



Klinikum Brandenburg
Campus für Gesundheit

KLINIKJOURNAL

Das Gesundheitsjournal
für Patienten und Mitarbeiter

10 | 2016



Lagerungspfleger in Seenot

Tapfere Männer im OP | S. 14

Krank in Afrika

Über das Gesundheitswesen in Namibia | S. 12

Spurensucher im Labor

Der Mikrobiologe PD Dr. Erik-Oliver Glocker ist den Geheimnissen von Infektionskrankheiten auf der Spur | S. 16

MEDIZIN UND FORSCHUNG

- 4 Zwillingssegen in Brandenburg an der Havel
- 6 Nahtverschluss oder „Flicken drüber“?
*Großer Schnitt oder „Knopflochchirurgie“
– ein Einblick in die moderne Leistenbruch-
behandlung*
- 9 Die Narkose wird 170!
- 12 Krank in Afrika
Über das Gesundheitswesen in Namibia

MENSCHEN AM KLINIKUM

- 14 Lagerungspfleger in Seenot
Tapfere Männer im OP
- 15 Erfolgreiche Teilnahme an der
AOK-TEAM-Staffel Brandenburg
- 16 Spurensucher im Labor
*Der Mikrobiologe PD Dr. Erik-Oliver Glocker ist
den Geheimnissen von Infektionskrankheiten
auf der Spur*
- 17 Frau Langhans, weshalb kümmern Sie sich
eigentlich als Augenärztin um das Rauchfreie
Krankenhaus?

HINTER DEN KULISSEN

- 20 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen
und Verabschiedungen

SERVICE

- 19 Veranstaltungskalender
- 23 Kliniken im Überblick
- 23 Impressum



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Klinikum Brandenburg bekommt Nachwuchs. Es sind zwar keine Zwillinge trotz des Zwillingssiegens in Brandenburg an der Havel – siehe unseren ersten Bericht –, aber es ist ein großer Neubau für unsere Pathologie, für die Krankenhausapotheke sowie für einen Forschungsbereich der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Schon in diesem Oktober soll mit dem Aushub der Baugrube begonnen werden. Die Fertigstellung des dreigeschossigen Gebäudes ist für Mitte 2018 vorgesehen. Das KlinikJournal wird in einer der nächsten Ausgaben detaillierter berichten.

Nachdem in den letzten Monaten Chefarztwechsel in internistischen Kliniken erfolgten, stehen nun Veränderungen in der Klinik für Augenheilkunde und in der Klinik für Neurochirurgie an. Wir werden im Herbst Herrn Prof. Dr. Noske und Herrn Dr. Rudolph in ihren mehr als wohlverdienten Ruhestand verabschieden und Herrn Dr. Kathke als neuen Chefarzt der Augenheilkunde und Herrn Prof. Ewald als Chefarzt für Neurochirurgie begrüßen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser neuen Ausgabe des KlinikJournals. Über Anregungen und Hinweise freuen wir uns, schreiben Sie an leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

Zwillingssegen in Brandenburg an der Havel



Zwillinge bedeuten natürlich nicht nur doppelte Vorsicht, sondern auch doppelte Freude.

Im vergangenen Jahr gab die fortwährende Aufnahme von Schwangeren mit Zwillingen in unserer Abteilung für Geburtshilfe Anlass für Scherze: Waren hierfür besondere Beimengungen zum Brandenburger Trinkwasser verantwortlich oder Luftveränderungen im Rahmen der BUGA-Vorbereitung?

Wir stellten uns am Jahresende natürlich die Frage, ob es rückblickend tatsächlich mehr Zwillinge waren als zuvor. Vielleicht beruhte unser Eindruck ja auch auf vorübergehenden Häufungen oder auf dem generellen Zuwachs an Entbindungen durch die Schließung der Geburtsstation in Bad Belzig.

Mehr Zwillingschwangerschaften 2015 als je zuvor

Die Jahresstatistik bestätigte jedoch unseren Eindruck. 22 Zwillingspärchen erblickten bei uns im letzten Jahr das Licht der Welt. Bei einer Gesamtanzahl von 943 Geburten entsprach dies einem Anteil von 2,3 %, mehr als je zuvor. 2013 lag der Anteil beispielsweise bei 2,1 und 2014 bei 1,9 %. Auch dies war bereits mehr, als bisherige Statistiken aufzeigten: Im Jahr 2006 brachte in Deutschland eine von 64 Frauen Zwillinge zur Welt, also mit einer Wahrscheinlichkeit von 1,57 %.

Wir haben hier in Brandenburg somit tatsächlich einen deutlichen Aufwärtstrend an Zwillingsgeburten zu verzeichnen. Auf Nachfrage berichteten auch Kollegen anderer Regionen in Deutschland über ähnliche Entwicklungen. Demnach scheint es sich also nicht um ein regionales Phänomen zu handeln.

Umweltfaktoren als Ursache?

Es wird eine Vielzahl von Ursachen für die zunehmend steigende Rate an Zwillingen in überwiegend reichen Ländern diskutiert. Oft wird die Reproduktionsmedizin mit Embryonentransfer von mehr als einem Embryo als Erklärung herangezogen. Aber sind die künstlichen Befruchtungen die alleinige Ursache? Dies scheint nur bedingt zuzutreffen, denn tatsächlich entstehen die meisten Zwillingschwangerschaften natürlich. Auch bei uns ist der Anteil der Zwillingschwangerschaften, die durch IVF (In-vitro-Fertilisation) oder ICSI (Intracytoplasmatische Spermiuminjektion) entstehen, gering.

Einige Untersuchungen weisen dem steigenden mütterlichen Alter eine signifikante Bedeutung zu. Auch genetische Faktoren und Umwelteinflüsse dürften eine wichtige Rolle spielen. In Westafrika beispielsweise gibt es überdurchschnittlich viele zweieiige Zwillinge. Besondere Erwähnung findet oft der kleine Ort Igbo Ora in Nigeria, der auch als Hauptstadt der Zwillinge bezeichnet wird.

Es bleibt spannend im Bereich der Mehrlingsforschung. Auch wir sehen den kommenden Jahren mit besonderer Erwartung entgegen.

Formen der Zwillingschwangerschaft und ihre Komplikationen

Was bedeutet es denn nun für die werdende Mutter, dass nicht nur ein, sondern zwei Kinder in ihrem Körper heranwachsen? Was gibt es zu beachten? Grundsätzlich gilt, dass Zwillingschwangerschaften risikoreicher sind als Einlingschwangerschaften und besonders überwacht werden müssen. Da im Mutterleib für zwei Kinder weniger Platz ist als für eines, kommen Zwillinge häufig vor dem errechneten Geburtstermin auf die Welt. Außerdem kann es vorkommen, dass eines der Kinder in der Gebärmutter schlechter versorgt wird als das andere. Hier ist der Ultraschall im ersten Schwangerschaftsdrittel von besonderer Bedeutung. Der behandelnde Frauenarzt kann zu diesem Zeitpunkt beurteilen, ob die Zwillinge sich Mutterkuchen (Plazenta) und/oder Eihaut (Amnion) teilen oder sich getrennt voneinander eingestuft haben. Bei zweieiigen (dizygoten) Zwillingen

gen, die aus zwei verschiedenen Eizellen entstehen, hat jedes Kind eine eigene Plazenta und eine eigene Fruchthöhle. Man spricht in diesem Fall von dichorional diamnialen Zwillingen. Bei eineiigen (monozygoten) Zwillingen, die aus derselben befruchteten Eizelle entstehen, kommt es darauf an, wann diese sich teilt. Teilt die befruchtete Eizelle sich kurz nach der Befruchtung, erfolgt die Einnistung wie bei den zweieiigen Zwillingen getrennt. Findet die Teilung erst zum Zeitpunkt der Einnistung statt, entstehen zwei getrennte Fruchthöhlen, aber nur eine gemeinsame Plazenta. Man spricht dann von monochorialen diamnialen Zwillingen. In dem sehr seltenen Fall, dass sich die Eizelle erst nach der Einnistung teilt, befinden sich beide Kinder in derselben Fruchthöhle. Diese Schwangerschaft wird dann als monochorial monoamnial bezeichnet (vgl. Abb. 1).

Das fetofetale Transfusionssyndrom: ein besonderes Phänomen bei monochorialen Zwillingen

Das fetofetale Transfusionssyndrom (FFTS) ist eine seltene und gefährliche Komplikation, die etwa 15 % aller monochorialen Zwillingsschwangerschaften betrifft. Durch Gefäßverbindungen in der gemeinsamen Plazenta kommt es dazu, dass die beiden kindlichen Blutkreisläufe miteinander verbunden sind. Dies führt dazu, dass das Blut des einen Kindes („Blutspender“ = Donor) in den Blutkreislauf des anderen Kindes („Blutempfänger“ = Akzeptor) geleitet wird.

Auf diese Weise erhält der Akzeptor zu viel Blut, was zu einer Belastung des Herz-Kreislauf-Systems führt und Tod durch Herzversagen zur Folge haben kann. Auch produziert der Akzeptor überdurchschnittlich viel Harn und Fruchtwasser. Dies übt Druck auf den Muttermund aus und kann zu einer Fehl- oder Frühgeburt führen. Im Gegensatz hierzu hat der Donor fast keine Harnproduktion und somit wenig bis kein Fruchtwasser in seiner Fruchtblase. Er bekommt nicht genug Blut und kann an der Unterversorgung sterben. Das Extremstadium des FFTS ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die Behandlung des Transfusionssyndroms erfolgt mittels Laser-Therapie. Hierbei werden durch den

Laser die verbindenden Blutgefäße in der Plazenta unterbrochen. Diese besondere und effektive Therapie wird europaweit nur in wenigen spezialisierten Zentren durchgeführt. Unsere Patientinnen überweisen wir meist an das Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg oder an die Charité Berlin. So können in bis zu 80 % beide Kinder gerettet werden.

Die Zwillingsgeburt: Kaiserschnitt oder natürlich?

Der gewählte Entbindungsmodus hängt von vielen Faktoren ab. Bei eineiigen Zwillingen, die sich Plazenta und Eihaut teilen (monochorial, monoamnial), ist immer ein Kaiserschnitt notwendig. Auch bei starkem Wachstumsunterschied der Kinder sollte die Entbindung per Kaiserschnitt erfolgen. Ansonsten ist die Lage des führenden Zwillingen, der zuerst geboren wird, entscheidend. Liegt dieser in Beckenendlage, d. h. mit dem Steiß zuerst, wird aufgrund von möglichen Komplikationen allgemein der Kaiserschnitt empfohlen. Abbildung 3 zeigt eine seltene Komplikation bei dieser Lagekombination, die bei natürlicher Geburt auftreten kann.

In über 80% aller Zwillingsschwangerschaften befindet sich der führende Zwilling allerdings in Schädellage. Ist die Schwangerschaft unkompliziert verlaufen, ist bei uns in diesem Fall die natürliche vaginale Geburt die erste Wahl.

Ist eine Zwillingsschwangerschaft also insgesamt betrachtet doch kein Segen, sondern das Gegenteil? Das ist natürlich klar zu verneinen. Durch gute Betreuung werden Probleme bei Schwangerschaft und Geburt rechtzeitig erkannt und können meist behoben werden. Mütter sollten sich daher nicht durch die möglichen Risiken verunsichern lassen. Denn Zwillinge bedeuten natürlich nicht nur doppelte Vorsicht, sondern auch doppelte Freude.

Verfasser: Katharina Mergel

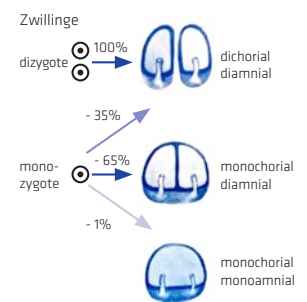


Abb. 1

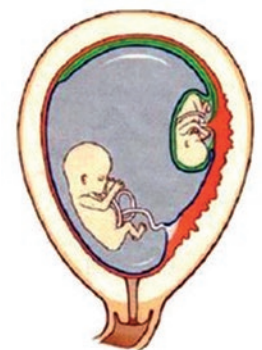


Abb. 2

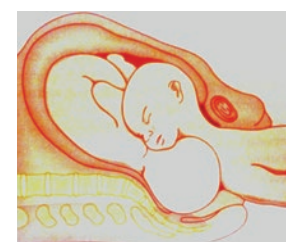


Abb. 3

Nahtverschluss oder „Flicken drüber“?

Großer Schnitt oder „Knopflochchirurgie“ – ein Einblick in die moderne Leistenbruchbehandlung

Brucherkrankungen, lateinisch als Hernien bezeichnet, stellen ein sehr häufiges Problem dar und ihre in der Regel operative Therapie gehört auch in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie unseres Klinikums zum Alltag. Schmerzen in der Leiste, dazu eine Beule – etwa 200.000 Menschen erkranken pro Jahr in Deutschland an einem Leistenbruch, der häufigsten Hernienart. Hernienoperationen machen gut 10% aller viszeralchirurgischen Eingriffe aus, praktisch täglich wird ein Patient auch hier im Brandenburger Hochschulklinikum der MHB an einem solchen Leistenbruch operiert. Etwa jeder vierte Mann und jede dreißigste Frau ist im Laufe des Lebens davon betroffen. Dass solche Operationen mit hoher Sicherheit und für den Patienten wenig belastend durchzuführen sind, ist nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten einschneidende Neuerungen und Fortschritte in der Operationstechnik gab, die auch hier am Klinikum seit vielen Jahren erfolgreich zum Einsatz kommen.

Doch was ist eigentlich ein Leistenbruch und wie entsteht er?

Im Leistenbereich gibt es, bedingt durch Entwicklungen bereits in der Embryonalzeit, mit dem schräg durch die Schichten der Bauchwand verlaufenden, mehrere Zentimeter langen Leistenkanal eine natürliche muskuläre Schwachstelle, die bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt ist. Treten durch diese Schwachstelle, die sogenannte Bruchpforte, nun ursprünglich im Inneren des Bauches befindliche Organe, umhüllt von der innersten Bauchwandschicht, dem Bauchfell (lat. Peritoneum), nach außen bis unter die Haut, spricht man von einer Hernie. Einerseits ziehen beim Mann der Samenstrang, bei der Frau nur ein vergleichsweise schmales Halteband der Gebärmutter durch diesen Kanal, andererseits ist die Konfiguration des Beckens bei Männern und Frauen anders gestaltet, was letzten Endes zu einer geschlechtsabhängigen Häufigkeitsverteilung der Leistenbrüche mit Bevorzugung von Männern im Verhältnis 8 : 1 führt. Eine insgesamt deutlich seltenere, sich ebenfalls in der Leistengegend manifestierende und manchmal schwer vom Leistenbruch zu unterscheidende Bruch-

form, die sogenannte Femoral- oder Schenkelhernie, tritt ebenfalls aus anatomischen Gründen hingegen fast ausschließlich bei Frauen auf.

Gibt es bestimmte Risikofaktoren für die Entstehung von Leistenbrüchen?

Neben sogenannten angeborenen Leistenhernien, die durch unvollständigen Verschluss der Samenstranghüllen im Rahmen der Wanderung des Hodens durch die Bauchwand bis in den Hodensack in der Embryonalzeit entstehen und sich meist bereits im Kleinkindalter manifestieren, gibt es bei Erwachsenen zumeist sogenannte erworbene Leistenhernien, für die bestimmte Risikofaktoren und mitverursachende Begleiterkrankungen in Untersuchungen belegt werden konnten. Eine gewisse genetische Veranlagung durch eine „angeborene Bindegewebsschwäche“ scheint hier eine Rolle zu spielen und erklärt eine mögliche familiäre Häufung. Auch alle Erkrankungen, die zu einer dauerhaften Druckerhöhung im Bauchraum und somit auch auf die „Schwachstelle Leiste“ führen, prädisponieren zur Ausbildung einer Leistenhernie. Dazu zählen zum Beispiel die Chronische Bronchitis (COPD), Tumorerkrankungen im Bauchraum und krankhafte Erweiterungen/Aussackungen der Bauchschißlagader (Aortenaneurysma). Aber auch Rauchen ist als Risikofaktor identifiziert worden, wohingegen eine durch entsprechende körperliche Aktivität gut trainierte Bauchdecke möglicherweise einen protektiven Effekt hat. Direkte Verletzungen der Leistenregion spielen ebenso wie körperliche Überlastungen wohl eher eine untergeordnete Rolle, auch wenn sie häufig von den Betroffenen als Erklärungsursache herangezogen werden. In etwa 15–20% treten Leistenhernien beidseitig auf.

Wie bemerke ich einen Leistenbruch? Was ist das Gefährliche daran und warum sollte man operieren?

Typischerweise bemerken die Betroffenen in der jeweiligen Leiste eine zuvor nicht da gewesene, mehr oder weniger große Vorwölbung, die in den meisten Fällen, häufig verstärkt durch körperliche Anstrengung (schweres Heben oder Tragen, Sport ...), zu ei-

nem unangenehmen Druckgefühl, ziehenden Schmerzen und teilweise auch Schmerzausstrahlung in die Genitalregion oder zur Vorderseite des Oberschenkels führt. Der Arzt kann in diesen Fällen bereits bei der gezielten körperlichen Untersuchung hier sehr rasch die sichere Diagnose stellen.

Nicht selten ist aber zunächst nur ein meist belastungsabhängiger Schmerz in der Leiste das erste Anzeichen, während der Bruch selbst noch im Verlauf des Leistenkanals verborgen ist und sich dem Patienten daher nicht als „Beule“ zeigt (sogenannte Hernia incipiens). Hier ist gelegentlich zur Sicherung der Diagnose neben der gezielten klinischen Untersuchung im Stehen und im Liegen mit Press- oder Hustenversuch gegebenenfalls eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung erforderlich. Nur in Ausnahmefällen indiziert sind weiterführende bildgebende Untersuchungen wie eine Computertomographie oder ein MRT. Auch müssen natürlich anderweitige Ursachen des Leistenschmerzes oder der Leistenschwellung bedacht und, bei nicht eindeutigem Befund, durch weitere Untersuchungen ausgeschlossen werden. Hierzu zählen bei Leistenschwellung z.B. Lymphknotenerkrankungen unterschiedlicher Ursache, gut- oder bösartige Tumoren, Gefäßerkrankungen und Abszesse (eitrige Entzündungen der Haut und Unterhaut), bei Leistenschmerzen ohne Schwellung z.B. Hüftgelenkserkrankungen und ausstrahlende Rückenschmerzen sowie Überlastungen/Reizzustände der an den umgebenden Knochen ansetzenden Muskulatur (insbesondere Adduktoren). Schleppen sich manche Patienten über viele Jahre mit einem ganz offensichtlichen Bruch herum, bis dieser so groß geworden ist, dass er bis in den Hodensack hineinreicht und zum Teil monströse Ausmaße annimmt, spricht man von einer Skrotalhernie oder einem „Hodenbruch“.

Tritt der Bruch beim Liegen spontan wieder in den Bauchraum zurück oder kann er dorthin zurückgeschoben werden, handelt es sich um eine reponible Hernie, ist dies nicht mehr der Fall, dann um eine irreponible Hernie.

Davon zu unterscheiden sind die Situationen, bei denen es zu einer schmerzhaften Einklemmung des Bruchinhaltes, meist Darmanteile, in der Bruchpforte kommt, welche zu einer gestörten Durchblutung und schließlich dem Absterben der eingeklemmten Organe und einem Darmverschluss führt. Zwar ist diese Komplikation, man spricht dann von einer Inkarceration, mit einer Wahrscheinlichkeit von 1–2% pro Jahr nicht sehr häufig, stellt aber immer eine lebensbedrohliche Akutsituation dar und macht eine entsprechende Notfalloperation erforderlich, welche auch mit einer deutlich höheren Komplikationsrate verbunden ist als eine geplante Operation. Daraus sowie aus der Tatsache, dass eine Hernie nicht von alleine wieder verschwindet und meist beschwerdebedingte Einschränkungen im Alltag nach sich zieht, ergibt sich die Empfehlung, jeden diagnostizierten Leistenbruch auch zu operieren, wobei abgesehen von der geschilderten Notfallsituation der Operationstermin keiner besonderen Dringlichkeit bedarf und frei nach den Wünschen des Patienten festgelegt werden kann.

Was passiert bei der Operation?

Grundprinzip der Operation ist neben der Zurückverlagerung der im Bruch enthaltenen Organe in den Bauchraum der sichere Verschluss der Bruchpforte und somit die Verhinderung der geschilderten Komplikationen. Ein ideales Operationsverfahren sollte dabei komplikationsarm durchzuführen sein und auch auf lange Sicht ein erneutes Auftreten eines Bruches, ein Hernienrezidiv, sicher verhindern. Die Rezidivrate stellt dabei das wichtigste Qualitätsmerkmal dar. Bis vor gut 20 Jahren waren dabei sogenannte Nahtverfahren, bei denen die Schwachstelle in der Bauchwand durch meist mehrere Nahtreihen über einen relativ großen Schnitt in der Leiste gleichsam gerafft und verstärkt wurde, der Goldstandard (Shouldice- oder Bassini-Operation). Ein Problem dieser Verfahren ist die Reparatur unter Verwendung vermeintlich strukturell bereits erkrankter und geschwächter Bauchwandanteile sowie die durch die Nähte entstehende Spannung mit entsprechender Schmerzkomponente und insbesondere anfänglicher Mobilitätseinschrän-



Implantierbares Kunststoffnetz



Bruchpforte, dargestellt im Rahmen der Bauchspiegelung



Implantiertes Netz mit Abdeckung der Bruchpforte

kung. Die im chirurgischen Alltag damit erreichbare Rezidivhäufigkeit lag bei etwa 10%.

Die Einführung gut verträglicher Kunststoffnetze, die durch ständige Weiterentwicklung zudem bei verbesserter Stabilität immer leichter wurden und praktisch nicht als Fremdkörper wahrgenommen werden, hat zu einer rasanten Veränderung der Leistenbruchversorgung geführt. Diese Netze werden als Verstärkung der natürlichen Bauchdecke in der Leistenregion implantiert, überdecken wie eine Tape die natürlichen Bruchpforten und verhindern auf diese Weise das Heraustreten und Einklemmen des Bruches. Durch diese sogenannte spannungsfreie Hernienreparation konnte die Anzahl der Rezidive in etwa halbiert werden und die Patienten können deutlich schneller wieder zu normaler körperlicher Aktivität zurückkehren. War bei den Nahtverfahren körperliche Schonung mit Vermeidung insbesondere aller die Bauchwand belastenden Aktivitäten noch für mindestens 6–8 Wochen angezeigt, ist mit den modernen Netzverfahren schon nach wenigen Tagen bis maximal 2 Wochen eine Vollbelastung möglich.

Diese Netze wurden zunächst auch über einen Schnitt in der Leiste eingebracht (Operation nach Lichtenstein). Einen weiteren Meilenstein in der Leistenbruchversorgung stellt die flächendeckende Einführung minimalinvasiver OP-Techniken dar. Hierbei wird das Kunststoffnetz, welches die Bruchpforten überdecken soll, nicht über einen Schnitt in der Leiste, sondern unter Kamerasicht über maximal 1 cm kleine Schnitte mit entsprechenden endoskopischen Instrumenten eingebracht. Je nach Verfahren geht man dabei durch den Bauchraum (TAPP) oder arbeitet direkt in der vorderen Bauchwand (TEP).

Erfolgs- bzw. Rezidivraten sind bei den offenen und den minimalinvasiven Netzverfahren in entsprechenden Vergleichsstudien identisch, Vorteile ergaben sich für die endoskopischen Verfahren im Hinblick auf noch schnellere Mobilisierung, kürzeren Krankenhausaufenthalt und etwas geringere Raten an Wundinfektionen.

Dementsprechend gelten heutzutage Netzverfahren als Standard in der Leistenhernienchirurgie, was sich auch in den Empfehlungen der großen chirurgischen Gesellschaften widerspiegelt. Dabei sollte möglichst einem endoskopischen Verfahren der Vorzug gegeben werden, es sei denn, es handelt sich um sehr große Brüche (Skrotalhernien), Rezidivbrüche nach endoskopischer Voroperation oder zu erwartende schwere Verwachsungen, wodurch die technische Durchführung der Endoskopie stark erschwert wird. Nahtverfahren bleiben inzwischen Notfallsituationen, in denen aufgrund von Entzündungen im OP-Gebiet kein Kunststoffnetz implantiert werden kann, sowie anderen seltenen Ausnahmefällen vorbehalten. Dieses maßgeschneiderte Vorgehen der Hernienversorgung kann durch unsere Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit umfangreicher Expertise hinsichtlich aller genannten Operationsverfahren angeboten werden, wobei in den meisten Fällen nur ein sehr kurzer Krankenhausaufenthalt mit Entlassung bereits am 1. Tag nach der Operation erforderlich ist.

Verfasser: Dr. med. Frank Stolle, Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie; Medizinische Hochschule Brandenburg, Campus Städtisches Klinikum Brandenburg an der Havel

Koautor: Univ.-Prof. Dr. med. René Mantke, Klinikdirektor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie; Medizinische Hochschule Brandenburg, Campus Städtisches Klinikum Brandenburg an der Havel



Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Klinikdirektor

Univ.-Prof. Dr. med. René Mantke

Sekretariat

Telefon (0 33 81) 41 12 00

Die Narkose wird 170!

Als Geburtsstunde der modernen Narkose/Anästhesie wird oft der 16. Oktober 1946 angegeben. Am sogenannten Äthertag von Boston erfolgte die erste erfolgreiche Allgemeinanästhesie eines Menschen für einen chirurgischen Eingriff. Es wird in diesem Text die historische Schreibweise mit „Ä“ benutzt, sie scheint besser zu den im Folgenden geschilderten geschichtlichen Ereignissen zu passen.

Wenn man akzeptiert, dass Kolumbus Amerika entdeckt hat und nicht einer von hunderten europäischen oder asiatischen Seefahrern, die lange vor ihm amerikanischen Boden betraten, dann akzeptiert man auch das oben genannte Datum als Geburtsstunde der Anästhesie.

Es ist wie so häufig alles eine Frage der guten Dokumentation, die Reisen des Kolumbus wurden gut dokumentiert und der „Äthertag von Boston“ eben auch.

Die Vereinigten Staaten von Amerika waren zu der Zeit des Übergangs vom 18. auf das 19. Jahrhundert vor allem auf dem Gebiet wissenschaftlich-technischer Entwicklungen durchaus auf einer Stufe mit den Großmächten Europas. Zusätzlich ermöglichte diese junge Demokratie Entwicklungen jenseits althergebrachter Konventionen auf vielen Gebieten der angewandten Wissenschaften. So auch auf dem Gebiet der Medizin. Aber wie in Europa wurden die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Chirurgen begrenzt durch die Unmöglichkeit für die Patienten, diese lange bei vollem Bewusstsein zu ertragen und letztendlich zu überleben. So war gerade das frühe 19. Jahrhundert auf dem Gebiet der Medizin gekennzeichnet durch die Suche nach einer Möglichkeit, dem Patienten das Überleben großer Operationen zu gestatten. In dieser Epoche war der Spontanverlauf einer Blinddarmentzündung eine lebensbedrohliche, mit einer hohen Sterberate behaftete Erkrankung. Die Operation dieser Erkrankung beschleunigte allzu oft den ungünstigen Verlauf. Die Patienten bereiteten sich deshalb auf einen solchen Eingriff wie auf ihren Tod vor.

Die schon seit Jahrhunderten bekannte narkotisierende Wirkung verschiedener Stoffe wurde in dieser Zeit vermehrt untersucht. Es war jetzt technisch

möglich, einige Gase technisch rein, in ausreichender Menge und in konstanter Qualität herzustellen und zu lagern. So wurden im 19. Jahrhundert viele schon lange bekannte Substanzen (die erste detaillierte Beschreibung der Äthersynthese ist bereits 1540 durch Valerius Cordus erfolgt, Lachgas wurde bereits 1772 von Joseph Priestley synthetisiert) in ihren Wirkungen auf den tierischen und menschlichen Organismus untersucht.

Lachgas liegt bekanntermaßen unter Raumtemperatur als Gas vor, Äther hingegen als ölige leicht verdampfende Flüssigkeit. Für die Anwendung des Lachgases bedurfte es also eines gewissen technischen Aufwandes, der Umgang mit dem Äther war deutlich einfacher.

Die Ergebnisse waren durchaus zunächst so, dass sowohl Lachgas, damals chemisch als „oxidiertes Salpetergas“ bezeichnet, als auch Äther, „süßes Schwefelvitriol“ genannt, als „Partydroge“ in Gebrauch kamen. Nein, die Inhalation von Lachgas zur Erzeugung eines Rausches ist keine Erfindung des 20. Jahrhunderts. Es gab schon im frühen 19. Jahrhundert bekannte „Entertainer“, damals noch nicht als „Dealer“ bezeichnet, die sich für die Verabreichung von Lachgas bezahlen ließen.

Äther wurde darüber hinaus auch eingenommen, durch sämtliche andere Körperöffnungen appliziert und eingerieben. Alles eine Frage des Marketings. Helfen sollte Äther gegen so gut wie alles, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen – das kommt einem irgendwie bekannt vor –, Hysterie, Husten, Arthritis, Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Koliken und vieles andere mehr.

Neben der stimmungsaufhellenden Wirkung des Lachgases erkannten auch zunehmend mehr Ärzte die schmerzdämpfenden Eigenschaften desselben. Das in der sogenannten Alten Welt, nämlich in London, hergestellte Lachgas kam mit Schiffen nach Nordamerika und wurde von, sagen wir mal „Wissenschaftlern“ auf Rundreisen durch die einzelnen Bundesstaaten auf Jahrmärkten, aber eben auch in großen Krankenhäusern in seinen Wirkungen auf den Menschen vorgestellt. Wobei sich die Vorführungen nicht grundlegend voneinander unterschieden.



Narkoseapparat von Morton



Lachgasparty – Humphry Davy



Horace Wells



William Thomas Green Morton

Eine solche Demonstration der Lachgaswirkung erfolgte im Rahmen einer Vorlesung an der Harvard Medical School vom Zahnarzt Horace Wells am 25. Januar 1845. Dieser hatte bei einer Show 1844 gesehen, wie sich ein Mann unter der Wirkung des Gases eine Platzwunde am Schienbein zugezogen hatte, ohne irgendwelche Schmerzentäußerungen von sich zu geben. Gemeinsam untersuchte er mit seinem Schüler William Thomas Green Morton die schmerzstillende Wirkung der Substanz weiter. Er ließ sich sogar erfolgreich von einem anderen seiner Schüler einen Zahn schmerzfrei unter Lachgasbetäubung ziehen. Es ist nicht überliefert, ob es medizinisch indiziert war, diesen Zahn zu ziehen. Er war jedenfalls so von diesem Gas überzeugt, dass er sich zu der Vorlesung „Die Verwendung des Stickoxyduls zur Schmerzverhütung“ an das Massachusetts General Hospital (MGH) einladen ließ. Die Demonstration endete in einem Reinfall.

Was war passiert? Alles lief wunderbar, bis zu dem Zeitpunkt, an dem nun der Zahn des Patienten gezogen werden sollte. Der Chirurg war ungeduldig, der alkoholabhängige, übergewichtige Patient war aufgeregert (warum s.o.) und Horace Wells war sicherlich gestresst, aber darüber hinaus nach heutigen Maßstäben mit etwas über einem Dutzend durchgeführter Narkosen blutiger Anfänger. Es kam, wie es kommen musste, die Lachgasinhalation wurde zu früh beendet, der Chirurg setzte die Instrumente zu früh an, der Patient schrie vor Schmerzen und der Narkosearzt wurde mit den Rufen „Schwindel, Schwindel“ und „Humbug“ aus dem Saal gejagt. Diese Darstellung mag übertrieben wirken, aber ungeduldige Chirurgen, unerfahrene Narkoseärzte und die oben genannten Begleiterkrankungen sind auch heutzutage ernst zu nehmende Risikofaktoren im Rahmen eines operativen Eingriffs.

Dr. Horace Wells wurde dann Vertreter für Drogerieprodukte. 1847 reiste er nach Europa, um dort die Vorteile der Lachgas-Narkose in Paris zunächst ohne Erfolg vorzustellen. Letztendlich überwand er seinen beruflichen Misserfolg nicht und öffnete sich 1848 mit einem Rasiermesser eine Beinarterie, nicht ohne

sich vorher konsequenterweise mit Chloroform und nicht mit Lachgas zu betäuben.

Die Verwendung von Lachgas zu medizinischen Zwecken wurde nun nicht vollständig aufgegeben, aber der Misserfolg von Wells an der schon damals renommierten Harvard Medical School sprach sich schnell herum.

Sein ehemaliger Schüler William Thomas Green Morton realisierte, dass ein Erfolg in Harvard entscheidend für die Weiterverbreitung einer Narkosetechnik war. Auf Anraten des damals berühmten Universalgelehrten Charles Thomas Jackson hatte er sich intensiv mit dem Äther befasst. Er hatte auch die Technik der Anwendung verfeinert. Statt eines einfachen Tuches benutzte er einen Glaskolben, in dem sich ein mit Äther getränkter Schwamm befand. Der Patient atmete durch eine Öffnung des Kolbens ein Äther-Luft-Gemisch ein und über ein spezielles Ventil des Mundstückes wieder aus. Angesichts der noch 100 Jahre später verwendeten Schimmelbuschmasken zur Anwendung von Äther ist dieser Apparat geradezu als technisch ausgefeilt zu betrachten. Den Misserfolg seines ehemaligen Lehrers ständig vor Augen, perfektionierte Morton seinen Umgang mit dem Äther. Er führte eine erste erfolgreiche Narkose am 30. September 1846 in der Praxis eines befreundeten Arztes durch. Begeistert von seinem Erfolg veröffentlichte er diese Anwendung am darauffolgenden Tag im „Boston Journal“. Noch aber fühlte er sich nicht bereit unter den strengen Augen des leitenden Arztes der Chirurgie des MGH seine Technik zu demonstrieren. Letztendlich wurde er aber vom Klinikleiter Dr. John Collins Warren für Freitag, den 16. Oktober 1846 um 10 Uhr eingeladen, seine Äthernarkose vorzuführen. Warren war derselbe Chirurg, der auch bei der suboptimal verlaufenen Demonstration der Lachgasnarkose anwesend war.

Was geschah nun an diesem Tag im Massachusetts General Hospital? Folgendes ist überliefert, da gut dokumentiert.

Morton hatte einen Instrumentenbauer mit der Herstellung seines Narkoseapparates beauftragt. Dieser geriet in Verzug und so wurde der Glaskolben erst in der Nacht auf den Freitag fertig. Morton musste

nun in Eile den Apparat zusammenbauen, um noch rechtzeitig zu erscheinen.

Um 10 Uhr hatte bereits der Chirurg Warren dem Publikum verkündet, dass ein Gentleman an ihn herangetreten sei „... mit dem erstaunlichen Anspruch, einen zur Operation vorgesehenen Patienten schmerzfrei zu machen“.

Im Hörsaal befand sich alles, was in der Bostoner Ärzteschaft Rang und Namen hatte. Die Stimmung im Raum war alles andere als positiv. Nicht wenige erinnerten sich an das Desaster der Lachgasnarkose und hofften auf ein ähnliches Spektakel.

Eine Viertelstunde war bereits verstrichen und den Chirurgen verließ bereits jetzt die Geduld, damals eher ein positives Kriterium, denn je schneller und je forscher ein Chirurg ans Werk ging, umso weniger Schmerzen fügte er dem Kranken zu.

Er wies bereits seine Gehilfen an, den rückblickend geradezu heldenhaft unerschrockenen Patienten festzuhalten. Gilbert Abbot, so hieß der Unglückliche, litt unter einer großen Gefäßgeschwulst am Hals. Diese sollte an diesem Tage mit oder ohne Narkose entfernt werden. Morten betrat gerade noch rechtzeitig den Hörsaal, der heute als „Äther-Dom“ bekannt ist, und wurde mit den Worten empfangen: „Herr Kollege, Ihr Patient ist bereit.“

Daraufhin ließ der Narkosearzt den Patienten einige Atemzüge aus dem Narkoseapparat nehmen. Er war nach einigen Minuten eingeschlafen. Die Operation, die drei Minuten dauerte, wurde durchgeführt und beides, sowohl Operation (selbstverständlich) als auch Narkose (erstaunlich), wurde als Erfolg gewertet. Der Operateur wandte sich an das Publikum mit den Worten: „Meine Herren, das ist kein Humbug.“ Diese Worte überdauerten 170 Jahre.

Damen waren damals offensichtlich nicht mal als Zuschauerinnen in der Lage, an solchen komplexen Dingen wie Operationen am Hals teilzunehmen. Diese katastrophale Fehleinschätzung wurde glücklicherweise im 20. Jahrhundert revidiert.

Henry James Bigelow, ein anderer Augenzeuge, prophezeite: „Ich habe heute etwas gesehen, was um die Welt gehen wird.“

Er sollte Recht behalten. Die Anwendung von Narkosegasen wurde perfektioniert und technisch so verfeinert, dass es heute möglich ist, nicht nur junge, sonst gesunde Patienten zu narkotisieren und zu operieren, sondern auch Neugeborene und schwerstkranke Menschen. Hochkomplexe Eingriffe wie Operationen am offenen Herzen oder Transplantationen sind ohne Narkose nicht vorstellbar. Ohne den Todesmut des Gilbert Abbot wäre das nicht möglich gewesen und ich wäre arbeitslos.

Verfasser:

Dr. Ingram Rummeler DEAA, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie



INFORMATIONEN

Quellen

Ludwig Brandt, Illustrierte Geschichte der Anästhesie – Wiss. Verl.-Ges.; 1997, S. 49–65

Csaba Nicolaus Nemes, Ende einer langen Nacht-Kulturgeschichte der Anästhesie – DCS Druck und Verlagshaus; 2012, S. 278–287

Bilder

U.S. National Library of Medicine, Images from the History of Medicine (IHM)

Krank in Afrika

Über das Gesundheitswesen in Namibia



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

9000 km von zu Hause! Wie es mitunter so ist: Man freut sich auf den Urlaub und dann wird man mitten in der Wüste krank.

Mein diesjähriger Urlaub führte mich im Februar nach Namibia. Hier spricht man Afrikaans – dem Holländischen ähnlich – und Deutsch durch die ehemalige Kolonialisierung sowie verschiedene Stammessprachen. Kurz nach der Ankunft bekam ich Fieber und konnte für 2 Tage das Zimmer nicht verlassen. Abgesehen davon, dass man ursächlich an schlimme Viren denkt, fragte ich mich, wie wohl das Gesundheitssystem in Namibia funktioniert. Wir übernachteten in einer Lodge mitten in der Wüste und hatten mit dem Fahrzeug von Windhoek 4 Stunden gebraucht, ohne durch eine größere Ortschaft gekommen zu sein. Namibia ist etwa 2,5-mal so groß wie Deutschland, hat aber nur 1,9 Mio. Einwohner. Die dünne Besiedlung des Landes macht demnach eine so dichte Versorgung mit Krankenhäusern wie bei uns nicht möglich.

In dem südwestafrikanischen Land hat man daher andere Strukturen geschaffen. Es gibt 278 kleinere Ambulanzen, die meist aus einem Arzt und einer Schwester bestehen. Es handelt sich um die Primary Health Care Centren. Diese wurden nach der Erlangung der Unabhängigkeit von Südafrika seit 1990 in Namibia errichtet. Ihre Aufgabe ist die Gesundheits-erziehung, aber auch Impfung und Mütterbetreuung und Akutbetreuung. Diese Einrichtungen gibt es in größeren Ortschaften quer über das Land verteilt, auch mitten in der Wüste sah ich solch eine Einheit mit einem Zelt davor. Hat man einen Unfall und das Glück, nicht gerade in einem Funkloch zu stecken, was in den meisten Fällen so ist, kann man diese Ambulanzen anfordern, die dann den Verletzten in ein Krankenhaus fahren. Für den Fall, dass während dieser stundenlangen Fahrt erneut ein Unfall passiert, würde diese Ambulanz nicht zur Verfügung stehen – aber auch keine andere. Diese Einrichtungen verfügen über ein Fahrzeug. In solchen Fällen springt die Polizei ein. Da diese auch nur ein Auto für einen größeren Einzugsbereich hat, müssten weitere Akutkranke warten.

Über das Land verteilt gibt es die Lodges und Farmen. In diese Zentren kommen die Ambulanzen in größeren Abständen und versorgen das Personal. Der Arzt bleibt dann eine Woche. Dort untersucht er das Personal. Auch Leute aus der Umgebung können sich dann dort behandeln lassen. In Namibia gibt es staatliche und private Krankenversicherungen. Nicht jeder kann sich eine Versicherung leisten. Wer nicht versichert ist, so ein Gesundheitsexperte der Nama, Aaron, wird trotzdem ärztlich umsonst versorgt. So richtig glauben kann ich es nicht. Zumindest aber sagt er mir, dass es für die Namibier ein Menschenrecht bedeute und sie nicht verstehen könnten, versichert sein zu müssen. Auf meine Frage, wie es denn um Brillen, Hörgeräte und Zahnersatz bestellt sei, bekomme ich zur Antwort, dass dies alle Bürger umsonst bekämen. Nur 10–20% der Namibier sind krankenversichert. Die staatlichen Versicherungen zählen etwa 50.000 Mitglieder. Monatlich müssen dann 60 namibische Dollar bezahlt werden. Für Medikamente sind aufgrund einer Versicherung nur 5% des Preises zu zahlen, den an-



Frau Didczuneit-Sandhop in der Wüste Namibias



Frau Didczuneit-Sandhop vor dem Bismarck Medical Centre im Küstenort Swakopmund

deren Anteil übernimmt der Arbeitgeber. Versicherte haben Anspruch auf staatliche Krankenhäuser. Darüber hinaus gibt es auch rein private Krankenhäuser. Ein römisch-katholisches Krankenhaus habe ich selbst besucht. Es ist von außen geschlossen und aufgrund meiner weißen Hautfarbe wurde ich von der Security eingelassen. Auf dem Schild im Entree viele deutsche Namen von Ärzten.

Wo kann ich mir eine Aspirin kaufen?

Ja, es gibt sie auch, die Apotheken, aber nicht hier in der Wüste. Die 54 Apotheken konzentrieren sich auf die größeren Städte. Die Apotheken haben ihren eigenen Behandlungsraum. Hier wird durchaus auch diagnostiziert und therapiert. Die Apotheker sind dazu ausgebildet und können auch nach ihrer Apothekerausbildung ein Studium für Primary Health Care absolvieren.

Grundsätzlich sind die Bedürfnisse der medizinischen Versorgung auch aufgrund der verschiedenen ethnischen Gruppen andere als in Deutschland. Der Farmer mit deutschen Wurzeln fährt zum Arzt in die nächste größere Stadt. Die ursprünglichen Namibier gehen schon mal zu ihrem Witch Doctor – ihrem Medizinmann.

Wie gut, dass mein Mann Grippe dabei hatte. Das war dann also mein „Medizinmann“.

Unabhängig von den Ambulanzen gibt es in den Städten auch Kliniken. Insgesamt verteilen sich 78 Kliniken über das Land. In Windhoek beispielsweise gibt es ein großes Krankenhaus mit nahezu allen Fachdisziplinen und 1500 Betten, das genauso modern eingerichtet ist wie unsere Kliniken.

Namibia ist ein armes Land. Gerade in den Slums in den Vorstädten reicht die Liste der Krankheiten von Tbc über Malaria bis hin zu Aids. Die zukünftigen Aufgaben konzentrieren sich demnach auf die Prävention. Vordergründig wird auch hier versucht werden müssen, zunächst die Standards aller Bevölkerungsschichten auf ein hohes Niveau zu heben.

Glücklich, wer nach einer Virusinfektion wieder genesen ist. In Swakopmund am Atlantik im Café Anton habe ich mir dann erst mal ein Stück Schwarzwälder Kirsche gegönnt.

Verfasser:

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop, Chefärztin der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie

Lagerungspfleger in Seenot

Tapfere Männer im OP

Wer ein aufmerksamer Leser des KlinikJournals ist, wird sich erinnern, dass wir schon einmal über ihn berichtet hatten – unseren Lagerungspfleger Herrn Ralf Gehardt. Es ging um die Liebe zu seinen Hunden und den Sport mit ihnen in Form des Agility.

Seit Jahren ist er aber auch Segler. Neben vielen schönen Segeltörns erinnert er sich an einen ganz besonders – einen Törn über die Ostsee, den er so schnell nicht vergessen wird.

Mit seinem Bruder hatte er seinen 15er-Jollenkreuzer Ilios in Kühlungsborn zu Wasser gelassen. Es war auf der Ostsee sein erster Törn, der nach Dänemark gehen sollte. Gegen 11 Uhr

an einem Julitag zeigte sein Windmesser 5 auf der Beaufortskala mit halbem Wind. Es regnete und die Wellen waren mit einem

Meter Höhe gar nicht so hoch, berichtet Ralf. Sie hatten überlegt im Hafen zu bleiben. Jemanden, der im OP jeden Tag seinen Mann steht, scheint das aber nicht zu erschüttern.

Mit 6–7 Knoten nur mit der Fock gesegelt kamen sie bei diesigem Wetter trotz allem gut voran. Die Küste sahen sie noch immer und hätten Gedser immer noch anlaufen können. Der Jollenkreuzer erwies sich im Verlauf bei Böen zwischen 6 und 7 als nicht so widerstandsfähig. Mitunter drehte sich das Boot in den Wind. Außerdem lief es ständig aus dem Ruder. Nachdem Gedser nicht mehr zu sehen war und Windstärke 8 erreicht war, legte Ralf seine Rettungsweste an. Gerade als auch sein Bruder diese anlegen wollte, passierte es. Ein Brecher von der Seite stürzte das Boot in die See, so dass es mit dem Mast nach unten zeigte. Ralf versuchte sich an der Ilios festzuhalten, seine Kleidung sog sich voll Wasser. Wenn er heute darüber spricht, merkt man ein kleines Schaudern in der Erzählung. Sein Bruder hatte zu dem Zeitpunkt keine Rettungsweste an. Er schaffte es, ihn auf das gekenterte Boot heraufzuziehen. Nach der nächsten Welle jedoch war er wieder im Wasser. Nachdem er seinem Bruder nun die Vorschot zugeworfen hatte, gelang es ihm den Bruder an Bord zu halten.

SOS – jetzt waren sie in Seenot, das Schiff lag auf

der Seite und lief voll Wasser. „Ich habe gemerkt, wie kalt die Ostsee sein kann“, berichtet Ralf.

Neben den vergeblichen Versuchen, das Boot aufzurichten durch Heraufziehen des Schwertes, machte ihm Kopfzerbrechen, dass sein Bruder keine Rettungsweste trug. Das Schwert war nun ganz in den Schwertkasten gerutscht, die Kräfte ließen nach und die Angst, seinen Bruder zu verlieren, wurde größer. Ein Untergang des Bootes hätte seinen Tod bedeuten können.

Kein anderes Boot in Sicht, drei bis vier Stunden harrten sie auf dem Rumpf des gekenterten Bootes schon aus. Ralf stellte sich, wenn ein weit vorbeifahrer Frachter kam, auf

das Boot und schwenkte die Arme – nichts. Keiner sah sie und es wurde dunkel. „Ich habe mich gefragt, ob das das Ende sei“, „Ich habe

SOS – jetzt waren sie in Seenot, dass Schiff lag auf der Seite und lief voll Wasser.

mich ständig bewegt, meine Arme, meine Füße, die Schultern.“ „Das Blut sollte nicht aufhören zu zirkulieren.“ Durch immer wieder neue Wellen, die über das Boot schwappten, wurde es immer wieder kalt. Die Nacht brach an.

Sie erzählten nicht viel. Würde das Schiff untergehen, würde sein Bruder ertrinken, Ralf würde die letzten Stunden im kalten Wasser allein sein. Gedanken an zu Hause und die Unmöglichkeit, die Lieben zu informieren, ihnen etwas zu sagen, was vielleicht unausgesprochen geblieben war, schwirrten durch den Kopf. Ralf, der in früheren Zeiten auch Bodybuilder gewesen war, fühlte sich immer noch kräftig genug. „Er ist ein zäher Hund“, sagt sein Bruder über ihn.

Um 3 Uhr morgens sahen sie ein Licht in der Ferne. Um 4.30 Uhr wurde es hell. Dann um 6 Uhr die vermeintliche Rettung. Ein Boot kam auf sie zu. Ralf konnte den Schriftzug „Küstenwacht“ lesen. Er zog jetzt seine Weste aus. Bei seinem Segellehrer hatte er gelernt, die Weste in weiten Kreisen zu schwenken, wenn Hilfe benötigt wird. Das tat er nun. Auch dass er ein paar Mal in das Wasser rutschte, brachte ihn nicht davon ab.

Die Küstenwache sah sie nicht, eine halbe Stunde war vergangen, ohne dass diese ihr Signal erkannt hatte. „Land in Sicht“, rief der Bruder um 11 Uhr! Die

Rettung durch eine Segelyacht kam erst gegen 15 Uhr. Bis dahin waren sie der Strömung ausgesetzt. Karl und seine Frau aus Demmin waren ihre Retter. Der Bundesgrenzschutz wurde gerufen und die Ilios von einem SAR-Rettungsboot geborgen. Während sein Bruder sich schlafen legte, half Ralf bei der Bergung des Bootes, welches nun inzwischen in einer befahrenen Schifffahrtslinie trieb.

Diese Fahrt mit dem recht kleinen Boot ist bei Ralf und seinem Bruder aufgearbeitet worden und sie haben ihre Fehler erkannt. Dazu gehört neben den technischen Fehlern auch die ständige Bewegung auf dem Boot. Bei Kälte schützt sich der Körper durch Zentralisation selbst. Bewegt sich der Seemann mit seinen Gliedmaßen ständig, wird der Selbstschutz aufgehoben und der Körper kühlt rasch aus. Ralf und sein Bruder sind heil in Brandenburg an der Havel angekommen.

Diese Erfahrung, insbesondere das Nachdenken über den Tod in diesen heiklen Stunden, hat den Wert des Lebens für Ralf nachhaltig beeinflusst. Die Angst von Patienten vor einer Operation kann Lagerungspfleger Ralf gut verstehen.



Ralf Gehardt

Verfasser:

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop, Chefärztin der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie

Erfolgreiche Teilnahme an der AOK-TEAM-Staffel Brandenburg

Am 23. Juni 2016 fand rund um das ehemalige BU-GA-Gelände am Packhof der erste Brandenburger Team-Staffellauf, veranstaltet durch SSC Events und den VfL Brandenburg, statt. Der Event startete zunächst mit einem Bambini-Lauf, bei dem die Kleinen läuferisch auf die Tube drückten, bevor um 18.30 Uhr Vereine, Unternehmen und Freizeit-Läufer im Staffellauf von 4x 5 km bei sommerlichem Wetter gegeneinander antraten. Mehr als 150 Teams hatten sich zur Premiere dieses Laufes, der mit sieben Brücken, Dom, Kirchen und Wegen entlang der Havel ein tolles Panorama bot, angemeldet und machten die Erstauflage somit zu einem vollen Erfolg. Dabei waren insgesamt auch sieben Teams des Städtischen Klinikums und seiner Töchter mit von der Partie. Das Klinik-Labor sowie das Klinikum Westbrandenburg waren mit je einem Team und das Städtische Klinikum Brandenburg war dienststartenübergreifend mit insgesamt fünf Teams dabei. Bei diesem Event standen Spaß und der kommunikative Austausch im Rahmen des anschließenden zwanglosen Picknicks

bei kühlen Getränken, leckeren Snacks und bester Laune im Vordergrund. Aber auch die Leistungen unserer Kolleginnen und Kollegen (Ergebnisliste unten) konnten sich durchaus sehen lassen. So belegten die Ärzte des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Team „Beckers Beste“ den 30. Platz in der Mix-Wertung, die Pflegerinnen und Ärztinnen des „Kinderteam-KWB“ wurden in der Frauenwertung sogar Vierter!

Ein großes Dankeschön gilt allen Teilnehmern, die bei dieser tollen Veranstaltung trotz der Temperaturen von weit über 30 Grad für unser Haus Flagge zeigten, insbesondere aber auch den Kollegen, die bei der Organisation, dem Auf- und Abbau sowie dem Catering so tatkräftig mitgewirkt haben.

Am **29.06.2017** wird die zweite Auflage des Team-Staffellaufes in Brandenburg an der Havel stattfinden. Auch da wollen wir natürlich wieder zahlreich vertreten sein – also vermerken Sie sich diesen Termin schon jetzt im Kalender.

Ergebnisliste

Mixstaffel

Platz 30

Beckers Beste (1:42:17)

Platz 39

Medizinmischung SKB
(1:46:12)

Platz 59

Die Bürohengste (1:52:06)

Platz 65

Die Intensiven (1:54:17)

Platz 90

Klinik-Labor-Teamexpress
(2:05:08)

Frauenstaffel

Platz 4

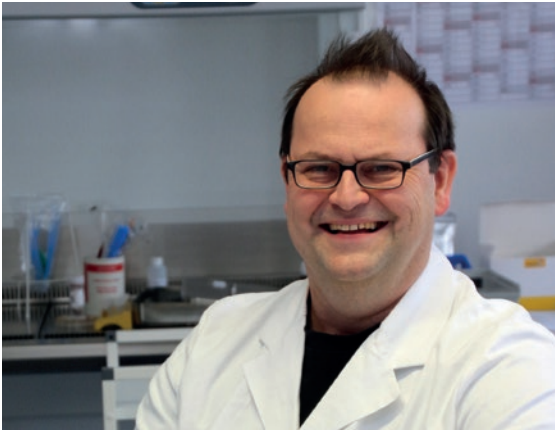
Kinderteam-KWB (1:51:18)

Platz 9

Die gestiefelten
Muskelkater (2:03:21)

Spurensucher im Labor

Der Mikrobiologe PD Dr. Erik-Oliver Glocker ist den Geheimnissen von Infektionskrankheiten auf der Spur



PD Dr. Erik-Oliver Glocker

Sein Forschungsaufenthalt in London hat ihn nachhaltig geprägt. Nach seiner Facharztausbildung für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie lebte Privatdozent Dr. Erik-Oliver Glocker vier Jahre lang (2007–2011) dort und arbeitete an der University College London Medical School. Dort erforschte er Im-

muneeffekte. Einer Familie mit drei Kindern – eines kerngesund, zwei von Geburt an krank – konnte er mit dem Ergebnis seiner Forschungsarbeit helfen. Die Kinder litten an einer Darmentzündung und hatten über zehn Jahre ihres bisherigen Lebens überwiegend in Krankenhäusern verbracht. Glocker entdeckte einen Gendefekt. Nachdem die Kinder eine Knochenmarkspende erhalten hatten, waren sie nach wenigen Wochen geheilt.

PD Dr. Glocker ist 1968 in Freiburg geboren und aufgewachsen. Interesse an Naturwissenschaften hatte er schon vor dem Abitur. Als Sanitäter bei der Bundeswehr entwickelte er Interesse für die Medizin. Ein lebhaftes Interesse an Forschungsfragen kam hinzu. Von 1994 bis 2000 studierte er Humanmedizin an der Universität Freiburg. Von 2000 bis 2002 war er als Arzt im Praktikum in der Abteilung Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum Freiburg tätig. Seine Promotion zum Dr. med. – es sei eine experimentelle Dissertation gewesen, sagt er – hat er von 1998 bis 2002 am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene am Universitätsklinikum Freiburg abgelegt. Am gleichen Institut absolvierte er anschließend seine Facharztausbildung (bis 2007). Nach seinem Forschungsaufenthalt in London kehrte PD Dr. Glocker 2011 nach Freiburg zurück. Er arbeitete als Facharzt am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene am Universitätsklinikum Freiburg und baute dort eine eigene Forschungsgruppe auf mit dem Schwerpunkt *Helicobacter pylori*, einem Bakteri-

um, das unter anderem Zwölffingerdarm-Geschwüre und sogar Magenkrebs verursachen kann. 2014 hat er sich an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg für das Fach „Medizinische Mikrobiologie und Immunologie“ habilitiert.

Ab 2012 hat ihm das Robert-Koch-Institut die Leitung des Nationalen Referenzzentrums für *Helicobacter pylori* am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Freiburg, übertragen. Die Aufgaben des Nationalen Referenzzentrums beschreibt PD Dr. Glocker so: molekulare Diagnostik, Kultivierung der sehr empfindlichen Bakterien, Überwachung von Antibiotikaresistenzen und Therapie-Ausgangsstudien.

Seit November 2015 ist Privatdozent Dr. Glocker Leiter der Mikrobiologie im Institut für Laboratoriumsmedizin am Städtischen Klinikum Brandenburg, Hochschulklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Er nennt mehrere Gründe für seinen Wechsel von Freiburg nach Brandenburg an der Havel. An seiner Tätigkeit hier reizt ihn, dass er Lehre, Forschung und Diagnostik verbinden kann. Er möchte an der Gestaltung der Medizinischen Hochschule mitwirken. Glocker schätzt das gute Arbeitsklima am Klinikum, die Nähe zu den Patienten und den engen Kontakt zu den Klinikumsärzten. Er will die Mikrobiologie im Labor weiterentwickeln. Und er will die Voraussetzungen dafür schaffen, dass das Nationale Referenzzentrum für *Helicobacter pylori*, welches er aufgrund seines Wechsels nach Brandenburg abgeben musste, unter seiner Leitung an das Klinikum Brandenburg vergeben wird. Dafür will er unter anderem moderne molekularbiologische Verfahren zum Nachweis von *Helicobacter pylori* und auch von anderen Bakterien und Viren etablieren.

Der Privatmann Glocker ist begeistert von der herrlichen Landschaft rings um die Stadt Brandenburg. Er unternimmt gerne viel mit seinen Kindern. Und er ist ein begeisterter Hobbykoch. Nur für Pasta sei seine Frau zuständig, verrät er.

Verfasser: Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin

Frau Langhans, weshalb kümmern Sie sich eigentlich als Augenärztin um das Rauchfreie Krankenhaus?

Im Herbst 2014 wiesen mich kardiologische Kollegen während der Betreuung einer gemeinsamen Patientin auf das Beratungsangebot der Arbeitsgruppe Rauchfreies Krankenhaus hin. Ich war neugierig, welche Projekte engagierte Mitarbeiter auf die Beine gestellt haben.

In den folgenden Monaten hatte ich immer wieder Patienten, deren Leben stark vom Nikotin- und manchmal auch vom Alkoholkonsum geprägt war. Nach einer gewissen Bedenkzeit entschied ich mich dazu, beim Rauchfreien Krankenhaus mitzuwirken. Ich nahm selbst an einer Schulung zur Raucherberatung teil. Seitdem berate ich Patienten der Augenklinik, die über einen Rauchstopp nachdenken. Ich entdeckte bereits bestehende Kontakte des Rauchfreien Krankenhauses zu anderen Einrichtungen. Ein wichtiger Ansprechpartner wird für mich Herr Benno Wirth, Suchttherapeut der Evangelischen Abhängigen-Hilfe. Im Mai 2015 suchte ich Herrn Wirth zum ersten Mal auf:

Herr Wirth Guten Tag, Frau Langhans. Es freut mich, Sie nun persönlich kennenzulernen und den Kontakt zwischen unseren Einrichtungen weiter zu pflegen. Weshalb kümmern Sie sich um das Beratungsangebot des Rauchfreien Krankenhauses?

Frau Langhans Mir ist es sehr wichtig, meine Patienten als Menschen mit ihren jeweils eigenen Sorgen, Nöten und Freuden wahrzunehmen. Das Rauchen ist oft ein wesentlicher Bestandteil ihres Lebens. Es lohnt sich, gemeinsam zu gucken, welche Bedürfnisse dahinterstecken. Viele Raucher würden gerne aufhören zu rauchen, wissen aber noch nicht, wie. Für mich ist es ein Geschenk, wenn mir Patienten ihr Vertrauen entgegenbringen, dass ich sie auf ihrem Weg für eine kurze Zeit begleiten und unterstützen darf.

Herr Wirth Und was bringt Sie nun ausgerechnet als Ärztin der Augenklinik dazu, sich um die Beratung von Rauchern zu kümmern? Ist das denn nicht ein ganz anderes Feld?

Frau Langhans Rauchen ist ein vermeidbarer Risikofaktor für viele Erkrankungen, die auch das

Auge betreffen können. Durchblutungsstörungen beispielsweise gibt es am Auge genauso wie am Herzen oder im Gehirn. Augenheilkunde ist ein sehr interessantes und interdisziplinäres Fach. Für mich ist es das schönste medizinische Fach überhaupt. Aber es ist nicht unbedingt das wichtigste Fach der Medizin. Denn das Wichtigste in der Medizin ist, dass sie dem individuellen Menschen nützt. Beschäftigte im Gesundheitswesen sollten daher den Weg fortsetzen, verstärkt über Fach-, Berufsgruppen- und Einrichtungsgrenzen hinweg zusammenzuarbeiten. Auf diese Weise können Behandlungskonzepte im Dienste der Gesellschaft und des einzelnen Patienten optimiert werden. Das Projekt Rauchfreies Krankenhaus bietet für diese Form der interdisziplinären Zusammenarbeit eine ausgezeichnete Möglichkeit. Und ich habe ja gerade erst begonnen, Kontakte zu knüpfen.

Herr Wirth Seit wann sind Sie denn in Brandenburg?

Frau Langhans Seit 2013. Da habe ich meine Facharztausbildung in der Augenklinik Brandenburg begonnen. Ursprünglich komme ich aus Jena. Bis 2010 habe ich in Heidelberg studiert. Dort habe ich auch meinen Mann kennengelernt. Unsere beiden Kinder sind ebenfalls in Heidelberg geboren.

Herr Wirth Was hat Sie dann dazu bewogen, nach Brandenburg zu gehen?

Frau Langhans Den Ausschlag hatte die Heimatverbundenheit meines Mannes gegeben. Er ist in Potsdam aufgewachsen. Das große Spektrum der Augenklinik Brandenburg hat mich überzeugt und die damals noch bevorstehende Gründung der Medizinischen Hochschule Brandenburg hat mich fasziniert.



Von links nach rechts: Herr Wirth, Frau Langhans, Frau Wolf

Herr Wirth Was hat Sie denn fasziniert?

Frau Langhans Das Land Brandenburg muss selbst Mediziner ausbilden, um die medizinische Versorgung vor Ort auch in Zukunft zu sichern. Hierbei wird auch die Versorgungsforschung, erklärter Forschungsschwerpunkt der Medizinischen Hochschule, eine entscheidende Rolle spielen. Dieser relativ junge Forschungszweig hat unter anderem einen sehr patientenorientierten Ansatz. Genau das ist mein Ideal, sowohl als Ärztin der Augenklinik als auch als Mitarbeiterin des Rauchfreien Krankenhauses: Die Medizin soll sich an den Bedürfnissen des Patienten orientieren, um ihm bestmöglich helfen zu können.

Herr Wirth Das ist ein hehres Ziel ...

Frau Langhans ... und nicht immer zu erreichen. Das Leben ist sehr kompliziert. Es gibt oft sehr viele Ursachen für eine Erkrankung. Und natürlich liegt zum Beispiel nicht alles am Rauchen. Was sind denn Ihre Erfahrungen in der Beratung von Rauchern?

Herr Wirth Zu mir kommen oft Menschen, die sehr ambivalent sind, ob sie mit dem Rauchen aufhören möchten. Wenn ich sie dann eine Weile begleitet habe und sie einen Rauchstopp versuchen, zeigen sich viele sehr stolz und freuen sich über alltägliche Dinge, dass sie zum Beispiel wieder besser schmecken oder einen Treppenabsatz schaffen, ohne anzuhalten. Da kann ich mich richtig mitfreuen.

Frau Langhans Welche Formen der Beratung bieten Sie denn an?

Herr Wirth Zum einen biete ich Einzelgespräche an. Zweimal im Jahr biete ich außerdem ähnlich wie Frau Wolf den Tabakentwöhnungskurs „Das Rauchfrei-Programm“ an. Der Kurs geht über mehrere Wochen. Er entfaltet oft eine ganz eigene Dynamik und lebt von den Teilnehmern, die sich gegenseitig motivieren.

Verfasser: Dr. med. Luise Langhans, Assistenzärztin der Augenklinik, l.langhans@klinikum-brandenburg.de



INFORMATIONEN

Montags bis donnerstags spricht Herr Eberhard Schumacher gezielt rauchende Patienten auf verschiedenen Stationen an und vermittelt den Kontakt zur kostenfreien Telefonberatung Fax to quit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Weitere geschulte Mitarbeiter sind jeweils in ihren Abteilungen Ansprechpartner für rauchende Patienten.

Rauchende Mitarbeiter des Klinikums können sich mit Fragen zur Tabakentwöhnung an die Betriebsärztin Frau Ute Wolf wenden.

Im Haus wird zudem ein- bis zweimal jährlich ein Tabakentwöhnungskurs durch Frau Wolf angeboten, welcher offen für alle ist, die mit dem Rauchen aufhören möchten.

Seit Juni 2016 können umfangreiche Beratungen während eines stationären Aufenthaltes angeboten werden. Diese haben eine Dauer von insgesamt 3 Stunden und werden von Frau Wolf, Frau Langhans und Herrn Wirth durchgeführt.

Bei Interesse am Beratungsangebot:

Falls Sie während Ihres stationären Aufenthaltes ein ausführliches Gespräch zum Thema Rauchen wünschen, sprechen Sie dies bitte gegenüber dem Stationsarzt oder dem Pflegepersonal an, damit ein Konsil zur Raucherberatung gestellt werden kann.

Kontaktadressen

Benno Wirth, Evangelische Abhängigen-Hilfe
Rathenower Str. 2-3, 14770 Brandenburg a. d. H.
Tel.: 0 33 81. 52 49 73
E-Mail: wirth@ah-brandenburg.de

BZgA, Beratungstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr
Freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr
Tel.: 0800. 831 31 31 (kostenfrei)

Veranstaltungskalender

Infoabende für werdende Eltern

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

Do., 27.10.2016 | 19 Uhr

Informationen rund um die Geburt im Städtischen Klinikum Brandenburg, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Chefarzt/Oberärzte/Ärzte der Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Hebammen

Di., 01.11.2016 | 19 Uhr

Wegweiser durch den Antragsdschungel, finanzielle Leistungen, Antragswesen, gesetzliche Ansprüche vor und nach der Geburt, Neues vom Netzwerk Gesunde Kinder, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg an der Havel und Schwangerenberatungsstellen

Do., 10.11.2016 | 19 Uhr

Betreuung gesunder und kranker Neugeborener, Vorsorgemaßnahmen, Impfungen, Ernährung, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Chefarzt/Oberärzte/Ärzte der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Do., 24.11.2016 | 19 Uhr

Informationen rund um die Geburt im Städtischen Klinikum Brandenburg, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Chefarzt/Oberärzte/Ärzte der Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Hebammen

Do., 08.12.2016 | 19 Uhr

Stillen, Babypflege, Informationen über die Wochenbettstation

Leitung: Stillschwester

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., 14.11.2016 | 16.30 Uhr

» Tragetuch und Babytrage «

- › Sitzt mein Baby gut im Tuch?
- › Wie lange kann ich tragen?
- › Schadet es dem Babyrücken (oder dem, der trägt)?
- › Gewöhnt sich das Baby zu sehr daran?

Leitung: Annedore Althausen, Trageberaterin

Geburtsvorbereitungskurs

Jeden Dienstag | 17 bis 19 Uhr

Dauer: 4x 2 Stunden

Ort: Städtisches Klinikum Brandenburg / Physiotherapie, Leitung: Frau Uta Krone, Hebamme
Anmeldung unter Telefon +49 33 81. 41 14 40

Rückbildungsgymnastik

Jeden Mittwoch | 9 bis 10.30 Uhr

Ort: Städtisches Klinikum Brandenburg / Physiotherapie

Leitung: Solveig Müller-Siebert, Hebamme
Anmeldung unter Telefon +49 171. 4 98 16 48

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen



Klinikum Brandenburg
Hochschul-Klinikum der MHB

IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...

10 Jahre	01.04.2016 06.06.2016	OA Dr. med. Scholz, Ekkehard Paul, Claudia	Neurochirurgie IAZ
15 Jahre	01.04.2016 01.04.2016 01.04.2016 01.04.2016 01.04.2016 14.05.2016 01.06.2016 18.06.2016 18.06.2016	Wegner, Nicole Jollet, Franzis Götze, Diana Matthies, Marco Gericke, Anja Reimann, Dagmar OA Seidel, Ivo Schmidt, Ramona Gerdel, Silke	Station 3.0 C Endoskopie IAZ Z-Op. Intensivstation Station 2.2 Urologie Station 3.1 A Z-Op.
20 Jahre	01.04.2016 01.04.2016 01.05.2016	Seddig, Dagmar Schulze, Steffen Kunzelmann, Gabriele	Rettungsstelle Intensivstation Med. Schule
25 Jahre	18.06.2016 01.06.2016 01.06.2016 17.06.2016 24.06.2016	Dittfurth, Cerstin Kaspar, Marion Unger, Bianka Lehmann, Ines Vogel, Marlies	Rettungsstelle Z-Op. Med. Schule Station 3.2 C Pflegedirektion
30 Jahre	01.04.2016 01.05.2016	Ring, Editha Klatt, Doreen	Station 2.3 Patientenverwaltung
35 Jahre	01.04.2016 13.04.2016 15.06.2016	Brüggemann, Margita Jung, Edelgard Hoffmann, Brygida	Pflegedirektion Poststelle Fotolabor

IHR DIENSTVERHÄLTNIS HABEN BEGONNEN ...

01.04.2016	Reichert, Angela	Station 3.2 B
01.04.2016	Pfaff, Mathias	Station 3.1 C

01.04.2016	Prof. Dr. med. Lüth, Stefan	Innere Klinik II
01.04.2016	Lehmann, Janine	Station 2.3
01.04.2016	Dr. med. Pagonas, Nikolaos	Innere Klinik I
04.04.2016	Krosko, Marek	Orthopädie/Unfallchirurgie
01.05.2016	Christian, Peter	Station 3.1 C
17.05.2016	Rakif, Ahmadli	Gefäßchirurgie
01.06.2016	Arndt-Weibelzahl, Liesa	Station 3.1 C
01.06.2016	Grimm, Alexis Leonhard	Allgemeinchirurgie
15.06.2016	Schönfeld, Kathrin	Frauenklinik

— NACH LANGJÄHRIGER DIENSTZEIT VERABSCHIEDEN WIR ...

30.04.2016	Morgenroth, Martina	Station 3.1 C
19.04.2016	Glaser, Dörthe	Intensivstation

— IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...



15 Jahre	01.04.2016	Schwenk, Marina	Stationsservice
	14.05.2016	Wehe, Volker	Fuhrpark
	01.06.2016	Erbacher, Frank	Wache/Pforte
	01.06.2016	Siegel, Dirk	Fuhrpark
20 Jahre	17.06.2016	Geisler, Karin-Cosima	Diätassistentin
25 Jahre	06.05.2016	Borde, Henrike	Sekretärin

— IHR DIENSTVERHÄLTNIS HABEN BEGONNEN ...

01.04.2016	Plock, Doménika	Sekretärin
01.04.2016	Sewing-Mordhorst, Andreas	Medizinische Dokumentation
01.04.2016	Schurich, Andy	Aushilfe
01.04.2016	Schadt, Mathias	Versorgungsassistent
01.04.2016	Triebel, Melanie	Reinigung
01.04.2016	Schnieber, David	Fuhrpark
01.04.2016	Sumpff, Kilian	Aushilfe
11.04.2016	Juhnke, Jacqueline	Reinigung
18.04.2016	Sprung, Kerstin	Reinigung
18.04.2016	Ruppig, Stefan	Zentralsterilisation
01.05.2016	Döring, Karsten	Versorgungsassistent

01.06.2016	Schwoche, Tobias	Technik
01.06.2016	Steinborn, Kevin	Reinigung
20.06.2016	Kessel, Daniela	Reinigung

— NACH LANGJÄHRIGER DIENSTZEIT VERABSCHIEDEN WIR ...

30.04.2016	Schulz, Burkhard	Fuhrpark
31.05.2016	König, Brigitte	Reinigung
31.05.2016	Stage, Rosemarie	Archiv



— IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...

10 Jahre	01.04.2016	Katerbow, Sabine	Rheumaabteilung
	01.04.2016	Höpfner, Antje	Nuklearmedizin
	01.05.2016	Troisch, Kathlen	Pathologie
15 Jahre	01.04.2016	Friebel, Diana	Allgemeinmedizin
25 Jahre	02.04.2016	Schneider, Renate	HNO-Praxis
	02.04.2016	Zacharias, Silvia	HNO-Praxis

— IHR DIENSTVERHÄLTNIS HABEN BEGONNEN ...

01.04.2016	Röscher, Bianca	Pathologie
01.05.2016	Werth, Franziska	Orthopädie
16.05.2016	Antinac, Ivana	Pathologie
01.06.2016	Sternkiker, Daniela	Pathologie



— NACH LANGJÄHRIGER DIENSTZEIT VERABSCHIEDEN WIR ...

31.03.2016	Prössel, Evelyn	Labor
------------	-----------------	-------

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 Prof. 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

Klinik für Angiologie
CA PD Dr. med. I. Buschmann, Tel. (0 33 81) 41 15 50

Innere Medizin I

Klinik für Kardiologie und Pulmologie
CA Prof. Dr. med. O. Ritter, 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

Klinik für Gastroenterologie / Diabetologie
CA Prof. Dr. med. S. Lüth,
Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Hämatologie, Onkologie und
Palliativmedizin
CA Prof. Dr. med. P. 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

Impressum

Herausgeber: Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH, Hochschulklinikum der MHB Theodor Fontane, Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel, www.klinikum-brandenburg.de

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

Mitarbeit: Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin

Layout: Mandy Hoffmann

Druck: Goretzka Offsetdruck, Ziesar

Quellennachweise: Fotoaufnahmen: Brygida Hoffmann, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

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



Mondtäuschung

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

Ist Ihnen schon einmal aufgefallen, dass der Vollmond in Brandenburg an der Havel, gerade wenn er untergeht, viel größer wird, weil er sich der Erde annähert?

Dieses Phänomen kommt dadurch zustande, dass der Mond noch mal genau hinsehen möchte, ob die Patienten im Städtischen Klinikum auch gut versorgt sind. Erst wenn er sich Gewissheit darüber verschafft hat, traut er sich unterzugehen und wieder von der Erde zu entfernen.

Es gibt auch weniger einleuchtende Erklärungen aus der metaphysischen Ecke, die dieses Naturphänomen leugnen und es unter dem Begriff Mondtäuschung folgendermaßen zu erklären versuchen. Diese Personen gehen davon aus, dass die Erde rund sei (!) und dass, wenn man etwas auf der Erde Stehendes in weiter Ferne sehen könne, dies sehr, sehr groß sein müsse. Und zweiter Teil der Erklärung: Unser Gehirn würde uns da aus Gewohnheit einen Streich spielen, indem es in der Wahrnehmung den Mond einfach „vergrößern“ würde, weil es eben nicht sein kann, dass etwas so fern und relativ klein ist, mit der Erde (fast) Kontakt hat und trotzdem gesehen werden kann. Und diese

Irren haben sogar auch die Hersteller digitaler Kameras dazu gebracht, dass sie neben vielen anderem Schnickschnack eine automatische Monduntergangskorrektur eingebaut haben, die Aufnahmen des untergehenden Mondes automatisch verkleinert, so dass beim Vergleich von Mondaufnahmen der untergehende Mond in Brandenburg an der Havel so groß erscheint wie der Mond, wenn er oben am Himmel steht. Die Motivation solch absurder Hirngespinnste ist ganz einfach zu erkennen: Diese Leute wollen einfach nicht wahrhaben, wie gut wir uns um unsere Patienten kümmern.

Liebe Mitarbeiter, macht weiter so, damit wir weiter die Mondannäherung in Brandenburg an der Havel wahrnehmen können.



Ihr Dr. Nikki Ulm