärkt und Schmerzen verursacht.

Was können Sie tun, um die Entstehung von Arthrose zu verhindern?

Um die Gelenke lange fit und gesund zu halten, ist regelmäßige Bewegung entscheidend. Hierdurch wird nicht nur Muskelkraft auf-

gebaut und erhalten, sondern auch die Versorgung der elementaren Knorpelzellen mit Nährstoffen sichergestellt. Sich aus Angst vor Schmerzen wenig zu bewegen, ist kontraproduktiv, da dadurch weniger Gelenkflüssigkeit produziert und der Knorpel somit spröde wird. Ein täglicher Spaziergang kann hier bereits helfen.

Eine gesunde, ausgewogene Ernährung ist ebenso wichtig. Besonders Omega-3-fettsäurehaltige Nahrung – drei Portionen Fisch pro Woche, Speiseleinsäure oder Walnüsse – und viel Gemüse sollten auf dem Speiseplan stehen. Eine Reduktion des Konsums von Getreideprodukten, insbesondere von Weizenmehlerzeugnissen, kann

ebenfalls zur Gewichtsabnahme und somit zur Entlastung der Gelenke beitragen. Knorpel aufbauende Nährstoffe wie zum Beispiel Hyaluronsäure, Glucosaminsulfat oder natürliche Kieselsäure, die unter anderem in Haferflocken enthalten ist, helfen zusätzlich, die Gelenke zu unterstützen. Bei entsprechenden Präparaten ist dabei allerdings eine längere, mehrmonatige Anwendung nötig.

Sollten das alles nicht ausreichen, sind wir Ärzte Ihnen gern behilflich. Mit Akupunktur, Injektions- oder manueller Therapie oder bei starker Ausprägung mit einer Operation lässt sich viel für eine verbesserte Beweglichkeit und weniger Schmerzen tun.

Anzeige

Schulterchirurgie und endoprothetische Versorgung der Schulter

Die menschliche Schulter ist ein sehr komplexes Gelenk – Schonende Verfahren zur Wiederherstellung

Ein außergewöhnlich großer Bewegungsumfang der Schulter beziehungsweise der Arme ergibt sich daraus, dass die Schulter vorwiegend durch Muskeln und Bänder fixiert und bewegt wird. Aufgrund der großen Beweglichkeit ist sie aber auch besonders anfällig für Verletzungen und Verschleiß.

Das eigentliche Schulterhauptgelenk wird von Oberarmkopf und der Schulterpfanne gebildet. Hierbei handelt es sich um ein Kugelgelenk verstärkt durch einen Faserknorpelring, die Gelenkkapsel sowie die kräftige Rotatorenmanschette, die aus Muskeln und Sehnen gebildet wird.

Ursachen für Schulterbeschwerden

Chronischer Verschleiß der ansetzenden Sehnen und Muskulatur, Arthrose in den betroffenen Gelenken, Kalkansammlungen oder Schleimbeutelentzündungen verursachen oft Schulterbeschwerden. Des Weiteren kann ein Schulterengesyndrom oder Impingement, eine sogenannte Kalkschulter, Arthrose im Schultergelenk, eine Kapselentzündung mit Schrumpfung derselben zu massiven Schmerzen und Beschwerden führen. Ebenso Verletzungen der Bizepssehne, Knorpelrisse oder Verletzungen der Knorpelverstärkung um die Gelenkpfanne, Verschleiß oder Abriss der

Rotatorenmanschette.

Verrenkungen oder Luxationen mit Bruchverletzungen oder Abrissverletzungen der Sehnen und Muskeln verursachen sofort oder auch auf Dauer durch resultierende Instabilität massive Schmerzen oder Verschleiß.

All diese Erkrankungen werden im DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg bei Vorliegen von Frakturen durch moderne Osteosyntheseverfahren, zum Beispiel durch winkelstabile Platten oder Nägel versorgt. Verletzungen der Sehnen und Weichgewebe werden arthroskopisch versorgt. In modernen Verfahren werden beispielsweise die Schulterenge beseitigt, Kalkeinlagerungen entfernt, Kapselungen geweitet oder Ausrissverletzungen durch Naht- und Ankerverfahren einer Heilung zugeführt.

Manchmal ist bei Frakturverletzungen oder deren Folgen sowie massivem Verschleiß der Schulter nur eine Versorgung durch Muskel- oder Sehnen verlagernden Operationen möglich oder durch die Implantation von Gelenkersatzteilen. Hier wird die Versorgung durch einen reinen Oberarmkopfersatz, Frakturprothesen sowie auch inverse Schulterprothesen vorgenommen. Eine Schulterprothesenversorgung ist insbesondere dann erforderlich, wenn die Abnutzung im Schultergelenk weit fortgeschritten



Stefan Hirschfeld ist Facharzt für Chirurgie, Fußchirurgie, Schulterchirurgie am DRK-Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg.

Foto: DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg

kelgruppen übernommen. Diese Art der Prothese wird für ein Lebensalter von circa 70 Jahren empfohlen. Bei den jüngeren Jahrgängen werden Hemiprothesen eingesetzt und nach Möglichkeit die Rotatorenmanschette refixiert, um eine natürliche Bewegungsfähigkeit wieder herzustellen.

Schmerzfreie Übungsbehandlungen

Die Schulteroperationen und Nachbehandlungen werden unter dem Schutz eines speziellen Schmerzka-theters durchgeführt. Durch diesen kann eine frühzeitige und schmerzfreie Übungsbehandlung erfolgen.

Im weiteren Verlauf sind sportliche Aktivitäten wie zum Beispiel Schwimmen, Radfahren, Nordic Walking oder Wandern wieder gut durchführbar. Überkopf-Sportarten sollten jedoch möglichst vermieden werden.

ist, eine Schultersteife mit massiver Schmerzhaftigkeit besteht oder der Oberarmkopf und die Pfanne zerstört sind.

Auch bei irreparablen Sehnen-schäden kann die Implantation einer inversen Schulterprothese wieder eine gute und schmerzfreie Beweglichkeit herstellen. Der Muskelzug am Arm wird dabei durch andere Mus-

Gut zu wissen

Terminvereinbarung:

MVZ Wissen
Telefon: 02742/706 135
Stefan Hirschfeld
DRK Krankenhaus
Altenkirchen-Hachenburg

Anzeige

Gesundheit fördern
Fit und schlank
durch das Jahr 2017!
AQUAFIT
DIERDORF
Neuwieder Straße (B413) Am Kreisel 56269 Dierdorf Telefon: 02689 / 922799

Damit die Wirkung nicht ausbleibt

Antibiotika erfordern eine sorgfältige Verordnung und Einnahme

Erkältungszeit bedeutet Hochbetrieb in den Arztpraxen. Sind die Symptome der Patienten wie Husten, Schnupfen oder Halsweh besonders heftig, so kommen häufig Antibiotika zum Einsatz. Und zwar auch ohne dass die für die Erkrankung verantwortlichen Erreger identifiziert werden. Doch der Erregernachweis ist wichtig, denn rund 90 Prozent der Erkältungssymptome werden durch Viren ausgelöst. Und gegen Viren helfen Antibiotika nicht.

„Antibiotika dienen ausschließlich der Bekämpfung von Infektionen, an denen Bakterien maßgeblich beteiligt sind“, betont beispielsweise Katja Fay, Apothekerin und Expertin für die Arzneimittelversorgung bei der mhplus Krankenkasse. Die vorschnelle Einnahme eines Antibiotikums sei somit oft unnütz. Viel gravierender als der mangelnde Nutzen sind jedoch die Folgen des häufigen Antibiotikaeinsatzes. Dabei sind die Nebenwirkungen der Arznei, wie etwa allergische Reaktionen oder Magen-



Vorschnelles Verordnen eines Antibiotikums kann zu sogenannten Resistenzen führen.

Foto: djd/mhplus/pixelfokus - stock.adobe.com

Darm-Beschwerden, nur eine Kehrseite der Medaille. Weit-aus besorgniserregender ist die Bildung von Resistenzen. „Resistenz bedeutet, dass sich die Erreger gegen die Wirkung des Antibiotikums schützen können. Damit büßen die entsprechenden Medikamente ihre Wirkkraft ein“, warnt Katja Fay. Komme es zu bedrohlichen Infektionen wie Hirnhautentzündungen, bei denen der Einsatz eines Antibiotikums absolut notwendig sei, so könne ein Ausbleiben der Wirkung zu schwerwiegenden Komplikationen führen oder sogar tödliche Folgen haben.

Doch nicht nur das häufige vorschnelle Verordnen eines Antibiotikums kann zu Resistenzen führen. Auch der Patient ist gefordert. „Der Patient muss die verordnete Arznei unbedingt nach den Vorgaben des Arztes oder des Apothekers einnehmen“, lautet der dringende Rat der Pharmazeutin. Denn auch zu kurz oder falsch eingenommene Antibiotika ermöglichen es den Bakterien, sich an den Wirkstoff anzupassen, dadurch würde ihre erfolgreiche Bekämpfung verhindert. Ergänzend weist Katja Fay darauf hin, dass Antibiotika nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt eingenommen oder abgesetzt werden sollen. Rund 30 Prozent der 540.000 Versicherten der mhplus Krankenkasse haben 2016 eine Antibiotikatherapie in Arztpraxen erhalten. Davon erhielt rund die Hälfte eine gezielte Antibiotikatherapie nach Erregernachweis. In rund 50 Prozent dieser Fälle wurde auf Resistenzen der nachgewiesenen Erreger geprüft und so die bestmögliche Antibiotikatherapie ermittelt. djd

SCHÖNE HAUT ist keine Frage des Alters

Schenken Sie Ihrer Haut die Aufmerksamkeit, die sie verdient!



KOSMETIKSTUDIO

CHRISTINA KRÄMER

Hauptstraße 46 · 56253 Treis-Karden · Tel. 02672-7982

Das Ev. Stift St. Martin: Seit 1844 Medizin auf höchstem Niveau in der Südlichen Vorstadt

Unser interdisziplinäres Team ist für Sie da – 37 000 Patienten schenken uns jährlich ihr Vertrauen

Ob beispielsweise in der Kardiologie mit ihrer zertifizierten Chest Pain Unit (CPU), der Unfallchirurgie, die Mitglied im regionalen Traumazentrum ist, oder der etablierten Neurochirurgie: Unsere rund 1200 Mitarbeiter versorgen jährlich circa 14 000 stationäre und 23 000 ambulante Patienten. Rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr. Gemeinsam mit den weiteren Klinikstandorten des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein decken wir nahezu alle medizinischen Fachabteilungen und Leistungen ab – und investieren weiter in Qualität und Umfang unseres Versorgungsangebots am Ev. Stift St. Martin.

Wir erweitern unser Leistungsangebot – eine Klinik für Altersmedizin

Unsere neue Akutgeriatrie und ihr umfassendes Behandlungs- und Betreuungsangebot für ältere Bevölkerungsgruppen ist dafür das beste Beispiel. Die Altersmedizin – Geriatrie genannt – ist eine in Deutschland noch junge medizinische Spezialdisziplin. Sie befasst sich mit den körperlichen, geistigen, funktionellen und sozialen Lebensbedingungen älterer Menschen

in akuter, chronischer, rehabilitativer, präventiver Behandlung und Pflege – auch am Lebensende.

Wir gehen voran: Medizin und Pflege – auch für ältere Menschen

Aufgrund des demographischen Wandels wird die Geriatrie eine immer größere Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einnehmen. Das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein hat frühzeitig auf diese Herausforderung reagiert. Wir sind das erste Haus in Koblenz, das diese spezielle Form der Betreuung und Behandlung anbietet. Betroffenen Patienten können aus anderen Fachabteilungen unserer Krankenhäuser, Kliniken oder direkt vom Hausarzt in die Abteilung überwiesen werden.

Darauf können Sie sich verlassen – Ein interdisziplinäres Team an Ihrer Seite

Unser Chefarzt Dr. Horst-Peter Wagner hat in den vergangenen Monaten die neue Abteilung aufgebaut. Nun eröffnet das neue, multiprofessionelle Behandlungsteam am 2. Oktober die Pforten unserer geriatrischen Akutklinik im Ev. Stift. Das Kernteam besteht



Rund 37 000 Menschen lassen sich jährlich im Ev. Stift St. Martin medizinisch versorgen. Im Oktober eröffnet die neue Akutgeriatrie.

Fotos: Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein

aus mehreren Ärzten, Pflegepersonal, Therapeutischen Diensten (Ergo-, Logo- und Physiotherapie) sowie Psychosozialen Diensten (Psychologie und Sozialarbeit). Mit der neuen Geriatrie,

unseren weiteren etablierten Kliniken und unserer umfassenden medizinischen und pflegerischen Erfahrung stehen wir Ihnen auch in Zukunft in der Südlichen Vorstadt zur Seite.



Gemeinschaftsklinikum
Mittelrhein
Ev. Stift St. Martin

Medizin. Pflege. Gesundheit.
Mit Menschlichkeit – gemeinsam vor Ort

11 Kliniken, die für Qualität stehen:

- Innere Medizin – Kardiologie
- Innere Medizin – Hämatologie/Onkologie & Palliativmedizin
- Innere Medizin – Akutgeriatrie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie, Abteilung der BG Unfallklinik Duisburg
- Plastische, Hand-, Ästhetische und Verbrennungschirurgie
- Neurochirurgie
- Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, Schmerztherapie
- Diagnostische und interventionelle Radiologie, Neuroradiologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Augenheilkunde

Für den nahtlosen Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sorgen auch:

- vier Praxen des Medizinischen Versorgungszentrums Mittelrhein (Innere Medizin/ Hausärztliche Versorgung, Chirurgie, Neurochirurgie und Nuklearmedizin)
- Rehafit mit Physio- und Ergotherapie, Ambulanten Reha
- Seniocura mit dem Wohnstift St. Martin, dem Wohnpark am Stift und dem Ambulanten Pflegedienst Stiftmobil



Zertifiziertes Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie



Weitere Zertifizierungen: Vaskuläre Neurochirurgie, Zentrale Sterilgutversorgung

www.gk.de

Ev. Stift St. Martin
Johannes-Müller-Straße 7
56068 Koblenz
☎ 0261 137-0

Rehafit GmbH
Johannes-Müller-Straße 7
56068 Koblenz
☎ 0261 137-5044 oder -1628

MVZ Mittelrhein GmbH
Johannes-Müller-Str. 7
56068 Koblenz
☎ 0261 137-0

Wohnstift St. Martin
Kurfürstenstraße 65-67
56068 Koblenz
☎ 0261 137-1260

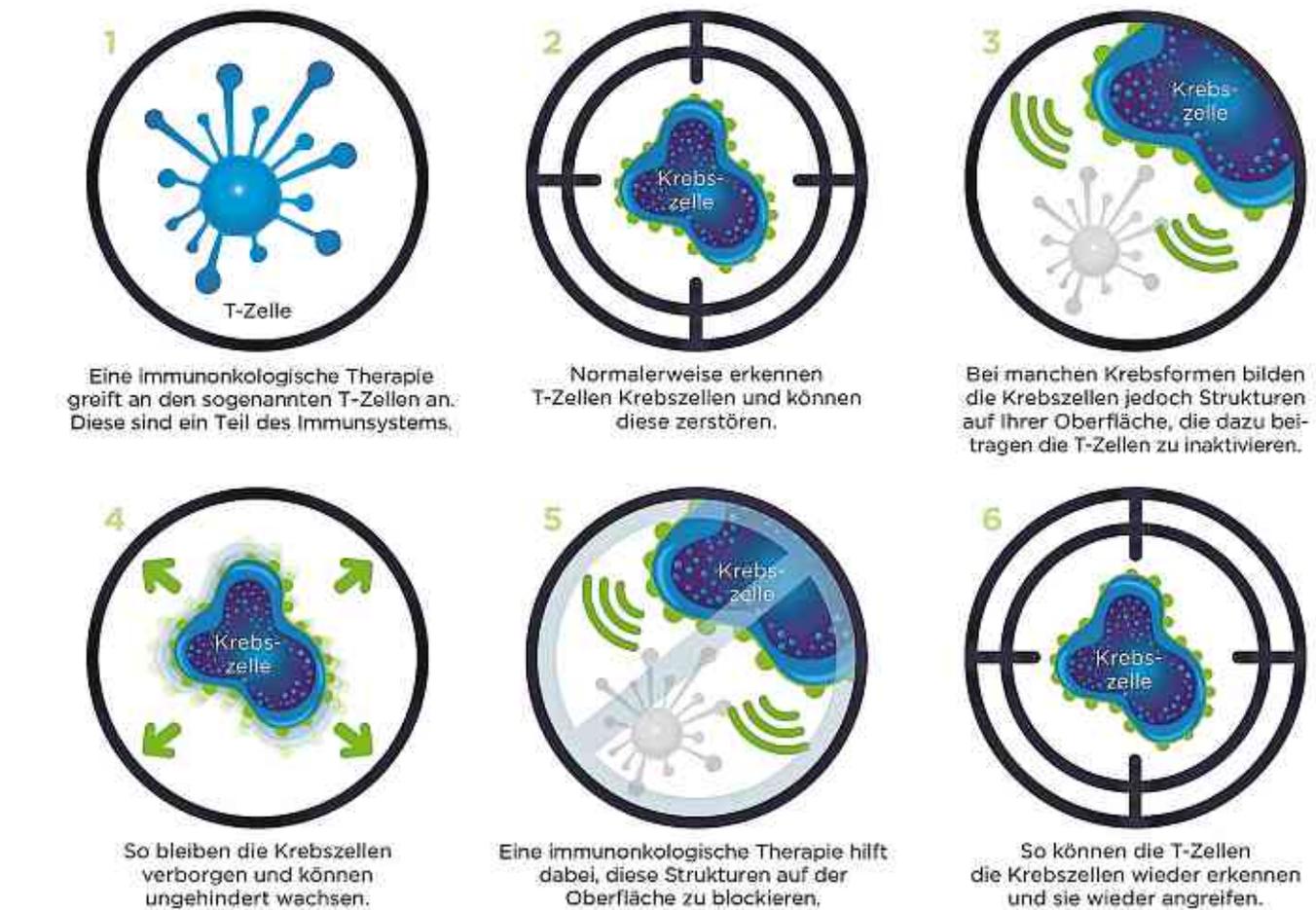
Stiftmobil
Kurfürstenstraße 71
56068 Koblenz
☎ 0261 137-2222

Weiterentwicklung in Diagnostik und Therapie

Innovative Therapieoptionen aus der Immunonkologie

Lungenkrebs ist in Deutschland die zweithäufigste Krebsart bei Männern und die dritthäufigste bei Frauen. In mehr als 80 Prozent der Fälle handelt es sich um den nicht-kleinzelligen Lungenkrebs (NSCLC), der im fortgeschrittenen Stadium in der Regel mit einer ungünstigen Prognose verbunden ist. Eine der neueren Entwicklungen im Kampf gegen Krebs stellen die innovativen Therapieoptionen aus der Immunonkologie, wie zum Beispiel ein biotechnologisch hergestellter Antikörper von MSD Sharp & Dohme, dar. Erstmals ist damit auch in Deutschland eine Therapie ohne vorangegangene Chemotherapie bei bestimmten Patienten mit fortgeschrittenem, metastasiertem, NSCLC möglich.

„Die innovativen immunonkologischen Therapien erweitern das Spektrum unserer Behandlungsmöglichkeiten“, so Prof. Dr. Martin Reck, Chefarzt der Onkologie an der LungenClinic Grosshansdorf. „Sie bieten vielen Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs im fortgeschrittenen Stadium neue Behandlungsmöglichkeiten. Eine der Therapien kann, anders als bisher, bei bestimmten Patienten jetzt auch ohne vorangegangene Chemotherapie – also als Erstlinientherapie – eingesetzt werden. Voraussetzung ist ein Test, der Auskunft über bestimmte tumorspezifische Merkmale liefert. So lassen sich die Patienten identifizieren, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von einer Behandlung profi-



So funktioniert eine immunonkologische Therapie bei einer Krebserkrankung.

Foto: djd/MSD SHARP & DOHME

tieren können.“ Im frühen Stadium besteht beim nicht-kleinzelligen Lungenkrebs eine Chance auf Heilung, sofern der Tumor vollständig entfernt werden kann. Hat der Krebs bereits im Körper Metastasen gebildet, spricht man von einem fortgeschrittenen Stadium. Eine Heilung ist jetzt in der Regel nicht mehr möglich.

Die innovativen Medikamente aus dem Bereich der Immunonkologie zielen darauf ab, das körpereigene Immunsystem für den Kampf gegen den Krebs starkzumachen und zu reaktivieren. Immunzellen, die von den Krebszellen ausgetrickt und an ihrer Abwehrfunktion gehindert werden, können dadurch wieder in die Lage versetzt

werden, die Krebszellen zu erkennen und diese zu bekämpfen – das Immunsystem wird sozusagen reaktiviert. Vor Therapiebeginn mit bestimmten immunonkologischen Substanzen muss bei einigen Anwendungsgebieten allerdings erst ein Biomarker-Test durchgeführt werden. Bei diesem Biomarker handelt es sich um bestimmte Merkmale

auf der Oberfläche der Krebszellen. Mit dem Test wird geprüft, ob und in welchem Umfang bestimmte Oberflächenstrukturen vorhanden sind. Patienten, die eine große Anzahl dieser Strukturen aufweisen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit von bestimmten innovativen immunonkologischen Therapien zu profitieren. *djd*

Expertentipp Schonende Strahlentherapie bei Krebs



Dr. Ralph Mücke, leitender Facharzt der Strahlentherapie RheinMainNahe am Standort Bad Kreuznach.

Foto: Das Atelier

Jährlich erkranken rund 500.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Zu den häufigsten Krebsarten zählen Brustkrebs, Prostatakarzinom, Darm-, Lungen-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs. Für Betroffene ist eine Krebsdiagnose oft mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden. Da sich jedoch in den vergangenen Jahren die Therapiemöglichkeiten deutlich verbessert haben, sind auch die Heilungschancen gestiegen. Zu den wichtigsten Behandlungsoptionen zählt die Strahlentherapie – neben Operation und Chemotherapie. Diese kann nach einer Operation und auch in Kombination mit einer Chemotherapie erfolgen. Moderne Linearbeschleuniger ermöglichen eine sehr präzise Bestrahlung der erkrankten Region.

Gesundes umliegendes Gewebe kann weitgehend geschont werden. Die Strahlentherapie kann in der Regel ambulant erfolgen, sodass die Patienten während der Bestrahlungsserie in ihrem häuslichen Umfeld leben können. Während der Therapie auftretende Nebenwirkungen wie etwa Hautirritationen bilden sich nach abgeschlossener Behandlung meist vollständig zurück.

Komplementärmedizin

Aktuelle Studien belegen unter anderem die positive Wirkung von Vitamin D und Selen während und nach der Tumorerkrankung. Hinsichtlich Vitamin D zeigt sich ein positiver Einfluss bei kolorektalen Tumoren (Darmkrebs), Mammakarzinomen und aggressiven B-Zell-Lym-

phomen. Selen kann zur Minimierung von Nebenwirkungen der onkologischen Therapie beitragen. Einsatz und Dosierung sollten jedoch immer mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden, um mögliche Nachteile für die biologische Hauptwirkung von Chemo- und Strahlentherapie auszuschließen. Ebenfalls zeigen Studien einen Vorteil durch den Einsatz von komplementären Verfahren zur Minimierung von Nebenwirkungen der Chemo- und Strahlentherapie wie beispielsweise Honig bei der Mukositis im Mund- und Speiseröhrenbereich sowie Sport und Entspannungsverfahren wie Meditation, Yoga und Qi-Gong zur Steigerung der Lebensqualität während und nach der Therapie.

Von Schrauben und Nägeln

Mit neuen Nägeln und Schrauben Gelenke und Knochen wieder heilen lassen

Chirurgie ist Knochenarbeit. Es wird gemeißelt, gesägt, gehämmert und geschraubt. Und da auch die Medizin ständig im Wandel ist, gibt es immer wieder neue Medizinprodukte, die eingesetzt werden.

Distaler Tibia Nagel

Revolutionär ist der Einsatz eines neuen Nagels. Mit diesem neuen Nagel gelingt es den Chirurgen, eine neue schonende Operationstechnik anzuwenden. Prof. Dr. Pol-Maria Rommens, Direktor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsmedizin Mainz, und sein Oberarzt PD Dr. Sebastian Kuhn haben für Brüche des unteren Schienbeins ein gänzlich neues OP-Verfahren und Medizinprodukt entwickelt, den distalen Tibia Nagel. Das sehr stabile

Mit dem neu entwickelten Nagel können künftig auch komplizierte Schienbeinbrüche schonend behandelt werden.

Foto: MIZUHO Corporation

und belastbare Implantat ermöglicht es den Operateuren, den Knochen von unten und nicht von der Knie- scheibe aus minimal-invasiv zu operieren. Dadurch verkürzt sich die Operationszeit und eine geringe Strahlendosis ist erforderlich. Zudem sinkt das Risiko, dass Komplikationen wie zum Beispiel Weichteilproblematiken oder Embolien auftreten.

Kniescheibe und Sehne bleiben unberührt

Eingesetzt wird der neue Nagel, wenn das Schienbein kurz oberhalb des Sprunggelenks gebrochen ist. Das Gute: Diesen Nagel kann der Operateur von unten setzen. Er muss nicht, wie sonst üblich, von der Kniescheibe aus den Bruch versorgen. Das Kniegelenk und die Sehne der Kniescheibe bleiben so unberührt und das Knochenmark wird geschont, da es im größten Abschnitt nicht durchbohrt wird. Dank des neuen Nagels sind nun die medizinischen Möglichkeiten, auch komplizierte Schienbeinbrüche zu heilen,

deutlich besser. Angewendet wird dieser neu entwickelte Nagel bereits mit Erfolg in Japan. In Deutschland warten die Mediziner noch auf die Zulassung dieses Medizinproduktes.

Zuckerschrauben

Klingt süß und eher nach Kiosk, als nach OP-Saal. Doch Zuckerschrauben finden in immer mehr OP-Sälen ihren Einsatz. Denn sie haben den riesigen Vorteil, dass sie sich auflösen. Verwendet werden die Zuckerschrauben insbesondere bei Eingriffen an Händen, Füßen und Knien. Bei Verletzungen an Knochen und Gelenken werden normalerweise Schrauben oder Nägel aus Metall verwendet. Diese müssen aber häufig in einer zweiten Operation wieder entfernt werden. Die aus Milchsäure und Milchzucker bestehenden Zuckerschrauben hingegen lösen sich nach einer gewissen Zeit selbst auf. Ein zweiter Eingriff wird also überflüssig. Kaum zu glauben, aber die biologisch abbaubaren Schrauben sind zu-

nächst hart wie Metallschrauben und können so auch für eine optimale Stabilisierung der Knochen oder Bänder garantieren. Nach gut einem Jahr, die Verletzung ist längst wieder zusammengewachsen, lösen sich die Zuckerschrauben auf und werden vom Körper resorbiert.

Große Operationen vermeiden

Dank der Zuckerschrauben können manchmal auch größere Operationen vermieden werden. So kann es möglich sein, bei einem Außenbandriss anstelle einer Bandplastik unter Vollnarkose, einen ambulanten Eingriff unter örtlicher Betäubung machen zu lassen. Dabei wird ein kleiner Schnitt über den Knöchel gemacht, ein kleines Gewinde in den Knochen gebohrt, in das die Schraube gedreht wird. An der Schraube befinden sich zwei Fäden, die die gerissenen Bänder fixieren. Das Außenband wächst zusammen, Fäden und Schraube lösen sich auf. Das Gute: Der Fuß ist recht schnell wieder belastbar.

— Anzeige —

Strahlentherapie RheinMainNahe

Strahlen · Helfen · Heilen

Strahlentherapie RheinMainNahe

- ANZEIGE -

Standort Bad Kreuznach, PD Dr. med. R. Mücke
Mühlenstraße 39a,
Telefon 0671-9206580

Standort Rüsselsheim, Dr. med. G. Lochhas
August-Bebel-Str. 59d,
Telefon 06142-794480

Standort Mainz, Dr. med. U. Metzmann
August-Horch-Str. 12,
Telefon 06131-619980

www.strahlentherapie-rheinmain.de

Behandlungsschwerpunkte:

Strahlentherapie z.B. bei Brust-, Darm-, Lungen- und Prostatakrebs, HNO- u. Hirntumoren sowie bei aufgetretenen Metastasen.
Niedrig dosierte Entzündungsbestrahlung bei gutartigen Erkrankungen, z.B. Fersensporn, Arthrosen, Tennisellenbogen.



Moderne Technik – schonende Therapie in der Strahlentherapie RheinMainNahe

Bestrahlungstechniken:

-  3D Konformale Bestrahlung
-  Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)
-  Bildgesteuerte Strahlentherapie (IGRT)
-  RapidArc/VMAT
-  Stereotaktische Bestrahlung
-  Atemgating (Atemgesteuerte Bestrahlung)



v. l. Dr. med. G. Lochhas, Fachärztin für Strahlentherapie,
PD Dr. med. R. Mücke, Facharzt für Strahlentherapie,
Dr. med. U. Metzmann, Fachärztin für Radiologie und Strahlentherapie

Für Sie vor Ort –
seit 2010 in Mainz,
seit 2012 in Rüsselsheim,
seit 2016 in
Bad Kreuznach.

Die Strahlentherapie RheinMainNahe ist Kooperationspartner von Brust-, Darm-, und Prostatazentren

„Unsere technische Ausstattung ermöglicht eine moderne Krebstherapie. Unsere langjährige Erfahrung und die Rückmeldungen von Patienten und Kollegen zeigen, dass der respektvolle Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen ebenfalls von großer Bedeutung ist.“

Bei chronischen Schmerzen zurück in den Alltag finden

Das Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf behandelt seit 18 Jahren Patienten mit chronischen Schmerzen in der Tagesklinik - jetzt können Patienten auch stationär zur Schmerztherapie aufgenommen werden

Bendorf. „Es gibt immer mehr Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden“, sagt Dr. Martina Zimmermann. Die Internistin mit der Zusatzausbildung Spezielle Schmerztherapie leitet die Schmerzklinik am Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf. Wenn Schmerzen drei bis sechs Monate andauern und es nur noch wenige oder sogar keine schmerzfreien Phasen mehr gibt, „dann sprechen wir von chronischem Schmerz“, so Dr. Zimmermann. Seit 18 Jahren finden diese Patienten Hilfe in der Schmerztagesklinik des Marienhaus Klinikums St. Josef Bendorf und seit einem Jahr können Schmerzpatienten auch stationär behandelt werden. „Eine stationäre

Therapie kommt für Patienten in Frage, die neben ihren Schmerzen an weiteren schweren Erkrankungen leiden“, so Dr. Martina Schneider, die die neue Station leitet. „Denn wenn Patienten bspw. kaum belastbar sind, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder ausgeprägte psychische Beeinträchtigungen haben, dann müssen sie während der Schmerzbehandlung überwacht werden“, sagt die Internistin mit der Zusatzausbildung Spezielle Schmerztherapie.

Wenn die Betroffenen in die Klinik kommen, bestimmen die Schmerzen seit Monaten oder sogar Jahren ihr Alltagsleben. Oft sind ihre Leistungsfähigkeit und die Mobilität stark eingeschränkt, weil jede Bewegung Schmerzen verursacht. Das beeinträchtigt ihre Lebensqualität erheblich. Meist waren sie schon bei vielen Ärzten und haben zahlreiche Therapien hinter sich. „Einige Patienten mit Rückenschmerzen er-

hoffen sich Hilfe durch eine Operation“, so Dr. Zimmermann. Jedoch nicht immer ist ein operativer Eingriff Erfolg versprechend. Dr. Walter Richter, der Chefarzt der Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, empfiehlt ihnen dann die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie. Auch diese Patienten werden in der Schmerzklinik behandelt.

Um die Schmerzen zu lindern, setzt das Team, dem neben den Ärztinnen, der Psychologische Psychotherapeut Dr. rer. nat. Hans-Werner Becker, Physiotherapeuten und Pflegekräfte angehören, auf ein multimodales Konzept. Das ist eine kombinierte Behandlung, die sich aus medizinischen, physiotherapeutischen, psychologisch-schmerztherapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zusammensetzt und bei der die einzelnen Therapien aufeinander abgestimmt sind. „Wir arbeiten sehr eng zusammen und tauschen uns kontinuierlich in Teambesprechungen aus. Das ist die Voraussetzung, dass wir den Patienten wirksam helfen können“, so Dr. Zimmermann. Im multiprofessionellen Team wird gemeinsam der Behandlungsplan entwickelt. Zusammen mit dem Patienten legen die Ärzte und Therapeuten das Therapieziel fest.

Leider ist es in den meisten Fällen nicht möglich, den Patienten zu völliger Schmerzfreiheit zu verhelfen. „Dennoch können wir viel für sie tun“, so Dr. Schneider. Mit Hilfe der verschie-

denen Therapien erzielen die Patienten in der Regel eine Linderung ihrer Schmerzen, bessere Beweglichkeit und höhere Belastbarkeit. Häufig können sie danach wieder ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Für den einen Patienten kann das bedeuten, dass er in seinen Beruf zurückkehrt, für den anderen, dass er in der Lage ist, leichte Haus- oder Gartenarbeit auszuüben. „Deshalb berücksichtigen wir immer die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse“, so Dr. Schneider. Für alle aber gilt: Die Patienten sollen die Angst vor der Bewegung verlieren.

Und das ist ein durchaus realistisches Therapieziel. Die Patienten erlernen in der Klinik viele Übungen, die sie anschließend zu Hause durchführen. Dabei geht es vor allem darum, dass sie diese regelmäßig machen. „Wir wollen erreichen, dass die Gymnastik für sie so selbstverständlich wird wie das tägliche Zähneputzen“, so Dr. Schneider. Auch die psychologische Schmerztherapie fördert die aktive Mitarbeit des Patienten bei der Bewältigung seiner Schmerzen. Er lernt, Schmerzauslöser zu erkennen, diese zu kontrollieren und sich ganz bewusst zu entspannen. „Es hilft den Patienten sehr, zu spüren, dass sie selbst etwas gegen ihre Schmerzen tun können“, so Dr. Zimmermann. Das verändert die Einschätzung und Bewertung ihrer Erkrankung. Sie sind ihrem Schmerz nicht mehr hilflos ausgeliefert, sondern können sich auch selbst helfen.

Zeit ist Gehirn

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied nimmt am Telestroke-Netzwerk Rheinland-Pfalz teil - Patienten mit Schlaganfall werden rund um die Uhr sofort diagnostiziert und therapiert

Neuwied. Plötzliche Lähmung, Schwäche oder Taubheitsgefühl auf einer Körperseite, Sehstörungen, Sprach- und Sprachverständnisstörungen oder Schwindel sind Symptome, die auf einen Schlaganfall hinweisen können. „Sie sollten in jedem Fall sehr ernst genommen werden, auch wenn sie nur kurzzeitig auftreten“, so Dr. Knut Schäfer. Betroffene sollten deshalb sofort in ein Krankenhaus mit einer Stroke Unit, also einer speziellen Abteilung zur Behandlung von Schlaganfallpatienten, gebracht werden. Der Internist ist einer der Chefarzte der Klinik für Innere Medizin des Marienhaus Klinikums St. Elisabeth Neuwied und Leiter der Stroke Unit. „Ein Schlaganfall ist in den meisten Fällen eine Durchblutungsstörung im Gehirn, bei der die

Nervenzellen von der Blutversorgung abgeschnitten werden“, sagt Dr. Schäfer. „Und das ruft neurologische Ausfälle hervor.“

Zur Behandlung von Patienten mit akutem Schlaganfall hat das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth im April 2017 eine Schlaganfallereinheit (Stroke Unit) eingerichtet und nimmt am Telestroke-Netzwerk Rheinland-Pfalz teil, das vor etwa anderthalb Jahren vom rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium gegründet wurde. „Betroffene müssen zügig sowohl von einem Internisten als auch von einem Neurologen untersucht werden“, so Dr. Schäfer. Wenn die ersten Symptome auftreten, „haben wir ein Zeitfenster von etwa vier Stunden, in dem wir bei dem Patienten eine sogenannte Lyse durchführen können“, sagt er. Dabei erhält der Patient ein Medikament, das das Blutgerinnsel auflöst, das im Gehirn ein Blutgefäß verstopft und so die Durchblutung des betreffenden Areals ver-

MARIENHAUS KLINIKUM
BENDORF - NEUWIED -
WALDBREITBACH

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Lehrkrankenhaus der Universität Maastricht



Informationsstand zum
Schmerzinfotag

Donnerstag, 26. Okt. 2017 • 15 - 18 Uhr
MARIENHAUS KLINIKUM ST. ELISABETH NEUWIED
Foyer • Friedrich-Ebert-Straße 59 • 56564 Neuwied

**Informationen und Gespräche
für Betroffene und Interessierte durch
das Team der Schmerztagesklinik**

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

schmerztagesklinik.mhk@marienhaus.de
www.marienhaus-klinikum.de

Telefon 02622 708-4373

hindert. Wird innerhalb dieses Zeitfensters die betroffene Hirnregion wieder mit sauerstoffreichem Blut versorgt, können sich die Zellen im Gehirn erholen und die neurologischen Ausfälle komplett zurückbilden. Dabei gilt: Je schneller eine Behandlung erfolgt, desto besser sind die Chancen.

Allerdings muss zuvor eine gründliche Diagnostik durchgeführt werden, bevor ein Patient dieses Medikament erhält. Deshalb wird unmittelbar nach der Aufnahme eines Patienten und der Eingangsuntersuchung durch den Arzt eine Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (MRT) durchgeführt. „Die Notaufnahme, die Stroke Unit und die Radiologie mit CT und MRT liegen in unserem Haus auf einer Ebene“, sagt Dr. Schäfer. So dauert die Notfalldiagnostik nur wenige Minuten. Die Bilder liegen dann sofort digital vor, werden von den Radiologen befundet und zur Beurteilung ins Telestroke-Zentrum Ludwigshafen geschickt. Anschließend nehmen die Ärzte Kontakt

mit einem Neurologen in einem der sechs landesweit teilnehmenden Schlaganfallzentren auf. Rund um die Uhr ist so ein speziell ausgebildeter



Dr. Knut Schäfer, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin - Nephrologie / Schlaganfallereinheit, bei der Betreuung eines Patienten.

Experte erreichbar und wird über das sogenannte Telestroke-Terminal per Video zugeschaltet. Er kann beobachten, wie der Patient bei der neurologischen Untersuchung durch die Ärzte vor Ort reagiert und die Lähmungen und Beeinträchtigungen einschätzen. Da ihm zusätzlich die Bilder aus dem CT oder MRT vorliegen, ist er direkt in der Lage zu entscheiden, ob zum Beispiel eine Lyse für den Patienten die richtige Therapie ist.

Auf der Schlaganfallereinheit erfolgt eine kontinuierliche Kontrolle wichtiger Parameter wie zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker und Temperatur mittels Monitor-Überwachung. Dies ist erforderlich, um Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Zusätzlich wird der Patient während des Krankenhausaufenthaltes neben der internistischen und neurologischen Betreuung je nach Befund auch von einer Angiologin (also einer Gefäßspezialistin) untersucht und falls eine Operation an den hirnversorgen-

den Gefäßen erforderlich ist, den Spezialisten der Gefäßchirurgie vorgestellt. Während in der akuten Phase des Schlaganfalls in der Stroke Unit ein Neurologe des Telestroke-Netzwerks in die Untersuchung des Patienten mit eingebunden ist, liegt die weitere neurologische Betreuung der Patienten in den Händen der Neurologen vor Ort. Diese sind bei den täglichen gemeinsamen Visiten anwesend und führen die erforderliche weitere Diagnostik durch. Zusätzlich erhalten die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes neben der Betreuung durch Krankenschwestern und -pfleger Physiotherapie, Logotherapie und Ergotherapie. „Denn wir wollen erreichen, dass sie sich so schnell wie möglich wieder erholen und ihre Fähigkeiten zurückerlangen“, sagt Dr. Schäfer. So können viele Patienten nach ihrer Behandlung im Krankenhaus wieder in ihre gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden oder sie schließen noch eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung an.

Die werdende Mutter übernimmt die Verantwortung für ihre Schmerztherapie im Kreißaal

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied bietet Schwangeren mit der PCEA ein neues Verfahren zur Schmerzlinderung während der Geburt

Neuwied. „Die meisten Frauen sind hochzufrieden, wenn sie während der Geburt eine PCEA zur Linderung ihrer Schmerzen erhalten haben“, sagt Dr. Michael Fresenius, der Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Die Patienten kontrollierte epidurale Analgesie (kurz PCEA), so der Name des Verfahrens, wird seit einigen Monaten auch Gebärenden im Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied angeboten. Das Besondere daran: Die Frau kann den Zeitpunkt der Schmerzmittelgabe selbst bestimmen. „Sie übernimmt damit die Verantwortung für ihre Schmerztherapie im Kreißaal“, so Dr. Fresenius. „Und das schätzen viele Frauen sehr.“

Hat sich die Schwangere für die PCEA entschieden, dann wird ihr im unteren Rückenbereich zwischen zwei Lendenwirbeln ein dünner Plastikschlauch in den sogenannten Epiduralraum, ein bestimmter Bereich im Wirbelkanal, gelegt. Dort verlaufen die Nerven, die den Unterbauch und die Beine versorgen. Über den Schlauch wird eine Kom-



Chefarzt Dr. Michael Fresenius, Fachkrankenschwester Simone Felgenheier und Chefarzt Prof. Dr. Richard Berger (Frauenheilkunde) freuen sich, dass das PCEA-Verfahren bei den Patientinnen so gut ankommt. (Foto v. li.)

bination aus einem örtlich wirkenden Betäubungsmittel sowie einem starken Schmerzmittel gespritzt. „Wir können damit eine Schmerzlinderung vom Bauchnabel abwärts erreichen, durch die sich die Gebärende entspannen kann“, sagt Dr. Fresenius. Dennoch darf die Betäubung nicht zu ausgeht sein, denn die Frauen sollen weiterhin in der Lage sein, bei der Geburt mitzuarbeiten. Richtig pressen und so ihrem Kind auf die Welt verhelfen kön-

nen sie nur, wenn das Betäubungsmittel weiterhin die Bewegung der Bauch- und Beinmuskulatur erlaubt.

Da das Betäubungsmittel sowie das Schmerzmittel nach einiger Zeit in ihrer Wirkung nachlassen, muss die Frau während der Geburt immer wieder eine weitere Medikamentengabe erhalten. Und die kann sie sich mit dem neuen Verfahren ganz nach ihren eigenen Bedürfnissen selbst verabreichen.

Der gelegte Schlauch ist mit einer Pumpe und einem Schalter verbunden, worüber sich die Patientin weitere Dosen der Schmerzmittel abrufen kann. „Dafür wird die Pumpe zuvor programmiert“, so Simone Felgenheier. Es ist genau festgelegt, in welchem Zeitraum sich die Gebärende welche Medikamentendosis geben kann. „Durch die eingegebene Sperrzeit ist eine Überdosierung völlig ausgeschlossen“, sagt die Fachkrankenschwester für Intensivpflege, die zusätzlich die Weiterbildung zur Pain Nurse Plus absolviert hat.

„Wir haben festgestellt, dass die Frauen deutlich weniger Schmerzmedikamente benötigen, wenn sie diese selbst dosieren können“, berichtet Dr. Fresenius. Und das ist gut für den Geburtsverlauf, denn die Frauen haben weniger Nebenwirkungen wie zum Beispiel eine Muskelschwäche, die das aktive Mitarbeiten der Frau in der letzten Phase der Geburt unmöglich macht. Inzwischen entbinden etwa 40 Prozent der Frauen im Marienhaus Klinikum St. Elisabeth mit PCEA. „Sie finden es gut, dass sie die Freiheit haben, sich ganz selbstbestimmt um ihre Schmerztherapie zu kümmern“, so Dr. Fresenius.

UNSERE STANDORTE

ST. ELISABETH NEUWIED

Friedrich-Ebert-Straße 59
56564 Neuwied
Telefon 02631 82-0

ST. JOSEF BENDORF

Margaretha-Flesch-Platz 1
56170 Bendorf
Telefon 02622 708-0

ST. ANTONIUS WALDBREITBACH

Margaretha-Flesch-Straße 4
56588 Waldbreitbach
Telefon 02638 923-9

HAUS ST. ANTONIUS WALDBREITBACH

Margaretha-Flesch-Straße 2
56588 Waldbreitbach
Telefon 02638 923-5545

REHA RHEIN-WIED

Andernacher Straße 70
56564 Neuwied
Telefon 02631 3970-0

Inverse Schulterprothese

Therapieoption für ältere Menschen – Für jedes Alter gibt es passende Prothesen

Schmerzen können zermürbend sein. Besonders wenn sie den Alltag derart beeinträchtigen, dass an nichts anderes mehr zu denken ist. Schmerzen in der Schulter gehören auf jeden Fall dazu. Ertragen muss man sie dennoch nicht. Auch nicht im Alter. Dr. Tim Kalchthaler ist Orthopäde und Unfallchirurg am Brüderhaus des Katholischen Klinikums in Koblenz und erklärt, welche Möglichkeiten es gibt.

Herr Dr. Kalchthaler, wann kommen die Patienten zu Ihnen, wenn sie Schulterschmerzen haben?

Ältere Menschen mit Schulterschmerzen sind häufig leidensfähig. Sie kompensieren die Schmerzen oft. Sie schonen den betreffenden Arm oder machen viele Dinge mit ihrem nicht schmerzenden Arm. Haben die Patienten keine Kraft mehr in den Armen, liegt es oft an einem Verschleiß oder Rissen der Rotatorenmanschette. Steht die Bewegungseinschränkung im Vordergrund, dann leiden sie unter Umständen an Gelenkverschleiß. Die Kombination beider Einschränkungen ist beim älteren Menschen häufig.

Weshalb warten die Patienten so lange, obwohl sie Schmerzen haben?

Warten ist grundsätzlich in Ordnung. Häufig muss nicht

sofort operiert werden. Eine gelenkerhaltende konservative Behandlung sollte immer einem operativen Eingriff vorangestellt werden. Jedoch kann auch gerade dem älteren Patienten eine operative Lösung angeboten werden, wenn die Schmerzen nicht mehr zu ertragen sind. Oftmals lassen sich die Patienten aber auch von gut gemeinten Ratgebern verunsichern. Dann heißt es, in diesem Alter sei eine Operation viel zu kompliziert. Dies sehe ich anders.

Inwiefern sehen Sie das anders?

Wenn der Patient durch seinen Gelenkschaden in seiner Lebensqualität erheblich beeinträchtigt ist, kann eine Gelenkersatz-Operation erwogen werden. Die Patienten sollen anschließend wieder

schmerzfrei schlafen, der Hygiene nachkommen, sich die Haare machen können. Ich sehe bei meinen Patienten, dass gerade die Älteren zwischen 70 und 80 Jahren nach dem Eingriff sehr dankbar sind und viel Lebensqualität zurückgewinnen. Wichtig für den Erfolg der Behandlung ist aber die richtige Indikationsstellung. Nur fortgeschrittene Gelenkschäden wie schwere Arthrose, Gelenkrheuma oder Defektsituationen nach Oberarmkopfrüchen kommen für eine Schulterprothese infrage. Auch frische Oberarmkopfrüchen versorgen wir durch ein Kunstgelenk, wenn der osteoporotische Knochen eine „stabile Verschraubung“ nicht mehr erlaubt.

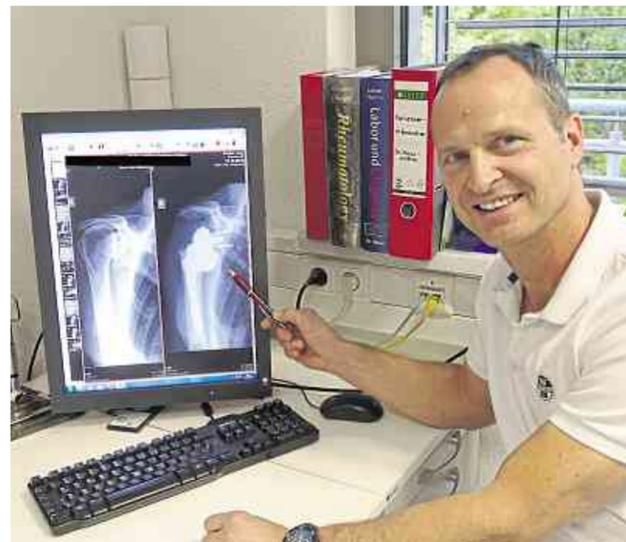
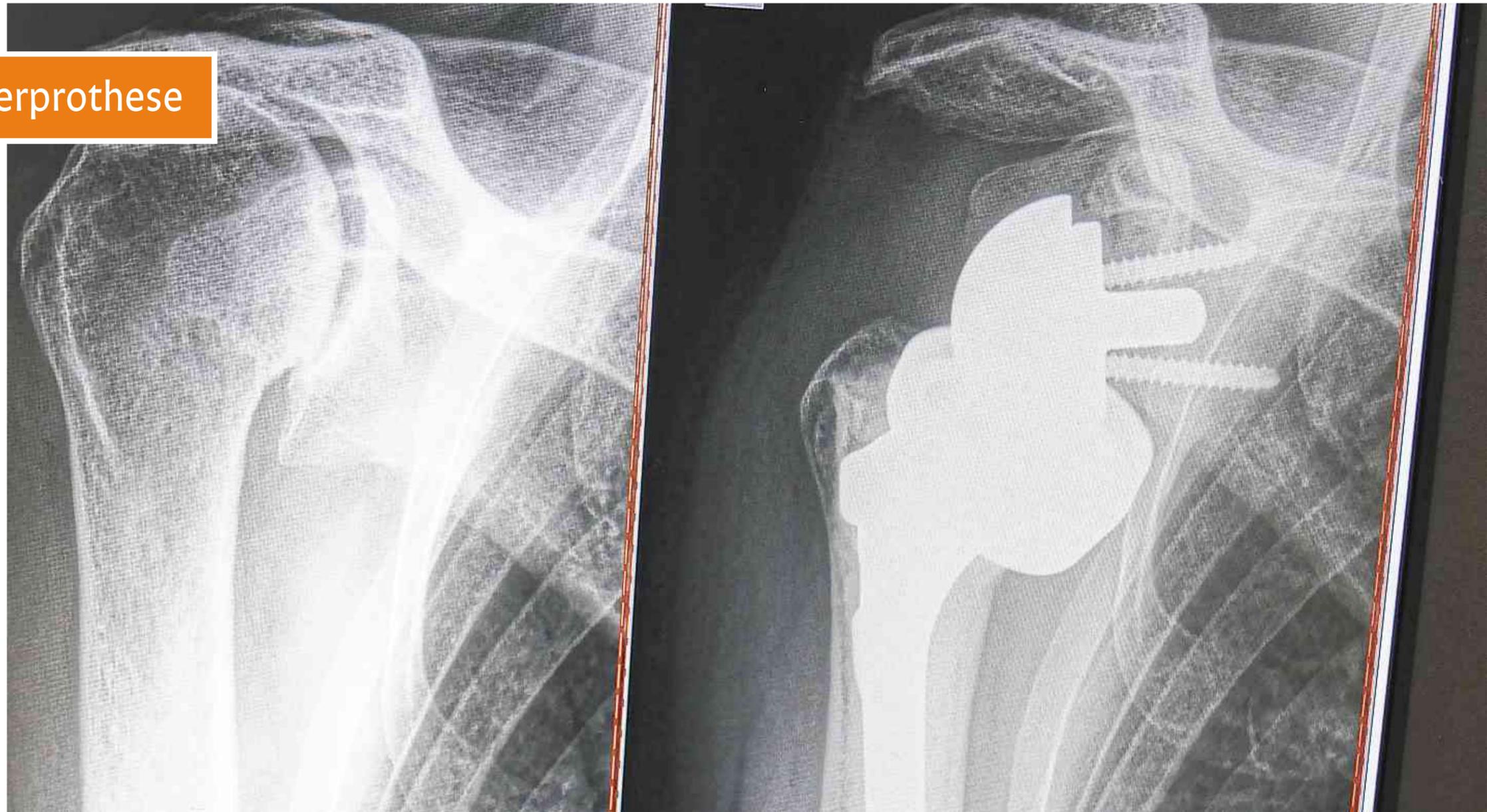
Aber die Angst vor einer Operation bleibt dennoch.

Das ist richtig. Gelenkopera-

tionen werden mittlerweile mit großer Routine durchgeführt. Jedoch sollte jede Operation wohl überlegt werden. Die bei Hüft- oder Knieprothesen so gefürchtete Lockerung der Prothese sehe ich bei den Schultern eher selten. Aber auch hier gibt es Komplikationen und Unzufriedenheiten. Diese Risiken werden aber vor jeder Operation individuell besprochen.

Welche Prothesen werden verwendet?

Für jeden die Passende. Das Problem von älteren Menschen ist häufig, dass ihre Rotatorenmanschette degenerativ massiv verändert oder gerissen ist. Eine normale Schulterprothese braucht eine funktionierende Rotatorenmanschette. Also einen Muskelmantel, der das Gelenk in der richtigen Position hält.



Dr. Tim Kalchthaler zeigt an den Röntgenaufnahmen eine Schulter vor (links) und dieselbe nach dem Eingriff.

Fotos: Dettmer

Kann die Rotatorenmanschette diese Aufgabe nicht mehr übernehmen, setzen wir die inverse Schulterprothese ein.

Wie unterscheidet sich die inverse Prothese von einer anatomischen, also normalen Prothese?

Die inverse Prothese sitzt, wie es das Wort schon ausdrückt, verkehrt herum. Das heißt, die künstliche Kugel sitzt fest auf der Schulterpfanne und die künstliche Pfanne auf dem Oberarmenschaft. Mit dieser Konstruktion braucht der Patient nur seinen Deltamuskel, der über dem Schulterblatt liegt, um Schulter und Arm wieder normal bewegen zu können.

Wie lange hält solch eine inverse Schulterprothese?

Die Erfahrungen zeigen, dass ein Patient ohne Schwierig-

keiten zwischen acht und zehn Jahren mit dieser Prothese sehr gut leben kann. Da fortan der Deltamuskel die ganze Arbeit übernehmen muss, büßt er auf die Dauer jedoch seine Funktion ein. Danach treten häufiger muskuläre Probleme auf.

Welche Schulterprothesen werden eingesetzt, wenn die Rotatorenmanschette noch funktionstüchtig ist?

Das sind die anatomischen Prothesen, die dem ursprünglichen Gelenk nachempfunden sind. Die modernen Prothesen erlauben eine enorme Beweglichkeit. Die heutigen Prothesen berücksichtigen die sehr unterschiedlichen anatomischen Voraussetzungen. So kann die Lage des Oberarmkopfes auf dem Schaft individuell angepasst werden. Dadurch können Irritationen

oder Schädigungen der Rotatorenmanschette vermieden werden.

Gibt es auch Prothesen für jüngere Patienten?

Wenn möglich, benutzen wir bei jüngeren Patienten gerne schaftlose Implantate. Sie haben den Vorteil, dass der Oberarmknochen weitestgehend unversehrt bleibt. Das ist besonders gut, falls Jahre später doch noch mal eine Prothese mit Schaft verwendet werden muss. Die schaftlosen Prothesen werden aber nur dann eingesetzt, wenn der Patient eine gute Knochenqualität hat. Schaftlose Prothesen sind Metallkappen, die auf den Oberarmkopf gesetzt und mit Finnen verankert werden. Sie werden beispielsweise eingesetzt bei Schulterverschleiß oder bei Nekrosen, das bedeutet, wenn

das Knochengewebe bereits abstirbt.

Wann kann ich die Schulter nach der Operation wieder normal belasten?

Nach der Operation dürfen Sie den Arm für sechs Wochen zunächst nur eingeschränkt bewegen und nicht belasten. Nach der Rehabilitationsmaßnahme und Krankengymnastik können Sie dann langsam wieder die Belastungen steigern. Nach drei Monaten sollten Sie im Alltag bereits sehr zufrieden sein. Gelegentlich kann es aber auch mal ein ganzes Jahr dauern, bis Sie sich ganz an Ihr neues Gelenk gewöhnt haben.

Das Gespräch führte Petra Dettmer

Was ist Osteoporose?

Mit etwas Disziplin kann jeder sein Knochengerüst stabilisieren

Was Sie über Osteoporose wissen sollten? Zunächst einmal: Sie kommt schleichend. Oftmals weiß man gar nicht, dass man unter dieser Erkrankung leidet. So wird ein Wirbelbruch auch schon mal als Hexenschuss empfunden. Erst ein überraschender Knochenbruch weist häufig auf die Diagnose Osteoporose hin, aber auch nicht immer. Und man sollte noch etwas wissen: Man kann etwas tun gegen den Knochenschwund, wie Osteoporose häufig bezeichnet wird. Bereits prophylaktisch, aber auch dann, wenn Sie schon betroffen sind. Und das in jedem Alter.

Was passiert bei der Osteoporose?

Vereinfacht gesagt: Der Knochen wird löchrig, porös und dadurch instabil. Das passiert, weil unsere Knochen aus lebendigem Zellgewebe bestehen. Ganz wichtig sind dabei die Osteoblasten und die Osteoklasten. Die Osteoblasten bauen die Knochen auf, die Osteoklasten hingegen bauen sie ab. Dadurch wird unser Knochengerüst ständig erneuert und Knochenbrüche können auch selbst heilen.

Die größte Knochendichte erreicht der Mensch im vierten Lebensjahrzehnt. Danach beginnt schonungslos der Abbau. Bei dem einen weniger, beim anderen mehr. Frauen leiden nach den Wechseljahren deutlich mehr unter Osteoporose als Männer. Das liegt daran, dass der Körper weniger Östrogen produziert. Dieses Hormon schützt Frauen vor dem Knochenabbau.

Woran erkennt man Osteoporose?

Das ist nicht immer ganz einfach. Äußere Anzeichen können eine Verminderung der Körpergröße sein. Auch der so genannte „Witwenbuckel“ ist häufig ein eindeutiges Zeichen. Das passiert, wenn Wirbelkörper brechen. Die Wirbelsäule sackt zusammen und es kommt zum Rundrücken. Ganz typische Brüche bei Osteoporose sind Wirbelbrüche im Lendenbereich, Oberschenkelhalsbrüche und Brüche im Handgelenk. Eine sichere Diagnose kann allerdings nur der Arzt stellen.

Der Arzt wird eine Basisdiagnostik durchführen. Das heißt, er wird das Blut untersuchen, die Beweglichkeit des Patienten testen und eine Knochendichtemessung, eine Osteodensitometrie, durchführen. Dies wird mithilfe einer Dualen Röntgenabsorptiometrie (DXA oder DEXA) ermittelt. Zwei Röntgenstrahlen unterschiedlicher Stärke werden jeweils durch den Oberschenkelknochen und die Lendenwirbelsäule geschickt. Je nachdem wie viele Röntgenstrahlen absorbiert, also aufgenommen werden, kann der Mineralhaushalt des Knochens errechnet werden. Liegt der Wert mehr als 2,5 unter dem Standard-T-Wert, dann ist die Gefahr von Knochenbrüchen sehr hoch. Je größer der Wert, desto größer das Risiko eines Bruches.

Gründe für Osteoporose

Gründe für eine Osteoporose können unter anderem das Alter, Kalzium- und Vitamin-

D-Mangel, Untergewicht, Diäten, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel oder Nikotin sein. Zudem können Erkrankungen des Hormonsystems, des Magen-Darm-Trakts, der Nieren oder rheumatische und chronisch-entzündliche Erkrankungen Osteoporose begünstigen. Auslöser können ebenso Medikamente gegen Epilepsie, Depression, Magenübersäuerung oder solche zur Hormonersatztherapie sowie Kortisonpräparate sein.

Basistherapie des Arztes

Ist die Osteoporose diagnostiziert, wird der Arzt eine Basistherapie empfehlen. Das bedeutet zunächst einmal, eine ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D. Es wird empfohlen 1000 bis 1500 mg Kalzium sowie 800 bis 1000 Einheiten Vitamin D täglich zu sich zu nehmen.

Kalzium kann der Körper nur in seinen Knochen speichern. Dazu ist unter anderem das Vitamin D notwendig. Schlägt der Körper jedoch Alarm, weil nicht ausreichend Kalzium im Blut vorhanden ist, geht er an seine Reserven und raubt es aus den Knochen. Die Folge: Knochenabbau. Achtung: Zuviel Kalzium kann jedoch zu einer Verkalkung der Blutgefäße führen. Deshalb auf den Rat des Arztes hören, wie viel Kalzium zusätzlich genommen werden sollte.

Medikamente

Wird eine schwerwiegende Osteoporose festgestellt, kann die Einnahme von Medikamenten sinnvoll sein. Es wird unterschieden zwischen Medikamenten, die einen erhöhten Knochenabbau bremsen (Antiresorptiva) und denen, die den Knochen- und Muskelaufbau stimulieren (Anabolika). Zu den Ersteren gehören Bisphosphonate, die als Tabletten täglich, wöchentlich oder monatlich oder als Spritze quartalsweise oder jährlich gegeben werden können. Sie sind gut verträglich, haben kaum Nebenwirkungen und können über Jahre genommen werden. Kalzitron wiederum wird unter die Haut gespritzt oder als Nasenspray vornehmlich zur Vermeidung von Wirbelbrüchen eingesetzt. Es hat jedoch stärkere Nebenwirkungen und sollte nicht längere Zeit genommen werden. SERMs hingegen ähneln dem Wirkstoff Östrogen, besitzen aber lediglich noch die Kno-



Foto: crevis - stock.adobe.com

chen schützende Funktion und regulieren den Knochenstoffwechsel. RANK-Ligand-Inhibitoren blockieren den körpereigenen Botenstoff RANK, der den Osteoklasten signalisiert, Knochen abzubauen.

Zu der Gruppe der aufbauenden Medikamente gehören die Parathormone. Sie werden nur bei schwerer Osteoporose eingesetzt, müssen täglich mit einem Pen unter die Haut verabreicht werden. Auch Strontiumranelat steigert den Knochenaufbau, hemmt zeitgleich den Knochenabbau und fördert die Knochenfestigkeit.

Wann ist eine Operation notwendig?

Wenn die medikamentöse Therapie keine Erleichterung bringt und die Schmerzen, die von der Wirbelsäule ausgehen unerträglich werden, kann eine Kypho- beziehungsweise Elastoplastie sinnvoll sein. Dabei werden die Wirbelkörper durch einen kleinen Ballon auseinandergedrückt und anschließend mit einer speziellen Zementmasse stabilisiert.

Wie kann ich selbst Osteoporose vorbeugen?

Osteoporose kann sehr schmerzhaft sein. Heilbar ist sie leider nicht. Aber man kann sie gezielt aufhalten, langsamer voranschreiten lassen oder die Entstehung hinauszögern. Mit ein wenig Disziplin kann man selbst viel dazu beitragen, die Knochen zu stärken und dem Knochenschwund den Kampf anzusagen. Extrem wichtig sind Bewegung und richtige Ernährung auf dem Weg gegen die Osteoporose.

Die Bewegung macht es

Wem die Knochen Schmerzen, der will sich schonen. Doch genau das ist falsch. Knochen, die gefordert werden, werden stärker. Körperliche Betätigung regt den Knochenstoffwechsel an und sorgt dafür, dass die Osteoblasten ihrer Arbeit nachkommen und den Knochenaufbau ankurbeln. So kann

der Knochenabbau, der ja mit dem vierten Lebensjahrzehnt Oberhand gewinnt, wesentlich verzögert werden. Wichtiger als Intensität ist dabei die regelmäßige Bewegung. Regelmäßig bedeutet, sich zwei bis drei Mal die Woche bewusst aktiv zu bewegen. Gymnastik im Stehen oder Sitzen, Schwimmen, Aqua-Jogging, Wandern oder Radfahren sind ideal für ein aktives Training. Wer dies in der Sonne macht, schiebt gleichzeitig die Vitamin-D-Produktion an. Sehr zu empfehlen ist auch gezieltes Krafttraining unter fachmännischer Anleitung. Nicht nur die Knochen werden beim körperlichen Training gestärkt, ebenso die Muskulatur. Sie nimmt automatisch im Alter ab. Doch gute Muskulatur stärkt und unterstützt die Knochen und lindert so Schmerzen.

Auf die richtige Ernährung kommt es an

Porös werden Knochen, weil ihnen das Kalzium entzogen wird. Man muss also dafür sorgen, dass der Körper ausreichend mit Kalzium versorgt ist. Wer ausgewogen isst, sollte damit keine Schwierigkeiten haben. Kalzium findet man besonders in Milch und Milchprodukten wie Käse, Joghurt oder Quark, in Gemüse wie Brokkoli oder Porree, aber auch in Sesam, Leinsamen und Mandeln oder Mineralwasser.

Aufpassen muss man hingegen bei phosphat- und oxalsäurehaltigen Lebensmitteln. Sie verhindern die Aufnahme von Kalzium. Dazu gehören etwa Cola, Schmelzkäse, Schweinefleisch, Rhabarber, rote Beete oder Kakao. Wie bereits erwähnt, ist Vitamin D äußerst wichtig für das Einlagern des Kalziums im Knochen. Vitamin D produziert der Körper, wenn wir uns der Sonne aussetzen. Nordeuropäer haben deshalb größere Schwierigkeit ausreichend Vitamin D aufzubauen. Im Winter besonders. Deshalb ist es ratsam, Vitamin D täglich als Nahrungsergänzungsmittel zu sich zu nehmen.

— Anzeige —

IMPRESSUM

„Gesundheit heute“ ist eine Anzeigen-Sonderveröffentlichung der Rhein-Zeitung vom 29.09.2017

Herausgeber: Mittelrhein-Verlag GmbH, 56055 Koblenz

Verleger und Geschäftsführer: Waltherpeter Twer
Geschäftsführer: Thomas Regge

Anzeigen: rz-Media GmbH
56055 Koblenz
Geschäftsführung:
Hans Kary

Anzeigenleitung:
Achim Abele
V.i.S.d.P.:
Ralf Lehna

Druck: Industriedienstleistungsgesellschaft mbH, Mittelrheinstr. 2
56072 Koblenz

Rhein-Zeitung
und ihre Heimatausgaben

HAUS Rabenhorst
seit 1805

Rabenhorst- und Rotbäckchen-Säfte sind einzigartige Saftkompositionen mit Genuss und Wirkung. Hergestellt mit den höchsten Qualitätsmaßstäben.

Werksverkauf

DIREKT AN DER B42

Öffnungszeiten:

Donnerstag: 12.30–18.00 Uhr
Freitag: 12.30–18.00 Uhr
Samstag: 09.00–14.30 Uhr

Haus Rabenhorst O. Lauffs GmbH & Co. KG
Rabenhorststr. 1 · 53572 Unkel
www.haus-rabenhorst.de

Kreuzbandriss: Plötzlich ist man für Wochen aus dem Verkehr gezogen

Mit Geduld wieder auf die Beine kommen

Im Fußball ist es gang und gäbe. Der Spieler verzerrt schmerzgeplagt das Gesicht, lässt sich auf den Boden fallen oder humpelt zur Seitenlinie. Diagnose: Kreuzbandriss. Jährlich sind zehntausende von Fußballern im Amateur- und Profifußball davon betroffen. Aber nicht nur beim Sport, auch bei ganz normalen Alltagsbewegungen oder bei Unfällen reißt plötzlich das Kreuzband. Und das Gelenk wird instabil.

Im Inneren des Kniegelenks verbinden zwei kreuzförmig verlaufende Bänder den Oberschenkelknochen und das Schienbein und gewährleisten so die Stabilität, den Zusammenhalt und die richtige Bewegung des Kniegelenks. Reißt eines dieser Bänder, bedroht dies mehr oder weniger die Stabilität des Knies.

Ursache für Risse

Ein Riss des vorderen Kreuzbands wird meist durch eine abrupte Drehung des Beins, einen plötzlichen Richtungswechsel beim Laufen oder Springen oder einen Sturz auf das Knie verursacht. Der Riss des vorderen Kreuzbandes kommt am häufigsten vor. Oft werden dabei auch benachbarte Strukturen im Kniegelenk wie etwa die Seitenbänder oder die Menisken in Mitleidenschaft gezogen.

Eine Verletzung des hinteren Kreuzbandes ist verhältnismäßig selten und wird deshalb auch schon mal übersehen. Das hintere Kreuzband ist das dickste Band und reißt bei sehr hoher Krafteinwirkung, wenn zum Beispiel ein Fußballer in einen anderen von hinten hineingrätscht, bei Auto-, Motorrad- oder Fahrradunfällen, aber auch bei einer Überstreckung des Kniegelenks – etwa wenn man in eine Grube tritt.

Hinteres Kreuzband

Während der hintere Kreuzbandriss häufig konservativ gut behandelbar ist, muss der vordere Kreuzbandriss meist operiert werden. Konservativ bedeutet, dass das Knie für ungefähr sechs Wochen ruhiggestellt wird. Dies geschieht durch spezielle Schienen, die den Unterschenkel nach vorne drücken und später die Bewegung des Knies stark einschränken. Gleich-

zeitig wird Physiotherapie angeordnet und es werden Anspannungsübungen des Oberschenkels empfohlen. Ist kein Erfolg in Sicht, wird auch am hinteren Kreuzband operiert.

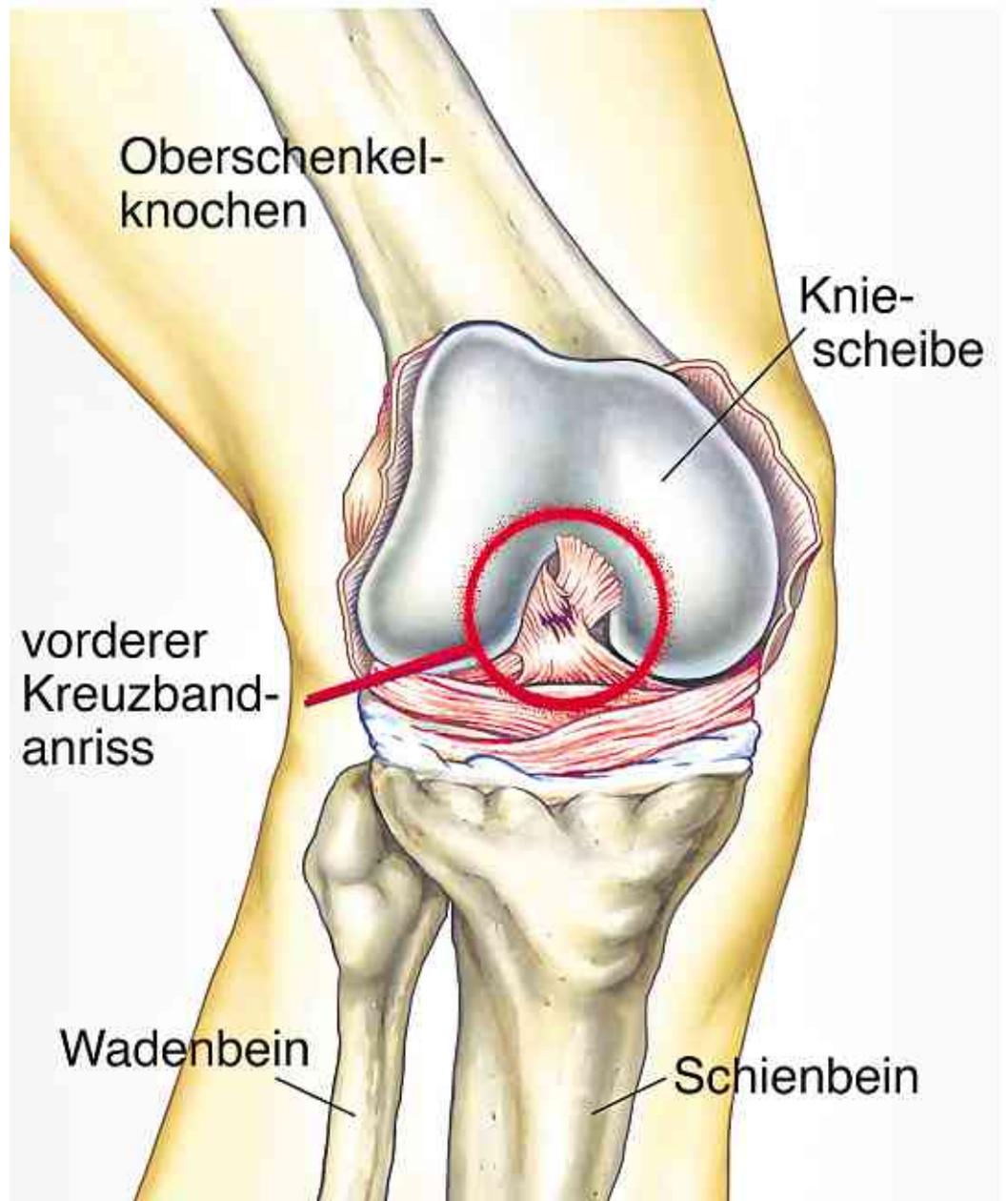
Kreuzbandplastik

Bei einem kompletten Riss des vorderen Kreuzbandes wird meist immer operiert. Die sogenannten Kreuzbandplastiken haben definitiv nichts mit Plastik zu tun. Den Begriff kann man eher mit „Ersatz“ übersetzen. Es werden neue Bänder eingesetzt. Dazu wird meistens eine Sehne aus dem eigenen Oberschenkel genommen, die dann als neues Kreuzband eingesetzt wird. Dieser Eingriff wird arthroskopisch gemacht, so dass nur kleinste Schnitte am Knie nötig sind. Auch nach einem operativen Eingriff ist Schonung angesagt. Das Knie muss ruhiggestellt werden, wobei die Kniescheibe unbedingt mobilisiert werden muss, damit Verklebungen vermieden werden.

Der Eingriff an den Kreuzbändern gehört heute zu den Routineeingriffen. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Patient kurz darauf wieder unbeschwert durchs Leben laufen kann. Eine Behandlung an den Kreuzbändern braucht seine Zeit. Bis das Knie wieder voll belastbar ist, kann es bis zu einem Jahr dauern, je nachdem, wie schwer die Verletzung war und welche Bänder vielleicht noch mit betroffen waren.

Deshalb sind Sportprofis schneller auf den Beinen

Immer wieder wird die Frage laut, weshalb Profisportler schon nach kaum sechs Monaten wieder voll einsatzfähig ihrem Job nachgehen können, während der normale Kassenpatient sehr viel länger braucht. Sami Khedira erlitt im November 2013 eine Kreuzband- und Innenbandruptur. Bereits sechs Monate später spielte er bereits wieder voll einsatzfähig. Es liegt weder an der Operation oder am Heilungsprozess. Denn Profis werden nicht anders operiert. Es liegt aber an der medizinischen Versorgung. Der Profisportler wird direkt nach der Verletzung ins MRT gesteckt und kurz danach operiert. Der Nicht-Profi war-



Es kann bis zu einem Jahr dauern, bis ein Kreuzbandriss ausgeheilt ist. Foto: Henrie - stock.adobe.com

tet erst mal Wochen auf einen Termin beim Radiologen und Tage bis Wochen auf einen Operationstermin. Manchmal ist das Knie mittlerweile so dick, dass nicht operiert werden kann. Der Profi hingegen sitzt mittlerweile schon fleißig bei der Physiotherapie und bekommt Anwendungen wie Lymphdrainage, Massagen, manuelle Therapien, macht Krafttraining und das täglich. Es ist ja sein Job, seinen Körper wieder einsatzbereit zu machen.

Außerdem ist der Muskelaufbau der Profis sowieso besser als der von Nicht-Profis. Zudem kommt dazu, dass durch das lange Warten bis operiert wird, die bestehenden Muskeln sich abbauen und mühsam wieder aufgebaut werden müssen.

Wer einen Kreuzbandriss erlitten hat, sollte auf jeden Fall geduldig sein und nicht sich den Heilungsprozess von Sportprofis als Ansporn nehmen. Die Erholungszeiten sind wichtig. Zu frühzeitige Belastungen haben meist einen erneuten Knieschaden zur Folge.

Anzeige

Gemeinschaftsklinikum
Mittelrhein
MVZ Mittelrhein

Praxis für Neurologie

Dr. med. Dirk Steinert

In der Praxis werden nach einem ausführlichen Gespräch und eingehenden Untersuchungen Erkrankungen des Nervensystems behandelt, dazu zählen:

- Schlaganfall
- Bewegungsstörungen wie Parkinson
- Gefühlsstörungen an Armen und Beinen (Polyneuropathie)
- Epilepsie
- Multiple Sklerose
- Hirnleistungsstörungen/Demenz
- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Nervenlähmungen
- Muskelerkrankungen

www.mvz-mittelrhein.de

MVZ Mittelrhein GmbH
Praxis für Neurologie
Firmungstraße 5
56068 Koblenz

Termine nach
telefonischer Vereinbarung

Telefon: 0261 988 4870

Neue Verfahren, die bei Kniebeschwerden helfen



Foto: psdesign1 - stock.adobe.com

Eines unserer meist beanspruchten Gelenke ist das Kniegelenk. Es muss uns täglich ertragen – im wahrsten Sinne des Wortes. Es gibt uns Stabilität und ermöglicht uns gleichzeitig Beweglichkeit. Doch es leidet auch stark unter der ständigen Beanspruchung.

Etwa 1500 Mal wird es jeden Tag gebeugt und manchmal mit dem Achtfachen des Körpergewichts belastet. Das Resultat: Knorpel fransen aus, Bänder und Sehnen reißen. Damit der Heilungsprozess im Knie schneller beziehungsweise besser verläuft, gibt es neue Erfolg versprechende Therapien. Welche Therapie sinnvoll sein kann, empfiehlt der Arzt.

ACP-Eigenbluttherapie

Cornelia Irle brauchte dank dieser Therapie kein künstliches Kniegelenk. Die ambitionierte Läuferin konnte kaum mehr gehen. Jeder Schritt wurde zur Qual. Die Anfangsbeschwerden ignorierte sie einfach. Sie biss auf die Zähne und lief weiter. Die Konsequenz: fortgeschrittener Knorpelschaden, kaputte Menisken und Kreuzbänder. Die Menisken und Kreuzbänder wurden operiert. Doch anschließend folgte die Ernüchterung. Das Knie sah so schlimm aus, dass Cornelia wahrscheinlich bald ein künstliches Kniegelenk brauchen würde. Das wollte die 51-Jährige aber nicht. Sie ent-

schied sich für die ACP-Eigenbluttherapie. ACP bedeutet Autologes Conditioniertes Plasma. Dafür werden 15 ml Blut aus der Armvene entnommen. Eine Zentrifuge trennt das Blut. So werden die körpereigenen Wachstumsfaktoren aus den Thrombozyten des Blutes gewonnen. Die so gewonnenen 5 ml Plasma mit den Wachstumsfaktoren werden in das Knie gespritzt. Die Wachstumsfaktoren docken an die ermüdeten Zellen im Knie an und aktivieren den Zellstoffwechsel des gesamten Knieinnenlebens. Der Restknorpel wird stabilisiert und gestärkt und so einem weiteren Abbau entgegengewirkt. Der Laufsport ist für Cornelia zwar tabu, aber sie kann seit acht Jahren beschwerdefrei gehen. Nachdem sie anfangs fünf Mal wöchentlich eine Spritze bekommen hat, bekommt sie nun nur noch alle drei Monate eine Spritze und fühlt sich prima. Die Therapie wird meist nicht von den Krankenkassen übernommen.

Autologe Knorpelzellimplantation

Anika May hatte schon in der Pubertät ständig Probleme mit ihrem rechten Knie. Bei Belastung schmerzte es stark. Und bei bestimmten Bewegungen renkte sich sogar die Kniescheibe aus. Der Grund: ein Knorpeldefekt hinter der Kniescheibe. Obwohl Anika ständig in Be-

handlung war, wurden die Schmerzen nicht weniger. In einer Operation wurde der Knorpel sogar angebohrt, um durch eine Neudurchblutung die Bildung eines Ersatzknorpels anzuregen. Aber auch dieses Verfahren brachte nichts. Drei Jahre lang nahm die Lehrerin täglich Schmerzmittel, um den Alltag aushalten zu können. Als letzte Möglichkeit wurde ihr nur noch ein künstliches Kniegelenk angeboten. Aber dafür fand sich Anika zu jung. Sie suchte nach einer Alternative und entschied sich für eine autologe Knorpelzellimplantation. Diese Methode eignet sich besonders gut bei jüngeren Patienten, die noch keine aktive Arthrose haben. Bei einer ersten Behandlung wurden Anika 200 ml Blut ent-

nommen und während einer Gelenkspiegelung ein Stück gesunde Knorpelmasse (~1 mm³) aus dem Knie. In einem Labor wurden nun die isolierten Knorpelzellen in Anikas Blut, das als Nährboden diente, gezüchtet. Das Vervielfältigen der Zellen dauert zwischen sechs und acht Wochen. In einer Kühlbox kommen diese Zellen als kleine Kügelchen in einer Kanüle zurück. In einer dieser Kanülen befinden sich ungefähr 200.000 neu gezüchtete Knorpelzellen. In einer zweiten Operation werden die Kügelchen an den defekten Knorpelstellen platziert. Bei Wärme suchen die Knorpelzellen quasi Anschluss. Die Kügelchen werden platt und haften am Knochenuntergrund fest. Damit die Zellen genau in Position bleiben, muss das Knie 48 Stunden mit einer

Schiene komplett ruhiggestellt werden. Anschließend dürfen nur kontrollierte Bewegungen mit einer Motorschiene gemacht werden. „Das war der anstrengendste Teil“, sagt Anika. „Ich war neun Wochen zu Hause und konnte nichts tun. Die Schiene hat sechs Stunden am Tag mein Bein bewegt, bis ich es in einem Winkel von 90° beugen konnte.“ Nach drei Monaten aber eine deutliche Besserung. Voll belastet werden darf das Knie aber erst nach eineinhalb Jahren. Diese Methode wird teilweise von den Kassen bezahlt.

Geflockter Biostoff aus Krabbengarn

Das wird die Zukunft sein. Knorpelersatzteile aus Stoff. Stoff der ganz besonderen Art. Die Technische Univer-

sität Dresden entwickelt ein biologisch abbaubares Trägermaterial (Scaffold) aus Chitosanfasern. Grundansatz ist ein textiltechnisches Verfahren des elektrostatischen Flockens. Das Beflocken kennen wir alle vom Bedrucken von T-Shirts. Ähnlich muss man sich auch das Beflocken des Scaffolds vorstellen. Auf ein Substrat werden circa ein bis drei Millimeter lange Fasern aufgebracht. Allerdings nicht, wie sonst üblich, aus Kunstfasergewebe, sondern für die medizinische Anwendung aus Chitosan. Dieses wird aus dem Chitinpanzer von Krebstieren gewonnen und aufbereitet. Der Vorteil: Es handelt sich dabei um einen biologischen und nachwachsenden Rohstoff, der in der Lebensmittelindustrie als Abfallprodukt permanent an-

fällt. Das Chitosan lässt sich auch zu Fäden verspinnen und auf die gewünschte Länge zuschneiden und als Trägermaterial verwenden. In einem elektrischen Hochspannungsfeld richten sich die kurzen Fasern auf und schieben in eine zähflüssige Chitosanlösung ein, welche rasch aushärtet. Nach Sterilisation des entstandenen Scaffolds kann dieser mit einer Suspension von Knorpelzellen und einem Hydrogel befüllt werden. Auf diese Weise könnte künftig ein biologisches Implantat für Knorpeldefekte im Knie entstehen, welches mit dem natürlichen Vorbild nahezu identisch ist und dessen Trägermaterial sich innerhalb einer optimalen Zeit von etwa einem halben Jahr rückstandslos abbaut.



Im Labor werden in etwa fünf bis sieben Wochen im speziellen Zellkulturverfahren Knorpelkügelchen ohne Zusatz von Fremdstoffen hergestellt. In einer Kugel befinden sich 200.000 neu gezüchtete Knorpelzellen.

Foto: CO.DON

Keine Angst vor Rollatoren

Mit der richtigen Handhabung werden die Gehhilfen unentbehrliche Begleiter

Es hat etwas mit Eitelkeit zu tun, mit Angst vor dem Unbekannten oder auch mit Sturheit und dem Drang unabhängig zu bleiben („Ich hab noch nie Hilfe gebraucht“). Die Rede ist vom Benutzen bzw. Nicht-Benutzen eines Rollators. Oftmals ist es aber auch die Unwissenheit, wie diese Gehhilfe das Leben erleichtern kann. Wer sie im Discounter kauft, muss wohl oder übel, den Umgang selbst erlernen.

Obwohl Gehhilfen zum alltäglichen Bild im Straßenverkehr gehören, ist die Skepsis

dem Rollator gegenüber sehr groß. „Meine Nachbarin kommt mit dem Ding überhaupt nicht zurecht“, heißt es häufig oder „Mein Schwager flucht ständig über seinen Rollator.“ Der Grund ist jedoch in den meisten Fällen nicht der Rollator an sich, sondern die falsche Handhabung. Dies ist aber auch nicht verwunderlich. So werden die Senioren nach der Verordnung oder dem Kauf eines Rollators nicht selten allein gelassen.

Die ersten Erklärungen sind sicherlich einleuchtend, aber

wie bei vielen Produkten, die man gekauft hat, lernt man deren Anwendung erst beim Benutzen im Alltag. Schnell können sich jedoch unbemerkt Fehler im Umgang einschleichen. Die Gehhilfe verursacht dann nur noch Ärger und keinen Nutzen. Damit dies nicht passiert, bietet der Turnverband Mittelrhein seit Neuestem Kurse an für Übungsleiter von Sportvereinen oder auch für Altenpflegekräfte. Die Kursteilnehmer werden im Umgang mit Rollatoren geschult. Dieses Wissen können sie an Senioren in

Kursen vermitteln. Ziel ist es, den Senioren freies Gehen zu ermöglichen, so der bundesweit bekannte Referent Michael Lindner. Das Feedback des ersten Kurses war nur positiv. „Es hat so viel Spaß gemacht, dass man am liebsten gleich durch die Gegend rollieren möchte, um das Eingübte zu festigen, um es dann an Menschen in unserem Seniorenzentrum, die wirklich einen Rollator als Gehhilfe benötigen, weitergeben zu können“, sagte eine Teilnehmerin.

Andrea Berschbach vom

Turnverein Krufft hat diesen Weiterbildungskurs auch besucht und bereits einen Kursus zum richtigen Umgang mit einem Rollator angeboten. Dass diese notwendig sind, ist eindeutig. „Eine Teilnehmerin war erstaunt, dass es verschiedene Bremsen gibt“, berichtet die Trainerin. „Das Problem ist, viele denken, sie wüssten alles und brauchten keine weiteren Informationen. Aber das stimmt nicht. Ich sehe ja immer wieder Leute auf der Straße, die nicht richtig mit dem Rollator umgehen.“



Foto: Birgit Reitz-Hofmann - stock.adobe.com

Welcher Rollator ist der Richtige?

• Müssen Sie viel über Kopfsteinpflaster, schlechte Straßen, Feld, Wald- und Wegenwege gehen, sollten die Reifen möglichst groß und weich sein, weil sie die Schläge besser abfangen.

• Schwergewichtige Menschen sollten breite, verstärkte Rollatoren wählen, damit sie sicher darauf sitzen können.

• Personen, die nicht genügend Kraft in den Händen haben, sollten Rollatoren mit

leichtgängigen Bremsen nutzen. Für halbseitig gelähmte Menschen gibt es auch Rollatoren, die einseitig gebremst werden können.

• Nutzen Sie häufig Bus oder Bahn oder werden Sie mit dem Auto gefahren, sind leicht zu faltende Rollatoren ideal, die auch zusammengeklappt noch stehen bleiben. Zu empfehlen sind Rollatoren, die längs zusammengeklappt werden. Sie lassen sich leichter bedienen als die Querfalter.

Rollator der Zukunft

Ein Bremer Wissenschaftsteam des Deutschen Forschungszentrums für Künstliche Intelligenz entwickelt derzeit einen Rollator, der mit Sensoren ausgestattet ist. Dieser digitalisierte Rollator soll die Haltung des Nutzers erkennen. Das zu entwickelnde System wird dabei in Form einer leichten Elektronikbox an dem Rollator befestigt.

Es soll sowohl bei der Analyse der Haltung, deren Bewertung als auch bei der an-

schließenden Korrektur eingesetzt werden. Die Analysefunktion überprüft zunächst die Positionierung des Nutzers in Relation zum Rollator anhand von Distanzmessungen verschiedener Körperbereiche zum Gehhilfenassistenten. Anhand dieser Werte findet eine Bewertung der Haltung statt.

Durch eine intuitive Rückmeldung bei der Erkennung eines Haltungsfehlers hilft das System bei dessen Korrektur.

Gut zu wissen

Der Turnverband Mittelrhein bietet den nächsten Rollator-Fit® - Lehrgang für Übungsleiter oder Altenpflegekräfte am Samstag, 4. November, in Koblenz an.

Einstellungen des Rollators



Falsch: Die Handgelenke sind über den Griffen sichtbar.



Richtig: Die Griffe berühren das Handgelenk.

■ Stehen

Bevor es losgeht, müssen die Griffe des Rollators richtig eingestellt werden. Dazu stellt man sich gerade hin mit hängenden Armen zwischen die Reifen des Rollators. Die Griffe sollten nun auf Höhe der Handgelenke eingestellt werden. Häufig sind die Griffe zu hoch eingestellt. Das führt dazu, dass man nicht mehr im Rollator geht, sondern dahinter. Dadurch kippt der Oberkörper automatisch nach vorne. Es entsteht eine Schiefstellung. Halswirbel- und Lendenwirbelsäule werden extrem belastet.



Falsch: Der Oberkörper und die Beine sind zu weit entfernt.



Richtig: Die Griffe berühren das Handgelenk.

■ Gehen

Ganz wichtig! Man geht im Rollator. Die Füße sind auf Höhe der Räder. Der Abstand zum Rollator sollte möglichst klein sein. Schieben Sie ihn nicht von sich weg! Er ist kein Einkaufswagen. Halten Sie den Rollator zu weit von sich entfernt, kann er leicht wegrollen. Das kann zu Stürzen führen. Der Rollator soll sich schützend um Sie herum befinden. Gehen Sie aufrecht, Blick nach vorne. Nur so vermeiden Sie Stürze und Fehlbelastungen. Je schräger und runder Ihr Rücken beim Gehen ist, desto stärker wird die Rückenmuskulatur belastet. Und das führt zu Schmerzen.

Fotos: Petra Dettmer

■ Bremsen während des Gehens

Wollen Sie den Rollator nicht nur zum Stoppen bringen, sondern ihn so feststellen, dass er sich nicht mehr bewegen kann, weil Sie zum Beispiel eine kleine Pause machen und sich darauf setzen wollen, müssen Sie den Hebel mit dem Handballen nach unten bis zum Einrasten drücken.

■ Bremsen zum Parken

Wollen Sie den Rollator nicht nur zum Stoppen bringen, sondern ihn so feststellen, dass er sich nicht mehr bewegen kann, weil Sie zum Beispiel eine kleine Pause machen und sich darauf setzen wollen, müssen Sie den Hebel mit dem Handballen nach unten bis zum Einrasten drücken.



■ Sitzen auf dem Rollator

Ganz wichtig: Feststellbremse ziehen! Anschließend drehen Sie sich zwischen den Handgriffen. Stützen Sie sich auf den Griffen ab. Oberkörper leicht nach vorne gebeugt und dann setzen Sie sich sozusagen entgegen der Fahrtrichtung auf den Sitz.



■ Bordsteinkanten/Türschwellen

Vor der Bordsteinkante ziehen Sie die Bremse an und treten den Kipphebel. Die Vorderräder werden leicht angehoben. Im nächsten Schritt lösen Sie die Bremsen wieder. Der Rollator rollt automatisch nach vorne. Die Vorderräder sind auf dem Bürgersteig. Anschließend werden die Hinterräder angehoben. Erneut Bremse ziehen und nachsteigen. Und schon geht es weiter.

MARIENHAUS KLINIKUM BENDORF - NEUWIED - WALDBREITBACH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Lehrkrankenhaus der Universität Maastricht



Zahlen - Daten - Fakten

Das Marienhaus Klinikum Bendorf - Neuwied - Waldbreitbach ist mit seinen rund 700 stationären und tagesklinischen Plätzen eines der größten Krankenhäuser im nördlichen Rheinland-Pfalz, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Lehrkrankenhaus der Universität Maastricht. Es vereinigt neun Hauptfachabteilungen, zwei Belegabteilungen, vier Tageskliniken sowie ein Zentrum für ambulante Rehabilitation und Prävention unter einem Dach und ist mit seinen mehr als 1.500 Mitarbeitern einer der größten Arbeitgeber der Region. An den fünf Betriebsstätten (St. Josef Bendorf, St. Elisabeth Neuwied, St. Antonius Waldbreitbach, Haus St. Antonius Waldbreitbach und Reha Rhein-Wied Neuwied) erwartet stationäre und ambulante Patienten durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Spezialisten eine umfassende medizinische Versorgung und individuelle Betreuung.

Rund 25.000 Patienten, die jährlich von über 400 Ärzten in das Marienhaus Klinikum eingewiesen werden, profitieren von dem großen Leistungsspektrum des Klinikums, das seit 1998 nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert ist. In allen Abteilungen steht „der ganzheitliche Dienst am Menschen im Vordergrund unseres Handelns“- dieser Satz aus dem Leitbild der Marienhaus Unternehmensgruppe ist den Mitarbeitern Auftrag und Verpflichtung.

MARIENHAUS KLINIKUM ST. JOSEF BENDORF

Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie

Margaretha-Flesch-Platz 1 • 56170 Bendorf
Telefon 02622 708-0 • Telefax 02622 708-4439

Das Marienhaus Klinikum St. Josef Bendorf ist mit 120 Betten die größte operative orthopädische Klinik in Rheinland-Pfalz. Zum Krankenhaus gehört außerdem die Abteilung Wirbelsäulenchirurgie/Neurotraumatologie, in der Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen versorgt sowie Tumore und Infektionen an der Wirbelsäule behandelt werden. In der Schmerztagesklinik werden Patienten Techniken und Strategien zum Umgang mit Schmerzen vermittelt.



Orthopädie

Chefarzt Dr. Markus Dücker
Telefon 02622 708-4383



Wirbelsäulenchirurgie/Neurotraumatologie (auch am Standort Neuwied)

Chefarzt Dr. Walter Richter
Telefon 02622 708-4474



Schmerztagesklinik

Leitung Dr. Martina Zimmermann
Telefon 02622 708-4373

www.marienhaus-klinikum.de
info@marienhaus-klinikum.de

MARIENHAUS KLINIKUM ST. ELISABETH NEUWIED

Friedrich-Ebert-Str. 59 • 56564 Neuwied
Telefon 02631 82-0 • Telefax 82-1243

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit einem großen Leistungsspektrum für ambulante und stationäre Diagnostik und Therapie.



Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Chefarzt PD Dr. Götz Lutterbey
Telefon 02631 82-1491



Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

Allgemein- und Visceralchirurgie
Chefarzt Dr. Claus Schneider
Telefon 02631 82-1211



Gefäßchirurgie

Chefarzt Dr. Franz-Josef Theis
Telefon 02631 82-1140



Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Chefarzt Dr. Michael Fresenius
Telefon 02631 82-1359



Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Chefarzt Prof. Dr. Richard Berger
Telefon 02631 82-1213



Klinik für Innere Medizin

Gastroenterologie/Palliativstation
Chefarzt Dr. Christian-René de Mas
Telefon 02631 82-1973



Kardiologie/Rhythmologie

Chefarzt Dr. Burkhard Hügl
Telefon 02631 82-1212



Nephrologie/Schlaganfallereinheit

Komm. Chefarzt Dr. Knut Schäfer
Telefon 02631 82-1525



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt Dr. Michael Ehlen
Telefon 02631 82-1219



Chefarzt Dr. Urban Himbert
Telefon 02631 82-1219



Klinik für Unfallchirurgie

Chefarzt Dr. Georg Weimer
Telefon 02631 82-1389



Klinik für Urologie und Kinderurologie

Chefarzt Dr. Wolfgang Stollhof
Telefon 02631 82-1382

Belegabteilungen: • Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
• Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

MARIENHAUS KLINIKUM ST. ANTONIUS WALDBREITBACH

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Margaretha-Flesch-Str. 2-4 • 56588 Waldbreitbach
Telefon 02638 923-9 • Telefax 923-5555

Das Marienhaus Klinikum St. Antonius Waldbreitbach ist die stationäre psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Abteilung des Marienhaus Klinikums.



Chefärztin
Dr. Susanne Becker MPH postgrad

Tagesklinik

Willi-Brückner-Str. 8 • 56564 Neuwied
Telefon 02631 82-1011 • Telefax 82-1021

An das Marienhaus Klinikum St. Antonius Waldbreitbach ist die ambulante Tagesklinik in Neuwied angegliedert.



Chefarzt
Prof. Dr. Jörg Degenhardt

MARIENHAUS KLINIKUM HAUS ST. ANTONIUS

Wohnheim für seelisch behinderte und
pflegebedürftige Menschen mit geronto-
psychiatrischem Schwerpunkt

Margaretha-Flesch-Str. 2 • 56588 Waldbreitbach
Telefon 02638 923-5545 • Telefax 923-5555



Heimleiterin
Marion Kaster

REHA RHEIN-WIED

Zentrum für ambulante Rehabilitation
und Prävention -
Medizinisches Fortbildungszentrum
Rhein-Wied

Andernacher Str. 70 • 56564 Neuwied
Telefon 02631 3970-0 • Telefax 3970-70



Therapeutischer Direktor
Johannes Zielinski

LISA MOBIL

Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege am
MARIENHAUS KLINIKUM ST. ELISABETH NEUWIED

Friedrich-Ebert-Str. 59 • 56564 Neuwied
Telefon 02631 82-1267 • Telefax 82-1646