

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



linikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Spezialstation zertifiziert S. 08

Frank Schöbel im Interview S. 14

Aushängeschild Rettungsstelle S. 20

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 Tumorthesiezentrum

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 Haus 11, Ebene 0.
Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:
(0 15 20) 1 57 73 36.

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



GESPRÄCHE im Klinikum

April 2010

Donnerstag, 01.04.2010
Pflegedienstleitung

„Diabetes – was nun?“

Referentin: Frau Mona Klemp,
Diabetesberaterin

Mai 2010

Donnerstag, 06.05.2010
Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie

Neue Hörerätesysteme und Durchführung von Hörtests

Referentin: CÄ Dr.med. B. Didczuneit-Sandhop unter Mitarbeit von Höreräteakustikern

Juni 2010

Donnerstag, 03.06.2010
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Asthma im Kindesalter

Referent: CA Dr.med. H. Kössel

Impressum

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ein „Geburtskind“ ganz besonderer Art feiern wir dieses Jahr im Städtischen Klinikum Brandenburg: Das KlinikJournal begeht mit der ersten Ausgabe des Jahres 2010 sein fünfjähriges Bestehen! Seit April 2005 erfahren Mitarbeiter, Patienten und Besucher des Klinikums viermal im Jahr interessante Neuigkeiten aus unserem knapp 450 Betten starken Haus. Ärzte zeigen neue Behandlungswege auf, Mitarbeiter berichten von ihren Hobbys und die Klinikleitung informiert über technische Errungenschaften oder wichtige Entwicklungen.

Wir freuen uns, mit dem Journal über unser Klinikum zu informieren, und sagen: herzlichen Glückwunsch!



Inhalt

Medizin und Forschung

- 4–5 Wenn die roten Blutkörperchen im Stau stecken
» Durchblutungsstörung des Auges führen oft zu plötzlicher Sehverschlechterung «
- 6 Mit ATÜ wird der Weg frei
» Neue Operationsmethode in der HNO-Klinik «
- 7 Fortschritte in der Schlüssellochchirurgie
» Gallenblasenentfernung ohne (sichtbare) Narben «
- 8–9 Spezialstation zur Überwachung bedrohlicher Brustschmerzen – Chest-Pain-Unit (CPU) zertifiziert

Ein- und Ausblicke

- 10–11 Mit Herzblut und spitzer Feder
» Schreiben ist eine Leidenschaft von Birgit Didczuneit-Sandhop «
- 12–13 Die Dokumentationsassistentinnen stellen sich vor
- 14–15 Frank Schöbels Karriere
» Der erfolgreiche Sänger und Schauspieler aus der DDR stellt sich Fragen zur Gesundheit «
- 20 Aushängeschild Rettungsstelle
» Positive Erfahrungen mit dem System der Ersteinschätzung «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 16–17 Die Sonne bringt es an den Tag
» Das Klinikum geht neue Wege bei der Finanzierung alternativer Energien «
- 18 Eine Frau mit Format
» Katharina Zumbusch ist Fachärztin für innere Medizin in der Praxis für Nuklearmedizin und Endokrinologie «
- 19 Mit Beharrlichkeit und Gottvertrauen zum Ziel
» Die Nuklearmedizinerin Ute Rüdig geht unbeirrt ihren Weg «
- 21–23 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Einmal im Monat: KlinikJournal-TV mit aktuellen Themen im



Wenn die roten Blutkörperchen im Stau stecken

»Durchblutungsstörung des Auges führen oft zu plötzlicher Sehverschlechterung«

Eigentlich wünscht man sich ein kleines U-Boot von weniger als 1/10 mm Durchmesser mit entsprechenden Geräten und einer Besatzung, das man in die Gefäße des Auges einschleusen kann. Dann könnte man Verschlüsse dieser Gefäße und entsprechende Engstellungen beseitigen und bei gleichzeitigem Einsatz die Sehfunktion erhalten. Leider sind wir weit davon entfernt, die ausgesprochen kleinen Schlagadern des Auges entsprechend behandeln zu können.

Arterielle Durchblutungsstörungen:

Durchblutungsstörungen am Auge können zu einem dramatischen, schlagartigen Sehverlust führen, vor allem wenn die Schlagadern (Arterien) und das Zentrum der Netzhaut (gelber Fleck oder die Fovea) betroffen sind. Häufig verlegen kleine Blutgerinnsel (Abb. 1a), die sich von den Wänden der Halsschlagadern oder aus dem Herzen lösen, kleine Schlagadern der Netzhaut oder des Sehnervenkopfes (Papille), so dass es zu einer akuten Minderdurchblutung kommt (Abb. 1b). Wenn sich die Durchblutung nicht umgehend wieder spontan erholt, sind bleibende gravierende Sehstörungen die Regel.



Abb. 1a: In den kleinen Schlagadern der Netzhaut haben sich weiße Blutgerinnsel abgelagert (Pfeile).

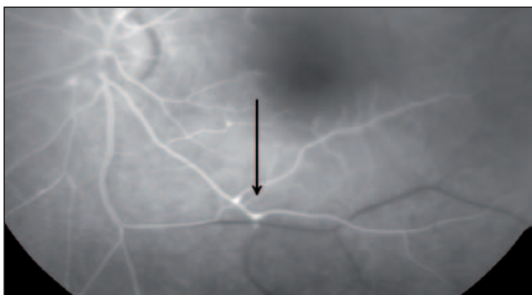


Abb. 1b: Die Darstellung der Netzhautgefäße zeigt einen Abbruch des Blutflusses (helle Gefäßstreifen) jenseits der Blutgerinnsel (Pfeile).



Es ist zwar teilweise möglich, solche Blutgerinnsel – auch ohne Miniatur-U-Boot – durch direkte Medikamentengabe in die Schlagader des Auges aufzulösen. Es hat sich jedoch in einer großen Studie gezeigt, dass die Gefahr von Schlaganfällen im Zusammenhang mit der Blutgerinnselauflösung erheblich ist, so dass wir diese Methode trotz positiver Einzelergebnisse nicht mehr anwenden.

Bei Durchblutungsstörungen des Sehnervenkopfes (Abb. 2) behandeln wir unter bestimmten Voraussetzungen mehrere Wochen mit Cortison, da sich dies als wirksam und relativ komplikationsarm erwiesen hat. Wichtig ist die Erkennung und optimale Behandlung bestimmter Allgemein- bzw. Kreislauferkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Übergewicht, Verengungen der Halsschlagadern oder Veränderungen des Herzens/der Herzklappen, damit es nicht zu weiteren Gefäßverschlüssen am Auge oder an anderen Organen kommt. Auch das Rauchen sollte unbedingt eingestellt werden, da es zu schweren Gefäßverengungen führt.

Eine Besonderheit stellen Entzündungen der Kopfarterien dar (Arteriitis temporalis). Meist gehen diese mit starken neu auftretenden Kopfschmerzen, allgemeinem Erkrankungsgefühl und Entzündungszeichen einher. Hier sind eine umgehende diagnostische Abklärung und hochdosierte Cortisonbehandlung extrem wichtig, weil die Gefahr weiterer Gefäßverschlüsse am Auge und im Kopfbereich sehr groß ist. Sind die Nerven der Augenmuskeln von einer Durchblutungsstörung betroffen, entsteht eine akute Schielstellung und es werden meist Doppelbilder wahrgenommen. Häufig erholen sich die Augenmuskelnerven innerhalb einiger

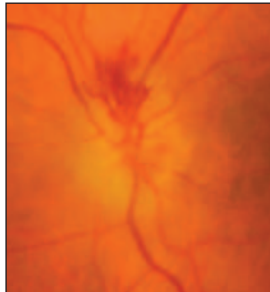


Abb. 2: Durchblutungsstörung des Sehnervenkopfes (heller Fleck) mit einer Blutung des oberen Sehnervenkopfes bei Arteriitis temporalis.

Wochen weitgehend und die Doppelbilder verschwinden. Da Doppelbilder auch andere Ursachen haben können, sollte eine gründliche Untersuchung erfolgen, um ggf. gezielte Behandlungen einzuleiten. Bessern sich die Doppelbilder nicht innerhalb eines Jahres spontan, ist eine operative Behandlung der Augenmuskeln sinnvoll.

Venenverschlüsse des Auges

Venenverschlüsse der Netzhaut führen in der Regel zu einer weniger akuten Sehverschlechterung über Stunden oder Tage. Manchmal werden sie auch zufällig bemerkt. Die Sehverschlechterung kann ganz erheblich, aber auch gering sein. Typisch ist vor allem ein Verzerrtsehen, das durch Wassereinsparungen an der Stelle des schärfsten Sehens (der Fovea oder der Macula) aufgrund der stark verminderten Durchblutung der Netzhaut bedingt ist. Auch hier sind beeinflussbare Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen und Übergewicht von großer Bedeutung. Nicht ganz selten sind jedoch auch jüngere Patienten

ohne Vorliegen solcher Risikofaktoren betroffen. Da die Durchblutung bei Venenverschlüssen nicht vollständig unterbrochen ist, kann besonders bei frühzeitiger Behandlung häufig eine Verbesserung erreicht werden. Eine isovolämische Hämodilution (es wird Blut wie bei einer Blutspende entnommen und durch eine entsprechende Flüssigkeitsmenge ersetzt) kann in vielen Fällen die Durchblutung und Funktion verbessern. Zusätzlich werden meist winzige Mengen eines Hemmstoffes gewisser Gewebeshormone (Avastin®) ins Auge injiziert da sich dadurch häufig ein schneller und deutlicher Sehschärfeanstieg erreichen lässt. (Abb. 3a, b)

Die positive Wirkung hält jedoch in mehr als 50 % der Fälle nicht dauerhaft an, so dass dann die Injektion nach mehreren Wochen ein- oder mehrmals wiederholt werden muss. Auch Laserbehandlungen um die Mitte der Netzhaut haben sich in bestimmten Fällen kleinerer Venenverschlüsse als sinnvoll erwiesen. Wenn sich als Reaktion auf den Gefäßverschluss neue Gefäße im Auge bilden, muss rechtzeitig eine Laserbehandlung der äußeren Netzhaut durchgeführt werden, damit es nicht zu schweren Komplikationen wie einem Grünen Star oder Blutungen in das Augeninnere kommt. Nur in besonderen Fällen versuchen wir, Engstellungen der Venen im Auge durch eine arteriovenöse Dekompression (die Vene wird von einengendem Bindegewebe befreit) chirurgisch zu beseitigen oder durch eine Schlitzen des Sehnervenkopfes (radiäre Optikusneurotomie) eine Besserung zu erreichen.

– Verfasser –



Priv.-Doz. Dr. med. W. Noske

Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde

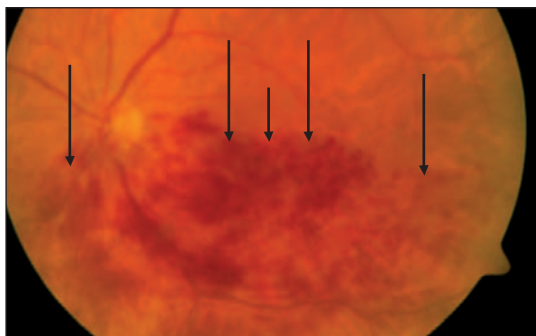


Abb. 3a: Eine Netzhautvenenthrombose führt zu großflächigen Netzhautblutungen (gr. Pfeile); auch die Stelle des schärfsten Sehens (kl. Pfeil) ist betroffen.



Abb. 3b: 2 Monate nach Blutverdünnung und Einspritzung in den Glaskörper haben sich die Blutungen weitgehend zurückgebildet, auch an der Stelle des schärfsten Sehens (kl. Pfeil), so dass sich die Sehschärfe deutlich gebessert hat.

Mit ATÜ wird der Weg frei

» Neue Operationsmethode in der HNO-Klinik «

— Verfasser —



Frau Dr. med.
B. Didzuneit-
Sandhop

HNO, Gesichts-
und Halschirurgie

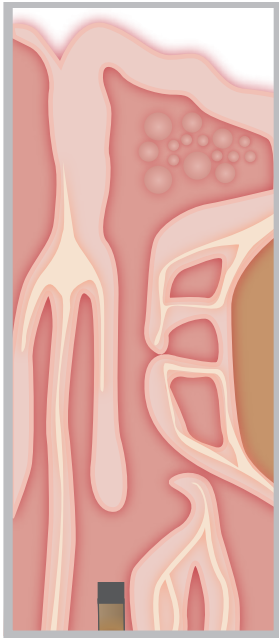


Abb. 1

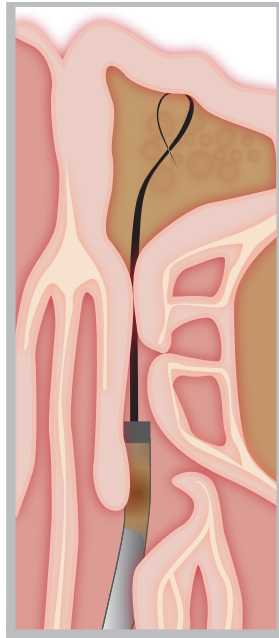


Abb. 2

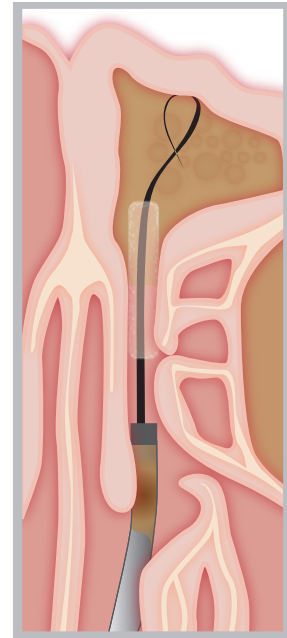


Abb. 3

Entzündungen der Nasennebenhöhlen lassen sich, wenn sie akut sind, meist durch abschwellend wirkende Nasentropfen, schleimlösende Präparate oder Antibiotika behandeln. Der Eiter aus den Nasennebenhöhlen kann dann wieder frei abfließen.

Bei chronischen Entzündungen, deren Ursache mannigfaltig sein kann, ist oft eine Operation unausweichlich, wenn Medikamente keine Linderung gebracht haben. Die OP hat dann zum Ziel, die Öffnungen zu den Nasennebenhöhlen zu erweitern, damit diese wieder belüftet werden. Man will so verhindern, dass eine abgeschottete Entzündung weiterschwelt. Es ist wie mit einem Zimmer in dem man das Fenster öffnet, um frische Luft hereinzulassen. Dadurch kann der Eiter gut ablaufen. Des Weiteren entfernt man Polypen und sorgt so für eine verbesserte Atmung.

Zugänge zu den Kieferhöhlen, den Siebbeinen und den Keilbeinhöhlen kann man auf diese Weise langfristig offen halten. Auch die Zugänge zu den Stirnhöhlen lassen sich operativ erweitern. Diese Zugänge können sich eher wieder verengen als bei

anderen Nasennebenhöhlen. Seit einiger Zeit gibt es daher eine neue Methode, die eine Lösung bietet. Die Ballonsinuplastik ist ein Verfahren aus Amerika, das bereits in den Universitäten und auch bei uns in Brandenburg angewandt wird. Dazu wird ein Leuchtkatheter in die Stirnhöhle geschoben. Der richtige Sitz des Katheters ergibt sich aus dem Leuchten der Stirnhöhle durch den Knochen in einem abgedunkelten Raum. Über diesen dünnen Draht wird ein Schlauch vorgeschoben, an dessen Ende ein aufblasbarer Ballon sitzt. Unter mikroskopischer Sicht oder mit dem Endoskop wird geschaut, ob der Ballon im Zugang zur Stirnhöhle platziert ist. Ist der Sitz korrekt, wird der Ballon unter Druck mit Wasser gefüllt.

Der Ballon bewirkt feine Mikrofrakturen in den umgebenden Knochen. Die Schleimhaut im Zugang zur Stirnhöhle wird nicht angegriffen. Sie bleibt intakt. So werden Narbenbildungen verhindert. Erste Langzeitstudien zeigen sehr gute Erfolge und nur bei wenigen Patienten musste dieser Eingriff wiederholt werden.

Fortschritte in der Schlüssellochchirurgie

» Gallenblasenentfernung ohne (sichtbare) Narben «

Am Städtischen Klinikum Brandenburg werden im Jahr ca. 200 Gallenblasenentfernungen durchgeführt. Davon werden 93% laparoskopisch – d.h. minimalinvasiv – operiert. Bei einer so genannten minimalinvasiven Operation werden insgesamt zwei 1 cm große und zwei 5 mm große Hautschnitte durchgeführt. Diese Methode der Gallenblasenentfernung ist seit Anfang der 90er Jahre als Standardoperationsmethode zu bezeichnen. Weltweit haben die Chirurgen versucht, die Belastung dieses Eingriffs für den Patienten noch weiter zu reduzieren. Dabei wurden Gallenblasen bei der Frau bereits durch die Scheide (transvaginale Gallenblasenentfernung) und beim Mann durch den Magen (transgastrische Gallenblasenentfernung) entfernt. Diese Methoden, die teilweise auch in der Presse publik gemacht wurden, sind jedoch eindeutig als experimentell zu bezeichnen.

Es liegen keine Langzeitergebnisse bei diesen Operationsformen vor. Zusätzlich zu den Schäden, die im Bereich der Scheide oder im Bereich des Magens entstehen, ist bei allen Operationen auch das Einbringen einer Kamera über den Bauchnabel notwendig. Durch diese neuen Operationsmethoden werden auch Komplikationen und Probleme hervorgerufen, die man bei den normalen Gallenblasenoperationen nicht kennt. So können z.B. nach der Entfernung der Gallenblase über die Scheide Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten oder es können beim Einbringen der Operationsinstru-

mente Verletzungen am Enddarm bzw. an der Harnblase entstehen. Die Entfernung der Gallenblase sowohl über den Magen als auch über die Scheide ist noch nicht ausgereift. Aus diesem Grund haben wir uns in Brandenburg an der Havel entschieden, ein anderes Verfahren einzuführen. Dabei wird die Gallenblase nur noch über einen einzelnen Schnitt im Bereich des Bauchnabels aus dem Körper operiert. Diese Methode heißt Single-Incision-Cholezystektomie oder Single-Port-Cholezystektomie. Auch dazu gibt es viele Veröffentlichungen im Internet. Wir haben mit der Einführung dieser neuen Methode im Dezember 2008 begonnen. Seitdem haben wir 50 Patienten erfolgreich operiert.

Komplikationen sind bei dieser neuen Operationsmethode erfreulicherweise nicht aufgetreten. Die Patienten sind sehr zufrieden und das kosmetische Ergebnis ist deutlich verbessert, da im Vergleich zur normalen laparoskopischen Cholezystektomie statt vier Hautinzisionen nur noch eine Hautinzision am Bauchnabel notwendig ist. Wenn die Hautinzision geschickt gelegt wird, ist sie in der Tiefe des Nabels gelegen bzw. passt sich der natürlichen Verlaufsform des Bauchnabels an, so dass sie nach einer Abheilung kaum noch sichtbar ist. Die Haut wird bei dieser Operationsmethode auch nicht mehr genäht oder geklammert, sondern mit einem Spezialkleber fixiert, so dass die Haut nicht zusätzlich geschädigt wird und kein Entfernen von Nahtmaterial notwendig ist.

– Verfasser –



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

Chefarzt der Klinik
für Allgemein-
und Viszeralchi-
rurgie



Abb. 1: OP-Instrumente, die bei der Single-Incision-Cholezystektomie nur über einen Hautschnitt im Bereich des Nabels in den Körper eingeführt werden.

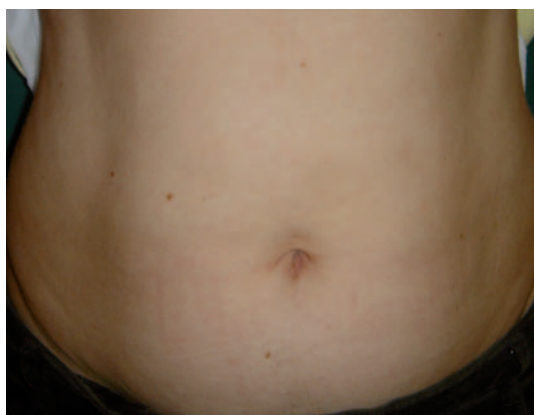


Abb. 2: postoperatives Ergebnis mit einer fast nicht sichtbaren Narbe 4 Wochen nach der Operation.



Auf der Intermediärstation wird alles überwacht.

durch EKG, Ultraschall und Laborparameter möglich sein. Das Vorhalten von Notfallgeräten, wie z. B. Defibrillator, Intubationsbesteck, Sauerstoffanschluss und Absaugvorrichtung, gehört selbstverständlich dazu. Ganz zentral ist natürlich die bereits erwähnte Einhaltung von Behandlungspfaden, die zu einer raschen Diagnose der Ursachen des Brustschmerzes führen können, so dass zielgerichtet behandelt werden kann. Bereits in der Wohnung des akut erkrankten Patienten wird ein EKG abgeleitet. Ist hier ein akuter Herzinfarkt zu erkennen oder liegen typische Beschwerden vor, wird sofort über Telefon die Einsatzbereitschaft des Herzkatheterlabors hergestellt, um nach raschem Transport in unsere Klinik und der Übergabe an den kardiologischen Funktionsbereich eine sofortige Wiedereröffnung von verschlossenen Herzkranzarterien durchzuführen.

Ist die Diagnose nicht sofort zu sichern, werden die Patienten auf der Brustschmerzeinheit (Chest-Pain-Unit) auf der Station I1 durch eine lückenlose Überwachung (Monitoring) von EKG und Herz-Kreislauf-Funktionen betreut. Mittels Röntgen- und Laboruntersuchungen sowie Ultraschalldiagnostik werden andere mögliche Gründe für die Schmerzen abgeklärt. Dies erfolgt so lange, bis die gesamte Information über Gefährdung oder Nichtgefährdung des Patienten vorliegt und sich daraus das weitere

Vorgehen der Behandlung des Brustschmerzes ableiten lässt. Falls doch ein kleinerer, im EKG nicht sofort erkennbarer Herzinfarkt vorliegt, erfolgt die Herzkatheteruntersuchung und Behandlung durch Ballonerweiterung, um weitere Schäden am Herzen zu vermeiden. Wird durch die Computertomografie des Brustkorbs eine Lungenembolie festgestellt, wird die Quelle gesucht und durch Blutverdünnung das weitere Fortschreiten verhindert. Eine sehr bedrohliche Erkrankung stellt die so genannte Aortendissektion dar, bei der es zu einem Einriss der Gefäßwand der Hauptschlagader des Körpers kommt. Hier ist in der Regel eine Operation notwendig.

Die Therapie des akuten Herzinfarktes erfolgt im Rahmen leitliniengerechter Behandlungspfade. Es ist eine institutionalisierte Kooperation mit den Notärzten, den Ärzten auf der interdisziplinären Intensivstation und anderen Fachrichtungen unseres Hauses eingerichtet. Selbstverständlich werden spezielle Schulungsprogramme durchgeführt, die sich auf die genannten Erkrankungen beziehen. Eine systematische Analyse der Effektivität unserer Brustschmerzeinheit erfolgt durch eine kontinuierliche Erfassung aller dort behandelten Patienten und durch eine landesweite vergleichende Analyse, mit der die Effektivität und Qualität der Behandlungseinheiten kontrolliert werden kann.

— Verfasser —

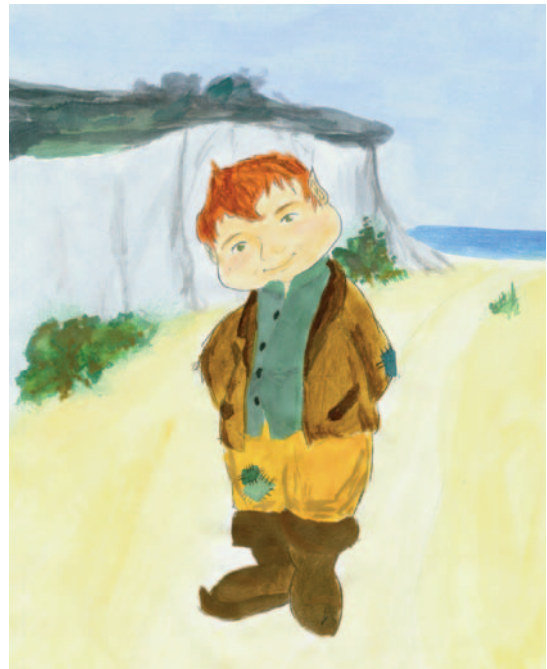


*Prof. Dr. med.
M. Oeff*

*Facharzt für Innere
Medizin/Kardiologie*

Mit Herzblut und spitzer Feder

» Schreiben ist eine Leidenschaft von Birgit Didczuneit-Sandhop «



Bilder, gemalt von Maria Herse, Doktorandin der Biologie in Cambridge und Tochter von OP-Schwester Uta Herse.
Abb. links: CARENZO VOR DEN LEUCHTTÜRMEIN in Kap Arkona, Abb. rechts: CARENZO VOR DEM KÖNIGSSTUHL.



Birgit Didczuneit-Sandhop am Strand von Rügen.



Birgit Didczuneit-Sandhop im Alter von 2 Jahren.

Schreiben ist eine Leidenschaft von Chefärztin Birgit Didczuneit-Sandhop. Es gibt kaum eine Ausgabe des KlinikJournals, in dem die HNO-Ärztin nicht mindestens mit einem Artikel vertreten ist. Ob mit flam-mendem Plädoyer für das Nichtrauchen im Klinikum, einem Artikel über leidenschaftliche Tierliebe oder, wie in dieser Ausgabe, einem begeisterten Interview mit dem Sänger Frank Schöbel – immer meldet sie sich mit Herzblut und spitzer Feder zu Wort. Aber was und worüber schreibt Birgit Didczuneit-Sandhop, wenn sie gerade mal keine Artikel für das KlinikJournal vorbereitet? Das wollte die Journalistin Ann Brünink wissen und hat die Chefärztin danach gefragt.

„Carenzo auf Rügen“ heißt das entzückende kleine Buch, das Sie und Ihr Mann verfasst haben und das im Wagner Verlag erschienen ist. Es ist ein Inselführer für Kinder und Erwachsene. Sie kennen die Insel so gut, weil Sie auf Rügen geboren sind. Wann und wo?

Vor 10 Jahren hätte ich Ihnen die Frage fröhlicher beantwortet: also, am 13.04.1963 in Bergen.

Haben Sie Ihre gesamte Kindheit auf Rügen verbracht?

Ja, in einem sehr kleinen, einsamen Ort mit 4 Häusern und jetzt 15 Einwohnern, in Strachtitz. Da war viel Zeit zum Lernen und Lösen von Matheaufgaben, was ich mit Begeisterung getan habe. Damals gab es die Alpha-Zeitschrift für Mathematikfreaks.

Woher haben Sie Ihre Kenntnisse der geografischen und historischen Entwicklung Rügens? Aus dem Elternhaus und von der Familie? Oder aus der Schule?

Die Familie meines Vaters mütterlicherseits stammt von der Insel Rügen. Da liegt es nahe, dass man seinen Stammbaum erforscht. Darüber hinaus beschäftigt man sich dann auch zwangsläufig mit der Geschichte und natürlich haben unsere Eltern mir und meinen zwei Geschwistern viel über die Insel erzählt und geschichtsträchtige Orte mit uns besucht.

Gibt es Abenteuer, die Sie in Ihrem Carenzo-Buch nicht erzählt haben? Weil sie vielleicht zu gefährlich waren und zur Nachahmung nicht empfohlen sind? Oder vielleicht auch, weil Ihre Familie bis heute nicht weiß, was Sie als Kind so alles angestellt haben?

Ich kenne meine Grenzen. Aber mein Vater hat als kleiner Junge viele Streiche gemacht, von denen er

uns erzählt hat. Einige davon sollte man in kein Buch schreiben. Abenteuer könnte der kleine Carenzo aber noch viele erzählen, die warten noch darauf, geschrieben zu werden.

Also sind Fortsetzungen geplant?

Fortsetzungen sind geplant. Ein Reiseführer von Brandenburg für Kinder könnte Spaß machen.

Seit wann haben Sie diese unbändige Lust zum Schreiben? Seit Sie es gelernt haben? Seit Sie entdeckt haben, dass man mit dem geschriebenen Wort die Welt aus den Angeln heben kann? Oder seit dem ersten Mal „sehr gut“ im Aufsatz?

Begonnen habe ich vor dem Studium 1981, als ich im Krankenhaus in Bergen gearbeitet habe. Es waren Geschichten von Frauen, die mich sehr berührt haben.

Was ist aus den Geschichten über diese Frauen geworden? Wurden sie veröffentlicht? Oder liegen sie noch irgendwo in einer Schublade?

Die Thematik war damals sehr heikel. Es waren vor allem Geschichten unmittelbar nach Kriegsende: Flucht, Vertreibung, Vergewaltigung ... Die Texte liegen sicher noch auf dem Dachboden meiner Eltern.

Stand unter einem Ihrer Aufsätze jemals eine Bemerkung wie „Thema verfehlt“ oder „Birgit, du musst lernen, deine Fantasie zu zügeln“ oder ähnliches?

Ich habe während der EOS-Zeit grundsätzlich die Note „gut“ in Aufsätzen bekommen. Da konnte ich machen, was ich wollte. Einmal haben wir einen Aufsatz über das Konzentrationslager Ravensbrück geschrieben. Während eines Urlaubs war ich selbst dort und hatte mir Broschüren mitgenommen. Die habe ich teils komplett abgeschrieben – ist doch schon verjährt, oder? Jedenfalls hat die Deutschlehrerin den Text total verrissen. Seitdem weiß ich, wie subjektiv die Bewertung eines Aufsatzes sein kann. Der Deutschlehrerin würde ich gern noch mal was schreiben ...

Was war der größte Erfolg, den Sie je mit einem Text, einem Artikel oder einem Brief erreicht haben?

Der größte Erfolg war meine Doktorarbeit 1992 zum Thema Knieprothesen, die ich mit „magna cum laude“ – „sehr gut“ – abgeschlossen habe.

Herzlichen Glückwunsch! Waren alle Texte so erfolgreich oder hätten Sie das geschriebene Wort auch gerne mal ungeschrieben gemacht?

Ich bin ein Widder, ein sehr impulsiver Mensch. Sowohl Freude als auch Ärger kann ich markant in Wort und Schrift festhalten. Das kommt nicht immer gut an. Für mich ist dann aber alles gesagt und ich kann wieder friedlich leben.

Sie können dann wieder friedlich leben. Aber können das die Adressaten bzw. die Leser dann auch? Oder gab es auch schon ernsthafte Zerwürfnisse wegen eines Textes von Ihnen?

Nein, ich denke, man hat mich immer verstanden. So habe ich es jedenfalls empfunden. Ich finde es besser, klare Worte zu sprechen, als versteckt „hintenherum“ zu argumentieren.

Gibt es ein Thema, über das Sie niemals schreiben würden?

Nö.

Schreiben Sie täglich? So etwa, wie andere Leute Gymnastik machen?

Kann man so sagen, meist Fachliches.

Schreiben Sie Leserbriefe? Oder haben Sie das mal getan?

Nein, aber manchmal würde ich es gern, wenn allgemeine politische Fragen mich sehr berühren oder die Lokalpolitik.

Wollten Sie jemals Schriftstellerin werden? Oder Journalistin?

Warum wollten? Ich darf in 21 Jahren in Rente gehen, dann bin ich 67 – dann habe ich richtig Zeit, warten Sie mal ab ...

Man darf also gespannt sein, was von Chefärztin Birgit Didczuneit-Sandhop in nächster und in ferner Zukunft noch so alles zu lesen sein wird.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Die Dokumentationsassistentinnen stellen sich vor



„Aha, die wichtigste Frau der Abteilung“, begrüßte der neue Chefarzt einer unserer Kliniken die Dokumentationsassistentin, die für seinen Fachbereich zuständig ist. Auch wenn das gewiss scherzhaft gemeint war, so klingt doch darin eine Wertschätzung mit, über die wir uns sehr freuen. Denn nicht immer wird verstanden, was wir tun und welche Bedeutung unsere kleine, zurzeit sieben Frauen starke Abteilung für das Städtische Klinikum Brandenburg besitzt. Um es vorwegzunehmen: Wir sind Schreibtischleiterinnen. Wir – das sind zurzeit Andrea Rückert als Leiterin, Mandy Dubjak, Nicole Hildebrandt, Elisabeth Kosche, Inez Krüger, Antje Siemens und Britta Warsow. Die medizinischen Leistungen erbringt in unserem Haus selbstverständlich das medizinische Fachpersonal.

Was aber wären all die oft so aufopfernd vollbrachten Maßnahmen, abgesehen von der Freude, Kranken zu helfen, wenn sie nicht gebührend belohnt würden? Wo bliebe unser Klinikum in Zeiten des Geldsparens, wenn nicht nachgewiesen und abgerechnet werden könnte, was geleistet wurde?

Um dies gerecht durchführen zu können, hat unser Staat sich für das DRG-System als Fallpauschalenvergütung entschieden. Das DRG-System (Diagnosis related groups) – ein in Australien entwickeltes und von Deutschland modifiziertes Fallgruppensystem – beruht auf der Annahme, dass Patienten mit einer bestimmten, für den Aufenthalt führenden Krankheit im Durchschnitt bestimmte gleiche Behandlungen bekommen und somit vergleichbare Kosten

anfallen. Entscheidend ist also die Diagnose, die den Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus verursacht hat. Zusätzlich bewertet wird manchmal auch die Schwere seiner Nebenerkrankungen, die die Behandlung oft verlängern oder komplizierter machen. Weil aber deutlich wurde, dass die Behandlung gleicher Krankheiten doch recht verschieden sein kann – ein Patient wird operiert, der andere nicht –, fließen gewisse Prozeduren seiner Behandlung auch mit in den Gruppierungsalgorithmus ein. Für bestimmte teure Medikamente und Materialien wurden Zusatzentgelte beschlossen. Wann welche Krankheit, welche Prozedur und welches Material in die DRG einfließen dürfen und in welcher Reihenfolge, ist zusätzlich durch die „Deutschen Kodierrichtlinien“ geregelt. Entstanden ist so ein hochkomplexes und für den Nichteingeweihten schwer durchschaubares Bewertungssystem.

Wie sollen sich aber ein Arzt und eine Schwester, nachdem sie Stunden im OP-Saal gestanden oder sich auf der Station abgemüht haben, noch mit solchen Regeln auseinandersetzen können?

Wie andere Kliniken hat sich auch unser Städtisches Klinikum entschieden, quasi als Zwischenglied zwischen medizinischem Leistungserbringer und Patientenabrechnung in der Verwaltung MDA s (medizinische Dokumentationsassistentinnen) einzusetzen. Sie sollen sowohl die Krankheiten, die Aufwand gemacht haben, als auch die erbrachten Behandlungen kodieren.

Was heißt das?

Für Krankheiten gibt es die weltweit anerkannte ICD (International Classification of Diseases = internationale Klassifikation der Krankheiten). Vielleicht haben Sie, lieber Patient, schon einmal auf Ihrem Krankenschein ein solch seltsames Kürzel gesehen wie z.B. K29.1 oder N20.0. Das sind Verschlüsselungen, z.B. für akute Gastritis oder Nierensteine. Ebenso gibt es den OPS – einen Katalog für diagnostische, operative und andere therapeutische Verfahren. All diese Kataloge wie auch der DRG-Katalog werden jährlich überarbeitet. Das bedeutet, dass wir uns ständig weiterbilden müssen. Wir Doku-Assistentinnen bekommen nach Entlassung des Patienten die Krankenakte und müssen nun herausfinden, weswegen der Patient aufgenommen wurde und welche Krankheiten wann und wie behandelt wurden, dann müssen wir all diese Fakten kodieren – also als Schlüsselnummern in ein Gruppierungsprogramm eingeben. Dann ermitteln wir die DRG, lassen sie aber noch von einem verantwortlichen Arzt kontrollieren und freigeben. Zwei Ärzte der Abteilung medizinisches Controlling – Frau Schäfer und Herr Dr. Vanherpe – kontrollieren danach noch einmal alles, stehen uns aber vor allem fachlich zur Seite, wenn wir Fragen haben.

Sie denken nun, das sei ein Kinderspiel?

Weit gefehlt. Denn oft bleibt dem medizinischen Personal kaum Zeit, möglichst leserlich in der Akte zu dokumentieren, was es herausgefunden und getan hat. Oft finden wir nur Kürzel vor, mitunter fehlen OP-Dokumente und Befunde in der Akte. Ärzte verordnen zwar Medikamente, schreiben aber nicht dazu, wogegen sie helfen sollen. Aus all dem einen roten Faden zu finden ist nicht immer leicht. Dazu gehört außer einem medizinischen Basiswissen natürlich eine gute Verbindung zu den Stationen und Ärzten, denn ohne Rückfragen geht es nicht. Oft müssen wir darauf bestehen, dass gewisse Fakten, die wir erfragt haben, noch dokumentiert werden. Denn für die Krankenkassen, die ja die Rechnung bezahlen sollen, gilt: Was nicht aufgeschrieben ist, ist nicht gemacht. Viele Rückfragen der Krankenkassen kommen ins Haus, in denen Nachweise für das gefordert werden, was wir kodiert haben. Die Akten müssen erneut durchgesehen und die entsprechenden Belege kopiert werden.



Wie schafft man es ohne Medizinstudium, all diese Anforderungen zu erfüllen?

Wir kommen aus unterschiedlichen Berufen: Rechtsanwaltsfachangestellte und Chefarztsekretärin, Kauffrau für Bürokommunikation, Krankenschwester, Röntgen-MTA, medizinische Dokumentarin. Einige konnten eine Zusatzqualifikation als Kodierassistentin erwerben. Alle benötigten wir eine gründliche Einarbeitung und die Übung durch viele Fallkonstellationen. Darüber hinaus sind wir immer am Lernen.

Was machen Doku-Assistentinnen nach Feierabend als Ausgleich zu ihrem doch recht trockenen Beruf?

Die Hobbys reichen von Lesen über Kino, Sauna, Sport und Reisen bishin zu Gartenarbeit und Musik. Dass wir innerhalb des Krankenhausverbandes CLINOTEL bei der Testung der Qualität seiner Kodierung mit an der Spitze liegen, ermutigt uns. Wir bedanken uns bei allen Ärzten, Schwestern und sonstigen Mitarbeitern, die uns in unserem Bemühen freundlich unterstützen, und hoffen weiterhin auf gute Zusammenarbeit.

– Verfasser —



Elisabeth Kosche

Medizinische
Dokumentations-
assistentin

Frank Schöbels Karriere

»Der erfolgreiche Sänger und Schauspieler aus der DDR stellt sich Fragen zur Gesundheit«



Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop und Frank Schöbel.

Frank Schöbel – ich habe Sie schon in meiner Kindheit immer im „Kessel Buntes“ und anderen Galas im Fernsehen der DDR bewundert. Ich hätte nie gedacht, Sie mal so nah zu sehen. Ich weiß, dass Sie eigentlich inkognito auf der Ausstellungseröffnung Ihres Bruders, „Vom Punkt zum Bild – die Vervielfältigung der Bilder“, im Museum für Kommunikation Berlin sind. Ich schreibe für das KlinikJournal in Brandenburg an der Havel. Wären Sie bereit, mir für die Brandenburger ein Interview zu geben?

Ja, gerne, was möchten Sie wissen?

Sie sehen sehr jung aus, wie machen Sie das?

Ich mache nichts Besonderes, treibe viel Sport, besonders Fußball, fahre auch Inliner oder Rad. Ich mache ein bisschen Kraftsport, gehe in die Sauna und im Winter betreibe ich Skilanglauf.

Sind Sie nicht 1974 sogar zur Fußballweltmeisterschaft in den Westen gefahren und haben dort gesungen?

Ja, 1974 sang ich zur Eröffnung der Fußballweltmeisterschaft im Frankfurter Waldstadion. Sicher, weil ich seit 1971 im Westen durch „Wie ein Stern“ ein

bisschen bekannt war. Mit dem „Stern“ war ich z. B. fünfmal auf Platz eins in der RIAS-Schlagerparade und die Genossen erlaubten, dass ich 1971 ins „Studio B“ nach Hannover und anschließend in die „ZDF-Starparade“ fahren durfte.

Konnten Sie als Fußballfan denn das Spiel Deutschland (DDR) gegen Deutschland (BRD) live sehen?

Nein, ich sah nur das Eröffnungsspiel in Frankfurt, danach mussten wir schnell nach Hause. Das Spiel BRD gegen DDR war einige Tage später in Hamburg und da hatten wir schon wieder Auftrittstermine.

Herr Schöbel, nicht alle meine Kollegen aus dem Westen können mit dem Namen Frank Schöbel etwas anfangen. Wie kommt das?

Das liegt sicher auch daran, wie man sich informiert. Wir kennen doch auch viele Sänger aus dem Westen und wissen, dass die Westpresse uns ignoriert, wo sie nur kann. Da nützen auch meine gesamtdeutschen Erfolge nichts. Außerdem wurde früher ein großer Teil meiner Engagementanfragen aus dem Westen von staatlicher Seite abgelehnt.

Ich habe mal gelesen, dass Sie über eine Stimmbreite von drei Oktaven verfügen. Das ist eine Menge!

Ja, das stimmt sicher. Ein Kollege aus den sozialistischen Bruderländern hat mal gesagt, nachdem eine Sängerin mit drei Oktaven prahlte: „Nun, ich habe nur sechs gute Töne, aber drei Häuser, zwei Autos ...“ Im Ernst, das ist nicht so wichtig. In der jährlichen TV-Sendung „Fröhliche Weihnachten mit Frank“ bin ich der Weihnachtsmann und muss sehr tief singen. Bei „Good Vibrations“ z. B. einem Song, den ich 1979 bei Amiga eingesungen habe, ging es irre hoch.

Ich muss Ihnen sagen, Sie sind anscheinend nicht älter geworden und wenn ich Sie so aus der Nähe sehe auch nicht mal geliftet. Wie steht's mit der Ernährung?

Na ja, ich lebe relativ gesund. Vegetarier bin ich nicht – aber ich esse z. B. kein Schweinefleisch. Dafür trinke ich gerne Milch, esse Käse, Quark, Fisch...

Benutzen Sie eine besondere Creme für die Haut?

Nein, ich lasse nur Florena-Creme an mich ran.



Hanns-Peter Schöbel und seine Nichte Dominique Lacasa Schöbel.

— Verfasser —



Frau Dr. med.
B. Didczuneit-
Sandhop

HNO, Gesichts-
und Halschirurgie

Als Sänger müssen Sie auf Ihre Stimme achten. Rauchen Sie?

Nein. Ich bin konsequenter Nichtraucher, fast schon ein bisschen militant.

Herr Schöbel, Sie sind jetzt, glaube ich, so alt wie meine Mutter und sind immer noch so aktiv. Was steht auf Ihrem Veranstaltungsplan in den nächsten Monaten? (Frank Schöbel holt bereitwillig seinen Terminkalender hervor und legt ihn mir vor.) Das ist ja Wahnsinn, dann sind Sie morgen schon wieder in Mühlhausen, dann Bad Elster, Gotha, Torgau, Weinböhla, Görlitz, Greifswald, Eberswalde, Borna, Glauchau usw. Bleibt da Zeit für die Liebe?

Man muss sich keine Sorgen um mich machen. Seit über fünf Jahren schütze ich mein Privatleben, wo ich nur kann. Ich musste das einigen Zeitungen wie „SUPERillu“ und Co. per Rechtsanwalt klarmachen, da sie glaubten, mich wie einen Schuljungen vorführen zu können. Deshalb werden Sie auch kein Interview mehr in diesen „Blättern“ von mir finden.

Lieber Frank Schöbel, heute sind Sie zur Ausstellungseröffnung Ihres Bruders im Museum für Kommunikation Berlin hier. Eine Frage an Hanns-Peter Schöbel, den Bruder von Frank: Mir war gar nicht bekannt, dass Frank Schöbel einen Bruder hat?

Mein Bruder ist sechs Jahre jünger als ich. Mit 18 bin ich in den Westen gegangen und lebte in Hamburg und Stuttgart.

Sind Sie auch musikalisch?

Wir haben mal gemeinsam im MDR-Fernsehen gesungen bei Franks Weihnachtsshow vor drei Jahren und 1996 bei seiner TV-Show „Tour de Frank“. Das war aber die Ausnahme. Ansonsten bin ich Farblithograf und Reprofachmann und male.

Frank Schöbel, wir haben vorhin Ihre Tochter Dominique Lacasa aus der Ehe mit Aurora Lacasa singen hören. Die Jazzinterpretationen waren klasse.

Ja, sie hat auch ein eigenes Programm und tritt bei meiner Tour 2010 – „Hautnah“ – als Gast auf.

Lieber Frank Schöbel, vielen Dank, dass Sie sich für die Brandenburger Zeit genommen haben und ich Sie so hautnah erleben durfte. Sie sind ein sehr charmanter und natürlicher Gesprächspartner, so ganz ohne Starallüren. Wir würden uns freuen, Sie auch mal in Brandenburg an der Havel begrüßen zu dürfen. Vielen herzlichen Dank.

Die Sonne bringt es an den Tag

» Das Klinikum geht neue Wege bei der Finanzierung alternativer Energien «



Das neue Bettenhaus nimmt immer deutlichere Konturen an. Bald wird sich die Sonne in den glänzenden Fensterscheiben des Neubaus spiegeln. Und das große Flachdach eignet sich ideal zur Gewinnung von Sonnenenergie. Doch wie viele gute Pläne wäre auch diese Idee am nicht vorhandenen Geld gescheitert. Fast gescheitert, denn Walter Noske, Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde, wusste Rat. Warum nicht eine Solaranlage installieren, die von engagierten Bürgern finanziert wird? Ann Brünink hat sich mit ihm und dem Energieberater Karl-Heinz Schulze über das Projekt unterhalten.

Herr Noske, wie kamen Sie auf die Idee, eine Solaranlage auf dem Dach des neuen Bettenhauses durch Bürger finanzieren zu lassen?

Walter Noske: Das Vorgehen ist in Brandenburg an der Havel bereits zweimal erfolgreich praktiziert worden. Das erste Projekt war die Installation einer Solaranlage auf dem Dach des Brecht-Gymnasiums. Dafür hatte die Stadt kein Geld übrig. Doch die Eltern des Brecht-Gymnasiums wollten so schnell nicht aufgeben. Sie informierten sich nach allen Seiten und stießen auf die Möglichkeit, Solaranlagen auf gemieteten Dächern zu errichten. Wie das im Einzelnen funktioniert, das kann Karl-Heinz Schulze genauer erklären.

Karl-Heinz Schulze: Das ist im Prinzip ganz einfach. Wenn der Eigentümer einverstanden ist, sein Dach für die Errichtung einer Photovoltaikanlage zur Verfügung zu stellen, dann gründen die Interessenten, die eine so genannte Bürgersolaranlage finanzieren wollen, zu diesem Zweck eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Für die Geldgeber ist das eine recht lukrative Sache.

Denn der mit der Photovoltaikanlage erzeugte Strom wird in das öffentliche Stromnetz des Energieversorgers eingespeist und auf der Grundlage des Erneuerbare-Energien-Gesetzes (EEG) für eine Zeitspanne von 20 Jahren mit 38,16 Cent/kWh vergütet.

Inwiefern lukrativ?

Karl-Heinz Schulze: Die Gesellschaft ist Eigentümerin der Photovoltaikanlage, denn jeder Teilhaber hat sie ja mit einer anteiligen Summe – sie liegt zwischen mindestens 250 Euro bis maximal 25 000 Euro – selbst finanziert. Entsprechend ihren jeweiligen Anteilen wird die Einspeisevergütung jährlich an die Gesellschafter ausgezahlt. Bei den beiden bisher auf diese Weise in Brandenburg an der Havel finanzierten Bürgersolaranlagen – die zweite Anlage befindet sich auf dem Dach des Flieger-Wohnheims der LAFIM – betrug der finanzielle Ertrag bei dem Verkauf des Stromes an die Stadtwerke bei einem Gesellschafteranteil von 1 000 Euro bisher durchschnittlich 100 Euro pro Jahr.

Herr Noske, wie sind Ihre Erfahrungen als Gesellschafter? Stimmt das, was Herr Schulze hier vorrechnet?

Walter Noske: Ja, es stimmt. Ich bin in den beiden bisherigen Bürgersolaranlage-Gesellschaften Teilhaber und habe gute Erfahrungen gemacht. Deshalb habe ich der Geschäftsleitung des Klinikums auch diesen Weg der Finanzierung vorgeschlagen. Denn ich frage Sie: Wo, wenn nicht auf dem Dach des Klinikneubaus, ist eine Solaranlage besser am Platze? Innen gilt die Sorge der Gesundheit der Patienten. Auf dem Dach gilt sie der Gesundheit des Klimas.

Karl-Heinz Schulze: Und ich darf hinzufügen, dass die Einsparpotentiale an CO₂ beträchtlich sind. Mit



Karl-Heinz Schulze, Bürgersolaranlage auf dem Dach des Brecht-Gymnasiums.

Foto: Heike Schulze

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

den beiden bereits in Brandenburg bestehenden Bürgersolaranlagen wurden seit der Inbetriebnahme 37 500 kWh Strom erzeugt. Dadurch konnte der Ausstoß von 38 Tonnen CO₂ im Vergleich zur Braunkohleverstromung vermieden werden. Das ist ein echter Anreiz für umweltbewusste Menschen. Ein Teilhaber hat seine Anteile seinen drei Enkeln geschenkt, um den generationenübergreifenden Aspekt der Bürgersolaranlagen deutlich zu machen.

Gibt es Risiken bei dem Engagement? Wer ist beispielsweise zuständig für eventuelle Schäden oder im Falle einer Havarie?

Karl-Heinz Schulze: Für derartige Fälle bildet die Eigentümergesellschaft Rücklagen, die von der Einspeisevergütung gleich einbehalten werden. Und gegen Schäden durch Sturm oder Blitzschlag werden Versicherungen abgeschlossen.

Auf welche Weise profitiert das Klinikum von einer Bürgersolaranlage?

Walter Noske: Bei den anderen beiden Bürgersolaranlagen wird für die gemieteten Dächer eine Miete in Höhe von 1% der Einspeisevergütung bezahlt. Ohne einem Mietvertrag mit der Geschäftsleitung des Klinikums vorgreifen zu wollen: Es gibt Signale, dass sich auch das Klinikum mit einer Miete dieser Größenordnung einverstanden erklären könnte, sofern es zu einem Vertrag kommen sollte.

Wie ist denn der Stand der Dinge? Gibt es die neue Bürgersolaranlage-Gesellschaft schon?

Karl-Heinz Schulze: Bisher haben wir sechs feste Zusagen und vier Interessenten. In den beiden anderen Gesellschaften haben jeweils etwa 30 Anleger

gezeichnet. Da ist also noch einiges zu tun. Aber die Professoren und Studenten der Fachhochschule sind erfahrungsgemäß sehr an derartigen Projekten interessiert.

Walter Noske: Und ich hoffe natürlich sehr, dass sich auch Klinikumsmitarbeiter möglichst zahlreich für das Vorhaben engagieren.

Wie teuer wird denn die neue Bürgersolaranlage werden?

Karl-Heinz Schulze: Auf den neuen Bettenhäusern ist eine Anlage mit einer Höchstleistung von 50 kW und einer Investitionssumme von circa 123 000 Euro geplant. Die Anlage wird circa 40 200 kWh pro Jahr produzieren mit einer daraus resultierenden Einspeisevergütung von circa 15 340 Euro pro Jahr. Wir hoffen, dass das Projekt bis zum 30.06.2010 realisiert werden kann, um die Einspeisevergütung in der bisherigen Höhe zu erhalten.

Herr Schulze, in welcher Funktion engagieren Sie sich eigentlich für die Bürgersolaranlagenprojekte?

Karl-Heinz Schulze: Ehrenamtlich! Ich bin von den Gesellschaftern der beiden ersten Bürgersolaranlage-Gesellschaften zum Geschäftsführer gewählt worden und erhalte für meine Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung von 100 Euro pro Jahr.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

K.-H. Schulze
Packhofstr. 22
14776 Brandenburg an der Havel

Telefon: (0 33 81) 52 40 50
E-Mail: mia.schulze@t-online.de

Eine Frau mit Format

» Katharina Zumbusch ist Fachärztin für innere Medizin in der Praxis für Nuklearmedizin und Endokrinologie «

Einser-Abitur, einen Musikschulabschluss im Gesangsfach und großes Interesse für Theater und Literatur – für Katharina Zumbusch stand die Welt in alle Richtungen offen. Und irgendwie auch wiederum nicht. Denn die 43-jährige Ärztin ist in Brandenburg an der Havel, also in der ehemaligen DDR, aufgewachsen und zur Schule gegangen. Und damals hieß es, ganz genau zu überlegen, welchen Beruf sie ergreifen wollte. Die Medizin habe eine Nische eröffnet, in der sie ziemlich unbehelligt von der Politik habe arbeiten können, gibt sie zu bedenken. In den geisteswissenschaftlichen Fächern oder in einem künstlerischen Beruf wäre das ganz anders gewesen.

Eine Notlösung war das Medizinstudium allerdings nicht. Katharina Zumbusch wusste sehr genau, worauf sie sich einließ: Sowohl ihre Mutter als auch ihr Vater arbeiteten als niedergelassene Ärzte in Brandenburg an der Havel. Sie sei etwa 15 oder 16 Jahre alt gewesen, als für sie klar war, dass auch sie Medizin studieren wollte. Als Tochter zweier Akademiker ging das in der DDR nur über Leistung. Das sei für sie aber nie ein Problem gewesen, lacht die Ärztin. Die größere Hürde sei die Zulassung zum Abitur gewesen, also der Wechsel von der zehnten in die elfte Jahrgangsstufe. Das Abitur selbst habe sie problemlos gemeistert. Dank der Einser-Note habe sie Anspruch auf einen Studienplatz gehabt.

Ihr vorpraktisches Jahr hat sie im Klinikum Brandenburg gemacht und dann an der Humboldt-Universität mit dem Medizinstudium begonnen, das sie 1992 abgeschlossen hat. Von 1992 bis 2003 war sie an der Charité tätig, wo sie auch ihre Ausbildung als Fachärztin für innere Medizin absolviert hat. Ihre Schwerpunkte: Gastroenterologie – Diagnostik, Prävention und Therapie von Krankheiten des Magen-Darm-Traktes – und Endokrinologie, die Wissenschaft von den hormonbildenden Drüsen, wie Schilddrüse und Nebennieren, und dem Stoffwechsel. Von 2003 bis 2009 hat die Internistin dann als Oberärztin am Marienkrankenhaus gearbeitet und sich auf das Gebiet Geriatrie spezialisiert – eine spannende Zeit.

Warum sie am 01.09.2009 als angestellte Ärztin des Städtischen Klinikums Brandenburg in die nuklearmedizinische Praxis des Medizinischen Versorgungszentrums gewechselt sei? Als Oberärztin im Marienkrankenhaus habe sie jeden zweiten Tag Rufbereitschaft gehabt – das sei für ihre Familie und sie selbst eine sehr große Belastung gewesen, erklärt die Mutter zweier Söhne im Alter von 15 und



13 Jahren und einer dreijährigen Tochter. Zeit für ihre Hobbys, wie beispielsweise das Singen, blieb da nicht mehr. Demnächst werde sie auch wieder mit dem Chorsingen anfangen, freut sie sich über die neu gewonnene Freiheit. Außerdem liest sie sehr gern, kocht leidenschaftlich gern und liebt Gartenarbeit.

Als angestellte Ärztin mit Kassenzulassung in einer Praxis zu arbeiten, sei nicht nur für sie ideal, sondern sei generell für junge Ärzte attraktiv. Schließlich wisse niemand, wie sich die gesundheitspolitische Situation in den nächsten Jahren entwickeln werde.

Informationen

Sprechstundenzeiten

Mo.	09.00–12.00 Uhr		14.00–17.00 Uhr
Di.	09.00–12.00 Uhr		14.00–15.30 Uhr
Mi.	09.00–12.00 Uhr		14.00–17.00 Uhr
Do.	09.00–12.00 Uhr		
Fr.	09.00–12.00 Uhr		

Dr. med. Katharina Zumbusch | MVZ Hochstraße
Praxis für Innere Medizin/Endokrinologie
Telefon 0 33 81/ 41 24 50

Mit Beharrlichkeit und Gottvertrauen zum Ziel

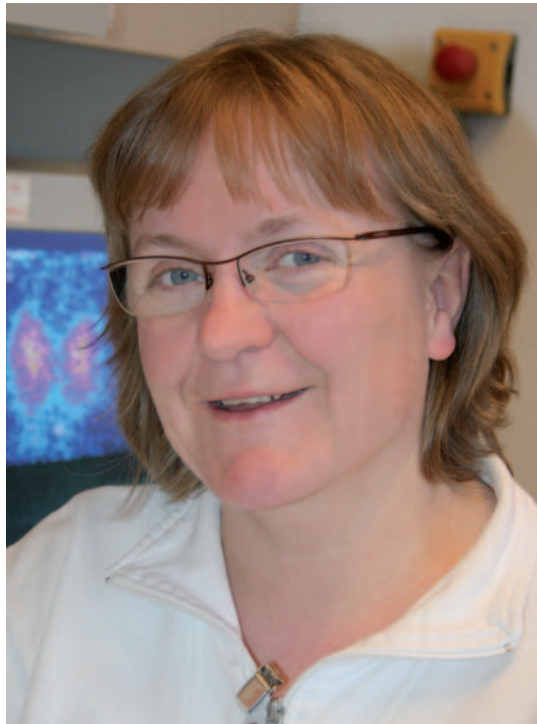
» Die Nuklearmedizinerin Ute Rüdig geht unbeirrt ihren Weg «

„Mit 15, 16 Jahren wollten wir doch alle etwas mit Kindern machen“, erinnert sich Ute Rüdig an die Zeit der Berufsfindung. Und so war es nur folgerichtig, dass die junge Frau eine Ausbildung als Heilerzieherin für geistig Behinderte im Diakonissenhaus Teltow begann. Für sie, die 1962 in Querfurt geboren wurde und in Roßleben (ehemaliger Bezirk Halle) in einem christlichen Elternhaus aufgewachsen ist, war das die einzige Möglichkeit, einen pädagogischen Beruf zu erlernen. Allerdings bedeutete die Ausbildung in einer kirchlichen Institution, dass der Abschluss später offiziell nicht anerkannt werden würde. Deshalb hörte Ute Rüdig nach zwei Jahren auf, begann als Hilfskraft im Krankenhaus zu arbeiten und ließ sich im Fachschul-Fernstudium zur Krankenschwester ausbilden.

Neben ihrer Arbeit am Uniklinikum Halle hat sie ihr Abitur an der Volkshochschule gemacht. Doch eine direkte Bewerbung zum Medizinstudium war damals in der DDR nicht möglich. Der Weg zum Studium war nur über eine Delegation vom Krankenhaus und vom Bezirksarzt möglich. 1987 war es endlich so weit: Ute Rüdig war frisch gebackene Medizinstudentin an der Martin-Luther-Universität Halle. Nach Beendigung des Studiums im Jahr 1992 trat sie ihre AiP-Stelle (Arzt im Praktikum) im Diakoniekrankenhaus in Halle an. Am Klinikum der Universität Halle begann sie 1996 ihre Ausbildung zur Fachärztin für Nuklearmedizin, die sie im Jahr 2000 abgeschlossen hat.

Ute Rüdig arbeitete dort weitere sieben Jahre als Nuklearmedizinerin. Die Zeiten wurden schwerer, die Neubesetzung der Klinikleitung war über mehrere Jahre unklar, die Personaldecke wurde immer dünner und zeitweise war die Klinik für Nuklearmedizin sogar von der Schließung bedroht. Deshalb wechselte Ute Rüdig 2007 in eine Großpraxis für Nuklearmedizin nach Greifswald. Dort entwickelte sich manches aber nicht so, wie es ihr zugesagt worden war. Deshalb entschied sie sich nach reiflicher Überlegung schließlich gegen eine Beteiligung an dieser Praxis, weil sie dafür finanzielle Mittel in erheblicher Höhe hätte investieren müssen.

Seit dem 01.09.2009 lebt Ute Rüdig in Brandenburg an der Havel und arbeitet als angestellte Ärztin in der Praxis für Nuklearmedizin des Medizinischen Versorgungszentrums am Städtischen Klinikum in der Hochstraße 29. In diese Praxis ist die Abteilung für Nuklearmedizin des Klinikums integriert, so dass dort sowohl stationäre als auch ambulante



Patienten behandelt werden. Für beide Arbeitsfelder bringt Ute Rüdig einen reichen Schatz an Erfahrungen mit.

Inzwischen seien die Umzugskisten ausgepackt, erzählt sie. In ihrer Freizeit sei sie jetzt damit beschäftigt, ihre neue Heimat zu erkunden. Auch habe sie erste Kontakte zu Brandenburger Kirchengemeinden geknüpft, denn das sei ihr sehr wichtig.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Informationen

Sprechstundenzeiten

Mo.	09.00–12.00 Uhr		14.00–17.00 Uhr
Di.	09.00–12.00 Uhr		14.00–15.30 Uhr
Mi.	09.00–12.00 Uhr		14.00–17.00 Uhr
Do.	09.00–12.00 Uhr		
Fr.	09.00–12.00 Uhr		

Dr. med. Ute Rüdig | MVZ Hochstraße
Praxis für Nuklearmedizin
Telefon 0 33 81/ 41 24 50

Aushängeschild Rettungsstelle

» Positive Erfahrungen mit dem System der Ersteinschätzung «

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin



Monika Müller und Dr. Uwe Schnüll in der Notaufnahme.

„Eine gut funktionierende Rettungsstelle ist ein Aushängeschild für ein Krankenhaus“, sagt Lutz Pelchen, stellvertretender Pflegedirektor am Klinikum Brandenburg. Die Zahl der Patienten, die die Rettungsstelle des Klinikums aufsuchen, steige seit Jahren kontinuierlich an. „Im Jahr 2009 haben 35 455 Patienten die Rettungsstelle aufgesucht“, informiert Pelchen. Das war in etwa jeder zweite Brandenburger. Allein vom 23.12.2009 bis zum 03.01.2010 seien es 1 100 gewesen. „Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sehen keine Erstattung von Personalkosten für Rettungsstellen vor“, informiert Pelchen. Bezahlt werden nur die geleisteten medizinischen Behandlungen. Das Klinikum muss also viel organisatorisches Geschick aufwenden, um das erforderliche Personal bereitzustellen, damit die Rettungsstelle effektiv arbeiten kann. Wobei Effektivität hier nicht bedeutet, dass die oftmals langen Wartezeiten generell gesenkt werden können. Das Hauptanliegen der Rettungsstelle ist es, Leben zu retten und Schwerkranke oder Verletzte einer schnellstmöglichen Behandlung zuzuführen, damit kein Patient durch zu lange Wartezeiten Schaden erleidet. Deshalb sollte besonders die Behandlung dringender Fälle optimiert werden.

Diesem Ziel dient das im April 2008 für die Rettungsstelle des Klinikums Brandenburg eingeführte System der Ersteinschätzung, die so genannte Triage. Das bedeutet, dass in der Rettungsstelle des Klinikums Brandenburg die Patienten nicht mehr in der Reihenfolge ihres Erscheinens behandelt werden,

sondern nach der Dringlichkeit ihrer Erkrankung. Dieses Verfahren hat sich bei der Behandlung von Opfern von Katastrophen und schweren Unfällen bewährt und findet nun zunehmend Eingang in die Rettungsstellen der Krankenhäuser. Für die Ersteinschätzung hat das Klinikum Brandenburg vier Dringlichkeitskategorien entwickelt. Erstens: die Kategorie der Sofortbehandlung. Bei den Patienten dieser Kategorie besteht akute Lebensgefahr. Sie gelangen zumeist im Rettungswagen in Begleitung eines Notarztes zur Rettungsstelle und werden bereits auf dem Weg von der Leitstelle angemeldet. Ihre Behandlung findet im Schockraum statt. Die zweite Kategorie beinhaltet dringende Behandlungen und bedeutet, dass ein Behandlungsbeginn zeitnah nach Ankunft in der Rettungsstelle erfolgen muss. Das betrifft u.a. Patienten mit Knochenbrüchen. Die dritte Kategorie ist die der so genannten aufgeschobenen Dringlichkeit und betrifft Patienten mit leichteren Beschwerden, wie Schürfwunden oder anderen kleineren Verletzungen. Sie können erst nach den dringenden Fällen behandelt werden. Und dann gibt es noch die vierte Kategorie. Sie deckt das weite Feld von behandlungsbedürftigen Patienten ab, die im Prinzip auch ambulant in einer Hausarztpraxis behandelt werden könnten. Falls viele dringende Notfälle in der Rettungsstelle behandelt werden, müssen sie unter Umständen längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Die Ersteinschätzung in Bezug auf die Dringlichkeit einer Behandlung nimmt geschultes Pflegepersonal mit langjähriger Erfahrung in der Rettungsstelle vor. Nach Aussage von Lutz Pelchen habe man mit diesem Verfahren sehr gute Erfahrungen gemacht, da die diensthabenden Pflegekräfte sehr sorgfältig und überaus vorsichtig mit ihren Einschätzungen seien. Außerdem werde genau beobachtet, wie es den wartenden Patienten geht. Wenn sich bei einem wartenden Patienten der Zustand verschlechtert, werde nachtriiert, d. h.; die Dringlichkeit der Behandlung wird neu bewertet. Das Klinikum Brandenburg will die Effizienz seiner Rettungsstelle weiter optimieren. Deshalb war die Stelle der ärztlichen Leitung der Rettungsstelle ausgeschrieben, die dem ärztlichen Direktorium des Klinikums zugeordnet ist. Unter den Bewerbern bekam eine Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin den Zuschlag, die diesen Posten im Laufe des Jahres übernehmen wird.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.10.2009	Doreen Bartel	Station I4
	am 01.10.2009	Susanne Böttge	HNO-Klinik
	am 01.10.2009	Maxi Brand	Station C1
	am 01.10.2009	Ute Fritsche	Station Z1
	am 01.10.2009	Mandy Gericke	Intensivstation
	am 01.10.2009	Marion Herhold	Station Z1
	am 01.10.2009	Ines Kowalczuk	Station Z1
	am 01.10.2009	Katrin Machner	Station Z1
	am 01.10.2009	Denise Rasch	Station I5
	am 01.10.2009	Sabrina Tesmer	Station C3
	am 01.10.2009	Sabine Weber	Intensivstation
	am 01.10.2009	Corinna Wegener	Radiologie
	am 01.10.2009	CHA Prof. Dr. Thomas Enzmann	Urologie
	am 01.10.2009	Norman Greulich	Wachstation
	am 01.10.2009	Steffen Krüger	Intensivstation
	am 01.10.2009	Andreas Kutsche	Betriebsrat
	am 01.10.2009	Yves Priebe	Rettungsstelle
	am 01.11.2009	Susen Gellrich	Neurochirurgie
	am 16.11.2009	Ralf Gerhardt	Zentral-OP
	am 06.12.2009	Klemens Höpfner	Neurochirurgie
am 13.12.2009	Barbara Kautzsch	Zentral-OP	
am 01.01.2010	Dr. Simone Cordini	Innere Klinik I	
am 01.01.2010	Sarina Walter	Station I4	
am 01.01.2010	Michael Orzol	Rettungsstelle	
am 01.02.2010	Anja Täge	Intensivstation	
am 01.02.2010	CHA Dr. Hans Kössel	Kinderklinik	
am 13.03.2010	Martina Janßen	Endoskopie	
15 Jahre	am 01.10.2009	Dietmar Lüdecke	Rettungsstelle
	am 01.10.2009	Lars Rose	Intensivstation
	am 01.10.2009	Carmen Sappelt	Anästhesie
	am 01.10.2009	Dagmar Stober	Neurochirurgie
	am 01.12.2009	Jutta Altenkirch	Controlling
20 Jahre	am 21.11.2009	Corinna Kerscht	EKG-Abteilung
	am 10.01.2010	OA Dr. Jürgen Zeh	Interdisziplinäres Ambulanzzentrum
	am 15.01.2010	Petra Buddeweg	Neurochirurgie
	am 01.03.2010	Gabriela Hörske	Station C1
	am 01.03.2010	Christel Thiele	Station C3
25 Jahre	am 01.10.2009	Ilona Wiegandt	HNO-OP
	am 01.02.2010	Margit Lux	Wirtschaftsabteilung
	am 18.02.2010	Kerstin Wittke	Station K1
30 Jahre	am 05.11.2009	Martina Gareis	Kreisssaal
	am 01.01.2010	Christine Poti	Station I3
	am 08.01.2010	Bärbel Wittkowski	Zentral-OP
	am 21.01.2010	Sylvelin Schmidt	Zentral-OP
35 Jahre	am 01.10.2009	Sibylle Schärff	Pathologie

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

am 01.10.2009	Anke Krüger	Station I3
am 01.11.2009	Elisabeth Kuptel-Krutz	Frauenklinik
am 01.11.2009	Nadine Wolter	Station C2
am 16.11.2009	Gabriele Behrendt	Anästhesie
am 01.12.2009	Eva Arendt	Milchküche
am 01.01.2010	Dr. Robert Bunk	Orthopädie/Unfallchirurgie
am 01.01.2010	Alexander Meczulat	Innere Medizin II
am 01.01.2010	Nora Profft	Frauenklinik
am 01.01.2010	Dr. Sandra Schneider	Gefäßchirurgie
am 01.01.2010	Marina Thiele	Innere Medizin II
am 01.01.2010	Frauke Varosi	Frauenklinik
am 01.01.2010	Winnie Kuschnerenko	Personalabteilung
am 01.01.2010	Christine Tirkot	Tumorzentrum
am 04.01.2010	Dr. Melanie Dierck	Kinderklinik
am 15.01.2010	Diana Lukaschik	Aufnahme
am 01.02.2010	Christin Kühn	Station C2
am 01.02.2010	Juliane Menz	Station I1
am 01.02.2010	Sebastian Schmidt	Radiologie
am 01.02.2010	Elisabeth Tetzlaff	Station K2
am 01.03.2010	Jessica Lindeke	Wachstation
am 01.03.2010	Christin Falk	Intensivstation

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

am 31.10.2009	Tina Bäslack	Station I5
am 30.11.2009	Andrea Weiß	Frauenklinik
am 30.11.2009	Angelika Gappert	Wachstation
am 31.12.2009	Bärbel Duhn	Station K2
am 31.12.2009	Hans-Jürgen Hanke	Medizintechnik
am 31.12.2009	Dr. Beate Liebe	Innere Medizin II
am 31.12.2009	Dr. Oliver Koenen	Intensivstation
am 31.12.2009	Elfrun Weiß	Neurochirurgie
am 31.12.2009	Daniela Zirpel	Station Z2
am 31.12.2009	Monika Wajer	Milchküche
am 31.12.2009	Nicole Fuhrmann	Frauenklinik
am 31.12.2009	Hannelore Treumann	Medizinische Schule
am 31.01.2010	Christa Manske	Station K2
am 28.02.2010	Bärbel Weidemann	Station I3
am 31.03.2010	Christine Babka	Kinderklinik

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	am 25.10.2009	Manuela Schulze	Küche
	am 08.11.2009	Jana Schmidt	Reinigung
	am 01.12.2009	Angelika Arndt	Reinigung
	am 01.01.2010	Marion Elleser	Reinigung
	am 01.01.2010	Ilse Schurich	Reinigung
	am 01.01.2010	Sacha Schleusner	Patiententransport
	am 01.02.2010	René Hartung	Hof und Transport
	am 07.02.2010	Frank Schröder	Küche
	am 14.02.2010	Jutta Abraham	Reinigung
	am 14.02.2010	Ilse Wendorf	Reinigung
	am 08.03.2010	Vera Zimmermann	Stationssekretärin
15 Jahre	am 01.10.2009	Carola Kraft	Zentralsterilisation
	am 01.02.2010	Dagmar John	Küche
20 Jahre	am 06.11.2009	Margit Bels	Stationssekretärin
	am 01.01.2010	Manuela Böttche	Chefärztsekretärin, Chirurgie
	am 03.01.2010	Thomas Tiel	Technik
	am 08.01.2010	Lutz Augennadel	Patiententransport
	am 08.01.2010	Frank Dreyer	Patiententransport
	am 15.01.2010	Regina Schuster	Arztsekretärin, HNO
	am 12.03.2010	Ellen Juhnke	Stationssekretärin
	am 19.03.2010	Ines Wolf	Chefärztsekretärin, Augen

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

	am 01.10.2009	Detlef Hoffmann	Patiententransport
	am 01.10.2009	Carola Baade	Reinigung
	am 16.12.2009	Meinhard Senf	Speisentransport
	am 01.01.2010	Carmen Zabel	Reinigung (Marienkrankenhaus)
	am 01.01.2010	Kerstin Fuchs	Spezialreinigung
	am 11.01.2010	Monika Breuer	Stationssekretärin

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

	am 30.11.2009	Annegret Gerster	Reinigung (Marienkrankenhaus)
	am 31.12.2009	Monika Busse	Spezialreinigung

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

Frühjahrsmüdigkeit



Wer kennt es nicht: Die Natur ergrünt und blüht auf, die Tage werden länger, aber der Körper kommt nicht so richtig in Schwung – die Frühjahrsmüdigkeit kommt, ist ziemlich unklar. Wahrscheinlich spielen gewisse hormonelle Einflüsse eine Rolle. Besonders ein Missverhältnis zwischen dem so genannten Glückshormon Serotonin und dem Schlafhormon Melatonin werden als Ursache diskutiert. Um die Frühjahrsmüdigkeit abzuschwächen und das Gleichgewicht zwischen Serotonin und Melatonin günstig zu beeinflussen, wird empfohlen, den Wach- und Schlafrhythmus an den Sonnenrhythmus anzupassen und möglichst viele körperliche Aktivitäten im Freien – besonders bei Sonnenschein – durchzuführen. Der Lichteinfall ins Auge führt dann zur Ausschüttung von Serotonin und zum Abbau von Melatonin. Und hier kommt der regelmäßige KlinikJournal-Leser in einen ernsten Konflikt. Im vorletzten KlinikJournal hatten wir empfohlen, die Netzhaut vor

intensivem Lichteinfall zu schützen, indem eine Schirmmütze (ein Basecap) mit Schirm nach vorne getragen wird. Wir möchten deshalb unsere Schirmmützenempfehlung modifizieren: Am 21.03. sollte das Basecap abgenommen, der Schirm nach hinten gedreht und die Mütze wieder aufgesetzt werden.

Am 01.06. empfehlen wir das erneute Drehen des Basecaps. Sollte der nach hinten gerichtete Schirm des Basecaps beim Schlafen in Rückenlage stören, kann die Kopfbedeckung während des Schlafes in der Zeit vom 01.06. bis 21.03. abgenommen werden.

Wir weisen darauf hin, dass es durch die zu erwartende plötzliche Nachfrage nach Basecaps zu vorübergehenden Lieferschwierigkeiten kommen kann und dass Hamsterkäufe auch bei Basecaps verboten sind.



Mit einer geeigneten Waschmaschine und bei ausreichender körperlicher Beweglichkeit lässt sich das Basecap auch waschen, ohne das man es vom Kopf nehmen und auf den Sonnenschutz verzichten muss.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité