

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



linikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Medizin per Telefon S. 8

Jetzt geht es dem Blutdruck an die Nieren S. 6

Für mich ist das wie Weihnachten S. 12

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 Tumorthesapiezentrum

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 Prof. 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.

Elternseminar mit vielen wissenswerten Themen rund um das Baby- und Kleinkindalter

12.12.2011 | 16:30 Uhr

Thema: ... ich bekomme ein Geschwisterchen!

- › Wie bereiten wir unser Kind auf das Geschwisterchen vor?
- › Was tun, wenn die Eifersucht riesig wird ... oder wenn unser „Großes“ auch wieder Baby sein will?

Leitung: Beate Stapperferne,
Diplom-Sozialpädagogin

Veranstaltungsort: Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof,
Erdgeschoss, Netzwerk Gesunde Kinder

09.01.2012 | 16:30 Uhr

Thema: Erste Hilfe bei Kinderunfällen

- › Unfallverhütung im Haushalt
- › Unfallquellen – Wie kindersicher ist unsere Wohnung?
- › Maßnahmen der ersten Hilfe bei Kindern.

Leitung: Herr M. Baum, Ersthelfer DRK
Kreisverband Brandenburg e.V.

13.02.2012 | 16:30 Uhr

Thema: Kinderkrankheiten natürlich behandeln

- › Einsatz natürlicher und homöopathischer Arzneimittel bei kindlichen Beschwerden von Allergie bis Zeckenbiss.
- › Apothekerin Antje C. Prochnow gibt Tipps, wie Sie Ihrem Kind schnell und nebenwirkungsarm helfen können.

Leitung: Apothekerin Antje C. Prochnow, Inh. Germania Apotheke und Apotheke im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof

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,

Vielen Patienten und Besuchern des Klinikums ist nicht bewusst, dass zu einem gut funktionierenden Klinikum auch eine gut organisierte Küche gehört. Dass dies der Fall ist, beweisen allein unsere 1.200 Mahlzeiten, die täglich gekocht und verteilt werden.

Anfang November wurde in der Klinikküche ein nagelneues Kochverfahren eingeführt, mit dem die Speisen frisch zubereitet werden. Seither freuen wir uns, dass wir unsere Patienten und Mitarbeiter mit frischem und leckerem Essen versorgen können.

Wie die Versorgung der Patienten zu DDR-Zeiten aussah und welche Etappen nötig waren, um das Klinikum mit modernster Medizintechnik auszustatten, berichten wir im zweiten Teil unseres großen Geschichtsreports. Der ehemalige HNO-Chefarzt Jung und der ehemalige Ärztliche Direktor Beckmann erzählen dazu im KlinikJournal von ihren Erlebnissen zu DDR-Zeiten.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 **Vorsorge bei Neugeborenen**
» Mit Hüftsonographie Babys auf gesunde Beine stellen «
- 6 **Jetzt geht es dem Blutdruck an die Nieren!**
» Klinikum geht neue Wege in der Blutdruckbehandlung «
- 8 **Medizin per Telefon**
» Flächendeckendes Telemedizin-Projekt für Risiko-Herzpatienten in Brandenburg «
- 10 **Gute Nachricht für schwerhörige Menschen**
» Implantation von Hörgeräten jetzt auch in Brandenburg möglich «

Ein- und Ausblicke

- 12 **Für mich ist das wie Weihnachten**
» Küchenmeister Sascha Rieth freut sich über eine nagelneue Küche «
- 14 **Gesund werden in Brandenburg an der Havel**
» Die Geschichte des Klinikums, Teil II «
- 15 **Arm, aber kreativ**
» Wie die HNO-Klinik in Kirchmöser sich mit do it yourself Universitätsklinikstandard aufbaute «
- 16 **Blick zurück auf schwierige Zeiten**
» Geschichte des Klinikums: Interview mit dem ehemaligen Ärztlichen Direktor Dr. Detlef Beckmann «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 18 **Im Juni gab es ein großes Wiedersehen**
» 1. Frühchen-Treffen für ehemalige Frühchen der Station K1 «
- 19 **Ist Pfeiferauchen gesünder als Zigarettenrauchen?**
» Eine schicksalshafte Begegnung mit dem Literaturnobelpreisträger Günter Grass «
- 20 **Verstärkung**
» Neue Mitarbeiter in der Personalabteilung «
- 21 **Ein Goldfisch im Klinikum**
» Ulrike Wajer und ihre Leidenschaft für das Schwimmen «
- 22 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**

Vorsorge bei Neugeborenen

» Mit Hüftsonographie Babys auf gesunde Beine stellen «



Das Baby ist da! Groß ist die Freude bei den Eltern und Verwandten. Rosig liegt er da, der kleine Wonneproppen. Und alles ist so winzig: die kleinen Fingerchen, das Näschen, der süße kleine Mund, die Ohrchen. Egal ob Junge oder Mädchen – „Hauptsache, gesund“ lautet die Devise. Doch ist das Baby wirklich gesund? Um das herauszufinden, gibt es gleich nach der Geburt Untersuchungen, die Sicherheit bieten. Eine davon ist das „Hüftsonographie-Screening“.

Die angeborene Hüftdysplasie bzw. -luxation sieht man nicht. Es handelt sich um eine bei der Geburt vorhandene Anomalie des Hüftgelenks, bei der der Hüftkopf teilweise oder komplett die Hüftgelenkspfanne verlassen hat. Betroffen sind zwei bis vier Prozent aller Neugeborenen. Damit zählt dieser Befund zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen des Skelettsystems. Unbehandelt ist die Hüftdysplasie bzw. -luxation eine der wesentlichen Ursachen für verfrühten Verschleiß des Hüftgelenks, so dass bereits in jungen Jahren Hüftgelenkersatz notwendig werden kann und Frühinvalidität droht. Mit einem sogenannten „Hüftscreening“ kann die Fehlbildung heutzutage problemlos erkannt und erfolgreich behandelt werden.

Das Klinikum Brandenburg bietet allen seinen Neugeborenen eine Hüftsonographie bereits in den ersten Lebenstagen (U₂) an, denn die Therapie einer

angeborenen Hüftluxation ist umso erfolgreicher, je früher sie beginnt. Somit kann eine gegebenenfalls festgestellte Fehlstellung ohne Zeitverzögerung sofort behandelt werden. Meistens reicht in diesem frühen Alter schon breites Wickeln aus, um die Fehlstellung dauerhaft zu korrigieren. Falls es notwendig sein sollte, kann das Kind in der Orthopädischen Klinik zur operativen Versorgung vorgestellt werden.

Bereits zu DDR-Zeiten wurde die Früherkennung der angeborenen Hüftdysplasie bzw. -luxation im Klinikum – damals Bezirkskrankenhaus Brandenburg – sehr ernst genommen. So hat Dr. Günther Becker, der die Orthopädische Klinik am Standort Kirchmöser 1959 als Chefarzt übernahm und aufbaute, veranlasst, dass alle Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt noch in der Klinik in Brandenburg orthopädisch untersucht wurden. Es erfolgten Kontrollen der Hüften, der Wirbelsäule und der Füßchen. Später kamen mit Unterstützung von zwei Oberärzten auch die Neugeborenen in Belzig und Rathenow dazu.

Um Fälle von Hüftgelenkluxationen und ausgeprägten „Hüftgelenkdysplasien“ noch vor ihrer klinischen Manifestation zu erfassen und einer geeigneten Therapie zuführen zu können, wurde in Deutschland bereits im Jahre 1973 eine klinische Untersuchung der Hüfte mit der Überprüfung des Ortolani-Zeichens (das ist ein typisches Klickgeräusch bei Bewegung der Hüften) bei der U₂ und des Hüftgelenks auf Dysplasie- oder Luxationszeichen bei der U₃ und U₄ in den Katalog der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen aufgenommen.

In der klinischen Praxis ist die Diagnostik einer Hüftdysplasie jedoch unsicher und leichtere Formen können übersehen werden, da sich diese erst zu einem späteren Zeitpunkt klinisch manifestieren. Die Einführung der Hüftsonographie durch den österreichischen Orthopäden Prof. Dr. Reinhard Graf Ende der 70er Jahre setzte den Grundstein für die Früherkennung der Hüftdysplasie.

Mit Hilfe einer Lagerungsschiene wird der Säugling hierzu seitlich gelagert. Zur Dokumentation werden pro Seite jeweils zwei Bilder angefertigt. Durch die Darstellung in der sogenannten Standardebene können die anatomischen Strukturen sicher zugeordnet werden. Beurteilt werden die knöchernen Formgebung, die Ausbildung des knöchernen Erkers

und das Labrum acetabulare (knorpeliger Anteil des Hüftgelenkdaches). In Kombination mit dem α - und β -Winkel, die durch gezogene Hilfslinien bestimmt werden, kann das Hüftgelenk klassifiziert werden.

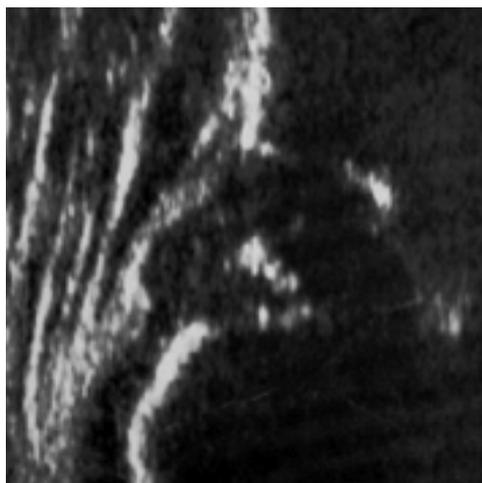


Abb. 2 Hüftgelenk Typ I nach Graf, Kochs et al. Hüftdysplasie und -luxation. Monatsschrift Kinderheilkd 2003; 151:804–809.

Am 1. Januar 1996 wurde in Deutschland, in Anlehnung an die positiven Erfahrungen aus Österreich, ein kombiniertes klinisches und sonographisches Screening-Programm im Rahmen der kindlichen Vorsorgeuntersuchungen eingeführt. Empfohlen wird ein generelles Hüftscreening für alle Kinder im Rahmen der U₃ (4. bis 6. Lebenswoche). Kinder mit anamnestischen Risikofaktoren für eine Hüftdysplasie (Geburt aus Beckenendlage, Hüftdysplasie oder -luxation in der Familie, Stellungsanomalien oder Fehlbildungen insbesondere der Füße) oder auffälligem klinischem Untersuchungsbefund (Instabilität der Hüfte, Abspreizhemmung) sollten jedoch früher, d. h. spätestens in der ersten Lebenswoche (im Rahmen der U₂), sonographisch untersucht werden

Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und stellt keine Belastung für das Kind dar.

Nach aktueller Studienlage kann dank des generellen Ultraschall-Screenings die Rate operativer Maßnahmen bei Hüftdysplasie bzw. -luxation um mindestens vier Fünftel auf ein Fünftel reduziert werden im Vergleich zur Vor-Screening-Ära. Zudem

liegt die Rate operativer Maßnahmen in Deutschland weitaus niedriger als in anderen europäischen Ländern (z. B. England und Nordirland). Insofern sollte angestrebt werden, dass möglichst alle Kinder so früh wie möglich untersucht werden. Ebenso sollte die Qualität des Hüftultraschalls kontrolliert und optimiert werden. Die frühestmögliche Erkennung einer Hüftdysplasie bzw. -luxation ist für die Entwicklung betroffener Kinder von entscheidender Bedeutung.

Abschließend ein passendes Zitat von Professor Theopold: „Präventive Medizin ist der Kampf gegen Unkenntnis und Unterlassung.“

— Verfasser —

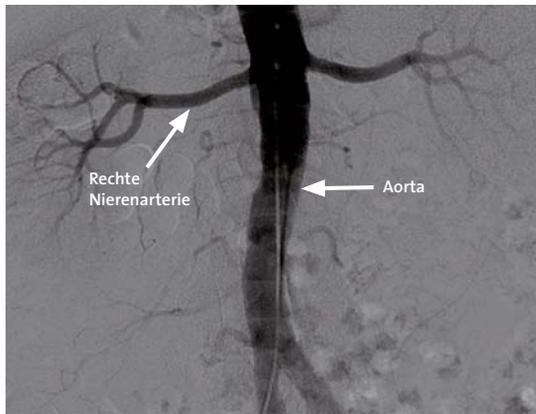


Dr. med.
Nadine Elgeti

Assistenzärztin der
Klinik für Kinder-
und Jugend-
medizin

Jetzt geht es dem Blutdruck an die Nieren!

»Klinikum geht neue Wege in der Blutdruckbehandlung«



Katheter auf dem Weg zu den Nierenarterien.

Bisher gilt der Bluthochdruck als eine Erkrankung, die zwar medikamentös behandelbar, aber nicht heilbar ist. Bei Absetzen oder Aussetzen der Medikamente ist der Blutdruck im Allgemeinen wieder hoch. Das setzt hohe Anforderungen an Disziplin und Mitarbeit der Patienten, und das umso mehr, als der erhöhte Blutdruck oft ohne erkennbare Symptome für den Betroffenen bleibt. Das ein- oder mehrmalige Weglassen der Tabletten scheint zunächst keine negativen Effekte zu zeigen (einmalig erhöhte Blutdruckwerte im mittleren Bereich verursachen keine Akutbeschwerden) – allerdings ist sicher belegt, dass für die Verhinderung von Spätschäden eine kontinuierliche Blutdrucksenkung erforderlich ist.

Angesichts der Tatsache, dass es nur in wenigen Fällen zu beseitigende Ursachen der Hochdruckkrankheit gibt, beschränkt sich die Behandlung des primären Hochdrucks zunächst neben Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsnormalisierung und körperlichem Ausdauertraining auf die Gabe von Medikamenten, die im Sinne einer symptomatischen Therapie den Blutdruck senken.

In der Klinik für Innere Medizin I wird nun in Kürze für Patienten mit schwer einstellbarem Bluthochdruck ein neues und offenbar vielversprechendes Behandlungsverfahren zur dauerhaften Blutdrucksenkung eingeführt. Es bedient sich der Tatsache, dass die Niere ein überaus wichtiges Organ im körperlichen Regelkreis des Blutdrucks darstellt.

In ihrer Eigenschaft als Ausscheidungsorgan kann die Niere auf die Menge der Körperflüssigkeit Einfluss nehmen und ist darüber hinaus auch in

der Lage, durch hormonähnliche Substanzen den Blutdruck direkt zu beeinflussen.

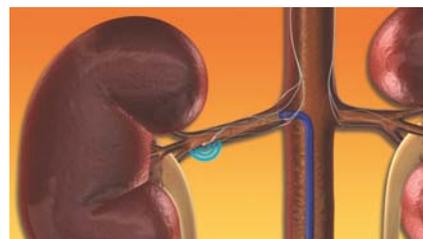
Seit langem ist bekannt, dass das Vorliegen von Verengungen (Stenosen) der Nierenarterien zu schwer behandelbaren Bluthochdruckformen führen kann, die unter bestimmten Umständen positiv dadurch beeinflusst werden können, dass die Verengungen mittels eines Ballonkatheters und einer Gefäßstütze (Stent) aufgedehnt werden.

Aber auch die intakte Niere hat Einfluss auf die Regelung des Blutdruckes.

Eine zentrale Rolle spielen dabei sympathische Nervenfasern, die sich in sogenannten Nervengeflechten (= Plexus) im Bereich der Nierenarterien befinden. Von diesen Nervenfasern ist bekannt, dass sie bei Hochdruckkranken häufig hyperaktiv sind und dass ihre chirurgische Durchtrennung zur Senkung des Blutdruckes führt.

Aufgrund der anatomischen Position dieser Nervenfasern lag es nahe, Wege zu entwickeln, wie diese Nerven ohne offenen chirurgischen Eingriff zu beeinflussen sind.

Es wurde ein entsprechendes Katheter-System entwickelt, das es erlaubt, über einen Zugang in der Leistenbeuge, ähnlich wie beim Herzkatheter, die Nierengefäße von innen aufzusuchen und auf die-



Ort der Verödung der Nerven.



Steuerbarer Katheter zur Sondierung der Nierenarterie.

sem Wege die Nervengeflechte in der Nierenarterie durch Abgabe von Hochfrequenzstrom zu veröden.

Diese Behandlung erfordert keinen offenen Schnitt am Patienten, muss jedoch aufgrund der unter der Verödung möglichen Schmerzen in entsprechender medikamentöser Begleitbehandlung erfolgen.

Nachdem der Einsatz dieses Verfahrens zunächst in einer kleineren Studie untersucht worden war, kam es im vergangenen Jahr zur Veröffentlichung der Simplicity-HTN-2-Studie, die bei mehreren hundert Patienten nachweisen konnte, dass die Ablation der renalen Nervenplexus zu einer dauerhaft anhaltenden Senkung des Blutdrucks führte.

In dieser Studie konnte man zeigen, dass eine nach 6 Monaten anhaltende Senkung des systolischen Blutdrucks um mehr als 30 mmHg im Vergleich zu den Patienten, die nur mit Medikamenten behandelt wurden, nachweisbar war. Der diastolische Druck wurde ebenfalls gesenkt. Aus Spätuntersuchungen von Patienten der ersten Pilotstudie wurde bekannt, dass diese Effekte auch nach 2 Jahren noch nachweisbar waren.

Die Durchführung der Verödungsprozedur dauerte weniger als 45 Minuten, schwerwiegende Nebenwirkungen traten nicht auf.

Bluthochdruck ist eine Volkskrankheit der Industrieländer.

Die arterielle Hypertonie (umgangssprachlich Bluthochdruck) ist eine der bedeutendsten chronischen Erkrankungen unseres Herz-Kreislauf-Systems. Grundsätzlich zeichnet sie sich dadurch aus, dass, wie der Name schon sagt, bei den betroffenen Patienten kontinuierlich zu hohe Blutdruckwerte festgestellt werden. Trotz umfangreicher Diagnostik lässt sich heutzutage bei weniger als 10 % der Patienten eine kausal angebbare Ursache dieser Blutdruckveränderungen feststellen.

Extrem hohe Blutdruckwerte führen zu akuten Krankheitserscheinungen wie Schwindel und Kopfschmerz sowie möglicherweise zu Komplikationen wie z. B. Hirnblutung, Schlaganfall, Nasenbluten. Es ist jedoch so, dass auch moderat erhöhte Blutdruckwerte über die Jahre hinweg zu sogenannten Endorganschäden führen. Diese bestehen in erster Linie in direkten Schäden, die durch die hohe Druckbelastung ausgelöst werden. Die Schädigung betrifft Herzmuskel, Herzkranzgefäße, andere ar-

terielle Blutgefäße des gesamten Körpers inklusive Nierengefäße und Augengefäße.

Weltweit versterben jährlich ca. 7,5 Millionen Patienten an den Folgen des Bluthochdrucks. Besonders in den Industrieländern ist die Koinzidenz von Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und arteriellem Hypertonus sehr häufig und mit einem entsprechend erhöhten Krankheits- und Sterberisiko behaftet. In der Behandlung kommen seit Jahrzehnten verschiedene Substanzklassen zur Anwendung, die ihren Hauptwirkort entweder im Bereich der Steuerung des Flüssigkeitshaushaltes, der hormonellen Aktivität des Körpers (Stresshormone) oder der Spannung der Gefäßmuskelzellen haben.

Während es im frühen Krankheitsstadium nicht selten ausreichend ist, die Patienten mit einem der genannten Medikamente zu behandeln (Monotherapie), zeigt sich mit wachsender Erkrankungsdauer, erhöhtem Lebensalter und den im Laufe des Lebens dazukommenden Begleiterkrankungen (Komorbidität) die Notwendigkeit, diese Monotherapie durch die Kombination mehrerer Medikamente zu ersetzen.

Aber auch bei absolut zuverlässiger Medikamenteneinnahme gibt es zahlreiche Patienten, die selbst unter der Kombination mehrerer Medikamente (im Einzelfall bis zu 6) nicht ausreichend auf den angestrebten Zielblutdruck von 120 bis 130 mmHg systolisch einstellbar sind.

Für diese Patienten eröffnet sich mit der Methode der Verödung von Nerven in der Nierenarterie die Möglichkeit, über die rein medikamentöse Behandlung hinaus den Blutdruck zu beeinflussen und damit das Auftreten sekundärer Organschäden zu verhindern bzw. zu verzögern.

Da die Erfahrungen mit der Methode insgesamt zwar gut, aber hinsichtlich der Anzahl der behandelten Patienten und der Langzeitbeobachtung noch begrenzt sind, ist das Verfahren aktuell noch als Reservemethode für schwer behandelbare Patienten anzusehen, die unter der Behandlung mit mindestens 3 Hochdruckmedikamenten noch nicht optimal eingestellt werden können. Inwieweit möglicherweise auch weniger schwer erkrankte Patienten von dem Verfahren profitieren können, ist aktuell noch nicht untersucht.

— Verfasser —



Dr. med. S. Hiller

*Facharzt für
Innere Medizin/
Kardiologie*

Medizin per Telefon

» Flächendeckendes Telemedizin-Projekt für Risiko-Herzpatienten in Brandenburg «



Einweisung einer Patientin für das Telemonitoring, hier: für die EKG-Registrierung.

Herr A. ist schon lange herzkrank, in der letzten Zeit wurde die Luftnot immer schlimmer und nun musste er wegen seiner Herzschwäche im Krankenhaus behandelt werden. Obwohl er sich auf die Entlassung freut, hat er doch auch die berechtigte Angst, dass es ihm unter der häuslichen Belastung bald wieder schlechter gehen könnte. In dieser Situation machen ihm die Kardiologen des Städtischen Klinikums Brandenburg das Angebot, an dem neuen Projekt zur telemedizinischen Betreuung teilzunehmen.

Es handelt sich hier um ein neuartiges Konzept, mit dem eine kontinuierliche Beobachtung von wichtigen Parametern schwer herzkranker Patienten gewährleistet wird. Es beinhaltet die tägliche Messung von Blutdruck, Gewicht und die Ableitung eines EKG. Per Telefon werden diese Daten über eine gesicherte Verbindung an das Telemedizin-Zentrum am Städtischen Klinikum Brandenburg übertragen. Darüber hinaus wird der Patient per Programm zu bestimmten Beschwerden befragt, wie z. B. Luftnot oder Beinödeme, er kann Angaben über sein Befinden übermitteln, sagen, ob er auch alle Medikamente eingenommen hat, und angeben, ob er unmittelbaren Kontakt zum Zentrum wünscht. Außerhalb der Routine-Übermittlung ist es jederzeit möglich, ein kontinuierliches Notfall-EKG zu senden,

zum Beispiel im Falle plötzlich empfundener Rhythmusstörungen. Dieses EKG wird unmittelbar (real time) und kontinuierlich im Telemedizin-Zentrum angezeigt. Zeitgleich kann der Patient seine Beschwerden dem Telemedizinarzt mitteilen.

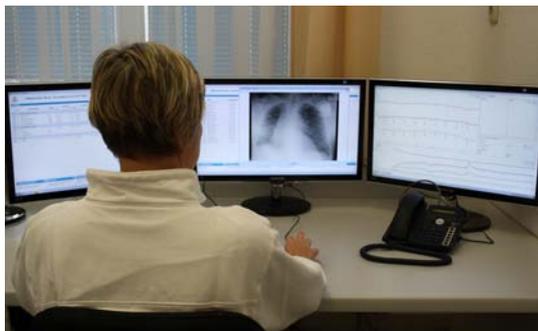
Denn gerade bei der schweren chronischen Herzschwäche arbeitet das Herz immer an der Grenze seiner Belastbarkeit, somit ist dieser Zustand äußerst labil und kann sich jederzeit schnell verschlechtern. Verursachende Faktoren wie Ödemeinlagerung, Blutdruckdekompensation, neu auftretende Rhythmusstörungen, meist das Vorhofflimmern mit schneller Überleitung oder einfach nur die beobachtete Mitteilung einer Verschlechterung des Befindens werden sofort erkannt und ermöglichen ein rasches Eingreifen mit Änderung oder Erhöhung der Medikation oder sogar Anpassung eines komplexeren Therapiekonzeptes.

Man machte hier im Klinikum – wie in anderen, ähnlichen Projekten – die Erfahrung, dass noch Wochen nach der Entlassung aus stationärer Behandlung eine besondere Beobachtung notwendig ist, da die Wiederaufnahme der Alltagsbelastung eine kritische Phase für den Patienten darstellt. Nicht selten war dann eine erneute stationäre Aufnahme erforderlich.



Die telemedizinische Ausstattung mit (von links) Waage, sog. Communicator (Abfrage der erforderlichen Messungen, der Symptome und Rückübermittlung der gemessenen Werte zur Selbstkontrolle durch den Patienten), Telefon zum Telemedizinzentrum und für Notfälle, EKG-Gerät mit Messung der Sauerstoffsättigung und Blutdruckmessgerät, alles ausgerüstet mit drahtloser Übertragung.

Der Patient erhält somit für diese monate- bis jahrelange Betreuung ein Set aus einem kleinen EKG-Gerät, einem Blutdruckmessgerät, einer Waage und einem Übertragungsgerät mit Telefon. Ein kontinuierlicher 24-Stunden-Service des Telemedizin-Zentrums ist gewährleistet.



Analyse der eingehenden Befunde im Telemedizin-Zentrum Brandenburg unter Berücksichtigung sämtlicher kardiologischer Vorbefunde.

Die Finanzierung dieses einmaligen Projektes erfolgte durch Fördermittel nach dem Konjunkturpaket II, mit denen die teure Basisausstattung beglichen wurde. Die laufenden Kosten werden durch einen Vertrag mit der AOK Nordost gedeckt. Der zweite Standort, mit dem das Städtische Klinikum eng kooperiert, befindet sich am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus. Mit diesem Zentrum ist auch die gegenseitige Vertretung geregelt. Durch diesen

Zusammenschluss wird eine weiträumige flächen-deckende Versorgung zunächst des südwestbrandenburgischen Raumes ermöglicht, ein bisher einmaliges Projekt eines Bundeslandes.

Im Telemedizin-Zentrum an der kardiologischen Abteilung des Städtischen Klinikums Brandenburg haben die Ärzte bereits seit einigen Jahren Erfahrung mit dieser Form der telemedizinischen Betreuung. Hier wurde auch das Konzept der umfassenden Übertragung von lebenswichtigen Faktoren zusammen mit der geräteherstellenden Firma entwickelt. Neben der gewissenhaften Mitarbeit des Patienten, die natürlich unerlässlich ist, stellt auch die sektorübergreifende Einbindung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte den Erfolg des Projekts sicher. Sie bekommen bei drohender Verschlechterung des Patientenstatus oder auch jederzeit auf Anfrage alle Informationen, die im Telemedizin-Zentrum eingehen, und sind damit in die Lage versetzt, ihre Herzpatienten noch differenzierter zu behandeln. Auch können sie sicher sein, dass in der geführten elektronischen Patientenakte sämtliche bislang erhobenen Befunde zu der Herzkrankheit ihres Patienten vorliegen.

Es ist das wichtigste Ziel dieses Projektes, die häufigen Krankenhausaufenthalte dieser Patienten zu vermindern, indem frühzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen werden können.

Die ersten Patienten sind bereits in die Nutzung der Geräte eingewiesen und konnten aufgrund des nutzerfreundlichen Aufbaus schnell damit umgehend. Erste Anlagen werden in den nächsten Wochen in der Wohnung dieser Patienten für das telemedizinische Monitoring aufgestellt.

— Verfasser —

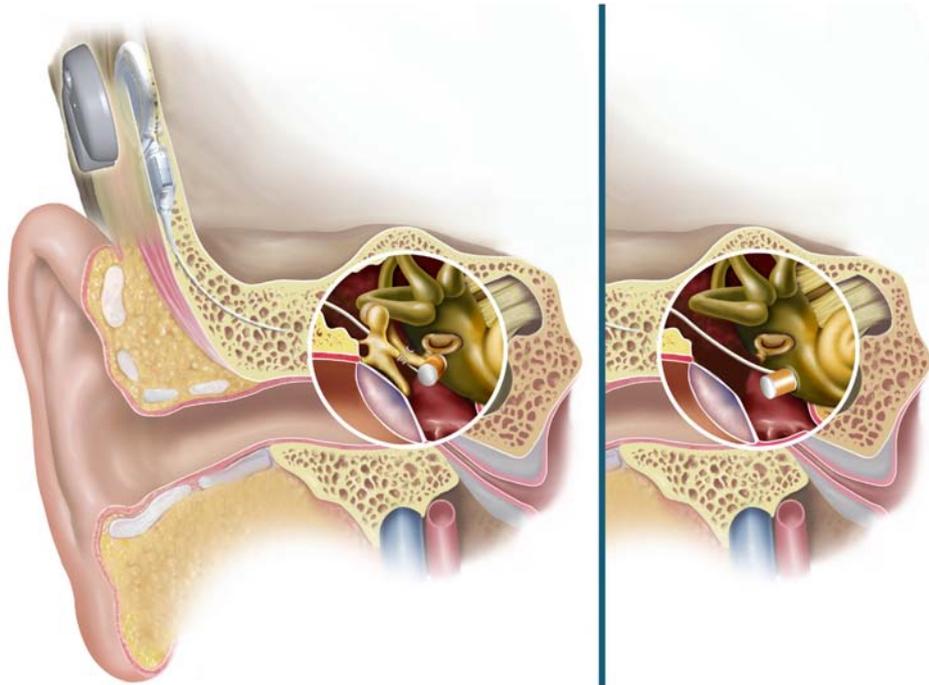


*Prof. Dr. med.
M. Oeff*

*Chefarzt in der
Klinik für Innere
Medizin I*

Gute Nachricht für schwerhörige Menschen

» Implantation von Hörgeräten jetzt auch in Brandenburg möglich «



Darstellung des implantierten Hörgerätes mit Ankopplung an das Mittelohr.

Die Wahrnehmung der Außenwelt durch unsere Sinne ist absolut wichtig für die Kommunikation und das eigene Erleben unserer Umwelt. Fällt einer dieser Sinne aus, bemerken wir erst den ungeheuren Verlust.

Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen und Hören sind für die gute Lebensqualität unverzichtbar.

Im Alter wird das Hören schlechter, bei Männern früher als bei Frauen. Durchschnittlich ab dem 60. Lebensjahr ist mit einer Minderung des Hörens zunächst bei den hohen Tönen zu rechnen. Aber nicht nur ältere Menschen hören schlecht. Man geht davon aus, dass heute in Deutschland 14 Millionen Menschen schlecht hören. Dazu gehörten auch die berufsbedingte Schwerhörigkeit durch Lärm und die Schwerhörigkeit durch den Konsum von Lärm in der Freizeit bzw. angeborene Hörschäden.

Das Innenohr ist wie eine Schnecke aufgebaut. Stellt man sich diese wie eine Wendeltreppe vor, so hört man die hohen Töne auf den unteren Trep-

penstufen, die tiefen Töne dann aufsteigend bis zur Kuppel dieses Treppenganges. Eine Verschlechterung des Hörens im Bereich dieser Schnecke wird als Innenohrschwerhörigkeit bezeichnet.

Vor dem Innenohr liegt das Mittelohr, das aus dem Trommelfell mit den drei Gehörknöchelchen Hammer, Amboss und Steigbügel besteht. Ist das Trommelfell beschädigt oder funktionieren die Knöchelchen nicht mehr, spricht man von einer Schalleitungsschwerhörigkeit. Auch eine Kombination zwischen beiden kann vorliegen.

In der HNO-Klinik ist es möglich, Schwerhörigkeiten im Mittelohrbereich durch Rekonstruktion des Trommelfells und der sich anschließenden Gehörknöchelchenkette zu verbessern.

Schwerhörigkeiten des Innenohres kann man in der Regel mit geeigneten Hörgeräten ausgleichen. Bei 4,5 bis 5 Millionen Menschen in Deutschland besteht die Indikation für die Verordnung eines Hörgerätes. Im Jahr 2005 wurden 620 000 Hörgeräte in Deutschland verkauft.

Nun gibt es Menschen, die zwar schwerhörig sind jedoch ein normales Hörgerät nicht tragen können. Das Tragen einer Hörhilfe führt bei diesen Hörgeräträgern zu immer wiederkehrenden Entzündungen im Gehörgang, die auch durch verschiedene Oberflächenbeschichtungen des Ohrpassstückes, z. B. durch Gold, nicht behoben werden können, oder die einen verschlossenen Gehörgang haben.

Bisher konnten wir in der Klinik für HNO für Schallleitungsschwerhörigkeiten ein Hörgerät anbieten, das durch einen Titananker an den Schädel hinter dem Ohr verankert wird – das BAHA-Hörgerät.

Neu ist, dass wir jetzt auch Hörgeräte einbauen dürfen, die an den Gehörknöchelchen bzw. direkt am Zugang zum inneren Ohr, dem Runden Fenster, angekoppelt werden.

Eine entsprechende Vereinbarung konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen geschlossen werden. Der Einbau dieser implantierbaren Hörsysteme ist jetzt nicht nur in Berlin, sondern auch in Brandenburg möglich.

Im Gegensatz zu herkömmlichen Hörgeräten setzt das Vibrant Soundbridge direkt an den Gehörknöchelchen an bzw. am sogenannten Runden Fenster im Mittelohr und versetzt diese Strukturen direkt auf mechanische Weise in Schwingung, wobei der Ohrkanal offen und das Trommelfell unberührt bleibt. Es handelt sich dabei um ein teilimplantierbares Hörgerät, das unter der Haut hinter dem Ohr in den Knochen implantiert wird. Die Innenohrschwerhörigkeit sollte dabei nicht schlechter als 60 bis 80 Dezibel sein. Für den Ausgleich einer kombinierten Schwerhörigkeit sollten die Ausgangsbedingungen etwas besser sein.

Bei dem Vibrant Soundbridge wird lediglich der Audioprozessor am Kopf außen getragen. Er enthält ein Mikrofon, die Batterie und die Elektronik zur Umwandlung des Umgebungsschalles in ein Signal sowie einen Magneten, der auf der unter der Haut liegenden Spule ankoppelt, die auch einen Magneten enthält.

Der Schall wird vom Audioprozessor aufgenommen und über die Spule aufgenommen, dann weitergeleitet über ein Leitungskabel an den sogenannten Floating Mass Transducer. Dieser ist an den Gehör-



Das Hörgerät-System Vibrant Soundbridge.

knöchelchen fixiert und versetzt diese in mechanische Schwingungen.

Das neuartige Hörgerät funktioniert dabei ähnlich wie der natürliche Schall. Dieser bringt das Trommelfell und die dahinterliegende Gehörknöchelchenkette in Bewegung, die wiederum diese Energie an das Innenohr weitergibt. Ähnlich werden bei dem Vibrant Soundbridge akustische Schwingungen aktiv verstärkt, um den Hörverlust des Innenohres auszugleichen.

Die HNO-Klinik in Brandenburg an der Havel ist eine der beiden Kliniken im Land Brandenburg, die diese Hörgeräte implantiert.

— Verfasser —



**Dr. med. Birgit
Didczuneit-
Sandhop**

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

Für mich ist das wie Weihnachten

»Küchenmeister Sascha Rieth freut sich über eine nagelneue Küche«



Sichtlich stolz präsentiert Sascha Rieth den Konviktomaten, der mit Wasserdampf und Umluft garen kann.

Liebe geht durch den Magen, weiß der Volksmund. Diese Liebe konnte sich bei der Essensverpflegung im Klinikum Brandenburg bisher nicht immer entfalten. Etliche Patienten waren enttäuscht vom Essen, auch wenn bei Küchenmeister Sascha Rieth (43) weniger als zehn offizielle Beschwerden pro Jahr eingegangen sind. Doch der bisherige Produktionsprozess war anfällig für Qualitätsverluste. 1 200 Essen mussten tagtäglich in der Klinikumsküche pünktlich bis 12.00 Uhr fertig sein. Da diese Menge an Portionen nicht gleichzeitig gekocht werden konnte, musste ein Teil der Speisen lange warm gehalten werden, bis sie am Bett des Patienten landeten. Das gehe immer deutlich zu Lasten der Qualität, weiß der Chefkoch, der 12 Jahre lang zu Lande – in der Hotelgastronomie –, zu Wasser – auf dem Luxusliner MS Vistafjord – und in der Luft – unter anderem für die Lufthansa – gekocht hat, bevor er 2002 Küchenchef im Klinikum wurde.

Im Prinzip unterscheidet man fünf verschiedene Verfahren, die in Großküchen angewandt werden, erklärt Rieth:

- „Cook and serve“ – kochen und servieren, wie das in guten Restaurants gemacht werde.
- „Cook and hold“ – kochen und warm halten, wie bisher im Klinikum verfahren wurde. Doch bereits nach 30 Minuten Warmhaltung sei ein rapider Qualitätsverlust festzustellen, so Rieth.
- „Cook and freeze“ – kochen und einfrieren. Das sei ein gutes Verfahren, leider aber sehr energieaufwendig.
- „Sous vide“ – unter Vakuum garen. Bei diesem Verfahren entsteht viel Plastikmüll.
- „Cook and chill“ – kochen und kühlen ist das Verfahren, für das sich das Klinikum Brandenburg mit seiner neuen Küchentechnik entschieden hat, weil es mehrere Vorteile vereint.

Seit Anfang November ist es so weit. Im Neubau Ost hat Rieth mit seinen 41 Mitarbeitern eine hochmoderne Küchenanlage in Betrieb genommen, die nach dem „Cook-and-chill-Prinzip“ funktioniert. Er rechnet damit, dass ein Vierteljahr vergehen könnte, bis seine Mitarbeiter und er die neue Anlage vollständig beherrschen. Denn auch wenn jetzt viel intelligente Technik zum Einsatz komme, müsse das Küchenteam Erfahrungen sammeln, sagt der Küchenchef. Letztendlich hängt das Ergebnis auch davon ab, welche Produkte zum Einsatz kommen. So habe man in der Testphase – im Herbst wurden zehn Tage lang täglich 50 Essen ausgegeben, die mit der neuen Küchentechnik gekocht worden waren – beispielsweise fünf verschiedene Kartoffelsorten getestet, bevor man sich für zwei Sorten entschieden hat.

Bei dem Prinzip „kochen und kühlen“ werden die Speisen frisch gekocht. Wenn sie zu etwa 80 bis maximal 95 Prozent gar sind, werden sie innerhalb von maximal 90 Minuten auf plus 3 Grad Celsius heruntergekühlt. In Kühlräumen werden sie konstant auf dieser Temperatur gehalten. Die Speisen behalten so fünf Tage lang ihre volle Qualität und Frische. Sie müssen also nicht mehr im Hauruck-



Ob Salzkartoffeln oder Bratkartoffeln, ob Hähnchen oder Rinderroulade – in diesen großen Kesseln kann alles passgenau voreingestellt werden, erklärt Küchenchef Sascha Rieth.

Verfahren hergestellt und so lange warm gehalten werden, bis die insgesamt 1 200 Portionen pünktlich um 12 Uhr fertig sind. Was hier lapidar klingt, das ist ein ganz wesentlicher Vorteil dieser Methode, weil sie das Küchenteam unabhängig macht vom täglichen Zeitdruck.

Auf dem Weg zu den Stationen wird das Essen weiterhin auf plus 3 Grad konstant gekühlt. Spezialhauben – sogenannte „Cloches“ – über den Tablettts gewährleisten, dass die Temperatur bis zu zwei Stunden lang gehalten werden kann. Auf den Stationen kommen die Gerichte bereits fertig portioniert und sogar schon namentlich und nach Zimmernummern vorsortiert an und werden automatisch auf großen Spezialwagen verteilt. Auf diesen Wagen wird das Essen mit Hilfe von speziell beschichtetem Kochgeschirr im Induktionsverfahren je nach individuell benötigter Garzeit fertig gekocht. So kommt es, dass Salat und Dessert überhaupt nicht erwärmt werden und Gemüse und Kartoffeln eine kürzere Garzeit haben als Fleisch. Der Garvorgang – Regenerierung genannt – dauert 45 Minuten.

Obwohl nicht mehr Personal benötigt wird, bleibt durch die zeitliche Entzerrung des Kochvorgangs in der Klinikumsküche für die Essenszubereitung insgesamt mehr Zeit. So ist es möglich, auf das sogenannte „Convenient Food“ – das sind für das Kochen vorbereitete Lebensmittel wie beispielsweise fertig gewürzte und panierte Schnitzel, bereits gefüllte Rinderrouladen oder Paprika – zu verzichten und das Essen in noch größerem Maß als bisher wieder selbst vorzubereiten, was insbesondere die geschmackliche Qualität deutlich steigert.

Die in der Küche für den primären Kochvorgang zur Verfügung stehenden Geräte ermöglichen eine schonende Zubereitung des Essens. In sogenannten „Konviktomaten“ werden die Speisen beispielsweise mit Umluft und Wasserdampf gegart, wobei der gewünschte Kochvorgang individuell vorprogrammiert werden kann. Auch in den großen Kesseln kann voreingestellt werden, um welches Kochgut es sich handelt – beispielsweise Geflügel oder Rindfleisch oder Gemüse – und wie es gegart werden soll, also ob Salzkartoffeln oder Bratkartoffeln gewünscht werden. Um die Qualitätsstandards sicher zu erfüllen, werden die Speisen einen Tag vor der Regenerierung vom Küchenpersonal getestet, das nicht am Kochvorgang beteiligt war, um Befangenheit von vornherein auszuschließen. Sollten dabei Qualitätsmängel festgestellt werden, kann gegebenenfalls nachgearbeitet werden.

Obwohl das bei dieser Qualität kaum vorstellbar ist, muss auch bei dem optimierten Kochverfahren mit Resten gerechnet werden. Die bisher eingesetzten Restekübel gehören jedoch der Vergangenheit an. Eine Vakuumabsauganlage schluckt die Nassreste, die dann vollautomatisch aus dem großen Bottich abgesaugt und zu einer Biogasanlage transportiert werden. Auch die Säuberung der Transportwagen und des schmutzigen Geschirrs erfolgt vollautomatisch, wobei sich die Wege von sauberem und Schmutzgeschirr nicht kreuzen, weil die Küche strikt in reine und Schmutzbereiche aufgeteilt ist.

Für ihn sei es wie Weihnachten, freut sich Küchenchef Sascha Rieth über die neue, wunderbare Küchentechnik.

Na dann: Guten Appetit!

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Gesund werden in Brandenburg an der Havel

» Die Geschichte des Klinikums, Teil II «

Vom „Bezirkskrankenhaus“ zum „Städtischen Klinikum Brandenburg“

Zu DDR-Zeiten wurden dem Städtischen Krankenhaus „Aufgaben einer spezialisierten medizinischen Betreuung für einen größeren Bereich“ übertragen und es wurde fortan als „Bezirkskrankenhaus“ bezeichnet. In den vierzig Jahren bis zur Wende wurde das Krankenhaus weiter ausgebaut, wenn auch schleppend. Das Bezirkskrankenhaus Brandenburg sei in den Jahren vor der Wende investiv benachteiligt worden, weil in den letzten 15 Jahren der DDR fast ausschließlich in den Neubau des Bezirkskrankenhauses Potsdam investiert worden sei, schreibt Gabriele Wolter, seinerzeit Verwaltungsdirektorin, 1996 in einem Bericht zur Leistungsentwicklung. 1970 sei das Kinderbettenhaus in bescheidener Qualität sowie 1975 das Gebäude für Laboratoriumsmedizin in weiteren Neubauten errichtet worden. Jahre zuvor waren bereits in der Außenstelle in Kirchmöser die Kliniken für Orthopädie, für Augen und für HNO eröffnet worden.

Im nachfolgenden Artikel „Arm, aber kreativ“ berichtet Dr. med. habil. Hans-Peter Jung, ehemals Chefarzt der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik in Kirchmöser, beispielhaft, wie es ihm und seinen Kollegen gelungen ist, trotz des in der DDR vorherrschenden Mangels moderne Untersuchungs- und Operationsverfahren einzuführen. Und so erfreute sich das damalige Bezirkskrankenhaus bereits vor der Wende weit über die Stadt Brandenburg hinaus bester Reputation und großer Beliebtheit. Beispielsweise seien zwanzig Prozent der Patienten der Nasenchirurgie in der Vorwendezeit aus Potsdam gekommen, erinnert sich Dr. Jung.

„Aus dem alten Bezirkskrankenhaus ein modernes Klinikum zu machen, das war und ist unser gemeinsames Ziel“, beschreibt Geschäftsführerin Gabriele Wolter die enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Direktor und den Chefärzten in der Umbruchzeit nach der Wende. Das bedeutete riesige Umstrukturierungsmaßnahmen für das Bezirkskrankenhaus, das seit 1992 „Städtisches Klinikum Brandenburg“ heißt und seit 1993 Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité ist. 1994 zog die HNO in die Hochstraße. Im gleichen Jahr wurde die Klinik für Neurochirurgie gegründet, durch die in Brandenburg Schwerpunktniveau erreicht wurde.

Das Klinikum wurde in der Röntgendiagnostik, in der Endoskopie, in der Kardiologie und in der

Intensivmedizin mit modernster Medizintechnik ausgestattet wie beispielsweise MRT und Linksherzkathetermessplatz. Parallel dazu konnte eine Reihe von neuen Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden, wie die Hämodialyse (künstliche Niere), die Erweiterung des gefäßchirurgischen Operationsspektrums bei Bildung einer selbständigen Abteilung, die Einführung und Erweiterung des operativen Gelenkersatzes in Orthopädie und Chirurgie, die Aufstellung eines Computertomographen für die Röntgendiagnostik, die Einführung der minimalinvasiven, endoskopischen Operationsverfahren in der Bauchchirurgie, Gynäkologie und Gelenkchirurgie, die Einführung von neuen instrumentellen und medikamentösen Behandlungsmethoden bei Gefäßerkrankungen und Herzinfarkt, die Einführung der Herzschrittmacher-Implantation, die Einführung der Stoßwellentherapie zur Zertrümmerung von Nieren- und Gallensteinen sowie die Einführung der Brustrekonstruktion nach einer Operation wegen Brustkrebs.

Heute betreibt das Städtische Klinikum Brandenburg 12 Fachkliniken, 5 medizinische Institute und beschäftigt 1 300 Mitarbeiter.

Tradition und Fortschritt – so lautet die Erfolgsformel des Klinikums. Zur Erfolgsgeschichte gehört auch, dass das Klinikum Brandenburg stadtbildprägende Großprojekte realisiert hat wie den Neubau West, der 2002 mit 138 Betten in Betrieb genommen worden ist. Dieser Neubau umfasst Funktionsabteilungen mit 10 OP-Sälen, eine Radiologie, die Rettungsstelle, die internistische und endoskopische Funktionsdiagnostik, den Kreißsaal, die Zentralsterilisation sowie die Intensivstationen für Erwachsene und Kinder. Eröffnet wird nunmehr auch der Neubau Ost mit 342 Betten. Darin untergebracht werden außerdem ein fachübergreifendes Aufnahmезentrum, die physikalische Therapie, eine Augenfunktionsabteilung, eine internistische Wachstation und es wird eine neue Küche eingerichtet, die nach modernsten Kriterien arbeitet.

Ein weiteres Großprojekt des Klinikums ist der Neubau des Gesundheitszentrums am Hauptbahnhof, der inzwischen eröffnet worden ist und sich bei den Patienten großer Beliebtheit erfreut.

Mit den qualitativ hochwertigen Angeboten für die stationäre Behandlung und die ambulante Versorgung trägt das Städtische Klinikum in großem Maße dazu bei, dass Gesundwerden in Brandenburg kein Glücksspiel ist.

Arm, aber kreativ

»Wie die HNO-Klinik in Kirchmöser sich mit do it yourself
Universitätsklinikstandard aufbaute«



Dr. med. habil. Hans-Peter Jung.

Häufig wird über die Ex-DDR so gesprochen, als wäre alles unzulänglich und wertlos gewesen. Das ärgert Dr. med. habil. Hans-Peter Jung, obwohl er dem politischen System kritisch gegenüberstand. Leistungsfähigkeit und Kreativität seien in der DDR hoch entwickelt gewesen, weiß der ehemalige Chefarzt der HNO-Klinik in Kirchmöser.

Dr. Jung kam Mitte 1973 nach Brandenburg. Bei seiner Ankunft seien die Ausstattung und das medizinische Niveau der HNO-Klinik sehr bescheiden gewesen, erinnert sich Jung. Damals gab es 39 Betten. Jeweils fünf bis sechs Erwachsene teilten sich ein Zimmer sowie zehn Kinder einen Raum. Angeboten wurde das Entfernen von Gaumen- und Rachenmandeln. Selten praktiziert wurden Nasenscheidewandkorrekturen und Kieferhöhlenoperationen. Mikrochirurgische Eingriffe im Ohr wurden gar nicht durchgeführt.

Zunächst einmal steigerte der damals 37-jährige Chefarzt Jung die Auslastung der HNO-Klinik. Wurden 1973 etwa 30 mikrochirurgische Eingriffe am Ohr durchgeführt, waren es 1974 schon knapp 100. Und 1993 wurden schließlich in der HNO-Klinik Kirchmöser fast 2 000 Patienten operiert, darunter etwa 200 größere Mittelohroperationen. Nach dem Umzug in die Hochstraße im Juni 1994 konnte die Patientenzahl auf 2 500 gesteigert werden.

Um die Kapazitäten zu steigern, mussten natürlich die entsprechenden Geräte vorhanden sein. Da die Beschaffung damals tatsächlich schwierig war, entwickelten Jung und seine Mitarbeiter mit Fantasie und vielfacher Unterstützung von Betrieben in der Stadt technisch hochwertige Anlagen und Geräte selbst.

Ganz dringend war der Umbau des vorhandenen OP-Saals, den Jung Mitte der 1970er Jahre in Angriff nahm. Entstanden sind zwei unabhängige Operationsräume. Natürlich sollten die beiden OP-Räume auch mit einer damals bereits üblichen Absauganlage ausgerüstet werden. Jung tüftelte trickreich ein Verfahren dafür aus. Herzstück war eine ausrangierte Melkmaschine, die Jung dank seiner guten Beziehungen von einer LPG bekam. Um das erforderliche Luftvolumen zur Herstellung des zur Absaugung nötigen Unterdrucks zu schaffen, organisierte Jung Bremsluftbehälter von Lokomotiven. Mit Hilfe von druckfesten Plastikschläuchen – sie stammten auch aus der Melkanlage – baute dann der Hausmeister (!) im Keller eine zentrale Absauganlage zusammen, die bestens funktionierte und von den Kliniken für Augenheilkunde und Orthopädie mitgenutzt werden konnte. Bis zum Umzug der Kliniken in die Hochstraße im Jahr 1994 war die Installation im Einsatz.

Ein zweiter OP-Umbau fand Anfang der 1980er Jahre statt. Ein Patient hat mit Hilfe von Wasser-schläuchen eine Fußbodenheizung eingebaut. Um die erforderliche Sterilität zu gewährleisten, ließ Jung die Wände des OP-Trakts ringsum mit PVC-Fußbodenbelag verkleiden, sodass eine fugenlose Fläche entstand. Sein größter Stolz war damals das große Deckenmikroskop. Für die schwingungsfreie Aufhängung hat das Weichenwerk einen großen Kastenprofilträger gebaut.

Bereits Ende der 1970er Jahre gab es an jedem Arbeitsplatz ein Mikroskop. Das entsprach einem Standard, wie er sonst nur an Universitätskliniken üblich war, berichtet der Ex-Chefarzt stolz. Mit Unterstützung der Abteilung Medizintechnik hat der damalige Oberarzt Norbert Stasche Anfang der 1980er Jahre aus elektronischen Bauteilen ein hochmodernes Gerät für die Hirnstammaudiometrie (BERA) nachgebaut. Seitdem konnten in der HNO-Klinik objektive Hörprüfungen durchgeführt werden.

Die Betriebe unterstützten die HNO-Klinik auch direkt. Dringend benötigt wurde beispielsweise ein zweites Audiometer zur Bestimmung der Hörfähigkeit und zur Lokalisierung der Ursachen von eventuellen Hörverlusten im Mittelohr oder Innenohr. Was tun? Chefarzt Dr. Jung wandte sich Hilfe suchend an den Friseurmeister Eberhard Nitze, den Vorsitzenden der PGH (Produktionsgenossenschaft des Handwerks) Neue Linie. Der setzte sich dafür ein, dass das Audiometer mit 6 000 Mark aus dem Sozialfonds der PGH finanziert wurde. Auch ein Operationsmikroskop wurde dringend benötigt. Davon ergatterte Jung schließlich sogar zwei. Eines bezahlte das Krankenhaus und eines konnte mit einer Spende von 10 000 Mark des Werkes für Gleisbaumechanik erworben werden. Gute persönliche Kontakte pflegte Jung zur zuständigen Importstelle für Medizintechnik. Von dort hat

er alle benötigten Instrumente für die HNO-Klinik bekommen, wenn auch manchmal auf Umwegen. So hatte die Importstelle beispielsweise die Charité neu ausgerüstet. Übrig geblieben waren zwei komplette Sätze Endoskope, Einmalskalpelle und modernes atraumatisches Nahtmaterial, die nach Kirchmöser geschickt wurden.

So bauten Chefarzt Dr. Jung und sein Team nach und nach in Kirchmöser nicht nur in technischer Hinsicht eine leistungsfähige HNO-Klinik auf. Dank der modernen Medizintechnik konnten sie auch innovative Operationsverfahren anwenden, wie die Nutzung der Mikrochirurgie bei Eingriffen in der Nase. Jung und sein Team waren die Ersten, die in der DDR die moderne Engstellenchirurgie der Nasennebenhöhlen mikrochirurgisch durchführten.

Blick zurück auf schwierige Zeiten

»Geschichte des Klinikums: Interview mit dem ehemaligen Ärztlichen Direktor Dr. Detlef Beckmann «



Dr. med. habil. Detlef Beckmann.

Wer Dr. Detlef Beckmann begegnet, der erlebt eine vielseitige Persönlichkeit. Da ist der kompetente Radiologe. Da ist der Klinikleiter, der mit hervorragendem Augenmaß Menschen und Gegebenheiten einzuschätzen wusste. Der gut zuhören konnte, der Verständnis hatte für menschliche Schwächen und der auch Humor besitzt. Ein Mann, der mit äußerster Beharrlichkeit Dinge vorantrieb. Der aber auch kompromissbereit sein konnte, wenn das Maximalziel nicht zu erreichen war. Und letztendlich ist da auch noch der Mann, der sein Leben in vollen Zügen genießen kann, wie er nicht zuletzt jetzt im Ruhestand beweist.

Detlef Beckmann kam 1968 als Assistenzarzt nach Brandenburg, machte hier seinen Facharzt für Radiologie und wurde im März 1989 zum Chefarzt der Radiologie berufen. Von 1990 bis 2006 lenkte Dr. Beckmann (Jahrgang 1942) als ärztlicher Direktor und medizinischer Geschäftsführer die Geschicke des

Hauses. Es sind Menschen wie er, die die Entwicklung des einstigen Bezirkskrankenhauses zu einem modernen Klinikum entscheidend mitgeprägt und zu einer Erfolgsgeschichte gemacht haben. Für das KlinikJournal sprach Ann Brünink mit ihm.

Wenn Sie an DDR-Zeiten zurückdenken, wurde da das damalige Bezirkskrankenhaus gefördert oder eher benachteiligt?

Wir sind schon arg benachteiligt worden. Doch das betraf nicht nur Brandenburg an der Havel. Es war DDR-weit so, dass Bezirksstädte wie Potsdam besonders gefördert wurden und Kreisstädte wie Brandenburg um alles kämpfen mussten. Doch die Chefarzte im Haus haben mit großem Engagement, viel Fantasie und fachlichem Können es trotzdem geschafft, sich bei der medizinischen Versorgung und der technischen Ausstattung ein Spitzenniveau zu erarbeiten, wie beispielsweise die HNO-Klinik. Es ist ja kein Zufall, dass unser ehemaliger Oberarzt Norbert Stasche, nachdem er 1989 noch vor der Wende die DDR verlassen hatte, an der HNO-Klinik des Klinikums in Kaiserslautern bei Professor Dr. med. Karl Hörmann eine steile Karriere gemacht hat. Heute ist er selbst habilitiert und Chefarzt dort.

Man musste übrigens nicht nur zu DDR-Zeiten kämpfen.

Wie meinen Sie das?

Die gesamte Geschichte des Klinikums zeigt doch, dass hier schon immer zu kurz gesprungen wurde, von Anfang an. Und immer, wenn das Krankenhaus erweitert worden war, zeigte sich sehr schnell, dass man schon wieder an Grenzen stieß. Man hat bei den Planungen nie nach vorne geschaut. Heutzutage liegt das auch an den langen bürokratischen Wegen bei der Beantragung von Fördermitteln ...

Können Sie das bitte erläutern?

Ja, nehmen Sie zum Beispiel die Bauplanung für den Neubau. Geplant war ein eigenes Kraftwerk. Doch dann wurde der Strommarkt liberalisiert und das Kraftwerk wurde gestrichen, weil man auf sinkende Strompreise setzte. Keine gute Entscheidung, wenn man sich heute die Entwicklung der Strompreise anschaut ...

Ein anderes Beispiel sind die Nasszellen in den Patientenzimmern. Die wollte man uns im Jahr 2000, zehn Jahre nach der Wende, ursprünglich nicht genehmigen. Dieser Standard sei im „Brandenburger Modell“ nicht vorgesehen. Der Witz daran ist: Es gibt gar kein Brandenburger Modell, wo so etwas

festgeschrieben steht. Man stelle sich das einmal vor: Unsere Patienten sollten sich in der heutigen Zeit mit Bädern und Toiletten auf dem Flur begnügen ...

Und wie haben Sie das Problem gelöst?

Wir haben ein gemeinsames Bad für je zwei Zweibettzimmer geplant. Das wurde uns dann als Kompromiss nach einer Diskussion von einem Jahr genehmigt.

Sie waren ärztlicher Direktor in den turbulenten Wendejahren. Worauf sind Sie besonders stolz?

Unter anderem darauf, wie wir mit Stasi-belasteten Ärzten und Mitarbeitern umgegangen sind. Viele IMs sind von alleine gegangen. Aber für uns waren Menschen, die irgendwie mit der Stasi zusammengearbeitet hatten, nicht von vornherein „Gesinnungsschweine“. Wir haben die Umstände genau geprüft, unter denen jemand zum IM geworden war. Abgesehen von den Menschen, die das aus Überzeugung machten, gab es Menschen, die erpresst wurden und keinen Ausweg wussten, aber nie jemanden denunziert haben. Dann gab es Menschen, die das allein zu ihrem persönlichen Vorteil machten. Und es gab auch Menschen, die aus purer Blödsinnigkeit dabei geblieben sind.

Und wie sind Sie mit der Problematik umgegangen?

Wir haben Einzelfallentscheidungen getroffen.

Und wer hat das beurteilt?

Ein Gremium, dem die damalige Dezernentin Margrit Spielmann angehörte, die Betriebsratsvorsitzenden und die Geschäftsleitung des Klinikums, also Gabriele Wolter und ich.

Zu DDR-Zeiten und auch noch einige Jahre danach gab es die sogenannte „Ärztebaracke“. Es kursieren Gerüchte, dass es dort damals hoch hergegangen sein soll. Stimmt das?

(lacht) Es stimmt, dass es diese Gerüchte gab. Aber vorstellen kann ich mir das nicht. Wissen Sie, die Ärztebaracke war ja so hellhörig ... (lacht wieder)

Ich glaube eher, dass die B-Baracke gemeint war, die damals Schwesternwohnheim war. Aber besonders wüst ist es dort wohl auch nicht zugegangen. Sie müssen die Zeit bedenken. Die Schwestern, die dort wohnten, die hatten doch gar keine andere Möglichkeit, einen Freund zu empfangen ... Da wurde schon dann und wann behauptet, dass da jemand durchs Fenster gestiegen sei. Aber etwas Genaues weiß ich darüber nicht.

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Im Juni gab es ein großes Wiedersehen

» 1. Frühchen-Treffen für ehemalige Frühchen der Station K1 «

— Verfasser —

Schwestern
der Station K1



Die Frühchen trafen sich bei strahlendem Sonnenschein.

Finanziert vom Städtischen Klinikum und organisiert vom Pflegepersonal der Station K1, trafen sich am 4. Juni bei strahlendem Sonnenschein auf dem Sportplatz am Turnerheim viele ehemalige „Frühchen“. Der Einladung, die im gesamten Stadtgebiet Brandenburg, Belzig und Rathenow verteilt wurde, folgten 70 Kinder mit ihren Eltern und Großeltern.

Während sich die kleinen Gäste bei Sport, Spiel und Spaß vergnügten, hatten die Eltern ausreichend Gelegenheit, bei selbst gebackenem Kuchen in Erinnerungen zu schwelgen und Erfahrungen untereinander auszutauschen. Auch das Wiedersehen mit den Schwestern war sehr herzlich, es konnten hilfreiche Tipps zu Fragen der Pflege und der Ernährung gegeben werden.

Die ältesten Frühchen an diesem Samstag waren Zwillinge, die bereits vor 25 Jahren das Licht der Welt erblickt hatten und der Einladung freudig gefolgt waren. Den Mamas, Papas und Kindern sowie dem Pflegepersonal der Station K1 hat es so

gut gefallen, sie sich wünschen, dass dieses Wiedersehen möge zur Tradition werden.

Wir möchten uns in diesem Rahmen beim Sportverein „Empor“ für die kostenlose Unterstützung bedanken.



Die Schwestern der Station K1.

Ist Pfeiferauchen gesünder als Zigarettenrauchen?

» Eine schicksalhafte Begegnung mit dem Literaturnobelpreisträger Günter Grass «



Birgit Didczuneit-Sandhop und Günter Grass unterwegs in der Brandenburger Innenstadt..

Vorsicht, wenn Sie über achtzig Jahre alt, auf Ihren eigenen zwei Beinen gemütlich die Hauptstraße entlangflanieren und Ihnen dabei eine hochgewachsene, stattliche blonde Frau begegnet. Es könnte sich um Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop handeln, Chefärztin der HNO-Klinik am Klinikum Brandenburg. Richtig sicher sein können Sie sich, wenn diese Dame Sie verführerisch anlächelt, obwohl Sie sich gar nicht kennen, und Sie fragt, wie Sie sich fit halten. Das zumindest ist dem Literaturnobelpreisträger Günter Grass (84) passiert, als er im August zu einer Familienfeier in der Havelstadt zu Besuch weilte.

„Aus seiner linken Jacketttasche zog er daraufhin seine Pfeife und lächelte verschmitzt“, erinnert sich Didczuneit-Sandhop, die sich im Klinikum Brandenburg seit Jahren dafür engagiert, ein rauchfreies Krankenhaus zu schaffen. „Ich habe schon öfter von Patienten gehört, dass sie nur Pfeife oder Zigarre rauchten und dass dies gesünder sei als das Rauchen von Zigaretten“, berichtet sie. Jetzt wollte sie genauer wissen, was dran ist an dieser Meinung.

Gemeinsam ist der Zigarette, der Zigarre und der Pfeife, dass sie alle krebserregende Stoffe enthalten wie Schwermetalle, Formaldehyd und Benzol. Damit können alle drei Krebs auslösen. Auch wenn man die Pfeife oder Zigarre nur pafft. Die krebserregenden Stoffe gelangen doch in die Mundhöhle und den Rachen und über die Schleimhäute in das Blut. Egal, was man raucht, es kann auch eine chronische Lungenkrankheit, die sogenannte Raucherlunge, verursachen.

„Das Risiko, durch Rauchen an bestimmten Krebsarten zu erkranken, wird durch alle Formen von Tabakkonsum erhöht, sei es in Form von Zigaretten, Zigarren oder einer Pfeife“, haben Jane Henley und ihre Kollegen von der American Cancer Society

in Atlanta (USA) in einer großen Langzeitstudie herausgefunden und die Ergebnisse in der Fachzeitschrift *Journal of the National Cancer Institute* (Bd. 96) veröffentlicht. Seit 1982 haben die Wissenschaftler die medizinischen Daten von 138 000 Männern gesammelt, darunter 15 263 Pfeifenraucher. Nach 18 Jahren wurde der Gesundheitszustand der Probanden erneut untersucht. Zu diesem Zeitpunkt waren 23 589 von ihnen bereits verstorben. Ihre Todesursachen wurden analysiert.

Sechs von neun untersuchten Krebsarten traten bei Rauchern gehäuft auf. Das Ergebnis kann auch Pfeifenraucher nicht beruhigen, denn insbesondere Kehlkopf-, Speiseröhren-, und Lungenkrebs traten bei ihnen besonders häufig auf. Auch Schlaganfälle, chronische Bronchitis und koronare Herzkrankheiten traten bei Pfeifenrauchern häufiger auf als bei Nichtrauchern. Die Zigarrenraucher, die ja gleichfalls den Rauch nicht inhalieren, waren von diesen Erkrankungen übrigens im gleichen Ausmaß betroffen wie die Pfeifenraucher.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen die Ärzte am New Yorker Presbyterian Hospital, die in einer Studie das Risiko untersuchten, als Pfeifen- oder Zigarrenraucher an COPD – d. h. „Raucherlunge“ – zu erkranken. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse ihrer Untersuchung in der Zeitschrift *Annals of Internal Medicine*. Sie untersuchten 3 500 Menschen mit dem Lungenfunktionstest. Teilnehmer an der Studie, die Pfeife oder Zigarren rauchten, hatten doppelt so häufig Atemwegsstörungen wie Nichtraucher. „Auch Rauch aus Pfeife und Zigarre geht mit einer Verschlechterung der Lungenfunktion einher, die der COPD entspricht“, betont Studienautor Graham Barr.

Und noch etwas gilt es zu bedenken, wenn es heißt, Zigarren- oder Pfeiferauchen sei gesünder: Vergleicht man die Zigarette mit der Zigarre und der Pfeife, verursachen Letztere wesentlich mehr Qualm. Wegen der in diesem Qualm enthaltenen Giftstoffe sind die Zigarre und die Pfeife für Passivraucher weitaus schädlicher als Zigarettenrauch.

Fazit der HNO-Ärztin Birgit Didczuneit-Sandhop: „Rauchen ist und bleibt ungesund. Für Aktiv- und Passivraucher gleichermaßen. Ob Pfeife, Zigarre oder Zigarette – man sollte darauf verzichten. Ungesund ist es hingegen nicht, viel spazieren zu gehen. In der Hauptstraße in Brandenburg kann man dabei so manchem Prominenten begegnen.“

– Verfasser –



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Chefärztin der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie

– Verfasser –



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Verstärkung

» Neue Mitarbeiter in der Personalabteilung «

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Seit dem Sommer verstärken zwei neue Mitarbeiter die Personalabteilung des Klinikums: Claudia Behncke (23) und Sandy Wegerer (32). Beide sind als Personalsachbearbeiter tätig. Claudia Behncke seit dem 1. Juni und Sandy Wegerer seit dem 1. Juli 2011.

Claudia Behncke ist Rathenowerin und hat die Schule mit dem Abitur abgeschlossen. Ein Studium kam für sie nicht in Frage. Sie wollte einen Beruf, in dem sie mit Menschen zu tun hat. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Bürokauffrau beim Potsdamer Max-Planck-Institut für Kolloid- und Grenzflächenforschung. Dort hat sie nach ihrem Abschluss noch ein Jahr mit befristetem Vertrag weitergearbeitet, bevor sie sich im Klinikum Brandenburg beworben hat. Den Schwerpunkt Personalsachbearbeitung hat sie während ihrer Ausbildung für sich entdeckt. Die Arbeit in diesem Bereich sei abwechslungsreich und spannend, begeistert sie sich.

In ihrer Freizeit segelt sie gerne. Diesen Sport betreibt sie schon seit ihrem achten Lebensjahr. Damals hat sie mit dem Optimisten angefangen. Sie hat bei vielen Vereinswettkämpfen mitgemacht. Viel Zeit bleibt ihr für das Hobby nicht, denn sie absolviert zurzeit ein 4-semesteriges Abendstudium zur Personalökonomin an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Potsdam und befindet sich im 2. Semester. Inhalte des Studiums sind alle Rechtsangelegenheiten wie beispielsweise Tarif- oder Kündigungsrecht sowie Psychologie und Mitarbeiterführung. Es ist ihr wichtig im Leben, sich weiterzuentwickeln und nicht stehen zu bleiben.

Claudia Behncke liest gerne, am liebsten Krimis von Henning Mankell. Sie liebt Tiere und hätte gerne einen Hund, allerdings erst später. Sie hat einen Freund, der gerne kocht, was toll für sie ist, weil sie das selbst nicht so gerne macht.

Sandy Wegerer hat das Gymnasium mit der mittleren Reife verlassen und bei der Heidelberger Druckmaschinen Brandenburg eine Ausbildung als Industriekaufmann absolviert und war anschließend in der Vertriebs GmbH für die Heidelberger Druckmaschinen in Berlin drei Jahre lang tätig. Der Liebe wegen kehrte er nach Brandenburg zurück und arbeitete in der Personalabteilung der Heidelberger Druckmaschinen. Im Februar 2010 wurde ihm betriebsbedingt gekündigt und er wechselte zur Investitionsbank Potsdam, bevor er sich beim Klinikum Brandenburg bewarb.



Claudia Behncke und Sandy Wegerer.

Sandy Wegerer ist verheiratet und hat eine Tochter von drei Jahren. Insofern steht in seiner Freizeit die Familie an erster Stelle. Er reist gerne und liebt seinen Garten. Er mag Jetski und Fahrrad fahren. Früher war er als Schüler aktiver Ruderer beim RCHB in der Hammerstraße. Jetzt möchte er Gitarre spielen lernen, um seiner Tochter das wunderbare Popellied von Gerhard Schöne vorspielen zu können. Er kocht gerne. Berühmt seien seine Nudeln mit Tomatensoße, behauptet er. Aber auch als Grillmeister habe er sich schon Meriten verdient.

Sandy Wegerer hatte zwei Jack-Russell-Terrier, die er bei der Geburt der Tochter zu Freunden gegeben hat, weil die Zeit fehlte, die lebhaften Hunde angemessen zu versorgen. Er träumt davon, sich irgendwann in ferner Zukunft einen irischen Wolfshund anzuschaffen.

Ein Goldfisch im Klinikum

»Ulrike Wajer und ihre Leidenschaft für das Schwimmen«



Ulrike Wajer, geb. Warm, arbeitet seit 1987, seit Beginn ihrer Ausbildung zur MTA für Funktionsdiagnostik, im Klinikum Brandenburg. Im Haus ist sie verantwortlich für die Durchführung von neurologischen funktionsdiagnostischen Untersuchungen wie EEG, EMG und ENG. Außerdem organisiert sie jeden Donnerstag die kinderchirurgische Sprechstunde von Dr. Pistor. Sie ist eine begeisterte Wassersportlerin.

Frau Wajer, seit wann schwimmen Sie? Können Sie sich noch an Ihre allererste Schwimmstunde erinnern?

Richtig erinnern daran, wie ich schwimmen gelernt habe, kann ich mich nicht. Eigentlich konnte ich es schon immer. Bei meinen Eltern im Garten gab es einen Swimmingpool, darin bin ich schon mit drei Jahren geschwommen, obwohl der so tief war, dass ich keinen Boden unter den Füßen hatte.

Wettkämpfe schwimme ich seit meinem achten Lebensjahr. Als Kind habe ich als Schwimmerin an den Kreis-Kinder- und -jugendspartakiaden teilgenommen, dann auch an den Bezirksspartakiaden in Potsdam auf dem Brauhausberg. Ich war mehrmalige Bezirksmeisterin des Bezirks Potsdam. Zur DDR-Meisterschaft sind aber nur die Kader aus den Sportschulen gefahren.

Haben Sie seitdem ununterbrochen trainiert?

Nein. So richtig aktiv schwimme ich wieder seit der Eröffnung des Marienbades im März 2000. Seitdem trainiere ich regelmäßig.

In welchem Verein schwimmen Sie?

Ich trainiere zwei- bis dreimal die Woche zirka eine Stunde bei den Wasserfreunden Brandenburg. Unser Trainer dort ist Uwe Kussatz, ein aktiver und

erfolgreicher Schwimmer, der an Weltmeister- und Europameisterschaften teilgenommen hat und der im Training mit uns gemeinsam schwimmt.

Trainieren Sie nur so, zu Ihrem eigenen Vergnügen?

Nein, als Masterschwimmerin fahre ich mit meiner Mannschaft zu nationalen und internationalen Wettbewerben. Am 23./24. September waren wir zum Beispiel in Hildesheim beim Schwimmwettkampf Hildesheimer Rose. Dort habe ich fünfmal im Einzelschwimmen Silber geholt und mit meiner Mannschaft in der Staffel siebenmal Gold erkämpft.

Herzlichen Glückwunsch! Frau Wajer, was ist denn Ihr Lieblingsschwimmstil?

Ich schwimme Schmetterling, Kraulen und Brust. Rücken schwimme ich eher nicht so gern.

Ist Ihre Familie auch sportlich?

Ja, mein Mann ist Handballspieler in der 3. Mannschaft des SV 63. Mein Sohn Stefan, der 1990 geboren wurde und gerade eine Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten im Klinikum Brandenburg absolviert, fährt Barfußwasserski und Wakeboard.

Manuel, mein 16-jähriger Sohn, ist Schüler der 11. Klasse am Von-Saldern-Gymnasium. Er spielt Fußball und gehört zur Landesauswahl U 18 der Fußballer und spielt bei der A-Jugend des BSC Süd 05. Informell darf er sogar mit den Männern trainieren, obwohl er erst 16 ist.

Alle Achtung. Was ist eigentlich Wakeboard?

Wakeboard ist so etwas wie Wasserski, nur dass man sich bei dieser Sportart ein Brett unter die Füße schnallt. Der Fahrer steht seitlich zur Fahrtrichtung auf dem Brett und gleitet über das Wasser, gezogen von einem Boot. Wakeboarding ist ein schöner Freizeitsport. Ich betreibe diese Sportart gern zusammen mit meiner Familie auf der Wasserskistrecke am Beetzsee.

Was macht eine Wassernixe wie Sie sonst noch in ihrer Freizeit?

2008 habe ich ein Fernstudium in BWL begonnen und mir vorgenommen, dies im Juni 2012 mit meiner Diplomarbeit abzuschließen.

Frau Wajer, viel Erfolg bei allen Ihren Aktivitäten.

— Verfasser —



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Chefärztin der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	01.10.11	Anke Borngraeber	Station I5
	01.10.11	Stefanie Balke	Station C2
	01.10.11	Silvia Genuit	Zentral-OP
	01.10.11	Sina Tittler	Neurochirurgie
	01.10.11	Sandy Bothe	Wachstation
15 Jahre	01.10.11	Ines Eggebrecht	Dispatcherzentrale
	01.10.11	Christine Carius	Station F1
	01.10.11	Katrin Hemm-Fischer	Anästhesie
	01.10.11	Angela Hoepfner	Wachstation
	01.10.11	Stefanie Lehmann	Station I5
	01.10.11	Sabine Zeitz	Station C2
	01.10.11	Doreen Muth	Herzkatheter-Labor
	01.10.11	Simone Kaluzny	Intensivstation
	01.10.11	Christian Dettenborn	Radiologie
	01.10.11	Anja Popko	HNO-Klinik
20 Jahre	01.10.11	Jeannette Reltoff	Rettungsstelle
25 Jahre	08.12.11	Ramona Baruth	Sekretariat Geschäftsführung
30 Jahre	01.10.11	Barbara Karpati	Patientenverwaltung

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.08.11	Andre Kieper	Orthopädie / Unfallchirurgie
01.08.11	Julia Konopke	Station I5
01.08.11	Anne Schwone	Station K2 / K3
01.08.11	Jessica Schwalbach	Frauenklinik
01.09.11	Sabine Nickisch	Kinderklinik
01.09.11	Julia Hartmann	Kinderklinik
06.09.11	Marius Herzig	Allgemeinchirurgie
01.10.11	Sandra Müller	Station C2
01.10.11	Stephanie Grimm	Radiologie
01.10.11	Daniel Katschemba	Station C3
01.10.11	Judith Paetzold	Frauenklinik

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

31.08.11	Heidmarie Lennecke	Anästhesie
31.08.11	Ludmila Samol Wojton	Intensivstation
31.08.11	Rüdiger Schultka	Orthopädie / Unfallchirurgie
30.09.11	Monika Deisler	Physiotherapie
30.09.11	Andreas Dahmen	Station Z2
30.09.11	Elke Kroll	Medizinische Schule
30.09.11	Kerstin Winkelmann	Zentral-OP
14.10.11	Stefanie Balke	Station C2

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —



10 Jahre	01.10.11	Barbara Plaster	Wirtschaftsabteilung
	01.11.11	Nils Buchholz	Pforte
	01.12.11	Karl-Heinz Cyrol	Fuhrpark
	01.12.11	Karin Schmaloske	Küche
	10.12.11	Gabriele Wittke	Reinigung
	17.12.11	Mike Lucke	Patiententransport
15 Jahre	01.11.11	Heike Wenzel	Versorgungsass.
	02.12.11	Heike Schwietzke	Reinigung
20 Jahre	01.11.11	Doerte Brabender	Schreibbüro
	01.12.11	Marita Lickert	Technik
30 Jahre	16.11.11	Jutta Wentland	Stationshilfe
35 Jahre	01.11.11	Horst Jecho	Technik

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

01.08.11	Julia Sachtleben	Arztsekretärin
01.08.11	Tobias Karge	Patiententransport
01.08.11	Stephan Große	Patiententransport
01.08.11	Bastian Nipkau	Patiententransport
01.08.11	Marion Hilken	Reinigung
01.08.11	Martina Schimpf	Reinigungsspezial
15.08.11	Bettina Kissinger	Arztsekretärin
01.09.11	Birgit Ahland	Reinigung
01.09.11	Martina Manthey	Reinigung
01.09.11	Lutz Philippeit	Reinigung
01.09.11	Nicole Sternagel	Reinigung
26.09.11	Mario Lehmann	Küche
01.10.11	Daniela Petersen	Arztsekretärin

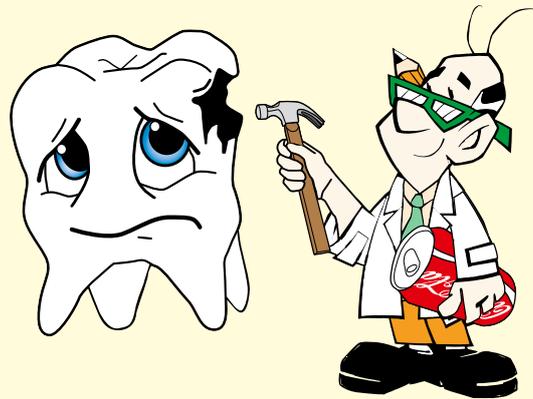
— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...* —

31.08.11	Ilse Schroeder	Reinigung
31.08.11	Petra Von Wittke	Reinigungsspezial
14.10.11	Heike Berger	Reinigung

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

In dieser Ausgabe:

Frisst Coca-Cola Löcher in den Magen? Nein, eher in die Zähne.



Ihr Dr. Nikki Ulm

Legt man ein Stück Fleisch in Coca-Cola, so sieht es schnell sehr unansehnlich aus, sodass man sich fragt, wie unser Magen nach Coca-Cola-Genuss aussehen mag und ob er nicht lauter Löcher davon bekomme. Ein weltweit angelegter völlig unkontrollierter Großversuch, an dem wohl alle von uns beteiligt waren, legt nahe, dass es so schlimm wohl nicht sein kann. Für Coca-Cola haben wir einen pH-Wert zwischen 1 und 2 bestimmt, was ausgesprochen sauer ist. Aber so Sauer ist unsere Magenschleimhaut aufgrund des sauren Magensaftes gewohnt. Grund für das eklige Aussehen des eingelegten Fleischstückes ist die in Cola enthaltene Phosphorsäure und nicht der Säuregehalt an sich.

Dass uns ein so saures Getränk nicht sauer wie purer Zitronensaft vorkommt, liegt daran, dass der Säuregeschmack durch den hohen Zuckergehalt maskiert wird. Ähnliches trifft auch für viele andere Erfrischungsgetränke zu.

Ein wesentliches Problem des regelmäßigen Genusses solcher gezuckerter Getränke wie Cola dürfte neben der erheblichen Zuckereinnahme und deren diätischen Effekten wie Übergewicht vor allem die Wirkung auf den Zahnschmelz sein: Die Säure greift den Kalkanteil des Zahnschmelzes an, die Kariesbakterien ziehen schnell Hammer und Meißel raus und kommen umso besser voran, da sie sich gleichzeitig mit reichlich Zuckermolekülen, ihrem Lieblingsnährstoff, stärken können. Und wie steht es mit dem stimulierenden Koffein der Colagetränke? Sie müssen etwa die 5- bis 8-fache Menge Coca-Cola trinken, um den gleichen Effekt wie mit Filterkaffee zu erzeugen.

Fazit: Ihr Magen scheint Coca-Cola gut wegzustecken, aber der Zahnschmelz und der Zuckerhaushalt Ihres Körpers dürften damit wesentlich mehr Mühe haben, vor allem wenn Sie solche Getränke sehr regelmäßig im Tagesverlauf konsumieren.

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité