

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



linikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Bärchenklinik

Wenn die Speiseröhre brennt

Von New York nach Brandenburg

– Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie
CA Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke
Tel. o 33 81/41 28 20

Anästhesiologie und Intensivtherapie
CA Dr. med. H. Dettenborn
Tel. o 33 81/41 13 00

Augenheilkunde
CA Priv.-Doz. Dr. med. W. Noske
Tel. o 33 81/41 19 70

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
CA Dr. med. E. Beck
Tel. o 33 81/41 14 00

Gefäßchirurgie
CA Dr. med. W. Haacke
Tel. o 33 81/41 13 50

HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie
CÄ Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop
Tel. o 33 81/41 17 00

Innere Medizin I
CA Prof. Dr. med. M. Oeff
Tel. o 33 81/41 15 00

Innere Medizin II
CA Dr. med. W. Pommerien
Tel. o 33 81/41 16 00

Interdisziplinäres Tumorthherapiezentrum
Tel. o 33 81/41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin
CA Dr. med. H. Kössel
Tel. o 33 81/41 18 42

Neurochirurgie
CA Dr. med. K.-H. Rudolph
Tel. o 33 81/41 17 50

Radiologie
CÄ Dr. med. B. Menzel
Tel. o 33 81/41 26 10

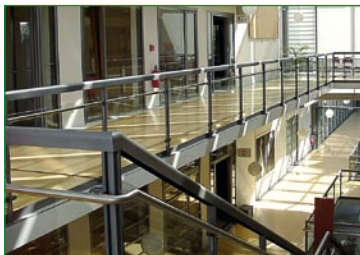
Urologie und Kinderurologie
CA Dr. med. T. Enzmann
Tel. o 33 81/41 18 50

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
CA Priv.-Doz. Dr. med. R. Becker
Tel. o 33 81/41 19 00

Patientenfürsprecher
Anneliese Czech
Christa Paulat
Ingrid Behrendt

Sprechstunden:
Mittwochs 13.00 bis 14.00 Uhr
im Gebäude der Cafeteria.
Telefonische Erreichbarkeit täglich
in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr
unter der Rufnummer:
o 15 20/1 57 73 36

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



Tag der offenen Tür im Städtischen Klinikum

am 7. Juni, 11.00–15.00 Uhr

Am 7. Juni findet in der Zeit von 11.00 bis 15.00 Uhr ein Tag der offenen Tür statt, zu dem wir Sie recht herzlich einladen möchten.



Juni 2008

Do., 05.06.2008 | Klinik für Innere Medizin II

„Hilfe – ich werde immer dicker“
Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten des ausgeprägten Übergewichts. Referenten: Dr. W. Pommerien, Dr. C. Gerhardt

Juli 2008

Do., 03.07.2008 | Klinik für Neurochirurgie

Hirntumor – wann operieren?
Es soll ein Überblick gegeben werden über Arten von Hirntumoren, Symptomatik, Kriterien der Gut- und Bösartigkeit sowie Behandlungsstrategien, operativ und nicht operativ.
Referent: Dr. J. Böer

September 2008

Do., 04.09.2008 | Klinik für Urologie und Kinderurologie

„Ich gehe zu meinem Urologen – ich bin ja nicht blödl!“ – der Sinn der Vorsorgeuntersuchung für Männer.
Referent: ChA Dr. T. Enzmann

Impressum

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

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

spannende Tage erlebte das Klinikum Brandenburg in den Tagen nach Ostern. In nur fünf Arbeitstagen entstand vor unserem Hauptgebäude das viergeschossige Haus Süd mit zukünftig 84 Patientenbetten für die kardiologischen und die urologischen Patienten. Zurzeit erfolgen noch Restarbeiten an der Fassade und am Dach, doch bis zum 7. Juni 2008 wird hoffentlich alles fertig sein. An diesem Tag findet in der Zeit von 11.00 bis 15.00 Uhr ein Tag der offenen Tür statt, zu dem ich Sie jetzt schon herzlich einladen möchte.

In rund drei Jahren wird das Haus Süd aber auch schon wieder abgetragen, denn es bleibt nur bis zur Fertigstellung des Krankenhausneubaues Ost stehen. Hierzu wird

im August mit dem Aushub der Baugrube begonnen.

Die aktuelle Ausgabe des Klinik-Journals beschäftigt sich unter anderem mit dem Sodbrennen, wenn es nicht mehr lästig sondern chronisch und krankhaft wird.

Unsere Klinik für Gefäßchirurgie als anerkanntes Gefäßzentrum hat sich mit einer Folgeerkrankung des Diabetes mellitus beschäftigt, dem diabetischen Fußsyndrom. In dieser Ausgabe stellt Ihnen Chefarzt Dr. Haacke in einem ersten Teil die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten vor.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 Wenn die Speiseröhre brennt
» Verschiedene Wege führen zur Heilung «
- 6 Das Diabetische Fußsyndrom
» Eine schwere Komplikation der Zuckerkrankheit «
- 8 Die Sonne ist ein Lebenselixier
» Trotzdem muss sich jeder vor zu viel Sonnenlicht schützen «
- 10 Wenn Erni Bauchweh hat ...
» In der „Bärchenklinik“ erfahren Kinder, was in einem Krankenhaus passiert «
- 12 Wenn die Hornhaut eintrübt ...
» ... Augen kann man nicht verpflanzen, Hornhäute aber schon! «

Ein- und Ausblicke

- 13 Biosphere Expedition
» Aras, Kapuzineraffen, Ozelote und Peccaries «

Jubiläen und Neuigkeiten

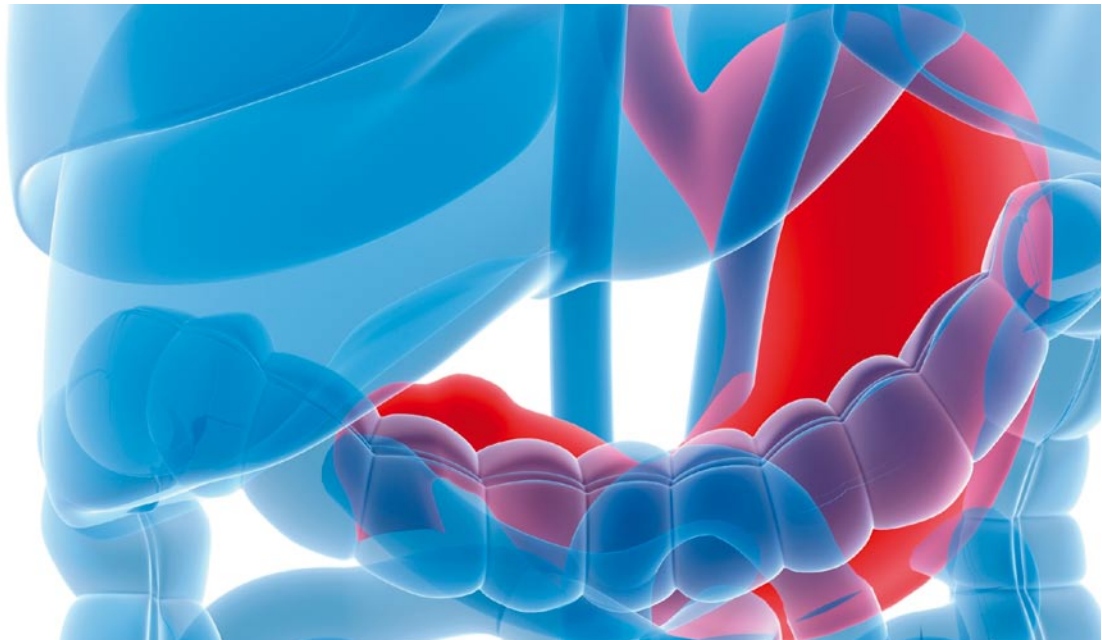
- 2 Gespräche im Klinikum
- 15 Mitarbeiter vorgestellt
» Oberpfleger Lutz Pelchen «
- 16 Mitarbeiter vorgestellt
» Oberarzt Dr. Deckert – Von New York nach Brandenburg «
- 18 Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

Einmal im Monat: KlinikJournal-TV mit aktuellen Themen im



Wenn die Speiseröhre brennt

» Verschiedene Wege führen zur Heilung «



Das Sodbrennen ist eine Volkskrankheit, die nahezu jeder kennt. Es entsteht durch Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre, wobei die Schleimhaut durch die aggressive Salzsäure gereizt wird und es so zu einer Entzündungsreaktion der Schleimhaut kommt. Der Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre ist nicht von vornherein krankhaft, denn ihre Selbstreinigungsfunktion toleriert ein gewisses Maß an Säurerückfluss. Erst wenn Sodbrennen zu häufig und zu lang anhaltend auftritt, kommt es zur krankhaften Störung der Speiseröhrenfunktion. Man spricht dann von einer Refluxkrankheit oder Refluxösophagitis.

Neben Sodbrennen werden bei der Refluxerkrankung auch Schmerzen hinter dem Brustbein sowie häufiges saures Aufstoßen beschrieben. Zu selten wird bei atypischen Symptomen im Bereich der Atemwege wie chronische Entzündung des Mittelohres, der Nasennebenhöhlen, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien an eine Refluxerkrankung gedacht.

Eine Notfallversorgung ist bei Sodbrennen nicht notwendig. Hochlagerung des Körpers und die Einnahme säureneutralisierender Medikamente (Antazida) helfen den akuten Leidensdruck zu mildern. Eine Gefahr besteht, wenn das Druckgefühl

hinter dem Brustbein irrtümlich einem Sodbrennen zugeschrieben wird, obwohl eventuell ein Sauerstoffmangel des Herzmuskels durch Herzkranzgefäßverkalkung vorliegt, der unbedingt als Notfall behandelt werden muss.

Häufiges Sodbrennen kann zu einer dauerhaften Entzündung der unteren Speiseröhre mit zunehmendem Versagen der Verschlussfunktion der Speiseröhrenmündung in den Magen und damit zur Verschärfung des Refluxproblems führen. Als Folge einer schweren Entzündung kommt es zur Narbenbildung mit nachfolgenden Schluckschwierigkeiten, sodass von den Leidtragenden zunehmend nur weiche Kost und zuletzt nur flüssige Kost geschluckt werden kann.

Nicht zu unterschätzen ist der Schleimhautumbau (sog. Metaplasie) im Bereich der unteren Speiseröhre durch Jahrzehnte lange refluxbedingte Entzündungsprozesse. Hier besteht eine Entartungstendenz und die Gefahr einer Krebsentstehung als Langzeitfolge (Adenokarzinom der Speiseröhre, auch als Barrett-Karzinom bezeichnet). Diese Krebserkrankung ist im Vergleich zu anderen Krebsarten (z. B. Dickdarm-, Brust-, Lungenkrebs) relativ selten: ca. 0,5 auf 100.000 Einwohner.

Bei wiederholtem oder dauerhaftem Sodbrennen empfiehlt sich eine gastroenterologische Abklärung mit Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie). Dabei können visuell verschiedene Stadien der Schleimhautentzündung durch Magensäurerückfluss erfasst werden. Darüber hinaus kann auch ein Schleimhautumbau gesehen und durch Probenentnahmen gesichert werden. So lassen sich auch Vor- und Frühformen eines Speiseröhrenkrebses erkennen.

Um seltenes Sodbrennen zu behandeln, reichen einfache konservative Maßnahmen, wie das Vermeiden von üppigen fetten Mahlzeiten sowie später Abendmahlzeiten, das Schlafen mit erhöhtem Oberkörper, Verzicht auf Nikotin-, Alkohol- und Süßigkeitenkonsum (vor allem abends), die Gewichtsreduktion und nicht zuletzt die Steigerung der körperlichen Aktivität.

Bei hartnäckigem Sodbrennen kann eine medikamentöse Therapie mit frei verkäuflichen Antazida helfen, die über eine Neutralisation der Magensäure wirken. Eine Hemmung der Säuresekretion vermögen die sogenannten H₂-Blocker wie Ranitidin, Cimetidin oder Famotidin (Blockung von Histaminrezeptoren am Magen) zu gewährleisten.

Die medikamentöse Therapie der Wahl basiert heutzutage auf der Gabe von Protonenpumpenhemmern. Diese blocken die Säureproduktion im Magen. Bekannte Wirkstoffe sind Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol oder Lansoprazol. Der Einsatz der Protonenpumpenhemmer hat gleichzeitig auch einen diagnostischen Wert: Bilden sich die Refluxbeschwerden unter konsequenter Therapie zurück und flackern sie nach Absetzen der Protonenpumpenhemmer wieder auf, so kann ohne weitere Diagnostik von dem Vorliegen einer Refluxkrankheit ausgegangen werden. Dann empfiehlt sich eine Fortsetzung der medikamentösen Therapie sowie die Einleitung einer Diagnostik.

Eine Alternative zur Langzeittherapie mit Protonenpumpenhemmern stellt die laparoskopische Operation mit Bildung einer, den unteren Speiseröhrenteil umgreifenden Magenmanschette (Fundoplicatio) dar, deren Erfolg im Vergleich zur angepassten medikamentösen Therapie als gleichwertig einzuschätzen ist. Daher kann jedem Patienten ohne erhöhtes OP-Risiko, der eine langfristige Tabletten-



Laparoskopischer Oberbaucheingriff.

einnahme nicht wünscht, eine solche Therapie empfohlen werden. Liegen typische Krankheitszeichen (Sodbrennen) vor, ist der Reflux eindeutig durch eine 24-Stunden-pH-Metrie gesichert und ergibt sich darüber hinaus ein gutes Ansprechen auf Protonenpumpenhemmer, so kann von einer Erfolgswahrscheinlichkeit von über 95 % ausgegangen werden.

In der Weltliteratur werden verschiedene experimentelle Behandlungsansätze zur Schaffung einer „Refluxsperre“ im Bereich des unteren Ösophagusanteils beschrieben. Die Wirksamkeit solcher Therapien sind aber bisher nur in sehr kleinen Patientengruppen untersucht worden.

Beratung zu Diagnostik und Therapie

Spezialsprechstunde Gastroenterologische Chirurgie
Priv.-Doz. Dr. med. R. Mantke
Dienstag 11.00–16.00 Uhr

Anmeldung erbeten unter:

Tel.: 0 33 81/41 28 22

– Verfasser: —

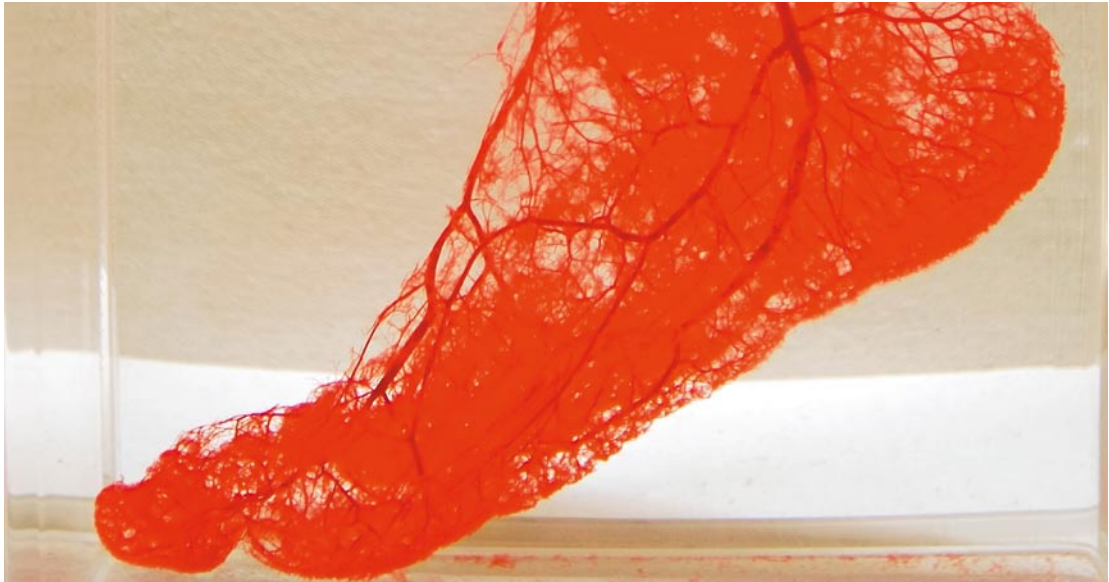


Dr. med.
M. Kautzsch,

Facharzt der Klinik
für Allgemein- und
Viszeralchirurgie,
Städtisches
Klinikum Branden-
burg GmbH

Das Diabetische Fußsyndrom

» Eine schwere Komplikation der Zuckerkrankheit «



Es sind die Folgeerkrankungen der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), die diese Erkrankung für die Patienten zu einem immer größer werdenden Problem, zur Ursache von Leistungseinschränkung und oft auch zu frühem Tod machen.

Der Diabetes mellitus schädigt viele Organsysteme. Das Herz-Kreislauf-System ist ebenso betroffen wie die Augen, die Nieren, die Haut und das Nervensystem. Bei Diabetikern sind oft die Schlagadern des Unterschenkels verengt oder verschlossen. Das führt häufig zu besonderen Durchblutungsstörungen im Fußbereich, bis hin zum Absterben von Gewebeteilen.

Verkompliziert wird das Leiden durch eine Erkrankung der Nerven im Fußbereich mit Gefühlsstörungen (diabetische Neuropathie). Dadurch bemerken die Patienten Schädigungen im Fußbereich, wie Druckschädigungen durch falsch sitzendes Schuhwerk oder andere Verletzungen nicht.

Durchblutungsstörungen und Infektionen wirken sich dann noch verschlimmernd aus. Die Folge sind oft Schädigungen der Füße, die nur noch durch Amputation von Fußteilen oder des ganzen Fußes behandelt werden können. Die Schädigungen des Fußes durch verschiedene Folgeerkrankungen des Diabetes fasst man unter dem Begriff des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) zusammen.

Ist die Störung der Schlagaderdurchblutung (Durchblutungsnot = Ischämie) die Hauptursache der Fußschädigung, spricht man von einer ischämischen Variante des DFS. Steht die Nervenschädigung im Vordergrund, liegt das neuropathische DFS vor. Sehr häufig sind es jedoch Mischformen.

In den kommenden Jahren wird die Zahl der Diabetiker in Deutschland von derzeit ca. 7–8 Mio. auf 10 Mio. bis 2010 ansteigen. Etwa 15 % der Diabetiker erkranken im Laufe ihres Lebens am DFS. Hiervon erleben 15–20 % eine Amputation. Das Krankheitsbild DFS wird also in der Zukunft immer mehr Menschen betreffen.

Es leuchtet ein, dass eine größere Amputation die Lebensumstände des Patienten selbst, aber auch seiner Angehörigen entscheidend verschlechtert. Oft ist eine dauerhafte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Folge. Viele Patienten werden rollstuhlpflichtig, häufig kann man die Einweisung in ein Pflegeheim nicht umgehen. Die Anzahl dieser Amputationen gilt es zu verringern.

Die Behandlung des DFS ist langwierig und erfordert sehr viel Erfahrung.

Die Gefäßchirurgische Klinik des Städtischen Klinikums Brandenburg behandelt seit Jahren eine

zunehmende Zahl von Patienten mit allen Formen des DFS und hat inzwischen einen großen Erfahrungsschatz bei der Betreuung dieser Patienten erworben. Das betrifft sowohl die Behandlung der Durchblutungsstörungen als auch die möglichst funktionserhaltende Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Fußbereich. Hiermit sollen dem Patienten ein funktionstüchtiger Fuß und damit die Gehfähigkeit erhalten werden.

Das DFS mit überwiegend ischämischer Komponente (Durchblutungsnot durch Schlagaderverschlüsse):

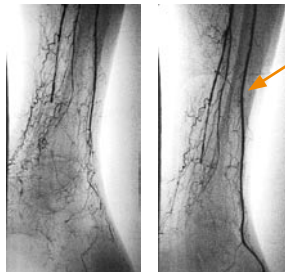
In den letzten Jahren wurden Operationsmethoden etabliert, die es erlauben, auch Schlagaderverschlüsse im Unterschenkelbereich bis zum Fuß hin zu überbrücken. Die Gefäßchirurgen des Städtischen Klinikums Brandenburg führen diese Operationen (sog. crurale und pedale Bypässe) routinemäßig durch.



Venenbypass.

Von links Abb. 1 und 2: Unterschenkelarterienverschlüsse vor und nach pedalem Venenbypass.

Parallel zur Entwicklung gefäßchirurgischer Methoden hat eine rasante Entwicklung auf dem Gebiet der röntgengestützten Therapien eingesetzt. Hierbei werden spezielle Kathedertechniken genutzt, um eingengte oder verschlossene Schlagadern im Unterschenkelbereich wieder durchgängig zu machen. Die Radiologen arbeiten hierbei eng mit den Gefäßchirurgen zusammen, damit jedem Patienten die optimale Behandlungsmethode angeboten werden kann.



Aufgedehnte Arterie.

Von links Abb. 3 und 4: Arterienverschlüsse am Unterschenkel vor und nach Katheteraufdehnung.



Von links Abb 5: fortgeschrittene Fußzerstörung durch DFS, Zustand nach Vorfußamputation mit schlecht heilender Wundfläche.

Abb. 6: Zustand nach Venenbypass, jetzt gute Heilungstendenz, und Wundsäuberung.



Abb. 7: Hauttransplantation, es wird noch mehrere Wochen dauern, bis die Wunde stabil verheilt ist und ein Spezialschuh verordnet werden kann.

Auch die Gewebedefekte am Fuß müssen behandelt und zur Abheilung gebracht werden. Auf diesem Gebiet haben die Gefäßchirurgen des Städtischen Klinikums ebenfalls große Erfahrung.

Auch ein Fuß mit schwerer Schädigung wie auf Abbildung 5 kann so heute wenigstens teilweise erhalten werden, sodass der Patient weiterhin gehfähig ist.

– Verfasser: —



Dr. med.
W. Haacke,

Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Die Sonne ist ein Lebenselixier

»Trotzdem muss sich jeder vor zu viel Sonnenlicht schützen«



Ohne Sonne gäbe es kein Leben auf der Erde. Sonnenlicht wirkt wie ein Vitamin für den Körper, zum Beispiel bei der Bildung des lebensnotwendigen Vitamins D₃. Doch zu viel Sonne kann auch schaden. Entscheidend ist die richtige Dosierung des Sonnenlichtes, was auch für Solarien gilt. Die Haut „speichert“ nämlich sämtliche Strahlungseinträge. Mit zunehmender Anwendungsdauer steigt auch das Hautkrebsrisiko. Drei schwere Sonnenbrände im Kindesalter reichen aus, um das spätere Hautkrebsrisiko um das 4- bis 5-fache zu erhöhen.

Die Sonne strahlt ein breites Wellenspektrum aus, von dem nur ein kleiner Teil vom menschlichen Auge als sichtbares Licht wahrgenommen wird. Ultraviolette Strahlung wird je nach Strahlungsintensität in die Bereiche UVC, UVB und UVA unterteilt. Obwohl unsichtbar, hat die ultraviolette Strahlung Einfluss auf unsere Haut. Der Bereich der UVA-Strahlung dringt tief bis zum Bereich der Unterhaut ein und bewirkt die Sofortpigmentierung der Haut. UVA-Strahlen schwächen das Immunsystem und können Hautschädigungen provozieren. Kollagenfasern in der Haut werden zerstört, Hautalterung bzw. die Faltenentstehung werden begünstigt.

Die UVB-Strahlung dringt zwar nicht so tief in die Haut ein, verursacht aber bei Überdosierung Sonnenbrand. Sie ist Auslöser für die Bildung von

Melanin, einem Pigmentfarbstoff. Das ist nach 2–4 Tagen die sichtbare Bräune der Haut. Die UVB-Strahlung ist wesentlich an der Entstehung von Hautkrebs beteiligt.

Der UVC-Bereich des Sonnenlichtes erreicht nur in sehr geringen Dosen die Erdoberfläche und wird der Haut nur in Gebieten mit nicht intakter Ozonschicht gefährlich.

Die Umgebung spielt eine große Rolle bei der Strahlenbelastung der Haut. Frischer Schnee reflektiert UV-Strahlung zu 100 %, weißer Sand zu 80 % und bewegtes Wasser zu 50 %. Bei einer Höhenzunahme um 1000 m steigt die UV-Belastung um 15 %. Auch unter Wasser, z. B. beim Schnorcheln, kann man sich einen Sonnenbrand zuziehen. Einen halben Meter unter der Wasseroberfläche sind noch 60 % der UV-Strahlung vorhanden. Bekanntlich machen auch einige Arzneimittel die Haut empfindlicher für Sonnenstrahlen, wie beispielsweise Johanniskrautextrakt.

Helle Haut oder dunkle? Die Haut von Erwachsenen wird in vier Empfindlichkeitstypen eingeteilt, die eine entscheidende Rolle bei der Sonnenverträglichkeit spielen. Generell gilt: Die Haut von Kindern und alten Menschen ist noch nicht bzw. nicht mehr so belastbar. Für sie sollte grundsätzlich ein hoher

Lichtschutzfaktor gewählt werden. Säuglinge dürfen bis zum ersten Lebenshalbjahr überhaupt noch nicht direkter Sonnenstrahlung ausgesetzt werden.

Der einfachste Lichtfilter ist angepasste Kleidung. Jeder, insbesondere Kinder, sollten bei mäßiger Sonnenexposition die „4H“-Regel beachten Hut, Hose, Hemd und hoher Hautschutz im UVA- und UVB-Bereich. Allerdings ist der Lichtschutz unter normalen Textilien nicht immer gegeben. So erreicht ein normales, weißes Baumwollshirt bestenfalls den Lichtschutzfaktor 10. Für empfindliche Hauttypen gibt es daher spezielle UV-Schutzkleidung. Besonders für Kinder ist ein Sonnenhut wichtig, der die Ohren- und Nackenpartien mit abdeckt. Beim Kauf einer Sonnenbrille sollte man auf den Sonnenschutzstandard UV 400 achten, um Schädigungen der Augen zu vermeiden.

Als „chemische UV-Filter“ bezeichnete Substanzen wandeln das eingehende UV-Licht in Infrarot oder sichtbares Licht um. Die in den Cremes oder Salben enthaltenen Stoffe sollten immer den UVA- und UVB-Bereich abdecken. Menschen, die zu Allergien neigen, können auf diese Substanzen, insbesondere auf darin enthaltene spezielle Hilfsstoffe und Fettbestandteile, überempfindlich reagieren (Mallorca-Akne).

Bei der Auswahl des richtigen Sonnenschutzes sollte man sich von Fachpersonal beraten lassen. Sonnenöle sind für einen Sonnenschutz nicht gut geeignet, da sie maximal einen Lichtschutzfaktor von 6 erreichen können. Zudem erzeugt Öl einen



Besonders für Kinder ist ein Sonnenhut wichtig, der die Ohren- und Nackenpartien vor der Sonne schützt.

Wärmestau, der in warmen Regionen unangenehm sein kann. Am angenehmsten und effektivsten sind Cremes und Lotionen. Für Menschen mit empfindlicher Haut und für Allergiker sind Sonnenschutzpräparate auf Hydrogelbasis empfehlenswert.

Sogenannte Lipogele sind für Wassersportler von Vorteil, da diese durch Wasser nicht abwaschbar sind. Dazu ist zu wissen, dass es keine absolute Wasserfestigkeit gibt. Auch als wasserfest ausgewiesene Präparate müssen nach 20 Minuten nur noch 50 % des angegebenen Lichtschutzfaktors aufweisen.

Wer in den Wintersport fährt, ist mit Cremes oder Lipogelen mit höherem Fettanteil gut beraten. Ein hoher Lichtschutzfaktor ist hier für alle Hauttypen empfehlenswert. Für Kleinkinder sind reine Mikropigmentcremes das Mittel der Wahl.

Durch gezielte Nahrungsergänzung lässt sich die Haut auch auf die Sonne vorbereiten. Zum Einsatz kommen Calciumsalze, Vitamine und Betacarotin. (Raucher sollten allerdings kein hoch dosiertes Betacarotin einnehmen.) Die Einnahme muss 10–12 Wochen in ausreichender Dosierung vor dem ersten Sonnenbad begonnen werden. Das ersetzt natürlich nicht die anderen beschriebenen Vorkehrungsmaßnahmen, da der Effekt nicht sehr stark ausgeprägt ist.

Und was ist zu tun, wenn es doch zu einem Sonnenbrand gekommen ist? Es sollten keine fettenden Cremes aufgetragen werden. Besser sind halbfeuchte Umschläge oder Gele oder Schäume, die Dexpanthenol enthalten. Bei stärkerem Sonnenbrand können entzündungshemmende Gele aus der Apotheke hilfreich sein. Heftige Sonnenbrände können mit Bläschenbildung der Haut, Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber bis hin zum Kreislaufkollaps einhergehen. Fazit: Lieber vorbeugen als heilen!

– Verfasser: —



Ingo Franz,

Leiter der Apotheke, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Wenn Erni Bauchweh hat ...

» In der „Bärchenklinik“ erfahren Kinder, was in einem Krankenhaus passiert «

Tim ist fünf Jahre alt und in der Kinderklinik des Brandenburger Klinikums kein Unbekannter mehr. Sechs Mal musste der Steppke bereits stationär aufgenommen werden. Allein seine Ohren wurden fünf Mal operiert. Das sechste Mal kurierte er in der Kinderklinik eine Lungenentzündung aus. Er weiß also, wie der Hase hier läuft. Doch heute geht es nicht um ihn. „Erni hat dolles Bauchweh beim Kackern,“ erklärt Tim den Grund für seinen erneuten Besuch im Klinikum. Er will seine Lieblingspuppe dem Untersuchungsteam der „Bärchenklinik“ vorstellen und hofft, dass seinem Erni hier geholfen werden kann.

„Mensch, dich kennen wir doch aus dem Fernsehen“, begrüßen die Kinderkrankenschwestern Claudia Geisler und Stephanie Schulze vom Untersuchungsteam der Bärchenklinik Patient Erni. Doch der ist heute auffällig still und überhaupt nicht so vorlaut wie sonst in der Sesamstraße. Eingehend wird Erni untersucht. Tim darf ihn sogar selbst mit dem Stethoskop abhören. Offenbar ist

das Ergebnis nicht eindeutig. „Ich muss auch am Rücken gucken“, entscheidet Tim und dreht Erni energisch um.

Sie habe durch Mundpropaganda von der Bärchenklinik erfahren, erzählt Tims Mutter Britta Koschewitsch, die die siebenköpfige Kindergruppe der Pritzerber Kita „Sonnenschein“ bei ihrem Besuch der Kinderklinik begleitet. Was sie da hörte, klang so begeistert, dass die Arzthelferin ihren Kontakt zu einer Krankenschwester im Klinikum auffrischte, um Genaueres zu erfahren. Die „Bärchenklinik“ wolle dazu beitragen, dass Kinder spielerisch lernen, auf wie viele unterschiedliche Arten der Arzt ein Kind untersuchen kann, wurde ihr berichtet. Und damit die Kinder sich überhaupt in die Kinderklinik trauen, dürften sie ihre Lieblingspuppe oder ein Kuscheltier mitbringen, um es in der Bärchenklinik eingehend untersuchen und behandeln zu lassen.

Britta Koschewitsch wusste aus eigener Erfahrung mit ihrem Sohn, wie wichtig es für ein krankes Kind ist, sich weitgehend angstfrei vom Arzt oder im Krankenhaus behandeln zu lassen. Und so schlug sie der Kita Sonnenschein vor, sich um einen Besuchstermin in der Bärchenklinik zu bewerben – mit Erfolg. Und nun sind die Kinder da mit ihren Puppen und Plüschtieren, denen es ganz und gar nicht gut geht.

Tut Röntgen weh? Und was passiert bei einer Operation? Marion Häusler, seit 1995 Oberschwester an der Kinderklinik, kennt die Ängste der kleinen Patienten und hatte die Idee zur Bärchenklinik: Ihre Überlegung: Wenn Kinder wissen, was beim Arzt oder in der Kinderklinik passiert, dann haben sie im Ernstfall vielleicht nicht mehr so viel Angst vor den Untersuchungen. Kinderkrankenschwesternschülerin Vivien Drese entwickelte das Konzept. Die Bärchenklinik wird von den Kinderkrankenschwesternschülerinnen betrieben. Sie erklären den Kindern, wie eine Untersuchung abläuft, welche Instrumente eingesetzt werden und warum. Nachdem die Diagnose bei Teddy und Co. feststeht, wird den Kindern die Behandlung, die ihren Puppen und Kuscheltieren verordnet wird, eingehend erklärt.

In den vergangenen Jahren habe die Bärchenklinik acht Mal geöffnet gehabt. Die Nachfrage sei weitaus größer, so die Oberschwester, doch leider konnten aus Zeitgründen keine weiteren Besuchstermine angeboten werden. Nun werde es sogar eine längere Zwangspause geben, denn der derzei-



Tim untersucht Erni mit dem Stethoskop.



Jamaine bringt ihre Puppe Annabelle ins Bett.

tige Jahrgang der Kinderkrankenschwesternschülerinnen schließt in Kürze die Ausbildung ab, aber der neue Jahrgang beginnt erst im kommenden Jahr mit seiner Ausbildung, bedauert die Oberschwester. „Ich möchte mit Erni das Gleiche machen wie Robert“, erklärt Tim energisch. Sein Spielkamerad Robert sah ausgesprochen zünftig aus, als er mit grünem OP-Kittel und Mundschutz seinen Plüschhasen Hoppel zur OP begleiten durfte. Bevor Hoppel eine Narkose erhielt, bekam er einen sterilen OP-Kittel an und wurde an den Pulsoxymeter angeschlossen. Der misst regelmäßig den Sauerstoffgehalt in seinem Blut, Atem- und Pulsfrequenz sowie andere Vitalwerte. Das tue überhaupt nicht weh, hat OP-Schwester Vivien Drese Robert erklärt, denn man müsse dafür nur einen Finger in eine Klammer stecken. Robert traut sich zunächst nicht, das selbst auszuprobieren. Aber schließlich tut er es doch und kann auf dem Monitor sehen, wie mithilfe von Infrarot-Sensoren die entsprechenden Werte angezeigt werden.

Als OP-Schwester Vivien zur Schere greift und sich an Hoppels Bauch zu schaffen macht, ist Robert höchst beunruhigt. „Das ist doch nicht echt?“, fragt er skeptisch, denn sonst ginge ja der Plüschhase kaputt und seine Oma müsste ihn wieder zusammennähen, erklärt er seine Befürchtungen. Doch die Operation verläuft Gott sei Dank völlig unblutig. Hoppel bekommt einen zünftigen Verband um den Bauch und alles ist überstanden.

Nun steht also dem armen Erni die gleiche Prozedur bevor, denn Blinddarmentzündung lautet seine Diagnose. Begeistert schlüpft Tim in den OP-Kittel und

freut sich, dass dieses Mal Erni und nicht er selbst auf der OP-Bahre liegt. Trotzdem ist es ihm eine Beruhigung, dass seine Mama mit in den OP kommt.

„Ich bin total begeistert“, sagt Tims Mutti, als nach gut zwei Stunden alle Kuschtiere verarztet sind. Die Bärchenklinik sei eine ganz tolle Sache, bestätigt Birgit Danker, Erzieherin in der Kita Sonnenschein. Selbst äußerst ängstliche Kinder hätten ganz mutig mitgemacht. Das hätte sie nicht erwartet. Der Ablauf sei auch sehr schön organisiert gewesen, urteilt die Fachfrau. Besonders habe ihr gefallen, dass sich die Kinder nach der Behandlung um ihre Kuschtiere kümmern mussten, während diese in echten Babybetten Bettruhe hielten. Auch die Spielmöglichkeiten im Wartezimmer hätten ihr gut gefallen.



Tim liest Erni noch eine Geschichte zum Einschlafen vor.

Doch jetzt hat das Klinikum noch eine Überraschung für die Kinder parat. Sie dürfen sich den Rettungshubschrauber ansehen. Da ist Eile geboten: Schnell verschwinden die Kuschtiere in Taschen und Rucksäcken und die Kinder in Mänteln und Jacken. Und dann machen sich alle erwartungsfroh auf den Weg zum Hubschrauberlandeplatz.

– Verfasser: —

Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

Wenn die Hornhaut eintrübt ...

» ... Augen kann man nicht verpflanzen, Hornhäute aber schon! «

Der Traum aller Ärzte ist geschädigte oder defekte Organsysteme durch ein vollwertiges Ersatzorgan auszutauschen. Dies ist bisher leider nicht möglich. In der Augenheilkunde kann die Hornhaut jedoch seit mehr als 100 Jahren zunehmend erfolgreicher gegen eine neue Spenderhornhaut ersetzt werden. Denn nur durch eine klare Hornhaut ist eine ausreichende Sehschärfe möglich. Auch wenn damit in den meisten Fällen kein vollwertiges Sehen erreicht wird, bedeutet das für viele Betroffene einen erheblichen Gewinn an Lebensqualität.

Die Ursachen, die eine Hornhautverpflanzung erforderlich machen sind vielfältig: Altersversagen der Hornhaut, Entzündungen z.B. durch Herpesviren, Verformungen der Hornhaut (Keratokonus), schwere Verletzungen/Augenoperationen oder Verätzungen und andere Erkrankungen. Wenn das Sehvermögen

evtl. nicht besser oder sogar schlechter sein. Auch ist es erforderlich, dass der Patient über mindestens ein Jahr zuverlässig täglich Cortison tropft und regelmäßig augenärztlich kontrolliert wird. Es gibt keine Altersbeschränkung für das Operationsverfahren, und meist führen wir die Operation, die etwa 30 Minuten dauert, mit örtlicher Betäubung durch.

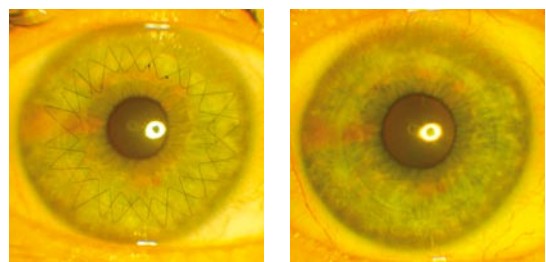


Abb. 2, links: Bei der Hornhautverpflanzung wird der getrüübte zentrale Hornhautanteil mit einem kreisrunden Messer herausgeschnitten und durch eine gleichgroße Spenderhornhaut ersetzt. Diese wird mit zwei fortlaufenden schwarzen Fäden an der patienteneigenen peripheren Hornhaut befestigt.

Abb. 3, rechts: Nach etwa einem Jahr ist die Spenderhornhaut eingewachsen und die Fäden wurden entfernt. Mit entsprechender Brillenkorrektur beträgt die Sehschärfe jetzt etwa 70 % und die Patientin ist beschwerdefrei.

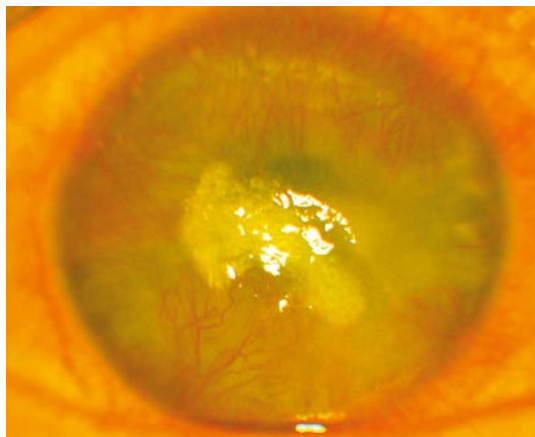


Abb. 1: Aufgrund jahrelanger Entzündungen durch Herpesviren hat sich eine zentrale Hornhautnarbe gebildet, das Auge ist entzündet, macht Beschwerden und hat eine Sehschärfe von etwa 5 %.

– Verfasser: —



Dr. med.
Walter Noske,

Chefarzt der Klinik
für Augenheilkunde,
Städtisches
Klinikum Brandenburg
GmbH

sehr eingeschränkt ist und keine Hoffnung auf eine Besserung mehr besteht, sollte eine Hornhautverpflanzung erwogen werden. Auch hornhautbedingte Schmerzen können durch eine Hornhautverpflanzung erfolgreich behandelt werden. Die Operationsentscheidung bedarf einer eingehenden Untersuchung und Beratung durch einen mit dem Verfahren vertrauten Augenarzt, um die Vor- und Nachteile des Schrittes sorgfältig abzuwägen. Denn vor allem wenn die Hornhaut nicht stark geschädigt ist, kann durch unregelmäßige Hornhautkrümmungen und eine Abstoßungsreaktion das postoperative Sehen

Besonders wenn die Sehfähigkeit auf beiden Augen präoperativ schlecht ist, lassen sich durch das Verfahren erhebliche Erfolge erreichen. Wenn Patienten nach Jahren schlechter Sehschärfe postoperativ auf einmal ihr Alltagsleben wieder ohne wesentliche Einschränkung meistern können oder ihre Umwelt viel klarer wahrnehmen ist die Freude entsprechend groß.

Die beste Möglichkeit, die Hornhaut zu ersetzen, ist nach wie vor das Einsetzen der Hornhaut eines Verstorbenen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Organen ist die Hornhaut noch Stunden nach Todesertritt bzw. des Kreislaufstillstandes für eine Verpflanzung zu gebrauchen. Durch eine entsprechende Willenserklärung können Sie sich zur Hornhautspende bereiterklären und damit dazu beitragen, dass noch mehr Menschen durch eine Hornhautübertragung ein besseres Sehvermögen erhalten.

Biosphere Expedition

» Aras, Kapuzineraffen, Ozelote und Peccaries «



Wenn Sie Aras, Kapuzineraffen, Ozelote oder Peccaries, den südamerikanischen Wildschweinen, in freier Natur begegnen wollen, sollten Sie über eine Reise nach Peru nachdenken.

Die britische Naturschutzorganisation „Biosphere Expeditions“ führt weltweit wissenschaftliche Projekte durch, die dem Erhalt gefährdeter Arten dienen. Das Besondere dabei ist, dass auch Laien ohne Vorkenntnisse daran teilnehmen können. Mit ihrer Arbeitskraft und ihrem finanziellen Beitrag ermöglichen sie die Forschung gerade in denjenigen Ländern, denen die Mittel dazu fehlen.

Bei Dr. Konrad Schmidt, dem angehenden Allgemeinmediziner, der zurzeit seine Ausbildung im Städtischen Klinikum absolviert, gab ein zufällig auf dem Boden liegender Zettel den Ausschlag. Er fand ihn vor einem Hörsaal und meldete sich daraufhin bei der Organisation.

Die großen Expeditionen dauern für eine Gruppe in der Regel zwei Wochen. Als Leiter einer solchen weilte er sechs Wochen im peruanischen Amazonasbecken, dem Platz mit der höchsten Artenvielfalt auf diesem Planeten. Hier ging es darum, Populationsgröße und Verhalten verschiedener Arten zu protokollieren und zu filmen. Gerade der Einfluss des wachsenden illegalen Einschlags von Tropen-

hölzern soll dabei untersucht werden. Am häufigsten sind die verschiedenen Affen- und Vogelarten: Unvergesslich bleibt jedem das Bild eines rotblauen Araschwarms vor der grünen Wand des Dschungels. Seltener ist der Tapir, der Ozelot oder gar ein Jaguar, dem ein Teilnehmer begegnen durfte.



Babykaimane tarnen sich gut im Gewässer.

Neben der zahlenmäßigen Erfassung der Tiere mit Fernglas oder Videofallen führen die Freiwilligen auch Interviews mit der örtlichen Bevölkerung durch. Dabei sollen sowohl Daten über die Häufigkeit als auch über die Einstellung zu den verschiedenen Arten erfasst werden. Gerade Raubtiere leiden noch heute unter jahrhundertealten Vorurteilen wie „Jaguare fressen kleine Kinder.“



Gruppenfoto der Teilnehmer der Expedition.

Da die Teilnehmer aus der ganzen Welt zusammenkommen, waren Sprachkenntnisse (Englisch, Französisch und Spanisch) eine Einstellungsvoraussetzung für Herrn Schmidt. Auch medizinische Fähigkeiten sind bei der Arbeit gefragt, liegt doch das nächste Krankenhaus eine Tagesreise flussaufwärts, Straßen gibt es noch keine. So musste unser Doktor schon den generalisierten epileptischen Anfall eines peruanischen Helfers beenden.

Neben Peru betreibt die Organisation noch neun weitere Projekte. Etwa in der Altairepublik in Sibirien, wo nach mehreren Jahren der Spurensuche nach dem seltenen Schneeleopard endlich ein Schutzgebiet eingerichtet werden konnte. Oder in Namibia, wo im Auftrag der Regierung das sogenannte Caprivi-Delta kartiert werden soll. Auch einwöchige Projekte in Europa sind im Programm, wie in der niederen Tatra (Slowakei), wo Herr Schmidt die Erfassung von Wölfen, Bären und Gamsen mit der Filmkamera begleitete.

– Verfasser: —



Dr. Konrad Schmidt,

angehender Allgemeinmediziner,
Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH



Wüstenleopard.

Weitere in Deutschland angesiedelte Projekte werden in hiesigen Nationalparks angeboten, so im Unteren Odertal, im Bayerischen Wald oder in den Berchtesgadener Alpen. Auf diesen „Schnupperwochenenden“ gilt es, Handwerkszeug wie die Spuren- und Losungsauswertung zu erlernen oder auch die Telemetrie, das Bestücken von Tieren mit Radiosendern, um Migrationsrouten zu erforschen.

Über seine Arbeit als Projektleiter berichtete Herr Dr. Schmidt jüngst im Rahmen einer Ausstellung bei der Firma Globetrotter, einem der Hauptsponsoren der Organisation.



Dr. Konrad Schmidt beim Filmen.

Wer selbst an solch einem Projekt teilnehmen möchte, kann sich jederzeit dafür bewerben. Für jeden Komfort- und Klimawunsch ist etwas dabei – von der hotelähnlichen Pension am Äquator bis zum Zeltlager auf 2000 m Höhe. Aktuell gibt es sogar einen Gratisplatz für eine Expedition zu den Wüstenleoparden im Oman. Vorkenntnisse sind keine erforderlich.

Weitere Informationen gibt es unter www.biosphere-expeditions.org oder bei Herrn Dr. Schmidt direkt.

Mitarbeiter vorgestellt

» Oberpfleger Lutz Pelchen «



Herr Pelchen, Sie sind seit August 2007 im Klinikum Brandenburg als Oberpfleger tätig. Welche Klinikbereiche zählen hierbei zu Ihren Aufgabenfeldern?

Genau genommen bin ich bereits seit Januar 2007 in der Pflegedienstleitung tätig. Mein primäres Arbeitsgebiet bestand zunächst in

der vorübergehenden Fortführung der Qualitätssicherung des Pflegedienstes im Rahmen der Vorbereitung unseres Klinikums auf die Zertifizierung.

Seit dem beruflichen Ausscheiden von Oberschwester Ingrid Behrendt im August 2007, bin ich als Oberpfleger im Team der Pflegedienstleitung tätig. Meine Aufgabenfelder umfassen die Bereiche der Allgemeinen Chirurgie, der Wachstation, der Rettungsstelle, der Intensivstation, der Hals-Nasen-Ohren-Klinik sowie der Zentralsterilisation. In Abwesenheit der Pflegedienstleitung, Frau Nikolaicyk, zählt die Stellvertretung zu meinem Aufgabengebiet. Dennoch möchte ich sagen, dass unsere Tätigkeit in der Pflegedienstleitung keine strikte Aufgabentrennung zulässt. In einem modernen Klinikum wie unserem ist Teamarbeit ein zeitgemäßes Managementinstrument. Wir sind ein tolles Team in der Pflegedienstleitung gemeinsam mit unseren engagierten Stationsleitungen.

Sind Sie eigentlich Brandenburger?

Ja, wie sagt man hier so schön, ein Ur-Brandenburger, und das seit 41 Jahren. Mittlerweile lebe ich aber mit meiner Frau und meinem inzwischen schon 18-jährigen Sohn im schönen Radeweg nahe Brandenburg.

Welchen beruflichen Weg haben Sie durchlaufen, um jetzt als Oberpfleger tätig zu sein?

Ich war schon immer irgendwie ein unruhiger Geist, der vieles im Leben ausprobieren musste. Daher ist mein beruflicher Weg auch nicht als geradlinig zu bezeichnen. Zur Krankenpflege bin ich erst als ein

sogenannter „Späteinsteiger“ gekommen. Nach meinem Berufsabschluss zum Krankenpfleger habe ich zunächst in Berlin gearbeitet, bis ich 1996 wieder beruflich in meine Heimatstadt zurückkehrte.

Bereits in der Ausbildung wuchs bei mir das Interesse für eine Tätigkeit in der fachbereichsübergreifenden Intensivmedizin. Die Weiterbildung zum Fachpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege sowie die beruflichen Erfahrungen in der praktisch-intensivtherapeutischen Pflege schwersterkranker Patienten waren eine sehr gute Basis, um auf der Intensivstation erste Leitungserfahrungen sammeln zu können. Das Interesse, sich immer wieder neuen Herausforderungen zu stellen, bewog mich im Jahr 2003 dazu, ein Fern-Hochschulstudium für Pflegemanagement berufsbegleitend zu beginnen. Diese Entscheidung war keine Entscheidung, die ich für mich allein treffen konnte. Ohne die Unterstützung meiner Familie und der Geschäftsführung unseres Klinikums wäre der erfolgreiche Abschluss 2007 nebenberuflich nicht möglich gewesen.

Welche beruflichen Ziele streben Sie in Ihrer neuen Funktion an?

Das ist nicht so einfach zu beantworten, da sie vielschichtig sind. Zum einen ist es mein Ziel, das Vertrauen aller Mitarbeiter zu gewinnen und die hohe Qualität der Leitungstätigkeit von Oberschwester Ingrid Behrendt fortzuführen, zum anderen aktiv an der Gestaltung unseres Klinikums mitzuwirken. Die erfolgreiche Zertifizierung und der zweite Bauabschnitt bieten hierzu viel Gestaltungsspielraum. Aber auch hier ist nicht der Einzelne gefragt, sondern nur die konstruktive Zusammenarbeit aller am Management Beteiligten kann dieser Herausforderung gerecht werden. Hierzu möchte ich meinen Beitrag leisten.

Haben Sie persönliche Ziele, die Sie verfolgen?

Ich glaube, dass jeder persönliche Ziele haben sollte. Schon seit langer Zeit habe ich den Wunsch, meine Fremdsprachenkenntnisse zu verbessern. Natürlich möchte ich mich jetzt nach dem Studium auch wieder mehr um meine Familie kümmern. Theaterbesuche mit meiner Frau und das Lesen eines schönen Buches außerhalb der Rubrik „Fachbücher“ gehören ebenso dazu.

Mitarbeiter vorgestellt

» Oberarzt Dr. Deckert – Von New York nach Brandenburg «



Herr Dr. Deckert, Sie arbeiten seit Februar 2008 als Oberarzt der Inneren Klinik II, mit Schwerpunkt Onkologie, im Städtischen Klinikum Brandenburg. Sie haben Ihr bisheriges Berufsleben an Hochschulkliniken wie dem Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York und der Charité verbracht – was reizt Sie an Ihrer neuen Tätigkeit?



Dr. Peter Marcus Deckert, Oberarzt der Inneren Klinik II, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

In Stichworten: kürzere Entscheidungswege, direkter Patientenkontakt in einer verantwortlichen Position, und in einem kooperativen Team Neues auf- und Vorhandenes auszubauen. Vor allem aber muss man sich in der Uniklinik meist irgendwann auf ein sehr spezialisiertes Gebiet festlegen. Hier dagegen kann ich nicht nur innerhalb der Hämatologie und Onkologie das ganze Feld beackern, sondern ich bin auch viel mehr als früher in die gesamte Innere Medizin involviert.

Was sind die Schwerpunkte Ihrer Arbeit?

Eine wesentliche Aufgabe sehe ich darin, unseren Patienten moderne Therapien zugänglich zu machen, ohne dass sie z.T. über 100 Kilometer bis zur Hochschulklinik fahren müssen – so nehmen wir bereits an der neuesten Studiengeneration beim Hodgkin-Lymphom teil, einer meist heilbaren Krebserkrankung

der Lymphknoten, die häufig junge Menschen trifft. Der bestmöglichen Therapie für jeden Patienten dient auch unsere interdisziplinäre Tumorkonferenz, in der jeder Arzt Krebsfälle vorstellen kann und Experten aller beteiligten Fachrichtungen gemeinsam die Therapie planen.

Neben der hervorragenden Zusammenarbeit der verschiedenen Fachabteilungen hier im Hause ist dabei ein großer Pluspunkt die onkologische Praxis, mit der wir eng zusammenarbeiten. Viele Patienten müssen heute nur zeitweise im Krankenhaus behandelt werden, alles Weitere kann häufig über lange Zeit ambulant erfolgen – so ist selbst bei einer am Ende unheilbaren Krankheit ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung möglich. Eine gute Zusammenarbeit mit den ambulant behandelnden Ärzten macht da den Übergang zwischen beiden Versorgungsformen viel einfacher für den Patienten.

Schließlich bringe ich aus der Hochschulmedizin Begeisterung für die Lehre mit. Gute Mitarbeiter – auch und gerade auf Assistenzarztebene – sind das entscheidende Kapital eines Krankenhauses, und das müssen wir hier noch mehr selbst aufbauen und pflegen als in Berlin, wo jedes Jahr viele Uni-Absolventen eine Stelle suchen.

Welche Bedeutung hat die Palliativmedizin in Ihrer Arbeit?

Palliativmedizin ist ein umfassender Begriff, der heute oft wie eine besondere Form der Medizin dargestellt und mit Hospizbetreuung und Sterbe-

begleitung gleichgesetzt wird. Wenn wir uns die Geschichte ansehen, war das Lindern von Leiden, deren Ursache sich nicht beheben lässt, schon immer die umfangreichste Aufgabe in der Medizin. Endlichkeit heißt ja nicht Aussichtslosigkeit. Jeder mit Insulin behandelte Diabetiker erhält im Grunde eine Palliativtherapie, denn die Krankheit lässt sich nicht heilen. Ihr Verlauf aber kann erheblich aufgehalten werden – mit einem unermesslichen Gewinn an aktiv gelebtem Leben.

Die Fortschritte in meinem Fach sind enorm, und manche früher unheilbaren Krebsarten sind durch neue Therapiestrategien heilbar geworden. Ein großer Teil der neuen Therapien hat aber vor allem palliative Bedeutung: Es geht darum, die Krankheit zurückzudrängen – in Remission zu bringen – um Lebensqualität und Lebenserwartung zu verbessern. Stärker noch, als wenn Heilung das Ziel ist, steht dabei immer die individuelle Situation des Patienten im Mittelpunkt, sodass ich im Verlauf stets neu mit ihm gemeinsam entscheiden muss, welches Ziel wir mit Diagnostik und Therapie verfolgen. Das macht die Entscheidungen komplex. In vielen Fällen geht es um Jahre, in denen ein Patient vielleicht den größten Teil seiner Tage völlig normal leben kann – manchmal aber auch darum, ein konkretes Ereignis wie die Geburt des Enkelkindes noch zu erleben oder Zeit für den Abschied von einem nahen Menschen zu haben.

Erst am Ende der palliativmedizinischen Betreuung kommen dann häusliche Krankenpflege, bei der möglichst auch ein palliativmedizinisch kompetenter Arzt nach Hause kommen sollte, vielleicht Hospizbetreuung und schließlich Sterbebegleitung. Dies ist dann genauso notwendig und wichtig wie zuvor die Tumortherapie, hat aber in Deutschland noch einen erheblichen Aufbaubedarf. Deshalb engagiere ich mich auch im Vorstand der Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg.

Sind Onkologie und Palliativmedizin nicht eigentlich frustrierende Fachgebiete?

Nein. Einem Menschen die Diagnose einer unheilbaren Krankheit oder eine bedrohliche Verschlechterung mitzuteilen, fällt natürlich jedes Mal schwer. Solche Gespräche brauchen Zeit, und ich versuche dabei zu erfahren, was der Patient bereits über seine Krankheit weiß, welche Ängste er hat und welche Erwartungen. Wenn es dann gelingt, dass er anstelle

von Verzweiflung wieder eine Perspektive gewinnt, wenn er z.B. keine Angst mehr vor Schmerzen hat, dann habe ich als Arzt etwas Wesentliches für ihn erreicht.

Abgesehen davon haben wir aber heute wirklich viele Mittel an der Hand, Leben bei guter Lebensqualität zu verlängern und Leiden zu lindern. Wenn eine aktive 70-Jährige heute die Diagnose Lymphdrüsenkrebs erfährt, sind ihre Lebenspläne kaum weniger bedroht als die einer 50-Jährigen. Wenn sie aber durch eine gut verträgliche Chemotherapie eine Lebenserwartung von weiteren 10 Jahren erhält, nimmt das der Diagnose doch etwas den Schrecken.

Haben diese Fragen auch Auswirkungen auf Ihr eigenes Leben?

Den Tod nehmen wir heutzutage ja gerne als eine Sache wahr, die andere angeht. Als Arzt erfährt jeder früh, wie schnell Leben vorbei sein kann. Meine Arbeit hat mich gelehrt, mein eigenes Leben vom Ende her zu betrachten – was wird mir wichtig sein, wenn ich zurückblicke? Nicht, dass ich glaube, diesem Anspruch gerecht zu werden. Aber die Perspektive macht es leichter, Prioritäten zu setzen, und mein Beruf hat mich auf diese Weise heiterer und gelassener gemacht.

Klinik, Forschung, Weiterbildung, gesundheitspolitisches Engagement – gibt es bei Ihnen überhaupt ein Privatleben?

Durchaus. Eine Priorität ist zum Beispiel, meinen Kindern tatsächlich Vater zu sein – das lässt sich nicht aufschieben oder vertagen. Darum versuche ich, auch in der Woche frühmorgens und am Abend Zeit für sie zu haben. Meist gelingt zumindest eines von beidem. Die Schreibtischarbeiten, die dafür in der Klinik manchmal liegen bleiben, kann ich später am Abend nachholen.

Und Hobbys?

Neben unseren Berufen haben meine Frau und ich in den letzten zwei Jahren ein altes Bauernhaus saniert – das reichte für die Zeit. Mal sehen, ob ich jetzt gelegentlich wieder zum Segeln komme.

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

KLINIKUM
brandenburg

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.04.2008	Rommy Linke	Physiotherapeutin
10 Jahre	am 01.04.2008	Sylke Müller	Patientenverwaltung
10 Jahre	am 01.04.2008	René Kelbling	Pfleger, Station I 4
10 Jahre	am 01.04.2008	Jan Heinrich Köneke	Facharzt, Innere Klinik I
10 Jahre	am 15.04.2008	Diana Riedl	Krankenschwester, Wachstation
10 Jahre	am 01.06.2008	Dr. Johannes Hubbe	Oberarzt, Orthopädie
30 Jahre	am 12.05.2008	Klaus-Dieter Hannig	Zentralsterilisation

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.03.2008	Uwe Zitzmann	Abt.-Leiter Einkauf
am 01.03.2008	Jakob Engst	Assistenzarzt, Innere Klinik I
am 01.03.2008	Julia Gestrich	Assistenzärztin, Kinderklinik
am 01.03.2008	Thomas Schulz	Assistenzarzt, HNO-Klinik
am 01.04.2008	Jessika Kunz	Assistenzärztin, Innere Klinik II
am 01.04.2008	Kira Flemming	Assistenzärztin, Anästhesie/ Intensivtherapie
am 01.04.2008	Svea Glaser	Apothekerin
am 01.04.2008	Yvonne Friedrich	Assistenzärztin, Kinderklinik

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

am 31.03.2008	Iris Dressler	Assistenzärztin, Frauenklinik
am 31.03.2008	Irit Fruchtnicht	Fachärztin, Anästhesie/Intensivtherapie
am 31.03.2008	Dr. Beate Hennig	Fachärztin, Anästhesie/Intensivtherapie
am 31.03.2008	Hans-Joachim Janssen	Facharzt, Anästhesie/Intensivtherapie
am 31.03.2008	Sabine Riedel	Fachärztin, Neurochirurgie
am 31.03.2008	Rosemarie Franz	Physiotherapeutin
am 31.03.2008	Sieglinde Brockel	Mitarbeiterin Zentralsterilisation
am 30.04.2008	Peter Brösecke	Mitarbeiter, Pathologie

In der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH und der Klinik-Service-Center GmbH

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...



10 Jahre	am 06.04.2008	Heidemarie Olbert	Chefamtsekretariat
10 Jahre	am 08.04.2008	Adelheid Behnke	Stationshilfe
15 Jahre	am 01.04.2008	Karin Führer	Allgemeine Reinigung
15 Jahre	am 21.05.2008	Regina Teichert	Allgemeine Reinigung
15 Jahre	am 07.06.2008	Burkhard Koch	Hof/Transport
20 Jahre	am 18.04.2008	Gerd Polzin	Hof/Transport
20 Jahre	am 09.05.2008	Burkhard Schulz	Fuhrpark
25 Jahre	am 01.04.2008	Sieglinde Krüger	Zentraler Schreibdienst
30 Jahre	am 20.04.2008	Dorothea Holz	Zentraler Schreibdienst

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

	am 01.01.2008	Monika Köhler	DRK-Kinderdorf
	am 01.01.2008	Diana Dagga	DRK-Kinderdorf

— Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...

	am 31.01.2008	Veronika Thiesing	Abteilung Technik
	am 31.03.2008	Reinhard Altmann	Patiententransport
	am 31.03.2008	Harald Jaap	Technik/Instandhaltung

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

In dieser Ausgabe:

Liebling, warum hast du so große Pupillen? Weil ich dich gleich vernaschen werde!



Weite Pupillen lassen sich durch plötzliche körperliche oder seelische Erregung erklären, darunter erweitern sie sich. Dies ist z.B. gut bei einer Schreckreaktion zu beobachten.

Die Pupillen verengen sich auf Lichteinfall und erweitern sich bei Dunkelheit. Die Pupillenweite nimmt in der Kindheit zu und im Laufe des Lebens dann wieder allmählich ab. Eine Blockierung des pupillenverengenden Muskels durch Augentropfen, Atropin oder bestimmte Pflanzenbestandteile (z.B. Trompetenblume, Tollkirsche) führt zu einer Pupillenerweiterung. Dieser Effekt wurde vereinzelt ausgenutzt, um jung und schön zu erscheinen, daher der wissenschaftliche Name Belladonna-Alkaloide (bella donna = schöne Frau) für diese

Substanzgruppe. Einseitig weite reaktionslose Pupillen können Zeichen einer Nervenlähmung sein und sollten umgehend augenärztlich abgeklärt werden.

Häufig sind die Pupillen beider Augen nicht genau gleich weit; das ist in der Regel harmlos, solange sie normal reagieren und keine neurologischen Auffälligkeiten bestehen. Bei Einnahme von morphinähnlichen Substanzen werden beide Pupillen eng.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité