

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen

linikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Der Kaiserschnitt „auf Wunsch“? S. 4

Schatz, lass uns Bäume sägen im Schlaf S. 6

Lebst du noch oder träumst du schon? S. 8

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

CA Prof. 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 PD Dr.med. W. Noske

Tel. (0 33 81) 41 19 50

Frauenheilkunde und

Geburtshilfe

CA Prof. 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

Tumorthepiezentrum

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 Prof. Dr.med. T. Enzmann

Tel. (0 33 81) 41 18 50

Zentrum für Orthopädie und

Unfallchirurgie

CA PD 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 Haus 11, Ebene 0.

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.



**GESPRÄCHE
im Klinikum**

November 2010

Herzwoche 2010 | Klinik für Innere
Medizin I

Mehrtägige Informationsveran-
staltung, Tag der Offenen Tür

Referent: CA Prof. Oeff und Ärzte
der Klinik für Innere Medizin I

Dezember 2010

Do., 02.12.2010 | Klinik für
Neurochirurgie

„Der Armschmerz“

Referent: OA Dr. med. J. Böer

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,

Ende September erfolgte die Aufstellung eines neuen Lithotripters für die Zertrümmerung von Nierensteinen in der urologischen Funktionsdiagnostik. Das war der Abschluss der Maßnahmen aus den von den Stadtverordneten der Stadt Brandenburg an der Havel für das Klinikum Brandenburg bereitgestellten Konjunkturmitteln. Neben dem Lithotripter konnten zwei C-Bogen-Durchleuchtungsgeräte für den zentralen OP sowie zwei Reinigungs- und Dosierautomaten für die Endoskopie angeschafft werden. Auch an dieser Stelle einen herzlichen Dank an unsere Stadtverordneten. Aber auch das Klinikum selbst hat in den letzten 1½ Jahren viel zur Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen Be-

handlung auf höchstem Niveau investiert. Für die Kardiologie des Hauses wurden zwei Linksherzkathetermessplätze angeschafft, für die Nuklearmedizin eine neue Gammakamera und für die Radiologie eine Mammographie und ein zusätzliches hochmodernes MRT-Gerät.

Diese Anschaffungen erfolgten schon im Vorfeld der Inbetriebnahme unseres neuen Bettenhauses im Mai 2011, welches dann weitere Verbesserungen in der Unterkunft unserer Patientinnen und Patienten sowie in der medizinischen Behandlung bringen wird.

Mit der vorliegenden Ausgabe des KlinikJournal wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 Der Kaiserschnitt „auf Wunsch“?
» Eine „Alternative“ zur Spontangeburt? «
- 6 Schatz, lass uns Bäume sägen im Schlaf
» Viele Therapien gegen das Schnarchen, keine Garantien «
- 8 Lebst du noch oder träumst du schon?
» Digitale Drogen – Gefahr oder Humbug? «
- 10 Rheuma in der Nase?
» Äußerst selten, aber gefährlich: rheumatische Erkrankungen im HNO-Bereich «
- 13 Leben Sportler länger – oder nur gesünder?

Ein- und Ausblicke

- 14 Mit dem Kochlöffel auf dem Toilettensstuhl
» Der Beruf der Krankenpflege war und ist Herausforderung und Befriedigung zugleich «
- 16 Sie sind jung, sie sind klug und sie haben Ideale
» Zwei Auszubildende berichten über ihren künftigen Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger «
- 18 Wenn einer eine Reise tut ...
» Wie zwei Klinikums-Azubis Frankreich eroberten «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 20 Diese magischen ersten Minuten
» Neue Leiterin der Rettungsstelle: Oberärztin DM Wiebke Weiland «
- 21 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Der Kaiserschnitt „auf Wunsch“?

»Eine „Alternative“ zur Spontangeburt?«



„Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang.“ Mit diesem banalen Satz beginnt jeweils regelhaft die Einleitung in das Kapitel zur Geburtshilfe in allen einschlägigen Lehrbüchern der Frauenheilkunde. So einfach dieser Satz sich auch ausnimmt, so viel Wahrheit steckt letztlich in diesen wenigen Worten, denn wenn dies nicht so wäre, wäre die Menschheit schon vor tausenden von Jahren ausgestorben. Die Aufgabe der Hebammen und Geburtshelfer beschränkt sich also zunächst und vorwiegend darauf, die unter der Geburt stehende Frau zu begleiten und zu unterstützen auf diesem von der Natur vorgegebenen Weg. Nur wenn sich Probleme unter der Geburt abzeichnen, ist das aktive Eingreifen von ärztlichen Geburtshelfern nötig und angezeigt. Denn die Geburt ist nach wie vor für die meisten Frauen der wohl beglückendste Moment in ihrem Leben. Auch für den Partner bedeutet die Geburt ein einschneidendes Ereignis – denn aus der Zweierpartnerschaft wird eine Familie mit Kind. Das Interessenzentrum der Frau verlagert sich häufig von ihrem eigenen Leben und von ihrer Beziehung zu ihrem Partner mehr oder weniger ausgeprägt auf ihr Kind.

Schon während der Schwangerschaft nimmt die werdende Mutter nicht nur die Veränderungen ihres eigenen Körperbildes wahr, sondern sie

spürt auch das sich in ihrem Körper entwickelnde Kind, dessen Bewegungen, kennt seine Ruhe- und Aktivitätsphasen. Daraus entwickelt sich bereits eine intensive Beziehung der werdenden Mutter zu ihrem noch ungeborenen Kind, die schließlich darin gipfelt, nach ausgestandenen Wehen und Mühen endlich das Neugeborene in die Arme schließen und auf dieser Welt begrüßen zu dürfen. Selbst hartgesottene Geburtshelfer stehen in diesem Moment noch ab und zu die Tränen in den Augen.

Noch im 19. Jahrhundert war der Kaiserschnitt eine hochriskante und nur selten durchgeführte Operation, die darauf abzielte, das Leben der Mutter und das des Kindes in ansonsten völlig aussichtslosen Situationen zu retten. Noch vor 60 Jahren wurden die werdenden Mütter in geburtsmechanisch nicht zu beherrschenden Lagen vor die Wahl gestellt, entweder einen hochgefährlichen Kaiserschnitt durchführen zu lassen oder auf das Kind zu verzichten und dieses, was weniger riskant war, im Mutterleib „zerstückeln“ zu lassen.

Mittlerweile hat sich das Risiko, an den Folgen eines Kaiserschnitts zu Schaden zu kommen, nahezu an das Risiko einer Spontangeburt angenähert. Der Kaiserschnitt gilt fast schon als risikoarmes Ge-

burtverfahren für die Routine. Letztlich hat diese Entwicklung dazu geführt, dass sich viele Paare nun bereits eine Entbindung durch Kaiserschnitt geradezu wünschen.

Nicht übersehen werden darf dabei allerdings, dass es sich beim Kaiserschnitt nach wie vor um eine Operation handelt, mit allen damit verbundenen Risiken. Und selbstverständlich treten nach einem Kaiserschnitt Wundschmerzen auf, wie nach jedem anderen Eingriff auch, die eine entsprechende Schmerztherapie notwendig machen. Ganz abgesehen davon, dass die werdende Mutter um das Geburtserlebnis betrogen wird, stellt eine Kaiserschnitt-Narbe immer eine Schwachstelle dar, die in weiteren Schwangerschaften zu massiven Problemen – wie einem Einreißen der Gebärmutter – führen kann. Es gibt Schätzungen der Fachgesellschaften, dass die Zahl der Kaiserschnitte in



Schwester Verena mit einem Neugeborenen.

Zukunft von derzeit rund 25 % der Geburten auf 40 % und mehr als Folge von vorangehenden Kaiserschnitten ansteigen könnte.

Auch stellt der Kaiserschnitt für das Kind keine wirklich sanfte Form der Geburt dar – im Gegenteil, es wird eher unsanft aus seiner bisher schützenden Hülle in der Gebärmutter innerhalb weniger Minuten ins Leben befördert. Dadurch haben die Kinder beim Kaiserschnitt weniger Zeit, sich auf das Leben außerhalb des Mutterleibs vorzubereiten, wodurch sie im Vergleich zu auf natürlichem Weg geborenen Kindern etwas schlechter abschneiden, das heißt, sich etwas schwerer tun, sich an die veränderten Lebensumstände anzupassen.

Auch wenn der Partner heutzutage bei planbaren Kaiserschnitten häufig mit im Operationssaal anwesend sein und die werdende Mutter etwas unterstützen kann – die Stimmung ist nicht dieselbe. Im Kreißsaal können sich immer sofort beide Partner um das Kind sorgen, die Familie kümmert sich gemeinsam um ihr neues Mitglied, begrüßt es freudig, hält es schützend im Arm.

Und nur am Rande erwähnt: Ein Kaiserschnitt auf Wunsch, also ein operativer Eingriff, für den es keine medizinische Notwendigkeit gibt, ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen; d. h., die Kosten müssen durch die Eltern selbst getragen werden.

Für jeden kernechten Geburtshelfer ist daher der Kaiserschnitt keine echte Alternative zur Spontangeburt. Er bleibt ein operativer Eingriff mit all seinen Risiken und Nebenwirkungen, der daher, nur wenn er wirklich medizinisch notwendig ist, sinnvoll und segensreich ist.

– Verfasser —



Prof. Dr. med.
Eberhard Beck

Chefarzt der Klinik
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Schatz, lass uns Bäume sägen im Schlaf

»Viele Therapien gegen das Schnarchen, keine Garantien«



Die gute Nachricht für Schnarcher: Nur ein bis zwei Prozent der Frauen und zwei bis vier Prozent der Männer im mittleren Lebensalter leiden an krank machendem Schnarchen, der so genannten obstruktiven Schlafapnoe. Die schlechte Nachricht für die Bettgenossen von Schnarchern: Es gibt zwar zahlreiche Therapieangebote gegen das lästige Bäumesägen in der Nacht, aber keiner der Eingriffe kann völlige Schnarchfreiheit auf Dauer garantieren. Dafür können manche Eingriffe unangenehme Nebenwirkungen zur Folge haben. Wenn das Schnarchen also nicht zum Beziehungskiller werden soll, dann sind getrennte Schlafzimmer vielleicht das beste Gegenmittel.

Wann schnarcht ein Mensch? Ob harmlos oder krank machend – bei jeder Form des Schnarchens liegt eine Blockierung der Atemwege vor, die mehrere Ursachen haben kann. Die Entspannung des Körpers im Schlaf führt dazu, dass das Gaumensegel erschlafft und zusammen mit dem Zäpfchen in der Atemluft flattert. Es kann aber auch der hintere Teil der Zunge zurückfallen und die Atemluft blockieren. Natürlich können auch Fehlbildungen im Nasen- oder Rachenraum, wie Polypen, verkrümmte Nasenscheidewand oder vergrößerte Rachenmandeln, das lästige Geräusch verursachen. Übergewichtige Menschen schnarchen häufiger, weil sich

Fett auch im Nasen- und Rachenraum ablagern und so die Atmung behindern kann. Auch die Schlafposition spielt eine Rolle. Bekanntlich schnarchen die meisten Menschen vor allem dann, wenn sie auf dem Rücken liegen.

Sofern es sich um das gutartige so genannte „primäre Schnarchen“ handelt, können schon einige Verhaltensregeln das Schnarchen verhindern. So sollten Schnarcher keine Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen. Strikt abzuraten ist von Alkoholkonsum am Abend. Und sollte Übergewicht das Schnarchen auslösen, dann ist natürlich eine Gewichtsreduktion ratsam. Gegen das Schnarchen in Rückenlage hilft das Einnähen eines Tennisballs in den Schlafanzug, so dass der Schläfer „lernt“, nicht auf dem Rücken zu schlafen.

Abgeschlagenheit, Nervosität und Tagesmüdigkeit auch nach langem Schlaf sind erste Symptome für krankhaftes Schnarchen. Im Gegensatz zum harmlosen „primären Schnarchen“ ist das „obstruktive Schlafapnoe-Syndrom“ (OSAS) gefährlich. Deshalb fand unlängst ein Fachkongress zum Thema statt, den die Oto-Laryngologische (HNO) Gesellschaft zu Berlin gemeinsam mit der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie des Städtischen Klinikums Brandenburg im Altstädtischen Rathaus durchgeführt

hat. Ziel der Veranstaltung war es, einen aktuellen Überblick über Diagnostik und Therapie von Schlaf-Atemstörungen zu erhalten.

Beteiligt waren auch Fachärzte anderer Disziplinen, wie beispielsweise der Kardiologe Prof. Dr. med. Michael Oeff vom Klinikum Brandenburg, der den Zusammenhang zwischen obstruktivem Schnarchen und Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz erläuterte. Bei einer Schlafapnoe gerät der Schlafende infolge von Sauerstoffmangel in Atemnot. Diese Situation löst Stress aus. Herzfrequenz und Blutdruck steigen an, Adrenalin wird ausgeschüttet. Wiederholen sich diese Stresssituationen während des Schlafens regelmäßig, dann besteht zudem ein erhöhtes Infarkt- und Schlaganfallrisiko.

Der Schlaf Forscher Dr. Alexander Blau von der Charité Berlin erklärte, dass und wie obstruktives Schnarchen das Risiko erhöht, an Diabetes mellitus zu erkranken. Aufgrund der Schlafapnoe und der damit verbundenen zahlreichen nächtlichen Atemaussetzer wird eine Weckreaktion ausgelöst, die den Körper vorm Ersticken bewahrt. Das führt zu einer verstärkten Ausschüttung von Hormonen, die die Wirkung von Insulin beeinflussen. Außerdem sinkt die Sauerstoffsättigung des Blutes. Beides kann langfristig zur Entwicklung einer Insulinresistenz führen.

Für die genauere Diagnose der Schlafapnoe kann ein Screening-Koffer zum Einsatz kommen, den Dr. med. Andreas Wichterei, Oberarzt an der Brandenburger HNO-Klinik, vorgestellt hat. Das Gerät misst die Sauerstoffsättigung im Blut, protokolliert die verschiedenen Schlafpositionen, misst eventuelle Atemstillstände und zeichnet ein EKG auf. Um aussagekräftige Befunde zu erhalten, die anschließend mit dem Computer ausgewertet werden, muss mit der Ausrüstung aber mindestens sechs Stunden geschlafen werden.

Es gibt verschiedene unblutige Möglichkeiten, obstruktives Schnarchen zu behandeln. Eine kleine, aber wirksame Hilfe (übrigens auch bei gutartigem Schnarchen) kann man in der Apotheke kaufen: eine Nasenspanne, deren Arme in die Nasenlöcher eingeführt werden und so die Nasenflügel weiten. Der Goldstandard sei nach wie vor die Schlafmaske, die dem Schläfer Sauerstoff mit kontinuierlichem



OA Dr. Andreas Wichterei im Schlaflabor.

Atemwegsüberdruck zuführt. Der Nachteil dieser hochwirksamen Methode: Die Patienten fühlten sich durch die Maske auf Dauer erheblich gestört und lehnten sie ab, berichtete HNO-Chefärztin Dr. med. Birgit Didzcuneit-Sandhop.

HNO-Chirurg Prof. Dr. med. Karl Hörmann, Chefarzt an der Uni-Klinik Mannheim, stellte verschiedene operative Verfahren vor, wie beispielsweise die Reduktion von Zungengrund, weichem Gaumengewebe und Mandelgewebe zur Weitung des Rachenraumes. Von der Hyoidopexie – das ist das Annähen des Zungenbeins an den Schildknorpel des Kehlkopfs, ein Verfahren, das Hörmann jahrelang praktiziert hat – sei er inzwischen abgerückt, erklärte der Experte.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Lebst du noch oder träumst du schon?

» Digitale Drogen – Gefahr oder Humbug? «

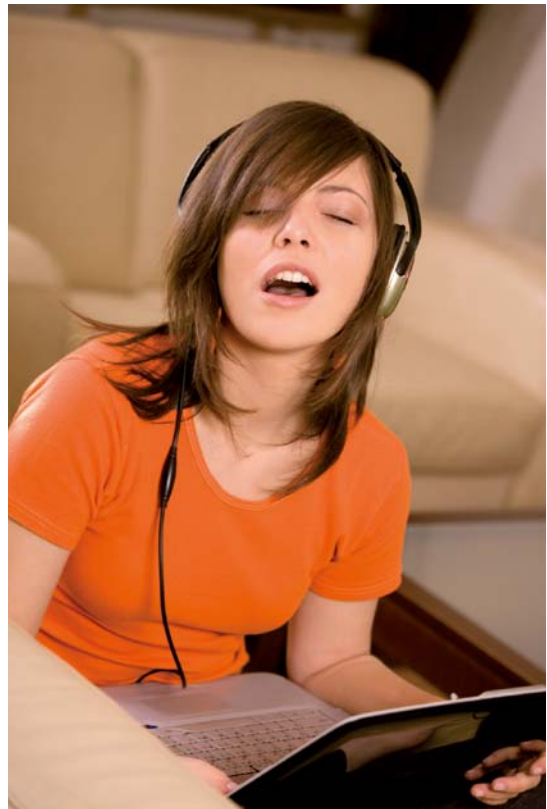
In der heutigen Zeit leben wir einerseits in einer Leistungs- und andererseits in einer Konsum- und Spaßgesellschaft. Immer mehr wird von uns verlangt und immer mehr Verführungen warten im Alltag auf uns, um unsere Sinne mit immer mehr Reizen zu befriedigen.

Eine derzeit relativ starke Medienpräsenz rufen so genannte „digitale Drogen“ hervor, die uns über unser Gehör in Stereo erreichen sollen. Mit Programmen wie dem „i-doser“ („i“ steht für Internet bzw. virtuelle Drogen) kann man sich mit sehr einfachen Mitteln speziell konfektionierte mp3-Dateien anhören, die unser Gehirn beeinflussen sollen. Ist da was dran oder ist es nur eine kommerzielle, gewinnbringende Masche?

Der neurophysiologische Mechanismus wird bereits seit Jahren in der Psychotherapie genutzt. Einerseits zur Bewältigung von Angstsituationen, andererseits auch zum Beheben von diversen Kommunikationsstörungen. Ihren Ursprung hat diese Methode teilweise in der neurolinguistischen Programmierung Ende der 50er Jahre in den USA. Hierbei werden über eine Hirnstimulation auf subliminaler (unterschwelliger) Ebene verschiedene Bewusstseinsstadien wie bei einer Hypnose oder Meditation erreicht.

Über die zweikanalig (binaural/stereo) über einen Kopfhörer angebotenen akustischen Reize, die in zwei verschiedenen Frequenzen dargeboten werden, kann offensichtlich die individuelle Eigenfrequenz verändert werden. Über die verschiedenen kombinierten akustischen Reize wird eine Reizüberflutung geschaffen und die normalerweise sog. präattentive (unterschwellige) Wahrnehmung kann nun nicht mehr zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen unterscheiden und diese auch nicht als solche ausfiltern. Dennoch hinterlassen auch subliminale Reize nachweisliche Spuren im Gedächtnis oder bewirken Verhaltenstendenzen, die nicht unbedingt im Einklang mit der bewussten Einstellung stehen müssen – sog. unbewusste Informationsverarbeitung. Und genau hier verbirgt sich eine ganz große Gefahr.

Wir als HNO-Ärzte beschäftigen uns in der Schlafmedizin zum Teil auch mit der Ableitung von Hirnaktivitätspotentialen, speziellen Wellenmustern, die den Aktivitätszustand des Gehirns und damit auch die Schlafstadien anzeigen. Der Wachzustand ist durch die Alphawellen charakterisiert und Beta-,



Gamma-, Delta- oder Thetawellen stellen je nach Frequenz die Ruhestadien im Schlaf dar.

Mit der sog. binauralen Hirnwellen-Stimulation à la „i-doser“ wird in umgekehrter Weise nicht gemessen, sondern direkt von außen beeinflusst und ein bestimmtes Frequenzmuster dafür benutzt. Was dort genau „eingespielt“ wird, kann keiner genau sagen.

Bei den derzeit aktuellen „akustischen Drogen“ wird sogar noch weiter gegangen und die Wirkung von „realen Drogen“ wie z. B. Cannabis oder sogar Koka in propagiert. Dass Drogen schädlich sind und abhängig machen, ist bekannt, aber virtuelle Drogen? Möglicherweise können durch das sog. „i-dosing“ auch wirksame hirnstimulierende Substanzen wie Dopamin oder Serotonin vom Hirn selbst ausgestoßen werden und so angenehme und berausende Wirkungen erzielen. Was bei einem Dauerkonsum auf dieser Neurotransmitterebene passiert, ist bisher noch nicht vollständig bekannt.

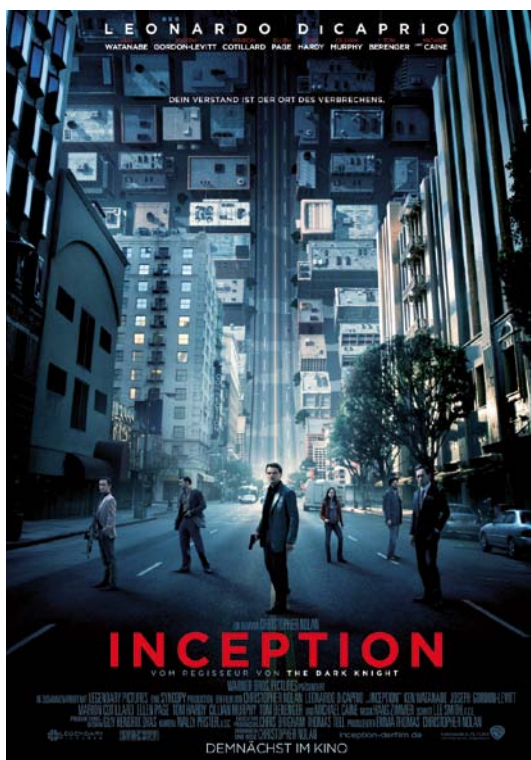
Manch einer wird sich nun wieder an die Science-Fiction-Filme wie „Matrix“ oder „Totale Erinnerung“ erinnern, in denen die Grenzen zwischen Traum und Realität verwischen. Aber auch aktuell kann man sich im Kino den Film „Inception“ mit Leonardo Di Caprio ansehen, der sich dieses Themas annimmt. Was passiert denn eigentlich im Unterbewusstsein mit einem? Ist es wirklich etwas, was wir wissen möchten? Dieser schon fast philosophische Ansatz der Frage birgt aber eine große Gefahr – sind wir von außen unbewusst manipulierbar?

Ja – das lässt sich wohl klar feststellen. Wir werden heutzutage zunehmend Opfer äußerlicher Beeinflussung. Die Werbung – um uns ein Produkt schmackhaft zu machen, die Lebensmittelindustrie – damit wir das wohlschmeckende Produkt wieder kaufen würden, um nur zwei Beispiele zu nennen. All das sind scheinbar Bagatellwirkungen verglichen mit einer bisher nicht wirklich wissenschaftlich fundierten Wirkung von „digitalen Drogen“. Also Hand aufs Herz: Wer möchte schon ein Versuchskaninchen sein und nicht wissen, was mit einem passiert? Gerade nach der Diskussion darüber, was gewaltverherrlichende Computerspiele bei Jugendlichen auslösen können, siehe Schulmassaker etc., möchte man sich gar nicht vorstellen, was ein durch Psychotrauma oder Drogenkonsum vorgeschädigter Jugendlicher durch den Konsum „digitaler Drogen“ tun könnte. Laut Hersteller dieser Tondateien sollen ca. 80% der Bevölkerung eine Wirkung wahrnehmen können. Ähnlich ist die Rate bei hypnosefähigen Menschen. Ein gewisser Placeboeffekt ist nicht von der Hand zu weisen, aber das kann als Erklärungsversuch nicht alles sein.

Da hier nicht nur eine individuelle Schädigung, sondern vielleicht auch eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht, sollten sich gerade die Erwachsenen fragen: Was machen meine Kinder eigentlich im Internet? Die Tondateien sind frei verfügbar, beliebig oft kopierbar und selbst für Kinder erreichbar. Jeder, der das nicht glaubt, kann sich Beiträge zum Thema auf dem Videoportal „YouTube“ unter dem Schlagwort „i-doser“ anschauen. Das ist eine ganz neue Qualität von Suchtmitteln, die keiner Einschränkung unterliegen und sich schneller verbreiten als jede andere Droge.

Dieser Artikel soll Sie, die Erwachsenen, dafür sensibilisieren, was Ihre Kinder unter Umständen schon wissen. Er soll nicht anregen, sondern aufklären. Der Fortschritt ist nicht aufzuhalten, so dass wir uns bald sicher auch Träume oder eine virtuelle

Identität bei Google herunterladen können. Zum Abschluss ein Kinotipp: „Inception“, ein Film für die ganze Familie!



Kinostart: 29. Juli 2010

Regie: Christopher Nolan

Mit Leonardo DiCaprio, Marion Cotillard, Ellen Page

– Verfasser –



Andreas Schwarck

Assistenzarzt in
der Klinik für HNO,
Gesichts- und
Halschirurgie

Rheuma in der Nase?

»Äußerst selten, aber gefährlich: rheumatische Erkrankungen im HNO-Bereich«

Autoimmunerkrankungen wie Rheuma sind manchmal im Kopf- und Halsbereich bereits sichtbar, wenn die rheumatische Erkrankung ansonsten noch keine weiteren Symptome am Körper aufweist. Gott sei Dank treten sie äußerst selten auf. Aber gerade das macht sie auch besonders tückisch: Kaum ein Arzt vermutet rheumatische Erkrankungen, wenn sein Patient beispielsweise über Mundtrockenheit und Vergrößerung der Speicheldrüsen klagt. Oder über chronische Heiserkeit, weil sich das Stimmband versteift hat. Auch Hörverlust, Geschwüre im Mund oder Entzündungen in Mund und Nase können vielfältige Ursachen haben. Deshalb sollte niemand in Panik verfallen, wenn er diese Symptome bei sich feststellt. In den meisten Fällen wird es sich vermutlich nicht um Rheuma handeln.

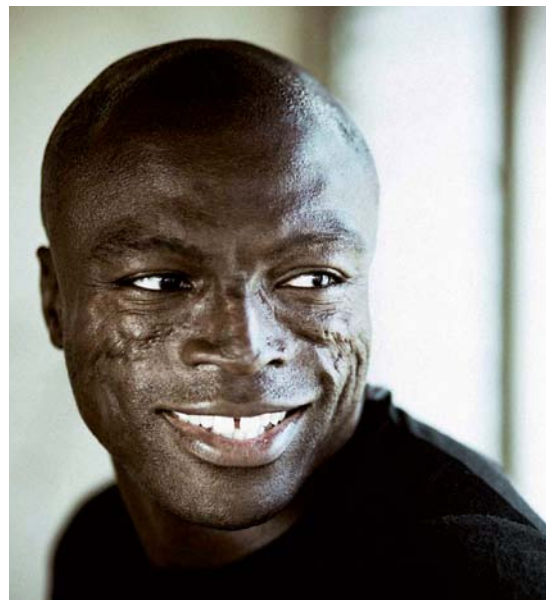
Nur wenn die genannten Symptome auf Behandlungen überhaupt nicht reagieren und einfach nicht verschwinden beziehungsweise nach kurzer Zeit wieder auftreten, dann sollte der behandelnde Arzt auch an die Möglichkeit einer rheumatischen Erkrankung denken und entsprechende Untersuchungen veranlassen. Denn selbst bei Patienten mit einer bekannten Autoimmunerkrankung wird an eine Manifestation im HNO-Bereich meistens nicht gedacht. Unbehandelt nehmen rheumatische Erkrankungen im HNO-Bereich einen schweren Verlauf und können sogar zum Tod führen. Nachfolgend werden einige der bekanntesten rheumatischen Erkrankungen im HNO-Bereich vorgestellt, die aber – das sei nochmals betont – sehr selten auftreten.

Eine sehr heimtückische Erkrankung ist der Morbus Wegener, benannt nach Friedrich Wegener, der diese Erkrankung 1936 erstmals beschrieb. Etwa 7 Fälle kommen auf 100 000 Einwohner. Der Physiker Heinrich Hertz litt vermutlich an dieser Erkrankung. Bei ihm begann es 1892 zunächst mit einem harmlosen Schnupfen. In einem Brief an seinen Freund klagt er später: „Die Nase und das Kribbeln in ihr... Zurzeit ist meine Nase meine Welt und alle meine Arbeiten sind mir fern liegend und gleichgültig.“ Bei dem unerträglichen, nicht enden wollenden Schnupfen blieb es nicht. Hinzu kamen bei Hertz Entzündungen der Mundschleimhaut, starke Schluckbeschwerden und Ohrenscherzen. Gestorben ist er 1894.

Beim Morbus Wegener kommt es zu einer chronischen Entzündung der Gefäße, in deren Folge das

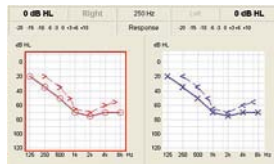
Gewebe abstirbt. Es bilden sich Entzündungsherde, so genannte Granulome, in Nase, Nasennebenhöhlen, Mittelohren, Mund und Schlundbereich. Als erstes Symptom kann es wiederholt zu Entzündungen der großen Speicheldrüse kommen. Unbehandelt verläuft diese Erkrankung immer tödlich, sie endet oftmals mit einem Nierenversagen.

Auch der Lupus erythematoses (lupus = Wolf; erythema = Röte), der erstmals 1851 von P. Cazenave (1795–1877), Dermatologe in Paris, beschrieben wurde, gehört zu den rheumatischen Erkrankungen, die sich im Bereich des Kopfes manifestieren. Weil die Erkrankung zu Verstümmelungen an Nase und Ohren führen kann, verglich man sie früher mit dem „Wolfsfraß“, daher der Name. Sie ist in der Regel gekennzeichnet durch ein Schmetterlingserythem (Erythem = entzündliche Hautrötung), Erosionen oder Geschwüre der Mundschleimhaut, Hörverlust, Hirnnervenläsionen im Bereich des Nervus trigeminus oder der Gesichtsnerven. Der Sänger Seal soll an dieser Erkrankung gelitten haben.



Der Sänger Seal soll an dieser Erkrankung gelitten haben.

Bei der Polyarteriitis nodosa, die von Kussmaul und Maier 1866 erkannt und beschrieben wurde, handelt es sich um Entzündungen der kleineren und mittleren Arterien mit perlchnurartiger Anordnung der Entzündungsknötchen. Diese Erkrankung



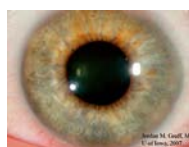
kann auch mit einem Hörverlust einhergehen. Eine Nekrose der Gefäßwand mit Infiltration von neutrophilen Granulocyten (weißen Blutkörperchen) führt zu einer Einengung des Gefäßes mit Thrombosierung.

„Schlappohren“-Krankheit wäre wohl die markantere Bezeichnung für die Relapsing Polychondritis (poly = viel; chondros = Knorpel, beschrieben von Jaksch-Wartenhorst 1923), die äußerst selten auftritt. Es handelt sich bei dieser rheumatischen Erkrankung um eine entzündliche Erkrankung der Knorpel (Autoantikörper gegen Kollagen Typ II), die auch Nasen-, Ohr- und Kehlkopfknorpel befallen kann. Neben möglichem Hörverlust, unter Umständen mit Schwindel, kommt es zu einer schmerzhaften Entzündung des Ohrknorpels mit Rötungen und Schwellungen auf beiden Seiten, wobei das Ohrläppchen ausgespart wird. Nicht nur die Ohren, auch die Nase kann betroffen sein. Die Veränderungen des Nasenknorpels, die Rötung, Schmerzen



und eine Schwellung in der Nase verursachen, zeigen sich später in einer abgesunkenen Nase – einer Sattelnase! Im Bereich der Luftröhre kommt es zu einem Anschwellen der knorpeligen Wände des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien. Dies kann zu deutlichen Einengungen der Atemwege mit Atemnot führen.

Das Cogan-Syndrom wurde 1945 von dem Bostoner Augenarzt David G. Cogan beschrieben. Hierbei kommt es zu einer so genannten Keratitis (schmerzhafte Entzündung der Hornhaut des Auges) und zusätzlich zu audio-vestibulären (Innenohr und Gleichgewichtssinn betreffenden) Störungen, ähnlich einer Menière-Krankheit mit Schwindel und Tinnitus, sowie fortschreitendem Hörverlust mit vollständiger Taubheit innerhalb von zwei Jahren. Meist sind die HNO-Symptome vor den Au-



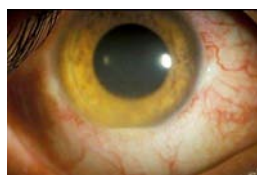
gen symptomen vorhanden. Bei dieser Erkrankung ist die Entstehung noch unklar – wahrscheinlich ist auch hier eine rheumatische Entstehung gegeben.



Das Sjögren-Syndrom ist unter den rheumatischen Erkrankungen im HNO-Bereich wohl am bekanntesten (Henrik Sjögren, 1933). Vor allem die Speicheldrüsen und Tränendrüsen sind von Entzündungen betroffen, die brennende, tränende und trockene Augen (Sicca-Syndrom, sicca = trocken) zur Folge haben. Belastend ist die sehr ausgeprägte Mundtrockenheit mit Schluckbeschwerden und Heiserkeit.

Die chronische Ohrspeicheldrüsenentzündung führt regelmäßig zu einer Speicheldrüsenvergrößerung.

Bei der Sarkoidose (Ernest Besnier und Caesar Peter Møller Boeck, 1889/1899) handelt es sich um eine den ganzen Körper befallende Erkrankung des Bindegewebes mit so genannten Granulombildungen. Diese Granulome finden sich meist in Lymphknoten (90%), aber auch in Lunge, Leber, Augen, Herz, Skelett oder Haut. Die akut verlaufende Form wird auch als Löfgren-Syndrom bezeichnet und ist gekennzeichnet durch ein Erythema nodosum (eine so genannte Knotenrose). Die chronische Verlaufsform zeigt sich in bläulichen Schwellungen mit Erosionen der Wangen, Lippen und Hände. Bei einer einseitigen Schwäche des Nervus facialis (Gesichtsnerven) nennt man die Erkrankung Heerfordt-Syndrom. Oft führt die Sarkoidose durch die Granulombildungen und den dadurch resultierenden Untergang von intaktem Gewebe zu Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen mit möglicher Zerstörung der Knorpelteile. Hierdurch wiederum kann sich eine Sattelnase ausbilden.



Zu den rheumatischen Erkrankungen, die sich im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich manifestieren können, zählt auch das Churg-Strauss-Syndrom, benannt nach Jacob



Das Bild zeigt das typische Schmetterlingserythem.

— Verfasser —



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

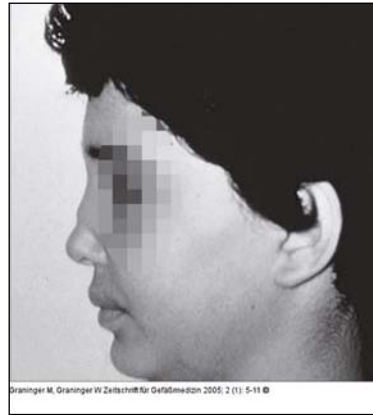
*Chefärztin für
HNO, Gesichts-
und Halschirurgie*



Churg und Lotte Strauss, 1951. Gleiches gilt für den Morbus Behçet, eine Erkrankung, die weltweit auftritt. Benedictos Adamantiades hat diese Erkrankung 1931 beschrieben. Die rheumatoide Arthritis und der Morbus Bechterew sind Erkrankungen, die man wahrscheinlich nie im Hals-Nasen-Ohren-Bereich

lokalisieren würde. Hier kann es aber durch Versteifungen im Gelenk zwischen Stellknorpel und Ringknorpel im Kehlkopf zu Heiserkeit kommen, wobei sich dieses Gelenk nicht mehr bewegt und die Stimmlippe stillsteht.

Die Liste rheumatischer Erkrankungen im HNO-Bereich ließe sich noch weiterführen. Grundsätzlich sollte man bei unklaren Krankheitsverläufen mit Nichtansprechen auf gängige Therapien an Rheuma denken. Die Ursachen der meisten Autoimmunerkrankungen sind unbekannt. Hilfreich können in der Diagnostik Rheumafaktoren und Antikörperbestimmungen sein wie ANA, p-ANCA, c-ANCA, Akut-Phase-Proteine (BSG,CRP) sowie ein Differentialblutbild, Nieren- und Leberfunktionsparameter. Sinnvoll sind eine fachübergreifende Abklärung sowie die Erarbeitung interdisziplinärer Therapiekonzepte.



Straninger M, Gräninger W Zeitschrift für Gefäßmedizin 2005; 2 (1): 5-11

Die derzeitige Therapie ist überwiegend unspezifisch mit Ausnahme des Streptokokkenrheumatismus. Häufig werden Cortisonpräparate als Entzündungshemmer eingesetzt, auch Azulfildine, Immunsuppressiva und Zytostatika sowie symptomatische Maßnahmen.

Leben Sportler länger – oder nur gesünder?



Mit dem Fahrrad zur Arbeit – spart Geld und entspannt.

Bringt es etwas, wenn man sich regelmäßig sportlich betätigt, oder ist es genug, wenn man Sport aus sicherer Entfernung vor dem Fernseher betrachtet? Und muss es gleich Sport sein? Reicht es nicht, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren und am Wochenende im Garten zu arbeiten?

Dafür muss man sich klarmachen, was an der sportlichen Aktivität gesund ist. Seit etwas mehr als 50 Jahren wird in wissenschaftlichen Untersuchungen erforscht, welche Lebensumstände und Lebensweisen das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen. Dabei haben mehr als 40 große Studien herausgefunden, dass regelmäßige körperliche Aktivität das Risiko von Herzinfarkten und Schlaganfällen etwa halbieren kann. Gleichzeitig wird die Rate von Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus gesenkt. Wenn man davon ausgeht, dass in den entwickelten Ländern die meisten Menschen an diesen Erkrankungen sterben, so sollte eigentlich der sportlich bewegte Mensch auch länger leben. Damit nicht genug. Die positiven Untersuchungsergebnisse beziehen sich nicht nur auf Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Auch Depressionen, Osteoporose, Demenz und verschiedene Krebserkrankungen treten seltener auf als bei einer inaktiven Vergleichsgruppe.

Zusammenfassend kann man die größere Lebenserwartung durch eine erhöhte Fitness bei gleichzeitig verminderter Wahrscheinlichkeit tödlicher Erkrankungen erklären.

Doch was und wie viel muss ich tun, um länger gesund zu bleiben? Wenn ich mich jeden Tag stundenlang schinden muss, um am Ende vielleicht ein paar Monate länger zu leben, dann lasse ich es

lieber, werden sich viele sagen. Vor allem diejenigen, die bisher keinen Sport betrieben haben.

Die Frage, wie viel Bewegung optimal ist, wird seit Jahren diskutiert. Geringe Verbesserungen der Leistungsfähigkeit können schon ab täglichen Trainingsbelastungen von 10 Minuten bei einer Pulsfrequenz von 130/min erreicht werden. Andere Untersuchungen sprechen dafür, dass höhere Trainingsintensitäten die Gesundheit stärker fördern. Sicher muss jeder für sich selbst den richtigen Weg zwischen zu viel und zu wenig finden, aber einige grundlegende Empfehlungen können doch gegeben werden:

Man sollte im Alltag alle Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität nutzen, insbesondere die am „Wegesrand“ liegenden:

- Vermeiden von Aufzügen und Rolltreppen.
- Eine oder zwei Straßenbahnstationen kann man auch laufen.
- Mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren, spart Geld und entspannt.

Ausdauersportarten bevorzugen

Dauer: mindestens 30 Minuten

Häufigkeit: 3–4 Tage pro Woche, möglichst täglich
Intensität: 3–6-facher Ruheumsatz, entspricht Gehen mit ca. 4–6 km/h oder einer Pulsfrequenz von 100–140 pro Minute (je älter, desto niedriger)

Der zusätzliche Nutzen eines gezielten Krafttrainings wird in letzter Zeit immer deutlicher. Gerade bei Älteren kann das Krafttraining helfen, Stürze zu vermeiden, und so zum Erhalt eines selbständigen Lebens beitragen.

Man muss sich nicht auf eine Sportart festlegen. Man muss es auch nicht Sport nennen, damit es wirkt.

Ein körperlich aktiver Lebensstil ist etwas, an das man sich gewöhnen kann und das ohne zusätzliche Kosten einen großen Gewinn für die Gesundheit bedeutet.

Im Städtischen Klinikum Brandenburg besteht für die Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung schon seit längerem die Möglichkeit, bei Vitalis Brandenburg Sportkurse zu besuchen und die Fitnessangebote zu nutzen.

– Verfasser –



Dr. Ulrich Köpke

Oberarzt der Inneren Klinik I

Mit dem Kochlöffel auf dem Toilettensstuhl

» Der Beruf der Krankenpflege war und ist Herausforderung und Befriedigung zugleich «



Viola Brademann, stellvertretende Stationschwester in der Rettungsstelle.

„Helfen und Dankbarkeit ernten“, so definiert die stellvertretende Stationschwester in der Rettungsstelle, Viola Brademann, ihren Beruf. Da können Marion Peterson, Stationschwester in der Chirurgie (C1), sowie die beiden Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege, Katja Stasch und Kilian Z'dun, nur zustimmen. Ob die beiden gestandenen Schwestern mit jahrzehntelanger Berufserfahrung oder die beiden Auszubildenden am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn: Alle vier beziehen die Motivation für ihren anstrengenden Beruf aus der tiefen Befriedigung, die ihnen die Arbeit mit den Patienten vermittelt.

Viola Brademann, stellvertretende Stationschwester in der Rettungsstelle, ist mit Leib und Seele Krankenschwester, und das seit Jahrzehnten. Dabei wollte sie mit 15 Jahren eigentlich Grundschullehrerin werden. Aus kaderpolitischen Gründen sei sie zur Ausbildung nicht zugelassen worden, erinnert sie sich. Enttäuschung! Eines war klar: Sie wollte unbedingt einen Beruf, der mit Menschen zu tun hat. Auf keinen Fall wollte sie einen Büro-

job machen oder in einer Werkhalle arbeiten. Also Krankenpflege. Gesagt, getan und beworben im Klinikum, das damals noch Bezirkskrankenhaus hieß. Ihre Bewerbung war erfolgreich. Viola Brademann (geboren 1958) wurde im Krankenhaus angestellt, zum Studium der Krankenpflege delegiert und erhielt ein Stipendium. So war das damals im Jahr 1975. Studentin war sie nun. So stolz sei sie darauf gewesen, erinnert sie sich.

Die Freude daran, Menschen zu helfen, führt Viola Brademann unter anderem darauf zurück, dass sie in einem Mehrgenerationenhaus aufgewachsen ist. Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder mit ihren Partnern – alle unter einem Dach. Das sei heute immer noch so. In dem Riesenhaus habe jeder seinen eigenen Bereich. Aber bei Problemen halte die Familie zusammen. Irgendeiner wisse immer eine Lösung. Auch beruflich sei sie durch die Großfamilie sehr entlastet worden. Viola Brademann arbeitet im 3-Schicht-System, auch nachts und an Sonn- und Feiertagen. Aber Schlüsselkinder gebe es in ihrer Familie nicht.

„Ich bin zu den Patienten so, wie ich gerne hätte, dass man mich behandelt“, lautet ihr berufliches Credo. Ihre Arbeit sei anstrengend und verantwortungsvoll. Aber sie habe Glück gehabt. Es sei ihr nie ein gravierender Fehler unterlaufen. Die Belastungen seien allerdings im Laufe der Jahre größer geworden. „Wir müssen in der gleichen Zeit mehr leisten als früher“, hat sie festgestellt. Vor allem die Bürokratie verschlinge viel Zeit, genauso viel wie die Arbeit am Patienten.

Manche Patienten in der Notaufnahme sind aggressiv. Beschimpfungen und sogar Anspucken – das komme durchaus vor. Wie sie mit solchen Bedrohungen umgehe? Der Austausch mit den Kolleginnen helfe da. Die beste Therapie sei es, sich solche Ereignisse von der Seele zu reden.

Sie habe immer in diesem Krankenhaus gearbeitet und fühle sich zugehörig. Es sei immer eine sichere Arbeit gewesen. Auch in den turbulenten Wendezeiten habe sie immer ihr Gehalt bekommen. Dadurch habe sie ein Gefühl der sozialen Geborgenheit entwickelt. Den Kolleginnen und Kollegen gegenüber empfinde sie eine starke Verbundenheit. Von 1990 bis 2005 gehörte sie deshalb auch dem Betriebsrat an.



Marion Peterson, Stationschwester in der Chirurgie (C1).

Marion Peterson, Jahrgang 1967, ist seit 1995 Stationschwester auf der C1 (Chirurgie). Eigentlich wollte sie Hebamme werden. Aber 1984 gab es leider gerade keine Ausbildung. Warum dann nicht die große Krankenpflege, habe sie sich gedacht und begonnen, ihre Ausbildung zur Krankenschwester die sie 1987 abgeschlossen hat. Bereits 1988 wird sie Lehrbeauftragte und leitet die Schwesternschülerinnen an. 1989 wird ihr Sohn Hannes geboren. Da setzt sie beruflich für ein Jahr aus. Bei ihrer Rückkehr 1990 wird sie stellvertretende Stationschwester, 1995 Stationschwester. Das Klinikum sei immer bestrebt, dass sich die Mitarbeiter fortbilden. Irgendwann Anfang der 2000er Jahre hat sie sich zur onkologischen Fachschwester fortbilden lassen. Seitdem kennt sie sich aus mit Schmerztherapien, Chemotherapie, Bestrahlung.

Ihr berufliches Credo: „Fünf Sätze sind besser als eine Tablette.“ Eine wichtige Voraussetzung dafür bringt sie mit: Marion Peterson kann gut Menschen zuhören, um zu verstehen und zu helfen. Das ist ihr umso wichtiger, als die Aufenthaltsdauer der Patienten im Klinikum immer kürzer wird. Natürlich

werde auf der C1 nicht nur geredet. Heutzutage gebe es ganz andere Schmerztherapien als früher. Das Klinikum als so genanntes „schmerzfreies Krankenhaus“ minimiere die Schmerzen der Patienten so weit wie möglich. Das fördere den Heilungsprozess. Man arbeite mit einer Schmerzskala von 0 bis 10. Da könnten die Patienten ihre Schmerzen selbst einordnen. Ganz schmerzfrei stelle man die Patienten aber nicht, um die Signalfunktion der Schmerzen nicht ganz zu unterdrücken. Erst ab einem Wert von 4 würden Schmerzmittel eingesetzt.

Seit ihrer Ausbildungszeit habe sich viel geändert an den Abläufen auf der Station. Früher bekamen die Patienten vor einer Darmoperation drei Liter Abführlösung zu trinken. Das sei der blanke Horror gewesen, denn das bedeutete eine lange Sitzung auf dem Toilettenstuhl. Und weil es auf dem Klo keine Klingel gab, bekamen die Patienten einen Kochlöffel, mit dem sie sich lautstark bemerkbar machen konnten. Nach der Operation wurde es für die Patienten noch schlimmer: Eine ganze Woche lang bekamen sie nichts zu essen und zu trinken. Heutzutage würden sich die Patienten schon beklagen, wenn sie vor einer Untersuchung nichts zu essen bekommen, obwohl sie doch pro Tag zehn Euro zuzahlen müssen, lacht Marion Peterson.

Die Arbeitsbelastung sei deutlich höher als früher. Besonders zeitaufwändig sei die Bürokratie. Aber sie habe ein tolles Team von 13 Kolleginnen, davon einige in Teilzeit. Man unternehme viel gemeinsam wie Dampferfahrten, Weihnachtsfeiern und man begehe den Frauentag so wie früher auch. Eine Zeitlang sei sie auch Mitglied des Betriebsrats gewesen. „Ich bereue nichts“, so ihr Fazit nach langen Jahren im Beruf.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Sie sind jung, sie sind klug und sie haben Ideale

» Zwei Auszubildende berichten über ihren künftigen Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger «



Kilian Z'dun.

Katja Stasch und Kilian Z'dun absolvieren eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger an der Medizinischen Schule Brandenburg und im Klinikum. Sie befinden sich derzeit im dritten Ausbildungsjahr. Katja ist 1987 in Brandenburg geboren und Kilian 1988 in Magdeburg. Die

beiden Azubis haben der Journalistin Ann Brünink von ihren Freuden, Sorgen und Hoffnungen erzählt.

Katja und Kilian, welchen Schulabschluss haben Sie und was hat Sie bewogen, eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger zu machen?

Katja: Ich habe in der 9. Klasse ein dreiwöchiges Betriebspraktikum auf der Station I 3 (Innere Medizin I) gemacht, das war so Ende 2002. Es hat mir damals viel Spaß gemacht. Und weil ich mir nicht vorstellen konnte, tagtäglich acht Stunden lang in einem Büro zu sitzen, habe ich mich nach dem Abitur für diese Ausbildung entschieden.

Kilian: Ich habe das Fachabitur gemacht, das mich zu einem Studium an Fachhochschulen berechtigt. Nachdem ich 2007 neun Monate lang als Zivildienstleistender auf der Station Z 1 (Orthopädie) gearbeitet hatte, war mir klar: Krankenpflege ist der richtige Beruf für mich.

Sie sind jetzt im dritten Ausbildungsjahr. Was gefällt Ihnen bisher am besten an Ihrem Beruf?

Katja: Man lernt fürs Leben. Mal betreut man ältere Patienten, mal jüngere, auch Sterbende. Man lernt für sich selbst und auch für die Familie und die Freunde.

Kilian: Und man geht am Abend mit einem guten Gefühl nach Hause.

Katja: Ja, genau. Wenn man helfen kann und die Patienten dann sagen „Ach danke schön!“ – das ist einfach ein tolles Gefühl.

Wie geht es Ihnen im Umgang mit Sterbenden? Werden Sie darauf in der Ausbildung vorbereitet?

Katja: Als ich im Praktikum hier war, ist gleich am ersten Tag jemand gestorben. An der Medizinischen Schule haben wir viel Psychologie. Erfahren etwas über die verschiedenen Sterbephasen und lernen den Umgang mit Angehörigen.

Kilian: Mein Eindruck ist: Man kann heute in Würde sterben.

Wie verkraften Sie den Schichtdienst? Ist das nicht belastend?

Kilian: Ich arbeite ausgesprochen gern in Schichten. Auf diese Weise tritt kein Alltag ein. Und die Patienten sind verschieden. Das ist spannend.

Katja: Mir machen die Schichten auch nichts aus. Die Frühschicht geht von 6.00 bis 14.30 Uhr, die Spätschicht beginnt um 13.30 und geht bis 22.00 Uhr und die Nachtschicht geht von 21.30 bis 6.00 Uhr. Ach ja, und dann gibt es da noch den „Dödeldienst“ von 11.30 bis 20.00 Uhr. *Sie lacht.* Diese Schicht wird beim Übergang von der Nacht- zur Frühschicht dazwischengeschoben, weil zehn Stunden Freizeit vorgeschrieben sind zwischen den einzelnen Schichten. In dieser Zwischenschicht ist man nicht richtig in die Abläufe auf der Station eingebunden, deshalb der Name.

Wie ist Ihre Ausbildung strukturiert?

Katja: Sie ist in Abschnitte aufgeteilt. Da gibt es Abschnitte, wo wir Schule haben. Und es gibt Abschnitte, wo wir auf Station sind. Die Abschnitte sind nicht gleich lang. Manchmal haben wir nur einen Teil Schule, aber zwei oder drei Teile Klinikum, zum Beispiel im Sommer von Juni bis September.

Kilian: Im Sommer herrscht Mangelbesetzung auf den Stationen, da werden wir gebraucht. Außerdem müssen wir in den Ferien Urlaub nehmen.

Und die Fächer in der Schule? Was lernen Sie alles?

Kilian: Das ist sehr abwechslungsreich und eine Anhäufung von Wissen: Kinderkrankenpflege, Chirurgie, Innere Medizin, Hals-, Nasen-, Ohrenmedizin, Augenmedizin, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Traumatologie. Den Unterricht erteilen die Klinikumsärzte.

Das klingt sehr anspruchsvoll.

Katja: Die Ausbildung ist vor allem sehr zeitintensiv. Wenn man Verantwortung übernehmen soll, dann braucht man Wissen, das man anwenden kann. Die Medizinische Schule Brandenburg hat einen guten

Ruf. Es werden viele Tests geschrieben, so dass man immer sehen kann, wo man steht. Das ist an anderen Schulen nicht so. Im zweiten Jahr gibt es eine mündliche Prüfung an der Schule und im zweiten oder dritten Jahr eine praktische Zwischenprüfung. Diese Zwischenprüfung macht nur unsere Schule, zur Motivation.

Man hört und liest immer wieder, dass es in den Krankenhäusern zu wenig Pflegepersonal gibt. Welche Erfahrungen haben Sie diesbezüglich gemacht?

Kilian: Ich hätte nicht gedacht, dass es so wenig Personal gibt. Man rennt und rennt und hat keine Zeit für die Patienten. Dafür umso mehr Bürokratie. Der Pflegeschlüssel ist meines Erachtens zu klein.

Katja: Wir als Schüler haben noch etwas mehr Zeit.

Kilian: Und wir merken, dass die Patienten die Zuwendung brauchen.

Wie war das bei Ihnen, als Sie einem Patienten zum ersten Mal Blut abgenommen haben?

Katja: Ich fand das ganz cool.

Kilian: Und ich habe gedacht, jetzt machst du mal etwas ganz Besonderes. Man hat das Gefühl, man kann etwas. Aber beim ersten Mal auf der Station habe ich gedacht: Jetzt muss ich das machen. Da hatte ich doch ein bisschen Scheu.

Wie und wo übt man das denn?

Katja: Das ist unterschiedlich. In der Schule nehmen wir uns gegenseitig Blut ab. Manchmal sagen auch die Ärzte: „Los komm, nimm mir mal Blut ab.“

Und? Klappt es?

Katja: Manchmal klappt es, manchmal nicht.

Wer kontrolliert Ihre Arbeit? Und gibt es bei Problemen Supervision?

Kilian: Auf jeder Station gibt es eine Lehrbeauftragte und einen Praxisanleiter. Und es werden Lehrvisiten durchgeführt. Und einmal in der Woche gibt es die Stationsversammlungen mit der Stationschwester. Eine Supervision gibt es zwar nicht, aber auf den Stationsversammlungen werden auch Probleme durchgesprochen.

Welche Zukunftsperspektiven sehen Sie für sich nach der Prüfung?

Kilian: Ich würde gerne im Klinikum weiterarbeiten. Toll wäre es, wenn es eine Übernahmegarantie

für mindestens ein Jahr gäbe. Dann könnte man Berufserfahrung sammeln. Denn als Azubis haben wir ja noch nicht die volle Verantwortung.

Katja: Ich würde auch gern am Klinikum bleiben. Die Innere und die Chirurgische Station haben mich sehr interessiert. Aber ich würde überall gerne arbeiten.

Kilian: Das geht mir auch so. Es hat mir überall Spaß gemacht. Besonders interessant fand ich die Urologie und die Orthopädie.

Katja und Kilian, Ihnen beiden alles Gute für die Ausbildung. Und vielleicht klappt es ja mit einer Übernahme ans Klinikum. Toi, toi, toi.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Auf ein Wort, Herr Dr. Schliesing

Welche Voraussetzungen muss jemand mitbringen, der sich an der Medizinischen Schule Brandenburg zur Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger bewirbt?

Schulleiter Dr. Helmut Schliesing: Man braucht einen Realschulabschluss, gerne auch mehr. Man muss mindestens 16 Jahre alt und gesundheitlich okay sein, darf also beispielsweise keine Allergien gegen Lösungsmittel haben. Man sollte gute Noten haben, vor allem in den Naturwissenschaften. Wobei letztendlich die Persönlichkeit eines Bewerbers entscheidet und wie leistungsbereit er oder sie ist.

Wie viele Bewerbungen haben Sie pro Jahr?

Dr. Helmut Schliesing: Etwa 250. Dieses Jahr waren es 200. Fast alle bekommen Gelegenheit zu einem persönlichen Vorstellungsgespräch.

Und wie viele können Sie aufnehmen?

Dr. Helmut Schliesing: Insgesamt 50 in zwei Klassen à 25.

Weitere Informationen finden Sie unter www.klinikum-brandenburg.de/startseite/forschung-lehre

Wenn einer eine Reise tut...

»Wie zwei Klinikums-Azubis Frankreich eroberten«



Letzter Abend in Digne-les-Bains mit allen Austauschschülern und Gästen.

Wenn einer eine Reise tut, dann kann er was erzählen, heißt es im Volksmund. Und wenn zwei junge Frauen auf Reisen gehen, gilt das erst recht. Sarah Gellert (Jahrgang 1989) und Franziska Harbarth (geboren 1990) absolvieren beide im Klinikum Brandenburg eine Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen und sind im dritten Ausbildungsjahr. Ihre zuständige Berufsschule ist das OSZ II in Potsdam. Alles begann damit, dass das OSZ II einen dreiwöchigen Schüleraustausch nach Digne-les-Bains in Frankreich angeboten hat. Vorbedingung waren Französischkenntnisse. Die eigentliche Zielgruppe waren eigentlich Auszubildende des Reiseverkehrswesens. Doch da noch Plätze frei waren, fragten die beiden jungen Frauen ihren Ausbilder im Klinikum, den Sachgebietsleiter Finanzbuchhaltung Ingo Fleischer, ob sie mitfahren könnten nach Frankreich. Da beide hervorragende Arbeit leisten und gute Noten haben, waren er und Klinikums-Geschäftsführerin Gabriele Wolter einverstanden, die jungen Mitarbeiterinnen für den Frankreichaustausch zu beurlauben.

Diese Aufregung! So lange von zu Hause weg und sich in einem fremden Land behaupten, davor habe sie doch ein wenig Angst gehabt, gestand Sarah Gellert. Anfang Juni ging es dann für neun junge Frauen und zwei junge Männer los. Die erste Woche verbrachte die deutsche Gruppe im Internat der Partnerschule CFA René Villeneuve in

Digne-les-Bains. Gemeinsam mit den zehn jungen Franzosen, die im September im Austausch nach Deutschland gekommen sind, absolvierten sie einen Tandem-Sprachkurs. Die Franzosen frischten die Sprachkenntnisse ihrer deutschen Gäste auf. Die revanchierten sich mit Deutschunterricht, hatten es dabei aber ungleich schwerer: Nur zwei der französischen Schüler besaßen schon Deutschkenntnisse. Am Ende der Woche konnten sich aber alle jungen Franzosen wenigstens auf Deutsch vorstellen. Immerhin.

An den unterrichtsfreien Nachmittagen standen Ausflüge auf dem Programm. Am Nachmittag des ersten Tages zeigte die französische Lehrerin der deutschen Gruppe Digne-les-Bains. Der malerische Ort liegt am Fluss La Bléone in Südfrankreich. Die Stadt ist mit ihren knapp 18.000 Einwohnern Hauptstadt des Départements Alpes-de-Haute-Provence in der Region Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Daher gibt es rings um Digne-les-Bains auch beeindruckende Felsmassive zu bewundern. Das Städtchen wird auch Lavendelhauptstadt genannt, als Reminiszenz an die Provence mit ihren ausgedehnten Lavendelfeldern, die die Landschaft prägen. An einem anderen Tag ging es nach Aix-en-Provence, wo die Altstadt und der Markt besonders beeindruckend waren.



Die Altstadt von Digne-les-Bains.

Ab der zweiten Woche standen dann Betriebspraktika auf dem Programm. Für die beiden Azubis aus dem Klinikum Brandenburg hatte man Praktikumsstellen in den Thermen von Digne-les-Bains besorgt. Doch so recht wusste dort niemand, wo man die beiden deutschen Frauen einsetzen sollte. Also arbeiteten sie erstmal am Empfang. Das sei nicht ganz einfach gewesen, denn ihr Schulfranzösisch sei schnell an Grenzen gekommen, wenn es darum ging, Franzosen die Heilangebote der Thermen zu erläutern, erinnert sich Franziska Harbarth. Gott sei Dank habe es viele englische Touristen gegeben, denen sie auf Englisch den Weg zu den Therapien für Hals-Nasen-Ohren- oder rheumatische Erkrankungen weisen konnten, auf die die Thermen besonders spezialisiert sind. Und schließlich kamen sie dann doch noch zu einer richtigen Aufgabe: Sie übersetzten den französischen Werbeflyer der Thermen ins Deutsche und gestalteten ihn neu. Auf das Ergebnis sind die beiden jungen Frauen stolz. Und auch die Franzosen waren von ihrer Arbeit sehr angetan, zumal eine deutsche Broschüre bisher nicht vorlag.

Gewöhnungsbedürftig war für Sarah und Franziska die französische Lebensart. Nach drei Stunden Dienst von 9.00 bis 12.00 Uhr schloss sich eine zweistündige Mittagspause an. Zwei Minuten nach

zwölf Uhr seien die französischen Kollegen alle weg gewesen. Da standen sie dann mit ihrem Lunchpaket einsam und verlassen auf der Straße, die beiden Azubis aus Brandenburg. Und es regnete stark. Die Thermen waren abgeschlossen, der Aufenthalt dort war in der Mittagspause nicht gestattet. Und da die Thermen außerhalb von Digne-les-Bains liegen, gab es ringsum keinerlei Möglichkeit, irgendwo Schutz zu suchen. Schließlich aßen die beiden Mädchen ihr Lunchpaket in einer Telefonzelle. Ab dem nächsten



Sarah Gellert, Emilie-Marie Grapinet, Franziska Harbarth, jetzt in Brandenburg an der Havel.

Tag wurden sie dann mittags von ihrer Lehrerin mit dem Auto abgeholt und wieder zurückgebracht, weil nachmittags noch drei Stunden gearbeitet wurde.

Auch in ihrer Familie konnten Franziska und Sarah nicht wohnen bleiben, weil das Ehepaar mit vier Kindern in einer anderen Stadt lebte, so dass die Mädchen einen zu langen Anfahrtsweg zu den Thermen gehabt hätten. Deshalb verbrachten sie dort nur ein Wochenende und lebten ansonsten im Schulinternat. Da waren sie übrigens nicht allein, denn auch andere Azubis aus ihrer Gruppe hatten Probleme mit ihrer Gastfamilie. Alle Deutschen machten die Erfahrung, dass die Franzosen insgesamt sehr lässig mit der Vorbereitung des Aufenthalts ihrer deutschen Gäste umgegangen waren, sei es in den Praktikumsbetrieben, sei es privat. Die vielen organisatorischen Probleme, die es zu lösen galt, hätten die deutsche Gruppe aber eng zusammengeschweißt, berichtet Franziska. „Perfektionismus, wie wir Deutschen ihn gern pflegen, ist den Franzosen völlig fremd“, ergänzt sie.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Diese magischen ersten Minuten

» Neue Leiterin der Rettungsstelle: Oberärztin DM Wiebke Weiland «

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin



Oberärztin DM Wiebke Weiland.

Es sind diese magischen ersten Minuten, wenn sie einem Patienten im Rettungswagen mit den wenigen dort verfügbaren Mitteln helfen kann. Wenn sein Zustand sich stabilisiert. Diese Augenblicke schätzt Oberärztin DM Wiebke Weiland ganz besonders. Sie ist seit dem 1. Juli Leiterin der Rettungsstelle im Städtischen Klinikum Brandenburg. Seit sie als Kind mit elf Jahren einen bösen Unfall beim Schlittschuhlaufen hatte und in einer Rettungsstelle versorgt wurde, stand für die gebürtige Mecklenburgerin, Jahrgang 1965, ihr Berufswunsch fest: als Ärztin in einer Rettungsstelle arbeiten und mit dem Notarztwagen unterwegs sein. Das macht sie heute noch gern, mit dem Notarztwagen fahren.

Zwischendurch habe sie auch mal daran gedacht, Meeresbiologin zu werden. Oder Pharmazie zu studieren. Doch letztendlich war und blieb ihr Traumberuf Rettungsärztin. Und so studierte sie von 1984 bis 1991 Medizin. Im Bezirkskrankenhaus Potsdam absolvierte sie ihr Pflichtjahr im 6. Studienjahr (Pädiatrie und Innere). Ihr Berufsweg begann im Kreiskrankenhaus Ludwigfelde, wo sie von 1991 bis zum 31.12.1992 in der Chirurgie und der Anästhesie tätig war. Von 1993 bis jetzt arbeitete Wiebke Weiland dann am Potsdamer Ernst-von-Bergmann-Klinikum, wo sie ihre Facharztausbildung zur Anästhesistin absolvierte. Die Zeit dort sei sehr schön gewesen. Aber jetzt als Leiterin der Rettungsstelle im Klinikum Brandenburg zu arbeiten, das sei die Verwirkli-

chung ihres Kindertraumes. Hier in Brandenburg sei sie am Ziel ihrer Wünsche angelangt, sagt Wiebke Weiland. Und strahlt.

Die Tür ihres Dienstzimmers fliegt auf: „Notfall im CT!“, ruft eine Krankenschwester. Mitten im Wort springt die Notfallärztin auf und ist weg wie der Blitz. Umso krasser ist die Stille, die zurückbleibt. Die große Fensterscheibe, die die gesamte Front ihres Dienstzimmers einnimmt, lässt das Sonnenlicht herein, die Straßengeräusche aber nicht. Der Blick nach draußen geht in die Hochstraße, die heiter wirkt mit ihrem frischen Grün und dem knallblauen Himmel darüber. Weilands Dienstzimmer ist sehr hell und zweckmäßig möbliert: Schreibtisch mit PC, Aktenbock unter dem Fenster, ein kleiner Besprechungstisch, darüber eine Pinnwand mit Informationen wie Diensttelefonnummern, Dienstplänen. Einige Stühle, ein Schrank, ein Bücherregal und das obligatorische Waschbecken. Mit Ausnahme eines Trockenblumenstraußes und eines kleinen Engels aus Ton, der auf dem Schreibtisch liegt, gibt es noch keine persönlichen Dinge. Keine Bilder, keine Topfpflanzen, nichts. Die strahlende Helle im Raum verbreitet eine heitere, fast meditative Stimmung.

Bagatellfälle, Schwerkranke und lebensbedrohlich Erkrankte – sie stehe jeden Tag vor neuen Herausforderungen, beschreibt Wiebke Weiland ihren Berufsalltag. Nein, wie Gott fühle sie sich nicht, wenn sie Leben rettet. Und wenn das nicht gelingt, dann empfinde sie tiefe Trauer. Vor allem, wenn es um Kinder geht, die reanimiert werden mussten. Das passiere aber glücklicherweise sehr selten. Sie selbst habe erst einen Fall erlebt. Trauer empfinde sie auch, wenn junge Erwachsene Unfallopfer werden, aber so nahe wie der Tod von Kindern gehe ihr das nicht.

Wie ihr das Abschalten nach anstrengenden Arbeitstagen gelinge? Sie habe eine tolle Familie, sagt die Mutter von drei Söhnen, 22, 10 und 5 Jahre alt. Es sei einfach schön, wenn die Kinder fröhlich von ihrem Tag erzählt. Und auch mit ihrem Mann, einem Notfallseelsorger bei der Berufsfeuerwehr Potsdam, könne sie über vieles reden. Ansonsten könne sie sich beim Segeln auf der Müritz gut erholen. Und auch im Garten in Werder, wo sie wohnt, sei es sehr schön. „Ich lese gern, am liebsten Krimis“, verrät die Rettungsärztin. Nur ihr Musikgeschmack offenbart Abgründe: Sie höre gerne Pink Floyd. Und AC/DC, die australische Hardrockband.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.07.2010 am 01.07.2010 am 01.07.2010 am 01.07.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010	Antje Peschke Anke Schäfer Hendrik Feldbinder Dr. Stephan Hiller Doreen Schadow Denny Schulz	Urologie-Station Station I3/I4 Intensivstation Innere Klinik I Apotheke Einkauf
15 Jahre	am 01.07.2010	Janin Harder	Intensivstation
20 Jahre	am 09.07.2010 am 01.08.2010 am 01.08.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 12.09.2010	Elke Wieden Berit Felgenträger Ramona Schmidt Katrin Bergemann Kerstin Bursian Ina Doellert-Nethe Anne-Doreen Heise Sigrid Hildebrandt Astrid Kriewitz Uta Krone Katrin Mamerow Kirstin Schimmer Jenny Schmeel Kathrin Schulte Beatrix Walter Dr. Carsten Wolter Steffi Hesse	Wachstation Station K2/K3 Neurochirurgie-Station Station I3/I4 Station Z1 Wachstation Intensivstation Station Z2 Zentral-OP Station F1 Station I1 Wachstation Intensivstation HNO-Ambulanz Intensivstation Anästhesie Station I2
25 Jahre	am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 12.09.2010	Anke Arndt Andrea Bilitza Susanne Dahms Kerstin Herz Annett l'Orteye Antje Niehr Iris Nohsia Berit Schöppner Beatrix Seffer Kerstin Winkelmann Ariane Zacharias Heike Zapp Jana Braune	Station K1 Tagesstation HNO-Station HNO-Klinik Medizinische Schule Physiotherapie Wissenschaftl. Bibliothek Station I3/I4 Radiologie Zentral-OP Interd. Ambulanz-Zentrum Station K2/K3 Medizintechnik
30 Jahre	am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010 am 01.09.2010	Katrin Bartl Elke Dammann Anett Dieckmann Silvana Drese Bettina Ermisch Gabriele Flegel Marion Haas Uta Herse Lieselotte Kirchner Dr. Brigitte Menzel	Station I1 Intensivstation Kreißaal Station Z2 HNO-Station Station I5 Station C3 HNO-OP Einkauf Radiologie

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

35 Jahre	am 01.09.2010	Viola Brademann	Rettungsstelle
	am 01.09.2010	Ramona Dreihardt	Apotheke
	am 01.09.2010	Cornelia Freiberg	Kreißaal
	am 01.09.2010	Sigrid Menzel	Apotheke
	am 01.09.2010	Christine Nützel	Physiotherapie
	am 01.09.2010	Veronika Seeger	Anästhesie
	am 01.09.2010	Dagmar Seeher	HNO-Station
	am 01.09.2010	Marion Spriesterbach	Station F1
40 Jahre	am 03.08.2010	Karin Brettnacher	Urologie-Station
45 Jahre	am 20.07.2010	Marlene Himberg	Sozialdienst

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

	am 01.05.2010	Carolin Pollok	Station C2
	am 03.05.2010	Yvett-Catrin Seraphim	Tumorzentrum
	am 04.05.2010	Maren Lindau	Kinderklinik
	am 17.05.2010	Stephanie Mühlig	Station Z1
	am 01.06.2010	Kornelia Böhmerle	Frauenklinik
	am 01.06.2010	Dr. Stephan Großmann	Apotheke
	am 01.06.2010	Isabell Pawlik	Intensivstation
	am 01.06.2010	Udo Wolfrum	Station I2
	am 01.07.2010	Doreen Käthe	Station C2
	am 01.07.2010	Wiebke Weiland	Rettungsstelle
	am 01.07.2010	Jacqueline Fischer	Urologie
	am 01.07.2010	Hendryk Eichholz	Neurochirurgie
	am 01.07.2010	Birgit Stiller	Neurochirurgie
	am 01.07.2010	Marcel Berndt	HNO-Station
	am 08.07.2010	Heiko Gesche	Anästhesie
	am 19.07.2010	Karsten Sydow	EDV-Abteilung
	am 01.08.2010	Adelheid Sönnichsen	Anästhesie/ITS
	am 01.08.2010	Angelika Strobelt	HNO-Ambulanz
	am 01.08.2010	Anika Gerson	Orthopädie/Unfallchirurgie
	am 01.08.2010	Kathleen Radebold	Radiologie
	am 01.08.2010	Nicole Lorenz	HNO-Station
	am 16.08.2010	Anja Welters	Innere Medizin II
	am 23.08.2010	Blanda Christin Kamin	HNO-Klinik
	am 01.09.2010	Nancy Jacoby	Wachstation
	am 06.09.2010	Katja Stübe	Station F1

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...* —

	am 31.05.2010	Claudia Wolf	Kinderklinik
	am 15.06.2010	Dr. Christoph Kloth	Orthopädie/Unfallchirurgie
	am 25.06.2010	Michael Schmitz	HNO-Klinik

am 30.06.2020	Gudrun Nowak	Medizinische Schule
am 30.06.2010	Dr. Carl Dietrich Döring	Orthopädie/Unfallchirurgie
am 30.06.2010	Iris Lang	Innere Klinik I
am 31.07.2010	Astrid Gürges	Station K2
am 14.08.2010	Dr. Martina Petzold	Kinderklinik
am 30.09.2010	Jörg Solger	Neurochirurgie
am 30.09.2010	Josta Koch	Einkauf
am 30.09.2010	Iris Hohls	Anästhesie/ITS

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	am 01.07.2010 am 04.07.2010 am 01.08.2010 am 01.09.2010	Kerstin Schuffenhauer Monika Timm Rolf-Olaf Frank Andrea Rückert	Stationssekretärin Reinigung Fuhrpark Med. Dokumentation
15 Jahre	am 01.09.2010 am 01.09.2010	Gabriele Bähler Katrin Falb	Stationshilfe Patientenversorgung
25 Jahre	am 01.09.2010	Angela Fleischhauer-Schöbel	Stationssekretärin
30 Jahre	am 22.07.2010	Karola Puhst	Reinigung



— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

am 25.05.2010	Roswitha Schulz	Cafeteria
am 01.06.2010	Carmen Weber	Hausdame
am 14.06.2010	Brunhilde Fuchs	Dokumentationsassistentin
am 14.06.2010	Martin Lenk	Patiententransport
am 12.07.2010	Ralf Nowocien	Hof/Transport
am 12.07.2010	Anne-Katrin Elwert-Schier	Zentraler Schreibdienst
am 01.08.2010	Maria Rehfeld	Zentraler Schreibdienst

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...* —

am 31.05.2010	Angelika Kielon	Cafeteria
am 31.08.2010	Margot Fleschner	Allgemeine Reinigung
am 31.08.2010	Ingrid Langerwisch	Archiv
am 30.09.2010	Renate Manteuffel	Zentraler Schreibdienst

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

Kinderalbtraum Lebertran!



Richtig lecker schmeckt er wirklich nicht – der Lebertran. Als eklig gilt der Geschmack alten fischigen Öls. Gesund ist er aber allemal. Die Wirksamkeit liegt in seinem Schutz vor Osteoporose und er soll auch die Laune aufhellen. Insbesondere bei der Rachitis, einer Krankheit bei Kindern, die zu weichen Knochen führt, wurde der Lebertran seit 1824 eingesetzt, noch bevor man die Wichtigkeit des Sonnenlichts bei der Behandlung der Erkrankung erkannte. Er sorgt für den Calciumeinbau in den Knochen.

Lebertran wird auch bei Unterernährung im Kindesalter und Schmerzlinderung bei Gelenkentzündung verwendet.

Er besteht aus leicht verdaulichem Fett, Omega-3-Fettsäuren, Jod, Phosphor, Vitamin E und hohen Dosen an Vitamin A und D. Das Öl aus gepresster und erwärmter Leber von Kabeljau, Dorsch und anderen Fischen ist zwar nicht unbedingt lecker – ein Kinderekel muss es nicht sein, denn heutzutage gibt es Lebertran in Kapseln.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité