

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



kllinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Nur Fliegen ist schöner S. 10

Tierische Heilung S. 12

110 Jahre Städtisches Krankenhaus am Marienberg S. 14

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

CA Prof. Dr.med. R. Mantke
Tel. (0 33 81) 41 12 00

Anästhesiologie und Intensivtherapie

CA Dr.med. M. Sprenger
Tel. (0 33 81) 41 13 00

Augenheilkunde

CA PD Dr.med. W. Noske
Tel. (0 33 81) 41 19 50

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

CA Dr.med. P. Ledwon
Tel. (0 33 81) 41 14 00

Gefäßchirurgie

CA Dr.med. W. Haacke
Tel. (0 33 81) 41 13 50

HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie

CÄ Dr.med. B. Didczuneit-Sandhop
Tel. (0 33 81) 41 17 00

Innere Medizin I

CA Prof. Dr.med. M. Oeff
Tel. (0 33 81) 41 15 00

Innere Medizin II

CA Dr.med. W. Pommerien
Tel. (0 33 81) 41 16 00

Interdisziplinäres Tumortherezentrum

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin

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

Neurochirurgie

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

Radiologie

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

Urologie und Kinderurologie

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

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

CA PD Dr.med. R. Becker
Tel. (0 33 81) 41 19 00


Patientenfürsprecherinnen

Anneliese Czech
Christa Paulat
Ingrid Behrendt

Sprechstunden:

mittwochs 13.00 bis 14.00 Uhr
im Haus 11, Ebene 0.
Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:
(0 15 20) 1 57 73 36.

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



Informationsabende für werdende Eltern

31. März 2011
Thema: Betreuung gesunder und kranker Neugeborener, Impfungen, Ernährung, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Dr.med Kössel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

07. April 2011
Thema: Säuglingspflege-, „Rooming-in“, integrative Wochenpflege, Stillkonzept, Hygiene, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern der Entbindungsstation

14. April 2011
Thema: Wegweiser durch den Antragsdschungel finanzieller Leistungen, Antragswesen, gesetzliche Ansprüche vor und nach der Geburt, Vorsorge, Neues vom Netzwerk gesunder Kinder

Leitung: K. Pocepnia und A. Jacob, Mütterberatungsteam der DAK, Andrea Schumacher, Koordinatorin NGK

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,

endlich Frühling! – Das dachten sich wahrscheinlich auch viele Brandenburger, als der März einkehrte und mit ihm die ersten sonnigen Tage. Viele Brandenburgerinnen und Brandenburger steigen voller Motivation aufs Rad. Ob abgestaubter Drahtesel oder poliertes Rennrad – mit guten Vorsätzen wird das Auto stehen gelassen und die frische Luft genossen. Auch unsere Ärzte und MitarbeiterInnen nehmen die warme Jahreszeit sportlich und legen den Weg zum Klinikum mit dem Rad zurück.

So zum Beispiel unser Chefarzt (der Orthopädie) Dr. Roland Becker, der die Fahrradsaison am liebsten in Mallorca einläutet. Als Orthopäde sieht er leider auch immer wieder, welche Gefahren das Radfahren mit sich bringt.

Wir geben Ihnen in dieser Ausgabe Tipps, wie Sie sicher durch die Stadt radeln, Unfälle vermeiden und schweren Verletzungen vorbeugen können.

Wie Verletzungen vor mehr als 100 Jahren in unserer Stadt behandelt wurden, hat unsere Redakteurin Ann Brünink recherchiert. Im ersten Teil unserer großen Geschichtsserie steht der Aufbau einer medizinischen Versorgung in der Stadt Brandenburg im Vordergrund. Lesen Sie, wie Epidemien eingedämmt wurden, warum das Klinikum vor allem armen und alten Menschen vorbehalten war und wie die medizinische Versorgung in der Stadt nach 1945 aussah.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß mit dieser Ausgabe.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 Die Behandlung gynäkologischer Krebserkrankungen
»Vorbeugen – Symptome – Behandlung«
- 6 Vorsorgekoloskopie
»Eine Zwischenbilanz in Deutschland und im Land Brandenburg«
- 7 Darmkrebs ist auch erblich
»Wie kann man vorsorgen?«
- 8 Operative Möglichkeiten bei Schultergelenkserkrankungen

Ein- und Ausblicke

- 9 Man macht sich ja selbst auch eine Freude
»Fleißige Frauen stricken und häkeln für Neugeborene«
- 10 Nur fliegen ist schöner
»Bald beginnt die Fahrradsaison«
- 12 Tierische Heilung
»Wie Tiere uns Menschen bei Erkennung und Heilung von Erkrankungen helfen«
- 14 Jubiläum: 110 Jahre Städtisches Krankenhaus am Marienberg – Teil 1
»Eine neue Ära: Mit der Eröffnung des Städtischen Krankenhauses im Jahr 1901 endete eine Zeit

Jubiläen und Neuigkeiten

- der Provisorien «
- 18 Der Mythos „Schwester“
»Frau Schulz statt Schwester Stefanie«
- 19 Jung, dynamisch, Chefarzt
»Dr. med. Peter Ledwon brennt für seinen Beruf, aber – die Arbeit bedeutet ihm nicht alles im Leben«
- 20 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Die Behandlung gynäkologischer Krebserkrankungen

»Vorbeugen – Symptome – Behandlung«



Dr. Ledwon im Patientengespräch

In Deutschland müssen im Jahr etwa 66.000 (Neuerkrankungen an gynäkologischen Krebserkrankungen in Deutschland pro Jahr) Frauen erfahren, dass bei ihnen eine bösartige Erkrankung der Brustdrüse oder der weiblichen Geschlechtsorgane gefunden wurde. Somit zählt diese Gruppe der Krebserkrankungen zu den häufigsten bösartigen Erkrankungen überhaupt. In der Frauenheilkunde hat sich aus diesem Grund das Teilgebiet der gynäkologischen Onkologie (altgriech von „onkos“ = Anschwellung, Geschwulst und „logos“ = Lehre) entwickelt, wodurch der besonderen Lebenssituation, in der sich diese Frauen befinden, Rechnung getragen wird.

Kommen doch zu dem mit jeder Krebsdiagnose verbundenen existentiellen Bedrohungsgefühl weitere Ängste, wie die vor Problemen in Partnerschaft und Sexualität oder vor dem Verlust an Attraktivität. Viele Frauen werden durch die Diagnose in ihrem Selbstwertgefühl getroffen. Der gynäkologische Onkologe muss somit sowohl die operative und medikamentöse Behandlung gynäkologischer Krebserkrankungen sicher beherrschen als auch in der Lage sein, die Patientin bei der psychischen Bewältigung der genannten Probleme einfühlsam zu begleiten. Als „Ärzte für Frauen“ sind Gynäkologen hierin besonders geschult.

Ich möchte in diesem Artikel auf einige häufig gestellte Patientenfragen zu diesem Thema eingehen und dabei die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten am Städtischen Klinikum Brandenburg kurz darstellen:

Gibt es Möglichkeiten, gynäkologischen Krebserkrankungen vorzubeugen?

Wie bei vielen anderen Krebserkrankungen sind auch bei den gynäkologischen Malignomen die Ursachen, die zum Ausbruch der Erkrankung führen, sehr komplex. Aus diesem Grund ist eine sogenannte primäre Prävention, d.h. Maßnahmen, die das Entstehen der Erkrankung sicher verhindern, meist nicht möglich. Den größten Fortschritt in dieser Richtung gab es in unserem Fachgebiet mit der Entdeckung, dass ca. 60 % der Fälle von Gebärmutterhalskrebs und auch Formen des Vulvakarzinoms durch Gruppen von Humanen Papillomaviren (HPV) hervorgerufen werden (Nobelpreis für Medizin 2008 an Prof. zur Hausen aus Heidelberg). Gegen diese Virusinfektion können sich junge Mädchen seit etwa zwei Jahren impfen lassen. Eine Wirkung dieser Impfung auf die Krebshäufigkeit wird sich erst mit erheblicher Verzögerung nachweisen lassen, da eine virusbedingte Krebserkrankung erst viele Jahre nach der Infektion ausbricht.

Übergewicht, Diabetes, Bewegungsarmut und fettreiche Ernährung begünstigen vor allem die Entstehung von Gebärmutter-schleimhaut- und Brustkrebs. Eine gesunde Lebensführung mit ausgewogener Kost und viel Bewegung kann somit das Risiko für diese Erkrankungen zumindest senken. Große Bedeutung hat in unserem Fachgebiet die sekundäre Prävention. Diese umfasst alle Maßnahmen, die einer frühzeitigen Erkennung der Krebserkrankung bzw. von deren Vorstufen dienen. Jede Frau hat die gesetzlich garantierte Möglichkeit, ab dem 21. Lebensjahr jährlich zur gynäkologischen Untersuchung (mit einer Zellabstrichentnahme vom Gebärmutterhals) zu gehen und zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr am Mammografiescreening teilzunehmen. Für Eierstockkrebs gibt es derzeit noch keine wissenschaftlich anerkannte Früherkennungsuntersuchung. Allerdings ist die regelmäßige Ultraschalluntersuchung im Rahmen der jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung, obwohl nicht von der Krankenkasse bezahlt, aus meiner Sicht eine sinnvolle Zusatzmaßnahme.

Wie machen sich gynäkologische Krebserkrankungen bemerkbar?

Fast alle gynäkologischen Krebserkrankungen rufen oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium Beschwerden hervor. Tastbare Knoten, hartnäckige Rötungen an der Brustwarze und Hauteinziehungen an der Brust sollten unbedingt abgeklärt werden. Anzeichen für mögliche bösartige Unterleibserkrankungen sind unregelmäßige vaginale Blutun-

gen, eine unklare Zunahme des Bauchumfangs, hartnäckiger Ausfluss, wiederkehrende ziehende Rücken- oder Flankenschmerzen oder auch nicht oder schlecht heilende Wunden im äußeren Genitalbereich. Bei derartigen Symptomen sollten Sie sich immer in der Frauenarztpraxis vorstellen.

Wie wird der Krebsverdacht abgeklärt?

Vor jeder operativen oder medikamentösen Behandlung steht eine exakte mikroskopische Diagnose. Bei dieser sehr verantwortungsvollen Aufgabe arbeiten wir gut abgestimmt mit unseren Radiologen und dem pathologischen Institut im Hause zusammen. Zur Abklärung werden Gewebeprobe entnommen. Bei Verdacht auf Brustkrebs geschieht dies unter Ultraschallsicht oder unter mammografischer Kontrolle in lokaler Betäubung. Bei Krebsverdacht am äußeren Genitale werden ebenfalls in lokaler Betäubung aus den verdächtigen Hautbezirken Proben herausgestanzt. Bei Verdacht auf Gebärmutterhals- oder -schleimhautkrebs werden die Gewebeprobe im Rahmen eines ambulanten Eingriffs durch Ausschabung oder Gewebesenntnahmen vom Muttermund gewonnen. Nur bei Verdacht auf Eierstockkrebs kann erst während des Baueingriffs durch den Pathologen im sogenannten Schnellschnitt untersucht werden, ob der Tumor bösartig ist. Der Eingriff wird dann in dem zur Behandlung notwendigen Ausmaß fortgesetzt.

Wie werden gynäkologische Krebserkrankungen am Klinikum Brandenburg behandelt?

Die Krebsbehandlung beginnt mit einem ausführlichen und offenen Gespräch, in dem die betroffenen Frauen über die Diagnose und den geplanten Behandlungsablauf informiert werden. Man weiß heute, dass eine Krebsbehandlung erfolgreicher verläuft, wenn die Patientin mit in die Planung des medizinischen Vorgehens einbezogen wird und dieses auch versteht (partizipative Entscheidungsfindung). Deshalb nehmen wir uns für dieses Gespräch, in das wir auf Wunsch auch den Partner oder Vertrauenspersonen einbeziehen, viel Zeit.

Die Behandlung von Krebserkrankungen beruht prinzipiell auf drei Säulen: der stadiengerechten Operation, der medikamentösen Therapie und der Strahlentherapie. Welche dieser Behandlungsformen in welchem Umfang bei gynäkologischen Krebserkrankungen zum Einsatz kommt, hängt vom Tumortyp und vom Stadium der Erkrankung ab. Während besonders beim Eierstockkrebs und beim lokal fortgeschrittenen Gebärmutterhals-, Gebärmutter-schleimhautkrebs und beim Vulvakarzinom oft

sehr ausgedehnt operiert werden muss, weiß man heute, dass der Verlauf einer Brustkrebserkrankung nicht von der Radikalität der Operation abhängt. Deshalb werden ca. 80 % der Patientinnen mit Brustkrebs heute brusterhaltend operiert, wobei durch plastisch-kosmetische OP-Verfahren eine natürliche Brustform erhalten bleibt.

Besonders beim Brustkrebs, aber auch bei den anderen gynäkologischen Krebserkrankungen werden notwendige weitere Therapieschritte fachübergreifend in Tumorkonferenzen zwischen Gynäkologen, Pathologen, Strahlentherapeuten und internistischen Onkologen geplant. Notwendige Chemotherapien und Bestrahlungen können wir am Klinikstandort gewährleisten. Unsere Klinik ist Teil des zertifizierten „Brandenburgischen Brustzentrums“ (mit den Standorten Ludwigsfelde und Brandenburg) und Teil der Interdisziplinären Tumorkonferenzen des Städtischen Klinikums Brandenburg. Diese fachübergreifende Zusammenarbeit und gemeinsame Falldiskussionen garantieren, dass eine dem individuellen Fall angemessene Therapie gefunden wird. Die Frauenklinik verfügt über einen Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“ und zwei spezialisierte Mammaoperateure.

Wie geht es nach der Krebsbehandlung weiter?

Bereits während des stationären Aufenthalts kümmern wir uns um medizinische und soziale Rehabilitationsmaßnahmen. Jeder Patientin steht nach überstandener Behandlung ein Kuraufenthalt zu. Große Bedeutung messen wir der psychologischen Begleitung unserer Patientinnen bei. Deshalb verfügt das Klinikum über psychoonkologisch ausgebildete Fachleute, die in Gesprächen während des stationären Aufenthalts gemeinsam mit der Patientin einschätzen, ob in der Zeit danach eine kontinuierliche psychoonkologische Begleitung erforderlich ist. Für die onkologische Nachsorge ist ein nahtloser Übergang aus der Klinik in die Ambulanz sehr wichtig. Wir beziehen deshalb die ambulant betreuenden Ärzte in die klinischen Entscheidungsfindungen ein und stehen mit den Kollegen während der Behandlung in ständigem Kontakt und in der Nachsorgephase für Fragen und bei Problemen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der Frauenklinik möchten das Profil der Klinik als regionales Zentrum für die Behandlung von Brustkrebs und weiblichen Genitalerkrankungen in den nächsten Jahren ausbauen. Krebsmedizin ist auch in der Frauenheilkunde heute nur noch in der Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten möglich. Die Struktur des Brandenburger Klinikums bietet hierfür optimale Voraussetzungen.

— Verfasser —



Dr. med.
Peter Ledwon

*Chefarzt der Klinik
für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe*

*Durch „OnkoZert“
zertifizierter
„Senior-Mamma-
opereateur“*

Vorsorgekoloskopie

» Eine Zwischenbilanz in Deutschland und im Land Brandenburg «

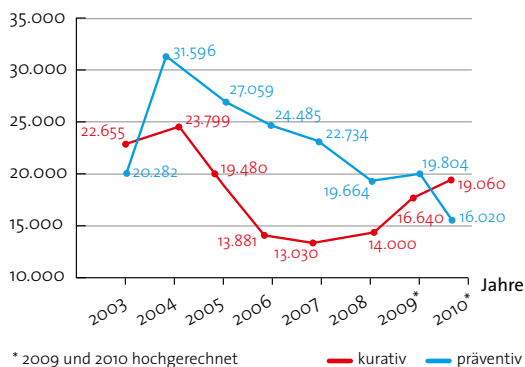
– Verfasser –



Dr. med. Wilfried Pommerien

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II

PRÄVENTIVE/KURATIVE KOLONOSKOPIEN 2003 BIS 2010



* 2009 und 2010 hochgerechnet

Diagramm 1: Koloskopien im Land Brandenburg (niedergelassene Ärzte)

Dr. med. Wilfried Pommerien, Städtisches Klinikum Brandenburg, Sprecher der Initiative „Brandenburg gegen Darmkrebs“

Darmkrebs ist bei Frauen nach Brustkrebs und bei Männern nach Prostatakrebs jeweils die zweithäufigste Tumorerkrankung in Deutschland. Die Zahl der Neuerkrankungen wurde 2008 auf 72 000 geschätzt, die der Sterbefälle auf 29 000. Mehr als 91 % der neu entdeckten kolorektalen Karzinome traten bei Menschen mit 55 oder mehr Lebensjahren auf. Brandenburg verfügt mit den Zahlen des klinischen Krebsregisters über etwas konkretere Daten: 2008 waren es 1949 gemeldete Neuerkrankungen (59 % davon bei Männern) und 966 Sterbefälle (1). Darmkrebs entsteht in den meisten Fällen aus zunächst gutartigen Polypen. Diese können im Rahmen einer Vorsorgekoloskopie entdeckt und endoskopisch abgetragen werden. Deshalb eignet sich dieser Tumor besonders gut für Früherkennungsmaßnahmen wie den Test auf okkultes Blut und die Darmspiegelung. Schon die Vorstufen eines Darmkrebses können beseitigt werden. Dies sind in erster Linie die sogenannten fortgeschrittenen Adenome, die sich zu 30 bis 40 % im Verlauf von ca. zehn Jahren zu bösartigen Tumoren weiterentwickeln. Dazu zählen Polypen größer als 1 cm und Polypen mit speziellen krebserregenden Zellveränderungen.

Mit einer Zwischenauswertung der an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) von 2003 bis 2008 gemeldeten fortgeschrittenen Adenome und einer Hochrechnung bis zum Jahr 2010 gibt es nun erstmals verlässliche Daten zur

Abschätzung des Effektes des Darmkrebsfrüherkennungsprogramms in Deutschland (2). Dabei wurden sowohl die vorsorgeberechtigten Versicherten der GKV als auch die der privaten Krankenkassen berücksichtigt. Nicht einbezogen in die Berechnung sind mögliche Krebsvorstufen, die im Rahmen von symptombedingten Darmspiegelungen gefunden und entfernt wurden. Im Land Brandenburg ist die Anzahl dieser sogenannten kurativen Koloskopien in den letzten Jahren ungefähr gleich der der präventiven Koloskopien (Diagramm 1).

Nach den Berechnungen des ZI wurden zwischen 2003 und 2010 in Deutschland durch die Vorsorgekoloskopie bei den Vorsorgeberechtigten zwischen 55 und 84 Jahren 47 168 Karzinome und 328 601 fortgeschrittene Adenome entdeckt (2), ca. 60 % davon bei Männern. Mit der endoskopischen Polypenabtragung fortgeschrittener Adenome werden ca. 99 000 Darmkrebsfälle verhindert, von den entdeckten Karzinomen ca. 29 000 einer nachhaltig heilenden Therapie zugeführt. Damit wurden in den ersten acht Jahren der Ära der Vorsorgekoloskopie in Deutschland mindestens 128 000 Menschen vor einem nicht heilbaren Darmkrebs bewahrt, rechnerisch pro Jahr 16 000. Bezogen auf die Bevölkerungszahl des Landes Brandenburg bedeutet dies eine Zahl von ca. 400 Menschen pro Jahr, die durch das Vorsorgeprogramm keinen Darmkrebs bekommen werden. Verglichen mit der aktuellen Neuerkrankungszahl von ca. 2000/Jahr ist hier im Verlauf der nächsten zehn Jahre von einem bemerkenswerten Rückgang der Darmkrebserkrankungen auszugehen. Dieser Effekt ist schon auf dem Hintergrund einer Inanspruchnahme des Früherkennungsprogramms von unter 3 % der Berechtigten pro Jahr erzielbar und könnte durch eine verbesserte Teilnehmerate noch erheblich gesteigert werden. Beim Mammographiescreening zur Brustkrebsfrüherkennung konnte auch in Deutschland gezeigt werden, dass durch ein gezieltes Einladungsverfahren wesentlich höhere Teilnehmeraten erzielt werden können. Nach den bisher vorliegenden Daten müssen alle Bemühungen dahin gehen, auch bei der Darmkrebsvorsorge die Beteiligung der berechtigten Bevölkerung, insbesondere auch der Personen mit erhöhtem familiärem Risiko, zu erhöhen – durch kontinuierliche Aufklärung, gezielte Motivation von Seiten der Hausärzte und schließlich ein bundesweites Einladesystem.

Literatur: 1. Qualitätsbericht Onkologie 2009, Herausgeber: Tumorzentrum Land Brandenburg e. V. im Auftrag der Qualitätskonferenz Onkologie (QKO), Seite 84–91
2. Brenner H., Altenhofen L., Hoffmeister M.: Eight years of colonoscopic bowel cancer screening in Germany: initial findings and projections.

Darmkrebs ist auch erblich

»Wie kann man vorsorgen?«



Dr. Wilfried Pommerien ist Chefarzt am Städtischen Klinikum in Brandenburg an der Havel und Sprecher der landesweiten Kampagne „Brandenburg gegen Darmkrebs“. Herr Dr. Pommerien, ab 50 Jahren beginnt die Darmkrebsvorsorge mit dem Test auf okkultes Blut. Ab 55 Jahren ist die Koloskopie Kassenleistung. Trotzdem sind immer wieder auch Jüngere betroffen. Wie sicher ist die Altersgrenze?

Aus großen Bevölkerungsstudien wissen wir, dass etwa ab dem 55. Lebensjahr statistisch gesehen Darmkrebs in der bundesrepublikanischen Bevölkerung deutlich häufiger vorkommt als z. B. mit 45 Jahren. Das bedeutet aber nicht, dass Darmkrebs vor dem 55. Lebensjahr nicht auftritt. Es gibt Risikogruppen, die wir bisher nur teilweise identifizieren können. Somit gilt auch für Jüngere: Bei Alarmsymptomen wie Blut im Stuhl, ungewollter Gewichtsabnahme, auffälligen Veränderungen der Stuhlgewohnheiten sollten Sie Ihren Hausarzt aufsuchen.

Bei welchen Personengruppen tritt Darmkrebs gehäuft vor dem 55. Lebensjahr auf?

Menschen mit Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder), die an einem Darmkrebs erkrankt sind, haben ein doppelt so hohes Risiko, auch ein solches Karzinom zu bekommen, wie die Normalbevölkerung. Darüber hinaus gibt es Hochrisikogruppen mit langjähriger chronischer Dickdarmentzündung oder dutzenden bis hunderten von Darmpolypen oder zahlreichen Krebserkrankungen bei nahen Verwandten, die schon viel früher, manchmal schon mit 35 Jahren, einen Darmkrebs bekommen können.

Welche Formen von erblichem Darmkrebs gibt es?

Nach heutigem Kenntnisstand haben knapp ein Drittel aller Darmkrebserkrankungen eine genetische Komponente. Besonders gefährdet ist ein kleiner Teil davon mit familiärer adenomatöser Polyposis (FAP) sowie einem erblichen Krebsyndrom, das durch gezieltes Erfragen von Krebserkrankungen im Familienkreis entdeckt werden kann.

Wer sollte wann an welcher Vorsorge teilnehmen?

Symptomlose Menschen, die zu den oben beschriebenen Risikokonstellationen gehören, sollen wissen, ob und wann Darmkrebs bei einem Verwandten 1. Grades aufgetreten ist. Ungefähr zehn Jahre vor dem Alter von dessen Erkrankung ist eine Vorsorge darmspiegelung anzuraten. Patienten mit FAP gehören schon im Jugendalter in kontinuierliche ärztliche Obhut.

Für alle anderen gilt: Darmkrebsvorsorge beginnt mit Stuhlbluttests ab 50, mit der Vorsorge darmspiegelung ab 55.

Kann ich feststellen, ob ich genetisch für Darmkrebs veranlagt bin?

Es gibt einen einfachen Fragekatalog zur familiären Darmkrebsbelastung, den man sich im Internet, z. B. unter www.brandenburg-gegen-darmkrebs.de herunterladen kann. Bei Patienten mit aufgetretenem Darmkrebs, die jünger als 50 Jahre sind und weitere Risikofaktoren haben, wird der Tumor auf genetisch bedingte Zelleigenschaften untersucht, die sogenannte Mikrosatelliteninstabilität. Wird diese nachgewiesen, empfehlen wir eine spezielle genetische Beratung der nahen Angehörigen.

Werden alle Leistungen von den Krankenkassen übernommen?

Darmkrebsvorsorge mit den nachgewiesenermaßen wirkungsvollen Methoden ab 50 Jahren werden in allen Fällen von den Kassen übernommen. Das gilt auch für die Vorsorge bei begründeter familiärer Belastung und bei notwendigen Darmuntersuchungen, wenn Symptome vorliegen. Einige auf dem Markt befindliche Stuhlbluttests, deren Zusatznutzen nicht ausreichend belegt ist, werden nicht bezahlt, ebenso nicht Röntgenuntersuchungen zur Darmkrebsvorsorge.

Wo kann man weiterführende Informationen bekommen?

Beim Hausarzt, im Internet (z. B. unter www.brandenburg-gegen-darmkrebs.de oder www.lebensblicke.de) und bei den Krankenkassen.

Dtsch Arztebl Int 2010; 107 (43): 753–9. Col:10.3238/arztebl.2010.0753

Operative Möglichkeiten bei Schultergelenkserkrankungen

— Verfasser —



Dr. med. Knut Andresen

Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

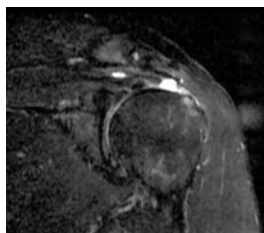
Die therapeutischen Möglichkeiten bei Erkrankungen des Schultergelenkes haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies hängt zum einen mit den deutlich besseren funktionell anatomischen Kenntnissen zusammen, die wir durch klinische Beobachtung und biomechanische Forschung erlangt haben. Dazu trägt auch die immer bessere bildgebende Darstellung von knöchernen, knorpeligen und bindegewebigen Strukturen mittels Ultraschalluntersuchung und Magnetresonanztomografie (MRT) bei. So können z. B. Risse von Sehnen, Schädigungen der Gelenkklippe nach Verrenkungen der Schulter und Knorpelschäden gut dargestellt werden.

Zum anderen haben sich die Operationsverfahren in den letzten Jahren deutlich verbessert. Die Arthroskopie (Gelenkspiegelung) erlaubt mit einer nur etwa 4 mm starken Optik einen guten Einblick in das Schultergelenk. Viele wichtige Anteile der Schulter können so genau untersucht werden. Die Chancen der Gelenkspiegelung beschränken sich aber nicht nur auf reine Diagnostik. Es können über weitere kleine etwa 1 cm lange Hautschnitte Arbeitsinstrumente in die Schulter eingebracht werden. Dazu gehören motorbetriebene Werkzeuge und elektrische Instrumente, die über Erzeugung von Wärme wirken oder an deren Spitze ein kleines Plasmafeld entsteht. Mit diesem Plasmafeld kann Gewebe abgetragen, versiegelt und geglättet werden oder Blutungen können gestillt werden.

Durch vorgefertigte Fadenankersysteme ist die Möglichkeit geschaffen worden, bestimmte Sehnenrupturen oder Verletzungen der Gelenkklippe auch im Rahmen der Arthroskopie zu nähen. So kann der Operateur dann während der Operation abwägen, ob für die Rekonstruktion des für die Schulter wichtigen Sehnenmantels ein Hautschnitt mit Darstellung des Risses notwendig ist oder ob

das Ziel der Operation auch im Rahmen der Spiegelung erreicht werden kann. Die Therapie eines Sehnenrisses im Rahmen einer Arthroskopie gehört zu den häufigen Eingriffen in unserer Klinik und wird im Jahr bei ca. 70 Patienten vorgenommen.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein in der Schulterchirurgie war die Entwicklung von künstlichen Schultergelenken. Nachdem solche Kunstgelenke bei Hüft- und Kniegelenkserkrankungen schon lange einen wichtigen Platz in der Behandlung eingenommen haben, hat der medizinische Fortschritt seit einigen Jahren auch die Entwicklung künstlicher Schultergelenke ermöglicht. Bei Brüchen des Oberarmkopfes, die nicht mehr erfolgreich rekonstruiert werden können, kann ein solches künstliches Schultergelenk zum Einsatz kommen. Dabei wird der zerstörte Oberarmkopf ersetzt und die Muskeln und Sehnen werden – soweit möglich – rekonstruiert, so dass in der Regel ohne wesentliche Ruhigstellung der Schulter eine rasche Rehabilitation möglich ist. Aber auch bei Gelenkverschleiß kann wie bei Hüfte und Knie eine dafür konstruierte Schulterprothese eingesetzt werden. Hier wird im Gegensatz zu den bei Frakturen eingesetzten Schultergelenken nur die zerstörte Gelenkoberfläche ersetzt. So können wichtige Sehnen und Muskeln mit ihren Ansätzen am Knochen erhalten werden. Damit ist dann im Rahmen der nach der Operation notwendigen Krankengymnastik eine rasche Verbesserung der Schulterfunktion zu erreichen. Die Anzahl der implantierten Schulterprothesen pro Jahr steigt auch durch immer weiter verbesserte Prothesenmodelle stetig an. Im letzten Jahr setzten wir 20 solcher Schulterprothesen ein.



Schultergelenksarthrose vor Endoprothesenimplantation



Schultergelenksarthrose vor Endoprothesenimplantation



Schultergelenk nach Endoprothesenimplantation.

Man macht sich ja selbst auch eine Freude

» Fleißige Frauen stricken und häkeln für Neugeborene «



Eine Knieoperation kann Mützenschneiderin Claudia Nickel nicht bremsen.

Wenn eine Frau die Leidenschaft so richtig gepackt hat, dann lässt sie sich auch im Bett nicht bremsen. Nein, nein, nicht das, was Sie jetzt denken! Es geht um Babymützen, die das Klinikum Brandenburg jedem neuen Erdenbürger schenkt, damit kein Windhauch das zarte Köpfchen verkühlt. Denn das geht bei Babys schnell. Diese Mützen werden von fleißigen Frauen ehrenamtlich gestrickt oder gehäkelt. Dazu treffen sich die sieben Hobbystrickerinnen jeden ersten Dienstag im Monat um 13.00 Uhr im Aufenthaltsraum der Entbindungsstation. Normalerweise.

Auch Claudia Nickel (66) gehört zu dieser Gruppe. Sie mache viel Handarbeiten, erzählt die ehemalige Kindergärtnerin, die im einstigen Betriebskindergarten des Klinikums, damals noch Bezirkskrankenhaus, gearbeitet hat. Dabei habe sie in der Schule im Fach Handarbeiten immer nur eine Vier gehabt, lacht sie. Vor allem strickt sie gerne. Sogar im Bett. Denn als sie vor einiger Zeit wegen einer Knieoperation im Klinikum lag, war das Stricken der Babymützen für Claudia Nickel ein willkommener Zeitvertreib.

Ihr bevorzugtes Modell ist der „Sturzhelm“ – ein Mützen mit Ohrenklappen und Bündchen. Das Modell sei von einer Kollegin überliefert, die ihr gezeigt habe, wie das geht. Das sei lange her, in den 1950er Jahren war das. Das habe sie später auch für ihre eigenen Kinder gestrickt, erinnert sich die Mutter von zwei Töchtern, 44 und 37 Jahre alt. Inzwischen hat Claudia Nickel schon drei Enkel.

Noch im Kreißsaal dürfen sich die frisch gebackenen Mütter ein Mützen in der Wunschfarbe aussuchen, denn es gebe die Mützen nicht nur in Rosa und Hellblau, sondern auch in anderen Farben. Die Mützen würden von den jungen Müttern sehr geschätzt, weiß Claudia Nickel. Manche Frauen haben sich schon erkundigt, wo man sie bekommen könne.

Urheberin dieser Idee war die Pflegedirektorin Evelyn Nikolaiczky. Am Anfang hat sie sogar die Wolle auf eigene Kosten gekauft. Inzwischen zahlt das Klinikum das Material, denn jedes Neugeborene bekommt ein Mützen und ein Paar Strickschühchen in passender Farbe geschenkt. Jedes Jahr werden etwa 800 Kinder im Klinikum geboren, da werden viele Mützen benötigt. Ob das nicht Stress sei? Claudia Nickel wehrt ab: „Nein, nein, man macht sich doch selbst auch eine Freude damit!“

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Nur fliegen ist schöner

» Bald beginnt die Fahrradsaison «



Lutz Pelchen und Olaf String gut behelmt auf dem Weg zur Arbeit.

Es gibt sie tatsächlich: Menschen, die in ihrem Leben nie auf ein Fahrrad gestiegen sind. Sie wissen nicht, was sie versäumen. Dieses wunderbare Gefühl, wenn der Asphalt unter den Rädern singt, der Wind den Körper umschmeichelt und das Gesicht streichelt. Oder aber die Herausforderung, wenn Wind sich als bockiger Gegner der rasanten Fahrt entgegenstemmt. Radfahren durch Feld, Wald und Flur ist herrlich. Man kann mit allen Sinnen die Landschaft aufnehmen und sich unendlich frei fühlen. Fahrradfahren in der Stadt ist nicht immer ein reines Vergnügen: Benzinschwaden, die das Atmen schwer machen, bekommt man ungefiltert. Und unkalkulierbare Risiken: Da ist der Autofahrer, der unachtsam die Fahrertür öffnet und den Radfahrer zu Fall bringt. Da sind die Straßenbahnschienen, die schon so manchen Fahrradfahrer stürzen ließen ebenso wie die ausgewaschenen Fugen von Kopfsteinpflaster. Andererseits ist Fahrradfahren in der Stadt die beste – und oftmals auch die schnellste – Möglichkeit, von A nach B zu kommen. Wo Autofahrer genervt im Stau stehen, kann sich der Fahrradfahrer zumeist durchschlängeln. Und auch aus ökologischen Gründen ist das Fahrrad das Verkehrsmittel der Wahl. Ann Brünink hat sich für das KlinikJournal bei einigen Fahrrad fahrenden Ärzten und Mitarbeitern umgehört, warum sie auf den Drahtesel steigen und wie sie sich vor Unfällen schützen.



Cheforthopäde Dr. Roland Becker beim Rad-Event in Montefiore

PD Dr. Roland Becker (47), Chefarzt der Orthopädie, kann sich noch gut an sein erstes Fahrrad erinnern: Das blaue Diamantminirad hat er mit sieben Jahren zu Weihnachten bekommen. Während der Weihnachtsfeiertage ist er damit in der Wohnung

herumgekurvt, später hat er in der Werner-Seelenbinder-Straße und Umgebung die Gegend unsicher gemacht. Heute fährt er in seiner Freizeit begeistert Rennrad oder Mountainbike. Die Saison beginnt er gerne in Mallorca, wo sich im März Radtouristen aus aller Welt zu einem Rad-Event treffen. In einer Woche werden tausend Kilometer rund um die Insel mit dem Rennrad zurückgelegt, erzählt er mit leuchtenden Augen. Oder er fährt mit seiner Freundin zur Radtouristikwoche nach Gabicce Mare bei Rimini.

Als Orthopäde lernt er natürlich auch die Schattenseiten des Radfahrens kennen: Die häufigsten Verletzungen, die er nach Fahrradunfällen zu sehen bekommt, sind verdrehte Knie sowie Bänder- und Meniskusschäden, Verletzungen an Händen und Handgelenken durch die Abwehrhaltung bei Stürzen, Abschürfungen, Schulterverletzungen und Schädel-Hirn-Traumata. Leider fahren viele Leute immer noch ohne Helm, kritisiert er. „Man wundert sich, dass nicht noch mehr passiert.“

Dr. Ingram Rummler (43), Anästhesiearzt, fährt mit seinem Tourenrad vor allem zur Arbeit. Für den Weg braucht er sieben Minuten. Dafür lohne es sich nicht, das Auto zu benutzen, sagt er. Er tue auf diese Weise etwas für die Umwelt und spare das Geld für teures Benzin. Privat nutze er das Fahrrad nur dann, wenn er mit Frau und Kind einen Ausflug macht. Paradiesische Bedingungen für Fahrradfahrer habe er in Bremen erlebt. Dort gebe es überall sehr gut ausgebaute Fahrradwege, sogar im Kreisverkehr. Er fahre sommers wie winters mit dem Rad. Aller-

dings stürze er mindestens einmal im Jahr. Meistens im Winter, weil er bei Glatteis zu schnell fahre. Bisher seien seine Stürze glimpflich ausgegangen. Vor schweren Kopfverletzungen schütze ihn ein Helm. Mit dem falle er auf, weil er ein Visier hat. Aber das störe ihn nicht. Für ihn als Brillenträger sei das Visier ein idealer Schutz, lacht er. In diesem Winter wollte er Spikes kaufen für sein Fahrrad. Aber die waren nicht lieferbar. Sein Rat an Fahrradfahrer: Unbedingt defensiv fahren und mit der Unvorsichtigkeit der anderen rechnen. Angepasste Geschwindigkeit sei wichtig. Ein **Muss** sei ein Schutzhelm, der gut passen sollte, um schwere Schädelverletzungen zu vermeiden. Ab und an sehe er Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma auf dem OP-Tisch. Das sei schlimm.

Klemens Höpfner (38), Neurochirurg. Dass es bei Stürzen vom Fahrrad manchmal zu so dramatischen Verletzungen kommt, liege daran, dass Erwachsene aus ziemlich großer Höhe auf die Straße stürzen. Da kommt es schnell zu Schädelfrakturen oder Hirnblutungen. Das Problem: Selbst scheinbare Bagatellunfälle können tödlich enden. Erst kürzlich habe er auf diese Weise eine Patientin verloren, die am Marienberg mit dem Fahrrad gestürzt war. Ihr Tod sei für ihn besonders belastend gewesen, weil er ihre Familie kannte. Aber selbst wenn Patienten ein schweres Schädel-Hirn-Trauma überleben, bleiben sie oft ihr Leben lang pflegebedürftig. Oftmals ziehen sich Fahrradfahrer bei Stürzen auch Wirbelsäulenverletzungen zu, vor allem an der Halswirbelsäule, die manchmal zu Querschnittslähmungen führen. Gott sei Dank ereignen sich so schwere Verletzungen relativ selten. Die Behandlung von Fahrradunfällen werde in der Neurochirurgie nicht extra statistisch erfasst. Er schätze, dass es etwa vier bis fünf Fälle pro Jahr sind. Er selbst nutze das Fahrrad in seiner Freizeit, seit kurzem mit Helm. Denn seine Töchter, 5 und 2 Jahre alt, hätten ihn gefragt, warum er denn keinen Helm trage. Sein Rat: Fahrradfahrer sollten vorausschauend fahren und gefährliche Stellen meiden – wie beispielsweise den Nicolaiplatz, der jetzt erfreulicherweise umgebaut werde. Eine funktionierende Beleuchtung und angemessene Kleidung seien wichtig. Sein Vorschlag: Sicherheitsschulungen für Kinder und Erwachsene.

Olaf String (43), Leiter Allgemeine Verwaltung, fährt sommers wie winters mit seinem Trekkingrad zur Arbeit und kommt damit fast genauso schnell voran wie mit dem Auto. Er liebt die frische Luft und die Bewegung. An Tagen, wo er mal nicht mit dem Fahrrad fährt, fehlt ihm etwas. Mit vier Jahren hat

er sein erstes Fahrrad bekommen. Blau war das, erinnert er sich. Auf einem Feldweg hat er das Fahren gelernt. Er sei oft umgefallen, doch seine Mutter habe ihn immer sofort wieder hochgescheucht. Zwei bis drei Wochen habe er gebraucht, bis er es richtig konnte, vergewissert er sich telefonisch bei seiner Mutter. Seit den ersten Anfängen sei er nicht mehr gestürzt. Allerdings habe er als Kind ein schlimmes Trauma erlitten, als seine Mutter mit ihm vorne im Kindersitz sich mit dem Fahrrad überschlagen habe. Er habe den Sturz unverletzt überstanden, aber seine Mutter musste ins Krankenhaus. Seit er vor einem Jahr auf dem Weg zur Arbeit einen schweren Fahrradunfall gesehen habe, trage er konsequent einen Helm. Ansonsten empfiehlt er: Sich beim Fahren konzentrieren und für die Autofahrer mitdenken. Auf Straßenbahnschienen und Gullydeckel achten. Paradiesisch Rad fahren könne man an der Nord- und Ostseeküste. Toll sei der Fläming-Skate. Gerne fahre er auch auf dem neuen Fahrradweg am Breitlingsee.

Lutz Pelchen, (44) Kommissarischer Pflegedirektor, macht gerne ausgedehnte Fahrradtouren im Urlaub. Zum Beispiel in Zingst, wo es herrliche Fahrradwege gebe. Da steuerten seine Frau und er jeden Tag ein anderes Ziel an. Die Familie nehme immer die eigenen Räder mit. Zur Arbeit fahre er nur gelegentlich mit dem Rad, denn er wohne in Radewege und brauche für die 12, 13 Kilometer etwa eine halbe Stunde. Für ihn ist das Fahrradfahren nicht nur eine sportliche Aktivität. Man könne während der Fahrt wunderbare Dinge durchdenken, sozusagen „den Tag in die Beine reinsetzen“. Er überlege sich Strategien und Handlungen auf dem Rad oder strukturiere Aufgaben. Am schönsten aber sei das Erleben der Landschaft. Sein erstes Fahrrad habe er zu Weihnachten bekommen, ein silbernes Miniklapprad. Da war er sechs Jahre alt. Sein Rat für sicheres Fahren: Entscheidend seien die Qualität des Fahrrads und die Ausrüstung, wie Standlampen und Taschensysteme, empfiehlt der Fahrradurlaubsprofi, der insgesamt drei Fahrräder für verschiedene Gelegenheiten besitzt. Seitdem er mehrere Jahre auf der Intensivstation gearbeitet habe, fahre er seit 1996 nur noch mit Helm. Zu seiner eigenen Bequemlichkeit trägt er auch Handschuhe.

Das KlinikJournal wünscht allen Fahrradfahrern unter den Leserinnen und Lesern allzeit eine gute und unfallfreie Fahrt! Und nicht vergessen: Niemals oben ohne!

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Tierische Heilung

»Wie Tiere uns Menschen bei Erkennung und Heilung von Erkrankungen helfen «



Maden zur Wundheilung

Unser neuer Kollege hat ein glänzendes braunes kurzes Fell und ist ein kräftiger Bursche. Auch ist er sehr kinderlieb. Sein außergewöhnlicher Spürsinn war der Grund seiner Einstellung, auch ohne dass er Medizin studiert hat. So oder ähnlich könnte jetzt wohl eine Schlagzeile in Japan lauten, denn dort haben der Forscher Hideto Sonoda von der Universität Kyushu und sein Team Versuche unternommen, Krebserkrankungen des Darmes durch einen Labrador erschnüffeln zu lassen. Dem Hund wurden menschliche Stuhlproben und Proben von Atemluft, die zuvor in Plastikbeutel konserviert wurden, zum Riechen angeboten. In 98 % dieser Studie soll der tierische Experte die richtige Diagnose erschnüffelt haben.

Aber auch von anderen Tieren sind gute Erfahrungen in der Hilfe bei der Heilung menschlicher Erkrankungen bekannt. Insbesondere bei der Therapie von psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen kommen neben Hunden auch Delfine, Pferde und Lamas zum Einsatz.

Pferde werden im Bereich der Physiotherapie eingesetzt, der sogenannten Hippotherapie. Hierbei reiten die Patienten, um die Bewegungen der Vierbeiner auf das Becken des Menschen zu übertragen. Hierbei kann sich die Körperhaltung ebenso wie die Muskulspannung und das Gefühl für den Körper verbessern. Schlaffe Muskeln spannen sich an, verkrampte Muskeln wiederum entspannen sich. Einen positiven Effekt kann diese Form der Reittherapie, bei der sich das Pferd aber nur im Schrittempo fortbewegt, bei Patienten mit Halbseitenlähmung haben. Bei diesen Menschen kann sich ein neues Körpergefühl entwickeln. Neben der phy-

siotherapeutischen Hilfe kann das Pferd auch bei psychischen Erkrankungen zum Einsatz kommen. Sie können nicht nur spucken, die Lamas. Da sie zurückhaltende, freundliche Wesen sind, dabei aber zugleich neugierig, eignen sie sich zur Therapie von psychischen Erkrankungen bei Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten und Suchtkranken. Wie auch Hunde motivieren die anhänglichen Lamas mit ihrer eher behäbigen Art.

Von der Delfintherapie ist schon oft in den Medien berichtet worden. Besonders bei Kindern mit geistigen, körperlichen und vor allem seelischen Beeinträchtigungen ist die Therapie auf dem Rücken der Säuger besonders in den USA zum Einsatz gekommen. In Deutschland wird diese Therapie im Tiergarten Nürnberg angeboten. Gemeinsam mit der Universität Würzburg gab es 2006 im Tiergarten ein Forschungsprojekt zum Nutzen der Delfintherapie. Danach scheint die Therapie bei Kindern hilfreich zu sein, die hochgradig kontaktgestört sind. Die Therapie ist jedoch nicht unumstritten. Die Therapieerfolge beziehen sich meist nur auf die Wahrnehmungen der Eltern. Diese beschreiben ihre Kinder nach der Therapie als selbstsicherer und bescheinigen ihnen eine höhere sozial-emotionale Kompetenz.

Breitenbach und Mitarbeiter haben darüber in „Delfintherapie für Kinder mit Behinderungen“ ausführlich berichtet. Das konnten jedoch die Therapeuten der Kinder nicht bestätigen. In den USA sind zudem 18 Fälle dokumentiert, in denen Kinder bei der Therapie schwerste Verletzungen wie Knochenbrüche, innere Verletzungen und äußere Wunden durch die eigentlich als Wildtiere lebenden Delfine

erlitten: Da ist doch der domestizierte Haushund die bessere Alternative. Er, der kein böses Wort von sich gibt, ist ein guter Gesprächspartner. Er kommuniziert jedoch auf einer anderen Ebene. Hunde wirken beruhigend und können ihr Gegenüber durch Worte nicht verletzen. Dadurch, dass der Hund spielen möchte, er darüber hinaus auch ein großes Liebesbedürfnis hat, ist hier die Zuwendung des Menschen gefordert. Effektiv gilt die Therapie gerade in den Bereichen, in denen keine oder nur eine sehr geringe sprachliche Verständigung möglich ist, zum Beispiel bei Sprachstörungen, Gehörlosigkeit oder Autismus. Tatsache ist, dass sich bei Anwesenheit von Hunden die Befindlichkeit der Patienten und ihrer Therapeuten verbessert und dieser zugleich integrierend wirkt. Besonders als Therapiehunde geeignet sind Labradore, Golden Retriever, Irish Setter und die ungarische Rasse Magyar Vizsla.

Aber auch kleinere Tierchen helfen uns Menschen. Zum Beispiel werden Maden der Goldfliege zur Wundheilung eingesetzt. Erstmals in großem Stil kam die Therapie während des amerikanischen Bürgerkriegs zum Einsatz. Mit den Antibiotika verschwand die Therapie fast vollständig, wurde aber mit Beginn der 1990er Jahre wiederbelebt. Die Maden werden dabei in Speziallabors gezüchtet. Bei chronischen Wunden fressen die Maden abgestorbenes Gewebe und saugen Bakterien auf. Die Goldfliegenmade (*Lucilia sericata*) ernährt sich unabhängig davon immer gern von abgestorbenem Gewebe und schont intaktes Gewebe. Die Goldfliegenmade produziert selbst einen antibakteriellen Stoff, dieser hebt den pH-Wert in der Wunde und die Bakterien werden abgetötet. Es gibt aber auch Maden anderer Fliegen, die gesundes Gewebe fressen, ein Selbstversuch ist daher nicht anzuraten. Anwendung findet die Madentherapie bei der Knochenmarksentzündung, der diabetischen Gangrän oder bei Geschwüren an Unterschenkeln oder Dekubitus. Seit 2008 können Apotheken keimfreie Eier der Goldfliege erhalten und daraus Fliegenmaden züchten. Die Wirksamkeit der Madentherapie gegen Wundinfektionen bei der postoperativen Wundbehandlung wurde 2004 von der Food and Drug Administration (FDA) der amerikanischen Arzneimittelzulassungsbehörde anerkannt.

Noch ein letzter kleiner Helfer sei unbedingt genannt – der Blutegel (*Hirudo medicinalis*)! Die Blutegeltherapie basiert auf dem Bissreiz des Egels, den in Wunde abgegebenen Wirkstoffen und der Nachblutung. Der Egel beißt sich fest und saugt während 30 Minuten ca 10 ml Blut auf. Dann

ist er für zwei Jahre satt. Durch den dann von ihm abgegebenen Stoff – das Hirudin – tritt an dieser Bissstelle eine Hemmung der Blutgerinnung ein. Dadurch werden noch mal 50 ml Blut während etwa 12 Stunden abgeleitet. Durch das ebenfalls vom Egel in die Wunde abgegebene Calin wird die Wunde auch gereinigt. Der Biss selbst tut gar nicht weh und ist bestenfalls mit dem Stich einer Mücke vergleichbar.

Allgemein wirkt der Blutegel erleichternd und beruhigend, blutreinigend und entgiftend, entzündungshemmend und krampflösend. Eingesetzt wird der Blutegel in der plastischen Chirurgie nach Transplantationen und diversen anderen Erkrankungen vieler Fachgebiete.



Blutegel im Einsatz

Der nächste Kollege wartet im Aquarium auf seinen Einsatz. Es ist die Rote Saugbarbe. Ihren Namen verdankt sie ihrer Eigenschaft, sich mit ihrem Maul an der Haut festzusaugen, um dann die Schuppen abzusaugen. Zum Einsatz können die Fische bei Erkrankungen der Haut wie Schuppenflechte (Psoriasis) oder Neurodermitis kommen. Die Haut wird „entschuppt“ und dann für eine weitere entzündungshemmende Behandlung vorbereitet. Die Behandlung ist nicht ganz unumstritten, da noch keine Studien existieren. Die Patienten empfinden die Knabbertherapie allerdings als deutliche Linderung. Bei einer Psoriasis erneuert sich die Haut in vier Tagen, bei Gesunden in vier Wochen. Man kann sich daher gut vorstellen, dass das Absaugen der oberflächlichen Hautschuppen die Haut der Betroffenen viel geschmeidiger macht. Tiere können Schlüssel zur Seele der Menschen sein, durch ihren Spürsinn Krankheiten diagnostizieren und durch gezielten Menschenkontakt die Heilung günstig beeinflussen.

– Verfasser –



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

*Chefärztin der
Klinik für HNO,
Gesichts- und
Halschirurgie*

Jubiläum: 110 Jahre Städtisches Krankenhaus am Marienberg – Teil 1



Alte Ansicht

Als vor 110 Jahren im Juli 1901 das Städtische Krankenhaus mit 136 Betten am Fuße des Marienbergs eröffnet wurde, endete in der Stadt Brandenburg ein lang andauerndes Provisorium. Denn Vorläufereinrichtungen, wie beispielsweise das Stadtkrankenhaus auf dem Altstädtischen Stadthof, das 1843 seine Arbeit aufnahm und in dem nur 60 bis 70 Patienten versorgt werden konnten, waren von Anfang an zu klein gewesen, weil es, wie auch schon frühere Einrichtungen, mit dem rasanten Bevölkerungswachstum in der Stadt nicht Schritt halten konnte (siehe Kasten 1 – Bevölkerungswachstum).



Chirurgische Frauenklinik 1901

1) Bevölkerungswachstum

Ende des 19. Jahrhunderts setzte in Brandenburg eine rasante Industrialisierung ein. Das führte zu einer starken Bevölkerungszunahme.

1780	9 168	Einwohner
1800	12 509	Einwohner
1825	14 386	Einwohner
1852	20 230	Einwohner
1880	29 066	Einwohner
1900	49 250	Einwohner

Die stetig steigende Einwohnerzahl beeinflusste nicht nur die Stadtstrukturen, sondern erklärt auch die Notwendigkeit, Krankenhausbauten ständig der neuen Situation anzupassen.

Text: Dr. Frank Dietrich

Mit der Inbetriebnahme des damals hochmodernen Städtischen Krankenhauses hatte sich letztendlich auch ein Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung von und im Umgang mit dem Kranksein vollendet. Seitdem Robert Koch 1882 bewiesen hatte, dass die großen Epidemien, wie beispielsweise die Pest oder die Tuberkulose, ein Problem bakterieller Übertragung sind, hatten sie ihren alles beherrschenden

» Eine neue Ära: Mit der Eröffnung des Städtischen Krankenhauses im Jahr 1901 endete eine Zeit der Provisorien «



Chirurgie – Operationssaal 1910



Klinisches Labor 1910

2) Entwicklung von Medikamenten und medizinisch-technischen Verfahren

Die zahlreichen mathematisch-naturwissenschaftlichen Entdeckungen gegen Ende des 18. Jahrhunderts förderten die Entwicklung in der Medizin. So gab Linnés Pflanzensystematik den Anreiz für wissenschaftliches Systematisieren. In der Preußischen Pharmacopoe wurden die unterschiedlichsten Arzneimittel nach diesen Prinzipien geordnet.

Die Harnstoffsynthese des Chemikers F. Wöhler (1828) forcierte die künstliche Herstellung und die Untersuchung der Zusammensetzung organischer Stoffe. Neue technisch verwendbare Materialien, wie Porzellan oder hochwertiges Glas, ermöglichten die Herstellung wissenschaftlicher Geräte. Apothekergefäße zur Aufbewahrung von Arzneimitteln sind Zeugnisse aus dieser Zeit.

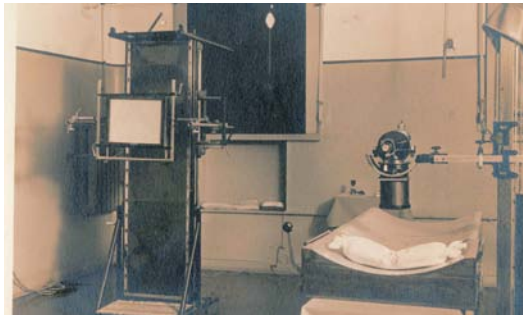
Der Syndicus der Stadt Brandenburg, Dr. Carl Johann Sybel (1776–1813), vollbrachte nicht nur als Arzt und Krankenhausdirektor große Leistungen. Seine rege Publikationstätigkeit diente der medizinisch-naturwissenschaftlichen Aufklärung und spiegelte die fortschrittlichen Tendenzen seiner Zeit wider. Hierzu nutzte er den Brandenburger Anzeiger, verfasste eigene Schriften und Bücher, die sogar überregionale Verbreitung fanden.

Text: Dr. Frank Dietrich

Schrecken wie Massensterben, Ohnmacht gegenüber der Krankheit und Panik vor dem sicheren Tod verloren. Hatte der neustädtische Stadtphysikus Johann Bericke 1709 derartige Seuchen noch als eine „von Gott gesandte Strafe wider die sündigen Menschen“ aufgefasst, so wusste man dank Robert Koch jetzt: Epidemien können durch Hygiene und mit Impfungen verhindert und Krankheiten können behandelt werden. Behandlung, das bedeutete Gegenwehr durch Medikamente, Hygiene und Ernährung (siehe Kasten 2: Entwicklung von Medikamenten und medizinisch-technischen Verfahren).

Ein Paradigmenwechsel auch in der Krankenpflege

In früheren Zeiten war die Behandlung von Krankheiten im Krankenhaus vor allem Armen und Alten, Siechen und Fremden vorbehalten, die niemanden hatten, der sich um sie kümmern konnte. Das war auch in der Stadt Brandenburg so (siehe Kasten 3, S. 16: Blick in eine Krankenstube im Spinnhaus am Bullenhof um 1808). Noch im 19. Jahrhundert erlebten die gut situierten Bürger ihre Krankheit lieber zuhause und geheim. Sie empfingen den Arzt am eigenen Bett und wurden in der Familie gepflegt. Selbst krankes Dienstpersonal wurde zumeist im Hause seiner Dienstherrn versorgt. Mit der fortschreitenden Entwicklung der klinischen Medizin, hier sind vor allem die Erfolge der aseptischen Operationsmethoden zu nennen, ging man jetzt ins Krankenhaus, um in den Genuss modernster medizinischer Versorgung zu kommen. Zu Beginn der 1920er Jahre fanden auch zunehmend mehr Entbindungen im Krankenhaus statt, was unter



Röntgenraum 1928

3) Blick in eine Krankenzimmertube im Brandenburger Spinnhaus am Bullenhof um 1808

Dank der Initiativen des Stadtphysikus Sybel (Amtsantritt 1807) in Verbindung mit privaten Spenden erhielt das Spinnhaus am Bullenhof, das von 1801 bis 1843 als Krankenhaus genutzt wurde, eine gute Ausstattung. Die Pflege übernahm die Witwe Krampe. Sie bezog direkt im Haus ihre Wohnung mit freier Kost und 2 Taler Monatsgehalt.

Das zweietagige unterkellerte Fachwerkhaus besaß eine Küche, vier heizbare Stuben, vier Zimmer und eine Speisekammer. Links neben dem Hauseingang befand sich das Krankenzimmer für Männer. Daneben existierte eine Kammer zur Sargaufbewahrung. Auf der rechten Parterreseite wohnte Frau Krampe und die obere Etage diente ausschließlich der Pflege von Frauen. Zur Krankenzimmerausstattung zählten Tisch, Nachtstuhl, Lampe, Waschbecken und eine Gießkanne aus weißem Sanitätsgeschirr. Jeder Patient erhielt einen Suppennapf, ein Trinkgeschirr, Essbesteck, einen Nachttopf und einen Schemel.

Die aus Kiefernholz mit Leinwand ausgeschlagenen Betten hatten einen Strohsack, Friesdecke, Laken und ein überzogenes Federkopfkissen. Die Aufnahme und Behandlung der Patienten regelte Dr. Sybel in einer von ihm verfassten Krankenhausordnung (1808). Die Heilbehandlungen führte Sybel als Leiter der Einrichtung zusammen mit dem Chirurgen Wredow durch. Ursprünglich für 10 Betten geplant, nutzte man das Haus mit 24 Betten. Später kamen ein Bad mit zwei Wannen und eine Leichenkammer hinzu. Dr. Carl Johann Sybel verstarb 1813 37-jährig infolge einer Typhusepidemie.

Text: Dr. Frank Dietrich

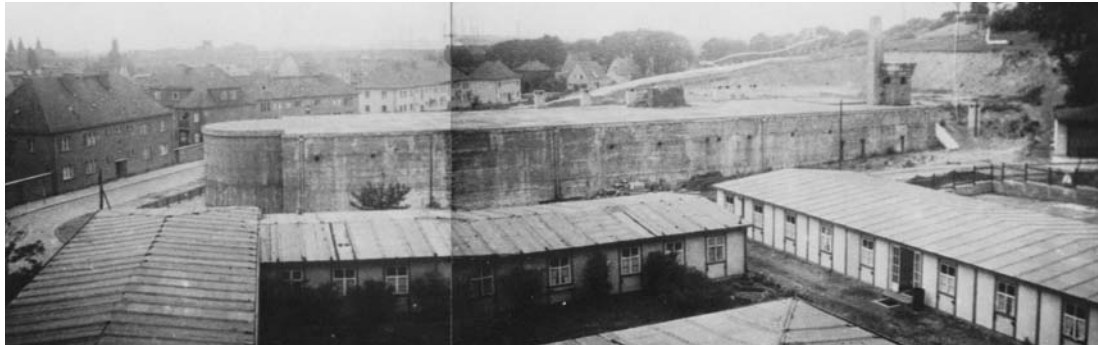
anderem auf die schlechten Wohnverhältnisse nach dem Ersten Weltkrieg zurückzuführen ist.

1898 fasste die Stadt Brandenburg den Beschluss, das neue Städtische Krankenhaus am Marienberg von dem Berliner Geheimen Baurat Heino Schmieden (1835–1913) erbauen zu lassen, der gemeinsam mit Martin Gropius bis zu dessen Tod im Jahr 1880 eines der großen Architekturbüros in Berlin betrieb. Schmieden galt als erfahrener Krankenhaus-Bauspezialist, der bereits mehrere Einrichtungen gebaut hatte, unter anderem die Beelitz-Heilstätten. Nach den neuesten Erkenntnissen der Bakteriologie plante er in Brandenburg nicht mehr ein dezentrales Krankenhaus im Pavillonstil, wie es früher üblich war, als man noch glaubte, dass für die Ansteckung mit Krankheiten schlechte Luft verantwortlich sei. Deshalb war es in den Krankenpavillons ewig zugig. Stattdessen errichtete Schmieden einen dreiflügeligen, mehrgeschossigen roten Ziegelbau im Stil der norddeutschen Neo-Renaissance.

Ein modernes Krankenhaus öffnet seine Pforten

Unter der Leitung des dirigierenden Chefarztes Dr. Kurt Appel bestand das neue Krankenhaus aus zwei Abteilungen, der Chirurgie und der Internie. Die medizinischen und pflegerischen Leistungen, die den Patienten in dem modernen Krankenhausneubau geboten wurden, beschreibt Axel Hinrich Murken in seinem Aufsatz *Ich war krank und ihr habt mich besucht ...*: „Zwei strikt zu trennende Gebäudeflügel für kranke Frauen und Männer, das Empfangsgebäude, zugleich Verbindungsbau für Verwaltung sowie mit einem Küchen- und Operationsgeschoss ausgestattet, dazu ein Waschhaus, ein Pavillon für Infektionskranke und eine abgesondert gelegene Desinfektions- und Leichenhalle.“ Die Patienten konnten wählen zwischen Unterbringung und Betreuung in Einbettzimmern der ersten, Zweibettzimmern der zweiten oder in Sälen mit 5 bzw. 15 Betten, in Notzeiten auch mehr, in der dritten Klasse.

Jede der zwölf Stationen war ausgestattet mit einem Dienstzimmer, einem Aufenthaltsraum sowie Bädern und je einer Teeküche, die über einen Aufzug mit der Hauptküche verbunden war. Nur Fahrstühle gab es noch nicht, die wurden erst 1927 nachträglich eingebaut. Die Kosten für den Neubau betragen inklusive Inneneinrichtung 700 000 Mark. Auch die Krankenpflege wurde professionalisiert. Ab 1911 übernahmen sogenannte freie Schwestern, die dem Berufsverband der Krankenpflegerinnen Deutschlands angehörten, diese Aufgabe.



Damaliger Bunker am Standort des jetzigen Krankenhauses Neubau West

1920 beschäftigte das Städtische Krankenhaus 29 Schwestern und 41 sonstige Angestellte. Statistisch betrachtet hatte eine Schwester damals 5,1 Patienten zu pflegen. Die Schwestern bewährten sich hervorragend, so dass dem Städtischen Krankenhaus die Einrichtung einer Schwesternschule genehmigt wurde, die als „Medizinische Schule“ bis heute besteht und weit über die Stadt hinaus einen hervorragenden Ruf genießt.

Die Bevölkerungszahlen stiegen weiter. Mehr als 59 000 Einwohner zählte Brandenburg im Jahr 1925. Ende 1927 war die Bevölkerungszahl bereits um weitere 3 000 auf rund 62 000 gewachsen. Und so ist auch die Geschichte des Städtischen Krankenhauses geprägt von zahlreichen Erweiterungsbauten, bis heute. 1927 wurde östlich vom Krankenhaus ein Zweiflügelneubau errichtet und in den Jahren 1937 bis 1939 wurden ein Verwaltungsgebäude und das Gartenhaus – das sogenannte Graue Haus – gebaut.

Das Städtische Krankenhaus in den Wirren des Ersten und des Zweiten Weltkrieges

Die Schrecken des Ersten Weltkrieges trafen auch die Stadt Brandenburg mit furchtbaren Hungersnöten und schweren Epidemien und Seuchen: Die schlechte Ernährung und die dramatische Wohnungsnot begünstigten das vermehrte Auftreten von Diphtherie, Scharlach Tuberkulose sowie Flecktyphus und zahlreichen Fällen von Ruhr. Das Städtische Krankenhaus reagierte darauf, indem es eine große Isolierbaracke links neben dem Infektionshaus aufstellte. Viele weitere sollten folgen. Außerdem musste die Stadt Reservelazarette mit 2500 Betten einrichten und das Städtische Krankenhaus musste 60 Betten für Schwerverletzte bereithalten.

Während des Zweiten Weltkrieges wurde Brandenburg im Jahr 1940 wegen seiner bedeutenden Rüstungsbetriebe zum Luftschutzort erster Ordnung erklärt. Das bedeutete unter anderem vermehrte Anstrengungen im zivilen Luftschutz. Im Rahmen dieser Maßnahmen erhielt das Städtische Krankenhaus einen dreigeschossigen Hochbunker, der mit dem Haupthaus durch einen unterirdischen Gang verbunden war. Er war mit 600 Betten, einem Kreißsaal und einer Röntgenanlage ausgestattet. Vor dem Ostflügel des Haupthauses wurde ein Operationsbunker mit zwei OP-Sälen, Sterilisation und Röntgenabteilung gebaut, auf dessen Dach sich jetzt der Parkplatz neben dem Haupteingang befindet. Der Bunker war gasdicht und vollklimatisiert, mit Notstrom und Fäkalienbeseitigungsanlage ausgerüstet. Er bot Platz für 30 Kinder, die regelmäßig nachts dort sicher schlafen konnten. Zwei Fahrstühle führten vom Haus zum Bunker.

Die schlimmsten Zerstörungen entstanden in Brandenburg, als kurz vor Kriegsende die Stadt zur Festung erklärt und nicht nur heftig angegriffen wurde, sondern sich auch ebenso verteidigte. Da suchten 2 000 Menschen Zuflucht im Krankenhausbunker. Hauptverbandsplatz war der OP-Bunker, der ständig überfüllt war. Über tausend Verwundete wurden in diesen Tagen von dem Ärzteteam versorgt. 104 Tote mussten hinter der Leichenhalle begraben werden.

Quellen: Kristina Hübener, Wolfgang Rose (Hg.): *Krankenhäuser in Brandenburg. Vom mittelalterlichen Hospital bis zur modernen Klinik.* be-bra wissenschaft verlag GmbH, Berlin-Brandenburg, 2007.

Ludwig Krafft: *Das städtische Klinikum Brandenburg an der Havel und seine Geschichte.* In: Historischer Verein Brandenburg (Havel) e.V., 7. Jahresbericht 1997–1998, Brandenburg an der Havel, 1998.

Archivmaterialien aus dem Klinikum Brandenburg.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Der Mythos „Schwester“

» Frau Schulz statt Schwester Stefanie «

— Verfasser —



Lutz Pelchen

Kommissarischer
Pflegedirektor



Seit kurzem tragen alle Pflegekräfte im Klinikum einheitliche Namensschilder mit ihrem Nachnamen und ihrer Qualifikation. Der Begriff „Schwester“ oder „Pfleger“ ist in Kombination mit dem Vornamen dabei abgelöst worden. Die Bezeichnung „Schwester“ (Wortursprung: Frau der eigenen Sippe; vgl. Kluge 1975) ist auch heute im 21. Jahrhundert ein geläufiger Begriff, um weibliche Pflegekräfte in Gesundheitseinrichtungen anzusprechen. Geprägt in der Ordens- und Mutterhauspflege Anfang des 19. Jahrhunderts, stellt der Begriff der „Schwester“ jedoch keine geschützte Begrifflichkeit für Pflegekräfte dar, die den Beruf der „Krankenschwester“ einmal erlernt haben. Aber wie kam es dazu?

Die Pflege von Menschen Anfang des 19. Jahrhunderts war nicht als Beruf, sondern als reine „Wohltätigkeit dem Menschen gegenüber“ konzipiert. Krankenpflege wurde entweder von der religiösen „Schwester“ oder von der weltlichen „Pflegerin“ betrieben. Die Anrede der „Schwester“ war somit den Ordensangehörigen vorbehalten. Der Begriff der „Pflegerin“ war jedoch auch Anrede für nicht ausgebildete pflegerische Hilfskräfte. Weltlich ausgebildete Pflegekräfte „eroberten“ sich die Anrede „Schwester“, um sich damit von den nicht ausgebildeten Hilfskräften unterscheiden zu können. Der männliche Pflegenden besaß Anfang des 19. Jahrhunderts keine Ausbildung und wurde als Wärter bezeichnet. Diese Berufsbezeichnung ist im 21. Jahrhundert nicht mehr gebräuchlich. Die ausgebildete männliche Pflegekraft besaß die Bezeichnung Krankenpfleger.

Im 21. Jahrhundert hat sich das Berufsbild der Pflege deutlich gewandelt. Die Ursachen hierfür liegen in der Entwicklung der Medizin, in der Veränderung des Tätigkeitsprofils von Pflegenden, in der veränderten Struktur von Gesundheitseinrichtungen

sowie in einer veränderten und stetig angepassten Gesundheitspolitik. Die tradierte Ausbildung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ gibt es seit der Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes 2004 nicht mehr. Die Absolventen einer 3-jährigen Pflegeausbildung erlangen seit 2004 die Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“. Somit ist der inhaltliche Bezug der religiös geprägten Berufsbezeichnung „Schwester“ überwunden worden. Im Bereich Pflege wird Schulabsolventen mit weiteren neuen Berufsausbildungszweigen wie z. B. Altenpfleger/-innen oder Operativ-technische Assistenten eine interessante Berufsperspektive angeboten. Spezialisierungen wie z. B. die Medizinische Assistenz oder die Fachpflegeweiterbildung als eine 2-jährige Subspezialisierung differenzieren das Berufsbild in der Pflege. Heute arbeiten in einem Krankenhaus unter dem Deckmantel der „Schwester“ Mitarbeiter mit unterschiedlichsten Ausbildungen und Qualifikationen. Jeder Mitarbeiter ist mit seiner Qualifikation für sein Aufgabengebiet befähigt, ob es die pflegerische Hilfskraft, die Arzthelferin, die Krankenschwester/der Krankenpfleger, die Gesundheits- und Krankenpflegerin, der Gesundheits- und Krankenpfleger, die Fachpflegekraft mit Zusatzqualifikation oder auch der Medizinische Assistent ist. Ziel ist es, dem Patienten eine professionelle Betreuung in allen medizinischen Bereichen zu garantieren.

Der traditionsbehaftete und vertraute Begriff „Schwester“ wird nicht so schnell aus dem Sprachgebrauch verloren gehen. Aus Krankenhäusern sind unter den gesundheitspolitischen Veränderungen professionell handelnde und spezifisch ausgerichtete Dienstleistungsunternehmen geworden. Der politische Wille, die Dauer einer stationären Versorgung möglichst kurz zu halten und der ambulanten Therapie sowieso grundsätzlich den Vorrang zu geben, stellt an alle Berufsgruppen in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen große Anforderungen. Der Pflegeberuf hat sich darunter gewandelt und ist heute fachspezifischer und hinsichtlich seines Tätigkeitsfeldes eigenständiger geworden. Die vielseitigen Berufsbilder in der Pflege sind somit Ausdruck einer veränderten Berufspolitik. Daher ist ein Umdenken für Patienten, Angehörige und andere Berufsgruppen in einem Krankenhaus ein notwendiger Prozess. Ein modernes und zertifiziertes Unternehmen wie das Städtische Klinikum Brandenburg schafft mit der Einführung der neuen Namensschilder keine neuen Realitäten, sondern reflektiert das Selbst- und Fremdverständnis einer beruflichen Reformierung.

Jung, dynamisch, Chefarzt

» Dr. med. Peter Ledwon brennt für seinen Beruf, aber – die Arbeit bedeutet ihm nicht alles im Leben «



Dr. med. Peter Ledwon

Gefragt, was die schönste Erfahrung in seinem bisherigen Berufsleben gewesen sei, antwortet Dr. med. Peter Ledwon, frischgebackener Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: „Jede Geburt ist wunderbar.“ Auch nach vielen Berufsjahren sei das immer noch so. Schön sei es auch, wenn er nach Jahren Patientinnen wieder treffe, die Krebs überlebt haben. Überhaupt sei die Gynäkologie ein ideales Fachgebiet: Es sei spannend und anspruchsvoll und man bekomme sehr viele Patientinnen gesund. Das steigere natürlich die Patientenzufriedenheit und mache den Beruf leicht.

Als Facharzt mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie werde er natürlich auch mit Leid konfrontiert. Am schlimmsten sei es, wenn junge Frauen sterben müssen, weil sie einen so aggressiven Krebs haben, dass ärztliche Kunst nicht mehr heilen, sondern das Leiden nur noch lindern kann. Das sei heutzutage Gott sei Dank aber seltener der Fall als noch zu Beginn seiner Berufstätigkeit. Mit guter Palliativmedizin kann auch dann noch Lebenszeit verlängert werden – um vier Wochen, um einige Monate, manchmal sogar um ein oder zwei Jahre. In dieser Situation habe der Arzt die Pflicht, alles zu vermeiden, was die Patientin unnötig belastet, aber nicht mehr heilt. „Es ist die Kunst, zu erkennen, wann der Moment gekommen ist“, sagt der Facharzt. Nur wenn sie das krebserkrankte Leiden lindern, sind Operationen dann noch gerechtfertigt. Der Arzt dürfe der Patientin mit seinen Maßnahmen nicht das verbleibende Leben vergällen.

Zum Bereich der gynäkologischen Onkologie gehört natürlich auch die Behandlung von Brustkrebs, bei der es in den letzten Jahren die größten Fortschritte im Fachgebiet gegeben habe. Er sei ein Befürworter

der Mammografie als Früherkennungsuntersuchung, betont Peter Ledwon. „Es gibt zurzeit kein besseres Verfahren, um Frühformen von Brustkrebs zu erkennen.“ Das sei besonders wichtig, weil Brustkrebs vor allem dann gute Heilungsaussichten hat, wenn er entdeckt wird, bevor er invasiv wird, das heißt, sich aus den Milchgängen heraus in tiefere Schichten des Brustgewebes ausbreitet. Große Bedeutung für den Behandlungserfolg hätten auch die interdisziplinären Fallbesprechungen. Hier beraten Operateure, Onkologen, Pathologen, Radiologen und Strahlentherapeuten anhand der Röntgen-, der Ultraschall- und der histopathologischen Befunde gemeinsam, welche Therapie für den konkreten Fall am besten geeignet ist.

Peter Ledwon ist 1963 in Sonneberg/Thüringen geboren und dort bis zum Abitur zur Schule gegangen. Bereits in der 10. Klasse wusste er, dass er einmal Medizin studieren wollte. Das bedeutete für den Sohn einer Ärztin, dass er sehr gute Noten brauchte, um in der DDR zur weiterführenden Schule zugelassen zu werden. Und er musste sich für drei Jahre bei der Armee verpflichten, um anschließend Medizin studieren zu dürfen. Er hat dann von 1985 bis 1991 an der Berliner Humboldt-Universität studiert und promoviert. Weitere Stationen waren eine zehnjährige Tätigkeit am Städtischen Krankenhaus Berlin-Friedrichshain, wo er bis zur Facharztprüfung 1997 als Assistenzarzt und anschließend als Fach- und Oberarzt tätig war. 2002 wechselte er als Chefarzt nach Bad Belzig an das heutige Johanniter-Krankenhaus.

Dr. med. Peter Ledwon ist mit einer in Potsdam niedergelassenen Gynäkologin verheiratet, er hat eine 14-jährige Tochter und einen erwachsenen Sohn (21) aus erster Ehe. Seine Familie ist ihm sehr wichtig. Ledwon ist seit 30 Jahren Langstreckenläufer und läuft seit 26 Jahren Marathon, 16 Mal ist er in Berlin angetreten und 2001 sogar einmal in Chicago. Er spielt in einem Streichorchester mit, betreibt mit seiner Frau Hobbytanz, geht ab und an zum Fußball und liest gerne. „Wenn ich keine Hobbys hätte, würde ich vermutlich komisch werden.“

– Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.10.2010	Stefanie Bensch	Intensivstation
	am 01.10.2010	Christina Heidler	Station I 5
	am 01.10.2010	Antje Hubbe	Physiotherapie
	am 01.10.2010	Sandra Rawolle	Physiotherapie
	am 01.10.2010	Janika Ripperger	Gefäßchirurgie
	am 01.10.2010	Manuela Rößler	Station I 2
	am 01.10.2010	Antje Schreck	Gefäßchirurgie
	am 11.10.2010	Kornelia Maluck	Station I 5
	am 23.10.2010	Sarina Schmidt	Endoskopie
		am 20.11.2010	Dr. Matthias Bösel
	am 01.12.2010	Kathrin Weber-Marienfeld	Station I 3/I 4
	am 01.01.2011	Jacqueline Lentge	Station I 1
	am 01.01.2011	Kathleen Vogel	Intensivstation
	am 01.03.2011	Dany Meier	Intensivstation
	am 01.03.2011	OA Dr. Carsten Gerhardt	Innere Klinik II
	am 19.03.2011	Bettina Schumacher	Innere Klinik II
15 Jahre	am 01.10.2010	Heike Beck	Station Z 1
	am 01.10.2010	Dana Dietrich	Gefäßchirurgie
	am 01.10.2010	Dajana Greulich	Intensivstation
	am 01.10.2010	Jana Jurk	EKG-Abteilung
	am 01.10.2010	Maren Kronberg	Rettingsstelle
	am 01.10.2010	Tracy Langer	Station I 1
	am 01.10.2010	Madleine Mathes	Station K 2/K 3
	am 01.10.2010	Katleen Pörschke	Station K 2/K 3
	am 01.10.2010	Gabriela Rölle	Rettingsstelle
	am 01.10.2010	Doreen Scheel	Intensivstation
	am 01.10.2010	Peggy Schwone	Station Z 2
	am 01.10.2010	Roberto Tarruhn	Station I 1
	am 01.12.2010	Sylke Schulze	Station I 3/I 4
	am 01.01.2011	Steffi Drexler	Betriebsrat
	am 01.01.2011	Cornelia Meyer	Wachstation
	am 01.01.2011	Antje Müller	Intensivstation
	am 01.02.2011	Lutz Pelchen	Pflegedirektion
20 Jahre	am 01.11.2010	Christina Brademann	Station I 5
	am 01.12.2010	Karin Daniel	Apotheke
	am 11.02.2011 am 15.02.2011	Sylvia Klingsporn Andrea Sattelkow	Rechnungswesen Urologie

	am 04.03.2011 am 11.03.2011	Doreen Meyer Heike Geisler	Station I 3/I 4 Station Z 1
25 Jahre	am 01.12.2010	Marina Sterz	HNO-Klinik
30 Jahre	am 01.10.2010 am 01.01.2011 am 05.01.2011	Heidi Kuntze Jutta Albrecht Roswitha Gutschmidt	Station F 1 Anästhesie Gefäßchirurgie
	am 09.02.2011	Sabine Sommer	Patientenverwaltung
	am 16.03.2011	Hanna-Elisabeth Passauer	Kreißaal
35 Jahre	am 01.10.2010 am 29.10.2010	Dr. Frank Dalicho Petra Hannig	Frauenklinik Anästhesie
	am 01.11.2010	Elke Kroll	Medizinische Schule
40 Jahre	am 04.01.2011	Dieter Linnert	Physiotherapie

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

	am 06.09.2010	Anna Hess	Physiotherapie
	am 01.10.2010	Nicole Bärmann	Station K2/K3
	am 01.10.2010	Jennifer Bolz	Station I 5
	am 01.10.2010	Kathleen Friedrich	Station K2/K3
	am 01.10.2010	Nadine Hoffmann	Radiologie
	am 01.10.2010	Juliane Mühlsteph	Zentral-OP
	am 01.10.2010	Melanie Riebinger	Zentral-OP
	am 01.10.2010	Lisa Riese	Zentral-OP
	am 01.10.2010	Carolin Detker	Linksherzkatheder
	am 01.10.2010	Christopher Frenz	Station I 1
	am 01.10.2010	Ina Gropler	Station I 5
	am 01.10.2010	Mandy Hübner	Station I 3/I 4
	am 01.10.2010	Anne-Christin Koch	Station F 1
	am 01.10.2010	Katarina Schacht	Neurochirurgie
	am 01.10.2010	Martin Tanger	Wachstation
	am 01.10.2010	Mandy Tretschog	Station I 3/I 4
	am 01.10.2010	Carolin Bieber	Kinderklinik
	am 01.10.2010	Dr. Karsten Hinrichs	Anästhesie
	am 01.10.2010	Jana Freese	Medizinische Schule
	am 01.10.2010	Madleen Runge	Station K 2/K 3
	am 01.10.2010	Mandy Schibillsky	Radiologie

am 15.11.2010 am 15.11.2010	Bianca Blankenhorn Victoria Kalläne	Neurochirurgie Station I 3/I 4
am 01.12.2010 am 01.12.2010	Konstanze Ruppin Michaela Schnitzer	Innere Klinik II Rettungsstelle
am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 01.01.2011 am 17.01.2011	Dr. Peter Ledwon Sebastian Schulze Katja Kutzer Henryk Boltze Berit Raulf Henryk Figura Dr. Burkhard Kaiser Dr. Helke Klein Dr. Sylvia Klarenbeek Jacqueline Kannape Stefanie Friedrich Sarah Künzenbach Jacqueline Scherf Pia Kuhlemann	Frauenklinik Anästhesie Urologie Station C 2 Milchküche Augenklinik Innere Klinik I Innere Klinik I Kinderklinik Station I 1 Station C 2 Intensivstation Station C 2 Innere Klinik II
am 01.02.2011	Jana Neinert	Kinderklinik

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

am 30.09.2010 am 30.09.2010 am 30.09.2010 am 30.09.2010	Prof. Dr. Eberhard Beck Dr. Jürgen Zeh Sandra Lamm Christiane Binternagel	Frauenklinik Chirurgie Radiologie Station F 1
am 31.10.2010 am 31.10.2010 am 31.10.2010	Hannelore Päge Rosemarie Voß Monika Rößler	Station K 1 Station K 2 Geschäftsführung
am 14.11.2010 am 30.11.2010 am 30.11.2010	Katharina Bohn Angelika Panassik Angelika Weißert	Innere Medizin I Intensivstation Ambulanzzentrum
am 19.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010 am 31.12.2010	Ralph Bielitzki † Karin Brettnacher Dr. Thomas Schulz Dr. Mathias Wagner Dr. Nicole Bracke Lieselotte Kirchner Yvonne Friedrich Ingrid Bottke Dr. Iris Dressler	Intensivstation Urologie HNO-Klinik Gefäßchirurgie Innere Klinik I Wirtschaft Kinderklinik EKG Frauenklinik
am 11.01.2011 am 14.01.2011 am 31.01.2011 am 31.01.2011	Margit Hauff Claudia Roth Petra Pascheka Susanne Mauer	Station C 2 Radiologie Wissenschaftliche Bibliothek Frauenklinik

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	am 01.10.2010	Ingrid Friedrich	Stationssekretärin
	am 13.11.2010	Marina Kelm	Stationshilfe
	am 11.12.2010	Christina Schulze	Küche
	am 01.01.2011	Kerstin Grusat	Chefarztsekretärin
	am 01.01.2011	Antje Siemens	Dokumentationsassistentin
	am 01.03.2011	Mathias Diedrich	Patiententransport
15 Jahre	am 11.12.2010	Heidrun Rolle	Schreibdienst
	am 11.12.2010	Simone Ulrich	Arztsekretärin
20 Jahre	am 01.10.2010	Frank Hilbert	Patiententransport
	am 01.01.2011	Jörg Ibscher	Technik
	am 01.01.2011	Heike Müller	Küche
	am 01.01.2011	Christine Spillecke	Küche
	am 01.01.2011	Edgar Winter	Pforte
	am 01.02.2011	Sven Lorek	Technik
	am 05.02.2011	Carola Schmitt	Stationshilfe
25 Jahre	am 16.12.2010	Marina Kleinert	Stationshilfe
	am 01.03.2011	Manfred Schmidt	Technik
	am 01.03.2011	Rosemarie Stage	Archiv

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

	am 01.10.2010	Mathias Böttge	Gärtnerei
	am 15.11.2010	Verena Dittmar	Fremdversorgung
	am 15.11.2010	Marco Schütze	Wache
	am 01.12.2010	Daniela Pieth	Dokumentation
	am 01.01.2011	Margrit Pfeiffer	Allg. Reinigung
	am 01.01.2011	Margrit Krumm	Allg. Reinigung
	am 17.01.2011	Gabriele Ramm	Allg. Reinigung
	am 01.02.2011	Mayk Wetzel	Hof/Transport
	am 14.02.2011	Bettina Vandrey	Allg. Reinigung

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

	am 30.09.2010	Elisabeth Kosche	Dokumentationsassistentin
	am 31.10.2010	Karl-Heinz Cyrol	Hof/Transport
	am 30.11.2010	Bernd Beholz	Wache/Pforte
	am 31.12.2010	Angelika Arndt	Stationssekretärin
	am 31.12.2010	Jutta Köhn	Patientenversorgung Marienkrankenhaus
	am 31.12.2010	Marietta Reich	Stationshilfe
	am 31.12.2010	Edith Woite	Reinigung

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

In dieser Ausgabe:

Wissen Sie, was Sie nachts treiben?



Wenn Ihnen Ihr Partner erzählt, dass Sie sich nachts bizarr verhalten, wie zum Beispiel mit oder ohne Pyjama durch die Straßen laufen, nackt Motorrad fahren oder Schokolade mit dem Stanniolpapier essen, dann sind Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Schlafwandler. Schlafwandeln oder Somnambulismus ist bei Kindern ein weit verbreitetes Phänomen. Ca. 20 % aller Kinder sollen gelegentlich schlafwandeln. Mit dem Erwachsenwerden reduziert sich die Anzahl erheblich bis auf ca. 1 %. Warum Menschen sich solcherart betätigen, während ihre Mitmenschen friedlich schlummern, ist von der Wissenschaft bis heute nicht geklärt. Eine Theorie besagt, dass sie beim Aufwachen quasi „hängen bleiben“. Die Muskulatur wacht auf, das Gehirn befindet sich noch im Tiefschlaf. Daher laufen auch alle Bewegungen ab wie ferngesteuert. Der Schlafwandler bewegt sich in der Regel nur geradeaus ohne Umgehen von Hindernis-

sen oder Abgründen – und das ist auch das Gefährliche daran, denn die sprichwörtliche schlafwandlerische Sicherheit gibt es nicht.

Ist es dann ein Aberglaube, dass man Schlafwandler nicht wecken darf, um sie vor diesen Gefahren zu schützen? Nein, auch das scheint nicht ungefährlich, denn in dem nun abrupten Erwachen reagiert ein Schlafwandler häufig in der Verwirrung genau falsch, wenn er sich in ungewohnter Umgebung oder gefährlicher Lage sieht. Besser ist es, ihn behutsam zurück zum Bett zu führen. Und am nächsten Morgen ist alles vergessen.



Ihr Dr. Nikki Ulm

**kl
linikum
brandenburg**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité