

# KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ausgabe 1 2/06



## Unsere Themen

WANN ERREICHT  
DIE VOGELGRIPPE  
DEUTSCHLAND?

GRAUER STAR –  
KATARAKT

PATHOLOGIE IM  
KRANKENHAUS –  
WAS IST DAS?

AUF EINEM BRETT  
DURCH DEN WINTER

**kl**inikum  
brandenburg

[www.klinikum-brandenburg.de](http://www.klinikum-brandenburg.de)

# Inhalt

- 3 **Wann erreicht die Vogelgrippe Deutschland?**  
– Keine Angst vor Tauben!
- 5 **Grauer Star – Katarakt**  
– Da kann fast immer geholfen werden!
- 7 **Pathologie im Krankenhaus – was ist das?**  
– Pathologie heute – von der Obduktion zur Früherkennung
- 10 **Auf einem Brett durch den Winter**  
– Eine Sportart bei Olympia in Turin aus medizinischer Sicht betrachtet
- 13 **Hochleistungsmedizin durch Vernetzung**
- 14 **Mitarbeiter vorgestellt ...**
- 16 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**
- 18 **Verabschiedung**
- 19 **Sprechzeiten der Kliniken im Überblick**

Liebe Leserinnen,  
liebe Leser,

wir hoffen, dass Sie mit unseren Empfehlungen zur Vermeidung von Erkältungskrankheiten gut durch den bisherigen Winter gekommen sind. Damit Sie auch gesund den Wintersport genießen können, haben wir uns in dieser Ausgabe des KLINIKJOURNAL mit der Trendsportart Snowboard beschäftigt.

In den letzten Wochen wurde ständig über die Vogelgrippe als drohende Grippekrankheit berichtet. Von uns erfahren Sie alle Hintergründe und das reale Bedrohungspotenzial durch die Vogelgrippe.

Weitere Schwerpunkte in dieser Ausgabe sind die Augenkrankheit Grauer Star und die wirkliche Tätigkeit einer Pathologie. Von Herrn Chefarzt Dr. Pauli erfahren Sie, dass der Pathologe am Anfang einer Behandlung und nicht am Ende des Lebens eines Patienten steht.

Abgerundet werden unsere neuen medizinischen Themen durch die Vorstellung einer Mitarbeiterin in ihrer fünften Saison, dem Karneval des KCH.

Wir hoffen, dass wir wieder eine sehr bunte Mischung an Themen aus dem Klinikum Brandenburg zusammengestellt haben und freuen uns auf Ihre Resonanz.

Im Namen des Redaktionsteams  
Ihre



Gabriele Wolter  
Geschäftsführerin



Einmal im Monat:  
Klinik-Journal TV mit aktuellen Themen im



# Wann erreicht die Vogelgrippe Deutschland?



## Keine Angst vor Tauben!



Seit Monaten beschäftigen uns wiederholt Meldungen über die Vogelgrippe. Ca. 146 Menschen sind daran erkrankt, die Hälfte daran verstorben.

### Was verbirgt sich hinter der Vogelgrippe?

Mit Vogelgrippe (auch Geflügelpest) ist eine Viruserkrankung gemeint, die insbesondere Geflügel befällt. Erreger sind die hoch ansteckenden Influenza A-Viren der Subtypen H 5 oder H 7. Menschen werden normalerweise von Influenza B-Viren oder von Influenza A-Viren der Subtypen H 1 N 1 und H 3 N 3 befallen. Die neue Epidemie, die Mitte Dezember in Korea begann, wird durch die Untergruppe des Influenzavirus A H 5 N 1 ausgelöst. Das Virus ist deshalb so gefährlich, weil es sich sehr schnell verändern kann. Es nimmt Gene anderer Erreger in sein Erbgut auf. Das H 5 N 1-Virus könnte praktisch Gene eines menschlichen Virus übernehmen und so direkt von Mensch zu Mensch springen. Bisher ist man allerdings nur davon ausgegangen, dass sich die infizierten Personen direkt vom Geflügel angesteckt haben.

### Welche Symptome beim Menschen sind zu erwarten?

Ein Huhn verwandelt sich innerhalb von 24 Stunden nach Infektion mit dem gefährlichen Virus in einen Federhaufen. Wie die Symptome beim Menschen aussehen, ist nicht hinreichend bekannt. Es ist wahrscheinlich, dass viele Symptome der herkömmlichen Grippe entsprechen, also plötzlich einsetzendes hohes Fieber mit Gliederschmerzen, Kopf- und Rachenschmerzen sowie Husten und Atembeschwerden. Nicht ausgeschlossen ist, dass auch Durchfall im Vordergrund stehen kann.

### Welche Virusepidemien sind aus der Vergangenheit bekannt?

Es kann davon ausgegangen werden, dass während eines Jahrhunderts 3 bis 4 Epidemien auftreten. Die „Spanische Grippe“ 1918/19 kostete 40 bis 50 Millionen Menschen das Leben. Auch in den Jahren 1957/58 und 1968/69 erkrankten Massen von Menschen. Gemessen daran, sind die in Südostasien und der Türkei insgesamt 65 verstorbenen Menschen kein Grund, in Panik zu verfallen. Trotzdem sollten wir uns schützen.

### Wie kann man sich schützen?

Von den infizierten und verstorbenen Personen ist bisher bekannt, dass sie eng mit Geflügel zusammenlebten. Im Fall der in der Türkei verstorbenen drei Kinder wurden die Hühner nachts mit in das Haus genommen.

Es wird dann ernst, wenn ein Mensch beispielsweise eine Influenzainfektion hat, also eine „normale“ Grippevirusinfektion, und sich zusätzlich mit einem Geflügelgrippevirus infiziert. Das Geflügelgrippevirus vermengt sich mit dem menschlichen Virus und kann so von Mensch zu Mensch übertragen werden. Vor diesem Hintergrund wird der Gripeschutzimpfung große Bedeutung beigemessen. Dadurch könnten Doppelinfektionen verhütet werden. Kleine Kinder sollten grundsätzlich gegen Pneumokokken geimpft werden, denn Lungenentzündungen können die Sterblichkeit bei Grippe erhöhen.

Hervorzuheben ist auch, dass das Virus durch Kochen für den Menschen unschädlich wird. Fliegen die Zug-

*Hervorzuheben ist auch, dass das Virus durch Kochen für den Menschen unschädlich wird.*





vögel über Deutschland, sollte Geflügel in den Stall, damit es nicht in Kontakt mit den Ausscheidungen von Wildvögeln kommt. Was aber passiert, wenn wir Menschen in Exkrementen von Zugvögeln treten und dann einen Geflügelstall betreten, bleibt dahingestellt. Aufatmen können die Brieftaubenzüchter. Das Friedrich-Löffler-Institut auf der Insel Riems bei Greifswald gibt an, dass von Tauben kein Übertragungsrisiko ausgeht. Es wurden Tauben im Labor mit Grippeviren infiziert. Erst bei sehr, sehr hoher Injektion von diesen, derzeit in Asien wütenden Viren vom Typ H 5 N 1 seien einige Tauben erkrankt und gestorben. Hühner waren bei gleicher Dosis nach 24 bis 48 Stunden tot.



Von Tauben geht keine Gefahr aus – Venedig genießen. ©VeitDidczuneit

## Gibt es Arzneimittel, die im Ernstfall helfen?

In Deutschland wird Oseltamivir (Tamiflu) favorisiert. Dieser Neuraminidase-Inhibitor ist sowohl prophylaktisch als auch therapeutisch wirksam. Hier lässt sich das Risiko, an einer Influenza zu erkranken, um 70 bis 90 % verringern, wenn das Arzneimittel vor oder unmittelbar nach dem Kontakt mit Influenza A- oder B-Viren eingenommen wird. Tamiflu gibt es als Kapsel oder Suspension. Die therapeutische Wirksamkeit ist am größten, wenn das Mittel innerhalb von 48 Stunden nach dem Symptombeginn eingenommen wird. In welcher Dosierung es jedoch bei der Vogelgrippe eingenommen werden sollte und wie lange, ist nicht sicher; wahrscheinlich in höherer Dosierung und über einen längeren Zeitraum.



... aber unangenehm ist es doch. ©VeitDidczuneit

Die Zulassung für den ersten Impfstoff ist bei der europäischen Arzneimittelbehörde Emea in London beantragt worden. Das Medikament zielt darauf ab, im Fall einer Pandemie dem auslösenden Virenstamm Varianten entgegenzusetzen.

Wann und ob die Vogelgrippe Deutschland erreichen wird, ist ungewiss. Sensibilisiert sind wir durch die Medien jedoch reichlich, fast so, als wäre die „Spanische Grippe“ mitten unter uns.



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



## Da kann fast immer geholfen werden!

Es gibt wohl kein anderes Operationsverfahren in der gesamten Medizin, das mit so wenig Aufwand eine dermaßen entscheidende Lebensverbesserung bringt wie die Operation der getrübbten Linse (Grauer Star).

Die menschliche Linse unterliegt einem natürlichen Alterungsprozess und trübt sich häufig im höheren Lebensalter ein. Diese Linsentrübung nennt man „Grauer Star“ oder Katarakt. Der operative Ersatz der getrübbten Linse durch eine Kunstlinse ist heute relativ unkompliziert möglich. Sie ist im doppelten Sinne des Wortes die „Star“-Operation der Augenheilkunde, weil viele Menschen durch dieses Operationsverfahren ein gutes Sehvermögen wiedererlangen können.



schwache Trübung der Linse – starke Trübung der Linse

### Wie macht sich die Linsentrübung bemerkbar?

Die meisten Menschen bemerken einen allgemeinen Grauschleier, die Farben verblassen und die Kontraste werden schwächer, die Sehschärfe wird geringer, so dass das Lesen kleiner Schriften in der Nähe und Ferne schwierig oder unmöglich wird. Teilweise fühlen sich die Betroffenen auch geblendet. Keine typischen Zeichen des Grauen Stares sind Verzerrungen und umschriebene Schatten, diese Zeichen deuten eher auf Veränderungen der Netzhaut und des Glaskörpers hin und sollten augenärztlich abgeklärt werden. Bisher gibt es keine Möglichkeiten, durch Medikamente, Ernährung oder Ähnliches den Grauen Star zu verhindern. Deshalb wird ihr Augenarzt Sie in der Regel zur Operation überweisen, wenn das Sehen so weit eingeschränkt ist, dass wichtige Dinge des täglichen Lebens nicht mehr oder nur noch mit großer Mühe erledigt werden können.

### Die Staroperation

Die Staroperation ist ein ausgesprochen sicheres und wenig eingreifendes Verfahren. Über kleine Schnitte an der Grenze zwischen Hornhaut und Lederhaut wird die eigene Linse zerstäubt und entfernt. Anschließend wird eine Kunstlinse in die erhaltene Linsen kapsel der eigenen Linse eingepflanzt. Die Schnitte sind in der Regel selbstschließend und müssen nicht einmal genäht werden. So erlangt der Patient oft schon wenige Stunden nach der Operation ein relativ gutes Sehvermögen – vorausgesetzt, die Netzhautmitte weist keine krankhaften Veränderungen auf.

Die Operation selbst dauert in der Regel 10 bis 20 min und kann unter Tropfanästhesie, also ohne Narkose oder „große Spritze“, am Auge durchgeführt werden. Selbst Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen können deshalb ohne wesentliche Gefährdung operiert werden. Auch schwere Komplikationen treten ausgesprochen selten auf: Infektionen in weniger als 1 pro 1000 Operationen (sie machen sich durch Schmerzen und eine Sehverschlechterung bemerkbar); auch von einer Netzhautablösung, die sich in der Regel durch Schatten bemerkbar macht, ist in einem ähnlichen Prozentsatz auszugehen, allerdings ist dieses Risiko bei Augen mit einer hohen Kurzsichtigkeit deutlich erhöht. Die Trübung der Linsen kapsel, die bei der Operation wegen der sicheren Verankerung der Kunstlinse belassen wird, tritt nicht selten einige Jahre nach der Operation auf, kann aber durch eine einfache Öffnung der Kapsel mit einem Laser leicht behoben werden.

### FALTBARE INTRAOKULARLINSE



Abb. 1 Zustand nach Absaugen des Linseninhaltes



Abb. 2 Kunstlinse in der Aufsicht



Abb. 3 Falten der Kunstlinse



Abb. 4 Einbringen der Injektionshülle



Abb. 5 Injektion der Linse in das Auge



Abb. 6 Zentrieren der Linse im Kapselsack



Bisher gibt es keine Möglichkeiten, durch Medikamente, Ernährung oder Ähnliches den Grauen Star zu verhindern.



Operation der getriebenen Linse

Diese hohe Sicherheit hat dazu geführt, dass die Operation inzwischen in der Regel ambulant durchgeführt wird und der Patient oft kurz nach Beendigung der Operation die Klinikambulanz verlassen kann.

In Einzelfällen tritt die Linsentrübung auch im Zusammenhang mit anderen Augenerkrankungen auf und kann ggf. als ergänzendes Verfahren mit anderen komplizierteren Operationen durchgeführt werden wie einer Hornhautverpflanzung oder einer Operation an der Netzhaut.

## Kunstlinsen

Während noch vor 25 Jahren nur selten Kunstlinsen in das Auge gepflanzt wurden, sind heute die Anforderungen an die Operation und die postoperative Refraktion (Fehlsichtigkeit bzw. Brillenotwendigkeit) hoch. Bestand vor der Operation eine erhebliche Fehlsichtigkeit, so kann durch eine entsprechende Linsenberechnung und -auswahl diese Fehlsichtigkeit in der Regel so ausgeglichen werden, dass zumindest in der Ferne nur noch eine sehr geringe oder teilweise auch keine Brillenkorrektur für eine optimale Sehschärfe erforderlich ist. Diese Kunstlinsenberechnung ist jedoch immer noch mit in der Regel leichten Unsicherheiten behaftet und wird üblicherweise mit Hilfe

einer Ultraschalllängenmessung durchgeführt. Um diese Unsicherheiten zu vermindern, führen wir bei allen unseren Patienten, die im Klinikum Brandenburg operiert werden, deshalb noch eine zusätzliche Linsenberechnung mit einer Laserbiometrie durch. Obwohl es inzwischen schon Linsen gibt, die eine relativ gute Sehschärfe in der Ferne und der Nähe ohne Brillenkorrektur erlauben, verwenden wir solche Linsen nicht, da nicht wenige Patienten, bei denen eine entsprechende Linse eingepflanzt wurde, keine optimale Sehschärfe erreichen, vermehrt blendungsempfindlich sind und diese Linsen als sehr störend empfinden.

## Altersabhängige Makuladegeneration

Leider liegt bei einem erheblichen Teil der älteren Menschen neben dem Grauen Star auch eine altersabhängige Makuladegeneration, eine altersbedingte Veränderung der Netzhaut an der Stelle des schärfsten Sehens, vor, durch die das zentrale Sehvermögen ebenfalls beeinträchtigt wird. Hier ist das postoperative Sehvermögen wesentlich von der Funktionsfähigkeit der zentralen Netzhaut abhängig. Es gibt sogar eine aktuelle wissenschaftliche Diskussion darüber, ob durch die Graue-Star-Operation über einen längeren Zeitraum sich die altersabhängige Makuladegeneration verschlechtern kann. Besonders wenn eine schwere Form der altersabhängigen Makuladegeneration vorliegt, sollte die Indikation zur Linsenoperation deshalb zurückhaltend gestellt werden.



Priv.-Doz. Dr. med. W. Noske,  
Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH





## Pathologie heute – von der Obduktion zur Früherkennung



Pathologie ist Feinarbeit – Die Gewebe werden für die mikroskopische Beurteilung in feinste Schichten geschnitten.

In der Öffentlichkeit gehen die Vorstellungen über das, was die moderne Pathologie ausmacht, an der Wirklichkeit weitgehend vorbei. Die Pathologie (eigentlich Pathologische Anatomie) hat als wichtiges medizinisches Querschnittsfach maßgeblichen Einfluss auf die Diagnostik von Krebserkrankungen und besitzt wachsende Bedeutung im Rahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Der Pathologe ist ein ganzheitlicher Facharzt, der aus allen Regionen des menschlichen Körpers Zellen und/oder Gewebe zur Untersuchung bekommt und in der Betreuung der Patienten eine wichtige Rolle einnimmt.

Die Pathologie begleitet uns heute mitten im Leben – sie steht am Anfang einer Behandlung und nicht am Ende des Lebens.

Das heißt:

*Die mikroskopische Untersuchung von Zellen oder Geweben steht ganz im Vordergrund der Tätigkeit des Pathologen und nicht die Obduktion von Leichen, wie es Film und Fernsehen fälschlicherweise vorgaukeln.*

Wie Pathologen von der Öffentlichkeit oft wahrgenommen werden, verdeutlichen einige Anekdoten meines Lehrers und Vorgängers im Amt, Dr. med. habil. Zschoch, am Ende des Artikels. Nicht selten erzeugen diesbezügliche Bemerkungen bei unserer Berufsgruppe Betroffenheit.

Wenn der Pathologe Zellen und/oder Gewebe auf Krebs untersucht, beantwortet er nicht nur die Frage, ob es sich um einen bösartigen Tumor handelt, sondern auch, wo dieser genau lokalisiert und von welcher Art er ist. Auf der Grundlage dieser diagnostischen Aussagen entscheidet der Kliniker über die Art der sich anschließenden Therapie – z. B. Tumorentfernung mit Sicherheitsabstand im Gesunden, Bestrahlung und/oder Chemotherapie.

Über 95 % der ärztlichen Tätigkeit des Pathologen betreffen die Diagnostik an Zellen und Geweben Lebender! Nahezu jede Krebsdiagnose wird durch einen Pathologen erstellt!

Dies geschieht zu einem immer früheren Zeitpunkt. Bei einem so genannten „Schnellschnitt“ wird an Schnittpräparaten aus dem eigens dafür tiefgefrorenen Gewebe des Patienten in wenigen Minuten eine Diagnose gestellt, welche dem Operateur zur Planung seines weiteren Vorgehens noch während des Eingriffs mitgeteilt wird. Die für den Patienten oft schicksalbestimmende Entscheidung über Gut- oder Bösartigkeit einer Geschwulst setzt ein hohes Maß an Fachkenntnis und Erfahrung voraus. Die oft schwierigen Entscheidungen werden daher meist von mehreren Fachärzten für Pathologie zeitgleich am Mikroskop diskutiert und dann gemeinsam getroffen. Jede Gewebeprobe ist individuell und nicht wiederholbar.

Die Tätigkeit des Pathologen ist im Unterschied zum Labormediziner nicht automatisierbar. Im Vergleich zu vielen anderen diagnostischen Verfahren haben die relativ kostengünstigen Untersuchungen in der Pathologie den Vorteil, ein hohes Maß an Eindeutigkeit des Resultates aufzuweisen – für manche Kliniker bedeutet eine histologische Diagnose daher den „Goldstandard“.

Wie die vom Pathologen getroffene diagnostische Aussage ganz wesentlich die anschließenden Therapieverfahren in zahlreichen Krebsfällen beeinflusst, soll an einem folgenden Beispiel gezeigt werden: Etwa jede zehnte Frau im Alter von über 40 Jahren erkrankt in Deutschland an Brustkrebs. Die mikroskopische (histologische) Untersuchung der

Die Tätigkeit des Pathologen ist im Unterschied zum Labormediziner nicht automatisierbar.

Gewebeproben gibt Aufschluss über deren biologische Wertigkeit – Gut- oder Bösartigkeit. Mit der Diagnosestellung des Pathologen entscheidet sich die Form der weiteren Behandlung – im Bildbeispiel Entlassung im Falle des gutartigen Tumors oder ausgedehnte Operation, Entfernung von Lymphknoten bzw. nachfolgende Chemotherapie im Falle des bösartigen Tumors.

**DIE PATHOLOGEN SIND SOMIT LOTSEN DER KLINIKER!**



Abb.1:  
Diagnose am Mikroskop zur Bestimmung der anschließenden  
Therapieverfahren

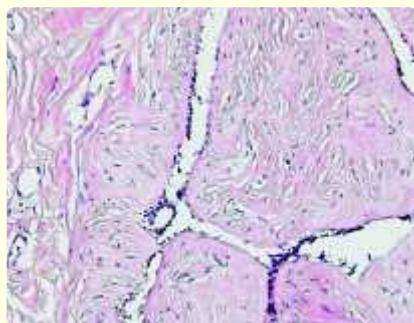


Abb. 2:  
Mikroskopische Diagnose: „Gutartiger Tumor – Fibroadenom“

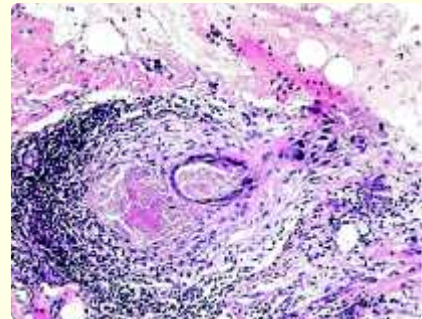


Abb. 3:  
Mikroskopische Diagnose: „Bösartiger Tumor – Karzinom“ = Krebs

## Die Obduktion

Im Vergleich zur Diagnostik für den lebenden Menschen nimmt die Obduktion oder Autopsie einen deutlich geringeren Teil der Arbeit des Pathologen ein, dennoch ist sie ein unverzichtbarer Bestandteil einer ganzheitlich ausgerichteten qualitätsgesicherten Medizin.

Die Obduktion dient der Feststellung von Grund- und Folgeerkrankungen sowie medizinisch unklaren Todesursachen. Darüber hinaus ermöglicht sie auch die Überprüfung diagnostischer und therapeutischer Verfahren.

In der Rückkopplung mit den behandelnden Ärzten (klinisch-pathologische Demonstration von Organbefunden) ergeben sich so oft benenn- und bezifferbare Verbesserungen der Behandlung. Niedrige Obduktionszahlen resultieren in höheren Irrtumsraten bei der Diagnostik am Lebenden.

Die Anerkennung von Berufserkrankungen (z.B. Bergbau – Lungenerkrankungen) ist häufig an das Ergebnis einer Autopsie geknüpft. Die zuständigen Berufsgenossenschaften leiten daraus ggf. die Bemessungen etwaiger materieller Ansprüche der Hinterbliebenen ab.



Dr. med. R. Pauli,  
Chefarzt des Institutes für  
Pathologie, Städtisches Klinikum  
Brandenburg GmbH





#### ANEKDOTEN AUS DEM BERUFSLEBEN EINES PATHOLOGEN

Als Chefarzt des Institutes für Pathologie in Brandenburg an der Havel von 1965 bis 1989 habe ich einiges erlebt, was das falsche Bild der Pathologie in der Öffentlichkeit erhellt.

Auch Vertreter der „schreibenden Zunft“ schrecken vor keinem Klischee zurück: Rolf Hochhuth meint, in seinem Schauspiel „Ärztinnen“ mit der Regieanweisung „Neonröhren strahlen eisweißes Licht auf die Leichen, die gelb sind mit blauem Schimmer wie Hühner aus der Tiefkühltruhe“, die Pathologie genau beschreiben zu können.

Doch nun einige wahre Begebenheiten aus der Stadt Brandenburg.

Die etwa siebenjährige Tochter einer benachbarten Arztfamilie fragte meine Frau eines Tages: „Tante Zschoch, was für eine Arbeit macht dein Mann denn eigentlich?“ Meine Frau war von dieser so unvermittelt gestellten Frage so überrascht, dass sie sich außer Stande sah, sie sogleich kindgerecht zu beantworten, und wich aus: „Mein Mann macht das Gleiche wie Herr Doktor Sponholz (mein Vorgänger im Amt und Gründer des Institutes), mit dem ihr zusammen in einem Haus gewohnt habt.“ Sie hoffte, dass das Kind schon etwas über die Tätigkeit eines Pathologen hätte erfahren können. Nach einer kurzen Pause hörte sie: „Tante Zschoch, Totengräber sein ist nicht schön, nein?“

Eine Friseurin fragte meine Frau während der üblichen Unterhaltung im Salon: „Ist Ihr Mann eigentlich ein richtiger Arzt?“

In den 70er Jahren war ich einige Tage Patient in der hiesigen Augenklinik, damals in Kirchmöser. Manche Besucher, Assistenzärzte oder die Oberschwester sprachen mich mit „Herr Chefarzt“ an.

Da fragte mich eine junge Schwester, was für ein Chefarzt ich denn sei. Als ich ihr antwortete, ich sei der Chefarzt des Institutes für Pathologie, verschwand sie mit dem Ausruf: „Igittigitt!!“



*Dr. med. habil. Hansjürgen Zschoch*

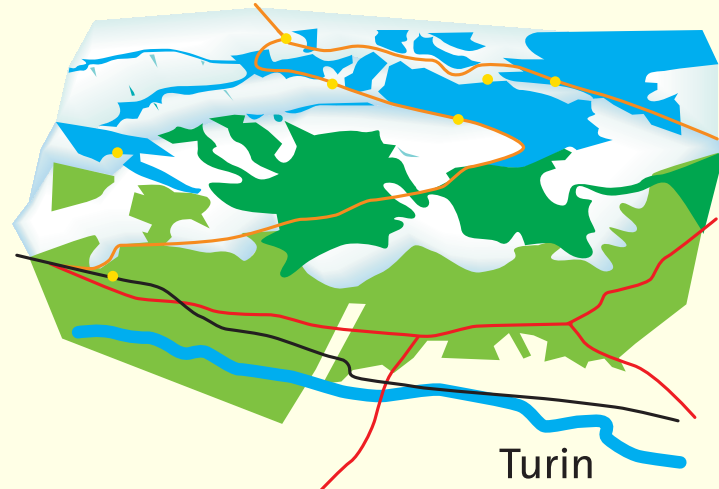


# Auf einem Brett durch den Winter

## Eine Sportart bei Olympia in Turin aus medizinischer Sicht betrachtet



Abb. 1



### GESCHICHTE

Als Urvater des Snowboardens gilt der Österreicher Toni Lenhardt, der sich bereits um 1900 statt auf zwei auf ein Holzbrett stellte: Der Monogleiter war geboren und erfreute sich so großer Beliebtheit, dass 1914 das erste Wettrennen in Bruck an der Muhr ausgetragen wurde.

Gleichzeitig experimentierte der Amerikaner M. J. Burchett mit Spanplatten, an denen er sich mit einer Wäscheleine festhielt. Beide Gefährten gerieten in Vergessenheit und erst 50 Jahre später wird der „Snurfer“ (Abb. 2) weltweit bekannt. Der Amerikaner Sherman Poppen hatte ihn für seine Tochter aus zwei Kunststoffskiern zusammengedübelt, 1965 zum Patent angemeldet und zusammen mit einer Bowlingfirma auf den Markt gebracht. Bei den Snurfrettern fehlten jedoch noch Stahlkanten und Bindung.

Diese wurden erstmals durch Mitrije Milovich bei den von ihm entworfenen „Wintersticks“ (Abb. 3) eingesetzt. Bei diesem Board ist die anfänglich große Anlehnung an Surfbretter sehr gut zu erkennen.

In den 80er Jahren erlangte das Snowboard die heutige Form durch die Firmen Burton und Sims (Abb. 4).

Nun wurde Snowboardfahren weltweit populär: 1981 die ersten Rennen, 1982 die erste US-Meisterschaft, 1985 Weltmeisterschaften in der Schweiz und Italien. Snowboardfahren wurde langsam von der restlichen Ski-Welt als sportliche Disziplin anerkannt und 1995 mit den Disziplinen Parallelriesenslalom und Halfpipe in Nagano/Japan olympisch. 2006 in Turin messen sich die Athleten zusätzlich in der Disziplin Snowboard Cross.



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



### Sportspezifische Belastung

Im Gegensatz zum Skilaufen, bei dem man das Gewicht auf beide Beine verteilen und relativ kräfteschonend fahren kann, muss man beim Snowboarden einen ständigen aktiven Wechsel der Belastung von Front- zu Backside (Frontside Abb.1) durchführen. Dies erfordert eine bessere Kondition, Koordination und ein besseres Gleichgewichtsgefühl.

### DIE „HALBE RÖHRE“ IST NUR WAS FÜR WAHRE KÖNNER.

Das Risiko beträgt sowohl für Skifahrer als auch Snowboarder zwei bis sechs Verletzungen auf 1000 Sporttage.

Bei Snowboardfahrern handelt es sich zumeist um junge Menschen. Bevorzugt wird das Fahren im freien Gelände bzw. Tiefschnee oder in der halben Röhre (Halfpipe). Gerade einmal 10 % der „Schneebrettfahrer“ favorisieren präparierte Pisten.

Besonders Anfänger mit inadäquatem Material setzen sich einem erhöhten Verletzungsrisiko aus. Jugendliche im Alter von 16 Jahren, die mit ihren Freestyleboards und Softboots in der Halfpipe ihr Können ausprobieren, gehen ein neunmal höheres Verletzungsrisiko im Vergleich zu einem z. B. 25-jährigen Freestyleboarder ein. Das Hauptproblem stellt die Snowboardbindung dar, die sich beim Sturz nicht öffnet, wodurch bei falschem Balancieren der Snowboardfahrer in der Regel recht unkontrolliert nach vorne oder hinten fällt.

Ein Großteil der Verletzungen (ca. 90 %) geht auf selbst verursachte Einzelstürze zurück. Kollisionen mit Gegenständen wie Bäumen, Zäunen oder anderen Sportlern folgen in der Häufigkeit mit Abstand. Den Medizinern im Städtischen Klinikum liegen noch weitere statistische Erhebungen vor: Stürze erfolgen in 40 % der Fälle nach vorne, in 28 % zur Seite und in 18 % nach hinten.



Abb. 5

Abb. 6

### Die Industrie bietet zunehmend sicheres Equipment an

In den Anfangstagen des Snowboardens standen Verletzungen der unteren Gliedmaßen im Vordergrund.

Mit der Entwicklung neuer Schuh- und Bindungssysteme (Soft Step in (Abb. 5), Soft Slip in und Hybridboots) verlagerten sich die Verletzungen mehr in den Bereich der oberen Körperbereiche.

Am häufigsten treten die Verletzungen auf, wenn der Snowboarder bei langsamer Geschwindigkeit auf hartem Schnee oder Eis fährt. Nur etwa 10 % der Verletzungen ereignen sich bei Sprüngen.



#### Oberer Körperbereich:

Die mit Abstand häufigsten Verletzungen (ca. 36 %) sind die Unterarmbrüche nahe des Handgelenkes (Abb. links), gefolgt von Verletzungen der Schulter, die von Brüchen über Verrenkungen bis zu Bandläsionen reichen.

#### Untere Körperbereiche:

Heutzutage bilden die Verletzungen des Beines ca. 20 %, wobei Knieverletzungen hauptsächlich in Zusammenhang mit Hardboots beobachtet wurden. Brüche im Bereich des Ober- oder Unterschenkels sind zumeist auf ein direktes Trauma zurückzuführen. Besondere Beachtung sollte man der Verletzung





des Fußes und Fußgelenkes, dem so genannten „snowboarders ankle“ schenken. Derartige Knochenbrüche treten in der Regel bei zu weichen Snowboardschuhen auf oder wenn die Snowboardschuhe etwas zu groß sind.

Schwere Verletzungen der Wirbelsäule oder des Schädels mit Todesfolge sind zum Glück selten und ereignen sich hauptsächlich bei Abstürzen oder Lawinen.

Inzwischen hat die Industrie auf die Verletzungsarten reagiert und entsprechende Schutzbekleidung auf den Markt gebracht. So verringern Handschuhe mit integrierter Schiene (Abb. 6) die Gefahr einer Unterarmfraktur um 75 %. Die Einführung von Hybrid Boots verbinden den Vorteil von Softboots mit denen der Hardboots und reduzieren so das Risiko für Knie- oder Fußverletzungen. Keinesfalls sollten einfache Moonboots oder Skistiefel zum Einsatz kommen. Das tragen von leichten Helmen empfiehlt sich für Fahranfänger. Snowboarder, die es abseits der Piste zieht, sollten selbstverständlich entsprechend ausgebildet und mit dem angemessenen Sicherheitsequipment ausgestattet sein.

## SKILIFTFAHREN SOLLTE VORHER GEÜBT WERDEN

### Fazit:

Obwohl mit der Einführung der Carving-Ski das Snowboarden etwas an Popularität verloren hat, bleibt es ein faszinierender Sport, der dem Fahrer durch das Mitbewegen des gesamten Oberkörpers ein großes Gefühl an Freiheit gibt. Trotzdem sollte man auch an die Sicherheit denken. Dazu gehört ein Board mit passender Länge, spezielle Snowboardschuhe und Handschuhe mit integrierter Schienung zum Schutz der Handgelenke. Hosen mit Verstärkungen im Gesäß und Kniebereich sind empfehlenswert. Anfänger sollten auf einem Freestyleboard beginnen, bevor sie sich auf einem Raceboard probieren.

Nicht nur das unversehrte Herunterkommen vom Berg ist wichtig, sondern auch das Liftfahren muss geübt sein. Daher sollte man die ersten Versuche an einem Kinderlift unternehmen, um nicht durch Rausfallen aus dem Lift den Ärger der anderen Urlauber oder gar gefährliche Unfälle zu produzieren. Wer einmal mit dem Snowboarden begonnen hat, wechselt in der Regel nicht so schnell zurück zu seinen Skiern.



Freestyleboard

*Noch eine Bemerkung aus eigener Erfahrung: Das Erlernen des Snowboardfahrens dauert in der Regel drei Tage, aber diese können recht schmerzhaft sein.*



Priv. Doz. Dr. med. R. Becker, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

# Hochleistungsmedizin durch Vernetzung



**Städtisches  
Klinikum  
Brandenburg**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

**DIE  
JOHANNITER**

Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH



Wenn Partner sich in ihren Fähigkeiten ergänzen, entwickelt sich oft ein besonders produktives Verhältnis. Das ist eine häufig gemachte Lebenserfahrung, die aber auch in der zunehmend komplexer werdenden Gesundheitsversorgung Gültigkeit haben könnte. Die beiden Krankenhäuser Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH und Johanniter Krankenhaus im Fläming gGmbH haben ein solches Experiment gewagt und im Sommer 2005 einen Kooperationsvertrag geschlossen. Das Krankenhaus Treuenbrietzen bringt in diesen Verbund seine besondere Kompetenz im Bereich von Lungen- und Rheumaerkrankungen ein, das Städtische Klinikum seine bekannten Fähigkeiten auf allen übrigen medizinischen Gebieten. Am 21.01.2006 haben die beiden Häuser auf einer gemeinsamen Veranstaltung ca. 100 geladenen Ärztinnen und Ärzten aus der Region vorgestellt, wie eine solche Kooperation aussehen kann. Jeweils im Tandem machten die Referenten aus Brandenburg und Treuenbrietzen praktisch erfahrbar, was Hochleistungsmedizin in heutigen Zeiten beinhaltet.

## THEMEN WAREN:

- Die operative Entfernung von Lungen- und Lebermetastasen
- Die Möglichkeiten, mittels Ultraschall schwer zugängliche Körperbereiche zu diagnostizieren und zu behandeln
- Neuerungen zur prothetischen Behandlung von Kniegelenken
- Rheuma und Herz
- Neue Behandlungsmöglichkeiten von Nasenpolypen

Hochleistungsmedizin kostet Geld und war früher vorwiegend in Universitätskliniken zu finden. Die Bürgerinnen und Bürger Brandenburgs haben die Erwartung, in ihrer Heimat optimal medizinisch versorgt zu

werden. Diesem Ziel dient die Kooperation der beiden Krankenhäuser. Patientinnen und Patienten werden gemeinsam betreut – und zwar jeweils dort, wo die besten Voraussetzungen dafür bestehen.



Informationsveranstaltung



Beteiligte Ärzte der Kooperation



Dr. med. W. Pommerien, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH



## Mitarbeiter vorgestellt ...



Elke Dammann, *ITS-Schwester*

### **KCH – DICKE DA, BRANDENBURG HELAU**

Erst einmal möchte ich etwas über meine Person verraten. Ich bin verheiratet und habe eine Tochter. Als geborene Brandenburgerin besuchte ich die Bertolt-Brecht- Oberschule. Danach erlernte ich an der Medizinischen Fachschule den Beruf der Kinderkrankenschwester. Nach meiner Ausbildung war ich zehn Jahre auf der Neugeborenenstation tätig und wechselte 1994 zur Intensivstation.

Die Liebe zum Karneval entdeckte ich bereits während meiner Schulzeit. Von 1978 bis 1984 tanzte ich in der Garde des Karnevalsclub Havelnarren (KCH). Der Virus Karneval ließ mich nicht los und so kehrte ich nun zusammen mit meiner Tochter Luisa 1996 zum KCH zurück. Seitdem ist Luisa in der Garde tänzerisch aktiv und ich wurde in die Arbeitsgruppe „Frauen“ aufgenommen. Wir sind 11 muntere Damen, die u. a. den Fundus in Ordnung halten, sich um die Outfit-Fragen der Garden kümmern und tatkräftig an Vorbereitungsaufgaben für die Veranstaltungen mitwirken.

Durch meine Erfahrung als Tänzerin und das große Interesse am Tanzsport hat mich der Karnevalsverbund Berlin-Brandenburg gebeten, als Kampfrichterin bei Tanzturnieren für Gardetänze aktiv zu werden. Als

Kampfrichterin muss man sich ständig mit dem Tanzsport beschäftigen. Regelmäßige Juryschulungen, die Teilnahme an den jährlichen Landesmeisterschaften bis hin zur Deutschen Meisterschaft im Karnevalstanz sind eine Form der Weiterbildung.

Im Mai 2002 wählten mich die Mitglieder des KCH in das neue Präsidium. Es gibt dort vielfältige Arbeitsbereiche. Ich erhielt die Verantwortung für die Tanzgarden. Eine meiner Aufgaben ist die Organisation des jährlichen Trainingslagers.

Ein wenig Abwechslung muss auch sein und deshalb tanze ich seit 2000 in der Tanzgruppe „Flotten Sprotten“. Die „Flotten Sprotten“ sind 12 Damen, die sich einmal pro Woche für zwei Stunden zum Training treffen. Bei uns steht vor allem die Freude am Tanz im Vordergrund. Wir tanzten in den letzten Jahren als Cowboys und Indianer, Fußballfans, Piraten und Musketiere und Comic-Figuren. In dieser Saison bleibt der Tanz bis zur ersten Veranstaltung noch ein Geheimnis.

Wer neugierig geworden ist, sollte eine unserer Prunksitzungen besuchen – so wie es auch viele Kollegen der Intensivstation tun. Sie feiern nun schon seit 10 Jahren bei uns den Rosenmontag. Für alle eine willkommene Abwechslung zum Alltag. Wer ebenfalls Spaß daran hat, andere mit Witz und Humor, Show und Gesang oder tänzerischem Können zu überzeugen, ist beim KCH herzlich willkommen.



*Kollegen der ITS am Rosenmontag*





Die „Flotten Sprotten“ Tanz 2005 – Fluch der Karibik

#### VERANSTALTUNGEN DER 37. SAISON DES KCH

Samstag, 18.02.06 | 19.31 Uhr  
3. Prunksitzung

Sonntag, 19.02.06 | 15.11 Uhr  
Seniorenkarneval (4. Prunksitzung)

Freitag, 24.02.06 | 20.11 Uhr  
5. Prunksitzung

Samstag, 25.02.06 | 19.31 Uhr  
6. Prunksitzung

Montag, 27.02.06 | 20.11 Uhr  
Rosenmontag des KCH

Die Veranstaltungen finden im „Lindenpark“  
Brandenburg statt.



# Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



## Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.01.2006	Steffi Drexler	Mitarbeiterin, Betriebsrat
10 Jahre	am 01.01.2006	Cornelia Meyer	Krankenschwester, Wachstation
10 Jahre	am 01.01.2006	Antje Pohl	Krankenschwester, Intensivstation
10 Jahre	am 01.02.2006	Lutz Pelchen	Krankenpfleger, Intensivstation
10 Jahre	am 07.02.2006	Dr. med. Andreas Schulz	Facharzt, Anästhesie
15 Jahre	am 11.02.2006	Sylvia Klingsporn	Mitarbeiterin, Rechnungswesen
15 Jahre	am 15.02.2006	Andrea Sattelkow	Krankenschwester, Urologie-Station
15 Jahre	am 11.03.2006	Heike Geisler	Krankenschwester, Station Z 1
20 Jahre	am 15.02.2006	Dr. med. Kerstin Endler	Fachärztin, Radiologisches Institut
25 Jahre	am 01.01.2006	Jutta Albrecht	Krankenschwester, Anästhesie
25 Jahre	am 05.01.2006	Roswitha Gutschmidt	Krankenschwester, Intensivstation
25 Jahre	am 09.02.2006	Sabine Sommer	Mitarbeiterin, Patientenverwaltung
25 Jahre	am 16.02.2006	Hanspeter Hass	Oberarzt, Anästhesie
25 Jahre	am 16.03.2006	Hanna-Elisabeth Passauer	Hebamme, Kreißsaal
30 Jahre	am 01.01.2006	Angelika Panassik	Krankenschwester, Intensivstation
30 Jahre	am 15.01.2006	Gisela Allenberg	Krankenschwester, Station F 1
30 Jahre	am 17.02.2006	Karola Schorstein	M T A, Pathologisches Institut
35 Jahre	am 04.01.2006	Dieter Linnert	Mitarbeiter, Physiotherapie

## Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.11.2005	Sven Konrad	Assistenzarzt, Institut für Pathologie
am 15.11.2005	Karoline Kiok	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin I
am 21.11.2005	Nancy Eichmann	M T R, Radiologisches Institut
am 01.12.2005	Christine Jeske	Krankenschwester, Wachstation
am 01.01.2006	Dr. Anna-Isabelle Reiche	Assistenzärztin, Augenklinik
am 01.01.2006	Dr. Alena Heinsohn	Fachärztin, Augenklinik
am 01.01.2006	Dr. Birgit Jeske	Fachärztin, Klinik für Innere Medizin II
am 01.01.2006	Ruth Scheer	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin I
am 01.01.2006	Anne-Katrin Hochfeldt	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 01.01.2006	Franka Hellenberg	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 01.01.2006	Kai Niederland	P T A, Apotheke
am 01.01.2006	Annette Anders	Mitarbeiterin, wissenschaftliche Bibliothek
am 25.01.2006	Wenke Ebel	stellvertretende Personalleiterin
am 01.02.2006	Dr. Matthias Rückert	Assistenzarzt, Klinik für Innere Medizin II
am 01.02.2006	Katrin Dornberg	P K A, Apotheke

*Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

am 30.11.2005	Antje Gößwald	Assistenzärztin, Innere Medizin I
am 18.12.2005	Tanja Wach	Fachärztin, Augenklinik
am 31.12.2005	Karin Döbbelin	Mitarbeiterin, Zentralsterilisation
am 31.12.2005	Renate Gläse	Stationsschwester, Station Z II
am 31.12.2005	Dr. Kristin Menzel	Oberärztin, Gefäßchirurgie
am 28.02.2006	Dr. Oda Azzola	Assistenzärztin, Innere Medizin I
am 28.02.2006	Dr. Bettina Schmidt-Grave	Fachärztin, Kinderklinik
am 31.03.2006	Dr. Martin Gotthardt	Facharzt, Anästhesie



*Ihr Dienstjubiläum feiern ...*

10 Jahre	am 29.03.2006	Edith Woite	Mitarbeiterin, Reinigung
15 Jahre	am 01.01.2006	Jörg Ibscher	Mitarbeiter, Technik
15 Jahre	am 01.01.2006	Heike Müller	Mitarbeiterin, Patientenversorgung
15 Jahre	am 01.01.2006	Christina Spilleke	Mitarbeiterin, Patientenversorgung
15 Jahre	am 01.01.2006	Edgar Winter	Mitarbeiter, Wache/Pforte
15 Jahre	am 01.02.2006	Sven Lorek	Mitarbeiter, Technik
15 Jahre	am 05.02.2006	Carola Schmitt	Stationshilfe
20 Jahre	am 01.03.2006	Rosemarie Stage	Mitarbeiterin, Archiv
20 Jahre	am 01.03.2006	Manfred Schmidt	Kraftfahrer, Fuhrpark
25 Jahre	am 12.02.2006	Bernd Beholz	Mitarbeiter, Wache/Pforte

*Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...*

am 12.12.2005	Jozsef Gerla	Mitarbeiter, Hof/Transport
am 16.12.2005	Reno Jerichow	Mitarbeiter, Technik





## Verabschiedung



Frau Renate Witzke



### **EIN KLEINER ABSCHIED**

Frau Witzke gibt ein Frühstück aus – das ist nichts Ungewöhnliches im Haus. Doch heute, das wissen alle Leut', geschieht es in geteilter Freud'.

„38 Jahre – reicht!“, spricht sie und geht in Altersteilzeit. Das ist wohl wahr, werden Jüngere denken, die ihr Geschick zwecks Karriere lenken. Doch bei Frau Witzke wissen wir schlechthin, ihr Stand nach Menschlichkeit der Sinn. War manchmal Puffer, manchmal Pol, wir als Abteilung wissen das sehr wohl. Dies Wissen sei der Dank für Sie, denn wir Kollegen vergessen nie, dass Sie wie eine „Mutter der Nation“, trotz Wende oder umstrittener Option, stets eine von UNS geblieben sind! Wir, die Kollegen waren Ihr drittes Kind, so wahrlich verschieden wir auch sind. Sie hatte für jeden ein Ohr, schob keine unwirklichen Gründe davor. Zeigte Verständnis für jeden Anlass, maßregelte mit Maß, kritisierte mit Spaß. Stets so, dass jeder begriff – „nun mach aber hin, sonst bist du's, den es trifft.“

Oh, dieser Anker wird uns fehlen, das wollen wir heute und hier nicht verhehlen. Und doch: Wir gratulieren zu diesem Entschluss, uns zu verlassen, denn es muss noch etwas anderes geben als Arbeit allein – z. B. die Rente zu zweien. Genießen Sie die „Freiheit“ ohne Wecker und Zwänge, träumen Sie von nun an ohne

Gedanken an die nächsten Arbeitsgänge. Schlafen Sie durch, ohne Angst vor dem Morgen, dass das Programm könnte für neue Probleme sorgen. Gehen Sie aus, schon am helllichten Tage, ZEIT ist doch jetzt überhaupt keine Frage. Vielleicht die nächsten drei Jahre, denn so lange wird unser Abschied währen, uns den Aufschub gewähren, Ihre Sachkunde und Kenntnis zu kompensieren, den Boden für betriebliches Verständnis nicht zu verlieren, nach dem 38-jährigen gemeinschaftlichen Instinkt zu agieren. Vielleicht rufen wir Sie sogar, dann wehren Sie sich bitte mit Haut und Haar, denn nichts ist so kostbar wie Gesundheit, Freiheit und Zeit. Keine Schulungen, keine Gespräche über Diät, keine Arbeitspflichten – alles zu spät! Besinnen Sie sich: auf sich, Ihre Familie, Ihren Mann; und besuchen Sie uns dann und wann. Bleiben Sie gesund, genießen Sie das Leben, so viel Zeit war Ihnen 38 Jahre nicht gegeben. Vergessen Sie Krankenkassen, Betriebsrat und Klinik – Sie sind von nun an ein kleiner Phönix.

Im Namen der Kollegen verbleibe ich nun,  
Ihre Kollegin Petra Tarruhn



# SPRECHZEITEN DER KLINIKEN IM ÜBERBLICK



## **ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE**

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

## **ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVTHERAPIE**

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

## **AUGENHEILKUNDE**

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

## **FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE**

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

## **GEFÄSSCHIRURGIE**

OA Dr. med. W. Haacke  
Tel. o 33 81/41 13 50

## **HNO-KRANKHEITEN, GESICHTS- UND HALSCHIRURGIE**

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

## **INNERE MEDIZIN I**

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

## **INNERE MEDIZIN II**

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

## **KINDER- UND JUGENDMEDIZIN**

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

## **NEUROCHIRURGIE**

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

## **UROLOGIE UND KINDERUROLOGIE**

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

## **ZENTRUM FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE**

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

## **INTERDISZIPLINÄRES TUMORTHERAPIEZENTRUM**

Tel. o 33 81/41 12 00

## **RADIOLOGIE**

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

## **Gespräche im Klinikum**

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, 06.04.2006, 18.00 Uhr

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

Donnerstag, 01.06.2006, 18.00 Uhr

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

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, 04.05.2006, 18.00 Uhr

*Plastische-ästhetische Eingriffe im Gesichtsbereich, OÄ Dr. Barbara Lindemann, Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie*

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 • ChÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer • Olaf String  
ChA PD Dr. med. Walter Noske • ChA Prof. Dr. med. Michael Oeff • Jens Güssow, GD advertising GmbH

## Physiotherapiegutschein zu gewinnen

Stellen Sie uns Ihre brennende Frage,  
Dr. Nikki Ulm beantwortet sie gern.

Unter allen Einsendern verlosen wir einen  
Physiotherapiegutschein!

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

In dieser Ausgabe:  
Stimmt Omas Warnung: „Kind, iss nicht zu viele  
Bonbons, sonst bekommst du Zucker!“



Oma hat zwar häufig Recht, aber zum Glück nicht immer.  
Von zu vielen Süßigkeiten bekommt man wohl eher  
Probleme mit den Zähnen als Diabetes.  
Süßes wie zum Beispiel Schokolade macht außerdem  
glücklich, wie Ergebnisse der Hirnforschung zeigen.

Also genießen mit Verstand, dann wird man auch nicht  
zuckerkrank.

Ihr Dr. Nikki Ulm



Dr. Nikki Ulm

**kl**inikum  
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](http://www.klinikum-brandenburg.de)  
E-Mail [skb@klinikum-brandenburg.de](mailto:skb@klinikum-brandenburg.de)



Mitglied im CLINOTEL  
Krankenhausverbund