

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ausgabe 2 07/07



Unsere Themen

IMMER ÄRGER MIT
DEM SCHWINDEL

DIE SCHILDDRÜSE
IN GUTEN HÄNDEN

GESICHT WAHREN –
GESICHT ZEIGEN

LEBENSELIXIER BLUT

klinikum
brandenburg

www.klinikum-brandenburg.de

Inhalt

- 3 Immer Ärger mit dem Schwindel**
– Die Symptome sollten fachübergreifend abgeklärt werden.
- 5 ... und am Wochenende eine 100 m lange Zigarette**
– Erfahrungen einer Kollegin, die sich das Rauchen abgewöhnte.
- 6 Die Schilddrüse in guten Händen**
– Knoten in der Schilddrüse müssen nicht selten operiert werden.
- 8 Gesicht wahren – Gesicht zeigen**
– Plastisch-rekonstruktive Gesichts- und Halschirurgie.
- 10 Lebenselixier Blut**
– Lebensrettende Spende.
- 12 Brigitte Menzel seit Januar Chefärztin der Radiologie**
- 13 Spaß muss sein, auch wenn einem die Kugeln um die Ohren fliegen**
– Norman Greulich wacht nicht nur auf der Wach Station, sondern auch im Handballtor.
- 14 Es gibt nichts Gutes, außer man tut es**
– Optimistisch und motiviert: die neue ärztliche Doppelspitze.
- 16 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**
- 18 Im Klinikum ist der Patient König**
– 2. Bauabschnitt des Klinikumneubaus beginnt.
- 19 Sprechzeiten der Kliniken im Überblick**

Einmal im Monat:
KlinikJournal-TV mit aktuellen Themen im



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

43,8 Sekunden, 13. Platz: Mit diesem Ergebnis beteiligte sich die Mannschaft vom Städtischen Klinikum Brandenburg und von der KSC am diesjährigen Havelfest. Mit dieser Platzierung dürften wir bei unserem ersten Start sehr zufrieden sein. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an unsere aktiven Teilnehmer.

In der vorliegenden Ausgabe des Klinikjournals wollen wir Ihnen im medizinischen Teil die Symptome des Schwindels vorstellen, etwas, was sicherlich schon jeder erlebt hat. Auch mit der Störung der Schilddrüsenfunktion als eine relativ häufige Krankheit beschäftigen wir uns in dieser Ausgabe. Ein weiterer Artikel stellt die Möglichkeiten der plastischen Gesichts- und Halschirurgie zur Wiederherstellung nach notwendigen Eingriffen in diesen Bereichen dar.

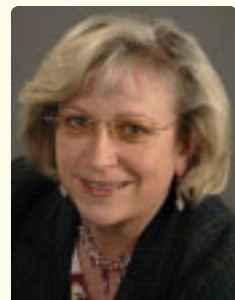
Sommerzeit, Reisezeit, und regelmäßig erfolgt die Bitte zur Blutspende, weil die Reserven knapp werden. Zur weiteren Information haben wir einen Bericht zur lebensrettenden Spende gewidmet. Bitte, spenden Sie Blut!

In der letzten Ausgabe des Klinikjournals haben wir uns von unserem Chefarzt für Radiologie und medizinischen Geschäftsführer verabschiedet. Aber kein Ende ohne einen neuen Anfang: Wir stellen deshalb in dieser Ausgabe Frau Dr. Menzel als neue Chefärztin der Radiologie vor und führten mit unserem Ärztlichen Direktorium, Herrn Dr. Pommerien und Herrn Dr. Rudolph, ein Interview zu ihren Aufgaben und ihren Zielen.

Kein Neuanfang, aber ein großer Schritt in der Geschichte und Entwicklung unseres Klinikums steht bevor, der nächste Bauabschnitt zu einem modernen und leistungsfähigen Klinikum für die Bevölkerung in Brandenburg an der Havel und seiner Region. Einen ersten Überblick erhalten Sie in dieser Ausgabe.

Im Namen des
Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin





Die Symptome sollten fachübergreifend abgeklärt werden.

Ein Beifahrer liest während der Fahrt ein Buch. Das auf die Buchseite gerichtete Auge meldet Stillstand, während hingegen über das Gleichgewichtssystem der Muskel- und Gelenkrezeptoren die Fahrbewegung wahrgenommen wird. Die Differenz der Sinneswahrnehmungen führt zu Schwindel, der häufig auch mit Übelkeit verbunden ist. Reisekrankheit nennt man das. Für die Gleichgewichtsregulation sind das Sehen (optisches System), die Gleichgewichtsorgane in den Innenohren (vestibuläres System) und die Tiefenwahrnehmung in den Muskel- und Gelenkrezeptoren (propriozeptives System) zuständig. Stimmen die Informationen zwischen diesen drei Systemen nicht überein, wie im Beispiel der Reisekrankheit, oder sind sie unvollständig, dann entsteht Schwindel.



Untersuchung.

Schwindel hat fast jeder schon einmal erlebt. Und so ist er auch eines der am häufigsten genannten Symptome in der Arztpraxis. Ungefähr 10 Prozent aller Patienten beim Allgemeinarzt und 10–20 Prozent beim Neurologen oder dem HNO-Arzt klagen darüber. Er kann viele Ursachen haben. Dabei ist Schwindel keine eigenständige Krankheit, sondern er ist als Leitsymptom für eine Störung im Organismus einzustufen. Deshalb ist in der Diagnostik eine fachübergreifende Zusammenarbeit wichtig. Nachfolgend werden die verschiedenen Arten, in denen Schwindel-

gefühle auftreten können, kurz beschrieben. Man unterscheidet den systematischen vom unsystematischen Schwindel. Charakteristisch für einen systematischen Schwindel ist eine eindeutige Richtungs- oder Bewegungskomponente, wie der Drehschwindel, der Schwankschwindel und der Liftschwindel. Außerdem gehört der Lagerungsschwindel als Sonderform dazu. Der systematische Schwindel ist meist die Folge einer Störung im Gleichgewichtsorgan oder in seinen Verbindungen und wird deswegen auch vestibulärer Schwindel genannt.

Die Ursachen können ein Ausfall oder eine Schädigung eines Gleichgewichtsorgans sein. Eine entzündliche Genese, wie eine Labyrinthentzündung, eine zentral-vestibuläre Läsion oder eine Schädigung der Gleichgewichts- und Hörnerven durch Medikamente, wie z. B. Streptomycin, sind ebenfalls möglich. Der Morbus Menière wird als anfallsartige Erkrankung mit Schwindel, Tinnitus und Schwerhörigkeit beschrieben.

In der Anamnese wird meist von einem plötzlich aufgetretenen, lagerungsunabhängigen Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen berichtet. Bei der Untersuchung findet sich ein horizontaler Spontannystagmus zu einer Seite. Bei der thermischen Reizung reagiert die eine Seite gar nicht oder deutlich weniger als das andere vestibuläre Organ. Als Therapie wird eine durchblutungsfördernde Infusion verabreicht.

Der gutartige paroxysmale Lagerungsschwindel ist eine Sonderform des systematischen Schwindels. Es handelt sich um einen Drehschwindel, der durch schwere kristalline Ablagerungen auf den Gleichgewichtsrezeptoren in den Bogengängen der Gleichgewichtsorgane in den Innenohren ausgelöst wird. Dadurch kommt es zu einer größeren Trägheit der Flüssigkeit in den Bogengängen auf einer Seite und damit zu einem unterschiedlichen Signal bei der Veränderung der Lage. Der Patient berichtet über Schwindel, der beim Drehen in eine Richtung auftritt und nach kurzer Zeit wieder aufhört. Dieser Schwindel ist durch ein Lagerungsmanöver entsprechend des jeweiligen Bogenganges zum Entfernen des Otolithen zu beheben.



Symptom Schwindel.

Der unsystematische, oder nichtvestibuläre Schwindel äußert sich in Unsicherheit beim Gehen, Stehen und Sitzen, auch das Schwarzwerden vor den Augen gehört dazu. Diese Symptome können durch unterschiedliche Grunderkrankungen hervorgerufen werden.

Typische Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind zu hoher oder stark schwankender Blutdruck, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit wie auch Herzrhythmusstörungen. Auch Stoffwechselerkrankungen wie die Unterzuckerung bei Diabetes mellitus oder eine Blutarmut können zu Schwindelerscheinungen führen.

Starker Schwindel kann auch bei einem drohenden Schlaganfall auftreten. Eine Halswirbelsäulen-Problematik wie ein Bandscheibenvorfall oder starke Verspannungen der Nackenmuskulatur können ebenfalls Schwindelzustände auslösen. Man sollte auch an durch Angststörungen verursachten Schwindel denken, wie z. B. bei Höhenangst.

Wichtig ist eine genaue Anamnese, in der der Patient nach Art und Dauer des Schwindels gefragt werden muss. Außerdem können Vorerkrankungen einen Hinweis auf eine Ursache geben. Medikamente können ebenfalls Schwindel auslösen. Nach der ausführlichen Anamnese erfolgt die körperliche Untersuchung und dann die spezielle Diagnostik.

In der HNO-Klinik wird mittels einer Nystagmographie (Registrierung der Augenbewegungen) mit Darstellung des Spontannystagmus, der Lagerung und der thermischen Reizung bei der Vestibularorgane nach einem vom Ohr ausgehenden Schwindel gefahndet. Gegebenenfalls ist auch ein Hörtest notwendig. Sollte sich ein Hinweis auf eine nicht vestibuläre Ursache zeigen – ein Augenzittern kann zum Beispiel ein Hinweis auf eine zentrale Störung sein – sollte eine Magnetresonanztomographie vom Kopf (MRT) erfolgen, um zentralnervöse Ursachen des Schwindels zu erkennen. Es lässt sich aber in nicht wenigen Fällen trotz intensiver Diagnostik keine eindeutige Ursache für den Schwindel finden.

Zur Diagnostik können weitere Untersuchungen erforderlich sein wie ein EKG, eine dopplersonographische Untersuchung der hirnvorsorgenden Gefäße zum Ausschluss einer Stenose, ein Röntgen der Halswirbelsäule, eine Blutuntersuchung, die Untersuchung auf Borrelieninfection und gegebenenfalls eine Lumbalpunktion. Regelmäßige Blutdruckkontrollen und Blutzuckermessungen sind ebenfalls von Bedeutung, um die Ursache für den Schwindel zu erkennen.

Schwindel kann also in kein einzelnes Fachgebiet eingeordnet werden. Das Symptom muss immer aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden. Eine gute fachliche Zusammenarbeit ist erforderlich, so dass die Ursache und die Erkrankung diagnostiziert werden kann, um dann die richtige Therapie einleiten zu können, die je nach Fall medikamentös, operativ oder physiotherapeutisch sein kann.



Christine Lachmann, Assistenzärztin der Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.



Erfahrungen einer Kollegin, die sich das Rauchen abgewöhnte.



Manuela Streib.

Begonnen hat alles mit jungendlichem Leichtsinn. Fast alle Freunde rauchten, da wollte sie nicht abseits stehen. Also wurde auch geraucht mit bleibenden Folgen. Das Rauchen wurde eine selbstverständliche Gewohnheit. So oder ähnlich geht es den meisten Rauchern. Wie aber wieder davon loskommen?

Frau Manuela Streib hat es geschafft. Eigentlich hat ihr das Rauchen noch nie gefallen, aber die Abhängigkeit war größer. Aufhören wollte sie schon früher, noch bevor es unsere Arbeitsgruppe im Klinikum gab. Vor drei Jahren ließ sie sich deshalb akupunktieren. Ein halbes Jahr später erneut der Griff zur Zigarette. „Man ist doch so abhängig, wenn man morgens bei der Arbeit schon zur Raucherecke muss“, sagt sie.

Gut findet sie, dass es so etwas wie diese Arbeitsgruppe im Klinikum gibt. Von der Betriebsärztin Frau Wolf sei sie angesprochen worden, ob sie nicht mit dem Rauchen aufhören wolle. Es sei für sie nicht selbstverständlich, dass Arbeitgeber in diesem Maße die Gesundheit der Mitarbeiter fördern. Sie nutzt gern die Angebote wie z. B. die Rückenschule, für die sie sich angemeldet hat. Allerdings ist die Riege der Wartenden hier recht lang. Auch die für Mitarbeiter günstigen Massagen hat sie in Anspruch genommen.

o

Wir treffen uns einmal in der Woche und reden miteinander, und ich merke den Kampf, den sie mit sich kämpft. Sie will diesmal siegen. Frau Streib berichtet mir, dass sie sich nach dem Frühstück am Wochenende eine 100 m lange Zigarette wünscht, aber das tut sie dann nicht. Mit ihrem Mann will sie es gemeinsam durchstehen, denn Herr Streib hat zeitgleich aufgehört. Beide unterstützen sich.

Wichtig ist immer wieder reden, reden und Alternativen suchen.

Die wichtigste Frage ist: „Was mache ich anstatt eine Zigarette zu rauchen?“

Mögliche Alternativen haben wir aufgezeigt und wöchentlich bei Frau Streib Kohlenmonoxidmessungen der Ausatemluft durchgeführt. Am Anfang konnte sie noch nicht ganz von der Zigarette lassen, dann wurden die Werte zusehends besser und Frau Streib hörte ganz mit dem Rauchen auf.

Respekt für diese Leistung, vor allem für ihren Erfindungsreichtum.

In Bezug auf die oben gestellte Frage, was machen, anstatt zu rauchen, war Frau Streib wirklich nicht zu übertreffen. Statt zu rauchen geht sie einfach nur 10 Minuten an die Luft. Die erste sonst übliche Zigarette nach dem Aufstehen ließ sie als Erstes weg. Sie hat sich angewöhnt, dafür morgens zu frühstücken. Auch lässt sie sich mehr Zeit bei der Kosmetik. Damit die Finger nicht nach der Zigarette verlangen, cremt sie sie ein.

„Die Morgenzigarette ist die schlimmste.“

Früher aß sie mit ihrem Mann in der Küche, denn dort war der einzige Raum, wo geraucht worden war. Jetzt wird in der Stube gegessen, denn die ist rauchfrei – auch das hilft. Jetzt ist Frau Streib so weit, dass sie sicher auch anderen Tipps geben könnte, die sich das Rauchen abgewöhnen wollen, aber nicht wissen wie. Es hat mich persönlich stark beeindruckt, wie sich Manuela Streib gegen das Rauchen zur Wehr gesetzt hat, wie sie kämpfte und bis jetzt gewann.

Es hat sich gelohnt!

Ihre Haut sieht viel besser durchblutet aus, sie wirkt deutlich jünger. Selbst sagt sie, sie bekomme jetzt viel besser Luft und ihre Kondition sei besser. Treppensteigen sei jetzt leichter als früher. Ihr Geruchssinn und die Geschmacksempfindung haben sich deutlich gebessert ...

... und ihr Enkelkind nuckelt nicht mehr. Der Nuckel wurde weggeworfen zeitgleich mit dem Versprechen an die Enkelin, sich das Rauchen abzugewöhnen.

Autor: Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop, Chefärztin der Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Die Schilddrüse in guten Händen

Knoten in der Schilddrüse müssen nicht selten operiert werden.

Plötzlich fühlt sich ein Mensch schlapp und müde, wird immer träger und apathischer. Außerdem nimmt er stark an Gewicht zu, ohne dabei mehr zu essen als vorher. Schilddrüsenunterfunktion – oft als vermeintliche Ausrede von Übergewichtigen belächelt – ist tatsächlich eine ernsthafte Erkrankung. Ein anderer Mensch wird hingegen immer nervöser und zappeliger und verliert an Gewicht. Schlafstörungen stellen sich ein. Auch hier spielt die Schilddrüse eine Rolle, die dieses Mal ein Zuviel an Stoffwechselformen produziert (Schilddrüsenüberfunktion).

Gerät die lebenswichtige Hormonproduktion aus dem Gleichgewicht – beispielsweise durch Jodmangel –, dann sollte dringend ärztlicher Rat in Anspruch genommen werden. Immerhin werden in Deutschland jedes Jahr ca. 110.000 Patienten an der Schilddrüse operiert. Hauptgrund für diese hohe Zahl sind die vielen Knotenstrumen (knotige Vergrößerungen der Schilddrüse). Früh erkannt und behandelt wären bis zu 30 Prozent der operativen Eingriffe zu vermeiden.



Knotige Vergrößerung der Schilddrüse.

Wesentliche Ursache für die Kropfentwicklung ist ein Jodmangel, der in den einzelnen Regionen in Deutschland unterschiedlich ausgeprägt ist. In vielen Fällen helfen Gaben von Jod und Schilddrüsenhormonen nicht mehr. Dann kann nur noch der Chirurg den Befund sanieren. Etwa 93 Prozent der operativ entfernten Schilddrüsen sind gutartig, aber immerhin

7 Prozent der Knoten sind bösartig und die Diagnose „Schilddrüsenkrebs“ muss gestellt werden. Eine erste Untersuchung auf Knoten in der Schilddrüse kann sogar vom Patienten selbst durchgeführt werden. Eine Tastuntersuchung unterhalb des Kehlkopfes mit Schlucktest kann größere Knoten schon aufdecken und die weitere Diagnostik einleiten. Wichtig ist, dass der Hausarzt bei den verschiedenen Untersuchungen die Schilddrüse mit abtastet und bei auffälligen Befunden eine weitere Diagnostik einleitet.

Mit einer Ultraschalluntersuchung des Halses können die Größe und die Anzahl der Knoten bestimmt werden. Ebenso können tumorverdächtige Knoten identifiziert werden. Durch eine Szintigraphieuntersuchung mit radioaktiv markiertem Jod kann man hormonüberproduzierende Knoten von Knoten, die keine Hormone produzieren, unterscheiden. Bei Knoten, die keine Hormone mehr produzieren, besteht ein höheres Entartungsrisiko, d.h., hier kann sich ein Schilddrüsenkrebs dahinter verbergen. Diese beiden Untersuchungen werden entweder am Klinikum selber durchgeführt oder in enger Kooperation mit niedergelassenen Spezialisten.

Untersuchungen des Blutes können anzeigen, ob der Körper zu viel oder zu wenig Schilddrüsenhormone produziert. In der Anfangsphase einer Schilddrüsenkrankung genügt häufig eine Behandlung mit Jod und Hormonpräparaten. Diese Präparate sollen ein weiteres Wachstum und eine weitere Knotenbildung verhindern. Kommt es jedoch zu einer Zunahme der Schilddrüsenknoten bzw. vergrößert sich die Schilddrüse so, dass sie sichtbar ist oder Störungen beim Schlucken verursacht, dann hilft häufig nur der Chirurg. In besonders schwerwiegenden Fällen kann es sogar zur Verlegung der Luftröhre kommen und die Patienten können unter akuter Luftnot leiden. Wichtig ist, dass die Operation von einem Spezialisten ausgeführt wird. Nur in seinen Händen lassen sich Komplikationen, wie beispielsweise die Schädigung des Stimmbandnervs und der Nebenschilddrüsen, auf weniger als 2 Prozent begrenzen.



Im Operationssaal.

Im Klinikum werden modernste Diagnostik und Therapieverfahren eingesetzt. So wird bei allen Patienten während der Operation auch das intraoperative Neuromonitoring durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein spezielles Nervenmessgerät, mit dem die Funktion des durch die Operation gefährdeten Stimmbandnervs schon während der Operation überprüft und so die Gefahr einer unbeabsichtigten Verletzung vermindert werden kann. Um den Blutverlust und die benötigte OP-Zeit so gering wie möglich zu halten, wird am Klinikum ein hochmodernes Ultraschallskalpell eingesetzt.

Für kleine Knoten in der Schilddrüse finden minimal-invasive Verfahren Anwendung:

Über einen nur ca. 2 cm großen Hautschnitt kann mit Spezialinstrumenten und einem Kamerasystem der Schilddrüsenknoten entfernt werden. Das kosmetische Ergebnis ist dann deutlich besser.

Als besonderen Service für unsere Patienten werden alle Schilddrüsenpräparate in unserer Pathologie innerhalb eines Tages untersucht, so dass wir am 1. Tag nach der Operation dem Patienten schon mitteilen können, ob es sich um eine gutartige oder bösartige Erkrankung handelt. Bei besonders schwierigen Fällen kann eine Gewebeuntersuchung schon während der Operation veranlasst werden und so dem Patienten unter Umständen eine zweite Operation erspart werden.

Nach einer Operation ist meist eine lebenslange Einnahme von Schilddrüsenhormonen in Tablettenform notwendig. Die Patienten müssen in der medizinischen Kontrolle bleiben, auch hier arbeiten wir sehr eng mit den niedergelassenen Ärzten unserer Stadt zusammen.

Diese wenigen Ausführungen haben gezeigt, dass Erkrankungen der Schilddrüse kompliziert sind und in die Hand von Spezialisten gehören. Sollten Sie Probleme oder Fragen zu Ihrer Schilddrüse haben, so bietet Ihnen das Klinikum eine endokrinologische Spezialsprechstunde an.

Sie findet jeweils donnerstags in der Zeit von 13.00 bis 16.30 Uhr im Interdisziplinären Ambulanzzentrum statt (Terminvergabe 0 33 81/41 28 22).



Links: Sebastian Wicht, Facharzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Rechts: Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Gesicht wahren – Gesicht zeigen

Plastisch-rekonstruktive Gesichts- und Halschirurgie.

„Das Gesicht wahren“, sagt man, wenn es darum geht, sich Sorgen, Kummer oder Enttäuschungen nicht anmerken zu lassen. „Gesicht zeigen“ – das bedeutet, zu sich und seiner Meinung zu stehen. „Das Gesicht verlieren“ heißt, dass sich jemand bis auf die Knochen blamiert hat. Allein diese Volksweisheiten lassen erahnen, wie wichtig ein unversehrtes Gesicht für den Menschen ist. Es ist sozusagen seine „Visitenkarte“. Insofern mag man sich gar nicht vorstellen, wie es wäre, wenn das eigene Gesicht durch Unfall oder Krankheit plötzlich entstellt wäre. Ein schwerer Schlag für das Selbstbewusstsein. Und oft hat dies auch Konsequenzen für das weitere Berufsleben. Doch oft ist eine umfassende Wiederherstellung möglich, dank der Fortschritte, die die plastisch-rekonstruktive Gesichts- und Halschirurgie gemacht hat.

Die wohl häufigste Ursache für die Notwendigkeit plastisch-rekonstruktiver Maßnahmen im Gesicht-Hals-Bereich sind Defekte nach Tumorentfernungen. Soll die Tumorbehandlung größtmöglichen Erfolg gewährleisten, dann muss der Tumor mit ausreichendem Abstand zu seinem Rand und auch in die Tiefe hinein aus dem gesunden Gewebe entfernt werden. Somit bedingen die Art des Tumors und sein mögliches Größenwachstum das Ausmaß des chirurgischen Gewebedefektes.

Zur Deckung des entstandenen Defektes kommen verschiedene so genannte Hautplastiken zur Anwendung. Dabei sind die Spannungslinien der Haut, die ästhetischen Einheiten des Gesichtes sowie die Gewebetextur (d. h. Dicke und Zusammensetzung der benötigten Gewebeschichten) zu beachten. Letzteres ist besonders wichtig, wenn aufgrund der Defektgröße oder Lage Gewebe von entfernteren Regionen im Sinne eines freien Transplantates verwendet werden müssen.



Multimodales Konzept der Nasenrekonstruktion.

Eine operative Herausforderung stellt die Rekonstruktion von äußerer und innerer Nase bei angeborenen/erworbenen Fehlstellungen, bei erworbenen Defekten an äußerer und innerer Nase

sowie auch der Ohrmuschel bei Fehlbildungen oder Defekten dar.

Meist sind hier zur Rekonstruktion mehrere Operationsschritte erforderlich. Neben verschiedenen Lappenplastiken ist die Verwendung von Ohr- und Rippenknorpeln, seltener auch von Biomaterialien (z. B. Medpor) notwendig. Die Anpassung einer Epithese, einem individuell modellierten Organersatzstück, sollte dem Ausnahmefall überlassen werden.



Rekonstruktion der Ohrmuschel aus Rippenknorpel.

Nach Gesichtstraumata mit Deformierung des knöchernen Gesichtsschädels sind Rekonstruktionen mit Mini- und Mikroplatten-Osteosynthese-Systemen möglich. Insbesondere im Bereich der knöchernen Augenhöhle finden neben resorbierbaren Folienmaterialien und körpereigenem Gewebe (z. B. Ohrknorpel) auch synthetische Materialien Verwendung. Bei späteren Korrekturen sind oftmals vorher Refraktierungen notwendig. In ausgewählten Fällen kann ein Aufbau des Gesichtsreliefs mit angepassten Kunststoff-, Keramik- oder Titanimplantaten erfolgen.

Eine weitere Domäne der rekonstruktiven Chirurgie im Kopf- und Halsbereich ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung von Funktionen:

Das Hören:

Durch plastische Deckung von Trommelfelldefekten (Verwendung von Temporalisfascie oder Tragusknorpel-Perichondrium-Transplantat) und durch Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette durch Einsatz von Eigenmaterial (Umschleifen noch vorhandener Gehörknöchelchenrudimente) oder von Implantaten (Keramik/Titan/Platin) kann die Schallübertragungsmechanik wiederhergestellt werden.

Die Nasenatmung und das Riechen:

Die physiologische Atmung ist die Nasenatmung. Durch Begrädigung der Nasenscheidewand bzw. durch Entfernung von entzündlichen Schwellungen in der



Nase (Polypen/entzündliche Schleimhaut) wird die Riechspalte freigelegt und bei nun wiederhergestellter beidseitiger physiologischer Nasenatmung in den Luftstrom mit einbezogen.

Das Sehen:

Gerade bei Fehlstellungen nach Brüchen im Bereich der Augenhöhle können Sehstörungen im Sinne von Doppelbildern durch Bewegungsstörungen oder durch Höhenasymmetrie der Augäpfel auftreten, die durch Rekonstruktion behoben werden können.

Hier finden neben resorbierbarem und körpereigenem Gewebe (z. B. Ohrknorpel) auch synthetische Materialien Verwendung.

Das Schlucken:

Nach Tumorresektionen ist durch spezielle Lappenplastiken (insbesondere durch Verwendung gefäßgestellter freier Lappen) eine Wiederherstellung der Zungenbeweglichkeit, der Abdichtung zum Nasenrachen mit rekonstruiertem Gaumen und die Kontinuität des Schlundes und des Überganges in die Speiseröhre möglich.

Das Sprechen:

Wiederherstellung der Stimmgebung ist bei Lähmungen der Stimmlippen, z. B. nach Schilddrüsen-Operationen, durch glottiserweiternde Operationen (Laserresektionen, Laterofixationen an den Stimmlippen) möglich. Nach Tumorresektionen kann durch Augmentierung des Gewebes im Stimmlippenbereich eine funktionelle Stimmverbesserung erzielt werden. Letztlich ist es auch schon in Einzelfällen gelungen, den Kehlkopf durch Lappenplastiken und Transplantate vollständig zu rekonstruieren. Routinemäßig hat sich jedoch zur Stimmrehabilitation nach Kehlkopfentfernung der Einsatz einer Stimmprothese, d. h. eines Shuntventils zwischen Luftröhre und Hypopharynx, etabliert.

Die Mimik:

Bei einer frischen Gesichtsnervenlähmungen ist durch Naht durchtrennter Nervenstränge bzw. bei längerstreckigen Defekten durch Interposition eines Nerventransplantates oder durch Anastomosen an noch erhaltene Hirnnerven eine Reinnervation möglich. Bei ausbleibender Reinnervation kann eine Rekonstruktion

der Gesichtssymmetrie mit Zügelung der gelähmten Wangen- und Mundpartie einschließlich Straffung am hängenden Nasenflügel unter Besserung der Nasenatmung sowie ein Lidschluss zum Schutz der Hornhaut durch Lidimplantate (z. B. Platinketten) erfolgen.

Operative Rekonstruktionen in der HNO-Chirurgie

Gesicht - Weichteildefekte
- Knöcherne Defekte/Deformitäten

Nervus Facialis - Frische Nervenläsion
- Ältere Nervenläsion

Nase

Äußere Nase - Deformitäten
- Defekte/Ablation

Innere Nase - Deformitäten/Defekte

Ohr

Ohrmuschel - Deformitäten/Defekte

Trommelfell - Defekte

Gehörknöchelchenkette - Defekte

Hals

Äußere Weichteile - Defekte
- Tracheostomaversorgung

Innere Weichteile - Defekte an Gaumen/Mundboden/
Zunge/Hypopharynx

Kehlkopf - Enge Glottis infolge Lähmungen
- Weite Glottis infolge Resektionen
- Laryngektomie



Dr. med. Barbara Lindemann,
Oberärztin der Klinik für HNO-
Krankheiten, Gesichts- und Hals-
chirurgie, Städtisches Klinikum
Brandenburg GmbH.

Lebenselixier Blut

Lebensrettende Spende.

Blut ist einzigartig – trotz vieler Versuche hat es kein Labor der Welt bislang geschafft, es künstlich nachzubilden. Wer viel Blut verloren hat – durch Unfall, Operation oder Krankheit – ist deshalb auf Blutspenden angewiesen. Da dies keine seltenen Ereignisse sind, zeigt, wie schnell man selbst auf eine vielleicht lebensrettende Versorgung mit Blut angewiesen sein kann.

Ungefähr 30 Blutkonserven müssen pro Tag in unserem Klinikum für die Patienten bereitgestellt werden. 4,2 Millionen Konserven werden jedes Jahr in Deutschland transfundiert. Die erste Blutbank wurde im Jahr 1919 in den USA gegründet. 80 Prozent aller Menschen benötigen mindestens einmal in ihrem Leben Blut oder aus Blut hergestellte Medikamente, doch nur 5 Prozent der Bevölkerung spendet Blut.



Blutspenden rettet Leben.

Die Spendenbereitschaft, gerade unter jungen Menschen, nimmt eher ab. Dies ist einer der Gründe, weshalb man das Spendealter erhöht hat: Spenden darf jeder, der sich gesund fühlt und zwischen 18 und 68 Jahre alt ist. Erstspender werden allerdings nur bis zum 60. Lebensjahr angenommen. Eine langfristige Vorratshaltung von Blutkonserven ist aufgrund der eingeschränkten Haltbarkeit von wenigen Wochen unmöglich. Außerdem sinkt erfahrungsgemäß zu gewissen Zeiten, zum Beispiel in den Ferienmonaten, obendrein die Zahl der Spender. Da kann es trotz einplanter Sicherheitsreserven zu gefährlichen Engpässen in der Blutversorgung kommen. Um das zu vermeiden, sollte möglichst jeder gesunde Mitbürger regelmäßig Blut spenden.

Blut ist etwas Lebendiges, ein Organ, das aus vielen Zellen und Teilchen besteht. Mehr als die Hälfte des Blutes sind flüssige Bestandteile – das Blutplasma. Es besteht zu 90 Prozent aus Wasser und enthält u.a. die Gerinnungsfaktoren, Transporteiweiße, Zucker, Fette und Hormone. Die größeren Blutzellen als feste Bestandteile bilden die restlichen 45 Prozent. Das sind die roten und die weißen Blutkörperchen sowie die Blutplättchen. Spenden kann man „Vollblut“, Blutplasma oder Blutplättchen. Eine Vollblutspende ist für Männer alle 3, für Frauen alle 4 Monate erlaubt. Blutplättchen und Blutplasma darf man wesentlich öfter spenden. Die roten Blutkörperchen, die Erythrozyten, werden am häufigsten benötigt. Die konfektionierten Produkte des gespendeten Blutes, die als Arzneimittel für Patienten angewendet werden können, werden als Blutkonserve oder Erythrozytenkonzentrat bezeichnet.

Vor einer jeden Blutspende wird immer der Gesundheitszustand des Spenders überprüft. Blutdruck und Fieber werden gemessen und die Lymphknoten untersucht, um einen akuten Infekt auszuschließen. Auch der Blutfarbstoffwert (Hämoglobinwert) wird gemessen. Dazu werden aus der Fingerbeere einige Tropfen Blut entnommen. Ein zu niedriger Blutfarbstoffwert ist nicht selten ein Grund für Rückstellungen von der Blutspende. Vor jeder Erstspende und in regelmäßigen Abständen erfolgt eine ausführliche körperliche Untersuchung.

Dem Spender wird bei einer Vollblutspende etwa ein halber Liter Blut „abgezapft“ – das dauert nur etwa zehn Minuten. Dafür wird ausschließlich steriles Einwegmaterial verwendet. Eine Übertragung von Krankheiten ist deshalb ausgeschlossen. Die gespendete Blutmenge ist im Verhältnis zur Gesamtblutmenge des Körpers so gering, dass der Verlust vom Organismus schnell wieder ausgeglichen wird. Auch der Spender selbst hat Vorteile, wenn er Blut spendet. Er erhält wichtige Informationen über seinen Gesundheitszustand. Bevor eine Blutkonserve für Patienten verwendet werden darf, müssen nämlich zusätzlich weitere Laboruntersuchungen im Spenderblut durchgeführt werden, um ein mögliches Infektionsrisiko mit z. B. Hepatitisviren oder HIV nahezu auszuschließen. Experten geben das Restrisiko, durch Blutübertragung



mit HIV infiziert zu werden, mit 1:1 Millionen an. Für Deutschland bedeutet das, dass bei Anwendung von 4 bis 5 Millionen Blutpräparaten pro Jahr mit 4 bis 5 unvermeidbaren Infektionen zu rechnen ist. Allerdings haben die Blutspendedienste das Risiko einer solchen Infizierung durch intensive Aufklärung der Blutspender und zusätzliche organisatorische Maßnahmen auf ein Minimum reduziert.

Es wird immer wieder die Frage gestellt, ob Blutspenden weh tut. Die klare Antwort ist Nein. Außer einem



Blutspenden tut nicht weh.

kleinen „Pieks“ spürt man nichts, dann geht alles wie von selbst. Blutspenden ist ganz anders, als viele Menschen sich das vorstellen: Zuerst einmal machen Sie es sich auf der Liege bequem. Ein Arzt oder eine ausgebildete Krankenschwester führt dann die Blutentnahme durch. Wenn 500 ml Blut abgenommen worden sind, wird die Nadel schmerzlos wieder entfernt. Nach einer kurzen Pause wird zur Stärkung ein kleiner Imbiss gereicht. Das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit des Spenders werden durch die Blutspende nicht beeinträchtigt. In den Folgetagen setzt dann sogar ein positiver Effekt ein. Zum einen bilden sich nach jeder Blutspende neue Blutzellen, wodurch insgesamt die Qualität des Blutes verbessert wird. Kommt es zu einem Blutverlust etwa bei einem Unfall, so ist der Körper eines regelmäßigen Blutspenders eher in der Lage, diese Verluste selbst auszugleichen. Zudem belegen Untersuchungen, dass so genannte Dauerspender seltener unter Infekten leiden.

Natürlich muss trotz allem zur Sicherheit bei Frauen zwischen zwei Vollblutspenden ein Abstand von mindestens zehn, bei Männern von acht Wochen eingehalten werden, optimal ist jedoch eine Zeitspanne von zwölf Wochen. Zum anderen erfahren Sie Ihre komplette Blutgruppe – eingetragen in Ihrem persönlichen Unfallhilfe- und Blutspenderpass.

Vor einer geplanten Operation können Patienten auch eine Eigenblutspende abgeben, die auch ausschließlich für den Eigengebrauch bestimmt ist. Dies kann bis etwa 2 Wochen vor der Operation erfolgen. Da durch Fremdspenden nur noch ein minimales Infektionsrisiko besteht, hat die Eigenblutspende an Bedeutung verloren.

Besonders in der Urlaubszeit kann es zu Engpässen kommen.

Mit drei Viertel aller Blutspenden werden die meisten Spenden in Deutschland beim Deutschen Roten Kreuz (DRK) abgenommen. An zweiter Stelle stehen staatlich kommunale Blutspendedienste, etwa in großen Krankenhäusern oder Universitätskliniken.

Für die Städtische Klinikum Brandenburg GmbH unterhält die DRK-Blutspendedienst Ost gGmbH im Institut für Transfusionsmedizin des Labors ein Blutdepot. Aus diesem Vorrat werden im Bedarfsfall für die Patienten Blutkonserven entnommen und im Labor auf die Verträglichkeit zwischen Spender und Empfänger untersucht. Dafür stehen moderne Untersuchungsverfahren und hochqualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung. Die Verfahrensweisen für eine Bluttransfusion sind gesetzlich geregelt. Jeder Patient wird bei geplanten Eingriffen, bei denen Blutverluste nicht ausgeschlossen werden können, hinsichtlich einer möglichen Transfusion vom Arzt aufgeklärt.

Blutspendezeiten:

Dienstag 14.00 bis 19.00 Uhr

Freitag 10.00 bis 15.00 Uhr in der Hochstraße 29

Autor: Dipl.-Chem. Uwe Fistler, Technischer Laborleiter, W&T GmbH für Labortechnologie in Wissenschaft und Technik.

Brigitte Menzel seit Januar Chefärztin der Radiologie



Dr. med. Brigitte Menzel, Chefärztin der Radiologie.

Mit 16/17 Jahren wusste Brigitte Menzel, Jahrgang 1955 und seit Januar neue Chefärztin der Radiologie, bereits genau, was sie werden wollte: Hausärztin.

Doch Wahlfreiheit für die Fachrichtung gab es in der ehemaligen DDR nur eingeschränkt.

„Der Facharztbedarf wurde analysiert und dann wurde man in die entsprechenden Fachrichtungen gelenkt“, erinnert sie sich. Und so wurde sie Fachärztin für Radiologie, nachdem sie 1980 ihr Studium der Medizin an der Medizinischen Akademie Magdeburg abgeschlossen hatte. Im März 1985 erhielt sie die staatliche Anerkennung als Fachärztin für Radiologie und im Dezember 1990 wurde ihr der akademische Grad „doctor medicinae“ (Dr. med.) verliehen.

Rückblickend bedauert Frau Menzel ihren Werdegang nicht. Sie findet die Radiologie sehr spannend. Man müsse viel analysieren, Wahrscheinlichkeiten abwägen und dabei fast kriminalistische Fähigkeiten entwickeln, schwärmt sie. Den größten Fortschritt

sieht sie in der Entwicklung der Magnet-Resonanz-Tomographie. Damit sei eine Schnittbildgebung möglich ohne Einwirkung von Röntgenstrahlen.

„Man sollte keine Gegner einer internen Nachbesetzung innerhalb des Hauses haben“, erklärt sie den Erfolg ihrer Bewerbung auf die Position der Chefärztin. Und es hat geklappt. Als Chefärztin sei sie verantwortlich für die fachliche und die medizinisch-technische Weiterentwicklung der Abteilung. Bestehe Investitionsbedarf, dann müsse sie ihre Chefarztkollegen und die Geschäftsführerin, Gabriele Wolter, von einer Notwendigkeit einer Investition überzeugen und die Investitionsplanung erstellen. Da die Radiologie eine Serviceeinrichtung für die Kliniker sei, könne sie Neuanschaffungen zumeist etwas leichter begründen, weil die klinischen Partner davon profitieren.

Für das Privatleben bleibt Brigitte Menzel nun noch weniger Zeit. Da ist es gut, dass der Sohn bereits erwachsen ist und an der TU Dresden Mechatronik studiert. Sie selbst entspanne sich am besten bei Gartenarbeit, außerdem wandere sie gerne, verrät Frau Menzel. Für Ausstellungsbesuche, die sie auch gerne machen würde, fehle ihr hingegen meistens die Muße.

Autor: Ann Brünink, Journalistin

Spaß muss sein, auch wenn einem die Kugeln um die Ohren fliegen

Norman Greulich wacht nicht nur auf der Wachstation, sondern auch im Handballtor.



Norman Greulich zeigt sein akrobatisches Können.

Samstag abends kommt es immer wieder darauf an: blitzschnelles Reaktionsvermögen, akrobatische Geschicklichkeit, ein hohes Maß an Intuition, auf der anderen Seite Spielübersicht, Motivation der Mitspieler und auch Ausstrahlung einer gewissen Ruhe und Sicherheit. Norman Greulich, 28 Jahre alt, ist Torhüter beim SV 63 Brandenburg, der seit dieser Saison höherklassig mit seiner Mannschaft in der Regionalliga Hallenhandball spielt. Als Torwart kommen in den 60 Minuten Spielzeit auf diesem hohen Niveau mehr als 50 Bälle aufs Tor, oft mit einer Geschwindigkeit von mehr als 100 km/h aus weniger als 7 m Entfernung geworfen. Ein wesentlicher Teil dieser Geschosse wird vom Torwart abgewehrt. Dadurch wird der Torwart oft zur Schlüsselposition, die über Sieg und Niederlage entscheidet. Während des Spiels geht es hin und her: Sowie der Ballbesitz wechselt, wird der Gegenspielzug aufgebaut, häufig durch den Torwart. Die kleineren Blessuren merkt man meist erst nach dem Spiel, wenn der Adrenalinspiegel abgefallen ist. Größere Verletzungen sind beim Torwart aber glücklicherweise relativ selten.

Sicherlich, als Krankenpfleger auf der Wachstation des Klinikums im Schichtdienst ist es schwer zu realisieren, diesen Sport auf diesem Niveau weiterhin

auszuüben. Aber dank dem Verständnis sowie dem Engagement seiner Kollegen auf der Wachstation und vor allem seiner Frau ist es ihm möglich, regelmäßig 4x wöchentlich am Training und an den Wochenenden an den Punktspielen mit bis zu 450 km Anfahrtsweg teilzunehmen. Zu dem rein Sportlichen kommt gelegentlich noch eine gewisse Pflege des Mannschaftsgeistes durch gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Halle. Aber Spaß haben steht im Vordergrund und ist für Norman Greulich das wichtigste, auch im Leistungssport, und er betrachtet Handball als einen wichtigen Ausgleich zu seinem Beruf. Solange Beruf und Privatleben harmonisieren und die Gesundheit mitspielt möchte er dem Handball treu bleiben.

Wer Norman Greulich einmal live erleben will, hat dazu fast jeden zweiten Samstag Gelegenheit, wenn der SV 63 seine Regionalliga-Heimspiele um 18:00 Uhr in der Halle des SV 63 in der Franz-Josef-Metzger-Str. (an der JVA) austrägt. Bisher schlägt sich der Neuaufsteiger SV 63 sehr gut in der Regionalliga. Er belegt einen der vorderen Tabellenplätze und freut sich über jede Art der Unterstützung.



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

Es gibt nichts Gutes, außer man tut es

Optimistisch und motiviert: die neue ärztliche Doppelspitze.

Seit Anfang des Jahres besteht das ärztliche Direktorium des Klinikums aus einer Doppelspitze. Statt einen medizinischen Geschäftsführer und einen Stellvertreter zu wählen, votierten die Chefarzte für die gleichberechtigte Besetzung der beiden Positionen mit ärztlichen Direktoren. Gewählt wurden Dr. Wilfried Pommerien, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II, und Dr. Karl-Heinz Rudolph, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie. Nach den ersten Monaten mit der Doppelspitze wollte KlinikJournal wissen, wie die beiden ärztlichen Direktoren miteinander klarkommen.

Das Gespräch mit Dr. Pommerien und Dr. Rudolph führte die Journalistin Ann Brünink.

Welche Aufgaben haben Sie?

Dr. Rudolph: Im engeren Sinne ist das Ärztliche Direktorium ja die Vertretung der Ärzteschaft in der Betriebsleitung und verantwortlich für alle wesentlichen medizinischen Belange in einem Krankenhaus. Beginnend von Hygienefragen über Budgetentwurf und -kontrolle für die einzelnen medizinischen Kliniken bis hin zu Fragen medizinischer Qualität und viele andere Bereiche.

Dr. Pommerien: Wir verstehen uns nicht nur als Sprecher der Ärzteschaft, sondern auch als Ansprechpartner für die Gesamtbelegschaft des Klinikums. Das hat ja auch Tradition in diesem Haus. Wir wissen, dass alles nur durch das Miteinander von Ärzten, Pflegedienst und Funktionsbereichen funktionieren kann.

Hat sich durch die Doppelspitze etwas geändert?

Dr. Rudolph: Die Geschäftsordnung ist der neuen Situation angepasst worden. Schließlich steckt ja im Aufgabenbereich des Ärztlichen Direktoriums durchaus auch die Weiterentwicklung dieses Hauses mit drin. Weil wir beide aus Zeitgründen nicht immer gemeinsam an den vielen Sitzungen teilnehmen können, teilen wir die Aufgaben unter uns auf: Herr Pom-

merien kümmert sich unter anderem um die Netzwerkbildung. Wegen der Konkurrenzfähigkeit müssen wir uns mit anderen Häusern zusammenschließen.

Dr. Pommerien: Man kann im Haifischbecken Gesundheitssystem 2007 nur dann überleben, wenn man Synergien herstellt. Das machen die Privaten ja auch, unter anderem deshalb sind sie erfolgreich. Synergie bedeutet aber, dass die jeweiligen Partner auch etwas davon haben und nicht der eine verliert und nur der andere gewinnt.

Dr. Rudolph: Und ich bin zuständig für Zukunftsprojekte wie beispielsweise den Neubau.

Wie laufen Entscheidungsprozesse ab? Wie stimmen Sie sich untereinander ab?

Dr. Pommerien: Wir sind jetzt viereinhalb Monate im Amt und hatten noch nicht einen einzigen Streit. Wir hatten noch nicht einmal eine Meinungsdivergenz. Die Abstimmung funktioniert über tägliche Telefonate und häufige Zusammenkünfte. Vom Denken und vom Selbstverständnis her haben wir eine sehr tragfähige Grundlage: Problemlösungen – sei es im Kleinen oder im Großen – können nur aus der Gesamtsicht des Klinikums funktionieren und nicht durch besondere Förderung von Partikularinteressen. Das gilt sowohl für das Verhältnis der Abteilungen untereinander als auch für das Verhältnis der unterschiedlichen Belegschaftsgruppen im Klinikum.

Und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführerin Gabriele Wolter? Wie funktioniert die?

Dr. Rudolph: Wir sind beide Mitglied der Betriebsleitung und haben zusammen eine Stimme. Die Pflegedienstleitung hat eine weitere und Frau Wolter hat eine. Die Betriebsleitungssitzungen finden einmal pro Woche statt. Aber es gibt noch weitere themenbezogene Zusammenkünfte mit Frau Wolter. Ich denke, dass wir gut mit ihr zusammenarbeiten.

Wenn Sie als Vertreter der Ärzteschaft und der Belegschaft Entscheidungen treffen, müssen Sie dann noch andere Gremien einschalten?

Dr. Pommerien: Bei Entscheidungen, die das gesamte Klinikum betreffen, wie Neubaufragen oder Fragen der Tarifaueinandersetzung, teilen wir unsere Überlegungen und unsere Entscheidungsvorschläge so rasch wie möglich dem Kreis der Chefärzte mit. Es ist uns darüber hinaus sehr wichtig, unsere Entscheidungsstrukturen auf allen Ebenen transparent zu machen, also auch im Kreis der Ärzte und insbesondere in der Gesamtbelegschaft, das heißt dem Pflegepersonal auf den einzelnen Stationen. Die Menschen hier im Klinikum sollen nachvollziehen können, warum wir so und nicht anders entschieden haben. Und sie können uns jederzeit ansprechen, wenn sie Einfluss nehmen wollen. Es geht uns darum, ein Problem so zu lösen, dass es für das gesamte Klinikum eine positive Lösung ist, eine, die uns weiterbringt.

Gilt das auch für die Tarifaueinandersetzungen?

Dr. Rudolph: Wir versuchen auch in dieser schwierigen Episode einen Interessenausgleich herzustellen, der es ermöglicht, dass wir weiterhin erfolgreich zusammenarbeiten können. Es geht darum, dass man das Verständnis für die jeweilige andere Seite weckt. Wir verstehen die Position des Pflegepersonals. Und der Tarifabschluss für die Ärzte ist ja auch nicht in allen Punkten des bundesweiten Abschlusses mit dem Marburger Bund übernommen worden. Doch man muss bedenken, dass die Besetzung frei werdender Arztstellen immer schwieriger wird, wenn das Gehaltsgefälle zu groß ist. Es gibt bereits jetzt einzelne Abteilungen, die damit schon Probleme haben. Das schwächt unsere Konkurrenzfähigkeit.

Haben Sie Visionen, die Sie verwirklichen wollen?

Dr. Rudolph: Eines unserer großen Ziele ist es, eine Privatisierung zu verhindern. Wir glauben, dass private Investoren Gewinn aus dem Haus nur erwirtschaften würden, um letztendlich die Aktionäre zu beglücken.

Wir denken, dass Gewinne im Haus bleiben sollten. Das ist keine Vision, das ist ein erklärtes Ziel, an dem wir arbeiten.

Lässt sich denn ein wirtschaftlich erfolgreiches Haus nicht noch besser verkaufen?

Dr. Pommerien: Das ist nicht die Strategie hier in Brandenburg an der Havel. Und das ist auch nicht der Trend bundesweit. Kommunale Häuser werden meistens dann verkauft, wenn es knapp ist und nicht, wenn sie profitabel sind. Die Tendenz vieler Kommunen, sich nach Privatanlegern umzugucken, ist in den letzten 2/3 Jahren merklich zurück gegangen. Auch Kommunen wissen, dass man Krankenhäuser wirtschaftlich führen kann. Man muss nur die Bedingungen dafür schaffen. Eine Bedingung ist, dass regelmäßig in Medizintechnik und räumliche Gegebenheiten neu investiert wird. Sonst haben wir am Markt keine Chance.

Ein weiteres Ziel ist die Bildung von Kompetenzzentren. Da haben wir in der ersten Stufe insbesondere zwei: Das erste ist bereits angeschoben und nennt sich „Kontinenzentrum“. Es fasst die Diagnostik und Therapie von Inkontinenz zusammen. Das zweite hat den Arbeitstitel „Darmzentrum“ und soll alle Fachdisziplinen, die mit der Behandlung von Darmkrebs zu tun haben, sprich Innere, Chirurgie, Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, zusammenfassen.

Gibt es Sachzwänge, die Sie vorher unterschätzt haben?

Dr. Rudolph: Noch gibt es keine limitierenden Faktoren, die uns als neue Sachzwänge begegnet sind.

Dr. Pommerien: Im Gegenteil, wir sind eher noch dabei, Spielräume auszutasten, getreu dem Spruch: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.



Links: Dr. med. W. Pommerien, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II.

Rechts: Dr. med. K.-H. Rudolph, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie.

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



Ihr Dienstjubiläum feiern ...

15 Jahre	am 01.05.2007	Katrin Bonk	Personalabteilung
20 Jahre	am 28.04.2007	Petra Tarruhn	Personalabteilung
25 Jahre	am 12.04.2007	Angela Jonas	Krankenschwester, Station I 1
30 Jahre	am 01.04.2007	Christiane Binternagel	Krankenschwester, Station F 1
35 Jahre	am 05.06.2007	Ingrid Bottke	Krankenschwester, EKG-Abteilung

Berufen und ernannt wurden ...

am 01.04.2007	Dr. Eckhard Trägenapp	zum Oberarzt des Zentrums für Orthopädie/Unfallchirurgie
---------------	-----------------------	--

Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.03.2007	Susanne Hochmann	Fachärztin, Anästhesie/Intensivtherapie
am 01.03.2007	Hermann Burau	Assistenzarzt, Augenklinik
am 01.04.2007	Anja Preckwinkel	Unterrichtsschwester, Medizinische Schule
am 01.04.2007	Lydia Krause	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin I
am 01.04.2007	Christian Mauer	Assistenzarzt, Orthopädie/Unfallchirurgie
am 01.04.2007	Konrad Tietze	Assistenzarzt, Anästhesie/Intensivtherapie
am 01.04.2007	Patrick Rudolph	Assistenzarzt, Kinderklinik
am 01.04.2007	Antje Binger	Hebamme, Kreißsaal
am 01.04.2007	Nancy Weidemann	Hebamme, Kreißsaal
am 02.04.2007	Dr. Matthias Mende	Facharzt, Klinik für Gefäßchirurgie
am 01.05.2007	Christin Stübing	MTR, Radiologie
am 01.05.2007	Dr. Stefan Rausch	Assistenzarzt, Klinik für Innere Medizin I
am 03.05.2007	Nico Riewe	Krankenpfleger, Station C 1
am 07.05.2007	Claudia Wittstock	Krankenschwester, Station I 5
am 16.05.2007	Mandy Hoffmann	Krankenschwester, Station I 4
am 01.06.2007	Anja Schlegel	Krankenschwester, I T S
am 01.06.2007	Liane Ritter	Krankenschwester, Wachstation
am 01.06.2007	Susanne Reich	Krankenschwester, Station I 1

Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

am 31.12.2006	Peggy Kotsch	Assistenzärztin, Klinik für Innere Medizin I
am 31.01.2007	Dr. Erhard Güttner	Leiter, Ambulanz-Zentrum
am 31.01.2007	Sylvia Lange	Krankenschwester, I T S
am 28.02.2007	Elke Hanke	Leitende Schwester, Anästhesie
am 31.03.2007	Mikhail Strizhevskiy	Assistenzarzt, Orthopädie/Unfallchirurgie
am 31.03.2007	Susann Thieme	Assistenzärztin, Frauenklinik
am 30.04.2007	Elfriede Böttger	Krankenschwester, Station I 5
am 31.05.2007	Elke Güttner	Oberärztin, Anästhesie/Intensivtherapie
am 31.05.2007	Gudrun Kliesch	Krankenschwester, Station I 4
am 31.05.2007	Angela Jonas	Krankenschwester, Station I 1
am 30.06.2007	Gisela Allenberg	Krankenschwester, Station F 1
am 30.06.2007	Michael Priegnitz	Krankenpfleger, I T S



Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 02.05.2007	Monika Güldenpfennig	Mitarbeiterin Allgemeine Reinigung
10 Jahre	am 01.06.2007	Peter Jurk	Mitarbeiter Patiententransport
10 Jahre	am 19.06.2007	Claudia Jäger	Stationssekretärin
15 Jahre	am 01.04.2007	Marion Lehmann	Chefartzsekretärin
15 Jahre	am 15.05.2007	Heike Bamme	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Angelika Kielon	Mitarbeiterin Cafeteria
15 Jahre	am 15.05.2007	Ines Leddin	Mitarbeiterin Cafeteria
15 Jahre	am 15.05.2007	Frank Leow	Mitarbeiter Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Heidrun Marquardt	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Andrea Pahl	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Sylvana Pannewitz	Mitarbeiterin Pforte
15 Jahre	am 15.05.2007	Manuela Plewnia	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Angela Reich	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Daniela Rudolph	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Marion Thomas	Mitarbeiterin Allgemeine Reinigung
15 Jahre	am 15.05.2007	Ines Viertel	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 15.05.2007	Ellen Wölfel	Mitarbeiterin Küche
15 Jahre	am 01.06.2007	Norbert Schlundt	Mitarbeiter Patiententransport
20 Jahre	am 01.04.2007	Karsta Ihlefeldt	Mitarbeiterin Schreibbüro
20 Jahre	am 01.05.2007	Annedore Becker	Mitarbeiterin Technik
25 Jahre	am 01.04.2007	Regina Könnecke	Mitarbeiterin Pforte
25 Jahre	am 01.06.2007	Andreas Berndt	Mitarbeiter Fuhrpark

Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 04.12.2006	Carola Wendrich	Stationssekretärin
am 08.01.2007	Edeltraud Hoyer	Mitarbeiterin Allgemeine Reinigung
am 19.03.2007	Melanie Hartung	Mitarbeiterin Allgemeine Reinigung
am 26.03.2007	Jutta Kerschke	Mitarbeiterin Reinigung Marienkrankenhaus

Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

am 31.12.2006	Melitta Berbig	Mitarbeiterin, Pforte
am 20.01.2007	Monika Hechel	Stationshilfe

Im Klinikum ist der Patient König

2. Bauabschnitt des Klinikumneubaus beginnt.

Patienten wollen im Krankenhaus nicht nur mit medizinischen Spitzenleistungen versorgt werden, sie wollen auch zeitgemäß und komfortabel untergebracht sein. Das ist im Klinikum Brandenburg bereits im Neubau – dem ersten Bauabschnitt, der vor vier Jahren bezogen werden konnte – gewährleistet, wo äußerst zufriedene Patienten Hotelstandard genießen. Nunmehr soll der Neubau des so genannten Bettenhauses – zweiter Bauabschnitt – begonnen werden, der die Wettbewerbsfähigkeit des Klinikums, das mit den voll sanierten Krankenhäusern in Belgig, Lehnin, Rathenow, Nauen und dem havelstädtischen St. Marienkrankenhaus konkurriert, auf hohem Niveau sichern wird.



Grundlage für den Neubau ist der preisgekrönte Entwurf des Architekturbüros Heinle, Wischer und Partner, Berlin, das auch den ersten Bauabschnitt geplant hat. Dieser wurde bereits im Dezember 2002 fertiggestellt. Die Bauzeit betrug damals 3 Jahre und die Baukosten lagen bei insgesamt 69 Millionen Euro. Der erste Bauabschnitt umfasst vor allem Funktionsabteilungen mit einer Reihe technischer Highlights. Dazu zählen 10 OP-Säle, Radiologie, Rettungsstelle, internistische Funktionsdiagnostik; Zentralsterilisation, Entbindung sowie die Intensivstationen für Erwachsene und Kinder. Im ersten Bauabschnitt gibt es insgesamt 112 Pflegebetten.

Der zweite Bauabschnitt mit den Bettenstationen sollte sich ursprünglich gleich an den ersten Bauabschnitt anschließen. Doch erst seit 2005 konnte wieder an der Konkretisierung des zweiten Bauabschnittes gearbeitet werden. Inzwischen ist mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie und



dem Ministerium der Finanzen des Landes Brandenburg abgestimmt worden, welche Funktionsabteilungen dieser Bauabschnitt enthalten soll.

Geplant sind der Bau von 10 flexiblen Stationen mit insgesamt 333 Betten, einem fachübergreifenden Aufnahmezentrum zur Vermeidung von Wartezeiten, einer physikalischen Therapie, einer Augenfunktionsabteilung, einer internistischen Wachstation sowie einer neuen Küche. Die Stationsgrößen sind so konzipiert, dass ein wirtschaftlicher Betrieb möglich ist und die Anzahl der Planbetten von derzeit 519 auf 468 reduziert werden kann.

In einem ersten Schritt erfolgt noch dieses Jahr der Abriss der auf dem zukünftigen Baufeld stehenden Gebäude. Die Maßnahme beinhaltet unter anderem die Verlegung von Versorgungsleitungen, den Bau eines vierstöckigen Krankenhauscontainers mit 84 Betten als Interimsmaßnahme, die Schaffung eines Parkplatzes sowie den Aushub der Baugrube. Der eigentliche Neubau wird dann im nächsten Jahr beginnen. Die Fertigstellung der Gesamtmaßnahme ist für 2010 geplant.

Der finanzielle Gesamtaufwand wird rund 70 Millionen Euro betragen. Abzüglich eines Trägeranteils von 10 Prozent, der durch das Klinikum Brandenburg zu erwirtschaften ist, wird die Baumaßnahme durch das Land Brandenburg gefördert. Der entsprechende Förderantrag ist gestellt. Allerdings können vom Land die Fördermittel nicht parallel zum Baufortschritt ausbezahlt werden, so dass eine Zwischenfinanzierung durch die Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH erfolgen muss.

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 Tumorthераpiezentrum

Tel. o 33 81/41 12 00

Radiologie

ChÄ Dr. med. B. Menzel
Tel. o 33 81/41 26 10



**GESPRÄCHE
im Klinikum**

Donnerstag, 05.07.2007, 18.00 Uhr

Wie lange hält ein künstliches Hüftgelenk?

ChA Priv.-Doz. Dr. med. Becker, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Donnerstag, 02.08.2007, 18.00 Uhr

Die Standhaftigkeit des Mannes – die Vision!

ChA Dr. med. Enzmann, Klinik für Urologie und Kinderurologie

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:

Ist Gähnen ansteckend?



Prinzipiell ist es das nicht. Nur sensible Menschen, also solche, die die Fähigkeit haben, sich in andere Menschen hineinzusetzen, sollen auf das Gähnen anderer auch mit Gähnen reagieren. Erklärt wird das Mitgähnen auch mit dem Gruppenverhalten der Menschen. Um sich nicht gegenseitig zu stören, gähnten unsere Vorfahren alle miteinander und begaben sich alle zur Nachtruhe. Gähnen wird auch unterteilt in Protestgähnen, Langeweilegähnen oder Aufwachgähnen.

Gähnen drückt in der Regel einen Wechsel einer Tätigkeit aus, z. B. den Wechsel vom Wach- in den Schlafzustand und umgekehrt. Es hat nichts zu tun mit einer erniedrigten Sauerstoffkonzentration im Blut.

Viel Spaß beim Gähnen und Testen Ihrer Mitmenschen!

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
E-Mail skb@klinikum-brandenburg.de



Mitglied im CLINOTEL
Krankenhausverbund