



Klinik für Anästhesiologie

Schwerpunkte in dieser Ausgabe

Die Klinik für Anästhesiologie stellt sich vor	4-7
Forschung: Neue Therapieansätze für eine fatale Erbkrankheit	8-9
Das Novalis Shaped Beam Surgery Center	10-11
Die Patientenverfügung	12
Ehrenamtliche gegen Einsamkeit am Krankenbett	14-15
Personalwohnheime des Klinikums	16-17
Kunst am Klinikum	20
Namenspatron im Neubau der Inneren Medizin	24

AmPuls Impuls

Inhalt

Ausgabe 1/2004

Impressum

AmPuls
Impuls

Mitarbeiter- und Patientenzeitschrift
des Universitätsklinikums Erlangen

Herausgeber:
Universitätsklinikum Erlangen

Redaktion:
Stabsstelle Klinikumsvorstand
Öffentlichkeitsarbeit

Juliane Ries, Dr. Hermann Stehr (kom.)
(verantwortlich im Sinne des Presserechts)

Gestaltung:
SIGNUM
09 61 / 3 90 16 - 11, Bechtsrieth

Druck & Lithographie:
Druckhaus Mayer, Erlangen

„AmPuls/Impuls“ kann –
vorerst kostenlos – abonniert werden.

Auflage:
z.Z. 5.000

Erscheinungsart:
4 Ausgaben/Jahr

Redaktionsanschrift:
Universitätsklinikum Erlangen
ÄD/Öffentlichkeitsarbeit
Krankenhausstraße 12

D-91054 Erlangen
Telefon: 09131-85-35866

Fax: 09131-85-35864

E-Mail: juliane.ries@kv.imed.uni-erlangen.de

Seite 4–7

Die Klinik für Anästhesiologie stellt sich vor

Seite 8–9

Forschung:

Neue Therapieansätze für eine fatale Erbkrankheit

Seite 10–11

Das Novalis Shaped Beam Surgery Center

Seite 12

Die Patientenverfügung

Seite 13

Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz

Neu Speisen- und Medikamentenbestellungen für stationäre
Patienten nun bald on-line

Seite 14–15

Ehrenamtliche gegen

Einsamkeit am Krankenbett

Seite 16–17

Personalwohnheime

des Klinikums

Seite 18–19

„Basale Stimulation®“

die Kunst mit dem Lebendigen in Kontakt zu kommen

Seite 20

Kunst

am Klinikum

Seite 21

Soarian ISCare

Kennen wir unsere Patienten?

Seite 22

Besondere Auszeichnungen: Medizinische Klinik III

Prof. J. R. Kalden erhielt Mastertitel des American College of
Rheumatology

Leser äußern ihre Meinung

Seite 23

Personalien

Seite 24

Namenspatron im Neubau der Inneren Medizin

Prof. Dr. med. Ludwig Demling

Editorial

Mehrere rechtliche Maßnahmen werden die Anbieter und die Nachfrager von medizinischen Leistungen in das neue Jahr 2004 begleiten. Zum einen handelt es sich um die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003 zum Bereitschaftsdienst der Ärzte der jetzt als Arbeitszeit gewertet wird. Zum anderen um das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz), das als politischer Kompromiss zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist. Die zahlreichen Neuregelungen dieses Gesetzes sollen die überproportionale Ausgabenentwicklung der GKV eindämmen. Ein Baustein sind z. B. die diagnosebezogenen Fallpauschalen nach Maßgabe der DRG's, nach denen die Krankenhäuser jetzt ihre Kosten kalkulieren müssen. Sie werden den Klinikalltag merklich verändern. Es bleibt abzuwarten, ob die praktische Umsetzung des Reformgesetzes den Versorgungsnotwendigkeiten sowie der finanziellen Situation der Partner gerecht wird.

Auf Landesebene ist die Forderung der Bayerischen Staatsregierung umzusetzen, bei den öffentlichen Ausgaben und damit auch im Bereich der Hochschulen schon 2004 rund 5% der Kosten einzusparen. Dies wird auch Einsparungen bei uns zur Folge haben. Darüber hinaus sollen weitere Einsparungen durch das Verschieben von Baumaßnahmen herbeigeführt werden. Forschung, Lehre und Krankenversorgung müssen nun mit diesen zusätzlichen Belastungen zurecht kommen. Unsere Hochschulleitung hat sich in München für eine äußerst maßvolle Umsetzung dieser Auflagen eingesetzt, damit wichtige Ziele nicht gefährdet sind. Für die Beschäftigten wie für die Patienten bleibt nun abzuwarten, welche Maßnahmen im Einzelnen ergriffen werden und in welchem Ausmaß sie davon betroffen sind. Der universitäre Auftrag einer breit gefächerten medizinischen Spitzenversorgung bleibt jedoch unverändert bestehen.

In der Reihe „Eine Klinik stellt sich vor“ erfahren Sie in dieser Ausgabe interessante Einzelheiten über die Klinik für Anästhesiologie. Erlangen gehörte vor über 100 Jahren zu den Pionieren der Äthernarkose in Deutschland und damit zu den Schrittmachern für die Durchführbarkeit weitreichender chirurgischer Maßnahmen.

Die Vielfältigkeit des Geschehens in unserem Klinikum spiegelt sich in einer Reihe weiterer Beiträge wieder. Aus medizinischer Sicht möchten wir hier die Forschung mit einem Ausblick auf die Nutzung der Gentechnik und den Beitrag über eine neue Methode der Strahlentherapie, sowie die krebsberatende Funktion des Tumorzentrums nennen. Die Aspekte der Pflege greifen wir unter „Soarian ISCare“, sowie mit dem Bericht über das Konzept der Basalen Stimulation und der Tätigkeit Ehrenamtlicher bei Einsamkeit am Krankenbett auf. Auch die Unterkunftssituation unserer Pflegekräfte gehört zu diesem Themenkreis.

Dies und weiteres Interessante finden Sie, liebe Mitarbeiter und Patienten, in diesem Heft. Die Redaktion wünscht Ihnen allen ein glückbringendes neues Jahr 2004 in Gesundheit.

*Für die Redaktion
Juliane Ries, Dr. Hermann Stehr*

Wir gratulieren

Das Redaktionsteam gratuliert Frau Susanne Imhof
zu Ihrer Ernennung zur Pflegedirektorin des Klinikums!

Die Klinik für Anästh

Die Narkose ist heute eine solche Selbstverständlichkeit, dass man sich eine Operation ohne Anästhesie und die damit früher verbundenen unerträglichen Schmerzen nicht mehr vorstellen kann. Noch vor 160 Jahren war dies anders. Es gab nur wenige Möglichkeiten und Mittel, Schmerzen zu lindern, bevor am 16. Oktober 1846 mit der Äthernarkose erstmals ein Verfahren zur kompletten Schmerzausschaltung in die klinische Praxis Eingang fand. Erlangen war damals Anfang 1847 der Ort, an dem zum ersten Mal in Deutschland die Äthernarkose erfolgreich bei einer Operation an der Chirurgischen Klinik eingesetzt wurde. Längst hat sich die Anästhesie zu einer eigenen Fachdisziplin entwickelt. Am Universitätsklinikum Erlangen ist die Klinik für Anästhesiologie heute ein zentrales medizinisches Dienstleistungszentrum, dessen Leistungen auf vier Säulen beruhen: Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallbehandlung für alle Patienten des Klinikums rund um die Uhr. Die Klinik behandelt im Jahr rund 25.000 Patienten, d. h. fast jeden 2. Patienten des Klinikums, im Zusammenhang mit einer Operation oder einem schmerzhaften diagnostischen Eingriff.

Sicherheit und Vertrauen von Anfang an

Vor schmerzhaften Operationen und Untersuchungen haben Patienten verständlicherweise viele Fragen und manchmal ein beunruhigendes Gefühl über den Ablauf und mögliche Risiken der für den Eingriff notwendigen Narkose.

Die Klinik für Anästhesiologie will daher für ihre Patienten eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen. Vor einer Operation legt der Anästhesist in einem ausführlichen persönlichen Prämedikationsgespräch das geeignete Narkoseverfahren dar und erläutert die vielfältigen Überwachungsmöglichkeiten, die



Prof. Dr. Jürgen Schüttler

es heute gibt. Er beantwortet auch Fragen zur postoperativen Überwachung während der Aufwachphase und klärt über geeignete Maßnahmen zur Linderung der postoperativen Schmerzen auf.

Im Interesse der Sicherheit des Patienten und zur Abstimmung des Anästhesieverfahrens auf seine persönliche Krankheitsituation werden durch gezielte Voruntersuchungen individuelle Risikofaktoren und Begleiterkrankungen identifiziert, welche die Operation und den Narkoseverlauf komplizieren und den Krankenhausaufenthalt verlängern könnten. Atemwegs- und Lungenerkrankungen sind dabei von besonderer Bedeutung. Die Anästhesie-Ambulanz ist deshalb mit allen Geräten zur Lungenfunktionsdiagnostik ausgestattet. Sämtliche Atemfunktionsstörungen, einschließlich der Schlafapnoe, können zuverlässig erkannt und im Zusammenhang mit einer Narkose gezielt behandelt werden.

Gefährdete Patienten, insbesondere vor Operationen in Bauch-

Zahlen und Fakten der Klinik für Anästhesiologie (Stand 2003)

Anästhesiearbeitsplätze:	50
Aufwachstationen:	8 mit 41 Bettplätzen
Anästhesie-Ambulanz:	7.900 Patienten/Jahr
Schmerzambulanz:	7.400 Behandlungen/Jahr bei 2.100 Patienten
Akutschmerzdienst:	9.400 Behandlungen/Jahr bei 1.450 Patienten
Interdisziplinäre Operative Intensivstation:	2.100 Patienten/Jahr durchschnittliche Liegedauer 3,3 Tage
Ärztliche Mitarbeiter:	89
Pflegekräfte:	148
Wissenschaftliche Mitarbeiter:	12
Medizinisch-technisches Personal/Verwaltungspersonal:	16

esio logie *stellt sich vor*

oder Brustraum, werden durch Mitarbeiter der Anästhesie-Ambulanz in atmungsunterstützende Verfahren eingewiesen und postoperativ atemtherapeutisch betreut. Dies ist entscheidend für eine rasche Erholung nach großen Eingriffen und ermöglicht damit die baldige Entlassung nach Hause.

Neben einer eingeschränkten Lungenfunktion sind für die Evaluation der Patienten vor Anästhesie und Operation insbesondere auch die kardiovaskulären Risiken entscheidend. Da sich aus diesem Risikopotential für die kommende DRG-Abrechnung wichtige vergütungsrelevante Nebendiagnosen ergeben können, erhält die Anästhesie-Ambulanz für die perioperative Diagnostik zusätzliches Gewicht. Die Klinik hat sich darauf eingestellt: Um die Patienten besser abklären und gegebenenfalls zusätzliche kardiologische Spezialuntersuchungen veranlassen zu können, wurde seit Anfang dieses Jahres eine intensivisierte Kooperation mit der Medizinischen Klinik II etabliert.



Moderner Anästhesie-Arbeitsplatz (Herz-OP)

Sicher und ruhig schlafen

Während der Operation sorgen die Anästhesisten für Schmerzfreiheit und Schlaf sowie für die Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen. Sie setzen dazu hochwirksame Medikamente und moderne Überwachungssysteme

ein. Sie schaffen für den Operateur optimale Arbeitsbedingungen und sorgen dafür, dass heute selbst Frühgeborene mit geringem Körpergewicht und Patienten mit einem Lebensalter von bis zu 100 Jahren und mehr notwendige Operationen wohlbehalten überstehen. Das wäre noch vor wenigen Jahrzehnten undenkbar gewesen.

Ängste vor und Schmerzen bei einer Operation lassen sich zuverlässig vermeiden. Schmerzfreiheit kann auf unterschiedliche Weise, ggf. auch durch Nervenblockaden erreicht werden. Während der Patient in Narkose fest schläft oder in örtlicher Betäubung entspannt ruht, wird er vom Anästhesie-Team umsorgt. Unseren hohen Sicherheitsstandard erreichen wir heute durch:

- schonende Narkoseverfahren mit modernen, nebenwirkungsarmen Arzneimitteln,
- differenzierte Monitorsysteme auch mit Überwachung der Hirnfunktion,
- Erhaltung einer adäquaten – für das Gleichgewicht der Stoffwechselfunktion so wichtigen - Körpertemperatur,
- Narkoseärzte und –ärztinnen und Pflegekräfte, die im Erlanger Anästhesie-Simulator die sichere Beherrschung auch kritischer Situationen trainiert haben.

Nach dem Eingriff wird der Patient bis zum vollständigen raschen Abklingen der Narkose lückenlos überwacht, um Risiken vorzubeugen und die Genesung durch eine konsequente Schmerzbehandlung zu fördern.

Organfunktionen unterstützen

Nach großen Eingriffen muss der Patient auf einer Intensivstation differenziert überwacht und speziell behandelt werden, damit lebenswichtige Organfunktionen erhalten

oder wiederhergestellt werden können. Die Klinik für Anästhesiologie betreibt für alle operativen Kliniken und Abteilungen im Kernbereich des Klinikums die Interdisziplinäre Operative Intensivstation (IOI) mit 25 Betten. Hier wird das gesamte Spektrum intensivmedizinischer Überwachungs- und Behandlungsmöglichkeiten auf dem modernsten Stand der Technik geboten bis hin zur vorübergehenden Überbrückung verschiedener Organsysteme.

Das Patientenspektrum umfasst in der Hauptsache polytraumatisierte Patienten, die postoperative Betreuung nach herzchirurgischen und großen bauch- und unfallchirurgischen Eingriffen sowie nach Organtransplantationen. Außerdem werden hier langwierige intensivtherapeutische Patienten des Klinikums versorgt. Derzeit werden mehr als 2.000 Patienten pro Jahr mit einer durchschnittlichen Liegedauer von 3-4 Tagen behandelt, wobei der Beatmungsanteil über 80% liegt. Ein besonderer Schwerpunkt – auch im Hinblick auf die intensivmedizinische Forschung – ist die auf den Wirkeigenschaften der eingesetzten Medikamente begründete Therapiesteuerung durch konsequente Überwachung von Medikamentenspiegeln, des Immunsystems und der Gehirnfunktion. In Kürze wird die Station mit einem online-Patientendaten-



Patientenbetreuung auf der Intensivstation



Das Anästhesieteam versorgt einen Notfallpatienten

Managementsystem ausgestattet und damit der Schritt zum elektronischen Krankenblatt getan.

Ganz entscheidend trägt zum Erfolg der therapeutischen Bemühungen auf der IOI die enge fachübergreifende Kooperation mit den chirurgischen Fächern – eingebunden in ein einheitliches Behandlungskonzept - und die engagierte Zusammenarbeit der Ärzte und Pflegekräfte in einem Team bei.

Hilfe in Lebensgefahr

Wenn das Leben durch Erkrankung oder Unfall akut gefährdet ist, helfen Wissen und Erfahrung der Anästhesisten bei der Überwachung und der Aufrechterhaltung lebensnotwendiger Körperfunktionen. Innerhalb des Klinikums steht rund um die Uhr ein Team der IOI bereit, das jährlich mehr als 100 Mal binnen nur weniger Minuten nach Alarmierung über die „33333“ die Wiederbelebung des Patienten beginnt. Ärzte der Klinik stellen in der Region Erlangen und am Hubschrauberstandort „Christoph 27“ in Nürnberg bei über 5000 Rettungseinsätzen pro Jahr die Notarztversorgung sicher. Für die medizinische Leitung bei Großunfällen und Katastrophenereignissen steht ein Leitender Notarzt mit be-

sonderer Qualifikation zur Verfügung. Ärzte der Klinik für Anästhesiologie begleiten außerdem schwerstkranke Patienten im Intensivtransportwagen auf dem Weg in unser Klinikum, in andere Spezialkliniken oder in ihre Heimatkrankenhäuser.

Zahlreiche Mitarbeiter der Klinik haben die Zusatzqualifikation für den Rettungsdienst und gelernt, lebensgefährliche Situationen sicher zu beherrschen. Diese Kompetenz in Verbindung mit einem eingespielten Rettungsteam und einem modern ausgestatteten Notarztwagen sind die Grundlage dafür, dass sie im Notfall rasch und effektiv helfen können. Gleichzeitig beruht auf dieser Expertise im praktischen Notarzdienst die Kompetenz der Klinik für die Ausbildung der Studenten und die Schulung des Personals im Klinikum.

Keine Angst vor Schmerzen

Die Schmerztherapie ist im Sinne einer speziellen Behandlungsstrategie seit ihren Anfängen im Jahre 1985 am Erlanger Klinikum interdisziplinär ausgerichtet. Die „Schmerzkonferenz“ war und ist für alle schmerztherapeutisch interessierten Fachgebiete offen. Die beteiligten Kliniken stellen Patienten vor und beraten gemeinsam über die therapeutischen Möglichkeiten. Die Behandlung erfolgte allerdings bisher ausschließlich in den fachspezifischen Ambulanzen und Einrichtungen. Nun gibt es seit 2002 – insbesondere für Patienten mit chronischen Schmerzen – das Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie (ZIST). Die Tagesklinik ist seit Dezember 2003 in den Räumen des Schmerzzentrums im Erdgeschoss des Verbindungsbaus untergebracht (s. Ausgabe 4/2003, S. 12). Die Leitung dieser interdisziplinären Einrichtung liegt bei der Klinik für Anästhesiologie und der Neurologischen Klinik mit Poliklinik. Zum Behandlungsteam gehören auch Ärzte der Orthopädie, der Psychia-

trischen Klinik und der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie sowie Psychologen und Physiotherapeuten.

Um Synergien beim Einsatz von Personal und Geräten nutzen zu können, sind die Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesiologie sowie deren Akutschmerzdienst und das Palliativteam jetzt im Schmerzzentrum untergebracht. In der anästhesiologischen Schmerzzambulanz werden Patienten behandelt, die von niedergelassenen Ärzten oder aus der onkologischen Ambulanz überwiesen werden. Dort, wo bei Tumorpatienten kurativ nicht mehr zu helfen ist, setzt der ambulante Palliativdienst an. Bereits in der Klinik werden individuell „ganzheitliche“ Konzepte erarbeitet mit dem Ziel, für diese Patienten und ihre Angehörigen die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Zu Hause werden die Patienten in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt betreut. Dieser Bereich der Daseinsfürsorge für schwerst kranke Patienten wurde seitens des Fachgebiets Anästhesiologie in den letzten Jahren durch innovative Konzepte und neue Therapieansätze erheblich fortentwickelt.

Die Schmerzen nach einer Operation können den Heilungsprozess und damit den Erfolg der Operation gefährden. Im Akutschmerzdienst betreut das Team der Klinik für Anästhesiologie rund um die Uhr in Zusammenarbeit mit den



Ein Arzt des Akutschmerzdienstes bei einem Patienten

Bettenstationen die Patienten mit starken Schmerzen oder Patienten, bei denen die herkömmlichen Schmerzmittel nicht ausreichend wirken.

Sicherheit durch Aus-, Weiter- und Fortbildung

Über die universitären Lehrveranstaltungen hinaus – jeder Student in Erlangen absolviert mindestens einen Tag in einer Kleinstgruppe am Anästhesie-Simulator – begleitet die Arbeit am Simulator die Mitarbeiter der Klinik nicht nur wiederkehrend während der Weiterbildungszeit, sondern dieses Instrument hat seinen Wert auch bereits für die Fortbildung nachhaltig erwiesen. Insbesondere gilt das für das sog. „Crisis Resource Management“ (CRM), bei dem es um den Erwerb und das Training der fachlichen und menschlichen Kompetenzen für den Umgang mit medizinischen Krisensituationen in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin geht.



Studenten am Anästhesie-Simulator

Das Ausbildungskonzept mit dem Simulator hat nicht nur wiederholt bei der Evaluation durch die Studenten eine sehr gute Bewertung erhalten: Professor Dr. Jürgen Schüttler und seine Arbeitsgruppe wurden für den notfallmedizinischen Studentenunterricht am Erlanger Anästhesie-Simulator mit dem „Preis für gute Lehre 2001“ des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst ausgezeichnet.

Neben dem Simulatortraining bietet die Klinik für Anästhesiologie

auf der Grundlage ihres Sicherheitskonzepts eine breite Palette von Fortbildungsveranstaltungen an: klinische Hospitationskurse zu modernen computergesteuerten Applikationsformen der intravenösen Anästhesie, wie auch die Veranstaltungen zur Kinderanästhesie von Prof. Dr. Sven Albrecht organisiert, die Kurse „Transösophageale Echokardiographie in der Anästhesie und Intensivmedizin“, Erlanger Anästhesie-Seminare, Erlanger Anästhesie-Symposien, die Erlanger Schmerz- und Palliativtage und die bereits im 8. Jahr erfolgreichen Erlanger Notfallmedizinischen Tage.

Erwähnenswert ist auch, dass die Klinik seit 2003 einer der Prüfungsorte für das European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care ist. Dieses Diplom ist in den Staaten der Europäischen Union ohne eigene Facharztordnung als Facharztqualifikation anerkannt.

Innovation durch Forschung

Die Forschungsaktivitäten der Klinik für Anästhesiologie wurden 1996 durch Einrichtung eines Extraordinariats für Experimentelle Anästhesiologie neu ausgerichtet und verstärkt. Die Abteilung für Experimentelle Anästhesiologie unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Helmut Schwilden bietet die strukturellen und logistischen Voraussetzungen für die erfolgreiche experimentelle und klinische Forschungsarbeit, die unmittelbar für die Patientenversorgung nutzbar gemacht wird. Neben Schwerpunkten wie Sepsis und akutem Lungenversagen werden von Forschungsgruppen der Klinik insbesondere Projekte auf den Gebieten Klinische Arzneimittelforschung, Klinische Schmerzforschung und Biomedizinische Technik und Monitoring erfolgreich bearbeitet. Die Leiterin der Emmy-Noether-Arbeitsgruppe „Funktion und Struktur von Membranproteinen“, Frau Dr. Carla Nau, wurde kürzlich mit dem Carl-Thiersch-Preis der Medizinischen Fakultät ausgezeichnet.



Blick in ein Forschungslabor der Klinik

Zu den Forschungsaktivitäten der Klinik für Anästhesiologie wird in einer der folgenden Ausgaben ein gesonderter Beitrag erscheinen.

Qualitätsmanagement

Die Klinik für Anästhesiologie hat sich von Anfang an mit eigenen Projekten an der Qualitätsinitiative des Klinikums beteiligt. Umgesetzt wurden in den vergangenen Jahren u. a.:

Die Einführung einer ständigen Qualitäts-Management-Konferenz, die Erstellung eines Risk-Management-Gutachtens für die Klinik für Anästhesiologie, die Erarbeitung und Einführung klinikinterner Standards in Form von Dienstabweisungen und Manuals, die flächendeckende Einführung des online-Patientendaten Managementsystems „Narkodata“ an den Anästhesiearbeitsplätzen des Klinikums, die erfolgreiche Etablierung eines zentralen OP-Managements für die Operationssäle im Gebäude der chirurgischen Klinik, die Einführung eines Vorschlags- und Beschwerdewesens an der Klinik für Anästhesiologie.

Alle Mitarbeiter der Klinik fühlen sich der Tradition der Erlanger Anästhesie – hier wurde, wie eingangs bereits erwähnt, 1847 eine der ersten Äthernarkosen im deutschsprachigen Raum durchgeführt – verpflichtet. Wir bieten heute die gesamte anästhesiologische Bandbreite einer großen, wissenschaftlich orientierten Klinik und setzen neueste Forschungsergebnisse unmittelbar in der Patientenversorgung um – im Interesse der Gesundheit und der Sicherheit unserer Patienten.

*Prof. Dr. Jürgen Schüttler,
Wolfgang Schwarz,
Klinik für Anästhesiologie*

Forschung: Neue Therapieansätze

*Der Begriff **Epidermolysis bullosa** beschreibt eine Gruppe von seltenen Erbkrankheiten, bei denen die Haut der Patienten schon bei geringster Belastung Blasen bildet oder reißt. Die Haut ist etwa so empfindlich wie die Flügel eines Schmetterlings, deshalb werden die Betroffenen im Volksmund auch „Schmetterlingskinder“ genannt.*

Ursache der Erkrankung ist eine genetische Veränderung, die den Mangel an einem Verankerungsmolekül der obersten Hautschicht, der Epidermis, zur Folge hat. Gegenwärtig sind zehn verschiedene Gene bekannt, deren Veränderung Epidermolysis bullosa bewirken kann. Die von diesen Genen kodierten Eiweiße wirken jeweils als Anker, der die Epidermis mit der darunter liegenden Lederhaut verbindet. Fehlt eines dieser Ankerproteine, löst sich die Epidermis ganz leicht von ihrer Unterlage. Das klinische Bild ist abhängig von der Art der genetischen Veränderung und deshalb unterschiedlich. Bei vielen Betroffenen zeigen sich von Geburt an Blasen. Nach Verlust des Blasendachs bleiben zum Teil großflächige Wunden zurück. Da diese nur schwer heilen, können Infektionsherde oder Verwachsungen von Fingern und Zehen und schlimme Verstümmelungen entstehen. Aber nicht nur äußerlich, sondern auch an einigen inneren Schleimhäuten, vor allem im Mund und im Verdauungstrakt, treten Wunden auf, die z. B. zu einer narbigen Verengung der Speiseröhre führen können.

In der Summe bedeutet Epidermolysis bullosa für die meisten Betroffenen ein schweres Leben voller Einschränkungen und Schmerzen, und viele haben auch eine verringerte Lebenserwartung. Leider ist Epidermolysis bullosa auch heute noch unheilbar. Die wichtigste Behandlung besteht in sorgfältigen Pflegemaßnahmen sowie in der bewussten Vorbeugung von Haut- und Schleimhautverletzungen.

Die schlimmste Form dieser Erkrankung, der Morbus Herlitz, wird durch das völlige Fehlen eines Eiweißes



Bild oben und rechts: Patientin mit Morbus Herlitz, die trotz intensivster therapeutischer Bemühungen, einschließlich zahlreicher Kunsthauttransplantationen, im dritten Lebensjahr an ihrer Krankheit verstarb.



in der Grenzschicht zwischen Epidermis und Lederhaut verursacht. Die betroffenen Kinder leiden an einer rasch den gesamten Körper erfassenden Blasenbildung, gefolgt von schlecht heilenden Wunden. Über die Wundflächen gehen dem Organismus immer größere Mengen an Eiweiß, Mineralstoffen, Spurenelementen und Flüssigkeit verloren. Die Patienten erleiden häufig Wundinfektionen, welche die beständigen Protein- und Eisenverluste verstärken, die wiederum Wundheilungsstörungen sowie eine chronische Blutarmut unterhalten. Die meisten Patienten gedeihen schlecht und versterben bereits im Säuglingsalter.

An der Klinik für Kinder und Jugendliche werden solche Patienten seit vier Jahren in einer bundesweit einmaligen Spezialsprechstunde betreut. Um wenigstens kurzfristig eine Linderung zu bewirken, haben wir vor zwei Jahren erstmals versucht, Herlitz-Patienten mit künstlichem Hautersatzgewebe zu behandeln. Diese Therapie hatte zumindest vor-

für eine fatale Erbkrankheit

übergehend Erfolg; leider wird die Kunsthaut aber früher oder später vom Immunsystem als fremd erkannt und abgestoßen. Unsere dabei gewonnenen Erfahrungen haben zu neuen Behandlungsansätzen für diese Erkrankung geführt, bei deren Entwicklung wir auf eine enge Zusammenarbeit mit der Hautklinik, der Abteilung für Plastische und Handchirurgie der Chirurgischen Klinik, der Frauenklinik und dem Nikolaus-Fiebiger-Zentrum für Molekulare Medizin angewiesen sind.

Eine neuartige Behandlungsoption für den fortschreitenden Hautverlust der Patienten besteht in der Kombination einer Knochenmarksstammzelltransplantation mit anschließenden Hauttransplantationen vom selben Spender, wodurch ohne dauerhafte Unterdrückung des Immunsystems des Empfängers eine lebenslange Akzeptanz der Hauttransplantate erreicht werden könnte. Diese Möglichkeit testen wir gegenwärtig im Rahmen eines individuellen Heilversuchs an einem Herlitz-Patienten.

Weiterhin haben wir aus Hautproben unserer Patienten Epidermisstammzellen isoliert, in die wir eine Kopie des gesunden Gens dauerhaft zu übertragen versuchen, und zwar mit dem Ziel, aus genetisch korrigierten Zellen schließlich Eigenhauttransplantate für diese Kinder herzustellen. Ein solcher Gentransfer mit anschließender Hauttransplantation geht jedoch mit dem Risiko von Abstoßungsreaktionen gegen das modifizierte Eigengewebe einher, da das zuvor nicht vorhandene Ankerprotein vom Körper als fremd erkannt werden könnte. Dieses Risiko bedarf einer gründlichen tierexperimentellen Untersuchung, vor deren Abschluss keine Gentherapie von Herlitz-Patienten zu rechtfertigen wäre. Aber auch eine erfolgreiche Gentherapie würde keine vollständige Heilung ermöglichen, denn die inneren Schleimhäute ließen sich damit kaum erreichen. Wenn es überhaupt eine Chance gibt, Kinder mit Morbus Herlitz wirklich zu heilen, dann ist es eine Gentherapie noch vor der Geburt. Diesen Ansatz untersuchen wir zur Zeit in einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekt am Tiermodell, indem wir das gesunde Gen bei schwangeren Versuchstieren ein-

fach in das den Foeten umgebende Fruchtwasser verabreichen.

Auf diese Weise lässt sich die gesamte Hautoberfläche kranker Foeten mit einer einzigen Injektion erreichen. Da beim Foeten die Epidermis nur aus wenigen Zellschichten besteht, kann das Korrekturen auch viel leichter in die epidermalen Stammzellen, die für den Nachschub an Hautzellen sorgen, gelangen, eine Situation, die im späteren Leben nie wiederkehrt. Und noch besser: Da der Foetus ab einem bestimmten Alter auch Schluck- und Atembewegungen vollführt, sind über das Fruchtwasser auch die Schleimhäute der Mundhöhle, des Verdauungstraktes und der Lunge leicht zugänglich, also alle Zielgewebe einer Behandlung des Morbus Herlitz.



Eine Hürde der Forschung am Tiermodell: Mäuse mit Morbus Herlitz, die im Mutterleib behandelt wurden, müssen nach der Geburt von Hand aufgezogen werden.

Tierexperimentelle Forschung ist jedoch meist langwierig und mit unerwarteten Problemen verbunden. So müssen wir z. B. die im Mutterleib behandelten Mäuse nach ihrer Geburt von Hand aufziehen, da das Muttertier und auch genetisch gesunde Ammen normalerweise alle betroffenen Nachkommen erkennen und töten. Eine Vielzahl an Fragen macht es aber unerlässlich, solche neuen Konzepte in aufwändigen Studien an Tiermodellen zu evaluieren und Nutzen und Risiken sorgfältig abzuwägen. Bei dem zuletzt genannten Therapieansatz handelt es sich daher gegenwärtig um eine ärztliche Vision, die sicher noch etliche Jahre von ihrer klinischen Umsetzung entfernt ist.

*Privatdozent Dr. med. Holm Schneider
Klinik für Kinder und Jugendliche
(Direktor: Prof. Dr. W. Rascher) &
Nikolaus-Fiebiger-Zentrum für Molekulare Medizin*

Das Novalis Shaped Be

Eine der weltweit modernsten Anlagen für Radiochirurgie und Stereotaktische Radiotherapie

Nach Baubeginn im Mai 2001

mit Umbau und Ausbau des Pavillongebäudes nördlich der sogenannten „Alten Nervenklinik“ in der Schwabachanlage 10 konnte das Novalis Shaped Beam Surgery Center im Januar 2003 in Betrieb genommen werden. In einer bisher einzigartigen interdisziplinären Kooperation der Strahlenklinik (Direktor: Prof. Dr. Rolf Sauer) und der Neurochirurgischen Klinik (Direktor: Prof. Dr. Rudolf Fahlbusch), zusammen mit der Herstellerfirma BrainLAB, wurden bis November 2003 bereits 164 Patienten mit Hirntumoren und auch ausgewählten Tumoren am Körperstamm mit dem neuen Stereotaxiebeschleuniger behandelt.

Behandlung von Hirntumoren

Die Strahlenbehandlung kann bei Gehirntumoren die Heilungsrate erhöhen, Symptome ganz beseitigen oder zumindest verbessern. Dabei wird die zu verabreichende Dosis durch die Art und Ausdehnung des Tumors bestimmt. Hauptziel ist die vollständige Zerstörung der Tumorzellen bei gleichzeitig möglichst geringer Schädigung des umgebenden gesunden Hirngewebes. Novalis Shaped Beam Surgery erreicht dieses Ziel durch die optimale Anpassung des Behandlungsstrahles aus den verschiedenen Einstrahlwinkeln an die Form des Tumors. Eine im Bereich von einem Millimeter liegende Präzision wird auch bei sehr unregelmäßig geformten Tumoren erreicht. Auf diese Weise können Tumoren in der Nähe von wichtigen und empfindlichen Organen des Gehirns (z. B. Sehnerv) und auch sehr tief liegende, schwer oder nicht operable Tumoren mit Hilfe von Novalis behandelt werden. Zur Anwendung kommen die sogenannte stereotaktische Radiochirurgie (SRS) und die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie (SRT). Beide Behandlungen können ambulant durchgeführt werden und sind allen Kas-

senpatienten möglich, da es sich um eine Sonderform der Strahlenbehandlung mit dem Linearbeschleuniger handelt.

Stereotaktische Radiochirurgie (SRS)

Die SRS kommt bei kleinen Tumoren in Frage. Die gesamte erforderliche Dosis wird punktgenau in einer Sitzung appliziert, wobei der Patienten Kopf mit einem stereotaktischen Kopfring fixiert wird. Es handelt sich um eine nicht-invasive Behandlung, bei der der Schädel nicht eröffnet wird. Es ist keine Narkose erforderlich. Der Kopfring wird unter örtlicher Betäubung der Kopfhaut angebracht. Die gesamte Behandlung kann an einem halben Arbeitstag durchgeführt werden.

Stereotaktische Radiotherapie (SRT)

Bei größeren Tumoren wird bei der SRT die erforderliche Dosis über mehrere Sitzungen verteilt. Der Patienten Kopf wird mit einer individuell angefertigten Lagerungsmaske fixiert. Es resultiert eine Gesamtbehandlungszeit von fünf bis sechs Wochen.

am Surgery Center

Behandlungsablauf – SRS/SRT im Kopfbereich

Die Behandlungsschritte sind:

1. Prätherapeutische Bildgebung (Dünnschicht-MRT, PET),
2. Anlegen des Kopfringes (SRS) oder Anfertigen der Bestrahlungsmaske (SRT),



Befestigung des Kopfrings

3. Diagnostische Aufnahmen (Angiographie, Computertomographie) und Festlegung des Zielvolumens durch den behandelnden Arzt,



Computertomographie



im CT sichtbar die Befestigung der Schrauben am Schädeldach

4. Physikalische Behandlungsplanung: Festlegen der Bestrahlungsfelder durch den Physiker,

5. Bestrahlung (bei der SRS einmalig etwa 20 Minuten, bei der SRT einmal tägliche Bestrahlung mit der Maske, Dauer jeweils etwa 20 Minuten).



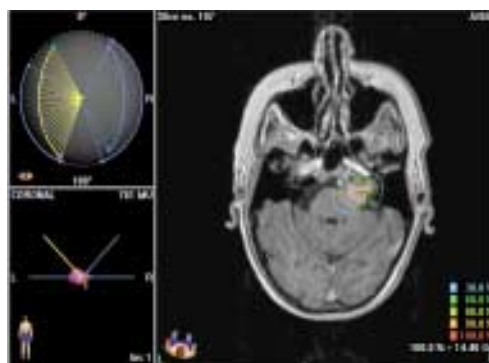
Stereotaktische Bestrahlung

Indikationen

Ob ein Patient mit Novalis Shaped Beam Surgery behandelt werden kann, entscheidet der Arzt nach Kenntnis der Größe, Lage und Histologie des Tumors. Behandelt werden primär Tumoren in der Schädelhöhle (Akustikusneurinome, Hypophysenadenome, Meningeome), sekundäre Hirntumoren (Hirnmetastasen anderer Tumoren) und primäre Hirntumoren (insbesondere niedriggradige Gliome) sowie Gefäßmissbildungen und Glomustumoren.

In seltenen Fällen eignen sich auch Lungenmetastasen, Lebermetastasen und Tumoren an der Wirbelsäule oder im Wirbelsäulenkanal für eine Therapie (Stereotaktische Radiotherapie am Körperstamm).

*Dr. Antje Ernst-Stecken
Assistenzärztin der Strahlenklinik*



Behandlungsbeispiel Akustikusneurinom

Oben links und unten links die vier Einstrahlrichtungen. Die Kontur des Behandlungsstrahles passt sich dynamisch beim Umfahren des Patientenkopfes der Tumorkontur an, rechts die resultierende eng umschriebene Dosisverteilung.

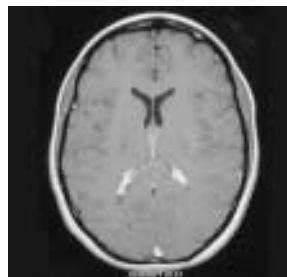
Behandlungsbeispiel Hirnmetastase mit Behandlungserfolg nach 6 Wochen



Vor der Radiochirurgie (Hirnmetastase durch Pfeil markiert)



Steiler Abfall der Bestrahlungsdosis vom Tumor zur Peripherie hin



Sechs Wochen nach der Radiochirurgie (keine Hirnmetastase mehr sichtbar)

Der Wille des Patienten ist maßgeblich: Die Patientenverfügung

Wie muss eine Patientenverfügung aussehen? Wer muss unterschreiben? Wann gilt eine Patientenverfügung? Was ist eine Vorsorgevollmacht? Viele Menschen stellen sich inzwischen diese Fragen. Angesichts der modernen Möglichkeiten in der Medizin, Leben auch in Grenzsituationen noch lange erhalten zu können, werden Patientenverfügungen immer wichtiger.

Die Bundesärztekammer hat 1998 in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ festgelegt, dass der geäußerte Wille eines Patienten maßgeblich ist. Dies ist in den „Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen“ 1999 noch einmal ausführlich dargelegt worden. Es gibt inzwischen mehr als 250 Vordrucke, die von unterschiedlichen Verbänden, Ärztekammern u. ä. entwickelt worden sind. Die Arbeitsgruppe „Patientenverfügungen“ der Akademie für Ethik in der Medizin hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums 2002 ein Gutachten zu den Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung erstellt.

Eine Patientenverfügung tritt in Kraft, wenn ein Mensch sich nicht mehr zu seinen Behandlungswünschen äußern kann, wenn er bewusstlos oder zu krank ist. Er kann dann sein Selbstbestimmungsrecht nicht mehr ausüben. Es gibt grundsätzlich keine Formvorschriften für eine Patientenverfügung. Auch ein mündlich geäußertes Willen gilt. Empfohlen wird jedoch eine schriftliche, datierte und in regelmäßigen Abständen aktualisierte Patientenverfügung. Eine Zeugenunterschrift oder gar eine notarielle Beglaubigung sind nicht notwendig. Der Zeuge kann jedoch zweifelsfrei bestätigen, dass die Unterschrift auf der Patientenverfügung eigenhändig und im Vollbesitz der geistigen Kräfte erfolgt ist.

Der Ausdruck „Patiententestament“ wird nicht mehr verwendet, weil ein Testament Dinge nach dem Tode regelt und eine Patientenverfügung gerade für die Zeit vor dem Tode gedacht ist. Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, konkrete Sachverhalte anzusprechen, z. B. ich möchte in einer bestimmten Situation keine Dialyse mehr, oder ich möchte nicht mehr reanimiert werden, oder ich möchte in einer bestimmten Situation keine Beatmungstherapie. Schwierig kann es werden, wenn die Patientenverfügung zu allgemein gehalten ist und auf die Situation nicht zu passen scheint.

Empfohlen wird, eine schriftliche Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht zu verbinden. In der Vorsorgevollmacht können Sie einen Menschen Ihres Vertrauens bestimmen (z. B. Freunde, Ehepartner, Kinder), der dann für Sie in Ihrem Sinne mit dem Behandlungsteam sprechen kann. Im Universitätsklinikum Erlangen verwendet die Klinikseelsorge die Handreichung „Meine Zeit steht in Gottes Händen“ der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern zusammen mit Teilen der Broschüre „Vorsorge“ des Bayerischen Justizministeriums. Die genannten Handreichungen und Broschüren finden Sie in den Ethikordnern auf Station. Bei Fragen zu Patientenverfügungen wenden Sie sich an die **Klinikseelsorge (85-34646,-34647)** und an die **Klinische Ethikberatung (85-26435)**.

Weitere Informationen:

- Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter. Broschüre des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz: Bayer. Staatsministerium der Justiz, Pressereferat, Prielmayerstr. 7, 80097 München, Tel.: 089/559701; oder: www.justiz.bayern.de, Broschüren und Bürgerservice,
- Handreichung der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern. Meine Zeit steht in Gottes Händen: Landeskirchenamt der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit/Publizistik, Meiserstr. 11-13, 80333 München, Tel.: 089/5595-552; oder: www.bayern-evangelisch.de/, Service, Text zum Download: „Meine Zeit steht in Gottes Händen“,
- Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen: www.bundesaerztekammer.de, Stichwort: Handreichungen,
- Artikel: Wegweiser für ärztliches Handeln und Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: www.bundesaerztekammer.de, Stichwort: Grundsätze.

Dr. med. Thela Wernstedt, M. A., Klinische Medizinethik

Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz

Als sexuelle Belästigung gilt alles, was die betroffene Person als demütigend, erniedrigend, peinlich - eben belästigend empfindet:

- Anstarren,
- Hinterherpfeifen,
- anzügliche Bemerkungen oder Witze,
- Körperberührungen,
- Einladungen mit eindeutiger Absicht,
- Telefongespräche und Briefe mit sexuellem Inhalt,
- Versprechen beruflicher Vorteile bei sexuellem Gegenkommen, usw.

"Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ist eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten oder ein Dienstvergehen". Sexuelle Belästigung ist jedes vorsätzliche, sexuell bestimmte Verhalten, das die Würde von Beschäftigten am Arbeitsplatz verletzt.

Die Erfahrung zeigt, dass jeder Mensch Opfer einer Belästigung werden kann, ob klein und unscheinbar oder groß und "aufreizend", ob jung oder alt. Und die Belästiger sind nicht etwa einsame lüsterne Triebtäter, sondern ganz "normale" Menschen, meist verheiratet oder in einer festen Beziehung lebend.

Vor allem Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die dem Betrieb noch nicht lange angehören, laufen Gefahr, belästigt zu werden. Viele reagieren wie gelähmt, sind erstmal sprachlos. Damit wird die Entschuldigung für den Täter geliefert, die Belästigung sei nicht erkennbar abgelehnt worden.

Sie müssen sich sexuelle Belästigung nicht gefallen lassen. Wenn Sie Rat oder Hilfe brauchen, wenden Sie sich bitte an die Gleichstellungsbeauftragte des Klinikums für das nichtwissenschaftliche Personal.

Gisela Zapf, Tel. 09134-908611 oder 0160-6728166 oder an das Frauenbüro, zuständig für das wissenschaftliche Personal:

Frau Enzelberger, Tel. 09131-8522951

an den Personalrat: Tel. 09131-8534176

oder an die Beratungsstelle:

"Notruf" Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen e. V. Erlangen Tel. 09131-209720

Alle Gespräche werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, Sie können sich auch gern anonym melden und Rat holen.

Gisela Zapf, Gleichstellungsbeauftragte

NEIN – heißt NEIN!



Speisen- und Medikamentenbestellungen für stationäre Patienten nun bald on-line:

Speisenportionierung in der Zentralküche

In Stationen der Anästhesie, der Chirurgie, der Herzchirurgie und der Medizin findet zur Zeit die Pilotphase für ein Online-Erfassungssystem für Speisen- und Medikamentenbestellungen statt. Die Erfassung der Speisewünsche der Patienten wird mittels eines Handhelds (kleiner handlicher Computer, wie ihn auch die Paketdienste einsetzen) vorgenommen. Die Bestellung des Essens kann damit auf einen Tag vor Speisenausgabe verkürzt werden. Die Nachbestellung der Medikamente wird hauptsächlich durch den Einsatz eines Scanners sowie am PC-Arbeitsplatz vorgenommen. Im Verlauf des Jahres 2004 sollen alle Stationen im Klinikum an das Online-Erfassungssystem angeschlossen werden.

Ehrenamtliche gegen Einsamkeit im

Im Mai 1974 wurde der Verein Klinikbesuchsdienst Erlangen e. V. (kurz KBD) gegründet. Er entstand aus dem Zusammenschluss einiger aktiver Frauen, die sich schon seit einigen Jahren um einsame und alleinstehende Patienten kümmerten. Träger des KBD ist das Diakonische Werk Erlangen; von der Verwaltung des Klinikums wird der KBD anerkannt und unterstützt.

Wir besuchen auf Wunsch Patienten im Erlanger Universitätsklinikum, im Waldkrankenhaus und in zwei Seniorenzentren. Unsere Einsätze umfassen Besuche am Krankenbett, Begleitung beim Spaziergehen, Besorgungen, Behördengänge und vieles mehr. Wir versuchen Familie zu ersetzen. Gemeinsam mit dem Arbeiter-Samariter-Bund helfen wir Patienten bei der stationären Aufnahme. In mehreren Kliniken bieten wir zweimal wöchentlich bei Rundgängen über alle Stationen Zeitungen und Illustrierte zum Verkauf an. Für Kinder gibt es feste Spiel- und Bastelstunden. Bei ausländischen Patienten können wir in mehreren Sprachen helfen und die Verständigung zwischen Patienten, Pflegekräften und Ärzten erleichtern. Über unsere Quartiergeberinnen stellen wir Patientenangehörigen preiswerte Übernachtungsmöglichkeiten zur Verfügung. Alle unsere Einsätze sind ehrenamtlich.



Gruppenabend

Voraussetzungen für die ehrenamtliche Mitarbeit beim KBD sind psychische und physische Stabilität. Mitglieder dürfen keiner Sekte angehören, nicht missionieren und haben Schweigepflicht. Neumitgliedern wird ein erfahrendes Mitglied zur Seite gestellt. Monatlich gibt es einen Gruppenabend mit Referenten, einen Stammtisch und eine fachlich geleitete Gesprächsgruppe. Ein- bis zweimal jährlich findet ein zweitägiges Fortbildungsseminar statt; bei Bedarf werden Tagesseminare organisiert.

Aus der Praxis der Besucherinnen:

Jasmin, ca. 5 Jahre alt, war verstummt und gab keine Antwort auf Fragen von Schwestern und Ärzten. Ihre Mutter aus der Oberpfalz musste sich um ihre daheim befindlichen Kinder kümmern. Die Mutter einer kleinen Zimmergenossin von Jasmin sagte gleich nach meinem Eintreten: „Das Kind spricht nicht, da kann man nichts machen.“ Mit beiden Mädchen habe ich mir dann ein Bilderbuch vorgenommen. „Ah, da ist eine Eule, wo ist der Hase?“ Ich lobte das sprechende Mädchen, da hielt es Jasmin nicht mehr aus; sie wusste wo der Igel saß und brach ihr Schweigen. Sie wurde richtig fröhlich und redselig und war von da an wieder ein sprechendes Kind.

09131 - 207662
[www.fen-net.de/
klinik-besuchs](http://www.fen-net.de/klinik-besuchs)

30 Jahre Krankenbett

Besuchsdienst im Klinikum seit dreißig Jahren

Herr H. aus Halle, ca. 45 Jahre, lag in der Kopfklinik, hörte die Musik und die Festgeräusche der Bergkirchweih und wollte so gerne mal hin. Der Schwergewichtige passte so gerade in den Rollstuhl. Ich betrachtete es als sportliche Herausforderung und schob ihn auf den Berg. Beim steilsten Stück half mir ein Passant. Nun konnte mir Herr H. seine große Treffsicherheit beim Fotoschießen beweisen. Die dabei entstandene Aufnahme befindet sich seither in meinem Besitz.

Eine Quartiergeberin erzählt:

Fast zwei Jahrzehnte bin ich nun bei unserem KBD als Quartiergeberin tätig. In dieser Zeit lernte ich sehr viele Menschen und ihre Schicksale kennen. Im Lauf der Jahre waren oft Mütter und Väter bei mir, die voller Angst ihre Kinder ins Klinikum brachten. Ich versuchte zu trösten und zu beruhigen, so gut ich eben konnte. Die privaten Übernachtungsangebote waren und sind für viele Eltern bei all ihren Sorgen eine große Hilfe. Die Wenigsten können sich einen Hotelaufenthalt leisten, um den ganzen Tag bei ihren Kindern sein zu können.

Nicht nur Väter und Mütter fanden bei mir ein Nachtquartier. Sehr oft kamen auch Ehepaare zu mir, von denen ein Partner in eine Klinik aufgenommen werden musste. Aus ganz Deutschland kommen die Menschen in das Universitätsklinikum. Aber auch Gäste aus Italien, der Türkei, Griechenland, Polen, sogar aus Russland hatte ich an meinem Frühstückstisch sitzen. Viele Schicksale bekam ich zu hören. Eines möchte ich herausgreifen: Frau L. aus R. war von Oktober bis Januar bei mir. Ihr Mann wurde in dieser Zeit 17-mal operiert. Für sie war Trost und menschliche Nähe unendlich wertvoll.



Besucherin am Krankenbett

Wie erfährt der KBD vom Wunsch eines Patienten nach Besuch?

Wir stellen uns immer wieder in allen Kliniken vor und halten Kontakt zu Pflegekräften, Therapeuten und Seelsorgern. Auf einigen Stationen ist ein Mitglied immer anwesend, auf anderen an einem mit der Stationsleitung ausgemachten Tag. Im persönlichen Gespräch mit den Pflegekräften werden die Namen der Patienten vermittelt, die sich über Besuch freuen oder Betreuung brauchen. Häufig ist es so, dass sich die Station an unser Büro wendet und den Wunsch eines Patienten nach Besuch weitergibt. Von dort werden die BesucherInnen informiert und alle Einsätze koordiniert.

Meike Jakob, Ingrid Reise, Marga Rödl

Das Büro des Klinikbesuchsdienstes ist Montag bis Freitag von 10 - 12 Uhr besetzt.

Außerhalb dieser Zeiten wird der Anrufbeantworter regelmäßig abgehört, um Einsätze und Quartiere vermitteln zu können.

Telefon: 09131 - 207662

Internet: <http://www.fen-net.de/klinik-besuchsdienst>, E-Mail: klinik-besuchsdienst@fen-net.de

klinik-besuchsdienst
dienst@fen-net.de

Personalwohnheime

Nostalgische Gefühle werden bei einigen Angehörigen der mittleren Generation wach, wenn sie manches Personalwohnheim des Klinikums betreten. Wandmalereien aus den 60er Jahren, Kunststoffböden im Retrolook und gelegentlich ein Gummibaum in der Eingangshalle. Lange Gänge öffnen sich vor dem Besucher, sie erinnern bisweilen an Romane von Kafka. Größe und Ausstattung der Zimmer sind ursprünglich gleich, aber bereits bei der Gestaltung der Türen zeigt sich die Charaktervielfalt der Bewohner. In den Zimmern finden sich vom orientalischen Zauberreich über funktionellen Ikeastil bis hin zum (vorsichtig ausgedrückt) schlampigen Nest alle vorstellbaren Wohnraumgestaltungen.

Ein Blick in das Wohnheim Hindenburgstraße

Im Gespräch mit einer Bewohnerin des Wohnheims Hindenburgstraße wird deutlich, dass die Nähe zum Arbeitsplatz und die günstige Miete ausschlaggebend waren für die Entscheidung, eine Personalunterkunft zu mieten. 208 Euro sind eine angemessene Miete für ein im Stil der 70er Jahre möbliertes Appartement, der zusätzliche Schreibtisch musste allerdings „erkämpft“ werden. Die Mitbewohner scheinen nette Leute zu sein, aber die Atmosphäre ist sehr reserviert - in 8 Monaten haben sich zwei Grüßbekanntschaften im Haus ergeben. Die günstigen Gebühren für die Benutzung des Waschkellers und der Getränkeautomat sind kleine Lichtblicke im Wohnheimalltag. Ein großes Problem ist die sommerliche Lärmbelästigung durch die benachbarte Burschenschaft. Zwei bis drei Mal in der Woche wurde im letzten Sommer morgens bis fünf Uhr gefeiert.

Struktur und Organisation

Das Klinikum betreibt 13 Personalwohnheime. Herr Roski und Herr Weiß haben die „Schlüsselgewalt“ für diese Einrichtungen, die 1999 vom Liegenschaftsamt der Universitätsverwaltung an das Klinikum übertragen wurden. Das Geld für den Unterhalt der Immobilien wird vom Freistaat bewilligt und vom Vorstand des Klinikums an das Referat für Gebäudewirtschaft und an das Bauamt der Universität verteilt. Jeder Unterkunft ist eine eigene



Rückseite des Wohnheims in der Kuttlerstraße

Kostenstelle zugeordnet, über diese werden Mieten und Ausgaben verrechnet.

Mieter, welche nicht in der Pflege arbeiten, erhalten ausschließlich Mietverträge, die auf ein halbes Jahr befristet sind. Die Verträge sehen eine vierzehntägige Kündigungsfrist vor. Krankenpflegeschülerinnen/Krankenpflegeschülern steht vertraglich die Option auf eine möblierte Unterkunft zu. Das ist der Grund für die kurzen Fristen in den Mietverträgen für andere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Klinikum. Es ist aber nicht einfach, in Erlangen eine Wohnung auf dem freien Markt



des Klinikums

Kafkaeske Nostalgie



Eingang des Wohnheims Hindenburgstraße

zu finden – die vierzehntägige Kündigungsfrist wird daher von manchen als „Damoklesschwert“ empfunden.

Die Personalunterkünfte beherbergen, unter anderem, Gäste aus dem Ausland, Gastärzte, Hospitanten und Ärzte im Praktikum (AIP's). Zivildienstleistende, Teilnehmerinnen/Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahres und Praktikanten nützen vor allem die preiswerten Zimmer der Wohnheime; 60 Euro kostet die billigste Unterkunft.

Nicht nur Rätsel um eine gestohlene Lasagne

Nicht nur feiernde Studenten verursachen den Bewohnern Probleme. Die sehr unterschiedliche Interessenlage und die relative Anonymität bergen reichlich Zündstoff. Die Arbeit im Schichtdienst führt zu unterschiedlichen Ruhezeiten der Mitarbeiter und diese lassen sich mit ausgelassenen Feiern in den Heimen schwer vereinbaren. Häufig wird der Sicherheitsdienst eingeschaltet, um nach Mitternacht für Ruhe zu sorgen.

Die unterschiedlichen Vorstellungen von Sauberkeit gestalten das Aussehen der Küchen und Sanitärräume. Auch der Eigentumsbegriff der Kollegen und Kolleginnen ist nicht einheitlich. In einem Wohnheim verschwand eine Lasagne, komplett mit Auflaufform, spurlos aus dem Backofen der Gemeinschaftsküche. Diese immer wiederkehrenden Probleme haben vor sechs Monaten zur Bildung einer Arbeitsgruppe geführt. Mitarbeiter von Wohnheimverwaltung, Bauamt, Schulleitung, dem Referat für Gebäudewirtschaft und zwei Schülerinnensprecher treffen sich halbjährlich, um Verbesserungsmöglichkeiten zu finden. Auf Initiative dieser Gruppe wurden die Türen der Zimmer mit Türspionen ausgestattet, die Eingangstüren wurden besser gesichert und die Tore erhöht.

Notizen

Die neueste Personalunterkunft findet sich in der Kuttlerstraße. Das ehemalige „Hotel Altstadt“ wurde dort für Mitarbeiter des

Klinikums renoviert, es entstanden 30 Zimmer mit Dusche und drei Teeküchen.

Nach Auskunft des Universitätsbauamtes ist langfristig geplant, nach dem Umzug der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in neue Räume, eines der alten Gebäude als Personalunterkunft auszubauen. Die Wohnheimgebäude in der östlichen Stadtmauerstraße sollen dann durch Institutsneubauten ersetzt werden.



Wohnheim Hindenburgstraße
Flur im 70er Jahre Stil

Personalwohnheime werden immer häufiger nur noch als „Sprungbrett zur eigenen Wohnung“ genutzt.

Im Interesse der Bewohner wäre zu überlegen, ob nicht die verschiedenen Berufsgruppen (Mitarbeiter im Schichtdienst/Schüler/Zivis) besser in unterschiedlichen Unterkünften aufgehoben wären.

*Bernhard Bübl,
Abteilung für Kinder- und Jugend-
psychiatrie
Evelyn Walz,
Nuklearmedizinische Klinik*

„Basale Stimulation“[®] die Kunst mit dem Lebendigen

Die Basale Stimulation[®] ist ein Pflegekonzept, mit dem man einen Menschen in jeder Situation über seine offenen Sinneskanäle erreichen kann. Es wurde vom Sonderpädagogen Prof. Andreas Fröhlich für schwerstbehinderte Kinder entwickelt und in den 80er Jahren gemeinsam mit der Krankenschwester Christel Bienstein in die Erwachsenenpflege übertragen. Dieses Konzept etabliert sich mittlerweile in vielen Bereichen der Pflege, so auch in der Pädiatrie. Die Basale Stimulation[®] ist keine Technik oder Methode, sondern wird immer wieder neu überdacht und individuell auf den Patienten abgestimmt.



Information für die Mitarbeiter, das Begrüßungsritual durchzuführen

Vor fünf Jahren wurde das erste Basisseminar für Basale Stimulation[®] an unserer Klinik abgehalten. Unsere Pflegedienstleitung in der Klinik für Kinder und Jugendliche, Frau Evenkamp, wollte, dass vor einer Einführung alle Stationsleitungen und ihre Stellvertreter dieses Basisseminar besuchen, damit sie sich mit den Grundzügen des Konzepts vertraut machen können. Dieser Entschluss hat zu einer positiven Grundhaltung des Pflegepersonals auf allen Stationen unseres Hauses für die Basale Stimulation[®] geführt. Das Basisseminar hatte bei vielen Mitarbeitern der Pflege Neugierde geweckt und wir spürten, dass hinter diesem Thema sehr viel mehr stecken muss, was sich zu entdecken lohnt.

Auch bei schweren Krankheitsbildern sollte ein Kind die Chance haben, sich auf die ihm gemäße Art und Weise weiterentwickeln zu können und in seinen mög-

lichen Reaktionen wahrgenommen zu werden. Daher sollten wir Pflegende und auch die anderen Berufsgruppen im medizinischen Bereich erkennen, was dem Kind wichtig sein könnte. Dazu müssen wir lernen, uns ganz auf seine Persönlichkeit einzustellen, denn sonst könnte die Pflegehandlung zur Routine abflachen und nicht den möglichen Erfolg erzielen. Für uns bedeutet das, im Umgang mit den Kindern kreativ zu sein, zu sehen und zu erfühlen, was sie in diesem Moment an Zuwendung brauchen oder erwarten.

Wir sind uns ziemlich sicher, dass wir unsere kleinen Patienten durch von ihnen nicht erwartete und ihnen nicht angekündigte Verrichtungen sehr schnell in den Rückzug treiben können. Dies ruft Störungen im Bereich der Wahrnehmungsverarbeitung hervor, welche sich auch auf die neurologische Entwicklung auswirken können.

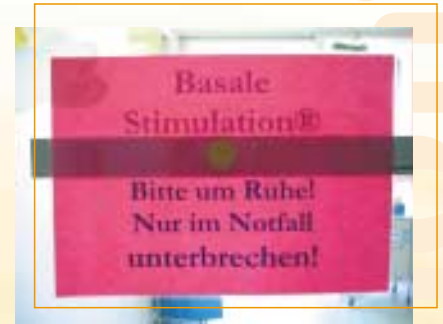
Provokant gesagt werden Früh- und Neugeborene, Säuglinge und Behinderte ungewollt manchmal regelrechten pflegerischen „Überfällen“ ausgesetzt. Und sie reagieren entsprechend.

Hier bietet die Initialberührung (ein Begrüßungs- und Verabschiedungsritual) eine gute Möglichkeit, die Kinder vor solchen Erfahrungen zu bewahren. Durch die Initialberührung nehme ich den Menschen wahr, halte in meinen Handlungen inne, drücke dadurch meine Achtung aus, und gebe ihm die Zeit, die er braucht, sich auf mich und meine Tätigkeiten einzustellen. Denn z. B. 20 Sekunden Zeit für die Initialberührung ist so wenig und wäre doch so viel. Aus eigener Erfahrung wissen wir aber, dass das Innehalten manchmal enorm schwer fällt.

Und wir freuen uns darüber, dass auch der ärztliche

in Kontakt zu kommen

*angewandt in der Pflege in der Klinik
für Kinder und Jugendliche
des Universitätsklinikums Erlangen*



Wahrnehmungsübungen der Mitarbeiter der Kinderklinik

Bereich beginnt, sich darauf einzustellen, eine weitere positive Entwicklung, die wir sehr zu schätzen wissen.

Als weiteres Beispiel für die Integration dieses Konzepts in die Pflege kann das Baden und das Waschen als eine Chance der intensiven Begegnung genutzt werden. Um diese Verrichtungen nicht unterbrechen zu müssen, ist es wichtig, alle Hilfsmittel bereit zu stellen und Absprachen mit dem Team zu treffen.

Durch solche Absprachen entwickelt sich das gesamte Team weiter. Miteinander Reden fördert das Gefühl von Zusammengehörigkeit und das Bewusstsein für kommunikatives Handeln. Eine positive Entwicklung ist in Gang gekommen. Anfangs war Mut zu mehr Ehrlichkeit im Umgang mit Kolleginnen/Kollegen nötig. Nicht alle waren von dem neuen Konzept sofort begeistert. Die Veränderung der Pflege, die wir erleben, kann jeder im persönlichen Tempo und im Rahmen der individuellen Möglichkeiten mitgestalten.

Das die Umsetzung dieses Konzepts möglich ist, haben wir auf unseren Stationen erleben dürfen. Das Stationsteam hatte uns zuerst Freiräume geschaffen, um ins Spüren, ins Wahrnehmen zu gehen; jeder auf seine Art und Weise. Wir haben dabei die Erfahrung gemacht, dass uns das elementare Spüren in vielen Bereichen abhandeln gekommen war, dass wir aber durch dieses Konzept u. a. die Möglichkeit haben, es wieder zu entdecken. Das eigene Spüren zu spüren ist für uns, unsere Kollegen, Schüler, Patienten und Angehörige jedes Mal ein sehr befriedigendes Erlebnis.

2000/2001 absolvierten wir die Weiterbildung zur Praxisbegleiterin in der Basalen Stimulation® und wir beide können rückblickend sagen, dass seitdem ein Prozess der positiven Veränderung stattgefunden hat.

Wir haben jetzt große Möglichkeiten, individuell auf die unterschiedlichen Bedürfnisse in unserem Umfeld einzugehen. Wir haben einen Arbeitskreis gegründet und vertieften das Wissen u. a. durch Seminare und persönliche Anleitungen.

Regelmäßig finden für das Pflegepersonal der Klinik, für Kinder und Jugendliche im Gymnastiksaal Wahrnehmungsübungen statt. Unter dem Motto: „Welchem Lärm, welchen „Überfällen“, welchen Empfindungen sind die uns anvertrauten Kinder ausgesetzt?“. Die zunehmende Beteiligung der Ärzte, PJ'ler, Physiotherapeuten freut uns sehr. Alle Berufsgruppen sind eingeladen. Die Unachtsamkeiten an sich selber zu spüren, hinterlässt bei allen Teilnehmern einen nachhaltigen Eindruck. Aus unserer Jahresarbeit 2002/2003 gehen eine Infomappe, ein neu erarbeiteter Biographiebogen, ein Hinweisschild für Initialberührung, ein Ruheschild, ein Ärztinformationsblatt für die Station 2a und die Intensivstation hervor.

All dies hat Auswirkungen auf die Pflegeplanung. Wenn wir heute Kollegen und Kolleginnen beim Versorgen der Kinder beobachten, merken wir die kleinen Veränderungen, die Einzug gehalten haben. Dies ist für uns ein kleines Erfolgserlebnis der letzten Jahre, denn drei Jahre haben wir benötigt, ein so erweitertes Pflegebewusstsein zu schaffen.

Doch wir sind uns einig: die individuelle Betreuung und Versorgung eines wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten, das Wahrnehmen von persönlichen Bedürfnissen und kleine Erfolgserlebnisse bewirken eine höhere Arbeitszufriedenheit und eine positiv veränderte Arbeitsatmosphäre: beides zum Wohlergehen unserer Patienten.

„Es ist wichtig, sich über Grenzen hinauszuwagen, um andere Möglichkeiten zuzulassen!“

*Heidi Zolleis (Station 2a Säuglingsstation)
Anja Mellob (Intensivstation)
beide als stellvertretende Stationsleitung
in der Klinik für Kinder und Jugendliche*

Kunst am Klinikum

Um die Umgebung für Patienten und Mitarbeiter optisch ansprechender und einladender zu gestalten, werden im Klinikum in den letzten Jahren vermehrt Akzente gesetzt. Künstler werden eingeladen, mit ihren Bildern die sonst kahlen Wände zumindest vorübergehend interessant und farbenfroh zu präsentieren.



Tuschezeichnung der Rialto-Brücke in Venedig von 1978 von Carolus Horn (1921-1992)

Über diese Initiative einzelner Kliniken hinaus wird seit kurzem bei jedem neuen Bauvorhaben von über 1 Mio. Euro sogar eine gesetzlich festgesetzte Summe, die sich auf 1 bis 2 % der Erstellungskosten beläuft, für Kunst am Bau zur Verfügung gestellt und durch das Bauamt verplant. Um hier ein aktuelles Beispiel zu nennen, wurden für die neue Innere Medizin 35 Künstler mit der Bitte angeschrieben, einen zum Bauvorhaben passenden Objekt- oder Bildvorschlag einzureichen. Die eingegangenen Vorschläge wurden von einer Jury, die sich aus je einem Vertreter der Oberen Baubehörde, der Regierung von Mittelfranken, dem Bauamt, einem Vertreter der Universität und einem freischaffenden Künstler zusammensetzt, begutachtet. Dieses Gremium hat Werke von sieben Künstlern ausgewählt.



Die Rialto-Brücke in Venedig. Dieses Bild von Carolus Horn entstand 1988 einige Jahre nach Beginn seiner Erkrankung an Alzheimer.

Beide Bilder sind Ausstellungsstücke in der Psychiatrischen Klinik.

Carolus Horn war einer der erfolgreichsten Werbegrafiker Deutschlands.

Bei einer Kunstbegehung im Bereich des Klinikums wurden verschiedene künstlerisch gestaltete Farbakzente gesehen, die hier genannt werden sollen.

Die Kopfklinik zeigt im unteren Wartebereich wechselnde Ausstellungen. Die Psychiatrie ist mit Fotografien sowie Kollagen im Bereich des Erdgeschosses der Poliklinik attraktiv und bunt vertreten.

Die neue Innere Medizin wurde durch Kunst am Bau maßgeblich mitgestaltet. Zusätzlich zeigt einer der stationären Bereiche ein Bilderkaleidoskop der Künstlerin Gerlinde Wangerin.

Die Chirurgische Klinik präsentiert unterschiedliche Künstler, so zum Beispiel Mara, Sabine Ende und Uwe Jaeckel in ihren Räumen.

Die Kinderklinik nutzt die Kreativität der Kinder unter Anleitung der Erzieherinnen, um das ganze Gebäude im Inneren bunt und interessant zu beleben. So wurden zum Beispiel die Wände der Stationsflure von den Mitarbeitern zusammen mit den Kindern durch bunte, von Kindeshand geschaffene Bilder, kreativ gestaltet.

In der HNO-Klinik finden wechselnde Ausstellungen statt. Zur Zeit wird hier Realismus, Bilder zwischen Reduktion und Photo-realismus, von Ralf Kunstmann gezeigt.

In der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik begleiten Sie Weltraumaufnahmen des Hubble-Teleskops durch die Gänge.

In der Klinik für Nuklearmedizin stellt der Erlanger Fotograf Bernd Böhner amüsante schwarz-weiß Fotografie aus.

Zukünftig wird in unserer AmPuls/Impuls Zeitschrift ein aktueller Kunstkalender erscheinen, in dem wir auf die in den einzelnen Kliniken laufenden Ausstellungen hinweisen.

Eva Gäde, Pflegedienstleitung, HNO-Klinik

SOARIAN

Das Klinikum entwickelt zusammen mit der Siemens AG, Bereich Medical Solutions, eine elektronische Krankenakte. Das Projekt ist interdisziplinär und in verschiedenen Prozessphasen angelegt.

ISCARE

Ein für uns wichtiges Modul in dieser elektronischen Krankenakte ist die pflegerische Dokumentation. Hierzu wurde die Arbeitsgruppe **ISCare** eingerichtet. ISCARE steht für **I**nformation **S**ystem **C**are, betrifft also den Pflegebereich.

In der klinikübergreifenden Arbeitsgruppe arbeiten zusammen: Frau Imhof (Pflegedirektorin), Frau Fiedler (MScN - Ressort für Pflegewissenschaft), Herr Fix (EDV-Beauftragter der Pflegedirektion) und Herr Jürs (Stabsstelle Pflegecontrolling). Um das Modul ISCARE möglichst praxisnah zu entwickeln, werden die pflegerischen Inhalte sämtlicher Kliniken des Klinikums von Mitarbeitern mit EDV-Erfahrung an die Projektleitung herangetragen und in das Anforderungsprofil integriert.

Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die Entwicklung eines Anforderungsprofils für:

- Pflege-Anamnese,
- Pflegebericht,
- Pflegeplanung,
- Leistungserfassung,
- Verlegungs- und Entlassungsbericht.

Nach Abschluss der Arbeitsgruppen werden die Ergebnisse vorgestellt und mit den Pflegenden diskutiert.

Wir erwarten uns von der elektronischen Krankenakte eine erhebliche Arbeitserleichterung. So werden Doppel-Dokumentationen nicht mehr nötig sein. Geburtsdatum und Name des Patienten wird nach einmaliger Eingabe auf alle weiteren nötigen Formulare automatisch übertragen. Besonders wichtig ist eine leichte Einarbeitung in das System. Was uns in



Pflegerische Versorgung der Patienten in der Inneren Medizin

der täglichen Arbeit entgegenkommen wird, ist die Möglichkeit des Zugriffs auf das System von verschiedenen Arbeitsplätzen aus. Alle Bereiche sind miteinander verbunden. So kann von den Stationen die Materialanforderung, der Apothekenbedarf, die Essenbestellung u. a. online abgewickelt werden.

Bei Interesse, Fragen und Anregungen wenden Sie sich bitte an Frau Fiedler. Wir werden Sie in Abständen über das Projekt informieren.

*Cb. Fiedler, MScN., Akademie
A. Sapper, PDL, Medizinische Kliniken*

Kennen wir unsere Patienten? Befragung im 1. Quartal 2004

Kennen Sie das Gefühl: Der Patient ist entlassen; wenn es ihm gut geht, hört man nie wieder von ihm. Nur wenn es mal ausgesprochen schlecht gelaufen ist, melden sich die Patienten wieder. Deshalb will unser Vorstand mit einer Patientenbefragung in allen stationären Bereichen mehr Transparenz erreichen.

Patienten erhalten nach ihrer Entlassung mit der Post einen Fragebogen. Es werden Fragen zu ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Service-Leistungen gestellt. Die Umfrage wird von einem Beratungsinstitut ausgewertet. Wir alle wollen aus den Ergebnissen lernen und die Anregungen aufgreifen.

Die Befragung findet im 1. Quartal 2004 statt.

Sandra Gerstacker, Stabsstelle Medizinmanagement

Besondere Auszeichnungen

Medizinische Klinik III

Prof. J. R. Kalden

erhielt Mastertitel des American College of Rheumatology

Als zweitem Europäer wurde dem Direktor der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Erlangen, Prof. Dr. Dr. Joachim Robert Kalden, auf der Jahrestagung des American College of Rheumatology der Titel des „Masters“ verliehen. Mit dem Mastertitel des College werden Mediziner ausgezeichnet, die den höchsten professionellen Standard in der Entwicklung und Etablierung im klinischen und wissenschaftlichen Bereich der Rheumatologie erreicht haben. Die Verleihung des Mastertitels ist eine der höchsten Ehrungen des American College of Rheumatology.

Leser äußern ihre Meinung

Zum Artikel: Spatenstich für den 2. Bauabschnitt Medizin in AmPuls/Impuls 4/2003 (gekürzt)

Der Artikel enthält fehlerhafte Informationen und ist überhaupt nicht mit dem Universitätsbauamt abgestimmt. Dadurch führt er zur Verunsicherung von Lesern. Am Ende des ersten Abschnitts steht: "Der östliche Abschlussriegel mussweichen. Für die Ambulanz der Kinder – und Jugendpsychiatrie und die Kinderkrankenpflegeschule werden dann Ersatzräumlichkeiten benötigt". Die genannten Einrichtungen sind aber im Westriegel untergebracht. Dies führt zur ersten Verwirrung. Da Hr. Bübl-Hopf selber zur Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört und auch noch Personalrat ist, erwartet man, dass er genau Bescheid weiß und nimmt ihn daher auch ernst. Wir im ZEE (*Red.: Zentrum Epilepsie Erlangen*) fragten uns sofort, was wird mit

dem Biomagnetismus-Labor und den Büroräumen des MEG (*Red.: Magnetenzephalografie*) und der Neuropsychologen, die genau unter den o.g. Einrichtungen im vermeintlichen "östlichen Abschlussriegel" liegen. Auf meine Anfrage beim Universitätsbauamt teilte mir Frau Fehrer mit, dass sie nichts von dem Artikel gewusst habe und auch nicht damit einverstanden sei. Zur Zeit sei noch nicht an einen Abriss des Westflügels gedacht, eventuell im Zuge der Planung des HNO-Anbaus an die Kopfklinik und auch der Ostflügel sei ja gerade erst kostenintensiv mit Laborräumen ausgestattet worden. Wenn überhaupt, dann ist in ca. 8 Jahren mit derartigen Überlegungen zu rechnen.

Ilka Hilbig, Zentrum Epilepsie Erlangen

Antwort des Autors

Der eingegangene Leserbrief zum Artikel Spatenstich für den 2. Bauabschnitt Medizin, vor allem über die Zukunft der alten Nervenklinik, veranlasst mich zu einer Stellungnahme. Die gegebenen Informationen sind nicht falsch. Allerdings ist einzuräumen, dass der Eindruck entstehen könnte, dass der Abriss zeitnah vollzogen wird.

Natürlich sind dies sehr langfristige Planungen bzw. Überlegungen. Durch den Neubau des halbrunden Forschungsgebäudes am nördlichen Ende des Neubaus Medizin sowie der HNO-Klinik in einigen Jahren, müssen das östliche und das westliche Ende der alten

Nervenklinik abgetragen werden. Somit bliebe nur noch der zentrale Teil als Solitär übrig, was als problematisch erachtet wird (O-Ton Universitätsbauamt). Allerdings ist doch selbstverständlich, dass genug Ersatzfläche zur Verfügung gestellt werden wird und sowohl Klinikum als auch Universitätsbauamt in jedem Fall weit im Vorfeld umfangreich informieren würden, wenn tatsächlich ein baldiger Abriss geplant wäre. Schließlich ist festzustellen, dass der Artikel zwar nicht vollständig war, er aber auch nicht die alte Nervenklinik thematisiert hat, sondern lediglich den Spatenstich zum 2. Bauabschnitt des Neubaus Medizin.

Bernhard Bübl-Hopf

Fehlerteufel

In Heft 4/2003 hat sich der Fehlerteufel eingeschlichen: Auf Seite 18, „Interview mit dem Leiter des Fachdezernats, Herrn Stark“ im Untertitel des Fotos muss es heißen: Robert Stark,...

Personen – einzeln herausgegriffen

Neue Mitarbeiter:

Prof. Dr. Kai-Uwe Eckardt, Lehrstuhlinhaber und Klinikdirektor der Medizinischen Klinik IV, Nephrologie, seit 1. Januar 2004
Prof. Dr. Friedrich Kruse, Lehrstuhlinhaber und Klinikdirektor der Augenklinik, seit 1. Januar 2004
Privatdozent Dr. Michael Uder, Institut für Diagnostische Radiologie, seit 13. Dezember 2003

Ausgeschiedene:

Elke Bertram, stv. Stationsleiterin, Frauenklinik, Beendigung der Altersteilzeit zum 31. Januar 2004
Prof. Dr. Dieter Harms, C3-Professor und Oberarzt in der Klinik für Kinder und Jugendliche, zum 1. Oktober 2003
Elke Hönekopp, Stationsleiterin, Medizinische Klinik IV, bis 31. Januar 2004
Privatdozent Dr. Steffen Mühldorfer, geschäftsführender Oberarzt in der Medizinischen Klinik I, zum 1. Januar 2004
Privatdozent Dr. Frank Reinhardt, Oberarzt in der Neurologischen Klinik, Qualitätsmanagement-Beauftragter des Klinikums von 1. Juni 2002 bis 31. August 2003, zum 1. Januar 2004
Prof. Dr. Ludwig Wildt, C3-Professor, Oberarzt in der Frauenklinik, zum 3. Oktober 2003

Dienstjubiläen

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter feierten/feiern

Dienstjubiläum:

40 Jahre

am 16. Oktober 2003
am 15. Februar 2004
am 15. April 2004

Herr Peter Prietz, Urologische Klinik
Frau Renate Weinecke, Klinikdezernat 2
Frau Barbara Zitzmann, Klinik für Kinder und Jugendliche

25 Jahre

am 30. Juli 2003
am 1. August 2003
am 4. September 2003
am 1. Oktober 2003
am 1. Oktober 2003
am 1. Oktober 2003
am 1. Oktober 2003
am 1. Oktober 2003
am 1. Oktober 2003
am 21. Oktober 2003
am 1. November 2003
am 1. November 2003
am 1. November 2003
am 1. November 2003
am 30. November 2003
am 1. Dezember 2003
am 1. Dezember 2003
am 15. Dezember 2003
am 15. Dezember 2003
am 21. Dezember 2003
am 1. Januar 2004
am 1. Januar 2004
am 1. Januar 2004
am 1. Januar 2004
am 1. Januar 2004
am 2. Januar 2004
am 4. Januar 2004
am 11. Januar 2004
am 14. Januar 2004
am 22. Januar 2004
am 29. Januar 2004
am 1. Februar 2004
am 1. Februar 2004
am 1. Februar 2004
am 12. Februar 2004
am 14. Februar 2004
am 20. Februar 2004
am 1. März 2004
am 15. März 2004

Herr Jochen Waidhas, Anästhesiologische Klinik
Frau Elisabeth Schwalb, Klinik für Kinder und Jugendliche
Frau Atifa Husejnagic, Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Frau Subhija Avdic, Frauenklinik
Frau Gabriele Kratzer, Fachabteilung Logistik und Versorgung
Frau Karin Kraus, Medizinische Klinik II
Frau Lydia Lalla, Neurologische Klinik
Herr Rudolf Leibold, Psychiatrische Klinik
Frau Katharina Wießneth, Augenklinik
Herr Richard Pfister, Neurochirurgische Klinik
Frau Sylke Dingfelder, Berufsfachschule für Krankenpflege
Herr Walter Ganther, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Frau Barbara Riepel, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Frau Uta Vogel, Neurologische Klinik
Frau Dorothea Brechelmacher, Frauenklinik
Frau Gabriele Riepel, Medizinische Klinik I
Frau Liane Mechsner, Klinikdezernat 3
Frau Maria Fickenscher, Klinik für Kinder und Jugendliche
Frau Tatjana Flamann, Klinik für Kinder und Jugendliche
Frau Christine Dresel, Zentrallabor
Frau Barbara Gaidischki, Augenklinik
Frau Ulrike Hanisch, Frauenklinik
Frau Helga-Maria Hendel, Klinikdezernat 2
Frau Carola Karmazin, Medizinische Klinik I
Frau Amalie Sperber, Psychiatrische Klinik
Frau Sylvania Egelseer, Neurochirurgische Klinik
Frau Sigrid Schwemmer, Frauenklinik
Herr Thomas Bleißner, Neurochirurgische Klinik
Frau Birgitta Beck, Medizinische Klinik I
Frau Veronika Frank, Frauenklinik
Frau Barbara Ritz, Berufsfachschule für Krankenpflege
Frau Christine Leibold, Fachabt. Einkauf und Lagerhaltung
Frau Elisabeth Linder, Klinik für Anästhesiologie
Frau Dietlind Sokoll, Neurologische Klinik
Frau Else Issenmann, Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Herr Uwe Milde, Klinikdezernat 4
Frau Elica Antonijevic, Fachabt. Logistik und Versorgung
Frau Beate Körner, Klinik für Kinder und Jugendliche
Frau Gabriele Ruby, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

Der Klinikumsvorstand und das Redaktionsteam gratulieren herzlich!

Namenspatron im Neubau der Inneren Medizin

Prof. Dr. med. Ludwig Demling

Manch einer mag auf der Suche nach seiner Station mit Verwunderung festgestellt haben, dass im Neubau nicht – wie anderswo üblich – Nummern, sondern Namen die einzelnen Stationen der Medizinischen Klinik I und II zieren. Gleich ob jetzt Station „Kussmaul“ oder Station „Edler“ – bei der Namensgebung fiel die Auswahl stets auf eine Persönlichkeit, die sich in besonderer Weise auf dem Gebiet der Inneren Medizin verdient gemacht hat.



Prof. Dr. med. Ludwig Demling

In dieser Ausgabe möchten wir den Namenspatron der Station 'Demling', Herrn Professor Ludwig Demling, vorstellen. Er hat nicht nur 20 Jahre lang (1966-1986) die Medizinische Klinik als Ordinarius für Innere Medizin geleitet, sondern dieser Klinik durch seine zukunftsweisenden Forschungen zu internationalem Ansehen in der Gastroenterologie verholfen. So wurden unter seiner Leitung zahlreiche Neuerungen in die Innere Medizin eingeführt, die große Fortschritte in der Forschung und damit nachfolgend für die Patienten mit Verdauungskrankheiten selbst bedeuteten.

Zu seinen größten Errungenschaften zählen:

- 1971** Die Polypektomie, d. h. die endoskopische Polypenabtragung mittels Diathermieschlinge, weltweit erstmalig ausgeführt durch seine Erlanger Arbeitsgruppe.
- 1973** Die Endoskopische Papillotomie, d. h. die „sanfte“ Entfernung von Gallengangsteinen, die dadurch dem klassischen chirurgischen Eingriff überlegen und weltweit erstmalig in Erlangen durchgeführt wurde.
- 1982** Mechanische Lithotripsie, d. h. die Zertrümmerung großer Steine im Gallengang auf mechanischem Wege im „Erlanger Lithotripter“, nach vorheriger Papillotomie.

Besonders hervorzuheben ist, dass für Ludwig Demling die Person und das Anliegen seiner Patienten stets im Vordergrund seines Wirkens stand, trotz der großen Inanspruchnahme durch seine wissenschaftlichen und innovativen Leistungen. Mit dieser Einstellung verstand er es auch hervorragend, die Mitarbeiter der Medizinischen Klinik berufsgruppenübergreifend für das Wohl des Patienten zu motivieren. Noch heute findet zu seinen Ehren einmal jährlich die sog. „Ludwig-Demling-Vorlesung“ unter der Leitung von Prof. Dr. med. E. G. Hahn statt.

*Marion Büchler, Medizinische Klinik I
Janet Zowe, Praktikantin, Studiengang Gesundheitsökonomie*

Reisen für Menschen mit Behinderung:

Der Katalog für 2004 "Reiseträume" des BSK-Reiseservice ist da!
Katalog und Informationen gibt es beim BSK-Reiseservice in Krautheim,
Tel. 06294 - 42 81 50, reiseservice@bsk-ev.de oder www.bsk-ev.de

www.bsk-ev.de