

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Gesicht zeigen S. 4

Hin und weg im Gesundheitszentrum S. 14

Von der grenzenlosen Freiheit über den Wolken S. 16

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 Dr. med. P. Ledwon

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

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 Innere Medizin II Abteilung für Gastroenterologie / Diabetologie

CA Prof. Dr. med. W. Pommerien

Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Innere Medizin II Abteilung für Onkologie / Palliativmedizin

CA PD Dr. med. Markus Deckert

Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

CA Prof. Dr. med. R. Becker

Tel. (0 33 81) 41 19 00

Patientenfürsprecherinnen

Anneliese Czech

Christa Paulat

Ingrid Behrendt

Sprechstunden:

mittwochs 15.00 bis 16.00 Uhr
im Haus 1, Ebene 1, Übergang zu
Haus 3 (Raum Diabetiker-
schulung). Telefonische Erreichbar-
keit 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
Eingangsbereich am Kassenauto-
maten für den Parkplatz.
Alle Informationen werden ver-
traulich behandelt.

Elternseminar im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof

Informationsreihe für Eltern und Interessierte rund um das Baby- und Kleinkindalter

Treffpunkt: Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof, Erdgeschoss: Netzwerk Gesunde Kinder.

Mo., 08.04.2013 | 16.30 Uhr

Thema: » Wenn Eltern immer
lauter werden «

- › Wege aus der » Brüllfalle « –
es geht auch anders.
- › Wir sehen den Film
» Wege aus der Brüllfalle «
(alle Szenen von Eltern gespielt).
- › Anschließend Diskussion über
die verschiedenen Eindrücke,
Fragen und Meinungen.

Leitung: Frau Beate Stapperfenne,
Diplom-Sozialpädagogin

Mo., 13.05.2013 | 16.30 Uhr

Thema: » Beobachten, Begreifen,
Bestaunen – Eltern-Kind-Spiele
für 0- bis 3-Jährige «

- › Wahrnehmen kindlicher Bedürfnisse.
- › Gelungene Eltern-Kind-Interaktion –
Verstehen ohne Worte.
- › Spiel- und Beschäftigungsideen.

Leitung: Frau Astrid Kluchert und
Herr Malte Kostwald, Diplom-Sozial-
pädagogen mit Zusatzausbildung,
Erziehungs- und Familienberatungs-
stelle SOS Kinderdorf Brandenburg

Mo., 10.06.2013 | 16.30 Uhr

Thema: » Spaß beim Vorlesen aus
Kinderbüchern «

- › Für Bücher ist es nie zu früh.
- › Buchempfehlungen und Vorlesetipps.
- › Antworten auf Fragen rund ums
Vorlesen, Lebenspartner / Vatis
bereichern unsere Runde!

Leitung: Frau Petra Hoffmann,
Diplom-Pädagogin

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,

wir freuen uns, dass die Stadt Brandenburg an der Havel sich in diesem Jahr das Leitmotiv »Jahr der Gesundheit 2013« gegeben hat. In diesem Rahmen haben sich viele Anbieter im Gesundheitsbereich zusammengetan, um das ganze Jahr über die Vorbeugung und das medizinische Leistungsangebot in der Stadt zu informieren. Allein 4.000 Personen arbeiten im Gesundheitssektor vor Ort. Das KlinikJournal widmet sich

schon seit vielen Jahren der Information zum medizinischen Leistungsangebot und das Klinikum wird im Jahr der Gesundheit auch mit vielen Veranstaltungen vertreten sein. Die nächsten Termine finden Sie auf dieser Seite. Eine große Veranstaltung aller Gesundheitsanbieter findet dann am 24. Mai mit dem Gesundheitstag auf dem Neustädtischen Markt statt. Wir freuen uns jetzt schon auf Ihren Besuch.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

Jahr der Gesundheit 2013

Di., 16.04.2013

World Voice Day – der Tag der Stimme möchte Möglichkeiten der Heilung, Kräftigung, Aus- und Weiterbildung aufzeigen, Ort: HNO-Klinik

Mi., 17.04.2013 | 17 Uhr

Moderne Krebsdiagnostik und individuelle Tumorthherapie – die Rolle

der Pathologie, Ort: Panoramaraum (Vortrag), Institut f. Pathologie (Besichtigung) – alternierend

Mi., 24.04.2013

Tag gegen Lärm, Ort: HNO-Klinik

Mo., 06.05.2013

Aktionstag »Saubere Hände«, Ort: Städtisches Klinikum, Haus 3

Fr., 24.05.2013

Gesundheitstag, Ort: Neustädtischer Markt

Fr., 31.05.2013

Weltnichtrauchertag

10.06.–14.06.2013

Krebs – eine Diagnose, viele Hoffnungen, Veranstaltungsreihe im Klinikum

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 Gesicht zeigen
»Was epithetische Versorgung ist und wo sie helfen kann«
- 7 Traumatologie des Alters
»Typische Knochenbrüche bei Osteoporose«
- 10 Schreikinder
»Der Kinderarzt weiß Rat«
- 12 Hormonersatztherapie in den Wechseljahren

Ein- und Ausblicke

- 14 Hin und weg
»Ambulante Operationen im Gesundheitszentrum am Bahnhof«
- 16 Von der grenzenlosen Freiheit über den Wolken
»Interview mit dem Rettungspiloten Volker Dürr«
- 18 Eine fesche Offizierin
»Das zweite Leben der Chefärztin Birgit Didczuneit-Sandhop«
- 19 Das Agilityteam »IG Faule Pfote« mit Ralf Gerhard
»Wie Ralf, Bruce, Gino, Manni und Abby Hindernisse meistern«

Jubiläen und Neuigkeiten

- 20 Es ist ein bisschen kriminologisch
»Porträt des Endokrinologen Dr. Tim Scholz«
- 21 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Gesicht zeigen

»Was epithetische Versorgung ist und wo sie helfen kann«

Das Gesicht des Menschen ist seine Visitenkarte. Der Ausdruck der Augen, Lachfalten oder heruntergezogene Mundwinkel – dies alles sind Merkmale, die einen ersten Eindruck vermitteln, bevor der Mensch überhaupt ein Wort sagt. Wenn ein Gesicht durch Unfall oder Verbrennungen entstellt wurde – man denke an den österreichischen Autorennfahrer Niki Lauda –, dann kann die plastische Chirurgie zumeist wirkungsvoll helfen. Was aber tun, wenn durch große Tumoroperationen, durch eitrige Entzündungen wie beispielsweise Osteomyelitis oder durch Unfälle sehr große Defekte im Gesichtsbereich entstanden sind? Wenn beispielsweise ein Loch klafft, wo vorher die Nase war, oder wenn ganze Areale des Gesichtes fehlen? Derartige Defekte stellen für die Betroffenen zumeist eine immense psychische Belastung dar. Dabei ist nicht nur die persönliche Wahrnehmung des Patienten entscheidend, sondern auch die Stigmatisierung durch das soziale Umfeld.

Die Lebensqualität dieser Patienten wird nicht allein durch die Tumorfreiheit bestimmt. Sie brauchen darüber hinaus ein gutes kosmetisches Ergebnis. Wenn plastisch-rekonstruktive Operationsmethoden nicht anwendbar sind, dann ist die so genannte epithetische Versorgung von Defekten im Gesichtsbereich eine sinnvolle Alternative. Eine Epithese ist ein künstliches, abnehmbares Körperteil, das für den Patienten individuell angefertigt wird, um Defekte oder fehlende Areale des Körpers ästhetisch zu verschließen oder zu ersetzen.

Ein kleiner Exkurs zur Geschichte

Die Versorgung mittels Epithesen wird bereits bei den alten Ägyptern erstmals erwähnt. Sie stellten Mumienmasken und künstliche Augen aus kostbaren Materialien her. Die erste Erwähnung von Epithesen für Lebende findet sich 1581 in den Schriften von Ambroise Paré. Damals wurden Epithesen in Standardformen und -größen aus Materialien wie Elfenbein, Gold oder Ähnlichem verwendet.

Seit Beginn der modernen Epithetik Ende des 18. Jahrhunderts hat man unterschiedlichste Materialien wie Kautschuk, Aluminium, Zelluloid oder Gelatine entwickelt und eingesetzt. Nach 1945 kamen Silikone und Methacrylat zum Einsatz. Beide Materialien sind im Gegensatz zu den früher verwendeten Werkstoffen sehr gut modellierbar und hautverträglich. Aufgrund ihrer guten ästhetischen Gestaltungsmöglichkeiten und ihren Form- und Trä-



Vor der Behandlung.

Mit Nasenepithese.

gereigenschaften haben sie schlagartig alle anderen Materialien auf dem Markt verdrängt.

Welcher Patient ist für eine Epithese geeignet?

Grundsätzlich haben Patienten einen Anspruch auf ein ästhetisches äußeres Erscheinungsbild. Doch die Indikation zur Versorgung mit einer Epithese sollte sorgfältig gestellt werden.

Dabei müssen auch medizinische Kriterien bedacht werden wie beispielsweise:

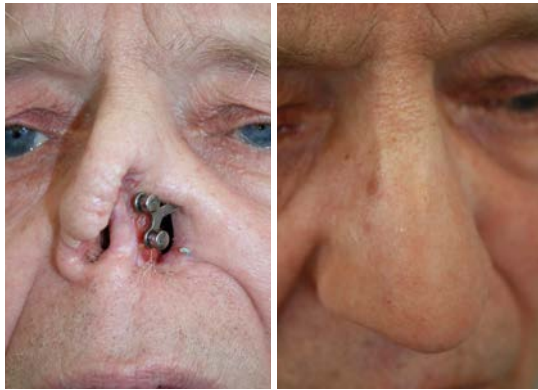
- eine Vielzahl von Nebenerkrankungen und ein schlechter Allgemeinzustand
- zu erwartende Wundheilungsstörungen bei Grunderkrankungen wie dem Diabetes mellitus.
- hohes Rezidivrisiko bei bösartigem Tumorleiden
- vorhergehende nicht zufriedenstellende plastisch-rekonstruktive Operationen
- schlechte Prognose, geringe Lebenserwartung, hohes Alter

Auch Patienten, die an Allergien gegen Fremdmaterialien oder an psychischen Erkrankungen leiden, sollten nicht mit einer Epithese versorgt werden. Das gilt auch für Patienten, die eine mangelnde Hygienebereitschaft haben.

Doch die Entscheidung für die Versorgung mit einer Epithese oder für andere Rekonstruktionsmethoden liegt letztendlich beim Patienten selbst.

Epithetische Versorgung im Klinikum

Zur Gesichts- und Kopfrekonstruktion kommen in der HNO-Klinik des Klinikums Brandenburg Ohr-epithesen, Epithesen der Wange, Septumbuttons,



Vor der Behandlung.

Nach der Behandlung.

Nasenepithesen und auch Implantate zur Rekonstruktion von Knochendefekten unter der Haut zum Einsatz. Eine wichtige Entscheidung ist die Wahl des geeigneten Materials und Epithetikers.

Keramikimplantate werden für die HNO-Klinik von der Firma 3di hergestellt. Sie werden nach einem vorher angefertigten Computertomogramm auf den Millimeter genau angefertigt und eingesetzt, so dass sie sich harmonisch in den Schädel einfügen. Epithesen aus Silikon wie Ohren, Wangen oder Nasenscheidewandknöpfe fertigt die Firma Anaplastologie aus Genthin.

Von der Chirurgie zum Kunsthandwerk

Die Versorgung mit Epithesen ist ein langwieriger Prozess, der sowohl großes handwerkliches als auch künstlerisches Geschick erfordert. Es finden mehrere Beratungsgespräche zwischen dem Patienten und dem Epithetiker statt. Als Erstes muss das Defektareal per Abdruck erfasst werden. Dieser Abdruck wird als Arbeitsmodell verwendet. Es erfolgen mehrere Sitzungen mit dem Patienten, gegebenenfalls auch



Silikonepithese der Wange.

falls auch mit seinen Freunden oder Angehörigen, um Schritt für Schritt das zu ersetzende Gesichtsteil aus medizinischem Wachs zu rekon-

struieren. Je nach Komplexität des Defektes können mehrere Anpassungen benötigt werden. Zum Schluss modelliert der Epithetiker die Oberfläche der Epithese, bis diese möglichst lebensecht auf den Betrachter wirkt und der Patient sich selbst erkennt und zufrieden ist.

Gemeinsam mit dem Epithetiker plant der Operateur das weitere Vorgehen wie Art der Anbringung und Zeitplan der Versorgung.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten der Befestigung von Epithesen.

- Chirurgische Verankerung: Verankerung im Knochen durch so genannte Haltebrücken
- Chemische Verankerungen durch Klebstoffe; möglicher Nachteil: Unverträglichkeitsreaktionen
- Mechanische Verankerung an anderen Hilfsmitteln wie beispielsweise an der Brille bei Nasen- und Orbitadefekten
- Anatomische Verankerungen

Die chirurgische Knochenverankerung ähnelt der Implantattechnik beim Kieferchirurgen. Es werden Titanhalterungen im Knochen befestigt und nach mehrwöchiger Einheilzeit werden so genannte Inserts (Magnete) in das Innere der Titanhalterungen geschraubt. An diesen Inserts wird der eigentliche Magnet befestigt, der sich an der Epithese befindet. Die Positionierung der Halterungen wird von Operateur und Epithetiker gemeinsam geplant.

Dieses Vorgehen hat einige wesentliche Vorteile gegenüber den übrigen Methoden: Es bietet sicheren Sitz durch die Befestigung mit Magneten. Die Epithese lässt sich unabhängig von anderen Hilfsmitteln einsetzen und besser an die Gesichtsmimik anpassen. Daher ist die Knochenverankerung die »Methode der Wahl«.

Sie wird nach dem Bränemark-Prinzip durchgeführt, benannt nach dem Schweden Bränemark, der es in den 1950er Jahren eingeführt hat. Das Bränemark-Prinzip besteht darin, bei der Befestigung der Titanhalterungen nur ein minimales Knochen trauma zu schaffen, indem mit geringer Drehzahl gebohrt und kontinuierlich Wasser zur Kühlung der Bohrstelle am Knochen zugeführt wird. Auf diese Weise werden bei den Bohrungen nur Temperaturen von 34 Grad Celsius erreicht und der Knochen bleibt vital. Es kann somit eine Osseointegration stattfinden. Die Operation findet je nach Wunsch und Allge-

— Verfasser —



Ann Brünink,
M. A. phil.

Journalistin



Andrea Weber

Assistenzärztin
der Klinik für HNO,
Gesichts- und
Halschirurgie

meinzustand des Patienten entweder in örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose statt.

Die meisten unserer Patienten haben bereits vor der aufwändigen Anpassung einer Epithese eine lange

und teilweise qualvolle Krankengeschichte hinter sich. Mit Epithesen können wir ihnen wenigstens ein wenig ihren Alltag wiedergeben und ihnen die Möglichkeit eröffnen, wieder am sozialen Leben teilzunehmen.

Ein Loch ist im Kopf

»Wie eine Epithese Danny Zimmermann geholfen hat«



Danny Zimmermann (28) aus Falkensee hatte als Kind eine eitrige Stirnhöhlenentzündung. In einer Notoperation wurde die Stirn durchstoßen und der Knochen entfernt. Seitdem hatte er einen Defekt an der Stirn, eine Beule nach innen. Das störte ihn sehr, denn es trug ihm immer wieder unerwünschte Aufmerksamkeit von seiner Umwelt ein. Im Oktober 2012 hat ihm Chefärztin Birgit Didczuneit-Sandhop in der HNO-Klinik des Klinikums Brandenburg über einen Bügelschnitt (Schnitt von einem Ohr zum anderen) eine Bioverit-Glimmer-Glaskeramik-Epithese in die Stirn implantiert.

Mit dem Patienten sprach Ann Brünink.

Herr Zimmermann, wie sind Sie auf das Klinikum Brandenburg gekommen?

Meine HNO-Ärztin in Falkensee hat mich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, mich in Brandenburg operieren zu lassen.

Wie lief die Behandlung in der HNO-Klinik ab?

Es gab ein Vorgespräch und dann wurde eine Computertomografie von meinem Schädel gemacht, die an die Firma geschickt wurde, die danach die Epithese angefertigt hat. Es hat alles gut gepasst.

Wurden Sie ambulant operiert?

Nein, die Epithese wurde mir stationär eingesetzt und meine eigene Haut wurde darübergezogen. Ich musste sieben Tage im Krankenhaus bleiben. Alles ist gut verheilt.

Und? Haben sich seitdem Ihre Chancen bei den Frauen erhöht?

(Lacht.) Ich bin in festen Händen. Das war ich auch schon vor der Operation.

Traumatologie des Alters

» Typische Knochenbrüche bei Osteoporose «

Viele Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter ziehen sich durch Stürze oder Bagateltraumen typische Knochenbrüche zu, deren konservative oder operative Therapie zum Tagesgeschäft des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie gehört.

Um welche Verletzungen es sich konkret handelt, wie man sie therapiert und wie sie vermieden werden können, erfahren Sie in diesem Artikel.

Im höheren Lebensalter kommt es zu einer physiologischen Involution aller Körpergewebe, auch des Knochens. Das bedeutet, dass der Knochen im Alter atrophiert. Dabei wird das Gleichgewicht zwischen Knochenaufbau und Knochenabbau gestört. Der Knochen älterer Menschen enthält weniger Mineralien und organische Knochenmatrix. Frauen nach den Wechseljahren sind davon stärker betroffen als Männer. Dieser Knochenschwund wird als Osteoporose bezeichnet.

Nach dem 50. Lebensjahr erleidet jede dritte Frau einen durch die postmenopausale Osteoporose bedingten Knochenbruch. Bei den über 70-jährigen Frauen ist es schon jede zweite. Männer erkranken durchschnittlich zehn Jahre später. Bei ihnen ist die Erkrankung tendenziell schwächer ausgeprägt als bei Frauen, dafür aber öfter Folge anderer Erkrankungen. Dann wird die Osteoporose als sekundäre Osteoporose bezeichnet.

Wie kommt es zur Osteoporose?

Es wird eine primäre und eine sekundäre Form der Osteoporose unterschieden. Von der primären Form spricht man, wenn die Ursache der Osteoporose auf einen Hormonmangel nach den Wechseljahren oder auf ein höheres Lebensalter zurückzuführen ist. Es handelt sich um eine sekundäre Osteoporose, wenn sie als Folge anderer Erkrankungen auftritt oder auf eine Therapie mit bestimmten Medikamenten zurückzuführen ist. Aber auch Veranlagung und Lebensstil haben einen Einfluss auf den Knochenabbau. Eine zu geringe Aufnahme von Kalzium und Vitamin D, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkohol begünstigen die Ausbildung einer Osteoporose.

Welche Folgen kann eine Osteoporose haben?

Da die Osteoporose schleichend beginnt, erfahren viele Menschen erst nach einem Knochenbruch von dieser Diagnose. Typische Knochenbrüche gibt es im Bereich der Wirbelsäule, des körpernen Anteils des Oberschenkels (z. B. Schenkelhalsbruch)

und des Oberarms sowie im handgelenksnahen Teil der Speiche und des vorderen knöchernen Beckenringes. Eine große Gefahr bei Brüchen am Oberschenkel und solchen der Wirbelkörper ist die drohende Bettlägerigkeit des Patienten. Außerdem steigt das Sterblichkeitsrisiko in den ersten Monaten nach dem Bruch an. Um sich solche Brüche zuzuziehen, bedarf es häufig nur Bagateltraumen. Glücklicherweise gibt es heute gute und standardisierte Therapiekonzepte bei solchen Knochenbrüchen. In Abhängigkeit von der Art des Bruches wird festgelegt, ob eine konservative oder operative Therapie erfolgen muss. Ziel dabei ist es, eine Bettlägerigkeit des Patienten möglichst zu vermeiden und ihn schnellstmöglich zu mobilisieren.

Welche Therapieform kommt bei welchem Knochenbruch zum Einsatz?

1. Handgelenksnaher Bruch der Speiche (distale Radiusfraktur)

Bei der distalen Radiusfraktur handelt es sich um den häufigsten Bruch des Menschen. In Deutschland sind ca. 200.000 Menschen pro Jahr betroffen. Ob dieser Bruch operiert werden muss oder ob eine Gipsbehandlung ausreichend ist, hängt von der Art des Bruches ab und von möglichen Begleitverletzungen. Bei der konservativen Therapie erfolgt in der Regel eine Gipsbehandlung für sechs Wochen. Manchmal muss der Bruch vorher gerichtet werden (Reposition). Bei der operativen Versorgung kommen verschiedene Techniken in Betracht. Meist wird eine Platte auf den verletzten Knochen geschraubt, nachdem dieser in eine optimale Stellung gebracht wurde. Manchmal kommen aber auch Drähte, Schrauben oder eine Materialkombination zur Anwendung. Nach der Operation ist dann eine Gipsbehandlung meist nur für zehn bis 14 Tage erforderlich. Eine stationäre Behandlung ist im Fall einer Operation nur für wenige Tage erforderlich. Die konservative Therapie kann ambulant erfolgen.

2. Körpernen Bruch des Oberschenkelknochens (Schenkelhalsfraktur)

Es gibt sehr viele unterschiedliche Brüche des Oberschenkels. Bei der »klassischen« Schenkelhalsfraktur ist eine konservative Therapie nur im Ausnahmefall möglich. Durch eine Operation gilt es, die durch den Bruch entstehende Bettlägerigkeit des Patienten zu vermeiden und ihn schnellstmöglich wieder auf die Beine zu bringen. Operationstechnisch kommt häufig eine endoprothetische

Versorgung des Hüftgelenkes mit Entfernung des Hüftkopfes in Betracht. Manchmal kann der Bruch auch verschraubt oder mit Spezialimplantaten versorgt werden, so dass der Hüftkopf erhalten werden kann. Der Vorteil der endoprothetischen Versorgung beim älteren Patienten besteht sicherlich darin, dass der Patient ab dem ersten Tag nach der Operation unter Vollbelastung mobilisiert werden kann. Bei Schraubensystemen ist meist eine Ent- oder Teilbelastung notwendig. Dies fällt gerade dem älteren Patienten häufig sehr schwer. Die stationäre Behandlungsdauer bei der endoprothetischen Versorgung beträgt etwa elf bis zwölf Tage.



Röntgenbild eines pertrochantären Oberschenkelbruchs (rote Pfeile).



Röntgenbild einer medialen Schenkelhalsfraktur (roter Pfeil).



Röntgenbild nach operativer Versorgung durch einen Nagel.



Röntgenbild nach operativer Versorgung durch ein künstliches Hüftgelenk.

Neben der Schenkelhalsfraktur gibt es häufig noch die sogenannte pertrochantäre Oberschenkelfraktur. Dabei bricht der Oberschenkelknochen etwas körperferner außerhalb der Gelenkkapsel. Bei diesem Bruch gibt es keine sinnvolle Alternative zur Operation. Der Vorteil ist, dass sich dieser Bruch relativ einfach und schnell durch das Einbringen eines Nagels operieren lässt, der den Knochen von innen

schient. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Patient ab dem ersten Tag nach der Operation unter Vollbelastung mobilisiert werden kann. Der Krankenhausaufenthalt dauert meist nur etwa eine Woche.

3. Körperrnahe Bruch des Oberarmknochens (proximale Humerusfraktur)

Beim körperrnahen Bruch des Oberarmknochens hängt es von der Art des Bruches ab, ob hier eine konservative Therapie ausreichend ist oder operiert werden muss.

Ist der Bruch nicht verschoben, der Oberarmkopf nicht abgekippt und die Durchblutung des Oberarmkopfes durch den Frakturverlauf nicht gefährdet, kann eine konservative Therapie erfolgen. Dabei ist eine intensive spezielle physiotherapeutische Behandlung notwendig. Begleitet wird diese durch die Verwendung einer speziellen Bandage und selbstverständlich durch eine optimale Schmerztherapie. Regelmäßige Röntgenkontrollen sind erforderlich, um ein mögliches Verschieben des Bruches rechtzeitig zu erkennen. Dann ist mögli-

cherweise doch noch eine operative Versorgung notwendig. Muss die proximale Humerusfraktur operiert werden, gibt es verschiedene technische Möglichkeiten. Zur Anwendung kommen hier Nagel- oder Plattensysteme. Ist der Oberarmkopf völlig zerstört, muss das Schultergelenk durch eine Endoprothese ersetzt werden.

4. Wirbelkörperbruch

Viele Wirbelkörperbrüche lassen sich konservativ behandeln. Sollte doch mal eine Operation notwendig sein, steht uns im Klinikum eine leistungsfähige neurochirurgische Abteilung zur Verfügung, die die betroffenen Patienten sofort weiterversorgen kann. Bei der konservativen Therapie gilt es, den Patienten unter physiotherapeutischer Anleitung und mit einer wirkungsvollen Schmerztherapie zu mobilisieren und ein weiteres Zusammenbrechen des Wirbelkörpers zu vermeiden. Manchmal ist die Verordnung eines Korsetts notwendig.

5. Vordere Beckenringfraktur

Patienten mit einer vorderen Beckenringfraktur werden meist konservativ therapiert. Hier steht die schmerzadaptierte Mobilisierung mit Gangschule im Vordergrund. Vor Entlassung wird eine Röntgenkontrolle durchgeführt, um ein Verschieben des Bruches auszuschließen. Der Krankenhausaufenthalt dauert meist fünf bis sieben Tage.

Es ist wichtig, eine für den Knochenbruch spezielle Therapieform auszuwählen, um eine möglichst gute Heilung zu erreichen. Weiterhin muss auf die individuellen Belange des Patienten spezifisch eingegangen werden. Dabei spielen neben medizinischen Gesichtspunkten (z. B. Vorerkrankungen, Mobilisierbarkeit) auch soziale Aspekte eine Rolle. So gibt es immer mehr Patienten, die auch im höheren Alter große körperliche Ansprüche haben, beispielsweise sportlich aktiv oder noch erwerbstätig sind. Andere Patienten sind bereits bettlägerig und hilflos (z. B. nach Schlaganfällen), bevor es zu einem Knochenbruch kommt. Es ist leicht vorstellbar, dass hier auch eine Abwägung bezüglich Operationserfolg und Operationsrisiko erfolgen muss. Von Bedeutung für den Therapieerfolg ist aber nicht nur die operative oder konservative Therapie im Krankenhaus, sondern auch die anschließende Weiterbehandlung. Hier ist es entscheidend, ambulante ärztliche Therapie, Krankengymnastik und alltägliche Versorgung des Patienten zu koordinieren.

Wie lassen sich Knochenbrüche im Alter vermeiden?

Durch eine gute Prophylaxe ließen sich sicherlich viele Knochenbrüche und somit Krankenhausaufenthalte sowie Operationen vermeiden. Bei der Vorbeugung hilft es, knochenfreundlich zu leben. Erstrebenswert wäre es, bereits im Kindesalter mit kalziumreicher Ernährung und viel Bewegung zur Stärkung von Knochen und Muskulatur zu beginnen. Bei Verdacht auf eine Osteoporose sollte eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie, DXA) erfolgen. Wird dabei eine Osteoporose diagnostiziert, sollte mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern.

Darüber hinaus sollten möglichst viele Faktoren, die zu Stürzen führen können, ausgeschaltet werden. Dazu zählt z. B. die richtige medikamentöse Einstellung eines Bluthochdrucks oder einer Zuckerkrankheit. Im fortgeschrittenen Lebensalter lässt häufig das Durstgefühl nach. Dadurch steigt das Risiko für eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme. Auch dies kann zu einem erhöhten Sturzrisiko führen, da es bei Austrocknung zu Kreislaufstörungen kommen kann. Kreislaufstörungen können auch vielfältige andere Ursachen haben. Besteht beispielsweise der Verdacht auf Herzrhythmusstörungen oder Gefäßerkrankungen, sollten diese unbedingt ärztlich abgeklärt und gegebenenfalls therapiert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein gesunder Lebensstil, die rechtzeitige Erkennung von Osteoporose und die richtige Behandlung von Erkrankungen, die die Sturzneigung erhöhen, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Knochenbrüchen im Alter reduzieren können. Damit steigt die Lebensqualität und sinkt das Sterblichkeitsrisiko. Sollte es doch zu einem Knochenbruch gekommen sein, gilt es, eine individuell optimierte Therapiestrategie auszuwählen und umzusetzen. Dabei kommt es nicht nur auf den Erfolg der stationären Behandlung an, sondern ganz entscheidend eben auch auf die poststationäre Weiterbehandlung, um den Therapieerfolg für den Patienten langfristig zu sichern.

— Verfasser —



**Prof. Dr. med.
Roland Becker**

*Chefarzt im
Zentrum für
Orthopädie und
Unfallchirurgie*



**Dr. med.
Bernd Döring**

*Assistenzarzt
im Zentrum für
Orthopädie und
Unfallchirurgie*

Schreikinder

» Der Kinderarzt weiß Rat «



Bei exzessivem Schreien kann der Besuch beim Kinderarzt hilfreich sein.

Jeder Säugling schreit einmal. Es ist Teil des normalen Verhaltensrepertoires. Hierdurch signalisiert er, dass etwas nicht stimmt. Er drückt damit Hunger, Durst, Schmerz, Langeweile oder auch Überforderung aus. Im Laufe der ersten Wochen werden die Eltern Spezialisten darin, das Schreien ihres Säuglings richtig zu interpretieren, und können so auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen und es beruhigen. Was nun aber, wenn das Schreien nicht aufhört? »Exzessives Schreien im Säuglingsalter« wird das Verhalten von unstillbaren, dauerhaften Schrei- und Unruheattacken genannt. Etwa 16 bis 29 Prozent aller Säuglinge sind hiervon betroffen. Die Schrei- und Unruheepisoden beginnen meist um die zweite Lebenswoche und nehmen etwa bis zur sechsten Lebenswoche an Intensität und Häufigkeit zu. In der Regel bildet sich die Symptomatik danach bis zum Ende des dritten Lebensmonats weitgehend zurück. Bei etwa acht Prozent gehen die Attacken jedoch noch über den dritten Lebensmonat hinaus. Das Schreien tritt gehäuft in den Abendstunden auf; häufig ist bei kurzen Tagschlafphasen (die meist weniger als 30 Minuten dauern) eine gegen Abend zunehmende Übermüdung und Überreizung des

Säuglings zu beobachten. Beruhigungshilfen wie das Abdunkeln des Zimmers, Schnuller und Spieluhren zeigen keine Wirkung. Dies bringt die Eltern in eine extreme emotionale und körperliche Belastungs- und natürlicherweise Überforderungssituation, geprägt von Hilflosigkeit, Verzweiflung und Übermüdung. Eine normale Interaktion zwischen Eltern und Kindern ist hierdurch häufig kaum noch möglich, was das Schreiverhalten des Kindes weiter verstärkt. Bei erheblicher Überforderung der Eltern kann es sogar zu einer Gefährdung des Kindes durch die Eltern kommen.

Dies führt nun wiederum verstärkt zur Unzufriedenheit des Kindes und die Schreisyndromatik wird verstärkt. Die subjektiv erlebte Belastung der Säuglinge und Eltern spielt dementsprechend für die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung (»Krankheitswert des exzessiven Schreiens im Säuglingsalters«) eine wichtige Rolle.

Die Ursache des exzessiven Schreiens ist weitestgehend ungeklärt. Es wird eine Reihe von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren diskutiert, ohne



Janine Heise mit ihrer acht Wochen alten Tochter Vanessa.

dass ein allgemein akzeptiertes ursächliches Modell existiert. So ist auch das weit verbreitete Modell der Dreimonatskoliken letztlich nicht bewiesen.

Neben ausführlichen Elterngesprächen, in denen Informationen bezüglich der familiären Situation, der Mutter-Kind-Interaktion sowie bezüglich des Vorliegens von spezifischen Ressourcen und Belastungs- und Risikofaktoren gesammelt werden und ein umfangreiches Bild von der körperlichen, psychischen und sozialen Vorgeschichte und Situation des Säuglings und seiner Eltern gewonnen wird, müssen organische Erkrankungen als Ursache für das Schreien ausgeschlossen werden. So können zum Beispiel auch Infektionen der Harnwege, Mittelohrentzündungen, Nahrungsunverträglichkeiten, Darmentzündungen, Verstopfungen oder Infektionen der Atemwege zu anhaltendem Schreien führen. Auch müssen unbemerkte Knochenbrüche, neurologische Störungen wie zum Beispiel eine frühkindliche Hirnschädigung oder auch verschiedene genetische Syndrome in Erwägung gezogen werden. Des Weiteren ist ein häufigeres Auftreten von exzessivem Schreien in Haushalten mit Niko-

tinkonsum festgestellt worden. Verhaltensprotokolle und Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen Kontexten (Fütterungssituation, Spiel, Beruhigungssituation, Trennungssituation, Wiedersehen) runden die Diagnostik ab.

Bei weniger schweren Fällen kann es bereits genügen, einen strukturierten Tagesablauf mit regelmäßigen Schlafphasen am Tag sowie ausreichender Beschäftigung des Kindes in den Wachphasen zu etablieren. Bei ausgeprägter Überlastung und Wut während der Schreiphase des Kindes wird den Eltern empfohlen, das Kind lieber in sicherer Position auf dem Boden zu belassen und kurzzeitig den Raum zu verlassen. Da eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion das Problem häufig erschwert, kann eine Entlastung der Eltern durch Hilfspersonen bereits zu einer erheblichen Besserung der Problematik beitragen. Sollte sich mit diesen Maßnahmen keine Normalisierung des kindlichen Verhaltens einstellen, empfiehlt sich als erster Ansprechpartner der Kinderarzt, ggf. kann eine Vorstellung in einer spezialisierten Schreiambulanz erfolgen (z. B. Familienzentrum Fachhochschule Potsdam, Friedrich-Ebert-Straße 4, 14467 Potsdam, 03 31 / 2 70 05 74).

Sollte allgemein Hilfe in der Betreuung des Kindes benötigt werden, kann auch das Netzwerk Gesunde Kinder in Anspruch genommen werden.
www.netzwerk-gesunde-kinder.de

— Verfasser —



Agnes Engst

Assistenzärztin
 der Klinik für
 Kinder- und
 Jugendmedizin

Hormonersatztherapie in den Wechseljahren



Alle Frauen mit entsprechenden Beschwerden sollten sich in den gynäkologischen Praxen beraten lassen.

Die Hauptaufgabe der Sexualhormone im Organismus der Frau besteht darin, den monatlichen Eisprung innerhalb eines Regelkreises zwischen Eierstöcken, Hirnanhangsdrüse und Zwischenhirn auszulösen, die Gebärmutter-schleimhaut auf die Aufnahme der befruchteten Eizelle vorzubereiten und die Schwangerschaft zu erhalten.

Vor den Wechseljahren, in denen die Funktion der Eierstöcke allmählich zum Erliegen kommt, reift in einem etwa vierwöchigen Zyklus unter dem Einfluss zweier Hormone der Hirnanhangsdrüse zunächst ein so genannter Follikel am Eierstock heran. Hierbei kommt es zu einem allmählichen Anstieg des Follikelhormons (Estrogen) bis zum Eisprung, der seinerseits durch eine relativ plötzliche starke Ausschüttung des Hirnanhangsdrüsenhormons (LH) ausgelöst wird. Aus dem Follikel bildet sich dann der Gelbkörper, der überwiegend das schwangerschaftserhaltende zweite wichtige Sexualhormon der Frau, das Gelbkörperhormon (Progesteron), bildet. Kommt es nicht zu einer Befruchtung und einer Einnistung der Eizelle in der Gebärmutter-schleimhaut, geht der Gelbkörper zugrunde und der Zyklus beginnt von vorn.

Da diese Botenstoffe über die Blutbahn aber alle Körperregionen erreichen können und die Zellen verschiedener Gewebe Bindungsstellen für Sexualhormone haben, gehen ihre Wirkungen im Organismus jedoch weit über diese unmittelbar reproduktive Funktion hinaus. Aber auch dies ergibt im Zusammenhang mit Sexualität und Schwangerschaft durchaus einen Sinn.

Der Hormonzyklus einerseits und die Wirkungen der Hormone an verschiedenen Geweben andererseits führen zu typischen zyklischen Veränderungen im Organismus:

In unterschiedlicher Ausprägung kann es beispielsweise zu Schwankungen in den Eigenschaften von Haut und Haaren, der psychischen Grundstimmung, der allgemeinen Leistungsfähigkeit und Aktivität usw. kommen. Grundsätzlich üben dabei Estrogene und Progesteron oft gegensätzliche Wirkungen aus. An der Gebärmutter-schleimhaut, im Vulva- und Vaginalbereich, aber auch in der Harnröhre stimuliert Estrogen das Wachstum der oberflächlichen Gewebsschichten und erhöht die Gewebespannung. Die Aktivität der Drüsen am Scheideneingang wird gefördert. Aktivierende Effekte sind aber auch an der Mund- und Nasenschleimhaut und der Augenbindehaut zu beobachten. Die Haut wird unter Estrogeneinfluss besser durchblutet, die Haarqualität gefördert. An der Brustdrüse kommt es unter Estrogeneinfluss ebenfalls zu einer Zunahme des Volumens und der Gewebespannung. Estrogene wirken über die Beeinflussung von bestimmten Hirnarealen antriebssteigernd, während Progesteron eher den Aktivitätsgrad dämpft. Die Aktivität der Zellen, die für den Aufbau der stützenden Knochengewebe verantwortlich sind, wird durch Estrogene erhöht. An den Blutgefäßen haben Estrogene direkte und indirekte schützende Wirkungen.

In jungen Jahren sind diese kurzzeitigen zyklischen Schwankungen der Hormonaktivität für die Frauen meist gut tolerabel und darüber hinaus durch die verfügbare Vielfalt der Antibabypillen gut beeinflussbar. Doch bereits zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr kommt es zu einem Nachlassen der Eierstockfunktionen, wodurch länger anhaltende und oft auch als sehr belastend empfundene Hormonmangelsymptome hervorgerufen werden können. Diese sind durch den dann fehlenden Einfluss der Sexualhormone auf die verschiedenen Organe

erklärbar. Die Auswirkungen eines Hormonmangels in den Wechseljahren können so ausgeprägt sein, dass sie Krankheitswert bekommen. Dies ist meist dann der Fall, wenn eine entsprechende Veranlagung zu derartigen Erkrankungen bereits vorher bestanden hat. Neben den allgemein bekannten Symptomen wie Hitzewallungen mit plötzlichen Schweißausbrüchen, Müdigkeit, Antriebsarmut etc. gibt es auch weniger bekannte Folgen des Estrogenmangels nach dem Erlöschen der Eierstockaktivität. Als Beispiel kann die Osteoporose (krankhafter Verlust der stützenden Knochensubstanz) dienen: Hierzu neigen besonders Frauen, die sich wenig oder kaum sportlich betätigen oder bewegen, wenig calciumhaltige Nahrung (Milch oder Milchprodukte) zu sich nehmen und einen Vitamin-D-Mangel haben. Hinzu kommen auch konstitutionsbedingte Faktoren im Knochenbau. So neigen blonde, feingliedrige Frauen eher zu Osteoporose. Fällt nach den Wechseljahren der knochenstimulierende Estrogeneinfluss weg, kann es zu einem weiteren starken Rückgang der Knochensubstanz mit gravierenden Problemen wie einem Zusammensinken der Wirbelsäule und Brüchigkeit der Röhrenknochen kommen.

Ein weiteres Beispiel ist der Estrogeneinfluss auf das Gehirn: Durch den Wegfall der stimulierenden Effekte auf bestimmte Hirnareale können sich manifeste Depressionen entwickeln und die allgemeine Hirnleistungsfähigkeit kann abnehmen. Weiterhin steigt das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, nach den Wechseljahren an.

Die beschriebenen Risiken haben vor allem in den 60er Jahren dazu geführt, dass nahezu allen Frauen in der Menopause über viele Jahre synthetische Sexualhormonpräparate verschrieben worden sind. Die Publikation von zwei großangelegte Studien, der »One Million Women Study« und der »Women's Health Initiative Memory Study«, hat trotz großer methodischer Schwächen vor ca. zehn Jahren dann zu erheblichen Irritationen und z.T. sehr emotionalen Diskussionen, verbunden mit einer wieder stärkeren Zurückhaltung bei der Verordnung von Hormonersatzpräparaten, geführt. Diese resultierte aus der Annahme, dass eine Hormonersatztherapie beispielsweise zu einem Anstieg des Risikos für Brust- und Gebärmutterkrebs führt und der vermutete schützende Effekt auf das Herz-Kreislauf-System kaum existiert.

Heute gibt es sehr fundierte, auf einer guten Datenbasis ruhende Empfehlungen für die Hormonersatztherapie in der Perimenopause, die sich stark verkürzt wie folgt zusammenfassen lassen:

- Bei klimakterischen Beschwerden, die die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Frau stark beeinträchtigen, ist eine Hormonersatztherapie sinnvoll und grundsätzlich zu empfehlen.
- Das Therapiekonzept (Dosierung, Behandlungsdauer und Auswahl der Präparate) sollte auf die individuellen Beschwerden und Bedürfnisse der Frau zugeschnitten werden. Wie immer bei medikamentösen Behandlungen sollte die Behandlung nur so lange wie nötig und in der geringsten wirksamen Dosierung erfolgen.
- Bei Frauen, deren Gebärmutter nicht entfernt worden ist, muss stets eine Kombination aus Estrogenen und Progesteron gegeben werden.
- Die Gabe der Hormonpräparate über die Haut, die Schleimhäute oder auch die Scheide (Gel, Pflaster, Nasenspray) ist der Verabreichung von Tabletten vorzuziehen.
- Bei Beschwerden im Bereich der Harnröhre und Scheide ist eine lokale Estrogenbehandlung durch Salben und Cremes effektiver als die Behandlung mit Hormontabletten.

Wir sollten nicht außer Acht lassen, dass sich viele der typischen Wechseljahresbeschwerden auch durch einen angepassten Lebensstil beeinflussen lassen: Regelmäßige Bewegung, gesunde und ausgewogene zusammengesetzte Ernährung, ausreichend Schlaf und Gewichtsreduktion sind wichtige begleitende Faktoren dabei.

Die ambulant tätigen Gynäkologen sind als Hausärzte der Frau Experten in der hormonellen Behandlung von Symptomen, die durch Estrogenmangel ausgelöst werden. Alle Frauen mit entsprechenden Beschwerden sollten sich deshalb in den gynäkologischen Praxen beraten lassen.

— Verfasser —



Dr. Peter Ledwon

Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hin und weg

» Ambulante Operationen im Gesundheitszentrum am Bahnhof«



Eine helle und freundliche Atmosphäre erwartet den Patienten im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof.

Die Aussicht ist atemberaubend. Doch deswegen begibt sich niemand in die vierte Etage des Gesundheitszentrums am Bahnhof. Wer hierherkommt, hat anderes vor. So wie Saskia Cramer (23) und Brigitte Ölgart (61). Die beiden Frauen sind Patientinnen des Klinikums Brandenburg und warten auf ihre ambulante Operation. »Ich bin fürchterlich aufgeregt«, gesteht Saskia Cramer, obwohl sie schon weiß, wie hier alles abläuft. Bereits im Dezember hatte sie sich im Ambulanten Operationszentrum, das das Klinikum im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof betreibt, ambulant operieren lassen. Als ein weiterer Eingriff nötig wurde, entschied sie sich wiederum für das Ambulante Operationszentrum.

Das Klinikum hat seinen gesamten ambulanten Operationsbetrieb in das Operationszentrum im Gesundheitszentrum verlagert. In den Bereichen Hals, Nase, Ohren (HNO), Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie sowie Zahn-, Kiefer- und Gesichtschirurgie werden hier ambulante Eingriffe vorgenommen. Darüber hinaus sind auch externe Operateure aus niedergelassenen Arztpraxen eingeladen, das Ambulanzzentrum zu nutzen.

Das Ambulante Operationszentrum ist ein kleiner, hocheffizienter Kosmos mit kurzen Wegen. Zwei Operationssäle, ein großzügiger, heller Aufwachraum mit zehn Betten, ein Raum mit Kinderbettchen für kleine Patienten bis sechs Jahre, ein Anästhesieraum, ein Waschraum für Ärzte und

Dienstzimmer – alle Räumlichkeiten sind auf einer Etage angeordnet. Das tagsüber benötigte Material, wie sterilisierte OP-Instrumente, Wäsche und anderes, wird allmorgendlich vom Klinikum angeliefert. Im Bereich für die Entsorgung werden die gebrauchten Instrumente und die benutzte Wäsche gesammelt und vom Klinikum wieder abgeholt.



Augen zu und durch: Patientin Brigitte Ölgart (61) wartet auf ihre ambulante OP. Foto: Ann Brünink



»Der Nächste bitte«: Einer der beiden Operationssäle wird für die nächste OP vorbereitet. Foto: Ann Brünink



Ein starkes Team: Anästheseschwester Judith Mau und Schwester Liane Tolkmitt mit den bunten Hauben, die Dr. Thoms allen Schwestern zu Weihnachten geschenkt hat. Foto: Ann Brünink

— Verfasser —



Ann Brünink,
M. A. phil.

Journalistin

»Die Verlagerung und Umstrukturierung war eine logistische Herausforderung«, berichtet Dr. Harald Vanherpe, der den gesamten Prozess organisiert hat. Schließlich müssen der Anästhesist, die Operateure, das benötigte Instrumentarium, die Patientenunterlagen und natürlich der Patient selbst pünktlich zum Termin im Ambulanten Operationszentrum erscheinen. Das wird gewährleistet, indem mit den beteiligten Abteilungen im Klinikum, im Zentral-OP, in der Zentralsterilisation und im Fuhrpark die Planung und Logistik für die ambulanten Operationen abgestimmt werden. Für die Anästhesie und die operierenden Fachabteilungen wurde jeweils ein fester OP-Tag in der Woche definiert, an dem nur eine Fachabteilung im Ambulanten Operationszentrum operiert. Die Patienten werden im IAZ (Interdisziplinäres Aufnahme- und Ambulanzzentrum) des Klinikums auf ihre ambulante OP vorbereitet. Sie erhalten dort alle notwendigen Labor- und Röntgenuntersuchungen, die konsiliarische Vorstellung und ihre Prämedikation sowie den OP-Termin.

Seit August 2012 läuft der ambulante Operationsbetrieb, den der Anästhesist Dr. Ronald Thoms organisiert und leitet. Nach mehrjähriger leitender Tätigkeit in einer Berliner Privatklinik hat Dr. Thoms vor 18 Jahren in Berlin einen mobilen Anästhesiedienst gegründet, den er heute noch betreibt. Im Ambulanzzentrum unterstützen ihn die beiden OP-Schwwestern Barbara Heinrich und Alisa Neumann,

die Anästheseschwester Judith Mau sowie Schwester Liane Tolkmitt, die den Aufwachraum betreut. Sie seien alle hochqualifizierte und sehr erfahrene Mitarbeiterinnen, berichtet Thoms stolz. Zurzeit würden etwa 30 OPs pro Woche durchgeführt, berichtet er. Doch die Kapazität sei für 200 OPs ausgelegt. Insbesondere durch das gezielte Angebot für niedergelassene Ärzte soll diese Kapazität nach und nach ausgeschöpft werden.

Das Ambulante Operationszentrum erhält von den Patienten gute Noten. »Unmittelbar nach der Inbetriebnahme wurden 191 operierte Patienten beziehungsweise bei Minderjährigen deren Begleitpersonen postoperativ nach ihrer Zufriedenheit befragt«, berichtet Vanherpe. Die Befragten sollten den OP-Betrieb in den Kategorien Organisation, medizinische Versorgung und Service beurteilen. »Wir haben allerbeste Noten erhalten«, freut sich Dr. Thoms, »in Schulnoten ausgedrückt durchweg ›sehr gut.«

Von der grenzenlosen Freiheit über den Wolken

» Interview mit dem Rettungspiloten Volker Dürr «



Die Dienstzeit beschränkt sich meist auf die Zeit zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang.



Volker Dürr.

Volker Dürr ist Rettungspilot im Raum Berlin, Sachsen und Brandenburg.

Er wurde 1972 in Kirchheim/Teck geboren. Fritz A. Schmidtmann sprach mit dem Piloten über Wunschträume und seinen anspruchsvollen Beruf.

auf die Landschaft, das Beherrschen der Technik eines Helikopters und natürlich besonders mein persönlicher Einsatz zum Schutze des Lebens. Ich weiß, dass ich Leben retten kann, und das ist für mich eine sehr befriedigende Tätigkeit.

Wie sind Sie zu diesem Beruf gekommen?

Angeregt durch den Flugmodellbau wollte ich schon als Schüler Hubschrauberpilot werden. Das war damals mein Traumberuf und er ist es noch heute. Der Weg dahin war nicht leicht. Wer Hubschrauberpilot werden will, muss vor allem die Leidenschaft zum Fliegen mitbringen. Als Grundvoraussetzung gelten sowohl für eine Privat- als auch für eine Berufspilotenlizenz die körperliche Eignung, ein Mindestalter von 17 Jahren und eine gute Allgemeinbildung.

Haben Sie gleich nach der Schule mit der Pilotenausbildung begonnen?

Nein, ich habe zuvor den Beruf des Werkzeugmachers mit Fachabitur erlernt. 1999 habe ich dann mit der eineinhalbjährigen Ausbildung zum Hubschrauberpiloten begonnen, die ich mit dem Erwerb der Hubschrauber-Berufspilotenlizenz abgeschlossen

Was ist das Schöne am Beruf eines Rettungspiloten?

Ja, was ist das Schöne? Reinhard Mey besingt es: »Über den Wolken muss die Freiheit wohl grenzenlos sein!« Die Freiheit da oben ist wirklich sehr faszinierend. Die frische Luft, der wunderbare Blick

habe. Über 1.000 Flugstunden in der Bundespolizei-Fliegerstaffel rundeten meine Ausbildung ab.

Heute sind Sie als Oberkommissar bei der Bundespolizei angestellt. Ihr Heimatstandort ist die Fliegerstaffel Blumberg. Sie wohnen mit Ihrer Lebensgefährtin in Radebeul bei Dresden. Doch Ihr Einsatzort ist das Rettungsluftzentrum des Städtischen Klinikums Brandenburg auf dem Rettungshubschrauber D-HZSI » Christoph 35 «. Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

Ich arbeite im Team. Zum Einsatzteam gehören ein Rettungsassistent und ein Notarzt. Der Notarzt wird hauptsächlich vom Städtischen Klinikum Brandenburg, die Rettungssanitäter werden von der Feuerwehr Brandenburg und vom gemeinnützigen Verein » Die Johanniter « gestellt. Mein Einsatz hier in Brandenburg ist im Allgemeinen auf vier bis fünf Tage begrenzt. Obwohl Rettungshubschrauber grundsätzlich auch nachts eingesetzt werden können, ist das Risiko für Landungen in unbekanntem Gelände so hoch, dass sich die Dienstzeit meist nur auf die Zeit zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang beschränkt. Nachteinsätze sind entsprechend selten.

Wie verkraften Sie es, wenn Sie zu schweren oder sogar tödlichen Unfällen gerufen werden?

Es ist nicht einfach, sie zu vergessen, im Kopf bleiben sie immer haften, verblassen aber nach einer gewissen Zeit. Im Team sprechen wir nach einem solchen Einsatz darüber und versuchen diese Gedanken im gemeinsamen Gespräch abzubauen. Einfach ist es nicht. Ein langjähriger und erfahrener Rettungspilot hat mir einmal gesagt: » Mit Tränen in den Augen kannst du nicht fliegen.« Damit hatte er recht.

Gibt es Unfälle, die Sie lange Zeit nicht vergessen können?

Besonders hat sich bei einem Einsatz in der Nähe von Brandenburg ein ganz schwerer Fall in mein Gedächtnis eingebrannt. Wir mussten einen vier bis fünf Jahre alten Jungen, der beim Spielen ins Wasser gefallen war, in die Klinik fliegen. Ohnmächtig wurde er in die Notaufnahme eingeliefert. Nach einem weiteren Einsatz erkundigte ich mich in der ITS nach seinem Befinden. Als man mir sagte, dass er über den Berg sei, war das gesamte Team glücklich und zufrieden, wieder einmal ein junges Leben gerettet zu haben. Uns allen fiel ein Stein vom Herzen.

Aber so gut geht es nicht immer aus?

Nein, leider nicht. Mich beschäftigt immer noch

ein Noteinsatz in der Nähe von Brandenburg. Zwei 18-jährige junge Menschen, die mit überhöhter Geschwindigkeit gegen einen Baum gefahren waren, sind vor meinen Augen gestorben. Wir konnten ihnen nicht mehr helfen. Das war sehr belastend. Aber das gehört zu meinem Beruf dazu.

— Verfasser —



Fritz A.
Schmidtman

Fotograf

Wie wird man Hubschrauberpilot?

Die Ausbildung ist bei zugelassenen Luftfahrtschulen, bei Fluglinien, bei der Bundeswehr oder im Ausland möglich. Vor der Ausbildung in Deutschland muss jeder Anwärter ein medizinisches Tauglichkeitszeugnis nachweisen. Die Kosten der Ausbildung für eine Berufspilotenlizenz sind sehr hoch. Sie betragen ca. 70.000 Euro bis 90.000 Euro.

Neben den fliegerischen Anforderungen zählen Luftrecht, Meteorologie, Navigation, Sprechfunk, Flugzeugkunde, Triebwerk- und Instrumentenkunde, Flugplanung und Aerodynamik zu den theoretischen Ausbildungsinhalten.

Bei einem Eignungstest werden unter anderem Fähigkeiten wie Reaktion und Geschicklichkeit geprüft. Ein gutes Allgemeinwissen ist ebenso notwendig wie umfassende Kenntnisse in Mathematik, Physik und Englisch, um der anspruchsvollen Ausbildung folgen zu können. Darüber hinaus müssen die Kandidaten diverse psychologische Tests absolvieren, bei denen die Teamfähigkeit und die Fähigkeit zur Mehrfachbelastung überprüft werden.

Eine fesche Offizierin

»Das zweite Leben der Chefärztin Birgit Didczuneit-Sandhop«

— Verfasser —



Ann Brünink,
M. A. phil.

Journalistin



Birgit Didczuneit-Sandhop ist
Chefärztin und Offizierin aus
Leidenschaft.

Sie ist Offizierin der Reserve bei der Bundeswehr. Warum? »Beim Militär gibt es klare Strukturen und Befehle. Gehorsam ist Pflicht. Das schätze ich«, verrät die HNO-Chefärztin Dr. Birgit Didczuneit-Sandhop. Und weil das so ist, hat sie Kontakt gesucht zur Bundeswehr. In Kay Büttner, Chef der Unteren Jagdbehörde der Stadt Branden-

burg, fand sie den geeigneten Ansprechpartner. Selbst Reserveoffizier, stellte Büttner den Kontakt her zu Oberstleutnant der Reserve Reiner Heublein, Beauftragter der Bundeswehr für Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ).

Der Leiter des Kreisverbindungskommandos (KVK) Brandenburg an der Havel freute sich über das Interesse der Ärztin. Schließlich werden im Rahmen der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit Fachkräfte gebraucht. Zudem war gerade die Nachfolge von Oberstabsarzt der Reserve Dr. Uwe Peters zu regeln. Und so begann die Bundeswehrkarriere der Chefärztin.

Die war zunächst vor allem mit Arbeit und Mühsal verbunden. Denn die künftige Oberfeldärztin (OFA) der Reserve musste erst eine Ausbildung absolvieren, um den Rang eines Oberstleutnants bekleiden zu dürfen. Die bestand aus 24 Tagen Grundausbildung, wovon sie zwei Wochen in der HNO-Ambulanz des Bundeswehrkrankenhauses Berlin in der Scharnhorststraße absolvierte. Beim Sanitätskommando III in Weißenfels / Sachsen-Anhalt standen außerdem Wehrübungen auf dem Programm. Dazu zählen Aufgaben wie Lagekarten erstellen, den Umgang mit dem Kompass üben, Symbole lesen oder LVUs schreiben. LVUs sind so genannte Lagevorträge zur Unterrichtung.

Harte Zeiten erlebte Didczuneit-Sandhop beim einwöchigen Stabsoffizierskurs an der Sanitätsaka-



Ausbildung an der G 36.

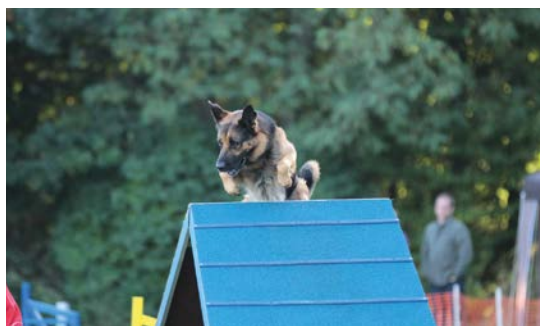
demie in München. Schon die Anreise mit der kompletten Ausrüstung – auch Stahlhelm und Suppenschüssel gehören dazu – ließ den 40 Kilo schweren Militärrucksack zur Last werden, unter der die Ärztin fast einknickte. Dennoch gelang es ihr, in aufrechtem Gang einzumarschieren. Neben vielerlei theoretischem Unterricht lernte sie auch schießen an der G 36 und P 8. Das bedeutete einen ganzen Tag lang Aufenthalt im Freien, im Januar war das, bei klirrender Kälte. Für diesen Ausbildungsabschnitt sind insgesamt drei Wochen vorgesehen. Zwei davon muss sie noch absolvieren.

Doch das Militärleben hat auch angenehme Seiten. Als Birgit Didczuneit-Sandhop das erste Mal in Weißenfels war, hat sie der Kommandant, ein General, zum Offizier geschlagen. Am gleichen Tag lud er zu einem Essen ein, was als besondere Auszeichnung gilt. Auf dem Weg dorthin freute sich die frischgebackene Offizierin darauf, dass niedrigere Ränge ihr gegenüber nun grüßpflichtig waren. Als sie merkte, dass die Soldaten einen Umweg machten, um nicht grüßen zu müssen, schnitt sie ihnen den Weg ab. Und wurde begrüßt.

Auslandseinsätze muss die Chefärztin nicht fürchten. Sie hat eine Entsendung von vornherein ausgeschlossen, was erst seit einiger Zeit möglich ist. Aber im Rahmen der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit kann es durchaus zu Einsätzen bei Katastrophen kommen, wenn die Rettungskräfte von Polizei und Feuerwehr nicht ausreichen. Derartige Einsätze werden auch geübt, wie kürzlich bei einer Katastropheneinsatzübung.

Das Agilityteam »IG Faule Pfote« mit Ralf Gerhard

»Wie Ralf, Bruce, Gino, Manni und Abby Hindernisse meistern«



Ralf Gerhard mit einem seiner Hunde beim Wettkampf.

Ralf Gerhard hat schon als Jugendlicher Hunde besessen, erst einen Terrier, später einen Rauhaardackel. Der ist nun schon sieben Jahre tot. Seine neuen vierbeinigen Begleiter sind Bruce, der fünfjährige Labrador, und Gino. Gino ist sieben Jahre alt und ein Mix aus Collie und Schäferhund. Dann ist da noch der schwarze Manni. Manni ist der Hund von Ralfs Lebensgefährtin, ein Mix aus Schäferhund und Labrador. Das neueste Familienmitglied ist Abby – ein Bordercollie. Seit sechs Jahren betreibt der gebürtige Brandenburger mit seinen Hunden Agility. Wie man es vom Pferdesport kennt, werden bei dieser Sportart Hindernisse aufgebaut wie Schrägwände, Tunnel, Wippen oder Reifen. Die Hunde müssen dann in Begleitung ihrer Besitzer diese Parcours durchlaufen. Noch geht der jetzige Trechwitzler die Strecken mit den Hunden gemeinsam. Wenn sie gut ausgebildet sind, bewältigen die Hunde kompliziertere Übungen. Der Lagerungspfleger aus dem Klinikum, der Vater einer 28-jährigen Tochter und eines elfjährigen Sohnes ist, fährt mit Lebensgefährtin und Trainerin Ramona sechs- bis achtmal im Jahr auf Wettkämpfe. Um wettkampffrei zu sein, sind in der Woche Trainingseinheiten angesagt. Im Sommer wird zweimal die Woche trainiert, im Win-

ter einmal wöchentlich für zwei Stunden. Der sympathische OP-Mitarbeiter ist beim Training nicht allein. Insgesamt 15 Hunde mit ihren Frauchen und Herrchen üben im Agilityteam »IG Faule Pfote«. Den Namen hat man sich wohl mit einem Augenzwinkern gegeben, denn faul sind sowohl Hunde als auch Herrchen bei der Arbeit in keiner Weise. Der seit 1999 im Klinikum arbeitende Ralf Gerhard weiß, wie man Hundchen aus der Reserve lockt – mit den zwei großen Ls – Leckerlis und Lob.

In den Qualifikationsklassen A 1 bis A 3 trainiert Ralf noch in der untersten Klasse. »Die Hunde sind noch etwas ungestüm« – und beim Wettkampf ist dann auch Herrchen etwas aufgeregt. Wichtig, sagt er, sei, dass die Hunde nicht übergewichtig seien und gesund. Profis unter den Hunden können 50 bis 60 Hürden überqueren. Ein paar erste Plätze haben Gino und Ralf schon gewonnen.

Wer Interesse hat, im Team mitzuarbeiten, kann sich bei Facebook über »Faule Pfote« informieren und Kontakt suchen.

– Verfasser –



Dr. med. Birgit
Didczuneit-Sand-
hop

Chefärztin der
Klinik für HNO,
Gesichts- und
Halschirurgie

Es ist ein bisschen kriminologisch

» Porträt des Endokrinologen Dr. Tim Scholz «

— Verfasser —



Ann Brünink,
M. A. phil.

Journalistin



Endokrinologe Dr. Tim Scholz.

Wer sich mit dem Endokrinologen Dr. Tim Scholz unterhält, ist gut beraten, ein medizinisches Fachwörterbuch dabeizuhaben. Denn im Gespräch mit ihm schwirren viele Fachbegriffe herum, die dem Laien weitgehend unbekannt sein dürften. Doch wer ihn fragt, bekommt auch die schwierigsten Sachverhalte erklärt. Die Endokrinologie, das ist die Lehre von den Hormonen und ihren Drüsen. Sie ist nicht nur ein Teilgebiet der inneren Medizin. Auch für Kinderheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Chirurgie und Neurochirurgie hat sie große Bedeutung.

Dr. Scholz ist seit September 2012 angestellter Arzt in der Praxis für Endokrinologie und Nuklearmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in der Hochstraße. Patienten mit Erkrankungen der Schilddrüse, der Hirnanhangsdrüse, der Nebennieren, der Geschlechtsdrüsen – kurz: aller hormonbildenden Organe des Körpers – sind bei Dr. Scholz und seinen Kolleginnen, der Internistin Dr. Katharina Zumbusch und der Nuklearmedizinerin Dipl.-Med. Uta Buchspies, an der richtigen Adresse. Die Anstellung in einer Praxis wie dieser sei für einen Endokrinologen ideal, weil sowohl die Laboruntersuchungen als auch die oft erforderlichen Szintigrafien sofort und unter einem Dach erfolgen und zudem persönlich

mit den Kolleginnen diskutiert werden könnten. Das werde seinem Eindruck nach auch von den Patienten geschätzt.

Dr. Scholz (39) studierte nach dem Abitur Medizin an der Freien Universität Berlin und promovierte dort 2004. Seine Facharztweiterbildung begann er 2002 im Vivantes Klinikum Neukölln. Von 2004 bis 2010 war er unter anderem unter Prof. Hendrik Lehnert am Universitätsklinikum Magdeburg tätig, wo er 2009 seinen Facharzt machte. Auf Endokrinologie spezialisiert hat er sich auch, weil ihn sein Doktorvater Prof. Wolfgang Oelkers sehr beeindruckt hat. Seine Doktorarbeit bei ihm hat er zu einem Thema aus dem Bereich der Steroidhormone geschrieben.

Einen großen Teil seiner Dienstzeit widme er der Sprechstunde und deren Nachbearbeitung. So lege er beispielsweise großen Wert auf aussagekräftige Arztbriefe für den Hausarzt. Die übrige Zeit verbringe er mit Konsultationen im Städtischen Klinikum, vor allem zu Fragestellungen aus der Diabetologie sowie zu Schilddrüsen- und Elektrolytstörungen. Ambulant wie stationär kooperiere er eng mit den Kollegen anderer Disziplinen, beispielsweise wenn es um Tumoren der hormonellen Drüsen, Störungen der Geschlechtshormone oder Störungen des Calciumstoffwechsels bei nierenkranken Patienten geht. Und die Erforschung möglicherweise singulärer Ursachen eines Bluthochdrucks sei eine spannende Sache. Überhaupt habe Endokrinologie viel mit kriminologischem Spürsinn zu tun, lacht Scholz.

Privat spielt Tim Scholz, Vater einer sechsjährigen Tochter und eines dreijährigen Sohnes, gerne Klavier und Gitarre. Früher habe er sich auch sehr für Astronomie interessiert. Aber dieses Hobby sei wegen Zeitmangels ausgetrocknet, sagt er. Außerdem liest er sehr gerne. Seine bevorzugten Autoren seien Milan Kundera, Philip Roth, Martin Suter und Stefan Zweig.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	01.01.13	Steffi Gantschow	Wachstation
	01.02.13	Bettina Tabbert	Station 3.2A
	01.02.13	Petra Bartels	HNO-Klinik
	01.02.13	Dr. med. Kristina Dobberstein	Anästhesie
	17.02.13	Mandy Pietsch	Rechnungswesen
	17.02.13	Dr. med. Frank Benzing	Urologie
15 Jahre	01.01.13	Renate Schäfer	Controlling
	09.02.13	Gesa Schäfer	Z-OP
	16.03.13	Evelin Krauße	Rettungsstelle
	01.03.13	Dorothea Liebe	Station 3.0C
20 Jahre	01.01.13	Ilona Lindelaub	Station 3.0C
	01.01.13	Karin Große	Rechnungswesen
25 Jahre	08.01.13	Cornelia Schäfer	Intensivstation
	14.01.13	Christiane Eilert	Physiotherapie
	01.02.13	Karin Ziehm	Station 3.2C
	15.02.13	Ute Meinke	Anästhesie
	12.03.13	Angelika Christian	Rettungsstelle
30 Jahre	01.01.13	Karin Grützmacher	Station 3.2A
	21.02.13	Cornelia Ewel	Station 2.2
	01.03.13	Detlef Linnert	Physiotherapie
35 Jahre	09.01.13	Liane Kuban	Z-OP
	13.03.13	Sylvia Bock	Station 3.2A

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.01.13	Stephanie Weinke	Frauenklinik
01.01.13	Simin Khadempour	Frauenklinik
01.02.13	Jessica Apel	Röntgen
01.02.13	Nadine Stübe	Kinderklinik
01.02.13	Dr. med. Angela Schwarzbach	Innere II
01.02.13	Elena Hess	Allgemeine Chirurgie
01.02.13	Michell Grimm	Röntgen
15.02.13	Dr. med. Luise Langhans	Augen
01.03.13	Torsten Schumitz	Med. Technik

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

31.01.13	Eva Hacker	Gynäkologie
28.02.13	Cornelia Meyer	3.2D
28.02.13	Okan Demir	Kardiologie
31.03.13	Alena Heinsohn	Augen
31.03.13	Annette Anders	Wiss. Bibliothek
31.03.13	Jana Bathge	Rettungsstelle
31.03.13	Emilia Christow	Physiotherapie
31.03.13	Salome Schlecht	Pädiatrie



— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	01.01.13	Burkhard Menz	Technik
	01.01.13	Regina Stein	Reinigung
	01.01.13	Sigrid Steinberg	Reinigung
	01.01.13	Doreen Beyer	Versorgungsassistentin
	07.01.13	Kerstin Schulze	Reinigung
	08.01.13	Stefanie Dallmann	Arztsekretärin
	08.01.13	Beatrix Beger	Stationssekretärin
	13.01.13	Ingrid Reimann	Reinigung
	13.01.13	Sylvia Harmuth	Reinigung
	01.02.13	Sabine Lippold	Reinigung
10.02.13	Angelika Ahlert	Reinigung	
28.02.13	Silvia Gäbler	Reinigung	
15 Jahre	01.02.13	Kirsten Wienholdt	Reinigung
	01.02.13	Kerstin von Wittke	Reinigung
	01.02.13	Norbert Bartel	Technik
20 Jahre	01.01.13	Bernd Bartel	Pforte/Wachschutz
	11.01.13	Karin Drews	Z-OP
	11.01.13	Eva Haberecht	Reinigung
	29.01.13	Bernd Reimann	Küche
25 Jahre	01.02.13	Elisabeth Schayna	Schreibbüro
	08.02.13	Viola Pfeffer	Z-OP
35 Jahre	01.01.13	Kirsten Schulz	Z-Steri
40 Jahre	23.01.13	Winfried Braun	Technik

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

07.01.13	Angelika León López	Servicekraft Pflege
28.01.13	Nives Jakubovski	Reinigungskraft
28.01.13	Ilona Krause	Reinigungskraft
01.02.13	Martina Lehmann	Reinigungskraft
01.02.13	Henry Müller	Reinigungskraft
25.02.13	Marcell Kielon	Servicekraft Pflege
01.03.13	Nicole Kranepuhl	Servicekraft Pflege

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

31.01.13	Judith Rinke	Reinigungskraft
----------	--------------	-----------------

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	01.01.13 01.02.13	Edeltraud Bohne Erika Paul	Physiotherapie Nuklearmedizin
20 Jahre	01.01.13	Birgit Glindemann	Hautabteilung

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

01.01.13	Sabrina Becker	Arztsekretärin
01.01.13	Angelique Eggert	MTLA
01.01.13	Heidi Hickethier	Servicekraft
01.01.13	Susanne Kämpfe	MTLA
01.01.13	Heike Kaps	MTLA
01.01.13	Monika Klein	MTLA
01.01.13	Anett Koch	MTLA
01.01.13	Kerstin Lehmann	MTLA
01.01.13	Marlies Mewes	Ltd. MTLA
01.01.13	Christine Pangerl	MTLA
01.01.13	Yvonne Schimpf	Dipl.-Biochemikerin
01.01.13	Ines Spielmann	MTLA
01.01.13	Cornelia Weckwerth	Büroassistentin
01.01.13	Kristin Wenzelowski	MTLA
01.01.13	Sina Winkel	Arzthelferin

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

31.01.13	Claudia Heide	Physiotherapie
----------	---------------	----------------

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

01.01.13	Sylke Boost	MTLA
01.01.13	Astrid Bran	MTLA
01.01.13	Brigitte Eller	MTLA
01.01.13	Corinna Ericke	MTLA
01.01.13	Ellen Fischer	MTLA
01.01.13	Uwe Fistler	Dipl.-Chemiker
01.01.13	Gabriele Grüntz	MTLA
01.01.13	Jutta Kissinger	MTLA
01.01.13	Petra Kossowski	MTLA
01.01.13	Petra Krämer	MTLA
01.01.13	Anke Nasution	MTLA
01.01.13	Christiane Nitz	Sachbearbeiterin
01.01.13	Evelyn Prössel	MTLA
01.01.13	Kerstin Reißig	Laborantin
01.01.13	Kerstin Schiefner	MTLA
01.01.13	Simone Steinhoff	MTLA

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

In dieser Ausgabe:

Herr Noske, operieren Sie auch Hühneraugen?



Herr Noske, operieren Sie auch Hühneraugen?

Wir sind mikrochirurgisch exzellent ausgebildet und haben auch schon z. B. Augen von Pferden operiert, Hühneraugen sollten eigentlich kein Problem sein. Ganz im Gegenteil, wir wären sehr interessiert, auch Hühneraugen zu operieren, da ließe sich sicherlich auch was für unsere großen Patienten lernen und die chirurgische Ausbildung unserer jungen Ärzte ließe sich damit erleichtern.

Ich meine, das sollte doch ganz etwas anderes sein, Hühneraugen sind doch eigentlich ein Problem der Hornhaut!

Gerade was die Hornhaut betrifft, haben wir ein hohes Spezialisierungsniveau. So führen wir seit vielen Jahren Hornhautverpflanzungen durch und werden jetzt auch lamellierende Hornhautverpflanzungen bei uns einführen, eine Methode, die dabei ist, die Hornhautchirurgie geradezu zu revolutionieren.

Ich weiß nicht, ob Sie verstehen, was ich meine. Lassen sie es mich zeigen (Interviewpartner zieht Schuhe und Strümpfe aus).

Was machen Sie da?

Ich will Ihnen meine Hühneraugen zeigen!

An den Füßen? Ja!

Ach so, sie haben einen Clavus, eine Verhornungsstelle durch chronischen Druck. Da sollte man vor allem Schuhe tragen, die keine Druckstellen verursachen, dann kriegen Sie so was erst gar nicht. Am besten werden Sie das los, indem Sie die betroffene Hornhaut durch ein Wasserbad oder Salizylsäure aufweichen und dann nach und nach die erkrankte Hornhaut abrubbeln. Das behandeln wir natürlich nicht, ggf. hilft Ihnen da auch eine Podologin (Fußpflegerin) weiter.

Ich bedanke mich sehr für Ihre Hilfe.

Halt, kommen Sie zurück, Sie haben Ihre Schuhe vergessen!