

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



KLINIKUM
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

*Frau und Herz
Experten gegen Darmkrebs
Grüner Star*

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie
CA Priv.-Doz. Dr.med. R. Mantke
Tel. 0 33 81/41 12 00

**Anästhesiologie und
Intensivtherapie**
CA Dr.med. M. Sprenger
Tel. 0 33 81/41 13 00

Augenheilkunde
CA Priv.-Doz. Dr.med. W. Noske
Tel. 0 33 81/41 19 50

**Frauenheilkunde und
Geburtshilfe**
CA Dr.med. E. Beck
Tel. 0 33 81/41 14 00

Gefäßchirurgie
CA Dr.med. W. Haacke
Tel. 0 33 81/41 13 50

**HNO-Krankheiten,
Gesichts- und Halschirurgie**
CÄ Dr.med. B. Didczuneit-
Sandhop
Tel. 0 33 81/41 17 00

Innere Medizin I
CA Prof. Dr.med. M. Oeff
Tel. 0 33 81/41 15 00

Innere Medizin II
CA Dr.med. W. Pommerien
Tel. 0 33 81/41 16 00

**Interdisziplinäres
Tumorthérapiezentrum**
Tel. 0 33 81/41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin
CA Dr.med. H. Kössel
Tel. 0 33 81/41 18 00

Neurochirurgie
CA Dr.med. K.-H. Rudolph
Tel. 0 33 81/41 17 50

Radiologie
CÄ Dr.med. B. Menzel
Tel. 0 33 81/41 26 00

Urologie und Kinderurologie
CA Dr.med. T. Enzmann
Tel. 0 33 81/41 18 50

**Zentrum für Orthopädie und
Unfallchirurgie**
CA Priv.-Doz. Dr.med. R. Becker
Tel. 0 33 81/41 19 00

Patientenfürsprecherinnen
Anneliese Czech
Christa Paulat
Ingrid Behrendt

Sprechstunden:
mittwochs 13.00 bis 14.00 Uhr
im Gebäude der Cafeteria.
Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:
0 15 20/1 57 73 36.

Sie können auch jederzeit eine
schriftliche Beschwerde, einen
Hinweis oder auch ein Lob in
unserem Briefkasten hinterlegen.
Einen Briefkasten finden Sie im
Vorraum der Kasse (beim Pfort-
ner). Alle Informationen werden
vertraulich behandelt.



Januar 2009

Do., 08.01.2009 | Chirurgie
Chronischer Bauchschmerz - Alarm-
signal! Was kann sich alles hinter
diesem Symptom verbergen? Wann
kann eine Operation helfen?
Referent: OA Dr. J. Zeh

Februar 2009

Do., 12.02.2009 | Klinik für Anästhe-
siologie und Intensivmedizin
(abweichender Termin)
Narkose – Muss man heute noch
Angst haben?
Referent: CA Dr. M. Sprenger

Impressum

Redaktionsteam: • Gabriele Wolter, Geschäftsführerin • CÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer
• Olaf String • CA PD Dr. med. Walter Noske • Ann Brünink • Jennifer Heise, GD Advertising GmbH

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ein spannendes Jahr für das Städtische Klinikum Brandenburg neigt sich nun langsam dem Ende zu. Das wichtigste Ereignis in dieser jüngsten Vergangenheit war sicherlich die Grundsteinlegung unseres Krankenhausneubaus (Ost) im September in Anwesenheit von Herrn Staatssekretär Winfried Alber und von Frau Oberbürgermeisterin Dr. Dietlind Tiemann.

In den medizinischen Bereichen konnte in diesem Jahr u. a. die Re-zertifizierung des Brustzentrums erreicht sowie ein interdisziplinäres Kontinenzzentrum etabliert werden. Zusätzlich wird durch unsere Spezialisten am Klinikum zurzeit ein Darmzentrum gegründet. Über dieses neue Zentrum berichten

wir in dieser Ausgabe des Klinik-journals.

Anfang Oktober übergab unser langjähriger Chefarzt für Anästhesie und ITS, Herr Dr. Horst Dettenborn, die Verantwortung an Herrn Dr. Mathias Sprenger. In dieser Ausgabe des Klinikjournals stellen wir Ihnen unseren neuen Chefarzt vor.

Weiter gehen wir auf das besondere Risiko von Frauen bei Herzerkrankungen ein und informieren über die Ursachen und die Behandlungsmöglichkeiten beim grünen Star.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 **Frauen und Herz**
» *Das Risiko, ein Frauenherz zu haben* «
- 6 **Experten gegen Darmkrebs**
» *Das Darmzentrum West-Brandenburg wird am Städtischen Klinikum gegründet* «
- 8 **Grüner Star**
» *Der grüne Star ist tückisch und hämmert meist ganz leise!* «

Ein- und Ausblicke

- 10 **Bahnbrechende Erfolge in der Chirurgie**
» *Theodor Billroth – Begründer moderner Operationstechniken* «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 12 **Ein glanzvoller Abschied**
» *Chefarzt Dr. Horst Dettenborn geht in den Ruhestand* «
- 13 **Ich schaff das!**
» *Vorgestellt: der neue Chefarzt der Anästhesiologie* «
- 14 **Tennis ist ihr Leben**
» *Nadine Komander ist Landesmeisterin* «
- 15 **Torten zu jeder Gelegenheit**
» *Schwester Heike Beck bastelt kleine Kunstwerke* «
- 16 **Nur eine einzige Tasse Kaffee?**
» *Die Patientenfürsprecherinnen greifen ein* «
- 17 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**

Frau und Herz

» Das Risiko, ein Frauenherz zu haben «

Frauen gelten gemeinhin als wenig anfällig für vermeintlich mÄnnerspezifische Krankheiten, zu denen auch die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehÖren. Die koronare Herzkrankheit als MÄnnerkrankheit zu definieren, hat sich schon fröh in der Geschichte der Medizin festgesetzt. Bereits im Jahre 2600 v.C. wusste man: „Triffst du einen Mann mit Herzschmerzen und Schmerzen im Arm auf der Seite des Herzens, dann ist der Tod nahe.“

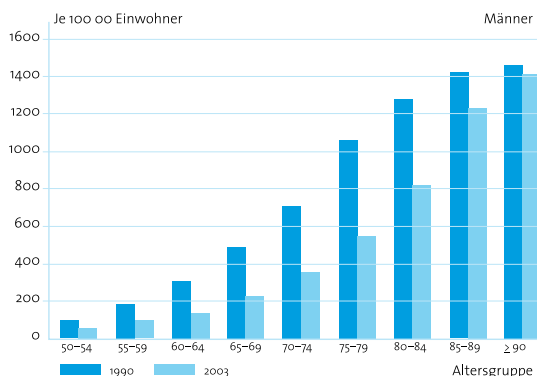
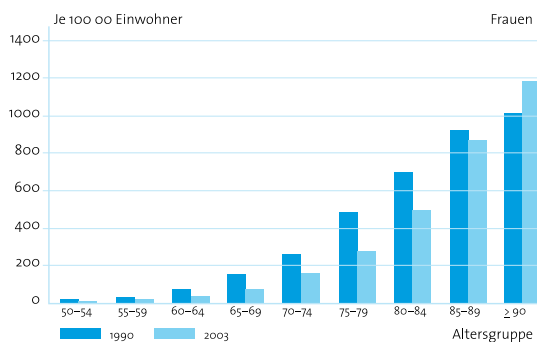


Abb. 1: geschlechtsspezifische Sterblichkeit an akutem Herzinfarkt 1990 und 2003. Quelle: Statistisches Bundesamt.

In den folgenden fast 5000 Jahren verbesserte sich die Überlebenschance bei den von dieser Erkrankung Betroffenen kontinuierlich. Dabei überrascht, dass erst Mitte der neunziger Jahre bemerkt wurde, dass es bei dieser und anderen Erkrankungen völlig unzureichende Daten über Frauen gibt.

So ist zu beobachten, dass die Anstrengungen der Medizin und besonders der Prävention lediglich bei Männern zu einem signifikanten Rückgang der

Erkrankungshäufigkeit und der Sterblichkeit an Herzerkrankungen geführt haben, während diese bei Frauen seit Jahren zunimmt (Abb. 1).

Noch ist es so, dass die koronare Herzerkrankung bei Männern zwar früher im Leben eintritt, doch ist sie bei Frauen erst einmal da – im statistischen Mittel zehn Jahre später – verläuft sie deutlich schneller und mit ungünstigerem Ausgang als bei Männern. In aller Regel sind Frauen vor der Menopause durch die spezifischen Hormone Östrogen und Gestagen vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschützt, dieser Schutz lässt sich jedoch später nicht durch eine Hormontherapie aufrechterhalten, wie diesbezügliche Untersuchungen belegen.

Viele Jahre lang wurde Frauengesundheit nur unter einer Art Bikini-Aspekt betrachtet, d.h., die Medizin kümmerte sich nur um Brusterkrankungen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane.

Sowohl Frauen als auch ihre Ärzte glaubten daran, dass darüber hinaus zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen gesundheitsbezogenen Unterschiede bestünden, so dass man der Erforschung weiterer geschlechtsspezifischer Gesundheitsrisiken keine besondere Beachtung schenkte. Eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2003 besagt, dass Frauen, die im Alter von unter 65 Jahren einen Herzinfarkt erleiden zweimal so häufig daran versterben wie Männer. Überleben sie diesen Herzinfarkt, so ist die Sterblichkeit im folgenden Jahr bei Frauen 38 %, gegenüber 25 % bei Männern der gleichen Altersgruppe.

Worin liegt nun das größere – oder zumindest andere – Risiko bei Frauen begründet? Hier spielen ganz verschiedene Aspekte eine Rolle. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Frauen sehr viel empfindlicher auf Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus reagieren. Ein erhöhter Blutzucker erhöht bei Frauen das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden und an ihm zu versterben, mehr als bei Männern. Zum anderen übernehmen Frauen zunehmend einen Lebensstil, der mit entsprechenden „männlichen“ Risiken einhergeht. Ein zwölfstündiger Arbeitstag mit hoher Verantwortung, äußerem Druck und unterschiedlichsten Anforderungen, häufig verbunden mit unregelmäßigem und ungesundem Essen und zunehmendem Nikotinkonsum, bereits in jungen Jahren, hebt auch bei jüngeren Frauen den genetischen Schutz aus.

Jahr	Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1984–86	41,6	26,7	–	–
1990–92	38,9	28,7	39,5	21,8
1998	37,2	28,9	39,4	28,7
2003	37,7	32,3	38,9	26,1

Abb. 2: Raucherstatistik (in Prozent) in Deutschland, 1984 bis 2003. Quelle: Robert Koch-Institut.

Während sich der Anteil der Raucher bei westdeutschen Männern zwischen 1984 und 2003 von 41,6% auf 37,7% reduzierte, stieg dieser im gleichen Zeitraum bei westdeutschen Frauen von 26,7% auf 32,3% an (Abb. 2). Insbesondere sind es jüngere Frauen und Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad, die zu diesem Anstieg beigetragen haben. Der Anteil der Raucherinnen bei den Herzinfarktpatientinnen ist viermal so hoch wie bei gleichaltrigen Nichtraucherinnen. Gleichzeitig wird das Herzinfarkttrisiko durch das Rauchen um etwa 11,4 bis 15,8 Jahre „nach unten verschoben“. Als möglicher Erklärungsansatz gelten eine Beschleunigung der Gefäßsklerose und ein früherer Eintritt der Menopause.

Auch bei der akuten Form der koronaren Herzkrankheit, nämlich dem Herzinfarkt, bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Diagnose eines Herzinfarktes wird bei Frauen in der Regel zeitverzögert gestellt im Vergleich zu Männern, da die Symptome sich unterscheiden und bei Frauen als nicht so spezifisch angesehen werden. So dominieren bei Frauen häufig Oberbauchschmerzen oder Schulter- und Armbeschwerden sowie Übelkeit, weniger der typische Brustschmerz. Fehldiagnosen sind aus diesem Grund häufiger – auch weil Ärzte die Diagnose Herzinfarkt bei jüngeren Frauen nicht für wahrscheinlich halten und oft auch das EKG bei Frauen nicht die typischen Veränderungen zeigt. Hinzu kommt noch erschwerend, dass Frauen eher geneigt sind, Schmerzen zu ertragen und erst z. B. nach dem Wochenende zum Hausarzt zu gehen, anstatt sofort den Notarzt zu rufen. Werden Frauen jedoch leitliniengerecht und frühzeitig behandelt, profitieren sie in ähnlich positiver Weise von einer akut durchgeführten Ballon-erweiterung der Herzkranzgefäße.

Nach der akuten Infarktphase wird Frauen weniger häufig Aspirin oder ein Betablocker verschrieben als Männern. Das mag unter anderem auch damit zusammenhängen, dass Frauen häufiger unter Medikamentennebenwirkungen leiden und die Medikamente deshalb weniger regelmäßig einnehmen. Auffallend ist, dass die forschende Pharmaindustrie Frauen unter diesem Blickwinkel bisher nicht betrachtet hat. Sie kommen in Studien zur Medikamentenzulassung deutlich seltener vor als Männer.

Sicher wären die Aussichten noch düsterer, wenn Frauen sich nicht allgemein mehr um ihre Gesundheit sorgen würden als Männer. Es ist zu hoffen, dass diese Tatsache auch eine Motivation für eine Lebensstiländerung ist, sofern die Notwendigkeit erst einmal erkannt ist.

Daraus ergeben sich einige Herausforderungen für die öffentliche Gesundheitsfürsorge:

- Die Gefährdung für Herz-Kreislauf-Erkrankungen muss Frauen stärker bewusst gemacht werden. Frauen sehen immer noch den Brustkrebs als ihr größtes Gesundheitsrisiko an. Dabei ist ein Tod von 29 dem Brustkrebs zuzuschreiben, dagegen 1 von 2,4 einer Herz- oder Kreislauferkrankung.
- Damit einher geht eine stärkere Aufklärung der Frauen über spezifische Symptome und Verhaltensweisen sowie eine bessere Prävention.
- Ärzte müssen in ihrer Wahrnehmung dieses Risikos und der möglicherweise nicht so augenfälligen Symptomatik besser geschult werden.
- Frühere und umfangreichere Behandlung der Risikofaktoren ist notwendig.

– Verfasser: —



Renate Schäfer

Leiterin
Medizincontrolling,
Städtisches
Klinikum Branden-
burg GmbH.

Experten gegen Darmkrebs

» Das Darmzentrum West-Brandenburg wird am Städtischen Klinikum gegründet «



Minimal-Invasive Darmoperation.

Das Darmzentrum West-Brandenburg befindet sich in Gründung. Patienten, die an einem Dickdarmkrebs (kolorektales Karzinom) erkrankt sind, bedürfen heute einer komplexen Behandlung. Im Zentrum der Darmkrebstherapie steht auch weiterhin die Operation. Bestrahlung und Chemotherapie vor der Operation oder danach haben jedoch in den letzten Jahren die Behandlungsergebnisse wesentlich verbessern können. Aus diesem Grund ist es für den Erfolg einer Krebstherapie besonders wichtig, dass alle beteiligten Experten sich eng absprechen und einen gemeinsamen Behandlungsplan für den Patienten erstellen. Die optimale Behandlung von Darmkrebspatienten ist das Ziel des Darmzentrums.

Die Qualität der Behandlung wird dabei dokumentiert und kann jährlich abgerufen werden. Bei der Dokumentation der einzelnen Behandlungsabläufe arbeiten wir eng mit dem Tumorzentrum des Landes Brandenburg zusammen. Seit September 2008 erfolgt eine lückenlose Dokumentation aller Patienten mit Darmkrebs in unserem Zentrum und eine gezielte Analyse nach qualitätssichernden Gesichtspunkten.

Die zur Zertifizierung des Darmzentrums (nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft) not-

wendigen wesentlichen Voraussetzungen werden von unserem Darmzentrum schon jetzt erfüllt (z. B. Fallzahl, Resektionsraten, personelle Qualifikationen und Behandlungsstrukturen). Die Zertifizierung ist für das dritte Quartal 2009 geplant. Allerdings können Sie schon jetzt von der Zusammenarbeit der verschiedenen Kliniken und ambulanten Kooperationspartner profitieren.

Die Hauptkooperationspartner im neuen Darmzentrum sind:

- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke
- Klinik für Innere Medizin II
Dr. med. W. Pommerien
- Institut für Pathologie
Dr. med. R. Pauli
- Institut für Radiologie
Dr. med. B. Menzel
- Stat. Onkologie/Klinik für Innere Medizin II
OA Dr. med. M. Deckert

- Amb. Onkologie/Schwerpunktpraxis
Dipl.-Med. C. Saati/Dr. med. J. Mattes
- Amb. Gastroenterologie
Dr. med. J. Behrendt
- Praxis für Strahlentherapie MVZ, Neuruppin,
Zweigstelle Brandenburg
Dr. med. A. Buchali

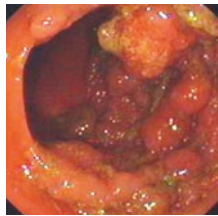
Besondere Bedeutung im Tumorzentrum hat die Vorstellung aller Patienten, die an Dickdarmkrebs erkrankt sind, in der interdisziplinären Tumorkonferenz, d.h., alle kooperierenden Partner und Fachexperten legen gemeinsam für jeden einzelnen Fall prä- bzw. postoperativ einen individuellen Therapieplan fest. Damit ist sichergestellt, dass jeder Patient die für ihn beste und effektivste Therapie erhält.



Patientenvorstellung in der Interdisziplinären Tumorkonferenz.

Die interdisziplinären Tumorkonferenzen sind seit September 2004 in Brandenburg Routine. Einmal in der Woche werden hier die Tumorpatienten besprochen. So wurde bisher für über 350 Patienten ein individueller Therapieplan festgelegt und umgesetzt. Aber das Darmzentrum ist nicht nur mit der Therapie befasst, auch mit der Vorsorge gegen Darmkrebs beschäftigt sich das Darmzentrum. So unterstützt das Klinikum die Aktivitäten des Tumorzentrums des Landes Brandenburg zur Vorsorgekoloskopie, insbesondere auch in Person von Chefarzt Dr. med. W. Pommerien, um den Dickdarmkrebs nach Möglichkeit in einem Stadium zu entdecken, wo er sicher heilbar ist.

In unserem Klinikum werden jährlich mehr als 100 Patienten mit einem Dickdarmkrebs operiert.



Darmkrebs – so sieht man ihn bei der Darmspiegelung.

Aus diesem Grund verfügen alle beteiligten Fachrichtungen über besondere Erfahrungen in diesem wichtigen Behandlungsbereich. Auch modernste Therapiemethoden können dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Ein Teil unserer Patienten wird auch in aktuelle Studien eingebracht, so dass modernste medikamentöse Therapien realisiert werden können. Die Integration in Studien erfolgt natürlich nach ausführlicher Aufklärung und Zustimmung des Patienten.

Von allen Tumorpatienten, die bei uns in der Klinik operiert werden, wird das Gewebe molekular-genetisch aufgearbeitet. Es erfolgt eine Analyse des Erbgutes von gesunden Darmzellen und von Tumorzellen. Anhand dieser genetischen Analyse soll in Zukunft das Risiko des Auftretens von Metastasen bzw. das Ansprechen von Tumoren auf eine medikamentöse Therapie (Chemotherapie) vorher erkannt werden. In diese Studie, bei der mehrere Krankenhäuser aus Brandenburg und anderen Bundesländern zusammenarbeiten, konnten bislang über 2.000 Patienten integriert werden. Aus den Ergebnissen dieser Studie wird eine erhebliche Verbesserung bei der Einteilung der Patienten in verschiedene Therapieregime resultieren.

Leiter des Darmzentrums West-Brandenburg



*Dr. med.
W. Pommerien*

Leiter des Darmzentrums West-Brandenburg und Verfasser des Artikels.

Weitere Informationen zum Darmzentrum erhalten Sie jederzeit bei:

Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke · Tel. 0 33 81/41 12 00
Dr. med. W. Pommerien · Tel. 0 33 81/41 16 00

Einen ambulanten Vorstellungstermin erhalten Sie unter der Tel. 0 33 81/41 28 22

Termine für Vorsorgekoloskopie:
Dr. med. Behrendt · Trauerberg 27/28, 14776 Brandenburg an der Havel · Tel. 0 33 81/22 43 04
Dr. med. Truhn · Handwerkerhof 3 · 14770 Brandenburg an der Havel · Tel. 0 33 81/30 12 94
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH · Klinik für Innere Medizin II · OA Dr. Mollenhauer · Termine über das IAZ · Tel. 0 33 81/41 28 23



*Priv.-Doz. Dr. med.
R. Mantke*

Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Grüner Star

» Der grüne Star ist tückisch und hämmert meist ganz leise! «

Der grüne Star (das Glaukom) kann als eine tückische Augenerkrankung angesehen werden. Er macht lange Zeit keinerlei Beschwerden und eine merkbare Sehverschlechterung tritt erst in den weit fortgeschrittenen Stadien auf, wenn schon viele Sehnervenfasern unwiderruflich ausgefallen sind. Deshalb haben Vorsorgeuntersuchungen hier eine besonders große Bedeutung.

Die weitaus häufigste Form des grünen Stars ist das chronische Weitwinkelglaukom. Die Erkrankung tritt mit zunehmendem Alter gehäuft und meist beidseitig auf: Bei Personen zwischen 50 und 70 Jahren sind etwa 1% betroffen, bei über 75-jährigen etwa 5%. Meist ist der Abfluss des Kammerwassers (die Flüssigkeit des Augeninneren) aus dem Auge erschwert und dadurch erhöht sich der Augeninnendruck. Durch den erhöhten Augeninnendruck und/oder Durchblutungsstörungen des Sehnervenkopfes wird der Sehnerv irreversibel geschädigt (Abb. 1). Dies kann in den frühen Stadien nur durch eine gezielte augenärztliche Untersuchung des

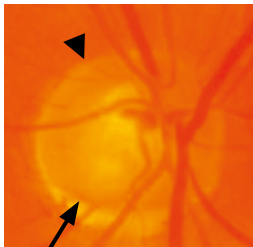


Abb. 1: Glaukomschaden des Sehnervenkopfes: Am Unterpol des rechten Sehnervenkopfes (Pfeil) fehlen viele Nervenfasern und der Rand erscheint deshalb heller und dünner als oben (Pfeilspitze).

Augendruckes (Abb. 2), des Sehnervenkopfes und ggf. des Gesichtsfeldes (Abb. 3) festgestellt werden. Da die Sehschärfe und das Gesichtsfeldzentrum (Abb. 4) lange Zeit nicht betroffen sind, bemerkt der Patient selbst die Erkrankung in der Regel erst, wenn sie sehr weit fortgeschritten ist (Abb. 5 und 6). Der Augendruck steigt mit zunehmendem Lebensalter leicht an und ist der größte Risikofaktor, einen Glaukomschaden zu erleiden. Bei einem konstanten Augendruck über 30 mmHg kommt es langfristig in den allermeisten Fällen zu einem Sehnervenschaden. Aber es gibt keinen festen Grenzwert, unter dem kein Glaukomschaden auftreten kann, wenn auch die Gefahr bei Drücken unter 22 mmHg relativ gering ist. In den Fällen, bei denen der Augendruck immer unter 22 mmHg liegt und trotzdem ein Glaukomschaden vorliegt (das sind etwa bis zu 30% der Glaukomefälle), spricht man

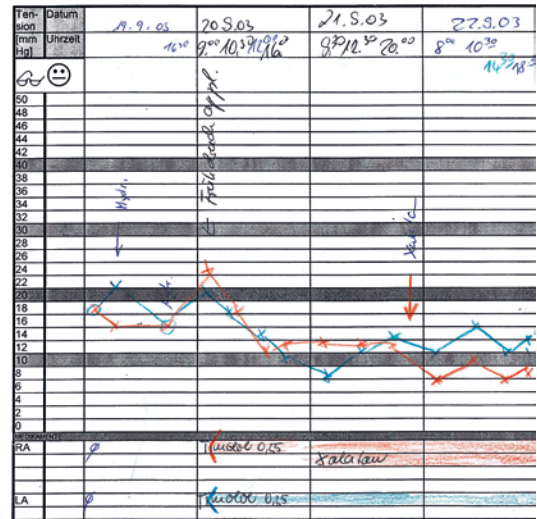
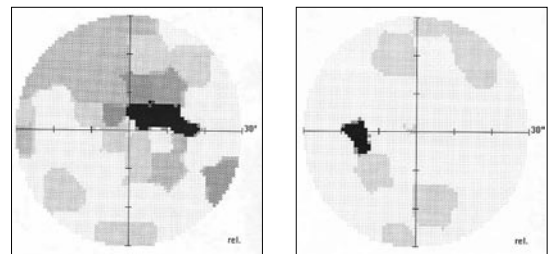


Abb. 2: Der Augendruck (vertikale Achse in mmHg) zeigt im Tagesverlauf (horizontale Achse) Schwankungen, mit Maximalwerten im rechten Auge – morgens im Liegen – vor dem Aufstehen. Durch Timolol (beide Augen) und Xalatan (rote Kurve) lässt sich der Augendruck gut senken.

von einem Normaldruckglaukom. Es gibt inzwischen Hinweise, dass Durchblutungsstörungen des Sehnervenkopfes besonders in solchen Fällen eine wichtige Rolle spielen. Besonders übermäßige Blutdruckabfälle – oft in den Nachtstunden – wirken sich auf die Erkrankung ungünstig aus. In Einzelfällen ist eine stationäre Aufnahme zur Augendruck- und Blutdruckmessung im 24-h-Verlauf sinnvoll, um Blutdruckabfälle und Augendrucksteigerungen, die manchmal isoliert außerhalb der Sprechstundenzeiten auftreten, zu erkennen und zu behandeln.



Von links: Abb. 3a: Dicht neben der Fixation findet sich rechts ein Gesichtsfeldausfall (schwarzer und dunkelgrauer Bereich). Abb. 3b: Im linken Gesichtsfeld stellt sich nur der blinde Fleck (schwarz) als natürlicher Ausfall dar.



Abb. 4: Übertragung des Gesichtsfeldausfalles aus der Abb. 3a auf eine Straßenszene. Nur bei Abdecken des linken Auges kann die Patientin evtl. den Gesichtsfeldausfall (grauer Bereich) des rechten Auges bemerken.



Abb. 6: Das Gesichtsfeld von Abb. 5 auf die gleiche Straßenszene wie bei Abb. 4 projiziert, ermöglicht trotz brauchbarer Sehstärke keine ausreichende Orientierung.

Wenn bei einer augenärztlichen Untersuchung festgestellt wird, dass ein Glaukomschaden oder ein hoher Augendruck vorliegt, sollte der Augendruck gesenkt werden. In der Regel geschieht dies durch Augentropfen, die der Patient ein- bis dreimal täglich in den Bindehautsack tropft (Abb. 2). Wenn Tropfen den Augendruck nicht ausreichend senken, sollte operiert werden. Die wichtigste Operation ist die Trabekulektomie, bei der ein Abfluss des Kammerwassers aus der Augenvorderkammer unter die Bindehaut geschaffen wird. Hiermit lässt sich in vielen Fällen eine langfristig gute Drucksenkung erreichen und eine weitere Sehverschlechterung verhindern.

Der Augendruck kann auch als Folge von Entzün-

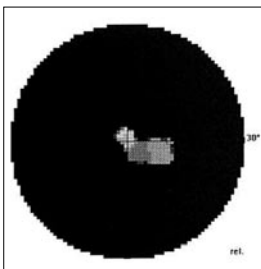


Abb. 5: tunnelförmiger Gesichtsfeldrest (helle zentrale Fläche) einer anderen Patientin durch ein weit fortgeschrittenes Glaukom.

dungen, Durchblutungsstörungen, Operationen oder anderen Augenerkrankungen erhöht sein. Hier steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund und die Augendrucksenkung erfolgt ergänzend. Auch längere Cortisoneinnahme, vor allem in Form von Augentropfen oder -salbe, kann zu erheblichen Augendruckanstiegen führen. Deshalb sollte Cortison am Auge nur unter augenärztlicher

Kontrolle angewandt werden. Es gibt keine Möglichkeiten, bereits aufgetretene Sehnerven- und Gesichtsfeldschäden rückgängig zu machen, und vor allem in weit fortgeschrittenen Fällen können die Schäden trotz erfolgreicher Augendrucksenkung fortschreiten. Deshalb kommt der augenärztlichen Früherkennung ein besonderer Stellenwert zu. Nur wenn wir das Glaukom frühzeitig entdecken und behandeln, können wir erreichen, dass weniger Erblindungen durch ein Glaukom auftreten und das Glaukom nicht mehr die dritthäufigste Erblindungsursache in den industrialisierten Ländern darstellt.

Dramatisch macht sich hingegen der weniger häufig vorkommende akute Glaukomanfall bemerkbar. Meist beginnt er in den Abendstunden. Der Patient verspürt Schmerzen und eine gewisse Sehverschlechterung, das Auge ist gerötet (Abb. 7) und häufig ist dies mit Übelkeit oder Erbrechen verbunden. Gelegentlich sind die Symptome wenig ausgeprägt oder Betroffene bemerken nur regenbogenartige Kreise um Lichtquellen. Ursache ist die im höheren Lebensalter verdickte Linse und ein kurzes Auge, die meisten Patienten sind weitsichtig. Dadurch kommt es zu einer Verlegung des Abflusses des Kammerwassers und der Augendruck steigt plötzlich stark an, meist auf Werte über 60mmHg. Der Augendruck muss umgehend medikamentös gesenkt und durch eine Operation der Abfluss des Kammerwassers wiederhergestellt werden. Deshalb ist bei entsprechenden akuten Symptomen (Schmerzen und Sehverschlechterung) unverzüglich ein Augenarzt aufzusuchen, da sonst schwere bleibende Schäden auftreten können.

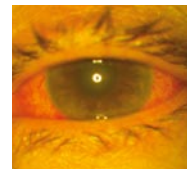


Abb. 7: Glaukomanfall: Das Auge ist gerötet und die Hornhaut ist durch den extrem erhöhten Augendruck getrübt, so dass die Regenbogenhaut nur verwaschen zu erkennen ist.

– Verfasser: —



Priv.-Doz. Dr. med. Walter Noske

Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Bahnbrechende Erfolge in der Chirurgie

»Theodor Billroth – Begründer moderner Operationstechniken«



„In diesem Haus wurde Theodor Billroth am 26. April 1829 in Bergen auf Rügen geboren. Es steht in der jetzigen Theodor-Billroth-Straße, davor eine Stele.“

Minimal-invasive Chirurgie ist die Bezeichnung für Operationen, die mit kleinen Schnitten auskommen. Es werden dabei unter die Haut kleine Rohre und Endoskope geschoben und das betreffende Organ wird dann operiert. Kleinere Schnitte und kleinere Verletzungen der Weichteile beim Zugang zum Operationsbereich verursachen meist geringere Schmerzen nach der Operation und ermöglichen zumeist eine raschere Erholung der Patienten. Nicht zu vergessen ist auch der kosmetische Effekt, denn es entstehen nur kleine Narben von 0,3 bis zwei Zentimetern.

Bei vielen Operationen, die heutzutage als Routineeingriffe gelten, ging es im 19. Jahrhundert noch um Leben und Tod in der Chirurgie. Das änderte sich mit Theodor Billroth (1829–1894), dem Wegbereiter der modernen Chirurgie. Er studierte Medizin in Greifswald, Göttingen und Berlin. 1852 promovierte er. Von 1853 bis 1860 war Billroth an der Berliner Charité tätig, wo er die Grundlagen plastischer Chirurgie und die Konstruktion chirurgischer Instrumente er-

lernte und sich 1856 habilitierte. 1860 folgte er einem Ruf auf den Chirurgischen Lehrstuhl nach Zürich. Dort schrieb er seine pathologisch-anatomischen Arbeiten, die ihn bekannt machten und ihm mehrere Rufe an eine medizinische Fakultät einbrachten, die er jedoch alle ablehnte. 1867 nahm er dann einen Ruf nach Wien an und übernahm dort den Lehrstuhl für Chirurgie, dem er bis an sein Lebensende vorstand. Theodor Billroth war 1872 Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH).

Der begnadete Operateur führte Operationen durch, die vor ihm kein anderer gewagt hatte und die heute zum Standardprogramm der Chirurgie zählen: So entfernte er 1871 im Allgemeinen Krankenhaus Wien eine Speiseröhre. 1873 ist ihm eine Kehlkopfentfernung gelungen und 1881 ist ihm schließlich nach zehnjähriger Vorbereitung die erfolgreiche Operation bei einem Magenausgangskrebs geglückt. Zunächst hatte Billroth in Tierversuchen die Technik dieser Operation hinreichend geübt. Gemeinsam mit seinen Mitarbeitern las er dann 61.287 Obduktions-

befunde und ermittelte, dass 41,1% der Patienten mit einem Magenausgangskrebs gestorben waren, ohne dass sie bereits Tochtergeschwülste entwickelt hatten. Auch in der damaligen Zeit hätten diese Patienten eine reale Chance auf Heilung gehabt. Es vergingen fünf weitere Jahre, bis Therese Heller – eine 43-jährige Mutter von acht Kindern – in hoffnungslosem Zustand in seine Klinik eingeliefert wurde.

Am 29. Januar 1881 führte er an ihr die als historisch geltende erste erfolgreiche Magenresektion der Welt durch. Die Operation dauerte anderthalb Stunden. Einen Tag später besserte sich der Zustand der Patientin schon deutlich. Sie konnte halbstündlich, beginnend mit einem Esslöffel, immer mehr saure Milch zu sich nehmen. Bereits am 2. Februar 1872 konnte sie in das große Krankenzimmer verlegt werden. Im Josephinum, dem Wiener Museum für Geschichte der Medizin, kann man das Präparat ihres Magens sehen, denn die Patientin verstarb leider nach einem Vierteljahr an Lebermetastasen.

1885 beschrieb Billroth noch eine zweite Methode einer Magenoperation. Dabei wurde der Magen direkt mit dem Dünndarm vernäht. Beide Verfahren der Magenresektion, nach ihm Billroth I und Billroth II benannt, werden auch heute noch angewandt und stehen im Städtischen Klinikum Brandenburg mehrmals im Monat auf dem Operationsplan.

Im Jahr 1874 gelang Billroth die Entdeckung der Streptokokken, als er nach der Ursache von Wundinfektionen forschte. Ohne die Wirksamkeit wissenschaftlich beweisen zu können, legte Billroth noch vor Pasteur und Koch auch besonderen Wert auf „Reinlichkeit bis zur Ausschweifung“ bei Operationen und übernahm teilweise die Lehren von Joseph Lister (1827–1912). Der englische Chirurg experimentierte mit Karbolsäure und gilt als Begründer der systematischen Krankenhaushygiene (das regelmäßige Händewaschen von Ärzten und Pflegepersonal mit verdünnter Karbolsäure sowie der Einsatz von Gummihandschuhen senkte die Patientensterblichkeit drastisch). Äußerst wichtig war Billroth auch die gute Ausbildung des Pflegepersonals, da er erkannte, dass nur eine gute Pflege nach einem Eingriff den Erfolg seiner Operation sicherstellen konnte.



Billroth starb am 6. Februar 1894. Sein Schüler Johann Freiherr von Mikulicz-Radecki (1850–1905), selbst ein bedeutender Chirurg und Begründer der Gastroskopie, erklärte am Sarg seines einstigen Lehrers:

„Dahingegangen ist eine der vornehmsten und edelsten Naturen, ein Kämpfer für das Gute, Schöne und Wahre, eine wahre Heldennatur, die alles, auch das eigene Ich daransetzte, wenn es galt, das Wahre und Gute zu gewinnen oder zu verteidigen.“

– Verfasser: —



Dr. med. B. Didczneit-Sandhop

Chefärztin der Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Ein glanzvoller Abschied

» Chefarzt Dr. Horst Dettenborn geht in den Ruhestand «

Freitag, 7. November 2008, 18.00 Uhr: Die Kronleuchter im Rolandsaal des Altstädtischen Rathauses funkeln in strahlendem Licht. Festlich gedeckte Tische warten auf die 160 Gäste, die der Einladung zur Abschiedsfeier für Dr. Horst Dettenborn gefolgt sind. An der Saaltür begrüßt der scheidende Chefarzt der Anästhesie und Intensivmedizin, der insgesamt 38 Jahre am Klinikum tätig war und jetzt in den Ruhestand geht, seine Gäste. Darunter die Aufsichtsräte des Klinikums, ehemalige und jetzige Chefarzte, Vertreter von Stiftungen und Organspendeorganisationen, Politiker und Vertreter der Stadt, seine Mitarbeiter und persönliche Gäste.

Er sei immer wie ein Vater für ihn gewesen, erinnert sich der Anästhesiearzt Dr. Jörn Uhl, der 1992 als Arzt im Praktikum an das Klinikum kam und bei Dettenborn seinen Facharzt machte. So wie er will jeder eine paar persönliche Worte mit dem bisherigen Chefarzt wechseln, der vielen ein Vorbild war und den alle sehr schätzen. Und so wird die Schlange im Treppenhaus vor dem Rolandsaal immer länger.

Sie erinnere sich an den 1. September 1993 noch sehr gut, sagt Verwaltungschefin Gabriele Wolter in ihrer Ansprache. Damals sei Horst Dettenborn nach bundesweiter Ausschreibung in das Amt des Chefarztes berufen worden, das er bereits seit anderthalb Jahren kommissarisch innehatte. Gefolgt sei eine spannende und interessante, manchmal auch schwierige Zeit, geprägt von vielen, vielen Aufgaben, so Wolter.

In einer umfassenden Würdigung der fast 40-jährigen Berufsbiografie seines Kollegen Dettenborn schildert Dr. med. Karl-Heinz Rudolph, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Neurochirurgie, verschiedene Begebenheiten. So sei beispielsweise in den siebziger Jahren just an dem Tag, als das Klinikum sein erstes großes Beatmungsgerät erhielt, ein schwer verletzter Patient eingeliefert worden, der dringend beatmet werden musste. Dettenborn, der vor seinem Medizinstudium eine Ausbildung als Spitzendreher absolviert hatte, machte sich umgehend ans Werk und baute das Gerät zusammen. Der Patient überlebte und rief fortan jedes Jahr an, um sich für seine Rettung zu bedanken.

Bürgermeister Steffen Scheller schildert in seinem Rückblick auch persönliche Erfahrungen mit dem ehemaligen Chefarzt. Er sei nicht nur ein kompetenter Arzt, sondern auch sehr menschlich. Als bei der Geburt seiner Tochter ein Kaiserschnitt erforderlich



war, habe er im OP große Angst um seine Frau und das Kind ausgestanden. Plötzlich sei ein Mann in grünem Kittel aufgetaucht, habe mit ihm geredet und ihn beruhigt – Dettenborn. Das werde er ihm nie vergessen.

Der gebürtige Sudetendeutsche Dettenborn, der an der Humboldt-Universität Berlin Medizin studiert hat, denkt seinerseits besonders gerne an die Zeit zurück, als der neue Operationssaal geplant wurde. Gemeinsam mit dem Planungsbüro von Professor Robert Wischer, der leider bereits verstorben sei, habe man ein neues Konzept entwickelt und die Abläufe optimiert. Ärzte und Schwestern würden ausgesprochen gerne in dem von hellem Tageslicht durchfluteten Raum arbeiten, der im Dezember 2002 eingeweiht worden sei, erinnert er sich. Und so hat der scheidende Chefarzt nicht nur in der Erinnerung seiner ehemaligen Mitarbeiter Spuren hinterlassen, sondern auch die Infrastruktur im Klinikum nachhaltig geprägt.

Ein Leben ohne das Klinikum könne er sich nur schwer vorstellen, sinniert Dettenborn. Bisher habe er noch gar nicht richtig realisiert, dass das nun für immer vorbei sei. Aber er habe einen großen Freundeskreis und viele Hobbys, wie beispielsweise das Fotografieren und Filmen. Langweile werde somit also nicht aufkommen, sagt er tapfer und es klingt ein bisschen wie Pfeifen im Wald.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin.

Ich schaff das!

»Vorgestellt: der neue Chefarzt der Anästhesiologie«



Er hat eine enorme Ausstrahlung, aber Starallüren hat er nicht. Im Gespräch hört er aufmerksam zu. Er weiß viel, und er kann sein Wissen hervorragend vermitteln. Die Rede ist von Dr. Mathias Sprenger (47), seit dem 1. Oktober 2008 Chefarzt der Anästhesiologie und Intensivtherapie.

Die Bezeichnung „Halbgott in Weiß“ löse bei ihm Unbehagen aus, sagt er. Als Anästhesist empfinde er sich als Dienstleister. Es sei wichtig, den Patienten in medizinische Entscheidungen mit einzubinden. Das gehe nur über das Gespräch. „Wir sind Interessenvertreter des Patienten“, so der Chefarzt. Die Aufgabe bestehe darin, richtig Kranke richtig gesund zu machen.

Sein Pflegepraktikum hat er in einer Bonner Klinik gemacht. Seitdem wusste der gebürtige Bonner, dass Arzt der richtige Beruf für ihn ist. In Berlin hat er ab 1982 an der Freien Universität ein klassisches Medizinstudium absolviert, das sehr theorieelastig gewesen sei. Es sei in einzelne Fächer aufgeteilt gewesen wie Innere Medizin, Lungenerkrankungen, Urologie, Gynäkologie und Geburtsmedizin, Kinderheilkunde, Orthopädie, Augenheilkunde und Pathologie, die alle gleichberechtigt behandelt und intensiv geprüft worden seien. Die Prüfungen gliederten sich in das Physikum sowie das erste, zweite und dritte Staatsexamen. Knackpunkt im Grundstudium sei der Anatomiekurs gewesen. Als er den bestanden hatte, habe er gewusst: „Ich schaff das!“ Ursprünglich habe er sich für Diagnostik und Innere Medizin interessiert. Doch im praktischen Jahr, das er im Krankenhaus Spandau in Berlin absolviert hat, hat er die Anästhesie so spannend gefunden, dass er beschlossen hat, seinen Facharzt in dieser Disziplin zu machen.

Er habe Glück gehabt, beschreibt Sprenger seine berufliche Entwicklung. Er habe es während seiner praktischen Ausbildung mit Oberärzten zu tun gehabt, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen gut vermitteln konnten. Seine erste berufliche Station sei das Berliner Westend-Krankenhaus (heute Klinikum Charlottenburg) gewesen, wo er eine halbe Stelle ergattert habe, die auf zwei Monate befristet war – ein Glücksfall im Jahr 1988, wo viele Mediziner arbeitslos waren und ins Ausland abwanderten. Der Professor für Anästhesie dort habe ihn gefragt, ob er Englisch könne und Computerkenntnisse besitze. Als er das bejahte, habe er den Job als Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei ihm bekommen. Und als die zwei Monate um waren, blieb Sprenger am Westend, und zwar lange.

Denn als er 1996 seine Facharztausbildung als Anästhesist und gleichzeitig seine Dissertation abgeschlossen hatte, war er immer noch dort tätig, inzwischen als Oberarzt. 2001 habe er ein halbes Jahr am Deutschen Herzzentrum Berlin Erfahrungen als Kardioanästhesist gesammelt. Der befristete Austausch von Oberärzten sei in Berlin üblich, erzählt Sprenger. 2005 wurde ihm die auf zwei Jahre befristete kommissarische Leitung der Klinik für Anästhesie am Vivantes-Klinikum angeboten, sofern er bereit sei, dort anschließend als leitender Oberarzt der Anästhesie tätig zu sein. Sprenger ergriff diese Chance.

Das Klinikum Brandenburg kenne er bereits seit Jahren, weil er seit 1998 als Notarzt in der Luft- und Bodenrettung tätig sei, erzählt Sprenger. Chefarztstellen an mittelgroßen Krankenhäusern wie diesem seien hoch begehrt, weil man hier spannende Arbeit machen könne, verrät der Vater eines neunjährigen Sohnes, der mit seiner Familie in Kleinmachnow lebt und als Ausgleich für seinen stressigen Beruf leidenschaftlich gerne Fahrrad fährt.

Dass das Klinikum Brandenburg mit Mathias Sprenger einen ausgewiesenen Fachmann zum Chefarzt berufen hatte, hat sein bisheriger Chef, Privatdozent Dr. Siegfried Veit vom Klinikum Friedrichshain, bestätigt. Bei Sprengers offizieller Einführung ins Amt am 7. November im Altstädtischen Rathaus sagte er, dass es im Umkreis von 400 Kilometern keinen besseren Anästhesisten als Sprenger gebe. Er wisse, wovon er spreche, denn er habe bisher an die hundert Anästhesisten ausgebildet.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin.

Tennis ist ihr Leben

» Nadine Komander ist Landesmeisterin «



Egal ob es sich um den Beruf oder den Sport handelt: Nadine Komander ist ausgesprochen zielstrebig. Und was sie sich vorgenommen hat, das erreicht sie auch. Sie war 14 Jahre alt, als ihre Eltern endlich mürrisch waren. Denn Nadine Komander wollte unbedingt Tennis spielen. Das hielten die Eltern zunächst für eine Laune. Doch die kleine Nadine verfolgte ihr Ziel hartnäckig, immerhin wollte sie einmal so gut werden wie Gabriela Sabatini, ihr großes Vorbild. Schließlich war es so weit, Nadine bekam ihre ersten Tennisstunden. Seitdem spielt sie beim Tennisclub BSC Süd 05. Und siegt.

So wie am Wochenende vom 20./21. September, als der diesjährige Nord-Süd-Vergleich ausgetragen wurde. Hier treten nur die Besten im Land Brandenburg an. Bereits im Halbfinale waren alle Spielerinnen aus Brandenburg/Havel ausgeschieden. Und so musste sich Nadine gegen die starke Konkurrenz aus Cottbus allein durchsetzen. Was ihr gelungen ist. Zuvor hatte die Sportlerin bereits das 50. Brandenburger Turnier (im August) für sich entschieden sowie die Stadtmeisterschaften (im September). Mit ihrer Mannschaft vom Tennisclub BSC Süd 05 habe sie zudem einige Punktspiele gewonnen, so dass die Mannschaft weiterhin in der Verbandsliga spielen könne, berichtet die Mannschaftsführerin stolz. Mit dem Titel der Landesmeisterin ist aus ihrer Sicht der Höhepunkt ihrer sportlichen Karriere erreicht. Wenn sie jetzt noch weiterkommen wollte, dann müsste sie das

Tennis spielen als Beruf ausüben, sagt sie. Das wolle sie aber nicht. Doch sie will natürlich ihren Titel im nächsten Jahr verteidigen.

„Die Notwendigkeit einer strategischen Kostenträgerrechnung als Steuerungsinstrument in Krankenhäusern sowie das Aufzeigen der Schwachstellen in der Dokumentation zur Verbesserung der Kostenträgerrechnung am Beispiel des Städtischen Klinikums Brandenburg“ lautete der Titel ihrer Diplomarbeit, die sie nach einem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule Anhalt, Studienort Brandenburg, eingereicht hat. Mit einer Arbeit mit solch einem sperrigen Titel kann man nur scheitern oder Einserkandidatin werden. Nadine Komander wurde Letzteres, denn sie schloss ihre Diplomprüfung mit 1,5 ab.

„Ich war zur richtigen Zeit am richtigen Ort“, beschreibt sie ihren Weg ins Klinikum, wo sie seit Dezember vergangenen Jahres in der Innenrevision tätig ist. Eigentlich habe sie gar nicht geplant, im Gesundheitswesen zu arbeiten. Aber dann habe sie während des Studiums ein Praktikum im Klinikum gemacht und sei begeistert gewesen. Und als eine passende Stelle vakant war, habe sie sich einfach beworben. Sie hätte auch im Bundesministerium in Köln anfangen können. Aber sie habe dort abgesagt, obwohl sie noch gar keine feste Zusage aus ihrer Heimatstadt Brandenburg hatte.

Ihre Aufgabe? In der Inneren Revision prüfe man alle internen Arbeitsabläufe. Ihre Kooperationspartner in den Abteilungen seien ihr gegenüber auskunftspflichtig, erläutert sie. Wenn Schwachstellen auftauchen, dann spreche sie mit der jeweiligen Abteilungsleitung und man müsse gemeinsam nach Lösungen suchen. Nach einem Jahr werde dann nachgefasst. Projektmanagement, beispielsweise zur Zertifizierung, und Vertragsmanagement seien weitere Aufgabenfelder, für die sie zuständig ist. Viel Verantwortung für die junge Frau, die gerade 25 Jahre alt ist.

Nach dem vielen Stillsitzen tagsüber lechzt Nadine Komander nach Bewegung. Im Sommer trainiert sie dreimal pro Woche. Und am Wochenende gebe es dann die Punktspiele und Tennisturniere. Hinzu kommt Ausdauersport wie Joggen, Fahrradfahren und Squash. Ein Partner müsse da wirklich sehr viel Verständnis für ihre Sportleidenschaft mitbringen, gesteht sie.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin.

Torten zu jeder Gelegenheit

» Schwester Heike Beck bastelt kleine Kunstwerke «



Manches Hobby überfällt den Menschen ohne Vorwarnung. So war es zumindest bei Heike Beck, Krankenschwester an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. Für eine Silberhochzeit wurde eine passende Umhüllung für das Geldgeschenk gesucht. Die Idee kam auf, dass man

dafür doch eine Torte basteln könnte. Und schnell war auch das „Opfer“ gefunden, das zur Tat schreiten sollte: Schwester Heike. Nur das sie eigentlich gar kein Opfer war. Denn gebastelt habe sie schon immer gerne, verrät sie.

Also begann die gebürtige Brandenburgerin mit der Recherche. Doch was sie in Bastelbüchern und im Internet fand, missfiel der zweifachen Mutter – sie hat einen Sohn von 15 Jahren und ein Mädchen von acht Jahren. „Das kann ich besser“, sagte sich die resolute Frau, die im ersten Beruf E-Monteurin war und im zweiten Beruf als Verkäuferin arbeitete, bis sie schließlich 1995 die Ausbildung zur Krankenschwester an der Medizinischen Fachschule des Klinikums begann.

Danach hat sie zunächst zwei Jahre lang in der Unfallchirurgie auf der Station C6 gearbeitet. Im Oktober 1999 kam ihre Tochter auf die Welt. Ihre zunächst befristete Stelle hat das Klinikum entfristet, so dass sie seit dem 1. September 2000 an der Fachklinik arbeitet.

Heike Beck kaufte für ihr Erstlingswerk Karton und Blumengirlanden und machte sich ans Werk. Die Torte steht auf normalem Tortenpapier und hat einen Rand aus Bastelkarton. Auch der zweite Stock bekommt einen Rand aus Bastelkarton. Obendrauf kommt ein Deckel. Das Erstlingswerk – dem Anlass entsprechend ganz in Silber – war ein großer Erfolg. Ihr Talent sprach sich im Kollegen- und Freundeskreis schnell herum. Seitdem werden ihre Torten gerne verschenkt. Sieben Stück hat sie bisher angefertigt, darunter auch Windeltorten, wenn ein neuer Erdenbürger geboren wurde. Die werden dann mit einer Nuckelflasche dekoriert.

Geld verdienen könne man mit diesem Hobby nicht, erklärt Beck. Die Materialkosten schlugen mit 15 bis 20 Euro zu Buche. Wenn dann noch Geld verschenkt werden soll, dann bleibe für die Tortenbastlerin nichts übrig. Doch es gibt einen Trost: Mit jeder Torte werde sie klüger, sagt Schwester Heike. So habe sie statt einer Torte auch schon mal eine Hollywoodschaukel gebastelt, mit Sitzkissen aus Geld.



Fünf bis sechs Stunden dauert es, bis eine Torte fertig ist. Da bleibt für weitere Hobbys wie Lesen oder ihren Garten – der für sie Erholung bedeutet – kaum Zeit. Wünsche an eine gute Fee hat die Krankenschwester keine. Hauptsache sei, dass die Familie gesund bleibe und die Kinder sich erfolgreich entwickeln würden. Später, da wolle sie gerne reisen, fällt ihr dann doch noch ein Wunsch ein.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin.

Nur eine einzige Tasse Kaffee?

» Die Patientenfürsprecherinnen greifen ein «



Sie sind ein kompetentes Trio, die Patientenfürsprecherinnen Ingrid Behrendt, Anneliese Czech und Christa Paulat. Das ist kein Wunder. Schließlich haben alle drei Frauen – sie sind inzwischen Rentnerinnen – ihr Leben lang im Krankenhaus gearbeitet. Zwei haben ihre berufliche Laufbahn als Ober-schwestern beendet, eine war in leitender Funktion in der Radiologie tätig. Da kennen sie sich natürlich bestens aus im Krankenhausbetrieb und wissen, an wen sie sich wenden müssen, wenn es irgendwo „klemmt“. Und so haben alle drei gerne zugesagt, als das Klinikum Brandenburg sie angesprochen hat, als es darum ging, Patientenfürsprecherinnen zu bestellen.

Seit Anfang dieses Jahres seien sie richtig durch-gestartet, sagt Ingrid Behrendt. Seitdem halten sie jeden Mittwoch von 13.00 bis 14.00 Uhr Sprechstun-de im Büro über der Cafeteria ab. Täglich von 9.00 bis 20.00 Uhr seien sie telefonisch erreichbar: unter 015 20/1 57 73 36. Man könne sich auch schriftlich an sie wenden. Der entsprechende Briefkasten befinde sich neben der Patientenkasse, informiert Anneliese Czech. Alle Beschwerden werden auf Wunsch ver-traulich behandelt.

Die drei Patientenfürsprecherinnen verstehen sich als Mittlerinnen zwischen den Patienten und dem Klinikum. Bisher konnten sie die meisten Anliegen erfolgreich bearbeiten. So beschwerte sich ein Patient darüber, dass eine Treppe halbseitig gesperrt worden sei. Dadurch gab es auf der begehbaren Seite kein Treppengeländer mehr – ein Problem für gehandicapte Personen. Eine Meldung an den tech-nischen Hausdienst und der Fall war gelöst.

Besonders erstaunt hat sie die Beschwerde eines Patienten, der beklagte, dass er morgens nur eine einzige Tasse Kaffee erhalte. Medizinische Gründe für diese Einschränkung gebe es nicht. Auch diesem Mann konnte geholfen werden. Die Nachfrage bei der Stationsleitung ergab, dass es sich dabei um ein Missverständnis gehandelt haben müsse. Selbstver-ständlich könne jeder Patient mehrere Tassen Kaffee bekommen.

Einen Massenandrang habe es bisher nicht gegeben, so Behrendt. Das mag daran liegen, dass Patienten durchschnittlich nur noch 5,7 Tage im Krankenhaus verbringen, wie neueste Statistiken belegen. In dieser Zeitspanne würde heutzutage das erledigt, wofür man früher drei Wochen benötigt habe. Manchmal müsse sich ein Patient an einem einzigen Tag drei verschiedenen Untersuchungen unterziehen. Das bedeute ein ständiges Rauf und Runter – von der Sta-tion zu den Funktionsräumen und zurück. Stress pur.

Die Patientenfürsprecherinnen gehen in regelmä-ßigen Abständen durch die Stationen und befragen die Patienten vor Ort. Das haben sie vorher mit den Chefärzten und der Pflegedienstleitung abgespro-chen. Überall habe ihr Vorhaben Zustimmung gefun-den, berichtet Ingrid Behrendt. Sie seien bei ihren Rundgängen auf Menschen gestoßen, die zwar die medizinische Versorgung optimal finden, sich aber in dem anonymen Klinikbetrieb ausgeliefert fühlen. Diese Menschen seien froh, wenn sich jemand Zeit für sie nehme und ihnen zuhörte. Manchmal würden sich lange Gespräche am Krankenbett ent-wickeln, berichtet die ehemalige Oberschwester, die, wie ihre beiden Kolleginnen auch, das Ehrenamt ausgesprochen gerne ausübt.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A.phil.

Journalistin.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.10.2008	Tina Bäslack	Station I 5
10 Jahre	am 01.10.2008	Claudia Buntrock	Station K 1
10 Jahre	am 01.10.2008	Bianka Düring	Medizinische Schule
10 Jahre	am 01.10.2008	Anja Gacon	Zentral-OP
10 Jahre	am 01.10.2008	Christin Schönbeck	Wachstation
10 Jahre	am 01.10.2008	Nadine Kaul	Station K 2
10 Jahre	am 01.10.2008	Stephanie Leddin	Urologie
10 Jahre	am 01.10.2008	Jana Wehe	Station F 1
10 Jahre	am 01.10.2008	Manuel Götze	Urologie
10 Jahre	am 01.10.2008	Mathias Profetta	Station Z 2
10 Jahre	am 01.12.2008	OÄ Dr. Martina Diezmann	Innere Klinik I
15 Jahre	am 01.10.2008	Martina Betker	Station I 5
15 Jahre	am 01.10.2008	Kathlen Franz	Wachstation
15 Jahre	am 01.10.2008	Torsten Kroll	Intensivstation
15 Jahre	am 01.10.2008	Corinna Heidepriem	Intensivstation
15 Jahre	am 01.10.2008	Franziska Pfund	Anästhesieabteilung
15 Jahre	am 01.10.2008	Daniela Taubert	Endoskopie
15 Jahre	am 01.10.2008	Jörg Wilde	Intensivstation
15 Jahre	am 13.12.2008	Ines Walter	Aufnahme
20 Jahre	am 01.10.2008	Detlef Krause	EDV-Abteilung
20 Jahre	am 01.12.2008	OA Dr. Rigo Meinke	Anästhesieabteilung
20 Jahre	am 01.12.2008	Heidrun Stock	EDV-Abteilung
35 Jahre	am 15.10.2008	Regina Klann	Station I 2
35 Jahre	am 01.11.2008	Barbara Frank	Radiologie
35 Jahre	am 01.12.2008	Heike Wille	Station F 1

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 18.07.2008	Nicole Paul	Sprechstundenschwester, Endoskopie
am 01.08.2008	Alexander Bärkholz	Medizintechniker
am 01.08.2008	Annemarie Gullans	Assistenzärztin, Innere Klinik II
am 01.08.2008	Olga Anikeenko	Assistenzärztin, Innere Klinik II
am 01.09.2008	Claudia Roth	Assistenzärztin, Radiologie
am 15.09.2008	Silke Eitel	Mitarbeiterin, Personalabteilung
am 01.10.2008	Claudia Geisler	Kinderkrankenschwester, Station F 1
am 01.10.2008	Beatrice Richter	Krankenschwester, Station F 2
am 01.10.2008	Christin Gutzmann	Krankenschwester, Neurochirurgie
am 01.10.2008	Wiebke Meelzig	Krankenschwester, Station C 2
am 01.10.2008	Annika Scheel	Krankenschwester, Station C 3
am 01.10.2008	Marco Tesmer	Krankenpfleger, Station I 2
am 01.10.2008	Claudia Thiem	Krankenschwester, Neurochirurgie
am 01.10.2008	Marcel Voß	Krankenpfleger, Station I 3

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

am 01.10.2008	Beate Titze	Lehrkraft, Medizinische Schule
am 01.10.2008	Jenny Kaiser	MTR, Radiologie
am 01.10.2008	Dr. Mathias Sprenger	Chefarzt, I T S/Anästhesie
am 01.10.2008	Dr. Thomas Schilling	Oberarzt, Orthopädie/Unfallchirurgie
am 01.10.2008	Dr. Catharina Rosenkranz	Assistenzärztin, Allgemeinmedizin
am 01.10.2008	Dr. Anja Köttig	Assistenzärztin, Allgemeinmedizin
am 01.10.2008	Enrico Lange	Sektionsgehilfe, Pathologie
am 01.10.2008	Dr. Christoph Schubert	Facharzt, Anästhesie
am 06.10.2008	Yamini Maryam	Assistenzärztin, Innere Klinik II
am 13.10.2008	Susann Schulze	Arzthelferin, LHK
am 01.11.2008	Brigitte Altmann	Fachärztin, I T S

am 31.08.2008	Karin Frenz	Krankenpflegerin, Station I 4
am 31.08.2008	Dr. Wieland Knopf	1. Oberarzt, Neurochirurgie
am 31.08.2008	Doreen Owczorz	Krankenschwester, Neurochirurgie
am 31.08.2008	Sabine Runau	Krankenschwester, Zentralsterilisation
am 30.09.2008	Dr. Horst Dettenborn	Chefarzt, Anästhesie/Intensivtherapie
am 30.09.2008	Dr. Oliver Klein	Oberarzt, Orthopädie/Unfallchirurgie
am 30.09.2008	Kerstin Hennig	Oberärztin, Pathologie
am 30.09.2008	Jana Hoffmann	Sektionsassistentin, Pathologie
am 30.09.2008	Nancy Eichmann	MTR, Radiologie
am 30.09.2008	Johanna Ballhorn	Krankenschwester, Gefäßchirurgie
am 30.09.2008	Jana Teichert	Krankenschwester, Intensivstation
am 30.09.2008	Dr. Birgit Jeske	Fachärztin, Innere Klinik II
am 30.09.2008	Christa Manske	Kinderkrankenschwester, Station K 2
am 24.10.2008	Sven Konrad	Assistenzarzt, Pathologie
am 31.10.2008	Dr. Gerhard Janßen	Oberarzt, Kardiologie

– *Ihr Dienstjubiläum feiern ...*



10 Jahre	am 15.12.2008	Doreen Felske	Küche
15 Jahre	am 01.11.2008	Carmen Weigel	Reinigung
15 Jahre	am 01.11.2008	Monika Zwenker	Reinigung
15 Jahre	am 06.12.2008	Judith Rinke	Reinigung
15 Jahre	am 17.12.2008	Martina Burmeister	Reinigung
15 Jahre	am 17.12.2008	Simone Schmidt	Reinigung
20 Jahre	am 14.11.2008	Holger Gebauer	Fuhrpark
25 Jahre	am 10.12.2008	Bernd Mierke	Hofarbeiter

– *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...*

am 28.07.2008	Ulrich Jahn	Speisentransport
am 28.07.2008	Walter Reich	Speisentransport
am 01.08.2008	Katharina Jackisch	Patientenversorgung
am 11.08.2008	Ailyn Arnold	Schreibdienst
am 01.10.2008	Johannes Nürnberg	Archiv

– *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

am 31.08.2008	Gesine Pchalek	Patientenversorgung
am 30.06.2008	Jeanette Schimansky	Schreibdienst

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

In dieser Ausgabe:

Ist der Besuch einer Bank gesundheitsschädlich?



Im Prinzip nicht, solange in der Bank das Rauchverbot beachtet wird. Allerdings tauchen aktuell vermehrt Berichte auf, dass Personen schon beim Durchschreiten des Eingangsportals einer Bank mit bedenklichen Symptomen wie Beklemmung, Blutdrucksteigerung und Herzrasen reagieren, besonders wenn sie der Bank wesentliche Anteile ihres Vermögens anvertraut haben. Das Graben eines Tunnels in das Bankeninnere umgeht zwar das Portal, löst das Problem allerdings nicht, sondern bringt andere Gefahren mit sich und wir raten auch aus gesundheitlichen Gründen davon ab. Da sich auch „unsere“ Bank aufgrund der Bauarbeiten in einer Gefahrenzone befindet, empfehlen wir Bank(be)suchern das Parkplatzgelände am Dom. Dort steht eine

Bank neben der anderen, vierunddreißig an der Zahl, auf einer Fläche von weniger als 50 m x 100 m. Damit ist dort die Bankendichte sogar noch höher als in Frankfurt am Main, Tokio oder sogar der Wall Street in New York und sie können gleichzeitig den reizvollen Blick auf den Brandenburger Dom in Ruhe genießen.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité