

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



kllinik
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Polosport – ein Virus S.14

Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung S.4

Viele junge Familien brauchen Unterstützung S.10

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

CA PD 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. 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 Tumorthераpiezentrum

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin

CA Dr.med. H. Kössel
Tel. (0 33 81) 41 18 00

Neurochirurgie

CA Dr.med. K.-H. Rudolph
Tel. (0 33 81) 41 17 50

Radiologie

CÄ Dr.med. B. Menzel
Tel. (0 33 81) 41 26 00

Urologie und Kinderurologie

CA Dr.med. T. Enzmann
Tel. (0 33 81) 41 18 50

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

CA 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 Gebäude der Cafeteria.

Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:
(0 15 20) 1 57 73 36.

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



August 2009

Sommerpause

September 2009

Do., 03.09.2009 | Zentrum für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Schulterschmerzen – konservative
und operative Behandlungsstrategien
Referent: CA PD Dr.med. R. Becker

Oktober 2009

Do., 01.10.2009 | Klinik für Urologie

Wenn das Wasserlassen
zur Qual wird
Referent: Dr.med. Frank Benzing,
Assistenzarzt

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,

In den Hochsommer und in die wohlverdiente Rente entlassen wir unseren geschätzten chirurgischen Oberarzt, Dr. med. G. Franz. Durch 40 Jahre Tätigkeit als Chirurg in unserem Hause dürfte er vielen Brandenburgern gut bekannt sein. Und vermutlich hat er auch vielen die Schilddrüse operiert – eines seiner „Steckenpferde“. Gerade in unserer Region sind krankhaft vergrößerte Schilddrüsen häufig anzutreffen, als Folge eines Mangels an Jod, das die Schilddrüse für eine normale Funktion braucht. Um die Schilddrüse mit ihren vielfältigen Erkrankungen und Funktionsstörungen geht es auch in diesem Heft, diesmal aus internistischer Sicht. Auch in einem Haus wie unserem, in dem viel operiert wird, geht der Trend zu immer weniger invasiven – im wahrsten Sinne weniger einschneidenden Operationen. So stellen wir hier ein neues Verfahren vor, um die Harninkontinenz zu behandeln.

Ein Thema, über das nicht gern gesprochen wird, obwohl es viele Menschen plagt.

Lernen muss ein Arzt natürlich lebenslanglich. Besonders angenehm ist das, wenn es mit einer Reise zu verbinden ist, bei der an wichtigen Zentren neue Erfahrungen gesammelt und neue Methoden auch für unsere Patienten mitgebracht werden.

Und lernen müssen auch junge Eltern, die sich auf den Weg machen, ein Kind großzuziehen. Neuerdings bekommen sie Hilfe durch Familienpaten, die das Netzwerk „Gesunde Kinder“ ausbildet. Sowohl Familien, die Unterstützung suchen als auch Menschen, die helfen können sind hier willkommen. Und nicht zuletzt kommen natürlich auch Spaß und Sport nicht zu kurz. Sie lernen erneut ein nicht alltägliches Hobby einer unserer Mitarbeiterinnen kennen. Vielleicht steckt es an?

Viel Freude bei der Lektüre wünscht...



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung
»Schilddrüsenerkrankungen aus internistischer Sicht«
- 6 Tabuthema Harninkontinenz
»Was tun, wenn Beckenbodengymnastik nicht mehr hilft?«
- 8 Dick. Krank. Gut aufgehoben!
»Klinikum hat viel zu bieten für XXL-Patienten«
- 9 Das Ohr ist der Weg zum Herzen der Menschen (Voltaire)
»In Lübeck ist das Wissen über Hörgeräte gebündelt.«

Ein- und Ausblicke

- 10 Viele junge Familien brauchen Unterstützung
»Andrea Schumacher ist Koordinatorin im Netzwerk ›Gesunde Kinder‹ «
- 12 Wenn einer eine Reise tut
»Reisebericht AGA Fellowship 2009«
- 14 Polosport – ein Virus
»Polo und Wanderreiten«

Jubiläen und Neuigkeiten

- 16 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen
- 19 Ein Leben für die Medizin
»Der Chirurg Gerhard Franz verabschiedet sich in den Ruhestand«

Die Schilddrüse – kleines Organ mit großer Wirkung

»Schilddrüsenerkrankungen aus internistischer Sicht«



Die Ultraschalluntersuchung (Sonographie) dient zur Schilddrüsenvolumenmessung.

Die Schilddrüse ist eine der wichtigsten Schaltstellen im menschlichen Organismus. Sie produziert lebenswichtige Hormone, die für viele Stoffwechselprozesse verantwortlich sind. Ein Zuviel oder Zuwenig kann den ganzen Körper und sogar die Seele aus dem Gleichgewicht bringen.

Die Schilddrüse besteht aus zwei taubeneigroßen Lappen, die durch einen kleinen Mittellappen, auch Isthmus genannt, miteinander verbunden sind. Sie liegt vor und beidseits neben der Luftröhre, dicht unter dem Kehlkopf. Das normale Schilddrüsenvolumen sollte bei erwachsenen Frauen unter 20 ml, bei Männern unter 25 ml liegen. Die Volumenbestimmung erfolgt am besten durch eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie).

Schilddrüsenerkrankungen sind in Deutschland sehr weit verbreitet: Ca. 10 Mio. Menschen haben eine Schilddrüsenvergrößerung und ca. 1 Mio. Menschen leiden an einer Störung der Schilddrüsenfunktion. Bereits diese Zahlen unterstreichen die große Bedeutung, die der Schilddrüse zukommt. Nach aktuellen Untersuchungen ist der Anteil der Personen mit vergrößerter Schilddrüse an der

deutschen Bevölkerung nach objektiven, sonographischen Kriterien sogar höher, als früher aufgrund klinischer Untersuchungen angenommen wurde. Er wurde nach jüngsten Populationsstudien mit 50 % im Jugend- und Erwachsenenalter und 20 % im Kindesalter beziffert. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Mit zunehmendem Lebensalter kommt es häufig zu einer Zunahme des Schilddrüsenvolumens und einem vermehrtem Auftreten von Knotenbildung in der Schilddrüse (ca. 20–30 %). Dieser Befund ist nicht gleichbedeutend mit einer Funktionsstörung, zu der eine Mehr- oder Minderproduktion an Schilddrüsenhormonen gehört. Einer der wichtigsten Gründe für eine Schilddrüsenvergrößerung ist ein Jodmangel in Nahrung und Trinkwasser. Nahezu ganz Deutschland gilt als Jodmangelgebiet. Es finden sich trotzdem große regionale Unterschiede, jedoch kein ausgeprägtes Süd-Nord-Gefälle der Strumahäufigkeit.

Die Schilddrüsenerkrankungen werden unterteilt in
~ Schilddrüsenvergrößerung mit normaler Hormonproduktion, mit oder ohne knotigen Umbau

- ~ Überfunktion mit vermehrter Hormonproduktion, entweder aufgrund einer Autoimmunerkrankung oder aufgrund einer Ausbildung hormonproduzierender Knoten
- ~ Unterfunktion, meist als Folge einer nicht behandelten Autoimmunerkrankung
- ~ bösartige Tumoren der Schilddrüse

Das Verständnis von und das Wissen über Schilddrüsenerkrankungen wurde in den letzten Jahren durch klinische Studien, labortechnische Verbesserungen und molekularbiologische Erkenntnisse erweitert. Das diagnostische Vorgehen ist dadurch in vielerlei Hinsicht einfacher und zuverlässiger geworden. Jedoch muss in der Praxis eine patientenorientierte Betrachtung im Vordergrund stehen, die von der Krankheitsgeschichte und der körperlichen Untersuchung des Schilddrüsenerkrankten ausgeht. Das kann bei einem Patienten eine Beschränkung auf wenige Untersuchungsmethoden bedeuten, bei einem anderen eine umfangreiche Diagnostik einschließlich moderner Gentests erfordern.

Den erweiterten diagnostischen Möglichkeiten stehen entsprechend differenzierte Therapiestrategien gegenüber. Dies gilt für die Strumatherapie gleichermaßen wie für die Behandlung einer Überfunktion der Schilddrüse, die mit vermehrter Produktion von Schilddrüsenhormon einhergeht (Hyperthyreose), einer Entzündung der Schilddrüse (Thyreoiditis) oder für die eines Schilddrüsenkarzinoms. Die symptomorientierte Behandlung wird nach Möglichkeit durch eine differenzierte, an der zugrunde liegenden Störung orientierte Therapiewahl ersetzt.

Eine in Deutschland noch unzureichend genutzte Möglichkeit stellt die Krankheitsprävention dar, wofür sich Schilddrüsenerkrankungen in besonderer Weise eignen. Die bei weitem häufigste Ursache einer Schilddrüsenvergrößerung stellt der bereits erwähnte Jodmangel dar. Die Schilddrüse wächst, um damit das verminderte Angebot an Jod auszugleichen und alles verfügbare Jod auch zu verarbeiten. Ein länger bestehender Jodmangel führt zu Knotenbildungen (Struma nodosa). Die Jodmenge, die der menschliche Organismus täglich benötigt, beträgt 150–500 µg. Sie wird jedoch in Deutschland häufig nicht erreicht. Hier ist eine vermehrte Zufuhr, z. B. mit jodiertem Speisesalz, jodierten Backwaren, regelmäßigem Konsum von Meeresfischen oder Jodtabletten, wirksam. Das Jod wird mit der Nahrung aufgenommen und geht als Jodid aus dem Magen-Darm-Trakt in das Blut über.



Autonomer heißer Knoten der Schilddrüse.



Große mehrknotige toxische Struma.

Von dort wird es in der Schilddrüse als ein Bestandteil des Schilddrüsenhormons verarbeitet. Entsprechend kann bei latenter Schilddrüsenüberfunktion eine zusätzliche Jodzufuhr schädlich sein, da sie zu einer schweren Überfunktion mit ernstesten Krankheitserscheinungen führen kann. Die Anzeichen sind: Schweißausbrüche, Gewichtsabnahme, Herzrhythmusstörungen, Wassereinlagerung im Körper, gelegentlich ansteigende Blutzuckerwerte, Blutdruckerhöhung und seelische Verstimmungen.

Zur Behandlung aller Schilddrüsenerkrankungen steht ein vielfältiges Arsenal von medikamentöser Therapie über Strahlentherapie bis zur Operation zur Verfügung.

Im Städtischen Klinikum Brandenburg bestehen alle Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen im Rahmen des breiten Angebotes, das unser Klinikum allen Patienten zur Verfügung stellen kann.

– Verfasser: —



Dr. med. C. Gerhardt

Oberarzt der Klinik für Innere Medizin II, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Tabuthema Harninkontinenz

»Was tun, wenn Beckenbodengymnastik nicht mehr hilft?«



Gerade beim Sport kann es zu ungewolltem Harndrang kommen.

Ein kräftiger Nieser, ein Hustenanfall, eine abrupte Bewegung im Sport oder angestregtes Treppensteigen und schon ist es passiert: Ein paar Tropfen Urin lösen sich ungewollt. Eine Katastrophe für die Betroffenen – zumeist Frauen –, vor allem, wenn das häufiger passiert. Denn die so genannte Belastungsharninkontinenz ist nach wie vor ein Tabuthema, auch wenn die Werbung verspricht, dass es für dieses Problem diskrete Hilfsmittel gibt. Doch Totschweigen löst das Problem nicht, sondern verhindert nur wirksame Hilfe.

Patienten mit Harn- und Stuhlinkontinenz können sich seit nunmehr fast zwei Jahren an das Kontinenzentrum Brandenburg wenden, wo die Diagnose gestellt wird und sie behandelt werden. Frauen mit Belastungsharninkontinenz nutzen vor allem die Harninkontinenz-Sprechstunde, die gemeinsam

von der Urologischen und Gynäkologischen Klinik betreut wird. Bei der Belastungsharninkontinenz liegt meist eine Beckenbodenschwäche vor mit möglicher Lageveränderung der Genitalorgane, deren Ursache Geburten und oft auch Übergewicht sein können.

Leichtere Formen dieser Inkontinenzform werden zunächst konservativ mit Beckenbodengymnastik und gegebenenfalls einem Elektrostimulations- und/oder Biofeedback-Training behandelt. Hilfreich kann manchmal auch eine Gewichtsreduktion sein. Wenn bei schwereren Formen die Beckenbodengymnastik nicht mehr ausreicht, stehen verschiedene Operationsmethoden zur Verfügung. In erster Linie kommt heute die operative Einlage von schmalen Kunststoffnetzen unter die Harnröhre zum Einsatz – mit Erfolgsraten von circa 90%.

Paraurethrale Injektionstherapie – eine weitere Option zur Behandlung der weiblichen Belastungsharninkontinenz

Doch es muss nicht immer operiert werden. Mit der so genannten paraurethralen Injektionstherapie steht heutzutage eine weitere Option zur Behandlung der weiblichen Harnbelastungsinkontinenz zur Verfügung. Durch das Einspritzen von Hydrogel, den so genannten „Bulking-Agents“, in die obere Hälfte der Harnröhre entstehen kleine Polster, die die Harnröhre verengen und so den ungewollten Urinabgang zuverlässig verhindern. Es gibt verschiedene Präparate auf dem Markt. Eines der gebräuchlichsten ist das Hydrogel Bulkamid®, das in unserer Klinik verwendet wird. Bei dem Injektionsverfahren handelt es sich um eine minimalinvasive Behandlungsmethode, die die Lücke zwischen der rein konservativen Therapie (Beckenbodengymnastik) und der operativen Therapie schließt.

Die Erfolgsrate dieser Injektionstherapie liegt mit circa 70 % etwas niedriger als die bei Band-/ Netzeinlagen. Dafür ist der Eingriff aber mit weniger Komplikationsmöglichkeiten verbunden und damit gerade für die Patientinnen interessant, die:

- ~ nicht für einen chirurgischen Eingriff in Frage kommen
- ~ ein bestehendes Kontinenzproblem nach chirurgischem Eingriff behalten haben
- ~ über eine Mischinkontinenz (Drang- und Belastungsinkontinenz) klagen, bei der die Belastungsinkontinenz stärker ausgeprägt ist
- ~ noch einen Kinderwunsch haben
- ~ einen solchen Eingriff der konventionellen Chirurgie vorziehen.

Bulkamid® ist ein Hydrogel, das zu 97,5 % aus hochreinem Wasser und zu 2,5 % aus quervernetztem Polyacrylamid besteht. Das Hydrogel-Implantat ist völlig biokompatibel, das heißt, es schädigt das umgebende Gewebe nicht. Es kann nicht resorbiert werden, wird vom Körper nicht in andere Gewebe verteilt und löst keine Allergien aus. Es erlaubt aufgrund seiner Struktur einen kontinuierlichen Wasseraustausch mit dem umliegenden Gewebe und sorgt somit dafür, dass es keine Fremdkörperreaktionen gibt. Da das Hydrogel sehr homogen ist und keine festen Partikel enthält, kommt es zu

keiner Verhärtung und damit zu keiner Beeinträchtigung der Funktion.

Das Hydrogel wird mittels eines speziellen Endoskops unter visueller Kontrolle des Arztes in das submuköse, das heißt in das unter der Schleimhaut gelegene Gewebe der oberen Harnröhren-Hälfte präzise injiziert.



Die Abbildung zeigt das Einspritzen des Bulkamid®-Hydrogels über ein spezielles Operationszistoskop.



Die Abbildung zeigt das OP-Bild der Harnröhre während des Einspritzens des Hydrogels. Die Hydrogel-„Polster“ (so genannte „Bulks“) werden an definierten Stellen in der Nähe des Blasenschließmuskels eingespritzt. Man erkennt am letzten Bild die 3 Einstichstellen; die Harnröhrenöffnung ist jetzt deutlich weniger „offen“ als beim 1. Bild.

Diese Therapieform wird mit Erfolg in unserer urologischen und gynäkologischen Klinik praktiziert.

– Verfasser: —



Matthias Götze

Facharzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Dick. Krank. Gut aufgehoben!

»Klinikum hat viel zu bieten für XXL-Patienten«

Ein Raunen geht durch die Gazetten: Hilfe, die Dicken kommen! XXL-Patienten im Krankenhaus – das ist ein Thema, mit dem sich Quote machen lässt. Von Krankentransporten wird berichtet, bei denen stark übergewichtige Menschen im Krankenwagen auf viel zu schmalen Liegen Qualen leiden müssen. Krankenhäuser kommen ins Gerede, weil Krankenhausbetten unter dem Gewicht der Schwergewichte zusammenbrechen und Toilettenbrillen zermalmt werden. Natürlich verursache die Versorgung Dickleibiger auch zusätzlichen Personalbedarf. Denn um bewegungsunfähige Dicke zu betten, würden fünf bis sechs Pflegekräfte benötigt, die dann anderswo fehlen. Leserbriefschreiber sind sich quer durch die Republik einig: Schuld an dem Dilemma seien die Dicken ganz allein selbst. Zügellos seien sie, ist da zu lesen, sie könnten sich beim Essen einfach nicht beherrschen. Asozial sei das. Da gebe es nur eines: Die Krankenhäuser sollten die Dicken nach Hause schicken mit dem Ratschlag, erst einmal fünfzig bis sechzig Kilo abzuspecken.

„Wir haben noch nie jemanden zum Abnehmen nach Hause geschickt“, sagt Lutz Pelchen, stellvertretender Pflegedirektor, empört. Ziel des Klinikums Brandenburg sei es, schwergewichtige Patienten qualitativ ebenso gut zu versorgen wie normalgewichtige.

Der Trend verstärkte sich seit Jahren beständig, weiß Pelchen. Kam man 2005 im Klinikum Brandenburg noch mit 51 Pflegebetagen für die dicken Kranken aus, so seien es 2006 schon 63 gewesen, 2007 waren es 93 und 2008 bereits 159 Pflegebetage. Das schaffe Probleme im Klinikalltag. Außerdem seien die finanziellen Belastungen für den zusätzlichen Personalbedarf bei der Pflege sowie die Anmietung von speziellem Inventar erheblich angestiegen.

Das Klinikum habe seine Strategie im Umgang mit der XXL-Problematik grundsätzlich verändert, sagt Pelchen. Mit dem regionalen Rettungsdienst seien Regelungen getroffen worden, die gewährleisten, dass die technischen Voraussetzungen für den Transport schwer übergewichtiger Patienten gegeben sind. Für schwergewichtige Notfallpatienten steht in der Notaufnahme ständig ein Schwerlastbett bereit, das den statischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen entspricht.

Die Schwerlastbetten seien breiter als normale Klinikbetten und hätten eine leistungsfähige Matratze, die dem Gewicht der Patienten standhalte

und Liegegeschwüre vermeiden helfe. Weitere Anschaffungen, wie ein Mobilisationsstuhl, eine Schwerlastwaage und ein XXL-Toilettenstuhl sowie die Ausrüstung der Stationen mit Toilettenbrillen für ein Körpergewicht von bis zu 240 kg, tragen ebenso zur Normalität der Versorgung von XXL-Patienten bei wie spezielle XXL-Nachthemden. Auch eine Umlagerungshilfe wurde angeschafft, die das Pflegepersonal entlastet. Die Kooperation mit einem regionalen Anbieter ermögliche es, bei Bedarf weitere Spezialausrüstungen anzumieten, wie beispielsweise einen Schwerlastpatientenlifter.



Mobilisationsstuhl: links übergroß, rechts normal.

Zur effizienten Versorgung von XXL-Patienten gehöre auch das Entlassungsmanagement, sagt Pelchen. Das kann Absprachen mit dem regionalen Nachversorger betreffen, das kann aber auch der notwendige Umbau der Wohnung sein. So weit die Theorie. Und wie bewähren sich diese Maßnahmen in der Praxis? Dazu hat Katharina Siperko aus Fehrbellin einen unmittelbaren Vergleich. Die 68-jährige Frau, der nach einer Mamma-Operation die Lymphdrüsen entfernt wurden, leidet seit zehn Jahren an Elephantiasis und wiegt bei einer Körpergröße von 1,75 m etwa 150 Kg. Sie befand sich zu einer Routineuntersuchung im Klinikum Neuruppin, als sie wegen einer akuten Augenerkrankung als Notfallpatientin ins Klinikum Brandenburg eingeliefert wurde. „Man liegt einfach wunderbar in diesem Spezialbett, viel besser als in dem normalen Klinikbett in Neuruppin, wo die Matratze durchgelegen war und eine Kuhle hatte“, schwärmt sie.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M. A. phil.

Journalistin

Das Ohr ist der Weg zum Herzen der Menschen (Voltaire)

»In Lübeck ist das Wissen über Hörgeräte gebündelt«

Man schätzt in Deutschland die Anzahl der verkauften Hörgeräte jedes Jahr auf 800 000 bis zu einer Million. Zum Vergleich: 1970 waren es nur 50 000. Sämtliche Hörgeräte, die in Deutschland verordnet werden, finden sich hier. Nach der EG-Richtlinie 9342 müssen alle Hörgeräte in Lübeck getestet werden.

Bei so vielen Hörgeräten wundert es nicht, dass in diesem Kompetenzzentrum für Hörakustik die bundesweite Zentrale für die Ausbildung der Hörgeräteakustiker untergebracht ist. Reimer (kein „N“) Rohweder, der Geschäftsführer des Deutschen Hörgeräteinstituts GmbH Lübeck, und Dozent Conrad von der Akademie für Hörgeräteakustik und Hörgerätehistoriker gaben mir einen Einblick in ihr Reich. Bei der Vielfalt der heutigen Möglichkeiten der Hörgeräteversorgung und der Miniaturisierung moderner Hörgeräte war es vor allem interessant zu erfahren, wie alles anfing mit den Hörgeräten in Europa:

Der erste bekannte Betrieb zur Herstellung von Hörrohren war die Firma Rhin in London, gegründet im Jahr 1800. Sie existierte bis 1936.



Birgit Didczuneit-Sandhop mit Reimer Rohweder, Geschäftsführer des Deutschen Hörgeräteinstituts Lübeck, und Dozent Conrad von der Akademie für Hörgeräteakustik Lübeck

Aber auch das Havelland war berühmt für seine Hörerfindungen. 1820 meldete nämlich Pastor Dunker aus Rathenow ein Patent für einen Hörschlauch an, der verdeckt im Kleiderärmel getragen werden konnte. Da es sich um eine sehr preiswerte Erfindung handelte, fand diese Entwicklung eine weite Verbreitung. Der Hörschlauch bestand aus einem

Kopfbügel mit Schallfänger und kostete Ende des 19. Jahrhunderts 5 Reichstaler und 12 Groschen.



„Dunkers patentierte Hörmaschine“ machte Rathenow bekannt.

In Deutschland stellte die Firma Kirchner und Wilhelm in Asperg, Schwaben, seit 1890 markt-gängige Hörrohre her. Die hier gebauten Hörrohre nannten sich noch „Schallstrahlenfänger“ oder „Ohrtrompete“, „Hörmaschine“ oder „Tuba acustica“.

Kohlemikrofon-Hörgeräte wurden in der Zeit 1901–1935 produziert.



Ohreinsätze in die Ohrmuschel wurden 1923 patentiert. Die ersten Einsätze waren aus Silber.

So genannte Tischhörgeräte entwickelte man 1937. Taschenhörgeräte mit Miniaturröhren kamen ab 1945 in Mode. Ab 1954 wurden dann Taschenhörgeräte mit Transistoren gebaut. Im gleichen Jahr gab es Hörbrillen zu kaufen, bei denen das Hörgerät in eine Brille integriert war.

Ab 1960 begann die Entwicklung von Knochenleitungshörgeräten und ab 1969 entwickelte man kleine In-dem-Ohr-Hörgeräte und Hinter-dem-Ohr-Hörgeräte. Beide sind auch jetzt noch auf dem Markt.

– Verfasser: —



Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop

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

Viele junge Familien brauchen Unterstützung

»Andrea Schumacher ist Koordinatorin im Netzwerk ›Gesunde Kinder‹ «

„Früher, zu DDR-Zeiten, sind junge Familien umfassend betreut worden“, erinnert sich Andrea Schumacher, Koordinatorin im Netzwerk „Gesunde Kinder“ Brandenburg an der Havel. Durch die Wende habe das etwas nachgelassen. Und auch der familiäre Zusammenhalt habe sich vielfach gelockert. Deshalb gebe es viele junge Familien, die Unterstützung brauchen, aber keine Ansprechpartner haben. Grund genug für Andrea Schumacher, die halbtags als Krankenschwester im Klinikum arbeitete, sich zunächst ehrenamtlich in einem Patenprojekt des Frauen- und Familienzentrums im Bürgerhaus Hohenstücken zu engagieren.

Die Mutter zweier Söhne (18 und 20) stellte fest, dass das Ehrenamt Familienpatin eine spannende und sehr befriedigende Aufgabe ist. Und als dann ihr Arbeitgeber, das Klinikum Brandenburg, beschloss, sich der Landesinitiative „Lokale Netzwerke – Gesunde Kinder im Land Brandenburg“ anzuschließen und in der Stadt Brandenburg ein eigenes lokales Netzwerk aufzubauen, bewarb sie sich erfolgreich um die ausgeschriebene Stelle als Koordinatorin des Projektes.

Worum geht es bei den lokalen Netzwerken? So genannte Familienpaten sollen allein erziehende Mütter und junge Familien, bei denen keine Omas oder Tanten in erreichbarer Nähe leben, in den ersten drei Lebensjahren des Neugeborenen, gegebenenfalls auch schon vor der Geburt, mit Rat und Tat unterstützen. Andrea Schumacher betont ausdrücklich, dass es bei der Tätigkeit der Familienpaten nicht um Kontrolle der Familien gehe. „Die Familienpaten sind Vertrauenspersonen. Sie unterliegen der Schweigepflicht und unterstehen keinem Amt und keiner Behörde“, erklärt sie. Wenn die „Chemie“ zwischen Paten und Familien nicht stimme, könne jede der beiden Parteien die Zusammenarbeit einfach aufkündigen. Stimmt sie hingegen, können die Paten „ihre“ Familien auch nach Ablauf des Förderzeitraumes von drei Jahren weiter betreuen, sofern dies beide Seiten wünschen.

Wer kann Familienpate werden? Im Prinzip alle aufgeschlossenen Menschen, die gerne mit Kindern zusammen sind und über viel Geduld und Toleranz verfügen, denn sie sollen ja die jungen Familien nicht dominieren, sondern beratend begleiten, erläutern die Koordinatorin. Sie seien Zuhörer, Berater und Ansprechpartner in allen Alltagsangelegenheiten „rund ums Kind“ und geben ihre Lebenserfahrung an junge Eltern weiter.



Am 30.06.2009 wurden an die Familienpaten feierlich die Urkunden übergeben.

Gewusst wo! Die Hauptaufgabe der Familienpaten besteht in der Vermittlung von Informationen. Andrea Schumacher zählt die wichtigsten Bereiche auf: Wo erhalten junge Familien staatliche, kommunale und projektbezogene Unterstützung? Wo gibt es Kontaktstellen und Hilfeangebote für Mütter und wo werden familienentlastende Dienste vermittelt? Was leisten medizinische, soziale und pädagogische Beratungsstellen? Wo finden junge Familien professionelle Hilfe bei finanziellen Problemen? Familienpaten unterstützen bei Bedarf auch bei der Klärung behördlicher Angelegenheiten und helfen bei der Suche nach wohnortnahen Kinderbetreuungseinrichtungen. Allein erziehende Mütter, die noch zur Schule gehen oder sich in der Ausbildung befinden, können sich bei Konflikten mit dem Ausbildungsbetrieb oder dem Arbeitgeber auf die Unterstützung der Familienpaten verlassen. Um diesen verantwortungsvollen Aufgaben gewachsen zu sein, erhalten die künftigen Familienpaten eine kostenlose projektbezogene Schulung durch erfahrene Dozenten der Volkshochschule Brandenburg, die Kooperationspartnerin des Netzwerkes ist. Nach Abschluss der 36-stündigen Pflichtschulung bekommen die Teilnehmer eine qualifizierte Bescheinigung. Aber auch während ihrer Tätigkeit werden die Familienpaten nicht alleingelassen.



Frau Schumacher mit drei der ersten fünfzehn ausgebildeten Familienpaten.

Es finden regelmäßige Gruppenbesprechungen und Fortbildungen statt. Eventuell aufgetretene Probleme können die Familienpaten in einer Supervision klären, die viermal im Jahr angeboten wird. Darüber hinaus können im Bedarfsfall auch Einzelgespräche vereinbart werden.

Die ersten fünfzehn Familienpatinnen, alle zwischen 30 und 60 Jahren alt, haben inzwischen ihre Schulung erfolgreich absolviert und wollen voller Tatendrang starten. Nach ihrer Motivation befragt, antwortet Helga Stolze: „Ich glaube, ich kann für uns alle sprechen, wenn ich sage: Wir wollen helfen! Wir wollen Kindern die Möglichkeit bieten, gut ins Leben zu starten.“

Informationen:

Die nächste Ausbildung zur Familienpatin/zum Familienpaten beginnt Ende August. Interessenten melden sich bei der Koordinatorin Andrea Schumacher, Telefon (0 33 81) 41 21 55 oder Mobilfunk (0173) 521 99 24.



Für die passende musikalische Unterhaltung sorgten die Schüler der städtischen Musikschule.

– Verfasser: —

*Ann Brünink
M. A. phil.*

Journalistin

Wenn einer eine Reise tut

»Reisebericht AGA Fellowship 2009«



Dr. Knut Andresen (Brandenburg), Dr. Rüdiger Schulze (Hamburg), Prof. J.P. Warner (Boston) und Dr. Mathias Wlk (Wien).

Vom 22.04. bis 17.05.2009 konnten wir, Dr. Mathias Wlk (Wien), Dr. Rüdiger Schulze (Hamburg) und Dr. Knut Andresen (Brandenburg) auf Einladung der deutschsprachigen Arthroskopiegesellschaft AGA eine Studienreise durch die USA mit Besuch von drei Arthroskopiezentren und Teilnahme am Kongress der Nordamerikanischen Arthroskopiegesellschaft (AANA) in San Diego durchführen. Schon auf dem Hinflug lernten wir drei Teilnehmer uns bei der notfallmäßigen Versorgung einer kreislaufinstabilen Patientin über dem Atlantik kennen. Die Patientin konnte dann dem Rettungsdienst auf dem Flughafen in Chicago kreislaufstabil übergeben werden.

Die erste Station unserer Reise war der Besuch von Prof. Michael Terry im Northwestern Memorial Hospital in Chicago. Hier konnten wir an mehreren Schulter- und Hüftarthroskopen teilnehmen. Die Zahl der von Dr. Terry durchgeführten Hüftgelenksarthroskopen ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, in diesem Jahr werden es wohl 180 solcher Eingriffe werden. Alle Hüftarthroskopen und auch die Schulteroperationen werden ambulant durchgeführt. Michael Terry betreut in seiner Praxis zahlreiche bekannte Sportler. Dank dieser Kontakte konnten

wir einem Eishockey-Play-off-Spiel der Chicago Black Hawks, bei denen er Mannschaftsarzt ist, beiwohnen und die großartige Stimmung erleben, die durch den 5:1-Sieg herrschte. Von Chicago flogen wir nach San Diego zum Jahreskongress der AANA (Nordamerikanische Arthroskopiegesellschaft). Auch hier war bei den Ausstellern eine besondere Zuwendung zur Hüftarthroskopie auffällig. Die Instruktor-Kurse und die wissenschaftlichen Sitzungen waren von sehr hohem Niveau. Unvergessen wird uns u.a. der Kurs zur SLAP- und Bizepssehnenproblematik mit einem Vortrag von Dr. O'Brien sein. Die erhaltenen sehr umfangreichen Vortragssammlungen werden wir sicherlich noch oft in die Hand nehmen.

Von San Diego führte uns unsere Reise nach Pittsburgh zu Prof. Freddie Fu. Hier wurden wir schon am Flughafen von seinen deutschen Mitarbeitern erwartet. Dr. Stephan Lorenz (München), Dr. Sebastian Kopf (Magdeburg) und Dr. Carl Haasper (Hannover) waren uns in den nächsten Tagen bei der Orientierung im Krankenhaus und in den vielen Forschungslaboren eine große Hilfe. Prof. Fu konzentriert sich in seiner klinischen und wissenschaftlichen Arbeit auf die Bedeutung und Funktion des vorderen Kreuzbandes.

Hier plädierte er bei vielen Gelegenheiten immer wieder deutlich für eine anatomische Rekonstruktion. Während der beiden von uns beobachteten Operationen nahm das Ausmessen der Notch und die Planung der Bohrkanäle für die Doppelbündelrekonstruktion einen sehr großen Raum ein. Eine Hospitation bei zwei weiteren orthopädischen Chirurgen der Klinik mit dem Schwerpunkt Schulterarthroskopie und Knieprothetik komplettierte den Besuch im Pittsburgher Department of Orthopedic Surgery.

Interessant war ebenso eine Führung durch die vielen Forschungslabore des Department of Orthopedic Surgery. Über 100 akademische Mitarbeiter forschen und publizieren hier. Die Spannweite der Labore reicht von genetischen Fragestellungen bis zu sehr praktischen Forschungen im Rahmen der Verletzungsprävention und Sportmedizin.

Als Ausgleich zum langen Stehen im Operationsaal wurde uns von Dr. Fu an einem Nachmittag ein zweistündiges Workout mit einem Profitrainer der lokalen Football-Mannschaft organisiert. Den Erfolg spürten wir in Form eines Muskelkaters noch mehrere Tage.



Smith-&Nephew-Stand.



Dinner mit Prof. Terry im Steakhaus.

Die letzte Station unserer Reise war Boston. Hier durften wir bei Prof. J.P. Warner im OP die arthroskopische Versorgung von ausgedehnten Sehnenrupturen und Schulterinstabilitäten verfolgen und in seiner Sprechstunde hospitieren. Für zwei Tage konnten wir außerdem im Labor der Fa. Smith & Nephew in Mansfield die neuesten Operationstechniken an der Schulter trainieren. Prof. J.P. Warner hat sich auf die operative Versorgung von Schultererkrankungen spezialisiert. Er demonstrierte uns eine sehr große wissenschaftliche Datenbank und eine eigens von ihm für seine Patienten erstellte sehr gute Internetseite (www.bosshin.com) mit der Beantwortung von vielen Fragen rund um die Schulter.

Die 4 Wochen in den USA waren durch zahllose unvergessliche Eindrücke geprägt. Sowohl operationstechnisch als auch wissenschaftlich konnte ich viele neue Aspekte nach Brandenburg mitbringen. Überall, wo wir hinkamen, wurden wir mit einer unglaublichen Gastfreundlichkeit aufgenommen und jeder war bemüht, uns einen umfassenden Einblick in seine Arbeit zu gewähren.

– Verfasser: —



Dr. med. K. Andresen

Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH.

Polosport – ein Virus

»Polo und Wanderreiten«



Auf dem Weg nach Hause.

Im Harz mit vielen Pferden aufgewachsen und als Teenager ins Brandenburger Land gezogen, habe ich das Abitur absolviert und zwei Berufe – Landwirtin und Krankenschwester – erlernt.

Seit über zehn Jahren leben mein Mann und ich in einer sehr turbulenten Patchwork-Familie mit insgesamt drei Kindern und sind mittlerweile auch Oma und Opa von drei kleinen Enkelsohnen. Zusammen haben wir auf einem Vier-Seiten-Hof in dem schönen Dorf Viesen vier Pferde, zwei Zwergzeburinder, zwei Hunde und eine Katze.



Zwergzeburinder.

Durch unsere Nachbarin Katja Schröder – Bühnenbildnerin und Polopferdezüchterin vom Lehnschulzenhof Viesen – hatten mein Mann und ich das Vergnügen, Polo ausprobieren zu können. Dabei stellte ich fest: Wanderreiten (als alte Leidenschaft) und Polo sind genau die richtigen Sportarten für mich. (Gott sei Dank denkt mein Mann ähnlich!)

Unsere zwei vierjährigen Welsh-Ponys sind die perfekten Kameraden, um Urlaub auf und mit dem Pferd zu erleben. Denn Wanderreiten bedeutet auch, selbst viel zu Fuß mit dem Pferd an der Hand unterwegs zu sein. Ein großes, aber noch sehr fernes Ziel ist es, zu Pferd an die Ostsee und einmal ins Erzgebirge zu reiten. Bis dahin müssen unsere Ponys noch sehr viel lernen und an Kondition gewinnen.

Das jetzt dreijährige Fohlen meiner Araberstute ist derzeit in Ausbildung und soll einmal ein gutes Polopferd werden.

Der Polosport ist wie ein Virus. Man steckt sich einfach an und kann nicht anders, als dieses faszinierende Spiel zu erlernen. Ein Polospieler darf keinesfalls zimperlich sein, er muss körperlich topfit und mental ausgeglichen sein. Er muss schnell reagieren und entscheiden können und er muss teamfähig sein, alles Eigenschaften, die auch für meine Arbeit enorm wichtig sind.

Polo ist Mut und Geschicklichkeit, reiterliches Können, Ballgefühl und Reaktionsfähigkeit. Kaum eine Sportart ist so vielseitig und so faszinierend.

Polo ist der wahrscheinlich älteste Mannschaftssport der Welt. Die Ursprünge des Polospiels lassen sich bis etwa 700 v. Chr. nach Persien zurückverfolgen. Die Tibeter, die das Spiel aus China übernahmen, gaben ihm den Namen „pulu“ (Ball). In Indien lernten Soldaten der britischen Kolonialtruppen Polo als Freizeitbeschäftigung und ideales Trainingsspiel für ihre Pferde kennen und lieben. Von hier verbreitete es sich bald über die ganze Welt. Hochburgen des Polos sind heute neben England, den USA und Südafrika vor allem Argentinien, das seit vielen Jahren die besten Spieler der Welt stellt.

In Deutschland wurde Polo zum ersten Mal 1896 in Hamburg gespielt. Bis zum Zweiten Weltkrieg wurde der Sport immer populärer und zwischen 1900 und 1936 war Polo mehrmals olympische Disziplin. Bei den Olympischen Spielen 1936 auf dem Maifeld in Berlin hatte Polo mehr Zuschauer als alle anderen Sportarten. Danach wurde der Sport in Deutschland als „nicht-arisch“ verboten ...

Heute gibt es in Deutschland wieder mehr als 20 Poloclubs mit ca. 400 aktiven Spielern. 2008 fand erstmalig die Polo-Europameisterschaft in Deutschland statt.

Beim klassischen Rasenpolo spielen zwei Teams à 4 Spieler gegeneinander auf einem ca. 270 x 180 m großen Spielfeld auf zwei Tore. Nach jedem Spielabschnitt von 7 1/2 Minuten Dauer („Chukker“) müssen die Pferde zu deren Schonung gewechselt werden. Ein Spiel besteht – je nach Spielklasse – aus vier bis acht Spielabschnitten. Die Regeln sind vorrangig auf Sicherheit und Schutz nicht nur der Reiter, sondern vor allem der Pferde ausgerichtet. Wenn eine Bandage aufgeht, wird das Spiel sofort angehalten. Stürzt jedoch ein Reiter, wird nur dann abgepfiffen, wenn der Spieler sichtlich verletzt ist.

Dass Polo nur ein Sport für die finanziell gut betuchte Elite ist, stimmt so nicht. Wenn Sie an den großen Sport und Turniere denken, dann werden Sie sicherlich gewisse Investitionen berücksichtigen müssen – und dann wird es natürlich auch kostspieliger. Für den eher „inoffiziellen Spaß“ halten sich die Kosten absolut im Rahmen, ein Helm, ein Paar Hosen und schon kann es losgehen. Die Trainingsstunden sind nicht teurer als die für Tennis, Golf oder für Springstunden.



Uta auf Blacki.

Ach übrigens, Theater kann man bei uns auch erleben. Im Januar 2009 gründeten wir in Viesen die Lehnshulzenhofbühne Viesen e.V. Aber das ist eine andere Geschichte.

– Verfasser: —



Uta Erler-Horst

Krankenschwester
im Herzkatheter-
Labor, Städtisches
Klinikum Branden-
burg GmbH.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



– Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.04.2009	Olaf String	Geschäftsführung
	am 01.05.2009	Kirsten Heider	Aufnahme
	am 01.05.2009	Cornelia Krumnow	Urologie
	am 15.05.2009	Dr. Wilfried Pommerien	Innere Klinik II
	am 01.06.2009	Anja Mollenhauer	Kinderklinik
	am 14.06.2009	Henriette Kroll	Station K 2
15 Jahre	am 01.04.2009	Ina Laabs	Intensivstation
	am 01.04.2009	Dr. Ulrich Plog	Intensivstation
	am 01.04.2009	Dr. Karl-Heinz Rudolph	Neurochirurgie
	am 01.04.2009	Dr. Ingram Rummler	Intensivstation
	am 01.04.2009	Dr. Martin Schäfer	Intensivstation
	am 01.05.2009	Susanne Reppenhagen	Station C 3
	am 13.06.2009	Katrin Nährig	Station C 1
20 Jahre	am 01.04.2009	Marion Siegel	Zentral-OP
	am 01.06.2009	Sabine Sokolowski	Station C 1
25 Jahre	am 04.04.2009	Gabriele Garlin	Rechnungswesen
	am 09.04.2009	Gabriele Plog	Intensivstation
	am 23.04.2009	Ingo Schierhorn	Medizintechnik
	am 12.06.2009	Jutta Töpfer	Station C 2
30 Jahre	am 17.04.2009	Ursula Mai	Intensivstation
	am 07.05.2009	Sieglinde Nürnberger	Physiotherapie

– Berufungen und ernannt wurden ...

ab 01.04.2009	Matthias Schneider	zum Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie
ab 01.05.2009	Ivo Seidel	zum Oberarzt der Klinik für Urologie
ab 01.05.2009	Matthias Götze	zum Oberarzt der Klinik für Urologie

– Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.03.2009	Khalid Y. Ahmed	Assistenzarzt, Innere Medizin 2
am 01.03.2009	Patrick Walter	Krankenpfleger, Wachstation
am 01.04.2009	Sabrina Hochstatter	Mitarbeiterin, Pflegedienstleitung
am 01.04.2009	Jeanette Böttger	Krankenschwester, Augenambulanz
am 01.04.2009	Franziska Domke	Krankenschwester, Intensivstation
am 01.04.2009	Susanne Kohl	Krankenschwester, Intensivstation
am 01.04.2009	Sabrina Tornow	Krankenschwester, Intensivstation
am 01.04.2009	Stephanie Schulze	Kinderkrankenschwester, Station K 2
am 15.04.2009	Iris Krausser	Krankenschwester, Zentral-OP

am 01.05.2009	Dr. Mathias Wagner	Facharzt, Gefäßchirurgie
am 01.05.2009	Anika Schulze	Krankenschwester, Zentral-OP
am 01.05.2009	Gardis Schwuchow	Krankenschwester, Station C 3
am 01.05.2009	Sandra Gathge	Krankenschwester, Neurochirurgie
am 01.05.2009	Sandra Griesbach	Physiotherapeutin
am 01.05.2009	Andrea Strupat	Krankenschwester, Station I 4
am 04.05.2009	Dr. Tobias Halder	Assistenzarzt, Innere Medizin 2
am 07.05.2009	Biggy Neumann	Arzthelferin, Frauenklinik
am 15.05.2009	Sven Rossow	Krankenpfleger, Wachstation
am 01.06.2009	Alexandra Evertz	Assistenzärztin, Innere Medizin 1
am 01.06.2009	Hannah Rüter	Assistenzärztin, Innere Medizin 2
am 01.06.2009	Konstanze Hartmann	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 01.06.2009	Andreas Rottstock	Krankenpfleger, Zentral-OP
am 01.06.2009	Sandra Twent-Ihrig	Kinderkrankenschwester, Station K1/K2
am 01.06.2009	Chrissanti Helmke	Dokumentationsassistentin, Chirurgie
am 01.06.2009	Henry Langer	Dokumentationsassistent, Frauenklinik
am 15.06.2009	Dr. Christian Hirschmann	Assistenzarzt, Pathologie
am 01.07.2009	Anke Rademacher	Krankenschwester, HNO-Klinik
am 01.07.2009	Sandra Nowak	Krankenschwester, Station I 2
am 01.07.2009	Anne Dochow	Assistenzärztin, Chirurgie
am 01.07.2009	Christian Seeger	Assistenzarzt, Augenklinik
am 01.07.2009	Christin Güldenpfennig	PTA, Apotheke
am 01.08.2009	Jette Götze	Physiotherapeutin

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

am 31.03.2009	Dr. Albrecht Waschke	Facharzt, Neurochirurgie
am 31.03.2009	Yvonne Vogel	Krankenschwester, Station I 2
am 31.03.2009	Angela Winkler-Lobs	Krankenschwester, Frauenklinik
am 24.05.2009	Dr. Sibylle Lechner	Oberärztin, Augenklinik
am 30.06.2009	Dr. Juan Arturo Tong Luna	Oberarzt, Kinderklinik
am 30.06.2009	Dr. Gerhard Franz	Oberarzt, Chirurgie
am 30.06.2009	Veronika Rittig	MTR, Radiologie

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.03.2009	Signe Dittler	Küche
10 Jahre	am 07.06.2009	Gudrun Polzin	Reinigung
15 Jahre	am 24.05.2009	Margit Hamscher	Reinigung
15 Jahre	am 03.06.2009	Sabine Schulze	Reinigung
15 Jahre	am 06.06.2009	Renate Wiedecke	Reinigung
15 Jahre	am 13.06.2009	Petra von Wittke	Reinigung
20 Jahre	am 01.04.2009	Dietmar Petters	Fuhrpark
25 Jahre	am 07.05.2009	Marion Liere	Reinigung
30 Jahre	am 01.05.2009	Regina Boenogk	Innere Klinik II
35 Jahre	am 02.04.2009	Monika Busse	Reinigung

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 16.03.2009	Ramona Falkenberg	Reinigung
am 16.03.2009	Jörg Siering	Küchenleiter
am 23.03.2009	Kathrin Stahlberg	Reinigung
am 01.04.2009	Andrea Dähn	Dokumentationsassistentin
am 01.04.2009	Marion Krüger	Reinigung
am 20.04.2009	Jens-Uwe Köhler	Fuhrpark
am 01.05.2009	Petra Fersing	Cafeteria
am 04.05.2009	Uwe Trütschler	Elektrowerkstatt
am 11.05.2009	Antje Kramer	Reinigung
am 01.07.2009	Elke Profetta	I A Z

Ein Leben für die Medizin

»Der Chirurg Gerhard Franz verabschiedet sich in den Ruhestand«



Dr. Gerhard Franz

Vierzig Jahre war Gerhard Franz Arzt im Klinikum Brandenburg. Unlängst hat der Chirurg und Leitende Oberarzt seinen 65. Geburtstag gefeiert und sich in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Die Redaktion des Klinikjournals hat ihn gefragt, wie er wurde, was er war.

Ab wann wussten Sie, dass Sie Medizin studieren wollten? Oder gab es früher andere Berufswünsche wie Feuerwehrmann oder Lokführer?

Nein, andere Berufswünsche gab es nicht. Ich wusste immer schon, dass ich Arzt werden will. Das lag bei uns in der Familie. Mein Vater war Zahnarzt. Und ich habe mich als Jugendlicher beim Deutschen Roten Kreuz engagiert.

Welche Vorstellungen haben Sie mit dem Beruf verbunden?

Konkretere Vorstellungen habe ich erst während des Studiums entwickelt. Während der Praktika habe ich festgestellt, dass mir die Chirurgie besonders liegt. Zum einen, weil mir die „handwerkliche“ Seite dabei gut gefiel. Und zum anderen, weil mir die besondere Stimmung am Operationstisch zugesagt hat. Die Chirurgie ist in gewisser Weise ein Mannschaftssport. Nur so lassen sich gute Ergebnisse erzielen.

Haben Sie die Schicksale Ihrer Patienten in die Freizeit verfolgt?

O ja, ich habe oft schlaflose Nächte gehabt. Es gab viele Situationen auf der Kante. Schwere Blutungen zum Beispiel. Aber man darf nicht einknicken bei der Arbeit. Das ist keine Gleichgültigkeit. Ohne professionelle Distanz hätte ich meinen ehemaligen Spielkameraden nicht operieren können, als der einen schweren Unfall gehabt hat.

Waren sich die betroffenen Patienten bewusst darüber, wie schlimm es um sie stand?

Einige haben sich nach der Operation für die gute Arbeit bedankt, manchmal sogar Blumen gebracht. Merkwürdigerweise waren das nie die Patienten, um deren Leben ich gezittert hatte, sondern solche mit vergleichsweise harmlosen Eingriffen, wie einer Blinddarmoperation. Die schweren Fälle haben sich nie wieder sehen lassen. Ich habe nie begriffen, warum das so war.

Sie sind gebürtiger Brandenburger, sind in Brandenburg zur Schule gegangen und haben nach dem Studium an der Universität Greifswald Ihr gesamtes Berufsleben im Klinikum Brandenburg gearbeitet. Wollten Sie sich nie verändern?

Doch, das habe ich ernsthaft in Erwägung gezogen. Denn als Klinikarzt hatte ich ja monatlich ein bis zwei Nachtschichten. Und dann die Wochenenddienste. Davon ist ja die ganze Familie betroffen. Und es ist schwierig, Kontakte zu Freunden zu halten. Nach der Wende habe ich einige Male „hospitiert“. Aber schließlich bin ich doch hier geblieben, auch wegen der Kinder. Und als Leitender Oberarzt hatte ich gute Arbeitsbedingungen am Klinikum, 15 Mitarbeiter. Es gibt eine gute Intensivstation, eine gute Diagnostik.

Wenn Sie rückblickend Ihre Berufswahl kritisch betrachten: War es eine gute Wahl?

Ja, der Arztberuf ist schön, war schön. Ich würde es wieder so machen. Rückblickend bin ich allerdings froh, dass ich die Medizin erlebt habe, als es noch nicht nur ums Geld ging.

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

In dieser Ausgabe:

Schadet Sonnenlicht den Augen?



Umstritten ist der langfristige Einfluss von Sonnenlicht auf die Entstehung der altersabhängigen Makuladegeneration (AMD). Eine Studie legt jedoch nahe, dass intensive Sonneneinstrahlung (mehr als 5 h pro Tag) in den frühen Lebensjahren mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, im späteren Leben eine AMD zu entwickeln. Auch wurde in dieser Studie gefunden, dass das Tragen von Sonnenbrillen und breitkrempigen Hüten in den frühen Lebensjahren mit einem verminderten Risiko einer AMD-Manifestation im Alter verbunden ist. Deshalb empfiehlt auch Nikki Ulm das Tragen von entsprechenden Hüten wie z. B. Basecaps. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass der Schirm der Basecap wirklich den Gesichtsbereich schützt. Eine entsprechende Beschriftung wie bei dem Cap der abgebildeten jungen Dame kann diesbezüglich sehr nützlich sein.

Intensive Sonneneinstrahlung z. B. in der Höhe, bei Schnee oder am Meer kann zu einem „Sonnenbrand“ (so genannte Verblitzung oder Schneeblindheit) der Bindehaut und Hornhaut führen. Ähnlich wie bei einem Sonnenbrand der Haut treten dabei heftige Augenschmerzen mit einer Verzögerung von einigen Stunden auf, die spontan nach einigen Stunden nachlassen.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité