



Neuer Chefarzt etabliert
Inkontinenzzentrum

Bericht auf S. 9

Leitbild

Klinikum legt Werte im
eigenen Leitbild fest

Mehr dazu auf S. 2

Medizinische Schwerpunkte

Zusammensetzung der
Schwerpunkte und ihre Ziele

Lesen Sie auf S. 4

Herz-Lungen-Maschine

Kardiotechniker entwickelt
neues System

Text auf S. 8

Krankenhaus-
Zeitung

März 2006
Ausgabe Nr. 9

Große Investitionen

Das Land Niedersachsen hat 29 Mio. € Fördermittel für den ersten Bauabschnitt des Zwei-Standorte-Konzeptes in der Celler Straße bewilligt. Neben dieser frohen Botschaft kann es schon passieren, dass andere Investitionen in den Hintergrund geraten. Dies geschieht ganz zu Unrecht, denn auch außerhalb des Zwei-Standorte-Projektes laufen im Klinikum in den Jahren 2005-2007 Großprojekte mit einem Volumen von insgesamt 15 421 000 €.

Dazu gehört das multimediale Archivsystem, das es u.a. ermöglicht, seit Anfang Januar klinikweit auf digitale Röntgenbilder zuzugreifen.

beiden größten Maßnahmen sind mit 2,3 und 2,4 Mio. € die medizinische Intensivstation/IMC und der Umbau der Zentralsterilisation.

In der Salzdahlumer Straße wird der Umbau in der Neurologie fortgesetzt und die medizinische Intensivstation gemeinsam mit der Intermediate Care Station saniert und umgebaut. Die Zentralsterilisation wird so umgebaut und erweitert, dass das komplette Sterilgut des Klinikums dort zentral sterilisiert werden kann. Die

In der Celler Straße wird die Renovierung der ehemaligen Chirurgischen Klinik fortgesetzt und für die Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie ein neues Bestrahlungsgerät (Afterloading) angeschafft. Der Umbau der ehemaligen Chirurgie ist mit gut 1 Mio. € veranschlagt (siehe S. 10).



Stationsleitung Michael Lüdicke, Peter Meyer, Bauabteilung, Chefarzt Prof. Dr. Karl Wessel und Karsten Standke, Geschäftsbereichsleiter Bau und Technik (v.l.) in den bereits fertig gestellten Räumen der Neurologie. Der zweite Bauabschnitt wird voraussichtlich im Juli abgeschlossen.

Weitere Projekte für die nächsten Jahre sind das Monitoring für verschiedene Kliniken am Standort 2, die Verbesserung der Wahlleistungsangebote, das

GMP-Zentrum sowie die Ausstattung der Patientenzimmer mit Fernsehen und Telefon. In der Diskussion sind außerdem die Anschaffung eines

PET/CT und eines Linearbeschleunigers sowie der Umbau des Hastra-Gebäudes im Zusammenhang mit der Laborzentralisierung.

Gemeinsam stark



Bei der Spendenübergabe: Waldemar Drosdziok Volkswagenbank, Dieter Flohr, Vorsitzender Förderverein, und Rainer Blank, Volkswagenbank (v.l.)

Förderverein, Volkswagenbank und Klinikum finanzierten gemeinsam Geräte im Wert von 100 000 €.

Die beiden Neuanschaffungen – ein Laserdisektionsmikroskop und ein Faxitron – verbessern die Diagnostik des onkologischen Schwerpunkts am Standort 3. 70 % der Summe kam durch Spenden zusammen.

Beste Ideen ausgezeichnet

Während des Stadtputztages 2005 sammelten die Teilnehmer im Klinikum nicht nur Müll, sondern auch gute Ideen. Denn gleichzeitig gab es eine Ideenbörse zu den drei Themen: „Gesundheitsförderung für Mitarbeiter“, „Als Radfahrer im Klinikum“ und „Mitarbeiterverpflegung“.

Zur Auswertung wurden alle Vorschläge anonymisiert und auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft. Den besten Vorschlag pro Kategorie hat dann die Betriebsleitung ausgewählt. Im Bereich „Mobilität“ ist dies die Idee von Betriebsratsmitglied Norbert Kohlmeier, Fahrradrouten zwischen den einzelnen Standorten in das Intranet einzustellen. Zum Thema „Verpflegung“ kam die beste Idee von der Küchenleiterin des Standortes 2, Irene Schulz, nämlich den störanfälligen Markenautomaten

in der Kantine durch eine EDV-gestützte Mitarbeiterkarte zu ersetzen. In der Kategorie „Gesundheitsförderung“ konnte leider niemand persönlich ausgezeichnet werden, weil die meisten Vorschläge ohne Namensnennung abgegeben wurden.

Trotzdem wurde als beste Idee das „rauchfreie Krankenhaus“ ausgewählt. Die Gewinner bekommen Geschenkkörbe mit Produkten aus der Küche oder aus der Apotheke überreicht.

Weitere Vorschläge zum „Gesundheitsschutz“ waren z.B. das Fortbildungsangebot im Bereich Stressbewältigung auszubauen und Lauf- oder Schwimmtreffs anzubieten. Zum Thema „Radfahren“ kamen z.B. die Vorschläge Dienstfahrräder zu kaufen und zusätzliche Fahrradständer aufzustellen. Bei der Verpflegung wurde u.a. vorgeschlagen, einmal pro Quartal ein Fine-Dinner (sehr gutes Essen zu gutem Preis) und auf Wunsch größere Portionen anzubieten.

Durch die Ideenbörse und das gemeinsame Frühstück war der Stadtputztag ein unterhaltsamer Vormittag. **Übrigens: Der nächste Stadtputztag findet am 25. März statt!**

Lesen Sie in dieser Ausgabe

A.d. Geschäftsleitung S. 2-4
Das neue Leitbild des Klinikums, Bilanz 2005, Neue Technik im Labor, Multimediaarchiv kommt, Medizinische Schwerpunkte

Projekte S. 5
Leitfaden zur Einarbeitung, Patientenbefragung, Klinikum unterstützt Extremsportler

Schwerpunktthema S. 6
Neue Arbeitszeitmodelle: Kein Bereitschaftsdienst mehr im Klinikum

Sicherheit S. 7
Schutz vor Legionellen, Brandschutzübung hat stattgefunden



Aktuelles aus Medizin, Therapie & Pflege S. 8-10
Neue Herz-Lungen-Maschine, Neuer Vertrag, Qualitätssiegel für Radioonkologie, Inkontinenz: Neuer Schwerpunkt im Klinikum, Glatteis in Braunschweig, Abschluss der Baumaßnahme ehemalige Chirurgie, Preis für Poster der Geriatrie

Menschen S. 11
Neuer Aufsichtsratsvorsitzender im Klinikum, Rückblick: Erste Feier für ausgeschiedene Mitarbeiter

Panorama/Service S. 12
Weiterbildung, Dienstjubiläen, Termine, Spender gesucht, Geburtstag in der Patientenbücherei Holwedestraße

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

nachdem wir 2003 eine eigenständige gGmbH geworden sind, haben wir nun seit Anfang 2006 auch ein eigenes Leitbild. Ich freue mich darüber, dass wir damit die wesentlichen Werte für unser Haus verbindlich festgelegt haben. Wir zeigen damit, dass der Vorwurf der Beliebigkeit, den sich öffentliche Krankenhäuser häufig gefallen lassen müssen, auf uns nicht zutrifft. Wir haben eine Grundorientierung und vereinbarte Leitgedanken, die nach innen und außen wirken.

Ganz oben auf dieser Werteskala steht natürlich unsere Hauptaufgabe: Wir übernehmen die Grund- und Maximalversorgung für Braunschweig und die Region, der Patient steht im Zentrum unsers Handelns. Wir haben im Leitbild aber auch eine gute Balance gefunden zwischen dieser bereits genannten Hauptaufgabe und der notwendigen Wirtschaftlichkeit, die eine Versorgung auf hohem Niveau überhaupt erst ermöglicht. Ich denke hierbei zum Beispiel an die Anschaffung von innovativen medizinischen Geräten, die ja auch finanziert werden muss. Natürlich sind alle anderen Punkte des Leitbildes genauso wichtig, ich möchte hier keine Rangfolge festlegen.

Mit Leben gefüllt

Vielleicht ist Ihnen das Leitbild zu abstrakt, aber es gibt zahlreiche Beispiele, wie wir es bereits mit Leben gefüllt haben. Einige möchte ich nennen, allerdings ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit. Nehmen wir den Satz: „Wir begegnen allen Patienten und deren Angehörigen mit Hilfsbereitschaft, Verständnis und Respekt“. Um zu überprüfen, ob dies tatsächlich so ist, führen wir seit November 2005 Patientenbefragungen durch. Außerdem möchte ich in diesem Zusammenhang an die Hotline für Ideen und Beschwerden erinnern, die als zuverlässiger Ansprechpartner für Probleme von Patienten und Angehörigen zur Verfügung steht. Auch das Thema Aus- und Fortbildung ist mit dem Projekt Personalentwicklung und der daraus entstandenen „Fortbildungskommission“ ein gutes Beispiel.

Gesundheitsförderung

Schließlich als letztes Beispiel greife ich folgenden Satz heraus: „Die gesundheitliche Prävention und gesundheitsorientierte Arbeitsbedingungen haben für uns einen hohen Stellenwert“. Hier haben wir das Projekt „Gesundheitsförderung“ auf den Weg gebracht und mit zusätzlichen finanziellen Mitteln ausgestattet, weil uns gesunde Mitarbeiter wichtig sind.

Das Leitbild ist von einer Arbeitsgruppe auf Basis der Vorgaben der Betriebsleitung erarbeitet worden. Als zweiten Schritt haben die Mitglieder der Pro-



Geschäftsführer Helmut Schüttig

jektgruppe in ihren jeweiligen Berufsgruppen über den Leitbildprozess informiert und die wesentlichen Aussagen dazu gesammelt. Anfang November haben wir dann die bis dahin formulierten Gedanken in einer Veranstaltung im Institut für

Weiterbildung vorgestellt. Dazu waren alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eingeladen. Auf dieser Veranstaltung haben alle Teilnehmer auch Vorschläge und Ideen eingebracht, wie das Leitbild jetzt im ganzen Klinikum bekannt gemacht und vermittelt werden könnte. Sicher werden wir einige dieser Anregungen im weiteren Vermittlungsprozess noch umsetzen.

Sie sehen, es ist viel passiert, und wir haben versucht, möglichst viele Mitarbeiter an der Entstehung des Leitbildes zu beteiligen. Nun kommt es darauf an, dass jeder in seinem Bereich nach diesen Grundsätzen agiert und das Leitbild nicht nur „auf dem Papier“ existiert. Ich möchte Sie ausdrücklich darum bitten und dazu ermuntern, unser Leitbild aktiv zu leben.

Mit freundlichen Grüßen

Helmut Schüttig, Geschäftsführer

Leitbild für das Klinikum

Gemeinsam nehmen wir im Klinikum Braunschweig auf qualitativ hohem, ethisch und wissenschaftlich begründetem Niveau die umfassende Behandlung von Patienten aus der Stadt und Region von der Grund- bis zur Maximalversorgung wahr.

Ein Patient von uns darf sicher sein, dass sein Wohl und seine Bedürfnisse im Zentrum unseres Handelns stehen. Wir begegnen allen Patienten und deren Angehörigen mit Hilfsbereitschaft, Verständnis und Respekt.

Seinem Selbstverständnis als Gesundheitszentrum entsprechend entwickelt das Klinikum vielseitige Angebote, die sich am Bedarf orientieren und ständig angepasst werden.

Um die bestmögliche Versorgung der Patienten sicherzustellen, arbeiten wir in einem Netzwerk und in enger Kommunikation mit unseren Partnern im Gesundheitswesen.

Nur durch gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung können wir unsere hohe soziale und fachliche Kompetenz bzw. Leistung ständig verbessern.

Die gesundheitliche Prävention und gesundheitsorientierte Arbeitsbedingungen haben für uns einen hohen Stellenwert.

Hier im Klinikum sind unsere Mitarbeiter/-innen wichtig und werden gebraucht. Alle denken und handeln verantwortungsbewusst und identifizieren sich mit unserem Leitbild.

Ein kooperativer Führungsstil ist für uns selbstverständlich. Er fördert die Selbstständigkeit der Mitarbeiter/-innen. Unsere Führungskräfte initiieren und steuern transparent und zielorientiert das gemeinschaftliche Handeln.

Im Interesse aller sichert das Klinikum durch wirtschaftliches Handeln seinen Versorgungsauftrag. Die angestrebten finanziellen Erfolge setzen wir für notwendige Investitionen zum Wohle der Patienten wieder ein. Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe werden kontinuierlich auf Wirtschaftlichkeit und Effektivität geprüft und entsprechend angepasst.

Thematisch sind für uns Gesundheit und Ökologie untrennbar. Wir handeln und verhalten uns daher umweltbewusst.



Egal ob Apotheke, Pflegedienst, OP oder Küche – das neue Leitbild ist ein verbindendes Element für alle Mitarbeiter.

Fotos: Scheibe, Elmenthaler, Neumann, Garbe

Bilanz 2005 – Maßnahmen 2006

Der Jahresabschluss 2005 brachte ein gutes Ergebnis für das Klinikum: Die Zahl der Patienten ist konstant hoch geblieben und lag bei über 53 000.

Eine weitere wichtige Kennzahl für den Jahresabschluss des Klinikums ist der Case-Mix-Index. Er zeigt das Verhältnis von schwer erkrankten und weniger schwer erkrankten Patienten, die im Klinikum behandelt wurden. Auch diese Zahl liegt auf dem erwarteten Niveau. Trotzdem bleibt die Situation schwierig: Wie bereits mehrfach berichtet, muss das Klinikum im Rahmen der Konvergenzphase bis zum Jahr 2009 gut 10 Mio. € einsparen. Trotz dieser ungünstigen Rahmenbedingungen hat das Klinikum im Zusammenhang mit der Abschaffung der Bereitschaftsdienste Anfang des Jahres 23 Ärzte und 6 Pflegekräfte eingestellt (siehe Text auf S. 6). Bereits im letzten Jahr hat die Geschäftsleitung ein umfangreiches Maßnahmenpaket für die Konvergenzphase verabschiedet, das sich unter den folgenden Überschriften zusammenfassen lässt:

Maßnahmen zur Konvergenzphase 2005 - 2009

- Umsetzung des Zwei Standorte Konzepts und die damit verbundenen wirtschaftlichen Einsparungen vor allem nach der Aufgabe des Standortes in der Gliemaroder und später des Standortes in der Holwedestraße.
- Nutzung von Gebäuden und Grundstücken z.B. der frei werdenden Gebäude in der Gliemaroder Straße oder Freisestraße 8-10.

- Unternehmens- und Organisationsentwicklung z.B. durch klinikübergreifende Schwerpunkte und die Zentralisierung von Bereichen (siehe S. 4). Auch die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums ist geplant.
- Ressourcenoptimierung im stationären und ambulanten Bereich. Weil die Patienten weniger Zeit im Krankenhaus verbringen, sind weniger Betten notwendig. Nach Abschluss der Baumaßnahmen des Zwei-Standorte Konzepts wird das Klinikum seine Bettenzahl auf 1300 reduzieren.
- Neue Einnahmemöglichkeiten z.B. durch mehr Wahlleistungsangebote und ambulante Operationen. Auch neue Optionen für spezielle Verträge mit Krankenkassen wie z.B. zur integrierten Versorgung sollen genutzt werden.
- Einsparungen im medizinischen Sachbedarf z.B. durch Budgetvorgaben, die von Geschäftsführung und Klinikleitung vereinbart werden, oder durch Klinik-Teams aus Oberarzt, Apotheker und kaufmännischem Berater, die gemeinsam Einsparpotentiale suchen.
- Outsourcing/Insourcing. Bereits im Jahr 2005 hat das Klinikum 3 Tochtergesellschaften gegründet: die Klinikdienste GmbH, Textilservice GmbH und die Klinikum Braunschweig Rehabilitations-GmbH. Weitere Ausgründungen im Bereich Kü-

In Niedersachsen:

Zahl der Krankenhausbetten
1978: 61 628
2005: 44 022
Zahl der Betten pro 10 000 Einwohner
1978: 85
2005: 55
Planbettenzahl auf 10 000 Einwohner 2005
Niedersachsen: 55
Braunschweig: 62

Quelle: Nds. Ministerium f. Soziales, Frauen, Familie u. Gesundheit

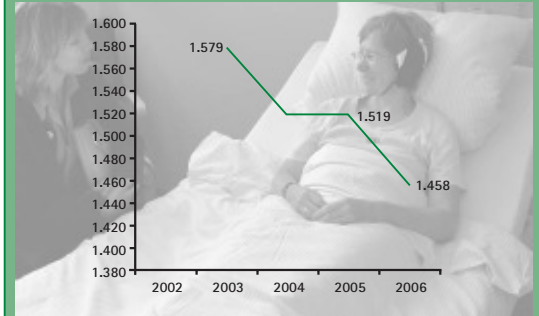
che und hauswirtschaftlichen Dienst werden derzeit geprüft.

- Entwicklung von Beschäftigung und Personal. Themen sind z.B. der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, der 2005 in Kraft trat, oder die Abschaffung der Bereitschaftsdienste. Allgemein wird das Klinikum die Zahl der Vollstellen von 2577 im Jahr 2005 auf 2547 im Jahr 2007 reduzieren, allerdings ohne betriebsbedingte Kündigungen auszusprechen. Das neue Leitbild sowie Maßnahmen zur Personalentwicklung und Gesundheitsförderung stehen ebenfalls auf der Agenda. **(Mehr dazu im Intranet unter „Aktuelles“, Stichwort Leitungskonferenz)**

Ziele für 2006

Die Ziele für 2006 sind im Maßnahmenkatalog zur Konvergenzphase bereits genannt. Konkret steht im Juli dieses Jahres der Baubeginn in der Celler Straße an.

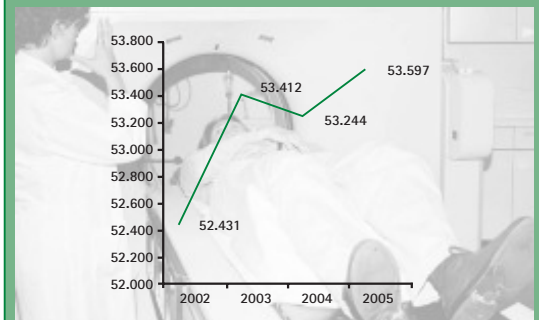
Entwicklung der Planbetten 2002–2006



Das Klinikum reduziert seine Planbetten. Ende 2006 beträgt sie noch 1458 Betten.

Quelle: Controlling

Entwicklung der stationären Patientenzahl



Auch 2005 konnte die Patientenzahl auf einem hohen Niveau gehalten werden. Die leicht gesunkene Zahl zwischen den Jahren 2003 und 2004 ist durch Fallzusammenführungen aufgrund des Krankenhausentgeltgesetzes zu erklären.

Quelle: Controlling

Zwei weitere wichtige Themen für 2006 sind die medizinische Schwerpunktbildung und das neue Leitbild für das Klinikum. Der Bet-

tenabbau wird fortgesetzt, so hat das Klinikum bereits seit Anfang 2006 nur noch 1468 Betten (+ 10 teilstationäre Betten).

Neue Technik im Labor

Im April 2004 ist das Sollkonzept zur Struktur- und Wirtschaftlichkeitsanalyse der medizinischen Laboratorien unter dem Aspekt der Zentralisierung von der Betriebsleitung verabschiedet worden.

Die Vereinheitlichung der Geräteausstattung und Lieferantenstruktur bildet dabei eine besonders relevante Aufgabe, weil durch die Umsetzung erhebliche Einsparpotentiale im Medizinischen Sachbedarf zu erwarten sind.

Ziel ist, mit einer hohen Verdichtung der Lieferanten (Geräteleasing und Reagenzien) bessere vertragliche Konditionen zur Kostensenkung zu erzielen sowie den Gerätepark zu vereinheitlichen und auf den neuesten Stand der Technik zu modernisieren. Hierbei ist eine Bindung an die Firmen mit einer Laufzeit von 60 Monaten vorgesehen.

Für die Umsetzung dieses Großprojektes ist eine EG-weite Ausschreibung mit einer ausführlichen Leistungsbeschreibung in enger Abstimmung mit den Laboren, der Medizintechnik, Apotheke, dem Beschaffungsmanagement und dem Rechnungsprüfungsamt verfasst worden. Dabei teilt sich das Leistungsspektrum in 4 Lose und zwei optionale Abfragen auf: Klinische Chemie, Gerinnung, Hämatologie, Infektionserologie sowie zwei optionale Abfragebereiche Urin-Analytik und Proteinchemie.

Die Prüfung der Angebote erfolgte Ende 2005 nach festgelegten Wertungskriterien wie:



MTA Karola Gordian am BCS Gerinnungsanalyser, im Labor am Standort 1. Dieses Gerät ist eines, das in der Ausschreibung enthalten war.

Gesamtkosten der Befundpreise, Art der angebotenen Analyseverfahren, Leistungsfähigkeit der Geräte, Liefer-, Bereitstellungs- und Umstellungskonzept für Geräte und Mitarbeiter, Gesamtkonzeption, Nutzungsgrad vorhandener Gerätetechnik und Personalbindung.

Erfreulicherweise konnte bei der Wertung ein Einsparpotential im Medizinischen Sachbedarf von ca. 580 000,- €/Jahr geschätzt werden. Ausgangsposition sind

die Reagenzkosten 2004, die sich aufgrund der Ausschreibung mehr als halbieren. Der Aufwand bei den Investivkosten (Leasing, Geräte) ist vorher mit dem Einsparpotential der Reagenzkosten verrechnet worden. Bei den Wartungskosten sind keine direkten Einsparungen zu erwarten, da dies fixe Kosten sind. Das Rechnungsprüfungsamt und der Aufsichtsrat haben den Vorschlägen zur Vergabe des Klinikums zugestimmt. Nach Ablauf der gesetzlichen Einspruchsfrist für Firmen,

die keinen Zuschlag erhalten haben, kann die Auftragsvergabe erfolgen und wird die Einführung der einzelnen Teilbereiche deziert geplant.

Mit dem Umstellungsprozess beginnt die eigentliche Arbeit in den Laboren, bei der die Voraussetzungen wie Infrastruktur der Räume, IT-Struktur, Schulungen der Mitarbeiter, Abbau der Altgeräte und gleichzeitiger Aufbau der Neugeräte etc. zu koordinieren sind. So stellt der zeitliche Umstieg in S2 und S3 in der Klinischen Chemie und Hämatologie (geplant Ende März 2006) eine organisatorische Herausforderung für die Labore dar. Die Stationen werden vorab über den genauen Umstellungszeitpunkt informiert. *Cornelia Erlemann, Projektleitung*

Medizinische Schwerpunkte

Anfang des Jahres hat die Betriebsleitung alle Kliniken, Abteilungen und Institute zu sieben medizinischen Schwerpunkten zusammengefasst.

Kriterien für die Zuordnung waren fachliche und lokale Nähe. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zu stärken und Ressourcen gemeinsam klinikübergreifend zu nutzen.

Dass eine Konzentration von Vorteil sein kann, zeigen die medizinisch-pflegerischen Funktionszentren, die es schon seit längerem gibt. Beispiele am Standort 2 sind der Zentral OP mit der OP-Koordination, die gemeinsame Nutzung von Aufwachbereichen,

die Endoskopie und seit 2005 die Aufnahmeabteilung. Hinzu wird noch in diesem Jahr die Intermediate Care Station (Klinikum aktuell berichtete in der Ausgabe Nr. 8) und der Intensivbereich der Inneren Medizin kommen.

Vor dem Hintergrund der Konvergenzphase spielen bei der Schwerpunktbildung auch wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle. So sollen teure medizinische Geräte wie Ultraschall oder

Endoskope gemeinsam genutzt werden. Das Gleiche gilt im administrativ-organisatorischen Bereich für den gemeinsamen Einsatz von Personal, z.B. um Arztbriefe zu schreiben oder auch für die Kodierung. Auch das klinikübergreifende Bettenmanagement ist ein wichtiges Ziel in den neuen Schwerpunkten.

Damit trägt die Schwerpunktbildung dazu bei, dass das Klinikum in den medizinisch-technischen Fortschritt investieren kann und die Versorgung auch weiterhin auf hohem Niveau gewährleistet. Beispiele für solche Investitionen

sind in diesem Jahr das GMP-Zentrum (Good manufacturing Practice), ein neues Bestrahlungsgerät in der Radiologie (Afterloading) oder die digitalen Röntgenbilder in Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte. Die Anschaffung eines PET-Gerätes (Positronen-Emissions-Tomographie) und eines Linearbeschleunigers werden diskutiert, wobei allein der Linearbeschleuniger 1,5 Mio. € kosten würde.

Natürlich werden die Kliniken auch weiterhin in der Behandlung von bestimmten Krankheiten patientenbezogen zusam-

menarbeiten. Ein Beispiel hierfür ist das Brustzentrum in der Celler Straße, in dem alle Kliniken und Institute gemeinsam an Brustkrebs erkrankte Frauen auf höchstem Niveau versorgen.

Solche, teilweise seit Jahren gewachsenen Schwerpunkte werden durch die neuen Schwerpunkte keinesfalls wegfallen oder verändert. Hier werden im Gegenteil weitere Schwerpunkte (z.B. ein gemeinsames gastroenterologisches Zentrum von Chirurgie und Med. Klinik I) für eine verbesserte Patientenversorgung gebildet werden.



Medizinische Geräte, wie hier z.B. ein Ultraschallgerät, sollen innerhalb der Schwerpunkte von verschiedenen Kliniken gemeinsam genutzt werden.

So sehen die Schwerpunkte aus:

Medizinischer Schwerpunkt 1
Unfallchirurgische Klinik
Abteilung für Plastische und Handchirurgie
HNO-Klinik
MKPG-Klinik
Anästhesie-Abteilung

Medizinischer Schwerpunkt 2
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Sozialpädiatrisches Zentrum
Frauenklinik
Abteilung für Senologie

Medizinischer Schwerpunkt 3
Medizinische Klinik III (Hämato-logie und Onkologie)
Klinik für Radioonkologie und

Strahlentherapie
Medizinische Klinik IV (Geriatric und Rheumatologie)
Klinikum Braunschweig Rehabilitations-GmbH

Medizinischer Schwerpunkt 4
Institut für Pathologie
Institut für Mikrobiologie, Immunologie und Krankenhaushygiene
Institut für Klinische Transfusionsmedizin
Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin
Apotheke

Medizinischer Schwerpunkt 5
Medizinische Klinik I
Medizinische Klinik II

Abteilung für Invasive Kardiologie
Medizinische Klinik V

Medizinischer Schwerpunkt 6
Allgemeinchirurgische Klinik
Kinderchirurgische Abteilung
Urologische Klinik
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Augenklinik
Anästhesie-Abteilung

Medizinischer Schwerpunkt 7
Neurochirurgische Klinik
Neurologisch-Psychiatrische Klinik
Psychiatrische Abteilung
Tag- und Nachtambulanz
Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin

Klinikum führt digitales Archivsystem ein

Auf dem Weg zur elektronischen Patientenakte.

Begonnen hat die Geschichte mit dem Wunsch nach digitalen Röntgenbildern. Dieses System nennt sich PACS (Picture Archiving and Communication System) und steht seit Anfang des Jahres klinikweit zur Verfügung. Seitdem können Röntgenbilder und Befunde per Knopfdruck abgerufen werden: Es gibt keine lästige Bildersuche mehr, auch auf Bilder anderer Standorte kann schnell zugegriffen werden.

Doch das System, das über den klinischen Arbeitsplatz den Zugang hierzu ermöglicht, geht weit über die Verwaltung digitaler Röntgenbilder hinaus. Ziel ist die elektronische Patientenakte, die genau wie ihr Pendant aus Papier nicht nur Röntgenbilder, sondern auch Befunde verschiedenster Art z.B. Labor- oder Pathologiebefunde, OP-Berichte, Arztbriefe und weitere Dokumente enthalten wird.

4 Millionen Dokumente

Im Klinikum kommen pro Jahr vier Millionen Dokumente oder ca. 600 Meter eng gepackte Patientenakten zusammen. Auf diese riesige Datenmenge soll in Zukunft durch das digitale Archivsystem von einem integrierten Arbeitsplatz aus zugegriffen werden können. Die Archivsoftware dafür ist schon beschafft worden, und für alle wichtigen Teilbereiche sind entweder bereits Modellprojekte aufgesetzt worden oder stehen in den nächsten Monaten an. Der Prozess der klinikweiten Anbindung wird dann in den nächsten Jahren folgen.

Ein wichtiges Projekt ist der Datenschutz, denn natürlich darf nicht jede Person, die zufällig am Computer im Stationszimmer vorbeikommt, auf die Daten zugreifen. Dies wird durch ein Berechtigungskonzept vermieden, das auch einen schnellen Notfallzugriff gestattet.

Außer Röntgenbildern werden ab Ende März Berichte und Dokumente aus dem OP-System und i.s.h.med in das Archiv eingestellt; eine Erweiterung auf Befunde und Bilder z.B. aus der Pathologie, den Laboren und den Medizinischen Kliniken ist geplant. Die herkömmlichen Papierarchive werden somit über kurz oder lang nicht mehr benötigt werden. Die Vorbereitungen, um Papierakten zu digitalisieren, haben bereits begonnen. Anfang 2007 könnten

dann schon die kompletten Akten von 2006 in elektronischer Form vorliegen und ab diesem Zeitpunkt die laufenden Akten hinzukommen. Ältere Akten bleiben zunächst in Papierform bestehen.

Digitale Unterschrift

Neben der elektronischen Patientenakte verfolgt das Klinikum mit dem Archivsystem zwei weitere Ziele: 1. Weil alte Daten aus den laufenden Systemen z.B. SAP in

das Archivsystem ausgelagert werden können, arbeiten diese Systeme wieder schneller und müssen nicht durch immer teurere Hardware erweitert werden. 2. Die rechts- und revisionssichere Ablage von Dokumenten. Dieser zweite Punkt verursacht bis vor einiger Zeit noch Kopferbrechen, denn bislang waren nur handschriftlich unterschriebene Dokumente rechtsgültig. Das bedeutete, dass alle Dokumente ausgedruckt und unterschrieben werden mussten. Durch das Signaturgesetz ist die digitale Signatur nun anerkannt, so dass der elektronischen Archivierung nichts mehr im Wege steht. „Bisher hatten wir kein digitales Archivsystem“, sagt IT-Abteilungsleiter Dr. Christoph Seidel „Nun orientieren wir uns am neuesten Stand der Technik“. So neu, dass sogar die Fachtagung für die Archivierung von Krankenunterlagen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Informatik Anfang Mai im Klinikum stattfindet. (Sc)



Dr. Krzysztof Michalski vom Institut für Röntgendiagnostik betrachtet digitale Röntgenbilder. Sie sind Teil der elektronischen Patientenakte.

Patientenbefragung

Seit November 2005 führt das Klinikum an allen vier Standorten Patientenbefragungen durch.

Der Fragebogen hat rund 30 Fragen und ist in vier Kategorien eingeteilt: Terminplanung, Freundlichkeit, Fachkompetenz, Serviceleistungen/Räumlichkeiten sowie einer abschließenden Gesamtbeurteilung. Außerdem sollen die Patienten bewerten, wie wichtig die einzelnen Kategorien jeweils für sie sind. Die Erhebung wird gemeinsam mit den Krankenhäusern in Karlsruhe und Celle durchgeführt und liefert daher auch Rückschlüsse darüber, wie das Klinikum im Vergleich zu anderen Häusern dasteht.

Die ersten Ergebnisse für die Monate November und Dezember fallen recht positiv aus. Selbst die Bewertungskategorie „das Beste, was ich je erlebt habe“, die be-



Gute Noten für das Klinikum.

wusst noch über dem „sehr gut“ zur Auswahl stand, haben die Befragten genutzt, besonders häufig im Fragenkatalog zum Thema „Freundlichkeit“. Der Rücklauf aller Antworten lag bei 12,65 % oder bei insgesamt 1234 Bögen

für die beiden Monate; im Klinikum Karlsruhe waren es bisher 5 – 7 %. Jetzt werden erst einmal weitere Rückläufe abgewartet, um dann mit einer soliden Datenbasis die ersten Ergebnisse Mitte des Jahres offiziell zu präsentieren.

Archivfoto: Garbe

Klinikum unterstützt Extremsportler

Die Fußballweltmeisterschaft, die dieses Jahr in Deutschland stattfindet, ist Anlass der neuesten Benefiz-Aktion des Vereins „Friends for Life“. Sie wollen damit eine sportliche und humanitäre Botschaft von Deutschland nach Südafrika, dem Ausrichter der nächsten WM 2010, bringen.

Die Aktion: Im April werden die fünf Sportler in Südafrika innerhalb von 8 Tagen ca. 500 km mit täglichen Laufstrecken zwischen 55 und 75 km zurücklegen.

Teil 2: Im Juni kommen afrikanische Läufer nach Deutschland,

wo sie gemeinsam mit „Friends for Life“ Läufe an Austragungsstellen der WM veranstalten. Zum Abschluss ist eine gemeinsame Alpenüberquerung geplant – natürlich auch im Laufschrift. Die eingeworbenen Spendengelder kommen einer Selbsthilfeorganisation in Südafrika zugute. Zur Vorbereitung dieser körperlichen Höchstleistung führt das Ambulante Rehabilitationszentrum für alle Sportler eine individuelle Leistungsdiagnostik durch, bei der die Leistungsfähigkeit durch verschiedene Tests und Messungen festgestellt wird.

Mehr über die Aktion: www.ffl-extremsport.de



Michael Kumpe beim Leistungstest im Ambulanten Rehabilitationszentrum, links Sportlehrer Stefani Puhl

Professur erhalten



Prof. Dr. Max Reinshagen

Privatdozent Dr. Max Reinshagen, Chefarzt der Medizinischen Klinik I, ist von der Universität Ulm zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

Der 44-jährige Reinshagen leitet seit Juni 2004 die Medizinische Klinik I mit 116 Betten und den Schwerpunkten Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und Endokrinologie.

Er ist Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und hat über 100 Fachartikel und Buchbeiträge veröffentlicht.

Sport

Das Laola Sport Center in Braunschweig bietet tumor-kranken Kindern die Möglichkeit für 1,5 Stunden in der Woche ihre Indoor-Sporthalle zu nutzen.

Den Kindern stehen vier so genannte „PowerCourts“, das sind Fußballfelder mit hochwertigem Kunstrasen, zur Verfügung. Organisiert wird das Sportangebot durch die „Weggefährten“, eine Elterninitiative zur Unterstützung tumorkranker Kinder in Braunschweig. Der erste Info Nachmittag fand bereits Mitte Februar statt.

Weitere Informationen bei den Weggefährten: Renz, Anja (Vorsitzende), Tel. 05 31/6 40 04

Leitfaden zur Einarbeitung



Barbara Weidel und Dr. Thomas Bartkiewicz mit dem neuen Leitfaden. Außer ihnen haben am Leitfaden mitgearbeitet: Renate Dornieden-Greve, Gisela Kühnau, Irene Schulz, Silke Todtenhaupt, Bärbel Vogel, Erika Weber, Martina Windhorst/Monika Bentfeld, Dirk Brons und Prof. Dr. Peter Werning.

Denken Sie manchmal noch an Ihren ersten Arbeitstag? Für viele ist dieser Tag nicht unbedingt mit guten Erinnerungen verbunden, weil alles, angefangen von der Arbeitsorganisation bis hin zu den Kollegen, neu und fremd ist. Um neue Mitarbeiter nicht nur am ersten Tag, sondern in der kompletten Einarbeitungszeit strukturiert zu begleiten, hat das Klinikum jetzt einen Leitfaden zur Verfügung gestellt, in dem die wichtigsten Themen praxisnah zusammengefasst sind.

„Wir glauben, dass die Qualität der Einarbeitung entscheidend für die weitere Laufbahn eines Mitarbeiters sein kann“, unterstreichen Barbara Weidel und Thomas Bartkiewicz, Mitglieder der Projektgruppe, die den Wegweiser erarbeitet hat. „Zudem wollen wir uns dadurch im Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter von anderen unterscheiden.“ Gelungene Einarbeitung bedeutet, dass sich die „Neuen“ möglichst gut aufgehoben fühlen, sich schnell in das Team integrieren und die ihnen zugedachten Aufgaben zügig und gut übernehmen können. Damit das funktioniert, muss das Ganze geplant ablaufen, z.B. sollte festgelegt sein, wer aus dem Team Ansprechpartner für den neuen Kollegen ist und wann welche Arbeitsinhalte vermittelt werden.

Welche Informationen brauchen neue Mitarbeiter?

Der Leitfaden beginnt mit den wichtigsten Themen für die ersten Tage: Begrüßung des neuen Mitarbeiters durch den Vorgesetzten, Kennenlernen des Arbeitsplatzes, der Abteilung, der Tages- und Wochenstruktur, der Arbeitszeiten, der Kommunikationswege, Informationen über Dokumentation und EDV-Zugänge usw. Wichtig ist aber auch, nicht zu viele Informationen sofort zu vermitteln, sonst können sich die neuen Kollegen leicht überfordert fühlen.

Innerhalb der ersten Woche sollten die neuen Mitarbeiter über das Verhalten im Notfall unterrichtet werden: Pieper-Nummern, Alarmplan, Brandschutz, konkretes Handeln. In den ersten drei Monaten schlägt der Leitfaden Informationen zu folgenden Themen vor: Transportdienst, Bestellwesen, Materiallagerung, Verwaltung, feste Zeiten der Speisenbelieferung/Speisezeiten für Patienten, Schulungen zu EDV und DRG. Dann werden die neuen Mitarbeiter schrittweise in die größeren Unternehmenszusammenhänge bis hin zum Leitbild eingeführt.

Die Einführungsveranstaltung, die bisher zwei Mal jährlich im Institut für Weiterbildung stattgefunden hat, wird in Zukunft eine Informationsveranstaltung, in der über wichtige Themen wie Arbeitsrecht, Tarifrecht, Firmenticket usw. informiert wird. Die Broschüre für neue Mitarbeiter wird es in überarbeiteter Form weiterhin geben.

Der neue Leitfaden bedeutet nicht, dass jede Einheit die vorgeschlagene Abfolge eins zu eins übernehmen muss. Er soll vielmehr eine Grundlage sein, auf der jede Abteilung das für sie maßgeschneiderte Konzept erarbeiten kann. (Sc)

Den Leitfaden finden Sie im Intranet unter Arbeit + Soziales

Schwerpunkt: Arbeitszeit

Kein Bereitschaftsdienst mehr

Als bundesweit eines der ersten Krankenhäuser hat das Klinikum den Bereitschaftsdienst zum 1. Januar 2006 nahezu vollständig abgeschafft.

Stattdessen arbeiten die Mitarbeiter im Schichtdienst und zwar in Früh-, Tages- und Spätschichten, die jeweils meist acht Stunden dauern. Die Frühschicht beginnt zwischen 7:00 und 8:00 Uhr, die Spätschicht endet um ca. 20:30 Uhr. Die Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste dauern mit 12 – 13 Stunden länger und werden bezahlt oder mit Freizeit ausgeglichen. Kostenneutral ist der Bereitschaftsdienst jedoch nicht abzuschaffen, denn für die Schichten wird mehr Personal benötigt. Daher hat das Klinikum zum ersten Januar 23 Ärzte und 6 Kräfte im Pflegedienst neu eingestellt. Pro Jahr bedeutet das 1,3 Mill. € an Mehrausgaben.

Große Aufgabe

Wer sich im Krankenhaus auskennt weiß, dass der Bereitschaftsdienst ein Herzstück der früheren Arbeitsorganisation war, denn ein Großteil der ärztlichen Präsenz war so organisiert; zudem haben auch Anästhesie- und OP-Pflegepersonal, MTA's in den Laboren und Mitarbeiter der Röntgenabteilungen Bereitschaftsdienste geleistet. Die Aufgabe, vor der die Projektgruppe „Arbeitszeitmodelle“ unter Leitung von Dr. Sabine Schmandt und Dr. Reinhard Wanninger stand, war also immens. „Dazu kam noch, dass die finanzielle Situation der Krankenhäuser schwierig ist und wir praktisch auf keine Beispiele aus anderen Kliniken zurückgreifen konnten“, so Wanninger.

Die Lösung

Der Weg zur Lösung war eine intensive berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowohl in der Projektgruppe als auch mit den Kliniken und die Bereitschaft, Kompromisse einzugehen.

„Außerdem haben wir nicht auf mögliche Übergangsfristen gekopert, sondern uns frühzeitig mit dem Problem beschäftigt“, unterstreicht Andreas Geppert, Leiter der Personalabteilung und Mitglied der Arbeitsgruppe. Bereits im Januar 2005 brachte die Gruppe als Vorreiter die neuen Arbeitszeitmodelle in den Medizinischen Kliniken auf den Weg. Danach ging es an die Umsetzung im ganzen Klinikum.

Konzept im Oktober 2005 fertig

„Im Ergebnis konnten wir der Betriebsleitung im Oktober 2005 ein Konzept vorlegen, das dann auch genehmigt wurde“, ist Wanninger stolz. Im Prinzip gibt es jetzt für jeden Bereitschaftsdienst eine zusätzliche Planstelle. Ein Wermutstropfen bleibt indes erhalten: Die Beteiligten verdienen jetzt weniger als vorher, weil zusätzliche Zahlungen für die Bereitschaftsdienste wegfallen. Doch man hat sich bemüht, Lösungen zu finden, um dies zu kompensieren. Der Einkommensverlust liege je nach Fall zwischen 4 und 10 %, rechnet die Personalabteilung, wobei zu berücksichtigen sei, dass die Arbeitszeit jetzt im Vergleich zur früheren Arbeitszeit einschließlich Bereitschaftsdienst auch kürzer ist.

Auf Initiative des Betriebsrates werden die neuen Modelle jetzt



Im Fokus: Die Abschaffung der Bereitschaftsdienste ist eine Aufgabe, vor der alle Krankenhäuser in Deutschland stehen – im Klinikum ist dies bereits Realität.

zunächst in einem Probelauf vom 01.01. bis zum 30.06. getestet. Danach müssen sie in Form einer Betriebsvereinbarung in Struktur gebracht werden. „Wir begrüßen die Abschaffung der Bereitschaftsdienste“, so Betriebsratsvorsitzende Bärbel Vogel, „aber wir müssen jetzt im Probelauf sehen, wie hoch die Arbeitsbelastung ist und gegebenenfalls noch nachbessern“. In einem gemeinsamen Workshop haben Arbeitsmedizin und Betriebsrat Kriterien für den Gesundheitsschutz der Mitarbeiter vereinbart. (siehe Intranet Arbeit+Soziales/Betriebsrat „Klinikulum“ Ausgabe 12/2005).

„Nach so kurzer Zeit ist es schwierig Bewertungen vorzunehmen – aber eines ist klar: Die Umsetzung hat geklappt, das Modell

funktioniert“, berichten Wanninger und Schmandt.

Es hat sich allerdings schon gezeigt, dass es jetzt wesentlich aufwendiger ist, die Dienstpläne zu gestalten. Abhilfe wird hier ein EDV-gestütztes Dienstplanprogramm schaffen, das in der Pflege schon seit längerem eingesetzt wird. Ein Problem zeichnet sich im Bereich Überstunden ab, die durch die längeren Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste entstehen. Es scheint derzeit schwierig zu sein, die Stunden in Freizeit auszugleichen.

Zuverlässigere Arbeitszeiten

Als positiv wird gewertet, dass die Arbeitszeiten durch die Schichtablösung zuverlässiger werden. Positiv ist außerdem,

dass jetzt anders als früher die Übergabezeiten abgedeckt sind, d.h. die Dienste beginnen so, dass ein gemeinsames Zeitfenster zwischen den Schichten vorhanden ist. Außerdem wäre es jetzt prinzipiell möglich, die sog. „Servicezeiten“ der Mitarbeiter weiter nach hinten auszudehnen, d.h., dass z.B. länger operiert werden könnte.

Als bundesweit eines der ersten Krankenhäuser hat es das Klinikum Braunschweig mit der Umsetzung dieses Modells erreicht, dass alle Zeiten, die Mitarbeiter im Klinikum verbringen tatsächlich auch honoriert werden. Damit sind die Forderungen der diversen Berufsverbände und der Kommission der Europäischen Union komplett umgesetzt. (Sc)

Streik in Braunschweig



Klare Botschaft während der Streiktage.

Der Kommunale Arbeitgeberverband Niedersachsen hat die Arbeitszeitbestimmungen für Angestellte im öffentlichen Dienst zum 31. Januar 2006 gekündigt. Ziel ist es, die Wochenarbeitszeit um 1,5 Stunden von 38,5 Stunden auf 40 Stunden zu erhöhen.

Ver.di protestiert gegen diese Einführung der 40-Stunden-Woche und führte daraufhin Urabstimmungen bei ihren Mitgliedern durch. In Niedersachsen stimmten 95 % der befragten kommunalen Mitarbeiter und 94 % der Landesbediensteten für einen Streik. Ver.di befürchtet, dass eine längere Wochenarbeitszeit zum Verlust von Arbeitsplätzen führt. „Im Klinikum gibt es keine Berechnungen, die Stellen durch eine höhere Wochenarbeitszeit in 2006 zu kürzen“, hält Geschäftsführer Helmut Schüttig dagegen. Er spricht sich für die 40-Stun-

den-Woche aus, da gerade die Krankenhäuser in den nächsten Jahren besonderen wirtschaftlichen Belastungen ausgesetzt sind.

Ver.di wird Streikaktionen in verschiedenen Städten in Niedersachsen durchführen, betroffen sein können alle Einrichtungen der öffentlichen Hand, dazu gehören grundsätzlich auch Krankenhäuser.

Daher hat das Klinikum eine Notdienstvereinbarung mit Ver.di abgeschlossen. Darin heißt es,

dass die medizinisch-pflegerisch notwendige Patientenversorgung zur Abwendung von lebensbedrohenden Zuständen sichergestellt sein muss. Dazu gehört auch, dass laufende Therapien (z. B. Onkologie) fortgesetzt werden und eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes verhindert wird.

Am 15. und 16.02. fanden die ersten Streiktage im Klinikum statt. Die Mitarbeiter haben dabei im Bereich der Patientenversorgung große Umsicht bewiesen. Bei einer längeren Streik würde die Situation jedoch schwierig werden.

Wo und wann weitere Streiktage geplant sind, war bei Redaktionsschluss nicht bekannt.

Schutz vor Legionellen

Wasser ist ein kostbares und für viele Menschen auch knappes Gut. Für sie gilt ganz besonders: Wasser ist Leben. Und umgekehrt, wo kein Wasser ist, ist kein Leben. Ganz einfach, oder? Aber was ist mit unerwünschtem Leben im Wasser? Die Rede ist von Mikroorganismen, von Bakterien und Keimen wie z.B. Legionellen, die vor allem im Krankenhaus nicht gewollt sind.

Als sog. „Nischen-Keime“ besiedeln Legionellen bevorzugt Warmwasser führende Installationen. Besonders wohl fühlen sie sich in stehendem oder schwach fließendem Wasser mit einer Wassertemperatur von 25 - 40 °C, das ausreichend mit Nährstoffen versorgt ist. Auf den Menschen übertragen werden sie durch sog. Aerosole (Schwebeteilchen, luftgetragene Mikrotröpfchen), die beim Duschen oder über Klimaanlage eingeatmet werden können. Legionellen können die sog. Legionärskrankheit auslösen, eine schwere Form der Lungenentzündung, die in ca. 20 % der Fälle tödlich endet. Wird die Krankheit jedoch frühzeitig erkannt, sind die Heilungschancen sehr hoch.

„Legionellen lassen sich grundsätzlich auf drei Arten bekämpfen“, erklärt Klaus Schrader von der Abteilung für Haus und Betriebstechnik, „entweder mit Chlor, durch UV-Desinfektion oder durch Aufheizen“ (thermi-

sche Desinfektion). Das Klinikum hat sich für die Variante „Aufheizen“ entschieden. Dazu wird das Warmwassernetz auf 70 °C aufgeheizt und drei Minuten lang durchgespült. Diese Roskur halten selbst Legionellen nicht durch und sterben ab. Die Dimensionen der „Heizaktion“ sind allerdings beträchtlich, denn allein für den Funktionstrakt am Standort 2 müssen 10 000 Liter Wasser von den normalen 60 ° auf 70 °C aufgeheizt werden.

Aufheizen dauert 24 Stunden

„Die Zeit, die das Aufheizen in Anspruch nimmt, hängt von der Jahreszeit ab, im Schnitt kann man mit 24 Stunden rechnen“, verdeutlicht Schrader. Im Sommer kann es sogar nötig sein, dass die Stadtwerke die Fernwärme hochfahren müssen, damit überhaupt genügend Kapazität vorhanden ist.

Deswegen werden als Sofortmaßnahme für Risikobereiche einmal verwendbare Sterilfilter

eingesetzt, die die Patienten sofort schützen.

Mit der Novellierung der Trinkwasserverordnung hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Gebäudebetreiber, also das Klinikum, für die Qualität seines Trinkwassers verantwortlich ist und von daher bereits im Vorfeld tätig werden muss. Gefordert ist eine periodische Kontrolle 1x pro Jahr auf Legionellen. Daher entnehmen die Mitarbeiter des Gesundheitsamts einmal pro Jahr an jedem Standort Wasserproben, die mikrobiologisch untersucht werden. Werden die genau festgelegten Grenzwerte überschritten, wird sofort eingegriffen. Zur Eigenkontrolle entnimmt die Krankenhaushygiene zusätzlich einmal monatlich Wasserproben aus dem Trinkwassernetz.

Darüber hinaus sollte all das vermieden werden, was Legionellen besonders gefällt. „Es sollte möglichst keine Wasserleitungen geben, in denen wenig Wasseraus-



Klaus Schrader von der Abteilung für Haus- und Betriebstechnik in der Warmwasseraufbereitungsanlage am Standort 1.

tausch stattfindet, das Wasser muss mit Zirkulationspumpen immer in Bewegung gehalten werden, die normale Wassertemperatur in den Warmwasserspeichern muss 60 °C betragen“, zählt Schrader auf. Bei Neubauten muss gleich darauf geachtet werden, dass die Warmwasserspeicher nicht zu groß sind, denn dann besteht die Gefahr der Stagnation. Legionellen und andere Keime sind auch der Grund dafür, dass Waschbecken nicht einfach abmontiert werden können. Während man früher gerne Büroräume durch Waschbecken „verschönerte“, stören sie heute eher. „Doch man kann ein Waschbecken nicht

einfach abbauen, ohne sich um die dahinterliegende Rohrleitung zu kümmern“, so Schrader. Denn genau in solchen Totleitungen können sich Legionellen oder andere Keime ansiedeln, die sich in das Hauptnetz ausbreiten.

Ein weiterer unsichtbarer Verbreitungsweg für Keime, auch für Legionellen, sind Klimaanlage. Denn auch Klimaanlage befeuchten die Luft mit Wasser, das möglicherweise verkeimt ist. Doch da besteht im Klinikum keine Gefahr, denn das Wasser der Klimaanlage wird mit über 100 °C verdampft und liegt somit über dem kritischen Wert. (Sc)

Feuer auf Station X – Übung macht den Meister

Im Jahr 2005 haben erstmalig Notfallübungen zum Brandschutz stattgefunden. Um zunächst einen Einstieg in derartige Sicherheitsüberprüfungen zu bekommen, sollte auf je einer Station der Standorte 1 – 4 eine Alarmübung durchgeführt werden, dies jedoch ohne die aktive Beteiligung von Feuerwehr, Rettungsdienst, internen Hilfskräften, Statisten oder gar Patienten. Vorrangiges Ziel war es, in einem kleinen Planspiel den Ablauf der grundlegenden Maßnahmen bei einer Brandmeldung zu beobachten und im Anschluss daran mit den Beteiligten zu besprechen.

Die Vorbereitung

Im Vorfeld der Übungen fanden Informationsgespräche statt, um Ziele, Ablauf und Zeitrahmen zu klären. Der konkrete Termin oder

Übungsort wurde dabei benannt. „Auch wenn es sich bei den geplanten Alarmübungen um kleine Maßnahmen handelte, war es uns doch wichtig, Bedenken auszuräumen sowie Fragen und

mögliche Probleme im Vorfeld zu klären“, so der Leitende Sicherheitsingenieur, Volkmar Lehnen.

Das Szenario

Vor Ort erläuterten die Mitarbeiter der Feuerwehr ein „einfaches Brandszenario“ und forderten dann zum Handeln auf – was machen Sie nun? Wie und wen können Sie alarmieren? Wer kann Ihnen hier vor Ort helfen? Wo können Sie noch Personal anfordern? Womit und wie können Sie ggf. einen kleinen Entstehungsbrand löschen?

Da diese Übungen keinen Prüfungscharakter haben sollten, gaben die Mitarbeiter der Feuerwehr bei eventuellen Unsicherheiten Hilfestellungen aus ihrer langjährigen Berufspraxis. Wichtige Basismaßnahme ist, die Türen zum Brandherd bzw. in dem

betroffenen Bereich insgesamt zu schließen. Holzkeile und andere „Türfeststeller“ können in Sekunden fatale Folgen haben.

Die Ergebnisse

Insgesamt sind die ersten Übungen positiv zu bewerten. Nach anfänglichem Zögern wurde die Scheibe des Druckknopfmelders (Brandmelder) eingeschlagen und der Melder betätigt. Dies ist im Übrigen der schnellste und sicherste Weg einer Brandmeldung. Wo kein Melder vorhanden war, wurde die Information/Pforte per Telefon informiert. Das Auffinden eines Feuerlöschers und dessen simulierter Einsatz bereitete kaum Schwierigkeiten, das Abrollen und Auslegen eines Löschschlauches vom Wandhydranten war dagegen schon ungewohnt.

Als verbesserungsbedürftig erwiesen sich der Informations- und Kommunikationsfluss in verschiedenen nachgeordneten Bereichen, die Erreichbarkeit weiterer Personen war nicht immer gewährleistet, der Alarmierungsablauf oder Zuständigkeiten wa-



Das „Einschlagen“ des Brandmelders ist der schnellste und sicherste Weg einer Brandmeldung

ren nicht immer bekannt. (Informationen dazu im Intranet in der Brandschutzordnung).

Fazit

Nach einem ca. 15 - 20 Minuten dauernden „Planspiel“ waren sich alle Beteiligten über den positiven Nutzen einig. Solche Übungen sollen künftig in den unterschiedlichen Bereichen des Klinikums wiederholt werden. Begleitende Schulungsmaßnahmen sollen vom IfW im Rahmen der Aus- und Weiterbildung angeboten werden. Volkmar Lehnen



Bei der Brandschutzübung in der Gliersmaroder Straße auf Station 1 hat Stationsleitung Gabriele Neumann alles im Griff.

Neue Herz-Lungen Maschine

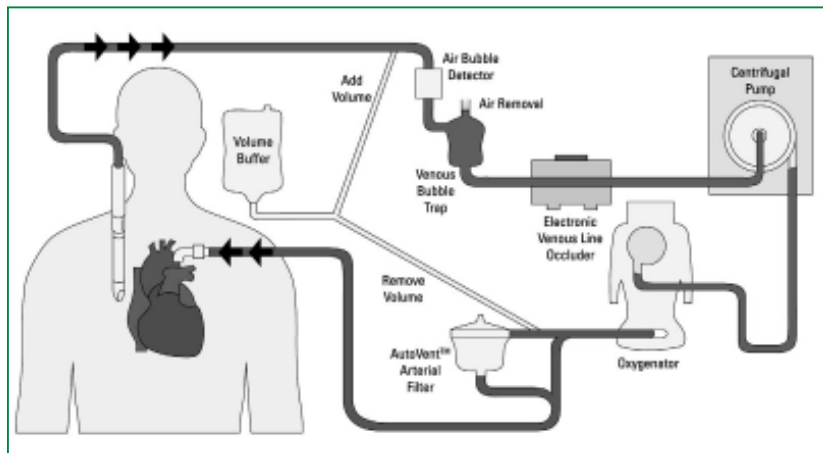
Herr M., ein 75-jähriger Rentner, hat bisher häufig Fahrradtouren unternommen. Seit einiger Zeit wird ihm dabei die Luft knapp. Erst nur bei starken Steigungen, dann bei immer geringeren körperlichen Belastungen. Zusätzlich tritt ein Druckgefühl in der Brust auf. Einmal ist ihm sogar schwarz vor Augen geworden.

Wenige Tage später wird er bei einem Spaziergang bewusstlos und stürzt. Er kommt in die Notaufnahme des Klinikums, wo sich herausstellt, dass Herr M. an

einem Herzklappenfehler leidet und operiert werden muss. Einer von über 100 000 Eingriffen, die in Deutschland jedes Jahr am Herzen durchgeführt werden. Um eine solche Operation zu ermöglichen, muss das Herz des Patienten für die Dauer des Eingriffs stillgelegt werden. Die Funktionen des Herzens und der Lunge werden so lange außerhalb des Körpers von der Herz-Lungen-Maschine übernommen. Sie stellt die Durchblutung des Körpers und aller Organe während der Operation sicher. Damit wird der Kardiotechniker zu einer wichtigen Person, denn er steuert den Kreislauf des Patienten über die Herz-Lungen-Maschine.



Uwe Schönrock



So sieht die Weiterentwicklung von Uwe Schönrock, ROCsafe aus.

Quelle: Terumo

Der 48-jährige Uwe Schönrock ist Kardiotechniker in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie und arbeitet seit 15 Jahren im Klinikum. Vor ca. 2,5 Jahren hat er damit begonnen, ein neues System für eine Herz-Lungen-Maschine zu entwickeln das deswegen auch in Anlehnung an seinen Namen benannt ist: ROCsafe. Inzwischen wird ROC-

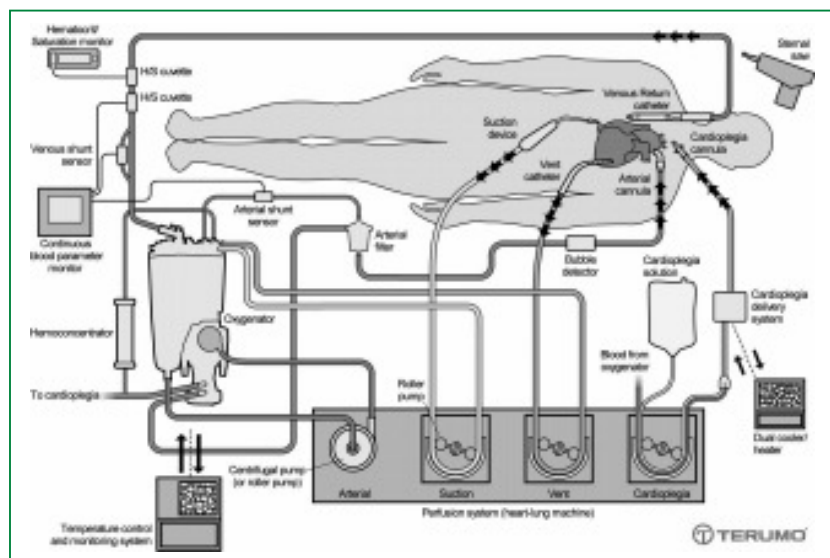
safe weltweit vermarktet und ersetzt zunehmend die konventionelle Herz-Lungen-Maschine.

Schon optisch unterscheidet sich Schönrocks Entwicklung von anderen Systemen, weil sie wesentlich kleiner ist. Möglich ist dies, weil ROCsafe ein geschlossenes System ist, in dem das sauerstoffarme Blut des Patienten durch eine kleine Blutpumpe „angesaugt“ und nicht mittels Schwerekraft in ein Blutreservoir befördert wird. Ebenso ist die Länge und der Durchmesser der blutführenden Schläuche erheblich reduziert, was wiederum dazu führt, dass die Füllmenge des Systems um etwa die Hälfte verkleinert ist. Während das Füllvolumen bei konventionellen Herz-Lungen-Maschinen bei etwa 1,8 l liegt, beträgt es bei ROCsafe ca. 900 ml. „Das Herzstück des Systems ist eine besondere Sicherheitsvorkehrung. Auf dem Weg zur künstlichen Lunge passiert das Blut einen Ultraschall-detektor, der beim Erkennen von Luft sofort die Umdrehungszahl der Blutpumpe reduziert. Innerhalb von Millisekunden schließt sich eine Klemme und die Luftbläschen können vom Kardiotechniker mittels Vakuum entfernt werden.“ erläutert Schönrock. Durch diese Sicherheitsvorkehr-

ung senkt ROCsafe das Risiko neurologischer Komplikationen, die durch sog. Mikroluftbläschen auftreten können.

Erste klinische Studien zeigen die Vorteile für die Patienten. Weil das System eine kleinere Fremdoberfläche hat, fallen mögliche Entzündungsreaktionen geringer aus. „Dadurch wird die Operation schonender, und der Patient kann sich schneller erholen“, bestätigt auch Chefarzt Dr. Wolfgang Harringer. Außerdem ist der Bedarf an Fremdblutprodukten geringer als beim Einsatz der konventionellen Herz-Lungen-Maschine.

Zu erwähnen ist auch der wirtschaftliche Nutzen für das Klinikum: die Kosten sind etwa halbiert im Verhältnis zu einem konventionellen Gerät. Das neue System kommt bei koronarchirurgischen Eingriffen und beim Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen zum Einsatz. Zusätzlich kann es auch zur Lungengersatzbehandlung und längerer Kreislaufunterstützung (ECMO) verwendet werden. Seit Juni 2005 wurden im Klinikum 200 Operationen mit ROCsafe durchgeführt. Insgesamt wurden 2005 in der HTG-Klinik über 1300 Eingriffe am Herzen durchgeführt. (Sc)



Schematische Darstellung der konventionellen Herz-Lungen-Maschine.

Qualitätssicherung

Bei einer der ersten bundesweiten Begehungen bestätigte die „Ärztliche Stelle“ der Ärztekammer und der Kassenzärztlichen Vereinigung die Qualitätsstandards in der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie.

Externe Gutachter überprüfen vor Ort die Qualität der Bestrahlungsbehandlung von medizinischer und physikalisch-technischer Seite. Zur Prüfung gehörten im Einzelnen: Kran-

kenakten und Bestrahlungsprotokolle, der Stand der medizinischen Physik, Abteilungsorganisation und Einhaltung der Strahlenschutzbestimmungen sowie Qualitätsstandards in der Dokumentation. Die Gutachter hatten keine Beanstandungen. Einziger Kritikpunkt war, dass das Afterloading, ein spezielles Bestrahlungsgerät, bisher nicht in der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, sondern in der Frauenklinik angesiedelt war.

Als positive Konsequenz aus der Überprüfung kauft das Klinikum ein neues Afterloadinggerät inklusive Therapieeinheit, das in den Zuständigkeitsbereich der Radioonkologie übertragen wird.

Da die Radioonkologie ein wichtiger Partner des Brustzentrums ist, ist damit das Braunschweiger Brustzentrum auch von dieser Seite bestätigt worden.

Neuer Vertrag

Das Klinikum hat mit mehreren Krankenkassen einen neuen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Er gilt für Patienten, die zu einer diagnostischen Linksherzkatheteruntersuchung ins Klinikum kommen müssen. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt.

Damit dies in so komprimierten Zeit überhaupt möglich ist, bedurfte es verschiedener organisatorischer Änderungen. Für alle diese Patienten wurden frühe und festgelegte Einbestellzeiten und definierte Abläufe entwik-

gelt. In der Qualität des Eingriffs gab es keine Abstriche, die Überwachung findet ebenso, wie der Eingriff selbst, wie bisher mit dem gleichen, hohen Standard der Klinik statt.

Sollte der Patient aus medizinischem Grund nicht entlassungsfähig sein, wird wie bisher für min. 24 Stunden in der Klinik überwacht. Mit diesem Vertrag kommt das Klinikum auch den gesetzlichen Anforderungen des ambulanten Operierens nach.

Tabuthema Inkontinenz

Es gibt eine lange Reihe von Krankheiten, die gesellschaftlich akzeptiert sind und über die problemlos gesprochen werden kann, z.B. Krebs, Herzinfarkt oder Diabetes. Es gibt aber auch Krankheiten, über die keiner spricht. Bestes Beispiel dafür ist die Inkontinenz.

„5 Millionen Menschen, vor allem Frauen, leiden unter Inkontinenz. Sie verlieren unfreiwillig und unkontrolliert Urin oder Stuhl, wobei die Harninkontinenz weitaus häufiger vorkommt als die anale Inkontinenz. Betroffen sind meist ältere Frauen, ab dem 40. – 50. Lebensjahr.“ berichtet Privatdozent Dr. Heiko Franz, neuer Chefarzt in der Frauenklinik. Gemeinsam mit Urologie, Chirurgie, Gastroenterologie und Physiotherapie wird er ein Inkontinenzzentrum am Klinikum etablieren.

Man unterscheidet verschiedene Formen der Inkontinenz. Bei Frauen ist die Belastungsinkontinenz eine der häufigsten. Dabei tritt Urin unter Belastung, also bei verschiedenen Tätigkeiten, aus. Je nach Schwere der Erkrankung kann dies beim Hüpfen, Niesen, Laufen oder im schlimmsten Fall sogar in Ruheposition geschehen. Eine andere häufige Form ist die Dranginkontinenz, bei der die Betroffenen ganz plötzlich einen so starken Harnrang verspüren, dass sie die Toi-

lette nicht mehr rechtzeitig erreichen können. Die Folgen kann jeder sehen. So führt die Inkontinenz häufig zur Vereinsamung, zum Verlust von Selbstvertrauen und sogar zu Depressionen.

Dazu kommt, dass viele Patientinnen unnötig lange leiden. Weil sie sich ihrer Erkrankung schämen, gehen viele von ihnen nicht einmal zum Arzt, sondern versuchen stattdessen sich selbst mit Damenbinden oder anderem zu behelfen. Darüber hinaus entsteht oft ein Teufelskreis, nämlich dann, wenn die Betroffenen ständig „vorsorglich“ zur Toilette gehen und ihre Blase dadurch regelrecht klein trainieren.

„Dabei liegen die Heilungschancen bei 80 %“, sagt Dr. Franz. Vielen hilft schon ein gezieltes Beckenbodentraining mit Biofeedback. Dazu wird den Frauen eine Sonde in die Scheide oder den Enddarm eingesetzt mit deren Hilfe sie durch ein akustisches Signal lernen, welche Muskeln sie trainieren müssen. Darüber hinaus gibt es spezielle



Chefarzt Privatdozent Dr. Heiko Franz im Beratungsgespräch.

krankengymnastische Programme, Elektrostimulation und auch medikamentöse Behandlungen. Hilft das nicht, stehen operative Methoden zur Verfügung, z.B. kann es notwendig sein, den Beckenboden mit Hilfe von Bändern und Netzen zu rekonstruieren oder Überdehnungen und Abrisse zu fixieren.

„Die Ursachen für Inkontinenz sind vielfältig. Sie kann durch die Geburt eines Kindes, durch Gebewebschwäche oder durch Mu-

skelschädigungen hervorgerufen werden“, erklärt Franz. Für die anale Inkontinenz ist die vaginale Geburt die häufigste Ursache. Daher liegt Franz besonderer Forschungsschwerpunkt in der Erforschung und Diagnostik solcher geburts-traumatischer Ereignisse, um möglichst präventiv tätig werden zu können.

Bereits an seinen früheren Arbeitsplätzen in Tübingen und Berlin arbeitete Franz zum Thema Inkontinenz. Als Mitglied einer

internationalen Forschergruppe erhielt er bereits von 2001 bis 2004 Fördergelder der EU für seine Untersuchungen. Jetzt ist es ihm gelungen, zusammen mit der Universität Tübingen für Braunschweig über 65 000 €. Forschungsgelder der Freseniusstiftung zu bekommen.

Auch das Klinikum investiert in einen neuen Messplatz zur Abklärung der Harn- und Stuhlinkontinenz, der ab April zur Verfügung stehen soll. (Sc)

Glatter Jahresbeginn in Braunschweig

Glatteis in Braunschweig bedeutet immer auch Hochbetrieb in der Unfallchirurgie. Aber dieses Mal war nicht nur Hochbetrieb, sondern der Ausnahmezustand zu vermelden, denn die Unfallzahl überstieg alles, was bisher da war.

„Normalerweise haben wir 1 – 2 Glatteistage in Braunschweig, in diesem Winter waren es fünf, wovon drei Tage besonders schlimm waren“, sagt Chefarzt Prof. Dr. Heinrich Reilmann. An den ärgsten Tagen im Januar und im Februar waren mit ca. 80 Patienten pro Tag doppelt so viele wie sonst zu behandeln. „Bei uns standen teilweise bis zu fünf Rettungswagen vor der Tür; die

mussten schon in zweiter Reihe parken“, beschreibt Peter Polnik, Pflegekraft in der Unfallaufnahme, die Lage.

Die Situation ist auch deswegen schwierig, weil sehr viele Verletzte innerhalb kürzester Zeit eintreffen. Sehr rasch müssen dann organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden, um die Patienten zu versorgen.



Peter Polnik beim Eingipsen. Handgelenksfrakturen und Frakturen am Oberarm waren häufige Verletzungen während der Glatteistage.

Archivfoto

Personal aus dem „Frei“ geholt

Dazu gehört es, zusätzliches Personal anzufordern, das eigentlich dienstfrei hat. Dies hat in allen Bereichen von der Ärzteschaft über OP-Pflege und Anästhesie sehr gut geklappt. Einer der Glatteistage fiel auf ein Wochenende, wo die Unfallaufnahme normalerweise im Früh- und Spätdienst jeweils mit zwei Pflegekräften besetzt ist und an ärztlichen Mitarbeitern nur der Bereitschaftsdienst anwesend ist. In der Aufnahme arbeiteten dann an diesem Wochenende insgesamt zusätzlich 5 Mitarbeiter. Das ärztliche und OP-Personal wurde so aufgestockt, dass erst drei, später dann zwei OP-Säle besetzt werden konnten.

Der zweite wichtige Punkt ist, die Verletzten nach dem Schweregrad ihrer Verletzung zu sortieren. Wer muss sofort operiert werden? Wer kann ambulant behandelt werden? Wer kann warten? Welche Operationen können verschoben werden? „Nachdem wir die Lage so geordnet hatten, konnten wir beginnen, die Verletzten systematisch zu versorgen“, erläutert Reilmann.



Während der Glatteistage waren teilweise fünf Rettungswagen gleichzeitig vor der Unfallaufnahme.

Viele Knochenbrüche

Die Patienten waren überwiegend verständnisvoll, obwohl sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten. Auch diejenigen, deren geplante Operationen verschoben werden mussten, sahen die Gründe ein. „Zur reinen Quantität an Patienten kam dann noch die Qualität der Verletzung hinzu“, beschreibt Christine Treisch, Mitarbeiterin in der Unfallaufnahme. Während an normalen Tagen häufig auch kleinere Verletzungen wie Schnittwunden zu versorgen sind, waren es an diesen Tagen viele Knochenbrüche mittleren Schweregrades. Häufig gab es Handgelenksfrakturen, Frakturen am Oberarm und gebrochene Sprunggelenke, aber auch schwierige Hüftgelenksnahe Frakturen waren dabei. Alles in allem also Verletzungen, die für

das Klinikpersonal einen hohen Arbeitsaufwand bedeuten. Als die Zahl der Patienten so groß wurde, dass in der Unfallchirurgie alle Betten belegt waren, haben die anderen Kliniken am Standort, HNO-Klinik und Kinderklinik, mitgeholfen und Betten in ihren Bereichen zur Verfügung gestellt. Das Problem lag auch in der Häufung der Glatteistage: Immer wenn ein „Schwung“ abgearbeitet war, wurde es wieder glatt, und die Patientenzahl schwoll wieder an. Dies ist auch der Grund, weshalb die Nachwirkungen auch jetzt noch zu spüren und immer noch nicht alle Operationen abgearbeitet sind.

Doch jetzt, wo die „Glatteissaison“ hoffentlich vorbei ist, wird rückblickend klar: „Mit einem guten Team und viel Organisation ist es zu schaffen.“ (Sc)

Umbau der ehemaligen Chirurgie beendet

Im Dezember 2006 wird der Umbau in der ehemaligen Chirurgie am Standort 3 fertiggestellt. Eine nüchterne Aussage, hinter der ein großer Veränderungsprozess steht.

Denn vor dem Umbau wurde im März 2003 die Chirurgische Klinik in der Celler Straße aufgelöst und ihre Kapazitäten an die anderen Standorte verlagert. Gleichzeitig ging Chefarzt Dr. Horst-Gerd Zimmermann in den Ruhestand. Obwohl alle Mitarbeiter der Chirurgie neue Arbeitsplätze im Klinikum gefunden haben, blieb der Abschiedsschmerz nicht aus – schließlich hatte man viele Jahre gut zusammengearbeitet und im Jahr 2002 immerhin 1450 Patienten behandelt.

Heute ist in der früheren Chirurgie geschäftiger Krankenhausalltag zu beobachten. Nach umfangreichen Baumaßnahmen sind die Räumlichkeiten kaum wiederzuerkennen. „Ursprünglich war geplant, die Patientenzimmer und die sanitären Anlagen zu renovieren“, erinnert sich Katrin Ehmke, die den Umbau gemeinsam mit einem externen Architekturbüro geplant hat. Doch daraus wurde fast eine Totalsanierung. „Wir haben den Brandschutz verbessert, Bleiwasserleitungen ausgetauscht, die Elektrotechnik erneuert und die Zimmer neu mit Druckluft und Sauerstoff ausgestattet“, zählt sie auf. Die Renovierung der Patientenzimmer war dann nur noch das „Sahnehäubchen“ am Schluss der Maßnahme.

Schon lange sind auch neue Kliniken und Abteilungen eingezogen. Das Erdgeschoss teilen

sich Anästhesie und interdisziplinäre Kurzzeitonkologie, im ersten Stock ist die Station 3 der Medizinischen Klinik und im zweiten Obergeschoss die Pflegestation der Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie (MKPG-Klinik) untergebracht. Für sie alle hat sich die Situation durch den Umzug wesentlich verbessert. Besonders die interdisziplinäre Kurzzeitonkologie hat jetzt mehr Platz und ist besser an die Medizinische Klinik angebunden.

Durch den Umbau sind auch Bausünden aus früherer Zeit verschwunden, z.B. gab es im Erdgeschoss Zimmer mit Stufen davor. Dort ist heute eine Schräge, die einen behindertengerechten Zugang ermöglicht. Im Erdgeschoss ist außerdem ein Besprechungsraum mit Beamer und Leinwand, den sich alle Kliniken teilen. Auch die Patientenzimmer und die sanitären Anlagen sind renoviert, viele Zimmer haben einen Zugang zum Balkon. Die MKPG-Klinik kann jetzt den ehemaligen chirurgischen OP nutzen und gewinnt dadurch mehr Freiraum für ihre Ambulanz.

Abschließende Baumaßnahmen in 2006

In diesem Jahr wird für die MKPG-Klinik im ersten Stock ein neuer Aufwachraum eingerichtet und im zweiten Obergeschoss die restlichen Patientenzimmer sowie die sanitären Anlagen saniert.

Der neue Aufwachraum hat 5 Bettplätze und ist besser als früher an den OP angebunden; daneben wird ein Wartebereich für Angehörige eingerichtet.

Die Stationen 1 und 2 der MKPG-Klinik werden räumlich so angeordnet und zusammengefasst, dass sie organisatorisch von einem Stützpunkt aus betrieben werden können. Dadurch werden auf dieser Etage Räume frei, in die dann Seelsorge, Bibliothek und Grüne Damen einziehen.

Im Erdgeschoss findet der neue Andachtsraum Platz.

Was ist aus den Mitarbeitern der ehemaligen Chirurgie geworden?

Bleibt noch die Frage, wie sich die früheren Mitarbeiter der Chirurgie an ihren neuen Arbeitsplätzen eingelebt haben. „Viele haben bereits wieder an andere Standorte im Klinikum gewechselt“, berichten die Pflegedienstleitungen Claudia Halmich und Gertrud Stelzer-Rösch, wo die meisten der Kollegen „gelandet“ sind. „Für manche war es anfangs nicht ganz einfach, sich mit der neuen Situation zu arrangieren, aber mittlerweile haben sich alle gut eingewöhnt“, so das Fazit. Dies bestätigen auch die Erfahrungen an den anderen Standorten.

Positiv ist auch zu berichten, dass die Verlagerung der Chirurgie keinen negativen Einfluss auf die Zahl der Patienten hatte, sondern immer noch gleich viele Patienten behandelt werden. (Sc)



Katrin Ehmke; Mitarbeiterin der Bauabteilung, im Besprechungsraum. Hier war früher die Physiotherapie.



Zahnarztstuhl im Behandlungsraum in der MKPG-Klinik, früher Station Chirurgie 2.



Patientenzimmer in der Station Med. 3, früher Chirurgie 1.



Renoviertes Patientenbad mit barrierefreiem Zugang in der Med. 3, früher Chirurgie 1.

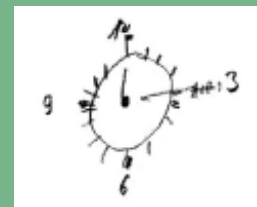
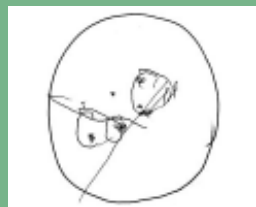
Preis für Poster der Geriatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie hat das Poster von Dr. Varotto, Dr. Nemitz, Dr. Harms und Dr. Meyer zu Schwabedissen und auf ihrer Fachtagung in Fulda ausgezeichnet.

Thema des Posters war der Krankheitsverlauf eines 74-jährigen Patienten, der im Oktober 2004 mit Verhaltensauffälligkeiten, Halluzinationen und kognitiven Defiziten in der Geriatrie aufgenommen wurde. Als Vorerkrankung bestand seit 1964 ein Diabetes Typ 2 und ein Parkinson-Syndrom, das im Juli 2004 diagnostiziert worden war. Sein Gesundheitszustand war so, dass die üblichen Tests

zu Merkfähigkeit, Orientierung sowie Gedächtnis- und Aufmerksamkeit nicht durchgeführt werden konnten. Die Ärzte begannen daraufhin den Patienten auf die Diagnose „Demenz vom Lewy Körper Typ“ zu behandeln.

Im Verlauf erkrankte er jedoch an einer Lungenentzündung und entwickelte außerdem eine rechtsseitige Lähmung sowie ein schmerzhaftes Schulter-Arm-Syndrom. Die Lungenentzündung wurde mit Antibiotika behandelt. Dadurch verbesserte sich nicht nur die Lungenentzündung, sondern überraschenderweise auch die kognitiv-motorische Symptomatik des Patienten. Plötzlich schnitt er wesentlich besser bei



Bei dem Uhrenzeichen-Test muß der Patient in einen vorgegebenen Kreis das Zifferblatt einer Uhr zeichnen und eine bestimmte Uhrzeit eintragen. Der Test wird unter anderem durchgeführt, um Anzeichen bestimmter Hirnleistungsstörungen zu erkennen. Die Abbildungen zeigen den ersten Test im Oktober 2004, den zweiten im November 2004 und den dritten im April 2005.

Aufmerksamkeitstests ab, auch der Uhrenzeichentest belegt dies (siehe Foto). „Da kam uns der Gedanke, dass der Patient möglicherweise nach einem Zeckenbiss an einer Borreliose erkrankt ist“, berichtet Dr. Varotto.

Zwar konnte er sich nicht an einen Biss erinnern, aber der klinische Verlauf legt diese Diagnose nahe. „Wir sind bis heute nicht

völlig sicher“, so Varotto. Dagegen sprechen die Ergebnisse der Kernspintomografie, die nicht typisch für eine Borreliose sind.

Dafür sprechen laborchemische Untersuchungen, denn im Blut und im Liquor (Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit) konnten Borrelien-Antikörper nachgewiesen werden. Außerdem wurden auf diesem Wege auch andere Er-

krankungen wie Alzheimer, HIV oder Creutzfeld-Jakob Krankheit ausgeschlossen. „Wir warten nun ab, wie sich der Patient weiterhin entwickelt, aber wir glauben, dass es eine Borrelien-Erkrankung war“, sagt Varotto.

Der Patient ist inzwischen wieder zu Hause und kommt nur noch zur Nachuntersuchung in die Klinik. (Sc)

Neuer Aufsichtsratsvorsitzender im Klinikum

Ulrich Markurth kommt zu Fuß zur Arbeit. Von seiner Wohnung bis zum Rathaus ist es nicht weit. Der Blick aus seinem Büro auf das Ensemble Burgplatz mit Löwe und Dom ist genau das Richtige für den bekennenden Braunschweig-Liebhaber.

Seit November 2005 ist Markurth Stadtrat für Soziales, Familie und Gesundheit und gleichzeitig Aufsichtsratsvorsitzender des Klinikums, der größten Tochter der Stadt Braunschweig. „Kümmern Sie sich um die ARGE und das Klinikum, da geben wir am meisten Geld aus“, fasst Markurth augenzwinkernd seine Amtseinführung zusammen. Wobei das natürlich nicht heißt, dass die Bereiche Verlustgeschäfte wären. Denn ganz im Gegenteil unterstreicht Markurth, wie optimistisch und positiv er die Zukunft des Klinikums sehe.

Gründe dafür gebe es genug, z.B. das Zwei-Standorte-Konzept, sagt er. Ganz wichtig für ihn ist: „Braunschweig reagiert nicht, Braunschweig agiert“. „Trotzdem muss man immer aufpassen, dass einen die Entwicklung nicht

überholt und man dann nur noch reagieren kann“, warnt er und spricht sich für Restrukturierungen aus, weil „nur dann auch das Geld für Investitionen da ist, die Arbeitsplätze auf Dauer sichern.“

Solche Sätze lassen auf unternehmerische Erfahrung schließen, und so ist es auch. Der 49-jährige gebürtige Braunschweiger war 17 Jahre lang bei der AWO in verschiedenen Leitungspositionen tätig, seit Juni 2001 als Bezirksgeschäftsführer und geschäftsführendes Vorstandsmitglied. Die AWO ist immerhin Träger von über 70 sozialen Einrichtungen, darunter auch Einrichtungen und Gesellschaften des Gesundheitswesens.

Dieser Erfahrungsfundus kommt dem neuen Dezernenten in seiner

Position zugute. So kennt Markurth z.B. viele Kindertagesstätten und Jugendhilfeeinrichtungen in der Region. Auch in seiner Rolle als Aufsichtsratsvorsitzender kann er diese Erfahrungen mit einbringen und wird in strategische Entscheidungen eingebunden sein. Ansonsten bin „ich Vertreter der Stadt Braunschweig und möchte auch Vertreter der Kunden, der Bürger sein.“ Ohne sich dabei – und das ist ihm wichtig – in Einzelheiten zu verlieren.

Privat findet er Entspannung beim Paddeln auf der Oker und anderswo, rund 1000 Kilometer legt er pro Jahr auf dem Wasser zurück. Er ist verheiratet und hat zwei Töchter. Eine Besonderheit gibt es noch zu berichten: „Ich kann kein Blut sehen. Schon beim Blut abnehmen muss ich mich hinlegen.“ Also sollte keiner auf



Geschäftsführer Helmut Schüttig begrüßt den neuen Aufsichtsratsvorsitzenden Ulrich Markurth (re.)

die Idee kommen, dem neuen Vorsitzenden einen Gefallen zu tun und ihn durch die OP-Säle zu führen.

Markurth ist genau wie sein Vorgänger im Amt des Stadtrats, Dr. Bernd Gröttrup, SPD-Mitglied. (SC)

Feierliche Würdigung für ehemalige Mitarbeiter

Eine rundum gelungene Feier erlebten Mitte November acht Jubilare und 24 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Jahr 2004 bzw. bis Oktober 2005 in den Ruhestand gegangen sind. Erstmals nach dem Wechsel der Gesellschaftsform war diese Festlichkeit vom Klinikum Braunschweig als besondere Würdigung der Eingeladenen eigenständig organisiert worden.

Im Institut für Weiterbildung begrüßte Geschäftsführer Helmut Schüttig als ältesten Jubilar Professor Dr. Johannes Oehme, der im September seinen 90. Geburtstag feierte. Weitere Geburtstagsjubilare waren Walter Groenke (85 Jahre), Dr. Friedrich Liebich, Erna Grüttner, Ilse-Dorothea Burghartz und Sigrud Kochmann (alle 80 Jahre) wie auch Margot Knüppel, Edith Kuzmisch und Meliha Turan (alle 75 Jahre).

Schüttig freute sich über die positive Resonanz zu diesem Anlass und hob besonders die langen Betriebszugehörigkeiten fast aller Anwesenden hervor. Mit 48 Jahren war Fred Schlüter, ehemaliger Leiter der Wirtschaftsabteilung, dem Klinikum am längsten verbunden. Ihm folgten mit 36 Jahren Sylvia Albrecht aus dem medizinisch-technischen Bereich, Gisela Thomas-Caspereit aus der Verwaltung mit 31 Jahren und mit 30 Jahren Sabine

Schrock, ebenfalls aus dem medizinisch-technischen Bereich. Für den Betriebsrat dankte Norbert Kohlmeyer den ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern im Namen des Klinikums für die geleisteten Dienste.

Im Anschluss an ein unterhaltsames Kaffeetrinken mit einem Vor-

trag von Dr. Gerd Biegel, Direktor des Braunschweigischen Landesmuseums, und einer von Jens Duckstein gespielten Klaviervariation, fand sich die Gesellschaft

in der Cafeteria am kalten Buffet ein, wo sich bis zum Ausklang viele Gespräche ergaben und Erinnerungen an die gemeinsame Arbeit ausgetauscht wurden.

Zwei „frische“ Ruheständler berichten



Ursula Hirsing, ehemalige Chefarztsekretärin in der Medizinischen Klinik I, stand 19 Jahre im Dienst des Klinikums. Nach der Alterszeit fiel es ihr im Juli 2004 leicht, sich auf den neuen Lebensabschnitt einzulassen.

Ursula Hirsing (62 Jahre), ehemalige Chefarztsekretärin in der Medizinischen Klinik I, stand 19 Jahre im Dienst des Klinikums. Nach der Alterszeit fiel es ihr im Juli 2004 leicht, sich auf den neuen Lebensabschnitt einzulassen.

Mit vielseitigen Aktivitäten, wie dem Singen in der Seniorenkantorei St. Martini, der Arbeit an ihren Englisch-Kenntnissen und Walking empfindet sie ihre Zeit als ausgefüllt. „So, wie man früher war, ist man doch jetzt auch, nur mit dem Unterschied, dass man mehr Zeit hat.“ Über persönliche Kontakte fühle sie

sich dem Klinikum immer noch sehr verbunden, erzählt sie. Wie sieht sie die Berufstätigkeit damals und heute? „Die Aufgaben wurden komplexer, immer neue Anforderungen kamen hinzu.“ Gerade auch bedingt durch die ständige Weiterentwicklung der EDV habe sich einiges geändert. Schon bei Einstiegsqualifikationen werde die Messlatte immer höher gelegt. „Doch für mich war das eine andere Zeit, ich lebe jetzt“, genießt sie ihr neues Leben. Über die Einladung zu dieser Feierstunde hat sie sich gefreut: „Für mich bedeutet es eine positive Rückmeldung und Anerkennung meiner Leistung.“



Eckhard Fiebiger, früherer Betriebsmeister am Standort Salzdahlumer Straße.

Eckhard Fiebiger (63 Jahre), war als Betriebsmeister am Standort Salzdahlumer Straße 24 Jahre im Dienst.

Mit der Arbeit im Klinikum konnte er sich stets voll und ganz identifizieren. „Ich gehörte dazu, war mittendrin“, erinnert er sich gern an diese Zeit, in der es so manchen nächtlichen Notfalleinsatz gab. „Ich war auch mal am 2. Weihnachtstag dort, um eine Klimaanlage zu reparieren. Es musste ja weitergehen.“

Dennoch: Der Abschied aus dem Berufsleben sei ihm schließlich leicht gefallen. Die Verwaltungs-

aufgaben hätten für seine Begriffe irgendwann zu viel Raum in seiner eigentlichen Tätigkeit eingenommen. „Computerarbeit ist nicht so sehr meine Welt, ich arbeite viel lieber mit den Händen“, gibt er lachend zu. „Die Kinder haben gebaut, da helfe ich gern“, freut er sich darüber, dass seiner Hände Arbeit immer noch gefragt ist.

Den Ruhestand genießt er sehr, hat er doch nun Zeit für Hobbys und Interessen: sein Aquarium, seine Eisenbahn, Wandern und Skilaufen. „Ich lese auch gern mal ein Buch, wenn das Wetter nicht so gut ist. Aber es dauert nicht lange, und ich muss einfach wieder etwas tun“, beschreibt er das „Kribbeln in seinen Händen“.

Die Idee des Klinikums, diese Feier zu organisieren, findet er sehr gut und genießt den Nachmittag. Doch auch so pflegt er regelmäßige Kontakte zu ehemaligen Kollegen – es ist einfach die über viele Jahre gewachsene Verbundenheit mit dem Klinikum. Susanne Hartung

Stammzellenspender gesucht



Melanie Jahnke und Chefarzt Prof. Dr. Bernhard Wörmann während der Dreharbeiten. Johannes B. Kerner war über einen Bildschirm zugeschaltet.

Die 22-jährige Melanie Jahnke hat Leukämie und sucht dringend einen Stammzellenspender.

Sie wird derzeit in der Medizinischen Klinik III behandelt. Die Suche nach einem Spender wird u.a. von der Bild-Zeitung und dem ZDF unterstützt, das Anfang Februar einen Beitrag in der Sendung von Johannes B. Kerner ausstrahlte. Bis zu Redaktionsschluss wurde leider trotzdem noch kein Spender gefunden.

Wenn Sie sich typisieren lassen wollen: Spenderaktion am 9. März 2006 von 10.00 - 20.00 Uhr im Gesundheitsamt Salzgitter-Lebenstedt und im Kleinen Rathaus, Salzgitter Bad, oder in der Transfusionsmedizin, Dr. Garritsen, unter 0531-595 3675.

Patientenbücherei feiert 20. Geburtstag



Margrit Schuster und Monika Naumann (v.r.) sind mit dem Bücherwagen in der Kinderklinik unterwegs.

Die Bücherei wird seit zwei Jahrzehnten allein durch ehrenamtliche Mitarbeiter betrieben. Viele der insgesamt 17 Helfer sind, wie die Leiterin Margrit Schuster, „vom ersten Buch an dabei“. „In den ganzen 20 Jahren hatten wir noch keinen einzigen Fehltag“, ist Schuster stolz.

Geöffnet ist Montag und Donnerstag. Dann fahren die Mitarbeiter mit dem Bücherwagen direkt ans Krankenbett, wo sie häufig bereits sehnsüchtig erwartet werden. Neben dem Leihbetrieb gehört auch die Beschaffung der Bücher, die bibliothekarische Aufnahme in den Computer und das Folieren dazu. Denn jedes Buch wird sorgfältig in Folie eingeschlagen, damit es nicht verschmutzt. Und natürlich: Lesen. „Wir haben hier kein Buch, das nicht wenigstens einer von uns gelesen hat“, so die 65-jährige Schuster. Denn die Patienten wollen auch beraten werden. Heute umfasst die Bibliothek 3300 Medien, 1/3 des Bestandes sind Kinderbücher. Im Jahr 2005 zählten die Mitarbeiter 12 000 Ausleihen.

Weiterbildung

März

Patienten-Aufnahme, administrativ [SAP] 01.03. (1 h)

Einführung in die EDV 02.03.

Positive Gesprächsführung 07.03.

Leistungsanforderung am klin. Arbeitsplatz [SAP] 08.03. (1 h)

Umgang mit chronischen Schmerzpatienten 10.03.

Kommunikation mit demenzten Bewohnern 14.03.

KV-Abrechnung [LORENZO] 15.03. (1 h)

Alle Menschen sind anders – manche ganz besonders – Wege zum erfolgreichen Führen einer Gruppe 16.03.

Diagnosen und Prozedurenbearbeitung am klin. Arbeitsplatz [SAP] 16.03. (1 h)

Präsentationen mit MS-POWERPOINT [Einführung] 21.03.

Präsentationen mit MS-POWERPOINT [Aufbau] 22.03. + 23.03.

„Diabetes-Management“ – Übergreifende Informationen + Workshop zur Behandlung des Diabetes-mellitus – 23.03. + 24.03.

Basale Stimulation – Strukturierung des Selbstverständlichen – Aspekte der basalen Stimulation 27.03.

Textverarbeitung mit MS-WORD [Einführung] 29.03. + 30.03.

April

Allgemeine Überblicksschulung für Neueinsteiger in SAP 12.04. (1 h)

Datenbankanwendung mit ACCESS [Einführung] 24.04. + 25.04.

KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualifikation im Krankenhaus) 25.04.

Datenbankanwendung mit MS-ACCESS [Aufbau] 26.04.

10-Minuten-Aktivierung – für demente Patienten 27.04.

Privatliquidation [LORENZO] 27.04. (1 h)

Mai

Tabellenkalkulation mit MS-EXCEL [Einführung] 02.05. + 03.05.

Kundenorientierung für Mitarbeiter 03.05.

Strategien bei Pflegeverweigerung 04.05.

Teamfallbesprechungen (berufsgruppenübergreifend, Geriatrie, Psychiatrie, Neurologie) 04.05.

Zeitmanagement 09.05.

E-Mail, Terminkalender + Dokumenten-Verwaltung mit „Novell-GroupWise“ 09.05.

Textverarbeitung mit MS-WORD [Aufbau] 10.05. + 11.05.

Am Ende des Lebens: Psychosoziale Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen 15.05.

E-Mail, Terminkalender + Dokumenten-Verwaltung mit „Novell-GroupWise“ 15.05.

MDK – Prüfrichtlinien – worauf ist besonders zu achten? 16.05.

Die Ambulanzsicht am klin. Arbeitsplatz [SAP] 16.05. (1 h)

Auswertungen von Leistungen für Funktionsbereiche [SAP] 17.05. (1 h)

Mit Werten führen 23.05.

OP-Planung/-Dokumentation [LORENZO] 24.05. (1 h)

Weitere Informationen bekommen Sie im Institut für Weiterbildung bei Frau Reinicke Tel. 595 2832 oder Frau Igel 595 2833

Termine

Der Verein der Freunde und Förderer des Klinikums informiert am 15. März über menschenwürdige Behandlung am Lebensende. **Treff:** Vortragssaal Pathologie Celler Straße, 17:00 Uhr, am 19. April darüber, was nach dem Eingang des Notrufs in der Rettungsleitstelle und in der

Klinik geschieht. **Treff:** 16:00 Rettungsleitstelle, Feuerwehrstraße 1 und 17:30 Uhr in der Notaufnahme in der Salzdahlemer Straße, am 10. Mai über die Möglichkeiten zur Rehabilitation nach einem Sturz. **Treff:** Klinikum Gliesmaroder Straße, 17:00 Uhr.

Darmkrebstag 2006 Informationsveranstaltung im Landesmuseum am 15. März um 18:00 Uhr mit Prof. Dr. Max Reinshagen

Stadtputztag am 25.03.

Betriebsratswahlen am 09./10. Mai

Impressum

Herausgeber:
Helmut Schüttig, Geschäftsführer
Städt. Klinikum Braunschweig gGmbH,
Freisestr. 9/10, 38118 Braunschweig

Chefredaktion:
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Städtisches Klinikum Braunschweig
gGmbH, Marion Lenz (verantwortlich),
Ulrike Schelling
Tel. (0531) 595 1671, Fax: 595 1663
u.schelling@klinikum-braunschweig.de

Redaktionsgruppe:
Silvia Albrecht, Dr. Thomas Bartkiewicz,
Stefan Dombrowski, Dr. Heinz Jänig,
Dr. Dietmar Loitz, Roswitha Niebuhr,
Petra Thürauf.

Herstellung:
Köhler & Lippmann Medienhaus
Hinter dem Turme 12
38114 Braunschweig
Tel. (0531) 2 56 12-0

Druck:
Bretschneider GmbH, Braunschweig
Alle Rechte vorbehalten.

Trotz sorgfältiger Bearbeitung in Wort und Schrift lassen sich Fehler leider nicht ausschließen.

Redaktionsschluss für die Ausgabe Juli 2006 ist der 15. Mai 2006.

Auflage:
2500, vier Ausgaben pro Jahr

25-jähriges Dienstjubiläum

Bazaniak, Sibylle
Standort 2
am 01.01.2006

Klevesahl, Jutta
Standort 2
am 01.01.2006

Mitschek, Ulrike
Standort 3 am
15.02.2006

Neumann, Rosemarie
Standort 2 am 16.02.2006