

BETHESDA ÄRZTEFORUM

Fachinformationen aus unseren Kliniken



Chefarzt der Klinik für Neurologie setzt neue Maßstäbe

Ausbau der Schlaganfallbehandlung – Komplettes diagnostisches Leistungsspektrum – Zusätzliche klinische Schwerpunkte

■ **Klinik für Geriatrie:**

Respiratorische Infektionen
– typische Symptome fehlen

■ **Klinik für Kardiologie:**

Neue Therapien bei
Vorhofflimmern

■ **Abteilung für Anästhesie:**

Patientensicherheit
bei Operationen

WIR SORGEN FÜR SIE



Sehr geehrte Damen und Herren,

am 1. Januar 2018 übernahm Chefarzt Dr. Frank Trostdorf die Leitung unserer Klinik für Neurologie. Mit dem Ltd. Oberarzt Jochen Grünholz und Oberarzt Florian Ehlers ist das Team jetzt noch breiter aufgestellt. Wir freuen uns, damit unser Leistungsspektrum ausbauen zu können.

Nach der Erweiterung unseres OP-Traktes und der Fertigstellung der hochmodernen Intensivstation haben wir die nächsten Baumaßnahmen eingeleitet: Die Psychiatrie freut sich auf vier komplett umgebaute Stationen, die Erweiterung und technische Neuausstattung der Zentralsterilisation beginnt in Kürze.

Positive Nachrichten kommen von unseren Wahlleistungs-Patienten, die sich auf unserer neuen Komfort-Station sehr gut aufgehoben fühlen. Und unser Geburtshilfe-Team meldet mit 836 Geburten einen neuen Rekord.

Viel Spaß bei der Lektüre! Wir freuen uns auf eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ihre

Margret von Borstel
Geschäftsführerin

Titelbild: CONRADIA-Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter Dr. Kalinowski und Chefarzt Dr. Trostdorf (r.) bei der CT-Auswertung.

Klinik für Neurologie unter neuer Leitung: Klinische Versorgung deutlich verbessert – Neurologische Notfallversorgung rund um die Uhr gewährleistet

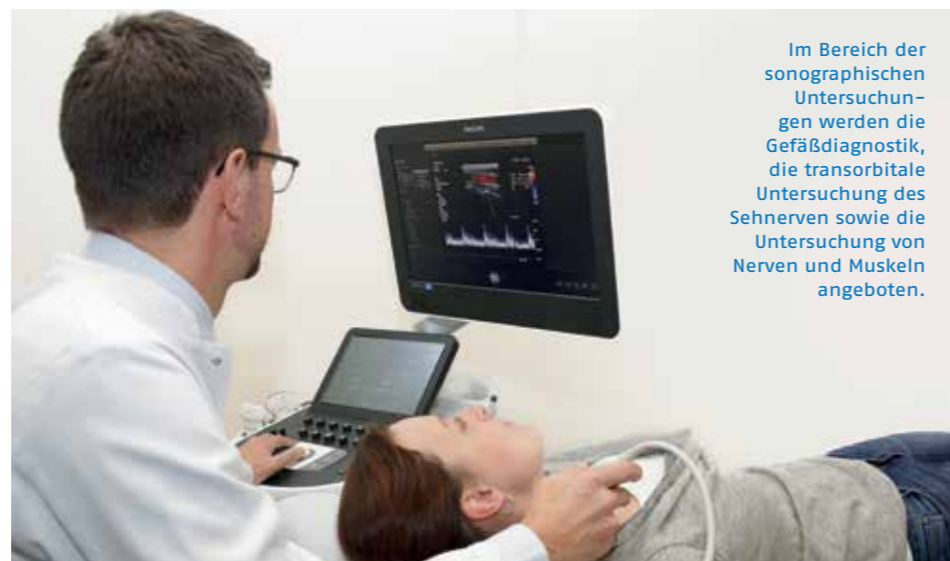
Kompetente neurologische Notfall- und Intensivmedizin – Differenzierte elektive Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen in engem Austausch mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen

Mit Beginn des Jahres erfolgte eine personelle Erweiterung der seit Mai 2017 bestehenden, eigenständigen Klinik für Neurologie auf Chefarzt- und Oberarzt-Ebene. Es soll somit der wachsenden Bedeutung des Faches Rechnung getragen werden. Nicht nur die zunehmende Häufigkeit neurologischer Erkrankungen, sondern auch ganz wesentliche diagnostische und therapeutische Fortschritte im Bereich vieler neurologischer Erkrankungen in den letzten Jahren begründen diese Entwicklung.

Die Klinik für Neurologie hat sich unter neuer Leitung zum Ziel gesetzt, ein breites Angebot diagnostischer und therapeutischer Verfahren in Ergänzung zu den bestehenden Versorgungsstrukturen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu etablieren. Die Klinik ist Ansprechpartner für sämtliche neurologische Notfälle im Bezirk und in der weiteren Umgebung, wobei nicht zuletzt durch verschiedene Kooperationen neurochirurgisch und neuroradiologisch ein breites neuromedizinisches Leistungsspektrum angeboten werden kann. Auch die intensivmedizinische Versorgung von Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern ist bei entsprechender Qualifizierung der neuen Leitung (Spezielle neurologische Intensivmedizin) gewährleistet.

Differenzierte Therapiestrategien in der Schlaganfallbehandlung

Im Bereich der neurologischen Notfallmedizin stellt die Schlaganfallbehandlung den dominierenden Schwerpunkt dar. Diese erfolgt im Bethesda Krankenhaus auf der seit 2015 von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifizierten Regionalen Stroke Unit. Es stehen mit der intravenösen Thrombolyse und der interventionellen Thrombektomie hoch effektive Therapiemaßnahmen für Patienten mit zerebralen Ischämien zur Verfügung. Auch wenn die Therapien inzwischen unter Zuhilfenahme insbesondere bildmorphologischer Parameter („mismatch“ Bildgebung) in einem deutlich erweiterten Zeitintervall zum Einsatz kommen können, so ist doch weiterhin der schnelle Beginn der Behandlung von essentieller Bedeutung für die Prognose. Das gesamte Spektrum der Therapie wird über das Bethesda Krankenhaus durch die Einbindung in ein Netzwerk (Neurovaskuläres Netzwerk UKE), sowie in Kooperation mit weiteren Partnerkliniken angeboten. Die intravenöse Lyse kann dabei bei proximalen Gefäßverschlüssen durch unmittelbaren Transport des Patienten unter laufender Therapie („drip and ship“) in ein neurointerventionelles Zentrum zur Katheter-gestützten Thrombektomie ergänzt werden.



Im Bereich der sonographischen Untersuchungen werden die Gefäßdiagnostik, die transorbitale Untersuchung des Sehnerven sowie die Untersuchung von Nerven und Muskeln angeboten.

Breites Leistungsspektrum in der elektiven Diagnostik

Neben der Notfallversorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen ist es ein Anliegen, in engem Kontakt mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen eine differenzierte stationäre Diagnostik und Therapie im breiten Spektrum gerade auch chronischer Erkrankungen in der Neurologie anzubieten. Die wesentlichen diagnostischen Möglichkeiten einschließlich differenzierter Elektrophysiologie (EEG, Elektromyographie, Elektroneurographie, evozierte Potentiale), vaskulärem Ultraschall und Nerven-sonographie stehen neben den bildgebenden Verfahren der Schnittbilddiagnostik hierbei zur Verfügung. Für die differentialdiagnostische Abklärung insbesondere neuromuskulärer Erkrankungen wird die Möglichkeit zur Entnahme von Muskel- und Nervenbiopsien etabliert.

Besondere Schwerpunkte sollen in der Versorgung von Patienten mit neuroimmunologischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems (z. B. Multiple Sklerose, immunvermittelte Neuropathien u.a.), neuromuskulären Erkrankungen (u.a. Myopathien, Neuropathien, Amyotrophe Lateralsklerose) und neurodegenerativen Erkrankungen einschließlich Demenzerkrankungen und Bewegungsstörungen liegen.

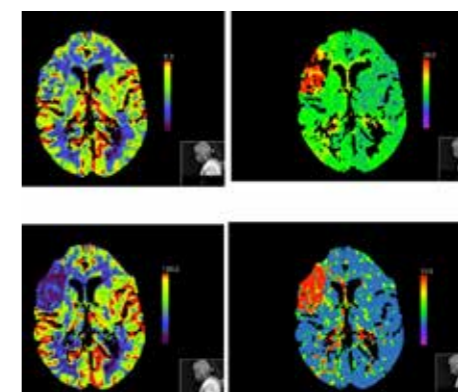
Bei der Versorgung dieser Patienten ergeben sich durch Kooperationen mit z.B. den Kliniken für Innere Medizin einschließlich Pulmonologie, der Kardiologie sowie der Geriatrie und Psychiatrie breite diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

Enger Kontakt mit Zuweisern

In der Strukturierung der Patientenversorgung soll die Organisation der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einen besonderen Stellenwert haben, um eine Abstimmung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit nach Möglichkeit reibungsloser Informationsweitergabe zu gewährleisten.



Herr Grünholz (li.) und Herr Ehlers (re.) komplettieren die Führungsebene der Klinik für Neurologie



Die multimodale CT Bildgebung erlaubt eine Erweiterung der Indikationsstellung für die Schlaganfallbehandlung mit Thrombolyse bzw. Thrombektomie.



Das Angebot elektrophysiologischer Diagnostik wird deutlich verbreitert und erlaubt die differenzierte Untersuchung insbesondere bei peripheren Nervenschädigungen bzw. neuromuskulären Erkrankungen

Der enge Austausch mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist hierbei von Bedeutung, um eine möglichst effiziente, sektorübergreifende Patientenversorgung ermöglichen zu können.



Dr. Frank Trostdorf
Chefarzt
Klinik für Neurologie
040 72554-1241
trostdorf@bkb.info

Chefarzt Dr. Frank Trostdorf

Seit dem 1.1.2018 ist Dr. Frank Trostdorf in der Klinik für Neurologie am Bethesda Krankenhaus Bergedorf als neuer Chefarzt tätig. Die Klinik wurde zuvor kommissarisch von Herrn Jochen Grünholz geleitet, der weiterhin als leitender Oberarzt tätig ist.

Dr. Trostdorf wechselte von der Asklepios Klinik St. Georg, wo er mehrere Jahre als Oberarzt tätig war, ans Bethesda Krankenhaus. Nach dem Studium in Göttingen arbeitete der gebürtige Hannoveraner zunächst über 10 Jahre an den Neurologischen Universitätskliniken in Göttingen und Frankfurt am Main. Er ist breit ausgebildeter Neurologe und neurologischer Intensivmediziner. Neben der Schlaganfallbehandlung und der Intensivmedizin liegen seine Schwerpunkte im Bereich der neuromuskulären sowie der neuroimmunologischen Erkrankungen und der elektro-physiologischen Diagnostik.

Auf dem Weg zum babyfreundlichen Krankenhaus: Geburtshilfe geht neue Wege

Deutlich mehr Geburten, hohe Patientinnen-Zufriedenheit und verbesserte Strukturen in der Klinik – dazu mehr Angebote für Schwangere vor und nach der Entbindung



Etabliert: Team-übergreifende Schulungen

Letztes Jahr hat die Geburtshilfe im Bethesda Krankenhaus Bergedorf einen erfreulichen Aufschwung genommen: Wir konnten die Anzahl der Entbindungen von 746 in 2016 auf 836 in 2017 deutlich steigern. Aber nicht nur die Zahl war steigend, sondern auch etwas, was ich als „Qualität“ in der Geburtshilfe bezeichnen möchte.

Einige Zahlen: Die Häufigkeit der Kaiserschnitte erreichte ein Langzeitminimum von 23 %, gleichzeitig stieg der Anteil von Patientinnen ohne Geburtsverletzungen, ohne dass sich am Outcome der Neugeborenen oder dem Geburtenrisikoprofil des Hauses etwas geändert hätte. Auch die Anzahl der PDAs war leicht sinkend. Die Verlegungsrate von Neugeborenen war im Wesentlichen konstant.

In diesem Jahr wurde zusätzlich eine Patientinnen-Befragung durchgeführt. Auch hier fand sich in den meisten Punkten eine weit überdurchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen.

Wie konnten wir diese Zahlen erreichen? Dafür gibt es sicherlich mehrere Gründe:

Wir haben es uns zum Ziel gesetzt, die bestmögliche Geburtshilfe im Rahmen der Möglichkeiten einer Geburtsklinik anzubieten.

Der erste Schritt auf diesem Weg war die Adaptation und Umsetzung der aktuellen ACOG-Leitlinien zur Reduktion der Kaiserschnitttraten – insbesondere die Anpassung von überkommenen Zeitvorgaben für eine normale Geburt. Zusätzlich haben wir die vorgeburtliche Diagnostik

bei Z. n. Kaiserschnitt oder Beckenendlage erweitert und führen die sonografische Bestimmung der Wanddicke im Narbenbereich nach Sectio und die Beurteilung zur Planung einer vaginalen BEL-Geburt nach klaren, begründbaren und eindeutigen Standards durch. Der zweite Schritt war die gezielte Förderung der Beckenendlageentbindungen und die Wiedereinführung der äußeren Wendung, von denen ich gerne auch mehr machen möchte.

Der dritte Schritt bestand darin, weitere Verfahren zur Anästhesie oder Geburtseinleitung zu etablieren. Die Lachgasanalgesie wird jetzt häufig eingesetzt, um die Endphase der Geburt zu erleichtern, oder aber, um Schmerzen bis zum Legen einer PDA zu überbrücken. Diesbezüglich sind die Rückmeldungen der Patientinnen durchgehend positiv.

Der vierte Schritt besteht in Durchführungen regelmäßiger, Team-übergreifender Schulungen zu Beckenendlageentbindungen, schwierigen vaginalen Entbindungen und zur Neugeborenen-Reanimation. Dadurch konnte die Sicherheit im Team, das Selbstvertrauen in sich selber und in die Leistungsfähigkeit unseres Hauses gestärkt werden.

Und ein weiterer Schritt zeigt bereits jetzt Auswirkungen auf unser Handeln: Seit einem Jahr befinden wir uns im Vorbereitungsprozess auf die Zertifizierung als babyfreundliches Krankenhaus.

Mittlerweile haben vier Schulungen für alle Mitarbeiter stattgefunden und seit April 2017 führen wir eine Stillstatistik, die einen zufriedenstellenden Anstieg der Stillrate zeigt. Auch diese Fixierung auf ein Ziel führt zu einer deutlich besseren Kommunikation im Team und damit zu einem besseren Auftreten gegenüber den Patientinnen.

Aber nicht nur die Prozesse in der Klinik wurden intensiv aufgearbeitet und erneuert. Auch für die Versorgung der Familien nach der Entlassung wurden neue Angebote geschaffen. Das Kursprogramm der „Elternschule“ wurde neu konzipiert und deutlich erweitert. Seit diesem Jahr gibt es einen regelmäßigen Stillvorbereitungskurs und einen Baby-Treff im Haus.

Außerdem werden ab März Beckenbodenpräventionskurse für Mütter angeboten.

Das Jahr 2018 wird vor allem durch die Zertifizierungsvorbereitungen gekennzeichnet sein. Aber auch so werden wir mit der Ballondilatation neue Verfahren zur Geburtseinleitung einführen.

Ich bin zuversichtlich, dass wir durch kontinuierliche Weiterentwicklung und Erweiterung des Angebotes für unsere Patientinnen auch in Zukunft eine gute Entwicklung zeigen können.



Mitglied im Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" (BFHI) e.V.



Dr. Martin Neuß
Chefarzt
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
040 72554-1221
neuss@bkb.info

Kompetenzen Gynäkologie und Geburtshilfe

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



Nanofrakturierung eines Knorpelschadens (oben und unten)



Isolierter Knorpelschaden im MR



Eingebrachte Matrix nach NAMIC®

Knorpelschadenreparation durch NAMIC®

Innovatives Verfahren zur Knorpeltherapie mit körpereigenen Stammzellen

Im Bethesda Krankenhaus werden seit vielen Jahren arthroskopische Operationen des Kniegelenkes durchgeführt. Maßgeblich werden diese Operationen durch Oberarzt Tobias Schrader und Prof. Peter Behrens vorgenommen. Vor einiger Zeit wurde das Spektrum der ASK durch das NAMIC® Verfahren ergänzt und erfolgreich eingesetzt.

Patienten mit Kniegelenksbeschwerden gehören zum Alltag des Hausarztes und Orthopäden. Die Diagnostik mittels Röntgen und MRT ergibt häufig einen Schaden am Meniskus, jedoch auch begleitend am Gelenkknorpel. Die alleinige arthroskopische Teilresektion der Menisken reicht häufig nicht aus und die Patienten haben weiterhin Beschwerden aufgrund des Knorpelschadens. Eine NAMIC® (Nanofrakturierte Matrixinduzierte Chondrogenese) Therapie kann hier helfen.

Die NAMIC® ist ein arthroskopisches Verfahren, das eine Knorpelregeneration induzieren kann. Das Potenzial der subchondralen, mesenchymalen Knochenmarkzellstimulation zur Reparatur von Knorpelschäden wird mit der Technik einer Knochenmarkstammzelle mit Kollagenmatrix oder Fibrinmatrix kombiniert.

Bei Darstellung eines Knorpelschadens erfolgt eine subchondrale Perforierung des freiliegenden Knochens als Nanofrakturierung. Diese wird arthroskopisch über eine spezielle Ahle durchgeführt und hat standardisierte, tiefere und kleinere Löcher als die bisherige Mikrofrakturierung. Die durch die Eröffnung des subchondralen Raumes heraustretenden mesenchymalen Knochenmarkzellen wandern in eine entsprechende Matrix ein und bilden einen belastungsfähigen Ersatzknorpel. Bei größeren Knorpelschäden (1 – 2cm) ist die Matrix eine Kollagenmembran, die – in der Größe des Knorpelschadens – arthroskopisch oder offen aufgebracht wird. Bei kleineren Schäden (< 1 cm) wird eine gelartige Matrix arthroskopisch eingebracht.

Falls die Defektgröße größer als 2 cm ist, können wir mit kleinsten Knopfprothesen wie Hemicup oder WAVE Prothesen diese Schäden beheben.

Diese Verfahren werden im Bethesda Krankenhaus mit Erfolg angewendet und können insbesondere bei jungen Patienten mit Knorpelschäden im Knie ein Fortschreiten des Schadens begrenzen. Viele Patienten mit schmerzhaften Kniegelenken profitieren erheblich von dieser Therapie.

Die komplett individuelle Knieprothetik wie z. B. die Conformisprothesen, stehen bei fortgeschrittenen Arthrosen weiterhin im Vordergrund unserer Kniegelenks-Endoprothetik.



Tobias Schrader
Oberarzt
Klinik für Chirurgie
040 72554-1211
schrader@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)
- > Zentrum für chirurgische Koloproktologie
- > Magen-Darm-Zentrum und Hernienzentrum
- > „Fast-track-Chirurgie“ bei Darmoperationen
- > Interdisziplinäres Tumorboard
- > Traumatologie/Endoprothetik

Beatmungsmedizin im Bethesda Krankenhaus – von der akuten respiratorischen Insuffizienz zur außerklinischen Heimbeatmung

Die akute respiratorische Insuffizienz (ARI) stellt einen lebensbedrohlichen Notfall dar. Die Ursachen sind vielfältig. Sie können Folge einer akuten Dekompensation einer chronischen Erkrankung wie Herzinsuffizienz oder COPD sein, aber auch Begleitsymptom anderer schwerer Erkrankungen wie Trauma oder Sepsis. Als primär pulmonale Genese sind insbesondere die Pneumonie und der akute Asthmaanfall zu nennen.

Das respiratorische System besteht aus zwei unabhängigen Kompartimenten, der gasaustauschenden Lunge und dem ventilatorischen System, welches auch als „Atempumpe“ bezeichnet wird. Analog werden zwei Formen der ARI unterschieden:

1. Akute pulmonale Erkrankungen wie das ARDS, eine schwere Pneumonie, aber auch das kardiale Lungenödem, führen typischerweise zu einem hypoxämischen Versagen (Leitsymptom Hypoxämie = verminderter pO₂).

2. Bei Patienten mit einer COPD, Adipositas-Hypoventilationssyndrom, neuromuskulären oder thorako-restriktiven Erkrankungen kommt es typischerweise zu einem ventilatorischen Versagen mit dem Leitwert Hyperkapnie („hyperkapnische ARI“, erhöhter pCO₂) als Folge eines Versagens der Atempumpe. Die gleichzeitig bestehende Hypoxämie ist hierbei sekundärer Genese.

Die kausale Behandlung des hypoxämischen Versagens beinhaltet vor allem die Therapie der Grunderkrankung. In leichten und meisten Fällen ist eine Verbesserung der Hypoxämie durch Sauerstoffgabe ausreichend. Durch spezielle High Flow Sauerstoffsysteme kann auch bei Patienten mit schwerer Hypoxämie eine invasive Beatmung vermieden werden. Bei schwerer und nicht ausreichend kontrollierbarer Hypoxämie stehen unterschiedliche maschinelle Atemunterstützungen zur Verfügung. Hiermit können akut lebensbedrohliche Zustände überbrückt werden, bis die Lunge

und der Gasaustausch sich erholt haben. Leider ist die Beatmungstherapie nicht ohne Risiken. Durch den Überdruck können irreparable Schäden an der Lunge entstehen. Vor diesem Hintergrund fand in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel statt. Zur Vermeidung von Druck- und Volumentrauma wird der maximale Beatmungs- sowie der Unterstützungsdruck begrenzt, bei den Patienten werden niedrigere Sauerstoff- und höhere CO₂-Konzentrationen toleriert.

Auf der Intensivstation des Bethesda Krankenhaus wird die Beatmung mit spirometrischen Messungen kombiniert. Dadurch kann die individuelle funktionelle Residualkapazität bestimmt werden, an die wiederum die Beatmungsvolumina und -drücke individuell lungenschonend angepasst werden können. Bei komplizierten Beatmungssituationen mit persistierender Hypoxämie kann über die Anlage einer Ösophagusdrucksonde der transpleurale Druck bestimmt werden. Hierdurch kann eine individuelle lungenschonende Beatmung auch in schwierigen Situationen eingestellt werden.

Ein weiteres Risiko stellt die Ventilator-assoziierte Pneumonie dar, die Inzidenz liegt bei 5,4 pro 1.000 Beatmungstage. Dieses Risiko kann um 70 % reduziert werden, wenn auf eine nicht-invasive Beatmung zurückgegriffen werden kann.

Die Domäne der nicht-invasiven Beatmung (NIV) ist die hyperkapnische ARI, welche hierbei die Atemarbeit der erschöpften Atempumpe übernimmt. Auf der Intensivstation wird die NIV neben dem Weaning regelhaft bei Patienten hyperkapnischer ARI eingesetzt.

Kontraindikationen (fehlende Spontanatmung, Verlegung der Atemwege, gastrointestinale Blutung, Ileus, Aspirationsgefahr) sind selten, müssen aber beachtet werden. Selbst komatöse Patienten können erfolgreich mit NIV behandelt werden. Voraussetzung ist, dass sich das Vigilanzniveau

kurzfristig bessert und somit das Koma eindeutig durch die Hyperkapnie erklärt ist. Bei fehlender Besserung ist die zügige Intubation und invasive Beatmung indiziert.

Neben der deutlichen Reduktion von Ventilator-assoziierten Pneumonien bestehen weitere Vorteile der NIV gegenüber der invasiven Beatmung (Möglichkeit der oralen Nahrungszufuhr, Kommunikation und eines effektiven Hustenstoßes).

Bei Notwendigkeit der Einleitung einer außerklinischen nichtinvasiven Beatmung werden Patienten nach klinischer Stabilisation mit einem Beatmungsgerät auf eine periphere Station mit pneumologischem Schwerpunkt verlegt, wo die weitere Einstellung der Beatmungsparameter und Einweisung des Patienten und seiner Angehörigen erfolgt.

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
- > Differenzierte Beatmung (invasiv und nichtinvasiv), Einstellung Heimbeatmung
- > Differenzierte Therapie aller Schockformen mit Organersatzverfahren



Eingespieltes Team: ZNA-Chefarzt Dr. Bredereke-Wiedling und Valentin Alvarez, Pflegeleitung ZNA.

Der Weg des Patienten in unser Krankenhaus

Versorgung von Notfällen und die elektiven Aufnahmemöglichkeiten

bedrohlichen Erkrankung, Verletzung oder der beginnenden Geburt, ruft er selber, Angehörige, der behandelnde niedergelassene Arzt oder der KV-Notdienst-Kollege den Rettungsdienst. Dieser ist bundesweit über die Rufnummer 112 zu erreichen. Diese Patienten haben eine eindeutige Behandlungsindikation im Krankenhaus und sind das Kerngeschäft der Zentralen Notaufnahme. Zu dieser Gruppe gehören auch die Menschen, die selbstständig mit dem eigenen Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln zu uns kommen und um Hilfe nachsuchen.

Die zweite Gruppe von Patienten ist subakut erkrankt und bedarf einer zügigen stationären Behandlung, die unter Umständen auch ein bis zwei Tage später beginnen kann. Wir wollen deshalb für diese Patienten ein optimales Aufnahmesetting bieten. Hierfür haben wir die Einweiser Hotline (040 72554-1919) für Sie eingerichtet.

In der Regelarbeitszeit ist es möglich, den Oberarzt der Zentralen Notaufnahme direkt anzurufen und Ihre Wünsche bezüglich der notwendigen Behandlung zu besprechen. Auch der

optimale Aufnahmezeitpunkt kann in diesem Telefonat unbürokratisch besprochen werden.

Die dritte Patientengruppe setzt sich aus Menschen zusammen, die an einer akuten Erkrankung ohne sofortigen Handlungsbedarf leiden, chronisch kranke Menschen und Patienten, deren Behandlung im ambulanten Sektor nicht mehr möglich ist und eine weiterführende Diagnostik und gegebenenfalls Therapie bedürfen. Hiermit sind Patienten sowohl für die konservativen Fächer, als auch die chirurgischen Abteilungen gleichermaßen gemeint.

Die Anmeldungen können direkt über die Chefarztsekretariate erfolgen oder über die Oberarzt-Sprechzeiten der einzelnen Abteilungen.



Dr. Hanns Bredereke-Wiedling
Chefarzt
Zentrale Notaufnahme
040 72554-1281
bredereke@bkb.info

Kompetenzen Zentrale Notaufnahme (ZNA)

- > Immer aufnahmebereit
- > 1 Schockraum
- > 9 Behandlungsräume
- > Stroke Unit
- > 24h Linksherzkatheter-Bereitschaft
- > Notfallbehandlung mit Facharztstandard
 - Innere Medizin
 - Kardiologie
 - Neurologie
 - Psychiatrie
 - Geriatrie
 - Chirurgie
 - Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Anästhesie
 - Intensivmedizin

Oberarzt-Sprechzeiten und Termin-Vergaben

Innere Medizin	040 72554-1028
Gastroenterologie:	Montag, Dienstag, Donnerstag 12:00 – 13:30 Uhr
Pneumologie:	Montag, Donnerstag 12:00 – 13:30 Uhr
Chirurgie	040 72554-1025
Viszeralchirurgie, Proktologie, Allgemeinchirurgie:	Dienstag, Donnerstag 14:00 – 15:00 Uhr
Endoprothetik, Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie:	Mittwoch 14:00 – 15:00 Uhr
BG-Sprechstunde:	Dienstag 14:00 – 15:00 Uhr Freitag 12:00 – 13:00 Uhr
Kardiologie	040 72554-2000
Anästhesie/Schmerztherapie	040 72554-1025
Gynäkologie	040 72554-1221
Neurologie	040 72554-1271
Geriatric	040 72554-1241
Psychiatrie	
Notfall	040 72554-2150
Psychiatrische Institutsambulanz PIA	040 72554-1551
Tagesklinik	040 72554-1563



Marc Bota
Oberarzt
Leitung Intensivstation
Klinik für Innere Medizin
040 72554-1201
bota@bkb.info



Christof Neumann
Oberarzt
Klinik für Innere Medizin
040 72554-1201
neumann@bkb.info

10 Jahre Versorgung psychisch Kranker im „Achterdwars“

Ziel: Psychisch Erkrankte erreichen, die sich zurückziehen und große Scheu haben, niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser aufzusuchen

Am 23.02.2007 startete das Behandlungsangebot für psychisch Kranke in der Wohnunterkunft „Achterdwars“ von Fördern und Wohnen in Bergedorf. Dort leben bis zu 178 wohnungslose Männer in Doppelappartements mit Küche und Bad. Regelmäßig befinden sich von diesen etwa 10 – 15 Bewohner in der Behandlung durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des Bethesda Krankenhaus Bergedorf. Dazu hält Dr. F. Polzin, zuständiger Oberarzt der Ambulanz, alle 2 Wochen seine Sprechstunde im Raum der Schwerpunktpraxis von Frau Dr. M. Oberländer direkt vor Ort ab.



Dr. M. Oberländer (FÄ für Allgemeinmedizin), M. Kazalska (Mitarbeiterin Diakoniestation), A. Lürssen (Leitung „Achterdwars“), Dr. F. Polzin (Oberarzt PIA).

Nachdem es in anderen Hamburger Bezirken bereits eine ähnliche Versorgung gab, stellte 2007, angeregt durch den Begleiter e. V., das Hamburger Spendenparlament 6.000 Euro zur Anschub-Finanzierung zur Verfügung. Seit 2008 trägt sich das Projekt selbst. Ziel ist es, insbesondere jene psychisch erkrankten Menschen zu erreichen, die sich zurückziehen und eine große Scheu haben, niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser aufzusuchen. Nicht vorgesehen ist, dass das Angebot als bequeme Alternative zu einem ambulanten Arztbesuch genutzt wird.

Oft wird Dr. Polzin von Mitarbeitern der Wohnunterkunft oder der Diakoniestation Bergedorf e.V., die ebenfalls vor Ort ist, auf Bewohner angesprochen, die psychisch auffällig erscheinen. Dann wird in der Regel zunächst gemeinsam versucht, zu diesem Kontakt aufzunehmen, wozu auch die Appartements aufgesucht werden. Die Diagnosen gehen dabei einmal quer durch das

gesamte psychiatrische Spektrum: Depressionen, Alkoholabhängigkeit mit Folgestörungen, aber auch Psychosen, oft in Kombination. Da kann es zum Beispiel vorkommen, dass Bewohner ihre Appartements bei Angst und Depression lange nicht mehr verlassen haben, sie unter dem Eindruck von wahnhaftem Erleben ihr Licht nicht mehr einschalten, Inventar aus dem Appartement entfernen, Stimmen hören und sich deshalb komisch benehmen, ...

Wenn neben dem Gespräch weitere Diagnostik notwendig ist, kann diese durch die PIA am Krankenhaus erfolgen, oder aber auch durch Frau Dr. Oberländer, die im „Achterdwars“ hausärztlich tätig ist (z. B. Labor, EKG, Überweisung zum Röntgen). Kurze Wege ermöglichen dabei (nach Schweigepflichts-Entbindung) den lebhaften Austausch, wovon Bewohner und Behandler profitieren. Besonders beeindruckend ist, dass alle Beteiligten die Bewohner in ihrem Sein so akzeptieren, wie sie sind. Das kann auch bedeuten, dass z. B. bei jahrelanger Alkohol-

abhängigkeit Alkohol durch die Sozialstation geteilt, ein an Korsakoff erkrankter Bewohner trotz Problemen in der Alltagsbewältigung - in seinem Appartement verbleibt und von der Sozialstation umfassend betreut wird.

Diese Betreuung reicht dann von Medikamentengabe über Einnahme der Mahlzeiten in Räumlichkeiten der Sozialstation, bis hin zu körperlicher Pflege im eigenen Appartement. Die Mitarbeiter der Wohneinrichtung, so der Leiter A. Lürssen, profitieren von dem Projekt insofern, dass auch eine psychiatrische Beurteilung in die Entscheidung mit einfließt, was einerseits möglich, andererseits noch tragbar ist. Die Entwicklungen, die Bewohner dabei nehmen, reichen vom Umziehen in die eigene Wohnung, Arbeit, bis hin zu jahrelangem Verbleiben in der Wohneinrichtung. Ein menschlicher Umgang ohne Stigmatisierung ist dabei das, was alle miteinander verbindet.



178 wohnungslose Männer finden hier im Achterdwars Hilfe.



Dr. Frank Polzin
Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
040 72554-1231
polzin@bkb.info

Kompetenzen Psychiatrie und Psychotherapie

Vollversorgungsauftrag für den Bezirk Bergedorf mit Angeboten

- > **Stationär:**
 - 2 allgemeinpsychiatrische Stationen
 - 1 Station für Abhängigkeitserkrankungen
 - 1 Station für Persönlichkeitsstörungen und Depression
- > **Teilstationär:**
 - 40 tagesklinische Plätze
 - 5 teilstationäre Plätze auf den Stationen
- > **Ambulant:**
 - Multiprofessionelles Team mit enger Verzahnung zum komplementären Hilfesystem in Bergedorf
 - Angehörigengruppe
 - PEER Beratung
 - Dolmetscherunterstützte Sprechstunde für Geflüchtete
- > **Kooperationen:**
 - Der Begleiter e. V., Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik des UKE
 - Alkohol- und Drogenberatung KODROBS
 - Mutter-Kind-Haus im Theodor-Wenzel-Haus
 - Wohnunterkunft Achterdwars

Triple-Therapie bei Vorhofflimmern und PCI – Was gibt es Neues?

Ca. 6 Millionen Menschen leiden an Vorhofflimmern und der damit einhergehenden erhöhten Mortalität und Morbidität. Bei vielen dieser Patienten liegt außerdem eine Koronare Herzkrankheit (KHK) vor. Werden Patienten im Rahmen eines akuten Koronarsyndroms oder aus prognostischen Gründen mit einer PCI und Stentimplantation versorgt, so benötigen sie eine intensivierte Blutverdünnung. Bisher bedeutet dies: eine duale Thrombozytenaggregationshemmung (in der Regel ASS und Clopidogrel) in Kombination mit einem Antikoagulanz (OAK/NOAK).

Diese Therapie ist Leitlinien-gerechter Standard. Bei vielen Patienten, die von einem hohen Schlaganfallrisiko durch ein Vorhofflimmern bedroht sind (bestimmt durch den CHA2DS2-Vasc-Score) und gleichzeitig eine hohe Blutungsneigung aufweisen (bestimmt z.B. durch den HASBLED-Score), ist man als behandelnder Arzt in der Zwickmühle. Soll man das hohe Blutungsrisiko in Kauf nehmen oder durch Aussetzen der Antikoagulation das Auftreten eines Schlaganfalls riskieren?

In den letzten vier Jahren hat sich allerdings die Studienlage und Evidenz geändert: eine duale Therapie aus einem Thrombozytenaggregationshemmer + Antikoagulanz scheint ähnlich effektiv bei der Verhinderung ischämischer Ereignisse zu sein wie die Triple-Therapie.

Erwartungsgemäß ist die Blutungsrate unter der dualen Therapie geringer.

Schon 2012 hatte sich in der relativ kleinen WOEST-Studie angedeutet, dass es unter der therapeutischen Antikoagulation mit Marcumar und Clopidogrel 75 mg weniger Blutungen, aber nicht mehr ischämische Ereignisse im Vergleich zur Triple-Therapie (ASS, Clopidogrel und Marcumar) gibt.

Dies wird durch zwei aktuelle Studien bestätigt: Sowohl die 2016 veröffentlichte PIONEER-AF Studie als auch die 2017 publizierte REDUAL-PCI Studie haben gezeigt, dass in der Konstellation KHK und Vorhofflimmern die Therapie mit NOAK und Clopidogrel bessere Ergebnisse erzielt als selbst eine kurzzeitige 3-monatige Triple-Therapie mit ASS, Clopidogrel und Marcumar.

In REDUAL-PCI wurde eine Therapie aus zwei Thrombozytenaggregationshemmern + Vitamin-K-Antagonist vs. dualer Therapie aus Dabigatran (Pradaxa) + Clopidogrel 75 mg verglichen. Interessanterweise war das Ischämierisiko nicht erhöht bei erniedrigtem Blutungsrisiko unter der dualen Therapie.

Ähnliche Ergebnisse zeigten auch die Ergebnisse der PIONEER-AF-PCI Studie. Unter dualer Therapie mit Rivaroxaban (15 mg) und einem Thrombozytenaggregationshemmer kam es zu einer deutlich niedrigeren Blutungsrate als

unter der „etablierten“ Triple-Therapie.

Zusammenfassend sollte daher kein Patient mit Vorhofflimmern und koronarer Herzkrankheit mehr mit ASS 100 mg behandelt werden. Die Kombination aus NOAK und Clopidogrel dürfte zum Standard werden.

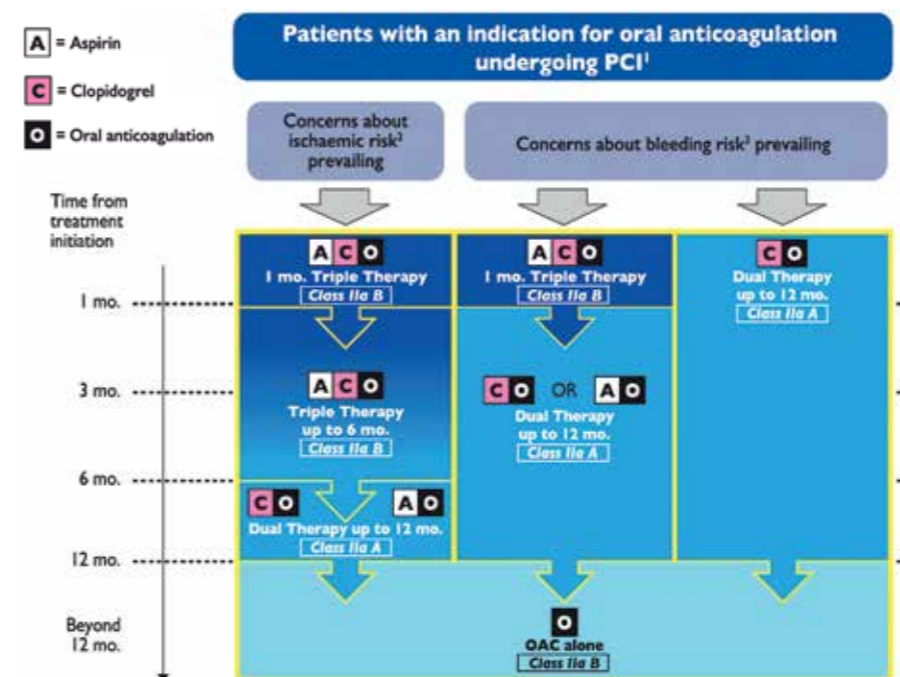
Bei Rückfragen sind wir telefonisch unter 040 72554-2000 zu erreichen.



Christine Lindauer
Oberärztin
Klinik für Kardiologie
040 72554-1261
lindauer@bkb.info

Kompetenzen Kardiologie

- > Koronarangiografie auch mit FFR-Messung (ambulant und stationär)
- > 24 Stunden/7 Tage PCI Rufbereitschaft
- > Echokardiographie (TTE, TTE mit Kontrastmittel, Stress-TTE, TEE)
- > Implantation von Schrittmachern
- > Implantation von Defibrillatoren
- > Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Implantationen)
- > Implantation von Ereignisrecordern (Eventrecorder)
- > Rechtsherzkatheter
- > 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
- > Spiroergometrie und Laktat-Leistungsdiagnostik
- > Kardioversion



Was tun wir für die Patienten-Sicherheit bei Operationen?

Umfangreiches Risikomanagement – letzte Station ist ein steriles gelbes STOP-Tuch im OP

Mindestens einmal pro Woche macht ein Patient kurz vor seiner Narkose einen Scherz über die bevorstehende Operation und sagt z. B. „Dann können Sie mir gleich das linke Bein amputieren...“. Wir lachen höflich mit ihm, möchten aber – genau wie der Patient – dass eine solche Verwechslung nie passiert.

Bedauerlicherweise verlieren in Deutschland jährlich rund 19.000 Patienten durch einen Behandlungsfehler nicht nur ihr Bein, sondern sogar ihr Leben. Auch im Operationssaal können viele Fehler durch einfache Sicherheitsmaßnahmen vermieden werden. Ein Hauptgrund für schwere Behandlungsfehler ist die Verwechslung des Patienten oder der geplanten Operation, insbesondere der zu operierenden Seite.

Bei der Fehlervermeidung kommt es ganz wesentlich auf die konsequente Umsetzung der getroffenen Sicherheitsmaßnahmen an. Dies setzt eine breite Akzeptanz bei den Mitarbeitern und natürlich auch entsprechende Sensibilisierung für die besonders risikoreichen Bereiche und Situationen voraus.

Zur Erläuterung unseres Konzeptes begleiten wir einen Patienten auf dem Weg zu seiner Operation: Uwe Meyer hat Schmerzen im rechten Unterbauch, die ihn immer häufiger quälen. Der Hausarzt schickt ihn in die chirurgische Sprechstunde des Bethesda Krankenhaus Bergedorf und dort wird vom Chirurgen ein Leistenbruch rechts festgestellt. Nach der operativen Aufklärung geht es weiter in die Anästhesie-Sprechstunde. Der Anästhesist bittet Herrn Meyer, mit dem Finger auf die zu operierende Seite zu zeigen. Erst dann vergleicht er, ob auch auf der chirurgischen Einwilligung „rechts“ steht und schreibt diese Seite und die geplante OP-Technik auf das Narkoseprotokoll. Herr Meyer vereinbart mit dem Anästhesisten eine Vollnarkose und geht nach der Blutentnahme und dem Anfertigen eines EKGs nach Hause.

Am vereinbarten OP-Tag meldet sich Herr Meyer bei der Patientenaufnahme und bekommt sofort ein Patientenarmband angelegt, dessen Daten er sogleich überprüfen soll. Auf der Station erhält er ein Bett in Zimmer 14 – nicht ganz zufällig, denn in Zimmer 1 liegt Ulf Meyer und mit dem soll Uwe Meyer nicht

verwechselt werden. Wenn die Zimmer derart weit auseinanderliegen, sind verschiedene Pflegekräfte für die beiden Meyers ständig und ihre Planetten sind auch in unterschiedlichen Registern.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass von manchen Risikomanagern auch empfohlen wird, Patienten mit ähnlichen oder gleichen Namen in einem gemeinsamen Zimmer zu versorgen, weil dies die Aufmerksamkeit für die Namensbesonderheit erhöht – dies konnten wir allerdings bisher nicht eindeutig bestätigen.

Zurück zu unserem Beispielpatienten: Kaum hat sich Herr Meyer in seinem Zimmer eingerichtet, kommt auch schon der diensthabende Chirurg und markiert die zu operierende Seite mit einem schwarzen Kreuz auf der Haut des Patienten – wieder durfte Herr Meyer selber auf die zu operierende Stelle zeigen. Dann geht es auch schon bald in den OP. Am Eingang zum OP überprüft der Lagerungsmanager, ob die Mitarbeiter der Station alle notwendigen Angaben auf der Sicherheitscheckliste gemacht haben – also z. B., ob die notwendige Diagnostik vor der Operation durchgeführt wurde und ob Blutkonserven für den Patienten bereitstehen. Dann wird noch abgehakt, ob der Patient nüchtern ist, die Unterlagen vollständig sind, der richtige OP-Tisch bereit steht und zuletzt soll Herr Meyer noch seine persönlichen Daten selber sagen.

Im Vorbereitungsraum der Anästhesie möchte dann auch die Anästhesiepflegekraft hören, wie der Patient heißt und wann er geboren ist. Nachdem alles für die Vollnarkose vorbereitet ist, kommt die Narkoseärztin hinzu und möchte sogleich vom Patienten erfahren – ja richtig! – wie er heißt, wann er geboren wurde, ob er nüchtern ist und welche Operation auf welcher Seite geplant ist.

Letzte Station: Im OP liegt ein steriles gelbes Tuch mit der Aufschrift „STOP“ auf den OP-Instrumenten. Erst nachdem der Chirurg alle relevanten Daten mit der Anästhesistin abgeglichen hat (sog. Team Time Out), darf das Tuch entfernt werden und die Operation beginnt.

Wir wünschen Herrn Meyer alles Gute!

Checkliste		Sicherheitscheckliste vor Operationen		BETHESDA	
Patientenname	Operateur	Station	OP-Tag	OP-Zeit	OP-Ort
Uwe Meyer	Dr. Brandt	14	14.05.2018	08:00	OP 14
<p>Checkliste:</p> <p>1. Patient identifiziert (Name, Geburtsdatum, OP-Tag, OP-Zeit, OP-Ort)</p> <p>2. Nüchternheit bestätigt</p> <p>3. Blutkonserven verfügbar</p> <p>4. OP-Technik bekannt</p> <p>5. OP-Planung (Lagerung, Positionierung) bekannt</p> <p>6. OP-Planung (Narkose, Analgetika) bekannt</p> <p>7. OP-Planung (Antibiotika, Prophylaxe) bekannt</p> <p>8. OP-Planung (Bluttransfusion) bekannt</p> <p>9. OP-Planung (Pflanzliche/chemische Prophylaxe) bekannt</p> <p>10. OP-Planung (Antithrombotika) bekannt</p> <p>11. OP-Planung (Antidote) bekannt</p> <p>12. OP-Planung (Antibiotika) bekannt</p> <p>13. OP-Planung (Antidote) bekannt</p> <p>14. OP-Planung (Antibiotika) bekannt</p> <p>15. OP-Planung (Antidote) bekannt</p>					



Dr. Sven Brandt
Oberarzt
Abteilung für Anästhesie
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 algisiologischen Fachassistenten
- > Ausgewiesene Palliativmediziner in der stationären Versorgung
- > Zusammenarbeit mit dem Palliativteam Bergedorf e.V. im Rahmen von SAPV

Respiratorische Infektionen in der Geriatrie

Typischerweise fehlen die typischen Symptome

Atemwegsinfektionen kommen in jedem Lebensalter vor. Bei Älteren und Hochbetagten treten sie jedoch häufiger auf und sind insgesamt gefährlicher. Beispielsweise sind die meisten der jedes Jahr in Deutschland an Influenza sterbenden Menschen ältere Kranke. Gleiches gilt für die durch Pneumokokken verursachten Lungenentzündungen. In beiden Fällen beträgt die Gesamtzahl rund 10.000 pro Jahr. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wird im Jahre 2020 weltweit wahrscheinlich von der aktuell vierthäufigsten zur dann dritthäufigsten Todesursache aufsteigen.

Die erhöhte Anfälligkeit für Infektionen der Atemwege im Alter hat mehrere Gründe. Zu nennen ist vor allem eine altersbedingte Abwehrschwäche¹⁾. Diese basiert zum einen auf einem im Vergleich zum jungen Menschen schwächeren Immunsystem. Auch die Beseitigung von krankmachenden Eindringlingen aus den tiefen Atemwegen, die sogenannte mukoziliäre Clearance, kann aufgrund von nicht mehr kraftvollen Hustenstößen gestört sein. Wenn dann noch der reinigende Atemwegsschleim (Mucus) wegen Vorerkrankungen und/oder zu geringer täglicher Flüssigkeitsaufnahme zäh geworden ist, wird es besonders problematisch. Eine herabgesetzte tägliche Flüssigkeitsaufnahme stellt aber nicht nur einen lokalen, sondern auch einen systemischen Risikofaktor für eine Infektabwehrschwäche dar. Bei einer im Einzelfall wiederum zu hohen Flüssigkeitsaufnahme bei vor allem Linksherzinsuffizienz entsteht nicht selten eine Stauungspneumonie. Die Gefahr von Aspiration bei Schluckstörungen, beispielsweise nach Schlaganfällen, bei Parkinsonsyndromen oder bei demenziellen Erkrankungen, stellt auf geriatrischen Stationen ebenfalls eine weitere besondere Risikokonstellation für Atemwegsinfekte dar.

Ist es dann einmal zum Infekt beim Älteren gekommen, fehlen oft die in jungen Jahren typischen Symptome. Während junge Erwachsene beispielsweise bei eitrigen Bronchitiden oder Pneumonien ein massives Krankheitsgefühl erleben, das häufig von hohem Fieber mit Husten und gelb-grün gefärbtem Auswurf geprägt ist, ist bei geriatrischen



ZENTRUM FÜR
ALTERSMEDIZIN.
Im Kompetenznetzwerk des Verbands DII FREIHEIT

Kranken das oft einzige Symptom die neu aufgetretene Verwirrtheit (Delir) oder Somnolenz. Meist steckt hinter diesen vordergründigen Symptomen eine Exsikkose, die wiederum infektsbedingt ist, und der Infekt sollte keinesfalls übersehen werden. Zusätzlich zur Anamnese und körperlichen Untersuchung gehören in solchen Fällen eine laborchemische Analyse des Blutes (aber auch des Urins zur Differentialdiagnose) sowie eine Thorax-Röntgenbildaufnahme.

Handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine bakteriell bedingte akute Pneumonie, so sollte bei der Auswahl der rasch zu applizierenden antibiotischen Therapie das Keimspektrum beachtet werden. Mit Abstand ganz vorne zu finden sind im ambulanten Bereich auch bei immunkompetenten Hochbetagten die Pneumokokken, gefolgt von Haemophilus influenzae und Chlamydia pneumoniae. Aber auch Staphylokokken (inkl. MRSA), E. coli und Klebsiellen sind inzwischen häufig vertreten. Atypische Bakterien, Viren und Pilze kommen ebenfalls durchaus vor.

Für eine stationäre Aufnahme von an Pneumonie Erkrankten sprechen eine Atemfrequenz von mehr als 30 / min, ein Blutdruck von systolisch unter 90 mmHg, diastolisch unter 60 mmHg und eine Bewusstseinsstörung. Bei septischen Verläufen kann körperliche Schonung bis hin zu Bettruhe geboten sein.

Ganz besonders wichtig bei der Therapie von Atemwegsinfektionen im Alter ist gerade in der Geriatrie die Beachtung von Basismaßnahmen. Diese schließen die physikalische Behandlung mit Atemgymnastik einschließlich Vibrax-Massagen, Feucht-Inhalationen mit NaCl und/oder antiobstruktiv wirkenden Substanzen bei akut exazerbierter COPD, ggf. Zufuhr von zusätzlich Sauerstoff und eine so früh wie möglich stattfindende Mobilisation mit ein. An dieser Stelle greift der Sinn einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, denn im Rahmen dieser können all

die genannten Maßnahmen täglich sichergestellt werden.

Präventiv werden gerade für Hochbetagte regelmäßige Impfungen gegen Influenzaviren und gegen die häufigsten Pneumonie-Erreger, die Pneumokokken, empfohlen.

¹⁾ Eine altersbedingte Abwehrschwäche stellt keine Erkrankung dar. Ein lediglich altersbedingt immungeschwächter Mensch gilt weiterhin als immunkompetent



Dr. Alexander Horn
Oberarzt
Klinik für Geriatrie
040 72554-1240
horn@bkb.info

Kompetenzen Geriatrie

- > 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

Aktuelle Nachrichten aus dem BKB



Dr. Frank Trostdorf

hat am 1. Januar 2018 als Chefarzt die Leitung der Klinik für Neurologie übernommen. Er wechselte von der Asklepios Klinik St. Georg – wo er bis zuletzt Oberarzt war – zu uns ans Bethesda Krankenhaus. Seine Behandlungsschwerpunkte sind der Schlaganfall, neuromuskuläre Erkrankungen, Multiple Sklerose und die neurologische Intensivmedizin (siehe S.2/3).

Florian Ehlers

ist neuer Oberarzt der Klinik für Neurologie. Er kam zusammen mit Dr. Trostdorf am 1. Januar 2018 ins Bethesda Krankenhaus. Der gebürtige Hildesheimer hat in Hamburg studiert, absolvierte die Facharzt-Ausbildung in Neurologie am AK St. Georg und in der Psychiatrie der Schön Klinik Eilbek. Florian Ehlers hat zuletzt als Facharzt an der Asklepios Klinik St. Georg gearbeitet. Seine fachlichen Schwerpunkte sind die Schlaganfallbehandlung, neuromuskuläre Erkrankungen und die Neuroonkologie.



Marc Bota

Oberarzt der Klinik für Innere Medizin, hat die Weiterbildung zum Antibiotic Stewardship Expert erfolgreich abgeschlossen und ist jetzt Leiter unseres ABS-Teams. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. hat die Antibiotic Stewardship Initiative zur effektiven Infektionsbehandlung und dem Erhalt der Wirksamkeit der Antibiotika ins Leben gerufen, um Antiinfektiva künftig intelligent und strategisch einsetzen zu können und so Resistenzen zu verhindern und das Infektionsmanagement zu optimieren.



Unsere neue Komfort-Station



Moderne Medizin und ein spezieller, persönlicher Service im eleganten Ambiente

Eine Wohlfühlatmosphäre im Krankenhaus – die bieten wir unseren Patientinnen und Patienten auf unserer neuen Komfort-Station. Mit Blick ins Grüne, ruhig gelegen, genießen sie einen besonderen Komfort: Moderne, interdisziplinäre Medizin, ein helles, elegantes Ambiente, einfühlsame Pflege und einen speziellen, persönlichen Service.

Wir haben den Anspruch, dass wir unsere Patientinnen und Patienten verwöhnen, während Sie gesund werden! Ein Wahlleistungs-Angebot, das sehr beliebt und nachgefragt ist.



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

18:30 bis 19:30 Uhr, BKB

Mi., 28.02.2018

„Schlaganfall – erkennen, behandeln, vorbeugen“, Dr. Trostdorf

Do., 05.04.2018

Endoprothetik, Tobias Schrader

Do., 03.05.2018

„Laien-Reanimation – was mache ich im Notfall?“ Dr. Bredereke-Wiedling

Do., 17.05.2018

„Krebsvorsorge für Frauen – was ist wichtig und was ist die Konsequenz?“
Dr. Neuß

Do., 21.06.2018

„Zwangsgedanken und –handlungen – Wie normal ist das? Dr. Happach

Do., 23.08.2018

Klinik für Geriatrie, Dr. Horn

Informationsabende für werdende Eltern

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

Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Fachpersonal

2. und 3. März 2018

Anorektaler Endosonographiekurs,
Deutsches End- und Dickdarmzentrum
Mannheim, Seminarraum, Kurssekretariat:
Frau Fuks, Klinik für Chirurgie, BKB,
E-Mail: fuks@bkb.info

2. März 2018, Beginn 20:00 Uhr

15. Klassik-Festkonzert Freundes- und
Förderkreis Bethesda Krankenhaus
Bergedorf e.V.

Ein bunter musikalischer Abend
moderiert und am Flügel begleitet von
Doris Vetter

12. April 2018, 17:30 bis 21:00 Uhr

4. Bethesda-Symposium

„Kunst & Chirurgie“

Peritonitis & Karl Schmidt-Rottluff –
expressiv/magisch/fremd.

Bucerius Kunstforum,
Rathausmarkt 2, 20095 Hamburg,

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. M. Sailer