

# KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ausgabe 3 7/06



## Unsere Themen

EXTREM KLEINE  
FRÜHGEBORENE

DER HALLUX VALGUS

DAS ZIEL: SCHMERZ-  
ARME OPERATION

„POLITPROMINENZ“  
GEGEN „SCHNELLE  
MEDIZINISCHE HILFE“

**linikum**  
brandenburg

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

# Inhalt

- 3 **Extrem kleine Frühgeborene**  
– *Schwerer Weg mit „Happy End“*
- 4 **Der Hallux valgus**  
– *Eine häufig auftretende Fußdeformität*
- 6 **Das Ziel: Schmerzarme Operation**  
– *Eine Herausforderung auch für den Narkosearzt*
- 8 **Neue erfolgversprechende Therapie**  
– *Endlich Lichtblicke bei der Altersabhängigen Makuladegeneration*
- 10 **„Politprominenz“ gegen „Schnelle medizinische Hilfe“**  
– *Chefärzte im Achter*
- 11 **Wasserstadt Brandenburg – idyllische Perspektiven**  
– *Stadtrundfahrt mit dem Kanu*
- 12 **Feste feiern .../Feste strampeln ...**
- 13 **Freizeitpaß im Klinikum?**  
– *Das Klinikum tut viel, um kleinen und großen Patienten den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen*
- 14 **Mitarbeiter vorgestellt ...**  
– *Faszination Bogenschießen – Zwei Operationsschwwestern betreiben nicht alltäglichen Sport*
- 16 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**
- 19 **Sprechzeiten der Kliniken im Überblick**

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



Liebe Leserinnen,  
Liebe Leser,

endlich hat der Sommer auch die Stadt Brandenburg an der Havel erreicht. In diesem Jahr konnten wir uns im Klinikum uneingeschränkt darüber freuen, weil in unserem Neubau, Haus West, endlich die notwendigen Kühldecken und der Sonnenschutz an den Fenstern angebracht werden konnten. Die sehr heißen Tage im Klinikum sind somit für unsere Patienten und Mitarbeiter vorbei.

Passend zur Sommerzeit hat sich Herr Dr. W. Noske mit seiner Familie auf das brandenburgische Wasser begeben, um Ihnen einmal ungewohnte Perspektiven unserer Stadt vorzustellen. Auch andere Chefärzte wollten auf das Wasser und haben sich mit unserer Stadtspitze einen Ruderwettkampf geliefert.

Wie gewohnt stehen im KlinikJournal aber die medizinischen Themen im Vordergrund. Herr Dr. H. Kössel berichtet von einem sehr frühzeitig geborenen Erdenbürger, der nach einigen Monaten gesund in das weitere Leben entlassen werden konnte.

Herr Dr. Reinsch informiert Sie über eine häufig auftretende Fußdeformität, den Hallux valgus. Über das Ziel des Klinikums, ein schmerzarmes Krankenhaus zu werden, berichtet Herr Dr. Rummler und stellt die Einrichtung eines Akutschmerzdienstes im Klinikum dar. Abgerundet werden die medizinischen Themen mit der Vorstellung der altersabhängigen Makuladegeneration und den neuen Möglichkeiten der Therapie.

Wir hoffen, dass Ihnen diese Ausgabe des KlinikJournal gefällt, und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Im Namen des Redaktionsteams  
Ihre

Gabriele Wolter  
Geschäftsführerin





## Schwerer Weg mit „Happy End“



Der kleine Paul Gustav wurde im März 2006 fast 3 Monate vor dem eigentlichen Geburtstermin geboren. Da wog er gerade einmal 990 Gramm und war 37 cm lang. Der Grund für die Frühgeburt: Das Kind wurde nur ungenügend durch die Plazenta (Mutterkuchen) versorgt. Am Anfang musste Paul Gustav über mehrere Tage künstlich beatmet werden, seine Lunge war noch nicht in der Lage, selbstständig ausreichend Sauerstoff aufzunehmen. Seit dem 5. Lebenstag kann Paul Gustav allein atmen. An manchen Tagen benötigte er zwar noch zusätzlichen Sauerstoff, ab dem Alter von 3 Wochen war dies dann aber nicht mehr erforderlich. Auch die für so kleine Frühgeborene nach Beendigung der künstlichen Beatmung typischen häufig auftretenden Atempausen besserten sich von Woche zu Woche und hörten Anfang Mai ganz auf.

Bei solch kleinen Frühgeborenen dauert es lange, bis eine normale Ernährung möglich ist. Anfangs werden nur winzige Mengen speziell bearbeiteter Muttermilch bzw. Frühgeborenenahrung vertragen, ansonsten wird das Kind künstlich über eine auf den Milliliter genau bilanzierte Infusionsmenge ernährt. Bei Paul Gustav konnte nach 3 Wochen die Infusionsbehandlung beendet werden. In den folgenden Wochen musste Paul Gustav das selbstständige Trinken lernen, das im Alter von 2 Monaten klappte.

Nach dem großen Schrecken über die Frühgeburt und den damit verbundenen extremen Sorgen haben die Eltern ihren Paul Gustav sehr engagiert jeden Tag mehrfach besucht und Vertrauen und Sicherheit im Umgang mit ihrem kleinen Sohn gewonnen. Nach anfänglichen Berührungängsten – weil er so zerbrechlich wirkte, hatten sie Angst, etwas „kaputt“ zu machen – versorgten die Eltern Paul Gustav mehrfach

am Tag, wickelten und fütterten den inzwischen deutlich schwereren und größeren Sohn. Nach 4 Wochen wog er bereits 1.730 Gramm und war 40 cm groß. Jetzt endlich konnte er den Brutkasten verlassen und in ein Wärmebett gelegt werden.

Bereits ab dem Alter von 2 Wochen konnten die Eltern sich Paul Gustav über den Zeitraum von bis zu einer Stunde zum Kuscheln auf die Brust legen. Man nennt dies „Känguru-Pflege“. Mit zusätzlicher Wärmezufuhr und weiterlaufendem Monitoring ist das absolut sicher und fördert durch den Körperkontakt die so wichtige emotionale Verbindung zwischen den Eltern und dem Kind. Nachdem Paul Gustav weiter gewachsen war und sich alle lebenswichtigen Organfunktionen stabilisiert hatten, konnte er schließlich mit seinen glücklichen Eltern nach Hause entlassen werden. Obwohl es nichts Schöneres gibt als diesen Moment, fällt uns der Abschied von den Kindern und den Eltern immer wieder sehr schwer.



*Die Geschichte von Paul Gustav ist beispielhaft für so viele Frühgeborene der letzten Jahre, um die wir als Team der Ärzte und Schwestern der Kinderintensivstation wochenlang gekämpft haben. Die Kinderintensivstation an unserem Klinikum versorgt jedes Jahr fast 100 Frühgeborene, davon bis zu 30 Kinder, die 2 Monate oder mehr zu früh geboren werden.*

*Das kleinste Frühgeborene des Jahres 2005 wurde nach 24 Schwangerschaftswochen mit 610 Gramm Geburtsgewicht geboren und nach über 4 Monaten nach Hause entlassen. Unsere Kinderintensivstation gehört zu den Schwerpunktabteilungen des Landes Brandenburg zur Behandlung extrem kleiner Frühgeborener. Neben den Neu- und Frühgeborenen des Städtischen Klinikums werden im sogenannten Babynotarzdienst noch die Risikokinder der Geburtskliniken Rathenow und Belzig versorgt und bei Bedarf mit dem Rettungswagen oder dem Hubschrauber auf unsere Kinderintensivstation verlegt.*



*Dr. med. Hans Kössel,  
Chefarzt der Klinik für Kinder- und  
Jugendmedizin, Städtisches  
Klinikum Brandenburg GmbH.*

# Der Hallux valgus

## Eine häufig auftretende Fußdeformität

Tagaus, tagein leisten sie uns zuverlässig ihre Dienste. Erst wenn unsere Füße schmerzen, merken wir, dass das ganz und gar nicht selbstverständlich ist. So ist beispielsweise der Hallux valgus, auch Ballen genannt, eine weit verbreitete Deformität des Fußes.



Dabei weicht der Großzeh (medizinischer Fachbegriff: Hallux) mit seiner Längsachse x-förmig (valgus genannt) von der Längsachse des 1. Mittelfußknochens ab. Die Grenze zwischen einer normalen und einer krankhaften Position der Großzehe wird bei einem Winkel von 20 Grad zwischen dem 1. Mittelfußknochen und dem Großzehengrundglied festgelegt. Großangelegte

Untersuchungen haben gezeigt, dass Fußbeschwerden nicht zwangsläufig bei einem Hallux-valgus-Winkel von über 20 Grad auftreten.

Auch Patienten mit einem geringeren Hallux-valgus-Winkel klagen darüber. Andere haben bei einem wesentlich größeren Hallux-valgus-Winkel keinerlei Beschwerden.

Bei Frauen wird der Hallux valgus wesentlich häufiger beobachtet als bei Männern. Anlagebedingte Veränderungen der Fußform, wie ein Spreizfuß, sind bei der Entstehung ebenso von Bedeutung wie zivilisationsbedingte Einflüsse: die Beschaffenheit des Schuhwerkes und das Laufen auf hartem Boden. Besonders modische

Schuhe mit einer spitz zulaufenden Form und hohen Absätzen zwingen den Großzeh geradezu in

die x-förmige Fehlstellung. Wie auf einer schrägen Ebene rutscht der Fuß nach vorn und wird in die zu enge Schuhspitze gepresst. Die Zehen haben dabei keinen ausreichenden Platz mehr und legen sich übereinander. Hinzu kommt die ständige Bewegungsarmut, die zu einer Versteifung der Zehengelenke und zu einer Verkrampfung der Fußmuskulatur führt.

Eine Alternative wäre das Barfußlaufen auf weichem Naturboden, der sich der Fußform anpassen kann. Beim Laufen und Abrollen kann der Druck gleichmäßig über die Fußsohle verteilt werden. Auch die Zehen können kraftvoller eingesetzt werden und am Bewegungsablauf des Fußes mitwirken.

Die Entwicklung des Hallux valgus zeigt trotz verschiedener Ursachen immer einen gleichförmigen Verlauf. Die Streck- und Beugemuskulatur der Großzehe steht unter normalen anatomischen Verhältnissen im Gleichgewicht. Beim Abrollen des Fußes summieren sich die Kräfte der Großzehemuskulatur und richten sich gegen die Gelenkfläche des Großzehengrundgelenkes. Kommt es durch Veranlagung oder äußere Einflüsse zu einer x-förmigen Abweichung der Großzehe, so trifft die Kraftresultierende nicht mehr zentral auf das Großzehengrundgelenk. Es entstehen Kräfte, die das Großzehengrundgelenk wie einen Bogen in Richtung der Fußinnenkante biegen. Mit zunehmender Biegung entfernen sich die Sehnen immer weiter vom Zentrum des Großzehengrundgelenkes. Dabei wird zur Spannung des Bogens immer weniger Kraft benötigt bzw. wird bei gleicher Kraftwirkung die x-förmige Verbiegung des Großzehengrundgelenkes weiter verstärkt.

Durch diese Verbiegung kann die Großzehe beim Abrollen des Fußes nicht mehr genügend Kraft entwickeln, die Belastung des Fußes verschiebt sich auf den restlichen Vor- und Mittelfuß. Es kommt zu einer schmerzhaften Überlastung der Grundgelenke der 2. bis 5. Zehe.



Die Verbiegung des Großzehengrundgelenkes ist mit einer deutlich sichtbaren „Beule“ an der Fußinnenkante in Höhe des Großzehengrundgelenkes verbunden. Diese „Beule“ wird Pseudoexostose (falscher



Knochenvorsprung) genannt, die durch dauernden Druck im Schuh zu Druckstellen, Entzündungen und Schmerzen führt. Oftmals sind diese Beschwerden Anlass für den Patienten, sich wegen des Hallux valgus beim Arzt vorzustellen.

Die Großzehe wird im weiteren Krankheitsverlauf in eine zunehmende x-Stellung gedrängt. Im Extremfall kann die Großzehe quer zu den übrigen Kleinzehen liegen. Die Zehen 2 bis 5 finden durch diese Verdrängung nicht mehr genügend Platz im Schuh. Es kann zur Entwicklung von Geschwüren und Hornschwielen an den übrigen Zehen oder zur Ausbildung sogenannter Hammerzehen und Krallenzehen kommen. Schließlich kann sich bei längerzeitigem Bestehen eines Hallux valgus eine Abnutzung oder völlige Zerstörung des Großzehengrundgelenkes entwickeln (Arthrose).



Links: vor der Operation.

Rechts: nach der Operation.

### Behandlung des Hallux valgus

In Abhängigkeit von den Beschwerden des Patienten, der Abweichung der Achsen der Großzehe, der Abnutzung der Gelenkflächen und vom Alter des Patienten werden konservative (nicht operative) und operative Behandlungsmaßnahmen eingesetzt.

Die konservative Behandlung ist auf die Linderung von Begleitsymptomen des Hallux valgus gerichtet, beispielsweise durch entlastende Einlagen. Ziel dieser Behandlung ist es, die Druckbelastung der Mittelfußköpfchen beim Abrollen des Fußes gleichmäßig zu verteilen. Hautrötungen, Druckschmerzen oder auch eine Entzündung des Schleimbeutels im Bereich der

Pseudoexostose am Großzehengrundgelenk können gelegentlich mit einer Spreizfußbandage gelindert werden. Auch ein Aufweiten der Schuhe oder das Tragen von orthopädischen Schuhen kann zu einer Linderung der Beschwerden führen.

Eine Korrektur der Fehlstellung der Großzehe ist mit konservativen Behandlungsmethoden jedoch nicht zu erreichen. Schienen zur Korrektur der Stellung der Großzehe sollten nur im Wachstumsalter bei Kindern und Jugendlichen sowie bei der Behandlung nach Operationen zur Anwendung kommen.

Die operative Behandlung des Hallux valgus ist vom Zustand der Gelenkflächen des Großzehengrundgelenkes und von den Achsenverhältnissen des Fußes abhängig. Ziel ist die Erhaltung des Großzehengrundgelenkes und die Korrektur der Fehlstellung der Großzehe. Ist das Großzehengrundgelenk noch nicht zerstört, finden Korrekturen der Knochenachsen mit anschließender Stabilisierung durch Metallimplantate Anwendung. Weiterhin werden die Sehnenansätze am Großzeh verändert, um die Verschiebung der Gelenkflächen des Großzehengrundgelenkes zu korrigieren und zu stabilisieren. Bei einer bereits fortgeschrittenen Abnutzung des Großzehengrundgelenkes können die Beschwerden durch eine Versteifung des Gelenkes oder eine teilweise Entfernung der Gelenkflächen gelindert werden.

Mit einem Verbands- oder Operationsschuh kann der Patient in der 1. Woche nach der Operation bereits wieder laufen. Gegebenenfalls kommen während der Nachbehandlung Kompressionsverbände, Redressionsschienen und Krankengymnastik zur passiven und aktiven Bewegungsübung für das Großzehengrundgelenk zur Anwendung. Die Nachbehandlung ist für den bleibenden Erfolg einer Hallux valgus Operation sehr wichtig. Wenn erforderlich sollten Einlagen auch nach der Operation verwendet werden. Das Tragen von engen Absatzen ist eher nachteilig.



Links: Dr. med. Hans Reinsch, Oberarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie,

Rechts: Dr. med. Knut Andresen, FA für Orthopädie, Chirotherapie, Sonografie, Röntgen, Neuraltherapie,

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

*Besonders modische Schuhe mit einer spitz zulaufenden Form und hohen Absätzen zwingen den Großzeh geradezu in die x-förmige Fehlstellung.*

# Das Ziel: Schmerzarme Operation

## Eine Herausforderung auch für den Narkosearzt

Die Tätigkeit eines Narkosearztes/Anästhesisten wird häufig nur auf die Betreuung des Patienten während der Operation reduziert. Dieses Bild war sicherlich vor 30 bis 40 Jahren zutreffend. Damals wurden Eingriffe im „Ätherrausch“ oder in „Barbituratnarkose“ durchgeführt, die Patienten wurden danach auf die Normalstation gebracht und kamen nie wieder mit einem Anästhesisten in Kontakt.

Heutzutage ist das Berufsbild eines Narkosearztes wesentlich komplexer. Neben der perioperativen (d. h. vor, während und nach der Operation) Betreuung der „normalen“ Patienten, der eigentlichen Anästhesie, ist der Anästhesist auch Intensivmediziner und versorgt auf der Intensiv- und Wachstation schwerstkranke Patienten, bei denen es zur Störung oder zum Ausfall lebenswichtiger Funktionen gekommen ist. Darüber hinaus und nicht zuletzt betrachtet die Anästhesie die Schmerztherapie, z. B. nach großen Operationen, als ihr Aufgabengebiet.

Nach kleineren Eingriffen wie Gelenkspiegelungen, kleineren gynäkologischen Eingriffen und Leistenbruchoperationen kann die Schmerztherapie nach der Operation meist zufriedenstellend mit Tabletten, Tropfen oder Zäpfchen erfolgen.

Nach großen Operationen, wie Operationen an der weiblichen Brust, Gallenblasenentfernungen, Versorgung von Knochenbrüchen, stoßen diese Verfahren der Schmerzbekämpfung sehr schnell an ihre Grenzen, hier müssen starke Schmerzmittel als Injektion gegeben werden.

Bei komplexen Operationen wie Endoprothesenoperationen der Knie- und Hüftgelenke, Tumoroperationen im Bauchraum (Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase, Gebärmutter) und Operationen der Hauptschlagader ist trotz exzellenter Operationstechnik nur mit einer komplexen Akutschmerztherapie ein ungestörter postoperativer Verlauf zu erreichen.

Moderne Behandlungskonzepte, wie zum Beispiel die „Fast Track“-Chirurgie (Abb. 1) oder die schmerzarme Geburt, sind ohne spezielle Schmerztherapieverfahren nicht vorstellbar.

Seit 2005 ist auch an der Städtischen Klinikum Brandenburg GmbH ein Akutschmerzdienst eingerichtet. Dieser „Anästhesie“-Dienst betreut Patienten nach



Abb. 1 „Fast Track“-Patientin 2 Stunden nach großer Darmoperation

großen Operationen, die ein spezielles schmerztherapeutisches Verfahren erhalten haben. Waren es im ersten Quartal 2005 nur 69 Patienten, die eine komplexe Akutschmerztherapie erhielten, so sind es im selben Zeitraum 2006 bereits 134 Patienten mit deutlich steigender Tendenz.

Angeboten werden den Patienten im Rahmen der anästhesiologischen Voruntersuchung in der „Narkosesprechstunde“ verschiedene standardisierte Verfahren. Häufig kommen mehrere Möglichkeiten der Schmerztherapie für eine bestimmte Operation in Betracht. Mit dem Patienten werden die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden besprochen.

Zum einen werden Regionalanästhesieverfahren durchgeführt, bei denen durch sogenannte Schmerzkatheter (etwa 1 mm dick) in bestimmten Regionen (z. B. Schulter/Arm, Bauchraum, Beine) zur Operation die Schmerzen ausgeschaltet und nach der Operation so weit verringert werden, dass häufig andere Schmerzmittel nicht gegeben werden müssen. Die Patienten können zum Beispiel nach orthopädischen Eingriffen schmerzarm mobilisiert werden und auf starke Schmerzmittel und deren mögliche Nebenwirkungen verzichten.

Der Anästhesist unterscheidet zwischen Epiduralkathetern (auch Periduralkatheter genannt) und peripheren, sogenannten Plexuskathetern.

Ein Epiduralkatheter wird unter örtlicher Betäubung in den Wirbelkanal eingelegt. Das erfolgt über eine



etwa 1,5 mm starke Nadel, die in die Nähe von großen Nerven bzw. vom Rückenmark platziert wird.

**Epiduralkatheter im Bereich der Lendenwirbelsäule, z.B. für:**

- schmerzarme Geburt
- Hüftendoprothesen
- Knieendoprothesen
- Kreuzbandplastiken

**Epiduralkatheter im Bereich der Brustwirbelsäule, z.B. für:**

- Magen-/Darmoperationen
- Leber-/Bauchspeicheldrüsenoperationen
- Operationen/Verletzungen im Brustkorbbereich

Ein Plexuskatheter wird entweder unter Narkose oder örtlicher Betäubung angelegt. Mit Hilfe eines Nervensuchgerätes (Nervenstimulator) werden die entsprechenden Nerven aufgesucht und der Schmerzkatheter wird ohne Gefahr einer Nervenverletzung über eine spezielle Kanüle eingeführt.

**Plexuskatheter für den Arm, z.B. für:**

- Schulteroperationen
- Eingriffe an Arm und Hand
- Mobilisationen des Schultergelenkes

**Plexuskatheter für das Bein, z.B. für:**

- Hüftendoprothesen
- Knieendoprothesen
- Kreuzbandplastiken

Zum anderen bieten wir für bestimmte Eingriffe sogenannte PCA-Pumpen an. PCA steht hierbei für das englische „Patient Controlled Analgesia“ – patientenkontrollierte Schmerzausschaltung. Das sind Schmerzpumpen, die der Patient selbst bedienen und mit denen er somit die Schmerztherapie nach seinen individuellen Erfordernissen steuern kann.

**PCA-Pumpen werden angeboten z.B. für:**

- urologische/gynäkologische Operationen
- als Alternative bei nicht durchführbaren Kathedertechniken

Dieser Akutschmerzdienst macht nur Sinn, wenn er in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept eingebunden ist.

Dazu gehört zunächst ein neues Herangehen an den „Schmerz“. Der Schmerz ist genauso als ein Lebenszeichen („Vitalparameter“) anzusehen, wie es für die Bewusstseinslage, die Atmung, die Funktion von Herz und Kreislauf und die Körpertemperatur Routine geworden ist. Die letztgenannten Parameter werden seit Jahrzehnten bei jedem Patienten, sei es im Krankenhaus oder in der ambulanten Praxis, gemessen, bei Abweichungen behandelt und danach erneut gemessen (kontrolliert). Die Körpertemperatur wird gemessen, es wird Fieber festgestellt, ein Fiebermittel wird verabreicht, die Temperatur wird kontrolliert. Moderne Medizin sollte mit Schmerzen genauso umgehen. Schmerzen können gemessen werden. Messinstrument ist der Patient selbst. Der Patient gibt an, wie stark er selbst die Schmerzen empfindet (Abb. 2). Diese werden behandelt und der Patient wird erneut befragt. Schmerztherapie ist wichtig. Zum einen können Schmerzen nach einer Operation den Behandlungsverlauf stark beeinträchtigen, zum anderen ist bekannt, dass akute Schmerzen, die nicht rechtzeitig adäquat behandelt werden, zu einer eigenständigen chronischen Schmerzerkrankung führen können.

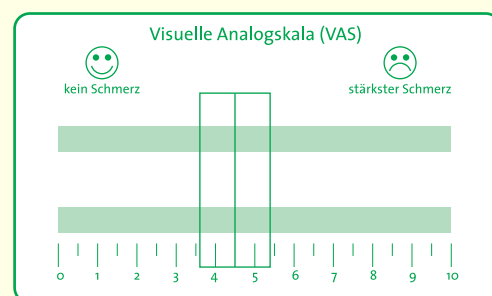


Abb. 2 Beispiel einer Schmerzskala.

Die Städtische Klinikum Brandenburg GmbH hat das Ziel, „schmerzarmes Krankenhaus“ zu werden. Die Einrichtung des Akutschmerzdienstes war ein wichtiger Schritt in diese Richtung.



Dr. med. Ingram Rummel DEAA,  
Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,  
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

# Neue erfolgversprechende Therapie

## Endlich Lichtblicke bei der Altersabhängigen Makuladegeneration

Bei der Behandlung der akuten feuchten altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) findet derzeit eine überraschend rasante Entwicklung statt. In den letzten Jahren und Monaten haben sich einige wirksame therapeutische Möglichkeiten eröffnet, auch wenn eine weitgehende Wiederherstellung der Sehkraft bisher leider noch nicht möglich ist.

Die AMD tritt mit zunehmendem Lebensalter, vor allem nach dem 60. Lebensjahr, immer häufiger auf. Grundlegend zu unterscheiden sind die trockene Form der AMD und die feuchte Form. Die trockene Form geht meist mit keiner oder einer nur geringen bis mäßigen Sehverschlechterung einher. Bei der trockenen AMD lagern sich Stoffwechselprodukte (Drusen) unter der Stelle des schärfsten Sehens ab (Abb. 1a). Bei schweren Verlaufsformen kann es zu Störungen des zentralen Sehens bis hin zum Abbau der zentralen Sehzellen kommen (Abb. 1b).

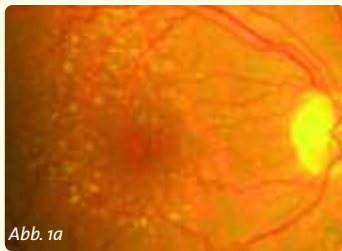


Abb. 1a

Abb. 1a: Die dunkelrote Stelle ist die Stelle des schärfsten Sehens, um diese Stelle herum sind viele gelbe Flecken (Drusen) zu erkennen.

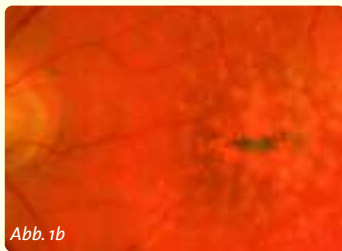


Abb. 1b

Abb. 1b: Ausgeprägte Ablagerungen von Drusen und Pigmenten an der Stelle des schärfsten Sehens haben zu einer Minderung der Sehschärfe auf 50% geführt.

Eine wirksame Behandlung der trockenen Form ist bisher nicht möglich. Durch eine gezielte prophylaktische Gabe von Vitaminen/Antioxidantien (Stoffe, die schädliche Stoffwechselprodukte inaktivieren können) kann allerdings der Übergang in die ungünstigere feuchte Form vermindert werden. Nur durch eine augenärztliche Untersuchung lässt sich feststellen, ob eine trockene AMD vorliegt und solch eine langfristige Prophylaxe sinnvoll ist.

Raucher haben übrigens ein deutlich erhöhtes Risiko, an einer AMD zu erkranken.

In etwa 10% der Fälle geht die trockene Form in eine feuchte AMD über. Dabei kommt es zur Ausbildung von fehlgeleiteten Blutgefäßen an der Stelle des schärfsten Sehens (Abb. 2a). Diese Blutgefäße führen zu einer vermehrten Wassereinlagerung (Abb. 2b) oder zu Blutungen (deshalb der Begriff „feuchte“ Form); die Anordnung der Zapfen an der Stelle des schärfsten Sehens wird gestört und sie werden geschädigt.

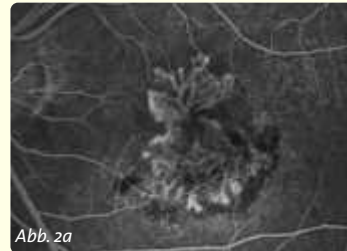


Abb. 2a

Abb. 2a: Die fehlgebildeten Blutgefäße sind in der Fluoreszenzangiographie als farnartiges Netzwerk sehr deutlich zu erkennen.

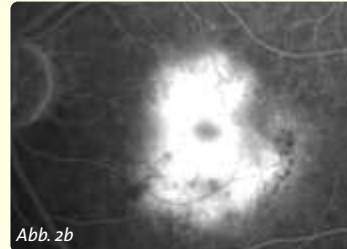


Abb. 2b

Abb. 2b: Im Zeitverlauf kommt es zunehmend zu einer Hellfärbung im Bereich des Gefäßnetzes durch Farbstoffaustritt aus den Blutgefäßen.

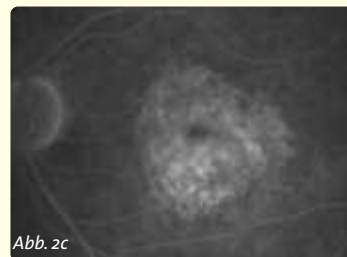


Abb. 2c

Abb. 2c: Nach mehreren PDT-Behandlungen zeigt sich nur noch eine geringe Hellfärbung ohne Farbstoffaustritt, das Sehvermögen ist stabilisiert.

Typischerweise macht sich dies für den Patienten als Verzerrtsehen bemerkbar. Vor allem wenn bereits eine trockene AMD vorliegt, sollte durch Untersuchung mit dem Amslgeritter regelmäßig auf Verzerrtsehen geprüft werden (Abb. 3). Sowie Zeichen davon festzustellen sind, muss umgehend eine augenärztliche Untersuchung erfolgen, da eine Therapie meist nur in den akuten Stadien der feuchten AMD sinnvoll ist.



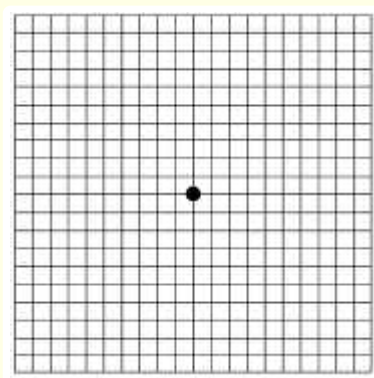


Abb. 3: Amslergitter zur Untersuchung auf Verzertrsehen (Metamorphopsie) ist das Amslergitter. Ein Auge wird abgedeckt, mit dem freien Auge wird in Leseentfernung, ggf. mit Lesebrille, auf den dunklen Punkt in der Mitte des Gitters gesehen. Zeigt sich hierbei, dass die Linien in der Mitte nicht zu sehen oder verzerrt sind, sollte möglichst umgehend ein Augenarzt aufgesucht werden, um eine Erkrankung der Makula auszuschließen.

Wenn Verdacht auf eine feuchte AMD besteht, ist eine Fluoreszenzangiographie (Gefäßdarstellung des Augenhintergrundes mit einem Farbstoff) erforderlich, um die Veränderungen genauer zu differenzieren (Abb. 2a und b).

Seit Einführung der photodynamischen Therapie (PDT) im Jahre 2001 kann erstmals einem wesentlichen Teil der Patienten mit der frischen feuchten AMD geholfen werden. Nach Infusion des Farbstoffes Verteporfin (Visudyne®) wird die Stelle der fehlgeleiteten Blutgefäße mit einem Laserlicht bestrahlt. Es kommt damit zum Verschluss der fehlgebildeten Blutgefäße. Dieser Verschluss ist jedoch meist zeitlich begrenzt, so dass die Behandlung oft im Abstand von 3 oder mehr Monaten wiederholt werden muss (Abb. 2c).

Das Medikament ist sehr teuer (ca. 1.400 Euro) und die Behandlung aufwendig. Die Kosten werden allerdings meist von der Krankenkasse übernommen.

Große Studien und auch unsere Erfahrungen mit dieser Therapie im Klinikum Brandenburg haben gezeigt, dass in den meisten Fällen leider keine Besserung der Sehschärfe durch die PDT zu erreichen ist, auch wenn mit der PDT eine weitere Verschlechterung des Sehens gemildert oder aufgehalten werden kann. Einen neuen Behandlungsansatz bietet die Einspritzung von Medikamenten in das Augeninnere. Bei einigen For-

men der feuchten AMD stellt die Injektion von Cortisonkristallen (Triamcinolon) eine wirksame Ergänzung der PDT dar, so dass wir diese Behandlung im Klinikum Brandenburg ebenfalls seit 2004 anbieten.

Weiterhin konnten kürzlich günstige Effekte neuer gentechnisch gewonnener Medikamente (Macugen®, Lucentis®) auf die feuchte Form der AMD nachgewiesen werden. Bei Lucentis® hat sich erstmals gezeigt, dass bei einem erheblichen Teil der Fälle sogar ein gewisser Anstieg der Sehfunktion zu erreichen ist. Bisher sind diese Medikamente aber noch nicht zugelassen bzw. auf dem deutschen Markt noch nicht erhältlich. Daher haben einige Arbeitsgruppen begonnen, Avastin®, ein Medikament, das dem Lucentis® sehr verwandt ist und das in Deutschland bereits für die Therapie von Darmkrebs angewandt wird, zur Behandlung bestimmter Formen der feuchten AMD einzusetzen mit ähnlichen Erfolgen, wie sie unter Lucentis® beobachtet wurden.

Auch wir haben seit Anfang dieses Jahres positive Erfahrungen mit Avastin® gemacht. Allerdings wurden diese Medikamente bisher in 4- bis 6-wöchigem Abstand unter Operationsbedingungen in das Auge gespritzt – eine sehr aufwendige Therapie für die Patienten und Behandler. Deshalb wird inzwischen auch versucht, Avastin® gemeinsam mit der PDT einzusetzen, um einen möglichst lang anhaltenden positiven Effekt zu erreichen. Auch hier sind unsere bisherigen Erfahrungen positiv (Abb. 4).

Bei der Finanzierung der Kosten für Medikamente und die Einspritzung bestehen jedoch erhebliche Probleme. Weder die ambulante noch die stationäre Behandlung wird bisher als Kassenleistung anerkannt. Hier muss eine Lösung gefunden werden, denn viele Patienten sind nicht in der Lage, die teuren Therapien selbst zu zahlen.



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

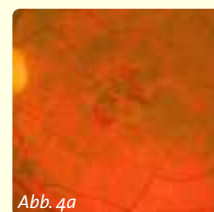


Abb. 4a



Abb. 4b

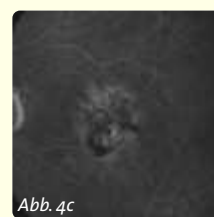


Abb. 4c

Abb. 4:  
a) frische Blutungen am Augenhintergrund bei frischer feuchter AMD – Sehverschlechterung auf 10% seit 4 Wochen.  
b) In der Fluoreszenzangiographie zeigt sich ein heller Fleck durch Austritt des Farbstoffes aus fehlgebildeten Blutgefäßen.  
c) 2 Wochen nach kombinierter Behandlung mit PDT und Avastin® sind noch dezente Aufhellungen im Bereich der zentralen Netzhaut zu erkennen, kein Farbstoffaustritt und Sehschärfenanstieg auf 40%.

# „Politprominenz“ gegen „Schnelle medizinische Hilfe“

## Chefärzte im Achter



Die Crew „Schnelle medizinische Hilfe“ mit v. l. Dr. Roland Becker, Dr. Wilfried Pommerien, Dr. René Mantke und Prof. Michael Oeff.

Sie ziehen nicht nur alle an einem Strang, sie sitzen auch miteinander im Boot, die 5 Chefärzte des Städtischen Klinikums, die am Samstag, den 00.00.06 trotz stürmischer Böen zur Regatta antraten. Gefeierte wurde mit dieser Regatta „Näthewindecup 2006“ der 100. Geburtstag des Ruder Club Havel. Gemeinsam wurde der Ruder-Achter „Roter Adler“ zu Wasser gelassen und nach Ansprachen und Preisverleihungen sowie der feierlichen Taufe eines neu restaurierten Achters ging es endlich zur Sache.

Wegen der geringen Breite der ca. 200 Meter langen „Regattastrecke“ auf der Näthewinde starteten die Mannschaften – jeweils gemischt aus Amateuren und Profis – nacheinander. Die Ehre des ersten Bootes gebührte der „Politprominenz“, hier waren u.a. die Oberbürgermeisterin Dr. Dietlind Tiemann sowie als echter Profi die mehrfache Olympiagewinnerin Birgit Fischer vertreten, was jedoch nicht gleichbedeutend mit Sieg war – wir wollen hier lieber verschweigen, welches das langsamste Boot im Rennen war. Dr. Eberhard Beck wurde als Chefarzt der Frauenklinik aus der Chefarzttriede abgespalten und der Crew der „Frauenverstehrer“ zugeteilt, die Crew „Schnelle medizinische Hilfe“ schließlich – an Bord die Chefärzte Dr. Roland Becker, Dr. René Mantke, Prof. Michael Oeff und Dr. Wilfried Pommerien – ging als eine der letzten an den Start.

Der böige Seitenwind verursachte allen Booten Startprobleme, so dauerte es unterschiedlich lange, bis der

Achter beim Start gerade in Fahrtrichtung ausgerichtet war und endlich Fahrt aufnehmen konnte. Und dann zeigte sich, dass Koordination nicht jedermanns Sache ist, und manch einer spürte schmerzhaft das Eigenleben eines nicht rasch genug aus dem Wasser bewegten Ruderriemens. Aber immerhin erreichten alle Boote ohne zu kentern das Ziel. Schließlich hatten auch alle Chefärzte einige Tage zuvor ein kleines abendliches Privattraining mit dem Ruderfan Dr. Hans-Joachim Riechardt absolviert. Und Spaß hat es sichtlich allen gemacht, einer soll sogar anschließend noch mal zu einer längeren Tour losgezogen sein.



Die Crew „Schnelle medizinische Hilfe“ mit Verstärkung.



Renate Schäfer,  
Medizincontrolling und Qualitätssicherung,  
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Die Politprominenz  
beim Rudern.



# Wasserstadt Brandenburg – idyllische Perspektiven

## Stadtrundfahrt mit dem Kanu



Wer seine Stadt einmal aus einer ungewohnten Perspektive erleben will, kann sich die Wasserstadt Brandenburg an der Havel relativ unkompliziert mit dem Kanu vom Wasser aus ansehen. Man braucht hierfür kein erfahrener Paddler zu sein oder ein eigenes Boot zu besitzen. An mehreren Stellen können Kanus ausgeliehen werden (um 5 Euro pro Stunde oder 30 Euro pro Tag), die bis 4 Personen Platz bieten. Auch wenn die Kentergefahr aufgrund der guten Stabilität der Boote gering ist, müssen Kinder und Nichtschwimmer unbedingt Schwimmwesten tragen.



Viel Abwechslung zwischen Natur, historischer Altstadt und Schrebergartenidylle bietet der Rundkurs Dom–Sportbootschleuse–Jahrtausendbrücke–Dom. Die imposanten Kirchenbauten Brandenburgs sind mehrmals mit sehr ansprechender Kulisse zu bewun-

dern. Auch die Teile der Stadtmauer mit ihren Türmen und inzwischen restaurierten Industriebauten bieten dem Wasserfreund einen sehr einladenden Anblick. Vor allem an den Brücken gibt es immer wieder Kontakt zum Stadtleben. An mehreren Stellen bietet sich die Möglichkeit, eine Rast mit einem Fischimbiss beim Fischer, Café- oder Restaurantbesuch zu verbinden. Im Bereich der Dominsel grenzt die Route an ein Naturschutzgebiet; die Gelegenheit, Natur pur zu beobachten, z. B. zeigen sich dem aufmerksamen Beobachter Wasservögel oder Biberspuren. Ohne Pause lässt sich die Runde in 2 Stunden bewältigen, schöner ist es allerdings, wenn man sich etwas mehr Zeit hierfür nimmt. Und gleich in mehreren Richtungen lässt sich der Ausflug fast beliebig erweitern, von kleinen Abstechern im Bereich der Dominsel bis zu längeren Abstechern nach Wahl in den Beetzsee, Richtung Breitlingsee oder die Havel stromaufwärts.

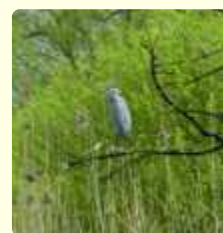
Die historische Stadtrunde kann man an vielen Stellen beginnen. Wenn man sie als kompletten Rundkurs ausschließlich zu Wasser zurücklegen möchte, muss man die große Schleuse benutzen. Da man hier nur mit den großen Schiffen der Berufsschifffahrt gemeinsam geschleust wird, ist dies evtl. mit entsprechenden Wartezeiten verbunden. Alternativ kann man das Boot auch an der Nätnewinde/am Mühlendamm übertragen, bisher ist das allerdings noch unbequem, denn entsprechende Stege sollen erst noch errichtet werden. Die Schleusung an der Sportbootschleuse geht in der Regel schnell und unkompliziert. Man kann jedoch auch nur beliebige Teilstücke der Runde paddeln.

Und wem nach noch mehr Wasserlandschaft und Natur ist, dem bieten weitere Paddeltouren in der näheren und weiteren Umgebung der Stadt Brandenburg schier unbegrenzte Möglichkeiten.

*Die Wasserwanderkarte erhalten Sie kostenlos im Stadtbüro an der Jahrtausendbrücke.*



*Priv.-Doz. Dr. med. Walter Noske,  
Chefarzt der Klinik für Augen-  
heilkunde, Städtisches Klinikum  
Brandenburg GmbH.*



## Feste feiern ...

### KSC-Betriebsrat lud ein zu Spiel, Spaß und kulinarischen Genüssen



2. Juni 2006, Vereinshaus des Brandenburger Karnevalsclubs BKC: Knapp die Hälfte der etwa 300 Mitarbeiter, die das Klinik-Service-Center (KSC) derzeit beschäftigt, sind der Einladung des Betriebsrates gefolgt und haben am Ort des Frohsinns ein schwungvolles Frühlingsfest gefeiert. Eine von ihnen war Gabriele Wolter. Ohne die Arbeit der KSC-Mitarbeiter seien die hohe Qualität im Klinikum und die stetig wachsenden Aufgaben nicht zu meistern, betonte die Geschäftsführerin und dankte allen Mitarbeitern für die geleistete Arbeit.

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“, weiß der Volksmund, und so war nicht nur Spaß und Spiel mit schönen Preisen angesagt. Ein tolles Kuchen- sowie ein vielseitiges Abendbuffet und als Krönung eine wunderbare Eistorte, die die Cafeteria extra servierte, ließen kaum einen kulinarischen Wunsch offen.



Schließlich wurde bei Live-Musik bis Mitternacht noch kräftig das Tanzbein geschwungen.

Wir bedanken uns bei allen für das gute Gelingen und freuen uns schon auf das nächste KSC-Fest.

*Herr Lutz Lehmann, Betriebsrat*

## Feste strampeln ...

### Medizinische Schule erfolgreich im Städtewettkampf Brandenburg a. d. Havel – Zossen

Berufsmäßig fördern Physiotherapeuten eher die Fitness anderer. Beim Städtewettkampf Brandenburg an der Havel – Zossen galt es, die eigene zu beweisen. Die Schüler der Klassen Physiotherapie P 1 und P 2 haben nämlich aktiv am Wettradeln teilgenommen. Dabei war im Therapiezentrum Görden auf einem Fahrradergometer innerhalb von 3 Minuten eine möglichst große Strecke zu bewältigen. Dass Brandenburg an der Havel wie im Vorjahr siegte, ist wesentlich dem Einsatz der angehenden Physiotherapeuten zu verdanken.

Die Veranstaltung fand unter der Schirmherrschaft von Ministerin Dagmar Ziegler statt und wurde von der DAK unterstützt.

*Dr. H. Schliesing, Schulleiter*



*Im Bild die strahlenden Sieger, gemeinsam mit Deta Tomkowiak und Anke Goebel von der DAK und den Lehrkräften.*

# Freizeitpaß im Klinikum?

## Das Klinikum tut viel, um kleinen und großen Patienten den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen

Statt die Fußballweltmeisterschaft zu erleben ins Krankenhaus? Natürlich wollten auch die meisten Patienten unbedingt verfolgen, wie die deutsche Nationalelf gegen ihre Gegner punkte. Doch deshalb brauchte niemand einen dringenden Aufenthalt im Klinikum zu verschieben oder nach einem Unfall mit dem Schicksal zu hadern. Das Städtische Klinikum Brandenburg hat nämlich noch vor dem ersten Anpfiff alle Betten auf allen Stationen mit einem eigenen Fernseher ausgerüstet. Egal, ob der Bettnachbar lieber die Schlagerparade der Volksmusik oder Formel 1 mit Schumi gucken will: Dank der Kopfhörer kann jeder sein individuelles Programm wählen, ohne die Mitpatienten zu stören. Wahrscheinlich konnte man nirgendwo in Deutschland so ungestört mit den Spielern mitfiebern wie in einem Bett im Klinikum. Was, das Bier hat gefehlt? Man kann schließlich nicht alles haben im Leben.

„Mir ist so langweilig!“ In der Hektik des Alltags im Erwachsenenleben kann man sich an dieses Gefühl aus Kindertagen kaum noch erinnern. Doch im Krankenhaus, wenn es einem nicht mehr wirklich schlecht geht, aber auch noch nicht richtig gut, da schleicht sich dieses Gefühl schnell wieder ein. Die Fernseher stehen den Patienten zwar auch nach der WM weiterhin zur Verfügung, aber man kann schließlich nicht immerzu fernsehen. Da ist es doch sehr hilfreich, dass das Klinikum über eine gut sortierte Patientenbibliothek mit etwa 3.000 Bänden verfügt.

Jeden Tag in der Woche macht Bibliothekarin Iris Nohsia einen Bücherkorb fertig, der nach einem festen Plan zu den Stationen gefahren wird. Und falls es ein Buch gibt, das ein Patient immer schon einmal lesen wollte, aber nie die Zeit dafür fand: Die Bibliothek nimmt auch Spezialaufträge an und hilft gerne, sofern das Buch vorhanden ist. Wer das Bett verlassen darf, kann auch selbst in den Regalen der Bibliothek nach geeignetem Lesestoff stöbern. Angst vor Ansteckung braucht dabei niemand zu haben: Alle Bücher sind in stabile Folie gehüllt und werden nach ihrer Rückkehr von den Stationen erst einmal gründlich mit warmem Wasser abgewaschen. Übrigens: Die Patientenbibliothek verfügt nicht über ein eigenes Budget und freut sich jederzeit über Bücherspenden.

Irgendwann kommt für jeden Patienten der Tag, an dem sie oder er das Bett verlassen darf. Da bieten sich nicht nur die gemütlichen Aufenthaltsräume auf den Stationen als Rückzugsorte an. Auf dem Klinikgelände gibt es auch einen kleinen, verwunschenen Patienten-



garten, wo man an einem idyllischen Teich von einer gesunden Zukunft träumen oder in Ruhe ein Buch lesen kann. Kinder hingegen wollen an frischer Luft lieber toben. Dafür ist der Kinderspielplatz mit Klettergeräten und großem Sandkasten gut geeignet. Sogar ein knuffiges Nilpferd aus Bronze, von einer Künstlerin dem Klinikum gespendet, wartet hier auf kleine Spielkameraden.

Ein besonderer Magnet für Patienten und Besucher ist die Cafeteria. Wenn man bei schönem Wetter unter bunten Sonnenschirmen draußen sitzen kann, kommt fast ein wenig Urlaubsfeeling auf. Drinnen mit den hellen Möbeln geht es sachlicher zu. 80 Gäste finden hier Platz. Leiterin Sabine Golze reicht täglich 230 Mittagessen aus. 4 Gerichte stehen zur Auswahl, aber der Renner ist Bockwurst. Sie wird besonders oft verlangt. Die Speisen werden im Haus gekocht, während die Backwaren für das Kuchenbuffet von einem heimischen Bäcker stammen. Hier können Leckermäuler unter 5 bis 8 Sorten wählen.

In einem Nebenraum der Cafeteria steht ein Computer mit Internet-Zugang für Nutzer bereit. Für 10 Cent pro Minute können Patienten hier E-Mails, SMS und Faxe versenden und Office-Anwendungen nutzen. Informationen für Patienten und andere Interessierte vermitteln Gesprächsreihen, die das Klinikum zu verschiedenen medizinischen Themen regelmäßig anbietet. Kunstliebhaber finden Bilderausstellungen auf den einzelnen Stationen, die von einer Berliner Galerie betreut werden. Und die HNO-Klinik veranstaltet sogar regelmäßige Vernissagen zu Wechselausstellungen.

Am schönsten ist es zu Hause, zugegeben. Wie man sieht, hat aber auch das Klinikum einige Zerstreuungen zu bieten, und es muss keiner an Langeweile leiden.

*Ann Brünink, M.A. phil.  
Freiberufliche Journalistin*



Die Cafeteria hat für jeden Geschmack etwas.



Die Patientenbibliothek lädt zum Stöbern ein.



### Faszination Bogenschießen – Zwei Operationsschwwestern betreiben nicht alltäglichen Sport



*Haben Sie sich schon immer gefragt, woher die oft von Jugendlichen gebrauchten Zeichen herrühren wie das Victory-Zeichen – also die zu einem V abgespreizten Zeige- und Mittelfinger – oder das Fuck-uff-V?*

*Nach einer Sage wurden im Hundertjährigen Krieg englischen Bogenschützen, die gefangen genommen wurden, der rechte Zeige- und Mittelfinger abgehackt. Diese Finger dienen zum Spannen der Sehne beim Bogenschützen.*

*Durch diese Folter waren die Bogenschützen ihrer Gefährlichkeit beraubt. Die oben genannten Gesten werden auf diese Sage zurückgeführt.*



Uta Herse und Kornelia Kretschmer haben sich dem Bogenschießen seit 1 Jahr verschrieben. Für beide ist es ein Sport, der keine besonderen körperlichen Voraussetzungen erfordert, nur 2 gesunde Hände und gesunde Augen.

Diese 4 sehr geschickten Hände versehen sonst ihren Dienst in den Operationssälen des HNO-OPs. Hier ist neben Geschicklichkeit ein hohes Maß an Konzentration und Flexibilität gefragt. Nach einem Tag im Operationssaal und stundenlanger Assistenz zwischen geöffneten menschlichen Körpern und deren Exkrementen, verhüllt in blauen Mänteln mit Mundschutz und Mützen, ist man geschafft. Ein Job, den nicht jeder verkraftet und auch nicht mental zu leisten vermag.

Für Konny sind die jeweils 2 Stunden Bogenschießen montags und donnerstags daher Nachmittage der Ruhe und des Abschaltens von der Arbeit. Die Konzentration auf den Schuss wirkt ausgleichend. Ein Sport ohne Leistungsdruck, ohne den Kampf Mann gegen Mann.

*O-Ton Konny : „Jeder Schuss ist schön – auch wenn er vorbeigeht.“*

Dann muss allerdings nach dem Pfeil gesucht werden und dann ist Wandern angesagt; also ein abwechslungsreicher Sport.

Es ist eine nicht alltägliche Sportart, die wegen ihrer Gefährlichkeit aber zugleich Disziplin verlangt. Bereits im 11. Jahrhundert wird von wallisischen Bogenschützen berichtet, deren Pfeile 10 cm dicke Eichthore durchschlugen. Der Bogen als alte Jagd- und Kriegswaffe ist seit der jüngeren Steinzeit (30.000–10.000 Jahre vor Chr.) bekannt. Der Bogen gilt heute als Jagd- und Sportgerät und ist vom deutschen Waffengesetz nicht erfasst. Die Bogenjagd und das Bogenfischen sind in Deutschland jedoch verboten.

Kornelia und Uta haben sich einen Recurve-Bogen zugelegt. Zum Spannen der Sehne muss eine Kraft von 32 Pfund aufgewendet werden; die Geschwindigkeit des Bogen erreicht etwa 70 km/h. Daneben sind Kurz- oder Langbogen, Kompositbogen, Kyodo-Bogen (aus Japan) oder Compound-Bogen bekannt. Bogen, wie der Compound-Bogen (erst 1969 in den USA



erfunden), erreichen schon eine Geschwindigkeit bis zu 370 km/h und ein Ziel in 1 km Entfernung.

Ihren Lehrer haben die beiden in Frank Hauck gefunden. Er ist der Chef des Bogensportvereins Brandenburg e.V.

[http://www.swschwedt.de/kunden/brandenburger\\_bogensport](http://www.swschwedt.de/kunden/brandenburger_bogensport)

Als Profibogenschütze hat er sein Können mit Pfeil und Bogen bereits auf nationaler und internationaler Ebene unter Beweis gestellt.

In dem Verein sind bis auf Konny und Uta nur männliche Bogenschützen. Sie schießen auf gepresste Scheiben aus Stroh im Abstand von 30, 50 und 70 m. 3 Pfeile pro Bogendurchgang werden geschossen, dann wird die Punktzahl abgelesen oder aber – sicher seltener – der Pfeil gesucht! Den Verein bauen sich seine Mitglieder in Eigenregie auf. Die Stadt hat ihnen den Platz am Schmöllner Weg zur Verfügung gestellt und die engagierten Frauen und Männer machten ihn urbar. So haben sie die Scheibenständer selbst gebaut, sie reparieren die Scheiben und mähen den Rasen. Neue Mitglieder sind ausdrücklich erwünscht und können für einen Monatsbetrag von 10 Euro pro Person Mitglied werden. Wer erst einmal schnuppern möchte, kann sich für 35 Euro für ein halbes Jahr einen Bogen mieten.

Für Konny und Uta ist diese Sportart auch eine Möglichkeit, etwas gemeinsam zu unternehmen, in einem Alter, wo die Kinder so langsam aus dem Haus gehen und wo Zeit frei wird, diese sinnvoll neu zu strukturieren und an sich zu denken. Das klingt schon wieder fast melancholisch – dabei seid ihr im besten Alter, Konny und Uta!

Viel Spaß euch beiden weiterhin – und – überspannt den Bogen nicht!



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

# Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



## Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.07.2006	Myong-Hee Hein	Krankenschwester, Station C 1
10 Jahre	am 12.08.2006	Solveig Krüger	Krankenschwester, Intensivstation
15 Jahre	am 01.07.2006	Magdalena Deckert	Krankenschwester, Station I 3
15 Jahre	am 15.07.2006	Martina Tabor	Krankenschwester, Urologie
15 Jahre	am 01.08.2006	Christiane Große	Krankenschwester, Station C 1
15 Jahre	am 01.09.2006	Angela Börstler	Krankenschwester, Zentral-OP
15 Jahre	am 01.09.2006	Ines Fischeider	Krankenschwester, Neurochirurgie
15 Jahre	am 01.09.2006	Dr. Marlis Günther	Oberärztin, Pathologie
15 Jahre	am 01.09.2006	Bianka Krüger	Krankenschwester, Neurochirurgie
15 Jahre	am 01.09.2006	Uta Meyer	Krankenschwester, HNO-Klinik
15 Jahre	am 01.09.2006	Nicole Willmann	Krankenschwester, Zentral-OP
20 Jahre	am 01.09.2006	Ellen Brzoska	Krankenschwester, Wachstation
20 Jahre	am 01.09.2006	Astrid Gürges	Kinderkrankenschwester, Station K 2
20 Jahre	am 01.09.2006	Simone Hesky	PTA , Apotheke
20 Jahre	am 01.09.2006	Susan Kruschina	Krankenschwester, Intensivstation
20 Jahre	am 01.09.2006	Sabine Podey-Preuß	Krankenschwester, Station Z 1
20 Jahre	am 01.09.2006	Simone Schulze	Krankenschwester, Station I 2
20 Jahre	am 01.09.2006	Hannelore Wahren	Krankenschwester, Station I 2
20 Jahre	am 01.09.2006	Martina Wetzel	Krankenschwester, Zentral-OP
20 Jahre	am 01.09.2006	Angela Winkler-Lobs	Funktionsschwester, Frauenklinik
20 Jahre	am 19.09.2006	Sabine Knaussmann-Fahle	Krankenschwester, Rettungsstelle
25 Jahre	am 01.09.2006	Marlene Bohn	Krankenschwester, Station I 2
25 Jahre	am 01.09.2006	Heike Bulling	Krankenschwester, Anästhesie
25 Jahre	am 01.09.2006	Dr. Wolfgang Haacke	Amt. Chefarzt, Gefäßchirurgie
25 Jahre	am 01.09.2006	Elke Himmelreich	Krankenschwester, Station I 5
25 Jahre	am 01.09.2006	Sabrina Jäschke	Mitarbeiterin Patientenverwaltung
25 Jahre	am 01.09.2006	Manuela Klabuhn	Krankenschwester, Neurochirurgie
25 Jahre	am 01.09.2006	Mona Klemp	Krankenschwester, Station I 2
25 Jahre	am 01.09.2006	Jacqueline Köhler	Krankenschwester, Station F 1
25 Jahre	am 01.09.2006	Roswitha Matzdorf	Kinderkrankenschwester, Station K 1
25 Jahre	am 01.09.2006	Katlen Mieland	Hebamme, Kreißsaal
25 Jahre	am 01.09.2006	Dr. Roland Pauli	Chefarzt, Pathologie
25 Jahre	am 01.09.2006	Birgit Roloff	MTA , Radiologie
25 Jahre	am 01.09.2006	Liane Rupprecht	Kinderkrankenschwester, Station K 1
25 Jahre	am 01.09.2006	Heike Rybaczyk	Krankenschwester, Zentral-OP
25 Jahre	am 01.09.2006	Kerstin Schumacher	Krankenschwester, LHK-Messplatz
25 Jahre	am 01.09.2006	Susann Stelzig	Funktionsschwester, Radiologie
25 Jahre	am 01.09.2006	Corinna Vogel	Krankenschwester, Augen-OP
25 Jahre	am 01.09.2006	Kerstin Wunderatsch	Kinderkrankenschwester, Station K 1
25 Jahre	am 01.09.2006	Kerstin Zimmermann	Krankenschwester, Station I 2
25 Jahre	am 14.09.2006	Simone Wagner	Mitarbeiterin Rechnungswesen



30 Jahre	am 01.09.2006	Marion Heinrich	Krankenschwester, Zentral-OP
30 Jahre	am 01.09.2006	Marion Hübner	Krankenschwester, HNO-Ambulanz
30 Jahre	am 01.09.2006	Christiane Pause	MTA , Radiologie
30 Jahre	am 01.09.2006	Gerlinde Richter	Krankenschwester, Station F 1
30 Jahre	am 01.09.2006	Martina Skudrin	Krankenschwester, Gefäßchirurgie
35 Jahre	am 01.07.2006	Estrid Teltz	MTA, Pathologie
35 Jahre	am 01.09.2006	Rea Brandes	Physiotherapeutin
35 Jahre	am 01.09.2006	Petra Gerla	Ltd. Physiotherapeutin
35 Jahre	am 01.09.2006	Heike Kosanke	Kinderkrankenschwester, Station K 2
35 Jahre	am 01.09.2006	Silvia Mitho	MTA, Pathologie
35 Jahre	am 01.09.2006	Verena Zippler	Krankenschwester, Station F 1
40 Jahre	am 01.09.2006	Sabine Murawski	Kinderkrankenschwester, Station K 2
40 Jahre	am 01.09.2006	Brigitte Weber	MTA, Pathologie
40 Jahre	am 01.09.2006	Brigitte Zimmermann	Krankenschwester, Urologie
45 Jahre	am 01.09.2006	Gudrun Kliesch	Krankenschwester, Station I 4
45 Jahre	am 01.09.2006	Christa Manske	Kinderkrankenschwester, Station K 2

*Berufen und ernannt wurden ...*

am 01.05.2006	Dr. Faris Grebe	zum Oberarzt, Gefäßchirurgie
am 01.05.2006	Christine Babka	zur Oberärztin, Kinderklinik
am 10.04.2006	Dr. René Mantke	in den Prüfungsausschuss Chirurgie/ Allgemeine Chirurgie

*Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...*

am 15.03.2006	Franca Fleiner	Assistenzärztin, HNO-Klinik
am 01.04.2006	Dr. Ekkehard Scholz	Leitender Oberarzt, Neurologie
am 01.04.2006	Iris Dressler	Assistenzärztin, Frauenklinik
am 01.04.2006	Peter Paranski	Assistenzarzt, Gefäßchirurgie
am 01.04.2006	Katrin Oels	Assistenzärztin, Anästhesie
am 01.05.2006	Dr. Wolfgang Lammers	Facharzt, Intensivstation
am 01.05.2006	Hans-Joachim Janssen	Facharzt, Intensivstation

*Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

am 31.03.2006	Dr. Ruth Illing	Fachärztin, Frauenklinik
am 30.04.2006	Karin Beitlich	Mitarbeiterin Einkauf
am 31.05.2006	Dr. Hermann Voß	Oberarzt, Frauenklinik
am 31.05.2006	Mechthild Neubert	Assistenzärztin, Allgemeinmedizin
am 30.06.2006	Renate Thamm	Masseurin, Physiotherapie



*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

# 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**

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

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

*In dieser Ausgabe:*

*Darf man Wasser trinken, wenn man viele  
Kirschen gegessen hat, und kann der Bauch  
dann platzen?*



Alles nicht so schlimm – jedes Böhnchen gibt ein Tönchen – ungewaschene Kirschen mit viel Wasser vielleicht etwas mehr. Es ist vornehmlich eine Gärung durch Milchsäurebakterien – keine alkoholische Gärung. Als Nebenprodukt entstehen Verdauungsgase, also viel Kohlendioxid – gelegentlich nicht nur hörbar, sondern auch ruchbar! Wenn man viel Kirschen isst und viel Wasser trinkt, wird der Nahrungsbrei aus dem Magen schnell in den Darm transportiert, dann bläht es ein bisschen mehr.

Aber keine Angst – der Bauch platzt nicht!

*Ihr Dr. Nikki Ulm*



*Dr. Nikki Ulm*

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



Mitglied im CLINOTEL  
Krankenhausverbund