

In dieser Ausgabe

Patientenarmbänder minimieren das Verwechslungsrisiko und sorgen so für mehr Sicherheit für die Patienten [Seite 3](#)



Die Betriebskindertagesstätte wurde neu eröffnet. Im Neubau stehen nun 140 Betreuungsplätze zur Verfügung [Seite 4](#)

Der Geschäftsbereich 2 hat einen neuen Leiter. Wir stellen Ihnen Damian Grüttner und seine Strategie für den Bereich vor auf [Seite 7](#)

In unserem Spezial geht es diesmal um eine Familie, die ihr Kind natürlich zur Welt bringen möchte – obwohl es nicht lange leben wird. Über die Entscheidung dazu und wie sie begleitet wurden, erzählen Ihnen die Martins auf den [Seiten 8 u. 9](#)

Professor Glen Kristiansen leitet seit Kurzem das Institut für Pathologie und räumt mit einigen Vorurteilen über sein Fach auf [Seite 11](#)

1,25 Millionen Euro Fördergelder für einen Nachwuchswissenschaftler und ein Award für Nachhaltigkeit: zwei schöne Belohnungen für das UKB und die schlaun Köpfe dahinter [Seite 14](#)

Intelligenter Ressourceneinsatz

Die Umverteilung der Aufgaben in der Krankenversorgung birgt mehr als nur ökonomischen Nutzen



Foto: UKB Medienzentrum, R. Müller

Frieda Grafe (Name geändert) sitzt auf der Bettkante und sieht der Servicekraft Günay Gürbüz dabei zu, wie sie ihr den Koffer auspackt und ihre persönlichen Gegenstände für den Krankenhausaufenthalt in den Schrank sortiert. Frau Grafe ist 76 und soll übermorgen am Auge operiert werden. „Das ist schön, dass es so etwas gibt,“ sagt sie. „Seit ich vor drei Jahren gestürzt bin, bereiten mir solche Aufgaben Schwierigkeiten.“

Günay Gürbüz hat vor einigen Monaten in Kooperation mit dem TÜV-Rheinland die zertifizierte Weiterbildung zur „Serviceassistentin im Gesundheitswesen“ erfolgreich abgeschlossen und arbeitet nun auf der Station Kuhnt in der Augenklinik. Das neue Berufsbild ist ein Ergebnis eines gemeinsamen Projekts der Unternehmensentwicklung und der Pflegedirektion zur Neustrukturierung

der Aufgaben in der Patientenversorgung.

Eine Chance, aus der Not geboren

Die Motivation zu diesem Projekt unter der Leitung von Dr. Dirk Tenzer, Leiter der Unternehmensentwicklung, entstand aus zwei scheinbar gegensätzlichen Ansprüchen. Die Einführung des vollpauschalisierten Abrechnungssystems (DRG) hat im Jahr 2003 den gesundheitspolitisch gewünschten ökonomischen Druck im Krankenhaus deutlich erhöht. Als Konsequenz führten die Verkürzung der Verweildauer und der Abbau von Krankenhausbetten bei einer gleichzeitigen Fallzahlerhöhung zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung. Diese verschärft sich durch die demografische Entwicklung, die eine Zunahme älterer Patienten, chronischer Erkrankungen und Multimorbidität mit sich bringt. Der Bedarf an hoch qualifizierten Ärzten

und Pflegenden steigt ungeachtet der Sparzwänge. Jedoch stehen diesem Bedarf immer weniger Absolventen und Bewerber aus Medizin und Pflege gegenüber.

Um neue Lösungswege in diesem Spannungsfeld zu finden, wurde eine breite Diskussion über die Verteilung der Aufgaben in der Krankenversorgung in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe geführt. So wird die immerwährende Diskussion über die Rollenverteilung zwischen den an der Krankenversorgung Beteiligten systematisch und nicht im Alltagsgeschäft am Patientenbett geführt. Ziel ist es, die Abläufe durch ein höheres Maß von klar geregelten Zuständigkeiten für den Patienten effizienter, schneller, sicherer und somit auch angenehmer gestalten zu können. Die Frage ist, welche Berufsgruppe im individuellen Behandlungsprozess des Patienten die geeignete ist, die jeweiligen Tätigkeiten

Intelligenter Ressourceneinsatz

(Fortsetzung)

zu übernehmen. So kann z.B. Pflegepersonal von Servicetätigkeiten entlastet werden und so Zeit für die Tätigkeiten gewinnen, die nur durch examiniertes Pflegepersonal durchgeführt werden können, oder um neue Tätigkeiten zu übernehmen, die bisher z.B. durch den Ärztlichen Dienst ausgeführt wurden. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich die Betrachtung, welche Aufgaben entsprechend der jeweiligen Berufsordnungen, Lehrpläne und Ausbildungsrichtlinien einer Berufsgruppe eigen sind, an diese übertragbar oder delegierbar sind und ob eine entsprechende individuelle Qualifikation vorliegt bzw. erworben werden muss und kann. Hier setzt das Bildungszentrum in enger Kooperation mit der Pflegedirektion bereits viele Qualifizierungsmaßnahmen um.

Entscheidend für die Umsetzung der Verteilung der klinischen Aufgaben ist, dass neben der grundsätzlichen UKB-weiten Festlegung und Qualifikation der Berufsgruppen entsprechend der neuen Tätigkeitsprofile, die Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe auf eine andere vor Ort in den Kliniken verbindlich besprochen und vereinbart wird. Letztlich kann so erst sichergestellt werden, dass die Übertragung sinnvoll ist und keinen zusätzlichen personellen Aufwand bedeutet. Auf der Station Kuhnt arbeiten daher nun außer Günay Gürbüz noch weitere Servicekräfte und Medizinische Fachangestellte, die dem Pflege- und Ärzteteam Aufgaben abnehmen. „Ärzte sollen sich auf die medizinische Behandlung konzentrieren können und Pflegekräfte sollen primär pflegen und nicht Reinigungsarbeiten durchführen,“ sagt Pflegedirektor Alexander Pröbstl. Um das Potential voll auszuschöpfen, muss die Umverteilungskaskade so weit oben beginnen und soweit nach



Foto: UKB Medienzentrums; R. Müller

unten reichen wie möglich.

Neustrukturierung heißt auch, in Neues zu investieren

Dr. Tenzer spinnt den Gedanken weiter: „Die Umverteilung kann auch ganz anders aussehen, als einfach nur eine isolierte Tätigkeit von einer Berufsgruppe auf eine andere zu verlagern. Man muss über neue Strukturen und Vernetzungen und damit verbunden über grundsätzlich neue Qualifikationen und Berufsbilder nachdenken.“ Eine solche neue Berufsgruppe könnten am UKB die Case Manager/innen sein. Sie vereinen Aufgaben von Pflege, Ärzten, Sozialdienst etc. auf sich und gewährleisten eine effiziente und qualitativ hochwertige Durchleitung der Patienten durch den Behandlungsprozess. Sie fungieren nach der Therapiefestlegung durch den Arzt als Koordinator des Behandlungsprozesses, bei denen alle Informationen zum Ablauf zusammen laufen. Im Rahmen des Projektes ist ein Pilotversuch unter anderem in der HNO-Klinik gestartet worden:

Daniela Nelles ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und hat im Oktober 2010 die Aufgabe der Case Managerin in der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde übernommen. Während zwei Etagen über ihr die Service-

kraft Günay Gürbüz die Patientin Frieda Grafe nach Ihren Essenswünschen befragt, legt eine Kollegin aus der HNO-Ambulanz ihr die Akte von Volker Kluge (Name geändert) vor. Kluge hat sich mit Heiserkeit und Schluckbeschwerden in der Poliklinik vorgestellt, nach der Untersuchung durch den Arzt besteht der Verdacht eines Kehlkopfkarzinoms. Das nun folgende Programm der Abklärung ist festgelegt worden. Daniela Nelles wird in den nächsten Wochen in so geringen Zeitabständen wie möglich und so vorausschauend wie möglich alle Termine in der Klinik für Volker Kluge vereinbaren: Aufnahme, Diagnostik, Operation, Entlassung, Nachsorge. Er ist dankbar, als er einige Tage später einen Brief von Frau Nelles erhält, in dem er alle wichtigen Informationen findet, die er vor seiner Operation braucht: „Frau Nelles ist eine große Erleichterung. Natürlich mache ich mir Gedanken darüber, wie die Diagnose lauten wird, aber viel wichtiger ist für mich die Frage, wie es später weiter geht, was ich noch selber kann und wo ich Unterstützung brauche. Ich bin selbstständig und muss einen Betrieb leiten.“ Noch am Tag der Aufnahme wird die Computertomographie durchgeführt und Herr Kluge für die Operation am folgenden Tag aufgeklärt. In der Regel be-

trägt der Aufenthalt bei dem kurzen operativen Eingriff zwei Tage, deswegen bereitet Daniela Nelles eine mögliche Entlassung schon vor der Aufnahme vor. Die Befürchtungen von Volker Kluge bestätigen sich: er hat Krebs, der Kehlkopf muss entfernt werden, danach folgt eine Bestrahlung. Auch den folgenden OP-Termin und die anschließende Bestrahlung koordiniert Daniela Nelles mit den verantwortlichen Ärzten, ebenso Termine für ergänzende Diagnostik und für ein Beratungsgespräch mit dem Kehlkopfloosenverein. Die Termine teilt sie Volker Kluge telefonisch mit.

Daniela Nelles nimmt täglich an den Besprechungen der Ärzte und Pflegekräfte teil, um über den Behandlungsverlauf „ihrer“ Patienten informiert zu sein. Auch für die Zeit nach der Klinik ist die Case Managerin für sie da: Herr Kluge etwa wird von ihr im Hinblick auf die häusliche Versorgung beraten, denn er will auch zuhause mit seinem Tracheostoma zurechtkommen und dies selbst versorgen.

Die beiden Beispiele belegen, dass der sinnvolle Einsatz neuer Abläufe auch berufsgruppenübergreifend geregelt werden muss und die klassische Rollenverteilung der Tätigkeiten überdacht und individuell neu geordnet werden muss. Dies wurde am Universitätsklinikum Bonn begonnen und die Umsetzung wird konsequent weiter betrieben. So werden derzeit weitere Case Manager/innen ausgebildet, die 2012 ihre Tätigkeit aufnehmen. Der intelligente Ressourceneinsatz durch die von Berufsgruppenzugehörigkeiten unabhängige Strukturierung der Aufgaben kann so neben dem ökonomischen Nutzen auch ein deutlicher Qualitätsgewinn für die Patienten und Angehörigen sein.

jps

Wer bin ich?

Falscher Patient operiert oder falsches Körperteil operiert – diese Schlagzeilen gibt es immer wieder. Eine Statistik dazu gibt es nicht, das Institut für Patientensicherheit am UKB führt zur Zeit erstmals eine Studie darüber durch.

Wohl aber gibt es ein wirksames Mittel gegen Verwechslungen: Patientenarmbänder. „Patienten, die sie tragen, können auf keinen Fall verwechselt werden, auch wenn sie gerade nicht ansprechbar sind. Das kann der Fall sein bei Neugeborenen, bei bewusstlosen, sedierten oder verwirrten Patienten. Auch für Fälle, in denen das Neugeborene noch keinen Namen hat oder man den Namen eines bewusstlos eingelieferten Patienten nicht kennt, ist eine eindeutige Kennzeichnung notwendig“ erklärt Thomas Braun, Leiter des Geschäftsbereichs 3 Patientenangelegenheiten. Am UKB bekommen alle vollstationären Patienten und alle Patienten, die ambulant operiert werden, ein Armband. In der Regel werden die Bändchen bei der Aufnahme von den Mitarbeiter/innen des Geschäftsbereichs 3 ausgegeben. Mit an Bord des Projekts sind außerdem die uk-it und die Pflegedirektion.

In der Vergangenheit wurden die Armbänder in einigen Kliniken noch von Hand beschriftet, zukünftig werden UKB-weit gedruckte Patientenarmbänder verwendet, auf denen auch ein Barcode aufgedruckt ist. Auf diese Weise können auch Untersuchungsergebnisse und Messwerte in der Patientendatenbank verwechslungsfrei der richtigen Person zugeordnet werden, ohne dass jedes Mal alle Da-



Fotos: mediaform

ten von Hand eingegeben werden müssen. Zugleich ist die Durchführung der jeweiligen Untersuchung dadurch für die Patientendokumentation und die Abrechnung belegt. Ebenso können Medikamente und Verbrauchsgüter dem Patienten zugeordnet

Das Tragen des Patientenarmbands ist keine Pflicht, wenn auch dringend empfohlen. „Fast alle Patienten nehmen das Angebot aber bereitwillig an, weil sie den Nutzen und den Sicherheitsaspekt für sich verstehen,“ berichtet Anne Heidebrecht, Abteilungs-



Verwechslung ausgeschlossen: Das Patientenarmband ist mit Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Fallnummer und Barcode beschriftet.

werden. Das ist am UKB noch in der Vorbereitung, aber die Anwendung solcher Systeme im Ausland zeigt die Möglichkeiten auf: in der Schweiz werden bereits automatisierte Systeme erprobt und eingesetzt, die die Medikamente für die Patienten zusammenstellen und in kleine Tresore verpacken, die sich nur mit dem Barcode des „richtigen“ Patienten öffnen lassen, so dass kein Schaden durch falsche Medikamente entstehen kann.

leiterin für die Patientenaufnahme. „Einige wenige haben Bedenken wegen des Datenschutzes, wir halten aber alle Vorschriften diesbezüglich ein und die Patienten erkennen bei der Aufnahme auch unsere Datenschutzbestimmungen an. Das ist Teil des Behandlungsvertrags.“ Selbst die Thermotransferbänder, die bei der Bedruckung verwendet werden, werden als Datenmüll entsorgt: am UKB sind Patienten und ihre Daten sicher.

Inhalt

Aufgabenumverteilung in der Krankenversorgung	1
Patientenarmbänder	3
Neue Kita	4
Leserfrage	5
Kodier-Tipp (Folge 3)	5
Corporate Design aktualisiert.....	6
Betriebliches Eingliederungsmanagement	6
Damian Grüttner ist neuer Leiter des GB2.....	7
Das Thema des Personalrats.....	7
Eine Entscheidung für das Leben	8
Neuartige Strategie im Kampf gegen SARS & Co	10
Schmerzmittel hält Prostatakarzinom in Schach	10
Prof. Dr. Glen Kristiansen leitet jetzt die Pathologie.....	11
10 Jahre Diakonie-Beratungsstelle für Pränatalmedizin	12
Neue Methode zur Zerstörung von Nieren- und Lebertumoren	12
Ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche	13
Jubilare.....	14
1,25 Mio. Euro für Nachwuchsforscher	14
Green+ Award für das UKB.....	14
Neuer Wartebereich in der Kinderklinik	15
Ausstellung auf Station Böhler	15
Bettenspende an den Benin.....	15
Sommerfest	16

Ein Spielparadies für 140 Kinder von 0 bis 10 Jahren



Foto: UKB Medienzentrums, R. Müller

Anfang Juni wurde die neue UKB-Kita planmäßig nach einer Bauzeit von einem guten Jahr bezogen. Feierliche Einweihung mit Sommerfest war am 23. Juli. Mit 140 Plätzen und einer Nutzfläche von rund 1700 Quadratmetern hat das UKB nun die zweitgrößte Betriebskindertagesstätte an einer Uniklinik in NRW.

Nachdem die alte Kita buchstäblich aus allen Nähten zu platzen drohte, ist der Neubau für das UKB ein großer Schritt nach vorne. „Wir sehen das als Förderung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, sagt der ärztliche Direktor Professor Michael Lentze am Einweihungstag. Erste Pläne für einen Neubau gab es bereits 2008 aufgrund der großen Nachfrage an Betreuungsplätzen für unter dreijährige Kinder („U3“). Dank Konjunkturpaket II konnte im April 2010 mit dem Bau begonnen werden. Der alte Standort am Südostrand des Klinikgeländes musste dem geplanten Zentrum für Demenzerkrankungen weichen, aber auch der neue Standort im Südwesten hinter dem Bildungszentrum liegt direkt am Wald. Die Kosten von 5,8 Millionen Euro inklusive Abriss des Altbaus wurden zu 100 Prozent aus dem Konjunkturpaket II finanziert. Der Neubau hat eine Nutzfläche von fast 1700 Quadratmetern auf zwei Eta-

gen. Der Außenbereich bietet auf über 3000 Quadratmetern genügend Platz zum Spielen und Toben im Freien. Der nahe am Gebäude liegende Teil ist vor allem für die Kleinsten mit Sandmatsch-Becken, Babyschaukeln, einer kleinen Rutsche und Spielhäuschen ausgestattet. Der hintere Teil dagegen bietet für die älteren Kinder ein Klettergerüst, eine Rutsche, eine Hügellandschaft und einen Bolzplatz.

Die neue Kindertagesstätte bietet Platz für 140 Kinder, 70 unter drei und 70 über drei Jahre. Im Erdgeschoss des Neubaus werden in sechs Krippengruppen bzw. U3-Gruppen zu je zehn Kindern die Kleinsten betreut. Im Obergeschoss ist Platz für 80 Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren bzw. von 3 bis 10 Jahren, verteilt auf vier Gruppen zu je 20 Kindern. Jede Gruppe verfügt über einen Gruppen- und einen Nebenraum. Immer zwei Gruppen liegen räumlich zusammen und bilden eine Abteilung. Jede Abteilung hat einen gemeinsamen Spielflur, einen Garderobenbereich sowie einen Wasorraum. Alle U3-Gruppen haben einen eigenen Ruheraum, im Kindergartenbereich gibt es einen Ruheraum pro Abteilung. Zusätzlich bietet die Einrichtung eine Turnhalle im Erdgeschoss und eine im Obergeschoss, einen Werk- und Kreativraum sowie einen Schulaufgabenraum.

Die Gruppenräume sind so aufgebaut, dass eine wechselnde Nutzung möglich ist. Sie sind nach Süden ausgerichtet und dadurch hell und freundlich, dabei bieten auskragende Dach- und Balkenelemente natürlichen Sonnenschutz. Die Nordfassade wurde passend zur Walddlage mit einer Holzverkleidung aus heimischer Douglasie versehen. Der Wärmeschutz des Neubaus erfüllt bereits jetzt die Auflagen der zukünftigen Energiesparverordnung.

Die Kindertagesstätte ist das ganze Jahr über von Montag bis Freitag von 6 Uhr bis 18 Uhr geöffnet. Die Kinder können 25, 35, 45 oder 50 Stunden pro Woche betreut werden, wobei die Bring- und Abholzeiten frei wählbar sind. Bei Bedarf können auch zusätzliche Betreuungsstunden in Anspruch genommen werden. „Unsere Betreuungszeiten orientieren sich an den Bedürfnissen der Familien. Da die Lebenssituationen der El-

der Kindertagesstätte arbeitete, sie seit 1981 leitete und jetzt in den Ruhestand gegangen ist. So war die Eröffnungsfeier der Kita gleichzeitig ein Abschied für Frau Wilke. „Ich bin glücklich über die neuen Räume. Es ist so ein schönes Haus geworden, alle fühlen sich hier sehr wohl.“

Die pädagogische Arbeit in der neuen Kindertagesstätte ist am Situationsansatz orientiert. Das bedeutet, die Erzieherinnen berücksichtigen die täglichen Themen der Kinder in den pädagogischen Angeboten. So kann jedes Kind aktiv an der Gestaltung des gemeinsamen Alltags mitwirken. Ein Bestandteil des pädagogischen Konzepts ist auch die Einbeziehung der Eltern durch regelmäßige Elterngespräche, Elternabende oder offene Eltern-Kind-Treffen. Seit 2009 wird immer zu Beginn eines Kindergartenjahres ein neuer Elternbeirat gewählt. Er vertritt die Belange der Eltern,



Foto: UKB Medienzentrums, C. Siebenhüner

Ablösung: Ruth Wilke (Mitte) übergibt die Leitung an Anja Wetzstein (rechts) und Anne Kroder

tern durch deren Arbeitszeiten z.B. im Schichtdienst sehr unterschiedlich sind, haben wir uns für ein Modell entschieden, das eine flexible Betreuungszeit möglich macht“, erklärt die neue Kita-Leiterin Anja Wetzstein. Sie übernahm zum 31. Juli offiziell die Aufgaben von Ruth Wilke, die seit dem 1. Oktober 1976 in

gibt Anregungen weiter und ist in beratender Funktion tätig.

Die Kita ist inzwischen voll belegt. In der Konstruktion des Neubaus ist jedoch die Möglichkeit einer Erweiterung bereits vorgesehen.

mfs

Leserfrage

„Welche Bedeutung haben die unterschiedlichen Farben (weiß, grün, orange/rot) der Steckdosen in den Gebäuden?“

Marcus Ritter, Qualitäts- und Risikomanagement

Antwort von Dipl.-Ing. Frank Jobst, Abteilungsleiter Technisches Facility Management bei der MediStructura:

Im Klinikum gibt es weiße, grüne und rote bzw. orangefarbene Steckdosen. Die verschiedenen Farben sagen etwas über die Versorgungssicherheit aus, das heißt: bleibt die Steckdose (not)stromversorgt, wenn der Strom im Gebäude ausfällt oder nicht?



Weißer Steckdosen sind an die allgemeine Stromversorgung (AV) angeschlossen. Fällt die allgemeine Stromversorgung im Gebäude aus, sind die weißen Steckdosen stromlos, bis der Schaden behoben ist.



Grüne Steckdosen sind an die Sicherheitsstromversorgung (SV) angeschlossen. In älteren Anlagen ist hier statt der grünen eine weiße Steckdose

durch die Bezeichnung „SV“ gekennzeichnet. Die grünen Steckdosen werden analog zur allgemeinen Stromversorgung betrieben. Zusätzlich erfolgt hier jedoch bei einem Abfall der Spannung oder dem Ausfall des allgemeinen Netzes eine Einspeisung durch Notstromaggregate. Aufgrund der Anlaufzeit dieser Generatoren und der notwendigen Schaltvorgänge kann es zu Unterbrechungen bis zu 15 Sekunden kommen. Nutzungsbeispiel: Monitoring oder wichtige EDV.



Orangefarbene Steckdosen sind an das Netz für die zusätzliche Sicherheitsstromversorgung (ZSV) angeschlossen. Dieses Netz wird zusätzlich noch über eine Batterieanlage gepuffert. Das heißt, die Umschaltzeit bis zum Betrieb der Notstromaggregate entfällt. Es ist eine unterbrechungsfreie Versorgung möglich. Nutzungsbeispiel: Beatmungsgeräte oder Katecholaminspritzenpumpen.

Wichtig! Alle Stromkreise, also die des AV-, SV- und ZSV-Netzes, sind mit einer Sicherung vor Überlast oder Fehlerstrom geschützt. Das heißt bei Überlastung (z.B. durch Mehrfachsteckdosen) oder bei defekten Geräten löst die Sicherung aus, und der Stromkreis ist ohne Funktion.

Kodier-Tipp (3)

Diagnosen im DRG-System

Die Zuweisung einer DRG (Diagnosis Related Groups) durch die KAS-Software erfolgt im Großteil der stationären Behandlungsfälle durch die Kodierung der (Entlassungs-)Hauptdiagnose seitens des entlassenden Arztes. Diese Diagnose ist im DRG-System als diejenige definiert, „die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“.

Hauptdiagnose	» Zuweisung der DRG
Nebendiagnosen	» Schweregrad der DRG
	» Rechtfertigung der stationären Behandlung
	» Rechtfertigung der stationären Verweildauer

Innerhalb einer DRG wirken dann häufig Nebendiagnosen des Patienten schweregradsteigernd, sodass durch ihre Kodierung der DRG-Erlös gesteigert, wenn nicht sogar verdoppelt werden kann. Als Nebendiagnosen können und müssen alle Diagnosen des Patienten kodiert werden, die das Patientenmanagement durch „diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen und/oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand“ während des stationären Aufenthaltes beeinflusst haben. Dieser Aufwand muss nachvollziehbar in der Patientenakte (z.B. im Kurvensystem oder dem Entlassungsbrief) dokumentiert sein. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die Durchführung einer einzigen Maßnahme die Kodierung mehrerer Nebendiagnosen begründen kann. So kann z.B. die Gabe eines Betablockers die Kodierung der Nebendiagnosen KHK + Hypertonie + Herzinsuffizienz begründen, sofern alle diese Krankheitsbilder beim Patienten vorliegen.

Auch wenn Nebendiagnosen nicht primär zu einer Erlössteigerung durch die DRG führen sollten, ist deren Angabe trotzdem essenziell, da sie die Behandlungsschwere des Falles abbilden und damit die stationäre Behandlung oder auch deren Dauer rechtfertigen können. Somit können durch eine vollständige Erfassung der Nebendiagnosen nachträgliche Kürzungen des Behandlungsentgeltes durch die Kostenträger vermieden werden.

Weitere Informationen zum Thema „Diagnosen im DRG-System“ finden Sie im UKB-Intranet: Kaufmännische Direktion / Unternehmensentwicklung / Medizin-Controlling.

Corporate Design aktualisiert



Ein knappes Jahr nach seiner Einführung hat das Corporate Design eine Überarbeitung in einigen Details erfahren.

Am augenfälligsten ist dabei die Verwendung des Universitätslogos, das nun auf allen Geschäftsmaterialien zusätzlich zum UKB-Logo verwendet wird. Von dieser Regelung ausgenommen ist nur die Verwaltung mit ihren Einrichtungen. Alle Kliniken, Institute und das Dekanat der Medizinischen Fakultät verwenden beide Logos. Das macht die Verbindung mit der Universität noch deutlicher als bisher.

Im Zuge der damit verbundenen Anpassung der Vorlagen wurden an den Word- und Powerpoint-Dateien zahlreiche Detailverbesserungen vorgenommen:

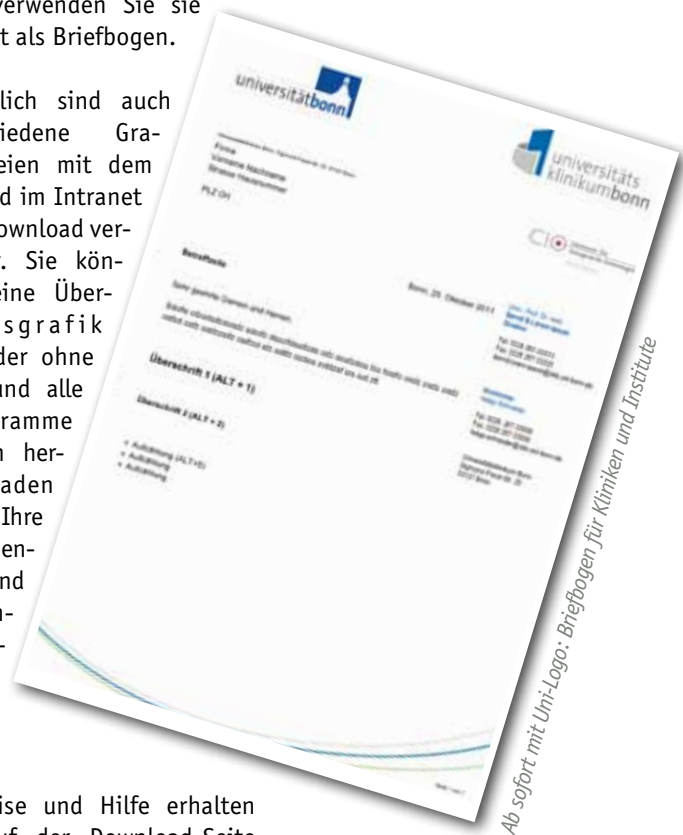
- » Auf der zweiten Seite der Word-Briefbögen befindet sich nun rechts ein Korrekturrand.
- » Die Marginalspalte befindet sich auf den Briefbögen nicht mehr im Dokumenthintergrund, damit man einfach und schnell ein Aktenzeichen einfügen kann.
- » Die Abkürzungen Fon, Fax und Mob wurden auf Briefbögen und Visitenkarten gegen die gebräuchlicheren Tel, Fax und GSM ausgetauscht.
- » Die Folienmaster für Office 2003 und 2007 wurden um mehrere Folientypen ergänzt, die Hausfarbskala ist in der Vorlage hinterlegt.
- » Es wird eine Word-Vorlage mit stark verkürzter Marginalspalte, ohne Fläche für ein Sekundärlogo und ohne Schmuckbögen zur Verfügung gestellt. Sie bietet sehr viel nutzbare Fläche

und ist damit besonders gut als Basis für Formulare und ähnliches geeignet. Bitte verwenden Sie sie nicht als Briefbogen.

Zusätzlich sind auch verschiedene Grafikdateien mit dem Leitbild im Intranet zum Download verfügbar. Sie können eine Übersichtsgrafik mit oder ohne Text und alle Piktogramme einzeln herunterladen und in Ihre Dokumente und Präsentationen einfügen.

Hinweise und Hilfe erhalten Sie auf der Download-Seite im Intranet, im Corporate-Design-Manual oder bei den Mitarbeiter/innen des Medienzentrums. Auch das IMBIE wird die offiziellen Vorlagen künf-

tig in seine EDV-Schulungen mit aufnehmen.



Ab sofort mit Uni-Logo: Briefbogen für Kliniken und Institute

Alle Vorlagen stehen im Intranet unter Service > Corporate-Design-Vorlagen zum Download bereit.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) eingeschaltet.

Als Arbeitgeber ist das Universitätsklinikum Bonn dazu verpflichtet, in solchen Fällen in Abstimmung mit der zuständigen Interessenvertretung (§ 84 Sozialgesetzbuch IX, Absatz 2) Hilfe bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, bei der Vorbeugung weiterer Arbeitsunfähigkeiten

und beim Arbeitsplatzertand anzubieten.

Die Zustimmung und die Beteiligung der/des Beschäftigten sind Voraussetzung.

Liegt diese vor, findet ein BEM-Gespräch mit dem Beauftragten des Geschäftsbereichs Personal statt. Ziel ist die Klärung der eventuellen betriebsbedingten, sachlichen oder persönlichen Gründe und Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit sowie in der Folge die Überwindung der Gründe und Ursachen. Ein weiteres Ziel ist

die Vorbeugung/Prävention.

Nicht zuletzt ist der Erhalt des Arbeitsplatzes das erklärte Ziel. In dem Sinne und zur dauerhaften Sicherung ist es wichtig, frühzeitig einen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und diesen einzuleiten.

Seit September 2010 wird diese Aufgabe im Geschäftsbereich 1 Personalwesen durch Herrn Rolf Gottschalk am UKB wahrgenommen.

Korrektur

In der letzten Ausgabe hat sich im Artikel „Der Geschäftsbereich 1 ist umgezogen“ leider ein Fehler eingeschlichen. Die neuen Büros des GB1 befinden sich nicht im 1. Obergeschoss, sondern im **2. Obergeschoss** der alten HNO-Klinik. Wir bitten das Missgeschick zu entschuldigen.

Geschäftsbereich 2 unter neuer Leitung

Damian Grüttner ist neuer Leiter des Geschäftsbereichs 2 Finanzwesen und Controlling (GB 2). Nachdem er sich in seinem Geschäftsbereich mit 45 Beschäftigten und am UKB orientiert hat, stellt er in UKB mittendrin seine strategischen Vorstellungen für eine erfolgreiche Krankenhausfinanzierung vor.

Damian Grüttner hat seine Laufbahn als Krankenpfleger begonnen, später ein Wirtschaftsstudium absolviert. Auf seinem Berufsweg leitete er das Controlling, aber auch ganze Gesundheitseinrichtungen, Servicegesellschaften und Geschäftsgebiete für verschiedene Dienstleistungsunternehmen. Zuletzt war er an der Uniklinik Frankfurt als Geschäftsbereichsleiter für operatives Controlling, Finanzbuchhaltung, Drittmittel und Nutzungsentgelte sowie kommissarisch für Medizin-Controlling, Patientenverwaltung, Archivwesen und Qualitätsmanagement verantwortlich.

Der neue Finanzchef des UKB kennt den Krankenhausbetrieb also nicht nur aus der Perspektive des Controllers, sondern



Kennt den Klinikbetrieb von allen Seiten: Damian Grüttner leitet den GB2

buchstäblich von allen Seiten. Dieses Verständnis ist für die Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen des UKB ein großer Gewinn, auch wenn es an der Finanzierungssituation selbst nichts ändert: „Die gesetzlich gewollte Unterfinanzierung verschärft sich immer mehr,“ erklärt Grüttner. „Die

Wettbewerbsdichte hier in der Region ist hoch, umso mehr geht es darum, dass wir unsere Alleinstellungsmerkmale

identifizieren, ausbauen und vermarkten.“

Dementsprechend möchte Damian Grüttner sehr intensiv mit den Leistungserbringern, den Kliniken, zusammenarbeiten. „Ich möchte den Klinikdirektoren und der Pflegedirektion Mechanismen zur Verfügung

stellen, die es ihnen ermöglichen, ihren Bereich nach gemeinsam definierten Regeln selbstständig zu steuern. Dazu würde für mich auch gehören, die Controller mittelfristig vor Ort in die Kliniken zu setzen, um einen engeren Kontakt zu schaffen,“ sagt er. Bevor das möglich ist, müssen aber viele Aufgaben automatisiert werden, um die entsprechenden Kapazitäten zu schaffen. Das reicht von der scannergestützten Rechnungserfassung bis zur Bereitstellung eines automatisierten Berichtswesens. An beidem wird bereits gearbeitet.

Davon abgesehen hat Grüttner für seinen Geschäftsbereich aber auch weiche Ziele: „Ich möchte, dass meine Mitarbeiter/innen gerne zur Arbeit kommen, dass es ein Wir-Gefühl in meinem Geschäftsbereich gibt. Ich lege großen Wert auf Fortbildung und gute Kommunikation innerhalb des Bereichs und nach außen.“

jps

Modulbauklinik: bald geht es los

Eine reife Leistung: nach nur 15 Monaten Bauzeit ist die Modulbauklinik bezugsfertig. Während drumherum die Außenanlagen angelegt werden, beginnt innen schon die Möblierung. Im Rahmen des Weihnachtsempfangs wird die symbolische Schlüsselübergabe vom Generalunternehmer an das UKB erfolgen.

Die Inbetriebnahme erfolgt dann schrittweise im neuen Jahr. Das Gebäude wird mehrere Stationen der Medizinischen Kliniken I und III, CIO-Ambulanz und -Tagesklinik sowie ein Zentrum für ambulantes Operieren aufnehmen. In der kommenden Ausgabe stellen wir Ihnen das Gebäude ausführlich vor.



Foto: UKB Medienzentrums, R. Müller

Eine Entscheidung für das Leben

Barbara Martin ist zum vierten Mal schwanger. Bei einer Untersuchung stellt sich heraus, dass ihr Kind eine schwere Fehlentwicklung aufweist und die Geburt wahrscheinlich nicht oder nicht lange überleben wird. Sie und ihr Mann Thomas entscheiden: „Unsere Tochter soll leben!“ und setzen die Schwangerschaft fort, begleitet von Ärzten, Hebammen und Beratungseinrichtungen. Heute sagen sie: „Für uns war diese Entscheidung richtig.“

Beim Ultraschall in der 14. Woche entdeckt die Frauenärztin beim Fötus eine Omphalocele, zu Deutsch: Nabelschnurbruch. Durch diesen sind Bauchorgane durch die Bauchwand nach außen verlagert. Diese Störung kann ein Hinweis auf eine Chromosomenstörung sein. Sie rät der Schwangeren deshalb, einen Termin bei Pränataldiagnostikspezialistin Dr. Tatjana Reihls zu vereinbaren. Dort erhalten sie die Empfehlung, eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen zu lassen. Entgegen seiner ursprünglichen Grundhaltung folgt das Paar dem Rat, um Gewissheit zu erlangen und so Mutter und Kind eine möglichst reibungslose Geburt und bestmögliche Versorgung danach garantieren zu können. Die detaillierte Analyse ergibt: Bei einer der ersten Zellteilungen ist ein Fehler aufgetreten, wodurch das 18. Chromosom dreifach vorliegt: Die so genannte „Trisomie 18“; eine schwerwiegende Diagnose, welche Dr. Reihls den Martins sehr feinfühlig beibringt. Die bei dieser Entwicklungsstörung auftretenden Defekte sind noch schwerer als bei der Trisomie 21, dem Down-Syndrom. Ausgelöst durch diese medizinische Indikation kommt auch die Option eines Schwangerschaftsabbruchs bzw. einer vorzeitigen Geburtseinleitung, ins Gespräch. „Frau Dr. Reihls und Herr Dr. Kohlschmidt vom Institut für Klinische Genetik informierten uns sehr sachlich darüber, was auf uns zukommt. Nie wurde versucht, uns zu beeinflussen. Gleichzeitig wurde uns immer Verständnis signalisiert für jede unserer möglichen Entscheidungen“, erinnern sich die Eltern.

Einleitung? Auf keinen Fall

Die Geburt soll am UKB erfolgen. Oberarzt Privatdozent Dr. Andreas Müller aus der Neonatologie des UKB wird hinzugezogen, um mögliche Perspektiven unmittelbar nach der Geburt zu besprechen. Trisomie 18 geht in der Regel mit schwersten Behinderungen des Herz-Kreislaufsystems, des Bewegungsapparats, der Sinnesorgane und auch mit geistigen Behinderungen einher. Etwa 80 Prozent dieser Kinder sterben noch vor der Geburt, lebend geborene werden nur in seltenen Ausnahmen älter als ein Jahr. „Die Anwendung modernster geburts- und intensivmedizinischer Verfahren ist in einem solchen Fall ebenso eine Option wie die Palliativversorgung, die nicht das Ziel von Heilung oder Lebensverlängerung verfolgt, sondern ausschließlich die Linderung der Symptome, also die Verbesserung der Lebensqualität. Was im Einzelfall ratsam ist, diskutieren wir mit den Eltern. Wir begleiten die Eltern und gehen beide Wege mit.“

Anders als 80 bis 90 Prozent der Eltern von Föten mit der Diagnose „Trisomie 18“ entschieden sich die Martins, ihre Schwangerschaft fortzuführen. Die Ärzte konnten ihnen die Sorge nehmen, dass das Kind während der Schwangerschaft oder während der Geburt leiden müsse. Damit war für Barbara klar: Bis zur Geburt geht es dem Kind auf jeden Fall gut, und auch nach der Geburt kann im Rahmen der palliativen Versorgung alles getan werden, damit es nicht

leiden muss. „Wir könnten nie verantworten, die Schwangerschaft zu beenden; unserem Kind, das sich, wie wir im Ultraschall immer wieder sehen konnten, nachweislich pudelwohl fühlt, den einzigen Ort zu nehmen, an dem es sich sein kurzes Leben lang sicher und geborgen fühlen kann,“ so Barbara.

Segen und Fluch der Hochleistungsmedizin

„Der eigentliche Sinn der Pränataldiagnostik ist, Fehlentwicklungen früh zu erkennen, um sie behandeln zu können. Heute machen aber viele Eltern von ihrem Recht Gebrauch, infolge einer schwer-



Foto: UKB/Medienzentrum, R. Müller

wiegenden Diagnose einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch zu nehmen“, so Dr. Müller. Das UKB hat in diesem gesellschaftlichen Prozess eine schwierige Rolle. „Durch die besonders gute apparative Ausstattung und hochspezialisierte Ärztinnen und Ärzte werden bei uns auch Fehlbildungen entdeckt, die andernorts möglicherweise unentdeckt geblieben wären“, erläutert Professor Dr. Annegret Geipel, Leiterin des Bereichs für Pränatale Diagnostik und Therapie. Damit stellt sich neben der umfangreichen interdisziplinären Beratung auch häufiger die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch. Von allen am UKB Beteiligten – von Ärzten, Hebammen und Beratern – wurde die Entscheidung der Martins, ihr Kind trotz schwieriger Diagnose zu behalten, sehr begrüßt. Für Dr. Müller ist das Teil seines Berufsverständnisses: „Als Kinderarzt bin ich erst mal für das Leben zuständig.“ Mit Blick auf den Fall der Martins fügt er hinzu: „Wozu nach meinem Verständnis auch die Palliativversorgung gehört.“

Den besten Weg finden

Das Ehepaar nahm dauerhaft keines der Begleitangebote wie zum Beispiel die Beratung bei Pränataldiagnostik des Diakonischen Werks direkt im UKB (siehe Seite 12) wahr. Schließlich gab es keinen Konflikt, den es zu lösen galt. Aber dort erhielt es den Hinweis, sich an die Schwangerenambulanz zu wenden, wo mit Hebamme Andrea Brückner alle möglichen Geburtsvorbereitungen getroffen wurden. Barbara wollte ganz genau wissen, was nun auf sie und ihr Kind zukommen würde: „Was erwartet mich? Wie stelle ich mir das konkret vor? Woran wird mein Kind wahrscheinlich sterben? Wie fühlt sich das an? Wie sieht das aus? Woran leidet das Kind und wie kann man es lindern?“ Es war eine Zeit zahlloser Gespräche, Nachfragen und Rückversicherungen. Ihr war es auch wichtig, sich früh darauf einzustellen, wie ihr Kind zur Welt kommen und welche

medizinische Versorgung es anschließend erhalten sollte. Barbara entschied sich für eine natürliche Geburt, um auch für sich das Risiko niedrig zu halten. „Dabei war es beruhigend für mich, zu wissen, dass das Risiko einer natürlichen Geburt für die Gesundheit des Kindes kaum entscheidend sein würde.“

Wichtig war für die Familie auch zu erfahren, dass sie im UKB genug Zeit mit ihrem Kind bekommen würden, sollte es in der Klinik sterben. Eltern können ihr totes Kind hier über mehrere Tage ungestört so lange bei sich behalten, wie sie möchten. Für die Zwischenzeit gibt es auch auf der Neugeborenenstation Möglichkeiten der Aufbewahrung und die Pathologie bleibt außen vor, was für Barbara sehr wichtig war. Ihr Mann Thomas erinnert sich: „Wir hatten immer das Gefühl: Egal, wie wir uns entscheiden, hier am UKB steht jeder hinter uns und alles wird möglich gemacht, dass wir das Kind würdig bekommen und würdig verabschieden können; eine große Hilfe und ein echter Trost für uns.“ Barbara rät Eltern in ihrer Situation: „Stellen Sie alle Fragen, sprechen Sie alle Phantasien aus. Und am besten auch an mehreren Stellen. Sehr empfehlen kann ich auch das Buch ‚Gute Hoffnung – jähes Ende‘ von Hannah Lothrop, das sich mit allen möglichen Arten von Kindesverlust und deren Verarbeitung für die Mutter und die Familie beschäftigt.“

Palliativ oder intensiv?

Die Martins entschieden sich für den Fall einer Lebendgeburt bewusst für die palliative Versorgung ihres Kindes und gegen eine intensivmedizinische Behandlung. Dieser Entschluss spiegelt auch einen Konflikt wieder, den Thomas noch vor der Geburt beschreibt: „Einerseits wollen wir natürlich, dass unser Kind so lange lebt wie nur möglich. Andererseits wünschen wir ihm und uns ein Leben in Würde. Die Möglichkeiten der Intensivmedizin und unser persönliches Verständnis von würdevollem Leben müssen hier nicht unbedingt zusammenpassen. Diese Würde auch im Sterben zu gewährleisten, ist Aufgabe der palliativmedizinischen Versorgung.“ Auf die Geburt von Vita Karolina – für diesen Namen hatten sich die Martins schon bald nach der Diagnose entschieden – bereiteten sie sich ebenso gewissenhaft vor, wie auf die Geburt der älteren Kinder Selma (16), Maire (6) und Lene (2): Mit persönlicher Muße, Kleidern und Geburtskerzen. Wie ihnen, sollte es auch Vita an nichts fehlen.

„Es war eine gute Zeit“

Vita Karolina starb noch im Mutterleib, fünf Tage nach dem errechneten Geburtstermin. Trotzdem begann die Geburt ohne Einleitung und geschah vollkommen natürlich.

Im Gespräch acht Wochen nach der Geburt überwiegt bei den Martins die Erleichterung. Barbara erzählt: „Die Trauer ist da, denn es ging ihr bis zuletzt gut, aber irgendwann war ich felsenfest davon überzeugt, dass wir sie lebend bekommen würden. Tröstlich finde ich aber, dass es für Vita so bestimmt leichter war. Sie war so ein hübsches Kind! Und dass wir ihr nicht beim Sterben zusehen mussten, hat es auch für uns viel einfacher gemacht. Das Geburtserlebnis unterschied sich nicht sonderlich von den vorherigen und auf seine Weise war es ebenso schön und überwältigend. Anschließend konnten wir genau so Abschied nehmen, wie wir es mit den Verantwortlichen im UKB besprochen hatten. Dankbar bin ich dafür, dass man mir im Hause für alles so viel Zeit gelassen hat, wie ich

für mich gebraucht habe. An zwei Tagen war Vita Karolina bei mir im Zimmer, wo sie auch Besuch von ihren Schwestern bekam. So konnten wir sie in aller Ruhe kennen lernen und gleichzeitig wieder Abschied voneinander nehmen. Was für ein Segen für uns alle, und besonders wichtig für unsere kleinen Mädchen, die wir von Anfang



Die ganze Familie gestaltet die Bänder, die Vitas Sarg schmücken werden

Foto: privat

an sehr offen in den Prozess mit einbezogen haben. Wir gestalteten die Beerdigung unseres Kindes sehr schön und feierlich. Es war ein echtes Fest für Vita Karolina, die – entgegen aller Erwartungen – bis fünf Tage nach ihrem errechneten Geburtstermin bei uns geblieben war.“ Thomas Martin stellt für sich abschließend fest: „Es war eine gute Zeit. Sehr intensiv und reich an persönlichen Begegnungen mit Menschen, die uns nah gekommen sind. Wir haben Toleranz erlebt, Verständnis, Hilfsbereitschaft, Anteilnahme und Mitfühlen. Die wertvollsten und schönsten Seiten des Menschseins durften wir auf diese Weise sehr intensiv erleben.“ Barbara Martin: „Und darüber hinaus sind wir auch als Familie nicht nur viel mehr zusammen gewachsen, sondern auch gewachsen: Jetzt haben wir einen Engel in der Familie.“

jps

Weitere Informationen

Abteilung für Geburtshilfe und Pränatale Medizin
im Universitätsklinikum Bonn
Ambulanz der Pränatalmedizin: 0228/ 287-15082
Schwangerenambulanz: 0228/ 287-15959

Beratungsstelle Pränataldiagnostik der Diakonie
im Universitätsklinikum Bonn
Telefon 0228/ 287-19634

Adresse für beide:
Sigmund-Freud-Straße 25
Gebäude 318 (Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde)
53127 Bonn

Barbara Martins Leseempfehlung:
Hannah Lothrop: *Gute Hoffnung - jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern.* Kösel-Verlag, 368 Seiten, 19,95 EUR. ISBN: 978-3466343898

Neuartige Strategie im Kampf gegen SARS & Co

Wissenschaftler unter Federführung der Universitäten Bonn und München haben einen neuartigen Ansatz gefunden, wie sich im Körper auf einen Schlag verschiedene Viren bekämpfen lassen. Die gefährlichen Krankheitserreger nutzen bestimmte Proteine ihrer Wirte, um sich zu vermehren. An dieser Stelle greift der neue Breitspektrum-Ansatz ein: Er unterbricht diese Signalkette, ohne den Körperzellen zu schaden.

Seit langem gibt es Breitspektrum-Antibiotika, die zugleich gegen mehrere bakterielle Erreger wirken. Von solchen Wirkstoffen konnten Virologen bislang nur träumen. Denn bislang fehlen noch Präparate, die gleichzeitig gegen mehrere virale Erreger wirken. Gerade das SARS-Virus, das die Welt im Jahr 2003 an den Rand einer Pandemie brachte, beflügelt nun die Erforschung neuer antiviraler Medikamen-

te. Die Forscherteams aus Bonn und München haben einen Weg gefunden, gleich einer ganzen Virusfamilie die Grundlage für die Vermehrung in Körperzellen zu entziehen. Hierzu untersuchten sie, an welche Wirtspoteine die Proteine des SARS-Erregers binden. Die Wissenschaftler entdeckten dabei einen zellulären Stoffwechselweg, den nicht nur das SARS-Virus, sondern auch eine ganze Reihe von verwandten Viren bei Mensch und Haustier für die eigene Vermehrung verwendet.

„Es handelt sich dabei um einen Signalweg, der das Immunsystem steuert“, berichtet Professor Christian Drosten, Direktor des Instituts für Virologie des Universitätsklinikums Bonn. „Wir haben einen Ansatz gefunden, wie wir eines der Proteine in dieser Signalkette hemmen können, wodurch die Vermehrung der Viren unterbunden wird.“ Wirkstoffe, die in diesen Stoffwechselweg eingreifen, haben



Foto: Lammer/ Uni Bonn

Leitet den SARS-Forschungsverbund: Prof. Christian Drosten

somit Breitbandwirkung. Damit lassen sich nicht nur der SARS-Erreger, sondern auch eine ganze Palette menschlicher Schnupfenviren und die Erreger von inneren Krankheiten des Huhns, des Schweins und der Katze in ihrer Vermehrung hemmen. Die Wirtszellen nehmen durch die Proteinblockade keinen Schaden, weil parallel weitere Signalwege existieren, die zur Kompensation einspringen. Die Wissenschaftler zeigten

anhand von Zellkulturen, dass ihr Ansatz funktioniert. „Es wird aber noch Jahre dauern bis wir wissen, ob sich diese Ergebnisse auf Therapien für den Menschen übertragen lassen“, sagt Drosten. Der SARS-Forschungsverbund vereint unter Drostens Leitung die virologische Kompetenz von zwei tierärztlichen und vier medizinischen Universitäts-einrichtungen in Hannover, Gießen, Marburg, Bonn, München und St. Gallen (Schweiz).

Ein Schmerzmittel hält Prostatakarzinom in Schach

Wenn Prostatakrebs zu Absiedlungen in den Knochen führt, verschlechtern sich die Überlebenschancen der Patienten dramatisch. Wissenschaftler der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin und der Urologischen Klinik des Universitätsklinikums Bonn berichten nun im „Journal of Nuclear Medicine“ über einen Therapieansatz, mit dem sich die Lebenszeit um mehr als ein Jahr verlängern lässt. Das Präparat Re-188 HEDP wurde früher nur zur Schmerzbehandlung eingesetzt, hat aber nach den Erkenntnissen der Forscher eine Tumor hemmende Wirkung.

Das Prostatakarzinom gehört

zu den häufigsten und gefährlichsten Krebserkrankungen. Die Ärzte versuchen bei Prostatakrebs-Patienten mit Knochenmetastasen, die Tumore mit einer antihormonellen Therapie und einer Chemotherapie in Schach zu halten und mit Präparaten ihre Knochen zu stärken. „Erst wenn diese konservativen Therapieformen nicht mehr greifen, wird die Rheniumtherapie eingesetzt“, berichtet Prof. Dr. Hans-Jürgen Biersack, Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Bonn. Das radioaktive Rhenium-Präparat trägt den Kurznamen „Re-188 HEDP“ und wurde in den vergangenen 20 Jahren vor allem für die Schmerzbehandlung von Kno-

chenmetastasen eingesetzt. „Unsere Arbeitsgruppe konnte zusammen mit der Urologischen Universitätsklinik nachweisen, dass auch ein direkter Einfluss auf den Tumor eintritt, wenn die Behandlung mit Re-188 HEDP im Abstand von zwei Monaten erfolgt“, berichtet der Direktor der Nuklearmedizin. In der aktuellen Studie behandelten die Ärzte des Bonner Universitätsklinikums mit dem Präparat 60 Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom und Knochenmetastasen. Die Überlebenszeit der Patienten konnte bei einer Therapie um etwa 4,5 Monate gesteigert werden, bei zwei um rund 10 Monate und bei drei und mehr Therapien sogar um bis zu 15,6 Monate“, sagt

Prof. Biersack. „Zudem konnte mit dem Präparat bei rund 90 Prozent der Patienten zumindest temporär eine Schmerzlinderung erreicht werden.“ „Die Wirkung von Re-188 HEDP beruht darauf, dass es sich im stoffwechselaktiven Randbereich des normalen Knochens um die Metastase herum anreichert“, berichtet der Klinikdirektor. „Es erfolgt daher eine Bestrahlung, die aus unmittelbarer Nachbarschaft auf die Metastase wirkt.“ Die Wissenschaftler wollen nun überprüfen, ob die Rheniumtherapie eventuell in Kombination mit anderen Präparaten bereits früher eingesetzt werden kann, um die Lebensspanne der Patienten noch weiter zu verlängern.

„Wie ein Fährtenucher im Wald“

Professor Dr. Glen Kristiansen ist neuer Direktor des Instituts für Pathologie. Kaum haben wir uns zum Gespräch gesetzt, stürmt ein kleines Mädchen ins Büro. Professor Kristiansen springt auf, läuft ihr entgegen und hebt sie lachend hoch. „Ein Überraschungsbesuch meiner 4-jährigen Tochter Charlotte. Wir wohnen ja hier oben auf dem Venusberg, und sie wollte mich einfach sehen.“ Für das Familienleben findet Professor Kristiansen eine im Vergleich zu Berlin beschauliche Stadt wie Bonn deshalb ideal.

Den dänischen Nachnamen hat Kristiansen von seinem Vater, der amerikanische Vorname ist der Tatsache geschuldet, dass seine Eltern in den 1970er Jahren vorhatten, nach Kanada auszuwandern. Letztendlich wuchs er aber in Flensburg auf und kehrte zum Studium in seine Geburtsstadt Freiburg zurück. Seine akademische Laufbahn führte ihn von dort über Berlin nach Zürich, von wo aus er ans UKB kam.

Schiefes Berufsbild

Das Klischee des Fernsehserienpathologen, der eine krude Mischung aus Gerichtsmediziner, Pathologe und Anatom ist, könnte falscher nicht sein, sagt Kristiansen: „Man redet sich den Mund fusselig, aber es will ja keiner hören. Die Medien pflegen dieses Bild und wollen auch daran festhalten.“ Im Gespräch mit Außenstehenden muss Kristiansen das immer gerade rücken: „Wenn ich erkläre, dass ich meine Zeit im Büro und am Mikroskop verbringe, finden die das meistens ziemlich langweilig.“ Kristiansen dagegen fasziniert das Fach, besonders dessen Analytik: „Man liest die Fährte einer Erkrankung unter dem Mikroskop wie ein Spu-



Schätzt die Forschungsmöglichkeiten der Pathologie: Prof. Glen Kristiansen

Foto: UKB/Medienzentrum, R. Müller

renleser im Wald.“ Dieser Aspekt nahm Kristiansen schon während der Famulatur im Studium ein. Obwohl sich der dabei entstandene Wunsch, Pathologe zu werden, noch ein paarmal änderte, ging es ihm schließlich wie manchem anderen: „Pathologe wird man nicht, Pathologe bleibt man.“ Das heißt, wer einmal in der Pathologie angefangen hat, bleibt dieser Disziplin meist treu. Dazu trug bei, dass er unmittelbar nach Ende des Studiums eine Stelle an einem pathologischen Institut in Berlin fand. „In den darauffolgenden Jahren habe ich auch die tollen Forschungsmöglichkeiten zu schätzen gelernt, die die Pathologie bietet. Wir haben viele Gewebeproben in unseren Archiven, damit kann man exzellent forschen. Anders als in der Klinik sind wir freier in unserer Zeiteinteilung, was das Forschen erleichtert“, erzählt Kristiansen.

Die Frage, ob er sich ohne Patientenkontakt als „richtiger“ Arzt fühle, beantwortet Professor Kristiansen mit „Jein“. „Ich

habe natürlich das ganz normale Medizinstudium durchlaufen, mit dem Ziel, ‚richtiger‘ Arzt zu werden. Die Arbeit mit den Patienten hat mir immer Spaß gemacht. An einem bestimmten Punkt muss man dann eine Entscheidung treffen. Wenn beispielsweise im Flugzeug ein Arzt ausgerufen wird, melde ich mich natürlich, hoffe aber, nicht der einzige Arzt an Bord zu sein, da meine aktive klinische Zeit schon etwas länger her ist. Manchem meiner Kollegen fehlt der Patientenkontakt. Trotzdem findet in der Pathologie viel Kommunikation statt, aber eben mit Ärzten anderer Fächer, z.B. in Fallbesprechungen, Pathologen sind Netzwerker“.

Forschung und Lehre

Kristiansens Forschungsschwerpunkt ist seit über zehn Jahren das Prostatakarzinom. Sein Ziel ist es, diagnostische und prognostische Marker zu finden. Damit soll die Diagnose bei der Entnahme von verdächtigem Gewebe aus der Prostata schneller vorliegen und siche-

rer sein. Das spart Patienten unangenehme Nachuntersuchungen. Am Bonner Institut möchte er, dass seine Mitarbeiter/innen sich frei fühlen, auch an anderen Krebserkrankungen zu arbeiten: „Es wäre dumm, nicht dem Impuls der sehr aktiven Kliniker am UKB zu folgen, die auch auf vielen anderen Gebieten hohe Fallzahlen haben und eine entsprechend gute Forschungsgrundlage liefern.“ Im Bereich der Lehre muss sich sein Fach grundlegend reformieren, glaubt der Professor: „Pathologie gilt als abschreckendes, abstraktes Lernmonster. Ich habe im Ausland IT-Systeme gesehen, die das Mikroskopieren am Bildschirm und an großen interaktiven Leinwänden möglich machen. Das flexibilisiert und erleichtert die Lehre in unglaublichem Maß und schafft einen ganz neuen und sehr motivierenden Zugang zur Materie. Für den Alltagsbetrieb muss die Technik noch ein bisschen reifen, aber für die Lehre wäre es schon heute ein Riesenschritt“, sagt Professor Kristiansen. jps

Mit der Frau, nicht gegen sie

Das Diakonische Werk unterhält eine Beratungsstelle speziell für die Pränataldiagnostik direkt in der Frauenklinik des UKB. Im November besteht das Angebot seit zehn Jahren.

Begonnen hatte es vor ca. 12 Jahren als Projekt, nachdem Professorin Dr. Anke Rohde von der gynäkologischen Psychosomatik und die Klinikseelsorge feststellten, dass Patientinnen und ihre Partner nach der Durchführung einer Pränataldiagnostik häufig Anzeichen von Belastung zeigten, die Psychosomatik diese Zahl von Betroffenen aber nicht vollständig auffangen konnte. Zuerst wurde eine Kooperation mit der bestehenden Evangelischen Beratungsstelle für Schwangerschaft, Sexualität und Pränataldiagnostik (EVA) hergestellt. Im Jahr 2002 stellte das UKB dann einen Raum in der Frauenklinik zur Verfügung. Der Nachweis über den Nutzen der Beratung konnte durch eine Studie von Prof. Rohde zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung er-



Hier fühlt Frau sich gut beraten: Dipl. Psychologin K. Wassermann (rechts) im Gespräch mit einer Patientin

bracht werden. Die „Außenstelle“ am UKB ist spezialisiert auf Fragen der Pränataldiagnostik und berät kostenfrei, sie wird gemäß des Schwangerschaftskonfliktgesetzes von der Landesregierung finanziert. Mittlerweile werden sämtliche Patienten der Pränataldiagnostik mit auffälligem Befund an die Beratungsstelle verwiesen. Oft stellt sich dabei die Frage „Schwangerschaftsabbruch ja

oder nein?“ „Ausschlaggebend für die Entscheidung ist, wie die Betroffenen mit dieser Diagnose in ihrem System umgehen können und welches die prägnanten Konfliktpunkte sind, die man an die Oberfläche bringen und in die Beratung einbeziehen muss,“ erklärt Diplom-Psychologin Kirsten Wassermann, die die Beratung seit der ersten Stunde durchführt. Ihre langjährige Erfahrung hilft ihr, in diesem

komplexen Zusammenhang aus medizinischen, psychologischen und sozialen Faktoren den besten Weg zu finden. „Eine gute und nachhaltige Konfliktbewältigung ist es dann, wenn sich die Eltern sehr intensiv mit der Entscheidung auseinander gesetzt haben – unabhängig davon, wie die Entscheidung tatsächlich ausfällt,“ weiß sie. Ein moralischer Einfluss des Trägers der Diakonie, der evangelischen Kirche, besteht nicht: „Trotz aktueller politischer und ethischer Diskussionen ist es meine Aufgabe, dem Paar dafür zur Verfügung zu stehen, dass sie für den eigentlich unlösbaren Konflikt eine für sie auch langfristig tragbare Entscheidung finden, um die Krise zu bewältigen,“ stellt Kirsten Wassermann fest. „Das Credo der evangelischen Kirche lautet ganz klar: ‚Mit der Frau, nicht gegen sie.‘ Die Grenzen der Frau oder des Paares sind zu respektieren.“ jps

Die Kontaktdaten der Beratungsstelle finden Sie auf Seite 9.

Brandneue Methode zur Zerstörung von Leber- und Nierentumoren

Im Kampf gegen Leber- oder Nierenkrebs setzen Radiologen am UKB seit kurzem eine neuartige Methode ein. Bei der so genannten irreversiblen Elektroporation (IRE) öffnen sie durch mittelstarke, örtlich begrenzte elektrische Pulse dauerhaft die Poren der Tumorzellwand. Dies führt zum Zelltod, ohne das umgebende Gewebe zu schädigen. Die Uni-Radiologie bietet die IRE als einzige Klinik im Köln-Bonner Raum an.

Bei der IRE führt der Bonner Radiologe Prof. Dr. Holger Strunk über kleine Hautschnitte bis zu sechs nadelartige Stahlsonden geleitet durch ein Ultraschall- oder CT-Bild zum Tumor. Die Nadeln – etwa

so lang und dick wie eine Kugelschreibermine – dort exakt zu platzieren, ist der entscheidende aber auch der kniffligste Schritt. „Jeweils zwischen zwei Sonden wird ein elektrisches Feld aufgebaut. Dabei müssen diese einen ganz bestimmten Abstand haben, um das gewünschte Resultat zu erzielen“, erklärt Strunk. Dazu misst er deren Abstände mit Hilfe eines CT-Bildes genau. Die benötigte Zahl der Sonden hängt von der Ausdehnung des Tumors ab, der für dieses Verfahren nicht größer als vier Zentimeter sein sollte.

Wenn alle Elektroden punktgenau platziert sind, löst der Bonner Radiologe eine Serie extrem kurzer elektrischer

Pulse aus. Durch die Stromschläge bilden sich Poren in der Zellwand. Bei Pulslängen von 100 Mikrosekunden mit einer Stärke von 2.000 bis 3.000 Volt wird diese wichtige Umhüllung dauerhaft geschädigt. Die Tumorzellen sterben ab, wobei laut bisherigen Erfahrungen sogar direkt benachbarte Strukturen komplett regeneriert sich das behandelte Gewebe rasch ohne Bildung von Narben.

„Bei der IRE gelingt eine scharfe Trennung zwischen zu behandelndem und gesundem Gewebe. Eine Tumorerstörung ist so bis an die Grenze von Gefäßen möglich, ohne deren Funktionalität zu beeinträch-

tigen“, betont Strunk. Den einzigen Nachteil sieht er bisher darin, dass der Eingriff in Vollnarkose erfolgen muss, da die kurzen elektrischen Pulse sonst unkontrollierte Muskelzuckungen auslösen würden.

Die IRE ist eine brandneue Methode - weltweit wurden seit 2005 etwa 400 bis 500 Patienten so behandelt. Bisher liegen noch keine größeren Patientenstudien und auch keine Langzeitergebnisse vor. Doch Einzelerfahrungen sind durchweg positiv – auch die der bisher am UKB erfolgreich mit IRE behandelten fünf Patienten.

Ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen

Das Kinder-Palliativ-Care-Team KoCkPiT der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie am Zentrum für Kinderheilkunde betreut Kinder und Jugendliche mit einer lebensbegrenzenden oder lebensbedrohenden Erkrankung in ihrer vertrauten Umgebung. Ziel ist es, entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Gegebenheiten der Patienten und ihrer Familien, die bestmögliche Lebensqualität und damit ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu bewahren. Im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung werden pflegerisch-medizinische, psychologische, sozialrechtliche und spirituelle Maßnahmen organisiert und koordiniert. Das Team steht den betroffenen Patienten und ihren Familien rund um die Uhr als Ansprechpartner zur Verfügung.

In Deutschland leben derzeit ca. 22.000 Kinder mit lebensbegrenzenden oder lebensbedrohenden Erkrankungen, wovon jährlich ca. 3.000 bis 5.000 versterben. Die Versorgung dieser Patienten ist entsprechend der Komplexität ihrer Grunderkrankung besonders aufwendig, da nur wenige Patienten pro Flächeneinheit betroffen sind. Gerade für chronisch schwerstkranke Kinder ist jedoch die Geborgenheit in der gewohnten Umgebung und das selbstverständliche Miteinander im Alltag durch nichts zu ersetzen. Deshalb versorgt das KoCkPiT-Team Kinder und Jugendliche mit einer weit fortgeschrittenen lebensbegrenzenden oder lebensbedrohenden Erkrankung im Umkreis von 100 Kilometern im eigenen Zuhause. Die Krankheitsbilder sind vielfältig: Krebserkrankungen, schwere neurologische Behinderungen wie etwa bei Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen, schwere Stoffwechselerkrankungen, Mukoviszidose

oder Osteogenesis imperfecta. Die Aufgabe des Teams besteht vor allem darin, die Hilfsangebote der verschiedenen Berufsgruppen wie der niedergelassenen Kinderärzte, Kinderkliniken, sozialpädiatrischen Einrichtungen, Kinderkrankenpflegedienste, ambulanten und stationären Kinderhospizdienste, Heil- und Hilfsmittelversorger, Kindergärten und Schulen zu bündeln und zu koordinieren. Das KoCkPiT-Team übernimmt darüber hinaus je nach Bedarf die palliativmedizinischen und -pflegerischen Leistungen teilweise oder vollständig. Dazu gehört u.a. die medikamentöse Linderung von Beschwerden wie z.B. Schmerzen oder Übelkeit, die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans besonders für Krisensituationen, die Bereitstellung eines ärztlichen und pflegerischen 24-Stunden-Rufdienstes sowie die Betreuung, Begleitung und Beratung der Angehörigen zu Lebzeiten und über den Tod des Patienten hinaus.

Ist die Arbeit mit den schwerkranken Kindern nicht extrem belastend? „Sicher gibt es traurige Momente“ erklärt Frau Dr. Carola Weber, die ärztliche Koordinatorin des KoCkPiT-Teams, „aber da die Kinder im Hier und Jetzt leben und sehr viel Lebensmut und -kraft besitzen, werden wir oft vom Lachen der kleinen Patienten angesteckt.“ Durch eine breit angelegte Weiterbildungsinitiative unterstützt vom Pflegedirektor Alexander Pröbstl haben inzwischen zehn Kinderkrankenschwestern der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie die Zusatzqualifikation Fachkrankenschwester für Onkologie, Schmerz- und Palliativmedizin erworben. Vier Ärztinnen in Teil- und Vollzeit mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin und zwei Psychologen vervollständigen das Team. Für die



Foto: UKB/Medienzentrum, R. Müller

Das KoCkPiT-Team: Oben v. l. n. r.: Maria Maul, Claudia Reifenberg, Dr. Olga Moser, Anja Limberger (M.A.), Monika Bürfent, Dr. Stefanie Reichling, Dipl.-Psych. Sirko Thommann. Unten v. l. n. r.: Dr. Carola Weber, Margret Köster, Dr. Stefan Schönberger, Dr. Stella Magga

häusliche Versorgung steht ein Kernteam bestehend aus einem Arzt und 2,8 Pflegekräften zur Verfügung. Durch wöchentliche Teambesprechungen, regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln und Netzwerktreffen sowie Fortbildungen ist ein reger Informationsaustausch auch im Sinne der Qualitätssicherung gewährleistet.

Die Palliativversorgung zuhause begann in den 80er Jahren auf ehrenamtlicher Basis, zunächst für krebskranke Kinder. Im Jahre 2007 wurde die so genannte spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) gesetzlich verankert. Gleichzeitig wurde in NRW auf Initiative des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales das bundesweit erste Modellprojekt zur flächendeckenden häuslichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit lebensbegrenzenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Landesinitiative entstanden zwei Kompetenzzentren für ambulante pädiatrische Palliativversorgung (APPZ). Für den Landesteil Nordrhein hat Bonn diese Aufgabe übernommen. Im Jahre 2010 folgte dann, nach

Abschluss der Verträge mit den Krankenkassen, die Gründung des KoCkPiT-Teams. Finanzielle Unterstützung erfährt das Team auch vom Förderkreis für krebskranke Kinder und Jugendliche Bonn e.V., der sich seit 1983 für krebskranke Kinder und deren Familien einsetzt. Diese Unterstützung ist besonders wertvoll, da die psychosoziale Begleitung der Patienten und ihrer Familien im Leistungskatalog der Krankenkassen nicht abgebildet ist. Aktuell werden vom KoCkPiT-Team 14 Kinder mit ganz unterschiedlichen Erkrankungen in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Insgesamt zeigen die Anfragen an das KoCkPiT-Team im Verlauf eine deutliche Zunahme.

Weitere Informationen bezüglich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen an der Bonner Universitätskinderklinik können Sie hier anfordern:

Kinderpalliativteam KoCkPiT
Ärztliche Koordination:
 Dr. Carola Weber
 Telefon: 0228-287-33284
 Telefax: 0228-287-33420
 kockpit@ukb.uni-bonn.de
 carola.weber@ukb.uni-bonn.de

mfs

Unsere Jubilare

Diese Beschäftigten haben im zweiten Halbjahr 2011 ihr Dienstjubiläum gefeiert:

25-jähriges Dienstjubiläum

Frank Borstelmann, MediStructura
 Ursula Buttkau, Biochemie
 Ali Copuroglu, Biochemie
 Marlies Cornelssen, Anästhesie
 Manda Cosic, HUW
 Barbara Gelhaar, Radiologie
 Jean-Louis Griffoul, Anästhesie
 Regina Heinbach, Arbeits- und Umweltschutz
 Dietmar Heinen, HUW
 Waltraud Hennes, Kinderklinik
 Birgit Herold-Stegbauer, Kindertagesstätte
 Sabine Hürth, Hämatologie
 Oliver Jakwerth, Geschäftsbereich 2
 Silvia Koch, Hämatologie
 Silvia Kowalski, Orthopädie
 Bernhard Mertens, Nuklearmedizin
 Petra Möller, MTLA-Schule
 Rolf Müller, Medienzentrums
 Brigitte Neukirchen, Allgemeinchirurgie
 Ayse Öztürk, Biochemie
 Gülen Özzeybek, HUW
 Ingeborg Pelzer, HET
 Rainer Pohlscheidt, MediStructura
 Claudia Prell, Humangenetik
 Gisela Schlender, Geschäftsbereich 3
 Martina Schlösser, Dermatologie
 Joachim Schröder, Zahnklinik
 Holger Strunk, Radiologie
 Haskar Timurdas, HUW
 Mechthild Werner, Rechtsmedizin
 Christine Wihnalek, Orthopädie
 Katharina Wislperger, Medienzentrums
 Gabriele Wolff, Pharmakologie
 Stephanie Zanfrini, uk-it

40-jähriges Dienstjubiläum

Kournadje Abilbou, Herzchirurgie
 Christel Andes, Med. Klinik III
 Marianne Biwer, MTLA-Schule
 Dieter Feller, Anästhesie
 Anita Horstkotte, HNO-Klinik
 Roswitha Klasen, Frauenklinik
 Ursula Lehmacher, Geschäftsbereich 1
 Petra Noorman, Zahnklinik
 Norbert Pieplow, Geschäftsbereich 3
 Elisabeth Salvey, Kinderklinik
 Sebastian Schmitz, Nervenklinik
 Ursula Schnorrenberg, Radiologie
 Katharina Schröder, HUW
 Gertrud Stürmer, Med. Klinik III
 Fatma Yilmaz, HUW

Das UKB bedankt sich für die Treue und freut sich auf viele weitere Jahre guter Zusammenarbeit!

1,25 Millionen Euro für Forscher



Foto: Uni Bonn

Ein Angebot, das man kaum ausschlagen kann: Der Neurophysiologe Dr. Christian Henneberger forschte bislang am University College London als Gruppenleiter. Nun hat er im „Programm zur Förderung der Rückkehr des wissenschaftlichen Spitzennachwuchses aus dem Ausland“ des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW den Zuschlag für den Aufbau einer Nachwuchsgruppe an der Universität Bonn erhalten. Die Förderung läuft über fünf Jahre und beträgt 1,25 Millionen Euro.

„Die Universität Bonn ist wegen ihrer dynamischen und inhaltlich breit gefächerten Neuroszene besonders attraktiv“, sagt Dr. Christian Henneberger, der seit Anfang Oktober an der Universität Bonn unter Vertrag steht. „In meinem Fachgebiet gibt es hier eine Reihe von hochkarätigen Gruppen.“ Der 36-jährige Neurophysiologe erforscht die Funktion der Gliazellen im Gehirn, die lange Zeit lediglich als eine Art „Kitt“ für die eigentlichen Hirnzellen angesehen wurden.

Diese Einschätzung hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend gewandelt. „Die Rolle von Gliazellen wurde unterschätzt – sie sind direkt an der Informationsverarbeitung im Hirn und an Lernprozessen beteiligt“, berichtet Dr. Henneberger. „Es wird angenommen, dass sie auf zellulärer Ebene die Kommunikation zwischen den Nervenzellen beeinflussen.“ Die Effizienz, mit der Gliazellen Lernprozesse modifizieren können, hängt wahrscheinlich von deren Struktur ab. „Dieses offene und unerforschte Feld möchte ich mit meiner Nachwuchsgruppe näher untersuchen“, sagt der Wissenschaftler.

Das UKB ist grün

Das UKB ist im Vergleich zu anderen deutschen Krankenhäusern bereits heute in vielen Bereichen nachhaltig aufgestellt. Der „Green+ Check“ von Siemens Healthcare bestätigt dem Uniklinikum einen überdurchschnittlichen „Green+ Score“. Für dieses nachhaltige Ergebnis wurde der Klinik von Herbert K. Meyer, Leiter der Siemens AG, Region West, der „Green+ Award“ überreicht.

Der Green+ Check ist das Ergebnis eines in Partnerschaft mit der unabhängigen Stiftung „viamedica“ durchgeführten Benchmarks, der Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich Umwelt, Qualität und Effizienz auf Nachhaltigkeit analysiert und bewertet. Einbezogen werden Unternehmenskennzahlen und vor Ort erhobene Daten. Im Ergebnis bestätigt der Green+ Check dem Uni-Klinikum Bonn klare Stärken. Wörtlich heißt es im Testbericht: „Die medizinische und pflegerische Qualität sind beispielhaft. Die Standards für die Sicherheit der Patienten und den Schutz des Klinikums sind hoch. Das Universitätsklinikum Bonn hat klare strategische Ziele und betreibt aktives Benchmarking. Die finanziellen Ergebnisse sind überdurchschnittlich gut. Mitarbeitermotivation wird erfolgreich betrieben und es findet ein aktiver Dialog mit Öffentlichkeit und Gesellschaft statt.“

Durch den Green+ Check konnte auch konkreter Handlungsbedarf auf einigen Gebieten identifiziert werden. Einige dieser Projekte, insbesondere im Energiesektor, wurden bereits in Angriff genommen.



Foto: UKB Medienzentrums; R. Müller

Neuer, bunter Wartebereich in der Röntgenabteilung der Kinderklinik

Im Juli wurde im Zentrum für Kinderheilkunde des UKB der neu gestaltete Wartebereich vor der Röntgenabteilung eingeweiht. Die kleinen Patienten und ihre Geschwister können sich ab jetzt die Wartezeit mit Malen und Spielen vertreiben. Vier Spiel- und Malcomputer laden zu Memory, Detektivspielen, Malen nach Zahlen und anderen Spielen für jedes Alter ein. Die Computer sind über leichten Fingerdruck auf den Monitor zu bedienen. Zusätzlich gibt es

eine neue Bestuhlung mit kunterbunten Kunststoff-Sitzecken und eine moderne Wickelkommode. Die Neugestaltung im Wert von etwa 19.000 Euro wurde nur durch Spenden finanziert. Allein 10.000 Euro spendete die Firma Tremco Illbruck International aus Köln, der Rest kam vom Verein „Freunde und Förderer der Universitätsklinik“ und durch viele Einzelspenden, die die Grünen Damen in der Kinderklinik eingesammelt hatten.



Foto: UKB Medienzentrums, R. Müller

Kampf den weißen Wänden



Foto: UKB Medienzentrums, R. Müller

Man muss nur die richtigen Leute zusammenbringen: Jörg Bauer, Stationsleitung der Station Böhler in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, suchte Bilder für die Wände seiner frisch renovierten Station. Claudia Apprecht, die im Caffè Dallucci in der HNO- und Augenklinik arbeitet und in ihrer Freizeit mit Leidenschaft malt, suchte einen Platz, an dem sie ihre Werke ausstel-

len kann. Die beiden wurden sich schnell einig. Nun sind die (übrigens zartgrünen) Stationswände nicht mehr leer und Patienten und Beschäftigte auf der Station können sich an den Gemälden freuen. Alle sind glücklich, am meisten die Künstlerin: „Zu Hause hätte ich ja gar nicht genug Platz, das alles aufzuhängen,“ lacht Frau Apprecht.

Betten für den Benin

Im September wurde eine weitere Bettenspende nach Afrika versprochen: 30 voll funktionstüchtige, aber veraltete Krankenbetten mitsamt Matratzen sollen in den Benin verschifft werden.

Das kleine westafrikanische Land ist eines der ärmsten auf der Welt und erholt sich von einer Flutkatastrophe mit anschließendem Cholera-Ausbruch im Herbst 2010. Die Welt nahm davon kaum Notiz, obwohl mehrere Hunderttausend Menschen obdachlos wurden. Rund ein Viertel der Landesfläche war über Wochen hinweg überschwemmt.

Schon damals fragte der Botschafter von Benin, Seine Exzellenz Isidore Bio, beim UKB nach Sachspenden an. Zu diesem Zeitpunkt waren aber gerade erst große Mengen an Betten und anderen Einrichtungsgegenständen gespendet worden, es war nichts übrig. Als nun erneut Betten abzugeben waren, verständigten Mitarbeiter der Ärztlichen und der Pflegedirektion sofort die Botschaft. Der erste Kontakt war im Mai 2010 zustande gekommen, als der Botschafter das UKB besuchte. Der Transport wird voraussichtlich im Januar stattfinden.

Impressum

ukb mittendrin



Herausgeber: Vorstand des Universitätsklinikums Bonn

Verantwortlich für den Herausgeber:
Prof. Dr. Michael J. Lentze, Ärztlicher Direktor
Dr. Hans-Jürgen Hackenberg, Kaufmännischer Direktor

Redaktion:
Jan P. Sefrin (jps)
Maria Sievers (mfs)
redaktion@ukb.uni-bonn.de

Layout:
Medienzentrum des Universitätsklinikums Bonn

Fotografie:
siehe Bildnachweis in der Fotosignatur

Druck: Druckerei Eberwein, Wachtberg

Wir danken der Pressestelle der Universität Bonn für die freundliche Unterstützung.

So schön war der Sommer

Draußen zieht der Winter heran – ein guter Zeitpunkt sich noch einmal an den Sommer zu erinnern! Wir haben zwar an einem Tag das gute Wetter für beinahe den ganzen restlichen Sommer verbraucht – aber welchen schöneren Termin hätte es dafür geben können als das 4. UKB-Sommerfest für alle Beschäftigten.

Die Besucherzahl steigt seit dem ersten Fest 2008 stetig, mit fast 2000 Gästen wurde ein neues Rekordergebnis erreicht. Noch mehr hätten sich die Organisatoren darüber gefreut, wenn diese sich auch alle zuvor angemeldet hätten. Es kamen doppelt so viele Menschen wie nach Anmeldezahlen erwartet. Dass trotzdem niemand hungrig oder durstig nach Hause gehen musste, ist der Improvisationskunst der UKB-Tochterfirma für das Catering, der VUV GmbH, zu verdanken, die sich in diesem Jahr selbst übertroffen hat. Alles, was nicht unbedingt für das Patientenessen der nächsten

Tage gebraucht wurde, wurde aus den Kühlhäusern geräumt, zubereitet und serviert. Später am Abend musste auch noch Bier nachgekauft werden. Wir bitten Sie deshalb herzlich und eindringlich: bitte melden Sie sich in Zukunft zuverlässig an!

Viele Beschäftigte bedankten sich beim Vorstand und den Organisatoren für ein in diesem Jahr besonders gelungenes Fest. Speziell hervorgehoben wurden dabei der neue Aufbau des Festplatzes mit einem großen Hof zwischen den offenen Zelten, die stimmungsvolle Western-Dekoration, die Musik von Mark Gillespie und DJ Pay-tric und Hüpfburg und Clowns-Auftritt für Kinder. „Es zeichnete sich anhand der Anmeldungen schon früh ab, dass viele Beschäftigte ihre Kinder und Partner mitbringen würden. Da mussten wir natürlich dafür sorgen, dass es für die ganze Familie ein gelungenes Betriebsfest wird,“ sagt der Ärztliche Direktor Professor Dr. Michael J. Lentze.

