

BETHESDA ÄRZTEFORUM

Fachinformationen aus unseren Kliniken



Klinik für Geriatrie/Stroke Unit:

Neue Wege in der Versorgung akuter Schlaganfälle: Das Bergedorfer Modell Bethesda Krankenhaus Bergedorf zur Regionalen Stroke Unit zertifiziert

■ **Klinik für Innere Medizin:**
Screening auf schlafbezogene
Atmungsstörungen

■ **Frauenklinik:**
Ausgedehntes Spektrum in der
onkoplastischen Brustchirurgie

■ **Abteilung für Anästhesie:**
Immunsuppression
aus der Konserve

WIR SORGEN FÜR SIE



Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universität Hamburg



Sehr geehrte Damen und Herren,

mit unserer zweiten Ausgabe des Bethesda Ärzteforum in diesem Jahr möchten wir Sie über neueste Entwicklungen in unserem Haus und medizinische Fachthemen informieren.

Von besonderer Bedeutung ist unsere Zertifizierung durch die Deutsche Schlaganfall Gesellschaft zur Regionalen Stroke Unit. Für die medizinische Versorgung von 300.000 Menschen im Hamburger Südsten, aber auch für unser Haus, ist das ein weiterer wichtiger Schritt in die Zukunft. Mit Dr. Martin Neuß als neuem Chefarzt konnten wir das Leistungsspektrum unserer Frauenklinik deutlich erweitern: Zu seinem operativen Spektrum gehört neben allen gynäkologischen Standardoperationen, der gynäkologischen Onkochirurgie und der Zertifizierung DEGUM II in der Brustdiagnostik, schwerpunktmäßig die plastische Brustchirurgie.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Ausgabe weitere interessante Informationen zu liefern und freuen uns auf eine weiterhin gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen.

Ihre

Margret von Borstel
Geschäftsführerin

Neue Wege in der Versorgung akuter

Bethesda Krankenhaus Bergedorf zur Regionalen Stroke Unit zertifiziert

Erheblich verbesserte Behandlungsmöglichkeiten haben in den letzten 10 Jahren dazu geführt, dass die Mehrzahl der Neurologischen Akut-Klinikabteilungen in Deutschland Stroke Units aufgebaut und zertifiziert haben. So können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, den zeitkritischen Einsatz der neuen Behandlungsmethoden des akuten Schlaganfalls und die erforderliche Überwachung der Patienten im Sinne einer Intermediate-Care-Einheit rund um die Uhr sicherzustellen.

Am Bethesda Krankenhaus Bergedorf konnte jetzt nachgewiesen werden, dass das Schlaganfallzentrum die dazu erforderlichen hohen Qualitätsstandards ebenfalls erfüllt, so dass im Mai 2015 die Zertifizierung als Regionale Stroke Unit mit sechs Betten erfolgte.

In Deutschland ereignen sich pro Jahr etwa 196.000 erste und 66.000 wiederholte Schlaganfälle. 80 % davon sind ischämisch, 15 % Hirnblutungen. Der Schlaganfall ist nach Herz- und Krebserkrankungen in Deutschland Todesursache Nr. 3 (8 % der Todesfälle) und stellt die häufigste Ursache für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter dar.

Noch zur Zeit der Jahrhundertwende fehlten in der Behandlung des akuten Schlaganfalls evidenzbasierte Behandlungsverfahren zur Rekanalisierung verschlossener Hirngefäße. Seitdem haben mehrere Studien dazu beigetragen, die Behandlung in drei Schritten ganz erheblich zu verbessern:

2004 konnte gezeigt werden, dass die systemische Lyse mit rTPA im Zeitfenster von 4,5 Stunden das Outcome signifikant verbessert.

2008 wurde nachgewiesen, dass dies auch für das Zeitfenster bis 6 Stunden zutrifft.

Drei 2015 veröffentlichte Studien konnten den Beleg erbringen, dass die zusätzliche endovaskuläre Therapie bei Patienten mit arteriellen Carotis-T-Verschläüssen und proximalen Mediaverschlüssen das Outcome weiter deutlich verbessert. Hierbei wird unter der Lyse mittels Stent-Retriever der endovaskuläre Thrombus interventionell entfernt.

Diese Fortschritte haben das Thema Schlaganfall in den Fokus des Interesses gerückt und zahlreiche weitere wissenschaftliche Studien angestoßen, z.B. zur frühen Dekompression bei



malignem Media-Infarkt, zur Thrombolyse unter Antikoagulation bis zu einem INR von 1,7, zur frühen Gabe von ASS nach Lyse sowie zur Sondenernährung, Thromboseprophylaxe, der frühen und späten Sekundärprophylaxe, zum Basilarisverschluss, zur Wertigkeit MRT vs. CCT oder zum RR – Management. Auch konnte bewiesen werden, dass die Behandlung auf einer Stroke Unit als eigener unabhängiger Faktor das Outcome signifikant verbessert.

Die bundesweit nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Schlaganfallhilfe zertifizierten regionalen und überregionalen Stroke Units stellen als Versorgungseinheiten über standardisierte Strukturen und Prozesse sicher, dass die Behandlung entsprechend diesen neuen wissenschaftlichen Standards durchgeführt werden kann.

Es handelt sich um eine außerordentliche Erfolgsgeschichte. 70 % der akuten Schlaganfälle werden in Deutschland mittlerweile in Kliniken mit zertifizierten Stroke Units behandelt, ca. 2/3 davon auf der Stroke Unit, der Rest in anderen Abteilungen wie z.B. Neurochirurgie, Neurointensiv etc.

Leider befinden sich 30 % der Bevölkerung in Deutschland, insbesondere in den Flächenregionen, noch immer außerhalb der Reichweite zertifizierter Stroke Units. Mithilfe z.B. von Telemetry oder sogar von mobilen Schlaganfallereinheiten wird versucht, diese „weißen

Schlaganfälle: Das Bergedorfer Modell



Flecken“ auf der Landkarte zu füllen.

Das Bethesda Krankenhaus Bergedorf ist einen anderen Weg gegangen. Die Klinik für Geriatrie hat einen besonderen neurogeriatrischen Schwerpunkt innerhalb der allgemeingeriatrischen Versorgung aufgebaut. So konnte sich die Klinik neurologisch fachärztlich breit genug aufstellen, um nach Optimierung aller Strukturen und Prozesse die erforderliche Leistungsfähigkeit für die Zertifizierung des Schlaganfallzentrums als regionale Stroke Unit zu erreichen.

Dies umfasst auch die gesamte neurologische Zusatzdiagnostik (siehe Kompetenzen). Wir sind



Das Leitungsteam der Klinik für Geriatrie/Stroke Unit: Oberärztin Valesca Cramer, Oberarzt Matthias Follak, Chefarzt Dr. Gerhard Hermes und der Leitende Oberarzt Jochen Grünholz (v.l.n.r.)

so auch in der Lage, neben akuten Schlaganfällen auch „Stroke Mimics „ (Erkrankungen, die klinisch dem Schlaganfall ähneln) und andere neurologische Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems diagnostizieren und behandeln zu können. Dabei konzentrieren wir uns in erster Linie auf die Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte.

Patienten, bei denen geriatritypische Multimorbidität vorliegt und die keine neurologische (Früh-) Rehabilitation brauchen, können darüber hinaus ohne Abteilungswechsel im Rahmen einer geriatrischen Frührehabilitation wohnortnah weiterbehandelt werden.

Das Universitäre Interdisziplinäre Neurovaskuläre Netzwerk Hamburg, dem neben der Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, Gefäßmedizin und Kardiologie des UKE mehrere neurologische und internistische Kliniken in Hamburg und Umgebung angehören, hat uns inzwischen als weitere kooperierende Einrichtung aufgenommen.

In der mit dem UnINVN assoziierten Hamburger Arbeitsgemeinschaft Schlaganfall (HAGS), der alle zertifizierten Hamburger Stroke Units angehören, werden die aus den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen herzuleitenden standardisierten Vorgehensweisen diskutiert. Die Neurologen des BKB beteiligen sich regelmäßig an diesen Veranstaltungen.

Damit stellt das Bethesda Krankenhaus

zunehmend die Behandlung des akuten Schlaganfalls und anderer neurologischer Erkrankungen des höheren Lebensalters nach modernsten Standards für die Region Bergedorf sicher. Die erhebliche Zunahme der Patientenzahl aus dem Bezirk Bergedorf, aber auch aus den benachbarten Bereichen Schleswig Holsteins und Niedersachsens, belegen, dass dieser Weg richtig war.

Das „Bergedorfer Modell“ einer neurologisch ausgerichteten und in klinikübergreifende Kooperationsstrukturen eingebundenen Allgemeingeriatrie mit Stroke Unit unter Neurologischer Leitung könnte auch in anderen Regionen dazu beitragen, weiße Flecken auf der Karte der zertifizierten Stroke Units zu füllen.



Dr. Gerhard Hermes

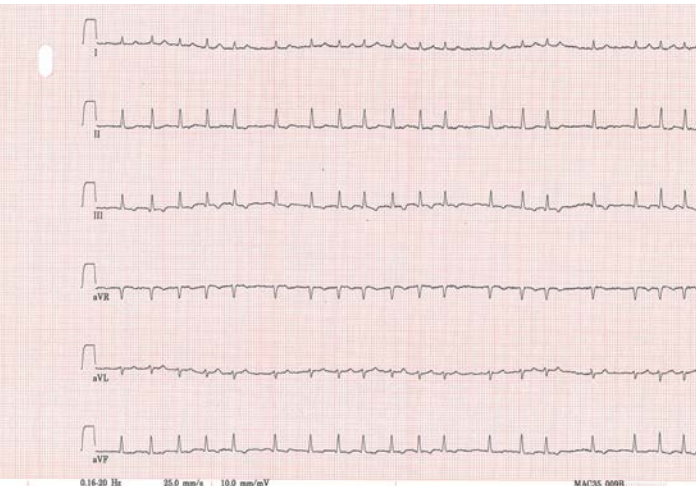
Chefarzt
Klinik für Geriatrie/
Stroke Unit
040 72554-1241
hermes@bkb.info

Kompetenzen Geriatrie/Stroke Unit

- > Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- > Doppler- und Duplexsonografie
- > EMG / ENG / EP / EEG
- > Untersuchung des Liquor cerebrospinalis
- > Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- > Geriatrisches Assessment
- > Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- > Physiotherapie
- > Ergotherapie
- > Logopädie
- > Aktivierende (alltagsrelevante) Pflege
- > Medizinische Trainingstherapie
- > Physikalische Therapie
- > Beratung, Anpassung und Schulung in der Benutzung von Hilfsmitteln
- > Tagesklinische Komplexbehandlung

Vorhofflimmern – häufigste tachykarde Herzrhythmusstörung

Die Prävalenz des Vorhofflimmerns steigt mit zunehmendem Alter. Eine individuelle Behandlungsstrategie ist wichtig



Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern

Das Vorhofflimmern ist die häufigste tachykarde Herzrhythmusstörung. Etwa 2% der Bevölkerung sind davon betroffen, die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter. In Folge des Vorhofflimmerns kann es zum Auftreten von Schlaganfällen und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz kommen. Durch die Therapie sollen diese Komplikationen verhindert werden.

Die Akutbehandlung des Vorhofflimmerns besteht zunächst in einer adäquaten Frequenzregulation und Antikoagulation. Im Verlauf sollte eine Therapiestrategie entwickelt werden, die entweder den Erhalt des Sinusrhythmus oder eine suffiziente Frequenzkontrolle des Vorhofflimmerns anstrebt. Prognostisch unterscheiden sich diese beiden Therapiestrategien nicht signifikant. Das Vorgehen orientiert sich u.a. an der Schwere der Symptomatik, der Dauer des Vorhofflimmerns, den Begleiterkrankungen und dem Patientenwunsch. Die Frequenzkontrolle erfolgt medikamentös (v.a. Betablocker, alternativ Calcium-Kanal-Antagonisten, gegebenenfalls plus Digitalispräparat).

Wird der Erhalt des Sinusrhythmus angestrebt, so muss bei persistierendem Vorhofflimmern zunächst eine Kardioversion erfolgen (in der Regel elektrisch, selten auch medikamentös). In der Folge bestehen zur Rhythmusstabilisierung folgende medikamentöse Alternativen: Klasse Ic-Antiarrhythmika, Dronedaron, Amiodaron und selten auch Sotalol. Die Pulmonalvenenisolation kann bei symptomatischen

Patienten indiziert sein und entweder primär oder nach Versagen einer antiarrhythmischen Therapie zum Einsatz kommen.

Aufgrund des stark erhöhten Risikos für das Auftreten von arteriellen Thromboembolien bei Vorhofflimmern wird eine Antikoagulation für Patienten mit einem CHA₂DS₂-Vasc-Score von >2 empfohlen, sollte aber bereits bei einem Score von 1 favorisiert werden. Nur für Patienten mit Vorhofflimmern < 65 Jahre ohne begleitende Risikofaktoren wird hiervon abgeraten. Die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK's) sind für die Neueinstellung auf ein Antikoagulanzen zu bevorzugen (ESC-Leitlinien Update 2012). Für einzelne Patienten mit hohem Schlaganfall- und hohem Blutungsrisiko stellt der interventionelle Vorhofverschluss eine Alternative dar.

Die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK's) sind für die Neueinstellung auf ein Antikoagulanzen zu bevorzugen (ESC-Leitlinien Update 2012). Für einzelne Patienten mit hohem Schlaganfall- und hohem Blutungsrisiko stellt der interventionelle Vorhofverschluss eine Alternative dar.

Behandlung des Vorhofflimmerns in der Klinik für Kardiologie des Bethesda-Krankenhaus

Den Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern bieten wir in unserer Klinik eine umfassende Versorgung an. Diese beinhaltet eine detaillierte echokardiographische Diagnostik mittels transthorakalem und falls erforderlich transösophagealem Ultraschall, elektrische und medikamentöse Kardioversionen sowie die Initiierung einer individuell angepassten antiarrhythmischen Therapie und Antikoagulation. Bei entsprechender Indikation führen wir Koronarangiographien durch oder veranlassen Kardio-MRT-Untersuchungen. Sollte die Indikation zur interventionellen Therapie des Vorhofflimmerns bestehen, stellen wir den Kontakt zu einer elektrophysiologischen Abteilung her.

Sollte eine Herzschrittmacherversorgung (z.B. bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom) notwendig werden, bieten wir in unserer Klinik das gesamte Spektrum der anti-bradykarden Therapie inklusive CRT-Versorgung an. Bei Verdacht auf paroxysmales Vorhofflimmern

(z.B. bei kryptogenem Schlaganfall) kann in unserer Abteilung eine Event-Recorder-Implantation erfolgen.

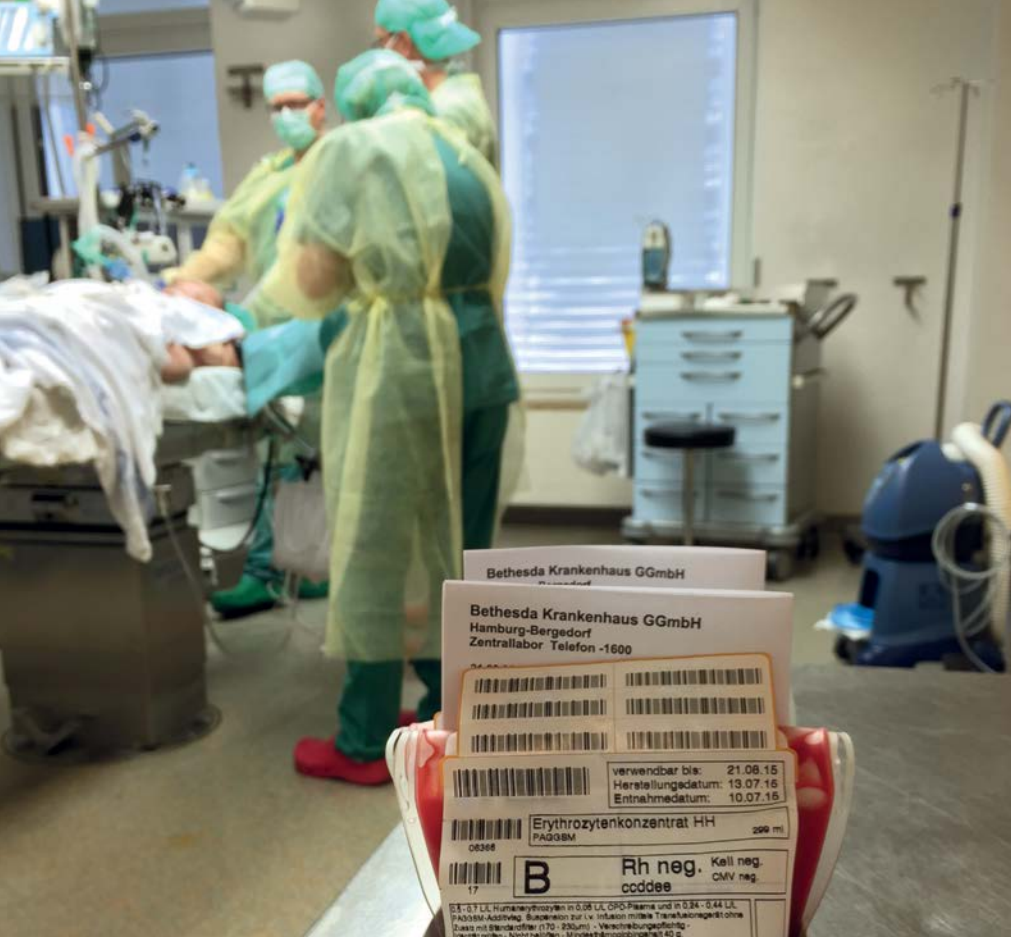
Termine für die stationäre oder ambulante Behandlung können unter 040 72554-2000/2004 vereinbart werden.



Dr. Christian Reiner
Funktionsoberarzt
Klinik für Kardiologie
040 72554-1261
creiner@bkb.info

Kompetenzen Kardiologie

- > Koronarangiografie (ambulant und stationär)
- > 24 Stunden/7 Tage PCI Rufbereitschaft
- > Implantation von Schrittmachern
- > Implantation von Defibrillatoren
- > Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Implantationen)
- > Implantation von Ereignisrecordern (Eventrecorder)
- > Rechtsherzkatheter
- > Elektrische Kardioversion
- > Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (z. B. Kardioversion), Herzinsuffizienz, arteriellem Hypertonus und Rechtsherzerkrankungen (z. B. Lungenembolie)
- > Interventioneller Schirmchenverschluss bei ASD und PFO
- > Telemonitoring von SM/ICD-Systemen
- > Stationäre telemetrische Rhythmusüberwachung
- > Zusammenarbeit mit dem Albertinen Herz- und Gefäßzentrum und allen weiteren Zentren



Immunsuppression aus der Konserve

Sorgfältige Abwägung vor Fremdbluttransfusionen – deutlicher Rückgang des Verbrauchs an Erythrozytenkonzentraten

Bluttransfusionen sind auch heutzutage aus dem klinischen Alltag nicht wegzudenken. Gleichwertige Alternativen für den Sauerstofftransport im Blut stehen nicht zur Verfügung und werden auch in absehbarer Zeit keine Marktreife erzielen. Dennoch gibt es Unterschiede im Vergleich zu früheren Zeiten: Die erste Reaktion eines Patienten, der über eine mögliche Gabe von Blutprodukten aufgeklärt wird, ist häufig: „Davon kann ich doch HIV oder Hepatitis C bekommen!“ Das stimmt auch. Doch die Wahrscheinlichkeit für eine derartige Infektion als Folge einer Bluttransfusion liegt mittlerweile bei jeweils unter 1:16.000.000. Somit ist es fast dreimal wahrscheinlicher, vom Blitz getroffen zu werden (ca. 1:6.000.000) als eine HIV- oder Hepatitis C-Infektion durch eine kontaminierte Blutkonserve zu bekommen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Indikationsstellung für Bluttransfusionen großzügiger gestellt werden kann. Die relative Knappheit an Blutkonserven ist der eine Grund dafür. Heutzutage richtet sich das Augenmerk außerdem auf die „Transfusionsassoziierte Immunmodulation“ (TRIM). Das körperfremde Material, mit

denen die Blutkonserven gefüllt sind, führt zu einer Schwächung des Immunsystems. Dieser Effekt konnte schon vor 30 Jahren bei Nierentransplantationen beobachtet werden. Daraus freute man sich darüber, dass weniger Organe abgestoßen wurden, wenn der Empfänger zuvor Bluttransfusionen erhalten hatte. Doch eine Schwächung des Immunsystems ist für die meisten Patienten nicht vorteilhaft, sondern mit einer ganzen Reihe daraus resultierender Komplikationen verbunden. Es bleibt also unsere Aufgabe, die Anzahl an Bluttransfusionen möglichst gering – aber natürlich bedarfsgerecht – zu halten. Um dieses Ziel zu erreichen, betreiben wir erheblichen Aufwand. Dies beginnt in der Planungsphase für eine Operation. Hier werden OP-Techniken bevorzugt, die mit einem geringen Blutverlust einhergehen. Eine mögliche Antikoagulation des Patienten wird auch entsprechend optimiert. Während der Operation kann der Einsatz von Blutsperrern den Blutverlust reduzieren und auch das Blut aus dem OP-Sauger kann unter Berücksichtigung der Kontraindikationen gesammelt, aufbereitet und retransfundiert werden (Cellsaver).

Die Entscheidung für eine Fremdbluttransfusion wird von uns sorgfältig abgewogen und ist vom aktuellen hämodynamischen Zustand des Patienten, seinen Vorerkrankungen und nicht zuletzt vom Hb-Wert abhängig. Dabei gilt die grobe Regel „Unter einem Hb-Wert von 6 g/dl wird immer transfundiert und über einem Hb-Wert von 10 g/dl nie.“ Für alle Werte zwischen diesen beiden Eckpunkten fällen wir die Entscheidung anhand des aktuellen Patientenzustandes, der Dynamik der Situation und des weiterhin zu erwartenden Blutverlustes. Der Verbrauch an Erythrozytenkonzentraten in unserem Hause lag mit 1.400 Konserven im Jahr 2014 deutlich unter dem Wert des Vorjahres (1.975 Konserven). Schonendere Operationsverfahren und eine strengere Indikationsstellung haben sicherlich zu diesem Rückgang beigetragen.



Dr. Sven Brandt

Oberarzt
Abteilung für Anästhesie
Transfusions-
verantwortlicher
040 72554-2179
s.brandt@bkb.info

Kompetenzen Anästhesie

- Modernste Techniken der Allgemein- und Regionalanästhesie mit intraoperativer Messung der Narkosetiefe
- Tägliche Prämedikationssprechstunde
 - einfühlsamer Umgang mit Patientenängsten
 - regelmäßig stattfindende Patientenbefragung
- OP-Management
 - zertifiziertes OP-Zentrum
- Schmerztherapie
 - individuell angepasst
 - invasive Schmerzkathedertechniken perioperativ, mit täglichen Visiten durch unseren algesiologischen Fachassistenten
- Ausgewiesene Palliativmediziner in der stationären Versorgung.
- Zusammenarbeit mit dem Palliativteam Bergedorf e.V. im Rahmen von SAPV

Endovaskuläres Temperaturmanagement

Die therapeutische Hypothermie – eine Möglichkeit der Verbesserung des neurologischen Outcomes

In Europa werden jährlich etwa 275.000 Menschen aufgrund eines Herz-Kreislauf-Stillstandes durch den Rettungsdienst behandelt. Durch die Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff kommt es nach erfolgreicher Reanimation bei etwa der Hälfte der Überlebenden zu neurologischen Defiziten.

Eine Möglichkeit der Verbesserung des neurologischen Outcomes stellt die therapeutische Hypothermie dar, welche in den Leitlinien der

American Heart Association (AHA) und European Resuscitation Councils (ERC) empfohlen wird.

Die Intensivstation des Bethesda Krankenhaus setzt die Leitlinien seit Jahren konsequent um. Seit 2014 werden hierfür endovaskuläre Kühlkatheter eingesetzt. Hiermit werden die Patienten auf 33°C für 24 Stunden gekühlt und anschließend kontrolliert um 0,1°C/h aufgewärmt. Der Vorteil ist die sehr genaue Temperatursteuerung, welche insbesondere dem gefürchteten Rebound-Fieber entgegenwirkt.

Die meisten Kälterezeptoren sind in der Haut lokalisiert. Durch die endovaskuläre Kühlung kann das Kälteempfinden der Patienten überlistet werden. Die Patienten verspüren weniger Stress und bedürfen weniger Analgo-Sedierung. Auch Aufwachversuche sind während der Hypothermie möglich. Dadurch kann die neurologische Situation wesentlich früher beurteilt werden.



Marc Bota
Funktionsoberarzt
Klinik für Innere Medizin
040 72554-2184
bota@bkb.info

Dran denken ist wichtig – Screening auf schlafbezogene Atmungsstörungen

Kardiorespiratorische Polygraphie – wesentlicher Bestandteil der internistischen Funktionsdiagnostik



Schlafbezogene Atmungsstörungen sind in der Bevölkerung häufig. Während das einfache Schnarchen in der Regel keine Gefahr für die Gesundheit darstellt, ist das obstruktive Schlafapnoesyndrom, das im mittleren Lebensalter ca. 2%

der Frauen und 4 % der Männer betrifft, ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch für das Auftreten bzw. die metabolische Einstellung eines Diabetes mellitus oder den Verlauf eines Asthma bronchiale.

Pathophysiologisch spielen eine infolge der Schlafapnoe auftretende sympathikotone Überstimulation, oxidativer Stress, proinflammatorische Prozesse, Endotheldysfunktion, Aktivierung von Gerinnungsfaktoren sowie eine metabolische Dysregulation (z.B. Insulinresistenz) eine entscheidende Rolle.

Das Risiko für Folgeerkrankungen ist beträchtlich. So leiden 40 – 60 % der Patienten mit Schlafapnoe an einer arteriellen Hypertonie und jeweils 20 – 30 % an einer pulmonalen Hypertonie oder koronaren Herzkrankheit. Die Prävalenz der obstruktiven Schlafapnoe bei Patienten

mit Vorhofflimmern und normaler linksventrikulärer Funktion beträgt bis zu 40 %. Studien haben insbesondere hier gezeigt, dass bei unbehandelter Schlafapnoe die Rezidivhäufigkeit eines Vorhofflimmerns nach erfolgreicher Kardioversion doppelt so hoch ist im Vergleich zu Patienten, die erfolgreich mit einer CPAP-Therapie behandelt wurden.

Das Schlafapnoe-Screening (kardiorespiratorische Polygraphie) ist wesentlicher Bestandteil der internistischen Funktionsdiagnostik der Klinik für Innere Medizin des Bethesda Krankenhaus Bergedorf. Insbesondere in Kenntnis des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen wird hierbei auf die interaktive Zusammenarbeit mit unserer Klinik für Kardiologie und der Stroke Unit Wert gelegt. Im Falle eines pathologischen Befunds wird eine Einstellung auf eine CPAP-Therapie in einem ambulanten Schlaflabor empfohlen.



Christof Neumann
Oberarzt
Klinik für Innere Medizin
040 72554-2186
neumann@bkb.info

Kompetenzen Innere Medizin

- › Diagnostische und therapeutische Endoskopie mit modernsten Endoskopen einschließlich kontrastunterstütztem endoskopischen Ultraschall, ERCP, Mukosaresektionen, Enteroskopie, Kapselendoskopie
- › Sonografie mit High-End-Geräten inkl. Kontrastmittel, Punktionen, Drainagen
- › Funktionsdiagnostik mit Impedanz-pH-Metrie, Highresolution Manometrie, H₂ Atemtest, differenzierte Lungenfunktionsprüfung
- › Schlafapnoe Screening
- › Knochenmarksbiopsien
- › Bronchoskopie, BAL, periphere Biopsien, endobronchialer Ultraschall
- › Komplettes Labor rund um die Uhr
- › Interdisziplinäre Intensiv- und Überwachungsstation
- › Gesamtes Spektrum der internistischen und viseralchirurgischen Intensivmedizin
- › Tägliche interdisziplinäre Visite nach Krankheitsbild
- › Differenzierte Beatmung (invasiv und nichtinvasiv), Einstellung Heimbeatmung
- › Differenzierte Therapie aller Schockformen mit Organersatzverfahren

Sinus pilonidalis – deutlich mehr Männer als Frauen betroffen



Großzügige Entfernung des erkrankten Gewebes weiterhin eine gängige und gute Methode

Bei der Steissbeinfistel (Sinus pilonidalis) handelt es sich um einen krankhaften Gang zwischen Haut und Unterhautfettgewebe im Bereich der proximalen Rima ani. Zur Infektion kommt es durch Einsprießen von Haaren in die tieferen Hautschichten, die statt nach außen nach innen vorwachsen. Betroffen sind vor allem stärker behaarte Personen, daher deutlich mehr Männer als Frauen, die viel sitzen. Der aus dem Englischen stammende Begriff „Jeep-Krankheit“ charakterisiert dies recht genau.

Man muss zwischen der akuten und der

subakuten oder chronischen Form unterscheiden. Akut stellt sich ein schmerzhaft geröteter Abszess dar, der einer sofortigen Entlastung bedarf. Diese Entlastung kann in geeigneten Fällen in örtlicher Betäubung oder Vereisung durchgeführt werden und hat eine sofortige Verbesserung der Beschwerden zur Folge. Antibiotika sind in der Regel nicht notwendig.

Chefarzt Dr. Marco Sailer weiß aus seiner jahrzehntelangen Erfahrung: „Meist bedarf es dann im Abstand von wenigen Tagen bis Wochen einer weiteren operativen Therapie.“ Auch

Akuter Sinus pilonidalis vor der Abszeßspaltung

für den Sinus pilonidalis existieren viele verschiedene Operationsverfahren, was letztlich darauf hinweist, dass es keine Prozedur gibt, die immer und in allen Fällen zur Ausheilung führt. Neben diversen plastischen Verfahren ist jedoch die großzügige Entfernung (Exzision) des erkrankten Gewebes eine weiterhin sehr gängige und gute Methode.



Dr. Antje Missbach-Kroll

Oberärztin
Klinik für Chirurgie
040 72554-2161
missbach@bkb.info

Maligne Dünndarmtumore

Ro-Resektion solitärer Tumoren ist die Therapie der Wahl

Maligne Dünndarmtumore gehören zur den seltenen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes und stellen einen Anteil von ca. 1–3% aller Malignome des GI-Traktes dar. Neben Lymphomen (NHL15%), neuendokrinen Tumoren (29%) und GIST stellen die Adenokarzinome mit 45% die häufigste Entität dar. Bei Diagnosestellung finden sich bei bis zur 40% der Fälle bereits Metastasen. Dies spiegelt die Schwierigkeiten der rechtzeitigen Diagnosestellung wider. Die erhebliche zeitliche Latenz zwischen Beginn der Tumorentwicklung und Diagnosestellung resultiert aus dem späten Beginn uncharakteristischer Symptome, die letztlich mit zunehmender Krankheitsdauer in einem akuten Abdomen gipfeln können. Neben Peutz-Jeghers- und Gardner-Syndrom, können FAP, HNPCC, und Morbus Crohn als Risikofaktoren für die Entstehung maligner DD-Tumore ursächlich

sein. Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung, stehen die Sonographie, Abdomen-CT oder MRT, sowie die Gastroskopie und Koloskopie zur Diagnosesicherung zur Verfügung. Als weiteres Instrument zur Detektion von Tumoren im mittleren GI-Trakt, wo die Koloskopie und Gastroskopie ihre Grenzen finden, ist die Kapselendoskopie geeignet.

Die Ro-Resektion solitärer Tumoren unter onkologischen Kautelen ist die Therapie der Wahl. Eine palliative chirurgische Intervention kann zur Beherrschung von Komplikationen sinnvoll sein. Aber auch Tumormassenreduktion bei bestimmten Entitäten, wie bei NET oder GIST sind von prognostischer Bedeutung.

Um eine optimale Behandlung und damit auch eine bessere Prognose für die Patienten zu erreichen, ist die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von größter Bedeutung.



GIST im mittleren Jejunum



OP-Präparat



Nasser Gholeh
Oberarzt
Klinik für Chirurgie
040 72554-2157
gholeh@bkb.info



Prof. Dr. Marco Sailer
Chefarzt
Klinik für Chirurgie
040 72554-1210
sailer@bkb.info

Kompetenzen Chirurgie

- > Allgemeine, viszerale und proktologische Chirurgie
- > Minimalinvasive Chirurgie
- > Sämtliche gut- und bösartigen Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie Leber und Pankreas
- > Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- > Zertifiziertes Referenzzentrum für chirurgische Koloproktologie
- > Magen-Darm-Zentrum und Hernienzentrum
- > „Fast-track-Chirurgie“ bei Darmoperationen
- > Interdisziplinäres Tumorboard
- > Traumatologie/Endoprothetik

Ausgedehntes Spektrum in der onkoplastischen Brustchirurgie

Bethesda Krankenhaus bietet ein Repertoire an verschiedenen Operationsverfahren an



Eine Patientin vor und nach dem Eingriff
Fotos: Dr. Neuß

Für viele Frauen ist der Busen ein wichtiger Aspekt ihres Körperbewusstseins und ihres Selbstgefühls als Frau. Dies kommt besonders dann zum Tragen, wenn sich aufgrund einer Krebserkrankung die Frage stellt, ob sich der Busen in der Form erhalten lässt, ob er vielleicht deformiert wird oder sogar ganz entfernt werden muss.

In vielen Gesprächen im Rahmen der Therapieplanung vor der Operation, aber auch in noch mehr Gesprächen nach erfolgter Operation, kommt das immer wieder zum Ausdruck: Zum einen als Angst vor der notwendigen Therapie mit den möglichen Veränderungen, über die der Arzt immer aufklären muss, zum anderen als Gefühl eines Verlustes – Organverlust, Verlust des Selbstwertgefühls, Verlust als Frau – welches sich manchmal erst Jahre nach der Therapie manifestiert. Umso wichtiger ist es, dass von Anfang an die Therapieplanung so erfolgt, dass die Form der Brust als solche erhalten wird oder zumindest die Operation so erfolgt, dass eine Rekonstruktion jederzeit wieder möglich ist.

In Zeiten des Mammografie-Screenings und des deutlich besseren Kenntnisstands der Frauen zum Brustkrebs wird es immer wichtiger, ein Repertoire an verschiedenen Operationsverfahren zu beherrschen, um einer Vielzahl an Brustformen, Krebsgrößen und -lokalisationen gerecht zu werden. Defektheilungen aufgrund

ungenügender präoperativer Planung sollten nicht mehr vorkommen.

In der Frauenklinik werden mehrere grundlegende onkoplastische Verfahren angewandt, die je nach klinischer Situation variiert werden können und müssen. Dafür müssen sich die Patienten immer im Rahmen der Brustsprechstunde vorstellen. Diese Termine können sehr schnell vergeben werden (am gleichen bis maximal drei Tage) und beinhalten immer eine nochmalige Mammasonografie (DEGUM II) ggf. mit Clipmarkierung oder auch mit stanziobioptischer Klärung weiterer suspekter Befunde oder auch von suspekt erscheinenden axillären Lymphknoten. Im Fall einer neoadjuvanten Therapie kann der Therapieerfolg auch in diesem Rahmen kontrolliert werden und die Operationsplanung entsprechend angepasst werden.

Generell werden nicht tastbare Befunde vor einer Operation sonografisch oder mammografisch lokalisiert und markiert; dies gilt auch für auffällige Lymphknoten, die stanziobioptisch unauffällig erschienen. Diese werden immer mit entfernt – auch wenn sie nicht als Wächterlymphknoten gekennzeichnet wurden. Onkoplastische brusterhaltende Operationen sind neben primär oder sekundär rekonstruktiven Verfahren möglich und werden in der Frauenklinik angeboten.

Es werden verschiedene plastische Verfahren praktiziert – von der einfachen Segmentresektion über Defektdeckungen verschiedenster Schweregrade (einfache Donut-Plastik, Batwing-Plastik, B-Plastik, Plastiken mit Ankernarbe (kaudal, kranial oder beidseits gestielte Brustwarzentransplantate)) bis hin zur Sofortrekonstruktion nach subkutaner Mastektomie mit oder ohne Mamillenerhalt mittels subpektoraler Silikonimplantate. Rekonstruktionen mit Eigengewebe werden nur in Form von sekundären Rekonstruktionen in Zusammenarbeit mit plastischen Chirurgen angeboten. Eigenständige Mamillenrekonstruktionen nach Verlust sind ebenfalls möglich (Mamillentransfer, Rekonstruktion aus der Gegenseite oder aus Material anderer Körperteile).

Unserer Erfahrung nach sind Sofortrekonstruktionen mit Implantaten zwar relativ einfach

durchführbar und bieten schnelle Erfolgserlebnisse – die Langzeitergebnisse sind mit denen einer Eigengewebsrekonstruktion nicht zu vergleichen, so dass wir oftmals, gerade bei jüngeren Frauen, zur Eigengewebsrekonstruktion raten.

Jede Frau wird darüber aufgeklärt, dass es in der Regel erforderlich ist, die Gegenseite entsprechend anzupassen. Dies kann im Rahmen der Krebsoperation erfolgen, manchmal ist es aber sinnvoller, die Anpassung erst dann vorzunehmen, wenn die erkrankte Brust ihre Form nach Abschluss der Therapien erreicht hat – zum Beispiel ein halbes Jahr nach der Bestrahlung.

Somit kann die Frauenklinik ein ausgedehntes Spektrum in der onkoplastischen Brustchirurgie vorweisen, welches zudem noch durch eine Diagnostik auf hohem Niveau vervollständigt wird.



Dr. Martin Neuß
Chefarzt
Frauenklinik
040 72554-1221
neuss@bkb.info

Kompetenzen Frauenklinik

- › Ambulante Operationen
- › Operative und konservative gynäkologische Onkologie
- › Minimalinvasive Operationen,
- › Myom- und Endometriosetherapie
- › Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
- › Brustzentrum
- › Onkoplastische Operationen, Rekonstruktion
- › Familienorientierte Geburtshilfe
- › Pränataldiagnostik
- › Mammadiagnostik
- › Dysplasiediagnostik

Brücken schlagen, Stigmatisierung überwinden – Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe erleichtern

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des BKB geht neue Wege, um der öffentlichen und der Selbststigmatisierung entgegenzuwirken

Einerseits haben psychische Erkrankungen eine zunehmend wahrgenommene volkswirtschaftliche Bedeutung, z.B. als Begründung für Arbeitsunfähigkeit, andererseits tut sich die Öffentlichkeit wie auch der Einzelne schwer, seelisches Leiden genauso anzuerkennen wie körperliche Beschwerden.

Vier der zehn weltweit wichtigsten Ursachen erkrankungsbedingt beeinträchtigter Lebensjahre sind psychischer Natur: Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie und bipolare affektive Störungen. Durch die demographische Entwicklung sind wir mit einer spürbaren Zunahme von Demenzerkrankungen konfrontiert. Gleichzeitig nimmt die Bereitschaft, psychisch kranke Menschen als Nachbarn oder Arbeitskollegen in ihrem manchmal auch störenden Wesens zu akzeptieren, ab. In einer im British Journal of Psychiatry veröffentlichten Studie (Angermeyer et al. 2013), in der danach gefragt wurde, ob man z. B. eine Person mit einer schizophrenen Psychose für einen Job empfehlen oder ihr eine Wohnung vermieten würde, zeigte sich im Vergleich der Umfrageergebnisse zwischen 1990 und 2011 eine deutliche Tendenz zu vermehrter Ablehnung.

Im Blick der Öffentlichkeit dominieren vier Aspekte das stereotype Bild vom psychischen Kranken: die Vorstellung, dass psychisch Kranke gefährlich sind, dass sie selbst für ihre Erkrankung verantwortlich sind, dass die Krankheit chronisch verlaufen würde, schwer zu behandeln und eine schlechte Prognose hätte und schließlich, dass psychisch Kranke gegen soziale Normen verstoßen und unberechenbar seien. Gerade in Bezug auf schizophrene Erkrankte dominiert die Vorstellung der Unheimlichkeit und Gefährlichkeit. Dies trug offenbar dazu bei, dass in der Öffentlichkeit die Bereitschaft, psychisch Erkrankten ihre Freiheitsrechte abzusprechen, etwa wenn für eine Zwangseinweisung plädiert wird, wenn jemand öffentliches Ärgernis erregt, seine Familie dies wünscht oder auch nur die verschriebene Medikation nicht eingenommen wird, im Zeitraum von 1993 bis 2011 deutlich zugenommen hat (Angermeyer et al. 2014).

Eine weitere Form der Diskriminierung geht von den Kranken selbst aus. In einer Vorwegnahme der Ablehnung durch ihre Umwelt gehen sie anderen aus dem Weg und ziehen sich zurück. Soziale Isolierung, Probleme bei der Arbeitssuche und Verlust an Lebensqualität sind die Folgen.

Gleichermaßen gelten diese Tendenzen für die Angehörigen psychisch Kranker, die unter Vorurteilen und sozialer Ausgrenzung zu leiden haben.

Im Zusammenhang mit dem psychenet-Projekt, das in den vergangenen fünf Jahren ausgehend vom UKE in Hamburg durchgeführt wurde, führte die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie die Peer-Beratung für Betroffene und Angehörige ein. Die Peers, die Ihresgleichen, haben ihre Erfahrungen als selbst von psychischer Erkrankung Betroffene oder als Angehörige eines psychische Erkrankten in einem Ausbildungs- und Qualifizierungsprozess aufgearbeitet und stehen jetzt für Beratungsgespräche zur Verfügung. Frau Junge vertritt die Sicht der Psychiatrieerfahrenen und Frau Mast die der Angehörigen.

In die gleiche Richtung geht das Angebot der Angehörigengruppe, die von Frau Mast geleitet wird, wobei sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt in Facharztweiterbildung unterstützt wird. Diese Gruppe trifft sich 14-tägig in den Räumen der Psychiatrischen Institutsambulanz. Der Austausch über die eigenen Erfahrungen, die Scham- und Schuldgefühle, Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber auch die Klärung praktischer Fragen und medizinischer Unklarheiten kann dabei helfen, aus dem Rückzug herauszufinden. Dabei ist immer klar, dass die Schweigepflicht gewahrt wird.

In der letzten Zeit bekommt die Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge aus den Erstaufnahmeeinrichtungen und Folgeunterkünften in der Klinik eine wachsende Bedeutung. Zur Überbrückung der Sprachbarrieren setzen wir als Dolmetscher vermehrt Medizinstudierende ein, die aus den Herkunftsländern der Asylsuchenden stammen. Sich in der Muttersprache über

die eigene seelische Not äußern zu können, trägt dazu bei, die Fremdheit und Angst zu überwinden.

Ein weiteres Angebot der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie besteht in den regelmäßig für die allgemeine Öffentlichkeit veranstalteten Themenabende. Im Mai fand dieser zum Thema "Depressionen – sich helfen und sich nicht verlieren" statt, der nächste Abend ist am 14. Oktober, 17 Uhr, zum Thema „Angst, Panik, Phobien – Hilfe zur Selbsthilfe“ im Konferenzraum 1 im BKB.

Die Peer-Beraterinnen sind telefonisch unter 725 54-239 zu erreichen.



Dr. Claas Happach
Chefarzt
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
040 72554-1230
happach@bkb.info

Kompetenzen Psychiatrie und Psychotherapie

- Vollversorgungsauftrag für den Bezirk Bergedorf mit ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung
- Spezialgebiete:
Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Demenz, Persönlichkeitsstörungen und stationäre Mutter-Kind-Behandlung
- Psychiatrische Institutsambulanz mit Gedächtnissprechstunde, „Club“ (offene Gesprächsrunde für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung)
- Kooperationen:
Der Begleiter e. V., Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Eppendorf, KODROBS, Theodor-Wenzel-Haus



Zentrum für Diabetologie Bergedorf

Zucker ist nicht süß

10 Jahre Beratungen und Schulungen von der Prävention bis zur Therapie

Diabetes mellitus zählt zu den größten Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Allein in Deutschland werden täglich fast 1000 neue Erkrankungen registriert. In über 90 % der Fälle handelt es sich um den Diabetes mellitus Typ 2, nur etwa 5 % haben den Typ 1.

Bereits vor 25 Jahren entstand im Bethesda Krankenhaus die Idee, eine stationäre Schulung für Menschen mit Diabetes mellitus ins Leben zu rufen. Dr. Jens Kröger startete mit einem kleinen Team und einem ehemaligen fensterlosen Besprechungsraum von 8 qm als Schulungsraum. Die damalige Pionierarbeit der strukturierten Diabetesschulung stellt auch in der heutigen Diabetestherapie die wesentliche Grundlage dar.

Seit 10 Jahren betreut, berät und schult das von der Deutschen Diabetesgesellschaft anerkannte und zertifizierte Zentrum für Diabetologie Bergedorf ambulant Patienten mit Diabetes Typ 1, Typ 2 sowie selteneren Formen wie dem pancreopriven Diabetes mellitus und dem Gestationsdiabetes. Natürlich gibt es bei jedem Patienten und Diabetestyp Grundregeln der Behandlung wie sinnvolle Ernährung, Bewegungs- und Fitnessmanagement und die richtige medikamentöse Therapie. Trotzdem ist jeder Mensch ein Individuum und dies versuchen wir, in unseren strukturierten Gruppenschulungen und Einzelberatungen abzubilden.

Betreut werden die Patient(innen(-en)) von einem Team bestehend aus Ärztinnen(en), Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Krankenschwestern, Wundassistentinnen, medizinischen Fachangestellten sowie DMP Spezialistinnen(en). Das Leistungsangebot umfasst diagnostische Laboruntersuchungen, individuelle Ernährungsberatungen, Gruppen- und Einzelschulungen sowie Kontrolluntersuchungen gemäß Gesundheitspass Diabetes. Weiterhin stehen LZ-Blutdruck und LZ-Blutzuckeruntersuchungen durch kontinuierliche interstitielle Messmethoden (CGM und FGM) zur Verfügung.

Gerade bei Menschen mit Typ 1 Diabetes hat es hinsichtlich der technischen Hilfsmittel in den letzten Jahren Meilensteinentwicklungen gegeben. Zu erwähnen sind hier die Fortschritte in der Insulinpumpentherapie und der kontinuierlichen Glukosemesssysteme. Am Zentrum für Diabetologie Bergedorf besteht eine große fachliche Kompetenz aller zur Verfügung stehenden Systeme. Bereits über 10 Jahre werden Systeme der kontinuierlichen Glukosemesssysteme verwendet, doch insbesondere seit der Einführung des ersten Flash Glukose Monitorsystem 2014 ist hier ein Durchbruch gelungen. Die Preise wurden halbiert, einzelne Krankenkassen führen eine Kostenerstattung durch. Patienten mit einer Insulintherapie haben immer davon geträumt, diskret kontinuierlich ihre Glukosewerte mit Trendanzeige zu sehen, ohne sich in die Fingerbeere stechen zu müssen. Wir begleiten diesen Entwicklungsprozess in wissenschaftlicher Hinsicht seit Jahren und es ist sehr erfreulich, dass dieser Meilenstein auf dem Weg zum closed Loop für Patienten zur Verfügung steht oder zukünftig zur Verfügung stehen wird.

Folgeerkrankungen wie die diabetische Retinopathie, Nephropathie und Polyneuropathie werden im Rahmen eines Kompetenznetzwerkes mit anderen Fachärzten und Hausärzten ambulant oder stationär betreut. Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom steht mittwochs und freitags eine Fußambulanz zur Verfügung.

Der Typ 2 Diabetes hat eine Vererbungswahrscheinlichkeit von 30 bis 50 %. Wir sollten daher verstärkt auch auf Verhaltens- wie Verhältnisprävention setzen. Das neue Präventionsgesetz ist hier nur der Anfang. Wir sind der Meinung, dass eine nationale Diabetesstrategie, wie von der UN gefordert und bereits in 18 Ländern umgesetzt, auch in Deutschland erforderlich ist. Um mit gutem Beispiel voranzugehen bieten wir daher Präventionsschulungen bei Übergewicht und Adipositas im Präventionszentrum PRÄDIAB an.

Als Konsiliarteam steht unser Team in Fragen der Diabeteseinstellung dem Bethesda Krankenhaus während des stationären Aufenthaltes auf Anforderung zur Verfügung. So schließt sich ein Kreis, der vor 25 Jahren unter dem damaligen Chefarzt Dr. Joachim Krauss begann.



Dr. Kröger engagiert sich seit vier Jahren ehrenamtlich im Vorstand der Deutschen Diabetes-Hilfe (DiabetesDE).

Zentrum für Diabetologie Bergedorf

Dr.med. Jens Kröger

Dr.med. Susanne Rosenboom

Dr.med. Heidi Stendel

Mahmoud Sadri

Dr.med. Heidi Lankers

und Partner

Glindersweg 80 · Haus E/C

21029 Hamburg Bergedorf

Tel.: 040 854051-0

diabeteszentrumhamburg@t-online.de

www.diabeteszentrum-hamburg-ost.de

Genetische Beratung im Bethesda Krankenhaus

Besondere Sprechstunde für Schwangere: Für die meisten genetisch bedingten Erkrankungen besteht die Möglichkeit einer gezielten Diagnostik

Für alle Fragen rund um Erbkrankheiten und Risikoschwangerschaften findet bereits seit 2011 eine wöchentliche Humangenetische Sprechstunde im Bethesda Krankenhaus statt. Immer mittwochs vormittags berät Frau Dr. Fiebig (Fachärztin für Humangenetik) vom Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik im Gynaekologikum stationäre und ambulante Patienten, bei denen der Verdacht auf eine genetisch bedingte Erkrankung besteht.

Durch die enge Zusammenarbeit mit der parallel stattfindenden Pränatalsprechstunde von Dr. Kassing (Facharzt für



Gynäkologie) können Schwangere mit einem erhöhten Risiko für Fehlbildungen oder Erkrankungen des Kindes direkt und vor Ort interdisziplinär beraten werden.

Für die meisten Erbkrankheiten besteht heutzutage die Möglichkeit einer gezielten genetischen Diagnostik, die zur Aufklärung der Krankheitsursache beitragen kann. Mögliche Erkrankungsrisiken für die Angehörigen und Nachkommen können aufgedeckt oder ausgeschlossen werden.

Das vermehrte Auftreten von Brustkrebs- oder Darmkrebserkrankungen in der Familie

ist der häufigste Beratungsgrund. Wenn in der Familie eine erbliche Krebserkrankung vorliegt, dann kann durch die genetische Untersuchung der Familienmitglieder herausgefunden werden, wer ein stark erhöhtes Krebsrisiko geerbt hat. Durch ein intensiviertes Vorsorgeprogramm kann bei den Risikopersonen eine mögliche Krebserkrankung früher erkannt oder sogar vermieden werden.



Dr. Britta Fiebig
Pränatalzentrum
Hamburg und
Humangenetik im
Gynaekologikum
040 72554-2267
bfiebig@praenatalzentrum.de

Funktionsdiagnostik in der Klinik für Kardiologie ausgeweitet

Vermehrtem Patientenaufkommen wird so Rechnung getragen

Nach einem erfolgreichen Gründungsjahr 2014 unter Chefarzt Dr. Peter Unger konnte die Klinik für Kardiologie erfreulicherweise auch die Ziele für das Jahr 2015 umsetzen. Neben der Installation einer EKG-Überwachungsanlage (Telemetrie), welche eine mobile Rhythmusüberwachung von aktuell 8 Patienten auf der kardiologischen Normalstation gewährleistet, lag die Funktionsdiagnostik im Fokus, um dem vermehrten Patientenaufkommen gerecht zu werden. Das Herzkatheterlabor mit 24-stündiger Rufbereitschaft ist in der Nähe der Zentralen Notaufnahme verblieben. Im März 2015 zog die übrige kardiologische Funktionsdiagnostik in neue Räumlichkeiten um und konnte somit ausgeweitet werden. Die Abteilung für Echokardiografie verfügt über 2 Echokardiografieplätze mit modernen Echokardiografiegeräten zur Durchführung von transthorakalen und transösophagealen Echokardiografien. Auch finden die elektrischen Kardioversionen zur

Behandlung von persistierendem Vorhofflimmern hier statt. Für ambulante Patienten erfolgt, falls erforderlich, die Überwachung z.B. nach Kardioversion im kardiologischen Überwachungsraum.

Darüber hinaus wurde die Anzahl der Langzeit-Blutdruck- und Langzeit-EKG-Geräte erhöht. Neben den normalen EKG-Untersuchungen und Belastungs-EKGs werden alle Eventrecorder, Schrittmacher- und ICD-Systeme, incl. der biventrikulären Systeme („CRT“) in der Schrittmacherambulanz kontrolliert. Neben der pharmakologischen Stressechokardiografie wird die Funktionseinheit nun um einen ergometrischen Stressechoplaz erweitert.

Anmeldungen zu Untersuchungen: 040 72554-2000/2004. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 040 72554-1261 (Sekretariat Kardiologie, Frau Malöwski) zur Verfügung.



Dr. Katrin Streiber
Klinik für Kardiologie
Oberärztin
040 72554-1261
streiber@bkb.info

Aktuelle Nachrichten aus dem BKB



Dr. Martin Neuß, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ist seit dem 1. Juli 2015 neuer Chefarzt der Frauenklinik im Bethesda Krankenhaus Bergedorf. Dr. Neuß hat

sein Studium an der Universität Heidelberg absolviert und erhielt 1993 seine Approbation als Arzt. Nach seiner Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Inneren Medizin im St. Rochus-Krankenhaus in Bad Mergentheim begann er 1996 im Krankenhaus St. Adolf-Stift in Reinbek als Assistenzarzt der Inneren Medizin und wechselte 1997 in die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe unter der Leitung von Herrn Dr. Schirmacher. 2006 übernahm Dr. Neuß die Stelle als Oberarzt in der Frauenklinik des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht und war primär verantwortlich für die Geburtshilfe (DEGUM I) und Vertreter des Chefarztes in der Brustdiagnostik (DEGUM II) und Brustchirurgie mit einem besonderen Schwerpunkt in der onkoplastischen und plastischen Mammachirurgie.

Zu seinem operativen Spektrum gehören alle gynäkologischen Standardoperationen und die gynäkologische Onkochirurgie. Zusätzlich war er über 4 Jahre Mitglied im Perinataleausschuss der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Mitglied des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement in Schleswig-Holstein. Dr. Neuß ist verheiratet und Vater von zwei Kindern.



Marc Bota, seit dem 1. April 2014 Funktionsoberarzt, ist jetzt Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin. Marc Bota ist Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.



Prof. Dr. Marco Sailer, Chefarzt der Klinik für Chirurgie am Bethesda Krankenhaus Bergedorf, ist zum dritten Mal in Folge in die FOCUS-Bestenliste der

deutschen Top-Mediziner aufgenommen worden. Er gehört damit weiterhin bundesweit zu den 85 besten deutschen Bauchchirurgen. Bewertungskriterien für diese Auszeichnung sind u.a. die Veröffentlichungen wissenschaftlicher Publikationen und Empfehlungen von Patientenverbänden, Klinikchefs, Oberärzten, niedergelassenen Medizinern und Selbsthilfegruppen.



Dr. Christian Reiner verstärkt seit dem 1. Juli 2015 als Funktionsoberarzt das Team der Klinik für Kardiologie. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und hat bis zu seinem Wechsel ans Bethesda Krankenhaus im Albertinen Krankenhaus gearbeitet.



Frau Dr. Maike Kalb-Rottmann ist seit dem 1. September 2015 Oberärztin in der Frauenklinik. Sie arbeitet bereits seit dem 1. Juli 2008 im Team der Frauenklinik am Bethesda Krankenhaus, war bislang Assistenzärztin. Dr. Maike Kalb-Rottmann ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Impressum

Herausgeber:
Bethesda Krankenhaus Bergedorf
gemeinnützige GmbH
Glindersweg 80, 21029 Hamburg
Tel. 040 72554-0, Fax. 040 72554-1147
E-Mail: info@bkb.info
Internet: www.klinik-bergedorf.de

Redaktion: Bethesda Krankenhaus Bergedorf,
Connie Gudert, Marketing und Öffentlichkeitsarbeit
Gestaltung: Esther Kallaus
LOOK 360 design & advertising
Fotos: Bethesda Krankenhaus Bergedorf,
Gabriele Heine Fotodesign
soweit nicht anders vermerkt

Veranstaltungen

Patientenforen

Konferenzraum 1
18:00 bis 19:00 Uhr, BKB

08.10.2015 „Brustkrebs – wie erhalte ich meine Gesundheit?“

19.11.2015 „Luftnot – schwaches Herz. Was tun?“

Informationsabende für werdende Eltern

jeweils am **letzten Donnerstag im Monat**
17:30 bis 19:00 Uhr Konferenzraum 1,
Bethesda Krankenhaus Bergedorf

Themenabend

14.10.2015, 17:00 Uhr
Angst, Panik und Phobien:
Hilfe zur Selbsthilfe
Themenabend der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Dipl. Psych. Nina Paulsen,
Dr. Claas Happach, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Bethesda Krankenhaus, Konferenzraum 1

Pflegekurse im BKB

2., 9. und 16.11.2015,
jeweils 17:00 bis 20:00 Uhr
Kostenlose Pflegekurse für pflegende Angehörige
Pflegelehrerin Urda Hittmeyer
Wundtherapeut Matthias Schulz
Anmeldung unter: hittmeyer@bkb.info

Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Fachpersonal

22.01.2016, 9:00 bis 17:00 Uhr
Kurs der Ösophagus Funktions-Diagnostik,
Fortbildungskurs für ärztliches Personal,
medizinisch technisches Assistenzpersonal
und Pflegekräfte, Bethesda Krankenhaus
Bergedorf, Konferenzraum 1
Anmeldung unter luedemann@bkb.info

19. und 20. Februar 2016
Anorektaler Endosonographiekurs/
Grund- und Aufbaukurs, Deutsches
End- und Dickdarmzentrum Mannheim,
Referenten:
Prof. Dr. M. Sailer/ Prof. Dr. D. Bussen
Anmeldung Petra Fuks, Klinik für
Chirurgie/Sekretariat 040 72554-1211
E-Mail: fuks@bkb.info