



AGAPLESION
KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM
GÖTTINGEN

125 JAHRE KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM

Ein modernes Krankenhaus
mit christlicher Tradition



Inhaltsverzeichnis



Arzttafel Neu Bethlehem 2021

Grußwort des Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung.....	04	Unsere Anästhesie	46	Unsere Augenheilkunde	82	Unsere Patientenfürsprecherin und Grüne Damen.....	108
Grußwort des Vorstandes AGAPLESION.....	06	Unsere Gynäkologie.....	54	Unsere Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	84	Unsere Seelsorge – Im Zeichen der Nächstenliebe.....	110
Grußwort der Krankenhausleitung	08	Unsere Geburtshilfe	56	Unser Kooperationspartner: Praxisklinik Nikolausberger Weg 43	86	Unser Qualitätsmanagement	112
Grußwort des Oberbürgermeisters.....	10	Unsere Kardiologie.....	60	Unser Pflege- und Funktionsdienst	88	Rückbetrachtung der letzten 125 Jahre.....	114
Historischer Rückblick	12	Unsere Chirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie	70	Unser medizinisch-technischer Dienst – Labor, Röntgen und Physiotherapie.....	104	Impressum	115
125 Jahre Krankenhaus Neu Bethlehem 1896-1960	16	Unsere Koloproktologie und chirurgische Endoskopie	78	Unser Team hinter den Kulissen.....	106		
1961-2004	34	Unsere Plastische Chirurgie	80				
2005-2021	42						

FRIEDRICH SELTER: KURATORIUMSVORSITZENDER EV. STIFT ALT-UND NEU-BETHLEHEM UND VORSITZENDER DER GESELLSCHAFTER-VERSAMMLUNG DES KRANKENHAUSES

Neu Bethlehem – Ein modernes Krankenhaus mit christlicher Tradition



In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden aus der Mitte der evangelischen Kirche heraus vielerorts diakonische Unternehmungen gegründet, um Not und menschliches Leid zu lindern. So wurde vor 125 Jahren auch das Krankenhaus Neu-Bethlehem eröffnet. Neben einer guten medizinischen Versorgung waren es wie in ähnlichen Einrichtungen auch hier Diakonieschwester, die im Haus die Pflege der Patienten übernahmen. Frauen, die ihr ganzes Leben bewusst in den Dienst der Nächstenliebe gestellt hatten. Mit hoher Fachlichkeit und großer Sorgfalt bei allerdings geringem materiellen Lohn kümmerten sie sich um Andere. Somit war der Name nicht ohne Grund gewählt, verweist er doch auf die Geburtsstätte Jesu Christi, der Menschen zu allen Zeiten ermutigt, ihm in der Gottes- und Nächstenliebe nachzufolgen.

In diesem Jahr besteht das Krankenhaus Neu Bethlehem 125 Jahre am Standort Humboldtallee. Aufgrund der gegenwärtigen Corona-Pandemie ist ein größeres

Fest leider nicht möglich. Das muss nachgeholt werden. Dabei soll mit großer Dankbarkeit erinnert werden an die Tradition von Neu Bethlehem, die bis zum heutigen Tage lebendig ist. Zwar sind es keine Diakonieschwester mehr, die hier arbeiten, aber die christlich-diakonische Haltung ist geblieben. Es ist selbstverständlich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem festlichen Gottesdienst eingeführt und auch verabschiedet werden. Diese Gottesdienste finden oft in der Öffentlichkeit des Foyers statt, das zugleich Treppenhaus ist. Alle Mitarbeitenden tragen mit ihrer positiven Einstellung das christliche Ethos mit. Namentlich der Seelsorge wird ein so hoher Wert beigemessen, dass das Haus sich auch finanziell für entsprechende Stellenanteile engagiert. So kann allen Patientinnen und Patienten der Besuch einer Seelsorgerin bzw. eines Seelsorgers angeboten werden. Zu dieser Haltung der Nächstenliebe gehört ein hoher Qualitätsanspruch hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbstverständlich dazu.

Seit einigen Jahren ist die AGAPLESION gAG, der größte christliche Gesundheitskonzern unseres Landes, Mehrheitsgesellschafter neben dem Stift Alt- und Neu-Bethlehem. In diesem harmonischen Verbund wird die individuelle Tradition des Hauses weiterentwickelt, und das gemeinsame Anliegen der Gesellschafter wird gestärkt. Dabei ist allen bewusst, dass unser menschliches Können, Tun und Lassen auf den Segen Gottes angewiesen ist, um anderen zum Segen zu reichen. Indem ich dem Krankenhaus Neu Bethlehem zu seinem 125-jährigen Bestehen gratuliere, wünsche ich ihm und allen, die hier als Mitarbeitende und Patienten ein- und ausgehen, auch in Zukunft Gottes gutes Geleit und Segen.

Friedrich Selter

GRUSSWORT VORSTAND AGAPLESION

125 Jahre Krankenhaus Neu Bethlehem



Dr. Markus Horneber



Jörg Marx



Sebastian Polag

Der Vorstand der AGAPLESION gAG gratuliert dem AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem und allen seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich zum 125-jährigen Jubiläum am Standort Humboldtallee!

Dank des großen Engagements und der zugewandten Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann unser Krankenhaus auf eine einmalige Erfolgsgeschichte zurückblicken: Viele Göttinger Bürgerinnen und Bürger sind hier zur Welt gekommen und Tausende von Patientinnen und Patienten wurden von Ihnen hervorragend behandelt.

Wir sind stolz darauf, dass AGAPLESION seit 2012 die Tradition des Hauses, die am 19. Juni 1896 als Diakonissenpflegeanstalt in der heutigen Humboldtallee begonnen hat, fortführen darf.

In der gelungenen Vernetzung von stationärer und belegärztlicher Medizin liegen das Erfolgsgeheimnis von Neu Bethlehem und die besondere Kraft, seit Generationen erfolgreich Patientinnen und Patienten in Göttingen zu versorgen.

Die langjährige Tradition von Neu Bethlehem ist uns Verpflichtung und Ansporn zugleich, das Haus in eine gute Zukunft zu entwickeln. Wir freuen uns darauf, gemeinsam mit allen Menschen, die in diesem Hause arbeiten, ein wichtiger Partner in der Gesundheitsversorgung der Stadt, aber auch darüber hinaus zu sein!

Gottes Segen und die besten Wünsche für die Zukunft!

Ihre

Dr. Markus Horneber

Vorstandsvorsitzender (CEO), AGAPLESION gAG

Jörg Marx

Stv. Vorstandsvorsitzender (COO), AGAPLESION gAG

Sebastian Polag

Vorstand (CFO), AGAPLESION gAG

GRUSSWORT DER KRANKENHAUSLEITUNG

125 Jahre Krankenhaus Neu Bethlehem

Die Leitung des Krankenhauses gratuliert dem AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem und allen seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich zum 125-jährigen Jubiläum!

In diesem langen Zeitraum mit teilweise äußerst schwierigen Bedingungen hat sich unser Haus immer darauf verlassen können, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl in Neu Bethlehem die Grundlage für die eigene Existenz ist.

Nur in der Gemeinsamkeit des Hauses mit allen darin arbeitenden Ärztinnen und Ärzten, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und weiteren Mitarbeiter*innen sowie unseren belegärztlichen Kooperationspartner*innen und Beleghebammen liegt die Kraft, weiterhin erfolgreich im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zu arbeiten.



Oben: Christian von Gierke, Dr. med. Horst Wagner-Berger, unten: Dr. med. Thomas Kranz, Martin Weinrich,

Das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem ist durch dieses langjährige Gemeinsamkeitsgefühl und dem daraus resultierenden Handeln ein Erfolgsmodell der ambulant-stationären Verzahnung geworden, wie es so in Niedersachsen nicht noch einmal vorzufinden ist.

Wir und alle Menschen in diesem Hause werden dafür Sorge tragen, dass dieses Krankenhaus seine einmalige Atmosphäre, seine Fröhlichkeit und seine Menschenzugewandtheit behält, denn das ist das entscheidende Fundament für unsere erfolgreiche Arbeit in der Zukunft.

Für die Krankenhausleitung

Geschäftsführer Christian von Gierke

Ärztlicher Direktor Dr. med. Thomas Kranz

Stellv. ärztlicher Direktor Dr. med. Horst Wagner-Berger

Pflegedienstleitung Martin Weinrich

ROLF-GEORG KÖHLER ZUM 125 JÄHRIGEN JUBILÄUM
VOM KRANKENHAUS NEU BETHLEHEM

Grußwort des Oberbürgermeisters

Das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem feiert in diesem Jahr sein 125-jähriges Bestehen am Standort in der Humboldtallee. Zu diesem Jubiläum übermittele ich Ihnen die besten Grüße und Glückwünsche als Oberbürgermeister der Stadt Göttingen.

Für unsere Stadt hat das Krankenhaus eine ganz besondere Bedeutung: Jedes Jahr erblicken hier über 1.000 Neugeborene das Licht der Welt. Göttingens kleinstes Krankenhaus, welches sich auch über die Stadtgrenzen hinaus einen sehr guten Ruf erworben hat, ist darüber hinaus eine moderne Gesundheitseinrichtung, die Spitzenmedizin mit der menschlichen Zuwendung zu ihren Patientinnen und Patienten in der Tradition christlicher Nächstenliebe lebt.

Als Arbeitgeber bietet das Krankenhaus 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen sicheren, zukunftsorientierten Arbeitsplatz. Um medizinisch-technisch und fachlich auf der Höhe der Zeit zu bleiben, waren die vergangenen Jahre von einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, baulichen Erweiterungen, Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Investitionen in medizinisch-technische Ausstattung auf dem neuesten Stand geprägt. Die Zusammenarbeit mit den großen fachärztlichen Praxen auf dem Betriebsgelände ermöglicht eine sehr patientenzuge-



wandte Organisation, bei der stationäre und ambulante Behandlungen optimal ineinandergreifen.

Allen, die an der Tradition dieses Hauses mitgearbeitet haben, und allen, die heute in der Pflicht stehen, sende ich herzliche Glückwünsche. Seien Sie stolz auf das Erreichte, widmen Sie sich weiterhin Ihrer verantwortungsvollen Aufgabe und Ihren Patientinnen und Patienten!

Für die weitere Zukunft wünsche ich Ihnen alles Gute, weiterhin viel Freude und Erfolg bei Ihrer Arbeit.

Ihr

A handwritten signature in blue ink that reads "Rolf-Georg Köhler". The signature is written in a cursive style.

Rolf-Georg Köhler
Oberbürgermeister

Historischer Rückblick



1866

Erste Diakonissen kommen nach Göttingen und nehmen ihre Arbeit in der evangelischen Gemeindekrankenpflege auf.

1869

Die Witwe Henriette Leist übergibt Generalsuperintendent Julius Hildebrand unentgeltlich einen Teil ihres Gartens in der Oberen Karspüle als Bauland zur Errichtung eines Diakonissenhauses mit Kinderhospital.

1870

Stiftung der Diakonissen-Anstalt Bethlehem, Einweihung des „Diakonissenhauses Bethlehem“ in der Oberen Karspüle

1871

Aufnahme des Hospitalbetriebs

1872

Kaiser Wilhelm I. verleiht der Diakonissen-Anstalt Bethlehem in Göttingen die Rechte einer juristischen Person.

1887

Eröffnung einer kleinen chirurgischen Station mit Operationszimmer

1888

Amtliche Genehmigung und Anerkennung des Stiftes Bethlehem als chirurgische Krankenanstalt

1895

Baubeginn der „Frauenheilanstalt am Kirchwege“ im Kirchweg 8 (heute: Humboldtallee)

1896

Nach Fertigstellung des Privatkrankenhauses für Frauen gibt man ihm den Namen „Stift Neu-Bethlehem“ und nennt die Diakonissenanstalt in der Oberen Karspüle fortan „Stift Alt-Bethlehem“.

1910

Erwerb eines Nachbargrundstücks im Kirchweg und Errichtung eines „Neubaus für weibliche Privatkranken“ mit einer gynäkologischen und einer geburtshilflichen Abteilung

1912

Nach der Einweihung des Neubaus wird das Vorgängergebäude „Altbau“ genannt und den praktischen Ärzten und einigen Professoren zur Behandlung von Patienten beiderlei Geschlechts als Belegkrankenhaus zur Verfügung gestellt.



1913

Prof. Dr. Wilhelm Lange, Privatdozent für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, erhält eine ganze Station im Altbau, da die Universität noch über keine eigene HNO-Klinik verfügt.

1914-1920

Nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs werden die Stationen des Altbaus als Reservelazarett zur Verfügung gestellt.

1928

Das komplette Erdgeschoss des Altbaus wird interistische Belegstation

1930

Zwei neue Heizkessel und Geräte fürs Laboratorium werden angeschafft sowie eine Waschmaschine und ein großer Gasherd.



1938

Bunker zur Vorratshaltung wird gebaut

1939-1946

Der Altbau dient zum zweiten Mal als Lazarett

1924-1964

Prof. Martius, gynäkologische/geburtshilfliche Abteilung

1955

Anbau an den Altbau Neu-Bethlehem (je Station acht weitere Zimmer und ein Tagesraum)

1957

Anbau eines Säuglingszimmers an den Neubau

1958

Neues Röntgengerät ersetzt ein mitgebrachtes Feldröntgengerät aus der Kriegszeit

1964

Prof. Kirchhoff übernimmt gynäkologische/geburtshilfliche Abteilung



1966

Grundsanierung des Alt- und Neubaus (Neubau erhält Lichttrufanlage)

1966

Trennung vom Diakonissen-Mutterhaus aufgrund von Reformen (30.09.1966)

1969

Eröffnung des dreigeschossigen Krankenhausbaus an der Ostseite des alten Gebäudes

1969

HNO wird Belegabteilung (Dr. Kosciessa), 10 Betten

1981

Proktologie wird Belegabteilung (Dr. Schiller)

1982

Kardiologie (Dr. Nordbeck) und Augen (Dr. Schöder) werden Belegabteilungen

1985

Chirurgie wird Belegabteilung (Dr. Hans-Henning Hildebrand). Erweiterung des Spektrums um die Fachgebiete Viszeral-, Unfall- und Gefäßchirurgie

1992-2008

Umbau und Erweiterung des Krankenhauses in 4 Bauabschnitten:

1994 Einweihung des ersten Bauabschnitts

1996 Einweihung des neuen Bettenhauses, anschließend Sanierung der Frauenklinik

2006 Sanierung und Aufstockung des alten Bettenhauses, anschließend Neubau des Funktionstraktes

2008 Einweihung des Erweiterungsbaus für die Gynäkologie und Geburtshilfe

2010

Zertifizierung Chest-Pain-Unit (Brust-Schmerz-Versorgungseinheit) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

2012

Das Krankenhaus Neu-Bethlehem tritt dem Gesundheitskonzern AGAPLESION gAG bei und firmiert seitdem als AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem.



2012

Zertifizierung als babyfreundliches Krankenhaus

2014

Implementierung des Fachbereichs plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (Dr. Hafiez Said)

2017

Anbau an die geburtshilfliche Abteilung mit Einrichtung weiterer gemütlicher Familienzimmer, Erweiterung der Krankenhausparkfläche und Erweiterung der Arztpraxen im Ärztehaus Waldweg 1

2018

Zertifizierung des gesamten Krankenhauses nach der DIN ISO EN 9001:2015

2020

Zertifizierung IT-Scope nach ISMS-Vorgaben und Umsetzung Qualitätssystemaudit AGAPLESION



125 Jahre Krankenhaus Neu Bethlehem Göttingen

Einblicke in eine bewegte Geschichte¹
Dr. Traudel Weber-Reich

1896-1960

Das im Jahre 1896 eröffnete Krankenhaus Neu-Bethlehem ist aus der „Diakonissenanstalt (Stift (Alt-)) Bethlehem“ hervorgegangen, einem kleinen Kinderhospital mit chirurgischer Belegstation. Diese hatte bereits 1872 von Kaiser und König Wilhelm I. die Rechte einer juristischen Person erhalten und galt somit als eigenständige Stiftung.

Es war Prof. Dr. Max Runge (Jg. 1849), Ordinarius für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, der an vorderster Stelle an die Verwaltungskommission der Stiftung herangetreten war mit dem Vorschlag, doch am Kirchweg, heute Humboldtallee, eine „Frauenheilanstalt“ zu bauen. Er hatte gerade den Bau der Göttinger Universitäts-Frauenklinik mit Direktorhaus am Kirchweg 5 durchgesetzt und wünschte sich in der Nähe ein Krankenhaus, um dort seine Privatpatientinnen behandeln zu können.

Um 1900 sind in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Universitätskliniken insgesamt drei repräsentative „Privatkliniken“ entstanden, von denen sich Neu Bethlehem als evangelisches Krankenhaus etablierte, das

von Diakonissen aus dem Mutterhaus Henriettenstift in Hannover geführt und von Belegärzten der Stadt betreut wurde. Zusammen mit der Privatklinik Goßlerstraße 5 (geführt von Schwestern des Roten Kreuzes, danach von Schwestern des Ev. Diakonievereins; später: „Friedrich-Zimmer-Klinik“) und der Privatklinik Neu-Mariahilf (geführt von katholischen Vinzentinerinnen) setzten diese Krankenhäuser markante Zeichen für den pflegerisch-medizinischen Fortschritt.

Zu dieser Zeit gab es in der damaligen Provinz Hannover mit der Universitätsstadt Göttingen rund 60 dieser „Privatkliniken“ oder „Krankenpflegehäuser“ mit je 20 bis etwa 100 Betten, die den Großteil der stationären Krankenversorgung abdeckten. In deren Leitungen fungierten Pflegepersonen, meist Angehörige von Mutterhäusern oder anderen Pflegegenossenschaften, aber auch selbstständige Unternehmerinnen – mit oder ohne Kuratorium, bzw. einer dirigierenden Verwaltungskommission. Diese Einrichtungen waren seitens der Stadtverwaltungen, der Ärzteschaft, der Pflegepersonen, der Kirchen und



nicht zuletzt der Kranken erwünscht, da sie für alle Parteien Vorteile brachten: Die Stadtkassen wurden beim Aufbau des kommunalen Gesundheitssystems, insbesondere bezüglich der Errichtung und Unterhaltung von Krankenanstalten, bis auf kleinere Zuschüsse geschont; Ärzte erhielten die Gelegenheit zur stationären Praxis mit der Möglichkeit zur Einübung neuer Hygienemaßnahmen (Antiseptik, Aseptik) und zum Operieren; Pflegerinnen konnten sich (wie in kaum einem anderen Beruf) beruflich profilieren in verantwortlichen, gesellschaftlich anerkannten Positionen; die Kirchen erweiterten ihren theologischen Auftrag hin zu Diakonie, Caritas und Rotes Kreuz und gewannen somit Vertrauen unter der Bevölkerung, und die Kranken schließlich erhielten eine optimale kostengünstige medizinisch-pflegerische Versorgung in modernen, geschmackvoll eingerichteten und sogar gewisse Privatheit gewährenden (Einzel- und Doppelzimmer) Krankenhäusern – eine absolute Neuheit zu dieser Zeit.

¹ Der vorliegende Textbeitrag von Frau Dr. Traudel Weber-Reich basiert auf: Pflege und Heilen in Göttingen. Die Diakonissenanstalt Bethlehem von 1866 bis 1966 (= Studien zur Geschichte der Stadt Göttingen, Band 22). Göttingen 1999. Vgl. auch DIES.: Die Geschichte der Diakonissenanstalt Bethlehem von 1866 bis 1966. In: 125 Jahre Ev. Stift Alt- und Neu-Bethlehem in Göttingen. Festschrift Göttingen 1997, S. 6-51. Darin finden sich sämtliche Literatur- und Quellennachweise zu den im Text genannten Zitaten. Vgl. DIES.: „Wir sind die Pionierinnen der Pflege...“. Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen. Bern, Göttingen 2003.

Krankenhaus Neu-Bethlehem

Frauenheilstalt unter Professor Runge

Die Beschlussfassung zur Gründung des Krankenhauses Neu-Bethlehem als „private Frauenheilstalt“ erfolgte in der Sitzung der Verwaltungskommission am 1. Mai 1894. Zwei Drittel der Kommissionsmitglieder waren erschienen, und es wurde, laut Vorsitzendem Stadtsuperintendent Rudolf Steinmetz, „einstimmig beschlossen, den Herrn Maurermeister Krafft sen. mit der Erwerbung eines neuen Bauplatzes in der Nähe der neuen Universitätskliniken zu beauftragen. Etwa dieselben Mitglieder haben sich auch sämtlich damit einverstanden erklärt, daß eben diejenigen Grundstücke erworben werden, welche Herr Maurermeister Krafft sen. für Bethlehem von dem ehemaligen Bäckermeister, jetzt Rentier, Henze und von der Witwe des Kämmerers Ludewig anzukaufen beabsichtigt.“

Nach dem Grundbucheintrag handelte es sich um drei am Nikolausberger Weg gelegene Äcker mit den Flächen 27,10 Ar, 16,10 Ar und 27,20 Ar. Kredite zu günstigen Zinssätzen gaben die Stadtpredigerwitwenkasse in Höhe von 50.000 Mark, Pastor Friedrich von Rosenstern zu Gelliehausen, ein Enkel von Generalsuperintendent Hildebrand, mit 20.000 Mark und Marianne von Bobers mit 18.000 Mark. Die Baufirma Gebrüder Krafft erstellte den Bauplan mit zwölf Einbettzimmern auf zwei Etagen, welcher am 14. Juni 1895 von der Baupolizei genehmigt wurde.

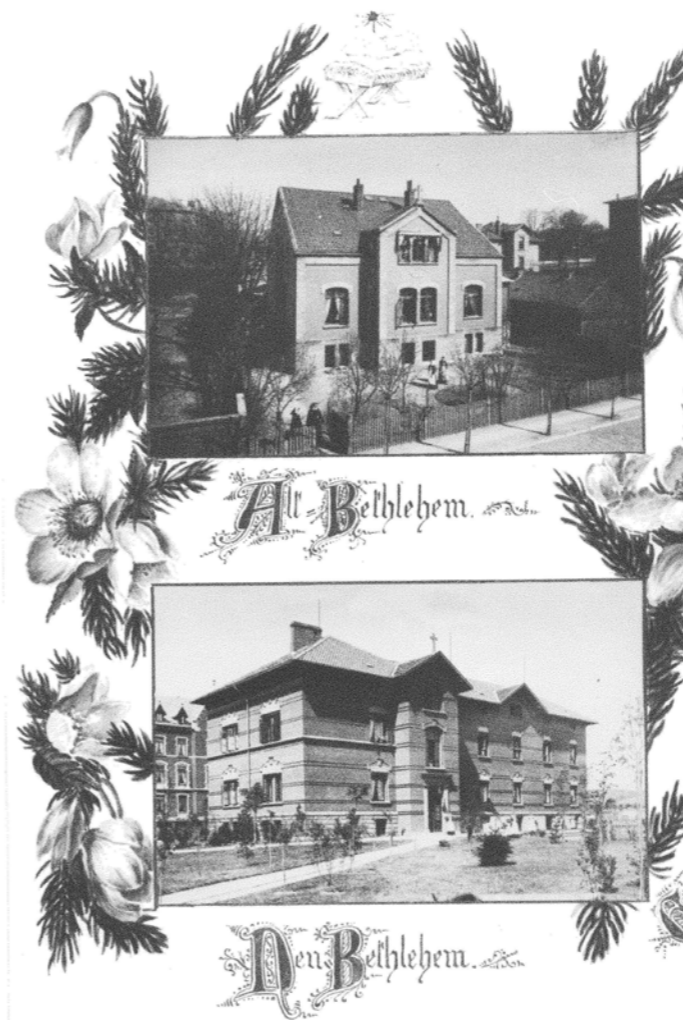
Der mit 64.000 Mark veranschlagte Neubau wurde im Frühjahr 1895 begonnen. Schon am 1. September konnte das Richtfest gefeiert werden, wozu sich viele Freunde auf dem Bauplatz versammelten. Diakonisse Marie von Trampe (Jg. 1846), leitende „Hausmutter“ der Diakonissenanstalt (Alt-)Bethlehem, erzählte, „es wurde in üblicher Weise mit Gesang und Reden gefeiert, auch durften die Leute fröhlich sein bei einem Fäßchen Bier.“ Der Bau schritt voran. Hausmutter Marie und Helene von Bobers besorgten für 10.000 Mark die gesamte Inneneinrichtung des Hauses – „auf das sparsamste und solideste.“ Viele „Liebesgaben“, bestehend aus barem Geld oder aus Haushalts- und Einrichtungsgegenständen, wie silbernen Bestecken, Zuckerschalen und Milchännchen sowie Stühlen und Küchenmöbeln wurden gestiftet. Je eine komplette Zimmereinrichtung schenken Fabrikant Levin und Helene von Bobers;

mehrere „Freundinnen“ steuerten zusammen das Fehlende für weitere Zimmereinrichtungen bei.

Im Sommer 1896 war die „Frauenheilstalt Neubethlehem“ fertiggestellt. Entstanden war ein Backsteingebäude, äußerlich angeglichen an die benachbarten Klinikbauten, insbesondere an die Universitäts-Frauenklinik. Das Krankenhausgebäude wurde mit seiner Längsachse von West nach Ost angelegt, sodass seine Schmalseite zum Kirchweg und die langgestreckte Südseite zum Park hinzeigte. Über einem Kellergeschoss aus Tuffstein erhoben sich zwei mit gelbem Klinkerbackstein ausgeführte und mit braun glasierten Backsteinbändern verzierte hohe Geschosse. Darüber lag unter einem vorgezogenen Walmdach ein niedriges Dachgeschoss. Die südliche Hauptfront gliederte sich in sieben Fensterachsen. Ein giebelgedeckter und mit einem Kreuz bekrönter Risalit wurde in der zweiten westlichen Fensterachse angelegt. Er nahm den säulenflankierten Haupteingang auf, welcher ins Treppenhaus führte. Ein zweiter Frontgiebel wurde in der Mittelachse des Bettenflügels aufgebaut.

Bemerkenswert ist, dass das Gebäude durch die zurückspringende östliche Hauswand eine günstige Voraussetzung bot für eine spätere Erweiterung des Hauses. Diese sollte schon vier Jahre später erfolgen, wobei in die vorgegebene östliche Wandnische ein zweiter Risalit eingeschoben wurde als Verbindungsglied zu einem neuen Bettenflügel mit acht Einbettzimmern. Durch den Anbau entstand eine nahezu symmetrische Hausfront unter Beibehaltung des ursprünglichen Charakters der Gebäudeanlage.

Die Innenräume entsprachen den Anforderungen eines modernen Privatkrankenhauses. Im Erdgeschoß und im ersten Obergeschoß reichten sich rechts vom Treppenhaus fünf Krankenzimmer mit Südfenster aneinander, Toiletten, Bad und Teeküche schlossen sich im zurückgesetzten nordöstlichen Teil an. Ein zusätzliches Krankenzimmer lag auf der Nordseite. Links vom Treppenhaus befanden sich im Erdgeschoß ein Wartezimmer, ein Sprechzimmer, ein Untersuchungszimmer und ein Schwesternzimmer; im Obergeschoß ein Schwesternzimmer, ein Vorbereitungszimmer und ein Operationssaal mit Fenstern nach Westen und Norden. Die Wirtschaftsräume befanden sich im Untergeschoß und die Schwesternwohnräume im Dachgeschoss. Um das Gebäude herum legte Stadtgärtner Ahlborn einen Park an, zur Erholung der Kranken und zur Freude von Schwestern und Besuchern.



Die Einweihungsfeier fand an einem Sommertag am 19. Juni 1896 statt. Professor Runge übergab eine Ausstattung von Apparaten für den Operationssaal mit der Bestimmung, dass sich „Neubethlehem verpflichtet ... dieselben aufstellen zu lassen, in gebrauchsfähigem Zustande zu erhalten, notwendig werdende Reparaturen zu besorgen sowie beim Verbrauch der Apparate Ersatz für dieselben zu schaffen.“ Die Schenkung bestand aus einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl, einem Operationstisch, je einem Instrumentenschrank und einem Wandschrank aus Glas und Eisen für das Untersuchungszimmer und den Operationssaal, einem großen und einem kleinen Sterilisationsapparat für Verbandstoffe, einem großen und einem kleinen Sterilisationsapparat für Instrumente, einem Apparat zur Herstellung von sterilem Wasser, kleineren Gerätschaften sowie einem Tisch aus Glas und Eisen für das Untersuchungszimmer. Zudem brachte er Operationsinstrumente mit, die allerdings in seinem Besitz bleiben sollten.



Im Unterschied zum Stift Alt-Bethlehem, das vollkommen von der Persönlichkeit der Hausmutter bestimmt war, herrschte im Privatkrankenhaus Neu-Bethlehem bald ein patriarchales Klima mit Direktor Runge an der Spitze. Runge verstand sich als Hausherr und forderte von seinen Mitarbeiterinnen unterwürfigen Respekt. Sein Auftreten bewirkte sogar, dass das Kuratorium darauf verzichtete, ihm die ausgearbeitete „Dienstweisung für den leitenden Arzt der Krankenanstalt“ vorzulegen. Kritische Bemerkungen über Runges Herrschaft drangen bis zum Henriettenstift durch. Diakonissenpastor Schwerdtmann hielt fest: „Professor Dr. Runge ... machte große Ansprüche an die Leistungsfähigkeit und Pflichttreue der Schwestern; immer streng in seinen Forderungen, zuweilen bis hart an die Grenze der Rücksichtslosigkeit.“ Andererseits wurde Runge als verantwortungsvoller, ehrgeiziger Arzt mit Weltruf gerühmt, der dem Haus sein bedeutendes Renommee verschaffte. Der Vorsteher betonte: „Aber wieviel verlangte er auch von sich selbst. Welche peinliche

Gewissenhaftigkeit in der Krankenbehandlung. Wie tief die Beteiligung des Gemüts, wenn einer der seltenen Todesfälle eintrat... Oft hat Gott seinem sicheren Blick und seiner geschickten Hand gelingen lassen, was jenseits aller Hoffnung zu liegen schien. So sammelten sich denn um ihn ... in dem den Wünschen und Bedürfnissen des Gynäkologen ganz angepassten Neu-Bethlehem zahlreiche Kranke aus der Nähe und Ferne; manchmal vereinigte das Haus Patienten aus Afrika, Amerika und Australien unter seinem Dache.“ Die erste Seite der Statistik des Krankenhauses Neu-Bethlehem stammt aus dem Gründungsjahr 1896 und führt von Juli bis Dezember 87 Patientinnen auf, die an 1.494 Pflgetagen und in 160 Nachtwachen behandelt und gepflegt wurden; 10 Bauchoperationen und vier kleinere Operationen wurden durchgeführt, dabei war kein einziger Todesfall aufgetreten. Im Jahre 1898, als sich der Krankenhausbetrieb gut eingespielt hatte, kamen 173 Patientinnen, ihre durchschnittliche Verweildauer lag bei 18 Tagen (3.099 Pflgetage, 326 Nachtwachen); 24 Bauchoperationen und 16 kleinere Operationen wurden durchgeführt, eine Patientin war gestorben. Die höchste Belegungsziffer zu Runge's Zeiten ergab das Jahr 1909: 185 Patientinnen nahmen 4.333 Pflgetage und 419 Nachtwachen in Anspruch, 33 Operationen und 25 kleinere Eingriffe wurden durchgeführt. Auch die Zahl der Todesfälle wies eine Rekordziffer auf, acht Frauen starben nach schweren Erkrankungen.

Im selben Jahr starb unerwartet auch Professor Runge. Er war an einer Nierenblutung erkrankt. Nach einer geglückten Operation traten Komplikationen auf, denen er am 27. Juli 1909 erlag. Er befand sich in seinem 60. Lebensjahr und hinterließ seine Frau Else Runge mit zehn Kindern.

Hausmutter Magdalene Querner

Die 33jährige Diakonisse Magdalene Querner (Jg. 1863) zog als leitende Hausmutter am 9. Juli 1896 ins Krankenhaus Neu-Bethlehem ein. Sie brachte vom Stift Alt-Bethlehem Schwester Frida Röver (Jg. 1858), die tüchtige Köchin Dorette Dörnte (Jg. 1860) und sechs Patientinnen mit. Das Henriettenstift bemühte sich, nach und nach weitere Diakonissen zu senden, noch im Eröffnungsjahr kam als dritte Schwester Agnes Gersting (Jg. 1859) hinzu.

Hausmutter Magdalene, Pastorentochter aus Sachsen-Anhalt, war mit 23 Jahren ins Mutterhaus Henrietten-

stift eingetreten und hatte sich vier Jahre später zur Diakonisse einsegnen lassen. Den Dienst am Krankenbett hatte sie im Krankenhaus des Henriettenstifts erlernt, bevor sie nach Göttingen entsandt worden war. Ihre Amtszeit in Neu-Bethlehem war bestimmt von Phasen des Aufbaus, der Expansion, der Lazarettzeit sowie der Reorganisation nach dem Ersten Weltkrieg. Sie galt als geachtete, beliebte und sachkundige Leiterin.

Die Aufgabenbereiche der Diakonissen wies der Vorsteher des Henriettenstifts in Form einer Dienstanweisung zu. Darin erteilte er Professor Runge eine umfassende Weisungsbefugnis gegenüber den Schwestern, die sich bis in den krankenpflegerischen Bereich hinein erstreckte und darüber hinaus die Seelsorge berührte. Er schrieb: „Mit aller ihrer Arbeit sind die Diakonissen den Anordnungen des Herrn Professors Dr. Runge unterstellt und haben namentlich darauf zu halten, dass dessen Bestimmungen über Asepsis, Diät, Medikamente, Lagerung, Reinigung, Lüftung aufs sorgfältigste ausgeführt werden ... Wo es der Arzt um des leiblichen Zustandes der Kranken willen nicht direkt verbietet, darf in den Krankenzimmern morgens (und) abends eine kurze Andacht aus der heiligen Schrift oder aus mit der Schrift stimmenden Andachtsbüchern gehalten werden.“ Entschieden im Stift Alt-Bethlehem laut Statuten die Hausmutter über die Aufnahmen, so ging jenes Hausrecht im Krankenhaus Neu-Bethlehem an den Arzt über: „Die Aufnahme der Kranken erfolgt ausschließlich durch den dirigierenden Arzt.“ Die Diakonissen sollten den frommen, gefühlvollen und fürsorglichen Teil übernehmen und sich „als Dienerinnen Christi“ erweisen, indem sie den Kranken stets „treu dienende und mit aller Hingebung und Freundlichkeit pflegende Schwestern“ sein sollten.

Wie sich zeigen sollte, hielt die Praxis für Hausmutter Magdalene auch Leitungsgeschäfte in großem Umfang bereit. Der Rechnungsprüfer Hermann Lütgens bescheinigte der Hausmutter in Bezug auf das Rechnungswesen „ausgezeichnete“ Sachkenntnis und Übersicht. Lütgens erklärte in einem Schreiben aus dem Jahre 1906: „Die leitende Oberin, Schwester Magdalene Querner, hat bislang die Rechnungsführung in der Art besorgt, daß sie die Bücher geführt, auch die Rechnungen bezahlt hat. Die Thätigkeit, welche ich seit dem Jahre 1899, in welchem ich die Verwaltung im Ehrenamt übernommen habe, ausgeübt habe, hat bestanden in einer allgemeinen Kontrolle aller Ange-



legenheiten v. Neu-Bethlehem, in einer Prüfung der Bücher u. Bestände, in dem monatlichen Abschluß der Kassa und des Einnahme- u. Ausgabebuches, mit Prüfung aller Rechnungsbeläge, in der Aufstellung des Jahresabschlusses etc. ... Es sei mir hier die Bemerkung gestattet, daß die ausgezeichnete gute Art der Kassen u. Buchführung der leitenden Schwester mir in den langen Jahren noch nie Grund zu einer Klage gegeben haben.“

Die von Schwester Magdalene aufgestellte Jahresabschlussrechnung 1911/12 war zugleich die letzte Abrechnung vor der Eröffnung des Neubaus, wodurch sich die Bettenzahl verdoppeln sollte. Sie wies eine Bilanz mit Einnahmen von 27.381,82 M und Ausgaben von 29.732,41 M auf. Die Mehrausgaben erklärten sich durch die hohen Zinsbelastungen, die auf den Hypotheken lagen, ein Betrag von 4.572,50 M. Für die Erhaltung von Gebäude und Grundstück wurden 2.399,75 M aufgebracht. Der größte Posten musste für die Hauswirtschaft verausgabt werden, ein Betrag

von 12.464,42 M. Die Löhne betragen 2.211,68 M und die Schwestern-Gehälter 1.400,00 M. Die Ausgaben für Operationszimmer und Medikamente lagen bei 2.695,66 M. Hinzu kamen: Post- und Telefongebühren 275,20 M, Kohlen 1.311,00 M, Garten 569,00 M, Wasser und Gas 494,68 M, elektrische Beleuchtung 420,72 M, Verschiedenes 534,21 M und erste Auslagen für den Neubau 383,59 M.

Neben der Krankenpflege und der Verwaltungstätigkeit hatte Hausmutter Magdalene im Stift Neu-Bethlehem eine Hausgemeinschaft für ihre Mitschwester aufzubauen. Die Schwestern kamen oft sehr jung und weitgehend unerfahren zu ihr, und es bestand durchaus die Gefahr, dass sie nach wenigen Jahren unerwartet wieder abberufen wurden. Umso wichtiger war für jeden Neuankömmling das Gefühl des Aufgenommenseins in die Schwesterngemeinschaft. In ihr sollte, nach Auffassung des Diakonissenvorstehers, ein Klima der Aufrichtigkeit und Herzlichkeit sein, sodass sie ein

„starker Halt u. Bewahrungsmittel gegen die in Euch wohnenden Versuchungen aller Art“ sei. Er empfahl den Diakonissen: „Bleibet im Gebet. das heißt eigentlich: in den Gebeten, will sagen: in den Gebetszeiten u. -Stunden; denn Israel hatte drei Gebetsstunden täglich ... als Lebensquellen.“

Von den Mitschwestern wirkte Diakonisse Jerta von Strube (Jg. 1872) am längsten mit Hausmutter Magdalene zusammen. Schwester Jerta ging in ihrem Lebenslauf rückblickend auf diese Zeit ein, indem sie in wenigen Sätzen den Bogen über drei Jahrzehnte spannte: „Schwester Magdalene Querner war meine liebevolle Hausmutter 25 Jahre; sie hat mich erzogen, denn ich war in vielem ganz unerfahren und mir den rechten Diakonissensinn vorgelebt... Die Liebe und Fürsorge für die Kranken in Neubethlehem war eine wunderschöne Arbeit... 1912 wurde ein zweites Haus in Neubethlehem gebaut für d. Frauen, doch ich blieb im ersten Hause und arbeitete von da an mit mehreren Ärzten, bis 1914 der erste Weltkrieg kam u. Neubethlehem Lazarett wurde... 1920 hörte das Lazarett auf. Schw. Magdalene hatte viel Mühe, d. Haus wieder in Ordnung zu bringen. Alle diese Sorgen, bei denen ich ihr oft geholfen habe, hatten sie sehr mitgenommen. Sie bekam eine schwere Kopfrippe, später verschiedene Schlaganfälle, aus dem letzten ist sie hinübergeschlummert, ohne nochmal Bewußtsein zu haben. 25 Jahre hatten wir alles geteilt, wie einsam war es für mich geworden. Die Arbeit für mein liebes Neubethlehem war doch ein Trost... Ich bin d. langen, langen Jahre Sprechstundenhülfe für die verschiedenen Professoren gewesen, es war so schön, den Frauen für die es schwer war, hilfreich beizustehen.“

Hausmutter Magdalene starb am 13. Mai 1922 in Göttingen. Schwester Jerta blieb bis 1934 im Krankendienst in Neu-Bethlehem, danach siedelte sie ins „Feierabendstübchen“ im Stift Alt-Bethlehem über. Von hier aus machte sie noch lange Jahre Botengänge für die Schwestern im Krankenhaus Neu-Bethlehem, bis sie, müde und schwach geworden, am 13. Mai 1952 starb – genau 30 Jahre nach ihrer Hausmutter Magdalene Querner.

Im Herbst des Jahres 1922 sandte das Henriettenstift die Diakonisse Marie Kohlmeyer, die als zweite Hausmutter fast sieben Jahre das Krankenhaus Neu-Bethlehem leiten sollte.

Neubau für weibliche Privatranke

Nach dem Tod von Prof. Dr. Max Runge blieb vorerst der Belegvertrag mit dem jeweiligen Direktor der Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung von Privatpatientinnen bestehen. Prof. Dr. Philipp Jung (Jg. 1870), Prof. Dr. Carl Reifferscheid (Jg. 1874), Prof. Dr. Heinrich Martius (Jg. 1885), Prof. Dr. Heinz Kirchhoff (Jg. 1909) und Prof. Dr. Walther Kuhn wurden nacheinander Leiter der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung.

Prof. Dr. Philipp Jung erhielt 1910 den Ruf, als Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe die Nachfolge Runges anzutreten. Zuvor hatte er zwei Jahre in Erlangen eine neue, bestausgestattete Frauenklinik mit aufgebaut und geleitet. In Göttingen sollte Jung als „ausgezeichneter Techniker“ die operative Gynäkologie weiterentwickeln, die Röntgentherapie einführen und die klinische Geburtshilfe weiter fördern.

Mit Professor Jung kam ein Vertreter der neuen Generation ins Haus, der der Freude am Leben, an der Natur, an seiner Familie und an seinem Beruf mehr abgewinnen konnte als der Ausübung von autoritärer Macht. Er war ein großer, stattlicher Mann mit frischem, fröhlichem, damals fast burschikos wirkendem Wesen. In seinem Mitarbeiterkreis erwiderte er ehrfurchtsvolle Achtung wie freundschaftliche Anhänglichkeit mit Zuneigung und Vertrauen „und ging auf Anregungen, von welcher Seite sie auch kommen mochten, wenn sie ihm nur aussichtsvoll erschienen, gern ein.“ Ein großer Gewinn für seine Patientinnen wird seine ausgeprägte Fähigkeit zu menschlicher Anteilnahme und psychologischem Verständnis gewesen sein. Seine Assistenzärzte beschrieben, wie „bei allen seinen Indikationen stets das Wohl der ihm anvertrauten Kranken“ oben an stand, „für die er in einer oft geradezu rührenden Weise sorgte und für die alle er bei der Visite stets ein freundliches, aufmunterndes Wort hatte.“

Im Kuratorium wurden im Beisein von Professor Jung die bereits ins Auge gefassten Neubaupläne auf dem Terrain des Krankenhauses Neu-Bethlehem eingehend verhandelt. Zur Vergrößerung des östlich vom Krankenhaus Neu-Bethlehem gelegenen Grundstücks konnte 1910 noch ein 1.116 m² großer Landstreifen für 9.000 Mark erworben werden. Darauf sollte ein „Neubau für weibliche Privatranke“ mit einer gynäkologischen und einer geburtshilflichen Abteilung entstehen, der nach der Fertigstellung Professor Jung zur Verfügung stehen sollte.



Zunächst wurden von zwei bewährten Architekten, Carl Krafft und Otto Krege, Baupläne eingeholt und diskutiert. Den Auftrag erhielt diesmal Architekt Krege, weil Jung dessen Anlage des Aufzugs, des Eingangs und der Operationsräume besser gefiel. Krege hatte erst drei Jahre zuvor ein eigenes Architekturbüro eröffnet, doch seine villenartigen Göttinger Wohnhausbauten zeugten von Solidität, Flexibilität und zeitgemäßem Geschmack. Er legte einen detaillierten Kostenvoranschlag vor, der inklusive Mobiliar auf 150.000 M berechnet wurde. Am 29. Juli 1911 erteilte die Baupolizei die Baugenehmigung, bald danach erfolgte der erste Spatenstich.

Krege ließ auf einer Grundfläche von 226,65 m² über einem Keller einen zweigeschossigen verputzten Krankenhausbau ausführen mit sieben Zweibettzimmern und sechs Einbettzimmern, einem Operationssaal und zwei Entbindungsräumen. Bereits der erste Blick auf das Gebäude gab zu erkennen, wie weit das 19. Jahrhundert schon zurücklag: alles Steife, Geradlini-

ge, an überkommene Traditionen Erinnernde gehörte der Vergangenheit an. Krege bediente sich der Formensprache des Jugendstils, die den Weg freigab für eine neue Architektur, welche dem Lebensgefühl des modernen Menschen entsprach und schlichte, natürliche und funktionale Konstruktionen zu einer harmonisch-lebendigen Einheit zusammenfasste. So ließ er die Außenwände, wie die Anordnung und Größe der Fenster, weitgehend von der Funktion der Innenräume bestimmen und überzog die gesamte Anlage mit einem steilen Walmdach, das darunter noch vier Wohnräume für die Schwestern und drei Zimmer für das Dienstpersonal aufnehmen konnte. Die südliche Hauptfront, die sich zur Parkanlage neigte, wirkte eher wie ein Sanatorium und vermittelte das Angebot eines angenehmen, erholsamen Genesungsaufenthalts. Von Weitem zu erkennen war der Haupteingang mit seinem auf Säulen gestützten und mit Kupferblech überdachten Baldachin und der Schmuckgaube auf dem Dach. Rechts neben dem Portal löste sich die Wand

auf in übereinander eingezogene Balkongeländer und Pfeiler in rhythmischem Wechsel. Sie begrenzen die „Liegehallen“ des Unter- und Obergeschosses, welche den Krankenzimmern vorgelagert wurden. Eine harmonische Auflockerung des sonst oft lang durchgezogenen Bettenflügels wurde zusätzlich dadurch erreicht, dass Einbett- und Zweibettzimmer im Wechsel angelegt wurden, welche entsprechend schmalere und flache neben breiteren und ausgebuchteten Balkongeländern erhielten. Die auf der Westseite ausgeführte überdachte Terrasse war vom Schwesternzimmer aus begehbar und bot einen zusätzlichen Ausgang zum Garten. Aus der nordöstlichen Mauerecke löste sich ein kleines Türmchen mit Dachhaube, in dem sich eine Treppe vom Hinterausgang bis zum Dachgeschoß hochschlangelte.

Das Hauptportal zierte eine Schmucktafel mit dem Sinnbild Luthers, der weißen Rose mit Herz und Kreuz in der Mitte, das als Zeichen einer trostspendenden Gläubigkeit verstanden wurde, umrahmt von dem Spruch: „Ein Christenherz auf Rosen geht, wenn's mitten unter'm Kreuze steht.“ Vom Eingang kommend, befand man sich zunächst in dem hallenartig erweiterten Flur. Dieser ging über in ein großzügig bemessenes und tonnengewölbtes Treppenhaus, welches durch ein künstlerisch gerahmtes Fenster mit Buntglasornamentik hell und freundlich beleuchtet wurde. Auf den Stationen im Ostflügel hielten die Errungenschaften der Hygienetechnik Einzug. In den Krankenzimmern gab es fließend warmes und kaltes Wasser, und die Aborte waren mit Wasserspülung versehen. Alle Räume wurden mit elektrischer Beleuchtung ausgestattet, und die Fußböden erhielten einen Linoleumbelag. In der kalten Jahreszeit sorgte die Zentralheizung für rußfreie, geregelte und gleichmäßige Wärme.

Im Obergeschoß lagen der Operationsvorbereitungsraum, der Sterilisiererraum und der Operationssaal an einem besonderen Vorflur im Westflügel, der von den Krankenzimmern durch einen Glasabschluss getrennt war. Nur der Personenaufzug und das Schwesternzimmer mündeten gleichfalls in diesen Vorflur. Alle Wände in den Operationsräumen wurden bis Türhöhe mit Wandfliesen bekleidet bis auf die Zwischenwände, die durch breite doppelwandige Verglasungen Helligkeit gaben und eine Übersicht über sämtliche Operationsräume ermöglichten. Zusätzliches Tageslicht fiel durch das übergroße, mit Buntglasornamentik verzierte Westfenster und die Dachverglasung in den Operationssaal ein.

Der Neubau wurde durch einen unterirdischen Gang mit dem Altbau verbunden, was vor allem für die Küche – die noch immer unter der Leitung von Dorette Dörnte stand – von großem Vorteil war, da so die Speisen schnell und sicher in den Neubau transportiert werden konnten.

Bei der Einweihung des zweiten Krankenhausgebäudes Neu-Bethlehem am 6. August 1912, nachmittags ab 16 Uhr, wurde mit Lob und Anerkennung für das gelungene Werk nicht gespart. Architekt Krege, Professor Jung, Superintendent a. D. Steinmetz, die leitenden Schwestern Marie Sannemann vom Stift Alt-Bethlehem und Magdalene Querner sowie die Mitglieder des Kuratoriums sind in vorderster Reihe zu nennen. Und selbstverständlich wurde die solide und meisterlich ausgeführte Handwerksarbeit hervorgehoben.

Jung schenkte dem Haus zum Einzug eine Operationslampe und einen Operationstisch. Um die Stationen wohnlich zu gestalten, schaffte er für alle Zimmer Gardinen an und für jedes Zimmer ein großes Bild, einen Steindruck. Für den Tagesraum stiftete er Sofa, Sessel und einen Teppich. Seine Frau Luise Wilhelmine Jung schenkte dem Haus einen antiken Sekretär, ein Schmuckstück, das die Eingangshalle zierte. Aber nicht nur schöne Gegenstände sollten die Patientinnen aufmuntern. Manchmal brachte Jung seine kleinen Töchter Marie, Luise und Charlotte mit, weil er davon überzeugt war, dass sie die Herzen besonders zu erfreuen vermochten.

Unter Jung wurden die ersten Kinder in Neu-Bethlehem geboren. Die ältesten noch erhaltenen Angaben stammen aus dem Kriegsjahr 1916 mit 48 Geburten; die Pflagezeit nach einer Spontangeburt lagen zwischen 19 und 55 Tagen. Insgesamt ließen sich in diesem Jahr 235 Privatpatientinnen behandeln, 42 Operationen wurden durchgeführt, fünf Patientinnen starben. Während der Kriegsjahre lag auf Jungs Schultern eine große Arbeitslast mit viel Verantwortung in den Bereichen Forschung, Lehre und Praxis in der Universitäts-Frauenklinik und im Krankenhaus Neu-Bethlehem. Im Frühjahr 1916 verlieh ihm Kaiser und König Wilhelm II. den Ehrentitel „Geheimer Medizinalrat.“ Im darauffolgenden Herbst hielt Jung seinen letzten größeren Vortrag in der Göttinger Medizinischen Gesellschaft, und zwar über das Krankheitsbild der Sepsis, der Blutvergiftung. Es war dasselbe Thema, mit dem er sich 1900 in Greifswald habilitiert hatte. Jung wusste also genauestens über den Verlauf dieser Krankheit



Bescheid, die oft qualvoll zum Tode führte, weil es noch keine Antibiotikatherapie gab. Im Februar 1917 infizierte er sich selbst auf dem Handrücken mit Staphylokokken. Aus einem Furunkel entstand eine Sepsis, die ihn siebzehn Monate lang zwang, den Kampf mit der Infektion zu führen, bis er schließlich einer septischen Nierenentzündung erlag. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Philipp Jung starb mit 48 Jahren am 28. Juni 1918. Er hinterließ seine Frau Luise mit sechs Kindern, drei Mädchen und drei Jungen. Die ihm gewidmeten Nachrufe zeugten von einer tiefen Traurigkeit in seinem privaten wie in seinem beruflichen Umkreis.

Jungs Nachfolge trat der Gynäkologe und Geburtshelfer Prof. Dr. Carl Reifferscheid an. Er hatte zuvor die Bonner Frauenklinik geleitet. In Göttingen wirkte er bis zu seinem plötzlichen Tod am 8. März 1926.

Die Jahre der Weimarer Republik waren von Wohnungs- und Versorgungsnoten einerseits und einem allgemeinen Emanzipationsschub andererseits bestimmt.

Sie warfen neue Fragen auf, nach wirksamer Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, nach sexueller Aufklärung und Geburtenregelung. Reifferscheid hielt öffentliche Vorträge für Frauen über Sittlichkeitsfragen, die der Evangelische Frauenbund organisierte, welcher seit 1925 eine „Abteilung für Bevölkerungs- und Sittlichkeitsfragen“ unterhielt. Das Bedürfnis nach Geburtenregelung erkannte Reifferscheid deutlicher als viele seiner Zeitgenossen auch als „Ausdruck eines mit der Kultur steigenden Verantwortungsgefühls der Eltern gegenüber ihrer Nachkommenschaft. Statt eines gedankenlosen Indieweltsetzens von Kindern ohne Rücksicht auf die Kräfte und die Gesundheit der Mutter und die Subsistenzmittel der Familie.“ Mit dem Hinweis auf die Statistik erklärte er, dass „in den Familien mit sinkender Geburtenziffer auch die Kindersterblichkeit sinkt, und die Zahl der Überlebenden wächst.“

Während er die Empfängnisverhütung sogar unter Umständen durch operative Sterilisierung befürwortete, stand er „der Zunahme der Abtreibungen, die

besonders in den letzten Jahren erschreckende Zahlen erreicht hat“ mit Sorge und Abneigung gegenüber. Aus eigener Praxis war ihm bekannt, dass kriminelle Fruchtabtreibungen an und von Frauen aller Volksschichten vorgenommen wurden: „beteiligt sind sowohl Arbeiter wie Kaufleute, Grundbesitzer, mittlere und höhere Beamte, Bauern und Angestellte“, und die meisten Frauen waren – entgegen verbreiteter Meinungen – verheiratet. Die von Reifferscheid in Erfahrung gebrachten Beweggründe standen vielfach im Zusammenhang mit wirtschaftlicher Not.

Prof. Dr. Heinrich Martius trat Reifferscheids Nachfolge an. Er kam ebenfalls aus Bonn, wo er als außerordentlicher Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie tätig gewesen war. In der Göttinger Universitäts-Frauenklinik und im Krankenhaus Neu-Bethlehem entfaltete er über seine Emeritierung 1954 hinaus eine reiche wissenschaftliche Tätigkeit, die ihn auch außerhalb Deutschlands bekannt machte. Einer seiner Schwerpunkte lag in der gezielten Anwendung der Strahlentherapie als gynäkologische Methode neben der chirurgischen Gynäkologie. Eine breite Popularität aber verschafften ihm seine Fähigkeiten als Geburtshelfer. Seine Erfolge ließen sich nach 28-jähriger Tätigkeit anhand von Zahlen belegen: Die Müttersterblichkeit sank von 0,92 % in den Jahren 1926 bis 1930 auf 0,087 % in den Jahren 1951 bis 1953, und ebenso sank die perinatale Kindersterblichkeit von 8,72 % in den Jahren 1926 bis 1931 auf 5,03 % in den Jahren 1948 bis 1953. Auf ein Mindestmaß reduzierte er gleichfalls die geburtshilflichen Operationen. Diese Ergebnisse führte Martius auf seine Überzeugung zurück, dass die Geburt ein von der Natur geschaffener physiologischer Vorgang sei, in den einzugreifen ohne Not die Kunst der Geburtshilfe zu einem groben Handwerk herabwürdigen würde. Für ihn gehörten zu den wirksamsten Mitteln der Geburtserleichterung Ruhe, Zeit, Entspannung und das Vertrauen zum Geburtshelfer und zur Hebamme.

Reservelazarett von 1914 bis 1920

Nach der Einweihung des Neubaus hieß das Vorgängergebäude Altbau. Nun stand der Altbau praktischen Ärzten und einigen Professoren zur Behandlung von Patienten beiderlei Geschlechts als Belegkrankenhaus zur Verfügung. 1913 belegte Dr. Wilhelm Lange (Jg. 1875), Privatdozent für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, eine ganze Station, da die Universität noch

über keine eigene HNO-Klinik verfügte. Lange sollte 1919 Göttingens erster Ordinarius für HNO-Heilkunde werden. Zeitgleich berief ihn die Verwaltungskommission ins Kuratorium.

Nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs stellte das Krankenhaus alle Stationen des Altbaus als Reservelazarett zur Verfügung. Zusätzlich erforderliche Betten und Bettwäsche steuerte die Bevölkerung bei, und es kamen freiwillig junge Frauen, um bei der Pflege zu helfen. Im ersten Kriegsjahr wurden 70 Männer mit Schussverletzungen operiert und gepflegt. Die Zahl der verwundeten Soldaten stieg rapide an und erreichte 1916 ihren Höhepunkt mit 515 Männern und einer durchschnittlichen Liegezeit von einem Monat. Da Professor Lange die Behandlung im Lazarett übernommen hatte, wies die Militärverwaltung überwiegend Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen im Kopfbereich zu, die Diagnosen lassen das Elend erahnen: „Gesichtsschuß“, „Sprachstörung“, „Kiefersteckschuß“, „Kieferhöhlenvereiterung“ und „Kopfschuß“. Insgesamt wurden im Lazarett Neu-Bethlehem bis zur Auflösung im Januar 1920 1.771 Soldaten behandelt und gepflegt.

Die Schwestern versuchten den oft langen Aufenthalt der Verwundeten durch „gute Pflege“ und „freundliche Stimmung“ erträglich zu machen. Hausmutter Magdalene betreute die Kranken mit, und vor den Operationen betete sie nach Möglichkeit mit ihnen. Darüber hinaus organisierten die Schwestern etwa alle vier Wochen einen „fröhlichen Abend“ im Haus, der „in guter Erinnerung“ geblieben sei, sowie Ausflugsfahrten im „großen Kremperwagen“ zum Hainberg.

Belegkrankenhaus mit Operationsbetrieb

Nach dem Ersten Weltkrieg ließ das Kuratorium die früheren Lazareträume dem Materialmangel entsprechend „leidlich“ renovieren. Die Station im Erdgeschoß stand praktischen Ärzten und Professoren offen. Es brachten ihre Kranken: Dr. Tonndorf, Dr. Rengstorff, Dr. Köhne, Dr. Kaufmann, Dr. Evers (Neurologie), Dr. Schoppe, Dr. Werth, Dr. Cario, Dr. Hildebrand, Prof. Erhard Riecke (Haut- und Geschlechtskrankheiten), Prof. Seyderhelm (innere Medizin), Prof. Bruns, Prof. von Hippel (Augenheilkunde), Sanitätsrat Dr. Langenbeck und andere. 1920 erhielten Prof. Dr. Oskar Wagner (1920-1940, HNO) und Dr. Ansinn (1920-1940, Chirurgie und Gynäkologie) je eine Hälfte der Station im Obergeschoß. Bezüglich der Hals-, Nasen- und



Ohrenabteilung wurde mit dem Kurator der Universität ein Vertrag ausgehandelt, der außer der Regelung einer Abnutzungsentschädigung die Vereinbarung enthielt, dass der Operationssaal werktags täglich, bis auf die Mittagsstunden, dem Universitätsprofessor zur Verfügung zu stellen sei. Da die verbliebenen Mittagsstunden Dr. Ansinn für Operationen nutzte, hatten die Schwestern alle Hände voll zu tun, um den pausenlosen Operationsablauf zu organisieren und die nötigen sterilen Materialien herbeizuschaffen. Eine Diakonisse berichtete: „Es war eine erfreuliche Arbeit auf der Station u. im Operationssaal. Morgens um 7 Uhr fing Herr Prof. Wagner mit seinen aseptischen Operationen an bis ca. 10 Uhr. Dann mußte schnell alles vorbereitet werden für die Chirurgie, denn pünktlich um 11 Uhr kam Dr. Ansinn mit seinen Assistenten, z. großen Teil praktischen Ärzten. Er hatte es nicht so gut wie die Univers. Professoren, die ihren Stab gut eingearbeiteter Assistenten zur Verfügung hatten. Bis 2 oder gar 3 Uhr operierte Dr. Ansinn dann oft und um 4 Uhr stand Herr

Prof. Wagner schon wieder vor der Tür um Ohrenoperationen vor zu nehmen. Zwischendurch mußte dann sterilisiert werden u. Instrumente gereinigt und gekocht werden u. an den Op. freien Tagen mußte Verbandstoff vorbereitet werden.“

Während die Universitätsprofessoren fast ausschließlich Privatpatienten ins Krankenhaus Neu-Bethlehem legten, brachten die niedergelassenen Ärzte der Stadt Kranke aller Versicherungsklassen. Aus den Patientenbüchern lässt sich entnehmen, wie breit das therapeutische Angebot im Altbau des Krankenhauses Neu-Bethlehem gefächert war. Wie oben ausgeführt, nahmen HNO-Operationen einen großen Raum ein. In der Patientenliste des Jahres 1919 findet sich unter den insgesamt 309 Namen auch Maria Göppert, die Tochter des Kinderarztes Prof. Dr. Friedrich Göppert. Sie war damals 13 Jahre alt und musste sich von Prof. Lange die Mandeln entfernen lassen. Viele Jahre später sollte Maria als Physikerin Prof. Dr. Maria Göppert-Mayer für ihre herausragenden Leistungen als zweite Frau nach

Mme. Curie den Nobelpreis erhalten. Zu Dr. Ansinn kamen Patienten mit Entzündungen im Bauchraum, meist Blinddarmentzündungen, und gynäkologischen Erkrankungen. Er behandelte auffallend viele Frauen, deren Männer in den Eisenbahnbetrieben tätig waren als Weichensteller, Güterbodenarbeiter, Bahnarbeiter, Dreher und Rangierführer. Dies verweist auf den derzeit größten Arbeitgeber und gewerkschaftlich bestorganierten Industriebetrieb der Stadt, das Eisenbahnausbesserungswerk am Bahnhof. Dr. Schoppe ließ im Krankenhaus Patienten mit Grippe, Nervenüberspannung, Bronchitis, Magen- und Darmkatarrhen kurieren. Dr. Werth behandelte Zuckerkrankheiten, Herzleiden und beispielsweise im November 1922 den 34jährigen Griechen Dr. phil. Johann Trikalinos, der in der Reinhäuser Straße wohnte und wegen Erschöpfung durch Unterernährung 29 Tage stationär gepflegt werden musste. Prof. Dr. Riecke hatte 1917 den Ruf nach Göttingen erhalten unter dem Eindruck der kriegsbedingten Zunahme der Geschlechtskrankheiten. Er sollte Direktor der neu zu errichtenden Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten werden. Zur Behandlung in Neu-Bethlehem brachte er Patienten mit Ekzemen und Hautausschlägen aller Art, auch mit Skabies, Gonorrhoe und Syphilis.

Die stationäre Behandlung durch praktische Ärzte ging mit zunehmender Spezialisierung der Medizin in medizinische Fachgebiete deutlich zurück. Deshalb erhielt 1928 der Internist Dr. Weißenfels (1928-1940) das Erdgeschoß als Belegstation. Im Altbau wurden in den Jahren der Weimarer Republik bis zu 600 Patienten jährlich aufgenommen, die durchschnittliche Liegezeit lag bei 11 Tagen. In der Regel brachte jeder achte Patient eine Begleitperson mit, die vermutlich zur Unterstützung der Pflegeperson diente.

Krankenhaus Neu-Bethlehem von 1933 bis 1945

Am 6. Juni 1929 trat Diakonisse Emma von Hanffstengel das Amt der Hausmutter an. Die 37-jährige Schwester Emma war die Tochter des Superintendenten Gottfried von Hanffstengel und seiner Frau Luise, geborene Heintze. Durch ihre Mutter war sie mit der Göttinger Verlegerfamilie Ruprecht verwandt. Sie wuchs in Bremervörde auf und war schon aufgrund ihres theologisch gebildeten Elternhauses für eine leitende Stellung prädestiniert. Am 1. Oktober 1926 war sie ins Henriettenstift eingetreten, zwei Jahre später empfing sie die Einsegnung zur Diakonisse. In Göttingen sollte sie 31

Jahre lang dem Krankenhaus Neu-Bethlehem vorstehen.

Das Kuratorium und die leitende Schwester Emma waren bestrebt, das Krankenhaus Neu-Bethlehem mit seinen 45 Belegbetten sicher durch die Weltwirtschaftskrise zu lenken. 1930 wurden noch zwei neue Heizkessel und Geräte für ein Laboratorium angeschafft sowie eine Waschmaschine und ein neuer großer Gasherd. Die Zufahrt zum Krankenhaus erweiterte man für den Autoverkehr. Weitere Neuanschaffungen, wie die bereits beantragte Telefonanlage mit mehreren Nebenstellen und die Kühlanlage für die Küche, mussten zurückgestellt werden.

Da die Belegung des Krankenhauses von 1.373 Patienten im Jahre 1927 auf 835 Patienten im Jahr 1932 zurückgegangen war und sich das Niveau zwischen 800 und 850 einzupendeln schien, prüfte man, ob eine Senkung der Pflegesätze möglich wäre, ohne die Rentabilität des Hauses zu gefährden. 1935 entschied man sich für die Kürzung des Pflegesatzes der 1. Versicherungsklasse von 10,00 RM auf 9,50 RM. Die Sätze für die 2. Klasse blieben bei 8,00 RM und für die 3. Klasse bei 6,00 RM, und es entfielen die bisher erhobenen Nebenkosten für Personalablösung und Heizung sowie der Zuschlag für Auswärtige. Anzahlungen für Krankenhausaufenthalte waren schon seit geraumer Zeit üblich geworden, und seit März 1933 erhielten die Patienten Wochenrechnungen, damit die laufenden Kosten beglichen werden konnten.

Die Belegung in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung wies seit 1935 wieder günstige Zahlen auf. Allein die Krankenhausgeburten waren von 48 im Jahre 1933 auf 102 im Jahre 1935 steil angestiegen, sie sollten bei steter Zunahme im Kriegsjahr 1944 den vorläufigen Höchststand von 315 Geburten erreichen. Das Haus war nun immer voll belegt, oft sogar überbelegt, aber man wagte während der NS-Diktatur nichts zur Vergrößerung der Abteilungen zu unternehmen, da „die Zukunft der evangelischen Krankenhäuser“ zu ungewiss sei.

Seit 1926 arbeitete Frau Busch als freie Hebamme im Kreißaal und auf der Wochenstation. Sie hatte „das große Vertrauen sowohl des Arztes, der Wöchnerinnen als auch der Schwestern“, doch seien die vielen Geburten für sie kaum zu bewältigen gewesen. Diakonisse Marie Grolle versorgte als Stationsschwester die Wochenstation im Parterre, während Diakonisse Anna Ossenbrink die Leitung der gynäkologischen Station



im Obergeschoß übernommen hatte. Am 22. Februar 1939 kam Diakonisse Anna Christoffer (Jg. 1911), genannt Schwester Aenne, als gynäkologische Operationsschwester und spätere Stationsschwester hinzu. Schwester Aenne erzählte, sie habe von Schwester Marie und Schwester Anna gelernt, was Fürsorglichkeit im Krankenhaus bedeute. Schwester Marie sei oft bei den Geburten dabei gewesen, um die Kreißenden festzuhalten und sie zu unterstützen. Und sie habe „jedem Kind zum Trinken am Busen“ verholfen.

Gudrun Zetsche wies in ihrer Dissertation „Geburten in der Privatklinik Neu-Bethlehem von 1926 bis 1950“ insgesamt 3.725 Geburten nach, das heißt, dass im Neubau fast jeden zweiten Tag ein Kind zur Welt kam. Dazu bemerkte sie: „Dies Ergebnis ist für die Privatklinik mit dem wenigen Personal, das äußerst rationell und mit viel Lust und Liebe arbeitet, eine große Leistung. Eine von den mehr als 25 Jahre dort tätigen Schwestern hat schätzungsweise 150.000-250.000 mal Neugeborene gewickelt.“

Schwester Aenne blieb von Anna Ossenbrink in Erinnerung, dass diese sich ganz auf frisch operierte Patientinnen und krebserkrankte Frauen, die zur Strahlentherapie kamen, einstellte. Wenn eine Patientin auf das Essen aus der Küche mal keinen Appetit hatte, kochte Schwester Anna selbst ein kleines Gericht in der Stationsküche; sie sei eine sehr gute Köchin gewesen. Das Gespräch mit den Patientinnen verstanden die Diakonissen als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, da die Seelenruhe wesentlich zur Heilung körperlicher Leiden beitragen könne. Vertrauenerweckend mag bereits die äußere Erscheinung der Diakonissen gewirkt haben mit der traditionellen, immer korrekt aussehenden und etwas Distanz schaffenden Tracht. Und wegen ihrer christlichen Lebensweise, die vom profanen Alltag abgeschirmt erschien, galten diese Krankenschwestern als besonders einfühlsam und gleichermaßen verschwiegen. Schwester Aenne erzählte, dass die Patientinnen nicht ausschließlich über die eigene Krankheit oder das Wochenbett sprachen, sondern über alles, was sie

bedrückte. Bei vielen ging es darum, sich von Frau zu Frau die Sorgen von der Seele zu reden. Die Schwester war sich ihrer wichtigen Funktion als Gesprächspartnerin bewusst und suchte ihrerseits manche Fragen im Gespräch mit dem Psychiater, der zuweilen ins Haus kam, zu klären. Sie meinte: „Wir kannten fast alle Frauen von der gehobenen oder besseren Gesellschaft in Göttingen. Wir haben geschwiegen, aber wir haben viel gehört von den Sorgen der Frauen, die Eheprobleme, Sexualität...“

Schwester Aenne kam auch auf die Zeit zu sprechen, als die Aufforderung kam, im Krankenhaus statt mit „guten Morgen“ mit „heil Hitler“ zu grüßen. Sie sagte, die Schwestern besannen sich ihres Auftrags: „Wir sind berufen, Kranke zu pflegen ohne Ansehen der Religion, wir haben nicht ‚heil Hitler‘ gesagt.“ Die meisten Patientinnen und Patienten beider Häuser gehörten der evangelischen und der evangelisch-reformierten Kirche an. Es kamen aber auch Katholiken, Baptisten, Juden, Griechisch-Orthodoxe, Moslems, sogenannte „Gottgläubige“ sowie „Nichtgläubige“ zur Behandlung.

Die Anzahl der jüdischen Patienten lag 1928 im Altbau bei 15 von 470 Aufnahmen und im Neubau bei 8 von 353 Aufnahmen und nahm in den kommenden Jahren ab. Die letzte jüdische Patientin im Neubau war Frau Bertha Polak, geborene Lichtenstein, aus Adelebsen. Sie kam am 27. April 1939 zur Strahlenbehandlung auf die gynäkologische Privatstation von Prof. Martius und wurde zehn Tage später entlassen. Frau Polak war verheiratet mit dem niederländischen Kaufmann Levi Polak, sie hatten die Tochter Dina. In Adelebsen betrieb die Familie ein Geschäft für landwirtschaftliche Produkte. Kurz nach Frau Polaks Aufenthalt im Krankenhaus Neu-Bethlehem emigrierten die Polaks am 31. Mai 1939 in die Niederlande. Von dort aus wurden sie in das Vernichtungslager Sobibor verschleppt, wo sie getötet wurden.

Die letzte jüdische Patientin im Altbau war Frau Dora Spier, geborene Ehrlich. Dr. Werth nahm sie am 21. Januar 1940 mit der Diagnose „Herzleiden“ für 26 Tage stationär auf. Sie war die Witwe des verstorbenen Arztes Dr. med. Moses Spier und wohnte in ihrem eigenen Haus in der Keplerstraße 3a. Wegen ihres Herzleidens war sie nicht zu ihrer Tochter Gertrud nach Palästina ausgewandert. Im April 1942 zwangen Nationalsozialisten die 71-jährige Frau Spier, zunächst ins sogenannte „Judenhaus“ Weender Landstraße 26 umzuziehen.

Zusammen mit mehr als 100 weiteren Jüdinnen und Juden deportierte man sie am 21. Juli 1942 mit dem letzten Göttinger „Judentransport“ ins Ghetto Theresienstadt. Auf der Zwischenstation im Sammellager Hannover-Ahlem nahm sich Dora Spier am 23. Juli das Leben.

1933 hatten in Göttingen noch 472 jüdische Mitbürgerinnen und Mitbürger gelebt. Am 20. Oktober 1942 vermerkte die Göttinger Schutzpolizei: „In Göttingen befinden sich jetzt noch neun Juden, davon fünf männliche und vier weibliche.“

1940 starben Dr. Ansinn und Prof. Dr. Wagener, beide nach langer Krankheit. Sie waren beide 20 Jahre lang im Altbau tätig gewesen. Prof. Dr. Tobeck und nach ihm Prof. Dr. Frenzel übernahmen die HNO-Abteilung, und die Räume von Dr. Ansinn wurden dem Augenarzt Dr. Stade zur Verfügung gestellt. Dr. Weißfels wurde zum Kriegsdienst eingezogen, an seiner Stelle versorgte Dr. Werth vom Krankenhaus Mariahilf die internistische Station.

Von 1939 bis Januar 1946 diente der Altbau zum zweiten Mal als Lazarett. Die Militärverwaltung setzte Prof. Dr. Herlyn als Chefarzt und Prof. theol. Jeremias als Feldweibel vom Dienst ein. Es standen insgesamt 40 Lazarettbetten für Wehrmachtsangehörige zur Verfügung. 1.713 Männer wurden im Haus behandelt und gepflegt, sie nahmen 40 % der jährlichen Verpflegungstage in Anspruch. Beide Häuser verfügten über einen Luftschutzkeller mit je 30 Notbetten für schwerkranke Patienten, die bei jedem Fliegeralarm hinuntergetragen werden mussten. Dies sei „für die Schwestern eine ungeheure Belastung (gewesen,) die Kranken auf Bahren die Treppen herunter zu tragen, zumal die Treppen sehr eng waren und die Fahrstühle nicht in den Keller reichten... Ein Raum war als Entbindungszimmer eingerichtet u. bei Kerzenschein kamen die Kinder zur Welt. Im letzten Kriegsjahr waren im alten Haus in zwei Kellerräumen Patienten untergebracht. Durch eine Splitterschutzmauer vor den Fenstern war es sehr dunkel u. feucht.“

Gegen Ende des Krieges waren die Kräftereserven der Schwestern verbraucht. Oberschwester Emma blickte mit Sorge um sich und schrieb an ihre Oberin: „Hier in Göttingen ist es ja seit 3 Wochen auch viel unruhiger und es sind schon manche Bomben gefallen. Dadurch ist Schwester Elisabeth Hesse so sehr mit den Nerven herunter, daß ich große Sorge um sie habe...“



Leider geht es gesundheitlich den übrigen Schwestern auch gar nicht gut. Es geht eine Erkältung durchs Haus, von der sich die Schwestern garnicht erholen können. Immer wieder kommen Rückfälle, die Nebenhöhlen sind bei allen so mitgenommen. Schwester Anna Ossenbrink will versuchen morgen wieder an zu fangen, Schwester Marie Grolle hat einige Tage gearbeitet u. wird morgen wieder im Bett bleiben müssen, Schwester Anneliese ist tüchtig erkältet u. Schwester Marie Hetebrügge ebenfalls. Außerdem sind noch Schw. Berta, Schw. Mathilde u. Schw. Paula elend, die letzten drei liegen aber nicht fest zu Bett... Das Haus haben wir noch immer reichlich belegt. Das Lazarett ist um 4 Betten erweitert, 15 Patienten haben wir dauernd im Keller liegen. Mir tun die Armen immer leid, weil sie zum Teil doch wochenlang kaum Tageslicht sehen...“

Einen Monat später standen amerikanische Truppen vor den Toren der Stadt. Universität und Stadtverwaltung waren sich in ihrer Strategie einig, Ruhe zu

bewahren und keinesfalls Widerstand zu leisten, um Zerstörungen und Blutvergießen zu verhindern. Alle 24 Lazarettgebäude Göttingens waren mit dem Kennzeichen des Roten Kreuzes versehen, sie unterstanden den Anweisungen des Standortarztes und militärischen Chefarztes, Medizinaldirektor Dr. Harries. Anfang April forderten die Leiter der Lazarettabteilungen Oberbürgermeister Albert Gnade auf, durch besonderes Verhalten die Pflege der drei- bis viertausend verwundeten und kranken Soldaten weiterhin zu erhalten.

Als am 8. April 1945 amerikanische Truppen bis zum Marktplatz vorrückten, übergab Gnade die Stadt widerstandslos. Oberschwester Emma berichtete zum Kriegsende: „Am 8. 4. wurde Göttingen nach wenigen Artillereschüssen mittags kampflös übergeben. In den nächsten Tagen war es sehr unruhig, im Gartetal u. in der Nörtener Gegend hatten sich die Truppen zum Kampf gestellt, aber nach 2 Tagen war auch da völlige Ruhe. Jetzt in den letzten Tagen

hatten sich bei Groß Lengden im Walde noch einmal versprengte Soldaten aus dem Harz gesammelt, aber bei der Übermacht der Amerikaner konnten sie natürlich nichts ausrichten. Unsere Lazarettabteilung füllte sich immer mehr, über 70 Soldaten, meistens Offiziere haben wir aufgenommen. Seit 3 Tagen haben wir wieder elektrischen Strom, das ist ja sehr angenehm. Etwas elektrisches Licht bekamen wir schon bald aus den Kliniken durch Akkumulatoren. Gas gibt es nicht mehr seit Wochen und ehe nicht genügend Kohlen herangeschafft werden können, wird das Gaswerk nicht wieder arbeiten. Zum Glück haben wir noch von den Senkingwerken einen Herd bekommen u. Nußkohlen haben wir auch etwas für den Herd. Sehr dankbar sind wir, daß wir nachts durchschlafen können und auch am Tage nicht mehr durch Fliegeralarm gestört werden. Die letzten Monate waren doch sehr anstrengend.“

Diakonissen nehmen Abschied

Am 14. Januar 1946, in der ersten Sitzung des Kuratoriums nach dem Zweiten Weltkrieg, machte sich eine Stimmung der Erleichterung breit. Prof. Martius resümierte: „Neubethlehem ist ständig sehr gut belegt. Die Anstalt ist durch die bewegten Zeiten unangefochten hindurchgekommen. Dies ist... der ruhigen u. umsichtigen Leitung des Hauses durch die Schwestern zu (ver-)danken.“ Tatsächlich trugen bis dahin die leitenden Schwestern die Hauptverantwortung für die alltäglichen Aufgaben und Entscheidungen im Krankenhaus. Erst im Sommer 1949 änderte sich dies, als gemäß § 14 der Satzung der Vorstand die Leitung des Krankenhauses übernahm. Der erste Vorstand der Nachkriegszeit bestand aus folgenden Mitgliedern: Regierungsrat Schrader als Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, Prof. Dr. Herlyn als medizinischer Beirat, Schwester Emma von Hanffstengel als beratendes Mitglied und Dr. Kühnrodt, der frühere wirtschaftliche Leiter der Charité in Berlin und derzeitige Wirtschaftsleiter im Hilfskrankenhaus Göttingen-Rohns, als wirtschaftlicher Berater. Die Seelsorge lag künftig in der Hand des zuständigen Geistlichen von St. Albani. Mit dessen Einverständnis konnte dieser Dienst auch anderen Geistlichen übertragen werden.

Da sich die Verhältnisse sehr verändert hatten und ein deutlicher Rückgang der Mutterhausdiakonissen sich abzeichnete, entschied sich das Kuratorium bei der Sitzung am 19. Juni 1953 für die Änderung des bis da-

hin geführten Namens „Diakonissenanstalt“. Der neue Name für das Krankenhaus lautete „Ev. Stift Neu-Bethlehem“.

Das zentrale Thema der Nachkriegszeit hieß Schwesternmangel. Die Belastungen der Diakonissen in den letzten Jahrzehnten forderten Jahre des Ausgleichs, der Entlastung und Erholung, doch diese blieben aus – während in der Außenwelt alles danach strebte, vom „Wirtschaftswunder“ zu profitieren, um den Alltag schöner, leichter und angenehmer zu gestalten. Als zum 1. Januar 1958 die 54-Stunden-Woche im Pflegedienst eingeführt werden sollte, wies Hausmutter Emma auf die derzeitige Wochenarbeitszeit der Schwestern von „66 Stunden (hin), die aber in Notfällen und bei unregelmäßigen Visiten, bei Schwerkranken und Sterbenden, die nachts Hilfe haben müssen, weit überschritten werden. Ein Ausgleich durch Freizeit konnte bisher nicht genügend gewährt werden.“ Die Stellenbesetzung bereitete ihr nicht enden wollende Sorgen. Zahlreiche Hilferufe sandte sie an ihre Oberin im Henriettenstift, am 30. April 1957 schrieb sie: „Liebe Frau Oberin! Bei uns ist noch immer dieselbe Not. Schwester Marie Grolle (68 Jahre alt; W.-R.) kann wirklich die Arbeit nicht mehr leisten. Sie ist so blass und mager geworden, das viele Laufen den ganzen Tag von 6 Uhr an bis abends um 9 Uhr ist zu viel für sie. In unserer Not haben wir eine 20-jährige (freiberufliche; W.-R.) Kinderschwester für Anfang Mai eingestellt. Eine richtige Hilfe ist das natürlich nicht, denn allein arbeiten lassen kann man die beiden nicht. Schwester Marie ist völlig gebunden. Leider haben wir von Schwester Maria aus Winsen keine gute Nachricht. Prof. Ewig hatte ihr erlaubt, daß sie am 16. April nach Haus fahren durfte. Nun hat sich Schwester Maria einen Krankenschein angefordert und wir hörten durch ihre Schwester, daß sie fest im Bett liegt und nicht ißt und immer weint. Es ist also derselbe Zustand wie hier... Was daraus werden soll, weiß ich nicht. Bei der Suche nach Vertretungen für die Sommerzeit habe ich auch nur Absagen bekommen. Ich bin gänzlich mutlos, und möchte am liebsten auch aufhören... Nun habe ich seit heute noch eine neue Not dazu bekommen. Unsere Küchenleiterin ist seit dem 1. April fort, ihre Vertretung fährt im Mai nach Amerika und eine Nachfolgerin hat uns nun plötzlich im Stich gelassen... Alle tüchtigen Menschen haben längst eine Stelle.“



Um diese Zeit waren im Krankenhaus noch sieben Funktionsstellen mit Mutterhauswestern besetzt. Neben Emma von Hanffstengel wirkten die Stationswestern Bertha Grelle (Jg. 1899), Anna Christoffer, Mathilde Wöhler (Jg. 1899), Maria Hetebürgge (Jg. 1914) sowie die Operationsswestern Alice Herold und Luise Koenemann (Jg. 1904). Hausmutter Emma bat im Juni 1960 um ihre Versetzung in den Ruhestand. Eigentlich hatte sie gehofft, bis zu ihrem 70. Geburtstag durchzuhalten, doch, so erklärte sie ihrer Oberin: „Die Personalverhältnisse sind so schwierig geworden, daß ich nicht mehr damit fertig werde, und weil ich meine Arbeit so liebe, möchte ich sie auch gut erfüllen, und ich denke oft, eine jüngere Kraft würde mit den Schwierigkeiten besser fertig werden. Als besonderer Grund kommt noch hinzu, daß der Bau unseres Schwesternwohnheims nun doch zustande kommt und diese vermehrte Belastung übersteigt bestimmt meine Kraft... Ich hoffe, daß Sie das verstehen werden und mich so bald wie möglich ablösen.“

Im Oktober desselben Jahres durfte Emma von Hanffstengel nach 31jähriger Hausmutterchaft ihren „Feierabend“ antreten. Sie ging nicht zurück nach Hannover, sondern lebte fortan zusammen mit ihren Schwestern Luise und Hanna von Hanffstengel im Düstere-Eichen-Weg in Göttingen. Am 13. Mai 1970 starb sie im Alter von 78 Jahren.

Das Diakonissenmutterhaus Henriettenstiftung kündigte den Schwesternvertrag zum 30. September 1966. Oberschwester Bertha Grelle war bereit, das Werk der Diakonissen jungen freiberuflichen Krankenschwestern zu übergeben. An ihre Oberin schrieb sie: „In diesen Tagen beschäftige ich mich oft mit der veränderten Situation u. Lage unseres Hauses. Durch die jungen Menschen, die im Laufe des Jahres zu uns gekommen sind, ist unser Schwesternbestand, wenn ich so sagen darf, recht gut... Auch kann ich sagen, es sind recht nette, wertvolle Mitarbeiter.“ – „Menschlich wird alles getan, wir legen die Zukunft bewußt in Gottes Hände, für uns ein täglicher Trost!“

1961-2004

Eine Phase des Aufbaus und der räumlichen Konsolidierung

Die nachfolgende Chronik **des zweiten Entwicklungsabschnittes unseres** Hauses legt ihren Schwerpunkt auf maßgebliche Sachverhalte in denjenigen Bereichen, welche die Entwicklung des Krankenhauses Neu-Bethlehem im Zeitraum von **1961 bis 2004** beeinflusst haben.

Hierzu wurden die zeitgenössischen Protokolle der Kuratoriumssitzungen des Ev. Stift Alt- und Neu-Bethlehem von **1961 bis 2004** ausgewertet und als Basis für einen kurzen zeitlichen Abriss genutzt.

Dieser Extrakt aus 44 Jahren erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll die größeren Entwicklungsschritte im Bereich der medizinischen Leistung, der internen Organisation und der baulichen Struktur darstellen. Es wurden auch kleinere Einzelthemen erwähnt, soweit diese als wichtig für die nachgezeichnete Entwicklung erachtet wurden.

Dieser Aufbau dient zum einen der besseren Lesbarkeit, zum anderen kann man beim Studium der Protokolle die Erfahrung machen, dass einige Sachverhalte und Umstände sich durchaus im Laufe der Jahrzehnte

wiederholten und für unsere Haus nach wie vor Aktualität haben können.

Um die Prägnanz der Chronologie zu heben und das Ganze ein wenig zu straffen, wurde der Zeitraum jeweils im Intervall eines Jahrzehnts betrachtet.

Die Sichtung der Protokolljahrgänge 1960 bis 1965 macht deutlich, wie stark ausgeprägt die Anbindung an kirchliche Infrastrukturen war: Diakonissen aus dem Henriettenstift Hannover prägten nach wie vor maßgeblich das Bild des Hauses und der Pflege. Beklagt wurde in diesen Jahren der chronische Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, ein Problem, das augenscheinlich auf ewig den Gesundheitssektor begleiten wird. Allerdings wurde zu diesem Zeitpunkt immer noch in Betracht gezogen, verstärkt auf bestehende Mutterhäuser zuzugehen.

Im Jahr **1963** wurden drei Ärzte als Belegärzte bzw. als angestellte Ärzte übernommen: Herr Dr. Schwahn als Belegarzt für innere Medizin; Herr Prof. Dr. Lühr als Belegarzt für Kiefer-Chirurgie und Herr Prof. Dr. Kirchhoff von der Universität Göttingen für den Bereich



Herr Hans-Hermann Heinrich, Geschäftsführer Krankenhaus Neu-Bethlehem von 1977-2014

der Gynäkologie/Geburtshilfe, womit die langjährige Verbindung zwischen dem jeweiligen Universitätsordinarius und Neu-Bethlehem weiter fortgeführt wurde. Gleichzeitig wurden ca. 120 TDM in die medizinische Ausstattung der Gynäkologie/Geburtshilfe investiert. Erstmals wurde ab **1963** das Verfügungsrecht über die Belegbetten nicht mehr allein den Belegärzten überlassen. Diese Einschränkung war notwendig, um eine höhere Bettenauslastung zu erreichen, da nunmehr keine strengen Abteilungsgrenzen mehr bestanden.

Die Jahre **1966 bis 1970** waren von Kontinuität in der Entwicklung des Hauses geprägt: Das dreistufige Pflegesatzmodell mit sogenannten „Pflegeklassen“ war langjährig etabliert und das Göttinger Krankenhausumfeld mit vier Häusern klar abgegrenzt.

1966 kündigte das Henriettenstift den Schwesterngestellungsvertrag mit Wirkung zum **30.06.1968** auf, was wiederum erhebliche Personalprobleme nach sich zog. Nach erfolglosen Kontaktaufnahmen zu anderen Ein-

richtungen der evangelischen Krankenpflege konnte durch Übernahme nicht konfessionell gebundener Krankenschwestern das Problem notdürftig gelöst werden.

1967 erhielt Herr Dr. Kosciessa 10 HNO-Belegbetten. Es bestand in diesem Jahr erstmals die Gefahr, aus Schwesternmangel ganze Stationen schließen zu müssen. Die im Protokoll von 1968 dargelegte Preisgestaltung der Krankenhausabrechnung klingt aus heutiger Sicht sehr erfrischend, z. B. „Zuschlag gesunder Säugling DM 8,30“.

1968 wurde der Ausbau des Wirtschaftsgebäudes inklusive Wäscherei für ca. 500 TDM beschlossen; dieser Ausbau wurde **1969** abgeschlossen, sodass sich nach Auffassung des damaligen ärztlichen Direktors, Herrn Prof. Kirchhoff, „...das Haus in einem tadellosen baulichen Zustand befindet.“ **1970** wurden erstmals Gehälter nach den Vergütungsrichtlinien der Inneren Mission gezahlt und damit ein wichtiger Schritt zur Anpassung der Entlohnungsstrukturen an die immer komplexer werdenden Arbeitsbereiche vollzogen.

Im Jahrfünft **1971 bis 1975** wurden innerorganisatorische Umstrukturierungen sowie der weitere Ausbau des Hauses beschlossen und umgesetzt: Erstmals wurde **1971** mit Herrn Siegfried Haensel ein hauptamtlicher Geschäftsführer eingestellt, somit bestand die damalige Geschäftsleitung aus drei hauptamtlichen Kräften.

Herr Prof. Dr. Ebert wurde Nachfolger von Prof. Dr. Herlyn im Bereich Chirurgie, wobei erstmals ein chirurgischer Assistent vom Hause mitfinanziert wurde. Der Augenarzt Herr Dr. Nolte erhielt 5 Belegbetten. In den Jahren **1971 und 1972** erfolgten auch erstmals Gespräche mit dem Evangelischen Krankenhaus Göttingen Weende, um die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit auszuloten. Von belegärztlicher Seite fanden die Gespräche keine Zustimmung, da man um die Autonomie fürchtete. Im Jahre **1973** wurde im Zuge der Übernahme der Disziplinen aus der von der Diakonie in der Goßlerstraße 5 betriebenen Friedrich-Zimmer-Klinik erstmals das Thema einer Kardiologie aufgenommen, jedoch noch nicht weiter konkretisiert.

1974 schied Herr Prof. Kirchhoff als ärztlicher Direktor des Hauses aus, die UMG stellte für den Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe kommissarisch Prof. Dr. Haller zur Verfügung. Der neue Ordinarius Prof. Dr. Kuhn wurde zum Ende des Jahres neuer Belegarzt in Neu-Bethlehem.

Die Jahre **1976 bis 1980** waren gekennzeichnet durch regen Wechsel der handelnden Persönlichkeiten als auch durch bauplanerische Aktivitäten, um das sich stark entwickelnde Krankenhaus in seinen Strukturen abzusichern. **1977** erhielt das Haus erstmals auf Basis des damaligen neuen niedersächsischen Krankenhausgesetzes eine Pauschalvergütung in Höhe von 50 TDM für die Anschaffung von medizintechnischen Gerätschaften. Mit Beschluss des Kuratoriums vom

06.12.1977 wurde als Ersatz für den ausscheidenden Geschäftsführer, Herrn Siegfried Haensel, Herr Hans-Hermann Heinrich zum Geschäftsführer berufen.

1978 wurden zur räumlichen Arrondierung eine verbindliche Option zum Erwerb des Gebäudes Humboldtallee Nr. 6 erreicht sowie erste Überlegungen für einen Baukörper „parallel zur Humboldtallee“ angestellt.

Da die Universitätsklinik in den letzten Jahren genügend Bettenkapazitäten für den Ordinarius der Frauenheilkunde geschaffen hatte, wurde die Vereinbarung mit Neu-Bethlehem zum **01.01.1979** gekündigt, sodass es erstmals seit 90 Jahren keine Personalunion in diesem Bereich mehr gab.

Insofern wurde ebenfalls erstmals ein eigener Chefarzt, Herr Dr. Lüthje, zum **01.07.1979** eingestellt. In diesem Zusammenhang musste man sich auch erstmals mit der Fragestellung einer durchgehenden anästhesiologischen Versorgung befassen.

Ebenfalls im Jahr **1979** wurden Gespräche mit dem benachbarten Krankenhaus Neu-Mariahilf aufgenommen. Ziel war es, auch hier Möglichkeiten der Zusammenarbeit, beispielsweise durch einen Bau eines gemeinsamen Wirtschaftsgebäudes, auszuloten. Zu diesem Zweck wurde ein DKI-Gutachten in Auftrag gegeben, das sämtliche Optionen systematisch untersuchen sollte.

1980 wurde der Bereich der Neurochirurgie aufgegeben, da diese sich belegärztlich durch geringe Auslastung nicht mehr rentabel abbilden ließ.

Von **1980 bis 1985** wurden in Neu-Bethlehem räumlich, personell und leistungsstrukturell die Grundlagen geschaffen, um das Krankenhaus so zu positionieren, wie wir es heute kennen.



Zum **01.04.1981** erhielt Herr Dr. Schiller belegärztliche Betten zum Aufbau der proktologischen Fachrichtung. Zum **01.01.1982** erhielt Frau Dr. Schröder einen belegärztlichen Vertrag zur Verstärkung des augenärztlichen Teams.

Ebenfalls **1982** erhielt der Kardiologe Herr Dr. Nordbeck sechs Belegbetten mit Ausbaumöglichkeit auf 15 Betten, womit der Grundstein für die heutige starke Kardiologie gelegt wurde. Die Chirurgie verstärkte sich ebenfalls durch Hinzunahme von Herrn Dr. Hildebrandt, wodurch im Rahmen einer kooperativen Belegabteilung eine periphere Gefäßchirurgie aufgebaut werden konnte.

Auch der HNO-Bereich wurde durch Hinzunahme von Herrn Dr. Uffenorde zum **01.01.1985** als zweiter HNO-Beleger neben Herrn Dr. Kosciessa personell verstärkt.

Die im Jahr **1981** vom niedersächsischen Sozialministerium genehmigte Bettenstruktur ist der heutigen sehr ähnlich: Der Bettenplan sah vor: 32 Betten innere Medizin; 31 Betten Gynäkologie/Geburtshilfe; 24 Betten

Chirurgie; 12 Betten HNO sowie 5 Betten für Augenheilkunde.

Das gestiegene operative Aufkommen machte ebenfalls im Jahr **1981** ein eigenes Anästhesieteam notwendig, dies auch deswegen, da die Universitätsklinik die personelle Ablösung von Prof. Dr. Ketteler forderte. Das erste Team arbeitete im Kollegialsystem und bestand aus vier Fachärzten.

Im Jahr **1985** erhielt Herr Dr. Rieger einen Belegarztvertrag, welcher in der Folge mit dem Ausscheiden von Herrn Dr. Schwahn auf 15 Betten ausgeweitet wurde. Mit der Entscheidung für einen Internisten wurde auch der bisherige Leistungsbereich Gastrologie zurückgefahren.

Die Vergrößerung des Leistungsportfolios und der damit einhergehende ungebrochene, stetige Anstieg der Leistungszahlen machten umfangreiche bauliche Maßnahmen notwendig:

Im Jahr **1981** wurden Praxisräume für Herrn Dr. Nord-

beck benötigt. Hierzu wurde die bisher im Gebäude Humboldtallee Nr. 6 untergebrachte Verwaltung in das Gebäude Nikolausberger Weg 47 umgesiedelt. Die Humboldtallee Nr. 6 selbst konnte **1984** erworben werden. Auch hier begannen umfangreiche Bau- und Sanierungsarbeiten, um dort Raum für Praxen zu schaffen.

Vom Sozialministerium konnte im Jahr **1983** eine Förderzusage in Höhe von 2,0 Mio DM zur Sanierung der Gynäkologie/Geburtshilfe erreicht werden.

Im Jahr **1984** wurde begonnen, das ehemalige Schwesternwohnheim am Waldweg zu sanieren und auszubauen, sodass dort zwei Arztpraxen untergebracht werden konnten.

Dem mittlerweile vielfach gestiegenen Parkraumbedarf wurde durch Errichtung neuer Flächen an der Humboldtallee und der Nordseite des Hauptgebäudes Rechnung getragen.

Ein im Jahr **1984** in Auftrag gegebenes DKI-Gutachten wies allerdings darauf hin, dass der zukünftige Raumbedarf bauliche Maßnahmen in anderen Größenordnungen notwendig machen würde. Eine Abstimmung mit dem niedersächsischen Sozialministerium auf Basis dieses Gutachtens machte deutlich, dass auch von dieser Seite eine größere Lösung als zweckmäßig angesehen wurde.

Noch in diesem Jahr beschloss daher das Kuratorium ein Bauprojekt, das nicht nur die grundlegende Sanierung der bestehenden Gebäude, sondern auch einen kompletten Neubau entlang der Humboldtallee vorsah.

Die Jahre **1986 bis 1990** wurden schwerpunktmäßig der planungsmäßigen Vorbereitung der Bauprojekte gewidmet. Es gab aber auch einige personelle Veränderungen und auch strukturelle Entscheidungen.

Zum einen wurde das belegärztliche Modell auch internistisch ausgeweitet, sodass letztendlich nur noch die Frauenheilkunde als Hauptabteilung geführt wurde, da in diesem Bereich Anwesenheitspflicht notwendig war.

Zum anderen wurden im Jahr **1988** wiederum Gespräche mit dem Evangelischen Krankenhaus Weende vorgenommen, diesmal mit dem Ziel, im Sekundärlleistungsbereich wie z. B. im Einkauf gemeinsame Strukturen zu entwickeln. Im Jahr **1990** konnte ein gemeinsamer Einkauf realisiert werden.

Im Jahr **1989** wurde Herr Dr. Loweg als Belegarzt übernommen, womit das kooperative Belegarztmodell in der Chirurgie mit Herrn Dr. Hildebrandt weiter verstärkt wurde.

Im Jahr **1990** schied Herr Dr. Kosciessa als HNO-Arzt aus und wurde durch Herrn Dr. Gerlach als Belegarzt ersetzt.

Das bisherige Kollegialmodell der vier angestellten Anästhesisten wurde ab **1987** durch ein reguläres Chefarztmodell ersetzt. Als erster Chefarzt der Anästhesie konnte Herr Dr. Weingarten gewonnen werden.

1987 wurde der Förderantrag über 18,0 Mio DM für einen ersten Bauabschnitt beim niedersächsischen Sozialministerium eingereicht. Dieses genehmigte allerdings erst drei Jahre später eine verringerte Fördersumme von 14 Mio DM. In diesem ersten Abschnitt sollte das neue Bettengebäude an der Humboldtallee erstellt werden. Die Verringerung der Bausumme machte Umplanungen notwendig.

Die Jahre **1991 bis 1995** waren schwerpunktmäßig dem räumlichen Ausbau des Krankenhauses und der Konsolidierung des medizinischen Leistungsangebotes



gewidmet. Herr Dr. Nordbeck wurde für diesen Zeitraum als ärztlicher Direktor gewählt.

Das neue Gesundheitsstrukturgesetz läutete die bis heute anhaltende Phase der Budgetdeckelungsmechanismen ein. Erstmals wurden Basis- und Fachabteilungspflegesätze verhandelt. Gleichzeitig mussten Abschlagstatbestände für ambulant mögliche Behandlungen in den neuen Budgets hingenommen werden. Die Leistungsentwicklung des Hauses verlief dennoch auch in diesem Jahrfünft positiv: Mit Herrn Prof. Dr. Wiegand wurde zum **01.01.1992** ein zweiter Kardiologe als Belegarzt übernommen, sodass die Praxis Dr. Nordbeck als Gemeinschaftspraxis geführt werden konnte.

1992 wurde für diese Praxis erstmals entsprechend der damaligen Großgeräteverordnung ein Kathetermessplatz installiert.

Das Spektrum der Gynäkologie wurde erstmals um Mamma-OPs erweitert. Im Bereich der Augenheilkun-

de konnte mit Frau Dr. Böcking eine dritte Belegärztin gewonnen werden, sodass auch hier die Grundlage für eine Leistungsausweitung geschaffen wurde.

Für den ersten Bauabschnitt (Neubau Bettenrakt Humboldtallee) musste wiederum eine Verringerung der Fördersumme von 18 Mio DM auf 14 Mio DM hingenommen werden. Dennoch wurde **1994** mit den Erdarbeiten begonnen, und es wurden Bettencontainer für die Bauphase aufgestellt.

Parallel hierzu begannen **1992** die Umbauarbeiten für den neuen Funktionstrakt. Dieser konnte bis **1994** fertiggestellt werden. Gleichzeitig wurden die ersten Erwägungen zum Bau einer Praxisklinik im Jahr **1994** zügig durchgeplant und umgesetzt, sodass diese zum **01. Oktober 1994** in Betrieb gehen konnte. Hier wurden nun erstmalig ambulante OPs durchgeführt, ohne die stationäre Infrastruktur damit zu belasten.

Im Mai **1995** konnte für den Neubau Humboldtallee

das Richtfest gefeiert werden. Angesichts der rasanten Fallzahlentwicklung (**1983**: 3.000 Patienten; 1.900 OPs/**1995**: 6.000 Patienten; 3.800 OPs), erwies sich diese Erweiterung als zwingend notwendig.

Andererseits machte dieser starke Wachstumsimpuls die bauliche Zielplanung aus den 80er-Jahren obsolet. Es wurde daher **1995** ein neues DKI-Gutachten als Grundlage der Planung für die nächsten Bauabschnitte verwendet.

Das Jahrzehnt **1996 bis 2000** war ebenfalls stark von der Schaffung räumlicher/baulicher Strukturen als Grundlage für die medizinische Leistungsentwicklung geprägt.

Die zusätzlichen organisatorischen Belastungen aus den vielfältigen Um- und Neubauten dieser Phase veranlassten das Kuratorium der Stiftung im Jahr **1997**, eine Phase der Konsolidierung für das Krankenhaus einzuleiten und zunächst keine expansiven Aktivitäten mehr in Angriff zu nehmen. Herr Dr. Lühje wurde für die Jahre **1995 bis 2000** zum ärztlichen Direktor gewählt.

Herr Prof. Dr. Wolpers erhielt im Bereich Kardiologie zum **01.07.1998** einen Belegarztvertrag und ersetzte damit den ausscheidenden Prof. Dr. Wiegand. Ebenfalls verstärkte sich das chirurgische Team: Zum **01.04.1999** erhielt Herr Dr. Kühnelt einen Belegarztvertrag und erweiterte damit das Spektrum der chirurgischen Abteilung um eine gefäßchirurgische Komponente. Eine weitere Verstärkung erhielt das chirurgische Team durch Herrn Dr. Sauer, der zum **01.01.2000** einen Belegarztvertrag erhielt. Zum **01.01.2000** wurde die ambulante Praxisklinik an Herrn Dr. Meissner vermietet.

Durch die neue Deckelung der Krankenhausbudgets sah sich das Haus ab **1996** gezwungen, strikte Kosten-

einsparungsmaßnahmen durchzuführen. Insbesondere im Sekundärleistungsbereich konnten hierbei Potenziale gehoben werden, als Beispiel sei hier die Laborkooperation mit dem seinerzeitigen Labor Wagner/Stiebe (heute: Amedes) genannt. Tatsächlich konnte in kurzem zeitlichem Abstand die Kostensituation erheblich verbessert werden.

In diese Zeit fielen auch erste Überlegungen, an einem Projekt zum Zusammenschluss von evangelischen Krankenhäusern in Niedersachsen mitzuarbeiten. Das ab **2003** zu erwartende Krankenhausfinanzierungssystem „DRG“ mit seinen zu erwartenden negativen Auswirkungen erhöhte hier nochmals den Druck für einen wirtschaftlichen Zusammenschluss.

1996 erfolgte die Einweihung des neuen Bettenhauses an der Humboldtallee im Beisein des damaligen Sozialministers Walter Hiller.

Im Jahr **2000** gab das Land Niedersachsen endlich grünes Licht für die Realisierung des zweiten Bauabschnittes (Sanierung Bettenhaus Chirurgie/Innere Medizin). Die Bewilligung des Förderantrags umfasste eine Summe von 25 Mio DM, wobei erstmals, trotz gesetzlich verbrieft dualer Förderung, eine nennenswerte Eigenbeteiligung notwendig wurde.

Ebenfalls zu diesem Zeitpunkt wurde der Förderantrag für den dritten Bauabschnitt (Erweiterung/Sanierung Funktionstrakt) beim Sozialministerium eingereicht.

Parallel hierzu wurde die Sanierung der Gynäkologie/Geburtshilfe angeschoben. Diese Maßnahme wurde im Jahr **2000** zum Abschluss gebracht. Die Baukosten von ca. 1,5 Mio DM wurden ausschließlich aus Eigenmitteln finanziert und brachten eine deutliche Verbesserung der Sanitär- und der haustechnischen Situation der Stationen. Zudem wurden beide Stationsflure mit Teppichboden ausgestaltet, um ein wohnliches Ambiente zu gestalten.



Die Jahre **2001 bis 2004** waren gekennzeichnet durch die Umsetzung der strategischen Überlegungen für einen evangelischen Krankenhausverbund und durch den Abschluss der großen Bau- und Sanierungsmaßnahmen. Herr Dr. Loweg wurde für diesen Zeitraum zum ärztlichen Direktor gewählt. Herr Dr. Becker verstärkte als neuer Belegarzt zum **01.01.2001** das kardiologische Team. Herr Dr. Kulenkampff wurde als neuer ltd. Oberarzt und designierter Nachfolger Herrn Dr. Lühjes für die Gynäkologie/Geburtshilfe eingestellt.

Der in Gründung befindliche Krankenhausverbund pro|Diako stellte im Jahr **2002** seine geplante Grundstruktur vor und entwickelte Modelle für die gesellschaftsrechtliche Struktur und für erste Modelle von gemeinsamen Sekundärleistungsbereichen. Im Jahr **2003** wurde das Krankenhaus Neu-Bethlehem durch Ausgründung und Überführung in eine neue GmbH in

eine beteiligungsfähige Rechtsform gebracht. An dieser GmbH wurden 51 % an die neue pro|Diako-Holding übertragen und der Verbund damit realisiert.

Auch im Jahr **2004** wurde parallel zu den mittlerweile begonnenen weiteren großen Fördermaßnahmen des zweiten Bauabschnittes auch mit Eigenmitteln weitergebaut: Das Ärztehaus auf dem Grundstück Waldweg 1 wurde nach Norden hin wesentlich erweitert, und somit wurden die Grundlagen für erhebliche räumliche Erweiterungen der sich kräftig entwickelnden belegärztlichen Gemeinschaftspraxen gelegt.

Dieser kleine und sehr kurz gefasste zeitliche Abriss sollte zum Verständnis des nunmehr folgenden **dritten zeitlichen Entwicklungsabschnittes** beitragen und verdeutlichen, wie rasant und umfassend die Entwicklung des Hauses sich bis zur Jahrtausendwende gestaltet hat.

2005-2021

Die Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Die nunmehr 125-jährige Geschichte unseres Krankenhauses hat Neu-Bethlehem zu einem anerkannten und geschätzten Bestandteil der Göttinger sowie der regionalen Gesundheitsstrukturen gemacht.

Hervorgegangen aus diakonischer Initiative und seitdem in Trägerschaft des Ev. Stifts Alt- und Neu-Bethlehem ist sich das Haus auch in moderneren Zeiten seiner christlichen Tradition bewusst und hält dieses auch in einem sich rasch säkularisierenden Umfeld weiter hoch.

Das Leitbild des Hauses verbindet diese Werteorientierung mit der Vision, christliche Nächstenliebe erlebbar zu machen. Wert und Würde jedes Menschen stehen im Mittelpunkt. Die daraus abgeleiteten Kernwerte wiederum transportieren die christliche Grundhaltung in moderne und anwendbare Maximen für das Verhältnis zu unseren Patienten und Kolleginnen und Kollegen.

Auf die Frage zur Orientierung und zu der Bedeutung des christlichen Hintergrundes soll in **diesem dritten Abschnitt** zur Entwicklung des Hauses bis zur Gegenwart nochmals eingegangen werden.

Die Beschreibung setzt in diesem Kontext ihren Fokus auf den Zeitraum bis zurück zur Jahrtausendwende, da insbesondere die strukturelle Entwicklung innerhalb dieses Zeitraums Einfluss auf die zukünftigen Perspektiven hat.

Grundlage einer jeden strukturellen Veränderung ist die bauliche Anpassung eines Krankenhauses an zukünftige räumliche Bedarfe.

Die kurz vor und nach der Jahrtausendwende durchgeführten Maßnahmen fanden einen Höhepunkt in den Jahren **2007 bis 2010**. In dieser Zeit erfolgte die geförderte Komplettsanierung des Gebäudehaupttraktes mit allen Patientenzimmern und Funktionsräumen sowie dem OP. Hiermit wurden die Grundlagen für moderne Abläufe und erhöhten Patientenkomfort gelegt sowie eine Basis für weitere bauliche Anpassungen geschaffen.

Im Jahr **2012** wurde das Gebäude der Gynäkologie/Geburtshilfe renoviert und in den oberen Geschossen neu strukturiert. Es entstanden moderne Bereitschaftszimmer, Büros und Funktionsräume.



Im Jahr **2014** wurden im Erdgeschoss des Ärztehauses neue Praxisräume für eine belegärztliche Chirurgiepraxis geschaffen.

In den Jahren **2015 bis 2018** wurde eine bauliche Erweiterung der geburtshilflichen Station durch den Anbau eines weiteren Gebäudetraktes durchgeführt. Hierbei entstanden mit Blick auf die sich verschärfende Versorgungssituation der Geburtshilfe im ländlichen Umfeld vier neue Familienzimmer, sodass das Krankenhaus Neu-Bethlehem insgesamt sieben moderne Zimmer direkt auf Station anbieten kann.

In diesem Zuge wurden auch eine chirurgische Belegarztpraxis sowie die krankenhauseigene Frauenheilkundeambulanz räumlich erweitert.

Im Jahr **2016** wurde der intensivmedizinische Bereich/Intermediate-Care-Bereich baulich an die ge-

stiegenen hygienischen Anforderungen angepasst und mit einem modernen Deckenschienensystem zur räumlichen Abtrennung von Einzelbetten ausgestattet.

Die Gesamtheit dieser baulichen Maßnahmen bildete das Fundament ab, auf dem sich das Krankenhaus Neu-Bethlehem auch strukturell weiterentwickeln konnte.

Im Jahr **2012** erfolgte im Zuge des Übergangs des proDiako-Verbundes, dem Neu-Bethlehem seit **2003** angeschlossen war, die Integration in den wesentlich größeren christlichen Krankenhausverbund AGAPLESION.

Dies war ein wesentlicher Entwicklungsschritt für die Zukunftssicherung des Hauses, da der relativ kleine Standort Göttingen ganz erheblich von dem Know-how und den Dienstleistungsressourcen des AGAPLESION-Verbundes profitiert:

- Unterstützung bei der Orientierung unternehmerischen Handelns am christlichen Wertekanon
- Unterstützung in sämtlichen krankenhausspezifischen Themenfeldern, wie z. B. Medizinstrategie, Krankenhauspolitik, Markt- und Umfeldanalysen
- Versorgung durch Serviceunternehmen des Verbundes, wie z. B. Reinigung, Medizintechnik
- Nutzung der kaufmännischen Konditionen des Verbundes, z. B. Wäschereinigung, Labor, Versicherung
- Angebot an Know-how: Krankenhausrecht, Budgetrecht, Arbeitsrecht, Energiemanagement, Hygiene, Ethik, Abrechnung und viele weitere Felder
- Integration in eine umfangreiche IT-Struktur zur digitalen Unterstützung des medizinisch/pflegerischen Leistungsgeschehens
- Organisatorische Absicherung durch Unterstützungsangebote aller Fachreferate des Verbundes, wie z.B. zentrale Personalabrechnung
- Finanzielle Absicherung durch Einbettung in einen CashPool
- Einführung eines umfassenden und patientenorientierten Qualitätssicherungssystems
- Einbettung in eine integrative Managementstruktur, die dem einzelnen Mitarbeiter die Möglichkeit des Wissensaustauschs in seinem Fachgebiet ermöglicht, dies auf allen Ebenen bis zur Geschäftsführung

Die langjährige Zusammenarbeit mit den angeschlossenen großen belegärztlichen Praxen wiederum hat wesentlich zur Weiterentwicklung des medizinischen Angebotsportfolios beigetragen. Die Belegpraxen orientieren ihre Therapiespektren am medizinischen Fortschritt und sorgen gemeinsam mit dem Krankenhaus für fachliche und materielle Umsetzung. [Die Abteilungen stellen sich im Folgenden in dieser Jubiläumsschrift selber dar.](#)

Das Angebot an medizinischer Dienstleistung hält daher Schritt mit der jeweils neuesten medizinischen Entwicklung. Hierzu wurde in neue Medizintechnik für alle medizinischen Leistungsbereiche investiert.

Die Abteilung Geburtshilfe hat seit der Jahrtausendwende ca. 20.000 stationäre Geburten betreut und damit wesentlich zu dem schon immer hohen Bekanntheitsgrad des Hauses in Göttingen und Umgebung

beigetragen. Dies umso mehr, da die Krankenhauspolitik der letzten zwanzig Jahre zur Schließung von sechs geburtshilflichen Stationen im nahen südniedersächsischen Umfeld geführt hat.

Das Krankenhaus arbeitet sehr erfolgreich mit einem großen Team von freiberuflichen Beleghebammen zusammen, was der Beliebtheit und Bekanntheit des Hauses sehr förderlich ist.

Der Personalbestand an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege konnte ab **2019** durch neue gesetzliche Regelungen seit 25 Jahren erstmals komplett gegenfinanziert werden. Neu Bethlehem hat infolgedessen zum Wohle der Patienten schon seit Mitte **2018** die Anzahl an Fachkräften in der Pflege ganz erheblich gesteigert und damit die Zuwendung zum Patienten auf ein sehr hohes Niveau gehoben.

Durch die Arbeit der hochqualifizierten Ärztinnen und Ärzte der Belegpraxen sowie der Hauptabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe und des Anästhesieteams hat sich Neu Bethlehem einen exzellenten Ruf bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten des Göttinger Raums erworben.

Das Krankenhaus erfreut sich bei allen Göttingern und auch allen Bewohnerinnen und Bewohnern des ländlichen Umfeldes einer sehr hohen Beliebtheit, zum einen durch das sehr patientenfreundliche Belegarztsystem, zum anderen durch die familiäre Atmosphäre, die dieses Krankenhaus sich immer erhalten hat.

Insbesondere die Behandlung „aus einer Hand“ ist ein bewährtes und patientenorientiertes Konzept. Die Fachärztinnen und Fachärzte der Praxis sind dieselben Personen wie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf Station. Dies gilt auch nach dem stationären Aufenthalt: Die medizinische Nachsorge, z. B. nach einem Eingriff, führt wiederum die Fachärztinnen und Fachärzte in der Praxis durch.

Die Menschenfreundlichkeit dieser Konzeption wird immer wieder durch die Patientinnen und Patienten dankbar zur Kenntnis genommen. Umso befremdlicher ist es, dass die Politik die belegärztlichen Praxen



nicht in dem Maße unterstützt, wie es angesichts der ständigen Forderungen nach „ambulant-stationärer Verzahnung“ eigentlich angemessen wäre. In der Summe dieser Faktoren wird klar, warum das Krankenhaus Neu Bethlehem seit Jahren in den oberen Rängen aller Foren und Portale zur Krankenhausbewertung zu finden ist.

Ein nicht unerheblicher Faktor ist, dass konfessionelle Krankenhäuser noch immer und zu Recht einen guten Ruf in der Bevölkerung genießen. Man fragt sich natürlich, woran dies konkret festzumachen ist.

Professor Dr. Stefan Heinemann, schreibt hierzu in f&w 9/2020: „Im Bemühen um eine auch im Zeitalter der digitalen Transformation noch mögliche Anschlussfähigkeit, das Wort Gottes im konkreten fürsorgenden Handeln am Menschen zur Sprache und Wirkung zu bringen, erscheinen christliche Krankenhäuser mitunter aus der Zeit gefallen.“

Was ist Christlichkeit in unserem Krankenhaus? Wie lässt sie sich beschreiben? Es ist, als ob keiner wüsste, wie Salz aussieht, aber jeder schmeckt es in der Suppe. Wie soll man es beschreiben?

Die Antwort ist für das Krankenhaus Neu Bethlehem eine einfache: Die Christlichkeit lässt sich hier täglich für jeden erfahren im respektvollen Umgang aller in diesem Hause arbeitenden Menschen mit ihren Kolleginnen und Kollegen und den Patientinnen und Patienten. Das ist das Salz in der Suppe!

Das Krankenhaus Neu Bethlehem kann im Verbund mit den christlichen Trägern AGAPLESION und dem Ev. Stift Alt- und Neu-Bethlehem die Herausforderungen der Zukunft auf einer breiten Basis aus ärztlichem und pflegerischem Fachwissen sowie der Menschenzugewandtheit aller seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter annehmen und gestalten.

Unsere Anästhesie

Anästhesie früher

Der Wunsch, bei Krankheiten oder Verletzungen Schmerzen zu lindern, war die Triebfeder heilerischen Handelns. Schon in der Antike wurde die schmerzlindernde bzw. betäubende Wirkung von Pflanzen, wie z. B. morphinhaltigem Mohn, genutzt, die oral verabreicht, lokal aufgetragen oder auch inhaliert wurden. Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Äthernarkose erfunden. Der „Äthertag“, am 16. Oktober 1846, markiert die Geburtsstunde der modernen Anästhesie in der westlichen Welt.

In den folgenden 170 Jahren wurden die Bereiche der Allgemein- sowie Regional- und Lokalanästhesie kontinuierlich weiterentwickelt. Möglich wurde dies durch pharmakologische (Weiter-)Entwicklungen sowie zahlreiche technische Neuerungen und Innovationen. Die Komplexität des Arbeitsfeldes erfordert einen Spezialisten, den Anästhesisten. Seine Wahl der am besten geeigneten Anästhesieform für den Patienten macht den chirurgischen Eingriff schmerzfrei möglich.

Anästhesie heute

Anästhesie heute ist eine hoch entwickelte Tätigkeit in der medizinischen Versorgung. Sie umfasst ein Bündel an Maßnahmen und ermöglicht den Erfolg vieler Operationen, die ohne sie nicht durchführbar oder überlebar wären. So können optimale Bedingungen für den Eingriff geschaffen und damit das Ergebnis der Operation gesichert werden.

Im Jahr 2020 wurden im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem insgesamt 4.358 operative Eingriffe mit Anästhesie durch ein Anästhesieteam durchgeführt. Neben dem Facharzt stehen speziell geschulte Anästhesiepflegekräfte dem Anästhesie-Facharztteam zur Seite. Durch die hervorragende Zusammenarbeit können die unterschiedlichsten Narkoseverfahren ganz individuell für den jeweiligen Patienten angeboten und umgesetzt werden. Dazu zählen Allgemeinanästhesien, Spinalanästhesien sowie periphere Regionalanästhesien und Analgosedierungen. Im Fachbereich der Geburtshilfe wurden 323 Patientinnen bei einer primären oder sekundären Sectio cesarea (Kaiserschnitt) betreut und bei knapp 1.200 Entbindungen über 400 geburtshilfliche Periduralanästhesien durchgeführt. Vor jeder Operation bzw. vor jedem medizinischen Eingriff, bei dem das Schmerzempfinden in einem größeren Körperareal ausgeschaltet wird, findet ein Vorgespräch zwischen dem Patienten und einem unserer Anästhesisten statt.



Chefarzt Dr. med. univ. Horst Wagner-Berger, DEAA, FERC

Für alle Patientinnen und Patienten (vorstationär, stationär und ambulant) ‚beginnt‘ die Anästhesie auf der Station oder in der Prämedikationsambulanz mit einer genauen Erhebung der Anamnese und einer orientierenden körperlichen Untersuchung.

Die präoperative Beurteilung des Patienten durch unseren Anästhesisten ist entscheidend für die Identifikation von Risikopatienten und die Auswahl des passenden Narkoseverfahrens. Die Optimierung der Ausgangssituation, das Erkennen bestehender Risiken und eine individualisierte Betreuung des Patienten sind hierbei im Fokus. Insbesondere bei Risikokonstellationen ist der interdisziplinäre Austausch zur Minimierung des Risikos unerlässlich. Meist liefert eine gezielte Anamnese entsprechende Hinweise, die durch weiterführende Diagnostik objektiviert werden können.

Im OP-Saal werden dann die vorbesprochenen Maßnahmen vom Anästhesie-Team (Anästhesist und Anästhesie-Pflege) durchgeführt.

Grundsätzlich unterscheidet man in der Anästhesie zwischen Regionalanästhesie und Allgemeinanästhesie:

- Regionalanästhesie: Es werden nur Teile des Körpers durch gezielte Injektion von Lokalanästhetika betäubt.
- Allgemeinanästhesie: Sie bezeichnet das, was wir unter dem Begriff Narkose kennen.

Die Anästhesie ist also ein medikamentös herbeigeführter Schlafzustand des Körpers, der Bewusstsein und Schmerzwahrnehmung, aber auch Kreislaufregulation, Atemfunktion und andere Reflexe ausschaltet. Auf diese Weise werden Eingriffe in den Körper ermöglicht, die ohne Schmerzausschaltung nicht möglich wären. Beispiele dafür sind chirurgische Tätigkeiten, Gewebentnahmen zur Diagnosefindung sowie Notoperationen oder Versorgung von Schwerverletzten.



Wie funktioniert Narkose eigentlich?

- **Bewusstseinsausschaltung:** Verschiedene zur Wahl stehende starke Schlafmittel führen zum Bewusstseinsverlust. Die Schutzreflexe werden dabei ausgeschaltet. Die Substanzen werden über eine Venenverweilkanüle oder über die Beatmungsmaske verabreicht.
- **Schmerzausschaltung:** Hochwirksame Schmerzmittel wie zum Beispiel Opiate blockieren die Schmerzrezeptoren im Zentralnervensystem. Um eine völlige Schmerzfreiheit zu erlangen, werden oft starke Schmerzmittel mit leichteren kombiniert. Sie verstärken einander in der Wirksamkeit.
- **Muskelentspannung:** Muskelentspannende Substanzen legen bestimmte Botenstoffe lahm, die für die Übertragung von Reizen verantwortlich sind. So wird vermieden, dass Muskeln während der Operation zucken

Uns stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um eine bereits eingeleitete Narkose fortzusetzen. Dabei unterscheidet man zwischen:

- **Inhalationsnarkose:** Der Anästhesist leitet dem Patienten die Narkosegase zunächst über eine Gesichtsmaske zu. Wenn dieser schläft, wird die Narkose entweder über eine Kehlkopf- oder Gesichtsmaske oder über einen Beatmungsschlauch (Tubus), der in die Luftröhre eingeführt wird, weitergeführt. Eine Inhalationsnarkose wird häufig bei Säuglingen und Kleinkindern zur Narkoseeinleitung angewandt, um ihnen die Schmerzen des Nadeleinstichs zu ersparen.
- **Reine intravenöse Narkose (TIVA = totale intravenöse Anästhesie):** Bei einer rein intravenösen Narkose verwendet der Anästhesist Narkosemittel, die direkt in eine Vene injiziert werden. Üblicherweise wird dabei eine Kombination aus Schlafmitteln, Schmerzmitteln und muskelentspannenden Substanzen verwendet. Eine TIVA kommt vor allem bei Unverträglichkeiten gegen Narkosegase (postoperative Übelkeit und Erbrechen) und bei kurzen Eingriffen zum Einsatz.

- **Balancierte Narkose:** Bei der balancierten Narkose werden intravenöse Medikamente mit Narkosegasen kombiniert. Neben der TIVA ist die balancierte Narkose die am häufigsten angewandte Form der Vollnarkose.

Der Anästhesist begleitet unsere Patienten durch den gesamten Narkoseprozess und überwacht und korrigiert währenddessen wichtige Körperfunktionen. Dazu zählen vor allem Atmung, Blutdruck, Herzfunktion und Messung der Körpertemperatur.

Je nach Größe des geplanten Eingriffs und Zustand des Patienten werden alle Körperfunktionen unter Umständen auch mittels invasiver Verfahren überwacht. Wenn es möglich ist, wird eine Kanüle direkt in einer Arterie platziert, um den Blutdruck fortlaufend aufzuzeichnen (invasive Blutdruckmessung). Manchmal werden auch sogenannte zentrale Venenkatheter (ZVK) vom Anästhesisten in große, zum Herz führende Venen



eingbracht, um einen sicheren Venenzugang nahe am Herzen zu haben. Zur Überwachung der Nierenfunktion bzw. Verhinderung der Überdehnung der Harnblase wird, wenn nötig, ein Harnkatheter gelegt.

Bei jeder Vollnarkose sind künstliche Beatlungsmaßnahmen erforderlich, da die Narkosemittel die Atmung dämpfen oder stoppen. Zur Beatmung wird eine Kehlkopfmaske verwendet oder ein Tubus in die Luftröhre eingeführt, über den der Patient ein Sauerstoff-Luft-Gemisch und eventuelle Narkosegase erhält. Die ausreichende Sauerstoffzufuhr wird durch Messung der Atemgase durch das Narkosegerät erfasst und zusätzlich über einen Fingersensor andauernd überwacht.

Da alle Narkosemittel die Kreislaufregulierung und Herzleistung dämpfen, werden die Kreislauffunktionen engmaschig überwacht, Flüssigkeitsverluste werden

durch Infusionen ersetzt, und es werden, wenn nötig, auch kreislaufstützende Medikamente verabreicht.

Bei größeren Blutverlusten werden auch das Blutbild und die Blutgerinnung durch entsprechende Labortests laufend kontrolliert. Bei kritischen Werten werden Bluttransfusionen und Mittel zur Korrektur von Gerinnungsstörungen rasch verabreicht. Unser Krankenhaus verfügt im OP-Bereich über ein fremdblutsparendes Gerät zur maschinellen Autotransfusion (MAT). Durch die maschinelle Autotransfusion – das Auffangen, Waschen und Retransfundieren von patienteneigenem Wundblut – können starke Blutverluste in vielen Situationen kompensiert werden, wodurch sich der Bedarf an Fremdblutkonserven erheblich reduzieren lässt.

Der transfusionsverantwortliche Arzt für unser Krankenhaus wird von der Abteilung für Anästhesie gestellt. Außerdem verfügt unsere Abteilung über weitere hoch

technisierte Geräte, die die Patientensicherheit deutlich verbessern.

Uns stehen zwei moderne Ultraschallgeräte, unterschiedlichstes Equipment für die Sicherung bei einem Patienten mit schwierigem Atemweg (unterschiedliche supraglottische Atemwegshilfen, zwei Videolaryngoskope und ein Bronchoskop zur fiberoptischen Intubation) zur Verfügung.

Nicht mehr aus der Narkose zu erwachen oder während der Operation wach zu sein und sich nicht bemerkbar machen zu können, sind häufig geäußerte Ängste von Patienten vor einer Allgemeinanästhesie. Um dieses Risiko zu minimieren, steht uns ein BIS-Gerät mit speziellem Monitor (Bispektralen-Index) zur Verfügung, der mithilfe eines prozessierten EEGs die Narkosetiefe des Patienten in einfachen Zahlen angibt. So kann schnell auf sich verändernde Situationen re-

agiert und die Narkosetiefe effektiver gesteuert werden. Mit dem Einsatz des BIS-Monitorings wird die Inzidenz von „awareness“ deutlich gesenkt.

Sobald der notwendige Eingriff abgeschlossen und der Zustand des Patienten stabil ist, beendet der Anästhesist die Zufuhr der Narkosemedikamente und leitet die Narkose aus. Direkt nach der Operation wird der Patient für einige Zeit bei uns im Aufwachraum (AWR/IMC oder Intensivstation) überwacht. Dies ist notwendig, um Kreislauf und Atmung zu kontrollieren und etwaige Schmerzen, Übelkeit oder Nachblutungen zu behandeln. Nach größeren Eingriffen und/oder bekannten Vorerkrankungen bleibt der Patient für einen oder mehrere Tage auf unserer Intermediate Care Station (IMC). Bei schwerwiegenden Grund- und Begleiterkrankungen oder bei Notfällen steht unsere Intensivstation an 24 Stunden das ganze Jahr zur Verfügung.



Innerklinisches Notfallteam/ Notfall-Schulungen

Das Thema Patientensicherheit ist uns sehr wichtig. Bei einem Herzstillstand ist ein schneller Einsatz ohne Verzögerung wichtig. Seit mehreren Jahren nutzen wir in unserem Haus deshalb eine spezielle interne Notfallnummer, die sich in europäischen Krankenhäusern etabliert hat. Sobald ein Mitarbeiter diese interne Notfallnummer wählt, ist das innerklinische Notfallteam alarmiert. In kürzester Zeit gelangt das Notfallteam an den benötigten Ort. Alle Stationen sind standardmäßig mit einem Notfall-Equipment ausgestattet, das es möglich macht, sofort und ohne Verzögerung zu reagieren. Regelmäßig erhalten alle Mitarbeiter des Krankenhauses, von der Rezeptionsmitarbeiterin bis zum Chefarzt, eine Schulung zur Ersten Hilfe für die Notfallbehandlung im Krankenhaus, damit bei Herz-Kreislauf-Stillstand alle Handgriffe routiniert ablaufen. Das

theoretische Wissen wird professionell vermittelt und an Simulatoren die Wiederbelebung geschult. Diese Schulungen führen wir verpflichtend für die Behandlung von Erwachsenen und Neugeborenen durch. Zusätzlich finden Team-Trainings der beteiligten Berufsgruppen zur Geburtshilfe statt, im Kreißaal sind das beispielsweise Hebammen, Anästhesie, Gynäkologen, Pflegepersonal und das Notfallteam. In Rollenspielen werden verschiedene Situationen simuliert und abschließend im Team analysiert. Außerdem werden regelmäßig Intensivtrainings im Erkennen und Management kritisch kranker Patienten durchgeführt.

Akutschmerztherapie/Pain Nurse

Schmerzen messen und gezielt den Arzt bei der Therapie unterstützen – das sind die Kernkompetenzen unserer Pain Nurses (Ausgebildete Schmerzpflegekräfte). Auf einer Skala von eins bis zehn wird der Patient ge-

beten, seine Schmerzen einzuschätzen, denn jeder Mensch empfindet Schmerz anders und äußert seinen Schmerz auf andere Art, der eine still in sich gekehrt, der andere wiederum laut oder wortreich. Die Palette der Verhaltensmuster ist sehr groß. Der Blick und das Verständnis der erfahrenen Pflegekraft auf das Gesamtbild des Patienten sind also unabdingbar. So kann jeder Patient engmaschig eingestuft und behandelt werden.

Geburtshilfe

Bei einer Geburt liegen Schmerz und große Freude bekanntermaßen nahe beieinander. Doch nicht jede werdende Mutter empfindet den Geburtsschmerz gleich, und nicht jede geht auf dieselbe Art und Weise mit ihm um.

Die Periduralanästhesie gilt als ein effektives Verfahren zur Schmerzlinderung während der Geburt. Zusätzlich

bzw. alternativ setzen wir ein Sauerstoff/Lachgasgemisch als nicht invasives, gut steuerbares Schmerztherapeutikum ein. Vor ca. 3 Jahren hat unsere Abteilung in enger Abstimmung mit der Fachabteilung für Gynäkologie/Geburtshilfe und den Hebammen das Konzept der ‚Walking Epidural‘ umgesetzt. Das Prinzip der Periduralanästhesie basiert darauf, die Beweglichkeit der werdenden Mutter zu erhalten und den Schmerz lediglich abzuschwächen, aber nicht vollständig zu unterdrücken. Manche Frauen ziehen es vor, während der Geburt ein Gespür für die Wehen zu behalten, damit sie den Geburtsvorgang besser unterstützen können.

Zusammenarbeit

Wir stellen unsere Fachexpertise unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aller Fachabteilungen zur Verfügung und stellen so eine optimale Versorgung, Betreuung und Behandlung unserer Patienten sicher.

Unsere Gynäkologie

Gynäkologie früher

Frauenheilkunde ist die Lehre von der Entstehung, Erkennung, Behandlung und Verhütung der Erkrankungen vor allem des weiblichen Sexual- und Fortpflanzungstraktes.

Im engeren Sinne befasst sich die Gynäkologie mit den Erkrankungen der nicht schwangeren Frau im Gegensatz zu ihrem Teilgebiet, der Geburtshilfe. Zu den Aufgaben der Gynäkologie gehören auch die Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Brust und die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen.

1823-1832 erhielt die Frauenheilkunde in Göttingen durch Julius Mende eine ausgiebige Würdigung in Klinik und Wissenschaft. Die Therapie des Gebärmutterkrebses oder Gebärmutter senkung waren Gegenstand von Mendes Forschung.

Erst die Einführung der Anästhesie ermöglichte die Entwicklung der operativen Gynäkologie. 1853 setzte der Anästhesist John Snow bei der Entbindung der Königin Viktoria von ihrem Sohn Leopold zum ersten Male die Chloroformnarkose ein.

Die Technik der schmerzlindernden Betäubung wurde zunehmend perfektioniert und gynäkologische Operationen wurden Routine.



Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. med. Dietrich Kulenkampff



Gynäkologie heute

Diagnostische und operative Methoden wie Bauchhöhlen- und Gebärmutter Spiegelung ergänzen nicht nur die klassischen operativen Therapieverfahren, sondern sind auch ein Erfordernis der medizinischen Entwicklung, damit komplikationsträchtigere Organentfernungen vermieden werden. Der Wunsch, die Lebensfreude der Patientinnen zu erhöhen oder zu erhalten, ist richtungsweisend für alle Therapieentscheidungen in den Schwerpunktbereichen brusterhaltender Operationen bei Brustkrebs sowie gutartiger und bösartiger Tumore im Bauchraum. Dasselbe gilt auch für indikationsbedingte Anpassung der verschiedenen Operationsmethoden zur Behandlung der Gebärmutter- und Blasenscheidensenkung.

Die operative Versorgung kleinerer Eingriffe erfolgt ambulant in der Praxisklinik.

- Hysteroskopische Operationen (Gebärmutter Spiegelung)
- Laparoskopische Operationen (Bauch Spiegelung)
- Diagnostik und Therapie von Brusterkrankungen
- Dysplasie-Sprechstunde (Erkrankungen an Gebärmutterhals (Portio), Scheide (Vagina) und äußerem Geschlechtsorgan (Vulva))
- Gebärmutterentfernung (vaginal und abdominal)
- Myomembolisation (gebärmuttererhaltendes Verfahren)
- Urogynäkologie (Inkontinenzdiagnostik und -therapie)
- Operationen von Senkungszuständen (Deszensuschirurgie)

Unsere Geburtshilfe

Geburtshilfe früher

Die Tätigkeit einer Hebamme wird als einer der ältesten Frauenberufe angesehen. Tempelmalereien von der Drillingsgeburt der Pharaonenkinder des ägyptischen Sonnengottes Re aus dem dritten Jahrtausend vor Christus sind eines der ältesten Zeugnisse der Hebammenkunst.

Schon im 12. Jahrhundert gab es mit dem Trotula-Ensemble ein ausführliches Werk über verschiedene Aspekte der Frauenheilkunde inkl. Geburtshilfe und Säuglingspflege, welches weite Verbreitung in ganz Europa fand und bis in die frühe Neuzeit als Standardwerk galt.

1513 erschien ein Lehrbuch für Hebammen mit dem Titel „Der swangern Frawen und Hebammen Rosengarten“. Mit dem 16. Jahrhundert begann die Geburtshilfe medizinischer Ausrichtung, Gestalt anzunehmen.

1751 wurde Georg Roederer durch den englischen König und Kurfürst von Hannover Georg II. zum ersten Dozenten für Geburtshilfe und Professor „medicinae extraordinario“ an der Georg-August-Universität zu Göttingen berufen.

Unter Professor Jung kamen die ersten Kinder im Neu Bethlehem zur Welt. Die frühesten noch erhaltenen Angaben stammen aus dem Kriegsjahr 1916, in dem 48 Geburten verzeichnet wurden.

Geburtshilfe heute

Heute erblicken im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem über 1.100 Babys unter dem Motto „so natürlich wie möglich und so sicher wie nötig“ das Licht der Welt.

Gemäß diesem Grundsatz versuchen wir im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem, die Geburt zu dem zu machen, was sie ist: ein sehr bedeutungsvolles Ereignis, an das sich die Beteiligten gerne zurückerinnern sollen.

Jede Frau entwickelt unter der Geburt ungeahnte Kräfte. Wir sehen unsere Aufgabe als Geburtshelfer darin, diese natürlichen Kräfte freizusetzen und die werdenden Mütter in ihren Stärken zu unterstützen. Wir wollen den Kindern nicht nur gesund auf die Welt helfen, sondern mit der Art des Geburtseignisses auch den Grundstein für eine innige und sichere Eltern-Kind-Beziehung legen.

In der Geburtshilfe unterstützen wir seit Jahren den Wunsch vieler Frauen nach einer natürlichen Geburt. Das oberste Ziel ist es, jeder Frau durch optimale fürsorgliche, pflegerische Zuwendung und medizinische Betreuung das Gefühl von Vertrauen und Sicherheit zu geben. Die familienorientierte Geburtshilfe bietet größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind, ohne den natürlichen Ablauf der Geburt durch übertriebenen Technikeinsatz zu stören. Durch Geburtsvorbe-



reitungskurse, Hebammensprechstunden, ärztliche Gesprächsabende, Familienzimmer und Rundgänge durch die Wochenstation und Entbindungsräume fügen Ärzte, Hebammen und Schwestern Geborgenheit und medizinische Funktion zusammen. So entsteht ein harmonisches Umfeld, das die Geburt zum ganz persönlichen Erlebnis jeder Frau und Familie werden lässt.

In unserer babyfreundlichen Geburtsklinik werden die Bedürfnisse der Kinder und Eltern vor die Krankenhausroutine gestellt. Wir fördern den intensiven, bewussten und natürlichen Kontakt zwischen Neugeborenen und Eltern und den Geschwistern.

Für uns ist es ganz selbstverständlich und wichtig, dass wir Mutter und Kind von Geburt an nicht voneinander trennen, auch dann nicht, falls einmal ein Kaiserschnitt nötig werden sollte. Sobald Sie und Ihr Kind nach der Geburt versorgt sind, lassen wir Ihnen Ruhe und Zeit, sich erst einmal kennenzulernen. Das Wiegen, Messen, Untersuchen und Anziehen Ihres Babys hat ganz viel Zeit. Dies bezeichnet man als Bonding. 24-Stunden-Rooming-in ist heute selbstverständlich.

Wir geben Ihnen Hilfestellung beim Anlegen Ihres Neugeborenen und unterstützen Sie beim Stillen mit Rat und Tat. Aber auch dann, falls Sie nicht stillen möchten, wird das Bonding genauso durchgeführt. Durch die intensive Zusammenarbeit der Schwestern, Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte und der Umsetzung der Zehn Schritte zum Babyfreundlichen Krankenhaus wird versucht, die optimale Entwicklung des Kindes zu unterstützen.

Ein- und Zweibettzimmer

Die Ein- und Zweibettzimmer in der Geburtshilfe des AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem sind hell und freundlich gestaltet, die meisten Zimmer verfügen über einen eigenen Balkon.

Familienzimmer

Die Geburt eines Kindes ist eines der bedeutendsten Ereignisse im Leben eines Menschen. Hier werden die Weichen für eine positive Entwicklung der Kinder und deren Familien gestellt. Neu Bethlehem möchte mit dem Konzept der Familienzimmer seinen Beitrag dazu



Unsere Beleghebammen:

Obere Reihe: Steffi Arend, Julia Brömsen, Ula Chabarek, Jasmin Czech, Ela Breski, Melanie Enghardt, Anne-Barbara Gerstenkorn, Maren Lühmann, Birgit Steinmetz-Roesener, Sonja Thal, Patricia Wand, Ulrike Zinner

Unsere Beleghebammen:

Untere Reihe: Franziska Kowalski, Annetrin Krull, Pia Lantelme-Kruse, Olga Hopfauf, Madlin Daume, Danielle Maisonnat-Leimbach, Sabine Müller, Beate Schifczyc, Katrin Urbschat, Felicitas Wiegand.

leisten. Eltern haben die Möglichkeit, nach der Geburt in betreuter Atmosphäre selbstständig den Umgang mit Ihrem Kind kennenzulernen. Im Hintergrund steht unser pflegerisches und ärztliches Team rund um die Uhr beratend zur Verfügung.

Kreißsaal

Unser Hebammenteam begleitet die werdenden Eltern individuell und professionell. Die Räume im Kreißsaal geben durch die farbenfrohe Gestaltung Geborgenheit und das Gefühl beschützt zu sein. Nur die betreuende Hebamme und die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt haben Zutritt in den Kreißsaal, so dass Ruhe und Entspannung möglich wird. Jeder Kreißsaal ist gleich ausgestattet. Es befinden sich in jedem Kreißsaal eine Badewanne, Gebärhocker, ein breites familiäres Geburtsbett, ein Unterstütsungsseil und Livopan® (schnelle und sanfte Schmerztherapie). So werden viele Möglichkeiten geboten, wie die Mütter ihr Baby / ihre Babys auf die Welt bringen können. Zur Geburt ist eine Begleitperson herzlich willkommen.

Kreißsaal-OP

Unter einem Kaiserschnitt (Sektio Caesarea) versteht man die operative Beendigung der Schwangerschaft. Der dafür notwendige Kreißsaal-OP befindet sich direkt Wand an Wand mit unseren Entbindungsräumen. Die kurzen Wege sorgen für optimale Sicherheit für Mutter und Kind. In der Regel ist es möglich, dass eine Begleitperson mit in den OP kommt und so für zusätzliche Unterstützung sorgt. Das Baby wird nach der Geburt von der betreuenden Hebamme in Empfang genommen und wenn möglich direkt auf die Brust der Mutter gelegt. So wird die frühe Bindung (Bonding) zwischen Mutter und Kind so früh wie möglich gefördert.

Unser OP ist nach den neuesten hygienischen Vorgaben mit modernster Technik ausgestattet. Zum Wohlbefinden der Mutter haben wir im Bereich der Decke ein Gemälde installiert.

Mutter-Kind-Oase

Unsere Mutter-Kind-Oase bietet Eltern mit ihrem Kind geschützten Raum in ruhiger angenehmer Atmosphäre. So wird die Möglichkeit geboten, sich in einem separaten Bereich zurückzuziehen, um das Kind zu stillen oder auch die Gelegenheit mit anderen Eltern Kontakte zu knüpfen um eigene Erfahrungen auszutauschen. Unser Personal bildet sich kontinuierlich weiter und ist nach den neusten Stillrichtlinien geschult. Neu Bethlehem ist nach den Regeln der WHO/UNICEF als Babyfreundliches Krankenhaus zertifiziert.

Wir sind Babyfreundlich

Babyfreundliche Geburtskliniken haben die Zehn Schritte für eine Babyfreundliche Geburtsklinik zur Umsetzung der B.E.St.-Kriterien (Bindung, Entwicklung, Stillen) in ihrer Praxis verankert. Sie stellen die Grundlagen dar, die erfüllt werden müssen, um zertifiziert zu werden.

Seit 2012 sind wir durchgehend als „Babyfreundliches Krankenhaus“ nach den internationalen Vereinbarungen und Vorgaben der WHO/UNICEF zertifiziert.

Die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ setzt sich dafür ein, das erste Kennenlernen, die enge Bindung zwischen Eltern und Neugeborenen, die kindliche Entwicklung und das Stillen zu fördern. Grundlage für die Zertifizierung sind die „Zehn Schritte für eine Babyfreundliche Geburtsklinik“ zur Umsetzung der B.E.St.-Kriterien, die wir in unserer täglichen Arbeit leben. Im Zentrum des Konzeptes der Initiative „Babyfreundlich“ stehen der Schutz und die Förderung der Eltern-Kind-Bindung. Eine enge Bindung stärkt das Kind in seinen angeborenen Fähigkeiten und hilft ihm diese zu entwickeln. Eltern können durch den gelungenen Bindungsaufbau die Bedürfnisse ihres Kindes erkennen und seine körperliche, geistige und soziale Entwicklung optimal unterstützen. Um diese Bindung zu fördern, legen wir in unserer Klinik deshalb nach der Geburt Wert darauf, dass Mutter und Kind die Möglichkeit haben, rund um die Uhr zusammenzubleiben. In regelmäßigen Kontrollen wird überprüft, ob unsere Klinik weiterhin die hohen Qualitätsstandards von UNICEF und WHO erfüllt.

Unsere Kardiologie

Kardiologie früher

Der Begriff Kardiologie setzt sich zusammen aus den griechischen Wörtern kardia (Herz) und lóga (Lehre). Es ist bemerkenswert, dass der Mensch schon sehr früh die Rolle des Herzens als zentrales, wichtiges Körperorgan erahnte; verschiedene steinzeitliche Funde (Höhlenzeichnungen) deuten darauf hin. In überlieferten Quellen antiker Medizin, etwa bei den Griechen, Römern und Chinesen, wird vielfach dem Pulsschlag als fühlbarer Ausdruck der Herzfunktion besondere Bedeutung beigemessen.

Heute gelten die wissenschaftlichen Arbeiten des englischen Mediziners William Harvey (1578-1657) allgemein als Grundstein der Kardiologie. Harvey veröffentlicht 1628 Studienergebnisse, in denen er erstmals das System des menschlichen Blutkreislaufs mit dem Herzen als „Motor“ beschreibt. Etwa hundert Jahre nach Harvey misst der Physiologe Hales erstmals direkt den Blutdruck bei einem Pferd mittels eines in eine freigelegte Arterie eingeführten Metallröhrchens, welches mit einem Glaskolben verbunden ist.

Eine weitere Entwicklung in der Anfangszeit der Herzmedizin ist die Entwicklung eines „Sphygmograph“ genannten Gerätes zur Aufzeichnung des Pulsschlags Mitte des 19. Jahrhunderts; zuvor hatte ein französi-

scher Arzt eine Art Hörrohr zur akustischen Untersuchung von Herz- und Pulsschlag entwickelt: das Stethoskop. 1896 stellt der Italiener Scipione Riva-Rocci (1863-1937) eine von ihm gebaute, aufblasbare Arm-manschette mit Manometer vor; mit diesem Gerät wird erstmals die indirekte, unblutige Messung des Blutdrucks möglich.

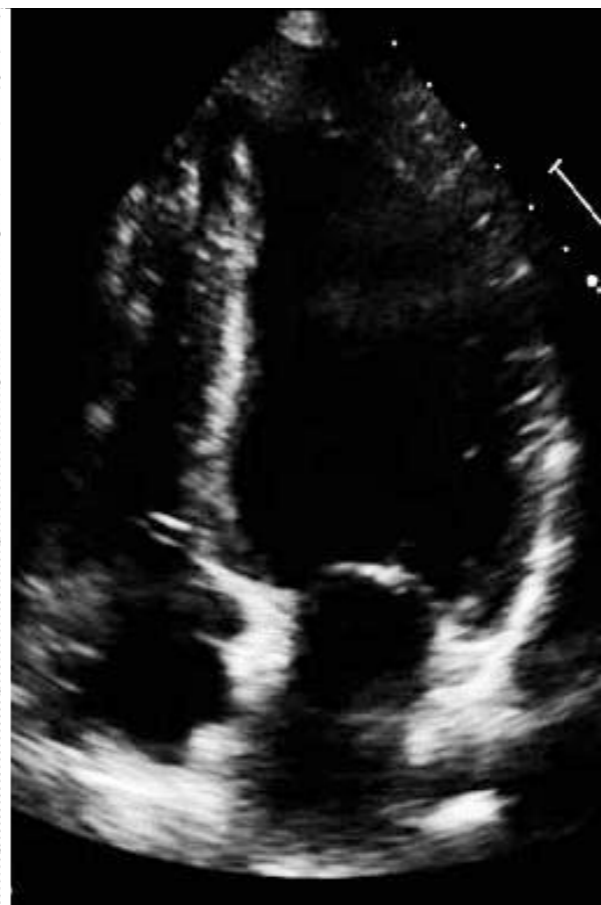
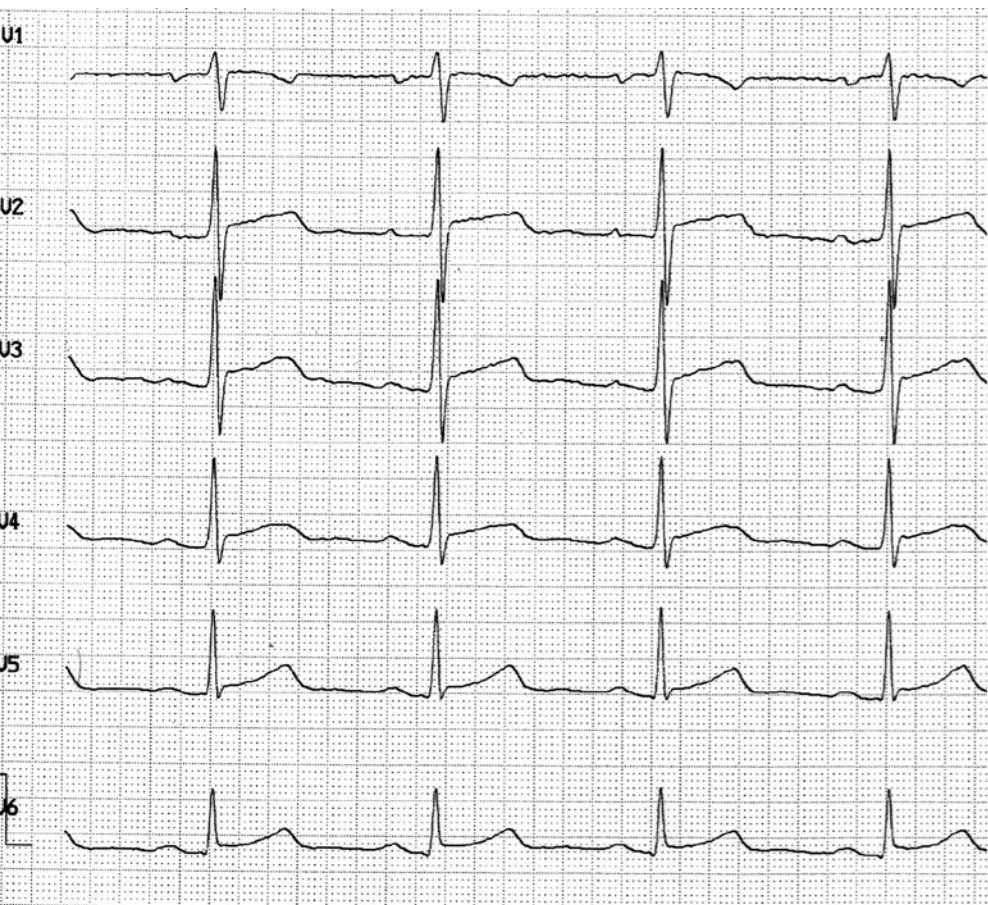
Der Holländer Willem Einthoven stellt 1903 die erste Apparatur zur Ableitung und Aufzeichnung der elektrischen Herzströme vor, den Elektrokardiografen (EKG). Der Japaner Sunao Tawara beschreibt 1906 erstmals das Erregungsleitungssystem des Herzens, welches die Pumpfähigkeit des Organs steuert.

- 1929 Erste Katheteruntersuchung des Herzvorhofs;
- 1950 Erste Ultraschalluntersuchungen des Herzens (Echokardiografie);
- 1953 Erste Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der neu entwickelten Herz-Lungen-Maschine. In Deutschland erfolgt der erste derartige Eingriff 1957;
- 1958 Implantation des ersten elektrischen Herzschrittmachers (Hersteller: Siemens);



Das aktuelle Team der Fachärzte für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie mit dem Gründer der kardiologischen Praxis (ganz links), Dr. Hans Nordbeck. Folgend (von links): Prof. Dr. Johannes Dahm, Dr. Jürgen Becker, Prof. Dr. Lars Lühje, PD Dr. Mark Hünlich, Dr. Benjamin Daume, Dr. Claudius Hansen, Prof. Dr. Dirk Vollmann (Belegärzte der Abteilung) und Dr. Ulrike Hartig-Köhler.

- 1959 Markteinführung des Proteins Streptokinase als Arzneimittel durch die Marburger Behringwerke. Hiermit kann nach einem akuten Herzinfarkt das ursächliche Blutgerinnsel im Herzkranzgefäß aufgelöst werden;
- 1960 Erste Implantation einer künstlichen Herzklappe;
- 1963/64 Einführung neuartiger Herzmedikamente aus der Gruppe der Kalziumantagonisten bzw. Beta-Rezeptorenblocker. Erstere senken den Sauerstoffbedarf des Herzens sowie den Blutdruck, Betablocker können u. a. auch zur Therapie von Herzrhythmusstörungen eingesetzt werden;
- 1967 Erste Venen-Bypassoperation und erste geglückte Verpflanzung eines kompletten Herzens einer Verstorbenen in einen anderen Menschen;
- 1977 Erste Aufweitung eines verstopften Herzkranzgefäßes durch einen mittels Katheter zugeführten Ballon (Ballon-Dilatation);
- 1982 Erste Implantation eines Kunstherzens mit externer Steuerung am Menschen;
- 1986 Erste Implantation von Röhrchen aus Drahtgeflecht (Stents) zur dauerhaften Aufdehnung verengter Herzkranzgefäße;
- 1995 Deutschlandweit die erste Operation von Herzkranzgefäßen mit einer neuen minimalinvasiven, monitorgestützten Methode;
- Späte 1990er-Jahre Etablierung der bildgebenden Untersuchungsverfahren Computertomografie und Magnetresonanztomografie („Kernspin“) auch für die Herzdiagnostik;
- Seit den 1990er-Jahren Entwicklung der kathetergeführten Verfahren zur Verödung von unerwünschten Reizleitungsbahnen im Herzvorhof (Katheterablation).



Herz-Stromkurve (Elektrokardiogramm, EKG, links) und Herz-Ultraschall (Echokardiogramm, rechts) einer Patientin mit Brustschmerzen.

Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) für die Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie im Krankenhaus Neu Bethlehem.



Kardiologie heute

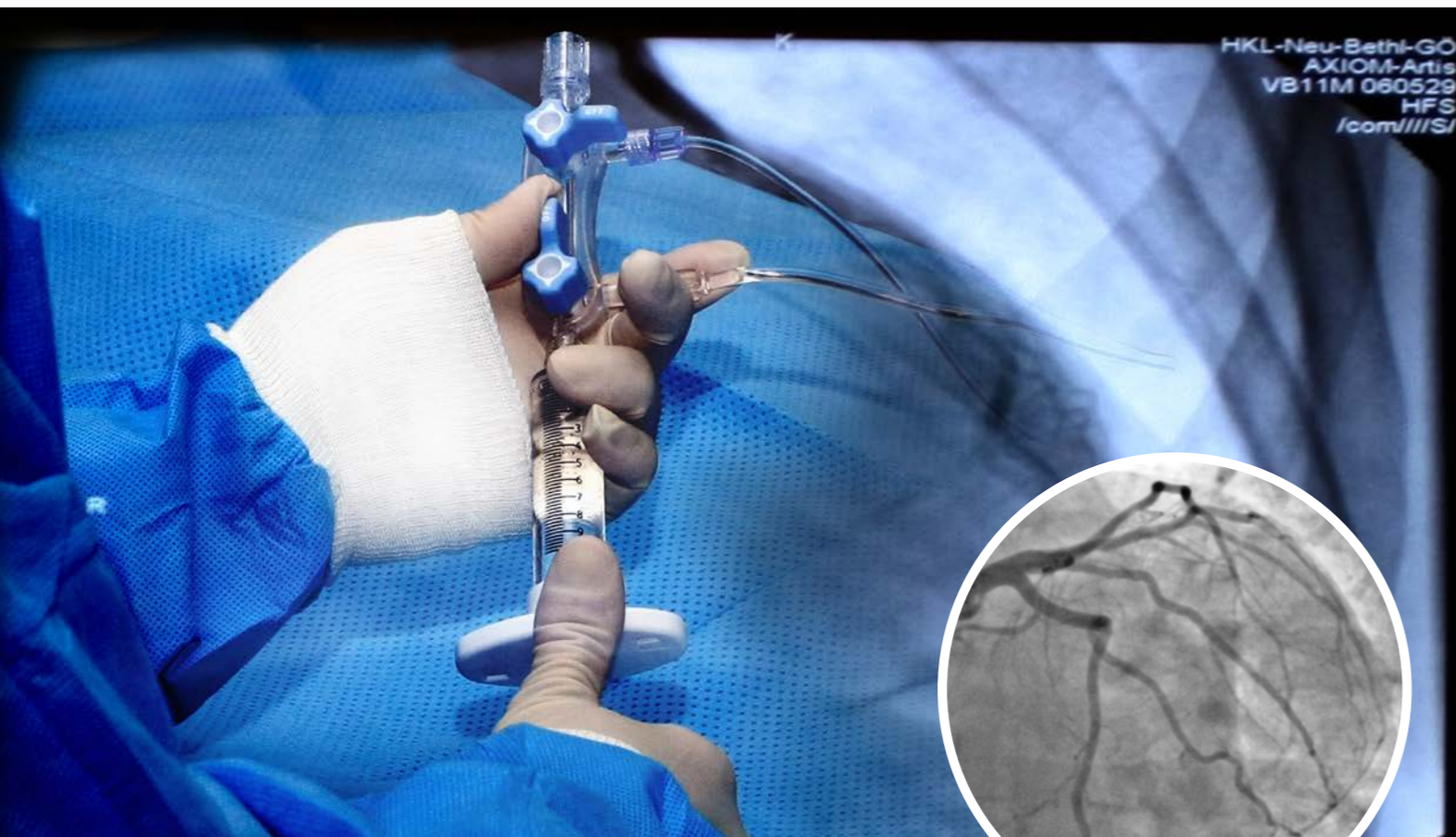
In der Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie werden Patienten mit akuten u. chronischen Erkrankungen des Fachgebiets behandelt, schwerpunktmäßig solche mit Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankungen. Als stationäre Belegabteilung wird sie ärztlich durch das Herz- & Gefäßzentrum Göttingen (HGZ) geleitet. Für die Patientenbehandlung stehen insgesamt 42 stationäre Betten zur Verfügung. Neben der Normalstation existiert eine spezialisierte Einheit zur intensivierten Überwachung (inter-mediate care, IMC) bzw. Behandlung von Erkrankten mit akuter Atemnot und / oder Brustschmerzen (chest pain unit, CPU). Die CPU ist seit 2010 durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) zertifiziert und erfüllt bei der Patientenversorgung strenge Qualitätskriterien. Jährlich werden in der Inneren Abteilung ca. 3000 Fälle stationär behandelt. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Brustschmerzen bzw. Myokardinfarkt bei koronarer Herz-

krankheit (KHK), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und Herzrhythmusstörung wie das Vorhofflimmern. Die Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie bildet mit der Praxis und den nun 3 Katheterlaboren des Herz- & Gefäßzentrums (HGZ) räumlich und organisatorisch eine Einheit. Wie auch in den anderen Belegabteilungen des Krankenhauses gelingt hierdurch eine echte Verzahnung ambulanter und stationärer Patientenversorgung auf höchstem medizinischem Niveau, mit den Vorteilen einer unmittelbaren und persönlichen Facharztbetreuung und der Nutzung vor- und nachstationärer ambulanter Behandlungsformen. So werden Informationsverluste und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden und die stationären Liegezeiten verkürzt.

Zahlreiche Verfahren zur Diagnostik und Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen kommen in der internistischen Abteilung zum Einsatz. Hierzu gehören unter anderem:

- Telemetrische Überwachung von Atmung, Kreislauf und Herzrhythmus
- Notfall-Labordiagnostik bei Myokardinfarkt, Lungenembolie und Herzschwäche
- Ultraschall-Untersuchungstechniken an Herz, Herzklappen und Gefäßen
- 24h-Bereitschaft des Katheterlabors und der Chest Pain Unit für Notfallpatienten
- Herzkatheter zur Behandlung von Engstellen und Verschlüssen der Herzkranzgefäße (Ballondehnung und Stent-Implantation)
- Medikamentöse und elektrische Behandlung von Herzrhythmusstörungen
- Elektrophysiologische Untersuchung bei unklaren Herzrhythmusstörungen

- Katheterablation von Herzrhythmusstörungen einschließlich Vorhofflimmern
- Schrittmacher- und ICD-Therapie einschließlich „His-Stimulation“ und der kardialen Resynchronisations-Therapie (CRT) bei Herzschwäche
- Herzmuskelbiopsie (kathetergestützte Herzmuskel-Probenentnahme)
- Verschluss (katheterinterventionell) des Vorhofohres (LAA-Okkluder)
- Verschluss (katheterinterventionell) der Vorhofscheidewand (PFO-Okkluder)
- Katheterbehandlung (Ballondehnung/Stent-Implantation) von Gefäßengstellen an Ober- und Unterschenkel, Nieren- und Halsschlagadern
- Gefäß-Rekanalisationstechniken bei amputationsgefährdeten Beinen (von Oberschenkel bis Zeh) und an Schulter-/Armerterien (subclavian steal)
- Einleitung ambulanter und stationärer Rehabilitationsverfahren



Darstellung der Herzkranzarterien mit einem Katheter durch Kontrastmittelgabe unter Röntgendurchleuchtung (Koronarangiographie bzw. Linksherzkatheter-Untersuchung).

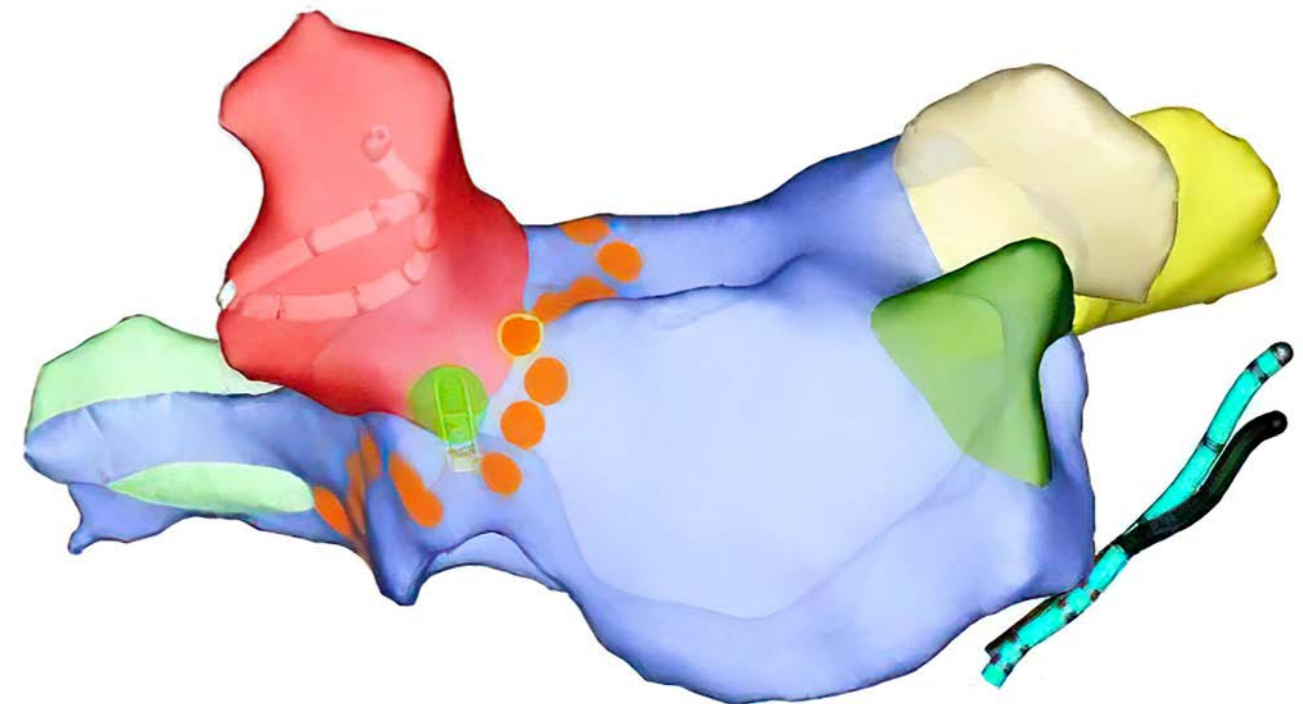
Es bestehen zudem enge Kooperationen mit der Gefäßchirurgie im Krankenhaus Neu Bethlehem, der Radiologie und Nuklearmedizin (CT-Thorax, Kardio-MRT, Myokardszintigraphie), der Klinik für Kardiologie der Universitätsmedizin Göttingen (katheterinterventionelle Behandlung von Herzklappenfehlern) und der Herzchirurgie (Herz-Bypass-OP, operativer Herzklappenersatz, Herztransplantation).

Für die interventionelle Diagnostik und Therapie von Patienten mit Herz- und Gefäßkrankheiten stehen im HGZ für das Krankenhaus Neu Bethlehem drei Herzkatheterlabore mit modernen Röntgendurchleuchtungsanlagen zur Verfügung.

Eines dieser Katheterlabore ist mit einem elektrophysiologischen Messplatz und einem 3D-Mapping-System für die Erkennung und Behandlung komplexer Herzrhythmusstörungen ausgestattet. Es besteht zudem eine 24-h-Katheterbereitschaft zur Behandlung akut bedrohlicher Herzerkrankungen, die durch interventionell erfahrene Fachärzte für Kardiologie sichergestellt wird.

In den Herzkatheterlaboren des HGZ werden jährlich ca. 3.000 Eingriffe am Herzen und am Gefäßsystem durchgeführt. Überwiegend handelt es sich um Kathetereingriffe zur Diagnostik und Therapie der Koronaren Herzkrankheiten (KHK), gefolgt von Eingriffen zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Auch kathetergestützte Interventionen im Bereich der peripheren Arterien werden regelmäßig durchgeführt. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) hat das Zentrum als Fortbildungsstätte für Invasive Kardiologie und für Spezielle Rhythmologie zertifiziert. Organisatorisch wird der Herzkatheterlabor-Bereich durch den Krankenpfleger Heiko Saathoff geleitet.

In den Praxisräumen des Herz- & Gefäßzentrums, welche örtlich und funktionell unmittelbar an das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem angeschlossen sind, werden Menschen mit Beschwerden und Erkrankungen aus dem kardiovaskulären Bereich ambulant untersucht und betreut. Hierfür stehen heute 5 Untersuchungseinheiten mit jeweils umfangreicher apparativer Diagnostik (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, EKG-Ereignisrekorder, Ultraschall von Herz u. Gefäßen, Schrittmacher-/ICD-Kontrolle, ...) und einer Notfall-Blutanalytik zur Verfügung.



Behandlung von Vorhofflimmern durch eine kathetergesteuerte Ablation und elektrische Isolation der Pulmonalvenen unter Nutzung eines 3D-Mapping-Systems

Organisatorisch wird die Praxis des HGZ durch die Ärztin Dr. Ulrike Hartig-Köhler und die medizinische Fachangestellte Tanja Brückner geleitet. Frau Dr. Hartig-Köhler ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin – Kardiologie und seit 1982 im Krankenhaus Neu Bethlehem bzw. nun im HGZ tätig. Sie hat unter anderem die Qualifikation des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland für die Patienten- und Ärzte-Schulungen „Arterielle Hypertonie“ und „Antikoagu-

lation und CoaguCheck-Messungen“. Diese Schulungen werden auch regelmäßig im HGZ angeboten. In der Praxis des HGZ werden jährlich über 20.000 Patienten ambulant behandelt. Im Vordergrund stehen hierbei die betroffenen Menschen und die Qualität der medizinischen Versorgung: Die Praxis verfügt in diesem Zusammenhang über das TÜV-Siegel für das Qualitätsmanagement, sie wurde zudem vom Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) als Kardiologische Qualitätspraxis ausgezeichnet und ist letztlich von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) als Brustschmerz-Ambulanz und als Herzinsuffizienz-Schwerpunktpraxis zertifiziert.





Heiko Saathoff, Krankenpfleger und organisatorische Leitung im Herzkatheterlabor



Dr. Ulrike Hartig-Köhler (links) im Jahr 1986 mit Dr. Schwahn, dem damaligen Leiter der Inneren Medizin im Krankenhaus Neu Bethlehem, aus der die Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie hervorging.



Dr. Hans Nordbeck, Gründer der kardiologischen Praxis und des hieraus entstandenen Herz- & Gefäßzentrums am Krankenhaus Neu Bethlehem.



Prof. Dr. Hans Georg Wolpers, der von 1998 bis 2020 als interventioneller Kardiologe im Herz- & Gefäßzentrum und als Belegarzt im Krankenhaus Neu Bethlehem tätig war.

Historie und Entwicklung

Der Ursprung des kardiologischen Schwerpunktes im Krankenhaus Neu Bethlehem liegt im Jahr 1982. In diesem Jahr ließ sich Dr. Hans Nordbeck als Kardiologe in Göttingen nieder und begann, gemeinsam mit Frau Dr. Hartig-Köhler, 16 Betten als Belegarzt zu betreuen. Zwei Jahre später zog seine kardiologische Praxis in die Humboldtallee 6 in die noch heute genutzten Praxisräumlichkeiten des HGZ. Im Jahr 1992 wurde angrenzend an das Krankenhausgelände im Nikolausberger Weg 39 das erste Herzkatheterlabor eingerichtet. Als interventionelle Kardiologen traten damals Dr. Volker Wiegand und Dr. Thomas Schmidt in die Praxis ein. Prof. Dr. Hans Georg Wolpers trat 1998 nach dem Ausscheiden von Dr. Wiegand in die damalige Gemeinschaftspraxis mit Dr. Nordbeck, das spätere HGZ, ein, wenige Monate später Dr. Jürgen Becker. Prof. Wolpers war von 2008 bis 2017 geschäftsführender Gesellschafter des HGZ und wurde 2020 mit

einem feierlichen Symposium in den Ruhestand verabschiedet.

Im Zuge der Entwicklung zum heutigen HGZ wurde die interventionelle Kardiologie dann in den Jahren 2002, 2009 und 2018 mit Katheterlabor-Messplätzen erweitert, ab 2006 auch als interventionelle Angiologie und ab 2009 auch als interventionelle Elektrophysiologie. Von 2009 bis 2010 wurden sowohl der Praxis- als auch der Krankenhausbereich grundlegend umgebaut und wesentlich erweitert, unter anderem mit der Neugründung einer Chest Pain Unit, einer telemetrischen Überwachung und der Einführung einer digitalen Patientenakte im Praxisbereich. Ende 2015 wurde die bisherige Gemeinschaftspraxis als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und 2017 als überregionale Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) zugelassen. Heute wird die Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie – Angiologie belegärztlich durch 7 erfah-

rene Fachärzte des Herz- & Gefäßzentrums betreut. Unterstützt werden die leitenden Ärzte durch Kolleginnen und Kollegen in fachärztlicher Weiterbildung und durch ein Team (medizin-) studentischer Hilfskräfte.

Dr. Jürgen Becker ist seit 1998 als Kardiologe im HGZ und als Belegarzt der Abteilung tätig. Er verfügt über eine herausragende Expertise insbesondere bei der interventionellen Behandlung der KHK. Von 2012 bis 2016 war Dr. Becker Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Neu Bethlehem.

Im Jahr 2006 kam Prof. Dr. Johannes B. Dahm als interventionell tätiger Angiologe und Kardiologe zum HGZ. Der Schwerpunkt seiner belegärztlichen Tätigkeit liegt seither in der katheterbasierten Behandlung arterieller Durchblutungsstörungen, insbesondere bei fortgeschrittenen Erkrankungsstadien der unteren Extremitäten.



Dr. med. Claudius Hansen, Dr. med. Jürgen Becker, Prof. Dr. Johannes Dahm, PD Dr. med. Mark Hünlich, Prof. Dr. med. Lars Lühje, Prof. Dr. med. Dirk Vollmann, Dr. med. Benjamin Daume

Dr. Claudius Hansen ist seit 2008 als Kardiologe im HGZ und als Belegarzt im Krankenhaus Neu Bethlehem tätig. Er hat den Bereich der interventionellen Elektrophysiologie lokal etabliert und verfügt über eine besondere fachliche Qualifikation bei der Behandlung von Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche.

Mit Prof. Dr. Dirk Vollmann, der mit Dr. Benjamin Daume die belegärztliche Tätigkeit im Jahr 2014 aufnahm, wurde die interventionelle Elektrophysiologie ausgebaut und der Bereich der Rhythmologie gestärkt. Dr. Daume weist hingegen eine besondere Qualifikation im Bereich der Notfallmedizin und der interventionellen Behandlung der KHK auf.

PD Dr. Mark Hünlich ist seit 2018 Kardiologe im HGZ und Belegarzt im Krankenhaus Neu Bethlehem. Sein Schwerpunkt ist die interventionelle Kardiologie; ne-

ben komplexen Eingriffen an den Herzkranzgefäßen ist er auf die (minimalinvasive) Behandlung von Herz(klappen)fehlern spezialisiert.

Der aktuellste ärztliche Zugang, Prof. Dr. Lars Lühje, stammt aus dem Jahr 2020. Bemerkenswerterweise war sein Vater bereits langjährig Leiter der Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Neu Bethlehem. Mit Prof. Lühje konnte ein weiterer Kollege mit breiter kardiologischer Kompetenz für das HGZ und das Krankenhaus gewonnen werden. Neben der interventionellen Kardiologie und der Schrittmacher- u. ICD-Therapie liegt seine besondere Expertise im Bereich der interventionellen Elektrophysiologie, womit der rhythmologische Schwerpunkt im HGZ weiter ausgebaut wird.

Ausblick

Wie sieht die Zukunft der Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie und Angiologie bzw. des HGZ Göttingen aus? Primäres Ziel wird die Aufrechterhaltung einer Patientenbetreuung mit höchster medizinischer Versorgungsqualität, menschlicher Zuwendung und individualisiertem Augenmaß sein. Grundlage hierfür sind zum einen motivierte und qualifizierte Mitarbeiter, auf deren Auswahl, Förderung und Weiterbildung wir weiter großen Wert legen werden. Eine weitere wesentliche Grundlage ist der Erhalt der besonderen Vorteile der Belegarztstruktur mit unmittelbarer persönlicher Facharztbetreuung und der Verbindung ambulanter und stationärer Behandlungsformen. Wir werden uns der Herausforderung stellen, unsere Prioritäten trotz

der Ökonomisierung im deutschen Gesundheitssystem und der daraus resultierenden Auflagen für die Leistungserbringer aufrechtzuerhalten. Zur Wahrung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität werden wir auch weiter offen sein für medizinische Innovationen, sofern deren Sicherheit und überlegene Wirksamkeit durch klinische Studien gut belegt ist. Letztlich werden wir unsere medizinische Versorgungsqualität auch weiter extern überprüfen und bestätigen lassen. In diesem Sinne streben wir für das Jahr 2021 als führender Leistungserbringer in der Region die Zertifizierung als Vorhofflimmer-Abulationszentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie an.

Unsere Chirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Chirurgie früher

Schon aus der Steinzeit sind chirurgische Eingriffe nachgewiesen, die von den Patienten überlebt wurden. Ein etwa 50.000 Jahre alter Skelettfund eines männlichen Neandertalers in einer Höhle im Irak belegt eine Armamputation. Seit 12.000 Jahren lassen sich überlebte Trepanationen nachweisen.

Operationen wurden in der Antike, besonders bei Ägyptern, Griechen und Römern, mit speziellen (meist metallischen) Werkzeugen durchgeführt. Über die Erfolge und Heilungen ist wenig bekannt. Zu den Aufgaben der Chirurgie gehören seit jeher die Blutstillung bei Verletzungen sowie die Behandlung von Knochenbrüchen sowie von eiternden Wunden und chronischen Geschwüren. Auch konservative chirurgische Therapiemethoden sind seit dem Altertum bekannt. So wurde um etwa 1550 v. Chr. die Reposition und die anschließende Ruhigstellung von Unterkieferfrakturen mit Schienen und Binden beschrieben. Im 5. Jahrhundert v. Chr. wurde bereits über das Einrenken der Gelenke und Knochenbrüche berichtet.

Vom Mittelalter bis in die frühe Neuzeit wurde die Chirurgie auch als „Wundarznei“ bezeichnet. Der Chirurg Guy de Chauliac formulierte im 14. Jahrhundert: „Die Chirurgie löst Zusammenhängendes, verbindet Getrenntes und entfernt, was überflüssig ist.“ Zur Schmerzlinderung wurden beispielsweise mit Opium getränkte Schwämme dem Patienten vor Mund und Nase gehalten. Bekanntester Handwerkschirurg war Johann Andreas Eisenbarth (1663-1727), der seine letzte Ruhe im nahegelegenen Hannoversch Münden fand.

Aufgrund fehlenden Wissens über Infektionsgefahren wurden die Instrumente und die Hände des Arztes oft nicht gereinigt. Die Kittel waren damals dunkel, damit Schmutz und Blut darauf schwerer zu erkennen waren und man die Kittel nicht so oft waschen musste. Die Folge solch unhygienischen Vorgehens waren Wundinfektionen, Sepsis und Tod.

Ignaz Semmelweis ordnete ab 1847 erstmals strenge Hygienemaßnahmen an und leistete einen ersten wichtigen Beitrag zum Rückgang der Todesfälle. Joseph Lister experimentierte mit Karbol, ließ Hände und Instrumente damit reinigen, versprühte es über dem Operationsfeld und schuf ab etwa 1865 damit bereits eine keimarme Atmosphäre während des Eingriffs.

Der Durchbruch in der Chirurgie kam mit der Entdeckung der krankheitserregenden Keime durch das Mikroskop, den Erkenntnissen von Louis Pasteur und Robert Koch und der darauffolgenden Entwicklung der Asepsis. Ihren Siegeszug zum heutigen Standard begründeten dann die Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von medizinischen Werkzeugen und Materialien sowie die Einführung von sterilen Operationshandschuhen aus Gummi.

Die Leistungsfähigkeit der heutigen Chirurgie ist ohne die Einführung der Schwefeläther-Narkose nicht vorstellbar. Todesfälle durch Schock (schmerzbedingt) waren neben Infektionen und Blutungen eine häufige Todesursache.

Als ein Meilenstein der Chirurgie gilt die erstmals 1896 geglückte Naht einer Stichwunde am Herzen.

Ab 1990 etablierten sich die minimalinvasive Chirurgie und die moderne Wundversorgung.



Dr. Hans-Henning Hildebrand (1985)

Heute ist die chirurgische Abteilung im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem eine Belegabteilung und arbeitet eng mit der chirurgischen Praxis am Waldweg zusammen.

Chirurgie heute

125 Jahre Neu Bethlehem, das ist für ein Krankenhaus in Zeiten großer Veränderungen eine lange Zeit. Der Beginn einer chirurgischen Abteilung reicht ins Jahr 1887 zurück, als entschieden wurde, eine kleine Operationseinheit im Stift Alt Bethlehem in der Oberen Karspüle zu etablieren. Aber auch nach der Fertigstellung des Neubaus 1896 am Kirchweg 8 (heute Humboldtallee) fristete die Chirurgie ein Schattendasein. Über Jahrzehnte wurden die chirurgischen Betten von Ordinarien der Universität für die Behandlung von Privatpatienten genutzt. Von 1970 bis 1984 wurde die Chirurgie als Hauptabteilung durch Prof. Georg Ebert geführt.



1985 übernahm Dr. Hans-Henning Hildebrand die Leitung der chirurgischen Abteilung. Als versierter Operateur sowohl in der Viszeral- als auch in der Gefäß- und Unfallchirurgie konnten die Weichen für ein breites Spektrum operativer Eingriffe gestellt werden, sodass alle Voraussetzungen für zukünftige Schwerpunktbildungen gegeben waren. Von der Schrittmacherimplantation bis zum Aortenersatz, von der Leistenhernie bis zu Magen- und Dickdarmoperationen, das Portfolio der Eingriffe war ausgesprochen umfangreich. Selbst die Therapie der Coxarthrose mit Implantationen von Hüftprothesen stand auf dem OP-Programm. Seitdem hat die „Chirurgie Neu Bethlehem“ eine rasante Entwicklung erfahren und ist zu einem wesentlichen Eckpfeiler der Klinik geworden. Die häufig diskutierte Frage, ob die Chirurgie als Haupt- oder Belegabteilung geführt werden sollte, wurde 1985 zugunsten des Belegarztmodells entschieden. Für das Krankenhaus und die chirurgische Abteilung sowohl in medizinischer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht ein überaus wichtiger und erfolgreicher Schritt.



Von großem Vorteil ist, dass stationäre und ambulante Therapie in einer Hand liegen: Wir Chirurgen behandeln unsere Patient*innen nicht nur in der Praxis am Waldweg, sondern auch während eines Aufenthalts im Krankenhaus. Durch die Belegarztstätigkeit können Patient*innen vom ersten Kontakt in der Praxis, der Ermittlung der Diagnose über die Planung der notwendigen Therapie bis zur eventuellen Operation und der Nachbehandlung durchgängig begleitet werden. Informationsverluste und Doppeluntersuchungen werden so vermieden. Eine ideale Koordination von ambulanter und stationärer Therapie ist durch dieses Modell möglich und erfüllt den Wunsch der Patient*innen nach einer umfassenden Betreuung. Die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen ist ebenso selbstverständlich wie die Einbeziehung anderer Fachärzt*innen.

Die große Akzeptanz von Patient*innen und Zuweisert*innen mit immer weiter steigenden Operationszahlen erforderte erhebliche bauliche Veränderungen

sowohl für das Krankenhaus als auch für die auf dem Krankenhausgelände liegende chirurgische Praxis. 1994 konnte der lang ersehnte neue Funktionstrakt mit zwei OP-Sälen und einem Intensiv-/Aufwachbereich in Betrieb genommen werden. Eine weitere Entlastung bedeuten der Neubau des Bettenhauses (1996) und in den Folgejahren die Sanierung des alten Bettenhauses. 2012 konnte durch den neuesten OP-Trakt eine Einheit geschaffen werden, die den aktuell geforderten medizinischen Standards in jeder Hinsicht entspricht.

Viele Verhandlungen u. a. mit dem Sozialministerium waren über Jahre notwendig, um diese Baumaßnahmen durchführen zu können. Auch Erweiterungen der Praxis wurden immer dringender. Die hierfür erforderlichen Gespräche verliefen allerdings sehr viel unkomplizierter.

Zufälliges Treffen im Garten mit dem damaligen Geschäftsführer Hans-Hermann Heinrich:

Chirurg: „Wir brauchen unbedingt mehr Praxisfläche.“

Herr Heinrich: „Wieviel braucht Ihr denn?“ Chirurg:

„So um die 200 m² bis 300 m² würden uns vorerst reichen!“ Herr Heinrich: „Gut, machen wir!“ So unbürokratisch können Entscheidungen getroffen werden. Bereits 2005 wurde die erste Erweiterung eingeweiht und bei stetig steigendem Bedarf 2015 ein weiterer OP-Trakt mit zwei OP-Sälen einschließlich Aufwachbereich für ambulante Operationen in Betrieb genommen, sodass wir jetzt über eine Praxisfläche von 650 m² verfügen.

Ermöglicht wurde all dies, da sich die unkomplizierte und direkte Zusammenarbeit mit unserem jetzigen Geschäftsführer Christian v. Gierke nach dem Ausscheiden von Hans-Hermann Heinrich fortsetzte.

Weder für die ambulante Tätigkeit in der Praxis noch für die Betreuung der stationären Patient*innen sind ausschließlich eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und bauliche Voraussetzungen das Geheimnis des Erfolgs. Gerade die chirurgische Fachrichtung kann sich bei zunehmender Veränderungsdyna-

mik nur entwickeln, wenn Mitarbeiter*innen einen Teamgeist entwickeln, der die gesamte Abteilung trägt. Die gute Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen, Kreativität und die hohe Motivation aller Mitarbeiter*innen garantieren eine optimale Betreuung der Patient*innen. Beispielhaft sei unsere ehemalige Stationsleitung Schwester Erika erwähnt, die sich jahrzehntelang nicht nur um das Wohl der Kranken und der Mitarbeiter*innen gekümmert hat; ihre Fürsorge galt allen Menschen. Schwester Erika war u. a. nicht davon abzuhalten, sich regelmäßig um die Körperpflege eines bekannten Göttinger Obdachlosen zu sorgen, der sich unsere überdachte Einfahrt als Zweitwohnsitz auserkoren hatte. Ganz im Sinne des Krankenhauses zu handeln, ist unseren Schwestern und Pflegern selbstverständlich. Typisch ist folgender kurzer Dialog mit der OP-Leitung. Chirurg: „Schwester Ricarda, es ist spät, aber wir haben hier noch einen Patienten mit akutem Blinddarm. Könnten wir aber auch weiterschicken!“ Ricarda mit kurzer Gegenfrage: „Sie wollen WAS?“



Unser Spektrum

In den letzten 35 Jahren waren die Veränderungen in jeder Hinsicht bedeutend. Die Dauer des durchschnittlichen stationären Aufenthalts lag in den 80er-Jahren über der heutigen, obwohl aktuell deutlich mehr medizinisch aufwendigere Eingriffe durchgeführt werden und zudem eine Verschiebung von kleinen und mittelgroßen Operationen in den ambulanten Sektor stattgefunden hat. Unter anderem liegt dies an neuen Operationsverfahren, die für Patient*innen schonender sind und eine frühe Entlassung möglich machen.

Diese Entwicklung führte zu einer weitgehenden Spezialisierung in der Viszeral- und Gefäßchirurgie. Folgende Eingriffe werden angeboten und in großer Frequenz vorgenommen.

Viszeralchirurgie

Einen wesentlichen Schwerpunkt bildet bereits seit 1990 die laparoskopische Chirurgie (Operationen an Bauchorganen mittels Bauchspiegelung). Routinemäßig werden Blinddarm- und Gallenblasenentfernungen sowie Dickdarmresektionen bei Entzündungen des Sigmas durchgeführt. Auch bei der minimalinvasiven Fundoplikatio (Therapie der Refluxerkrankung) profitieren die Patient*innen von diesem schonenden Verfahren.

Mittlerweile operieren wir über 400 Leistenhernien im Jahr endoskopisch, meist total extraperitoneal; das ist ein Eingriff, der den Patient*innen eine volle Belastung bereits nach einer Woche erlaubt. Wie bei anderen laparoskopischen/endoskopischen Verfahren sind geringere postoperative Schmerzen einer der wesentlichen Vorteile gegenüber konventionellen Eingriffen. Aufgrund der hohen Fallzahl mit entsprechender Expertise erhielten wir das Siegel der DHG (Deutsche Hernien Gesellschaft).

Zu den Operationen des Bauchraums gehören die Dickdarm- und Magenchirurgie ebenso wie konventionelle Eingriffe von Bauchwandbrüchen, wenn laparoskopische Verfahren nicht geeignet sind.

Auch die sog. endokrine Chirurgie wächst zahlenmäßig seit vielen Jahren kontinuierlich. Operationen der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse mit intraoperativem Neuromonitoring werden nahezu täglich durchgeführt.

In regelmäßigen Abständen finden am Krankenhaus Neu Bethlehem Tumorkonferenzen statt. Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachdisziplinen (u.a. Chirurgie, Onkologie, Gynäkologie, Urologie, Strahlentherapie) nehmen hieran teil, sodass den betroffenen Patient*innen eine optimale und individualisierte Therapieplanung angeboten werden kann.

Gefäßchirurgie

Weltweit ist die Zahl der Patient*innen, die an Durchblutungsstörungen leiden, binnen eines Jahrzehnts um über 20 % gestiegen. Für diese Entwicklung ist nicht nur die Demographie verantwortlich, sondern auch die Zunahme an Begleiterkrankungen wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Parallel hierzu hat es eine enorme Weiter- und Neuentwicklung besonders von interventionellen Verfahren gegeben. In der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Neu Bethlehem werden mittlerweile deutlich über 350 arterielle Eingriffe vorgenommen. Das Einzugsgebiet erstreckt sich über ganz Südniedersachsen und darüber hinaus.

Da je nach Stadium der Durchblutungsstörung und Beschwerdebild eine individuelle Therapieplanung für die Patient*innen zu erstellen ist, arbeiten wir Gefäßchirurg*innen sehr eng mit Angiolog*innen und Radiolog*innen sowie Neurolog*innen, Nephrolog*innen und Diabetolog*innen in einem interdisziplinären



Das Ärztehaus im Waldweg

Unser Ärzteteam: Dr. med. Farhad Schahmirzadi, Barbara Brübach, Dr. med. Thomas Kranz, Dr. med. Christian Loweg, Dr. med. Antje Strohmeier, Dr. med. Kristoffer Elias, Dr. med. Aurel Kühnelt

Gefäßzentrum zusammen. Das Gefäßzentrum verfügt über alle apparativen Voraussetzungen, um sehr schnell eine sichere Diagnose stellen zu können. Falls konservative Maßnahmen (z. B. Gehtraining, medikamentöse Therapie, Nikotinabstinenz) nicht zum gewünschten Erfolg führen, können in späteren Stadien invasive Maßnahmen notwendig werden, wobei die wesentlichen chirurgischen Optionen die Ausschälungsverfahren (Thrombendarteriektomie, TEA) und Bypässe umfassen. Diese offenen chirurgischen Verfahren betreffen nicht nur das Becken und die Beine, sondern ganz wesentlich auch die Verengung der Halsschlagader (Carotisstenose). Nicht offen-chirurgisch bzw. interventionell werden die Arterien vor allem mittels Ballonkatheterdilatation (perkutane transluminale Angioplastie, PTA) und/oder mittels Einbringen eines Stents wieder eröffnet. Mittlerweile kann sogar die offene Thrombendarteriektomie teilweise durch die interventionelle Rotationsarteriektomie ersetzt werden. Hierbei wird nach Legen

einer Schleuse in die Femoralarterie ein Katheter mit einem kleinen Bohrkopf eingeführt, der die verkalkten Gefäßwandanteile „wegfräst“. Auch bei der Behandlung des Bauchaortenaneurysmas (BAA) gilt bei entsprechenden Voraussetzungen: endovaskulär vor offenen Operationen. Das EVAR-Verfahren (endovascular aortic repair) ist zwar technisch sehr viel aufwendiger und erfordert idealerweise einen Hybrid-Operationsaal, die peri- und postoperative Belastung für die Patient*innen ist jedoch deutlich geringer als beim offenen Ersatz der Aorta mit großem Bauchschnitt. Der Krankenhausaufenthalt verkürzt sich wie bei allen endovaskulären Interventionen erheblich. Deutlich zugenommen hat auch die Versorgung von Dialysepatienten, die zur Anlage eines Shunts oder eines Hämodialyskatheters in unsere Klinik kommen. Oft erfolgt direkt im Anschluss an den Eingriff die erste Dialyse.

Ambulante Chirurgie

Wann immer möglich, werden Operationen ambulant in unserer Praxis am Waldweg durchgeführt. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Varizenchirurgie, bei der wir schonende Techniken wie die Kryochirurgie (Strippen der Stammvene mit Kältetechnik) oder das VNUS-Verfahren (Radiofrequenzablation) anwenden. Die fundierte phlebologische Expertise erlaubt nicht nur ein differenziertes Vorgehen in der Krampfaderbehandlung, sondern erstreckt sich auch auf die Diagnostik der tiefen Beinvenenthrombose und anderer venöser Krankheitsbilder. Viele onkologische Patient*innen benötigen einen venösen Port für die Chemotherapie, den wir in lokaler Betäubung legen können. Auch die RepARATION von Bauchwandbrüchen mit und ohne Netzverstärkung ist bei geeigneten Patient*innen ohne Weiteres ambulant möglich. Gegebenenfalls ist hierfür eine Vollnarkose notwendig, die von einem erfahrenen Anästhesieteam vorgenommen wird.

Zur täglichen Routine in der ambulanten Chirurgie gehören darüber hinaus Eingriffe an der Hand (Karpaltunnelsyndrom, Morbus Dupuytren, schnellender Finger, etc.) sowie die Entfernung von Weichteiltumoren der Körperoberfläche.

125 Jahre Neu Bethlehem und über 35 Jahre „Chirurgie am Waldweg“: Das ist ein gemeinsames Erfolgsmodell, das auch in Zukunft Bestand haben wird und viele Entwicklungsmöglichkeiten bietet.

Unsere Koloproktologie und chirurgische Endoskopie

Koloproktologie früher

Die Anfänge der Spezialisierung zur Gastroenterologie gehen zurück ins 19. Jahrhundert. Carl Ewald gab im Jahr 1879 den ersten Band seiner „Klinik der Verdauungskrankheiten“ heraus. Ismar Boas eröffnete 1886 als erster „Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten“ eine Praxis in der Berliner Friedrichstraße und etablierte auf diese Weise die Gastroenterologie. 1924 wurde der Begriff des Facharztes für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten eingeführt. Als medizinische Teilgebiete entwickelten sich im Laufe der Zeit die Spezialisierungen der Proktologie und der Koloproktologie.

Die fortlaufende Entwicklung von Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führten zu den großen Fortschritten in der Koloproktologie und Endoskopie.

Koloproktologie und chirurgische Endoskopie heute

Die Praxis für Koloproktologie und chirurgische Endoskopie im Waldweg 1 in Göttingen ist auf End- und Dickdarmerkrankungen sowie die Endoskopie des oberen und unteren Verdauungstrakts spezialisiert. Seit 2005 sind die Praxisinhaber PD Dr. med. Stephan Samel, Chirurg und Viszeralchirurg und Dr. med.

Michael Mügge, Chirurg und Ernährungsmediziner, als Koloproktologen ambulant und als Belegärzte im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem tätig.

Die Praxis befindet sich auf dem Campus des Krankenhauses. Hier können ambulante und stationäre Behandlungen durchgeführt und Patienten kontinuierlich betreut werden.

Dr. Samel und Dr. Mügge wurden als Ärzte für Proktologie von der Ärztekammer Niedersachsen und als Fachärzte für Koloproktologie vom European Board of Surgical Qualification geprüft.

Die Praxis wurde 1981 von PD Dr. Ulrich Schiller als eine der ersten Praxen mit einem Schwerpunkt auf der Behandlung von Enddarmleiden in Deutschland gegründet. Dies beruhte neben der fachlichen Spezialisierung auch auf dem damals neuen Konzept der belegärztlichen Behandlung, bei der ambulante und stationäre Behandlung in der Hand eines Arztes bleiben. 2005 wurde die Praxis von Dr. Samel und Dr. Mügge umgebaut und erweitert. Seither stehen auf einer Praxisfläche von 400 m² moderne und zertifizierte Untersuchungs- und Behandlungsräume und Belegbetten im Krankenhaus Neu Bethlehem zur Verfügung.

Schwerpunkte:

Neben der proktologischen Basisdiagnostik und dem breiten Spektrum von Präventionsuntersuchungen (Darmspiegelungen, AIN-Screening HIV-positiver Patienten, Ernährungsberatung) bieten wir koloproktologische Diagnostik auf der technischen Höhe der Zeit an. Dazu gehören die Endoskopie des unteren und oberen



Dr. med. Michael Mügge



PD Dr. med. Stephan Samel

Verdauungstrakts (Darm- und Magenspiegelung), die Ultraschalluntersuchung des Bauchraums und Enddarms (Endosonographie) sowie die hochauflösende optische Untersuchung des Analkanals (Anoskopie). Auch die Diagnostik perianaler Hauterkrankungen (Ekzeme, Feigwarzen usw.) ist Teil unserer Tätigkeit. Weitere Schwerpunkte sind die Untersuchung und die Behandlung der Stuhlinkontinenz (Stuhlhalteschwäche) und der Beckenbodenschwächen (Mastdarmvorfall, Entleerungsstörung). Ebenso bieten wir in Zusammenarbeit mit HIV-Schwerpunkteinrichtungen in Göttingen und Kassel die Vorsorge, Diagnostik und Therapie analer Erkrankungen HIV-positiver Menschen an.

Nur ein kleiner Teil proktologischer Erkrankungen muss operiert werden. Wir beherrschen das gesamte Repertoire der konservativen (nicht operativen) Behandlung unseres Fachgebiets einschließlich der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa).

Zu unserem operativen Leistungsspektrum gehören die Behandlung von Fissuren, Fisteln, Hämorrhoiden, Tumoren, des Mastdarmvorfalls, von Stuhlentleerungsstörungen und der Stuhlinkontinenz, einschließlich der Implantation von sakralen Neuromodulatoren (Beckenbodenschrittmacher).

Patienten mit Blutungen aus dem Darm nach Strahlentherapie (Strahlenproktopathie) werden von uns mittels endoskopischer Verfahren behandelt.

Kooperationen:

Eine vertragliche Kooperation mit der chirurgische Universitätsklinik besteht seit 2008. Im Rahmen dieser Kooperation wurden verschiedene Zertifikate der Fachgesellschaften für Koloproktologie und chirurgische Endoskopie erworben. Seit 2016 wird die Praxis von der Deutschen Krebsgesellschaft jährlich als Hauptkooperationspartner des Darmkrebszentrums der Universitätsmedizin Göttingen zertifiziert.

Unsere Plastische Chirurgie

Plastische Chirurgie früher

Indien gilt als Geburtsland der Schönheitschirurgie. Die Grundprinzipien der plastischen Chirurgie wurden schon 600 v. Chr. in einer Abhandlung von Sushruta beschrieben. Als vermutlich erster plastischer Chirurg rekonstruierte er die Nase mit Hautlappen, beispielsweise von Stirn oder Wange. Im 15. Jahrhundert fand diese Methode den Weg nach Europa und wurde verbessert, allerdings kam sie durch das Eingreifen der katholischen Kirche zum Stillstand. Die erfolgreiche Einführung von Anästhesien und Antiseptika Mitte des 19. Jahrhunderts machte chirurgische Eingriffe sicherer und einfacher. Der Grundstein

für die moderne Medizin war gelegt, denn die neuen Erkenntnisse ermöglichten nun auch schmerzhaftere Behandlungen. Im frühen 19. Jahrhundert war die treibende Kraft hinter den rapiden Entwicklungen zweifelsohne der Erste Weltkrieg.

Bis in die 1950er-Jahre experimentierten Ärzte an verschiedenen Möglichkeiten zur Brustvergrößerung. Bienenwachs wurde beispielsweise als Implantat in Betracht gezogen, jedoch ohne Erfolg. In den 1960ern kam dann der große Durchbruch von zwei texanischen Chirurgen: Sie entwickelten ganz zufällig das Silikonimplantat. Auch erste Versuche einer Fettabsaugung wurden zu dieser Zeit unternommen, erfolgreich durchführen konnten Ärzte diese aber erst 1980. In den letzten Jahrzehnten hat die plastische Chirurgie große Fortschritte gemacht. Dank moderner Technologien lernen ästhetische Experten stetig dazu und entdecken fortlaufend einfache, unkomplizierte Verfahren für Veränderungen, von den frühen Anfängen in Indien bis zu den jüngsten Errungenschaften.

Plastische Chirurgie heute

Im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem wird das breite Spektrum der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie angeboten. Das selbstständige Fachgebiet wird auch formende Chirurgie genannt und befasst sich mit dem äußeren Erscheinungsbild des Menschen. Bei allen Operationen spielt der ästhetische Aspekt eine besonders wichtige Rolle,



denn Funktion und Form gehen immer Hand in Hand. Seit 2014 ist Dr. med. univ. Hafiez Said als niedergelassener Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie für das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem tätig.

Das Ziel der plastischen Chirurgie ist es, verlorene oder fehlende Funktion und Form am Körper wiederherzustellen. Die Operationen können daher auf eine medizinische Indikation hin durchgeführt werden (zum Beispiel Brustwiederaufbau nach Brustkrebsbehandlungen) oder der ästhetischen Schönheit dienen. Damit werden sowohl die Gesundheit als auch das seelische Wohlergehen der Patienten unterstützt.

Erweitert wird das Spektrum durch Brustverkleinerungen, angleichende Operationen bei unterschiedlich großen Brüsten und Operationen an der männlichen Brust bei Gynäkomastie. Zur umfassenden Behandlung auch von komplizierten Fällen werden aktuelle operative Verfahren und die modernste technische Ausrüstung eingesetzt.

In der Fachabteilung Chirurgie hat Herr Dr. Said aufgrund seiner langjährigen Erfahrung im Bereich der operativen Behandlung von Hautkrebs eine hohe Kompetenz. Als Facharzt für Chirurgie und Facharzt für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie umfasst sein Leistungsspektrum auch die komplexe Wiederherstellung wie z. B. im Bereich der Hautstraffungsoperation nach einer Gewichtsabnahme.

Im Bereich ästhetische Chirurgie werden Schönheitsoperationen im Brust- und Gesichtsbereich – wie z. B. Brustvergrößerungen, Brustverkleinerungen, Gesichtstraffungen, Schlupflidoperationen, wasserstrahlassistierte Fettabsaugungen und Lipofilling – durchgeführt. Die chirurgischen Eingriffe erfolgen in den Operationssälen des AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem. Dr. Said steht dafür ein festes Team von Anästhesisten, OP-Schwestern/-Pflegerinnen etc. zur Verfügung. Teilweise finden die Operationen in Kooperation mit anderen Chirurgen und/oder Gynäkologen des Krankenhauses statt.



Dr. med. univ. Hafiez Said

Unsere Augenheilkunde

Augenheilkunde früher

Die Geschichte der Augenheilkunde reicht weit zurück. Bereits in babylonischen Texten vor über 3.600 Jahren wurden Vorschriften für Augenoperationen erlassen. Auch aus der ägyptischen Zeit von 2500 bis 500 v. Chr., als es bereits Spezialärzte für Augenbehandlungen gab, sind einige Papyri mit augenheilkundlichen Therapieanweisungen bekannt.

Sogar in der Bibel ist die Behandlung einer nach Hornhautverätzung durch warmen Schwalbenkot entstandenen Macula durch Fischgalle genannt.

Zum Glück entwickelte sich die Augenheilkunde im Lauf des 18. Jahrhunderts, besonders aber im 19. Jahrhundert, als selbstständiges Fach aus der Chirurgie

heraus. Das Aufkommen des Mikroskops im 19. Jahrhundert war ein entscheidender Meilenstein in der Augenheilkunde ebenso wie die Nutzung des Ultraschalls seit den 1970er-Jahren und etwas später waren es auch Laseroperationen.

Augenheilkunde heute

Ultraschall und laserunterstützte Operationsmethoden gehören heutzutage zum Standardrepertoire. Das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem arbeitet in der Augenheilkunde seit Jahren erfolgreich mit der



Prof. Dr. med. Hans Hörauf



Dr. med. Gabriele Schröder



Dr. med. Moritz Schröder

Praxis am Theaterplatz zusammen in enger Kooperation mit den Belegärzten Prof. Dr. med. Hans Hörauf, Dr. med. Gabriele Schröder und Dr. med. Moritz Schröder. Die operativen Eingriffe werden überwiegend ambulant durchgeführt, sodass die Patienten oft am OP-Tag noch nach Hause gehen können und sich zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung erholen können. Sollte dennoch eine stationäre Behandlung indiziert sein, erfolgt die Versorgung und Therapie in schönen modernen Patientenzimmern des AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem.

Untersuchungen und Behandlungen am Auge erfordern höchste Präzision. Dafür steht ein eigens eingerichteter Operationssaal mit Aufwachraum in der angegliederten Praxisklinik am AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem zur Verfügung. Durch die Ausstattung des Operationssaals mit einem modernen Operationsmikroskop und zwei Phakoemulsifikationsgeräten für Vorder- und Hinterab-

schnittschirurgie sowie allen dafür erforderlichen mikrochirurgischen Instrumenten ist es den Augenärzten möglich, Mikrochirurgie auf höchstem Niveau anzubieten. So werden pro Jahr ca. 1.500 Grauer-Star-Operationen mit Ersatz der getrübten Augenlinse durch eine Kunstlinse durchgeführt. Ebenso erfolgreich werden eine Vielzahl an Grüner-Star-Operationen, Entfernung von Lidtumoren, YAG-Laserbehandlungen beim Nachstar durchgeführt sowie Korrekturen von Lidfehlstellungen und Ober- und Unterlidkorrekturen behandelt.

Auch intravitreale operative Medikamentenapplikationen (IVOM) haben sich bei altersbedingter Makuladegeneration und diabetischen Folgeerkrankungen im Auge als Methode etabliert. Dabei handelt es sich um Spritzen, die im Rahmen der IVOM-Behandlung bestimmte Arzneistoffe ins Auge einbringen, um im optimalen Fall eine Sehverbesserung oder eine Erhaltung der Sehleistung zu erreichen.

Unsere Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Hals-Nasen- Ohrenheilkunde früher

Einige Wurzeln der HNO (Laryngologie, Otologie und Rhinologie) reichen schon in frühere Jahrhunderte zurück. Aber sie gerieten wieder in Vergessenheit. Erst im 19. Jahrhundert wandelte sich die Fachrichtung HNO aus der Chirurgie heraus. Die Entwicklung von neuen Untersuchungsmethoden ermöglichte Diagnose und Behandlung der Krankheiten von Ohr, Nase und Kehlkopf.

So konstruierte beispielsweise der Kreisphysikus Hofmann 1841 einen perforierten Hohlspiegel mit Griff zur Untersuchung und Helmholtz erfand 1851 den Augenspiegel. Von Tröltzsch führte 1855 den in der Mitte mit einem Loch versehenen Ohrenspiegel in die Klinik ein.

Auf Dauer war es die Einführung der Lokalanästhesie, die die Verschmelzung der Fachrichtungen bewirkte. Durch die Einführung der Narkose wurden neue Operationsverfahren ermöglicht, die die fulminante Entwicklung der HNO-Geschichte auslösten. Mit der Entdeckung des Mikroskops als Operationsinstrument zum Anfang des 20. Jahrhunderts erlebte die Mittelohrchirurgie ihre erste Blüte. Rekonstruktionen der Gehörknöchelchenkette wurden erstmals vorgestellt. Es ging jetzt nicht mehr nur um die Behandlung der Entzündung, sondern auch um die Erhaltung des Hörens. Der Fokus auf den Hörsinn wurde von nun an chirurgisch und konservativ bis zum heutigen Zeitpunkt eine Säule des Fachs.

Hals-Nasen- Ohrenheilkunde heute

In Göttingen wurden nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges Operationen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich ausschließlich in der Universitäts-HNO-Klinik durchgeführt, die sich seinerzeit in der Geiststraße befand.

1947 hatte sich der Hals-, Nasen-, Ohrenarzt Priv. Doz. Dr. med. Hellmut Uffenorde in Göttingen niedergelassen und eröffnete eine operative HNO-Abteilung im Krankenhaus Alt Maria Hilf. Dieses katholisch geführte Krankenhaus gehörte zum Orden der Vinzentinerinnen in Hildesheim und lag im Zentrum von Göttingen, in der Turmstraße.

Im September 1964 verstarb Dr. Hellmut Uffenorde, und kurze Zeit danach wurde das Krankenhaus Alt Maria Hilf komplett geschlossen.

Der HNO-Arzt Dr. med. Dietrich Kosciessa, ehemaliger Assistenzarzt von Dr. Uffenorde, begründete daraufhin 1968 eine neue operative HNO-Belegabteilung im Krankenhaus Neu Bethlehem.

Im Oktober 1985 eröffnete Dr. med. Jochim Uffenorde (Sohn des Hellmut Uffenorde) seine HNO-Praxis auf



Dr. med. Roland Gerlach



Priv. Doz. Dr. med. Stefan Hansen

dem Krankenhausgelände (Waldweg 1) und wurde ebenfalls operativ tätiger HNO-Belegarzt in unserem Krankenhaus.

Nachdem Dr. Kosciessa 1991 aus Altersgründen ausgeschieden war, kam Ende des gleichen Jahres Dr. med. Roland Gerlach als HNO-Belegarzt in das Krankenhaus Neu Bethlehem. Seine Praxis befindet sich im Nikolausberger Weg 34 (Humboldtbogen), nahezu gegenüber vom Krankenhaus Neu Bethlehem.

Im Januar 2015 trat als weiterer HNO-Arzt Dr. med. Roland Barwing in die Praxis am Waldweg ein und wurde als Belegarzt in der HNO-Abteilung unseres Krankenhauses zugelassen.

Seit Januar 2020 ist Priv. Doz. Dr. med. Stefan Hansen als Nachfolger und Neffe von Dr. Uffenorde neuer HNO-Belegarzt im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem.

Das Spektrum der HNO-Belegabteilung kann aufgrund optimaler räumlicher und technischer Bedingungen

ständig erweitert werden und umfasst einen Großteil aller Operationen im HNO-Fachgebiet.

Besondere Schwerpunkte sind die mikroskopische Ohrchirurgie mit Durchführung von Trommelfell- und Steigbügelplastiken bei verschiedenen Formen von Mittelohrkrankungen und Hörstörungen. Des Weiteren werden Weichteileingriffe am Hals sowie endoskopische funktionelle Eingriffe an den Nasennebenhöhlen und der Nase, aber auch äußere Korrekturen der Nase und der Ohren durchgeführt. Ferner werden – oft in Verbindung mit einer operativen Verbesserung der Nasenatmung – Eingriffe am Gaumensegel zur Behandlung von Schnarchen und obstruktivem Schlafsyndrom – Apnoe – vorgenommen.

Neben den stationären Operationen werden durch die HNO-Belegärzte auch ambulante Eingriffe in der angegliederten Praxisklinik Nikolausberger Weg 43 durchgeführt, wie zum Beispiel die Entfernung kindlicher Polypen, Paukenröhrchen-Einlage oder die Reduktion der Gaumenmandeln mittels Laser oder Radiofrequenz.

Unser Kooperationspartner: Praxisklinik Nikolausberger Weg 43

Zentrum für ambulante Operationen und Anästhesie



Dr. med. Andreas Meißner
Leitender Arzt

Im Jahr 1994 entschied der damalige Geschäftsführer des Krankenhauses, Hans-Hermann Heinrich, das ehemalige Bäckerei- und Wohngebäude am Nikolausberger Weg 43 zu einem OP-Zentrum für ambulante und augenärztlich stationäre Operationen umzubauen.

Seit der Eröffnung bis heute wird es vom jetzigen Inhaber Dr. med. Andreas Meißner anästhesiologisch und organisatorisch geleitet. Das Spektrum der operierenden Disziplinen wie auch die Anzahl der Operationen wird ständig erweitert.

Mehr als 3.000 operative Eingriffe im Jahr werden auf zwei OP-Etagen mit OP-Sälen und zugeordnetem Aufwachraum durchgeführt. Die operativen Fachgebiete, mit denen eine teils jahrzehntelange Zusammenarbeit

besteht, reichen von Augenheilkunde über Gynäkologie, Proktologie und HNO bis hin zur Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Zahnheilkunde. Auch auswärtige Standorte werden durch die Anästhesisten regional mitversorgt.

Alle modernen Anästhesietechniken und Überwachungsmethoden zur sicheren Behandlung kommen durch die niedergelassenen Anästhesisten Dr. Andreas Meißner (Vertragsarzt der KVN seit 1999), die angestellte Ärztin Dr. Janina Bartels und die kooperierende niedergelassene Ärztin Dr. Doris Wolter (KVH) zum Einsatz. Großen Wert legen wir auf eine gründliche und umfassende Aufklärung der Patienten vor dem Eingriff und eine zuwendungsorientierte, angstreduzierende Behandlung.

Besonders hervorzuheben ist die sehr lange und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem gesamten AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem, das durch die unmittelbare räumliche Anbindung eine zusätzliche Sicherheit und stete Erreichbarkeit sichert.

Die Praxisklinik beschäftigt 15 Mitarbeiter*innen verschiedener Gesundheitsberufe und bildet seit vielen Jahren auch zu Medizinischen Fachangestellten aus. Derzeit befinden sich eine junge Frau und ein junger Mann im Ausbildungsgang.

Unser Pflege- und Funktionsdienst

Von der Krankenwärterin über die Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpflegerin bis hin zur Pflegefachfrau.

Pflegedienst früher

Die Geschichte der Menschheit ist eng verbunden mit der Sorge um Kranke und Verletzte. Bereits in der Frühzeit wurden Knochenbrüche erfolgreich behandelt, was Funde von Skeletten belegen. Auch die Geburtshilfe ist seit dieser Zeit ein fester Bestandteil des „sich um andere kümmern“ in einer Zeit, als die ersten Hochkulturen entstanden und die Menschheit sesshaft wurde.

Frühe Schriften aus dem alten Orient, Ägypten, Indien, Griechenland, dem Judentum und dem Islam berichten über die Anfänge der Krankenversorgung und -pflege, die schon immer eng mit der Medizin verbunden war. Im Christentum kam ein neuer Aspekt pflegerischen Handelns auf, der unser Handeln bis heute prägt: die tätige Nächstenliebe. Sie begründet sich auf dem Wort JESU: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“. ER gab uns die Geschichte vom barmherzigen Samariter als Beispiel, in der die Fürsorge an Hilfsbedürftigen ohne Vorbehalte erzählt wird.

Im Lauf der Jahrhunderte haben sich in Mitteleuropa ab dem Mittelalter Ordensgemeinschaften in Klöstern und Hospitälern der Krankenpflege angenommen, meist getrieben von der Not der Menschen, die durch verheerende Epidemien wie die Pest oder auch durch Kriege verursacht wurde. Aus dieser Zeit stammen zum Beispiel die Gemeinschaften der Barmherzigen Brüder, der Franziskanerinnen, der Dominikanerinnen oder auch die Barmherzigen Schwestern des heiligen Vinzenz von Paul, kurz Vinzentinerinnen.

Aus der stetigen Entwicklung der Medizin resultiert auch die Weiterentwicklung der Pflege. Sie wurde zu einer

Profession, und die Pflegekräfte bekamen eine Ausbildung. Ende des 18. Jahrhunderts wurden im deutschsprachigen Raum die ersten Krankenpflegeschulen gegründet und damit der Grundstein für die weltlichen Krankenhäuser gelegt, in denen die Krankenpflege nicht mehr rein christlich motiviert ausgeübt wurde.

Eine generalistische Pflegeausbildung ist 2020 eingeführt worden und ersetzt die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Sie ist im Pflegeberufereformgesetz bundeseinheitlich geregelt und bildet den Grundstein für einen stetigen Entwicklungs- und Professionalisierungsprozess.

Der Satz „Liebe deinen Nächsten“ fasst das Wirken und die Botschaft Jesu zusammen (Markus-Evangelium, Kapitel 12, Vers 31). Dieser Auftrag gilt für all unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Grundlage für ihr Wirken und Handeln.

Pflege- und Funktionsdienst heute



Pflegedienstleitung

Martin Weinrich

Wir sind die zahlenmäßig größte Berufsgruppe in unserem Haus mit dem intensivsten Patientenkontakt. Schon allein aus diesem Grund kommt unserer Profession eine sehr große Bedeutung zu. Wir vermitteln den uns anvertrauten Menschen mit unserer hohen fachlichen und sozialen Kompetenz



den besonderen christlichen Charakter unserer Einrichtung. Unser tägliches Bemühen ist es, christliche Nächstenliebe erlebbar zu machen.

Dies drückt sich im Umgang miteinander aus. Schon nach kurzer Zeit fühlen sich neue Mitarbeiter heimisch. Die Größe des Hauses spielt dabei eine herausragende Rolle. Wir kennen uns und begegnen uns freundlich. Ein freudiger Gruß ist selbstverständlich, wenn wir jemanden sehen – egal, ob wir direkt miteinander arbeiten oder nicht. Dies prägt auch den Umgang mit allen anderen Berufsgruppen, mit den Patienten, den Angehörigen und externen Mitarbeitern unseres Hauses. Dabei ist die Religion oder Weltanschauung, die ethnische Herkunft oder die Hautfarbe des Mitmenschen vollkommen unerheblich.

Die Zusammenarbeit über die Abteilungs- und Bereichsgrenzen hinweg bereitet uns Freude. Wir tauschen uns auf der Leitungsebene zu festen Terminen, aber auch auf dem „kurzen Dienstweg“ aus. Alle Mitarbeiter helfen sich in schwierigen Situationen, sei es

bei kurzfristigem Personalausfall oder bei erhöhtem Arbeitsaufkommen. Da wir kurze Dienstwege pflegen, haben wir auch den Blick füreinander.

Uns zur Seite stehen sehr kompetente Unterstützer, die durch ihre Tätigkeit für uns Freiraum schaffen, damit wir uns auf unsere Pflgetätigkeit konzentrieren können. Die Essenbestellung erfolgt über Menüassistentinnen, die die Wünsche der Patienten erfragen und die auch die Patienten beraten. Die Wäschelieferung und die Entsorgung der Schmutzwäsche erfolgt automatisch durch Mitarbeiter der Wäscherei. Mitarbeiterinnen der Apotheke kümmern sich um die Bestellung und die Versorgung mit Verbrauchsmaterial. Wir haben Servicekräfte, die uns die Essenwagen bringen und diese auch wieder abholen. Diese Mitarbeiterinnen reinigen auch die Betten, Schränke und Nachtschränke der entlassenen Patienten. Das Reinigungsteam säubert die Zimmer und nimmt immer Rücksicht auf die aktuellen Notwendigkeiten. So kommen diese Mitarbeiterinnen auch noch einmal wieder, falls die Reinigung gerade stören würde.



In den vergangenen Jahren ergaben sich, bedingt durch die Einführung von Fallpauschalen und die damit stetig sinkende Aufenthaltsdauer der Patienten sowie den medizinischen Fortschritt, Änderungen in der Pflege. Die Patienten werden viel früher aus der stationären Behandlung entlassen. Bei uns erfolgt die Vor- und Nachbehandlung in den Belegarztpraxen bzw. in der gynäkologischen Ambulanz, sodass die Patienten auch nur so lange im Krankenhaus verbleiben müssen wie unbedingt nötig.

Ein besonders großes Thema ist seit ein paar Jahren die Digitalisierung. Wir sind in diesem Bereich sehr gut mit mobilen Computern, die über WLAN alle von uns erfassten Daten zentral speichern, ausgestattet. Dies hilft uns, unsere Tätigkeiten individuell für jeden Patienten anzupassen und zu dokumentieren. Die Informationsweitergabe und die Patientensicherheit wurden damit verbessert.

Wir Pflegekräfte bringen uns in Gremien und Arbeitsgruppen im Krankenhaus und im AGAPLESION-Kon-

zern ein und fördern somit auch die Weiterentwicklung unseres Hauses in vielen Bereichen. So sind einige Kollegen sehr aktiv im Bereich Qualitätsmanagement, andere im Bereich der Notfallbehandlung. Wir führen regelmäßig Schulungen zur Ersten Hilfe für die Notfallbehandlung im Krankenhaus durch. In den Kursen wird sehr professionell das theoretische Wissen aktualisiert und an Puppen die Wiederbelebung geschult. Diese Schulungen führen wir verpflichtend für die Behandlung von Erwachsenen, aber selbstverständlich auch von Neugeborenen durch.

Allen Mitarbeitern stehen umfassende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten offen. Dies wird in unserem Haus besonders gefördert, da wir möchten, dass sich unsere Mitarbeiter stetig weiterentwickeln. Wir kooperieren mit drei Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die Auszubildende zur praktischen Ausbildung bei uns einsetzen. Um den Wissenstransfer an die Auszubildenden zu gewährleisten, haben wir in jeder Abteilung qualifizierte Praxisanleiter, die ihr Wissen ständig aktualisieren.

Ferner bieten wir die Möglichkeit, bei entsprechendem Interesse eine fachspezifische Qualifikation zu erwerben. Wir ermöglichen die Fachweiterbildung zur Anästhesie- und Intensivpflege, die Weiterbildung zum Pflegeexperten Chest Pain Unit, zur Stillberaterin, zum Sicherheitsbeauftragten, zur Hygieneverantwortlichen in der Pflege, zum internen Auditor im Bereich Qualitätsmanagement und vieles mehr. Gerade diese Experten leisten einen großen Beitrag, damit wir die in den Zertifizierungen wie „Chest Pain Unit“, „Stillfreundliches Krankenhaus“ oder auch das Systemaudit von AGAPLESION festgelegten Kriterien immer wieder erfüllen und verbessern.

In den vergangenen Jahren gab es viele Veränderungen im Berufsbild der Krankenpflege. Die Ausbildung wurde reformiert, und die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ wurde zuerst in „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ und nun in „Pflegefachfrau“ umgewandelt. Für Männer gilt dies entsprechend, sie werden zukünftig als „Pflegefachmann“ bezeichnet. Ziel des Gesetzgebers

war die Stärkung der Profession der examinierten Pflegekräfte und die Hinzunahme weiterer Aufgaben, nämlich die der Patienten- und Angehörigenberatung im Bereich Gesundheitspflege und Krankheitspflege.

Besonders erwähnenswert sind auch alle Mitarbeiter, die mit uns die Krankenpflege ausüben. Das sind zum einen unsere Krankenpflegehelfer und Pflegehelfer, die uns in unserer Tätigkeit kraftvoll unterstützen. Sie haben oft noch mehr Zeit, mit den Patienten zum Beispiel auf dem Weg zu einer Untersuchung zu sprechen. Dann aber auch die Auszubildenden, die FSJler und Praktikanten, die wir anleiten und die wir für unsere Tätigkeit begeistern möchten. Und last but not least unsere studentischen Aushilfen, die uns besonders nachts unterstützen, unsere Patienten umfassend zu betreuen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen sowie für das dritte Geschlecht verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten selbstverständlich gleichermaßen für alle Geschlechter.



**Abteilung Innere Medizin,
Kardiologie, Angiologie/IMC**
Sarah Tobien

Mein Name ist Sarah Tobien, Gesundheits- und Krankenpflegerin und zurzeit stellvertretende Abteilungsleitung der Inneren Medizin und Kardiologie, zusammen mit der IMC, die zusätzlich als Chest-Pain-Unit (englisch für „Brustschmerz-Einheit“) zertifiziert ist. Da wir ein Belegarzt-Krankenhaus sind, stehen wir immer im engen Kontakt zu unseren Kardiologen und auch Assistenzärzten. Wir arbeiten Hand in Hand mit dem Herz- und Gefäßzentrum Göttingen am Krankenhaus Neu Bethlehem. Unsere Zusammenarbeit mit der kardiologischen Praxis und dem Herzkatheterlabor bereitet mir sehr viel Freude. Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Unterstützung untereinander stehen bei uns an der ersten Stelle. Das sind für mich persönlich auch wichti-

ge Kriterien, weshalb ich die Arbeit auf meiner Station und mit den involvierten Mitarbeitern als sehr angenehm empfinde.

Zudem bietet unser Fachgebiet eine große Vielfalt. Wir behandeln sowohl akute als auch chronische Erkrankungen, mit dem besonderen Fokus auf die Diagnose und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Unser Fachgebiet erstreckt sich zudem über Erkrankungen, wie z. B. Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen, Gefäßerkrankungen, Erkrankungen der Niere und des Magen- und Darmtraktes und auch rheumatischen Krankheitsbildern.

Die Chest-Pain-Unit (kurz CPU) stellt die Notfallversorgung von Herz-Patienten sicher und obliegt den Vorschriften der deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung. Sie bietet zudem eine 24-Stunden-Notfallbereitschaft.

In unserer Abteilung sind die Aufgaben eng an die vor- und nachstationäre Behandlung von Herzkatheter-Patienten gebunden. Sowohl Notfallsituationen als auch

Routine-Behandlungen bestimmen von Tag zu Tag aufs Neue unseren Arbeitsalltag.



Abteilung Chirurgie
Florian Schmakeit

Ich habe dieses Haus als Schüler kennengelernt; dort ist mir schon die freundliche Atmosphäre aufgefallen, die ich dann über die Jahre nicht mehr missen wollte. Egal, ob die Reinigungskraft oder der Belegarzt, jeder ist freundlich zugewandt. Man grüßt sich auf dem Flur oder, wenn die Zeit es zulässt, man trifft sich zum Small-Talk in der Eingangshalle. Die Zusammenarbeit abteilungsübergreifend ist einzigartig. Da sich jeder kennt und auch respektiert, können viele Dinge schon auf „dem kleinen Dienstweg“ gelöst werden, ohne die Vorgesetzten zu involvieren. Heute bin ich Stationsleitung und es gefällt mir besonders gut, dass auch viel für den Arbeitnehmer unter-



nommen wird. Man ist nicht einfach eine Nummer, ob es der jährliche Betriebsausflug von der MAV ist oder einfach nur die Tatsache, dass der Parkausweis anteilig übernommen wird.

Zudem gefällt mir persönlich die fachliche Breite meiner Abteilung. So ist immer gewährleistet, dass ich mich fachlich nicht zu sehr auf eine Disziplin versteife, sondern eine breit gefächerte Expertise habe, ob es die komplexen Verbände in der Gefäßchirurgie sind, die ganz „ausgefallenen“ Namen der Operationen in der HNO oder die rekonstruktiven Eingriffe der plastischen Chirurgie.

Aber das Allerschönste ist, wenn man dem Belegarzt des jeweiligen Fachgebietes eine Frage zum Eingriff stellt, bekommt man immer eine sehr ausführliche, fachlich korrekte, in der Praxis umsetzbare, anschauliche Antwort auf Augenhöhe. Genau diese Kommunikation mit den Belegärzten ist das, was man sich als junger Arbeitnehmer wünscht. Es ist einfach toll, zu erleben, dass die Gespräche immer zweigleisig sind.

Dies habe ich vor allem in meiner Ausbildungszeit teilweise in anderen Häusern ganz anders wahrgenommen. Hier wird man berufsgruppenübergreifend wertgeschätzt, akzeptiert und in seiner fachlichen Meinung wahrgenommen.

Es immer erfreulich zu sehen, dass die Krankenhausleitung für die Mitarbeiter einsteht. Wenn das Schicksal mal zuschlägt, wird alles Menschenmögliche unternommen, um den Arbeitsplatz zu erhalten oder so umzustrukturieren, dass der Mitarbeiter weiterbeschäftigt werden kann.

Außerdem gefällt mir die Dienstplanung in meiner Abteilung; es wird versucht, auf alle meine privaten Belange einzugehen, sowie auch berücksichtigt wird, welche Schichten ich gern arbeite und welche ich ungern arbeite.

Alles in allem ist das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem schon ein sehr guter und fürsorglicher Arbeitgeber, wo Kollegialität und Zuvorkommenheit mit Leib und Seele gelebt werden.



Gynäkologie und Wochenstation

Andrea Lösel

Ich bin Schwester Andrea, Leitung der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Vor 33 Jahren habe ich mich in dem kleinen familiären Krankenhaus Neu Bethlehem als Krankenschwester beworben, weil der Patient und das Personal noch Mensch sein durften. In all den Jahren habe ich viele Veränderungen miterlebt, wie z. B. An- und Umbauten, Trägerwechsel und Umstrukturierungen. Doch in der ganzen Zeit ist das respektvolle Für- und Miteinander geblieben, auch stand immer der Patient im Mittelpunkt. Aus diesem Grund komme ich immer noch gerne und mit Freude zur Arbeit.

Die Geburtshilfe hat seit 8 Jahren das Zertifikat „Babyfreundlich“. In unserem Team arbeiten Still- und Laktationsberaterinnen (mit international anerkanntem Examen IBCLC). Durch die regelmäßigen Schulungen

und Fortbildungen, die in unserer Abteilung durchgeführt werden, sind das Pflegepersonal, die Hebammen und die Ärzte auf dem gleichen und neuesten wissenschaftlichen Stand. Mit diesem Wissen und der Erfahrung stehen wir somit allen Frauen/Familien mit Rat und Tat zur Seite. In den begehrten Familienzimmern kann sich der/die Partner/-in die ganze Zeit mit in den neuen Lebensabschnitt eingewöhnen, auch ihnen stehen wir gerne bei Fragen und Problemen zur Seite. Durch Gespräche und genaue Beobachtung können wir für Eltern und Kinder jederzeit situationsbedingt und individuell unsere Unterstützung anbieten. Auch unterstützen wir gerne die Mütter, die nicht stillen möchten oder können und gehen diesen Weg mit ihnen. Nach der Entlassung können sich die Familien bei Problemen oder Fragen in unserem Stilltreff, auf unserer Website, in Einzelberatungen oder auch telefonisch Rat einholen. Somit hoffen wir, allen auf dem neuen Weg eine Unterstützung zu sein.



Auf der gynäkologischen Station betreuen wir individuell und patientenorientiert alle gynäkologischen Krankheitsbilder. Die Patientinnen mit einem Mammakarzinom werden unter anderem von unserer Nicole mitbetreut. Des Weiteren bieten wir allen Karzinompatientinnen die Möglichkeit, Kontakt zu einer Psychoonkologin aufzunehmen, und unsere Unterstützung in der Planung der Weiterbehandlung. Wenn es nach einer Chemotherapie zu Problemen kommt, können sich die Patientinnen gerne bei uns Hilfe einholen, evtl. auch mit einer stationären Aufnahme, wo wir ihnen dann Hilfe in verschiedenen Formen anbieten können. Patientinnen mit Schwangerschaftserkrankungen können bei uns auch stationär behandelt werden, wo sie sich auch schon während des Aufenthalts Informationen zum Stillen, Abstillen und der Säuglingsversorgung einholen können.



Breast Care Nurse

Nicole Waldow

In den letzten Jahren bemerken wir eine Zunahme von Patienten und Patientinnen mit Brust-erkrankungen. Die Diagnose und

Behandlung einer Krebserkrankung stellt häufig eine besondere Belastung dar und kann die aktuelle Lebenssituation einschneidend verändern.

Ich bin Nicole Waldow, Krankenschwester und Breast Care Nurse, Pflegeexpertin für an Brustkrebs erkrankte Frauen, auf der Gynäkologie und in der gynäkologischen Praxis.

Mein Ziel ist die Beratung und Unterstützung der betroffenen Patientinnen und ihrer Angehörigen im Bewältigungs- und Behandlungsprozess sowie die Einschätzung des psychosozialen Hilfebedarfs. In enger Zusammenarbeit mit unserem Sozialdienst Frau Jutta Hoffmeister/Schwester Christiane Mattheis und den

kooperierenden Praxen versuchen wir, in angemessener und bedarfsgerechter Weise den Ansprüchen dieser Patientengruppe gerecht zu werden.

Wir bemühen uns um eine ganzheitliche, bedürfnisorientierte und individuelle Pflege vor und während des gesamten Behandlungsprozesses, auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus. Patienten können sich auch nach der Entlassung zur Beratung bei uns melden. Ebenso begleiten wir unsere Patienten durch eine stationäre Wiederaufnahme, wenn es während oder nach der Chemotherapie zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt.

Eine Sprechstunde zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Hilfestellung für Sozialleistungen, Wundversorgung, Beratung zu Ernährung, Sport und Information zu möglichen Nebenwirkungen der anschließenden Therapie sowie Hilfe zur Selbsthilfe ist noch in der Einrichtung.

Während des stationären Aufenthaltes haben unsere Patientinnen die Möglichkeit zu einer Kontaktauf-

nahme mit dem psychoonkologischen Team des TBZ (Therapie- und Beratungszentrum des Georg-Elias-Müller-Instituts für Psychologie). In einem Gespräch, in geschütztem Rahmen, erhalten sie Gelegenheit, ihre Ängste und Probleme zu thematisieren und poststationär, als ambulante Behandlung, fortzusetzen.

„Von Herz zu Herz“ – ein Herz. Eine Initiative, die uns seit vielen Jahren sehr am Herzen liegt. Nach einer Brustkrebsoperation klagen viele Patientinnen über Druck- und Wundschmerz in der Axilla. Um diese zu lindern, wurden die sogenannten „Herzkissen“ von der dänischen Krankenschwester Nancy Friis-Jensen entworfen. Sie erleichtern u. a. das Liegen auf der Seite und schützen vor Reibung oder Stößen. Mittlerweile gibt es ein großes Netzwerk auch in Deutschland, in dem ehrenamtliche Näherinnen regelmäßig für die betroffenen Frauen nähen. In Göttingen gibt es neben der „Nadelzeile“ auch private Näherinnen, die uns über „Horizonte Göttingen e. V.“ mit den „kleinen Herzen mit großer Wirkung“ beliefern. An dieser Stelle möchte



ich ein dickes Dankeschön an alle schicken, die uns mit Stoffspenden und als Näherinnen hier in unserem Neu Bethlehem unterstützen. Das Herzkissen spendet Trost und vermittelt Anteilnahme für die persönliche Situation der Erkrankten. Danke!



Abteilung IMC/ITS/AWR

Katrin Wehe

Wir sind eine anästhesiologisch geführte Intensivüberwachungsstation mit dem Spektrum der Vitalzeichenüberwachung nach operativen Eingriffen bis hin zur intensivmedizinischen Betreuung. Ich arbeite sehr gerne in meiner Abteilung, da es meine Profession ist, schwer- bis schwerstkranke Menschen in Extremsituationen zu begleiten. Im Rahmen der Bezugspflege zählt hier nicht nur ein hohes Maß an Fachkenntnis, sondern auch die Beachtung aller sich aus der Situation ergebenden Probleme, was ein hohes

Maß an Empathie erfordert. Für mich ist es wichtig, einen persönlichen Bezug zum Patienten herzustellen, um ein Umfeld von Vertrauen, Sicherheit und Geborgenheit herzustellen.

Eine schnelle Reaktion auf Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten ist die Hauptaufgabe unserer Abteilung; daher ist die enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereich, besonders der Anästhesie, sehr wichtig. Dieses betrifft alle Vitalparameter und Organfunktionen einschließlich der psychischen Verfassung des Patienten. Die Übernahme der ATLS durch die Pflegefachkraft wird unter Einbeziehung aller Ressourcen durchgeführt, und die Selbstständigkeit wird im Rahmen der Erkrankung gefördert. Gesundheitsförderung durch Krankheitsverständnis nimmt einen hohen Stellenwert in der Kommunikation ein.

Der Bereich Notfallversorgung wird durch unsere Abteilung unterstützend koordiniert, alle Mitarbeiter schulen sich regelmäßig für die Erwachsenen- sowie Neugeborenen-Notfallversorgung.

Wir sind ein Team mit überwiegend langjähriger Berufserfahrung, teilweise mit Zusatzqualifikation Fachkrankenpflege für Anästhesie und Intensivmedizin; einige haben eine Zusatzqualifikation als Administratoren in der Notfallfortbildung. Es besteht die Möglichkeit einer Fachweiterbildung in Kooperation mit anderen Krankenhäusern. Zusätzlich beschäftigen wir Medizinstudenten als Aushilfen, die eine Vorausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder Rettungsassistent*in haben.

Durch eine hohe Sensibilisierung für die Bedürfnisse unserer Patienten findet auch ein ebensolcher Umgang im Team und mit Mitarbeitern anderer Abteilungen statt.



OP und-Anästhesiepflege

Ricarda Kowalski

Mein Name ist Ricarda Kowalski. Ich arbeite seit 2002, zunächst in stellvertretender OP-Leitung, später dann als OP-Leitung und seit ein paar Jahren zusätzlich als OP-Koordinatorin im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem. Meine Vertretung ist Frau Cornelia Dallmeyer. Den Anästhesiepflegebereich leitet Herr Ralf Fricke, den ich in seiner Abwesenheit vertrete. In der OP-Pflege arbeiten insgesamt 15 Mitarbeiter*innen, in der Anästhesiepflege sind es inzwischen 7 Mitarbeiter*innen in Voll- und Teilzeit. Unsere Teams sind sehr homogen, viele Mitarbeiter*innen arbeiten seit Jahren im OP, und die Erfahrung zeigt, dass sie dies auch bis zu ihrer Rente tun werden. Eine zutreffende Aussage ist: Wer einmal bei uns angefangen hat, der bleibt ..., es sei denn, seine Lebensumstände ändern sich gravierend!



Wenn wir auch zwei Abteilungen sind, so liegt unser gemeinsamer Fokus doch auf wertschätzender Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten. Uns allen ist bewusst, dass sich der Mensch, der gerade zu uns in den OP gebracht wird, in einer Ausnahmesituation befindet. In der Regel wird er von einem Mitarbeiter der Anästhesiepflege, gelegentlich auch von der OP-Pflege in Empfang genommen. Der erste Kontakt ist ganz häufig entscheidend und kann Aufregung und Angst meistens reduzieren. Während der eine Patient schon durch das Abfragen der Sicherheitscheckliste ruhiger wird, hilft dem anderen Patienten ein belangloses Gespräch, wenn nötig auch schon mal auf Plattdeutsch. Es wird geblödel und auch schon mal gesungen, Letzteres mehr schlecht als recht, dafür aber mit viel Herz ..., und manchmal ist es ganz still und ruhig, und das "Halten der Hand ... und ein verständnisvoller Blick ..." machen diesen Augenblick vor der Narkose erträglicher. Die Kunst dabei ist, neben all den Vorbereitungen zur OP, wie Vorbereitung der

Narkosemittel, Sicherheitscheckliste abfragen, Legen eines venösen Zuganges durch die Anästhesiepflege, Vorstellung der OP-Pflege bei dem Patienten, erneute Kontrolle der Papiere und nochmalige Abfrage von OP-Details, sich in den Patienten einzufühlen, die Situation zu erkennen und entsprechend auf den Patienten einzugehen und ihm damit Ruhe und Sicherheit zu vermitteln. Während sich der Patient in der Einleitung befindet, wird im OP-Saal von zwei OP-Schwestern die Operation aufgebaut, d.h. alle benötigten Operationssiebe und Sterilgut-Materialien werden kontrolliert und geöffnet und auf entsprechenden Tischen vorbereitet. Der Anästhesist stellt sich dem Patienten vor, kontrolliert die OP-Unterlagen, erläutert dem Patienten noch einmal kurz das Narkoseverfahren und beginnt mit der Anästhesiepflege die Einleitung der Narkose. In der Einleitungsphase legen wir alle besonderen Wert darauf, dass der Patient ruhig einschlafen kann, aus diesem Grund werden alle Arbeiten im Saal unter-

brochen. Erst wenn der Patient sicher schläft, beginnen wir gemeinsam mit der Lagerung des Patienten. Unser Fokus liegt hierbei besonders darauf, Lagerungsschäden zu vermeiden, die tatsächlich schwere Folgen haben können. Auch wenn der Patient schläft, verlieren wir nie den gebotenen Respekt und die Sorgfalt, die es braucht. Während der Anästhesie und die Anästhesiepflege sich jetzt auf die Narkose, Atmung und Kreislaufstabilität konzentrieren, konzentriert sich die OP-Pflege auf den Ablauf der OP, Sterilität und Dokumentation. Erst nach erneuter Sicherheitskontrolle (Name, Geburtsdatum, Operationsverfahren, gegebenenfalls Seitenvergleich, Besonderheiten, Materialabfrage) wird mit der OP begonnen. Wann immer es nötig ist, unterstützen wir uns gegenseitig bei unseren Arbeiten im Saal. Das macht uns sicher, schnell und effektiv bei hoher Qualität. Motivierte, qualifizierte Mitarbeiter*innen, gute Zusammenarbeit, Freundlichkeit, sowie technisches und wirtschaftliches Know-how zeichnen uns aus.

Niemals verlieren wir das höchste Gut dabei aus den Augen, den uns anvertrauten Patienten, der sich vertrauensvoll an unser Haus gewandt hat. Wir wollen ihm dieses Vertrauen zurückgeben, indem wir alles für ihn tun, was notwendig ist, damit er in einigen Tagen zufrieden und genesen nach Hause gehen kann. Nicht nur im OP, sondern im ganzen Haus steht für uns immer der Patient an erster Stelle. Wir haben nicht einfach schöne Bilder mit netten Worten in unser Foyer gehängt. Es sind unsere Kernwerte, die wir jeden Tag bemüht sind, umzusetzen: miteinander, füreinander und nicht zuletzt für unsere Patienten. Dafür stand und steht das AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem seit jeher, und das ist es auch, was mich bis heute nicht einen Tag hat bereuen lassen, an dieses Haus gewechselt zu sein.



Bereich Sozialdienst/ Pflegeüberleitung

Jutta Hoffmeister

Bei Fragen, die sich während des Krankenhausaufenthaltes in Bezug auf das Entlassmanagement ergeben, können sich die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ratsuchend an die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes wenden. Mit dem Ziel „gemeinsam die beste Lösung finden“ stehen die Bewältigung von Krisensituationen und unerwarteten Veränderungen im Lebensumfeld sowie die Hilfe bei der Planung adäquater Nachsorgemaßnahmen im Vordergrund.

Dabei geht es vorrangig um die Themen medizinische Rehabilitation, Behandlungspflege, häusliche und hauswirtschaftliche Versorgung sowie das Wohnen in einer Pflegeeinrichtung. Persönlich blicke ich auf eine fast 25-jährige Betriebszugehörigkeit zurück. Meine Tochter ist hier im Krankenhaus Neu Bethlehem vor knapp 28 Jahren geboren worden. In dieser Zeit hat sich vieles, besonders in den Bereichen Medizin, Pflege, Digitalisierung sowie Architektur, im Haus weiterentwickelt. Trotz der damit einhergehenden Herausforderungen zeigt sich mir im täglichen Geschehen immer wieder die wertschätzende Haltung im gegenseitigen Miteinander. Dies gilt es zu bewahren.

Krankenhaushygiene in Neu Bethlehem

Zunächst mussten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, was es mit der Krankenhaushygiene auf sich hat und dass diese als Teil des Auftrages unseres Krankenhauses zum Wohle der Patienten und auch zur Arbeitssicherheit der Beschäftigten einen wesentlichen Beitrag leistet.

Dabei ist es unser wichtigstes Ziel, die Übertragung von Infektionserregern auf Patienten oder auf die Mitarbeiter und die daraus entstehenden Infektionen zu verhindern.

Wenn man in NBG von Hygiene spricht, dann geht es nicht um die allgemeine Sauberkeit, sondern darum, gezielt Krankheiten zu verhüten und die Gesundheit zu erhalten und zu festigen. Da wir Menschen kein Sinnesorgan besitzen, mit dem man Infektionserreger wahrnehmen kann, war und ist es nach wie vor wichtig, dieses Problembewusstsein aufrechtzuerhalten. Bedingt durch stetig wachsende normative Vorgaben und neuer Herausforderungen durch resistente Infekti-

onserreger, wie z. B. MRSA, ESBL etc. und aktuell Sars-CoV-2, hat die Krankenhaushygiene einen festen Platz in NBG gefunden. Seit vielen Jahren arbeitet unsere Hygienefachkraft eng mit unserem Krankenhaushygieniker zusammen. Dieser unermüdliche Einsatz spiegelt sich im Umsetzungsgrad der Krankenhaushygiene in unserem Haus wider. Belegt wird dies bei den regelmäßigen Begehungen des Gesundheitsamtes. Von dort bekommen wir immer wieder die Rückmeldung, dass unser Haus in Bezug auf Hygiene- und Infektionsmanagement ein positives Beispiel für andere Häuser ist. Zur besseren Durchdringung des Hygienegedankens wurden in den vergangenen Jahren in allen Bereichen besonders engagierte Mitarbeiterinnen zu „hygieneverantwortlichen Pflegekräften“ geschult. Gemeinsam mit der Hygienefachkraft, dem hygieneverantwortlichen Arzt, dem beratenden Krankenhaushygieniker und diesen Pflegekräften stehen so kompetente Ansprechpartner zu Fragen der Krankenhaushygiene zur Verfügung.

Unser medizinisch-technischer Dienst – Labor, Röntgen und Physiotherapie



Für eine optimale und effektive diagnostische und therapeutische Betreuung der Patienten verfügt unser Krankenhaus über alle erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen. Die medizinischen Fachabteilungen werden vor allem unterstützt durch Leistungen von Labor, Röntgenabteilung und Krankengymnastik.

Die Bereiche Labor und Röntgen sind organisatorisch zusammengefasst. Die komplette Labororganisation und -ausstattung ist an ein kooperierendes Großlabor vergeben.

In der Röntgenabteilung werden vor allem Brustkorb- und Bauchaufnahmen angefertigt. Wenn erforderlich, können diese Untersuchungen auch direkt am Bett des Patienten durchgeführt werden.

Die Krankengymnastik ist ein Bestandteil der Therapie und dient dem Erhalt und der Wiederherstellung der Bewegungsmöglichkeiten des Körpers. Ziel ist, die Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen und anzuleiten, möglichst bald ihre gewohnte Selbststän-

digkeit wiederzugewinnen. Mit den physiotherapeutischen Behandlungen wird dazu beigetragen, Schmerzen zu lindern, körperliche Funktionsstörungen, besonders Einschränkungen der Beweglichkeit, positiv zu beeinflussen und Verhaltensweisen aufzuzeigen, die helfen, mit Beschwerden besser umzugehen.

Der Aufgabenbereich umfasst die physiotherapeutische Versorgung der Patienten auf allen Stationen. Im chirurgischen Bereich werden Behandlungen zur Thromboseprophylaxe, Mobilisation, Gangschulung und zum Kreislauftraining durchgeführt. Dieser Therapiekomplex wird für Patienten mit internistischen Krankheitsbildern, Patienten des HNO-Bereiches sowie für Patienten mit Augenerkrankungen um Behandlungen auf neurophysiologischer Basis bzw. durch Entspannungstherapien ergänzt. Für gynäkologisch-geburtshilfliche Patientinnen stehen neben postoperativen Behandlungen Beckenboden- und Rückbildungsgymnastik im Vordergrund. Ergänzend erfolgen bei Bedarf spezielle Behandlungen für Neugeborene.

Unser Team hinter den Kulissen



Christian von Gierke
Geschäftsführer

Die administrative Betreuung des Krankenhauses ist ein Aufgabenfeld, das in den Jahren seit der Jahrtausendwende stark an Bedeutung gewonnen hat. Ursache ist hier im Wesentlichen die Dynamisierung der Prozesse im Bereich der Abrechnung und der erheblich gewachsene Bereich an spezifischen krankenhausrrechtlichen Regelungen. Eine moderne Verwaltung muss heutzutage ein sehr ausgeprägtes medizinisches Controlling vorhalten, um zu gewährleisten, dass die Leistungsprozesse nahtlos in eine Abrechnung überführt werden können. Dies ist nur noch möglich, wenn eine umfassende IT-Basis vorhanden ist. Die Digitalisierung schreitet auf allen Ebenen der Krankenhäuser sehr schnell voran. Erstmals steht im Jahr 2021 eine adäquate staatliche Förderung für diesen Bereich in Aussicht.

Einige Bereiche, wie z.B. die Budgetverhandlungen, wurden so komplex, dass hier eine Zentralisierung im Konzernrahmen oder eine Verlagerung hin zu Fremddienstleistern durchgeführt wurde. Dies betrifft unter anderem die Bereiche der Sekundärleistungen wie Labor, Speiserversorgung, Wäscherei, Reinigungsdienst, Medizintechnik, Teile des Einkaufs sowie den IT-Bereich.

Die Überwachung der gesamten Gebäude und der haustechnischen Anlagen sowie die Überwachung und Steuerung von Bau- und Instandhaltungsmaßnahmen ist der Aufgabenbereich des technischen Dienstes. Auch hier erfolgt seit der Jahrtausendwende eine Schwerpunktverlagerung hin zur computerisierten Gebäudesteuerung. Das Krankenhaus muss eine 24-stündige Verfügbarkeit gewährleisten können, dies erfordert eine sehr hohe Zuverlässigkeit der haustechnischen Infrastruktur.

Die Zusammenarbeit der Administration mit allen medizinischen Ebenen des Hauses ist heutzutage erheblich stärker vernetzt als zu früheren Zeiten. Dies ist zwingend notwendig, da die Komplexität der Finanzierung eine zeitnahe Leistungssteuerung erfordert. Gleichzeitig fördert diese Vernetzung aber auch das Gefühl der Zusammengehörigkeit und des gegenseitigen Verständnisses in einem Krankenhaus und trägt so zum förderlichen Betriebsklima bei.

Unsere Patientenfürsprecherin und Grüne Damen

Grüne Damen

Die Ehrenamtlichen Grüne Damen versuchen durch ihr Engagement Patienten, Besucher und Angehörige durch Vorlesen, Spaziergehen, für kleine Einkäufe oder einfach als Besuchsdienst auf der Station sich Zeit zu nehmen. Dies sind Irene Gruner (ehemalige Grüne Dame – jetzt Alltagsbegleiterin) Monika Knackstedt (Leitung Grüne Damen), Heidrun Wasmuth (Patientenfürsprecherin und Grüne Dame) sowie Anja Ahlborn.

Patientenfürsprecherin

Im niedersächsischen Krankenhausgesetz wurde 2012 festgelegt, dass jedes Krankenhaus das Amt einer Patientenfürsprecherin/eines Patientenfürsprechers einzurichten hat. Der/Die Patientenfürsprecher/in hat die Aufgabe, das Vertrauensverhältnis zwischen den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen

einerseits und dem Krankenhaus sowie den dort Beschäftigten andererseits zu fördern und dadurch auch zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen beizutragen. Unsere Patientenfürsprecherin Heidrun Wasmuth unterstützt die Patientinnen und Patienten darin, angemessen Gehör zu finden, und darin, dass ihre Anliegen berücksichtigt werden. Bei Beschwerden oder Problemen vermittelt sie unabhängig und steht den Ratsuchenden dabei zur Seite. Sie regt zum Ausgleich an und unterstützt den Dialog. Das ist ein wirklicher Gewinn für alle Beteiligten.

Seit 5 Jahren übt Heidrun Wasmuth das Ehrenamt als Patientenfürsprecherin im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem mit großer Freude aus. Sie beschreibt ihre Tätigkeit und ihr Erleben aus ihrer ganz persönlichen Sicht.



Irene Gruner, Geschäftsführer Christian von Gierke, Monika Knackstedt, Heidrun Wasmuth; nicht auf dem Foto: Anja Ahlborn



Heidrun Wasmuth:

Wenn mich die Patienten fragen, was ich mache, antworte ich: „Ich habe die Zeit, die die Ärzte und Schwestern nicht haben. Wenn ich etwas für Sie tun kann, bin ich gerne für Sie da.“ Alles, was ich regeln kann, setzt das Krankenhauspersonal sofort zur Zufriedenheit der Patienten um.

Nachdem ich mich vorgestellt habe, frage ich die Patienten, ob sie sich im Krankenhaus gut aufgehoben fühlen. Darauf antworten gefühlte 95 % der Patienten: „Sehr gut. Alle sind hier sehr bemüht und freundlich. Sogar das Essen schmeckt.“

Viele Patienten fügen hinzu: „Ich komme schon zum soundsovielten Mal hierher.“

Das spricht doch Bände ...

Ich kann das Wohlfühlargument für mich auch sehr bestätigen. Das Krankenhauspersonal und die Patienten zeigen mir die Wertschätzung meiner Arbeit immer wieder. Deshalb fühle ich mich auch so dazugehörig in diesem kleinen und vielleicht deshalb sehr beliebten und qualitativ geschätzten AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem in Göttingen.

Unsere Seelsorge – im Zeichen der Nächstenliebe

Nach dem ersten Spatenstich im Frühjahr 1895 wurde der Bau des Krankenhauses Neu Bethlehem, Kirchweg 8 (heute: Humboldtallee 8) nach einjähriger Bauzeit fertiggestellt.

Die Predigt zur feierlichen Einweihung am 19. Juni 1896 hielt Pastor Büttner, der Vorsteher des Henrietenstiftes Hannover.

Das Thema seiner Predigt, die leider nicht überliefert ist: der Bibelvers „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“.

Gesundheit und Pflege im Zeichen der Nächstenliebe – in dieser diakonischen Tradition sieht sich das Krankenhaus Neu Bethlehem bis heute.

Zum Dienst am Nächsten sind alle eingeladen, die in Neu Bethlehem tätig sind.

Die Seelsorge, die seit den Anfängen zum Wesen und Auftrag der Kirche gehört, versteht sich als gelebte Nächstenliebe.

Was braucht ein kranker Mensch neben medizinischer und pflegerischer Hilfe? Vor allem auch Zuwendung, Aufmerksamkeit und Unterstützung für die Seele, um wieder gesund zu werden.

Seelsorge im Krankenhaus geht davon aus, dass Patientinnen und Patienten (und Angehörige) neben ihrer körperlichen Verfassung auch ihre emotionale, soziale, kulturelle und spirituelle Wirklichkeit mit ins Krankenhaus bringen.

Situationen aus dem Alltag, die für mich mit Spiritualität zu tun haben:

Da klagt die junge Frau: „Warum muss das gerade mir passieren?“

Da fragt sich die Ehefrau: „Wie soll es „danach“ weitergehen?“

Da sagt der ältere Mann: „Jetzt hat mein Leben keinen Sinn mehr.“



Pastor Thorsten Bothe, Klinikseelsorger in Neu Bethlehem



Ute Fiuza, Klinikseelsorgerin in Neu Bethlehem

Da fragt sich die Pflegekraft: „Woraus schöpfe ich eigentlich Kraft?“

Gut, wenn im Krankenhaus Raum ist für religiöse, spirituelle Bedürfnisse.

Eine Erkrankung und ein Aufenthalt in einem Krankenhaus unterbrechen das alltägliche und gewohnte Leben. Und manchmal tut es gut, darüber ins Gespräch zu kommen.

Die Seelsorge in Neu Bethlehem bietet Patientinnen, Patienten und Angehörigen an, auf das zu schauen, was sie im Moment bewegt.

Wir – Ute Fiuza als ehrenamtliche Seelsorgerin und ich als Klinikseelsorger – bieten Begleitung und Unterstützung an, um z. B. Kraftquellen zu entdecken.

Wir nehmen uns Zeit:

Zeit zum Zuhören und Begleiten, gern auch für Gebet, Segen oder Abendmahl.

Das Angebot der Klinikseelsorge gilt auch für die Mitarbeiter*innen.

Und es gilt unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Kirche oder religiösen Gemeinschaft.

Als Seelsorgerin, Seelsorger sind wir zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Regelmäßig laden wir im AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem zu Abendgebeten und besonderen Gottesdiensten ein.

Unser Qualitätsmanagement

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2015. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In unserem Krankenhaus ist die Verortung von Qualität Teil der strategischen Unternehmensplanung.

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen

zusammenzubringen. Auf diese Weise können wir Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickeln und direkt vor Ort mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umsetzen.

Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.



Qualitätsmanagement Wolfgang Schäfer, Angela Reiter

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mithilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind

Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Berücksichtigung der Vorgaben des AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Nutzung von Checklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten inklusive Nutzung einer IT-Prüfsoftware
- Pflege und Umsetzung der Hygienekonzeption



Krankenhaus Neu Bethlehem – Rückbetrachtung der letzten 125 Jahre

Die Belegschaft der AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem feiert das 125jährige Bestehen (1896-2021) des Krankenhaus Neu Bethlehem in Göttingen.

Ein Jubiläumsjahr, in dem das gemeinsame Feiern schwierig ist. Die Corona-Pandemie hat von uns Allen eine große Anstrengung gefordert und gleichzeitig gezeigt, dass wir als Gemeinschaft eine Krise überwinden können.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind stolz zum „Team Neu Bethlehem“ zu gehören und wollten mit dieser Jubiläumsausgabe den Leserinnen und Lesern einen Rückblick in die Geschichte des Krankenhauses ermöglichen und zeigen, das AGAPLESION Kranken-

haus Neu Bethlehem ist früher und heute ein modernes Krankenhaus mit christlicher Tradition.

Mit einer Prise Herzlichkeit, Professionalität und Humor bringt diese Jubiläumsausgabe mit seinen Inhalten und Bildern den Wunsch zum Ausdruck, für den Betrachter ein ganz persönliches Bild unserer Einrichtung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufzuzeigen. Wir freuen uns, wenn dies gelungen ist.

Wir wünschen Ihnen Gesundheit und Gottes Segen.

Ihr
Team Neu Bethlehem

Hinweise & Impressum

Herausgeber

AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem gGmbH
Humboldtallee 8
37073 Göttingen
T (0551) 494-0
F (0551) 494-273
info.nbg@agaplesion.de

Geschäftsführung

Christian von Gierke

Ärztlicher Direktor

Dr. Thomas Kranz

Pflegedienstleitung

Martin Weinrich

Bildnachweise

Ev. Stift Alt- und Neu-Bethlehem, Henrietten Stiftung Hannover, Kreiskirchenarchiv, Praxis Chirurgie am Waldweg, Praxis Herz- und Gefäßzentrum am Krankenhaus Neu-Bethlehem, AGAPLESION Krankenhaus Neu Bethlehem, Adobe Stock Foto

Texte

Thorsten Bothe, Ute Fiuza, Christian von Gierke, PD. Dr. Stefan Hansen, Jutta Hoffmeister, Rolf-Georg Köhler, Ricarda Kowalski, Andrea Lösel, Dr. Christian Loweg, Dr. Andreas Meißner, Dr. Michael Mügge, Angela Reiter, Dr. Stephan Samel, Wolfgang Schäfer, Florian Schmakeit, Friedrich Selter, Sarah Tobien, Dr. Jochim Uffenorde, Prof. Dr. Dirk Vollmann, Dr. Horst Wagner-Berger, Nicole Waldow, Heidrun Wasmuth, Dr. Traudel Weber-Reich, Katrin Wehe, Martin Weinrich

Inhaltliche Gestaltung, Abstimmung und textliche Bearbeitung

Angela Reiter, Wolfgang Schäfer
Unternehmenskommunikation AGAPLESION
Krankenhaus Neu Bethlehem

Layout

Holger Ehrhardt, Stein-Medien GmbH



www.neubethlehem.de