

# KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



**kl**inikum  
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Die Kinderklinik ist umgezogen S. 16

Neue Entwicklungen in der Klinik für Gefäßchirurgie S. 4

Schmerzen machen böse S. 18

## 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 Tumorthesiezentrum

Tel. (0 33 81) 41 12 00

### Kinder- und Jugendmedizin

CA Dr. med. H. Kössel

Tel. (0 33 81) 41 18 00

### Neurochirurgie

CA Dr. med. K.-H. Rudolph

Tel. (0 33 81) 41 17 50

### Radiologie

CÄ Dr. med. B. Menzel

Tel. (0 33 81) 41 26 00

### Urologie und Kinderurologie

CA 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 Pfort-  
ner). Alle Informationen werden  
vertraulich behandelt.

## Elternseminar im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof

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

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

#### Mi., 05.09.2012 | 18:00 Uhr

Thema: Wegweiser aus dem  
Antragsdschungel

- › Was ist wo zu beantragen?
- › Welche Anträge müssen wie ausgefüllt werden?
- › Wo bekomme ich zusätzlich finanzielle Unterstützung, was steht mir zu?
- › Elternzeit und Elterngeld?
- › Wie hilft das Netzwerk Gesunde Kinder?

Leitung: Kirstin Müller, Mütter-  
beratungsteam der DAK,  
Andrea Schumacher, Koordinatorin  
Netzwerk Gesunde Kinder

#### Mo., 10.09.2012 | 16:30 Uhr

Thema: Zeit für Breikost

- › Was verträgt mein Baby ab wann? – Grundrezepte für erste Breie.
- › Löffeln und Trinken will gelernt sein.
- › Was verbirgt sich hinter Fertigbrei und Co.? Wir schauen aufs Etikett!

Leitung: Delia Winke, Ernährungs-  
beraterin, staatl. anerkannte Diät-  
assistentin, Diätküchenleiterin

#### Mo., 08.10.2012 | 16:30 Uhr

Thema: Beobachten, Begreifen,  
Bestaunen; Eltern-Kind-Spiele für  
0–3-Jährige

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

**Kinder bitte unbedingt mitbringen!!**

Leitung: Astrid Kluchert und Malte  
Kostwald, Diplom-Sozialpädagogen,  
SOS-Kinderdorf Brandenburg, Erziehungs- und Familienberatungsstelle

## 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,

im Klinikum kann es richtig fröhlich zugehen. Wie am 4. Juli, als wir die Kinderklinik in neuen Räumen offiziell eröffnet haben. Das gut durchdachte Raumkonzept bietet viele lustige Überraschungen für die kleinen Patienten. Und weil Mama und Papa eben doch die Besten sind, können sie bei ihren Kindern jederzeit auch übernachten. Wohl behütet fühlen sich auch die schwerkranken Patienten in der Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin. Hier entscheiden Ärzte und Patienten gemeinsam über die beste Therapie. Auch der Wille des Patienten

zählt. Das gibt Sicherheit und Kraft für den Kampf gegen die Krankheit. Und Menschen, die nicht mehr kämpfen wollen, finden hier die Ruhe und den Frieden, den sie brauchen für den letzten Lebensabschnitt.

Ob Gefäßchirurgie, Augenheilkunde oder im Kampf gegen Krankenhauskeime – bei der Versorgung der Patienten hat das Klinikum immer die Nase vorn.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!



Im Namen des Redaktionsteams  
Ihre

Gabriele Wolter  
Geschäftsführerin

## Inhalt

### Medizin und Forschung

- 4 Neue Entwicklungen in der Klinik für Gefäßchirurgie  
» Drähte statt Skalpelle «
- 6 Warum tragen auch Augenärzte eine Brille – weil sie feige sind!?
- 8 Krankenhauskeime wirksam vermeiden  
» Infektionen mit MRSA und Co. sind im Klinikum Brandenburg erfreulich selten «
- 10 Das Leben ist für mich ein Geschenk  
» Personalisierte Medizin ist ein Ideal. Unmöglich ist sie nicht. «

### Ein- und Ausblicke

- 13 Malpinsel statt Hot Iron  
» Manuela Ulbrich hat ihr kreatives Potential wiederentdeckt «
- 14 Kunst füllt Säle, Kontinenz nicht  
» Informationen über menschliche Bedürfnisse. «
- 16 Bitte mal mir ein Schaf  
» Die Kinderklinik ist umgezogen «
- 18 Schmerzen machen böse  
» Zwei Erfahrungsberichte aus der Notaufnahme «

### Jubiläen und Neuigkeiten

- 20 Klinisch rein ist nicht genug  
» Seit Februar 2012 arbeitet die ZSVA mit einer neuen Leitung «
- 22 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

## Neue Entwicklungen in der Klinik für Gefäßchirurgie

» Drähte statt Skalpelle «

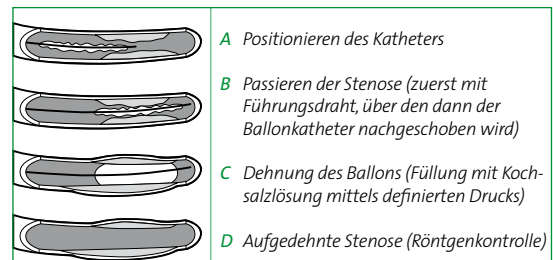


Die Partner des Gefäßzentrums: OA Dr. T. Denke, CA Dr. W. Haacke und OA Ch. Dettenborn.

Die Klinik für Gefäßchirurgie hat schwerkranken Patienten viel zu bieten. Es ist uns gelungen, unsere Fähigkeiten auf endovaskulärem Gebiet auszubauen. Wir sind deshalb in der Lage, noch mehr Patienten mit schonenden Kathedertechniken zu behandeln und belastende offene Operationen bei unseren oft schwerkranken Patienten zu vermeiden. Unsere Spezialität ist die Kombination weniger belastender offener Operationen mit endovaskulären Techniken (vom Inneren des Gefäßes ausgehend), sogenannte Hybridoperationen. Dadurch nutzen wir die Vorteile beider Methoden und minimieren die Nachteile der jeweiligen Prinzipien. Inzwischen konnten drei Ärzte der Klinik die Qualifikation als endovaskulärer Chirurg erwerben. Drei weitere Ärzte sind auf dem Weg dorthin.

Das Prinzip der interventionellen Therapie von Durchblutungsstörungen beruht darauf, durch einen kleinen und wenig belastenden Zugang zur Schlagader (Arterie), meistens durch eine Punktion mit einer Nadel, einen Führungsdraht unter Röntgensicht durch das erkrankte Gefäßgebiet zu

schieben und dann über diesen Draht Spezialinstrumente in das Gefäß einzubringen und es von innen zu behandeln. Verengte Stellen in den Arterien können so aufgedehnt (angioplastiert) werden. Bei Notwendigkeit kann auch ein genau abgemessenes Drahtgerüst (Stent) platziert werden, um das Gefäß offen zu halten. In letzter Zeit verwenden wir auch ein Spezialinstrument zum Herausfräsen von Gefäßkalk.



Ballonkatheter zum Aufdehnen (Angioplastie) von Engstellen in einer Arterie

Eine gefährliche Erkrankung ist die Aneurysmabildung (Gefäßaussackung) im Bereich der Hauptschlagader. Diese meist schmerzlosen (asymptomatischen) Aneurysmen entstehen am häufigsten im Bauchraum und ab einer gewissen Größe droht die Gefahr des Platzens und des inneren Verblutens. Deshalb sollte man diese Aneurysmen behandeln, bevor eine Komplikation entstanden ist.

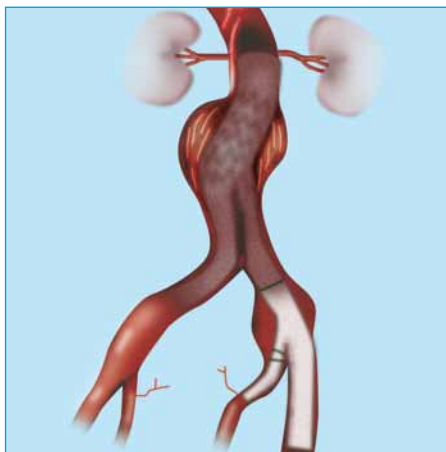
Viele solcher Aneurysmen werden als Zufallsbefund bei einer Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes beim Urologen oder Magen-Darm-Spezialisten gefunden. Oftmals werden sie auch bei CT-Untersuchungen des Bauchraumes und der Wirbelsäule entdeckt.

Aneurysmen kommen oft bei Patienten mit Arteriosklerose in anderen Gefäßregionen, wie zum Beispiel Herzkranzgefäßen, Hals- oder Bein-schlagadern, vor. Deshalb untersuchen wir bei allen Patienten unseres Gefäßzentrums, die an solchen Erkrankungen leiden, mit Ultraschall die Bauchschlagader, um Patienten mit asymptomatischem Bauchaortenaneurysma zu entdecken.

Auch bei Aneurysmen der Bauchschlagader werden immer häufiger innere Gefäßprothesen, so genannte Stentprothesen, zur Aneurysmaausschaltung eingesetzt. Unsere Klinik wendet diese Technik mit gutem Erfolg an.

Ein großer Schritt nach vorn war die Aufnahme sogenannter gebranchter Aortenstents in unser Repertoire. Hierdurch können wir in geeigneten Fällen gefährliche Aortenaneurysmen (Aussackungen der Bauchschlagader), die sich bis auf die Beckenschlagadern ausdehnen, interventionell versorgen. Es handelt sich um technisch sehr anspruchsvolle Operationen, dem Patienten kann in diesen Fällen aber eine sehr komplikationsträchtige offene Operation erspart werden.

Die Ergebnisse unserer Arbeit werden in einem ständigen Qualitätssicherungsprozess durch verschiedene unabhängige Gremien überprüft. Wir können somit eine sehr gute Qualität nachweisen. Der Schlüssel für unseren Erfolg ist die gute Zusammenarbeit mit den ambulanten Fachärzten und Hausärzten unserer Region sowie den anderen medizinischen Fachrichtungen, die Gefäßpatienten behandeln, im Rahmen unseres Gefäßzentrums. Zum Gefäßzentrum gehören das Institut für Ra-



*Aortenstent mit Seitenarm in der inneren Beckenschlagader*

diologie und die Abteilung für Angiologie unseres Klinikums. Unser wichtigster ambulanter Partner ist die Praxis für Gefäßchirurgie Fr. Dr. Menzel in der Stadt Brandenburg an der Havel. Hervorzuheben ist die jahrelange gute Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Klinik des St. Marienkrankenhauses und mit der Klinik für Neurologie des Asklepiosklinikums Brandenburg. Die erneute Rezertifizierung des Zentrums steht unmittelbar bevor.

Durch die gute personelle und apparative Ausstattung unserer Klinik sind wir in der Lage, unseren Patienten das gesamte Behandlungsspektrum unserer Klinik zu jeder Zeit, also auch am Wochenende und nachts, anzubieten.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. In diesem Jahr wurden wir zum 3. Mal durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft als stationäres Zentrum für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms zertifiziert. Somit verfügen wir als einzige Klinik im Land Brandenburg über beide Zertifizierungen.

— Verfasser —



**Dr. med.  
Wolfgang Haacke**

*Chefarzt der Klinik  
für Gefäßchirurgie*

## Warum tragen auch Augenärzte eine Brille – weil sie feige sind!?

Leben ohne Brille – das ist der Traum vieler Brillenträger ... der Albtraum der Optiker und inzwischen ein riesiger wirtschaftlicher Markt. Mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland trägt eine Brille und die Operationen müssen aus eigener Tasche bezahlt werden. Denn die Betroffenen sehen in der Regel mit Brille oder Kontaktlinsen mindestens ebenso gut wie nach refraktiver Chirurgie (Operationen zur Beseitigung von Fehlsichtigkeiten). Aus Patienten sind Kunden geworden; für eine OP sind oft über 2.000 Euro fällig.

### Operation der Kurzsichtigkeit – LASIK

Bei vielen fängt es um die Pubertät an: Der Augapfel verlängert sich, dadurch wird die Sehschärfe in der Ferne zunehmend schlechter (Kurzsichtigkeit, lat. Myopie) und stabilisiert sich meist im beginnenden Erwachsenenalter.



*Diese Nachtaufnahme kommt dem relativ nahe, was ein Patient nach LASIK wahrnimmt, wenn er in Lichtquellen in lichtschwacher Umgebung sieht*

Das hierfür am häufigsten angewandte Operationsverfahren ist die LASIK. Dabei wird von der Hornhaut eine dünne Scheibe mit einer hobel-ähnlich Spezialklinge (Mikrokeratom) oder einem speziellen Laser (Femto-LASIK) und Teile des darunterliegenden Hornhautgewebes mit einem Excimerlaser abgetragen. So wird praktisch in die Hornhaut eine Linse eingraviert. Abschließend wird die anfangs abgetrennte Hornhautscheibe wieder auf die Hornhaut zurückgeklappt und muss selbstständig innerhalb einiger Wochen bis Monate festheilen. Aufgrund des operationsbedingten Verlustes und der Veränderung gesunden Hornhautgewebes verliert die behandelte Hornhaut allerdings lebenslang an Festigkeit und kann spontan oder durch ein Trauma in Einzelfällen nachgeben. Deshalb sollen



*Verfasser: Dr. med. Walter Noske,  
Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde*

mit diesem Verfahren keine Fehlsichtigkeiten von mehr als +3 oder -8 Dioptrien korrigiert werden. Außerdem nehmen die Ungenauigkeit der Methode sowie andere unerwünschte Effekte mit höherer Dioptrienzahl deutlich zu.

Kurz nach der OP kann man meist schon deutlich besser sehen als ohne Brille vor der OP und erreicht bei unkompliziertem Verlauf bei Tageslicht nach einigen Wochen brillenlos häufig eine ähnliche Sehschärfe wie zuvor nur mit Brille oder Kontaktlinsen.

Dadurch, dass man das Hornhautgewebe nur um das Zentrum abträgt, werden häufig bei weiter Pupille (z. B. bei Dunkelheit und bei jungen Patienten) Streulichter um Lichtquellen wahrgenommen, die evtl. sehr stören und Autofahren bei Nacht unmöglich machen können. Ähnliche Probleme können Narbenbildungen oder Epithelwachstungen an den Schnittflächen verursachen. Das Gefühl eines trockenen Auges ist vor allem in den ersten Wochen und Monaten nach der OP häufig (es entsteht aufgrund der Durchtrennung der Hornhautnerven bei der OP), wird teilweise als ziemlich unangenehm beschrieben und kann auch dauerhaft stören.

Nur ca. 85% der Patienten erreichen postoperativ einen Refraktionswert zwischen +0,5 und -0,5 Dioptrien (das hängt stark vom Ausmaß der

ursprünglichen Fehlrefraktion und der Erfahrung des Operateurs ab). Da man vor dem 40. Lebensjahr eine Weitsichtigkeit durch Anspannung der inneren Augenmuskeln (Akkommodation) noch ausgleichen kann, wird durch den Operateur häufig eine leichte Überkorrektur der Kurzsichtigkeit angestrebt, um Reoperationen und unzufriedene Klienten zu vermeiden. Diese Überkorrektur bemerkt man erst nach dem 40. Lebensjahr, indem früher als gewöhnlich eine Lesebrille und etwas später dann auch eine leichte Fernbrille benötigt werden.

#### **Operative Korrektur der Altersweitsichtigkeit**

Spätestens zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr benötigen jedoch auch die meisten Normalsichtigen eine Brille. Vor allem bei schlechten Lichtverhältnissen wird das Lesen beschwerlich oder unmöglich, weil die eigene Linse sich nicht mehr so gut an den Entfernungswechsel anpassen kann (Altersweitsichtigkeit, lat. Presbyopie). Spätestens jetzt muss auch der LASIK-Korrigierte wieder zur Brille greifen. Das Problem lässt sich durch eine Lesebrille oder eine Gleitsichtbrille beheben. Dabei hat die Gleitsichtbrille den Vorteil, dass ein scharfes Sehen in allen Bereichen zwischen Ferne und Leseabstand möglich ist, die Brillensuche bzw. der Brillenwechsel wird minimiert.

Die Altersweitsichtigkeit lässt sich bisher nur durch intraokulare Multifokallinsen operativ behandeln. Diese Linsen haben zwei verschiedene Brechstärken, so dass ein Teil der Lichtstrahlen stärker als der andere Teil gebrochen wird und eine relativ scharfe Abbildung der Ferne auf der Netzhaut und eine zweite Abbildung vor der Netzhaut „entsteht“; in der Nähe fällt die eine Abbildung vor, die andere hinter die Netzhaut. Unserem Gehirn gelingt es meist, nur die jeweils scharfe Abbildung wahrzunehmen, je nach Blickentfernung wird das für die Nähe oder Ferne unscharfe und damit störende Doppelbild ausgeschaltet oder unterdrückt. Das erlaubt zwar nicht eine ganz so gute Sehschärfe wie mit einer üblichen Kunstlinse, wird aber häufig als ausreichend, befriedigend oder sogar gut empfunden. Wem dies problemlos gelingt, lässt sich aber präoperativ immer noch nicht sicher vorhersagen. Außerdem besteht die Gefahr, dass die eingepflanzte Kunstlinse sich im Laufe der Zeit leicht verlagert und es dann zu visuellen Missempfindungen kommt. Weiterhin ist auch mit modernen Methoden eine ganz genaue Vorhersage der postoperativen Brechkraft des Auges nach Kunstlinseinpflanzung noch nicht möglich, so dass auch

bei guter Verträglichkeit der Multifokallinse häufig noch eine leichte Brillenkorrektur für das bestmögliche postoperative Sehen erforderlich ist. Eine Unverträglichkeit einer intraokularen Multifokallinse lässt sich nur durch einen aufwändigen und nicht unproblematischen Linsentausch korrigieren. Intraokulare Multifokallinsen werden häufig im Zusammenhang mit einer ohnehin erforderlichen Operation des grauen Stars angeboten, sowohl die Kosten für die Linse als auch für die Staroperation an sich sind dann jedoch vollständig vom Patienten zu tragen. Wird die OP bei klarer eigener Linse nur mit dem Ziel der Beseitigung der Altersweitsichtigkeit durchgeführt, nimmt der Patient natürlich auch noch alle Risiken der Staroperation einschließlich der, wenn auch seltenen, Gefahr der Erblindung ausschließlich für den Komfort der Brillenfreiheit auf sich.

Das Einsetzen einer Zusatzlinse in das Auge vor die eigene Linse zur operativen Korrektur der Fehlsichtigkeit ist mit einer noch erheblich höheren Rate schwerer Komplikationen verbunden. Gleiches gilt für den operativen Ersatz der eigenen Linse durch eine schwächere Kunstlinse bei sehr hoher Kurzsichtigkeit. Besonders bei diesen Augen ist die Gefahr einer Netzhautablösung mit oft gravierendem bleibenden Sehverlust relativ hoch.

#### **Zusammenfassung**

Da es sich bei den allermeisten Fällen, in denen die Patienten eine operative Korrektur der Fehlsichtigkeit wünschen, um ein rein kosmetisches Problem oder eine Frage der Bequemlichkeit handelt, sollten die Anforderungen an die Methoden, was schwere, aber auch nicht so schwere Komplikationen betrifft, sehr hoch angesetzt werden. Besonders diese Personen haben auch hohe Ansprüche an eine vollständige postoperative Brillenlosigkeit und sind deshalb meist unzufrieden, wenn diese nicht vollständig erreicht wird. Deshalb lehnen wir solche Eingriffe in der Regel ab und führen sie auch nicht selbst durch.

Wir können Sie beruhigen, in unserer Augenklinik haben wir keine Mitarbeiter mit operativ korrigierter Fehlsichtigkeit. Unsere gute Sehschärfe ist uns dafür zu wichtig um eine Einbuße zu riskieren. Alle mir persönlich bekannten Augenärztkollegen haben bisher keine operative Korrektur der Fehlsichtigkeit bei sich selbst durchführen lassen und ich weiß auch nur sicher von einem Kollegen, der die OP bei sich selbst durchführen ließ.

## Krankenhauskeime wirksam vermeiden

» Infektionen mit MRSA und Co. sind im Klinikum Brandenburg erfreulich selten «

Obwohl sie mit bloßem Auge nicht erkennbar sind, sorgen sie bei ihrem Auftreten regelmäßig für ein riesiges Medienecho. Die Rede ist von den so genannten Krankenhauskeimen, die sich nur schwer behandeln lassen, weil sie gegen Antibiotika vielfach multiresistent sind. Sie können übrigens überall erworben werden, nicht nur in Krankenhäusern. Eine Besiedlung der Haut mit dem Schreckenskeim MRSA außerhalb des Krankenhauses konnte mit einer Häufigkeit von bis zu 20 % nachgewiesen werden. Doch bei gesunden Menschen mit intaktem Immunsystem, die häufig, ohne es zu wissen, Träger dieser Keime sind, kommt es meist nicht zu einer Infektion. Dass die Keime in Krankenhäusern besonders gefürchtet sind, liegt daran, dass Patienten infolge ihrer Krankheit ein geschwächtes Immunsystem haben und dadurch anfälliger sind. Die gute Nachricht dabei ist: Infektionen lassen sich auch hier durch konsequente Hygienemaßnahmen wirksam vermeiden.

Die wichtigsten Erreger von nosokomialen, das heißt im Krankenhaus erworbenen Infektionen sind E.coli (ESBL) mit 18,4 %, Staphylococcus aureus (MRSA) mit 13,4 % und Enterokokken (VRE) mit 12,7 %. Die Zahlen wurden erhoben im Rahmen einer Erhebung der Anzahl von an Krankenhauskeimen Erkrankten an der Charité Berlin für das Jahr 2011. Nachfolgend wird in der Hauptsache auf die Problematik des MRSA eingegangen.

Hauptursache für das vermehrte Auftreten des Problemkeimes MRSA in Arztpraxen und Kliniken sind unkalkulierte Antibiotikatherapien im stationären und ambulanten Bereich, vor allem durch eine nicht-indikationsgerechte Behandlung von Infektionen oder den vorzeitigen Einsatz von hochwirksamen Antibiotika, z. B. von Chinolonen, wo möglicherweise ein „einfaches Antibiotikum“ ausgereicht hätte. Darüber hinaus ist der unkalkulierte Einsatz von Antibiotika in der Massentierhaltung und der Tiermast ein Grund für die vermehrte Resistenzbildung.

Die Konsequenz: Der Antibiotikaeinsatz im ambulanten und stationären Bereich ist zu überwachen. Zu diesem Zweck wurde bereits im Städtischen Klinikum Brandenburg eine Antibiotika-Richtlinie erarbeitet und es wird zukünftig ein „Antibiotic-Stewardship“, ein Fortbildungskonzept für Ärzte, Mikrobiologen, Apotheker und andere Mitarbeiter zur Überwachung der Antibiotika-Therapie etabliert.

### Vermeidung von Infektionen

Die Vermeidungsstrategie von MRSA- und anderen Infektionen im Klinikum fußt auf zwei Säulen. Vor allem ist es wichtig, Risikopatienten für eine MRSA-Besiedelung oder Infektion zu identifizieren. Diese Risikoeinstufung wurde nach gültigen Kriterien festgelegt und bedeutet nicht, dass die Patienten an MRSA erkrankt sind oder dass sie zwangsläufig eine Infektion erleiden.

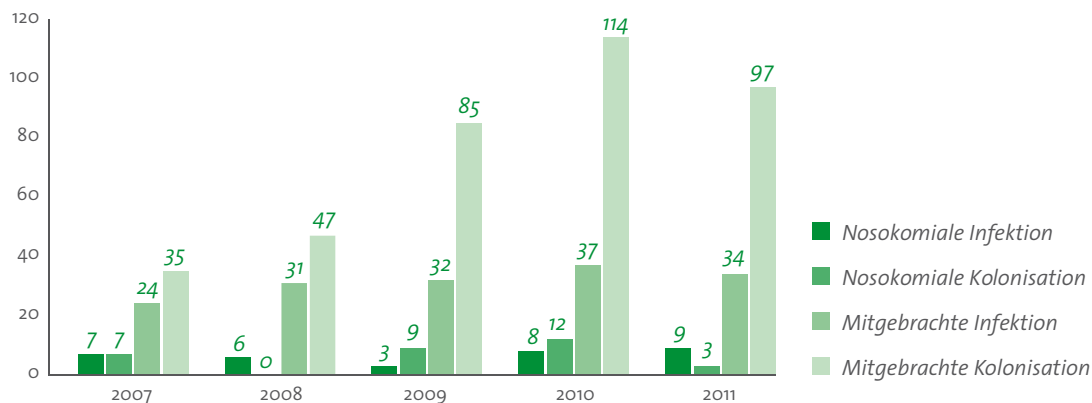
#### Demnach sind Risikofaktoren:

1. bekannte positive MRSA-Anamnese
2. Verlegung aus Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz (z. B. Pflegeheime)
3. Antibiotikatherapie in den letzten sechs Monaten
4. stationärer Aufenthalt in den letzten zwölf Monaten
5. Kontakt zu MRSA-Trägern
6. schwere Weichteilinfektion, Brandverletzungen, Sepsis oder Pneumonie in den zurückliegenden sechs Monaten
7. chronische Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2 und höher, unabhängig davon ob zu Hause oder im Heim gepflegt wird)
8. chronische Wunden (z. B. Ulcus cruris, Dekubitus)
9. Devices (z. B. Harnwegskatheter, perkutane Ernährungssonde)
10. Dialysepatienten
11. Arbeit in Landwirtschaft und Tierhaltung

Bei all diesen Patienten wird bei stationärer Aufnahme ein Nasen-Rachen-Abstrich oder Wundabstrich entnommen und auf MRSA getestet. Bei positivem Befund erfolgt eine entsprechende standardisierte und auf den Patienten zugeschnittene Behandlung.

Eigene Auswertungen der MRSA-Abstriche aus den Jahren 2007 bis 2011 bei stationär aufgenommenen Patienten und bestehenden Risikofaktoren ergaben, dass die meisten Besiedelungen oder Infektionen mit MRSA bereits außerhalb des Krankenhauses erworben wurden. Erfreulicherweise konnte dabei festgestellt werden, dass die Rate der MRSA-Infektionen im Städtischen Klinikum Brandenburg unter dem Bundesdurchschnitt lag.





Ergebnisse der MRSA-Screeninguntersuchungen auf MRSA

Die zweite Säule besteht in regelmäßigen Schulungen und Unterweisungen des gesamten Personals im Hinblick auf basishygienische Maßnahmen. Die regelmäßigen Hygienebegehungen im Klinikum dienen der Überwachung, ggf. Überarbeitung und Anpassung der Hygienestandards. Die Ausarbeitung von Hygieneplänen, die bereichsspezifische Besonderheiten wie z. B. den OP-Trakt mit berücksichtigen, werden jedem Mitarbeiter bekannt gemacht und sind mindestens einmal jährlich wiederholt zu unterweisen.

Die Basis aller Maßnahmen ist die regelmäßige hygienische Händedesinfektion und die Teilnahme am Aktionstag „Saubere Hände“. An diesem Aktionstag beteiligt sich das Städtische Klinikum Brandenburg seit vier Jahren. In Studien konnte gezeigt werden, dass durch eine konsequente Händedesinfektion die Erkrankung an nosokomialen Infektionen von 16,9 % auf 9,9 % und die MRSA-Übertragungsrate von 2,18 auf 0,93/10.000 Patiententage gesenkt werden konnte.

Für die hygienische Händedesinfektion gibt es fünf Indikationen:

- 1 = VOR Patientenkontakt
- 2 = VOR einer aseptischen Tätigkeit
- 3 = NACH Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien
- 4 = NACH Patientenkontakt
- 5 = NACH Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung

Das Städtische Klinikum Brandenburg beteiligt sich an mehreren Vergleichsstudien, in denen definierte Hygieneindikatoren ausgewertet werden, und bewertet diese in der Hygienekommission. Die Hygienestandards werden dabei regelmäßig geprüft und an aktuelle Erkenntnisse gerade im Hinblick auf die Infektionsprävention aktualisiert. Zudem werden die nosokomialen Infektionen für bestimmte Krankheiten und Operationen erfasst und bewertet, so dass zeitnah reagiert werden kann.

– Verfasser –



Dr. Harald Vanherpe

MBA

## „Das Leben ist für mich ein Geschenk“

» Personalisierte Medizin ist ein Ideal. Unmöglich ist sie nicht «

— Verfasser —



Ann Brünink  
M.A. phil.

Journalistin



Chefarztvisite mit Oberarzt Lüder Fritz und  
Chefarzt Dr. P. Markus Deckert (von links)

Von Privatdozent Dr. med. P. Markus Deckert hat sich Ann Brünink die Arbeitsweise und Ziele der Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin im Zentrum für Innere Medizin II erläutern lassen.

### Seit Januar dieses Jahres gibt es die Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin im Zentrum für Innere Medizin II. Was leistet diese Abteilung?

Die Besonderheit dieser Abteilung besteht darin, dass wir uns als Bindeglied zwischen den Fachabteilungen des Klinikums und auch externen Partnern verstehen, die Tumorerkrankungen behandeln. An der Behandlung von Tumorerkrankungen sind heute fast immer mehrere Fachdisziplinen beteiligt. Wir sind sozusagen die Radnabe in diesem interdisziplinären Netzwerk.

Wir sind deshalb auch mit unserer eigenen Diagnostik und Therapie an der Behandlung des gesamten Spektrums von Tumorerkrankungen beteiligt. Ein Schwerpunkt ist die Gruppe der malignen Lymphome, also bösartiger Erkrankungen der Abwehrzellen, die sich häufig in den Lymphknoten zeigen. Eine Besonderheit auf diesem Gebiet sind die seltenen Lymphome des zentralen Nervensystems, die wir bei uns im Klinikum häufiger behandeln.

### Wieso?

Sie zeigen sich als Hirntumore. Und da wir die Neurochirurgie im Hause haben, zeigen sich hier häufiger Fälle dieser eigentlich seltenen Erkrankung. Zu Anfang erschien es mir sehr schwierig, die dafür nötige aufwändige Hochdosistherapie aus der Uni-

versitätsklinik hier einzuführen. Das stellt vor allem an das Pflegepersonal sehr hohe Anforderungen. Aber unser Team hier ist mit solcher Einsatzbereitschaft und Professionalität dabei, dass ich mich voll und ganz darauf verlassen kann und es noch nie außergewöhnliche Probleme gab.

### Was meinen Sie, wenn Sie Ihre Abteilung als „Radnabe im interdisziplinären Netzwerk“ bezeichnen?

Die Fachrichtungen, die einen Krebspatienten behandeln, müssen nicht irgendwie, sondern teils sehr genau koordiniert zusammenarbeiten, um das optimale Ergebnis zu erreichen. Deshalb treffen wir uns wöchentlich zu einer interdisziplinären Tumorkonferenz. Dort besprechen wir alle Tumorfälle, für die wesentliche Entscheidungen anstehen. Das sind durchschnittlich 15–20 Fälle pro Woche. Jeder Patient wird als Fall in dieser Konferenz besprochen – sein Einverständnis vorausgesetzt. Auf diese Weise können wir sicherstellen, dass kein Aspekt einer anderen Fachrichtung unberücksichtigt bleibt.

### Wer nimmt alles an dieser interdisziplinären Tumorkonferenz teil?

Verpflichtend nehmen neben der Onkologie und Gastroenterologie die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Kollegen der hämatologisch-onkologischen Schwerpunktpraxis, die Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie sowie HNO-Klinik, Frauenheilkunde und Urologie daran teil – diese Teilnehmer sind durch die zertifizierten Organzentren gefordert, die wir bereits unterhalten oder zurzeit aufbauen. Hinzu kommen jeweils Kollegen anderer Fachrichtungen, die zu einzelnen Patienten Rat suchen oder geben, wie die Orthopädie/Unfallchirurgie oder Neurochirurgie.

### Wie ist die Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin aufgebaut? Und wie viele Betten gibt es?

Betten gibt es immer zu wenig (lacht). Nominell haben wir 18 Betten, die fast immer belegt sind. Aber hier kommt wieder dieser Begriff des Interdisziplinären ins Spiel, der ja oft ein modernes Schlagwort ist. Hier leben wir das ganz konkret, indem wir die gedanklichen Mauern zwischen den Fachabteilungen einreißen. Das heißt, dass wir ja nicht nur eine neue Fachabteilung gegründet, sondern mit dem Zentrum Innere Medizin II auch eine neue Art von Organisationsstruktur gegeben haben, indem die beiden beteiligten Fachabteilungen mit gemeinsamen Besprechungen, Dienstplänen und gemeinsamer Fort- und Weiterbildung ganz



*Chefarztvisite*

eng zusammenarbeiten. Ob ein Patient mit einem Magenkarzinom nun eigentlich zur Gastroenterologie oder Onkologie gehört – darüber denkt bei uns niemand nach, und so ist auch die Zahl der Betten keine Beschränkung.

Was die Räume angeht, unterscheidet sich deshalb unsere Station auf den ersten Blick auch kaum von anderen, aber natürlich gibt es ein paar Besonderheiten. So haben Ärzte und Schwestern gemeinsam die Bilder nach ihrer Wirkung auf die Patienten ausgewählt. Außerdem haben wir ein – zugegeben kleines – „Patientenwohnzimmer“ als Rückzugsort für Patienten und Angehörige, das ursprünglich nicht vorgesehen war. Es wird sehr gut angenommen und intensiv genutzt. Und ein kleines, aber gerade für Krebspatienten wichtiges Detail: Man kann von unserer Station direkt ins Freie gehen. Alles in allem kann ich sagen: Unsere Patienten fühlen sich wohl auf der Station.

#### *Wie sieht die personelle Struktur aus?*

Im Zentrum Innere Medizin II leitet mein Kollege Prof. Dr. Pommerien die Abteilung Gastroenterologie und Diabetologie und ich die Onkologie und Palliativmedizin. Gemeinsam hat das Zentrum drei, in Kürze vier Oberärzte und neun Assistenzarztstellen – da einige davon in Teilzeit arbeiten, ist die Zahl der Mitarbeiter größer. Wichtig sind in beiden Abteilungen die Fachpflegekräfte, gerade Onkologie und Palliativmedizin stellen in dieser Hinsicht hohe Anforderungen. Unsere Arbeit wird unterstützt durch die Psychoonkologin Claudia Marche sowie durch das Studiensekretariat.

#### *Welche Aufgaben hat das Studiensekretariat?*

Das Studiensekretariat organisiert und begleitet unsere Teilnahme an verschiedenen Studien. Die Onkologie ist eines der medizinischen Fächer mit den größten Fortschritten in den vergangenen 20 Jahren. Das war und ist nur möglich, indem mit einer neuen Therapie möglichst viele Patienten behandelt werden. Sind die Studien abgeschlossen, liefern sie mit gesicherten Ergebnissen Antwort auf die Frage: Welche Behandlung ist für einen Patienten in dieser Krankheitssituation die bessere? Wir beteiligen uns intensiv an solchen Studien, deren enormen Dokumentationsaufwand das Studiensekretariat uns abnimmt.

#### *Wie werden die Patienten einbezogen? Können sie über ihre Teilnahme frei entscheiden?*

Selbstverständlich. Sie müssen ja ihr Einverständnis erklären. Die Patienten werden umfassend informiert und aufgeklärt. Wichtig ist, dass sie wissen, dass sie keinerlei Nachteile zu befürchten haben, wenn sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden.

#### *Was weiß man über die neuen Medikamente, die im Rahmen von Studien erprobt werden sollen?*

Diese neuen Medikamente kennt man bereits sehr gut. Sie sind bereits an mehreren tausend Patienten getestet worden und oft bereits für andere Krankheitsbilder zugelassen. In der Phase, in der wir uns an Studien beteiligen, geht es darum, ob die Therapie – vielleicht in einer bestimmten Kombination mit anderen Medikamenten – für eine bestimmte Krankheit in einem bestimmten Stadium wirksamer ist als die bisher bestmöglichen Therapien. Nur unter diesen Voraussetzungen dürfen neue Medikamente überhaupt in Studien erprobt werden.

#### *Wer wird in der Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin behandelt? Klinikpatienten? Oder werden auch Patienten von niedergelassenen Ärzten überwiesen?*

Sowohl – als auch. Unser Konzept, Onkologie und Palliativmedizin auch räumlich zu integrieren, eröffnet ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten. Wenn wir auf der einen Seite modernste Medikamente und medizinische Methoden einsetzen, um eine Krankheit zu bekämpfen, und auf der anderen Seite das Wohlbefinden des Patienten in den Mittelpunkt stellen, dann geht es immer darum, dem einzelnen Patienten gerecht zu werden. Oft wurde Hightech-Medizin und individuelle Zuwendung geradezu als Widerspruch gesehen, dabei

ist das Gegenteil der Fall. Unser Ideal ist, personalisierte Medizin zu betreiben, also herauszufinden, was für den einzelnen Patienten das Beste ist. Dahin gehen heute die neuesten Medikamente, deren Wirksamkeit von molekularen Veränderungen beim einzelnen Patienten abhängt. Dahin geht aber auch die menschliche Dimension der pflegerischen, ärztlichen, psychosozialen Betreuung der Patienten, die viel mit Zuhören und wenig mit Patentrezepten zu tun hat.

#### *Können Sie das näher erläutern?*

Man spricht heute viel von „early palliative care“, also bereits zu Beginn der Tumorbehandlung einsetzender palliativer Betreuung, die den Blick auf die Lebensqualität und die individuellen Bedürfnisse des Patienten richtet. Für uns bedeutet das zunächst einmal, dass wir uns ganz auf den Patienten einstellen, indem wir ihm zuhören, im Gespräch herausfinden, was für ihn wichtig ist. So frage ich den Patienten meist als Erstes: Was wissen Sie über Ihre Krankheit? So kann ich herausfinden, inwieweit ihm klar ist, wie es um ihn steht. Ob er seine Krankheit akzeptiert. Dann frage ich ihn: Was sind Ihre Ziele? Was wollen Sie mit unserer Hilfe erreichen? Welche medizinische Unterstützung wir ihm dann sinnvollerweise geben können, hängt von den Antworten auf diese Fragen ab.

#### *Der Patient entscheidet bei Ihnen selbst über seine Therapie?*

Wenn Sie so wollen: selbst, aber nicht allein. Oder genauer: Der Patient entscheidet über die Ziele der Therapie. Aber wir lassen ihn damit nicht allein, sondern begleiten ihn auch in dieser Entscheidungsfindung. Und, das darf man auch nie vergessen: Die Antwort auf diese Fragen wandelt sich – im Lauf eines Lebens und im Lauf einer Erkrankung. Es gibt unheilbar erkrankte Patienten, die wollen keine lebensverlängernden Therapien. Sie wollen aber ihren letzten Lebensabschnitt möglichst schmerzfrei und bei klarem Bewusstsein erleben. Und es gibt andere, die wollen unbedingt noch so lange leben, bis ihr Enkelkind eingeschult wird, auch wenn das noch ein Jahr dauert. Oder sie wollen noch etwas klären, sich mit jemandem aussöhnen. Solche Wünsche, erkannt und ausgesprochen, kön-

nen selbst eine ungeheure Lebenskraft verleihen – und wenn wir dies therapeutisch unterstützen können, tun wir das.

#### *Wie kommen Sie als Arzt damit klar, ständig schwerstkranke Patienten zu begleiten? Nehmen Sie die Probleme mit nach Hause?*

Nein, das nicht. Aber ich lerne durch meine Patienten, mein eigenes Leben vom Ende her zu sehen. Ich glaube, dadurch lebe ich heute intensiver. Das Leben ist für mich jeden Tag ein Geschenk.

*Privatdozent Peter Markus Deckert wurde am 30. April 1964 in Berlin geboren. Studiert hat er an der Medizinischen Hochschule Hannover mit Praktika in Dublin und New York. An der Medizinischen Hochschule Hannover war Deckert auch seine ersten drei Berufsjahre als Arzt tätig, bevor er für knapp fünf Jahre zur Forschung an das Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, ging. An der Charité war er auf dem Campus Benjamin Franklin in Steglitz erst Assistenzarzt und dann Leiter der Stammzellherstellung und hat sich dort habilitiert. Ab Februar 2008 war Deckert Oberarzt am Klinikum Brandenburg, wo er seit dem 1. Januar 2012 als Chefarzt die Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin im Zentrum Innere Medizin II leitet.*

## Malpinsel statt Hot Iron

» Manuela Ulbrich hat ihr kreatives Potential wiederentdeckt «



Manuela Ulbrich und ihr Werk.  
Foto: Ann Brünink

„Als Kind habe ich viel gemalt“, sagt Manuela Ulbrich, die seit dem 1. März 2010 als Service-Managerin im Klinikum arbeitet. Und das nicht nur im Kunstunterricht. Sie habe ein Faible gehabt für die alten Meister. „Cranach war der Renner“, lacht sie. Sie habe die Bilder aus Büchern abgemalt, sei auch nach Dresden gefahren in die Gemäldegalerie. Da sei sie so zehn bis vierzehn Jahre alt gewesen. Als sie dann auf die Oberschule ging, habe sie wenig Zeit gehabt, musste viel für die Schule lernen.

„Ich bin nicht im Geringsten auf die Idee gekommen, die Kunst zum Beruf zu machen“, erinnert sie sich. Talente seien früher nicht gefördert worden. Eigentlich habe sie Rechtsanwältin werden wollen. Aber das sei auch mit ihrem Einser-Abitur nicht gegangen. Sie hat dann an der Uni Leipzig studiert, ihren Abschluss als Diplom-Ökonomin dort gemacht. Später dann hatte sie Familie, Kinder und

Beruf, da war dann auch keine Zeit mehr für das kreative Tun. Sie habe viel Kraftausdauertraining gemacht – Hot Iron. Habe sich richtig extrem ausgearbeitet als Ausgleich für den beruflichen Stress und das viele Sitzen im Büro, berichtet Manuela Ulbrich. Und dann sei sie krank geworden, habe 2002 eine schwere Operation gehabt. In der anschließenden Reha habe sie die Malerei für sich wiederentdeckt. Krafttraining war nach der Operation ohnehin nicht möglich. Und wenn sie heute Stress abbauen will, dann malt sie. „Schon das Mischen der Farben hat eine total beruhigende Wirkung auf mich“, berichtet die gebürtige Brandenburgerin.

In der Reha hatte sie Anleitung von Kunsttherapeuten. Jetzt male sie autodidaktisch, weil ihr zum Besuch von Malkursen die Zeit fehlt. Die Phase der alten Meister ist offensichtlich abgeschlossen. Heute malt Manuela Ulbrich abstrakt. Geometrische Formen in warmen, leuchtenden Farben sind ihre liebsten Motive. Sie hat ihr Büro mit eigenen Werken dekoriert und die Nachbarbüros gleich mit. Gern malt sie auch Blumen, beispielsweise Mohn. Sie habe auch schon Akte gemalt, aber das sei schwer. Landschaftsmalerei interessiere sie weniger, gibt sie zu.

In der warmen Jahreszeit sei sie nicht so oft an der Staffelei anzutreffen, verrät die Hobbykünstlerin, da arbeite sie lieber im Garten. Doch wenn die Tage kürzer werden und die Abende länger, dann malt sie gern, statt fernzusehen oder den PC zu nutzen. Sie malt auf Leinwand in Acryl. Doch sie sei eine Schnellmalerin, weil sie ungeduldig sei, ihre Bilder schnell fertig haben will. Zwei Tage höchstens male sie an einem Bild. Eine Grundidee habe sie im Kopf, wenn sie anfange. „Beim Malen schaue ich dann, was sich so ergibt, auch farblich.“ Ihre Bilder verschenkt sie im Freundeskreis und an ihre beiden erwachsenen Kinder.

Sie male auch Bilder auf Bestellung. Wenn Freunde in eine neue Wohnung umgezogen sind, beispielsweise. Dann berücksichtigt sie auch Farbwünsche. Geld nehme sie für ihre Bilder nicht. „Ich male, weil es mir Spaß macht. Ich habe keine kommerziellen Interessen.“

– Verfasser –

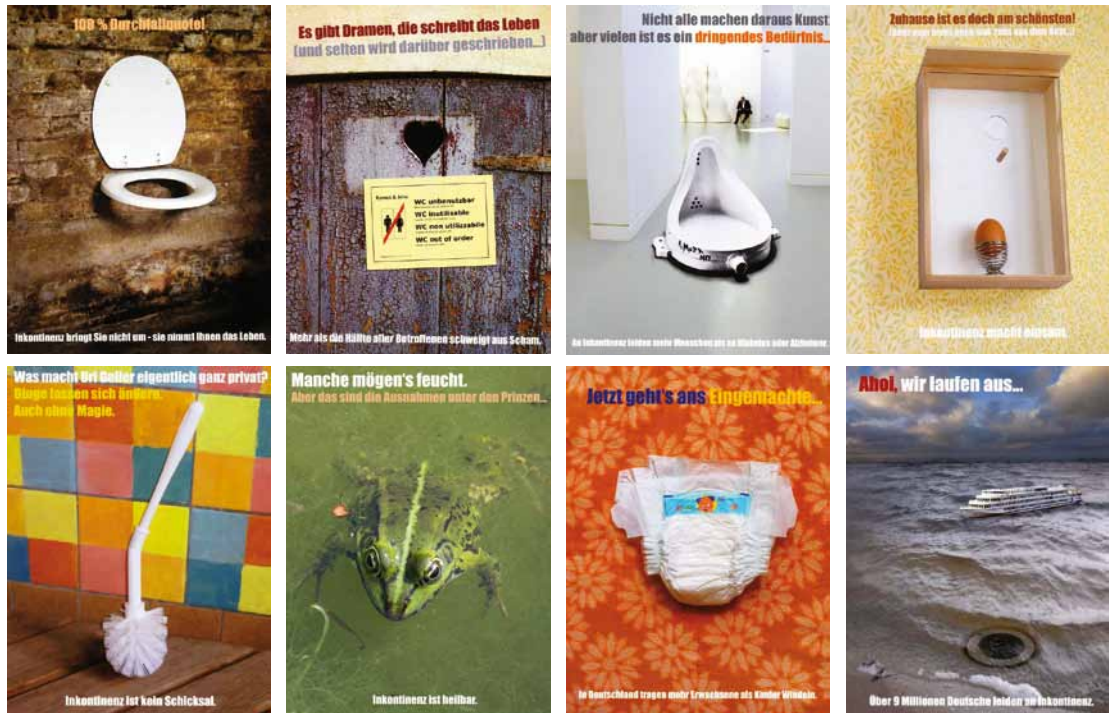


Ann Brünink  
M.A. phil.

Journalistin

## Kunst füllt Säle, Kontinenz nicht

» Informationen über menschliche Bedürfnisse «



Plakataktion von Jan Beumelburg.

Die frohe Botschaft lautet: Harninkontinenz ist heilbar. Dennoch ruft diese gute Nachricht, die der Förderverein „Kunstgenuss ohne Not“ seit März vergangenen Jahres überall verbreitet, nicht immer Freude hervor. Stellen Sie sich vor, Sie gehen ins Konzert. Doch statt der erwarteten Klanggenüsse werden Sie über Inkontinenz informiert. Mal mit einem kurzen Filmchen, in dem Christiane Ziehl die Hauptrolle spielt und überzeugend die frohe Botschaft verkündet. Oder bei einem informativen Vortrag eines Facharztes. Wie unlängst bei einem Jacaranda-Konzert geschehen. Unangekündigt, versteht sich. Das finden viele Leute gar nicht lustig.

Warum aber überhaupt Kunstgenuss mit Kontinenz huckepack? Darauf hat Yvett-Catrin Seraphim, Mitglied im Förderverein „Kunstgenuss ohne Not“ und Organisatorin der Kulturveranstaltungen, eine ebenso einfache wie verblüffende Antwort: „Kunst füllt Säle. Kontinenz nicht.“ Doch muss man deshalb die Leute gleich als Geiseln nehmen? Die Erfahrungen des Fördervereins lassen dies tatsächlich sinnvoll erscheinen. Nachfolgend einige Informationen zum Thema:

### Was ist Harninkontinenz?

Menschen, die unter Harninkontinenz leiden, verlieren ungewollt und unvorhersehbar Harn. Das passiert besonders häufig, wenn sie lachen, niesen, sich beim Sport anstrengen oder wenn sie schwer heben. Manchmal kann auch Harn abgehen, weil der Druck in der Blase zu groß geworden ist und die rettende Toilette nicht rechtzeitig erreicht wird.

Obwohl Harninkontinenz heilbar ist, hat sie sich zu einem schwerwiegenden medizinischen, sozialen und psychologischen Problem entwickelt. Warum? Weil Betroffene nicht wissen, dass und wie ihnen geholfen werden kann. Harninkontinenz zählt zu den größten Tabus in der Gesellschaft. Schamgefühle und Fehlinformationen tragen ebenso zur Tabuisierung bei wie Vermeidungsstrategien von Seiten der Patienten und auch der Ärzte.

In Deutschland leiden etwa 9 Mio. Menschen unter einem Kontinenzproblem – das muss heute nicht mehr sein!

## Was tun?

Der Förderverein Kunstgenuss ohne NOT e. V. wurde im März 2011 von Ärzten und Schwestern des Brandenburger Klinikums gegründet. Der Verein unterstützt durch zielgerichtete Aktionen und Veranstaltungen das Brandenburgische zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Städtischen Klinikum Brandenburg GmbH in seinem Bestreben, Hilfe anzubieten, um Betroffenen der Kontinenzkrankung wieder ein normales Leben zu ermöglichen.

## Das Projekt „Notdurft“



Wie in vielen anderen Städten auch mangelt es an öffentlichen WCs in Brandenburg an der Havel. Hinzu kommt, dass die meisten WCs nur zu bestimmten Tageszeiten zu erreichen sind, weil sie sich in städtischen Institutionen wie Museen oder anderen öffentlichen Einrichtungen befinden. Nur wenige sind rund um die Uhr benutzbar. Sie liegen meist in der Innenstadt.

In Kooperation mit Gastronomen der Stadt wurde das Projekt „Notdurft“ initiiert. Beteiligte Gastronomen zeigen mit einem Piktogramm ihre Bereitschaft an, ihre Toiletten für jeden zugänglich zu machen, auch wenn man kein Besucher des Restaurants ist.

Für einen rundum entspannten Kunstgenuss gibt der Verein „Kunstgenuss ohne Not“ in seinem Kunst-Stadtplan Anregungen für künstlerische Entdeckungen in der Stadt und Hinweise auf Notdurftorte.

## Weitere Aktionen

Seit 2010 beteiligt sich das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum des Städtischen Klinikums Brandenburg regelmäßig an der Weltkontinenzwoche, initiiert von der International Continence Society (ICS).

Um seine Projekt- und Kunstideen umsetzen zu können, hat der Förderverein den Künstler Jan Beumelburg zum Mittun begeistern können. Nicht aus Betroffenheit heraus, aber aus Interesse und Sympathie für dieses schwierige – und verschwiegene Thema – hat es den Künstler gereizt, diesem Stoff ästhetische Aspekte abzugewinnen. Mit einer

Plakataktion entlang des Heinrich-Heine-Ufers hat der Förderverein das Interesse der Presse und Öffentlichkeit auf das Thema lenken können.

Durch Einladung zu besonderen kulturellen Highlights erreicht der Förderverein „Kunstgenuss ohne Not“ viele Menschen. Ziel aller Kulturveranstaltungen ist es, immer wieder das Thema Inkontinenz prägnant in den Vordergrund zu bringen. Durch die Anwesenheit von Industrieständen der Pharmafirmen mit entsprechendem Informationsmaterial wird die Aufklärung fundiert unterstützt.

„Nur dem Sprechenden kann geholfen werden“, lautet eine Spruchweisheit. Darum, liebe Brandenburgerinnen und Brandenburger: Wenn Sie mal wieder in einer Veranstaltung sitzen und über Inkontinenz informiert werden, haben Sie bitte Verständnis und nehmen Sie es gelassen. Vielleicht kennen Sie sogar Menschen in Ihrer Familie oder im Bekannten- und Freundeskreis, die von dem Problem betroffen sind, aber nicht wissen, wo und wie ihnen geholfen werden kann. Erzählen Sie von der Veranstaltung und was Sie dort erfahren haben – einfach so. Damit tragen Sie dazu bei, dass immer mehr Menschen informiert sind und die Hilfe erhalten, die sie so dringend benötigen. Vielen Dank!

### Veranstaltungstipps:

**Harald Martenstein** liest aus seinem Buch „Ansichten eines Hausschweins. Neue Geschichten und alte Probleme.“

5. September 2012, 19:00 Uhr  
St. Petrikapelle am Brandenburger Dom

**Manfred Krug und Uschi Brünig**  
mit Jazzin' the Blues

8. September 2012, 20:00 Uhr  
Industriemuseum, August-Sonntag-Str. 5  
Informationen und Karten erhalten Sie in der MAZ-Ticketeria, Tel. 03381 79 66 00

**Weitere Informationen** zu Veranstaltungen des Fördervereins, auch im Rahmen der 3. Weltkontinenzwoche, finden Sie unter [www.kontinenzzentrum-brandenburg.de](http://www.kontinenzzentrum-brandenburg.de).

– Verfasser –



Yvett-Catrin  
Seraphim

– Koautorin –



Ann Brünink  
M.A. phil.

Journalistin

## Bitte mal mir ein Schaf

»Die Kinderklinik ist umgezogen«



Oberschwester Marion Häusler stellt uns das Schaf vor.



Hier macht das Spielen wieder Spaß.

Tipp, tapp, tipp, tapp, tipp, tapp – ein Gewirr von Spuren auf dem gelben Fußboden führt mitten hinein in die neuen, farbenfrohen Räume der Kinderklinik auf der vierten Ebene des Westflügels. Wer ist denn hier bloß alles langgeschlichen? Ein dicker Löwe? Ein Hund? Ja, was bloß? Spuren müsste man lesen können. Und wenn ein Kind bettelt „Bitte mal mir ein Schaf“, so wie der Erzähler aus dem Buch „Der kleine Prinz“? Nichts leichter als das. Tür auf und schon ist da ein wunderschönes, wolliges Schaf auf dem Boden zu sehen.

Im linken Flur der Kinderklinik sind die Kleinsten von 0 bis 3 Jahren untergebracht. So wie die kleine acht Wochen alte Tochter Vanessa von Janine Heise. Das Mädchen schlummert friedlich in ihrem Kinderbettchen in dem hellen, freundlichen Krankenzimmer mit dem tollen Ausblick über die Stadt. Aber der interessiert Vanessa noch nicht. Sobald die Kleine die Augen aufschlägt, fängt sie an zu schreien. „Und nichts kann sie dazu bringen aufzuhören“, erzählt die Mutter. Deshalb ist die Kleine in der Kinderklinik. Denn wenn Babys derartig ausdauernd schreien,

dann können Schmerzen die Ursache sein, wie sie beispielsweise Koliken auslösen können, erklärt Oberschwester Marion Häusler. Jetzt wird der kleine Mensch medizinisch durchgecheckt und an einen ganz regelmäßigen Tagesablauf gewöhnt. Dazu gehört auch, dass Mama Janine alle vier Stunden zum Stillen kommt. Wenn alles gut geht, dann kann die Kleine nach drei bis vier Tagen wieder nach Hause.

Zwei bis vier Tage stationärer Aufenthalt, das ist auch die durchschnittliche Verweildauer in der Kinderklinik, berichtet Stationsleiterin Kathleen Pörschke. „Kinderkrankenpflege hat viel mit Krankenbeobachtung und Körpersprache zu tun“, erzählt die erfahrene Kinderkrankenschwester, die seit 16 Jahren im Klinikum arbeitet. Schließlich können die Kleinsten oftmals ja gar nicht erklären, was für Beschwerden sie haben. Eine ihrer Aufgaben sieht die Kinderklinik deshalb auch darin, frisch gebackene Mütter und Väter im Umgang mit ihren Babys anzuleiten.





*Eines der wunderbar ausgestatteten Spielzimmer.*

In der Kinderklinik geht es familiär zu. Wenn die kleinen Patienten ansteckungsfrei sind, dann dürfen sie sich auf der Station frei bewegen. Ein Anziehungspunkt ist das wunderbar ausgestattete Spielzimmer. Hier gibt es alles, was Kinderherzen höherschlagen lässt.

Sorgen, dass die Kinder verloren gehen könnten, muss man nicht haben. Die Kinder haben ein Armbändchen um. Das piept, sobald sie die Station verlassen. Der Haupteingang ist außerdem videoüberwacht. Die Kinderklinik ist vor unerwünschten Besuchern gut gesichert. Wer zur Station will, muss klingeln. Alle anderen Türen sind alarmgesichert.

Die Kinderstation ist auf zwei Flure verteilt. Auch bei den älteren Kindern von vier bis achtzehn Jahren gibt es auf dem rechten Flur viel Interessantes zu entdecken. Sie können in Rom nächtigen, in Paris oder London. Außer über Wandbilder und Informationen über den jeweiligen Ort können sie sich auch noch über Gesundheitswünsche in der Landessprache freuen, die in den Zimmern in einer Wandnische zu entdecken sind.

Auch für die Jugendlichen steht ein separater Aufenthaltsraum zur Verfügung mit Fernseher und Lümmelcouch. Aber diesem Raum fehlt es noch ein

bisschen an Flair. Doch nach und nach soll auch er so richtig gemütlich werden.

In der neuen Kinderklinik steht mit insgesamt 363,2 Quadratmetern deutlich mehr Platz zur Verfügung als im alten Gebäude. „Zugunsten eines großzügigen Dienstzimmers auf jedem Flur haben wir jeweils auf ein Patientenzimmer verzichtet“, berichtet Oberschwester Marion.

Und auch Mama oder Papa sind auf der Station gern gesehene Gäste, die jederzeit bei ihren Kindern übernachten können.

Insgesamt sei das Arbeiten viel leichter geworden, berichtet Marion Häusler. Die Wege zu den Untersuchungsräumen sind weitaus kürzer, weil sich alles unter einem Dach befindet, so die Oberschwester. Und auch die Kreißsäle, die Frühchenstation und die Kinderintensivstation befinden sich ganz in der Nähe, nämlich auf Ebene zwei des Westflügels.

— Verfasser —



**Ann Brünink**  
*M.A. phil.*

*Journalistin*

## „Schmerzen machen böse“

»Zwei Erfahrungsberichte aus der Notaufnahme«



Jan-Eric Arndt  
Foto: Ann Brünink

### Jan-Eric Arndt

„Ich fühle mich in der Rettungsstelle sehr wohl und komme jeden Tag gern her“, sagt Dr. med. Jan-Eric Arndt. Wenn er Fragen habe, werde er mit Rat und Tat unterstützt. Einmal sollte er einem Patienten die Schulter wieder einrenken, die der sich ausgekugelt hatte. Arndt wusste zwar, dass das geht, aber nicht wie. Da haben ihn seine Kollegen angeleitet.

„Man vergisst hier nicht das Wichtigste: den Patienten“, lobt der 30-Jährige, der seit März in der Rettungsstelle arbeitet. Er absolviert seit 2009 beim Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie, Prof. Dr. med. Roland Becker, seine sechsjährige Facharztausbildung zum Orthopädie-Unfallchirurgen. Eine sechsmonatige Mitarbeit in der Notaufnahme ist Bestandteil dieser Ausbildung.

Jan-Eric Arndt sieht viel Spielraum für seinen individuellen Anspruch im Umgang mit den Patienten in der Rettungsstation. „Ich stelle mir vor, wie ich möchte, dass mein Vater in vergleichbarer Situation behandelt wird.“ Natürlich müsse er Rücksicht nehmen auf den Andrang, der jeweils herrsche. „Aber gesteigerte Effektivität führt zu unzufriedenen Patienten“, gibt er zu bedenken. Ihm sei es wichtig, mit den Patienten zu reden, ihnen den Sachverhalt zu erklären. Man müsse abwägen, wie viel Offenheit ein Patient vertragen. Manche seien dankbar dafür, andere nicht.

„Schmerzen machen böse“, hat Arndt festgestellt. Allerdings beschwerten sich lebensbedrohlich Verletzte so gut wie nie über die Behandlung. Das machen vielmehr Menschen, die mit vergleichsweise harmlosen Erkrankungen in die Rettungsstelle kommen – inzwischen die Mehrzahl. Kein Patient wird abgewiesen. „Aber wir behandeln nicht wie beim Hausarzt nach festen Terminen oder in der Reihenfolge des Erscheinens, sondern nach Schwere und Dringlichkeit der Erkrankung oder Verletzung“, erläutert Arndt. Dieses Prinzip der Triage, also die Vorauswahl nach Dringlichkeit, kann bei leichteren Fällen zu langen Wartezeiten führen. Beschwerden würden sich nun gerade diese Patienten, die streng genommen gar nicht in die Rettungsstelle gehören. „Das nervt“, bekennt der junge Arzt freimütig, obwohl er auch Verständnis für die Ungeduld wartender Patienten habe.

Geradezu bedrohlich könne es werden, wenn alkoholisierte Patienten aggressiv werden. Das passiere vor allem nachts. Schmerzen empfinden die meist nicht, weil sie der Alkohol betäubt hat. Die greifen dann durchaus mal den Arzt an. Da bewundere er die diensthabenden Schwestern, die es wie von Zauberhand schaffen, die wildesten Kerle ruhigzustellen.

Sehr zeitaufwändig sei die Bürokratie. Denn in der Rettungsstelle gehe es nicht nur darum, möglichst zügig eine zutreffende Diagnose zu stellen. Es gehe auch darum zu dokumentieren, welche Erkrankungen ausgeschlossen werden können. „Auch ein Herzinfarkt kann sich hinter Rückenschmerzen verbergen. Die Angst, etwas nicht zu erkennen, ist groß“, räumt Jan-Eric Arndt ein.

Er wollte einen Beruf, der ihn ständig herausfordert. Da kam eigentlich nur Medizin infrage. Die Idee kam ihm während eines einjährigen Aufenthalts in den USA. Da war er 18 Jahre alt. „Einen herausfordernden Beruf habe ich nun“, lacht Arndt. Ob er seine Berufswahl bereut habe? Nein, bereut habe er sie nicht, bekräftigt er. „Das Studium war nicht schön. Aber da, wo ich angekommen bin, das ist schön.“ Warum das Studium nicht schön gewesen sei? „Es war sehr, sehr viel Arbeit. Ich habe auf sehr viel verzichten müssen.“



Maren Kronberg

### Maren Kronberg

Maren Kronberg (39) ist Kinderkrankenschwester, arbeitet seit 1995 im Klinikum und seit Dezember 2003 in der Rettungsstelle. „Wer die Notaufnahme einmal für sich entdeckt hat, der bleibt, denn die Arbeit ist nie langweilig, sondern vielseitig und spannend“, sagt sie.

Anfangs habe sie etwas Angst gehabt vor neuen Aufgaben wie der Reanimation von Schwerverletzten und vor neuen Krankheitsbildern wie Herzinfarkten oder lebensbedrohlichen Erkrankungen und Polytraumata, wie sie infolge von Verkehrsunfällen auftreten, also mehrfache Verletzungen ganz unterschiedlicher Art. „Man lernt nie aus, man kann immer Neues dazulernen“, so Kronbergs Fazit nach neun Jahren Arbeit auf der Rettungsstation.

Die Arbeit macht ihr Spaß, weil sie so abwechslungsreich ist. Stress gehört dazu. Vor allem emotionalen Stress erlebt die Krankenschwester jedoch als sehr belastend. „Kindernotfälle sind das Schlimmste, was passieren kann. Das geht jedem auf der Station nahe“, sagt sie. Aber richtige Kindernotfälle seien glücklicherweise selten.

„Es treten hier immer wieder Situationen ein, die so noch nie da waren“, berichtet Maren Kronberg aus dem Alltag auf der Station. „Wir behandeln im Durchschnitt hundert Patienten am Tag, am Wochenende noch mehr.“ An Feiertagen und Wochen-

enden ist besonders viel zu tun, meistens mehr als in der Woche. Deshalb werde in der gleichen Personalstärke gearbeitet wie wochentags. Das bedeutet für sie und ihre 20 Kollegen viele Wochenenddienste. Seit 1. Juli verstärken zwei zusätzliche Ärzte das Team. Sie werden dringend gebraucht.

„Die ‚richtigen‘ Notfälle sind in der Minderzahl“, hat auch Maren Kronberg festgestellt. Es kommen Menschen mit Beschwerden, die eigentlich der Hausarzt behandeln könnte. Aber es ist in Brandenburg schwer, einen Hausarzt zu finden. Deshalb sei es immer so voll in der Notaufnahme. Leider hätten die Patienten kein Verständnis, wenn sie länger warten müssen. Natürlich seien nicht alle so. Es sei eine Mischung. Es gebe dankbare Patienten, es gebe Patienten, die sich aufregen und danebennehmen, und es gebe aggressive, alkoholisierte Patienten. Letztere würden vermehrt in der Notaufnahme erscheinen, wenn Festlichkeiten in der Stadt stattfinden, wie beispielsweise das Havelfest.

— Verfasser —



Ann Brünink  
M.A. phil.

Journalistin

## Klinisch rein ist nicht genug

» Seit Februar 2012 arbeitet die ZSVA mit einer neuen Leitung «



Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung

Die ZSVA (Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung) spielt in der Versorgungskette eines Krankenhauses eine entscheidende Rolle. Im täglichen Krankenhausbetrieb geht es darum, sämtliche wiederaufbereitbare Medizinprodukte (MP) absolut keimfrei zur richtigen Zeit sowie in der richtigen Menge zur Verfügung zu stellen. Nicht nur Skalpelle, sondern auch komplexe zerlegbare Medizinprodukte finden den Weg in die ZSVA. Dazu benötigt man gutes Reinigungs-Know-how und es ist eine logistische Herausforderung. Fehlen wichtige Operationsbestecke, kann auch der beste Arzt dem Patienten nicht helfen. Die Mitarbeiter der Sterilgutversorgungsabteilung sehen sich als Dienstleister für operative Abteilungen, Stationen, Funktionsabteilungen und das Gesundheitszentrum sowie für angeschlossene Arztpraxen. Zu ihren Aufgaben gehören die Reinigung, Desinfektion, Pflege, Sortierung, Sterilisation und Bereitstellung von wiederverwendbaren Medizinprodukten.

Die Reinigung der Instrumente ist keineswegs trivial, denn in einem solch sensiblen Bereich gibt es Regeln, Vorschriften und Anweisungen, damit Fehler möglichst vollständig ausgeschlossen werden können. Da Medizinprodukte häufig aus vielen Kleinteilen bestehen, müssen insgesamt viele tausend Einzelteile gereinigt und wieder zusammengesetzt werden. In der ZSVA des Städtischen

Klinikums Brandenburg werden Instrumente aller Fachdisziplinen, wie der Neurochirurgie, Urologie, Gynäkologie, Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Augen Chirurgie und Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie, wiederaufbereitet. Eine besondere Herausforderung für die Mitarbeiter der ZSVA war die Übernahme der Aufbereitung flexibler Endoskope im November 2011, da diese als hochkomplexe Medizinprodukte besonderen Anforderungen unterliegen.

In der ZSVA wird der Inhalt der Siebe per EDV erfasst und nach Risikogruppen – gemäß den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts und der Einstufungstabelle – klassifiziert. Die Spezifikationen werden entsprechend den Herstellerangaben ermittelt und das Aufbereitungsverfahren für die Einzelteile festgelegt. Durch Zuordnung eines Barcodes ist für jedes MP eine eindeutige Umlaufnummer erfasst. Wichtig ist, dass jedes einzelne Teil zu jedem beliebigen Zeitpunkt unter Kontrolle ist, was eine hohe Dokumentationsdichte erfordert. Das dient der Patientensicherheit.

Im Grunde geht es darum, sogenannte Siebe zu packen. Diese bis zu 15 Kilo schweren Behälter erreichen die ZSVA mit gebrauchten Medizinprodukten. Im sogenannten Reinigungs- und Desinfektionsbereich werden die einzelnen Teile vorgereinigt und

kommen dann in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG), die wie große Geschirrspüler aussehen und auch so arbeiten. Das Besondere: Sie sind von zwei Seiten aus zugänglich. Beschickt werden sie auf der „unreinen“ Seite, ausgeladen auf der „reinen“ Seite im Kontroll- und Packbereich. Hier werden die Teile auf Sauberkeit, Funktionsfähigkeit und Pflegebedarf – wie Ölen beispielsweise – geprüft.

Mittels moderner Barcodetechnologie und nach exakten Packanweisungen werden die Instrumente für den nächsten operativen Einsatz dann in Sieben zusammengestellt. Das garantiert am Operationstisch einen bestmöglich vorbereiteten Ablauf, da sich alle Geräte immer am richtigen Platz befinden.

Zum Schluss erfolgt die Sterilisation nach dem Standardverfahren mit Dampf von 134 Grad Celsius. Die gepackten Sets kommen in große Dampfsterilisationsapparate. Das komplette Sterilisationsverfahren dauert eine Stunde und zehn Minuten. Für thermolabile Medizinprodukte gibt es ein Niedertemperatur-Sterilisationsverfahren, die sogenannte Plasmasterilisation. Im anschließenden Freigabe- und Kommissionier-Bereich werden die Verpackungen auf Schäden untersucht und der ordnungsgemäße Ablauf der Sterilisation beurteilt. Hierzu muss der Mitarbeiter die Prozessparameter wie Dampf, Druck, Zeit und Temperatur des Sterilisators prüfen. Im Anschluss erfolgt die Freigabe zum Einsatz des Medizinproduktes und die Kommissionierung entsprechend den Verbraucherverhalten. In der Regel wird für die Operationsäle ein Vorrat an aufbereiteten Medizinprodukten für einen Tag bereitgestellt.

Das Ziel der Sterilgutversorgung ist die Wiederaufbereitung von Medizinprodukten unterschiedlichster Art, wie etwa Skalpellhalter, Instrumente für die minimalinvasive Chirurgie, Beatmungsbeutel oder Instrumente für Augenchirurgie, um nur einige zu nennen. Jeder einzelne Artikel unterliegt je nach Beschaffenheit ganz besonderen Voraussetzungen für die optimale Reinigung und Sterilisation. So muss beispielsweise der Kunststoffschlauch eines Inhalationsgerätes anders behandelt werden als der Skalpellhalter aus Metall.

Mit Angela Uhlemann hat das Klinikum Brandenburg eine hochkompetente Fachfrau engagiert. Das ist umso wichtiger, weil es bis heute für diese Tätigkeit keine klar geregelte Ausbildungsstruktur

gibt. Obwohl die Vorschriften für die Aufbereitung von Medizinprodukten durch Einführung der Richtlinien des Robert-Koch-Institutes, des Medizinproduktegesetzes, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und der entsprechenden Normen immer komplizierter werden, ist die Tätigkeit in einer Sterilgutversorgungsabteilung nach wie vor ein Anlernberuf. Die Kenntnisse dafür werden in Fachkundeflehrgängen I–III erworben.

Angela Uhlemann hat in Potsdam eine Ausbildung als Krankenschwester absolviert und 1978 ihr Staatsexamen abgelegt. Im Bezirkskrankenhaus Potsdam hat sie sich weiterqualifiziert zur OP-Schwester und in verschiedenen OP-Zentren gearbeitet. Ab 1998 hat sie dann ihr umfangreiches Fachwissen in verschiedenen Sterilgutversorgungsabteilungen erlangen können. Sie absolvierte die Fachkundeflehrgänge I–III für technische Sterilisationsassistenten und war zunächst als Schichtleitung, stellvertretende Leitung und Leitung der ZSVA des Klinikums „Benjamin Franklin“ in Steglitz beschäftigt.

Bevor sie im Klinikum Brandenburg die Zentrale Sterilgutabteilung übernommen hat, hat sie als Projektleitung deutschlandweit mehrere Zentrale Sterilgutabteilungen aufgebaut und in Betrieb genommen. Sie war als Regionalleitung für 176 Mitarbeiter verantwortlich. Ihren fachlichen Schwerpunkt hatte Frau Uhlemann in der Fachkundefausbildung von Mitarbeitern sowie im Aufbau eines Qualitätsmanagements für die ZSVA.

Die Mitarbeiter der ZSVA des Klinikums Brandenburg arbeiten von montags bis freitags im Zweischicht-Betrieb und sichern die Versorgung des OPs am Wochenende mit einem Zwischendienst am Sonntag und einer Rufbereitschaft am Sonnabend ab.

– Verfasser –



**Angela Uhlemann**

*Leiterin Zentrale  
Sterilgutabteilung*

## Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



### — Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	01.04.12	Dr. med. Faris Grebe	Gefäßchirurgie
	01.04.12	Kristin Schlag	Station 3.2 B
	06.05.12	Beate Friedrich	Station 3.1 C
	01.06.12	Dr. Helmut Schliesing	Medizinische Schule
20 Jahre	01.05.12	Kathrin Bonk	Personalabteilung

### — Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.04.12	Sina Tredup	Station 3.1C
01.04.12	David Rösner	Zentral-OP
16.04.12	Anika Dademasch	Innere Med. Klinik I
16.04.12	Jorge Luis Castillo Becerra	Neurochirurgie
01.05.12	Anja Mauser	Verwaltung
01.06.12	Alfonso Scharfenberg	Allgemeinchirurgie
18.06.12	Arnd Többens	Anästhesie
18.06.12	Julian Halder	Frauenklinik

### — Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

01.04.12	Dr. med. Sebastian Wicht	Allgemeinchirurgie
01.04.12	Dr. med. Wolfgang Lammers	Anästhesie
01.04.12	Kirsten Jungnickel	Frauenklinik
01.04.12	Jana Ondrasek	Innere Med. Klinik I
01.04.12	Regina Klann	Innere Med. Klinik II
01.05.12	Hans-Hartwig Guenther	Urologie
01.05.12	Isabell Koechly	Frauenklinik
01.06.12	Heike Kosanke	Pädiatrie
01.06.12	Detlef Krause	EDV



### — Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.02.12	Angela Uhlemann	Zentralsterilisation
01.02.12	Hans-Jürgen Arndt	Technik
01.02.12	Christoph Friebe	Technik
01.03.12	Cathrin Schulz	Reinigung
01.04.12	Katja Haverney	Hausdame
01.04.12	Sandy Winter	Reinigung
10.04.12	Marko Friebe	Küche
10.04.12	Normen Rauhöft	Servicekräfte Pflege
10.04.12	Christin Schlawatzky	Servicekräfte Pflege
10.04.12	Nicol Tilegant	Servicekräfte Pflege
01.05.12	Marina Lemke	Servicekräfte Pflege
01.05.12	Sandy Karsunke	Servicekräfte Pflege

01.05.12	Katrin Kyburg	Zentralsterilisation
01.05.12	Monika Brodöhl	Zentralsterilisation
01.06.12	Stefan Kaiser	Servicekräfte Pflege
01.06.12	Martin Oertel	Servicekräfte Pflege
01.06.12	Eleen Vierjahn	Servicekräfte Pflege
01.06.12	Annette Bölk	Patiententransport
04.06.12	Stephanie Steinbart	Servicekräfte Pflege
15.06.12	Stefanie Duhm	Zentralsterilisation
15.06.12	Sylke Lange	Zentralsterilisation
15.06.12	Petra Hechevarria Diaz	Reinigung
15.06.12	Bettina Müller	Technik
15.06.12	Manfred Block	Technik

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

01.04.12	Uwe Truetschler	Technik
01.06.12	Norbert Schlundt	Patiententransport
01.06.12	Karl Grabow	Gärtner

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...*



01.01.12	Katja Thiele	Kinder- und Jugendmedizin
01.01.12	Klaus-Peter Flegel	Dermatologie
16.01.12	Collin Schulz	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Zahnmedizin
01.02.12	Michael Zeh	Pathologie
16.03.12	Ramona Paetznick	Kinder- und Jugendmedizin
01.04.12	Julia Ernst	Kinder- und Jugendmedizin
01.04.12	Anja Wiechel	Kinder- und Jugendmedizin

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...*

01.01.12	Ines Moehring	Allgemeinmedizin
01.01.12	Dieter Hartmann	Allgemeinmedizin
01.02.12	Jacqueline Nowak	HNO
01.02.12	Kerstin Schwarz	Physikalische Medizin und Reha

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

In dieser Ausgabe:

### Schwitzen wie ein Affe? Schwitzen als menschliches Privileg



Ihr Dr. Nikki Ulm

„Das ist ja eine Hitze, da schwitzt man ja wie ein Affe ...“, teilte mir eine Mitarbeiterin der Cafeteria mit, als es mal richtig heiß war. Ich entgegnete ihr vorschnell „Affen schwitzen nicht“ ... und lag falsch. Aber: Körperliches Schwitzen ist ein relativ menschliches „Privileg“, das auch von einigen Affenarten, Kamelen und Hornträgern wie Pferden geteilt wird, aber sonst im Tierreich nicht weit verbreitet ist. Wir benötigen die Schweißdrüsen, um unsere überschüssige Wärme vor allem durch Verdampfung des Wassers an die Umgebung abzugeben. Hunde machen dies durch Hecheln, bei Katzen sind die Schweißdrüsen vor allem auf die Fußballen beschränkt, auch das Belecken des Felles wird hierfür genutzt, Schweine wälzen sich hierfür im feuchten Erdreich ... Also nicht erschrecken, wenn ein Löwe Sie anspricht: Die feuchten kalten Tatzen sind ein normales Zeichen der Erregung hungriger Raubkatzen. Mit dem Schweiß setzen wir übrigens neben Wasser, Elektrolyten, Harnstoff/-säure, Ammoniak, Fettsäuren, Eiweiß und Milchsäure

auch Sexualbotenstoffe frei. Diese Sexualbotenstoffe erfüllen entwicklungsgeschichtlich eine Funktion bei der Suche und der sexuellen Erregung des Partners. Für die Partnersuche wird inzwischen jedoch eher das Internet genutzt (trotz oder wegen bisher fehlender Duftstoffe) und die Erregung der Mitmenschen durch den Schweiß betrifft eher andere Bereiche als den Sexualbereich. Aber dafür gibt es ja Deos.

Trotz aller Nachteile: Der Mensch ist mit dem Schweiß relativ gut bedient: Gespräche wären an einem heißen Sommertag durch dauerndes Hecheln praktisch unmöglich; die Schuhe bei körperlicher Anstrengung auszuziehen ist besonders im Winter unangenehm; mit dem Belecken der Haut, das käme auch nicht so gut an; und das große kollektive Schlammbecken würde die Klinikleitung auch vor erhebliche Probleme stellen und bedarf der Zustimmung des Betriebsrates.

**kl  
linikum  
brandenburg**



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité