

KLINIK JOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ausgabe 4 12/05



Unsere Themen

OSTEOPOROSE

NIERENBECKEN-
ENTZÜNDUNG

KEINE FRAU MUSS DIE
HARNINKONTINENZ
ERTRAGEN!

TATÜTATA –
DIE NOTÄRZTIN IST DA ...

klinikum
brandenburg

www.klinikum-brandenburg.de

Inhalt

- 3 Osteoporose**
– Frühe Diagnostik und rechtzeitige Behandlung erhalten ihre Beweglichkeit

- 5 Nierenbeckenentzündung**
– Tief sitzende Hühthosen und knapp sitzende Tops

- 7 Keine Frau muss die Harninkontinenz ertragen!**
– Kein Schicksal, sondern behandelbar

- 9 Was tun, wenn der Hals schmerzt?**
– Erkältungen den Kampf ansagen ...

- 11 Eine Urlaubslaune wurde zur Bastelleidenschaft**

- 12 Tatütata – die Notärztin ist da ...**
– 112 hilft in allen Notlagen

- 14 Medizin am Horn von Afrika**
– Reisebericht aus Äthiopien

- 16 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**

- 18 Verabschiedung**

- 19 Sprechzeiten der Kliniken im Überblick**

Jeden ersten Mittwoch im Monat:
Klinik-Journal TV mit aktuellen Themen im



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

alljährlich steht der November im Zeichen der Herzwoche, die sich verschiedenen Aspekten der Diagnostik und Therapie von schweren Herzerkrankungen und der Verbesserung der flächendeckenden Versorgung der Herzkranken widmet. In diesem Jahr ist das Leitmotiv „Der akute Herzinfarkt, niemals zögern, Notruf wählen: 112!“. Dazu passend erleben wir ganz aktuell einen Arbeitstag im Notarztwageneinsatz. Weniger ein Notfall, dafür der kühlen Jahreszeit angemessen, ist die Beschäftigung mit Blasen- und Nierenbeckenentzündungen und die Frage nach deren Zusammenhang mit zu leichter Bekleidung. Während hier ärztlich diagnostiziert und behandelt werden muss, gibt es bei der gewöhnlichen Erkältung auch hilfreiche Hausmittel, die in aller Regel die schlimmsten Beschwerden lindern.

Zwei weitere Erkrankungen beschäftigen uns, die man zu den alters- und geschlechtsbedingten Volkskrankheiten zählen kann und die dennoch nur zu oft als lästiges Leiden ertragen werden. Dabei gibt es für beide wirksame Therapien und Vorbeugemaßnahmen, wenn nur rechtzeitig der Weg zum Arzt eingeschlagen wird.

Es handelt sich um die Osteoporose und die Blasen-schwäche durch Gebärmutterensenkung.

Nicht so leicht ist der Weg zum Arzt in vielen Ländern Afrikas, wie Sie einem Bericht von der Reise in ein entlegenes Krankenhaus im Westen Äthiopiens entnehmen können.

Mit Herrn Chefarzt Dr. Bamberg, der seinen wohlverdienten Ruhestand antritt, verlieren wir einen geschätzten Mitarbeiter, der sein ganzes Arbeitsleben der Behandlung einer weiteren Volkskrankheit gewidmet hat – der Arteriosklerose.

Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin





Frühe Diagnostik und rechtzeitige Behandlung erhalten ihre Beweglichkeit

Von der WHO wird die Osteoporose als eine der zehn wichtigsten Volkskrankheiten eingestuft. Durch die Abnahme der Knochenmasse und die damit gestörte Mikroarchitektur ist der Knochen erhöht frakturgefährdet. Bei etwa vier bis sechs Millionen Menschen, die in Deutschland an Osteoporose leiden, wird geschätzt, dass etwa 80 000 Wirbelkörperfrakturen und 120 000 Schenkelhalsfrakturen pro Jahr durch die Osteoporose bedingt oder zumindest mitbedingt sind. Der Hauptteil der Osteoporosepatienten sind Frauen.



Bewegungstherapie

Der Knochen befindet sich in einer Art Gleichgewicht zwischen aufbauenden und abbauenden Prozessen. Dadurch kann sich der Knochen an wechselnde Belastungen anpassen. Bei der Osteoporose kommt es zur Störung dieses Gleichgewichtes und zum Überwiegen des Knochenabbaus, was zu einer Abnahme der Knochensubstanz führt, das heißt, die Mikroarchitektur des Knochens wird gestört. Dieser Prozess vollzieht sich langsam und anfänglich unbemerkt.

Ursache der Osteoporose

Bezüglich der Ursache der Osteoporose kann zwischen primärer und sekundärer Osteoporose unterschieden werden. Die primäre Osteoporose, das sind 95 % aller Osteoporosefälle, tritt im Wesentlichen bei Frauen durch den Östrogenmangel nach den Wechseljahren und als senile Osteoporose ab dem 60. Lebensjahr auf. Die sekundäre Osteoporose liegt vor, wenn es auf Grund anderweitiger Erkrankungen zur Störung des Knochenstoffwechsels kommt. Dazu gehören u. a.

eine Osteoporose bei Rheumatoidarthritis, bei langjähriger Kortisoneinnahme, bei einer Schilddrüsenfunktionsstörung oder einer Nierenerkrankung.

Symptome

Die Symptome der Osteoporose werden durch die entstehenden Frakturen bzw. Mikrofrakturen bestimmt. Der Zusammenbruch der Wirbelkörper stellt unter anderem die Ursache für das Kleinerwerden im Alter dar. Die Patienten klagen über Rückenschmerzen und es findet sich eine auffällige Rundrückenbildung. Außerdem zeigen sich Knochenbrüche bereits bei geringfügigem Trauma der Schenkelhalse und häufig auch der Handgelenke. Die Labordiagnostik ist bei der Osteoporose nicht richtungsweisend. Sie dient aber dazu, andere Erkrankungen, die zu einer gestörten Knochenstruktur führen, auszuschließen und die Patienten mit sekundärer Osteoporose zu erkennen. Röntgenuntersuchungen sollten bei Frakturverdacht durchgeführt werden. Häufig sind Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des Beckens sinnvoll.

Diagnostik

Zur Diagnostik der Osteoporose im frühen Stadium ist letztendlich nur die Knochendichtemessung geeignet. Deshalb wurde durch die WHO die Osteoporose auch unter Nutzung der gemessenen Knochendichte mit einem DEXA-Gerät definiert. Eine solche Messung ist angezeigt, wenn eine Fraktur ohne entsprechenden Unfall aufgetreten ist oder wenn starke Risikofaktoren (z. B. familiäre Belastung, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, sehr niedriges Körpergewicht, Kortisoneinnahme) bestehen. Leider zahlt die Krankenkasse eine solche Knochendichtemessung bisher nur bei Vorliegen einer Fraktur. In den anderen Fällen muss diese Untersuchung (ca. 30–40 Euro) selbst gezahlt werden.

Auf dem normalen Röntgenbild sind die Zeichen der Osteoporose erst relativ spät zu finden. Hier sieht man eine auffällige Knochenstruktur erst, wenn mindestens 30 % der Knochenstruktur verloren gegangen sind. Diese Tatsache verdeutlicht, dass zur frühen Diagnostik das Röntgenbild nicht ausreichend ist.

Der Hauptteil der Osteoporosepatienten sind Frauen



Aufenthalt im Freien



Kalziumreiche Ernährung

Behandlung

Jede erkannte Osteoporose sollte medikamentös behandelt werden. Die Intensität der Behandlung hängt vom Ausmaß der Osteoporose ab. Nur durch die medikamentöse Behandlung lässt sich ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern.

Basisbehandlung jeder Osteoporose ist die ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr. Dazu sind in erster Linie kalziumreiche Lebensmittel, wie Milch und Milchprodukte, sinnvoll. Kombiniert werden kann dieses mit einer Medikation von Kalzium und Vitamin D. Dazu sind verschiedenste Präparate im Handel. Bei höhergradiger Osteoporose sollte zusätzlich ein Medikament aus der Gruppe der Biphosphonate oder ein sogenannter Östrogenrezeptormodulator gegeben werden. Für die Wirksamkeit anderer

Medikamente, wie Fluoride, Calcitonin oder Hormone, besteht im Moment nur eine begrenzte Beweislage. Außerdem ist eine ausreichende körperliche Aktivität mit viel Aufenthalt im Freien zu empfehlen, da Vitamin D durch den Körper auch unter dem Einfluss von Sonnenlicht selbst gebildet bzw. aktiviert werden kann. Der Nikotin- und Alkoholgenuss ist möglichst zu vermeiden. Bei zu geringem Körpergewicht ist eine ausreichende Ernährung zu empfehlen.

Die spezielle Pharmakotherapie sollte für zunächst vier bis fünf Jahre durchgeführt werden. Über eine Weiterführung ist dann im Verlauf zu entscheiden. Eine Knochendichtemessung zur Verlaufskontrolle der Osteoporose ist im Mindestabstand von zwei Jahren zur Erstuntersuchung sinnvoll.

Von der WHO wird die Osteoporose als eine der zehn wichtigsten Volkskrankheiten eingestuft



Gesunde Wirbelsäule



Fraktur der Wirbelsäule



Dr. med. Knut Andresen,
FA für Orthopädie, Chirotherapie,
Sonografie, Röntgen, Neuraltherapie,
Städtisches Klinikum Brandenburg
GmbH



Tief sitzende Hühfthosen und knapp sitzende Tops



Junge Mädchen tragen oft tief sitzende Hühfthosen und dazu knapp sitzende Tops – der Rücken „blitzt“ blank – kann das zu einer Nierenbeckenentzündung führen?

Wissenschaftlich ist es nicht bewiesen, aber sicherlich ist es sinnvoll, eine Unterkühlung zu vermeiden. Aber was ist eigentlich eine Nierenbeckenentzündung?

Eine Nierenbeckenentzündung ist eine Infektion des Nierengewebes und des Nierenbeckens. Sie kann akut oder chronisch verlaufen. Akute Infektionen treten bei Frauen etwa 100-mal häufiger auf als bei Männern, wahrscheinlich weil die Harnröhre kürzer ist. Meistens entwickelt sich eine akute Nierenbeckenentzündung aus einer aufsteigenden Harnwegsinfektion. Dabei wandern Keime über einen oder beide Harnleiter von der Blase aufwärts ins Nierenbecken. Die Erkrankung verläuft schwer, mit hohem Fieber, Flankenschmerzen und starkem Krankheitsgefühl. Wird die Nierenbeckenentzündung nicht behandelt, können sich kleine Abszesse in der Niere bilden, die zu einer chronischen Entzündung oder zu einer Verminderung der Nierenfunktion führen.

Die chronische Form der Nierenbeckenentzündung kann über lange Zeit ohne jegliche Symptome verlaufen. Es kommt zur Narbenbildung. Eine chronische Nierenbeckenentzündung kann die Nieren so weit schädigen, dass es zu einem vollständigen Nierenversagen mit Dialysepflichtigkeit kommt.

Wie entsteht eine Nierenbeckenentzündung?

Normalerweise finden sich im Urin und im Harntrakt keine Keime. Verschiedene Faktoren begünstigen aber, dass Keime (meist *Escherichia coli*) über die Harnröhre bis zur Niere aufsteigen und dort eine Entzündung hervorrufen. Zu diesen Risikofaktoren zählen vor allem Harnabflussstörungen aufgrund von Nierensteinen, Tumoren oder einer Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostata). Querschnittslähmungen oder Fehlbildungen im Bereich des Harntraktes können ebenfalls zu einem Urinstau führen. Damit können die Keime leichter in die Niere aufsteigen.

Weitere Faktoren, die eine Nierenbeckenentzündung begünstigen, sind:

- Schwangerschaft und sexuelle Aktivität
- Stoffwechselstörungen wie Gicht oder Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Missbrauch von Schmerzmitteln
- Eingriffe an den Harnwegen (z. B. Blasenkatheter)
- Abwehrschwäche
- In seltenen Fällen kann es auch zu einer Einschwemmung von Bakterien aus dem Blut kommen
- Sind die ableitenden Harnwege über längere Zeit verändert (vesikoureteraler Reflux, Harnleiterenge), kann sich aus einer akuten eine chronische Nierenbeckenentzündung entwickeln

Akute Infektionen treten bei Frauen etwa 100-mal häufiger auf als bei Männern

Was sind die typischen Symptome einer Nierenbeckenentzündung?

Bei der akuten Nierenbeckenentzündung besteht meist ein schweres Krankheitsgefühl mit folgenden Beschwerden:

- plötzlich auftretendes, hohes Fieber, evtl. Schüttelfrost
- heftige Schmerzen im Bereich beider Flanken
- schmerzhaftes, häufiges und erschwertes Wasserlassen (Dysurie)



Die chronische Nierenbeckenentzündung schädigt die Niere langsam und kontinuierlich. Häufig ist das Erscheinungsbild deshalb uncharakteristisch:

- unklare Fieberzustände
- Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, dumpfe Rückenschmerzen, Brechreiz
- evtl. Bluthochdruck und Blutarmut

Sie sollten in jedem Fall einen Arzt aufsuchen!

Wie stellt der Arzt die Diagnose?

Als Erstes erfragt der Arzt die Krankengeschichte und Beschwerden. In einer Blutuntersuchung bestimmt er die Nieren- und die Entzündungswerte. Eine Urinprobe wird auf Bakterien und weiße Blutkörperchen untersucht. Zusätzlich können Bakterien aus einer Blutprobe kultiviert werden. In der Ultraschalluntersuchung werden die Nieren und die ableitenden Harnwege untersucht. Insbesondere wird nach den Ursachen eines möglichen Harnstaus gesucht. In manchen Fällen ist dazu auch eine Röntgenuntersuchung (Ausscheidungsurogramm) oder eine Harnblasenspiegelung (Zystoskopie) notwendig.

Wie wird eine Nierenbeckenentzündung behandelt?

Nach der Abnahme von Urin und Blut zum Nachweis von Bakterien beginnt der Arzt noch vor Erhalt der Untersuchungsergebnisse mit der Behandlung. Der Arzt wird ein Antibiotikum mit einem breiten Wirkungsspektrum verordnen. Nachdem der Erreger identifiziert ist, passt der Arzt die Therapie gegebenenfalls mit dem entsprechenden Antibiotikum an.

Neben dieser spezifischen Therapie ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (mindestens zwei Liter am Tag), Bettruhe und das Weglassen aller nierenschädigenden Medikamente wichtig. Bei Bedarf können auch krampflösende Medikamente gegeben werden.

Wichtig für den Therapieerfolg ist es, die Harnabflussstörungen wie Nierensteine zu beseitigen.

Kehren die Entzündungen häufig wieder, ist eine längerfristige, niedrig dosierte antibiotische Therapie notwendig.



Wie kann man einer Nierenbeckenentzündung vorbeugen?

- Achten Sie auf eine ausreichende Trinkmenge (zwei Liter am Tag). Dadurch können Sie die Keime aus der Niere „spülen“
- Vermeiden Sie Durchnässung und Unterkühlung
- Vermeiden Sie den Gebrauch von Intimsprays, parfümierten Seifen oder desinfizierenden Lösungen. Sie verändern das Hautmilieu im Genitalbereich und bilden damit ein gutes Nährmedium für Bakterien
- Harnabflussstörungen sollten so weit wie möglich beseitigt werden

Prognose und allgemeine Komplikationen

Nach etwa 24 Stunden der oben aufgeführten Therapie sollte eine Besserung der Beschwerden eingetreten sein. Nach drei Tagen müsste der Harnbefund wieder normal sein. Die akute Nierenbeckenentzündung heilt in den meisten Fällen ohne Folgen aus.

Wiederholte und chronische Verläufe können zu einer Funktionseinschränkung der Niere führen. In seltenen Fällen kommt es im Rahmen einer Nierenbeckenentzündung zu einer Blutvergiftung (Sepsis) oder zu Eiterversammlungen (Abszess) im Nierenbereich.



Dr. med. Thomas Enzmann,
Chefarzt der Klinik für Urologie und
Kinderurologie, Städtisches
Klinikum Brandenburg GmbH

Die Nierenbeckenentzündung heilt in den meisten Fällen ohne Folgen aus



Kein Schicksal, sondern behandelbar

Unwillkürlicher Urinverlust und Senkung – was ist das eigentlich?

Unter Harninkontinenz (= unwillkürlicher Urinverlust) versteht man den ungewollten und nicht kontrollierbaren Abgang von Urin aus der Harnröhre. Zu unterscheiden ist hierbei, ob es sich bei der Ursache für den unwillkürlichen Urinverlust um eine „mechanische“ Belastung (= Stressinkontinenz) des Harnblasenverschlusses (z. B. beim Husten, Niesen) oder einen nicht beherrschbaren Drang zum Wasserlassen (= Dranginkontinenz) handelt.

Senkung

Mit dem Begriff Senkung wird ein Tiefertreten der weiblichen Geschlechtsorgane, also der Gebärmutter und der Scheide bis hin zum kompletten Vorfallen der Organe vor den Scheideneingang, beschrieben. In der Folge einer Senkung der Geschlechtsorgane kommt es häufig auch zum Absinken der Harnblase oder des Enddarms in die Scheide, wodurch sich eine Harninkontinenz, aber auch ein Abknicken der Harnröhre mit der daraus folgenden Unfähigkeit der kompletten Entleerung der Harnblase ergeben kann. Bei einer Mitbeteiligung des Enddarms kann es zum Stuhlschmieren, aber auch zum kompletten Stuhlverhalt, mit der Unfähigkeit, den Darm zu entleeren, kommen.

Diagnostik

Die Vielschichtigkeit der angesprochenen Probleme und das Ineinanderwirken der unterschiedlichen Organsysteme verdeutlicht klar, dass vor einer Entscheidung für eine Therapie eine exakte Diagnosestellung erforderlich ist. Grundlage hierfür ist eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte. Die anschließende gynäkologische Untersuchung gibt Aufschluss über das Vorliegen und das Ausmaß einer Senkung. Veränderungen des Beckenbodens in Ruhe und unter Belastung sowie Zeichen eines Hormonmangels können erkannt werden. Wird die Patientin bei voller Blase zum Husten aufgefordert und tritt dabei ungewollt Urin aus der Harnröhre, so ist der Problemkreis der Stressharninkontinenz zweifelsfrei belegt.

Zurückhaltung ist jedoch geboten, wenn trotz einer für den Arzt objektiv bestehenden Senkung von der Patientin keine Beschwerden angegeben werden. Nicht allein die Tatsache einer bestehenden (leichten) Harninkontinenz oder einer Senkung ist Anlass für eine Therapie, sondern der von der einzelnen Patientin empfundene Leidensdruck. Dies darf aber nicht dazu führen, dass der Problemkreis des unwillkürlichen Harnverlustes und der Senkungsercheinungen weiterhin als Tabuthema behandelt wird. Den Ärzten ist aufgetragen, gezielt nach Symptomen des Harnverlusts und der Senkung zu fragen, ebenso den Frauen, sich offen und ohne falsches Schamgefühl mit ihren Problemen an den Arzt / die Ärztin ihres Vertrauens zu wenden.

Die weitere, speziellere Diagnostik umfasst eine Ultraschalluntersuchung der Geschlechtsorgane, der Harnblase sowie der Harnröhre. Zur genauen Bestimmung der Leistungsfähigkeit des Verschlussapparates der Harnblase erfolgt schließlich noch eine sogenannte Blasendruckmessung (Urodynamik).



Bewegungsfreiheit

Therapie

Ziel all dieser Untersuchungen ist es, die zugrunde liegende Störung der Funktion des Beckenbodens möglichst genau zu erfassen und daraus einen Vorschlag zur nötigen Therapie abzuleiten. So ist eine alleinige oder vorwiegende Drangproblematik ausschließlich einer medikamentösen Therapie zugänglich. Eine leichte bis mittelschwere Stressharninkonti-



nenz sollte zunächst durch eine aktive Stärkung der Strukturen des Beckenbodens behandelt werden. Diese sogenannte Beckenbodengymnastik wird unter der Anleitung von Physiotherapeuten erlernt und kann über viele Jahre zu einer Linderung oder gar zum völligen Verschwinden der Harninkontinenzprobleme führen. Verbessern lässt sich der Effekt der Beckenbodengymnastik noch durch die Anwendung verschiedener Hilfsmittel.

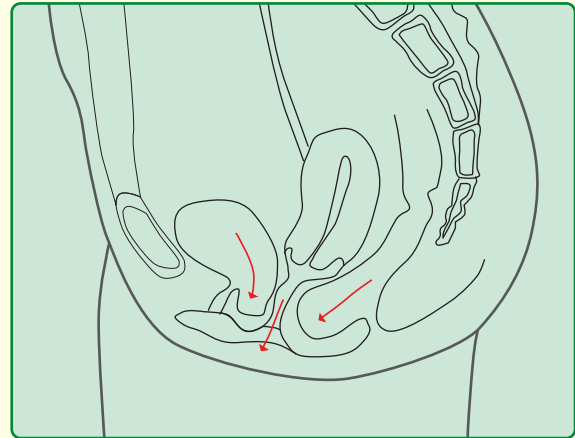
Sowohl eine Senkung als auch eine Harninkontinenz kann durch das Tragen von speziellen Scheideneinlagen (unterschiedliche sogenannte Pessare, spezielle Inkontinenztampons) über lange Zeit ohne operative Maßnahmen beherrscht oder verbessert werden.

Erst als letzte Maßnahme und nach Versagen aller anderen Therapieansätze ist eine operative Korrektur angezeigt.

Eine alleinige Senkung der vorderen oder der hinteren Scheidenwand kann durch das ausschließliche Freilegen der unter der Scheidenhaut gelegenen Haltestrukturen und deren Rekonstruktion behoben werden (vaginale Plastik). Ein seitlicher Abriss der Scheide von den Bandstrukturen des kleinen Beckens erfordert jedoch eine andere operative Technik, die entweder vom Bauchschnitt oder in seltenen Fällen auch von der Scheide aus erfolgen kann. Ist die Gebärmutter mit in die Senkungsproblematik einbezogen, so muss diese im Allgemeinen mit entfernt werden.

Bei einem kompletten Vorfall ist häufig eine Aufhängung der Scheide an Bändern des kleinen Beckens erforderlich. Dies kann je nach der Ausgangssituation eine Operation durch die Scheide oder durch einen Bauchschnitt erforderlich machen.

Durch die Behebung einer Senkung kann in vielen Fällen auch bereits eine Harninkontinenz verbessert oder völlig behoben werden. Liegt der Harninkontinenz jedoch eine Problematik der Harnröhre zugrunde, so ist die alleinige Senkungsoperation nicht ausreichend. In diesen Fällen wird ein Kunststoffband unter der Harnröhre eingelegt. In speziellen Fällen ist jedoch auch hier noch eine klassische Operation durch einen Bauchschnitt erforderlich.



Senkung von Blase, Gebärmutter und Enddarm

Die Problemkreise Senkung, Harn- und Stuhlinkontinenz stellen zukünftig eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar, da mit zunehmendem Lebensalter auch die Häufigkeit der genannten Erscheinungen zunimmt. Ausgangspunkt für eine zufriedenstellende Behandlung ist die genaue Kenntnis der zugrundeliegenden krankhaften Veränderungen und der damit verbundenen Beschwerden, die in ihrer Gesamtheit erfasst und zur Grundlage eines individuellen Behandlungsplans für jede einzelne Patientin gemacht werden müssen. Um all diesen Anforderungen gerecht zu werden, wird gegenwärtig im Klinikum intensiv an der Entwicklung einer speziellen Arbeitsgruppe zur Inkontinenztherapie unter Einschluss der Frauenklinik, der Urologie sowie der Allgemeinchirurgie gearbeitet.

Zur genauen Bestimmung der Leistungsfähigkeit des Verschlussapparates der Harnblase erfolgt schließlich noch eine sogenannte Blasendruckmessung (Urodynamik)



Dr. med. Eberhard Beck,
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH



Erkältungen den Kampf ansagen ...



Da Halsschmerzen meist als Begleitung einer Erkältung auftreten, klingen sie bei etwas Ruhe und Erholung und mit Hausmitteln in der Regel nach ein paar Tagen ab. Für Laien ist es allerdings schwer zu beurteilen, wann die Beschwerden über eine banale Erkältung hinausgehen. So können sich neben den Viren in den Schleimhäuten Bakterien vermehren oder die Halsschmerzen beruhen auf einer Mandelentzündung. Eine bakterielle Erkrankung sollte ein Arzt behandeln, weil sonst der Patient das Risiko von Herz-, Gelenk- oder Nierenleiden eingeht.

Warnsignale

Es empfiehlt sich ebenso, die Ursachen der Halsschmerzen beim Arzt abzuklären, sobald die Symptome länger als drei Tage anhalten, schlimmer werden oder wenn Fieber und Atemnot hinzukommen. Auch wenn es schwer fällt, den Mund zu öffnen (Kieferklemme), ist ärztlicher Rat sinnvoll. Weitere Warnsignale sind gelbliche bis gelblich-grüne Beläge im Hals oder auf den Mandeln. Sie weisen auf eine bakterielle Infektion hin. Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber, Schwächegefühl und Schüttelfrost deuten auf eine echte Grippe hin.

Wie kann ich mich vor Erkältungen schützen?

In Bussen, Fahrstühlen und Büros werden Viren beim Niesen oder Husten schnell durch Tröpfchen übertragen. Eine gesunde, gut durchblutete Schleimhaut ist dagegen gewappnet.

Kalte, trockene Luft, überheizte Räume und Klimaanlagen trocknen das dünn-feuchte Abschlussgewebe der Atemwege aus und machen es angreifbar. Damit Ihre Schleimhäute Feuchtigkeit bekommen, sollten Sie vor allem viel trinken und die Raumluft feucht halten. Wechselduschen oder Saunabesuche – allerdings nur, wenn Sie ganz gesund sind – und Bewegung an der frischen Luft verbessern die Durchblutung und stärken die Abwehr. Um das Immunsystem zu schützen, ist ausgewogene, vitaminreiche Kost sehr wichtig. Wenn es dennoch erwischt, der kann zu bewährten Hausmitteln greifen.

Was ich Ihnen als HNO-Ärztin rate:

Viel trinken und feuchte Raumluft sind bei Erkältung ein Muss.

Bewährt haben sich außerdem Mundspülungen mit Emser Salz sowie feuchtwarme Halswickel. Fruchtsäfte und heiße Zitrone gelten als umstritten, weil sie reizen. Gut sind pflanzliche Halsschmerzmittel mit Isländischem Moos. Sie wirken entzündlichen Prozessen auf den Mundschleimhäuten entgegen und sind als Lutschtabletten erhältlich, was zusätzlich die Speichelproduktion anregt. Zur Befeuchtung und Entzündungsminderung an Rachen- und Halsschleimhäuten eignen sich Kamillentee oder Inhalationen mit Salbei.

In Bussen, Fahrstühlen und Büros werden Viren beim Niesen oder Husten schnell durch Tröpfchen übertragen





Medikamente

Rund 90 % aller Erkältungen gehen auf Viren zurück. Es gibt keine Medikamente, die diese Erreger gezielt abtöten. Dennoch bietet Ihre Apotheke eine große Auswahl unterstützender Arzneien gegen Kratzen oder Brennen im Hals. Sie wirken schmerzstillend, keimtötend und entzündungshemmend. Es gibt

Tabletten, Lösungen oder Sprays. Antibiotika helfen nur, wenn die Virusinfektion von einem bakteriellen Infekt überlagert wird oder bei einer reinen Bakterieninfektion, da sie ausschließlich Bakterien töten. Nur der Arzt kann entscheiden, wann diese Behandlung nötig ist.

Das hilft gegen Halsschmerzen

Feuchtigkeit

Viel trinken, am besten Mineralwasser und Kräutertees mit Salbei oder Kamille. Heiße Milch mit Honig sorgt für erhöhte Schleimproduktion zum Schutz und zur Reinigung der Schleimhäute. Zusätzlich die Raumluft befeuchten.

Halswickel

Ein Naturfasertuch in warmes Wasser mit einem Schuss Apfelessig tauchen, auswringen, um den Hals schlagen und mit einem trockenen Tuch abdecken. Die bessere Durchblutung unterstützt die Abwehr.

Salzspülungen

Mundspülungen mit Emser Salz – ein halber gestrichener Teelöffel oder ein Portionsbeutel auf 250 ml warmes Wasser lösen den Schleim und befeuchten, damit wird das Infektionsrisiko gesenkt und die Heilung unterstützt. Emser Salz gibt es auch als Lutschpastillen.

Entzündungen dämpfen

Lutschtabletten oder Spüllösungen, etwa mit Auszügen aus Salbei, Isländischem Moos oder mit Kamille, dämpfen Rötung und Entzündung im Mundraum und halten die Schleimhäute bis in Rachen feucht. Inhalationen, z. B. mit Salbei oder Kamille, erreichen auch die tieferen Atemwege.

Keime abtöten

Desinfizierend wirkt Chlorhexidinguconat, Hexetidid oder Cetylpyridinium, Adstringenzen wie Aluminiumchlorat ziehen die Schleimhäute zusammen. Sie sind entzündungshemmend, antibakteriell und schmerzlindernd. Die Lösungen gibt es gebrauchsfertig, als Konzentrat zum Gurgeln oder als Spray.

Schmerzen stillen

Bei Schluckbeschwerden helfen Lutschtabletten mit Lidocain oder Benzocain. Oft sind schmerzstillende und desinfizierende Substanzen kombiniert. Präparate mit solchen Wirkstoffen sollten Sie aber nur kurze Zeit anwenden. Bestehen die Beschwerden dann immer noch oder kommen sie nach dem Absetzen der Medikamente wieder, müssen Sie zum Arzt gehen.



Dr. med. Didzuneit-Sandhop,
Chefärztin der Klinik für HNO-
Krankheiten, Gesichts- und Hals-
chirurgie, Städtisches Klinikum
Brandenburg GmbH

Eine Urlaubslaune wurde zur Bastelleidenschaft



Es fing alles im Jahr 2000 in Saalfeld an. Mein Mann und ich genossen ein paar schöne Urlaubstage in der Stadt der Feengrotten. Wie für Thüringen typisch, findet man zahlreiche kleine Souvenir- und Bastelläden, die zum Stöbern nur so einladen, insbesondere dann, wenn man Trachtenpuppen sammelt. Eine geschäftstüchtige Verkäuferin überredete mich, statt einer Puppe einen Teddy zum Selbstnähen zu kaufen. Eigentlich war ich davon überzeugt, dass ich dafür kein Talent habe, aber lockte es dennoch, es zu versuchen. Nach dem Urlaub war dieses Unternehmen aber schnell vergessen und die Bastelpackung verschwand in der hintersten Schrankecke. Wochen später bekam ich ein Bastelbuch „Teddys selber machen“ geschenkt. Waren das ein paar drollige Gesellen, ich bekam große Lust, es nun doch einmal zu versuchen.



Teddy Peter

Da war ja noch die Bastelpackung aus dem Urlaub, ich hatte sofort das notwendige Material. Der eigentliche Teddy gefiel mir nicht so besonders, also wurde der Stoff nach einem Modell aus meinem neuen Buch zugeschnitten und die Einzelteile wurden zusammengeñäht. Mein erster Teddy sollte bald einen Platz in unserer Wohnung bekommen.

Aus meinem 1. Versuch sollte bald eine Leidenschaft werden. Aus Büchern und Zeitschriften hole ich mir neue Anregungen und verarbeite geeignete Stoffreste und alle möglichen Materialien. Bei den größeren Teddys wird schon einmal die Nähmaschine eingesetzt, die kleinen sind reine Handarbeit. Alle Teddys haben

bewegliche Gliedmaßen, die größeren bekommen auch eine Stimme und können gewaltig brummen. Inzwischen gehören etwa 20 Teddys zu meiner Sammlung. Rosi, Lulu, Benny, Lutz – alle Teddys sind Unikate und bekommen ihren Namen. Die meisten finden einen Platz in unserem Haus, einige habe ich aber auch zu besonderen Anlässen schon verschenkt. Jetzt, wo die Tage wieder kürzer werden und die Gartenarbeit ruht, werde ich sicher meine kleine Teddyfamilie weiter anwachsen lassen.



Teddy Lisa, Teddy Peter und Teddy Andy



Teddy Rosi, Teddy Benny und Teddy Andy



*Ingrid Reich, Personalabteilung,
Städtisches Klinikum Brandenburg
GmbH*

Tatütata – die Notärztin ist da ...

15.30



21.30



112 hilft in allen Notlagen

Es ist 6.30 Uhr. Zum x-ten Mal in diesem Dienst geht mein Pieper; auf dem Display steht „Brustschmerz“. Das wird wohl hoffentlich mein letzter Einsatz in diesem Dienst sein, der offiziell um 7.00 Uhr beendet ist.

Am Vortag um 15.30 Uhr habe ich den Pieper von meinem Kollegen übernommen und war seitdem bei den unterschiedlichsten Notfällen: Verkehrsunfall, Zuckerschok, Asthma, Entbindung. Zum Glück ist es schon hell und die Vögel singen fröhlich, da fällt es nicht so schwer, die Augen offen zu halten.

Gemeinsam mit meinem Rettungsassistenten fahren wir mit dem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) zur Wohnung des Patienten. Den Namen und die Adresse können wir auch dem Pieper entnehmen. In der Wohnung treffen wir zwei Rettungsassistenten, die bereits seit einigen Minuten hier sind. Sie haben schon wichtige Details erfragt, den Blutdruck gemessen und ein EKG geschrieben.

Der Rettungsdienst der Stadt wurde nach den Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes des Landes Brandenburg eingerichtet. Danach wird gewährleistet, dass innerhalb kürzester Zeit ein Rettungsmittel am Einsatzort ist. Im sogenannten Rendezvous-System trifft sich dann ein Notarzt bzw. eine Notärztin mit den Rettern eines Rettungswagens (RTW) am Einsatzort. So passiert es also, dass häufig der RTW mit seiner Besatzung vor der Notärztin/dem Notarzt am Einsatzort ist und schon wichtige Maßnahmen zur Diagnostik und auch Therapie einleitet. Möglich wird dieses System durch die Verteilung der einzelnen Rettungswachen in Brandenburg und Umgebung.

Die drei in unserer Stadt im Rettungsdienst arbeitenden Organisationen sind das DRK, die Johanniter Unfallhilfe und die Feuerwehr, die jeweils einen RTW in der Feuer- und Rettungswache, Fontanestr. 1, stationiert haben. Dort bekommen sie immer abwechselnd

ihre Einsätze von der Rettungsleitstelle zugeordnet. Außerdem gibt es eine Rettungswache in Kirchmöser. Der Notarzt/Die Notärztin kommt dann entweder mit dem NEF oder mit dem Rettungshubschrauber (RTH) dazu. „Stationiert“ ist der Notarzt genauso wie der Rettungsassistent des NEF im Städtischen Klinikum. Unser Einsatzgebiet erstreckt sich über das Stadtgebiet Brandenburgs und angrenzende Gebiete des Landkreises PM. Bei schlechten Sicht- und Wetterverhältnissen bzw. wenn es dunkel ist und der Hubschrauber nicht mehr zum Einsatz kommen kann, fährt man mit dem NEF auch in weiter entfernte Orte und zur Autobahn, die sonst vom Rettungshubschrauber angefliegen werden. Dann ist es schon beruhigend zu wissen, dass bereits der RTW vor Ort ist.

Ich bin mittlerweile hellwach. Dem Patienten geht es gar nicht gut, schon die ganze Nacht hat er Schmerzen in der linken Brust und bekommt schlecht Luft. Da er aber den Rettungsdienst in der Nacht nicht belästigen wollte, hat er erst jetzt die 112 gewählt und uns gerufen. Das hätte für den Patienten schlimm enden können, denn gerade wenn der Verdacht auf einen Herzinfarkt besteht, muss frühzeitig eine Therapie eingeleitet werden.

Nach der Erstversorgung fahre ich dann gemeinsam mit dem Patienten im Rettungswagen mit Blaulicht und Martinshorn durch Brandenburg ins Städtische Klinikum. Bei solcher Fahrt bin ich jedes Mal dankbar dafür, dass der Fahrer ruhig bleibt und verantwortungsbewusst fährt.

Eigentlich sollten sich alle Verkehrsteilnehmer mal in die Rolle des im RTW transportierten Patienten versetzen. Vielleicht würden sich dann durch eine höhere Aufmerksamkeit gefährliche Situationen, in die man bei Blaulichtfahrten öfter kommt, vermeiden lassen.



6.30



8.00

So, jetzt habe ich es endlich geschafft, der Dienst ist vorbei. Das war also wirklich der letzte Einsatz in diesem Dienst. Der Patient ist in guten Händen, wir haben ihn in der Rettungsstelle dem diensthabenden Kardiologen übergeben.

Meinen Pieper habe ich an den nachfolgenden Kollegen weitergegeben und wir haben bei der Dienstübergabe noch ein wenig geplaudert und dabei auch herzlich gelacht.

Zum Beispiel darüber, wie eine Kollegin mit dem RTH zu einem Unfall auf der Autobahn gerufen wurde, der Hubschrauber auf einer Wiese landete und leider zwischen ihr und dem Patienten ein Maschendrahtzaun stand. Da saß sie dann auf dem Zaun und es ging nicht mehr nach vorne und hinten. Und weit und breit keine helfende Hand, der Rettungsassistent war schon vorgesprintet und versorgte den Patienten, und meine Kollegin hatte schon Angst, dass nun auch noch ein Unfall auf der Gegenseite wegen Schaulustiger passieren würde oder am nächsten Tag ein Bild von ihr in der Zeitung zu sehen wäre mit der Unterschrift: Helfer braucht Helfer. Endlich kam dann der Pilot und fragte höflich, ob er ihr mal an den Po fassen dürfte. Mit einem leichten Schubs war sie dann auf der richtigen Seite und konnte nun den Verunfallten verarzten.

Oder über das nette Kompliment, dass ich bekam, als ich einen siebenjährigen Jungen nach einem Unfall versorgte, der mich in meiner Notarztjacke genau betrachtete und dann meinte: „Rot steht dir aber gut.“

Spaß hatten wir auch im Rahmen einer Sichtsübung: Ein gut geschminkter Statist mit einer offenen Bauchverletzung erlitt eine kleine Kopfplatzwunde, die in der Rettungsstelle chirurgisch versorgt werden musste. Als er dort eintraf, sah man zunächst nur den offenen Bauch (sah wirklich aus wie echt) und wollte mit dem Patienten sofort in den OP fahren.

Es ist 8.00 Uhr und ich schwing mich auf mein Fahrrad. Ein langer Arbeitstag ist vorbei und ich freue mich auf zu Hause.

Auch wenn die Arbeit als Notärztin anstrengend ist, die Dienste lang sind und ich auch manch trauriges Erlebnis habe, ist es trotzdem eine schöne Arbeit. Man trifft auf Menschen in den unterschiedlichsten Situationen, die dankbar für die erbrachte Hilfeleistung sind, und man arbeitet in einem gut ausgebildeten Team.



Frau Mechthild Neubert,
Fachärztin für Anästhesiologie,
Städtisches Klinikum Brandenburg
GmbH

Reisebericht aus Äthiopien



Früh am Morgen liegt noch ein Gemisch aus Nebel und Qualm von Holzkohlenfeuern über der kleinen Stadt im Tal. Vor 6 Uhr ist es noch kalt im äthiopischen Hochland. Die wenigen Gestalten an der Straße sind von Kopf bis Fuß eingehüllt in weiße Tücher. Unsere kleine Reisegesellschaft macht sich per Landrover auf ins 150 km entfernte Aira – eine Tagesreise bei den hiesigen Straßenbedingungen. Gleich hinter der Stadt hört der löcherige Asphalt auf und es beginnt eine Staub- und Schotterpiste aus feuerroter Erde, die sich durch eine grandiose Gebirgslandschaft windet. Nach kurzer Zeit sitzt der feine rote Staub trotz geschlossener Fenster in allen Poren und juckt. Die Schimpansen drehen uns am Straßenrand missachtend das rote Hinterteil zu.

Die erste von zahlreichen Reifenpannen erwischt uns, als die Sonne gerade zu wärmen beginnt – das ist nur eine kurze Phase, dann wird es heiß. Mit Reifen wechseln, flicken, aufziehen, wieder wechseln, auch mal neu kaufen vergeht der Tag wie im Fluge, nicht so die Kilometer. In fast jedem der kleinen verstreuten Dörfer an der Straße gibt es einen Gommista, einen Reifenhändler und Reparateur. Während unser Fahrer verhandelt und wir auf die Weiterfahrt warten, vertreiben wir uns die Zeit damit, den unzähligen Kindern, die uns bestaunen, deutsche Kinderlieder beizubringen und versuchen – meistens erfolglos – ihnen ein äthiopisches Lied zu entlocken. Gelegentlich über-

rascht uns ein Jugendlicher mit „Guten Morgen! Setzen!“ Zu Zeiten des kommunistischen Regimes gab es hier Entwicklungshilfe durch Lehrer aus der DDR.

Aira – unser Ziel – liegt weit im Westen von Äthiopien. Es ist ein kleines Dorf mit wenigen Häusern beidseits der Straße. Außerhalb liegt der Komplex des Krankenhauses, das einzige der ganzen Region. Elf Jahre zuvor wurde es weitgehend erneuert und besteht jetzt aus einer Ansammlung von flachen, weitgehend offenen Gebäuden, die mit überdachten Wegen (wegen der Regenzeit) verbunden sind. Unterhalten wird es von der Mekane-Yesus-Kirche, einer lutherischen Kirche in Äthiopien. Es arbeiten jeweils vier bis fünf Ärzte hier, die größtenteils Ausländer sind, da die wenigen äthiopischen Fachärzte das Leben und den besseren Verdienst in den großen Städten vorziehen.

Es gibt relativ wenig Betten, dafür einen großen Ambulanzbereich. Stationär behandelt werden nur diejenigen, für die es absolut keine andere Möglichkeit gibt. Die Patienten haben oft viele Tagesmärsche hinter sich, soweit sie sich selbst noch hinschleppen können, oder sie werden von einem Trupp Trägern gebracht, die sich auf dem weiten Weg im Tragen der schwerkranken Patienten abwechseln.

Die Krankheiten erinnern kaum noch an unsere Medizin. Im Vordergrund natürlich AIDS und Tuberkulose, aber wir sehen auch schwere eitrige Rippenfellentzündun-

Äthiopien

Somalia

Kenya

dungen, Frauen nach Gebärmutterruptur als Geburtskomplikation, unterernährte Kinder und die schweren Verletzungen der „fighting cases“, der wochenendlichen Messerstechereien.



Unsere Freundin, die hier unentgeltlich nach ihrer Berentung ein Jahr als Anästhesistin arbeitet, führt uns stolz ihr Narkosegerät vor, das einzige im Haus und handbetrieben. Das Röntgengerät ist schon seit einiger Zeit nicht zu gebrauchen, weil eine Röhre durchgebrannt und eine neue nicht zu bezahlen oder nicht zu bekommen ist. Im Handschuhraum hängen zahlreiche Gummihandschuhe von fragwürdiger Farbe und ausgeleiert nach langem Gebrauch zum Trocknen nach der Wäsche auf der Leine. Im Freien flattert die OP-Wäsche im Wind. Ein Blick in die Schränke offenbart gährende Leere, ein einsames Blutdruckgerät neben einer Infusionsflasche Elektrolytlösung. Überraschend gut ausgestattet und offenbar auch rege genutzt ist das kleine Labor. Trotz der einfachen Mittel ist die Erfolgsquote der Behandlungen und Eingriffe gut und alle machen einen fröhlichen, zufriedenen Eindruck.

In der Krankenpflegeschule regiert Schwester Ilse aus Lüneburg. Sie leistet mit ihren Helferinnen einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitserziehung für die Bevölkerung. In einem Ernährungszentrum werden Mütter hinsichtlich Mangel- und Fehlernährung von Kindern und Säuglingen aufgeklärt. Es wird Hygiene gelehrt und das Kochen auf einem Feuer zwischen

drei Steinen an Stelle offener Feuer, deren Energie überwiegend ins Leere geht. Die hier ausgebildeten Krankenpflegerinnen gehen in die Dörfer der Region um eine medizinische Basisversorgung zu gewährleisten in einem Land, in dem 66 % der Bevölkerung Analphabeten sind und nur 27 % Zugang zu sauberem Wasser haben.

Das deutsche Pastorenehepaar, das hier lebt, versucht geduldig, die Frauen zum Anbau von Gemüse und zum Anlegen eines Gartens zu bewegen. Doch das ist fast aussichtslos in einer Gesellschaft von ehemaligen Nomaden, die sich selbst nur als stolze Herdenbesitzer und nicht als Ackerbauern verstehen. Nur so ist es zu erklären, dass jetzt, kurz nach der Regenzeit, wo die Landschaft noch üppig grünt, der wöchentliche Markt im Dorf nur karge Waren feilhält. Die Frauen sitzen hingekauert im roten Sand, vor sich eine Hand voll Zwiebeln, eine andere bietet zwei Scheiben Kürbis an, ein paar Eier, trockene Kräuter, gepresstes Salz in Scheiben.

Doch auch großartige Schätze des Altertums bietet uns die Weiterreise in diesem ältesten Kulturland Afrikas, dem Reich der sagemumwobenen Königin von Saba. Antike Paläste, geheimnisvolle, mit leuchtenden Fresken ausgestattete Klöster eines Urchristentums, dessen Tradition bis heute fort dauert, und aus monolithischen Felsklötzen herausgehauene Kirchen.

Renate Schäfer



Renate Schäfer, Medizincontrolling,
Städtisches Klinikum Brandenburg
GmbH



Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



KLINIKUM
brandenburg

Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.10.2005	Heike Beck	Krankenschwester, Station Z 1
10 Jahre	am 01.10.2005	Dana Dietrich	Krankenschwester, Gefäßchirurgie
10 Jahre	am 01.10.2005	Jana Hurt	Krankenschwester, Funktionsdiagnostik
10 Jahre	am 01.10.2005	Dajana Kelch	Krankenschwester, Wachstation
10 Jahre	am 01.10.2005	Nadin Knappe	Krankenschwester, Station Z 1
10 Jahre	am 01.10.2005	Maren Kronberg	Krankenschwester, Rettungsstelle
10 Jahre	am 01.10.2005	Yvon Laminski	Krankenschwester, Station Z 2
10 Jahre	am 01.10.2005	Tray Langer	Krankenschwester, Station I 1
10 Jahre	am 01.10.2005	Madleine Liepe	Kinderkrankenschwester, Station K 3
10 Jahre	am 01.10.2005	Katleen Pörschke	Kinderkrankenschwester, Station K 3
10 Jahre	am 01.10.2005	Gabriela Rolle	Krankenschwester, Rettungsstelle
10 Jahre	am 01.10.2005	Doreen Scheel	Krankenschwester, Station I 4
10 Jahre	am 01.10.2005	Peggy Schwone	Krankenschwester, Station Z 2
10 Jahre	am 01.10.2005	Roberto Tarruhn	Krankenpfleger, Station I 1
10 Jahre	am 01.12.2005	Sylke Schulze	Krankenpflegehelferin, Station I 4
15 Jahre	am 01.11.2005	Christina Brademann	Krankenschwester, Station I 5
15 Jahre	am 01.12.2005	Karin Daniel	Mitarbeiterin, Apotheke
20 Jahre	am 01.12.2005	Marina Sterz	Krankenschwester, HNO-Station
25 Jahre	am 01.10.2005	Heidi Kuntze	Krankenschwester, Station F 1
30 Jahre	am 01.10.2005	Dr. med. Frank Dalicho	Oberarzt, Frauenklinik
30 Jahre	am 29.10.2005	Petra Hannig	Krankenschwester, Anästhesie
30 Jahre	am 01.11.2005	Elke Kroll	Lehrerin, Medizinische Schule
35 Jahre	am 01.10.2005	Dr. med. Horst Dettenborn	Chefarzt, Anästhesie/I T S
35 Jahre	am 05.10.2005	Sonja Sternhagen	Krankenschwester, Zentralsterilisation
40 Jahre	am 15.11.2005	Ingrid Behrendt	Oberschwester, Pflegedienstleitung
40 Jahre	am 02.12.2005	Hannelore Gemballa	Mitarbeiterin, Apotheke

Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.08.2005	Jürgen Mast	Assistenzarzt, Anästhesie/I T S
am 01.09.2005	Antje Meinecke	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 01.09.2005	Dr. Mariska Schönrock	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin I
am 05.09.2005	Anna-Maria Plaue	Krankenschwester, Endoskopie
am 15.09.2005	Dr. Jens Kuhfahl	Oberarzt, Klinik für Innere Medizin II
am 01.10.2005	Flavia Grüning	Physiotherapeutin
am 01.10.2005	Johannes Schaudig	Assistenzarzt, Klinik für Innere Medizin II
am 01.10.2005	Katrin Wricke	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin II
am 01.10.2005	Timo Drewes	Assistenzarzt, Anästhesie/I T S
am 01.10.2005	Michaela Häusler	Krankenschwester, Station C 2
am 01.10.2005	Kathrin Kriz	Krankenschwester, Wachstation
am 01.10.2005	Jana Schmidt	Krankenschwester, Station I 1
am 01.10.2005	Torsten Langer	Krankenpfleger, Station C 2
am 15.10.2005	Iris Hohls	Fachärztin, Anästhesie/I T S
am 01.11.2005	Dr. Christine Brabeck	Assistenzärztin, Institut für Pathologie
am 01.12.2005	Oliver Koenen	Assistenzarzt, Anästhesie/I T S

Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

am 30.09.2005	Eva Rettig	Krankenschwester, Station C 2
am 30.09.2005	Gabriele Pollähn	Mitarbeiterin, Zentralsterilisation
am 14.10.2005	Annika Theiß	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 14.10.2005	Nancy Brunow	Mitarbeiterin, Apotheke
am 30.11.2005	Erika Menz	Mitarbeiterin, Zentralsterilisation
am 30.11.2005	Jörn Uhl	Facharzt, Anästhesie/IT S
am 31.12.2005	Hannelore Gemballa	Mitarbeiterin, Apotheke
am 31.12.2005	Dr. Grit Folk	Oberärztin, Kinderklinik
am 31.12.2005	Vera Christoph	Fachärztin, Augenklinik
am 31.12.2005	Dr. Norbert Bamberg	Chefarzt, Klinik für Gefäßchirurgie
am 31.12.2005	Renate Witzke	Sachgebietsleiterin Lohnbuchhaltung

Berufen und ernannt wurden ...

zum 01.11.2005	Dr. med. Sibylle Lechner	Ernennung zur Oberärztin, Augenklinik
	Dr. med. Markus Kathke	Ernennung zum Oberarzt, Augenklinik
zum 01.12.2005	Dr. med. Martin Hochstatter	Ernennung zum Oberarzt, Anästhesie und Intensivmedizin



Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 11.12.2005	Heidrun Rolle	Mitarbeiterin, Zentraler Schreibdienst
10 Jahre	am 11.12.2005	Simone Ulrich	Chefarztsekretärin
15 Jahre	am 01.10.2005	Frank Hilbert	Desinfektor
20 Jahre	am 16.12.2005	Marina Kleinert	Stationshilfe

Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.07.2005	Carmen Koch	Reinigung, Martha Piter Heim
am 01.07.2005	Ramona Czyfczynski	Reinigung, Martha Piter Heim
am 01.07.2005	Birgit Braune	Reinigung, Martha Piter Heim
am 01.07.2005	Edeltraud Plöhn	Reinigung, Martha Piter Heim
am 25.07.2005	Maik Schultze	Mitarbeiter, Wache/Pforte
am 01.09.2005	Heiko Schulz	Mitarbeiter, Patiententransport
am 07.11.2005	Ingo Jerichow	Mitarbeiter, Catering

Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

am 31.08.2005	Beate Sajonz	Chefarztsekretärin
am 31.08.2005	Edeltraud Fontaine	Mitarbeiterin, Fremdversorgung
am 30.09.2005	Gabriele Ratunde	Mitarbeiterin, Spezialreinigung
am 26.10.2005	Karin Kreitling	Mitarbeiterin, Patientenversorgung

Wir gratulieren zur bestandenen Prüfung ...

Herrn Thomas Schulze. Er absolvierte berufsbegleitend erfolgreich seinen Meisterabschluss.



Verabschiedung



Dr. med. Norbert Bamberg,
Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie

VERABSCHIEDUNG DR. MED. NORBERT BAMBERG

Nach zwölf Jahren als Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie am Städtischen Klinikum Brandenburg tritt Chefarzt Dr. med. Norbert Bamberg zum Jahresende 2005 in den wohlverdienten Ruhestand.

Sein Medizinstudium absolvierte Dr. Norbert Bamberg an der Universität Jena und er setzte ab 1976 seine berufliche Tätigkeit als Facharzt für Chirurgie im Städtischen Klinikum Brandenburg fort.

Nach seiner 1981 erfolgten Benennung als Oberarzt der Chirurgischen Klinik für das Fachgebiet Gefäßchirurgie gründete er 1994 die eigenständige Klinik für Gefäßchirurgie. Diese Klinik mit dem Aufgabengebiet der operativen und konservativen Behandlung von Patienten mit Gefäßerkrankungen entwickelte sich in kürzester Zeit zu einer anerkannten Einrichtung im Land Brandenburg, so dass das Einzugsgebiet der Klinik weit über die Stadt Brandenburg an der Havel hinausgeht.

Ausgezeichnet wurde die Klinik für Gefäßchirurgie schließlich im Jahr 2005 von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie mit dem Zertifikat „Anerkanntes Gefäßzentrum“. In der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I und dem Institut für Radiologie erfolgt eine nachgewiesene fachübergreifende Zusammenarbeit für eine qualifizierte, effektive und kostengünstige Behandlung von Patienten mit Gefäßleiden.

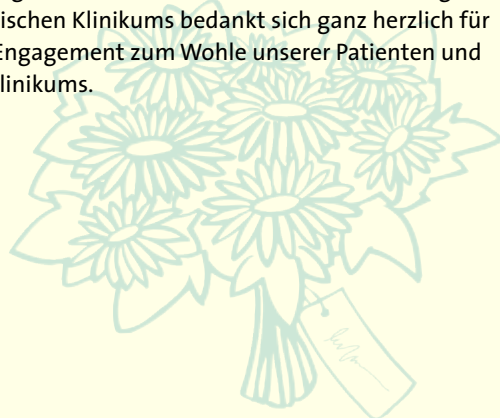


Operationsaal

Von den bundesweit 350 gefäßchirurgischen Abteilungen wurden bisher nur 45 als Gefäßzentrum anerkannt. Die Klinik für Gefäßchirurgie ist die zweite Klinik im Land Brandenburg, die die hohen Qualitätsanforderungen nachweisen konnte.

Die Klinik für Gefäßchirurgie wurde unter der Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Bamberg als erste medizinische Einrichtung im Städtischen Klinikum Brandenburg zertifiziert und wird somit zukünftig als Beispiel für eine zukunftsweisende Qualitätssicherung dienen.

Herr Dr. Bamberg war 30 Jahre im Städtischen Klinikum beschäftigt. Für ihn stand immer der Patient im Mittelpunkt seines gesamten Handelns und deshalb war auch für ihn ein wichtiger Punkt die Weiterbildung seiner Mitarbeiter. Die Geschäftsführung des Städtischen Klinikums bedankt sich ganz herzlich für sein Engagement zum Wohle unserer Patienten und des Klinikums.



SPRECHZEITEN DER KLINIKEN IM ÜBERBLICK



ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

CA Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke
Tel. o 33 81/41 28 20

ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVTHERAPIE

CA Dr. med. H. Dettenborn
Tel. o 33 81/41 13 00

AUGENHEILKUNDE

CA Priv.-Doz. Dr. med. W. Noske
Tel. o 33 81/41 19 70

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

CA Dr. med. E. Beck
Tel. o 33 81/41 14 00

GEFÄSSCHIRURGIE

CA Dr. med. N. Bamberg
Tel. o 33 81/41 13 50

HNO-KRANKHEITEN, GESICHTS- UND HALSCHIRURGIE

CÄ Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop
Tel. o 33 81/41 17 00

INNERE MEDIZIN I

CA Prof. Dr. med. M. Oeff
Tel. o 33 81/41 15 00

INNERE MEDIZIN II

CA Dr. med. W. Pommerien
Tel. o 33 81/41 16 00

KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

CA Dr. med. H. Kössel
Tel. o 33 81/41 18 42

NEUROCHIRURGIE

CA Dr. med. K.-H. Rudolph
Tel. o 33 81/41 17 50

UROLOGIE UND KINDERUROLOGIE

CA Dr. med. T. Enzmann
Tel. o 33 81/41 18 50

ZENTRUM FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

CA Priv.-Doz. Dr. med. R. Becker
Tel. o 33 81/41 19 00

INTERDISZIPLINÄRES TUMORTHERAPIEZENTRUM

Tel. o 33 81/41 12 00

RADIOLOGIE

CA Dr. med. D. Beckmann
Tel. o 33 81/41 26 10

Gespräche im Klinikum

Donnerstag, 08.12.2005, 18.00 Uhr

1. Möglichkeiten und Risiken der Brustvergrößerung und Brustverkleinerung,
OA Dr. G. Franz, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

2. Knopflochchirurgie an der Schilddrüse. Wann muss ein Schilddrüsenknoten operiert werden?, ChA PD Dr. R. Mantke, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Donnerstag, 05.01.2006, 18.00 Uhr

Brustkrebs: eine neue Geißel der Menschheit?
ChA Dr. E. Beck, Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Donnerstag, 02.02.2006, 18.00 Uhr

Moderne Behandlungsmethoden von Erkrankungen der Schlagadern und der Venen in der Gefäßchirurgie, OA Dr. W. Haacke, Klinik für Gefäßchirurgie

Donnerstag, 02.03.2006, 18.00 Uhr

3 Jahre Darmkrebsvorsorge in Brandenburg: „Hier werden Sie geholfen!“, ChA Dr. W. Pommerien, Klinik für Innere Medizin II

Donnerstag, 06.04.2006, 18.00 Uhr

„Knochen- und Gelenkschmerzen im Kinder- und Jugendalter“, ChA Dr. H. Kössel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Donnerstag, 04.05.2006, 18.00 Uhr

Plastische-ästhetische Eingriffe im Gesichtsbereich und Halsbereich, OÄ Dr. B. Lindemann, Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichtsbereich und Halschirurgie

Donnerstag, 01.06.2006, 18.00 Uhr

Altersbedingte Sehverschlechterung, ChA PD Dr. W. Noske, Klinik für Augenheilkunde

Donnerstag, 03.08.2006, 18.00 Uhr

Vorsorge Prostatakarzinom: „Ich gehe zu meinem Urologen – ich bin ja nicht blöd!“, ChA Dr. T. Enzmann, Klinik für Urologie

IMPRESSUM

Redaktionsteam: Gabriele Wolter, Geschäftsführerin • CÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer • Olaf String
CA PD Dr. med. Walter Noske • CA Prof. Michael Oeff • Jens Güssow, GD advertising GmbH

*Was ich mich bisher nicht zu fragen traute,
aber schon immer wissen wollte ...*

*In dieser Ausgabe:
Stimmt es dass es bei der Darmspiegelung zu
Explosionen durch Darmgase kommen kann?*



Nur, wenn der Darm nicht ordentlich sauber ist und zur Beleuchtung offenes Feuer benutzt wird (in Brandenburg schon seit Jahren nicht mehr der Fall).

Die Explosionskraft ist allerdings nicht stark genug, um als Biowaffe zu taugen.

Ihr Dr. Nikki Ulm



Dr. Nikki Ulm

**linikum
brandenburg**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH
Hochstraße 29 · 14770 Brandenburg an der Havel
Telefon 0 33 81/41 10 · Telefax 0 33 81/41 30 00
Internet www.klinikum-brandenburg.de
E-Mail skb@klinikum-brandenburg.de