



1862 – 2012

Momente aus 150 Jahren Krankenhaus Bergen auf Rügen





Bürgermeisterin
Andrea KÖSTER

Grußwort

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bergener SANA-Krankenhauses,

im Namen der Stadt Bergen auf Rügen möchte ich Ihnen zu Ihrem besonderen Jubiläum die herzlichsten Grüße und Glückwünsche übermitteln.

Das seit 150 Jahren in Bergen bestehende Krankenhaus mit seinem historischen Gebäude der Alten Chirurgie hat sich im Laufe der Jahr-



zehnte zu einem modernen und attraktiven medizinischen Zentrum auf der Insel Rügen entwickelt, auf das die Bergenerinnen und Bergener sehr stolz sind. Dazu trägt nicht nur die bauliche Entwicklung bei, sondern vor allem ist es die gute

Arbeit des medizinischen Fachpersonals und der Verwaltungsstellen. Neben der medizinischen Rundumversorgung engagiert sich das SANA-Krankenhaus im Rahmen der Aktivitäten der Gesundheitsinsel, der Gesundheitsakademie, der Kurzzeitpflege und des Hospizes.

Dafür möchte ich mich im Namen der Einwohnerinnen und Einwohner unserer Stadt ausdrücklich bedanken und wünsche allen Beteiligten zukünftig viel Erfolg und zufriedene Patienten.

Andrea Köster
Bürgermeisterin

Im Mittelalter und früher waren die Menschen in Erkrankungsfällen wohl auf Orakel der Priester, auf die Behandlung durch Mönche und sogenannte Heilkundige angewiesen. Die erste Notiz über medizinische Hilfe auf Rügen ist wahrscheinlich die Erwähnung des Magisters Bertold, der 1339 für das Kloster Bergen genannt wurde. Zu denen, vom Zisterzienser-Orden gegründeten Klöstern gehörte meist ein Hospital, so in Bergen das St.-Jürgen-Hospital für Aussätzige (Lepra), Pest-, Pocken-

Pestillenarzt Dr. Christian Lemke aus Meißen ein. In der Folgezeit erfulhren die Rügäner durch weitere Ärzte und Apotheker medizinische Hilfe. 1779/80 wurde am „Goldenen Brinken“ das Ritterschaftliche Lazareth gegründet, ein Spital mit drei Krankenzimmern und je 10 Betten. Leiter dieser Einrichtung waren Dr. Wewetzer und Dr. Moritz von Willich. Da dieses Spital bereits 1803 den Anforderungen der wachsenden Bevölkerung auf Rügen nicht mehr genügte, erfolgten über Jahre Bestrebungen

Einleitung

und Cholera-Kranke. 1616 wurde die „Dohrenkiste“ erwähnt, ein Haus zur Aufnahme von Geisteskranken. Der rügänsche Landvogt Matthäus von Normann berichtete im Mittelalter vom mehr oder weniger erfolgreichen Wirken der Bader und Barbieri. „Im 16. Jahrhundert lag das Arzneiwesen auf Rügen völlig darnieder“, wie Prof. Haas in seinen „Beiträgen zur Geschichte der Stadt Bergen“ schrieb. Es gab auf Rügen keinen Arzt und keine Apotheke. Erst 1624 erteilte Herzog Phillipp Julius dem Arzt Johannes Fabricius, einem erfahrenen Bruch- und Steinschneider die Erlaubnis, seine Kunst auszuüben. Durch die Wirren des dreißigjährigen Krieges war Rügen wieder ohne Arzt. 1683 stellte die schwedische Regierung auf Bitten der Rügänschen Ritterschaft den

für einen Krankenhausbau. Dieser erfolgte 1860–62 auf Vermittlung des Geheimen Regierungsrates Essé und nach Bau-Plänen des königlichen Baurats Waesemann mit einem Kostenaufwand von 34000 Talern. Es entstand der Krankenhausneubau in der Calandstraße, ein dreistöckiger Backsteinbau mit eigenwilligen Türmchen und Verzierungen. Die ersten drei leitenden Chefärzte dieses Hauses waren Dr. Wentzel, Dr. Settegast und Dr. Frank. In der Folgezeit wurden immer wieder Um- und Ausbauten, sowie Modernisierungen an diesem Haus vorgenommen, in dem nunmehr seit 150 Jahren medizinische Versorgung für die rügänsche Bevölkerung und seine Gäste geleistet wird.

Barb und Karl Zerning

Sanitäts-Kraftwagen
„Phänomen“, 1937



1865
Bezeichnung als „Rügensches
Kreisständisches Krankenhaus“



07.12.1864 – 26.03.1879
Sanitätsrat
Dr. med. Karl WENTZEL

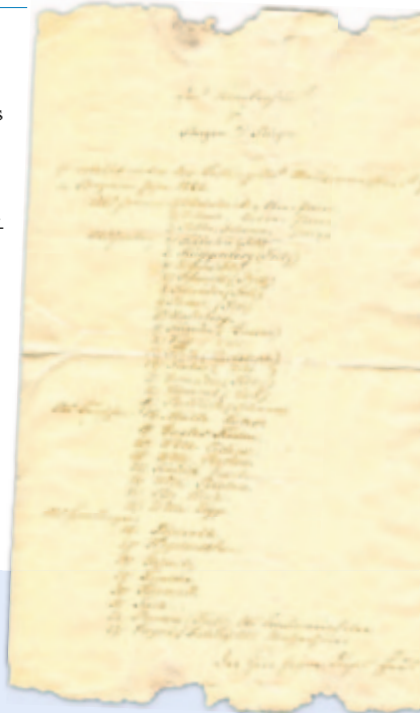
422 Im Jahr 1868 wurden 422 Kranke neu aufgenommen, 32 waren noch aus dem Vorjahr. Davon waren 346 Patienten auf der Inneren und 108 in der Chirurgie. Die durchschnittliche Verweildauer betrug auf der Inneren 15 Tage und in der Chirurgie 40 Tage.

1860

1870

1860 – 1862

Der Krankenhausneubau in der Calandstraße von 1860 bis 1862 war ein erheblicher Fortschritt in der stationären Betreuung und Behandlung von Kranken auf der Insel Rügen. Das Krankenhaus bestand anfänglich nur aus dem dreistöckigen Backsteinbau mit eigenwilligen Türmchen und Verzierungen. Es wurde bereits damals – man lese und staune – vom Erdgeschoss aus zentral beheizt. Im Souterrain hatte man so notwendige Einrichtungen, wie die Verwaltung, Wäscherei, den Lagerplatz für die Brennstoffe sowie das Sektions- und Leichenzimmer untergebracht. In den zwei Hauptetagen befanden sich zwei Krankensäle für je zehn Patienten und die nötigen Neben- und Isolierzimmer.



34000 In den Jahren 1860 bis 1862 wurde das Bergener Krankenhaus unter Leitung des Maurermeisters Johann Julius Deysing erbaut. „Der Bau erfolgte durch Vermittlung des Geheimen Regierungsrathes Essé in Berlin und nach Plänen des Königlichen Baurathes Waesemann mit einem Kostenaufwand von 34000 Thalern“. (Quelle: Statistische Beschreibung des Kreises Rügen von Wilhelm von Platen, 1868)



1.4.1879 – 30.6.1899

Medizinalrat

Dr. med. Anton SETTEGAST

1880

1890

1894

Überraschender Fund gibt Aufschluß über Jahr der Erbauung

SANA Chronik fand Bestätigung

Bergen auf Rügen (ka). Der überraschende Fund eines Schriftstückes der am Bau beteiligten Firmen gibt nun genaues Aufschluß über das Baujahr des Bergener Krankenhauses. Arbeiter hatten vor wenigen Tagen dieses DIN A4 große Schriftstück während Rekonstruktionsarbeiten des historischen Mauerwerkes in einem der Türschwellen des alten Krankenhauses gefunden. Der Technische Leiter des SANA, Rainer Weinstock, erklärte, daß der Fund reine Glückssache war. Die Glasflasche mit der Liste wurde nur aufgrund der intensiven Sanierungsarbeiten entdeckt. Vor 30 Jahren bei der letzten Dachsanierung des Gebäudes war der Fund noch verborgen geblieben. Anders als in einer 1951 erschienenen Broschüre des ehemaligen Leiters des Krankenhauses Dr. Franke, wurde das Haus erst 1862 erbaut und nicht wie damals angenommen 1847. Karl Zernig, Chronist des Krankenhauses, wußte bereits seit Anfang der 90er Jahre, daß



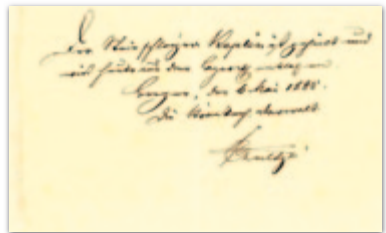
Ansicht des alten Bergener Krankenhauses. Das Eingangsportale mußte leider im Jahr 1925 dem OP-Trakt weichen.

das Baujahr 1847 nicht stimmt. Der auf Rügen bekannte Historiker Dr. Wolfgang Ullrich, entdeckte damals in einem Stettiner Archiv „Wilhelm von Platens Beschreibung des Landkreises Rügen von 1868“. Dieser Beschrei-

bung nach wurde das Bergener Krankenhaus in den Jahren 1860 bis 1862 für eine Summe von 34.000 Talern erbaut. Chronist Zernig ist nun froh, daß der glückliche Fund sich mit den Daten des historischen Berichtes deckt.

16.05.1885

Der Steinschläger Koplín ist geheilt und wird heute aus dem Lazarett entlassen. Bergen, den 16. Mai 1885.



Originaldokument zum Bau des Krankenhauses aus dem Jahr 1862, gefunden bei der Sanierung 1999 (siehe Zeitungsartikel)

Franziska Tiburtius (1843–1927), die auf Rügen gebürtige erste deutsche praktizierende Ärztin, war öfter bei ihrem Bruder Karl (1834–1910), praktizierender Arzt in Ramin, zu Besuch und erzählte folgende Begebenheit. Sie half ihrem Bruder und schiente dort den Unterschenkel einer alten Frau, die weiter ins Lazarett geschickt wurde. Dort war man mit ihrer Arbeit sehr zufrieden. „De Öbberste hätt seggt, dat wier wunderschön makt, dat kunn keen Perfessor bäter maken.“





01.07.1899–24.10.1911

Dr. med.
Theodor FRANK

1895

1900

1905

1910

1901

Auf dem Krankenhausgelände
entstand ein Isolierpavillon
(spätere Kinderstation IV und VI)



1906

Anschluss des
Krankenhauses
an das öffentliche
Kanalnetz



840

Im Jahr 1903 wurden 840 Kranke neu aufgenommen, 54 waren noch aus dem Vorjahr. Davon waren 553 Patienten auf der Inneren und 337 in der Chirurgie. Die durchschnittliche Verweildauer betrug auf der Inneren 50 Tage und in der Chirurgie 39 Tage. Das Pflegepersonal bestand aus drei Brüdern und zwei Schwestern.



01.01.1912 – 30.06.1929

Sanitätsrat
Dr. med. Hermann SCHMIDT

1915

1920

1925

1928

1910

Umbenennung in
„Kreis Krankenhaus Bergen“

Bau eines Waschkesselhauses,
Bau von Holzschuppen
und Schweinestall



1921

Anbau eines chirurgischen
Operationstraktes an das
Backsteingebäude



1928–1930

Anbau des Schwesternheimes,
später dient der Bau
als Verwaltungsgebäude





01.07.1929 – 16.10.1947

Dr. med.
Johannes SEIFERT

1929

1935

1940

1934

Der erste Personen- und Lastenaufzug des Krankenhauses wurde in Betrieb genommen



12.12.1945



Blick in das Innere des Sanitäts-Kraftwagens
„Phänomen“, 1937



1947–1950
Dr. med.
Peter JOACHIM



06.10.1950–31.12.1976
Medizinalrat
Dr. med. Heinz FRANKE

1945

1950

1955

1959

1947

Errichtung einer
Infektionsstation
am Rugard



1951

Umstellung vom Allgemein- zum Fachkran-
kenhaus unter Chefarzt Dr. Franke



Sichtwerbung an der Krankhauseinfahrt, 1951



200 000 Der Haushaltsplan, der die Grund-
lage für die Entwicklung im Jahre 1951 bilden sollte,
war nicht den Erfordernissen entsprechend aufge-
stellt. Die angeforderten und eingeplanten Mittel wa-
ren in keinem Fall mit den erforderlichen Beträgen zu
vereinbaren. Es musste daher ein Zusatzantrag zum
Haushaltsplan gestellt werden mit der Bitte um Nach-
genehmigung von 200000,- DM, der auch bewilligt
wurde. (Quelle: Dr. Franke „Das Kreiskrankenhaus
Bergen (Rügen) im Jahre 1951“)



Stellenanzeige
aus dem Jahr 1957





1960
Richtfest Bettenhaus I



1960

1965

1970



*Röntgengerät, Labor und OP,
Aufnahmen um 1960*



„Alte Chirurgie“, 1967



Leitende Cheffürzte und
Ärztliche Direktoren

01.01.1977 – 12.03.1980

Obermedizinalrat
Dr. med. Joachim BRUGER

1975

1980

1966

Zusammenfassung aller Gesundheits-
einrichtungen im Kreis zu den „Vereinigten
Gesundheitseinrichtungen Rügen“

1961

Gründung der
„Kreiskrankenanstalten Bergen“

Feierliche Übernahme des Bettenhauses I

1976

Das Haus verfügt über
12 Fachabteilungen mit 560 Betten



Fertigstellung des Bettenhauses I

1980

Gründung des
„Medizinischen
Zentrums
Rügen“





Dr. med.
Gert LIEBLING

ne weitere berufliche Laufbahn als Chirurg. Dabei entsprachen die äußeren Bedingungen, Behandlungsmöglichkeiten, technische Ausstattung u.a. in keiner Weise heutigen Standards und sind für den, der sie nicht hautnah erlebt hat, nahezu unvorstellbar. Trotzdem ist den medizinischen Leistungen im Sinne der Patienten, nicht vorrangig der Wirtschaftlichkeit, mit Respekt zu begegnen.

Die Chirurgische Abteilung
befand sich im 1862 erbauten Kran-

tion und einer sog. gemischten Station für Patientinnen und Patienten mit septischen Erkrankungen. Jede Station hatte 40 Betten, davon je 12 Betten, deren Zahl durch Aufstellen von „Notbetten“ auf 14 erhöht werden konnte, in zwei Sälen. Diese 12 (14) PatientInnen mussten sich zwei Waschbecken, einen kleinen Kleiderschrank und einen Tisch mit zwei Stühlen teilen. Nicht unbedingt benötigte Kleidung wurde in der Kleider- und Vorratskammer auf dem Boden aufbewahrt. Eine Sanitärzelle und Duschen gab

Chirurgie vor 50 Jahren –

Nach Abschluss des Medizinstudiums und einjähriger Tätigkeit am Institut für Sozialhygiene der Universität Rostock kam ich eher zufällig nach Bergen, um ab 1. August 1964 am damaligen Kreiskrankenhaus meine Tätigkeit als ärztlicher Pflichtassistent mit dem Ziel, Kinderarzt zu werden, zu beginnen. Zu der Zeit musste man als frisch gebackener Mediziner zunächst eine klinische Pflichtassistenten von je vier Monaten in der Chirurgie, in der Inneren Medizin und in einem Wahlfach absolvieren, ehe man die Approbation als Arzt erhielt. Bevor man dann eine Facharztausbildung beginnen konnte, war ein Jahr in einer Praxis für Allgemein-Medizin abzuleisten. Eine Regelung, die ich angesichts der heutigen Diskussionen um eine gute Ausbildung des medizinischen Nachwuchses nicht für verkehrt halte.

Der Zufall wollte es, dass mich der damalige Ärztliche Direktor, Dr. med. Franke, zunächst in der Chirurgischen Abteilung einsetzte. Diese vier Monate unter seiner Leitung, seine fachlichen und menschlichen Qualitäten, seine Autorität, die Atmosphäre der Abteilung, die in erheblichem Maße auch von den Mitarbeitern geprägt wurde, wurden richtungweisend für mei-

kenhaus, das in den 50iger Jahren durch einen Anbau für den OP-Trakt, das Labor, die Röntgenabteilung, Bereich des Ärztlichen Direktors, eine Bibliothek und ein Ärztekasino erweitert und modernisiert wurde. Dazu gehörten der Einbau von zwei Fahrstühlen und einer Klimaanlage. Letztere hatte so viele Mängel, dass sie nur selten in Betrieb genommen wurde. Der stationäre Bereich blieb im Wesentlichen unverändert.

Zum OP-Trakt gehörten zwei OP-Säle, ein Gips- und ein Verbandszimmer, ein kleiner Endoskopie-Raum, der Sterilisationsraum, der neben einem Vorbereitungsraum zugleich Lagerraum für Instrumente und OP-Wäsche war, ein Dienstzimmer. Galten die OP-Säle mehr oder weniger als „sterile“ Bereiche, wurden im Verbands- und Gipszimmer auch ambulante Patienten und Notfälle behandelt, die direkt von der StraÙe kamen. Heute unvorstellbar.

Eine Sanitärzelle und Duschen gab es nicht. Gemeinschafts-toiletten, nach oben und unten offen und nur durch Pressplatten voneinander getrennt.

Der stationäre Bereich bestand aus einer Frauen- und einer Männersta-

tion. Gemeinschaftstoiletten, nach oben und unten offen und nur durch Pressplatten voneinander getrennt, waren im „Spülraum“, der zugleich für unreine Arbeiten genutzt wurde. Für Kommunikation untereinander war so gesorgt. An Besuchstagen, mittwochs und an den Wochenenden von 14.00 bis 16.00 Uhr, hielten sich bis zu 50 Personen in einem Saal auf. Dazu die mitgebrachten „kulinarischen Spezialitäten“. Welch eine Belastung für Patienten und Personal. Das Stationszimmer war Arbeitsraum für die Stationschwester, den Stationsarzt und die Schwestern. Daneben befand sich ein „Wachzimmer“ mit vier Betten für frischoperierte und schwerkranke Patienten. In der Stationsküche wurde das aus der Hauptküche in Thermobehältern herangeholte Essen patientengerecht zubereitet. Hier wurden auch das anfallende Geschirr und Besteck gereinigt und aufbewahrt.

Dreischichtsystem – 48-Stunden-Woche

Das Pflegepersonal (außer der Stationschwester und den Stationshilfen) arbeitete im Dreischicht-System (ähnlich wie heute), wobei

es aber noch die 48-Stunden-Woche gab. Die Nachtschwester begann spätestens um 4.00Uhr mit dem Waschen der bettlägerigen PatientInnen. Das Reinigen der Nachttische und Betten einschließlich der Wäschewechsel gehörten zu den Aufgaben des Pflegepersonals. Auf den übrigen Arbeitsablauf auf den Stationen soll hier nicht näher eingegangen werden. Nicht unerwähnt sollen aber folgende Arbeiten sein, weil heute einfach unvorstellbar: Mülltupfer und Verbandskompressen wurden per Hand aus in Ballen

schenzeit wurde privat genutzt. Im Sommer fuhr so mancher an den Strand, wenn er denn einen fahrbaren Untersatz hatte. Im Winter wurden auch mal gemeinsame Wanderungen nach Buschvitz unternommen, die eine Unterbrechung in der Gaststätte von Familie Fritz fanden. Hier wurde denn schon mal unter oberärztlicher Aufsicht „nach Farbe getrunken“: Klarer, Pfeffi, Kirsch, Brauner... Auch der Königspudel des Oberarztes bekam sein Bierchen. Haupt-OP-Tage waren der Diens-

tag und der Freitag, was aber nicht heißt, dass an den anderen Tagen nicht operiert wurde. Der Montag und Donnerstag waren besonders den konservativen Behandlungsmaßnahmen und der Diagnostik (Rektoskopie, Cystoskopie u.a.) vorbehalten.

Der Mittwoch war quasi ein Reservetag für operative und konservative Behandlungen, er wurde für Sprechstunden, Gutachten, Diktate u.a. genutzt.



Eine Momentaufnahme

geliefertem Mull und Zellstoff nach entsprechendem Zuschnitt hergestellt, in Verbandstrommeln verpackt und sterilisiert. Gebrauchte Mülltupfer wurden in einem Netzbeutel gesammelt, gewaschen, getrocknet, „ausgezupft“ und wieder zu Tupfern gedreht. Gebrauchte OP-Handschuhe wurden manuell gewaschen, nach der Trocknung auf Dichtigkeit geprüft – auf kleine Löcher wurden Gummiflicken geklebt, gepudert, in Filterpapier eingeschlagen, in Handschuhtrummeln gepackt und sterilisiert. Gebrauchte Spritzen und Kanülen wurden gereinigt, im „Spritzenkocher“ desinfiziert und anschließend sterilisiert. Beim Zusammensetzen der Spritzen musste darauf geachtet werden, dass Kolben und Stempel auch zusammenpassten (Kennzeichnung durch Nummern).

**Unter oberärztlicher Aufsicht:
Klarer, Pfeffi,
Kirsch, Brauner...**

Für uns Ärzte gab es noch den Teildienst von 7.00 bis 13.00 Uhr und von 16.30 bis 19.00 Uhr (sonnabends von 8.00 bis 12.00 Uhr), oftmals konnten die Zeiten aber nicht eingehalten werden. Die Zwi-

*Dr. med. Heinz Franke und
Dr. med. Gert Liebling im OP*



Aufnahme- und Hintergrunddienst

Der Bereitschaftsdienst gliederte sich in einen Aufnahme- und einen Hintergrunddienst. Der Aufnahme- und Hintergrunddienst wurde fachübergreifend von den Weiterbildungsassistenten wahrgenommen, der Hintergrunddienst war fachspezifisch. Der Weiterbildungsassistent machte so z.B. auch unabhängig von seiner Fachausbildung Wundversorgungen, Abszessinisionen, einfache Frakturbehandlungen, Abortaus-

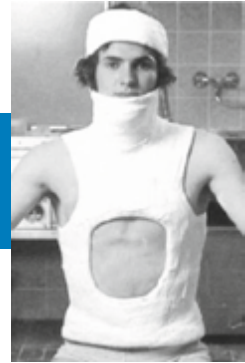
Apparative Diagnostik

In der apparativen Diagnostik waren automatische Röntgenbild-Bearbeitung, Sonographie, CT, MRT, Blut-Analysegeräte, flexible Endoskope, Atroskopie noch nicht im Einsatz. Es dominierten neben den anamnestischen Erhebungen und der klinischen Untersuchung Standard-Laboruntersuchungen und konventionelle Röntgendiagnostik. Blutbilduntersuchungen erfolgten z.B. noch unter dem Mikro-

räumungen, Naht von Episiotomien oder Dammrissen. An den Wochenenden war dem Weiterbildungsassistenten ein Pflichtassistent an die Seite gestellt, dessen Aufgabe es vorrangig war, Anamnesen zu erstellen und sämtliche i.V. Injektionen auf den einzelnen Stationen vorzunehmen. Im Sommer kam es vor, dass sich am Sonnabendmittag die diensthabenden Chefärzte in ihre Wochenendhäuser abmeldeten mit dem Hinweis, dass sie in 30 Minuten vor Ort sein könnten. Man kam sich da manchmal schon ziemlich verlassen vor. Die Weiterbildungsassistenten beteiligten sich auch am ambulanten Hausbesuchsdienst in Bergen und den umliegenden Dörfern. Manchmal ein abenteuerliches Unterfangen, waren doch die Anbindung der Dörfer an die Straße nicht immer für das Dienstauto befahrbar. So ging es dann zu Fuß, per Pferdefuhrwerk, Trecker oder auch als Sozius auf dem Motorrad zum hilfeschreitenden Patienten. Witterungsbedingungen und Tages- bzw. Nachtzeit durften da keine Rolle spielen. Um die Weihnachtszeit hatte es den Vorteil, dass man sich seinen Tannenbaum irgendwo im Wald schlagen konnte. Die Kraftfahrer hatten entsprechend vorgesorgt.

skop, Röntgenbilder wurden in der Dunkelkammer entwickelt, fixiert und getrocknet, ehe sie ausgewertet werden konnten. Da ein Facharzt für Röntgenologie noch nicht beschäftigt war, wurden z.B. von den Chef- bzw. Oberärzten Durchleuchtungen der Lunge, des Magens und des Darmes vorgenommen, ebenso die Befundung der Röntgenaufnahmen. Das Behandlungsspektrum umfasste alle operativen und konservativen Maßnahmen einer allgemein-chirurgischen Einrichtung: Appendektomie, Hernien-Reparatur, Magenresektion (zu damaliger Zeit wesentlich häufiger als heute; ich habe während meiner FA-Ausbildung mehr als 100 Magenresektionen durchgeführt), Cholecystektomie, Strumaresektion bis hin zur Whipple'schen Operation, um nur einige zu nennen. Endoskopische und endoprothetische Operationen gab es noch nicht. Als Besonderheit soll erwähnt werden, dass jede Strumaresektion mit dem Anlegen eines „Nonnenverbandes“ beendet wurde, der Kopf, Hals und Brustkorb einschloss. Die heutige Chirurgengeneration wird ihn wohl nicht kennengelernt haben. Die Behandlung von Knochenbrüchen erfolgte vorwiegend konservativ: Reposition und Ruhigstellung

im Streck- und/oder Gipsverband. Der Gipsverbrauch in Form von Alabastergipsbinden war enorm. Oberarmbrüche wurden im Abduktionsgips (Stuka), Oberschenkelbrüche im Becken-Bein-Gips, Wirbelbrüche im Diadem-Gips bzw. im Gipskorsett ausbehandelt. Die heutige junge Chirurgengeneration wird sie kaum kennen, geschweige denn anlegen können.



Diadem-Gips



Becken-Bein-Gips

Die operative Knochenbruchbehandlung beschränkte sich auf Blutstillungen, gelegentliche Küntscher-Nagelungen von Oberschenkelbrüchen und Versorgung von Schenkelhalsbrüchen. Da es den „Bildwandler“ noch nicht gab, erfolgte die intraoperative Röntgenkontrolle mit einer mobilen „Röntgenkugel“ ohne eine genaue Fokussierung. Da sie nur begrenzt



Kryptoskop

höhenverstellbar war, musste sie dann auch schon mal auf einen Stufentritt gehoben werden, um den nötigen Abstand zum Objekt herzustellen. Zur schnellen Orientierung konnte man sich eines Kryptoskops bedienen. Aus Strahlenschutzgründen eine Katastrophe. Da es noch keine Anästhesie-Abteilung und

Lange Verweildauern

Die stationären Verweildauern würden heute die Manager der Krankenkassen in Panik versetzen. Nur wenige Beispiele: Appendektomie und Hernien-Reparation: 4 Wochen; Cholecystektomie und Magenresektion: 6 Wochen; Comotio cerebri: 6 Wochen strenge Bettruhe; Behandlung im Streckverband oder Becken-Bein-Gips bis zu ¼ Jahr oder länger. Diese langen Verweildauern hatten den Vorteil, dass man den Patienten,

zum Facharzt nach Absolvierung der Pflichtassistentz und des allgemeinärztlichen Jahres. Zur chirurgischen Ausbildung gehörte ½ Jahr Innere Medizin, aus meiner Sicht durchaus sinnvoll, ebenso wie eine Zeit in der Pathologie. Dankbar war ich immer für den Rat erfahrener Stationsschwester, mit dem so manche Klippe umschiffen werden konnte. Von unschätzbarem Wert waren für mich jene Chefärzte, die in jeder Beziehung Autorität und Vorbild waren. Auf die Leistungen und Erfah-

keine Anästhesisten gab, wurden die Narkosen von den Ärzten der jeweiligen operativen Abteilung durchgeführt. Vorherrschende Methode auch bei größeren operativen Eingriffen war die Äther-Tropfnarkose. Die Tiefe der Narkose wurde durch Pulsmessung, Kontrolle der Augenreflexe, Pupillenweite oder den Ruf des Operateurs „sie/er presst“ gesteuert.

seine Probleme, seine Angehörigen besser verstehen bzw. führen konnte. Nicht umsonst wird heute die mangelnde Zuwendung des Arztes und des Pflegepersonals zu den Patienten infolge des Zeitdruckes, der manchmal aber auch eine Alibifunktion erfüllt, beklagt. **Ausklang.** Diese äußeren Rahmenbedingungen behinderten aber nicht eine fachgerechte Weiterbil-

dung, die unter oft schwierigen Bedingungen erbracht wurden, mit einem Lächeln oder Geringschätzung herabzublicken, ist sicher nicht angebracht, auch wenn heute ganz andere Anforderungen zu meistern sind. Ein Glück für die Chirurgie und deren Vertreter, dass die Entwicklung nicht vor 50 Jahren stehen geblieben ist. **Dr. med. Gert Liebling**

„Alte Chirurgie“ 1967





13.03.1980 – 09.10.1990
 Medizinalrat
 Dr. med. Eberhard SCHENK



10.10.1990 – 30.04.1994
 Medizinalrat
 Dr. med. Christoph SCHNUR

1981

1985

1990

1982

Rekonstruktion der Decken
 im alten Backsteingebäude



03|1988

Bau des Laborgebäudes nach
 Abriss der Wirtschaftsbaracke



11|1989

Grundstein-
 legung
 für das
 Bettenhaus II

10|1981

Kesseleinbau Heizung



1989

Bau des 50m hohen
 Schornsteins





01.05.1994 – 30.04.2004

Medizinalrat

Dr. med. Volkmar KNORR

04 | 1996

Abriss der Verwaltung



09 | 1996

Fertigstellung
der Bettenhäuser
III und VI

11 | 1997

Fertigstellung der
neuen Küche

07 | 1998

Fertigstellung und Einweihung
des Funktionstraktes



1995

2000

2001

1993

Bauarbeiten der
Energieversorgungsstation

06 | 1993

Beginn der Baumaßnahmen
zur grundlegenden Erneuerung
des Krankenhauses

07 | 1993

Abriss der Wäscherei



1994

Abriss der Heizung

05 | 1994

Grundsteinlegung für
Bettenhaus III und VI

06 | 1994

Sprengung des Schornsteins;
Fertigstellung Bettenhaus I

07 | 1994

Umzug auf die neue Kinder-
station im Bettenhaus I



20.01.2000

Übergabe des
3. Bauabschnittes
im Ostflügel
Bettenhaus I

1999

Sanierung des
Backsteingebäudes
„Alte Chirurgie“



08 | 1999

Eröffnung der Kurzzeit-
pflege „Am Raddas“

1992

Inbetriebnahme des Bettenhauses II, unter anderem mit Klinik
für Innere Medizin, Dialyseabteilung und Intensivtherapiestation (ITS)

11 | 1992

Inbetriebnahme des ersten Computertomographen auf Rügen

01.09.1991

Sana Kliniken GmbH als neuer Träger des Krankenhauses Bergen





01.05.2004 – 31.12.2004
Medizinalrätin
Dr. med. Renate IVERSEN

seit 01.01.2005
Dr. med. Oec. med.
Knut MÜLLER

2002 2005 2010

08|2004
Gründung der
„Gesundheitsinsel
Rügen e.V.“

02|2008
Gründung der
Sana Arztpraxen
Rügen GmbH (MVZ)

04|2010
Gründung der
Gesundheits-Akademie-
Rügen GmbH

17.06.2002
Eröffnung des Hospizes
am Sana-Krankenhaus

01.10.2005
Erlangung des Status
„Akademisches Lehrkrankenhaus der Ernst-
Moritz-Arndt-Universität Greifswald“

01.09.2011
20 JAHRE Sana-Krankenhaus Rügen



02|2002
Inbetriebnahme des Parkhauses





2012

09|2012

150 Jahre Krankenhaus Bergen (Calandstraße)

„Wir stehen hier im Sana-Krankenhaus auf Rügen, einem Haus der Grund- und Regelversorgung. Wir haben uns in den letzten 20 Jahren zu einem modernen Gesundheitszentrum entwickelt, mit neuesten diagnostischen Möglichkeiten und Therapien, die dem aktuellen Standard der modernen Medizin genügen. In diesem Krankenhaus verfügen wir über ein breites und modernes Behandlungsspektrum, das sowohl für die Inselbevölkerung als auch ihrer zahlreichen Gäste zur Verfügung steht, jetzt und auch in Zukunft.“ (Auszug aus dem Film „150 Jahre alte Chirurgie“)



CD zum Film „150 Jahre alte Chirurgie“

Impressum

Herausgeber

Sana-Krankenhaus Rügen GmbH, Bergen auf Rügen

Satz | Layout | Druck

DRUCKHOF Gampe, Bergen auf Rügen

Vielen Dank an Barb und Karl Zerning für die kompetente Unterstützung sowie an Dr. med. Gert Liebling.

© 2012 Sana-Krankenhaus Rügen. Alle Rechte vorbehalten.





Sana-Krankenhaus Rügen GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Calandstraße 7–8 | 18528 Bergen auf Rügen
Telefon 038 38/39-0 | Fax 038 38/39-10 15
info.ruegen@sana.de | www.sana-ruegen.de