

## Jubiläumsbeilage: 50 Jahre Anästhesiologie

- **Rückblick: Wie alles begann...**
  - **Historischer Einblick: Narkosegeräte aus 70 Jahren**
  - **Ohne Pflegefachkräfte geht es nicht**

### Wie alles begann...



Dr. Dietrich Bickel baute als Pionier seit 1965 im Klinikum Braunschweig eine erste Anästhesie-Abteilung auf.

In Deutschland wurde der Facharzt für Anästhesie, im Gegensatz zu anderen Ländern, relativ spät, nämlich erst 1952 eingeführt. Das Städtische Krankenhaus in der Holwedestraße war dann jedoch eines der ersten in der Region und noch vor Hannover, das über eine eigenständige Anästhesieabteilung mit einem Facharzt für Anästhesie verfügte.

Die Abteilung wurde durch Dr. Dietrich Bickel aufgebaut, der 1964 nach Braunschweig kam und seinen Dienst offiziell zum 1. Januar 1965 im Klinikum antrat. Bis dahin wurden in Braunschweig, wie in den meisten an-

deren deutschen Krankenhäusern, Anästhesien von jüngeren Assistenzärzten oder erfahrenen Krankenschwestern gemacht. Bei komplizierten Eingriffen wurde auf besondere Anforderung Fachpersonal aus Göttingen gestellt.

Narkosen waren früher viel umständlicher als heute. Nur deswegen war es überhaupt möglich, Anästhesien von nicht speziell dafür ausgebildetem Personal vornehmen zu lassen. Für die Einrichtung einer Abteilung für Anästhesie gab es viele Gründe. Zum einen, weil eines der einfach handhabbaren und gebräuchlichen Medikamente,

nämlich Äther, nicht mehr eingesetzt werden konnte. Äther hat zwar den Vorteil, kaum überdosiert werden zu können. Aber er ist explosiv und konnte durch den zunehmenden Einsatz von elektrischen Geräten während Operationen nicht mehr wie bisher verwendet werden. Der Umgang mit den neuen Narkosemedikamenten war komplizierter und erforderte ein hohes Fachwissen. Zum anderen wurde erkannt, dass die Durchführung und Betreuung einer Anästhesie sowie Angstabbau und Vertrauensbildung bei Patienten ein Aufgabengebiet ist, das nicht „nebenher“ übernommen werden kann.

In den 1960er und -70er Jahren nahm die Anästhesie eine stürmische Entwicklung in ganz Deutschland. Durch die Spezialisierung wurde der Standard der Versorgung von Patienten während Narkosen erheblich verbessert. Parallel dazu wurden zahlreiche neue Medikamente in den klinischen Alltag der Anästhesie eingeführt.

Trotzdem war es kurz nach Gründung der Fachabteilung in der Holwedestraße schwer, Assistenten zu finden, und Dr. Bickel war fast drei Jahre lang allein für alle Aufgaben zuständig. Erst 1967 konnte ein zweiter Anästhesist eingestellt werden. Nach diesen Anlaufschwierigkeiten vergrößerte sich Bickels Abteilung jedoch rasch und versorgte dann auch das Krankenhaus in der Celler Straße und teilweise den Standort in der Salzdahlumer Straße mit Anästhesien. Dr. Bick-

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



seit 50 Jahren ist die Anästhesie im Klinikum Braunschweig eigenständig organisiert. Mit dieser Sonderbeilage der „Klinikum aktuell“ möchte die Klinik für Anästhesiologie Sie an diesem Jubiläum teilhaben lassen.

Zugleich möchten wir allen ehemaligen und aktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr Engagement danken, wie auch allen Patientinnen und Pa-

tienten der vergangenen Jahrzehnte für das entgegengebrachte Vertrauen. Auf den folgenden vier Seiten wird die ereignisreiche Geschichte unserer Klinik nachgezeichnet - bis hin zum heutigen Stand. Dabei wird deutlich, in welchem rasantem Tempo 50 Jahre Medizingeschichte vergangen sind! Galt die Anästhesie in Deutschland lange Zeit als ein „Anhängsel“ der Chirurgie, so hat sich das - seit 1965 auch im Klinikum Braunschweig - schnell geändert. Die Medizintechnik, das Know-how und damit die medizinischen Möglichkeiten haben sich so dynamisch weiterentwickelt, dass die Anästhesie heute aus einem Krankenhaus nicht mehr wegzudenken ist. So reicht das Leistungsspektrum unserer Klinik heute weit über Anästhesien bei Operationen hinaus: Ob Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie - überall wirken Anästhesisten und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte mit. All das zusammen umfasst heute die Fachdisziplin Anästhesiologie - und ist somit deutlich mehr als nur die „fachgerechte Narkose“. Ich wünsche Ihnen eine unterhaltsame und informative Lektüre...

Ihr  
Prof. Dr. Peter Werning  
Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie

kels älteste Patientin war über 100 Jahre alt. Ein Alter, in dem sie vor Einrichtung einer fachärztlichen Narkosebetreuung eine Operation sicherlich nicht überlebt hätte. Dr. Dietrich Bickel wirkte bis 1986 als Anästhesist im Klinikum. Seine Nachfolge an den Standorten Holwedestraße und Celler Straße übernahm der Leitende Abteilungsarzt Dr. Michael Schlaeger, der bis zu seinem Ruhestand 2011 auch maßgeblich am Aufbau der Notfallmedizin in Stadt und Land mitwirkte.

Erster Anästhesie-Chefarzt im Krankenhaus in der Salzdahlumer Straße war Dr. Wolfgang Müller (1970 - 1985), gefolgt von Prof. Dr. Jens Teichmann (1985 - 1996) und seit 1996 von Prof. Dr. Peter Werning. 2011 wurde aus den Anästhesieabteilungen

in der Holwedestraße, der Celler Straße und der Salzdahlumer Straße eine einzige Klinik für Anästhesiologie. Deren Chefarzt wurde Prof. Dr. Werning.

Parallel hat sich die Anästhesie im Laufe der Jahre immer größere Arbeitsgebiete erschlossen: Schmerztherapien, die Anfang der 1980er Jahre eingeführt wurden, waren wesentlich der Anästhesie zu verdanken. Auch bei der Einrichtung und der medizinischen Leitung von Intensivstationen hatte sie großen Anteil. Ebenso spielen Anästhesisten bei der Akutbehandlung von lebensbedrohlichen Notfällen innerhalb und außerhalb der Klinik heute eine wesentliche Rolle.

(Quelle: Chronik „100 Jahre Krankenhaus Holwedestraße“/Si)



Im Gegensatz zu heute hielt sich der Einsatz von moderner Medizintechnik in den 1960er Jahren noch sehr in Grenzen.

# 50 Jahre Anästhesiologie

## Narkosegeräte aus 70 Jahren

Wie an einer imaginären Zeit-  
leiste aufgereiht stehen sie da:  
Narkoseapparate aus den ver-  
gangenen 70 Jahren. „Und die  
funktionieren alle noch“, be-  
tont Helmut Reise, als er stolz  
seine Privatsammlung zeigt.  
Bereits ein flüchtiger Blick of-  
fenbart die rasante Entwick-  
lung der Medizintechnik in  
der Anästhesiologie.

Ursprünglich fing vor 170 Jah-  
ren alles an: 1844 wurde einem  
Patienten erstmals unter Lach-  
gasnarkose ein Zahn gezogen.  
Zwei Jahre später fand die erste  
chirurgische Operation unter Ein-  
satz von Schwefeläther statt. Die-  
ser erste „Ätherrausch“ war der  
Beginn der Narkosetechnik, die  
sich kontinuierlich bis hin zu den  
heutigen hochmodernen Anäs-  
thesiearbeitsplätzen weiterent-  
wickelt hat.

Über Geräte aus dem 19. Jahr-  
hundert verfügt Helmut Reise  
zwar nicht, doch die ältesten sei-  
ner Sammlung haben auch ein  
stolzes Alter: „Die stammen aus  
der Nachkriegszeit. Ihrer Form  
und Technik ist noch deutlich an-  
zusehen, dass sie ihren Ursprung  
in der U-Boot- und Flugzeug-  
technologie hatten.“ So sei es  
kein Wunder, dass die frühen Ge-  
räte, die auch im Klinikum Braun-  
schweig verwendet worden seien,  
vor allem von der Lübecker Firma  
Dräger stammten, die im Zweiten  
Weltkrieg U-Boote gebaut hatte.

Das technische Wissen um die  
Komprimierbarkeit von Sauerstoff  
und anderen Gasen unter hohem  
Druck in Stahlflaschen hatte die  
Narkosemöglichkeiten seit den  
1880er Jahren deutlich vorange-  
bracht. So entwickelte Dräger ein  
Jahr nach Kriegsende den Sauer-  
stoff-Lachgas-Narkoseapparat  
Modell „D“. Der damaligen Notzeit  
entsprechend war das Modell als  
einfacher Apparat konzipiert, der  
über ein halboffenes System ver-  
fügte. Das Neue war die Unter-  
bringung der meisten Funktions-

armaturen innerhalb eines pult-  
förmigen Kastens mit Schalttafel.

In den Folgejahren wurden die  
Narkosegeräte weiterentwickelt,  
die neueren Kreislauf-Narkose-  
apparate verwendeten Sauer-  
stoff, Lachgas und Äther. Bald  
schon konnten Cyclopropan und  
Kohlendioxid als Zusatzgase an-  
geschlossen werden. Das Kreis-  
system ließ sich vollständig ohne  
Werkzeuge zur Reinigung aus-  
einandernehmen und war heiß-  
dampfsterilisierbar. Den Kohlen-  
dioxid-Absorber hatten die  
Ingenieure als Nachfüllbehälter  
ausgebildet. Bei Erschöpfung des  
Atemkalkes konnte der Behälter  
in Sekunden erneuert werden –  
sogar während der Narkose.

1952 kam der Kreislauf-Narkose-  
apparat „Romulus“ auf den Markt  
und bald auch im Klinikum Braun-  
schweig zum Einsatz. Von seinen  
Vorgängermodellen unterschied  
er sich weniger in der Funktion  
als vielmehr im Aufbau: Unter  
dem eigentlichen Armaturenka-



Helmut Reise sammelt Narkosegeräte der vergangenen 70 Jahre, an denen sich der medizinische und technische Fortschritt sehr deutlich ablesen lässt.

weil sich die robuste Technik im  
Notfall mit einer Rohrzange von  
Hand selbst reparieren ließ“, be-  
richtet Helmut Reise. „Damals  
wurde die Narkoseapparatur noch

Stilllegung der Atemmuskulatur  
während der Narkose ergaben.  
Deshalb mussten sich die Anäs-  
thesisten mehr und mehr mit der  
assistierenden und kontrollierten  
Beatmung beschäftigen. So ent-  
stand Ende der 50er Jahre eine  
aufwendige Kombination des  
Langzeit-Beatmungsgerätes „Spi-  
romat 4900“ mit dem Narkose-  
apparat „Romulus“.

Im Laufe der frühen 60er Jahre  
wurde der Narkosekomfort für  
Patient und Anästhesist langsam,  
aber stetig größer. Dazu gehörte  
zum Beispiel der Trend, die Ein-  
und Ausleitung der Narkose dem  
Patienten nicht im Operations-  
saal zuzumuten, sondern in ei-  
nem separaten, dem OP un-  
mittelbar benachbarten  
Einleitungs- bzw. Aufwachraum.  
Damit war auch im Einleitungs-  
raum ein Narkosegerät notwen-  
dig. Weil dort in der Regel nicht  
viel Platz war, wurden die ersten  
Wandnarkoseapparate entwickelt.  
Sauerstoff und Lachgas wurden  
diesem Apparat aus den inzwi-  
schen allgemein üblichen Zen-  
tralversorgungsanlagen zuge-  
führt.

Helmut Reise hat aber auch –  
aus heutiger Sicht – kuriose Ap-  
parate in seiner Sammlung: zum  
Beispiel den „Mark 8 respirator“  
aus den USA. „Das zu großen Teil-  
en aus Plastikteilen gebaute Ge-  
rät war ursprünglich als Beat-  
mungsgerät für Delphine  
entwickelt worden und erinnert  
an ein Modell aus Playmobil“,  
schmunzelt Reise. Bei den Mitar-  
beitern war das Gerät gefürchtet:  
„Wenn da mal ein Teil abfiel, was  
häufiger passierte, wussten viele  
nicht, wie das wieder richtig zu-  
sammenzustecken war.“ Oder der  
ganze Stolz seiner Sammlung: eine  
Eiserne Lunge, Modell E52 von  
Dräger aus dem Jahr 1952. Diese  
diente zur Beatmung lungen-  
kranker Patienten. Dabei lag der  
Körper des Patienten bis zum Hals  
komplett im Inneren eines Hohl-  
zylinders. Der Kopf blieb drau-  
ßen. Das Gerät schloss am Hals luft-  
dicht ab und erzeugte einen  
Unterdruck. Dadurch drückte  
die Umgebungsdruck Außen-  
luft durch Nase und Mund des  
Patienten in die Lungen. Entspre-  
chend erfolgte die Ausatmung  
durch den Aufbau eines Über-  
drucks in der Kammer. (Pm/Si)



Rustikal und analog waren damals die Anzeigen für Sauerstoff und Lachgas. Die Digitalisierung hielt erst in den 1970er Jahren Einzug in die Anästhesie.

sten befand sich ein Schrank, der  
mit mehreren Schubladen und ei-  
ner Schreib- bzw. Ablageplatte  
ausgestattet war. „Das war prak-  
tisch. Irgendwann stand dann  
auch ein Werkzeugkasten drin,

von uns Pflegekräften bedient.“  
Doch die Technik wurde zuse-  
hends komplexer. In der Thorax-  
Chirurgie wurden die Vorteile er-  
kannt, die sich für den Chirurgen,  
aber auch den Patienten bei der



Die Eiserne Lunge aus dem Jahre 1952 ist eines der meistbestaunten Exponate in der Sammlung.



Der „Mark 8 respirator“ erinnert ein wenig an Plastikspielzeug und war bei den Mitarbeitern gefürchtet.

Helmut Reise (67) war Fach-  
krankenpfleger am Klinikum  
Braunschweig und wirkt noch  
heute als Dozent an einem In-  
stitut für Gesundheitspflege.  
Er gründete 1980 die Inten-  
siv- und Anästhesiefachschu-  
le am Städtischen Klinikum  
Braunschweig mit und führte  
diese bis 1992. Anschließend  
leitete er bis zu seinem Vorru-  
hstand im Jahr 2013 das  
Weiterbildungsinstitut des Kli-  
nikums.

## Ohne Pflegefachkräfte geht es nicht

In früheren Zeiten haben sich noch Krankenschwestern und Krankenpfleger um die Narkosen der Patienten gekümmert. Mit zunehmender Komplexität der Materie eroberten jedoch die Fachärzte für Anästhesiologie dieses Tätigkeitsfeld. Anästhesiepflegefachkräfte werden aber weiterhin dringend benötigt – ohne sie geht es nicht.

Ihre Aufgaben umfassen heute vor allem die Vorbereitung und Assistenz. „Dazu zählen unter anderem die Überprüfung und Vorbereitung der Narkosegeräte und Überwachungsmonitore“, erklärt Hella Bätker, stellvertretende Pflegefachleitung in der Klinik für Anästhesiologie. „Wir bereiten die Einleitungen vor, ziehen Narkosemittel auf, übernehmen den Patienten an der OP-Schleuse und fahren ihn in den OP-Saal. Gemeinsam mit den Anästhesisten betreuen wir den Patienten anschließend die ganze Zeit im Zentral-OP.“

Das Pflegeteam der beiden Anästhesiegruppen an den Klinikumstandorten Salzdahlumer Straße und Holwedestraße/Celler Straße umfasst zurzeit ca. 60 Vollzeitstellen, auf die sich insgesamt 90 Mitarbeiter/-innen verteilen. Dazu kommen Krankenpflegeschüler, die ihr vierwöchiges



Die Ausbildung zur Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege umfasst einen hohen Praxisanteil, um möglichst realitätsnah auf die komplexen Anforderungsprofile des künftigen Arbeitsalltags vorzubereiten.

Praktikum in der Anästhesie absolvieren, und externe Rettungssanitäter, die hier lernen, wie sie Infusionen anlegen, Atemmasken halten und intubieren müssen.

Die Pflegefachkräfte selbst sind wiederum auch viel in anderen Kliniken unterwegs. „Wir sind mit den Patienten etwa beim Röntgen, in der Angiografie, im Herzkatheterlabor und machen die MRT-Transporte“, berichtet Hella Bätker. Immer dienstags gehe es mit Kindern zur Endoskopie. Wichtig sei ihr das Gespräch mit den Patienten. „Vor allem wenn

wir sie vor der OP übernehmen, sind die meisten Patienten für aufmunternde Worte dankbar.“

Hella Bätker ist seit fast 30 Jahren dabei. „In dieser Zeit hat sich unsere Arbeit sehr verändert und hoch spezialisiert.“ Darauf hat auch das Klinikum Braunschweig reagiert und bietet seit 1981 die staatlich anerkannte Weiterbildung zur Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege im eigenen Bildungszentrum an.

Dieses Weiterbildungsangebot ist für klinikinterne Pflegefachkräfte

und vertraglich angeschlossene Kliniken konzipiert. „Innerhalb von zwei Jahren werden dazu 720 Stunden Unterricht vermittelt“, sagt Ulrich Kreußel, Leiter dieser Weiterbildung. Die eine Basis sei ein umfangreicher Theorieanteil, der auf die kommenden Herausforderungen vorbereiten soll.

Besonders wichtig sei aber, so Kreußel weiter, der praktische Unterricht in den klinikinternen und -externen Anästhesiebereichen und Intensivtherapiestationen, um möglichst alltagsnah die

Tätigkeitsfelder kennen zu lernen. Insgesamt umfasse die Weiterbildung Praktika von 13,5 Monaten Gesamtdauer.

Nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung erhalten die Teilnehmenden die staatliche Anerkennung als Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege mit der Möglichkeit einer fachbezogenen Hochschulzugangsberechtigung in Niedersachsen. Inzwischen haben mehr als 90 Prozent der Pflegefachkräfte der Klinik für Anästhesiologie diesen Abschluss. (Si)

## Ablauf einer Anästhesie

Die Vorbereitung der Anästhesie beginnt in der Regel schon am Vorabend des Eingriffs mit der Gabe von Beruhigungsmitteln, die die Aufregung dämpfen sollen. Am Morgen des Operationstages erhalten Patienten weitere Beruhigungsmittel und unter Umständen andere Medikamente, die auf die jeweilige gesundheitliche Situation abgestimmt sind. Das Anästhesieteam des Klinikums be-

schreibt hier, wie solch eine Anästhesie abläuft:

„Im Operationstrakt werden Sie als Patientin bzw. als Patient von unserem Anästhesieteam erwartet. Nach der Begrüßung legen wir Ihnen ein Elektrokardiogramm (EKG) an und messen den Blutdruck. Das EKG läuft während der gesamten Operation auf einem Monitor mit, den Blutdruck messen wir in regelmäßigen Abständen.

Als nächstes legen wir eine Infusion an. Diese besteht aus einem Beutel mit der Infusionsflüssigkeit, dem Überleitsystem und der Infusionskanüle. Zusätzlich können wir mit einem Fühler am Finger die Beladung der roten Blutkörperchen mit Sauerstoff messen. So können wir die Qualität der Atmung überwachen und eventuelle Störungen sehr früh behandeln. Wenn Sie eine Allgemeinanästhesie erhalten, werden Sie sodann gebeten, über

eine Maske reinen Sauerstoff zu atmen. Damit erhöht sich die Sicherheit zu Beginn einer Allgemeinanästhesie erheblich. Haben Sie bitte keine Angst vor der Maske! Sie schlafen sehr schnell ein und erwachen im Aufwachraum oder auf der Intensivstation.

**Im Operationssaal**  
Wenn Sie eine Regionalanästhesie erhalten, wird diese im Vorbereitungsraum angelegt. Dafür kann es erforderlich sein, dass Sie sich hinsetzen, auf die Seite drehen oder sich auf den Bauch legen. Wir helfen Ihnen!

Wenn alle erforderlichen Maßnahmen getroffen sind, werden Sie in den eigentlichen Operationssaal gebracht. Ihr Anästhesieteam bleibt bei Ihnen, bis Sie den Operationssaal verlassen.

Jetzt sorgt Ihr Team für eine Anästhesie, die den Operateuren optimale Verhältnisse schafft. Über Narkosegase oder eine ständige Zufuhr von Narkosemedikamenten wird die Anästhesie aufrechterhalten. Die Anästhe-

sietiefe wird stets der Situation angepasst, ohne dass Sie Angst haben müssen, während der Operation aufzuwachen. Darüber hinaus werden alle wichtigen Körperfunktionen (Herz, Kreislauf, Atmung/Beatmung, Nierenfunktion, Temperatur...) überwacht und bei Erfordernis werden Störungen behandelt. Zum Ende der Operation wird die Zufuhr der betäubenden oder schlaffördernden Medikamente beendet und Sie wachen wieder auf.

Im Fall einer regionalen Anästhesie können Sie natürlich darauf verzichten, dass wir Ihnen Schlafmittel geben. Dann bleiben Sie wach, können mit uns sprechen, oder Sie hören Musik nach Ihrer Wahl über Kopfhörer.

Wenn Sie so stabil sind, dass Sie in den Aufwachraum oder eine Intensivstation verlegt werden können, wird der Transport dorthin nach Abstimmung mit der aufnehmenden Station durchgeführt.“ (Pm)



Während einer Operation werden vom Anästhesieteam alle wichtigen Körperfunktionen überwacht.

# 50 Jahre Anästhesiologie

## Anästhesiologie umfasst breites Spektrum

„Pro Jahr führen wir mehr als 24.000 Anästhesien bei Patienten aller Altersgruppen durch“, verdeutlicht Prof. Dr. Peter Werning, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie. Das Spektrum umfasse dabei alle geplanten Operationen, Notfallingriffe, aber auch die Anästhesie bei sogenannten „kleinen ambulanten Operationen“ am Klinikum. Neben der häufig favorisierten „Vollnarkose“ würden auch vielfältige Regionalanästhesien vorgenommen.

So betreut die Anästhesie am Standort Salzdahlumer Straße täglich zwölf bis 14 OP-Säle in der Chirurgischen Klinik, der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, der Urologischen Klinik und Kinderchirurgischen Abteilung, der Klinik für Neurochirurgie sowie in anderen Bereichen wie z. B. in der Neuroradiologie, Endoskopie usw. Für Notfallsituationen in den am Standort befindlichen Kliniken kann ein Anästhesist angefordert werden. Bei Bedarf wird ein auf die Bedürfnisse des Patienten ausgerichtete Anästhesieteam innerhalb kürzester Zeit gebildet. Es gibt einen zentralen Aufwachraum für alle operierten Patienten. Bis zu 16 Patienten können zeitgleich versorgt werden. Kinder werden im Aufwachraum besonders intensiv betreut. „Wir planen immer eine schnelle Zusammenführung von Kind und Eltern“, sagt Werning. Am Standort Holwedestraße besetzt die Anästhesie täglich sechs bis acht Anästhesiearbeitsplätze in der Unfallchirurgischen Klinik sowie in der Hals-, Nasen- und Ohren-Klinik. Für schwerstverletzte Patienten wird stets ein anästhesiologisches Team vorgehalten. Und auch am Standort Celler Straße versorgt die Anästhesie täglich die OPs in der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie sowie in der Frauenklinik mit der Geburtshilfe.

### Intensivmedizin

Die Anästhesiologische Intensivstation am Standort Salzdahlumer



Ein Team mit breitem Aufgabenspektrum: Das sind nur einige der vielen Anästhesisten und Fachkräfte für Intensiv- und Anästhesiepflege, die in der Klinik für Anästhesiologie Patientinnen und Patienten behandeln.

mer Straße umfasst acht voll ausgestattete Intensivtherapieplätze, die mit Patienten aller operativen Fachdisziplinen am Standort belegt werden. Neben der ständigen ärztlichen Präsenz sind insgesamt 27 Krankenschwestern und -pfleger, davon viele mit der Zusatzausbildung "Fachpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege", für die Krankenversorgung im Schichtdienst tätig.

Die interdisziplinäre Intensivstation am Standort Celler Straße umfasst zehn voll ausgestattete Intensivtherapieplätze. Hier werden Patientinnen der Frauenklinik und Patienten der Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, der Medizinischen Kliniken III und IV sowie langzeitbeatmete Patienten behandelt.

Die operative Intensivstation am Standort Holwedestraße verfügt über insgesamt neun Betten für

Patienten der unfallchirurgischen Klinik, einschließlich plastischer Chirurgie, und für Patienten der HNO-Klinik. Ein Aufwachraum ist direkt an die Intensivstation angeschlossen.

### Notfallmedizin

Die Klinik für Anästhesiologie ist zudem in die notärztliche Versorgung der Stadt Braunschweig eingebunden. „Alle eingesetzten Ärztinnen und Ärzte der Anästhesie verfügen über die Zusatzbezeichnung ‚Notfallmedizin‘ der Ärztekammer und sind auf Grund ihrer breiten Ausbildung in Anästhesie und Intensivmedizin besonders qualifiziert, Patienten notärztlich zu betreuen“, erläutert Oberarzt Dr. Andreas Günther, zugleich Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Braunschweig.

So stellt die Klinik für Anästhesiologie den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (zugleich Leiter der Leitenden Notarzt-Gruppe) der Stadt Braunschweig, den stellvertretenden Ärztlichen Leiter Rettungsdienst der Stadt Braunschweig sowie zehn Mitglieder der Leitenden-Notarzt-Gruppe der Stadt Braunschweig. Elf Anästhesistinnen und Anästhesisten besitzen die Weiterbildungsermächtigung für den Bereich „Notfallmedizin“ und haben damit die Befugnis, jüngere Kolleginnen und Kollegen im Einsatz auszubilden. Die Klinik führt darüber hinaus theoretische und praktische Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Notfallmedizin durch.

### Schmerztherapie

Die Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen wird in allen Häusern des Städtischen Klinikums vorgenommen. „Am Standort Salzdahlumer Straße stehen zusätzliche therapeutische, organisatorische und personelle Möglichkeiten zur Verfügung. Daher ist die stationäre und ambulante Schmerztherapie von Patienten mit chronischen Schmerzen hier konzentriert“, erklärt Oberärztin Dr. Constance Wozniak-Häusler.

In der postoperativen Schmerztherapie kommen in den ersten Tagen nach der Operation Schmerzmittelpumpen, Schmerzkatheter und viele weitere Verfahren zur Schmerzbekämpfung zum Einsatz. Sollten im weiteren Verlauf noch Schmerzen vorhanden sein, ist meistens die Einnahme von Schmerztabletten

oder -tropfen ausreichend. Für die Betreuung ist ein „Akut-schmerzdienst“ eingerichtet, der über den Stationsarzt oder die Pflegekräfte der Stationen erreichbar ist. Chronisch schmerzkranke Patienten, d. h. Patienten, bei denen der Schmerz seine Warnfunktion verloren hat und zu einem eigenständigen Krankheitsbild geworden ist, werden im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit (u. a. Anästhesie, Chirurgie, Neurochirurgie, Psychologie, Radiologie, Physiotherapie, Ergotherapie) betreut. Eine intensive psychologische Betreuung ist durch eine in der Klinik für Anästhesiologie tätige Psychologin möglich. Die Schmerztherapeuten der Klinik für Anästhesiologie führen die stationäre Gesamtbehandlung durch und koordinieren sämtliche Aktivitäten. (Pm/Si)

### Leistungen der Klinik für Anästhesiologie

	2013
Anästhesien gesamt	24.321
Aufwachraumpatienten gesamt	17.988
Schmerztherapien gesamt	2.196
Notfalleinsätze gesamt	6.451

### Impressum

Herausgeber:  
Helmut Schüttig, Geschäftsführer  
Städtisches Klinikum  
Braunschweig gGmbH  
Freisestr. 9/10,  
38118 Braunschweig

Chefredaktion:  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Städtisches Klinikum Braunschweig  
gGmbH, Marion Lenz (Le), Michael  
Siano (Si),  
Tel. (0531) 595 1605, Fax: 595 1501  
m.siano@klinikum-braunschweig.de

Fotonachweis:  
Jörg Scheibe (Seite 1 bis 4), Archiv  
(Seite 1)

Redaktionsgruppe:  
Dr. Thomas Bartkiewicz,  
PD Dr. Martina Becker-Schiebe,  
Stefan Dombrowski, Katharina Knorr,  
Dörte Küstermann, Roswitha  
Niebuhr,  
Silke Todtenhaupt, Dr. Tobias  
Weiland

Herstellung und Druck:  
Sigert GmbH  
Druck- und Medienhaus  
Ekbertstraße 14  
38122 Braunschweig  
Tel. (0531) 80929-25

Auflage:  
5.500