

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



kllinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Wir brauchen Beistand im Sterben – keine Hilfe beim Suizid S. 4

Ich kann wieder hören S. 8

Felix Richter ist Handballer aus Leidenschaft S. 15



Visite

- 4 Wir brauchen Beistand im Sterben – keine Hilfe beim Suizid
»Eine wichtige Debatte«
- 8 Ich kann wieder hören
»HNO-Klinik implantiert Cochlea-Implantat«
- 9 Freiwillig ins Krankenhaus?
»Neue Patientenfürsprecherinnen im Amt«
- 10 Fünf Jahre Darmzentrum West-Brandenburg
»Rückblick aus der Perspektive einer Dokumentationsassistentin«

Menschen am Klinikum

- 12 Ni snacken, topacken!
»Ivo R. Buschmann, der neue Chefarzt für Angiologie der Inneren Medizin I«
- 15 Felix Richter ist Handballer aus Leidenschaft
»Hier sind Schnelligkeit und Technik gefragt«
- 16 Ich war eigentlich ein artiger Junge
»Shadi Mousa: einst Kind im Gaza-streifen – heute Oberarzt im Klinikum«
- 18 Humanitäre Hilfe für einen jungen Palästinenser
»Erfolgreiche Rettungsaktion von Geschäftsführung und Ärzten des Klinikums Brandenburg«
- 20 Da lachen ja die Hühner
»Das Anwesen von Evelin und Ingo Jerichow gleicht einer Arche Noah«

Hinter den Kulissen

- 21 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Service

- 23 Kliniken im Überblick
- 23 Rätselspaß



4



16



20

Impressum

Redaktionsteam: • Gabriele Wolter, Geschäftsführerin • CÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer • Olaf String • CA PD Dr. med. Walter Noske • Ann Brünink • Anja Titze, Meko – Agentur für Medienkommunikation

Kontakt: Für Anregungen, Themenvorschläge und Hinweise ist die Redaktion dankbar: per E-Mail an leserbriefe@klinikum-brandenburg.de

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

auch wenn es kein erfreuliches Thema ist, wollen wir auf den ersten Seiten der neuen Ausgabe des Klinikjournal die persönliche Meinung von Herrn Chefarzt Dr. med. P. M. Deckert, Onkologie und Palliativmedizin, zum Gesellschaftsthema der Sterbehilfe veröffentlichen. Wir laden Sie zu einer regen Diskussion ein und freuen uns auf ihre Zuschriften, gerne auch per Email an leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.

Am 13. April wird eine langjährige Vision des Klinikums Brandenburg und den Kollegen in Neuruppin und der Immanuel Diakonie Wirklichkeit. An diesem Tag nehmen junge Leute ihr Studium der Humanmedizin und für den Bachelor of Science in Psychologie in der neu gegründeten Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane auf. In zwei Jahren lernen diese Studenten dann auch bei uns im Klinikum Brandenburg. Wir wünschen allen Studenten und allen Mitarbeitern und Professoren viel Erfolg beim Studium. Das Klinikjournal wird die Studenten und die Ausbildung in den nächsten Ausgaben gerne begleiten.

Seit einigen Monaten ist das Klinikum Brandenburg auch in den sozialen Netzwerken vertreten. Besuchen Sie uns bei Facebook, Google+, Youtube und Xing.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

Elternseminar im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof Informationsreihe für Eltern und Interessierte rund um das Baby- und Kleinkindalter

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

Mo., 13.04.2015 | 16.30 Uhr

Thema: » Faszination Medienwelt für 0- bis 3-Jährige «

- › Sinnvoller Umgang mit dem Fernsehprogramm
- › Was ist empfehlenswert und ab wann
- › Entdeckungsreise Kinderbücher: wie wir Kinder dafür begeistern können
- › Was wird gern gelesen?

Leitung: Beate Stapperfenne, Diplomsozialpädagogin

Mo., 11.05.2015 | 16.30 Uhr

Thema: » Mit dem Kopf durch die Wand «

- › Wenn Kinder kleine Tyrannen werden
- › Wann fängt Erziehung wirklich an?
- › Tipps zum Umgang mit dem Trotzalter

Leitung: Dr. Hans Kössel, CA Klinikum Westbrandenburg GmbH, Standort Brandenburg

Mo., 08.06.2015 | 16.30 Uhr

Thema: » Baby gut ins Bild gesetzt «

- › Bedeutung und Wert von Familienbildern
- › Tipps & Tricks für gelungene Kinderfotos

Leitung: Thilo Maußer, freiberuflicher Fotodesigner

Einmal im Monat:
KlinikJournal-TV mit
aktuellen Themen im



Wir brauchen Beistand im Sterben – keine Hilfe beim Suizid

» Eine wichtige Debatte «



Auf dieser Seite – die sich keineswegs auf eine Druckseite beschränken wird – beschäftigen wir uns mit Fragen, die nicht direkt mit dem Klinikum zu tun haben, aber trotzdem interessant sind. Hier wird es manchmal kurios, manchmal satirisch, manchmal kritisch und manchmal sehr ernsthaft zugehen – nur langweilen werden wir Sie hoffentlich nie.

Sie werden sterben. Ich auch. Darin sind wir alle gleich. Doch wie wir sterben werden, das war in unserer Gesellschaft lange ein Tabuthema. In diesem Jahr aber steht das Thema plötzlich im Fokus einer anhaltenden öffentlichen Debatte.

Deren Kernfrage lautet: Darf jemandem, der mit guten Gründen den Tod herbeiwünscht, dazu verholfen werden, oder gehört dies per Gesetz verboten? Hier ist die Rede von Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren, in absehbar kurzer Zeit zum Tod führenden Krankheit und schwerstem Leiden. Diese Beschreibung enthält immer noch genug Zündstoff, aber sie hilft, einige Begriffe zu verdeutlichen, die manchmal wild durcheinandergeworfen werden:

Passive Sterbehilfe

In einem Wort ist damit „Sterbenlassen“ gemeint, also der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.

Bekanntestes Beispiel ist das Beenden der künstlichen Beatmung bei schwerster Hirnschädigung ohne erkennbare Chance auf ein Erwachen und Weiterleben ohne Intensivmedizin.

In Europa ist passive Sterbehilfe nur in Polen verboten. Streng genommen wäre damit Sterben nur noch unter maximaler Intensivtherapie möglich. Das ist nicht gemeint, sondern die Entscheidung gegen eine Maßnahme, die zumindest Aussicht auf vorübergehenden Erfolg bietet, auch wenn sie am tödlichen Verlauf der Erkrankung nichts ändern wird. Hierfür ist in Deutschland die Willensbekundung des oder der Kranken erforderlich, zum Beispiel durch eine Patientenverfügung oder eine Vertrauensperson mit Vorsorgevollmacht.

Aktive Sterbehilfe

Für Juristen ist aktive Sterbehilfe im Wesentlichen Tötung auf Verlangen. Sie bedeutet eine gezielte Handlung, um den Tod herbeizuführen oder zu beschleunigen. Die Abgrenzung zu anderen Tötungshandlungen liegt auch hier im ausdrücklichen Patientenwillen. Die Grenze zu Totschlag oder Mord ist jedoch schwer zu ziehen: Aktive Sterbehilfe ist in Europa fast durchweg verboten, die Bewertung reicht aber von der juristischen Gleichsetzung mit fahrlässiger Tötung (Frank-

reich) bis zur Bewertung als Mord (Griechenland und Großbritannien). Straffrei ist aktive Sterbehilfe nur in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg (und dem US-Bundesstaat Oregon), wobei in Luxemburg Kinder ausgenommen sind.

Indirekte Sterbehilfe

In den Grenzbereich zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe fällt die konsequente Linderung von Leiden unter Hinnahme einer Verkürzung der Lebenszeit. Starke Schmerzmittel aus der Gruppe der Opiate verringern zum Beispiel den Atemantrieb. Dies kann zusammen mit den übrigen Wirkungen bei Patienten mit schwerster Luftnot sogar nützlich sein, um die Atmung weniger anstrengend zu machen und dadurch eine künstliche Beatmung zu vermeiden. Es kann aber auch dazu führen, dass der Leidende zwar schmerzfrei ist, aber durch die verminderte Atmung stirbt.

Hier kommt es auf die Absicht an: War den Tod herbeizuführen das Ziel, handelt es sich um aktive Sterbehilfe. War der Tod dagegen gewissermaßen die Nebenwirkung einer wirksamen Schmerzlinderung, ist es indirekte Sterbehilfe.

Dennoch wird sie auch in Deutschland immer wieder kontrovers diskutiert, denn viele Menschen sind der – oft unausgesprochenen – fundamentalen Überzeugung, dass jede Verkürzung des Lebens eine Schuld bedeute. Im Zweifelsfall eine wirksame Schmerzlinderung zu verweigern, wie es immer noch zu häufig geschieht, ist dagegen auch juristisch kein Ausweg, denn das wäre unterlassene Hilfeleistung.

Beihilfe zum Selbstmord (assistierter Suizid)

Wenn jemand selbst die entscheidende Tötungshandlung an sich vornimmt, zum Beispiel ein tödliches Gift trinkt, jemand anderes ihm dieses aber zugänglich gemacht hat, dann hat dieser andere Beihilfe zum Suizid geleistet. Da Selbstmord nicht strafbar ist, ist es grundsätzlich auch die Beihilfe dazu nicht. Jedenfalls solange nicht unterlassene Hilfeleistung bei einem behebbaren Grund des Suizidwunsches oder Bereicherungsabsicht hinzukommen.

Ein spezielles Problem in Deutschland ist, dass die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer festgelegt hat, dass Ärzte keine Suizidhilfe leisten sollen. Verbindlich sind aber die Berufsordnungen der Landesärztekammern, die diese Vorgabe unterschiedlich umgesetzt haben. So bleibt ein Arzt in Deutschland, der bei einem Selbstmord hilft, zwar straffrei, kann aber die Approbation verlieren.

Euthanasie

„Der gute Tod“ ist ein altes Motiv in der antiken griechischen Philosophie, das eng mit dem „guten Leben“ zusammenhängt. Das Leben führt auf den Tod hin, es ist gut, es vom Tod her zu betrachten und auf diesen Rückblick auszurichten, damit es ganz und erfüllt, damit das Leben gut werde. Und mit ihm der unausweichliche Tod.

Die Moderne hat diesen Begriff der Philosophie entrisen und zu einem Instrument gemacht, das die Nachfrage beinhaltet: gut für wen? Im Nationalsozialismus wurden Kranke in der verbrecherischen Vorstellung ermordet, dass sie der Gesellschaft sonst durch ihre Unterhaltskosten, gar durch die Weitergabe ihrer angeblich kranken Gene schaden würden. Ihr Tod sollte gut sein für den nationalen deutschen „Volkkörper“, gewiss nicht für die Ermordeten. Einen Steinwurf vom Klinikum entfernt erinnert heute eine sehr sehenswerte Gedenkstätte an die Aktion T4 und die Euthanasie-Anstalt Brandenburg an der Havel.

Deshalb wird in diesem Klinikum genauso wenig wie irgendwo sonst in Deutschland jemand heute das Wort Euthanasie verwenden, wenn es um Entscheidungen am Lebensende von Patienten geht. In den Niederlanden und Belgien dagegen wird dieser Begriff unbefangener im Sinne unseres Begriffs Sterbehilfe verwendet. Der Ausgangspunkt ist hier, dass der Tod „gut“ für den Patienten sein möge.

Die Debatte

Und hier beginnt eine der ehrlicheren und erstaunlicheren Diskussionen der letzten Jahre: Wer entscheidet, wer findet heraus, wer setzt um, was „gut“ für den Patienten ist?

Tatsächlich steht der medizinisch assistierte Suizid Deutschen schon lange offen, wenn sie bereit sind, dafür einen in mancher Hinsicht würdelosen Weg zu gehen und sich zum Beispiel bei einem Verein anzumelden, der sich ausgerechnet Dignitas (lat. Würde) nennt, um sich in einem eher schäbigen Hotelzimmer meist in der Schweiz dabei helfen zu lassen, ihren Tod herbeizuführen. Dignitas ist nicht der einzige solche Verein, und einige Einzelpersonen schreiben sich ebenfalls auf die Fahnen, selbstlos beim Selbstmord zu helfen.

Um diesem Treiben im Halbdunkel etwas entgegenzusetzen, kam der Ruf nach einer gesetzlichen Regelung für den ärztlich assistierten Suizid auf, wie er in den



Benelux-Ländern und in Oregon gesetzlich erlaubt und geregelt ist. Die Logik dahinter lautet: Wer sollte dies vertrauenswürdiger und fachlich kompetenter tun als die Ärzteschaft? Es sei besser, wenn es ein offizielles Verfahren gäbe, das die Voraussetzungen (Unheilbarkeit, schweres Leiden, ernsthafte und bewusste Entscheidung) durch zwei unabhängige Gutachter prüft und das Vorgehen beim und nach dem Suizid einschließlich einer Meldepflicht regelt.

Brauchen wir einen gesetzlichen Weg zum Suizid?

Als Onkologe und Palliativmediziner habe ich bisher nicht erlebt, dass der assistierte Suizid der einzige oder der richtige Weg gewesen wäre, unerträgliches Leiden zu lindern. Dennoch mag es Situationen geben, in denen ein Arzt nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten zu dem Ergebnis kommt, er könne einem Leidenden nur noch beistehen, indem er ihm zum Tod verhilft. Wenn eine solche Entscheidung echter Gewissensnot entspringt, sollte niemand darüber urteilen.

Brauchen wir dafür aber eine Regelung wie in den Niederlanden? Oder reicht es vielleicht aus, die organisiert angebotene Suizidbeihilfe zu verbieten, der individuellen Gewissensentscheidung aber einen rechtsfreien Raum zuzubilligen?

Ob sie durchgesetzt werden können oder nicht: Gesetze

sind deutliche Signale dafür was eine Gesellschaft als richtig oder als falsch ansieht. Indem der Staat etwas regelt, akzeptiert er es als zulässig. Umgekehrt bestehen viele Gesetze vor allem, um einen ethischen Wert mit einer klaren Aussage zu schützen, ohne dies mit Staatsgewalt durchsetzen zu können: So würde zum Beispiel kaum ein Kind seine Eltern wegen einer Backpfeife anzeigen – aber zu wissen, dass seine Unversehrtheit auch gegenüber den eigenen Eltern geschützt ist, ist ein wichtiges Signal.

Welches Signal würde also ein Gesetz senden, das den ärztlich assistierten Suizid billigt?

Interessanterweise stellen die Befürworter den assistierten Selbstmord als die eigentlich humane Alternative ärztlichen Handelns dar, seine Verweigerung dagegen als inhumane Anmaßung, die Menschen zum Leiden verurteile und ihnen ihr verbrieftes Selbstbestimmungsrecht raube.

Ich persönlich glaube vielen, dass sie es damit ernst meinen und diese Haltung wirklich aus Mitgefühl – und auch aus Angst vor eigenem Schmerz und Ausgeliefertsein – einnehmen. Und doch stellt diese Sicht die Dinge auf den Kopf: Sie spricht sich dafür aus, nicht das Leiden, sondern das Leben zu beenden und damit auch jede Möglichkeit von Glück und von Sinn.

Sicherlich ist dies die letzte Freiheit eines Menschen – aber ist diese Freiheit in irgendeiner Weise erstrebenswert? Es ist schlimm genug, wenn ein Mensch für sich nur noch diesen Weg sieht und keine bessere Alternative. Aber kann eine zivilisierte Gesellschaft das Fehlen dieser besseren Alternative akzeptieren? Ist nicht vielmehr jeder einzelne Suizid eine verstörende Anfrage an das Gemeinwesen, warum wir keine bessere Alternative zum Tod bieten konnten? Giovanni Maio spricht vom „Suizid als offene Wunde der Gesellschaft“.

Die Ökonomie des Suizids

Ich persönlich bin überzeugt, dass der gesetzlich geregelte ärztlich assistierte Suizid deshalb von vielen so favorisiert wird, weil er eine bequeme Idee ist. Die finale Exitoption: Wenn es zu schwer wird, steige ich halt aus.

Das Problem an dieser Idee: Ihre Realität ist hart und schmerzhaft. Der Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid wird in der großen Mehrzahl von Menschen geäußert, die von der letzten Lebensphase noch weit entfernt sind und den befürchteten Autonomieverlust aus der Perspektive ihres bisherigen Lebens beurteilen. Ist die Situation aber tatsächlich da, wird selbst unter belastendsten äußeren Bedingungen dieser Wunsch nur noch äußerst selten geäußert und sogar ausdrücklich widerrufen.

Was wird aber sein, wenn ein Gesetz den Suizid zu einer anerkannten Alternative gemacht hat?

Ich vermute, dass ein unmerklicher und zuerst sehr langsamer Prozess einsetzen wird. An dessen Anfang steht, dass mancher sich erleichtert fühlt, weil er oder sie nun weiß, diese Möglichkeit steht mir offen, wenn ich es nicht mehr aushalten kann. Irgendwann aber wird der Suizid als gleichwertige Alternative zum Weiterleben unter erschwerten Bedingungen gelten. Und am Ende wird man begründen müssen, warum man nicht den Suizid wählt.

Der oder die Sterbenskranke ist eine äußerst verletzte Person. Auch wenn es andere Beispiele gibt: Es ist abenteuerlich, in dieser Situation zu erwarten, dass ein Suizidwunsch eine feste Entscheidung ausdrückt, sterben zu wollen. Vielleicht ist er in Wirklichkeit nur die bange Frage: Liebt ihr mich noch in meiner Schwäche? Bin ich euch nicht zu viel Last? Doch viele Menschen würden dies nie direkt fragen. Sehr viel körperlicher

Schmerz ist in Wirklichkeit Ausdruck seelischer Not. Sehr viel Leiden ist in Wirklichkeit durch nicht mehr und nicht weniger zu lindern als persönliche Zuwendung. Die aber kostet Zeit, und wie wir alle gelernt haben: Zeit ist Geld.

In einer zunehmend an ökonomischen Maßstäben ausgerichteten Gesellschaft ist der Suizid die effizientere Lösung: Sterben wird der Mensch sowieso, vielleicht schon in kurzer Zeit – warum noch so viele Pflegestunden und Medikamente in ihn investieren?

Das ist die letzte Kehrseite der Suiziddebatte: Der Tod ist so viel billiger zu haben als das Leben. Die Suiziddebatte ist deshalb eine Debatte darüber, was für eine Gesellschaft wir sein wollen. Sind wir selbst, sind unsere letzten Tage und Stunden uns die Kosten wert, die wir gemeinsam aufbringen müssen für ein würdiges Ende, für eine gute palliative Versorgung, für die Freiwilligenarbeit in Hospizen? Sind die Schwachen, Kranken und Sterbenden, sind die, die ökonomisch keinen Nutzen mehr haben, sind wir selbst in unserem Ende in der Gesellschaft aufgehoben und erfahren Schutz und Solidarität – oder sind wir allein gelassen mit der individuellen, angeblich autonomen Entscheidung über eine letzte Alternative: Suizid oder Elend?

Bitte senden Sie uns Ihre Gedanken und Erfahrungen zu diesem oder weiteren Themen. Unsere Redaktion freut sich immer über Ihre Zuschriften per E-Mail unter leserbriefe@klinikum-brandenburg.de oder per Post an KlinikJournal · Hochstraße 29 · 14770 Brandenburg an der Havel.

— Verfasser —



**Priv.-Doz. Dr. med.
P. M. Deckert**

*Chefarzt im
Zentrum für Innere
Medizin II, Abtei-
lung Onkologie/
Palliativmedizin*

ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN II

Chefarzt

CA PD Dr. med. P. M. Deckert
Abteilung Onkologie/Palliativmedizin

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 16 00
Fax (0 33 81) 41 16 09
innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Ich kann wieder hören

»HNO-Klinik implantiert Cochlea-Implantat«

— Verfasser —



**Dr. med. Birgit
Didczuneit-Sand-
hop**

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



HNO-Chefärztin lässt Taube wieder hören. (Foto: Jacqueline Steiner)

„Ich könnte euch alle umarmen!“ Der sehr gerührte Patient konnte es nicht fassen. Mit dem bis dahin tauben Ohr konnte er wieder hören. Möglich geworden ist dies durch die Implantation einer Elektrode in das innere Ohr. Bei tauben Patienten bzw. auch einseitig ertaubten kann durch das Einbringen eines kleinen technischen Wunders Hören wieder möglich werden.

Diese Operation, die wir jetzt auch in Brandenburg an der Havel durchführen, setzt eine umfangreiche Vordiagnostik voraus. Nach einer Untersuchung in der Ohrsprechstunde (immer montags) wird zunächst das Hören geprüft. Die Hörprüfungen umfassen zahlreiche subjektive und objektive Hörteste und ermöglichen eine sichere Aussage zum tatsächlichen Hörvermögen. Der Freiburger Sprachtest erlaubt dabei eine Einschätzung, wie viel Einsilber der Betroffene hört. Sind es weniger als 30 % bei einer Lautstärke von 65 Dezibel Sprachschallpegel, muss an die Versorgung mit einem CI gedacht werden. Die audiometrischen Voruntersuchungen werden von unseren Audiometristinnen Frau Herz und Frau Barthels durchgeführt.

Zum Ausschluss von Erkrankungen der Hörnerven und zur Darstellung der knöchernen Anatomie des Hörorgans sind auch die Durchführung einer MRT und ein Computertomogramm des Kopfes notwendig. Wichtig ist es auch zu testen, ob andere Möglichkeiten der Hörversorgung, eventuell mit einem konventionellen Hörgerät, existieren. Die aufwendige Apparatesetzung wird von einem Hörgeräteakustiker begleitet. Das Hörtherapiezentrum in Potsdam bietet darüber hinaus unseren Patienten die Möglichkeit, sich vor der Operation ausführlich zum CI beraten zu lassen und mit bereits implantierten Patienten in Kontakt zu treten. Nichts ist besser als die Erfahrung, die man aus erster Hand bekommt.

Das Cochlea-Implantat wurde Anfang der 60er Jahre in den USA, Australien und Österreich entwickelt und in Deutschland Anfang der 90er Jahre erstmals implantiert.

Das CI-System besteht aus einem Mikrofon, einem digitalen Sprachprozessor, einer Sendespule mit Magnet und dem Implantat. Dieses setzt sich aus einem weiteren Magneten, der unter der Haut liegt, einer Empfangsspule, dem Stimulator und den Elektroden zusammen. Die Elektroden werden in die Hörschnecke (Cochlea) eingeführt. Die einzelnen kleinen Elektroden regen dann in der Hörschnecke einzelne Areale der Haarzellen an, die bestimmte Tonfrequenzen abbilden.

Die Empfangsspule liegt unter der Haut hinter dem Ohr. Die Sendespule des Prozessors haftet mit Hilfe der Magneten auf der Kopfhaut über der Empfangsspule des Implantats. Die Spannungsversorgung des Implantats erfolgt durch die Kopfhaut mittels elektromagnetischer Induktion und die Signalübertragung erfolgt mit Hochfrequenzwellen.

Für die Implantation ist es notwendig, den Knochen hinter dem Ohr aufzufräsen. Diese Operation wird konsequent unter dem Mikroskop durchgeführt. Der Gesichtsnerv wird dabei dargestellt und die Strukturen des Mittelohres. Die Elektrode kann dann über das runde Fenster oder eine Extrabohrung – die Cochleostomie – in das Innenohr eingeführt werden.

Die Erfolgsaussicht für ein gutes Hören hängt wesentlich ab von der Ertaubungsdauer. Diese sollte möglichst nicht mehr als 10 Jahre betragen.

Nach der Operation erfolgt vier Wochen später die Aktivierung des Cochlea-Implantats.



Das eigentliche Implantat eines CI-Systems (Modell Cochlear Freedom 24 RE).

Die elektrischen Reize in der Hörschnecke erzeugen beim CI-Träger individuelle Hörempfindungen, die teils anders sind als die von Normalhörenden. Ein Hörtraining ist nach der Operation erforderlich, um die neuen Signale den bekannten Hörmustern zuzuordnen.

Für unseren Patienten war das Wiederhörenkönnen aus beruflichen Gründen äußerst wichtig.

Auch wir hatten Tränen in den Augen und freuen uns mit ihm.

HNO, GESICHTS- UND HALSCHIRURGIE

Chefärztin

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop
Fachärztin für HNO-Heilkunde, plastische Operationen, spezielle HNO-Chirurgie

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 17 00
Fax (0 33 81) 41 17 09
hno@klinikum-brandenburg.de

Freiwillig ins Krankenhaus?

» Neue Patientenfürsprecherinnen im Amt «



Von links: Kerstin Schimpf, Helga Stolze, Kathrin Maaß.

Wer geht schon freiwillig ins Krankenhaus? Kerstin Schimpf und Kathrin Maaß zum Beispiel. Doch krank sind sie nicht. Sie sind die neuen Patientenfürsprecherinnen im Klinikum Brandenburg. Sie haben das Team von Anneliese Czech, Ingrid Behrendt und Christa Paulat abgelöst, die aus Altersgründen aufgehört haben. Schon seit geraumer Zeit engagieren sich die beiden Frauen ehrenamtlich im Klinikum als so genannte „Patientenbetreuerinnen“.

Kerstin Schimpf (49) ist von Beruf Bürokauffrau und hat bis 2013 jahrelang in einem Callcenter gearbeitet. „Irgendwann steht man das nicht mehr durch“, begrün-

det sie ihren Ausstieg aus diesem Job. Schon seit einem Jahr kommt sie nahezu täglich für etwa vier Stunden als ehrenamtliche Patientenbetreuerin ins Klinikum. Zuhören, helfen, trösten, Besorgungen machen – für derartige Wünsche hat eine Patientenbetreuerin Zeit. Auch privat hilft Kerstin Schimpf gerne und engagiert sich in Tierheimen in Berlin und Brandenburg.

Kathrin Maaß (47) ist ausgebildete Krankenschwester, kann ihren Beruf aber aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben. Sie kommt einmal wöchentlich für drei Stunden als Patientenbetreuerin ins Klinikum. Privat engagiert sie sich für ihr Enkelkind (6), macht Fitnesssport und bastelt kunstvolle Grußkarten.

Als Patientenfürsprecherinnen gehen Kerstin Schimpf und Kathrin Maaß Beschwerden von Patienten oder ihren Angehörigen nach und geben Anregungen weiter. Gemeinsam mit Ärzten, Pflegern und Schwestern versuchen sie Abhilfe zu schaffen. Und sollte ein Patient einmal nicht im Recht sein, dann erklären sie ihm freundlich, aber bestimmt den Sachverhalt. Bisher habe das immer gut funktioniert. Auch in schwierigen Fällen seien die meisten Patienten dankbar für ihren Einsatz, hat Kerstin Schimpf festgestellt.

Sprechstunde:

Mittwochs, 15.00 bis 16.00 Uhr, Tel.: 01520 / 294 86 27

– Verfasser –



Ann Brünink,
M.A. phil.

Journalistin

Fünf Jahre Darmzentrum West-Brandenburg

» Ein charmanter Rückblick «



Medizin zum Anfassen.

Ich bin Dokumentationsassistentin im Darmzentrum. Wenn ich gefragt werde, wo ich arbeite, ernte ich auf diese Antwort meist ein peinlich berührtes „Oh“. Ja, ich beschäftige mich mit einem Organ, das von den meisten Menschen eher scheu und verschämt betrachtet wird. Erzähle ich dann ein wenig von meiner Arbeit, weicht die Überraschung bald echtem Interesse.

Aber von vorn: Im Juni 2009 habe ich hier im Städtischen Klinikum mit meiner Tätigkeit als Dokumentationsassistentin begonnen. Damals bereitete sich das Klinikum auf die Gründung des Darmzentrums vor. Anlass waren steigende Patientenzahlen in der Proktologie und der kolorektalen Sprechstunde.

Anfangs bestand meine Aufgabe darin, Darmkrebspatienten zu erfassen und bestimmte Parameter ihrer Erkrankung und des Behandlungsverlaufs zu dokumentieren. Diese Daten wurden für den Zertifizierungsantrag benötigt, den das Darmzentrum bei Onkozeit gestellt hat. Dieses unabhängige Institut betreut im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft Zertifizierungsverfahren. Zeitgleich war es wichtig, Fachexperten verschiedenster medizinischer Fachrichtungen in einem Netzwerk einzubinden, um Fachwissen und Erfahrungen zum Wohle der Patienten zu bündeln.

Nach einem arbeitsintensiven Jahr wurde das Darmzentrum Brandenburg-West im Juni 2010 nach den



Der begehbare Darm wurde gut besucht.

Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert und durfte von nun an den Titel „Darmkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft“ tragen.

Seitdem sind fast fünf Jahre vergangen und das Darmzentrum hat sich etabliert. Zirka 90 Neuerkrankungen pro Jahr können wir registrieren. Der Großteil wird operativ behandelt, bei einigen Patienten mit Frühformen des Darmkrebses reicht die endoskopische Abtragung und bei einem geringen Teil ist die Erkrankung schon so weit fortgeschritten, dass hier nur noch palliativ behandelt werden kann.

Dass die Krankheit Darmkrebs jeden treffen kann, zeigt sich mir in meiner täglichen Arbeit. Viele Menschen stehen einer Darmspiegelung schamhaft gegenüber, obwohl sie momentan die einzige Methode ist, Darmkrebs im Frühstadium zuverlässig zu erkennen.

Trotz aller Präventionskampagnen, für die Professor Dr. Pommerien jüngst den Darmkrebs-Kommunikationspreis der Deutschen Krebsgesellschaft verliehen bekam, ist die Vorsorgementalität der Patienten noch entwicklungsfähig. Das belegen auch unsere eigenen Zahlen, die bestätigen, dass der überwiegende Teil der Patienten erst durch eine ausgeprägte Tumorsymptomatik den Weg ins Darmzentrum findet.

Steht die Diagnose Darmkrebs fest, kommt in unserem zertifizierten Zentrum ein Gremium von Fachexperten

zusammen, das gemeinsam und fallbezogen für jeden Patienten nach neuestem Stand der medizinischen Forschung einen individuellen ganzheitlichen Behandlungsplan erarbeitet. Dieser beinhaltet nicht nur die diagnostischen und operativen Maßnahmen, sondern umfasst gegebenenfalls auch eine Chemo- und Strahlentherapie sowie die Festlegung einer speziellen, kontrollierten Tumornachsorge.

Viele Patienten sind mit der Diagnose Krebs überfordert und benötigen entsprechenden Beistand. Daher bietet das Darmzentrum seinen Patienten eine psychoonkologische und/oder seelsorgerische Beratung an, damit sie sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen können. Sozialarbeiter unterstützen sie bei der Beschaffung von medizinischen Hilfsmitteln und bei der Beantragung von Kuren. Patienten, die nach ihrer Operation mit einem künstlichen Darmausgang leben müssen, berät eine Stomaschwester über die richtige Handhabung. Die ILCO-Selbsthilfegruppe ist ebenfalls vor Ort. Eine Ernährungsberaterin gibt Tipps zur gesunden Ernährung und hilft gegebenenfalls bei der Umstellung des Speiseplanes.

Im Juni 2015 blicken wir bereits auf fünf Jahre Darmzentrum zurück. In diesem Zeitraum haben 470 Dickdarmkrebsoperationen stattgefunden. Ebenso viele Patienten werden in der Nachsorgedatei erfasst. Jedes Jahr musste das Darmzentrum seine Qualität im Rahmen eines Überwachungsaudits und 2013 eines Wiederholaudits erneut unter Beweis stellen. Vor allem die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der S3-Leitlinien (definierte, dem höchsten Stand der medizinischen Forschung entsprechende Leitlinien) werden ständig kontrolliert. Bisher hat das Darmzentrum jede Überprüfung erfolgreich gemeistert, so dass wir unser Zertifikat vorbehaltlos aufrechterhalten und weiterführen konnten.

Auch für mich hat sich in diesen fünf Jahren einiges verändert. Meine Arbeitszeit hat sich mehr als verdoppelt. Im selben Maße ist mein Arbeitsspektrum gewachsen. Neben der Dokumentation der Krebsfälle werden die Qualitätsmerkmale erfasst: Das umfasst die Auswertung der Kennzahlen und der Umfrageuntersuchungen, Überwachen der Ergebnisqualität, Aktualisierung des Erhebungsbogens Darmzentrum, Organisation zentrumsspezifischer Sitzungen wie Qualitätszirkel oder die Vorbereitungen für die jährlichen Audits.

Sehr viel Zeit nimmt die Pflege der Nachsorgedatei in Anspruch. Für jeden Patienten, der im Tumordokumentationssystem erscheint, werden mindestens einmal jährlich Nachsorgedaten eingeholt. Dabei muss in Abhängigkeit vom Ausmaß der Erkrankung (Tumorstadium) das rezidivfreie, fernmetastasenfreie bzw. das Gesamtüberleben patientenbezogen dargestellt werden. Diese Daten werden auch an das klinische Krebsregister gemeldet, wo die Qualität der onkologischen Behandlung in allen Behandlungsphasen flächendeckend erhoben und bewertet wird, um die Versorgung immer weiter zu optimieren. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und der onkologischen Versorgungsstrukturen sind auch definierte Ziele des nationalen Krebsplanes.



{ BUCHTIPP }

Übrigens, wer sich ebenso unterhaltsam wie informativ mit der Thematik „Darm“ beschäftigen will, dem sei das Buch „Darm mit Charme“ von Giulia Enders empfohlen. Die junge Ärztin erklärt vergnüglich und kompetent, welch ein hochkomplexes und fabelhaftes Organ der Darm ist.

— Verfasser —



Chrissanti Helmke,
Diplombiologin

Dokumentations-
assistentin im
Darmzentrum
West-Brandenburg

DARMZENTRUM WEST-BRANDENBURG

Ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. René Mantke
Facharzt für Chirurgie
und Viszeralchirurgie

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 12 00
Fax (0 33 81) 41 12 09
chirurgie@klinikum-brandenburg.de

Prof. Dr. med. Wilfried Pommerien

Facharzt für Innere Medizin,
Schwerpunkt Gastroenterologie

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 16 00
Fax (0 33 81) 41 16 09
innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Ni snacken, topacken!

» Ivo R. Buschmann, der neue Chefarzt für Angiologie der Inneren Medizin I «



Seit dem 1. März 2015 ist der Gefäßspezialist Ivo R. Buschmann einer der beiden neuen Chefarzte der Inneren Medizin I am Städtischen Klinikum Brandenburg. Der Internist ist habilitiert und hat zuletzt als Oberarzt in der Angiologie an der Berliner Charité geforscht und gearbeitet. Ann Brünink hat mit ihm über seine Aufgaben und Ziele gesprochen.

Wann war Ihnen zum ersten Mal klar, dass Sie Arzt werden wollen?

Wir sind vier Kinder zuhause gewesen und bei mir war es kein Geistesblitz, der mir irgendwann kam. Mein Bruder studierte BWL, meine Schwester Pharmazie, mein jüngerer Bruder ging in die Verwaltung, da passte Medizin doch gut ins Spektrum. Der Beruf ist ja auch fabelhaft. Neben der Abiturnote gab es damals Auswahlgespräche an der Uni und ich unterhielt mich mit dem fragenden Professor nur über Kammermusik, also keine klassische Entscheidung, eher aus dem Bauch.

Hatten Sie Vorbilder? Albert Schweitzer vielleicht? Oder jemand aus Ihrem familiären Umfeld?

Mit Vorbildern ist es ja immer etwas schwierig, wenn man sie glorifiziert. Jedes Vorbild ist ja auch nur ein Mensch und hat seine Fehler und Schwächen – und

das ist ja auch gut so. Aber starke Charaktere haben mich immer schon interessiert, aber nur wenn sie gleichzeitig auch bescheiden sind. Meine Großmutter sagte immer: Ni snacken, topacken! Das ist ein sehr gutes Motto, finde ich.

Welches waren Ihre wichtigsten beruflichen Stationen?

Eine sehr prägende Zeit war meine Forschungszeit als Stipendiat bei der Max-Planck-Gesellschaft. Mein damaliger Mentor, damals Direktor des Max-Planck-Instituts für physiologische und klinische Forschung in Bad Nauheim, war Professor Wolfgang Schaper. Er hatte als Arzt und Forscher ein ganz klares Ziel vor Augen: Wie kann sich der Körper selber helfen, wenn Arterien sich verschließen? Führt dies automatisch zum Infarkt, also Absterben von Gewebe, oder gibt es Notfallmechanismen, mit denen sich der Körper helfen kann? Herr Schaper war einer der internationalen Pioniere auf diesem Gebiet und hatte als Erster zeigen können, dass körpereigene Umgehungskreisläufe selber wachsen können und somit eine Therapie für Patienten darstellen können, die unter einer Gefäßkrankheit in den Beinen, im Herzen oder auch im Gehirn leiden. Er nannte diesen Prozess der biologischen Bypässe die „Arteriogenese“. Dieser Begriff hat sich mittlerweile fest in der internationalen Literatur etabliert.

Was war für Sie persönlich bisher Ihr größter beruflicher Erfolg? Worauf sind Sie besonders stolz?

Wenn man heutzutage in der Grundlagenforschung eine Entdeckung macht, ist es außerordentlich schwierig, diese in die Klinik zu bekommen. Man benötigt dafür Millionen von Euros, einen langen Atem und man darf sich auf diesem Weg nicht verunsichern lassen. Mich freut in der Tat sehr, dass wir ganz wesentliche Befunde aus meiner Max-Planck-Zeit in die klinische Versorgung bringen konnten. Zum einen konnten wir ein Medizinprodukt so weiterentwickeln, dass man bei Patienten biologische Bypässe noninvasiv „anschalten“ kann. Anders ausgedrückt: Leidet ein Patient an Verschlüssen seiner Beinarterien oder auch Herz- oder Hirnarterien, kann man den Blutfluss durch die so genannte Herz hose® so beschleunigen, dass sich biologische Bypässe ausbilden. In mehreren Studien konnten wir zeigen, dass dieses Prinzip funktioniert. Somit können wir in Brandenburg erstmals ein Prinzip anbieten, bei dem Patienten durch eine Kombination aus Gefäßtherapie (Ballondilatation oder Stent) und Wachstum von biologischen Bypässen komplett beschwerdefrei werden können. Ein weiterer Befund wird demnächst von uns publiziert: Das therapeutische Anschalten von biologischen Bypässen beim diabetischen Fußsyndrom und auch beim Schlaganfall.

Sie planen eine große Studie zu biologischen Bypässen, der so genannten personalisierten Herz hose-Therapie. Wer ist als Teilnehmer geeignet? Und woher werden Sie die Teilnehmer rekrutieren?

Unsere bisherigen Studien haben sehr eindeutige Beweise zu biologischen Bypässen gezeigt. Da wir auf Dauer die Therapie auch in den Erstattungskatalog der Krankenkassen einbringen wollen, werden wir jetzt am Klinikum in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg das „DBBR“ beginnen, das Deutsche Biologische Bypass-Register. Patienten mit Gefäßverschlüssen in den Beinen, aber auch im Herzen sowie im Gehirn, werden in diese groß angelegte Studie eingeschlossen. Wir wollen zeigen, dass eine Kombination aus der Herz hose und einer optimalen Gefäßtherapie deutliche Vorteile für den Patienten bringt, insbesondere weniger zukünftige Krankenhausaufenthalte und eine bessere Lebensqualität.

Über welchen Zeitraum soll diese Studie laufen?

Die Studie wird insgesamt über drei–sechs Jahre laufen. Patienten mit Beschwerden beim Laufen, mit Angina pectoris, aber auch mit Einengungen der Hirngefäße können sich bei uns melden (Telefon 03381 / 41-1500, E-Mail info@herzhose.de).

Was reizt Sie an einer Tätigkeit am Klinikum Brandenburg? Welche beruflichen Herausforderungen sehen Sie hier?

Das Städtische Klinikum Brandenburg genießt aus Berliner Sicht einen sehr guten Ruf. Viele Abteilungen sind exzellent aufgestellt und auch überregional bekannt. Am Klinikum sind viele Schwerpunkte auf sehr hohem medizinischem Niveau entwickelt worden und haben zu zertifizierten Zentrenbildungen geführt. Durch die neue Entwicklung einer medizinischen Hochschule reizt es mich sehr, das Klinikum auch überregional noch weiter zu verknüpfen. Die Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum Bernau oder den Neuruppiner Kliniken halte ich für sehr wichtig und zukunftsweisend.

Sie planen ein Projekt, bei dem Kardiologen und Angiologen in einem gemeinsamen Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin nach einem interdisziplinären Konzept zusammenarbeiten. Wer erarbeitet dieses Konzept?

Was sich international immer mehr durchsetzt, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten in Kliniken, Zentren und Verbundnetzwerken. Dies ist auch sehr sinnvoll, da eine Erkrankung sich meist nicht nur auf ein Organ konzentriert, sondern systemisch auftritt. Ein Diabetes schädigt Arterien und Nerven im gesamten Körper. Ein Bluthochdruck betrifft ja nicht nur das Herz. Man könnte diese Auflistung endlos fortsetzen. Eine moderne Medizin muss sich dieser Tatsache stellen. Im Zentrum I für Innere Medizin werden wir Patienten zukünftig Hand in Hand betreuen: kardiologische Diagnostik und Therapie, gleichzeitig Erfassung der angiologischen Situation, enge Zusammenarbeit mit der Diabetologie, Psychosomatik, Gefäßchirurgie, Radiologie, Orthopädie usw. Prof. Oeff hat diesen Ansatz ja in den letzten Jahren schon sehr erfolgreich umgesetzt. Mein Ziel wird es sein, dass wir Ärzte für beide Fachdisziplinen parallel ausbilden, so dass ein Kardiologe an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) auch gleichzeitig ein Facharzt für Angiologie ist. Einerseits Spezialist, andererseits umfassend ausgebildeter Gefäßarzt.

– Verfasser —



*Ann Brünink,
M.A. phil.*

Journalistin

Haben Sie für dieses Projekt schon Kooperationspartner in der Stadt Brandenburg gefunden?

Wir haben schon sehr konkrete und erfreuliche Gespräche mit zahlreichen Partnern aus der Region geführt. Das stimmt mich sehr optimistisch für die Zukunft, insbesondere die Aussicht, unser Alleinstellungsmerkmal in der Bundesrepublik, Therapie mittels biologischer Bypässe, an der MHB umzusetzen.

Die neu gegründete Medizinische Hochschule Brandenburg entwickelt einen Modellstudiengang Humanmedizin, der theoretisches Wissen und praktisches Arbeiten eng verzahnen will. Welche Bedeutung hat dieser Ansatz für Ihre Arbeit?

Dieses Konzept passt zu unserem interdisziplinären Konzept perfekt. Bei den Auswahlgesprächen für die Bewerber für den Modellstudiengang habe ich ganz exzellente junge Leute kennen gelernt, die sich sehr für den medizinischen Beruf engagieren. Etliche Bewerber hatten schon Zusagen für Studienplätze an anderen Standorten in Deutschland, haben sich aber aufgrund des innovativen Konzepts in Brandenburg beworben. Ich freue mich auf diese jungen, motivierten Studenten, da wir sie schon ganz früh in die interdisziplinäre Medizin einbinden werden.

Der Hauptforschungsbereich der Medizinischen Hochschule Brandenburg ist die Medizin des Alterns. Gibt es da Anknüpfungspunkte zu Ihren eigenen Projekten?

Meine Patienten der letzten Jahre sind zu 90 % älter als 50. Wir haben sehr viele Patienten behandelt, die über 80 und 90 waren. Aufgrund der medizinischen Weiterentwicklung haben viele Patienten heute ein biologisches Alter, welches 10 bis 15 Jahre geringer ist als ihr richtiges Alter. Ich denke, die wichtigste Aufgabe der Medizin in den nächsten Jahren wird sein: Nicht alles machen, was technisch möglich ist, sondern mit Augenmaß die Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte so zu optimieren, dass Patienten trotz (Gefäß-) Erkrankung unbeschwert oder wenig eingeschränkt am normalen Leben teilnehmen können. Ein sehr treuer 90-jähriger Patient von mir kommt aus München, hat eine ausgeprägte Gefäßerkrankung der Beine, konnte aber erfolgreich behandelt werden und spielt jeden Tag ein-zwei Stunden Tennis und geht Schwimmen.

VORGESTELLT

Ivo R. Buschmann, Jahrgang 1968, ist gebürtiger Hamburger. Er hat am UKE – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf studiert. Buschmann liebt Kunst und Kultur, er spielt selbst Cello. In seiner Freizeit betreibt er Ausdauersport (Fahrrad). Er ist mit einer Angiologin/Kardiologin verheiratet, die das Ärzteteam im Klinikum Brandenburg als Oberärztin und Forschungsleiterin unterstützen wird.

ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN I, KLINIK FÜR ANGIOLOGIE

Chefarzt

PD Dr. med. Ivo Buschmann

Facharzt für Innere Medizin/Angiologie und Kardiologie

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 15 00

Fax (0 33 81) 41 15 09

innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

Felix Richter ist Handballer aus Leidenschaft

» Hier sind Schnelligkeit und Technik gefragt «



Felix Richter beim Turnier. (Abb. und Titelbild: Rina Dörner)

Er ist ausgesprochen zielstrebig. Das muss er auch sein. Denn Felix Richter ist Handballer. Und das mit Leib und Seele. Sein Verein ist der SV 63, und zwar von Anfang an. Erst hat der gebürtige Brandenburger ja noch Fußball gespielt. Aber Handball gefiel ihm besser. „Das ist faszinierender als Fußball“, sagt der 27-Jährige. „Es wird schneller gespielt und es ist viel Technik erforderlich. Und in der Halle spielt es sich auch schöner als draußen.“

Angefangen, Handball zu spielen, hat er in der Schule, in der Sport-AG. 1999 wurde er dann Mitglied beim SV 63. Da war er elf Jahre alt. Er habe damals einen Supertrainer gehabt, erinnert er sich. Drei- bis viermal in der Woche ging er zum Training. Schon mit 17 Jahren konnte er im Männerbereich mitspielen und habe viele Spielanteile bekommen. Bald habe er in den höchsten Klassen gespielt, stieg mit der Mannschaft auf in die 3. Liga.

Ab dem Wintersemester 2008 hat Felix Richter an der Leibniz-Universität Hannover Wirtschaftswissenschaften studiert. Doch auf den Handballsport hat er trotzdem nicht verzichtet. Beim HSV Hannover fand

er eine neue Sportheimat. Dort konnte er sogar ein Jahr lang in der zweiten Bundesliga spielen. „Dabei habe ich viel gelernt“, erinnert er sich. In die dritte Bundesliga abgestiegen ist sein Verein, weil ein Sponsor abgesprungen ist. Vier Jahre hat er dann mit den Hannoveraner Handballern in der dritten Liga gespielt. „Das war auch sehr spannend.“

Und dann war er mit dem Studium fertig und hatte seinen Bachelor mit Schwerpunkt Controlling in der Tasche. Als Werkstudent hatte Richter bereits in einem 20-Stunden-Job pro Woche berufliche Erfahrungen als Controller in einer Raffinerie gesammelt. Ein interessantes Jobangebot des Klinikums Brandenburg lockte ihn zurück in seine Heimatstadt. Seit Oktober 2013 arbeitet er jetzt im Klinikum als Kaufmännischer Controller. Berufsbegleitend hat er sein Studium im Bereich „Advanced Management“ fortgesetzt und seinen Master-Abschluss gemacht.

Und der Handball? Der Handball ist nach wie vor seine Leidenschaft. Seiner Mannschaft in Hannover ist er zunächst treu geblieben. Wenn Spiele waren, ist er an den Wochenenden nach Hannover gefahren. Fit gehalten hat er sich in Brandenburg beim SV 63. Doch schließlich war die Distanz zwischen dem sportlichen Lebensmittelpunkt in Hannover und seiner neuen beruflichen Heimat auf Dauer zu groß. Und so verabschiedete sich der „blitzschnelle Rechtsaußen“, wie ihn das Sportportal „handball-world.com“ bezeichnet hat, von seinem Team in Hannover. Hohes Spielverständnis und Antizipationsfähigkeiten, bescheinigte ihm HSV-Trainer Alfred Thienel. „Das ‚Bälleklauen‘ auf Höhe der Mittellinie gehört zu seinen Stärken.“ Die stellt er jetzt wieder voll dem SV 63 zur Verfügung. Sein Ziel: „Ich will dem Verein helfen, wieder in die Oberliga aufzusteigen.“

„Ledig, aber glücklich vergeben“, steht unter dem Stichwort Familienstand in Richters Spieler-Porträt beim SV 63. Glücklich vergeben ist er schon seit zehn Jahren. Er ist mit ihr gemeinsam nach Hannover gezogen. Und sie sind gemeinsam in ihre Heimat zurückgekommen.

— Verfasser —



Ann Brünink,
M.A. phil.

Journalistin

Ich war eigentlich ein artiger Junge

» Shadi Mousa: einst Kind im Gazastreifen – heute Oberarzt im Klinikum «



Oberarzt Shadi Mousa.

Shadi Mousa war zwanzig Jahre alt, als er 1997 mit einem Studentervisum nach Deutschland kam. Es war seine allererste Reise im Leben. Die ersten zwei, drei Wochen seien schlimm gewesen, erinnert er sich. Alles ringsumher war fremd für ihn. In Potsdam, seiner ersten Station in Deutschland, sah der junge Palästinenser zum ersten Mal in seinem Leben eine Verkehrsampel. „So etwas gibt es im Gazastreifen nicht“, sagt er. Mit Staunen erlebte er, dass es in Deutschland Gesetze gibt, an die sich jeder hält, und das gesellschaftliche Leben wie ein Uhrwerk läuft.

Shadi Mousa ist im Gazastreifen aufgewachsen. Sicherheit und Wirtschaft gab es dort nicht, berichtet er. Ob es eine besonders schöne Erinnerung an seine Kindheit dort gibt? „Die Umstände, unter denen wir lebten, waren schlimm. Krieg und die finanziell schwierige Lage. Trotzdem kann ich von einer glücklichen Kindheit sprechen, da ich von meinen Eltern Liebe, Rückhalt und Geborgenheit erfahren habe. Dadurch konnten wir gemeinsam schwierige Lagen meistern. Ein gesunder Haushalt ist der Schlüssel zum Erfolg.“

Einmal, da war Shadi Mousa sieben Jahre alt, hat er mit Schulkameraden in der Nähe der israelischen Wachposten gespielt. Die israelischen Soldaten fingen die Kinder und sperrten sie ein. Sie wollten wohl ein Exempel statuieren, weil es immer wieder kleine Jungen gab, die Steine warfen. „Ich war eigentlich ein artiger Junge“, sagt Mousa, ältester Sohn von insgesamt acht Geschwistern. Bis ihn sein Vater abends – tagsüber hat er sein Geld als Taxifahrer verdient – abgeholt hat, habe er Todesängste ausgestanden, erinnert sich Mousa noch heute mit Grausen an diesen Tag. In dem Wachraum, in dem die Kinder festgehalten wurden, waren Blechdosen gestapelt. Mousa hielt sie für Bomben, die jederzeit explodieren konnten. „Das war ein traumatisches Erlebnis für mich, das mich noch lange in meine Träume verfolgt hat“, erzählt er.

Von frühester Kindheit an haben ihm seine Eltern klargemacht, wie wichtig Schule und Bildung sind. Seine Eltern waren da keine Ausnahme. Bildung wurde und wird bei den Palästinensern im Gazastreifen allgemein hoch geschätzt, weil sie den jungen Menschen bessere Chancen im Leben eröffnen kann. Vor allem seine Mutter hat großen Wert darauf gelegt, dass er später mal studiert. Auch das Fach stand schon lange fest: Medizin. Damit Shadi Mousa in Deutschland studieren konnte, haben ihm seine Eltern ihre gesamten Ersparnisse gegeben – dreitausend Dollar. Mehr als einmal packte ihn in den ersten Wochen so starkes Heimweh, dass er am liebsten zurückgefliegen wäre. Aber er wollte seine Eltern nicht enttäuschen und hat durchgehalten.

Nach und nach fühlte er sich wohler. Die Ausbildung begann und er lernte Kommilitonen kennen. Zunächst musste Shadi Mousa einen Deutschkurs absolvieren. Und weil das palästinensische Abitur nach zwölf Jahren abgelegt wird, musste er damals auch noch das 13. Schuljahr in Deutschland nachholen und die deutsche Abiturprüfung ablegen. Er sei ehrgeizig gewesen, fast ein Streber, lacht Mousa. Und so kam er schon mit Bestnoten nach Deutschland und auch die Noten des deutschen Abiturs reichten für den Numerus clausus in Medizin. Ohne Wartezeit konnte er 1999 sein Medizinstudium an der Berliner Charité beginnen, das er 2006 abgeschlossen hat.

2007 kam Shadi Mousa als HNO-Assistenzarzt an das Klinikum Brandenburg. Seit November 2014 ist er Oberarzt an der HNO-Klinik. Zunächst habe er seinerzeit etwas Bedenken gehabt, in ein „Ostland“ zu wechseln. Man habe so viel von Ausländerfeindlichkeit in den neuen Bundesländern gehört. Doch er sei von der Chefärztin Dr. Birgit Didczuneit-Sandhop

und den Kollegen überaus herzlich aufgenommen worden. Auch private Kontakte seien entstanden. „Ich habe überhaupt keine unangenehmen Erfahrungen in Deutschland gemacht“, erzählt Mousa.

Der junge Arzt ist verheiratet. Seine Frau ist ebenfalls Palästinenserin, aber deutsche Staatsangehörige, weil sie bereits in Deutschland geboren ist. Sie hat an der Freien Universität Berlin Arabistik und Publizistik studiert und arbeitet für die Vertretung der Arabischen Emirate in Berlin. Das Paar hat drei Kinder. Seine Söhne sind neun, sechs und anderthalb Jahre alt. „Wir hätten so gerne noch eine Tochter gehabt“, lacht Mousa, aber es hat nicht sollen sein. Seit 2012 ist auch Mousa deutscher Staatsangehöriger. „Ich war der Einzige in

der Familie, der nicht die deutsche Staatsbürgerschaft hatte“, begründet er diesen Schritt. Drei Jahre lang habe der Einbürgerungsprozess gedauert. Die Einbürgerungsbehörde hat den neuen Staatsbürger in spe auf Herz und Nieren im Hinblick darauf geprüft, ob seine Einbürgerung unbedenklich sei. Doch Mousa war ein unbeschriebenes Blatt. „Ich habe noch nie in meinem Leben eine Waffe in der Hand gehabt“, sagt er. „Und einen Flugschein habe ich auch nicht.“

– Verfasser —



Ann Brünink,
M.A. phil.

Journalistin

Was halten Sie von Integration, Herr Mousa?

Shadi Mousa, was bedeutet für Sie Integration?

Integration halte ich für sehr wichtig. Man muss offen sein für neue Erfahrungen. Ich habe ja hier in Deutschland eine ganz neue Gesellschaft kennen gelernt. Vor allem die Sprache muss man natürlich beherrschen. Aber man sollte auch seine Wurzeln nicht vergessen. Das ist mir wichtig. Deshalb wachsen meine Söhne zweisprachig auf. Sie lernen nicht nur Deutsch, sondern auch die arabische Sprache.

Fühlen Sie sich nach den vielen Jahren, die Sie in Deutschland leben, als Deutscher?

Ich habe hier studiert, meinen Facharzt gemacht, bin nun Oberarzt. Ich spreche sehr gut Deutsch. In Deutschland fühle ich mich wohl und – das ist ganz wichtig – ich fühle mich hier zuhause. Dennoch fühle ich mich auch zu Palästina hingezogen, wo ich aufgewachsen bin und wo ein Großteil meiner Familie lebt. Daher kann ich sagen: Ich bin Deutscher mit arabischen Wurzeln. Allerdings sehen mich viele Deutsche als Ausländer. Und bin ich zu Besuch im Gazastreifen, werde ich auch dort als „Ausländer“ bezeichnet.

Welche Rolle spielt die Religion im Leben eines Moslems in Deutschland?

Wie überall gibt es auch bei den Muslimen Menschen, welche die Religion wichtig nehmen, und solche, die sie weniger wichtig nehmen. Ihre Wertvorstellungen

können also mehr oder weniger von Religion oder Tradition geprägt sein. Dabei spielt ebenso das Wissen um die eigene Religion eine Rolle wie auch bestimmte Bräuche und Lebensumstände, mit denen sie aufwachsen. Prinzipiell sollten Moslems ihre Religion in Deutschland frei leben und ihre Gebete und Rituale durchführen können.

Machen Ihnen „PEGIDA“ (Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes) und der Ableger BraMM (Brandenburger für Meinungsfreiheit und Mitbestimmung) Angst? Oder machen Ihnen die Gegendemonstrationen Mut?

Anfangs war ich sehr beklommen, als ich von BraMM hörte. Die Demonstrationen verunsichern, irritieren und verängstigen viele Muslime. Andererseits gibt es Solidaritätsbekundungen von Freunden, von Kirchen, gesellschaftlichen Organisationen und Gewerkschaften. Das ist sehr erfreulich. Ich bin mir sicher, dass die große Mehrheit der Menschen in diesem Land für Vielfalt und Weltoffenheit steht und die Werte des Abendlandes, wie Religionsfreiheit und Pluralismus, aktiv verteidigt. „PEGIDA“ hingegen verbreitet unter dem Vorwand abendländischer Werte nur rechtes, menschenverachtendes Gedankengut. Ich war sehr erleichtert, als mir meine Kollegen versichert haben, dass die Mehrzahl der Brandenburger nicht so denkt, sondern weltoffen und aufgeschlossen ist.

Humanitäre Hilfe für einen jungen Palästinenser

» Erfolgreiche Rettungsaktion von Geschäftsführung und Ärzten des Klinikums Brandenburg «



Großelternhaus nach Rakete.

Der Gazastreifen ist seit dem Krieg mit Israel im Sommer 2014 komplett abgeriegelt. Keiner darf hinein, niemand darf hinaus. Grenzübergänge gibt es nur noch an der Grenze zu Ägypten. Doch sie werden nur sporadisch und für ganz kurze Zeit geöffnet. Manchmal für ein bis zwei Tage, manchmal auch nur für Stunden. Das Tunnelsystem zwischen dem Gazastreifen und Ägypten, durch das Waren wie Lebensmittel, Medikamente, aber auch Baumaterialien und Treibstoff geschmuggelt wurden, ist von Ägypten restlos zerstört worden, weil auch Waffen auf diesem Weg in den Gazastreifen gelangt sein sollen.

Als die Rakete am 22.07.2014 das Nachbarhaus traf und völlig zerstörte, befanden sich Abdaljawad Mousa (20) und seine Familie gerade zu Besuch bei den Großeltern in Deir Al Balah. Der junge Mann, Neffe von Shadi Mousa, HNO-Oberarzt am Klinikum Brandenburg, trug schwerste Weichteilverletzungen am Ober- und Unterschenkel seines linken Beines davon. Sein rechtes Bein wurde von der Wucht der Explosion bis zum Oberschenkel ganz abgerissen. Gerettet wurde Abdaljawad, weil er sofort medizinische Hilfe in einem Krankenhaus in Gaza-City (Shifaa) erhielt. Obwohl seine Mutter sein abgerissenes Bein noch ins Krankenhaus brachte, konnte es nicht mehr gerettet werden.

Einen Tag nach dem Raketenangriff erfuhr Shadi Mousa telefonisch von seinem Bruder aus dem Gazastreifen, wie schwer sein Neffe verletzt war. Sofort klärte er mit Prof. Dr. Roland Becker, dem Chefarzt der Unfallchirurgie am Klinikum Brandenburg, ob sein Neffe eventuell im Klinikum behandelt werden könnte. Der Unfallchirurg war sofort einverstanden. Gemeinsam mit Mousa klärte er, wie die Behandlung des jungen Mannes zu finanzieren sei. Geschäftsführerin Gabriele Wolter sagte zu, dass das Klinikum die Behandlungskosten übernehmen würde. Prof. Dr. Roland Becker hatte



Kurz nach der Verletzung in Gaza im Krankenhaus.

vorsorglich auch geklärt, dass Abdaljawad Mousa in der Charité Berlin behandelt werden könnte, falls Verbrennungswunden dies erforderlich machen würden. Auch die Charité hatte zugesagt.

Nun war noch die Frage zu klären, wie Abdaljawad Mousa überhaupt nach Brandenburg gebracht werden könnte. Welche Formalitäten waren zu erledigen und wie lange würde es dauern? Hier konnte Dr. Hans Peter Jung, ehemaliger HNO-Chefarzt, mit Rat und Tat weiterhelfen. Schließlich setzte sich sogar Außenminister Frank Walter Steinmeier dafür ein, dass der junge Mann über die deutsche Botschaft in Ramallah und das Auswärtige Amt ein dreimonatiges Sondervisum zur Krankenbehandlung in Brandenburg an der Havel erhielt. Innerhalb von einer Woche war das Sondervisum bewilligt. Mousa musste dafür bürgen, dass sein Neffe nach Abschluss der Behandlung wieder in den Gazastreifen ausreist.

Vier Wochen lang war der junge Palästinenser Patient im Klinikum Brandenburg. Seine schweren Weichteilverletzungen wurden hier behandelt sowie eine Infektion mit MRSA-Keimen, die Abdaljawad Mousa sich an einer offenen Wunde zugezogen hatte. Der



Ein Ausflug an den Wannsee.

Stumpf war schon im Gazastreifen versorgt worden. So konnte mit der Anpassung einer Interimsprouthese mit speziellem Schaft begonnen werden. Die Firma OTB hat diese Behandlung durchgeführt und die Kosten für die Prothese übernommen.

Nach zweieinhalb Monaten ist Abdajawad Mousa wieder in den Gazastreifen zurückgekehrt. Mit seiner Prothese kommt der junge Mann gut klar. Er habe sogar schon Fußball gespielt, hat er seinem Onkel berichtet. Es ist geplant, dass er nächstes Jahr möglichst noch mal nach Brandenburg kommt, um den Sitz der Prothese zu prüfen. Das sei wichtig, denn der Stumpf könne eventuell nach einer gewissen Zeit Probleme machen, weil sich die Muskulatur bei Belastung verstärkt und der Schaft dann zu eng wird, sagt Prof. Dr. Roland Becker.

Das Leben geht weiter! Abdajawad Mousa hat sich nun für das Sommersemester 2015 an der Fakultät für Informationstechnik eingeschrieben, um sein Studium im Gazastreifen abzuschließen.

— Verfasser —



Ann Brünink,
M.A. phil.

Journalistin



Abdajawad mit Vater im Klinikum Brandenburg.



Abdajawad nach der Behandlung in Gaza.

Da lachen ja die Hühner

»Das Anwesen von Evelin und Ingo Jerichow gleicht einer Arche Noah«

— Verfasser —



Ann Brünink,
M.A. phil.

Journalistin



Evelin Jerichow mit den cholesterinarmen, grünen Eiern.



Federvieh? Nein, Rassegeflügel!

Wer das Anwesen von Evelin und Ingo Jerichow in Wenzlow betritt, erlebt eine ausgesprochen friedliche Atmosphäre. Dabei leben auf dem Grundstück die verschiedensten Tiere wie auf einer Arche Noah friedlich zusammen. Zwei Hunde tummeln sich ausgelassen und vertragen sich ausgezeichnet mit den Katzen. Und auch das zahlreiche Federvieh auf dem Hof lassen sie in Ruhe. Das heißt, die Bezeichnung Federvieh grenzt fast schon an eine Beleidigung für die verschiedenen Arten von edlem Rassegeflügel, das Ingo Jerichow, der als Apothekenfahrer für das Klinikum arbeitet, mit großem Geschick züchtet.

Da gibt es die Rasse der „Modernen englischen Zwergkämpfer“ – grazile Hühner, die Ende des 19. Jahrhunderts in England gezüchtet worden sind. Weiterhin bevölkern Niederrheiner in verschiedenen Farbschlägen die Gehege. Etwas ganz Besonderes ist die Rasse der gold- und blaugoldhalsigen Aurocana. Diese Hühner legen nämlich grüne Eier, die cholesterinarm sein sollen. Die Tiere sehen witzig aus, weil eines ihrer Rassemerkmale die fehlenden Schwanzfedern sind. Sie dürfen frei im Garten herumlaufen und wuseln dem Pferd um die Beine, das dort seine alten Tage verbringt. Außerdem leben noch Warzenenten in verschiedenen Farbschlägen auf dem Hof.

Damit ist aber die Menagerie noch nicht ganz vollzählig, denn auf dem Dachboden in der Scheune wohnt ein Marder. Ist der nicht gefährlich für das Federvieh? „Überhaupt nicht“, erklärt Evelin Jerichow, „eher im Gegenteil: Ein Marder wildert nicht in seinem eigenen Revier. Und er hält sogar Artgenossen fern“, erklärt die Versorgungsassistentin im Zentral-OP des Klinikums.

Die Geflügelzucht ist ein zeitintensives Hobby. Die Ställe müssen einmal pro Woche ausgemistet werden, das dauert einen ganzen Tag lang. Das frische Grünzeug für die Hühner muss klein gemacht werden, da kommen schnell anderthalb Stunden wöchentlich zusammen. Und wenn es zu einer Ausstellung geht, werden die Schönheiten gewaschen und der Kamm wird einbalsamiert. Zur eindeutigen Identifizierung trägt jedes Tier einen Ring mit Nummer.

Seine Erfolge bei der Zucht führt Ingo Jerichow auf seine Erfahrung zurück. Er sieht schon sehr früh nach dem Schlüpfen, welche Küken das Potential haben, die Merkmale der jeweiligen Rasse besonders rein auszubilden. Bruteier seiner prämierten Tiere sind gefragt. Sogar nach Italien und Norwegen habe man sie schon verkauft. Und was passiert mit den anderen Hühnern, die nicht ganz so schön sind? „Die verkaufen wir. Und einige landen auch im Kochtopf“, erklärt Evelin Jerichow.

Die Hühnerzucht ist nicht ganz billig. Jerichow verfüttert 60 bis 100 Zentner Weizen im Jahr. Ein Zentner Weizen kostet 12 bis 13 Euro. Er bezieht ihn vom Bauern direkt nach der Ernte. Hinzu kommen 25 kg Legehennen-Alleinfutter zu 14 Euro, ein halber Zentner Kükenaufzuchtmehl für 15 Euro sowie 10 bis 15 Zentner Grünfütter, am liebsten Brennesseln. „Da müssen die Hühner ihr Futter schon selbst verdienen“, lacht Ingo Jerichow. Früher habe er immer die Pokale gesammelt, die er zahlreich auf Ausstellungen abgeräumt hat. „Jetzt ist mir ein Sack Futter lieber“, sagt er.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...



10 Jahre	01.02.2015	Siegel, Babett	Einkauf
15 Jahre	01.01.2015	Orzol, Michael	Rettungsstelle
	01.01.2015	Walter, Sarina	Telemedizin
	01.01.2015	Dr. med. Cordini, Simone	Innere Klinik I
	01.02.2015	Täge, Anja	Intensivstation
	13.03.2015	Janßen, Martina	Innere Klinik I
25 Jahre	15.01.2015	Buddeweg, Petra	Station 2.3
	01.03.2015	Hörske, Gabriela	Station 3.2 A
30 Jahre	01.02.2015	Lux, Margit	Einkauf
35 Jahre	08.01.2015	Witkowski, Bärbel	Zentral-OP-Pflegedienst

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.01.2015	Zimmermann, Michael	Innere Klinik I
01.01.2015	Schröder, Natalie	Frauenklinik
01.01.2015	Krüger, Steven	Orthopädie/Unfallchirurgie
01.01.2015	Fräderich, Bianca	HNO-Klinik
01.01.2015	Kirsten, Maren	Zentral-OP-Pflegedienst
07.01.2015	Ebinger, Mara	Kreisssaal
01.02.2015	Zimmermann, Stefanie	Orthopädie/Unfallchirurgie
01.02.2015	Hoildys, Josefine	HNO-Klinik
01.02.2015	Jakimovski, Dejan	Neurochirurgie
01.02.2015	Farasin, Iyas Hamed	Neurochirurgie
01.03.2015	Berthelmann, Björne	Station 3.0 C
01.03.2015	Fiebig, Oliver	Medizintechnik
01.03.2015	PD Dr. med. Buschmann, Ivo	Innere Klinik I

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

31.01.2015	Liepe, Manfred	Medizintechnik
31.01.2015	Manecke, Karin	Intensivstation
28.02.2015	Dr. med. Denkie, Thomas	Innere Klinik I
28.02.2015	Göring, Angelika	Station 2.2
28.02.2015	Dr.med. Hoffmann, Hans	Innere Klinik I
28.02.2015	Krause, Lydia	Rettungsstelle
28.02.2015	Keil, Ursula	Aufnahme
28.02.2015	Seeger, Brigitte	Station 3.1 C



— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —

10 Jahre	01.01.2015 14.03.2015	Nitze, Torsten Fersing, Olaf	Technik Technik
15 Jahre	01.01.2015 01.01.2015 01.02.2015 07.02.2015 14.02.2015 14.02.2015 08.03.2015	Elleser, Marion Schleusner, Sascha Hartung, Rene Schröder, Frank Wendorf, Ilse Abraham, Jutta Zimmermann, Vera	Stationshilfe Patiententransport Hofarbeiter Küche Reinigung Reinigung Stationssekretärin
20 Jahre	01.02.2015	John, Dagmar	Küche
25 Jahre	01.01.2015 03.01.2015 08.01.2015 08.01.2015 15.01.2015 12.03.2015 19.03.2015	Böttche, Manuela Tiel, Thomas Augennagel, Lutz Dreyer, Frank Schuster, Regina Juhnke, Ellen Wolf, Ines	Chirurgie Technik Patiententransport Patiententransport HNO-Klinik Stationssekretärin Augenklinik
30 Jahre	12.02.2015	Püngel, Christiane	Gärtnerei
35 Jahre	01.02.2015	Mauß, Cornelia	Stationssekretärin

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

01.02.2015	Wendel, Corina	Reinigung
------------	----------------	-----------

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

31.01.2015	Boenigk, Regina	Innere Klinik II
31.01.2015	Führer, Karin	Reinigung
28.02.2015	Behnke, Adelheid	Reinigung



— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

01.01.2015	Dr. med. Nickisch, Sabine	Kindermedizin
01.01.2015	Günther, Jelena	Havelschule
01.01.2015	Schenk, Franziska	Nuklearmedizin
01.01.2015	Mahler, Susanne	Allgemeinmedizin
15.02.2015	Bräunlich, Lydia	Pathologie

— 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 PD Dr.med. I. Buschmann
Tel. (0 33 81) 41 15 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 Innere Medizin II
Abteilung für Gastroenterologie/
Diabetologie
CA Prof. Dr.med. W. Pommerien
Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Innere Medizin II
Abteilung für Onkologie/
Palliativmedizin
CA PD Dr.med. M. Deckert
Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Orthopädie und
Unfallchirurgie
CA Prof. Dr.med. R. Becker
Tel. (0 33 81) 41 19 00

Rätselspaß

» Der Wartezeit-Denksport «

1				E				
2			E		E			
3		E				E		
4	E						E	
5	E							E
6		E						E
7			E				E	
8				E		E		
9				E				

Füllrätsel

Die bereits vorgegebenen Buchstaben helfen Ihnen, die Begriffe nachstehender Bedeutung zu erraten und in die waagrechten Reihen einzutragen.

1. couragiert, keck
2. Kreatur
3. Tapeten kleben
4. sich aufführen
5. Laudatio
6. mitschicken
7. Rinnsal
8. leer (Arbeitsstelle)
9. Reklamespruch

Viel Spaß und natürlich viel Erfolg
wünscht das Redaktionsteam

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

In dieser Ausgabe:

Warum sich unsere »Star«-Operateure vermummen



Spontan denken Sie sicher, dass dies ausschließlich aus hygienischen Gründen geschieht. Wenn Sie etwas über die wahren Hintergründe erfahren wollen, sollten Sie sich bei Wikipedia informieren: „... vor über 3600 Jahren wurden Vorschriften für Augenoperationen erlassen: Der Arzt sollte für eine erfolgreiche Operation eine Belohnung von 10 Shekel erhalten, wohingegen ihm bei Misserfolg beide Hände abgehackt werden sollten.“

Wir möchten nicht entsprechend verfahren: Die Klinikumsleitung sieht sich einerseits nicht in der Lage, 10 Shekel zu organisieren, andererseits wäre nach Misserfolgen die Weiterbehandlung unserer Patienten gefährdet.

Weiter in Wikipedia: „Seit dem Mittelalter wurde die Aufgabe der Augenärzte von spezialisierten Handwerkschirurgen (von sogenannten Starstechern) wahrgenom-

men, deren bekanntester Doktor Eisenbarth war. Mittels eines speziellen Messers wurde die trübe Linse des Auges („Grauer Star“) in das Auge hineingedrückt. Johann Sebastian Bach starb möglicherweise an der Folge einer Staroperation. Georg Friedrich Händel überlebte zwar seine Operation, blieb aber bis zu seinem Lebensende blind.“

Doktor Eisenbarth hat seine Praxis bereits aufgegeben und praktiziert inzwischen nicht mehr. Bach und Händel waren vom gleichen Starstecher behandelt worden, der eine in Leipzig, der andere etwas später in London. Wie das? Der Starstecher hatte zwar Lust auf 10 Shekel, aber keine auf abgehackte Hände. Daher hat er nach seinen Operationen immer schnell die Problemzone verlassen und ist dadurch weit herumgereist. Dämmert's jetzt?

Mit der oben dargestellten Berufskleidung bleiben unsere Staroperateure unerkannt. Dadurch können sie auf jeden Fall ihre Hände behalten und müssen nicht permanent umherreisen.



Ihr Dr. Nikki Ulm

**klinikum
brandenburg**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH · Hochstraße 29 · 14770 Brandenburg an der Havel
Telefon (0 33 81) 41 10 · Fax (0 33 81) 41 30 00 · Internet www.klinikum-brandenburg.de
E-Mail skb@klinikum-brandenburg.de

