

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



kllinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Die Fitness ist kostenlos im IAZ S. 17
Siegmund Jähn im Interview S. 10
Männer sind wie guter Wein ... S. 12

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

CA Prof. Dr. med. R. Mantke

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Anästhesiologie und Intensivtherapie

CA Dr. med. M. Sprenger

Tel. (0 33 81) 41 13 00

Augenheilkunde

CA PD Dr. med. W. Noske

Tel. (0 33 81) 41 19 50

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

CA Dr. med. P. Ledwon

Tel. (0 33 81) 41 14 00

Gefäßchirurgie

CA Dr. med. W. Haacke

Tel. (0 33 81) 41 13 50

HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie

CÄ Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop

Tel. (0 33 81) 41 17 00

Innere Medizin I

CA Prof. Dr. med. M. Oeff

Tel. (0 33 81) 41 15 00

Innere Medizin II

CA Prof. Dr. med. W. Pommerien

Tel. (0 33 81) 41 16 00

Interdisziplinäres Tumortherezentrum

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin

CA Dr. med. H. Kössel

Tel. (0 33 81) 41 18 00

Neurochirurgie

CA Dr. med. K.-H. Rudolph

Tel. (0 33 81) 41 17 50

Radiologie

CÄ Dr. med. B. Menzel

Tel. (0 33 81) 41 26 00

Urologie und Kinderurologie

CA Prof. Dr. med. T. Enzmann

Tel. (0 33 81) 41 18 50

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

CA Prof. Dr. med. R. Becker

Tel. (0 33 81) 41 19 00

Patientenfürsprecherinnen

Anneliese Czech

Christa Paulat

Ingrid Behrendt

Sprechstunden:

mittwochs 15.00 bis 16.00 Uhr
im Haus 1 (Anbau)

Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:

(0 15 20) 1 57 73 36

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

Elternseminar im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof

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

Jeden 2. Montag im Monat (außer Feiertage), Treffpunkt: Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof, Erdgeschoss, Netzwerk Gesunde Kinder. Kinder können gern mitgebracht werden!

09.04. 2012, 16.30 Uhr

Thema: „Zahnchentreff“

- › Alles gesund im Babymund –
Vorsorge bereits vor dem 1. Zahn.
- › Milchzähne haben viele Aufgaben.
- › Kann ich Karies bei meinem Kind verhindern?

Leitung: Frau Dr. G. Rojas,
Fachbereich Jugend, Soziales und
Gesundheit, Fachgruppe Gesundheit,
Zahnärztlicher Dienst

14.05. 2012, 16.30 Uhr

Thema: „Bewegungsentwicklung von
Babys im ersten Lebensjahr“

- › Möglichkeiten der Förderung
von Bewegungs-Meilensteinen,
Abweichungen in der Motorik,
Handling des Babys in allen Alltags-
situationen, Sinn und Unsinn von
Babygeräten.

Babys bitte mitbringen!

Leitung: Frau Kristin Promnitz,
Therapie im Zentrum

11.06. 2012, 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 Trotz-
alter.

Leitung: Herr Dr. med. H. Kössel,
Chefarzt der Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin, Städtisches Klinikum
Brandenburg

Impressum

Redaktionsteam:

- Gabriele Wolter, Geschäftsführerin • CÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer
- Olaf String • CA PD Dr. med. Walter Noske • Ann Brünink • Jennifer Heise, GD Advertising GmbH

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

gut drei Jahre nach dem Spatenstich konnte unser neues Bettenhaus in Betrieb genommen werden. Nun befinden sich alle unsere Patientenzimmer in einem Neubau und bieten unseren Patienten damit eine sehr angenehme und moderne Unterkunft während des Krankenhausaufenthaltes.

Gleichzeitig wurde die medizinische Versorgung auf den Stationen weiter verbessert und auch die kardiologische Wachstation, die Augenklinik und unsere Physiotherapie befinden

sich nun in neuen Räumlichkeiten. Als erster neuer Bereich wird in dieser Ausgabe des KlinikJournals das Interdisziplinäre Aufnahmezentrum vorgestellt.

Wir haben für Sie wieder eine abwechslungsreiche Ausgabe des KlinikJournals zu vielen Themen des Klinikums Brandenburg zusammengestellt und freuen uns auf Ihre Resonanz.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 04 **Plastische Operationen an der weiblichen Brust**
» *Kein PIP-Skandal am Städtischen Klinikum* «
- 06 **Das Neugeborenen-Hörscreening**
» *Gehörttest für die Kleinsten erkennt Hörstörungen in den ersten Lebenstagen* «
- 07 **Macht die Nase weit**
» *Stabilisierung der Nasenweichteile durch Breath-Implantat* «
- 08 **Endokrine Chirurgie – ein Überblick**
» *Operative Therapien für die inneren Organe* «

Ein- und Ausblicke

- 10 **Siegmond Jähn im Interview**
» *Auswirkungen der Schwereelosigkeit auf den menschlichen Organismus* «
- 12 **Männer sind wie guter Wein**
» *So altern sie tatsächlich* «
- 16 **Neues Bettenhaus bezogen**
» *Gute Voraussetzungen für interdisziplinäre Behandlung* «
- 17 **Die Fitness ist kostenlos im IAZ**
» *Vorgestellt: das neue Interdisziplinäre Aufnahmezentrum* «
- 18 **Ein Suchender hat sein „inneres Zuhause“ gefunden**
» *Sven Lorek interessiert sich für die Stammesgeschichte der Semnonen* «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 19 **Geburt – Leben – Sterben – Tod**
» *Der Psychoonkologin Claudia Marche kommt es auf Ganzheitlichkeit an* «
- 20 **Der gute Geist am Bett von Patienten**
» *Der Einsatz von Servicekräften hat sich bewährt* «
- 21 **Menschen leiten ...**
» *... bedeutet mit gutem Beispiel vorangehen – Lutz Pelchen ist neuer Pflegedirektor* «
- 22 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**

Plastische Operationen an der weiblichen Brust

» Kein PIP-Skandal am Städtischen Klinikum «



In den letzten Wochen wurde in den Medien im Zusammenhang mit dem sogenannten PIP-Skandal umfangreich über das Thema der Korrekturoperationen an der weiblichen Brust berichtet. Ein französischer Hersteller von Silikonimplantaten, die zur Brustvergrößerung oder zum Ausgleich von Brustdeformitäten unter die Haut oder unter den Drüsenkörper eingesetzt werden, hatte aus Profitgründen anstelle des üblicherweise zu verwendenden medizinischen Silikons ein minderwertiges, nur für den technischen Gebrauch zugelassenes Billigprodukt benutzt. In der Folge war es in einigen Fällen zum Austritt des Silikons mit schweren Umgebungsreaktionen gekommen. Ob durch das austretende Silikon auch bösartige Neubildungen begünstigt wurden, kann nur vermutet werden.

In Deutschland haben ca. 10.000 Frauen Implantate des Herstellers PIP erhalten. Da viele der entsprechenden Operationen allerdings im osteuropäischen Ausland vorgenommen werden, ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen. Auch Produkte der Firmen Rofil und PFM Medical Titanium (Produkt Tibreeze) sind möglicherweise mit dem Industriesilikon befüllt worden. Das grundlegende Problem in dieser Angelegenheit besteht darin, dass es für die Zulassung von Medizinprodukten, die in den menschlichen Körper eingebracht werden, wesentlich weniger strenge Zulassungsbestimmungen gibt als für Medikamente. Infolge des aktuellen

Skandals werden deshalb wieder zahlreiche Stimmen laut, die eine Reform der entsprechenden Bestimmungen fordern. Durch die Behörden wurde das Sicherheitsrisiko als so schwerwiegend eingeschätzt, dass europaweit zu einem Austausch der Silikonkissen geraten wird. In Deutschland wurde durch das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) eine bundesweite Zählaktion mit Anfragen an alle Krankenhäuser gestartet. Auch das Klinikum Brandenburg hat sich daran beteiligt. Hier und auch am Bad Belziger Johanniter Krankenhaus, wo ich bis 2010 plastische Mammaoperationen durchgeführt habe, kamen allerdings zu keinem Zeitpunkt Produkte der genannten Firmen zum Einsatz.

Die plastisch-kosmetische Industrie ist ein weltweit boomender Wirtschaftszweig. Der Markt wird global auf ein Volumen von 3,2 bis 3,8 Milliarden Euro, in Europa auf 770 bis 940 Millionen Euro geschätzt. Die jährlichen Zuwachsraten liegen bei 10%. Besonders in Asien und den wohlhabenderen Ländern Lateinamerikas (Brasilien, Venezuela) besteht eine große Nachfrage bezüglich entsprechender medizinischer Dienstleistungen.

In Deutschland werden Korrekturoperationen an der weiblichen Brust neben den plastischen Chirurgen vor allem auch von klinisch tätigen Gynäkologen durchgeführt. Dies ist dadurch

bedingt, dass in unserem Land die operative Behandlung des Brustkrebses, der häufigsten bösartigen Erkrankung der Frau, in den Händen der klinisch arbeitenden Frauenärzte an den Brustzentren liegt. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Krebsoperationen sind plastisch-kosmetische OP-Techniken zur Wiederherstellung einer adäquaten Brustform nach der Entfernung des Tumors. In der Ausbildung zum Mammaoperateur erlernen die Gynäkologen somit auch die OP-Techniken zur Brustvergrößerung, Brustverkleinerung und zur plastischen Korrektur von Volumendefekten und Größenunterschieden einschließlich der Implantation von Silikonprothesen.

Auch an unserer Frauenklinik, die einer von zwei kooperierenden Standorten des Brandenburgischen Brustzentrums ist, werden die genannten plastisch-kosmetischen Operationen durchgeführt. Im Vordergrund stehen dabei Korrekturoperationen bei Krebserkrankungen. Allerdings kommen zunehmend auch Frauen mit dem Wunsch nach einer rein kosmetischen Optimierung der Brustgröße und -form auf uns zu. Da hierbei meist keine direkte medizinische Notwendigkeit zur Operation vorliegt, müssen wir mit den Patientinnen besonders ausführlich über die Motive für die OP, mögliche Risiken des Eingriffs und Folgeprobleme reden. Dies geschieht in mindestens zwei Gesprächen. Im Vorfeld wird die OP durch Fotodokumentation und Ermitteln der Maße im Brust-/Brustkorbbereich geplant. Besteht ein medizinischer Grund für eine kosmetische Korrektur, so z. B. bei erheblicher Größendifferenz, beim völligen oder teilweisen Fehlen der Brust oder bei durch Größe und Gewicht hervorgerufenen Wirbelsäulenbeschwerden, erstellen wir ein Gutachten für die Krankenversicherung, um eine Kostenerstattung zu erreichen.

Wir sind am Klinikum zwei Fachärzte, die plastisch-kosmetisch operieren. Bei Operationen zur Brustvergrößerung werden die Implantate zwischen Brustdrüse und Brustmuskel über einen etwa 4 bis 5 cm langen Hautschnitt gelegt. Dieser Schnitt wird je nach Situation entweder in der unteren Brustumschlagsfalte oder seitlich in den Bereich der Achselhöhle gesetzt. Nur bei einer sehr gering ausgebildeten Brustdrüse wird das Silikonimplantat unter den Brustmuskel gelegt, um einen ausreichend deckenden Weichteilmantel zu erhalten. Bei einem sehr straffen Hautmantel und nach Amputationen erfolgt der Eingriff zweizeitig, d. h. zunächst wird die umgebende Haut durch einen Expander allmählich geweitet, ehe das endgültige Implantat

eingesetzt wird. Nach der Operation bleiben die Frauen 2 bis 3 Tage stationär. Ein Silikonimplantat zum Brustaufbau kann etwa 20 Jahre im Körper verbleiben. Die Kosten für einen derartigen kosmetischen Eingriff einschließlich der Implantate betragen am Klinikum Brandenburg derzeit etwa 4.500 Euro.

Für sehr komplexe Operationen, wie z. B. Aufbauoperationen nach Amputation mittels freier Haut-/Fettlappen, bei denen eine mikrochirurgische Gefäßversorgung hergestellt werden muss, bestehen über das Brustzentrum Kooperationen zu plastischen Chirurgen, mit denen wir entsprechende Operationen durchführen.

Terminvereinbarungen zu Gesprächen vor beabsichtigten plastisch-kosmetischen Brustoperationen können über unsere Brustsprechstunde: **Frau Biggy Neumann, Telefon (0 33 81) 41 14 84**, vereinbart werden. Wir beraten Sie gerne zu den genannten Themen und auch zu Fragen der Implantatsicherheit.

Brustchirurgie am Klinikum Brandenburg

Ärzte:

Frau Nicole Haeusler, verantwortliche Oberärztin des Brustzentrums

Herr Dr. med. Peter Ledwon, *Chefarzt der Klinik und durch OnkoZert bestätigter Senior-Mammaoperateur*

Pflege:

Frau Gerlinde Richter, *Stationsschwester und Breast-Care-Nurse*

Frau Biggy Neumann, *koordinierende Schwester des Brustzentrums und Breast-Care-Nurse*

— Verfasser —



Dr. med.
Peter Ledwon

Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Durch „OnkoZert“ zertifizierter „Senior-Mammaoperateur“

Das Neugeborenen-Hörscreening

» Gehörttest für die Kleinsten erkennt Hörstörungen in den ersten Lebenstagen «

— Verfasser —



Petra Bartels

Audiometrie-
Assistentin



Wird ein Kind im Städtischen Klinikum Brandenburg geboren, so gibt es Arbeit für uns zwei Audiometrie-Assistentinnen Kerstin Herz und Petra Bartels. Gleich vom Kreißsaal aus erhalten wir einen Auftrag über das hausinterne Medico-Programm. Immer montags, mittwochs und freitags gehen wir zu den neugeborenen Babys auf die Station F1 und führen die wichtigen Hörtests durch.



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

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

Angeborene Hörstörungen sind im Vergleich zu anderen angeborenen Störungen relativ häufig. Die Prävalenz beträgt 1,2 auf 1.000 Neugeborene. Ein Hörverlust von mehr als 35 bis 40 Dezibel wird dabei als kritisch betrachtet. Die Entwicklung der Kinder kann durch die Hörstörung deutlich beeinträchtigt werden. Neben der Verzögerung der Sprachentwicklung kann ein schlechtes Hörvermögen auch die kognitive, emotionale und psychosoziale Entwicklung deutlich beeinträchtigen.

Der Hörtest erfolgt innerhalb der ersten drei Lebenstage auf der Station. Bei der Messung der otoakustischen Emissionen wird eine kleine Sonde im Ohr des Babys befestigt. Diese misst, ob die Schallwellen im Innenohr korrekt aufgenommen werden. Es werden immer beide Ohren getestet. Wichtig ist natürlich, dass das Baby gerade schläft und die Umgebung sehr leise ist. Wir sind bei jedem Test mit aufgeregt und freuen uns mit den Muttis

über ein positives Ergebnis. Das Ergebnis wird bei jedem Kind in die Krankenakte und auch in das „gelbe Heft“ eingetragen. Auf der Neugeborenenstation wird das Stoffwechselscreening zwischen 36 und 72 Stunden nach der Geburt von einem Arzt durchgeführt. Auf dieser Trockenblutkarte erfolgt auch die Dokumentation der Hörtestergebnisse, die dann zur Screeningzentrale nach Berlin geschickt werden.

Nicht immer kommen wir zu einem guten Hörergebnis. Oft ist noch Fruchtwasser im Ohr und der Test fällt negativ aus. Wenn das Messergebnis so ausfällt, dass es auf eine Hörstörung hinweist, müssen wir einen weiteren Hörtest bei dem Neugeborenen durchführen. Bei der Hirnstammaudiometrie (AABR) werden drei Elektroden am Kopf des Kindes befestigt und ein Stöpsel in ein Ohr gesteckt. Mit deren Hilfe lässt sich feststellen, ob die Schallsignale richtig ins Gehirn übertragen werden. Das Ergebnis des Hörtests wird der Hörscreening-Zentrale für Neugeborene in Berlin mitgeteilt. Zeigt sich wieder ein auffälliger Befund, wird der Mutter vor der Entlassung aus dem Krankenhaus im persönlichen Gespräch ein Merkzettel überreicht und auf die baldige Kontrolle des Hörtests in der Sprechstunde unserer CÄ Didczuneit-Sandhop hingewiesen. Die Mütter kommen dann mit einem Überweisungsschein von einem niedergelassenen HNO-Arzt zur Kontrolle des Gehörs.

Ziel ist es, primär angeborene beidseitige Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 Dezibel bis zum Ende des dritten Lebensmonats zu diagnostizieren und eine Behandlung bis zum sechsten Lebensmonat einzuleiten. Studien zur langfristigen Entwicklung von leicht- bis mittelgradig hörbeeinträchtigten Kindern kommen zu dem Ergebnis, dass auch für Kinder mit einseitiger Hörstörung eine verzögerte Entwicklung (insbesondere der Sprache) und schulische Probleme wahrscheinlich sind. Drei Neugeborene mit relevanten Hörstörungen haben wir im letzten Jahr diagnostiziert. Angeborene Hörstörungen können mit Hörgeräten, Cochlea-Implantaten und begleitenden Fördermaßnahmen behandelt werden, so dass eine verbesserte bzw. normale Entwicklung möglich ist. Das Neugeborenen-Hörscreening ist zwar eine freiwillige Sache, aber doch so wichtig für das Neugeborene.

Macht die Nase weit

» Stabilisierung der Nasenweichteile durch Breath-Implantat «



— Verfasser —



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

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

Die Nase ist verschlossen, man bekommt schlecht Luft, atmet durch den Mund und wird wegen des nächtlichen Schnarchens aus dem ehelichen Schlafzimmer verwiesen. Ein allgemeingültiges Rezept dagegen gibt es zwar noch nicht, wohl aber Möglichkeiten, die Beschwerden zu lindern.

Sind die Nasenhöhlen verengt, sind oft die Nasenscheidewand und die Schwellkörper im Naseninneren das Hauptproblem. Durch eine Begradigung der Nasenscheidewand und eine Operation der Nasenmuscheln einschließlich einer Laserbehandlung kann die Atmung oft verbessert werden. In manchen Fällen liegt die Ursache einer behinderten Nasenatmung aber in einem Ansaugen der äußeren Flügelknorpel. Für solche Fälle hat der Schweizer HNO-Arzt Prof. Dr. med Daniel F. à Wengen ein Transplantat entwickelt, das die äußere Nase stabilisiert. Es handelt sich um ein Titantransplantat.

Während einer sogenannten offenen Septorhinoplastik wird die Haut der Nase vom Knorpel gelöst und dann die Titanspange auf die Dreiecksknorpel genäht. Die Flügelknorpel legen sich darüber. Am Ende wird die Haut wieder zurückverlagert, so dass ein kleiner Schnitt am Nasensteg sichtbar ist. Die Operationen werden auch in der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie am Städtischen Klinikum Brandenburg durchgeführt.

Durch diese Technik öffnet sich die Nase praktisch wie ein Zelt. Tamponaden im Anschluss an die Operation sind nicht notwendig. Die Atmung ist nach der Operation praktisch sofort verbessert. Das Material selbst stört bei den Sicherheitskontrollen an Flughäfen nicht, weil reines Titan ferromagnetisch ist und damit nicht anschlägt. Man kann auch weiterhin ein MRT oder CT durchführen.



Weichteilkollaps der Nase



Titantransplantat



Durch das Titantransplantat öffnet sich die Nase wie ein Zelt.

Endokrine Chirurgie – ein Überblick

» Operative Therapien für die inneren Organe «

– Verfasser –



Prof. Dr. med.
René Mantke

Chefarzt der Klinik
für Allgemein- und
Viszeralchirurgie



Abb. 1 – Minimal-invasive Schilddrüsenoperation

Die Komplexität endokriner Erkrankungen hat nicht nur auf internistischem Gebiet, sondern auch auf dem chirurgischen Gebiet zu einer zunehmenden Spezialisierung geführt. Neue operationstechnische Methoden, wie zum Beispiel das Neuromonitoring oder minimal-invasive endokrine Operationen, ver-

langen ein immer stärkeres Fachwissen der beteiligten Chirurgen. In unserem Zentrum für Endokrine Chirurgie am Städtischen Klinikum Brandenburg arbeiten wir aus diesem Grund mit den Spezialisten der einzelnen Fachdisziplinen eng zusammen.

Kooperationspartner im Zentrum für Endokrine Chirurgie im Klinikum und MVZ Hochstraße

Fachrichtung	Ärztin/Arzt
Internist/ Endokrinologe	Dr. med. Katharina Zumbusch, FÄ für Innere Medizin
Nuklearmediziner/ Radiologe	Dipl.-Med. Uta Buchspies, FÄ für Nuklearmedizin und Radiologie
Viszeralchirurg/ spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. René Mantke, FA für Chirurgie, Viszeralchirurgie, Proktologe
Radiologe	Dr. med. Brigitte Menzel, FÄ für Radiologie
Pathologe	Dr. med. Roland Pauli, FA für Pathologiechirurgie, Proktologe
Internist/ Diabetologie	Dr. med. Carsten Gerhardt, FA für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie

Externe Kooperationspartner

Fachrichtung	Ärztin/Arzt
Nuklearmedizin	Dr. med. Wolfram Wisotzki, FA für Nuklearmedizin und Internist
Synlab	Dr. med. Joachim von Bülow, Ärztlicher Leiter, Arzt für Laboratoriumsmedizin

Der Schwerpunkt für endokrine Chirurgie ist nach ISO 9001:2008 zertifiziert und arbeitet nach klaren Vorgaben hinsichtlich Diagnostik und Therapie endokriner Erkrankungen.

Schwerpunkterkrankungen dabei sind:

- die Knotenstruma (knotige Vergrößerung der Schilddrüse)
- der Morbus Basedow (Autoimmunerkrankung der Schilddrüse)
- die Schilddrüsenüberfunktion und andere Schilddrüsenerkrankungen
- Schilddrüsentumore und Schilddrüsenkrebs
- Rezidivschilddrüsenvergrößerungen
- sogenannte Tauch-Kröpfe (Schilddrüsen, die innerhalb des Brustkorbes liegen)
- der primäre Hyperparathyreoidismus (Überfunktion der Nebenschilddrüsen)
- der sekundäre Hyperparathyreoidismus (Überfunktion der Nebenschilddrüsen bei Dialysepatienten)
- Nebennierentumore
- endokrine Bauchspeicheldrüsentumore

In der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie / Schwerpunkt endokrine Chirurgie werden im Jahr ca. 200 endokrine Operationen durchgeführt. Insbesondere Operationen an den Nebennieren,

aber auch Operationen an der Schilddrüse können im Einzelfall minimal-invasiv, d. h. ohne große Hautschnitte durchgeführt werden (Abb. 1).

Durch enge interdisziplinäre Kooperation sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie ist es möglich, Ihren Behandlungserfolg zu beschleunigen und zu optimieren. Das Expertenteam des Interdisziplinären Schwerpunktes für Endokrine Chirurgie am Städtischen Klinikum Brandenburg garantiert eine optimale und patientenorientierte Behandlung, die den internationalen Leitlinien entspricht. Gern beraten wir Sie zu Ihren Fragestellungen in einer unserer Sprechstunden.

Kontakt:

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/
Schwerpunkt Endokrinologie
Prof. Dr. med. R. Mantke
Telefon (0 33 81) 41 12 00

Endokrine Sprechstunde
donnerstags 12.00 bis 15.00 Uhr (IAZ)
nach Terminvereinbarung
Prof. Dr. med. R. Mantke
Telefon (0 33 81) 41 28 22

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Praxis für Endokrinologie und Nuklearmedizin
Dr. med. K. Zumbusch und
Dr. med. U. Buchspies
nach Terminvereinbarung
Telefon (0 33 81) 41 24 50

Siegmond Jähn im Interview

» Auswirkungen der Schwerelosigkeit auf den menschlichen Organismus «



Quelle: Deutsches Bundesarchiv (Bild 183-To709-148)



Siegmond Jähn 2009 in Berlin;
Quelle: Wikipedia

Siegmond Jähn flog 1978 mit Sojus 31 als erster Deutscher in den Weltraum. Er ist Held der ehemaligen DDR und Held der Sowjetunion. Nach erfolgreicher Raumfahrtmission wurde er zum Oberst und stellvertretenden Leiter des Zentrums für Kosmische Ausbildung im Kommando LSK/LV berufen, dessen Chef er von 1979 bis 1990 war.

1983 promovierte Jähn am Zentralinstitut für Physik der Erde in Potsdam auf dem Gebiet der Fernerkundung der Erde. Als Generalmajor gehörte er zu den letzten Generälen, die aus der NVA entlassen wurden.

Dr. Didczuneit-Sandhop: Ich komme aus Brandenburg an der Havel an und frage Sie, ob Sie den Lesern des KlinikJournals einige Fragen beantworten?

Siegmond Jähn: Ich habe schon lange keine Interviews mehr gegeben. Für die Leser des KlinikJournals mache ich das aber gern.

Herr Jähn, schlägt der Aufenthalt im Raumschiff auf den Magen?

Das kann man so sagen. Bei dem Flug bzw. im All erlebt man ähnlich wie bei der Seekrankheit die gleichen Symptome. Es gab drei Kategorien von Kosmonauten: Der ersten Gruppe wurde überhaupt nicht schlecht, der zweiten sofort für zwei bis drei Tage und der dritten war 14 Tage wenig, aber permanent übel.

Wie sah das bei Ihnen aus?

Ich war standfest. Mir war nie übel und ich musste auch nicht erbrechen. Ein anderer Kosmonaut, ich glaube, es war Titow, dem war so schlecht, er ist danach nie wieder geflogen.

Was hat man gegen diese Übelkeit und den Schwindel getan?

Man hat versucht, schon auf der Erde die Kosmonauten so weit zu belasten, wie es auch im All sein würde. In Königsbrück machte man dann Übungen auf dem sogenannten Drehstuhl. Eine Minute nach rechts gedreht, eine Minute nach links gedreht, zwischendurch Beugungen in alle Richtungen, und das für 15 Minuten.

Und? Hat es geholfen?

Nicht generell. Es gab Kosmonauten, die haben die Tests auf der Erde bestanden und denen war im All übel und umgekehrt. Die Theorie der Russen ist deshalb in Zweifel gezogen worden.

Haben Sie sich auf alle Eventualitäten vorbereitet?

Ja. Meine Frau hat mir aus Taschentüchern einen großen Beutel zusammengenäht. Den Tipp hatte mir ein befreundeter Kosmonaut gegeben. Auf dem Raumschiff gab es nur schnell aufweichende Tüten. Ich habe den Beutel aber nicht gebraucht.

Herr Jähn, wenn Raumfahrer auf die Erde kommen, können sie oft zunächst nicht mehr alleine laufen. Was kann man dagegen tun?

Richtig. Das ist die zweite Auswirkung des Alls auf den Organismus – die Einwirkung auf das Muskelsystem. Die ersten Raumfahrer saßen in einer kleinen Kapsel und hatten keinerlei Aktivitäten. Bei uns war das schon anders. Bei dem Programm im All standen regelmäßig zwei Stunden Sport auf dem Laufband und auf anderen Geräten zur Belastung aller Muskelgruppen. Dadurch konnte dem Muskelschwund entgegengewirkt werden.

Wenig Belastung wirkt sich auch auf die Knochen aus?

Ja. Durch die Schwerelosigkeit schied der Körper auch vermehrt Calcium aus. Dem haben wir eben mit dem Sport entgegengewirkt.

Gab es auch wie bei Sportlern, die in großen Höhen trainieren, Auswirkungen auf den Blutkreislauf?

Ja, die gibt es. Die Zahl der roten Blutkörperchen veränderte sich. Der Körper lernt schnell, sich auf die Schwerelosigkeit einzustellen. Man verliert im Schnitt einen halben Liter Blut. Die Evolution wirkt auch hier.

Noch eine Frage zur Kosmonautenernährung. Welche Besonderheiten gibt es?

Trinken aus dem Glas ist natürlich nicht möglich. Trinken kann man aus der Tube. Wir hatten ein Reservoir aus einem Kanister, an das ein Schlauch mit Mundstück angeschlossen war. Auf Knopfdruck gab es dann einen Schluck. Dosen, wenn sie zu viel Flüssigkeit enthielten, konnte man auch nicht essen. Aber Fleisch und Fisch mit nicht allzu viel Flüssigkeit konnte man schon essen. Meist ernährten wir uns von gefriergetrockneter Nahrung.

Was passiert denn mit dem Schweiß? Die Schweißperlen müssen doch im Raumschiff herumfliegen?

Nein. Feuchtigkeit, wie Schweiß, wird weggeniert, heute sogar der Urin. Das Wasser wird wieder aufbereitet. Etwa 30 % der Feuchtigkeit sind wiederzugewinnen, der Rest wird nachgeschossen, um den Flüssigkeitsbedarf aufzufüllen.

Herr Jähn, Ihr Flug ins All dauerte damals sieben Tage. Wo fliegen Sie demnächst hin?

Nun, jetzt werde ich erst einmal dem Rummel um meinen 75. Geburtstag aus dem Wege gehen und von zu Hause ausfliegen.

Lieber Siegmund Jähn, ich danke Ihnen für das nette Gespräch.

Der Autorin des Interviews ist bekannt, dass der Rückflug von Siegmund Jähn 1978 mit Sojus 29 ungewöhnlich hart verlief. Der Fallschirm hatte sich nicht von der Landekapsel gelöst und so wurde sie durch die Steppe geschleift.

Am 13. Februar 2012 wurde Siegmund Jähn 75 Jahre.

– Verfasser —



Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Chefärztin der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie



Fototermin nach dem Interview. Siegmund Jähn und Birgit Didczuneit-Sandhop auf der Krokuswiese in Jähns Garten.

Männer sind wie guter Wein ...

» So altern sie tatsächlich «

— Verfasser —



Dr. Brian Mahn

Stationsarzt der
Klinik für Urologie
und Kinderurologie



„Sie altern nicht, sondern sie reifen“: Dieses Bild haben viele Männer von sich selbst. Die Realität sieht leider anders aus. Dem natürlichen Altersprozess kann sich nun einmal niemand entziehen. Übergewicht, abnehmende körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie teils schwerwiegende (Folge-)Krankheiten wie Bluthochdruck, Gefäßverkalkung, Krebserkrankungen und Zuckerkrankheit sind Ausdruck des Alterns. Und der Anteil von älteren Menschen in der Bevölkerung steigt.

Während im alten Rom die durchschnittliche Lebenserwartung ca. 30 Jahre betrug, ist sie in unserer Zeit deutlich gestiegen. Ein interessanter Aspekt in diesem Zusammenhang ist jedoch ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Daten des Statistischen Bundesamtes ergeben für ein 2010 geborenes Mädchen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,5 Jahren. Ein gleichaltriger Knabe hingegen lebt statistisch „nur“ 77,5 Jahre. Für die Medizin ergeben sich daraus neue Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Altersprozessen bei beiden Geschlechtern.

In diesem Zusammenhang ist seit einigen Jahren der Begriff des „aging male“ immer populärer geworden, sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung und Berichterstattung als auch in der Medizin.

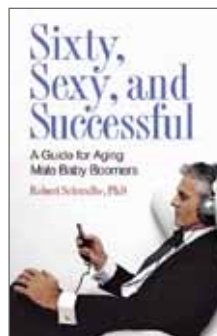
Und nicht zuletzt haben die Pharmaindustrie sowie selbst ernannte „Gesundheitsapologeten“ und Life-Style-Berater das Thema für sich entdeckt. Die Werbung suggeriert auch für den älter werdenden Mann ein bestimmtes Bild, dem es nach Ansicht mancher nachzueifern gilt.

Natürlich gibt es Beispiele von Männern, die bis ins hohe Alter gesund, dynamisch und attraktiv bleiben oder das öffentliche Interesse auf sich zogen, weil sie im hohen Alter Vater wurden. Für die Mehrzahl der Männer gilt das jedoch nicht. Was ist also dran am alternden Mann?

Was macht den Mann zum Mann?

Unser Körper wird durch eine Vielzahl von Mechanismen gesteuert. Eine wichtige Rolle dabei spielen Hormone. Der Begriff leitet sich vom griechischen *ορμῶν* – *hormān* ab, was so viel wie „antreiben“ bedeutet. Es handelt sich dabei um Botenstoffe, die aus spezialisierten Drüsen in die Blutbahn abgegeben werden und über spezifische Rezeptoren an ihren Zielorganen im ganzen Körper bestimmte Wirkungen entfalten. Der große Unterschied zwischen Mann und Frau ist Folge der Wirkung sogenannter Geschlechtshormone. Von frühester Entwicklung an unterliegt unser Körper den Einflüssen dieser Botenstoffe, deren wichtigste das weibliche Östrogen und das männliche Testosteron sind.

Testosteron wird zu 95 % in den männlichen Keimdrüsen, den Hoden, gebildet, daneben bei beiden Geschlechtern auch in der Nebenniere. Das wichtigste weibliche Geschlechtshormon, das Östrogen, entstammt hingegen zum größten Teil den Eierstöcken.



Die Hormonproduktion in den Keimdrüsen bei beiden Geschlechtern unterliegt der Steuerung durch die Hirnanhangsdrüse. Im Falle des Mannes wird das gebildete Testosteron in die Blutbahn abgegeben und gelangt

auf diesem Wege zu seinen Zielorganen, um dort nach Bindung an einen spezifischen Rezeptor seine Wirkung zu entfalten. Biologisch wirksam ist allerdings nur ein geringer Anteil des Testosterons, das sogenannte freie Testosteron. Zum größten Teil liegt Testosteron in der Blutbahn an Eiweiße, das sogenannte sexualhormonbindende Globulin (SHBG) und Albumin gebunden vor (siehe Abbildung).

Organsystem	Wirkung
Haut	Männliches Haarwachstum
Muskulatur	- Muskelaufbau - Fettreduktion zugunsten der Muskulatur
Knochen	- Aufbau und Erhalt der Stabilität
Kehlkopf	- Stimbruch
Gehirn	- Wohlbefinden - Zufriedenheit - Konzentrations- und Leistungsfähigkeit
Fortpflanzungssystem	- Bildung von Spermien - Erektion - Erhöhung der Libido
Knochenmark	- Stimulation der Bildung roter Blutkörperchen
Prostata	- Stimulation des Wachstums

Sexualhormone und Altern – Frauen altern, Männer verwittern

Bei Frauen kommt es durchschnittlich um das 50. Lebensjahr herum zu einer relativ abrupten Abnahme der Hormonproduktion in den Eierstöcken. Die damit einhergehenden rapiden Veränderungen und Symptome werden als Wechseljahre bezeichnet und schon seit mehr als 30 Jahren durch gezielten Hormonersatz behandelt. Anders sieht die Situation bei Männern aus. Durchschnittlich nimmt nach

dem 40. Lebensjahr die Konzentration des freien Testosterons um 1,2 % pro Jahr ab. Dies ist sowohl Folge einer abnehmenden Testosteronproduktion in den Hoden als auch einer Zunahme der Konzentration von SHBG (s. Diagramm). Zudem kommt es zu Verschiebungen in den Regulationsmechanismen. Bei jungen Männern ist der Testosteronspiegel morgens höher und sinkt im Laufe des Tages ab. Mit zunehmenden Alter geht diese Rhythmik verloren.

Dieser Prozess verläuft bei Männern eher schleichend und in individuell unterschiedlicher Ausprägung. Zudem unterliegt die Testosteronkonzentration einer Vielzahl äußerer Einflüsse. Übergewicht, chronische Krankheiten, übermäßiger Alkoholkonsum und Stress können zu einer Abnahme des Testosteronspiegels führen. Ein Testosteronmangel kann durch die Vielzahl an Wirkungen auf unterschiedliche Organsysteme zu einer ganzen Reihe von Symptomen führen. Mögliche Anzeichen für einen Testosteronmangel können sein:

Körperliche Symptome

- Muskelschwäche
- übermäßiges Schwitzen
- Hitzewallungen
- Abnahme der Knochensubstanz
- Gewichtszunahme/„Bierbauch“

Psychische Symptome

- Reizbarkeit
- Nervosität
- Ängstlichkeit
- depressive Verstimmung
- Konzentrationsprobleme



Abb. 1

Sexuelle Symptome

- Abnahme der Libido
- Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen
- Abnahme der Potenz

Aufgrund der langsamen Entstehung des Hormonmangels und insbesondere auch aufgrund der unterschiedlichen Einstellung der beiden Geschlechter zu Gesundheitsthemen (nur 15 % der Männer gehen zu Früherkennungsuntersuchungen, aber fast 50 % der Frauen) werden solche Symptome jedoch meist erst spät bemerkt und auf das Älterwerden allgemein geschoben. Demgegenüber ähneln viele der Symptome denen von Patienten, die in jungen Jahren durch z. B. Traumata oder Entzündungen einen Hormonmangel entwickelt haben. Dies führte zur Definition eines Krankheitsbildes, das als late-onset Hypogonadismus (LOH = spät einsetzende Geschlechtsdrüsenunterfunktion) bezeichnet wird. Darunter versteht man eine Unterfunktion der Hoden bei älteren Männern mit verminderter Testosteronbildung und -wirkung und der Ausbildung bestimmter Symptome. Erst bei Erfüllung beider Kriterien darf von einem echten symptomatischen Hormonmangel gesprochen werden.

Diagnostik

Anhand von Fragebögen lassen sich mögliche Symptome des Hormonmangels abfragen. Ergibt sich hier der Verdacht auf einen Hypogonadismus, sollte die Testosteronkonzentration im Blut bestimmt werden. Leider fehlen Langzeitstudien über den natürlichen individuellen Verlauf der Testosteronkonzentration von der Jugend bis ins Alter. Deshalb orientiert man sich an den Normwerten, die bei jungen Männern bestimmt wurden. Je nach Testverfahren liegt der untere Grenzwert für ein normales Testosteron bei etwa 12 nmol/l. Zwischen 8 und 12 nmol/l befindet man sich in einem „Graubereich“, unter 8 nmol/l liegt ein echter Testosteronmangel vor. Zusätzlich kann bei bestimmten Fragestellungen die Konzentration des freien Testosterons und bestimmter Steuerhormone ermittelt werden.

Schwierigkeiten ergeben sich aus der Unspezifität einiger der o. g. Symptome. 2010 wurde eine große europäische Studie veröffentlicht, die einen Zusammenhang zwischen erniedrigten Hormonspiegeln und letztlich nur drei Kernsymptomen nachwies.

Die Forscher fanden heraus, dass es zwischen ...

- a) dem selteneren Auftreten morgendlicher Erektionen,
- b) einer verringerten Libido und
- c) einer erhöhten Rate an Erektionsschwäche

zusammen mit Testosteronspiegeln unterhalb von 11 nmol/l einen engen Zusammenhang gibt. Die übrigen untersuchten Symptome wie nachlassende Kraft, Energieverlust und Traurigkeit traten bei den Untersuchten auch auf, allerdings in einem wesentlich schwächeren Zusammenhang mit niedrigen Testosteronspiegeln. Legt man diese Kriterien an, wurde in der Vergangenheit die Häufigkeit des Krankheitsbildes möglicherweise überschätzt. In der genannten Studie fanden die Forscher heraus, dass lediglich bei insgesamt 2,1 % der Untersuchten ein „echter“ LOH vorlag. Erwartungsgemäß ist die Häufigkeit aber extrem altersabhängig. Bei den 40- bis 49-jährigen untersuchten Männern wurde bei 0,1 % die Diagnose gestellt, während es bei den 70- bis 79-jährigen schon 5,1 % waren.

Muss man einen Hormonmangel behandeln?

Neben den individuell als unterschiedlich belastend wahrgenommenen Symptomen kann ein manifester Hormonmangel auch ernsthafte Erkrankungen nach sich ziehen.

In verschiedenen Studien konnte beispielsweise ein solcher Zusammenhang mit dem Auftreten eines metabolischen Syndroms gezeigt werden. Dabei handelt es sich um eine Stoffwechselstörung, die mit einer Zunahme des Bauchfetts („Bierbauch“) und verschiedenen anderen Symptomen wie Bluthochdruck, Verschiebungen des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus einhergeht. In der Folge kann es zu schwerwiegenden Krankheiten wie Gefäßverkalkung, Herzinfarkt und Schlaganfall kommen. Nach einer medikamentösen Anhebung des Testosteronspiegels kam es auch zu einer Verbesserung des metabolischen Syndroms und insbesondere zu einer Abnahme des Bauchfetts. Auch die körperliche Leistungsfähigkeit steigt nach Ausgleich eines Testosteronmangels deutlich.

Testosteron hat einen Einfluss auf die Schwellkörperfunktion im Penis und ein Testosteronmangel kann über Veränderungen im Gefäßsystem zu einer Erektionsschwäche beitragen. Interessanterweise gibt es Studien, die zeigen, dass eine Erektionss-

schwäche einem Herzinfarkt um mehrere Jahre vorausgehen kann. Patienten mit einer zunehmenden Impotenz sollten deshalb auch hinsichtlich einer bisher symptomlosen Herzkranzgefäßverengung abgeklärt werden. Bei einem manifesten Hormonmangel mit entsprechenden Symptomen sollte eine entsprechende Therapie eingeleitet werden.

Möglichkeiten der Therapie

Grundlage einer solchen Therapie ist eine kritische Überprüfung der Lebensweise. Der Testosteronspiegel unterliegt neben dem Alter einer Vielzahl anderer Einflüsse. Ein gesundheitsbewusstes Leben mit vernünftiger Ernährung, körperlicher Bewegung, Einschränkung des Alkoholkonsums und Verzicht auf Nikotin lässt nicht nur den Testosteronspiegel steigen, sondern tut insgesamt Körper und Psyche gut. Das gilt für junge und ältere Menschen gleichermaßen.

Daneben ist es möglich, Testosteron als Medikament zu verabreichen. Von der Industrie werden eine Reihe unterschiedlicher Darreichungsformen angeboten. Das Hormon gibt es in Spritzenform, als im Mund auflösbare Tablette, als Pflaster (ähnlich einem Nikotinpflaster) und als Gel. Welche Darreichungsform ausgewählt wird, hängt sowohl vom verschreibenden Arzt als auch vom jeweiligen Patienten ab. Sehr gute Erfahrungen wurden in den letzten Jahren mit Gelformulierungen gemacht, die eine sehr genaue Dosierung, gute Therapiesteuerung und ausreichend hohe Blutspiegel ermöglichen, ohne übermäßig belastend zu sein.

Gerade wegen der Vielzahl medikamentöser Ersatzverfahren und der scheinbaren Einfachheit der Therapie müssen bestimmte Dinge beachtet werden. Eine Ersatztherapie darf nur nach gründlicher Diagnostik und nachgewiesenem Hormonmangel erfolgen. Das Zuführen von Testosteron bei normalen Hormonkonzentrationen im Blut und ohne Symptome kann mehr Schaden als Nutzen anrichten. Bevor ein Hormonersatz mit Testosteron erfolgt, muss unbedingt das Vorhandensein eines Prostatakrebses ausgeschlossen werden. Das Wachstum dieser häufigsten Krebsart beim Mann wird durch Testosteron angeregt. Dies gilt jedoch nur für schon vorhandene Tumore. Eine Neuentstehung eines Prostatakrebses durch von außen zugeführtes Testosteron konnte in Studien ausge-

schlossen werden. Dennoch muss vor und während einer Testosterontherapie eine fachgerechte und genaue Prostatauntersuchung beim Urologen erfolgen.

Andere Ausschlusskriterien für eine Hormontherapie sind ein unbehandeltes Schlafapnoesyndrom (Schnarcher), eine zu große Zahl roter Blutkörperchen (Polyglobulie) sowie fortgeschrittene Stadien einer gutartigen Prostatavergrößerung („Alte-Männer-Krankheit“).

Zusammenfassung

Wie bei Frauen kommt es auch bei Männern im zunehmenden Alter zu Veränderungen im Haushalt der Sexualhormone, die zu bestimmten Symptomen führen und mit verschiedenen anderen Erkrankungen assoziiert sein können. Treten Symptome wie Erektionschwäche, verringerte Libido und eine Abnahme morgendlicher Erektionen, möglicherweise in Verbindung mit psychischen Symptomen wie Depression und Antriebsarmut, auf, sollte an das Vorliegen eines late-onset-Hypogonadismus gedacht werden und eine gezielte Diagnostik eingeleitet werden.

Bei Vorliegen bestimmter Kriterien kann ein Hormonersatz zur Besserung solcher Symptome und auch zur Besserung anderer Erkrankungen wie des metabolischen Syndroms beitragen. Allerdings muss einer solchen Ersatztherapie eine genaue und gezielte Diagnostik vorausgehen und die Therapie muss sehr genau und fachmännisch überwacht werden. Wir Urologen sind dafür die passenden Ansprechpartner. Ein kritikloser und unsachgemäßer Einsatz von Testosteron ohne nachgewiesenen Mangelzustand (insbesondere auch bei jungen Menschen in Form von Doping) kann schwerste und mitunter potenziell tödliche Folgen haben.

Ein vernünftiger, bewusster Lebensstil mit ausgewogener Ernährung, Nikotinverzicht, mäßigem Alkoholgenuß und ausreichender körperlicher Bewegung ist der Schlüssel zu körperlichem und seelischem Wohlbefinden in der Jugend wie im Alter. Neben vielen anderen Körperfunktionen lässt sich so auch der Testosteronspiegel positiv beeinflussen. Zudem übernimmt man(n) dadurch Verantwortung für die eigene Gesundheit.

Neues Bettenhaus bezogen

» Gute Voraussetzungen für interdisziplinäre Behandlung «

Der Neubau Ost des Städtischen Klinikums ist bezogen. Folgende Kliniken haben in dem neuen Bettenhaus ihren Betrieb aufgenommen:

- Innere Abteilungen mit Kardiologie und Gastroenterologie
- Chirurgische Abteilungen mit Gefäßchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Augenklinik mit Ambulanz und OP
- Urologie und Kinderurologie
- Interdisziplinäres Ambulanzzentrum
- HNO-Klinik

Damit sind 342 der insgesamt 466 Klinikumsbetten im neuen Bettenhaus. Außerdem befindet sich dort eine mit hochwertiger Technik ausgestattete kardiologische Wachstation. Die allgemeine Wachstation bleibt in den angestammten Räumen.

In der Folge sind weitere Baumaßnahmen vorgesehen. So werden das Hauptgebäude Haus 1 und Haus 8 (graues Haus) für neue Funktionen umgebaut, Haus 4 und der Interimsbau werden abgerissen. „Für die Patienten bedeutet diese Entwicklung einen Quantensprung“, sagt Dr. Harald Vanherpe, zuständig für das Qualitätsmanagement am Städtischen Klinikum. Und das betrifft nicht nur den Komfort, sondern vor allem auch die Möglichkeit einer interdisziplinären Behandlung. Die Abteilungen im Neubau Ost wurden so geplant, dass eine fachübergreifende Betreuung möglich ist. Dadurch lässt sich auch die Bettenkapazität flexibel an den Bedarf anpassen.

Den Patienten gefällt das neue Haus, es ist hell und freundlich. Das Farbkonzept erleichtert die Orientierung im Haus. Alle Einzel-, Zwei- und Dreibettzimmer sind mit eigenem Sanitärbereich ausgestattet. Jeder Patient hat seinen eigenen Fernseher, für Mineralwasser und Kaffee stehen kostenfrei Automaten bereit. 23 Servicekräfte sind eigens dafür da, den Patienten die Wünsche von den Lippen abzulesen. Angeleitet werden sie durch Hausdame Carmen Weber, die aus der Hotellerie stammt und Kreuzfahrt-Erfahrungen hat: „Für mich sind die Menschen im Krankenhaus keine Patienten, sondern Gäste.“ Bei Befragungen wird regelmäßig die Patientenzufriedenheit gemessen. Der Einsatz der Servicekräfte wirkt sich auch positiv auf die medizinische Versorgung aus. Das Pflegepersonal kann sich ganz auf seine Aufgaben konzentrieren.

Das neue Gebäude ist modern ausgestattet und verfügt, zum Beispiel mit der Chest Pain Unit, über beste Voraussetzungen für eine Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau. Ein Highlight ist die im japanischen Stil eingerichtete Physiotherapie. Im Wartebereich können die Patienten beim Blick auf ein riesiges Aquarium entspannen und ein asiatischer Garten lädt zum Spazieren ein.

An Qualität gewonnen hat auch das Essen der Patienten. Gekocht wird hier nach dem Prinzip „cook and chill“. Die Krankenhausküche stoppt den Garprozess kurz vor dem Ende ab, kühlt die Speisen herunter und liefert sie portioniert auf die Stationen. Dort bekommen sie vor dem Verteilen per Induktion den entscheidenden Hitzestoß. Dadurch werden mehr Vitamine erhalten. Die Speisen sind heiß, wenn der Patient sie bekommt, und schmecken einfach besser.

Die Fitness ist kostenlos im IAZ

» Vorgestellt: das neue Interdisziplinäre Aufnahmezentrum «



— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Mehrere Stunden Zeit mitbringen müssten die Patienten immer noch, die in das Interdisziplinäre Aufnahmezentrum (IAZ) kommen, verrät Sylke Müller, Sachgebietsleiterin Patientenverwaltung. Aber ansonsten hat sich viel verändert seit dem Umzug in den Neubau des Klinikums. Helle, freundliche Räume empfangen die Patienten. „Hier gibt es jetzt überall Tageslicht“, freut sich Sylke Müller. Man könne mitverfolgen, ob es draußen regnet, schneit oder die Sonne scheint. Das sei sehr angenehm.

Natürlich müssten die Patienten nicht stundenlang ohne Unterbrechung warten, so Müller. Sie würden während ihres Aufenthaltes im IAZ ja mehrere Stationen durchlaufen, weil hier alle für ihren geplanten stationären Aufenthalt im Klinikum nötigen Voruntersuchungen durchgeführt werden. „Und die Fitness ist bei uns kostenlos“, lacht Sylke Müller angesichts der großzügigen Dimensionen im neuen IAZ, die den Patienten eine gewisse Mobilität abverlangten.

Am freundlich gestalteten Empfang nennen die Patienten ihren Namen und ihren Termin, zu dem sie eingeladen wurden. Neu ist, dass die Patienten nunmehr strikt nach ihren Anmeldeterminen behandelt werden. Keiner kann sich also Vorteile verschaffen, indem er vorzeitig zum Termin erscheint, so dass der eigentlich bestellte Patient dann warten muss. Die nächste Station ist das Aufnahmegespräch, wo die persönlichen Daten, Versicherungsmodalitäten und andere Formalitäten geklärt werden. Auch hier gibt es eine Neuerung, denn Transparenz ist Trumpf. Es

wurden für die Aufnahmegespräche vier Kabinen geschaffen, die Glastüren haben. So können die Wartenden sehen, dass in den Kabinen gearbeitet wird. Und dann geht es Schlag auf Schlag: Blutentnahme, Laboruntersuchungen, Ultraschall – was auch immer an Voruntersuchungen für die geplante stationäre Aufnahme erforderlich ist. Dazu gehört auch ein Gespräch mit einem Anästhesisten sowie ein Gespräch mit einem Apotheker über die bisherige Medikamenteneinnahme. Aber auch die Klärung von Alternativen zur stationären Aufnahme, wie beispielsweise eine ambulante Operation, ist Gegenstand der Aufnahmepreparierung.

Insgesamt 20 Untersuchungsräume stehen im IAZ zur Verfügung. Hier finden neben den Aufnahmeuntersuchungen auch die sogenannten „Ermächtigungssprechstunden“ statt. Das sind Sprechstunden von Krankenhausärzten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt worden sind, in bestimmten Fachgebieten Kassenpatienten mit Überweisung des Hausarztes zu untersuchen und gegebenenfalls ambulant zu behandeln. Das trifft im Klinikum beispielsweise auf den Chefarzt der Kinderklinik Dr. Hans Kössel zu, der bei Kindern Ultraschalluntersuchungen durchführt und kleine Mukoviszidose-, Rheuma- und herzkrankte Patienten ambulant behandeln darf.

Auch der sogenannte D-Arzt hält im IAZ seine Sprechstunden ab. Dabei handelt es sich um den „Durchgangsarzt“, der Ansprechpartner für Patienten mit Arbeitsunfällen ist.

Ein Suchender hat sein „inneres Zuhause“ gefunden

» Sven Lorek interessiert sich für die Stammesgeschichte der Semnonen «

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin



Sven Lorek

Sven Lorek ist ein bemerkenswerter Mann. Er ist vielseitig belesen, kennt u.a. „Steppenwolf“ von Herrmann Hesse, „Sternstunden der Menschheit“ von Stefan Zweig und Lessings „Nathan der Weise“. Er schreibt gelegentlich Gedichte, kann aus dem Stegreif Vorträge über römisch-germanische Geschichte halten und ist ein interessanter

Gesprächspartner. Besonders interessiert er sich für die Stammesgeschichte der Semnonen, der germanischen Urbevölkerung dieser Gegend. Von ca. 500 v.d.Z. bis ca. 500 n.d.Z. lag ihr Siedlungsgebiet im Raum zwischen Elbe und Oder von der böhmischen Grenze bis an die Havel, zeitweise auch jenseits von Oder und Warthe. Lorek redet nicht gerne über dieses Interessengebiet. Zu oft hat man ihn in die Schublade braunen Gedankenguts gesteckt.

Früher sei er politisch links gewesen. Inzwischen ist der 45-jährige Tischler, der seit 20 Jahren im Klinikum arbeitet, überhaupt nicht mehr interessiert an politischen Ideologien. Und missionarischer Eifer treibt ihn schon gar nicht um, im Gegenteil: Sein Interesse sei rein persönlicher Natur, bekräftigt er. Der Auslöser für die Beschäftigung mit den Semnonen sei eine Sinnsuche gewesen: „Wenn man nicht weiß, wo man herkommt, weiß man nicht, wo man hingehet“, sagt Lorek. In den kulturellen Wurzeln der germanischen Semnonen habe er sein inneres Zuhause gefunden.

Hierfür interessiert sich Lorek nunmehr seit über zehn Jahren und veröffentlichte diesbezüglich mehrere Artikel in verschiedenen Zeitschriften. Besonders

faszinieren ihn die religiösen Anschauungen der germanischen Vorfahren. Es sei eine facettenreiche und zyklische Naturreligion, in der sich Lorek gut aufgehoben fühlt. Jede Lebensphase werde von dieser Religion abgebildet, sie sei reich an lebensbegleitenden Ritualen. Auf langen Wanderungen durch die Wälder, begleitet von seinem treuen Hund, fühle er sich dieser Religion besonders verbunden.

Seine Beschäftigung mit der Kulturgeschichte der Semnonen hat auch einen sportlichen Aspekt: Lorek beteiligt sich mit Begeisterung an Wettkämpfen mit dem Schwert. Seine gesamte Ausrüstung hat er zum überwiegenden Teil selbst gebaut und hergestellt. Sogar die Schwerter werden von befreundeten Schmieden nach archäologischen Befunden nachgeschmiedet. Nur sein erstes Schwert hat er in England gekauft.

Für die Schwertkämpfe, die bei entsprechenden Veranstaltungen stattfinden, gebe es je nach Austragungsort nationale wie internationale Regeln, erzählt Lorek. Bei solchen Kämpfen stehen sich auf jeder Seite mitunter 300 und mehr Kämpfer gegenüber. Die deutschen Gruppen, die verschiedene germanische Stämme repräsentieren, treten dann, z.B. in Wolin (Polen), im Verbund von etwa 100 Kämpfern auf. Natürlich gehe das nicht immer ganz ohne Blessuren ab. Er selbst wurde beim Training einmal u.a. an der Stirn verletzt. Ein anwesender Tierarzt (!) habe aber die klaffende Wunde gleich vor Ort genäht. Die Kämpfer um Lorek trainieren sonntags drei Stunden lang in Nauen. Er selbst gehe zusätzlich noch einmal pro Woche zum Amateurboxen, um seine Fitness zu steigern, berichtet Lorek.

Geburt – Leben – Sterben – Tod

» Der Psychoonkologin Claudia Marche kommt es auf Ganzheitlichkeit an «



Claudia Marche

Der Bogen des menschlichen Daseins umspannt Geburt, Leben, Sterben und Tod. Doch das ist den wenigsten Menschen bewusst. In der modernen Gesellschaft werden Krankheit, Leiden und Tod möglichst verdrängt. Todkranke Menschen geraten so in Isolation und Einsamkeit, können und dürfen nicht zu ihrer Krankheit stehen, weil sie ein Tabu ist in der Leistungsgesellschaft. Die Psychoonkologin Claudia Marche, die seit Juni 2011 am Klinikum tätig ist, hat es sich zur Aufgabe gemacht, kranken Menschen die Ganzheitlichkeit ihrer Existenz wieder erfahrbar zu machen. Doch sie drängt sich niemandem auf. Sie ist zufrieden, wenn sich ein Patient durch Gespräche mit ihr erleichtert fühlt. Aber auch ohne Worte kann eine starke Verbundenheit entstehen, weiß die erfahrene Psychologin, die seit vier Jahren mit Schwerstkranken arbeitet.

In Leipzig hat die 52-Jährige Psychologie studiert. Ihr Berufswunsch war ihr schon relativ früh klar. Mit 16/17 Jahren habe sie noch zwischen Archäologie, Journalismus und Psychologie geschwankt. Doch als eine ältere Mitschülerin von ihrem Psychologiestudium berichtete, stand für Claudia Marche ihr berufliches Ziel fest. Spezialisiert hat sie sich auf „Systemische Familientherapie“.

Als Claudia Marche das Lebenswerk von Ursa Paul, der Gründerin des Heilhauses Kassel, kennenlernte, konnte sie ein lang gehegtes Ziel verwirklichen: die Verbindung des eher klassischen psychologischen Ansatzes mit einem ganzheitlichen Blick, um so eine ganzheitliche Psychotherapie zu praktizieren. Mehrere Termine in Kassel, Gruppen- und Einzelgespräche dort bestärkten Claudia Marche auf dem richtigen Weg zu sein. Besonders fasziniert sie an diesem Ansatz die Gemeinschaftsbildung, die das Heilhaus ermöglicht. In diesem Zusammenhang hat Claudia Marche deutlich gespürt, dass Geburt, Leben und Tod zusammengehören.

Bei der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. hat die Diplom-Psychologin eine einjährige Weiterbildung Psycho-soziale Onkologie in Leipzig absolviert. Themen in dieser Ausbildung waren u.a. die verschiedenen

Tumorarten, soziale Aspekte, Netzwerke, Rehabilitation, Hospizarbeit, Kasuistik, Supervision und nicht zuletzt Selbsterfahrung.

Die Diagnose „Krebs“ sei schmerzvoll für die Betroffenen und ihre Angehörigen. In ihrer beruflichen Praxis hat Claudia Marche festgestellt, dass jeder Fall ganz und gar individuell ist. Man könne als Außenstehender nicht immer direkt und unmittelbar erkennen, ob jemand gegen die Krankheit ankämpft oder nicht bzw. sich vielleicht schon aufgegeben hat.

Wünschenswert sei, die Akzeptanz der Erkrankung und auch oder gerade wegen ihr eine so weit wie möglich gute Lebensqualität anzustreben und zu halten. Gegen die Erkrankung zu kämpfen, kostet auch Kraft und Anstrengung.



Zu erfahren, wie krebserkrankte Menschen zu ihrer Erkrankung stehen, wie sie damit umgehen, braucht Raum und Zeit und Vertrauen, das im Gespräch entstehen kann. Wenn sich dann die erkrankten Menschen öffnen und erzählen, wie sie sich fühlen, welche Gedanken und Sorgen sie haben – dann ist Claudia Marche zufrieden in ihrer Arbeit und hat das Gefühl, für Menschen hilfreich und unterstützend zu sein.

– Verfasser –



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Der gute Geist am Bett von Patienten

» Der Einsatz von Servicekräften hat sich bewährt «

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin



Ihnen liegt das Wohl der Patienten am Herzen: Andrea Görisch, Vorarbeiterin Reinigung, Servicekraft Kerstin von Wittke sowie Service-Managerin Manuela Ulbrich (von links). (Foto: Ann Brünink)

Einst hießen sie Stationshelferinnen und verrichteten einfache Arbeiten auf den Stationen. Sie gibt es schon lange nicht mehr, denn das Berufsbild hat sich komplett gewandelt. Die Servicekräfte, die heutzutage im Einsatz auf den Stationen sind, haben ein vielseitiges Aufgabenspektrum und wischen keine Böden mehr. Vor gut einem Jahr ist das Projekt „Servicekräfte“ mit neuen Aufgabenschwerpunkten gestartet. Manuela Ulbrich, Service-Managerin beim Klinik-Service-Center (KSC), bei dem auch die 25 Servicekräfte angestellt sind, sowie Andrea Görisch, die Vorarbeiterin Reinigung beim KSC, erläutern das modernisierte Berufsbild.

Der Schwerpunkt der Tätigkeiten sei jetzt mehr auf den Patienten bezogen, der Service stehe im Vordergrund, informiert Manuela Ulbrich. Ziel des Projektes sei es, mit dem vorhandenen Personalbestand eine möglichst hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen. So unterstützen die Servicefrauen die Patienten bei

der Aufnahme, indem sie ihnen auf Wunsch beim Auspacken helfen. Sie erklären, wie Telefon und Fernseher funktionieren, holen für die Patienten, falls gewünscht, eine Telefonkarte oder erledigen kleine Besorgungen in der Cafeteria. Die Privatpatienten genießen zusätzlich den Vorteil, dass sie kostenlos Zeitungen ans Bett bekommen. Aber auch das Aufbereiten der Betten, Kaffee kochen oder Tee sowie Getränke reichen gehört zum Job dazu.

Kerstin von Wittke ist eine der am Projekt beteiligten Servicekräfte. Sie ist schon seit 1998 im Klinikum tätig. Jetzt arbeitet sie auf der Station 3.2 B Gefäßchirurgie. Die Arbeit mit den Patienten sei interessant, immer wieder gebe es neue Patienten. Ihre Strategie bei schwierigen Patienten? Immer lächeln und freundlich sein. Kerstin von Wittke hat Verständnis für ihre Patienten. Auf der Gefäßchirurgie verbleiben die Patienten zwei bis drei Wochen, manche sogar drei bis vier Monate, wenn ein Bein oder die Zehen amputiert werden mussten. „Ich gebe mir Mühe, will die Patienten zufriedenstellen“, sagt sie. Mit manchen könne sie sogar herumalbern. So verwundert es nicht, dass ihre Arbeit oft gelobt wird. „Ja, ich habe einen schönen Job“, so ihr Fazit.

Wie Kerstin von Wittke ist jede Servicekraft auf einer festen Station eingesetzt. „Außerdem gibt es zwei Springer, die bei Urlaub oder Krankheit die Vertretung übernehmen können“, sagt Manuela Ulbrich. Als Qualifikation für diesen Job ist ein hauswirtschaftlicher Abschluss erwünscht oder eine Ausbildung im Hotelgewerbe. Alle 25 Mitarbeiterinnen seien fest angestellt. Der Altersdurchschnitt liege bei Mitte 40, so Ulbrich. Die Frauen arbeiten von 7 bis 17:30 Uhr in sogenannten „versetzten Diensten“. Die Frühschicht beginne um 7:00 Uhr morgens und ende um 15:30 Uhr. Die Spätschicht beginne um 9:00 Uhr und ende um 17:30 Uhr, erläutert Andrea Görisch. Die Frauen müssen auch Wochenenddienste leisten, in der Regel einmal im Monat.

Menschen leiten ...

» ... bedeutet mit gutem Beispiel vorangehen – Lutz Pelchen ist neuer Pflegedirektor «



Lutz Pelchen, Pflegedirektor

Seit Januar 2012 ist Lutz Pelchen Pflegedirektor im Städtischen Klinikum. An der Wand seines Büros hängt der Spruch „Leadership – The powerful force of a positive attitude shows the way for others to follow“ – sein Leitmotiv für die tägliche Arbeit: mit gutem Beispiel voranzugehen. Seit 2008 hat er diese Funktion bereits stellvertretend, später amtierend ausgeübt. Die vielfältigen Aufgaben eines Pflegedirektors lassen sich nach Lutz Pelchen in drei große Gruppen, Koordination, Kooperation und Kommunikation, einordnen. Am Beispiel des Neubaus erläutert er, was das in der Praxis bedeutet.

Mit Inbetriebnahme des neuen Bettenhauses ist eine komplett neue Stationsstruktur entstanden. Die Größe von Stationen hat sich geändert und Fachbereiche wurden zusammengelegt. Eine solche Umgestaltung hat natürlich auch Auswirkungen auf die Struktur des Pflegedienstes. Und so sei es darum gegangen, die Pflege neu zu strukturieren, mit anderen Berufsgruppen Arbeitsabläufe abzustimmen, notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen und alle Regelungen mit den Betroffenen zu kommunizieren. Ein solches Prozedere sei in fast allen Projekten wiederzufinden, so Lutz Pelchen. Die Arbeitsbedingungen im Neubau hätten sich verbessert. Es sei nicht nur alles heller, freundlicher und moderner, sondern die Wege innerhalb der Station seien auch kürzer geworden. Natürlich gebe es auch kritische Stimmen, die sagen, dass sich dafür die Wege zu den Untersuchungen und Therapien verlängert haben. Für diesen Prozess müsse noch an der Umsetzung besserer Lösungsmöglichkeiten gearbeitet werden, sagt Lutz Pelchen.

Eine Leitungsfunktion muss immer die Unternehmensanforderungen und die Mitarbeiterinteressen im Blick haben. Dass nicht immer alle anstehenden Neuerungen und Veränderungen bei Mitarbeitern gleich Begeisterung hervorrufen, liegt in der Natur der Sache. Ihm komme es sehr darauf an, die Mitarbeiter an Entscheidungen zu beteiligen, so der Pflegedirektor. Die Ideen und die Erfahrungen der Mitarbeiter sind für eine erfolgreiche Leitungsaufgabe ein sehr kostbares Gut. Im Vorfeld des Umzugs

in das neue Bettenhaus hat es vieles zu organisieren gegeben. Er sei geradezu begeistert, wie die Mitarbeiter aller Berufsgruppen da mitgezogen hätten.

Man dürfe allerdings nicht die Augen davor verschließen, dass die Belastungen für das Pflegepersonal insgesamt gestiegen seien. Die Gesundheitspolitik zwingt Krankenhäuser, sich zu wirtschaftlichen Dienstleistungsbetrieben zu entwickeln. So sinkt die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus stetig, weil die Krankenkassen für eine bestimmte Erkrankung nur einen festgelegten Erlös zahlen. Die Diagnostik, Therapie und Pflege muss also in einem wesentlich kürzeren Zeitraum organisiert und durchgeführt werden. Hinzu kommt, dass die Patienten aufgrund der gestiegenen Altersstruktur mit wesentlich mehr Begleiterkrankungen zur stationären Versorgung ins Klinikum kommen. Somit sind alle Führungskräfte in einem Krankenhaus gemeinsam gefordert, die notwendigen Ablaufstrukturen zu schaffen.

Ein weiteres großes Projekt in der Pflege ist die erlösrelevante Dokumentation hochaufwendiger Pflege (PKMS = Pflegekomplexmaßnahmen-Score). Dieses deutsche Projekt ist weltweit einmalig, denn es gibt kein Land, in dem Pflegeleistungen separat erlösrelevant abgerechnet werden können. Viele europäische Länder beobachten die Entwicklung des PKMS in Deutschland. Der Ursprung des PKMS war die politische Initiative unter der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, mehr Pflegestellen für die aufwendige Pflege in Gesundheitseinrichtungen zu schaffen. Diese zusätzlichen Stellen wurden bis 2011 aus Bundesmitteln finanziert. Seit 2012 können sie nur durch den Nachweis der hochaufwendigen Pflege refinanziert werden. Dieser Nachweis der hochaufwendigen Pflege ist nicht ganz einfach und bedeutet zusätzliche und vor allem lückenlose Dokumentation. Die Einführung einer neuen elektronischen Pflegedokumentation zielt hierbei auf eine zukünftige Arbeitserleichterung im Alltag ab.

Lutz Pelchen (Jahrgang 1967) ist gebürtiger Brandenburger. Er ist verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn. Auf beruflichen Umwegen erlernte er als Quereinsteiger an der Berliner Wannseeschule den Beruf des Krankenpflegers. Seit 1996 arbeitet er am Klinikum, zunächst auf der Intensivstation. Von 2006 bis 2008 war er im Qualitätsmanagement eingesetzt. An der Hamburger Fern-Hochschule absolvierte er von 2003 bis 2007 ein Fernstudium zum Diplom-Pflegewirt.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	01.01.12	Annette Sturm	Augenklinik
	01.01.12	Ute Schubert	IAZ
	01.01.12	Pamela Stein	Anästhesie
	01.02.12	Karla Matthies	Station 3.1 D
	04.02.12	Doreen Drabek	Zentral-OP
	01.03.12	Doreen Jachmann	Zentral-OP
	01.03.12	Nicole Haeusler	Frauenklinik
20 Jahre	01.01.12	Gabriele Scheier	Station 3.1 C
	01.01.12	Jeanette Lenz	Station 3.0 C
	06.01.12	Melanie Kaiser	Station 3.0 C
	24.02.12	Sabine Zander	Zentral-OP
	01.03.12	Ellen Gutschmidt	Station 3.2 A
25 Jahre	01.02.12	Daniela Endries	Physiotherapie
	01.03.12	Angelika Hill	Verwaltung
35 Jahre	24.03.12	Margitta Kanzog	Apotheke

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.12.11	Katja Löper	Netzwerk Kinder
12.12.11	Sascha Jäger	Kardiologie
01.01.12	Fritz Lüder	Innere Med. Klinik II
01.01.12	Toni Bremert	Allgemeinchirurgie
01.01.12	Dr. Antonius Roman Rabsch	Kardiologie
01.01.12	Steffen Neuschulz	Orthopädie/Unfallchirurgie
01.01.12	Dr. Thorsten Hörmann	Orthopädie/Unfallchirurgie
01.01.12	Rita Makauskiene	Kinderklinik
01.01.12	Christian Stark	Station 3.2 A
01.01.12	Karsten Juchert	Einkauf
16.01.12	Vanessa Wedding	Zentral-OP
17.01.12	Sandra Martini	Wachstation
01.02.12	Judit Große	Station 3.0 C
01.02.12	Carla Gerstmann	Station 3.2 B
01.02.12	Griet Schnieders	Kinderklinik
01.02.12	Markus Kathke	Augenklinik
01.03.12	Linus Michael	Kardiologie
01.03.12	Juliane Pfeiffer	Allgemeinchirurgie
01.03.12	Franziska Schenk	Station 3.2 C

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

31.12.11	Roswitha Gutschmidt	Station 3.2 B
31.12.11	Hannelore Schulze	Personalabteilung
31.12.11	Ariane Zacharias	IAZ
31.12.11	Peter Paranski	Gefäßchirurgie
31.12.11	Christian Mauer	Orthopädie
31.12.11	Anja Schlegel	Intensivstation
31.12.11	Mahtala Alidoust Azarbaijani	Intensivstation
31.01.12	Susen Gellrich	Neurochirurgie
31.01.12	Karin Daniel	Apotheke
31.01.12	Hermann Burau	Augenklinik
31.01.12	Katharina Scholman	Kinderklinik
31.01.12	Sabine Murawski	Station K2

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	01.01.2012	Cornett Krüger	Zentralsterilisation
15 Jahre	20.01.2012	Bernd Jordan	Technik
20 Jahre	16.03.2012 15.02.2012	Heiderose Hinze Christine Falke	Chefarztsekretärin Küche
25 Jahre	01.01.2012 01.01.2012 01.02.2012	Bernard Arnold Ute Gebauer Heiko Kortmeyer	Patiententransport Technik Fuhrpark
35 Jahre	01.03.2012	Lothar Arlt	Leiter Wirtschaftsdienste

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

01.11.2011	Birgit Heitepriem	Reinigung
01.11.2011	Rita Becker	Reinigung
01.11.2011	Norbert Frießecke	Reinigung
01.12.2011	Ramona Schmidt	Reinigung
19.12.2011	Edgar Winter	Reinigung
01.01.2012	Olaf Häger	Patiententransport
09.01.2012	Iris Schulz	Küche
20.01.2012	Jakob Fraas	Patiententransport
01.02.2012	Angela Uhlemann	Zentralsterilisation
01.02.2012	Hans-Jürgen Arndt	Technik

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

31.12.2011	Manuela Schulze	Küche
------------	-----------------	-------

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

In dieser Ausgabe:

Kommen Männer in die Wechseljahre?



Eindeutig ja. Schließlich wechseln Männer, die in die Jahre kommen, gerne ihre „Alte“ gegen eine Junge ein. Wenn sie keine Lust mehr verspüren und ihr „bester Freund“ kein Stehvermögen mehr zeigt, dann kann ja nur die Alte dran schuld sein. Um bei jungen Frauen zu punkten, wechseln sie den Kombi gegen ein Cabrio. Scharen von Männern verlassen die heimische Couch und schinden sich im Fitness-Studio.

Und warum das alles? Weil Männer jenseits der 40 körperliche und seelische Veränderungen spüren, die sie irritieren und mehr oder weniger stark verunsichern. Doch das Thema ist ein Tabu. Mann spricht einfach nicht darüber aus Angst vor Spott und Konkurrenz von den jungen Männern.

Doch auch beim Mann verändert sich die Hormonlage im Körper, wenn auch meist nicht so dramatisch wie bei der Frau. Es werden weniger Sexualhormone produziert und das Gleichgewicht zwischen den einzelnen Hormonen verschiebt sich. Mann hat weniger Lust auf Sex, Potenzprobleme stellen sich ein. Der Mann beginnt, an sich selbst zu zweifeln. Manche Männer werden depressiv. Ist es da nicht besser, die nachlassende Männlichkeit mit Prestigeobjekten zu kompensieren?

Diese Denke ist typisch Mann. Aber das funktioniert auf Dauer nicht. Irgendwann holt die verdrängte Problematik den Mann wieder ein. Es kann helfen, wenn Mann mal innehält, das Älterwerden nach und nach akzeptiert. Seine Sexualität verändert sich. Na und? Sex ist doch kein Leistungssport. Es gibt so viele Formen der Zärtlichkeit. Bis ins hohe Alter kann das sinnliche Erleben immer breiter werden. Wenn Mann das zulässt und seine Alte ihn liebt.