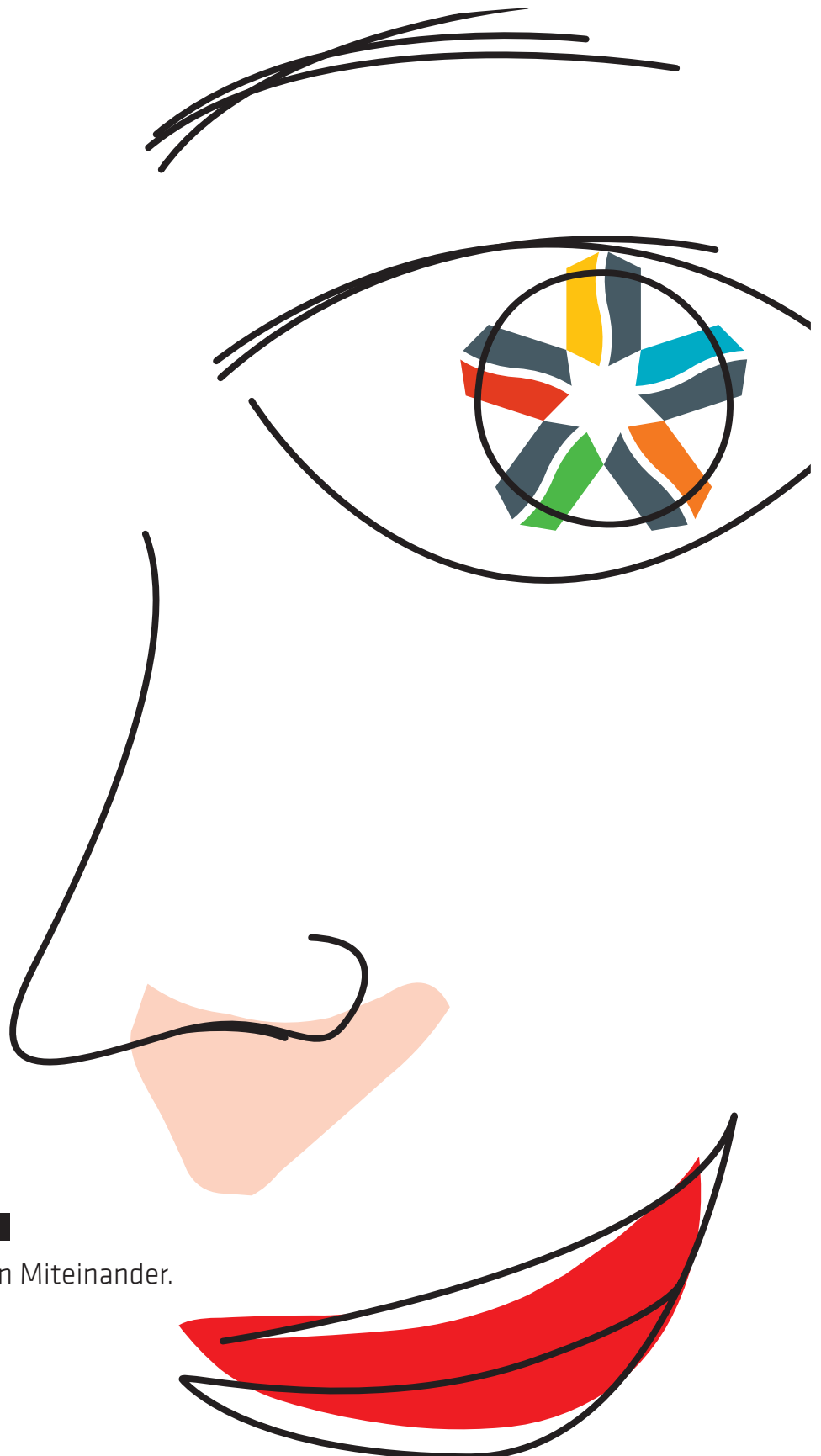




**Klinikum Brandenburg**  
Campus für Gesundheit

# KLINIKJOURNAL

Das Gesundheitsjournal  
für Patienten und Mitarbeiter 10 | 2017



# Wir.

Auf dem Weg zu einem neuen Miteinander.

## MEDIZIN UND FORSCHUNG

- 4 Leberzirrhose – was ist das?
- 7 Infektionen mit *Helicobacter pylori*  
*Was ist eigentlich Helicobacter pylori?*
- 10 Modernste Verfahren zur Behandlung von Aneurysmen der Aorta und der Beckenschlagadern in der Klinik für Gefäßchirurgie
- 12 Was sind Arzneimittelfälschungen?  
*Das Erkennen einer Fälschung ist oft auch für Fachleute schwer*



## MENSCHEN AM KLINIKUM

- 14 Start für ein neues Miteinander  
*Gemeinsam sind wir der „Campus für Gesundheit“*
- 15 „Bisher war unsere Familie arztfrei“  
*Dr. Markus Kathke ist neuer Chefarzt der Augenklinik*
- 16 Tatkräftige Hilfe für Diabetiker  
*Diabetesberaterinnen erleichtern den Start*
- 17 Modern und ansprechend  
*Unsere Verwaltung zieht um*
- 18 Sportliche Klinikmitarbeiter  
*Teilnahme an der XLETIX und dem AOK-Staffellauf*
- 20 Mal raus aus der Wohlstandsmedizin  
*fünfköpfiges Akustikerteam hat gutes Hören nach Nepal gebracht*
- 22 Tatütata – seine Freizeit gehört der freiwilligen Feuerwehr  
*Robert Spierling ist Operations-Pfleger und suchte eine neue Herausforderung*
- 24 Jubiläen



## SERVICE

- 26 Veranstaltungskalender
- 27 Kliniken im Überblick
- 27 Impressum

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

WIR – auf dem Weg zu einem neuen Miteinander! Diese Worte konnten unsere Mitarbeiter/-innen in letzter Zeit vermehrt in Mitarbeiterinformationen, auf Veranstaltungen oder Plakaten wahrnehmen. Mit unserem aktuellen Unternehmenskulturprojekt, das aus Eigeninitiative einiger Klinikmitarbeiter im Rahmen einer Arbeitsgruppe entstanden ist, wollen wir neue Impulse setzen. Vor allem in Zeiten knapper Ressourcen und stressiger Arbeitsalltage ist es umso wichtiger, dass wir mit einer gehörigen Portion Zusammengehörigkeitsgefühl miteinander umgehen und uns, aber auch Patienten und Gästen unseres Hauses stets achtsam, respektvoll und höflich entgegenreten.

Als Ergebnis dieser Arbeitsgruppe, die aus Kollegen und Kolleginnen aller Hierarchieebenen der einzelnen Berufsgruppen besteht, haben wir unseren Mitarbeitern/innen im Rahmen von mehreren Workshops unseren neuen Verhaltenskodex vorgestellt, den wir Ihnen in diesem KlinikJournal präsentieren. Dies soll natürlich nur die Initialzündung sein, denn mit weiteren Maßnahmen wollen WIR gemeinsam den Weg zu einem neuen Miteinander beschreiten.

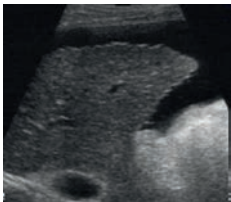
Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser neuen Ausgabe, die wie immer mit vielen spannenden Themen gefüllt ist. Über Anregungen, Kritik und Hinweise freuen wir uns, schreiben Sie an: [leserbriefe@klinikum-brandenburg.de](mailto:leserbriefe@klinikum-brandenburg.de).



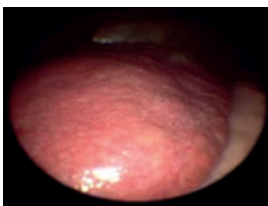
Im Namen des Redaktionsteams  
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

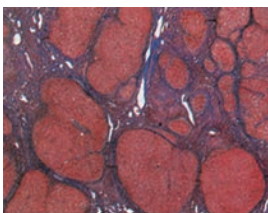
## Leberzirrhose – was ist das?



Leberzirrhose in der Sonographie



Leberzirrhose in der Minilaparoskopie



Leberzirrhose in der Gewebeuntersuchung



Hautzeichen einer Leberzirrhose

Die Leberzirrhose stellt in der Regel das Endstadium einer seit Jahren, manchmal Jahrzehnten bestehenden chronischen Lebererkrankung dar. Damit ist die Leberzirrhose praktisch immer das Ergebnis einer chronischen Leberentzündung (Hepatitis). Diese betrifft das gesamte Organ und geht mit dem Absterben von Leberzellen einher, die sich aufgrund der chronischen Schädigung nicht mehr richtig erholen können. Übrig bleibt dann ein minderwertiges Stützgewebe in Form von Narben. Durch den Untergang der Leberzellen kommt es so zur Störung der gesamten Leberarchitektur und der Gefäßversorgung der Leber. Dieser gesamte Prozess macht praktisch niemals Schmerzen, denn die Leber hat keine Schmerzfasern, die den Schaden an das Gehirn melden können. Lediglich die Kapsel der Leber enthält Schmerzfasern, welche bei einer starken Schwellung der Leber den Schmerz wahrnehmen können. Bei etwa einem Drittel der Patienten ist daher die Leberzirrhose eine Zufallsdiagnose. Diese Leberzirrhosen nennt man kompensierte Zirrhose, das bedeutet, dass noch eine ausreichende Restfunktion in der Leber vorhanden ist.

Die wichtigsten Ursachen der Leberzirrhose sind: Alkohol, die nichtalkoholische Fettlebererkrankung, chronische Virusinfektionen (Hepatitis B oder C) oder autoimmune (Autoimmunhepatitis, primär biliäre Cholangitis und primär sklerosierende Cholangitis). Daneben können auch Stoffwechselerkrankungen wie die Hämochromatose, der Morbus Wilson und der Alpha-1-Antitrypsinmangel zu einer Leberzirrhose führen. Auch manche Arzneimittel oder Chemikalien können eine Leberzirrhose hervorrufen. Die Leberzirrhose ist eine makroskopische Diagnose, das bedeutet, man kann sie mit dem Auge stellen, z. B. wenn man eine Miniaturkamera in die Bauchhöhle einführt. Diese Technik nennt sich Minilaparoskopie und wird seit kurzem in unserer Klinik für Gastroenterologie angeboten. Die Untersuchung dauert häufig nur zehn Minuten und während des Eingriffes kann eine kleine Leberprobe gewonnen werden. Die Patienten schlafen während der Untersuchung und bekommen davon nichts mit. Man kann makroskopisch eine feinknotige Leberzirrhose von einer grobknotigen Leberzirrhose unterscheiden.

### Häufigkeit

Die jährliche Neuerkrankungsrate der Leberzirrhose liegt bei etwa 2–5 Patienten pro 1000 Einwohner. Das bedeutet, dass allein in unserer Stadt Brandenburg an der Havel jährlich mindestens 200 Patienten an einer Leberzirrhose neu erkranken, häufig ohne es zu wissen.

### Symptome

Die Symptome der Erkrankung sind, wenn sie überhaupt auftreten, relativ unspezifisch: wie rasche Ermüdbarkeit, Oberbauchbeschwerden (bei ca. 50 % der Patienten), eine Gewichtsabnahme (bei ca. 35 % der Patienten), später auch Gewichtszunahme (durch Wassereinlagerungen) und erst im Spätstadium eine Gelbsucht (der Ikterus) bzw. die Leberhautzeichen, wie erweiterte Kapillargefäße (Teleangiectasien), rote Handinnenflächen (Palmarerythem), eine Bauchglätte oder sogar Bauchwasser.

### Diagnostik

Die Diagnostik der Leberzirrhose beinhaltet: eine gründliche körperliche Untersuchung, bildgebende Verfahren wie den Ultraschall, der allerdings nur bei etwa 2/3 der Patienten selbst in der Hand des geübten Untersuchers eine Leberzirrhose erkennen kann. Daneben existieren die Computertomographie und die Kernspintomographie. Auch diese Untersuchungsverfahren haben ihre Tücken. Goldstandard stellt die bereits erwähnte Minilaparoskopie mit Leberpunktion dar. Die Methode der Minilaparoskopie existiert seit neuestem in unserer Klinik. Es gibt auch ein neues Verfahren, welches indirekt eine Leberzirrhose vermuten lässt, die Elastographie (Fibroscan), die die Steifigkeit der Leber misst. Allerdings zeigt ein erhöhter Steifigkeitswert der Leber im Fibroscan nicht immer eine Leberzirrhose an, sondern kann auch bei einer Entzündung der Leber vorliegen. Umgekehrt kann ein niedriger Wert im Fibroscan einen fortgeschrittenen Leberschaden wie eine Leberzirrhose nahezu ausschließen. Unsere Klinik plant die Anschaffung einer Elastographie zum Ende dieses Jahres.

Im Blut von Patienten mit Leberzirrhose finden sich häufig normale Leberwerte, manchmal nur leicht erhöhte Werte. Im Frühstadium bestehen noch

normale Gerinnungswerte, die im Laufe der Erkrankung abnehmen, wie auch andere Eiweiße, die in der Leber gebildet werden, wie das Albumin oder die Cholinesterase, die ebenfalls abnehmen. Dagegen steigt langsam der gelbe Farbstoff, das Bilirubin, im Blut an, der zuallererst in den Augen erkennbar wird, die sich langsam und zunehmend gelblich verfärben (sog. Sklerenikterus), was häufig zuerst vom Umfeld des Patienten bemerkt wird, weil die Patienten sich nämlich langsam an die gelblichen Augen gewöhnen.

### Therapie

Die Therapie der Leberzirrhose besteht in erster Linie in der Behandlung der Grundkrankheit. Es existieren neue und hochwirksame Medikamente bei den chronischen Virushepatitiden B und C sowie bei den autoimmunen Lebererkrankungen. Auch die nichtalkoholische Fettlebererkrankung lässt sich effektiv behandeln. An unserer Klinik bieten wir hier aufgrund neuester Erkenntnisse zur Behandlung der nichtalkoholischen Fettlebererkrankung bei Fettsucht (Adipositas) auch die Stuhltransplantation im Rahmen einer Studie an. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten, die Stuhlakterien von gesunden, schlanken Probanden erhalten, Körpergewicht reduzieren und sich eine nichtalkoholische Fettlebererkrankung wesentlich verbessern kann. Allerdings ist dieses Verfahren bisher nur experimentell, ein Erfolg kann also nicht garantiert werden. Die am schwersten zu behandelnde Grunderkrankung, der Alkoholmissbrauch, kann effektiv nur gemeinsam mit Suchtspezialisten, in der Regel den Psychiatern, den Leberspezialisten und vor allem mit Hilfe eines einsichtigen Patienten behandelt werden. Dennoch kann sich die Leberzirrhose auch bei effektiv behandelter Grundkrankheit verschlechtern und dekomensieren. Die einzige kausale Therapie ist dann nur noch die Lebertransplantation. Aufgrund des in Deutschland bestehenden Organmangels wird nur der am schwersten kranke Patient der auf einer Lebertransplantationsliste ganz oben steht, transplantiert. Dabei spielt die Wartezeit keine Rolle mehr, ganz im Gegensatz zur Nierentransplantation.



### Stadien der Leberzirrhose

Die Leberzirrhose kann viele Jahre in einem kompensierten Stadium bestehen, das heißt, sie kann keinerlei Beschwerden verursachen. Allerdings, wenn die Ursache (Alkohol, Übergewicht, Viruserkrankung etc.) fortbesteht, also wenn weiterhin Alkohol getrunken wird oder eine chronische Virushepatitis nicht erfolgreich behandelt wird, dann kann eine kompensierte Leberzirrhose schnell dekomensieren. Manchmal dekomensiert eine Leberzirrhose auch, obwohl der Patient schon länger gar keinen Alkohol mehr trinkt. Dann könnte z. B. ein hepatozelluläres Karzinom, also ein Leberkrebs, bei dem Patienten aufgetreten sein.

Grundsätzlich bestehen vier Dekompensationsmöglichkeiten einer Leberzirrhose:

1. Eine obere gastrointestinale Blutung kommt aus den Krampfadern der Speiseröhre, den sogenannten Ösophagusvarizen, und war früher sehr häufig tödlich, kann aber heute durch eine 24-Stunden-Bereitschaft in der Notfallendoskopie häufig gut gestillt werden. In unserem Klinikum besteht an 7 Tagen in der Woche eine 24-Stunden-Endoskopienotfallbereitschaft.
2. Wassersucht im Bauch, sogenannter Aszites, der zu einer Körperumfangsvermehrung des Patienten führt und häufig auch zur Wasserablagerung in den Beinen führt. Wenn es zu einer Ansammlung von Bauchwasser kommt, muss dieses Wasser sofort punktiert werden, um eine schwere spontan-bakteri-



Patient vor Punktion des Bauchwassers



Patient nach Punktion des Bauchwassers

elle Bauchfellentzündung auszuschließen. Denn dies ist dann die häufigste und gefährlichste Komplikation des Aszites, mit einer hohen Mortalität. Ursache dieser Bauchfellentzündung sind Bakterien, die aus dem Darm in das Bauchwasser wandern und sich dort vermehren. Die effektive Therapie ist die sofortige und lebensrettende Antibiotikaeinnahme. Die Wassersucht der Patienten lässt sich mit harntreibenden Medikamenten behandeln, sogenannten Diuretika. Sollten diese Diuretika nicht mehr helfen, besteht in unserem Klinikum die Möglichkeit, einen sogenannten transjugulären portosystemischen Shunt (TIPS), also einen Stent, in die Leber einzubauen, der den Wasserdruck im Bauchraum verringert und eine wirksame Strategie zur Behandlung des Aszites darstellt.

3. die hepatische Enzephalopathie, also eine Störung der Hirnfunktion durch eine eingeschränkte Leberfunktion: Wenn diese Komplikation eintritt, ist höchste Eile geboten, denn die mittlere Lebenserwartung übersteigt dann selten noch zwei Jahre. Die Ursache ist das Ammoniak aus dem Abbau von Darmbakterien. Die Therapie der Wahl sind Antibiotika und Abführmittel damit die Darmbakterien als Quelle des Zellgifts Ammoniak eliminiert werden. In diesem Falle müssen die Patienten so schnell wie möglich für eine mögliche Lebertransplantation überprüft werden und im besten Falle auf eine Lebertransplantationsliste aufgenommen werden. Wir hatten bereits oben erwähnt, dass in Deutschland nur nach Dringlichkeit und nicht nach Wartezeit transplantiert wird.

4. Die letzte Komplikation der Leberzirrhose ist das hepatozelluläre Karzinom, der Leberkrebs, der allerdings nach zehn Jahren Bestehen einer Leberzirrhose die häufigste Komplikation ist. Da wir immer besser die vorherigen drei Komplikationen beherrschen und die Patienten mit Leberzirrhose immer länger leben, wird als das hepatozelluläre Karzinom immer häufiger und ist weltweit schon der dritthäufigste Krebs des Menschen. Auch Patienten mit Leberkrebs können auf eine Transplantationsliste aufgenommen werden, wenn der Leberkrebs nicht größer als 5 cm ist. Größere Leberkrebs können sehr effektiv durch lokale Tumorzerstörung behandelt werden. Dies wird auch zunehmend bei Patienten auf der Transplantations-

liste gemacht, um die Zeit bis zur Transplantation zu überbrücken. In jedem Fall sollten alle Patienten mit Leberkrebs in einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden, so wie es in unserem Klinikum der Fall ist. Es gibt auch eine Chemotherapie, die das Leben der Patienten mit Leberkrebs signifikant verlängern kann.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass sich das Überleben der Patienten mit Leberzirrhose in den letzten Jahren dank der modernen Diagnostik und neuer wirksamer Therapien deutlich verbessert hat. Neue Techniken wie die Minilaparoskopische Leberpunktion erzielen höchste Treffsicherheit in der Diagnose der Leberzirrhose. Sämtliche Untersuchungen, die für eine Lebertransplantation benötigt werden, können am Klinikum vorgenommen werden und sind Bestandteil des komplexen Programms zur Vorbereitung einer Lebertransplantation, welches wir unseren Patienten anbieten können.

#### Veranstaltungstipp:

##### „Leber an der Havel“

I. Brandenburger Symposium Lebererkrankungen  
14. Oktober 2017 von 09:00 bis 13:00 Uhr  
Campus Brandenburg, Hörsaal 2. Etage,  
Nikolaiplatz 19, 14770 Brandenburg

Wissenschaftliche Leitung:  
Prof. Dr. med. S. Lüth, Dr. med. G. Kircheis  
*Diese Veranstaltung ist mit 6 Punkten zertifiziert.*



Zentrum für Innere Medizin II  
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Hepatologie

##### Klinikdirektor

Prof. Dr. med. Stefan Lüth

##### Sekretariat

Telefon +49 33 81. 41 16 00

E-Mail: [innere.med.2@klinikum-brandenburg.de](mailto:innere.med.2@klinikum-brandenburg.de)

# Infektionen mit *Helicobacter pylori*

## Was ist eigentlich *Helicobacter pylori*?

*Helicobacter pylori* (= „helikales Stäbchen des Magen-ausgangs“) ist ein Bakterium, das Infektionen der Magenschleimhaut verursacht, die im ungünstigsten Falle zu Magengeschwüren, Zwölffingerdarmgeschwüren oder sogar zu Magenkrebs führen können. Die Entdeckung von *H. pylori* im Jahre 1982 war dabei aber eher zufällig: Man hatte Nährmedien, wie man sie für die Kultur von Bakterien verwendet, wegen der Osterfeiertage schlicht und einfach in einem Brutschrank vergessen, so dass die sehr langsam wachsenden *H.-pylori*-Bakterien Zeit genug hatten, sich ausreichend zu vermehren. Der Nachweis von *H. pylori* als Verursacher von Magenschleimhautentzündungen war möglicherweise eine der größten Errungenschaften der Medizin im letzten Jahrtausend und bescherte dem australischen Internisten Barry Marshall, der im Selbstversuch das Erkrankungspotential von *H. pylori* durch Trinken der Bakterien bestätigte, sowie dem an der Entdeckung beteiligten Pathologen Robin Warren im Jahr 2005 den Nobelpreis für Medizin.

### **H. pylori – ein Überlebenskünstler im unwirtlichen menschlichen Magen**

Der menschliche Magen ist aufgrund seiner Magensäure ein eher unwirtliches Terrain für Mikroben. *H. pylori* ist jedoch bestens ausgerüstet, um sich im Magen seiner Opfer breitzumachen. Um sich der für ihn gefährlichen Magensäure zu entziehen und sich schnell ans rettende Ufer, die Magenschleimhaut, bewegen zu können, verfügt *H. pylori* über einen Antriebsapparat (die sogenannten Flagellen), der ihm eine außerordentlich hohe Beweglichkeit verleiht. Er schraubt sich regelrecht vorwärts und hat er einmal die Magenschleimhaut erreicht, hält er sich dort mit ankerartigen Molekülen fest. Endlich in seinem Zielgebiet angekommen, kann *H. pylori* dem Magen richtig zusetzen: Mit einem Gift kann er Magen-zellen zerstören, Heilungsprozesse der Magenschleimhaut verzögern und sogar wichtige Zellen des Immunsystems in ihrer Wirkung einschränken.

Manche *H.-pylori*-Bakterien bilden eine Art Molekülspritze aus, mit der sie in die Magen-zellen einen bestimmten Eiweißkörper einschleusen können. Dies kann zu ausgeprägten Schäden führen und zu einem

erhöhten Risiko für die Ausbildung von Magenkrebs beitragen.

Eine der wichtigsten von *H. pylori* produzierten und freigesetzten Stoffe ist die sog. Urease. Dabei handelt es sich um eine Verbindung, die den im Magen und in der Nahrung vorkommenden Harnstoff in Kohlendioxid und Ammoniak umsetzen kann. Mit dem entstandenen Ammoniak kann *H. pylori* sich vor der für ihn gefährlichen Magensäure vorübergehend schützen. Die Fähigkeit von *H. pylori*, Harnstoff zu spalten, wird für die Diagnostik der *H.-pylori*-Infektion ausgenutzt.

### **Die Infektion mit *H. pylori* – eine Kinderkrankheit**

In der Regel infiziert man sich bereits als Kleinkind mit *H. pylori*; ein wichtiger Übertragungsweg ist dabei der enge Kontakt von Kindern mit Familienangehörigen (insbesondere der Mutter), die bereits mit *H. pylori* infiziert sind. Hat man *H. pylori* einmal im Magen, so bleibt er dort auch ein Leben lang, es sei denn, er wird erfolgreich durch eine Therapie mit Antibiotika entfernt. Geschätzte 25 % der Deutschen sind mit *H. pylori* infiziert, aber nur etwa ein Fünftel der Infizierten hat Symptome wie Völle- oder Druckgefühl, Blähungen, Sodbrennen, Übelkeit oder Bauchschmerzen. Am häufigsten leiden die Betroffenen an einer chronischen Magenschleimhautentzündung (Gastritis); bei einem Teil der Patienten kann sich allerdings auch ein Geschwür des Magens oder des Zwölffingerdarms (Ulkuskrankheit) bilden. Sehr selten kann es zur Bildung einer Art Lymphdrüsenkrebs des Magens kommen (MALT-Lymphom) oder sich gar ein Magenkarzinom entwickeln.

### **Diagnostik der *H.-pylori*-Infektion**

Um festzustellen, ob eine Infektion mit *H. pylori* vorliegt, gibt es verschiedene diagnostische Möglichkeiten. Eine sehr einfache Methode ist die Entnahme von Blut mit der Untersuchung auf Antikörper gegen *H. pylori*. Diese Untersuchung ist jedoch aus der Mode geraten und wird heutzutage fast nur noch bei Forschungsfragen zur Epidemiologie (z. B. um festzustellen, ob in bestimmten Bevölkerungsgruppen Infektionen häufiger sind als in anderen) verwendet. Der Nachweis von Antikörpern kann anzeigen, ob man mit *H. pylori* infiziert ist, zur Kontrolle des Erfolges

einer Antibiotikatherapie gegen *H. pylori* ist das Verfahren nicht geeignet.

Sehr zuverlässig ist der sogenannte Atemtest, bei welchem der Patient ein Getränk mit einem chemisch veränderten Harnstoff zu sich nimmt, der beim Vorhandensein von *H. pylori* gespalten wird. Das dabei entstehende Kohlendioxid wird vom Patienten abgeatmet und kann dann mit Hilfe eines speziellen Gerätes gemessen werden. Ein weiteres Verfahren zur Diagnose ist die Durchführung einer Stuhl-Untersuchung. Mit diesem Test, der gleichermaßen empfindlich und zuverlässig wie der Atemtest ist, werden bestimmte Bestandteile von *H. pylori* im Stuhl nachgewiesen. Der Stuhltest kann sowohl für die Diagnose der Infektion angewandt werden als auch später nach einer eventuellen Therapie anzeigen, ob diese erfolgreich war oder nicht.

Etwas aufwändiger als die obigen Methoden ist die Magenspiegelung, bei welcher der Gastroenterologe direkt in den Magen hineinschauen kann. Auch wenn eine Magenspiegelung von vielen Patienten als unangenehm empfunden wird, so bietet sie jedoch entscheidende Vorteile: Der Magen kann direkt vom Arzt angesehen werden und ermöglicht es ihm, kleine Gewebeprobe (Biopsien) zu entnehmen, die er mit einem Schnelltest auf das Vorhandensein von *H. pylori* untersuchen kann. Ein Teil der Biopsien wird dann auch von einem Pathologen untersucht; so kann festgestellt werden, ob überhaupt und welche Magenkrankung des Patienten vorliegt. Schließlich kann nur der Pathologe sicher ausschließen, ob schon eine bösartige Veränderung im Magen vorliegt.

Die Entnahme von Gewebeprobe hat auch noch einen weiteren Vorteil: Ein Mikrobiologe kann die *H.-pylori*-Bakterien direkt auf speziellen Nährmedien anzüchten und später untersuchen, ob die Bakterien empfindlich oder resistent gegen Antibiotika sind.

### **Therapie der *H.-pylori*-Infektion – nicht immer ein „Muss“**

Bei Patienten, die an einem Geschwür („peptischer Ulkus“) des Magens oder des Zwölffingerdarms leiden, muss in jedem Fall eine Therapie zur Beseitigung der *H.-pylori*-Infektion durchgeführt werden. Das trifft

auch dann zu, wenn das Geschwür gegenwärtig keine Beschwerden macht, weil es abgeheilt ist. Eine weitere Erkrankung, bei deren Entstehung *H. pylori* entscheidend beteiligt ist und bei der unbedingt eine Therapie durchgeführt werden muss, ist das MALT-Lymphom. Dabei handelt es sich um von bestimmten Zellen des Immunsystems ausgehende Tumoren, die, falls eine bestimmte Größe noch nicht überschritten ist, durch eine erfolgreiche Therapie von *H. pylori* beseitigt werden können.

Auch wenn eine Infektion mit *H. pylori* zu einem Magenkarzinom führen kann, wird eine Therapie nur zur Vorbeugung der Karzinomentwicklung generell nicht empfohlen. Hat ein Patient Verwandte 1. Grades, die an einem Magenkarzinom erkrankt sind oder waren, oder eine Magenschleimhautentzündung, die den kompletten Magen erfasst hat, dann kann eine Therapie erwogen werden.

Ob Patienten, die mit *H. pylori* infiziert sind, aber keinerlei Symptome haben, therapiert werden sollen oder nicht, wird nach wie vor diskutiert. Ist in Zukunft eine Therapie mit Schmerzmitteln wie Diclofenac oder Acetylsalicylsäure geplant aufgrund anderer Erkrankungen, so kann eine Therapie erwogen werden.

### **Wie wird therapiert?**

Um *H. pylori* dauerhaft aus dem Magen „loszuwerden“, bedarf es einer Therapie mit Antibiotika. Dabei werden in der Regel zwei verschiedene Antibiotika (z. B. Clarithromycin und Amoxicillin oder Metronidazol) mit einem Protonenpumpenhemmer (ein Medikament, das den Magen weniger sauer macht) kombiniert. Eine solche Therapie sollte über einen Zeitraum von 10 bis 14 Tagen eingenommen werden. Alternativ kann auch eine sogenannte Quadrupeltherapie (weil sie aus vier Komponenten besteht) zum Einsatz kommen; dabei werden die beiden Antibiotika Tetracyclin und Metronidazol mit einem Protonenpumpenhemmer und dem Salz Wismutsubzitrat kombiniert. Wichtig ist wie bei allen Therapien mit Antibiotika, dass sich der Patient genau an die Anweisungen seines Arztes hält und die Antibiotika über den verschriebenen Zeitraum einnimmt.

In der Mehrzahl der Fälle verläuft die Therapie er-



folgreich (zw. etwa 80–90 %); leider kann es aber passieren, dass die Bakterien trotz Therapie immer noch vorhanden sind.

### Alle Tabletten eingenommen, aber *H. pylori* ist immer noch da – was tun?

Man weiß, dass eine Antibiotikatherapie beispielsweise bei Patienten mit Diabetes mellitus oder bei Rauchern weniger gut anschlagen kann.

Neben der unregelmäßigen Einnahme sind allerdings Resistenzen gegenüber den verordneten Antibiotika der wichtigste Faktor für ein Therapieversagen. Ist *H. pylori* gegen eines der in der Therapie verwendeten Antibiotika resistent, so ist ein Versagen der Therapie vorprogrammiert. Wie bei anderen bakteriellen Infektionen steigt das Risiko einer Antibiotikaresistenz der verursachenden Bakterien mit der Häufigkeit vorangegangener erfolgloser Therapien. Auch die Einnahme von Antibiotika aufgrund anderer Infektionen wie beispielsweise wegen eines Harnwegsinfektes oder einer Atemwegserkrankung hat einen Einfluss auf die Resistenzentwicklung bei *H. pylori*.

Geht eine erste Therapie schief, kann man immer noch auf andere Therapien mit anderen Antibiotika zurückgreifen. Allerspätestens nach einem zweiten Therapieversagen sollte dann aber ein Mikrobiologe hinzugezogen werden, um die Antibiotika-Resistenz der *H.-pylori*-Bakterien zu messen. Dann kann dem Patienten eine auf ihn individuell zugeschnittene Therapie mit noch wirksamen Antibiotika verordnet werden.

### Wenn man selbst infiziert ist: Ruhe bewahren

Wenn man an einer Infektion mit *H. pylori* leidet, ist das kein Grund, in Panik zu verfallen. Man sollte dann mit dem behandelnden Gastroenterologen bzw. Hausarzt den Befund, Risiken und mögliche Therapieoptionen besprechen. Bestehen keine Symptome, so ist eine Therapie nicht immer angezeigt. Bei Patienten, die bei der Magenspiegelung eine eher unauffällige und wenig entzündlich veränderte Magenschleimhaut zeigen, ist es sogar häufig viel schwieriger, *H. pylori* zu eliminieren. Manchmal sind dann mehrere Therapien erforderlich, was wiederum zu einem Anstieg der



Antibiotikaresistenzen führt. Und so bösartig, wie manche meinen, ist *H. pylori* auch nicht: Schließlich hat sich der Keim über Jahrtausende hinweg im Menschen etabliert und braucht ihn zum Überleben. Umgekehrt kann auch der Mensch von seinem kleinen Bewohner profitieren: Es gibt Studien, die gezeigt haben, dass *H. pylori* das Immunsystem „trainiert“ und Menschen, die mit dem Keim infiziert sind, ein geringeres Risiko haben, später einmal an allergischem Asthma zu erkranken.

Illustration von *Helicobacter pylori* auf der Magenschleimhaut

© Fotolia, Sebastian Kaulitzki

### Verfasser:

PD Dr. Erik Glocker – Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie  
Telefon: +49 3381 41 24 43  
E-Mail: e.glocker@labor-brandenburg.de

Institut für Laboratoriumsmedizin  
Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH  
Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel

# Modernste Verfahren zur Behandlung von Aneurysmen der Aorta und der Beckenschlagadern in der Klinik für Gefäßchirurgie



Abb. 1 Aneurysma der Bauchschlagader



Abb. 2 Medtronic-Aortenstent auf dem Einführungskatheter (im Stadium der Entfaltung)

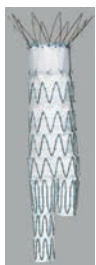


Abb. 3 Aortenstent entfaltet

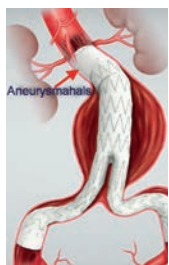


Abb. 4 Aortenstent hat Aneurysma ausgeschaltet

Aneurysmen sind Aussackungen eines Blutgefäßes. Besonders die Aneurysmen der Bauchschlagader und der Beckenschlagadern sind ab einer bestimmten Größe (Männer ab 50 mm, Frauen ab 45 mm Durchmesser) gefährlich, weil sie platzen und dann zu einer inneren Verblutung führen können (Abb.1).

Solche Aneurysmen machen selten Beschwerden und werden meist zufällig bei einer Ultraschall- oder CT-Untersuchung des Bauchraumes entdeckt. Dann kann gezielt eine Behandlung geplant werden. Sind erst Komplikationen aufgetreten, die z. B. zu starken Schmerzen im Bauch oder in den Beinen führen, ist die Behandlung sehr viel schwieriger und oft nicht mehr erfolgreich. Wichtig ist deshalb ein rechtzeitiges Erkennen der Erkrankung, z. B. durch Ultraschalluntersuchung des Bauches. In Zukunft werden die Krankenkassen bei Risikogruppen (Männer ab 65 Jahre, Patienten mit Aneurysmaerkrankung in der Familie) eine Vorsorgeuntersuchung mit Ultraschall (Screening) bezahlen (<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/645/>).

Früher mussten sich Patienten mit solchen Erkrankungen einer sehr belastenden offenen Bauchoperation zur Aneurysmaausschaltung mit einer Gefäßprothese unterziehen.

Seit 15 Jahren ist die Klinik für Gefäßchirurgie in der Lage, die meisten Aneurysma-Patienten mit einer schonenderen Kathetertechnik durch das Einbringen eines Aortenstents zu behandeln. Um diese Methode anwenden zu können, benötigt man viel Erfahrung. Den Gefäßchirurgen kommt dabei zugute, dass sie in den letzten 25 Jahren tausende Schlagadern durch Ballon-Aufdehnung und Stenteinlage behandelt haben.

Aortenstents sind ummantelte Metallstents, die sich in einem größeren Kunststoffkatheter (Abb.2) befinden und die unter Röntgensicht im OP-Saal über einen Führungsdraht in die Schlagader eingeführt werden. Ist die korrekte Lage des Stents durch Kontrastmittelröntgen (Angiographie) festgestellt, wird der Stent freigesetzt (Abb. 3 und 4).

Genauere Messungen der CT-Bilder sind erforderlich, um die richtigen Stentbestandteile auswählen zu können. Der Aortenstent muss einerseits den Bluteinstrom in das Aneurysma verhindern, darf andererseits aber die Blutversorgung der inneren Organe und der Beine nicht behindern. Ansonsten drohen lebensbedrohliche Komplikationen.

Also spielt nicht nur die Größe des Bauchaortenaneurysmas eine Rolle, sondern auch die Form und die Lage des Aneurysmas zu den wichtigen Schlagadern für die Nieren, die anderen inneren Organen und den Beckenschlagadern. Hierdurch wird die Stenteinbringung schwierig, denn der Stent braucht eine gewisse Länge gesunder Gefäßwand, besonders am „Aorten Hals“ (Abb. 1 und 4), an der er sich „festklammern“ kann, und wichtige Schlagadern dürfen nicht verschlossen werden. Manchmal ist gleichzeitig ein Aneurysma der Beckenschlagader vorhanden, welches auch behandelt werden muss (Abb.5 und 6). Darum kam früher für manche Patienten die Versorgung mit Aortenstents nicht in Frage.

Es wurden deshalb Spezialprothesen entwickelt, die auch die Versorgung dieser Patienten zunehmend ermöglichen. Die Einbringung dieser Prothesen ist sehr schwierig. Durch kontinuierliche Weiterbildung haben die Gefäßchirurgen diese Methoden erlernt und führen sie sehr erfolgreich durch.

Eine Herausforderung für den Operateur entsteht, wenn die Arterien der Nieren oder die Darmarterien in die Aneurysmabildung einbezogen sind. Dann müssen diese Arterien durch gesonderte Stents gesichert werden, damit die Versorgung der inneren Organe gewährleistet bleibt.

Diese Patienten werden mit sogenannten gefensternten Stents (fenestriert, Abb. 7) oder anderen Spezialmethoden (Chimney-Technik) versorgt. Diese Stents müssen oft für den betreffenden Patienten maßgefertigt werden. Auch diese Verfahren haben wir in unser Repertoire übernommen.

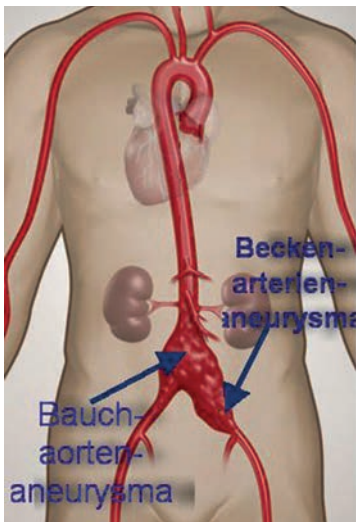


Abb. 5 Aneurysma von Bauchaorta und Beckenschlagader



Abb. 6 Cook-Stentprothese schaltet Aortenaneurysma und Beckenaneurysma aus

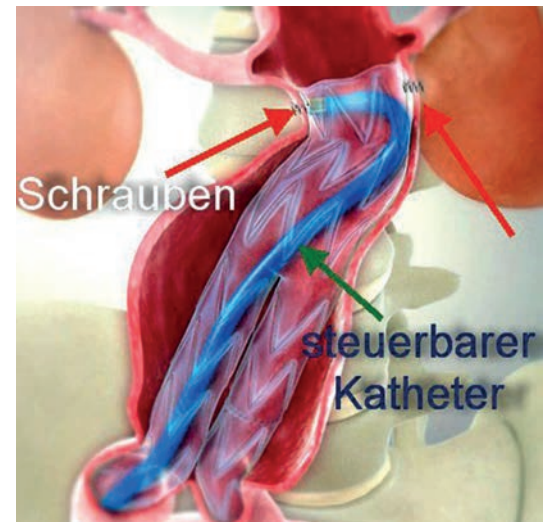


Abb. 10 Anschrauben der Prothese mit Spezialkatheter

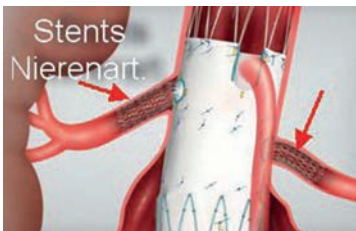


Abb. 7 Cook-fenestrierte Aortenprothese



Abb. 8 Aptusschraube



Abb. 9 Aptusschraube am steuerbaren Katheter

Gelingt in Einzelfällen die Abdichtung des Aneurysmahalses nicht, kommen Spezialmethoden wie die Festschraubung der Prothese an den Aneurysmahals mittels steuerbarer Spezialkatheter zur Anwendung (Abb. 8, 9 und 10).

In Zukunft wird die Modernisierung der Röntgentechnik im Operationssaal solche Operationen weiter erleichtern, so dass wir unseren Patienten die modernsten Versorgungsmethoden anbieten können.



Klinik für Gefäßchirurgie  
Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie

**Klinikdirektor**

Dr. med. Wolfgang Haacke

**Sekretariat**

Telefon +49 33 81. 41 13 50

E-Mail:

[gefaesschirurgie@klinikum-brandenburg.de](mailto:gefaesschirurgie@klinikum-brandenburg.de)

## Was sind Arzneimittelfälschungen?

Unsere oberste Arzneimittelüberwachungsbehörde macht dazu folgende treffliche Ausführungen:

„Eine Arzneimittelfälschung ist nach Definition der Weltgesundheitsorganisation ein Arzneimittel, das in betrügerischer Absicht falsch gekennzeichnet wurde. Das bedeutet, dass zur Identität, zu den Inhaltsstoffen und/oder der Herkunft falsche Angaben gemacht werden.“

In Deutschland sind Arzneimittelfälschungen in der legalen Verteilerkette (Apotheke, Großhandel...) glücklicherweise ein sehr seltenes Ereignis. Bislang sind nur wenige Einzelfälle von Arzneimittelfälschungen mit Bezug zur legalen Verteilerkette bekannt geworden. Zuständig sind hier die Überwachungsbehörden der Bundesländer bzw. das Bundeskriminalamt.“

Zumeist werden also gefälschte Arzneimittel in der Bundesrepublik über verbotene Vertriebswege gekauft. Das fängt mit dubiosen Internetanbietern an und geht mit direkt illegal gehandelten „Leistungsförderern“ insbesondere im Bereich der Kraftsportarten und sogenannten Lifestyle-Arzneimitteln (z. B. Mitteln gegen Erektionsschwierigkeiten) weiter.

Im Jahr 2015 hat der Zoll rund 4 Millionen illegal gehandelte Tabletten sichergestellt, Tendenz steigend. Es ist ein mindestens so einträgliches Geschäft wie der illegale Drogenhandel. Die meisten Wirkstoffe und Fertigprodukte kommen nach Angaben des Zolls aus China, Indien oder Thailand. Die entdeckten Produkte sind sicherlich auch nur die Spitze des Eisberges.

Also, Vorsicht im Netz: Nicht jede „Internetapotheke“ ist seriös. Jeder ordentliche Anbieter braucht hierfür eine explizite Erlaubnis bzw. Zulassung der Apothekenaufsicht des jeweiligen Bundeslandes. Eine Zusammenfassung aller zugelassenen Versandhändler finden Sie auf <https://www.dimdi.de/static/de/amg/versandhandel/index.htm>.

Das Inverkehrbringen von gefälschten Arzneimitteln oder die Verletzung der gesetzlich bestimmten Handelswege für Arzneimittel sind klare Straftaten. Es wird eine Unwirksamkeit oder, drastischer, eine

Vergiftung des Patienten oder Anwenders in Kauf genommen.

Die Lager- und Transportbedingungen sind hierbei genauso wenig überwacht wie die Herstellungsbedingungen.

Eine weitere Schwachstelle ist die florierende Ex- und Importwirtschaft. Wichtig ist hierbei der lückenlose Nachweis der Herkunft, der immer schwieriger wird, je mehr Stationen ein Arzneimittel auf seinem Weg vom Hersteller bis zum Patienten durchläuft.

Auch ist das Erkennen einer Fälschung oft auch für Fachleute schwer, da sich Fälschungen äußerlich oft nicht vom Original unterscheiden.

Mit der heutigen Technik ist die Erstellung einer identisch anmutenden Verpackung wenig problematisch. Auch kann eine Quelle schon mal ein professioneller Arzneimittellieferant sein, bei dem einige Mitarbeiter illegal, ohne Wissen der Firmenleitung, produzieren und sich so sehr gut bezahlte Überstunden organisieren.

Um die Handelskette noch nachvollziehbarer zu gestalten, soll nach Gesetzesplan im Jahr 2019 die lückenlose Erfassung jeder einzelnen Arzneimittelpackung auf ihren Weg nachvollziehbar sein. Es soll vor Abgabe an den Patienten eine Prüfung erfolgen, ob das Arzneimittel tatsächlich aus der Charge des auf der Packung ausgewiesenen Herstellers entstammt. Dazu wird jede einzelne Packung serialisiert. Das bedeutet, jede einzelne Packung bekommt einen eigenen Nummerncode.

Bei jeder Station der Vertriebskette werden die Daten ab 2019 mit denen in einem zentralen Rechner abgeglichen. Zuletzt muss in der Apotheke vor der Abgabe diese Nummer elektronisch eingelesen werden. Nur wenn diese dann vom System nicht beanstandet wird, darf das Arzneimittel an Patienten abgegeben werden.

Die Nummer ist dann nach diesem Vorgang nicht mehr benutzbar.

Es handelt sich hierbei um einen technischen Lösungsansatz, der alle Hersteller, Großhändler, Impor-

teure, Reimporteure, Apotheken, Versandapotheken und auch Krankenhausapotheken einschließen muss. Das ist eine enorme organisatorische Herausforderung und führt in der gelebten Praxis vermutlich zu einigen (Anfangs-)Schwierigkeiten.

Ob uns dieses kostenintensive Projekt dann vor kriminellen Energien schützt oder zusätzlich Probleme schafft, wird die Zukunft zeigen.

Der Vertriebsweg vom Hersteller bis zum Patienten muss gesichert sein. Je übersichtlicher und behördlich überwachter er ist, umso einfacher ist es auch, die Herkunft der Arzneimittel zu garantieren.

Das bestätigt sich auch dadurch, dass aus den klassischen öffentlichen Apotheken so gut wie keine Fälschungsverdachtsfälle gemeldet werden.

Im Falle der Bestellung bei Versandapotheken sollten Sie sich unbedingt vorher vergewissern, ob der Anbieter auch in Deutschland zugelassen ist.

Als Patient unserer Klinik bekommen Sie die Arzneimittel aus der eigenen Krankenhausapotheke. Hier kaufen wir die allermeisten Arzneimittel aus „erster Hand“ – also direkt vom Hersteller – und wenige von einem überwachten Arzneimittelgroßhandel. Des Weiteren kommen wir, wie alle Apotheken, unserer Pflicht zur regelmäßigen Überprüfung bei uns lagernder Fertigarzneimittel nach. So sichern wir die Originalität und Qualität der Medikamente für unsere Patienten.



Das Team der Krankenhausapotheke.



## Apotheke

### **Apothekenleiter**

Ingo Franz

Tel.: +49 33 81. 41 23 50

E-Mail: [franzing@klinikum-brandenburg.de](mailto:franzing@klinikum-brandenburg.de)

### **stellv. Apothekenleiterin**

Frau Glaser

Telefon +49 33 81. 41 23 51

E-Mail: [s.glaser@klinikum-brandenburg.de](mailto:s.glaser@klinikum-brandenburg.de)

# Start für ein neues Miteinander

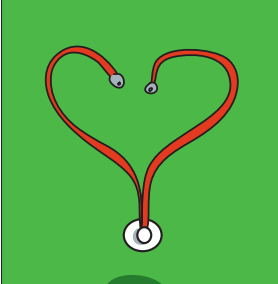
## Gemeinsam sind wir der „Campus für Gesundheit“

Ein Unternehmen hat nicht nur eine Kultur, es ist eine Kultur. Welches Image ein Unternehmen am Markt hat, wird nicht nur von seinem Leistungsangebot bestimmt, sondern vor allem von den Menschen. Um den Teamgeist zwischen Mitarbeitern aller Konzernunternehmen des Städtischen Klinikums und durch alle Hierarchieebenen hinweg zu stärken und so eine positive Außendarstellung mit gelebter Servicekultur zu erlangen, haben wir im vergangenen Juli einen neuen Verhaltenscodex vorgestellt:

### „Wir“.

Diese Neustrukturierung zielt darauf ab, respektvolle Kommunikation zu leben, Vorbild zu sein, Eigeninitiative zu beweisen sowie Fehler und Fehlverhalten anzusprechen. Nur so kann es uns gelingen, einen neuen Teamspirit zu erzeugen und auch in Zukunft einen Top-Service am Patienten zu bieten.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Beteiligten bedanken.

Klinikum Brandenburg Verhaltenscodex

**1.**  
**Wir geben Patienten und Angehörigen immer ein gutes Gefühl**

- Ich Sorge für eine positive und angemessene Atmosphäre.
- Jede Begegnung gestalte ich empathisch, einfühlsam und respektvoll.
- Ich bin in Gesprächen präsent und zugewandt und nutze mein Zeitbudget für eine hohe Begegnungsqualität.
- Mit meinem positiven und gepflegten Erscheinungsbild vermittele ich Vertrauen und unterstreiche meine Professionalität.



Klinikum Brandenburg Verhaltenscodex

**2.**  
**Wir begegnen uns mit Höflichkeit**


- Jedem Menschen begegne ich mit Zuwendung, Blickkontakt und einem freundlichen Nicken oder im Idealfall mit einem Tagesgruß.
- Ein „Bitte“ und „Danke“ sind für mich selbstverständlich.
- Ich verabschiede jeden Besucher freundlich und signalisiere spürbar, dass wir gerne für ihn da sind.



Klinikum Brandenburg Verhaltenscodex

**3.**  
**Wir kommunizieren respektvoll**

- Ich zolle der Leistung meiner Kollegen Respekt.
- Ich verhalte mich umsichtig und diskret. Bevor ich einen Raum betrete, klopfе ich an.
- Menschen, die ich kennenlernen, stelle ich mich höflich mit Vor- und Zuname vor.
- Persönliche Probleme oder Konfliktsituationen spreche ich sachlich und unter vier Augen an.
- Wir reden miteinander und nicht übereinander.



Klinikum Brandenburg Verhaltenscodex

**4.**  
**Wir beweisen Eigeninitiative**

- Ich gehe mit offenen Augen durch das Krankenhaus und spreche jeden Besucher an, der offensichtlich Hilfe benötigt.
- Ich fühle mich verantwortlich für das Haus als Ganzes und mache Verbesserungsvorschläge.
- Ich kümmere mich im Rahmen meiner Kompetenz, wenn ein Patient Hilfe braucht.



Klinikum Brandenburg Verhaltenscodex

**5.**  
**Wir ziehen an einem Strang**

- Wir erreichen im Team mehr, wenn wir unterschiedliche Kompetenzen wertschätzen, Vielfalt zulassen und uns immer wieder neu formieren. Für ein gemeinsames Ziel. Das körperliche, geistige und seelische Wohl des Patienten.
- Wir tauschen uns miteinander und übergreifend aus.
- Wir helfen uns gegenseitig.
- Über die Hilfe eines Kollegen freue ich mich und nehme sie dankbar an.

## „Bisher war unsere Familie arztfrei“

**Dr. Markus Kathke ist neuer Chefarzt der Augenklinik**

„An unserer Augenklinik schätze ich besonders, dass wir ein kleines Team sind mit fast familiärer Atmosphäre. Wir arbeiten Hand in Hand. Alle ziehen an einem Strang, nicht nur die Ärzte und das Pflegepersonal, sondern auch alle anderen Mitarbeiter, auch die Reinigungskräfte“, antwortet Chefarzt Markus Kathke auf die Frage, was ihm an der Augenklinik so gut gefällt, dass er aus Berlin an das Klinikum Brandenburg zurückgekehrt ist. Auch die Möglichkeiten der fachlichen Zusammenarbeit mit Kollegen, die auf dem kleinen Dienstweg möglich ist, sowie die moderne Ausstattung der Augenklinik – OP-Equipment und Diagnostik – waren Pluspunkte für ihn. Natürlich spielte auch die langfristig gute berufliche Perspektive eine Rolle für seine Entscheidung.

Als Markus Kathke sich gegen Ende seiner Schulzeit überlegte, Medizin zu studieren, hatte er in seinem familiären Umfeld keine Vorbilder für diesen Berufsweg. „Wir waren eine völlig arztfreie Familie“, sagt er. Studiert hat er an der Freien Universität Berlin. Im Praktischen Jahr des Studiums wollte er eigentlich die Fachrichtung Hals/Nasen/Ohren wählen. Doch da gab es keine freien Plätze mehr. Eine Alternative war die Augenheilkunde. Diese Entscheidung habe er nicht bereut, ebenso wenig wie seine Berufswahl. Nur der Aufwand an Bürokratie habe sich im Lauf der Jahre im Arztberuf gefühlt verfünffacht, beklagt Kathke.

Seine bisherigen beruflichen Stationen waren das Klinikum Benjamin Franklin in Berlin-Steglitz (heute Charité), wo er seine erste Stelle antrat und wo er über sechs Jahre lang arbeitete. Er wechselte dann 2005 zunächst für zwei Jahre als Oberarzt an die Augenklinik des Klinikums Brandenburg. Beim damaligen Chefarzt Dr. Walter Noske hat er seine operativen Fähigkeiten weiter ausgebaut. Anschließend war er dann fünf Jahre lang als Verantwortlicher der Netzhautabteilung der Augenklinik Berlin-Marzahn tätig, bevor er 2012 als stellvertretender Chefarzt an die Augenklinik im Klinikum Brandenburg zurückkehrte.

„Man hat mich als Nachfolger von Dr. Noske unter anderem deshalb berufen, weil ich Kontinuität garantieren kann, nachdem ich viele Jahre lang mit ihm

eng zusammengearbeitet habe. Kontinuität ist vor allem für die Zuweiser und deren Patienten mit chronischen Augenkrankungen wichtig“, sagt Kathke, zumal die Augenklinik ein riesiges Einzugsgebiet habe. Seit dem Ausscheiden von Dr. Noske hat sich an den Abläufen kaum etwas Wesentliches geändert. Man habe die Kontrollintervalle der Patienten abhängig vom Krankheitsbild etwas verändert. Es könne dennoch sein, dass wissenschaftlich betreute Patienten künftig zur Befundkontrolle auch zusätzlich einbestellt werden bzw. Zuweiser um Befundübermittlung gebeten werden. Obwohl dies ein zusätzlicher Aufwand für die Patienten und auch die Arztpraxen sei, sei der Zuspruch und Rücklauf bisher gut. Auch seine eigenen Arbeitsschwerpunkte seien unverändert die Netzhaut- und die Glaukomchirurgie.

Durch die kurzen Wege in der Stadt Brandenburg lassen sich Beruf und Familie gut vereinbaren, freut sich Kathke. Das sei in Berlin ganz anders gewesen, wo er viel Zeit auf dem Weg von und zur Arbeit verbracht habe. Leider viel zu wenig Zeit habe er zum Motorradfahren oder für Ausfahrten mit dem Paddelboot. Sehr gerne geht er auch mit seinem Sohn angeln.

**Verfasserin:** Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin



**Dr. med. Markus Kathke**



Klinik für Augenheilkunde

**Chefarzt**

Dr. med. Markus Kathke

Telefon +49 33 81. 41 19 50

E-Mail: [m.kathke@klinikum-brandenburg.de](mailto:m.kathke@klinikum-brandenburg.de)

# Tatkräftige Hilfe für Diabetiker

## Diabetesberaterinnen erleichtern den Start



Modell verfetteter Organe



Diabetesberaterinnen

„Für viele Menschen ist es erstmal ein Schreck, wenn sie die Diagnose Diabetes mellitus hören“, sagt Mona Klemp. Sie und ihre Kollegin Simone Schulze sind Mitarbeiterinnen des Zentrums für Innere Medizin II am Städtischen Klinikum Brandenburg. Sie waren beide langjährig im Klinikum als Krankenschwester tätig, bevor sich Frau Klemp im Jahr 2000 zur Diabetesberaterin und Frau Schulze 2013 zur Diabetesassistentin fortbildete.

Einer der verschiedenen Schwerpunkte ihrer Tätigkeit ist die Beratung von Menschen mit Diabetes mellitus. Die Diagnose kann das bisherige Leben verändern und neue Probleme im Alltag hervorrufen. Oftmals wird die Diagnose zufällig im Krankenhaus gestellt und die Betroffenen ahnten noch nichts, da Diabetes mellitus oft längere Zeit ohne Anzeichen verläuft.

„Man kann gut mit Diabetes leben. Wer sich auskennt und seine Krankheit konsequent behandeln lässt, kann im Prinzip ein ganz normales Leben führen“, wissen die beiden Beraterinnen. Doch bis die anfängliche Ablehnung der Krankheit überwunden ist, kann es eine Weile dauern. „Jeder Mensch ist anders, jeder Charakter ist individuell“, wissen die beiden aus Erfahrung. Deswegen wird für jeden die möglichst optimale Therapieform gewählt.

Wichtig ist, dass der Patient erkennt, dass Diabetes eine Erkrankung ist, die er selbst zum Positiven beeinflussen kann. So können möglicherweise viel Bewegung und eine Ernährungsumstellung dazu führen, dass Medikamente reduziert werden können oder Insulin erst sehr viel später gespritzt werden muss. Erster Ansatz bei der Behandlung ist die Ernährung. Immer öfter kann man lesen, dass Diabetiker alles essen dürfen. Das stimmt die beiden Beraterinnen unzufrieden. Auch wenn das theoretisch stimmt, so kommt es doch wesentlich darauf an, dass die Betroffenen sich ausgewogen ernähren. Insbesondere müssen sie wissen, was Kalorien und Kohlenhydrate sind und welche Rolle sie in der Ernährung spielen. Und was hat es mit den geheimnisvollen Broteinheiten auf sich und wie berechnet man sie?

In den Schulungen, welche verschiedene Themen umfassen, werden den Betroffenen Hintergrundwissen und praktische Fertigkeiten vermittelt.

Diese richten sich nach der Form des Diabetes mellitus und seiner Therapie.

### Themen sind zum Beispiel:

- I Was ist Diabetes mellitus und wie wird er behandelt?
- II Blutzuckermessung und Unterzuckerung
- III Ernährung
- IV Insulindosisanpassung,
- V Mögliche Folgeerkrankungen sowie weitere, spezielle Themen

Die Inhalte der Beratungen basieren auf anerkannten Schulungsprogrammen der DDG (Deutsche Diabetesgesellschaft). Zusätzlich haben die beiden Beraterinnen Anschauungsmaterialien selbst gefertigt, um für ein noch besseres Verständnis zu sorgen. Die Schulungen finden meist in Gruppensitzungen statt. Hier kann man oft erleben, wie sich die Teilnehmer gegenseitig motivieren. Was anfangs verwirrend wirkt, wird mit zunehmendem Wissen und Übung im Umgang mit der Krankheit zur Routine. Hierzu zählen auch die täglichen Anleitungen am Krankenbett außerhalb der Schulungen, so dass die Diabetiker gut gerüstet nach Hause entlassen werden können. Und wenn die Betroffenen selbst nicht in der Lage sind, ihre Therapie zu übernehmen, wird eine Lösung für die ambulante Versorgung gefunden.

### Information

Die Diabetesberatung des Städtischen Klinikums ist eine stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 und wurde zertifiziert von der DDG (Deutsche Diabetesgesellschaft).

**Verfasserin:** Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin, Mona Klemp, Simone Schulze



# Modern und ansprechend

## Unsere Verwaltung zieht um

Nach den Entwürfen der freien Architekten Heinle, Wischer und Partner entsteht im Laufe der nächsten Monate im Haus 8 eine zentrale Anlaufstelle für unsere Angestellten der Verwaltung.

Das seit dem Jahr 2015 erfolgreich etablierte Markenbild mit den Farben des Klinikums Brandenburg Campus für Gesundheit wird sich durch die neuen Räumlichkeiten ziehen. Ende Oktober, Anfang November 2017 soll das dann komplett renovierte Obergeschoss des Hauses 8 bezogen werden.

Georg Riethmüller, technischer Leiter der Klinik Service Center GmbH, erklärt: „Die Umsetzung des Umbaus im Haus 8 handhabt unsere Abteilung größtenteils selbst. Derzeit werden im Rohbau der oberen Etage, die vorher die Innere Medizin 2 und 5 beherbergte, Rohrleitungen verlegt sowie Sanitär-, Kälte- und Elektrotechnik installiert.“

Unsere aktuell noch in angemieteten Gebäuden in der Hochstraße 14, 15 und 16 ansässige Verwaltung wird nach der Fertigstellung des gesamten Gebäudekomplexes auf zwei Etagen zentral untergebracht sein. Neben Büros werden auch ein großer und zwei kleine Konferenzräume zur Verfügung stehen. Mit dem rot-grauen Farbschema auf weißem Grund wird das Innere des Gebäudes eine moderne, unserem Corporate Design gerecht werdende Ansicht erhalten. Mit dem Umzug der derzeit noch im Erdgeschoss von Haus 8 ansässigen Pathologie und der Laborräume der MHB Theodor Fontane nach Haus 11 in der zweiten Jahreshälfte 2018 wird dann endgültig Platz für alle Angestellten der Klinikumsverwaltung geschaffen.



# Sportliche Klinikmitarbeiter

## Teilnahme an der XLETIX und dem AOK-Staffellauf



AOK-TEAM-Staffellauf

### Starkes Teilnehmerfeld bei der AOK-TEAM-Staffel in Brandenburg

Mit insgesamt 19 Teams war das Städtische Klinikum bei der zweiten Auflage der von SCC Events und dem VFL Brandenburg organisierten AOK-Teamstaffel in Brandenburg vertreten. Bei sinnflutartigen Regenfällen machte sich am 29. Juni ein buntes Teilnehmerfeld aus allen Bereichen des Klinikums unter dem Motto „5 km schafft jeder“ auf den Weg. Auch die Tochterunternehmen sowie die Medizinische Hochschule Brandenburg und das Klinikum Westbrandenburg ließen sich nicht lange bitten und brachten Staffeln an den Start. Die MHB war gleich mit vier Teams vertreten, das Klinik Service Center schickte mit den „Lauftechnikern“ und der „Bluemangroup“ zwei Teams ins Rennen. Den Weg vom Hauptbahnhof nahm das Team „Durchblick“ auf sich, um die Flagge des Gesundheitszentrums hochzuhalten und dabei die Kollegen aus dem Labor, die bereits im letzten Jahr starteten, zu unterstützen. Ein Team bestand aus vier Läufern, welche sich die insgesamt 20 Kilometer Strecke teilten.

Nachdem man die Bambini's angefeuert hatte, die um 18:00 Uhr ihre Schnelligkeit unter Beweis stellten, wurde das obligatorische Gruppenfoto geschossen, ehe die Startläufer der Staffeln dem Startschuss um 18:30 Uhr entgegenfieberten. Die Strecke führte die Teilnehmer vom Packhof über die Dominsel zum Grillendamm, man folgte der Havel durch die Altstadt, überquerte die Luckenberger Brücke, um Richtung Wiesenweg zu gelangen. Von dort aus ging es die Havel entlang zurück, um seinem Teamkameraden den Staffelstab zu übergeben.

Nachdem der sportliche Teil des Tages geschafft war, begann ein reger kommunikativer Austausch zwischen den Teilnehmern. Dazu wurden leckere Snacks und kühle Getränke gereicht.

Ein großes Dankeschön gilt den motivierten Kollegen, die bei der Organisation, dem Auf- und Abbau sowie dem Catering so tatkräftig mitgewirkt haben. Allen Teilnehmern einen herzlichen Glückwunsch zu ihrer, trotz widrigsten Wetterbedingungen, großartigen gezeigten Leistung.

Am 28. Juni 2018 wird die dritte Auflage des Team-Staffellaufes in unserer Havelstadt stattfinden. Es ist wünschenswert, dass wir auch da wieder zahlreich vertreten sind – also vermerken Sie sich diesen Termin schon jetzt im Kalender und holen Sie die Laufschuhe aus dem Schrank.

### Ein Team, ein Ziel ... XLETIX 2017

Unter diesem Motto nahmen Ende Mai einige Mitarbeiter des Klinikums an der XLETIX Challenge in Zossen teil. Für die erste Teilnahme in der S-Distanz galt es, 7 km und 15 Hindernisse zu überwinden. Hoch motiviert, mehr oder weniger vorbereitet, aber mit ganz viel Vorfreude machten sich die neun Teilnehmer auf die Reise.

In Zossen angekommen, musste sich unser Team mit dem Namen „ITS-Sandmänner“ zunächst registrieren, um eine Startnummer in Form eines Stirnbandes. Durch das XLETIX-Team wurden die Teilnehmer kurz auf den Start vorbereitet – dann ging es um 13:00 Uhr zum Start in das Abenteuer.

Kurz nach dem Start gab es bereits ersten Kontakt mit schmutzigem Wasser und Matsch, bevor der erste Wassergraben für Abkühlung sorgte. Das war für unsere Kollegen und Kolleginnen ein nicht alltägliches Gefühl – nass und dreckig durch den Wald zu rennen. Das nächste Hindernis sorgte nun endgültig für einen braunen Teint, denn nun galt es, einmal komplett durch schlammiges Wasser unter Reifen durchzutauschen. Nur mit großer Teamarbeit konnte anschließend die 3 m hohe Holzwand überquert werden, um dann zu den nächsten Herausforderungen zu gelangen.

Sehr gespannt auf die nächsten Hindernisse und voller Spaß setzten die ITS-Sandmänner den Lauf fort – abtauchen im Eiswasser, Traktorreifen ziehen, über Walzen im Wasserbad springen standen auf dem Plan. Weiterhin mussten einige Steigungen über-

wunden werden, Teammitglieder auf einem Reifen sitzend einen Berg hoch- und heruntergetragen sowie unter einem Bauzaun durchs Wasser gezogen werden. Etwas schmutzig und voller Adrenalin überquerte das Klinikteam dann gemeinsam die Ziellinie – es war geschafft.

Es war ein sehr schönes Teamerlebnis und eine sehr gut organisierte Veranstaltung für unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Es ist nicht verwunderlich, dass sie auch an der XLETIX 2018 teilnehmen wollen – dann in der nächsthöheren M-Distanz.

Ein Team, ein Ziel ...



### Ergebnisliste

Platz 5	MHB Hochschulsport 1	1:24:34
Platz 29	Chefärzte	1:34:44
Platz 51	MHB Hochschulsport 2	1:41:10
Platz 57	Willi und die flotten Bienen	1:42:44
Platz 60	Die Zuckersüßen	1:43:02
Platz 63	Die Giftspritzen	1:44:22
Platz 64	Die Bürohengste	1:44:26
Platz 72	Die gestiefelten Muskelkater	1:46:01
Platz 99	KWB-K1	1:51:10
Platz 108	Medizinische Schule	1:53:09
Platz 122	Team Durchblick	1:55:28
Platz 128	Bluemangroup	1:56:22
Platz 132	Die rasenden Apotheker	1:57:16
Platz 136	KSC Lauftechniker	1:58:12
Platz 137	MHB Hochschulsport 4	1:58:36
Platz 141	Pillendreher	1:58:59
Platz 144	Augenteam	1:59:26
Platz 150	Klinik-Labor Teamexpress	2:01:38
Platz 151	Onkologie	2:02:07



XLETIX-TEAM

## Mal raus aus der Wohlstandsmedizin

**Fünfköpfiges Akustikerteam hat gutes Hören nach Nepal gebracht**



**Begrüßungszeremonie in Kirtipur (v.l.n.r.) Antje, Daniela, Hotelchefin, Susan, Steffi, Ralf- Erik**

„Da hat er mich gefragt, und ich habe einfach ja gesagt.“ Nein, einen Heiratsantrag hat der Brandenburger Hörgeräteakustiker Ralf-Erik Haase der HNO-Ärztin Susan Schrot nicht gemacht. Doch seine Frage, ob sie sich vorstellen könne, im September 2016 zwei Wochen lang an einer

Nepal-Exkursion teilzunehmen, um dort hörgeschädigte Kinder und Jugendliche zu untersuchen und gegebenenfalls mit Hörgeräten zu versorgen, fiel bei ihr auf fruchtbaren Boden. „Man muss mal raus aus der Wohlstandsmedizin“, erklärt sie ihre spontane Zusage. War sie doch bereits 2015 in ähnlicher Mission vier Wochen lang in Ghana gewesen, damals als Teilnehmerin der German Rotary Volunteer Doctors. Gern opferte sie dafür Urlaubstage. Und auch dass sie ihren Flug selbst bezahlt hat und in dieser Zeit kein Einkommen erzielen konnte, störte sie nicht.

Ende September 2016 landeten schließlich vier Akustiker, darunter Ralf-Erik Haase mit seiner Frau Steffi, sowie Daniela von Kopp aus Wandlitz und Antje Kaufmann, die in der Schweiz arbeitet, und die HNO-Ärztin Susan Schrot in Kathmandu. Ein paar Tage logierten sie in Kirtipur, einem Vorort von Kathmandu. In der dortigen Earclinic NAHOH (Nepal Association of the Hard of Hearing) begannen sie damit, mit Unterstützung des dortigen Assistenten Keshab Mandangol, Kinder zu untersuchen. Wie bei Exkursionen in den Vorjahren hatten sie auch dieses Mal wieder dank großzügiger Spenden Hörgeräte und andere Materialien in ausreichender Menge dabei. In Kathmandu konnte in den Vorjahren aus Spendengeldern auch ein Otoplastik-Labor eingerichtet werden, das von Keshab Mandangol betreut wird.

In Ear-Camps werden auf den Dörfern Kinder und Erwachsene untersucht. „Die Begeisterung der Kinder ist groß“, berichtet Susan Schrot. „Alle freuen sich darauf, bald etwas hören zu können.“ Wenn das

vorhandene Hörvermögen nicht ausgereicht hat, um mit einem Hörgerät verbessert zu werden, floss dann schon mal eine Träne, berichtet die HNO-Ärztin.

In Deutschland wurde 2012 ein Verein gegründet: hören helfen e.V. Der Verein sammelt Fördermittel und Spenden für das Nepal-Projekt und zahlt auch die Operationskosten, wenn einem Kind nur auf diese Weise zu gutem Hören zu verhelfen ist. Die meisten Familien sind zu arm, um solche Operation selbst zu zahlen, auch wenn ihr Kind durch diesen relativ unproblematischen Eingriff sein Hörvermögen zurückerhält. Es gab den Fall eines kleinen Jungen, dem der Verein für die erforderliche Operation die Kostenübernahme zugesagt hatte. Doch die Eltern haben die Genehmigung zur OP nicht erteilt obwohl dem Kind gut hätte geholfen werden können. „In diesem Fall musste dann doch auf Hörgeräte zurückgegriffen werden. Die Gründe für diese Entscheidung der Eltern blieben leider unbekannt.“

Besonders berührt war Susan Schrot von der absoluten Stille auf den Schulhöfen, die an Schulen mit hörbehinderten Kindern herrscht. Obwohl diese Kinder dort nicht lautieren, sondern sich mit Gebärdensprache verständigen, sind sie trotzdem fröhlich, hat die Ärztin beobachtet. Überhaupt ist ihr aufgefallen, dass sich die Menschen viel mehr aneinander erfreuen als hier in Deutschland. Die Nepalesen sind zu 80 % Hindus und zu 9 % Buddhisten. Sie ruhen in sich selbst. Andererseits sind sie sehr offen und gastfreundlich.



**Schulkinder vor Neubau für Schule/Internat (das Dach wurde vom Verein gespendet bzw. finanziert)**

Geradezu schockiert war sie von dem Verkehrschao, das in Nepal herrscht. „Wir haben stundenlang im Stau gestanden“, erinnert sie sich mit Grausen. Aber es gebe zu wenig Straßen und keine Zugverbindungen. Die wichtige Hauptstraße von Kathmandu nach Pokhara stellt die Hauptverkehrsader dar und ist regelmäßig total überlastet.

Es habe eine ganze Weile gedauert, bis sie hier in Deutschland auch mental wieder angekommen sei, erzählt Susan Schrot. Aber ja, sie würde sich 2018 gerne wieder einer Exkursion nach Nepal anschließen, sofern man sie nochmal fragen würde, sagt sie: „Man bekommt von den Menschen dort so viel zurück.“

### Wer ist Dr. med. Susan Schrot

*Susan Schrot (Jahrgang 1965) ist in Brandenburg an der Havel geboren. Sie hat zwei erwachsene Kinder, eine Tochter, 19 Jahre alt, sowie einen Sohn, 26 Jahre alt. Nachdem sie drei Jahre lang im Städtischen Klinikum Brandenburg als Kinderkrankenschwester gearbeitet hatte, studierte sie an der Charité Medizin und absolvierte ihre Facharztausbildung an der HNO-Klinik Brandenburg.*

*Was macht die HNO-Ärztin Susan Schrot in ihrer Freizeit? „Ich lese leidenschaftlich gerne, habe Aroha (ein Bewegungstanz), inspiriert durch neuseeländische Maoris, für mich entdeckt. Ich arbeite gerne in meinem Garten, liebe das Wasser, gehe oft schwimmen und war in jüngster Zeit auf einem Segeltörn auf der Ostsee und habe meinen Sportbootführerschein Binnen erworben. Familie ist mir sehr wichtig. Wenn es der Terminkalender von uns dreien erlaubt, sehe ich meine Kinder Jacob und Miriam-Carolina oft.“*

Der Verein [www.hören-helfen.org](http://www.hören-helfen.org) freut sich über Spenden. Falls jemand ungenutzte Hörgeräte (am besten Hinter-dem-Ohr-Geräte) hat – bitte in der Praxis Dr. Schrot oder im Hörgerätezentrum Haase & Partner als Spende abgeben.

**Verfasserin:** Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin



Blick auf Karthmandu (mit Smog) vom Hotel in Kirtipur



ear camp in Aktion: Dr. med. Susan Schrot, Patienten und Keshab (am Tisch)



schweisstreibender Aufstieg in die Schwerhörigenschule (in Dhading) mit Kindern aus der Schule mit mitgebrachtem Solarpaneel für Schule

## Tatütata – seine Freizeit gehört der freiwilligen Feuerwehr

**Robert Spierling ist Operations-Pfleger und suchte eine neue Herausforderung**



**Robert Spierling**

Es war an einem Montag um 17.30 Uhr, als Robert Spierling sich zum ersten Mal in der Fontanestraße 1 einfand, wo neben der Berufsfeuerwehr auch die Freiwillige Feuerwehr Brandenburg untergebracht ist. Ob er da schon geahnt hat, wie wichtig ihm diese Truppe werden würde? „Ich habe noch nie eine derartig tolle Kameradschaft erlebt wie hier bei der freiwilligen Feuerwehr“, sagt der junge Mann, der seit Februar 2016 als OP-Pfleger im Zentral-OP des Städtischen Klinikums Brandenburg arbeitet.

Spierling stammt von der Waterkant, aus Greifswald, wo er 1985 geboren ist. Dort hat er an der Universitätsmedizin Greifswald seine Ausbildung zum operationstechnischen Assistenten absolviert. „Bis dahin habe ich viele Umwege gemacht“, lacht der 32-Jährige. In Stade habe er ein Jahr lang eine Ausbildung zum Kranken- und Gesundheitspfleger gemacht, die er dann abgebrochen habe. Auf Rügen habe er beim Rettungsdienst des DRK gearbeitet und sich parallel dazu als Krankenpflegehelfer ausbilden lassen.

Robert Spierling wollte sich zwar beruflich weiterentwickeln, wollte aber nicht mehr auf einer Station arbeiten. Da war es ein Glücksfall für ihn, dass die Universitätsmedizin in Greifswald 2007 begonnen hat, erstmalig in Mecklenburg-Vorpommern in drei Jahren operationstechnische Assistenten auszubilden.

In die Havelstadt Brandenburg verschlug es ihn 2015 der Liebe wegen. Seine Freundin hatte an der Uni Greifswald mit einem Stipendium des Klinikums Brandenburg Medizin studiert. Dafür hat sie sich verpflichtet, nach ihrem Abschluss als Assistenzärztin am

Brandenburger Klinikum zu arbeiten. Robert Spierling zog mit der Freundin mit nach Brandenburg. Und nach einem einjährigen Gastspiel an den Havellandkliniken wechselte auch er an das Städtische Klinikum.

Seine Freizeitbeschäftigung sollte mehrere Wunschkriterien erfüllen. Robert Spierling wollte möglichst etwas lernen. Er war auf der Suche nach einer neuen Herausforderung. Er wollte soziale Kontakte knüpfen und die Stadt Brandenburg besser kennenlernen. Er wollte sich auch wieder sozial engagieren, aber möglichst nicht mehr beim DRK – das kannte er ja schon – und auch nicht bei den Johannitern, dem THW oder der DLRG. Da stieß er bei Youtube zufällig auf ein lustiges Video, das die Kameraden der Freiwilligen Feuerwehr Brandenburg über ihre Teilnahme am „Cold Water Challenge“ veröffentlicht hatten. Spierling war begeistert von der Truppe und nahm Kontakt auf zu Ortswehrführer Daniel Bucko.

Nachdem alle Fakten geklärt und das Aufnahme-prozedere abgeschlossen war, konnte Robert Spierling im Januar 2016 seine Grundausbildung zum Truppmann 1 beginnen.

Erste Hilfe, Brandentstehung und -bekämpfung waren unter anderem Themen des ersten Teils der Grundausbildung, der im April des vergangenen Jahres endete. Dazu gehörten auch technische Hilfeleistungen wie beispielsweise die Sicherung einer Unfallstelle. „Die Ausbildung ist sehr praxisbezogen“, berichtet Spierling. Geübt wird in Übungseinsätzen einmal pro Woche drei Stunden lang. Die Theorie wird bei der Berufsfeuerwehr unterrichtet. „Für mich war fast alles neu“, erzählt er. Besonders erschreckt habe ihn, wie schnell ein Feuer entstehen und unkontrollierbar werden kann.

„Als Quereinsteiger lernt man von den Jugendlichen in der Jugendfeuerwehr und als Mitbetreuer von den Kindern“, sagt Spierling, der einer von sieben Kameraden ist, die 35 Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren betreuen. Dieses Geben und Nehmen gefalle ihm sehr. Wichtig in der Feuerwehrausbildung sei auch das Thema Eigenschutz. Jeder Feuerwehrmann trägt Schutzbekleidung, um Eigenunfälle zu vermeiden.



Feuerwehrlhelm, Schutz Hose und -jacke, die mit einer Schutzmembrane ausgestattet sind, Stiefel und Handschuhe gehören zur persönlichen Schutzausrüstung und bleiben zwischen den Einsätzen in der Wache. Ausrüstungsteile, die mit Feuer in Kontakt gekommen sind, müssen ausgetauscht werden. Ist beispielsweise die Schutzmembrane beschädigt, so färbt sich die Jacke leicht rötlich und ist dann nicht mehr einsatztauglich.

Ausgelernt hat ein Feuerwehrmann eigentlich nie. Dekontamination von Personen, Einsatz bei Unfällen auf der Autobahn, Türnotöffnungen und Tragehilfen sind nur einige Themen im Spektrum der sich ständig erweiternden Aufgaben der Feuerwehren. Auch das Absichern von Großveranstaltungen wie Havelfest oder Classic Summer gehört dazu. Hinzu kommen die regelmäßigen Übungseinsätze, wo die Arbeitsabläufe bei Einsätzen immer und immer wieder trainiert werden, damit im Ernstfall jeder weiß, was er zu tun hat, und alles reibungslos läuft. Die Berufsfeuerwehr wird unterstützt. Beispielsweise haben die Kameraden von der freiwilligen Feuerwehr Wachbereitschaft, wenn die Berufsfeuerwehr ausgerückt ist. So ist die Feuerwache immer besetzt, falls weitere Notfälle gemeldet werden.

Im Mai 2016 hat Robert Spierling seine Feuertaufe bei einem spektakulären Einsatz erlebt: Er war bei seinem ersten Einsatz bei dem Großfeuer in der Brandenburger Altstadt dabei, dem vier Häuser komplett zum Opfer fielen. „Personenschäden waren glücklicherweise nicht zu beklagen. Wir konnten sogar eine Katze aus dem Feuer retten“, erinnert sich der Feuerwehrmann. Der Einsatz habe von morgens circa sechs Uhr bis nachts etwa drei Uhr gedauert.

„Die Arbeit bei der freiwilligen Feuerwehr prägt die gesamte Lebenseinstellung“, stellt Robert Spierling fest und strahlt. Der Zusammenhalt mit den Kameraden ist eng. Auch privat unternehmen sie viel gemeinsam. „Wir grillen oder fahren mal an einen See zum Picknicken oder machen eine Sause nach Berlin.“ Man besuche auch gemeinsam Konzerte oder gehe zusammen auf den Weihnachtsmarkt. Einmal im Jahr fahren die Kameraden mit den Jugendlichen in ein Zeltlager. Spierling kann überhaupt nicht verstehen, wieso die freiwillige Feuerwehr Nachwuchsprobleme hat. Eine spannendere und befriedigendere Freizeitbeschäftigung gibt es für ihn kaum.

**Verfasserin:** Ann Brünink, M. A. phil., Journalistin

# Jubiläen

## Klinikum Brandenburg, Klinik Service Center und Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof



### IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...

10 Jahre	01.04.2017	Thoms, Nancy	Kreißaal
	01.05.2017	Stübing, Christin	Radiologie
	03.05.2017	Riewe, Nico	Station 3.1 D
	07.05.2017	Wittstock, Claudia	Station 3.1 C
	01.06.2017	Reich, Susanne	Station 3.1 A
	01.06.2017	Profetta, Liane	Hygieneabteilung
	01.06.2017	Dr. Schliesing, Helmut	Med. Schule
	01.07.2017	Thoms, Manuel	Verwaltung
	09.07.2017	Alsleben, Wiebke	Wachstation
	15.08.2017	Hofmann, Mirko	Station 3.1 C
16.08.2017	Brandes, Heike	IAZ	
15 Jahre	01.04.2017	OA Dr. med. Grebe, Faris	Gefäßchirurgie
	06.05.2017	Friedrich, Beate	Station 3.1 C
	15.07.2017	OA Dr. med. Kautzsch, Michael	Allgemeinchirurgie
	15.07.2017	Dr. med. Will, Olga	Anästhesie
	16.07.2017	Schmunck, Silke	IAZ
	01.08.2017	Vogel, Mandy	Station 3.2 B
25 Jahre	01.07.2017	Rother, Petra	Station 2.3
	13.07.2017	Neuling, Manuela	Innere Klinik I
30 Jahre	01.07.2017	Tertilt, Silke	Station 3.1 C
	16.07.2017	Apel, Antje	Wirtschaftsabteilung



### IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...

10 Jahre	02.07.2017	Lindner, Ralf	Reinigungsdienst
15 Jahre	01.05.2017	Klimanski, Karola	Reinigungsdienst
	01.05.2017	Roeder, Eveline	Reinigungsdienst
	06.05.2017	Kettner, Marcel	Küche
	15.05.2017	Schmiehle, Anita	Reinigungsdienst
	27.05.2017	Semmelroth, Ilona	Stationservice
	01.07.2017	Mushak, Kerstin	Sekretariat
	18.07.2017	Rosner, Ronny	Reinigungsdienst
	19.08.2017	Schmolka, Kerstin	Reinigungsdienst
20 Jahre	01.06.2017	Jurk, Peter	Patiententransport
	19.06.2017	Jäger, Claudia	Schreibdienst



25 Jahre	01.04.2017	Lehmann, Marion	Sekretariat
	15.05.2017	Woelfel, Ellen	Küche
	15.05.2017	Plewnia, Manuela	Küche
	15.05.2017	Viertel, Ines	Küche
	15.05.2017	Rudolph, Daniela	Küche
	15.05.2017	Reich, Angela	Küche
	15.05.2017	Bamme, Heike	Küche
	15.05.2017	Thomas, Marion	Stationservice
	15.05.2017	Leow, Frank	Küche
	15.05.2017	Pannewitz, Sylvana	Rezeption/Wachschutz
	15.05.2017	Leddin, Ines	Cafeteria
	01.07.2017	Hoerster, Cindy	Archiv
	01.07.2017	Koch, Carmen	Reinigungsdienst
	01.07.2017	Triebel, Marion	Zentralsterilisation
	06.07.2017	Jahn, Christiane	Schreibdienst
	03.08.2017	Lewin, Liane	Reinigungsdienst
35 Jahre	01.06.2017	Berndt, Andreas	Fuhrpark

---

— IHR DIENSTJUBILÄUM FEIERN ...



15 Jahre	01.04.2017	Börner, Doreen	GZB Chirurgie
	01.05.2017	Harring, Carikna	Pathologie
	08.04.2017	Eggert, Kathrina	Pathologie

## Veranstaltungskalender

### Infoabende für werdende Eltern

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,  
Aufenthaltsraum Station 2.2

Do., 19. 10. 2017 | 19 Uhr

### Stillen, Babypflege, Informationen über die Wochenbettstation

Leitung: Stillschwester

Do., 26. 10. 2017 | 19 Uhr

### Informationen rund um die Geburt im Städtischen Klinikum Brandenburg, Kreißsaalbesichtigung

Leitung: Frau Müller Siebert, Hebamme;  
Dr. med. Ledwon, Chefarzt der Klinik für Frau-  
enheilkunde und Geburtsmedizin; Kinder- und  
Jugendmedizin

Do., 09. 11. 2017 | 19 Uhr

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

Leitung: Dr. med. Kössel, Chefarzt der Klinik für  
Kinder- und Jugendmedizin

### Elternseminar im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof

Informationsreihe für Eltern und Interessierte rund  
um das Baby- und Kleinkindalter,  
Treffpunkt: Gesundheitszentrum am Hauptbahn-  
hof, Erdgeschoss: Netzwerk Gesunde Kinder

*Infos und Anmeldung beim Netzwerk Gesunde  
Kinder (Anja Maußer 0162/25 91 500 oder  
Andrea Schumacher 0173/521 99 24)*

Mo., 13. 11. 2017 | 16.30 Uhr

### Ich will mein Baby stillen

- › Kann ich mich darauf vorbereiten, und wenn ja – wie?
- › Tatsachen rund um Milcheinschuss, Muttermilch und ein sattes Baby
- › Was ist hilfreiches Basiswissen, aber was kann ich als „Märchen“ entlarven?

Leitung: Stillberaterin vom Netzwerk Stillen in  
Potsdam

### Geburtsvorbereitungskurs

Jeden Dienstag | 17 bis 19 Uhr  
Dauer: 4x 2 Stunden  
Ort: Städtisches Klinikum Brandenburg /Physio-  
therapie, Leitung: Uta Krone, Hebamme  
Anmeldung unter Telefon +49 33 81. 41 14 40

### Rückbildungsgymnastik

Jeden Mittwoch | 9 bis 10.30 Uhr  
Ort: Städtisches Klinikum Brandenburg/  
Physiotherapie  
Leitung: Solveig Müller-Siebert, Hebamme  
Anmeldung unter Telefon +49 171. 4 98 16 48

## 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 Dr. med. M. Kathke, Tel. (0 33 81) 41 19 50

### Frauenheilkunde und Geburtshilfe

CA Dr. med. P. Ledwon, Tel. (0 33 81) 41 14 00

### Gefäßchirurgie

CA Dr. med. W. Haacke, Tel. (0 33 81) 41 13 50

### HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie

CÄ Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop,  
Tel. (0 33 81) 41 17 00

### Innere Medizin I

Klinik für Angiologie

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

### Innere Medizin I

Klinik für Kardiologie und Pulmologie

CA Prof. Dr. med. O. Ritter, Tel. (0 33 81) 41 15 00

### Kinderchirurgie

Dr. med. Dr. rer. nat. Carsten Engelmann,  
Tel. (0 33 81) 41 12 71

### Kinder- und Jugendmedizin

CA Dr. med. H. Kössel, Tel. (0 33 81) 41 18 00

### Neurochirurgie

CA Prof. Dr. med. Chr. Ewald, Tel. (0 33 81) 41 17 50

### Radiologie

CÄ Dr. med. B. Menzel, Tel. (0 33 81) 41 26 00

### Urologie und Kinderurologie

CA Prof. Dr. med. T. Enzmann, Tel. (0 33 81) 41 18 50

### Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Gastroenterologie /Diabetologie

CA Prof. Dr. med. S. Lüth,

Tel. (0 33 81) 41 16 00

### Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Hämatologie, Onkologie und

Palliativmedizin

CA Prof. Dr. med. P. M. Deckert, Tel. (0 33 81) 41 16 00

### Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

CA Prof. Dr. med. R. Becker, Tel. (0 33 81) 41 19 00

## Impressum

**Herausgeber:** Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH, Hochschulklinikum der MHB Theodor Fontane, Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel, [www.klinikum-brandenburg.de](http://www.klinikum-brandenburg.de)

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

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

**Layout:** Mandy Hoffmann

**Druck:** Goretzka Offsetdruck, Ziesar

**Quellennachweise:** Fotoaufnahmen: Brygida Hoffmann, Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH, istockphoto: S. 28, © ferrerivideo, S. 5, © magicmine

**Kontakt:** Für Anregungen, Themenvorschläge und Hinweise ist die Redaktion dankbar: per E-Mail an [leserbriefe@klinikum-brandenburg.de](mailto:leserbriefe@klinikum-brandenburg.de)

## Warum nehmen meine Darmgeräusche unter Massage zu?

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

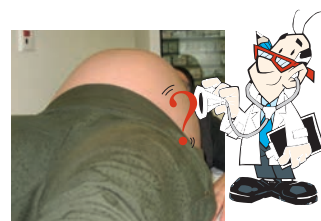
Die Darmtätigkeit wird über das parasympathische Nervensystem bzw. den Vagus-Nerv gesteuert. Das parasympathische Nervensystem dominiert vor allem in den Ruhe- und Schlafphasen unseres täglichen Lebens, während der Gegenspieler, das sympathische Nervensystem und seine Überträgersubstanzen Adrenalin und Noradrenalin, vor allem in den Phasen erhöhter physischer und psychischer Leistungsanforderungen dominiert, also vor allem wenn wir aufgeregt sind, uns körperlich anstrengen oder erschrecken: Pulsrate und Blutdruck steigen ...

Wenn Ihr/-e Masseur/-in nicht allzu heftig knetet, dann sollten Sie während der Massage schnell in den Zustand einer relativen Entspannung, also von der Dominanz des sympathischen auf die Dominanz des parasympathischen Nervensystems umschalten. Während sie evtl. einzuschlafen drohen, wird Ihr Magen-Darm-Trakt jetzt erst richtig wach und fängt an, zu pumpen und zu kneten, was das Zeug hält, dass es nur so ... blubbert, knurrt und evtl. auch mal pupst. Der Arzt kann die Geräusche für sein Ohr verstärken, indem er sein Hörrohr, Stethoskop genannt (das ich immer um den Hals trage), aufsetzt.

Die Psychotherapeutin Gerda Boyesen wurde auch die „Dame mit dem Stethoskop“ genannt. Sie entwickelte eine Massagemethode, mit der u. a. die Bewältigung von psychischen Problemen erleichtert werden soll. Die dabei erzeugten Darmbewegungen (Psychoperistaltik) kontrollierte sie durch Auflegen eines Stethoskops.

Wenn es also bei der nächsten Massage wieder kräftig blubbert, knurrt und pupst ... fühlen Sie sich nicht schuldig! Schuld ist in diesem Fall der Masseur. Und wenn ihm der Geruch lästig wird, dann soll er seine Massagetechnik gefälligst darauf einstellen und nur so massieren, dass es bei Blubbern und Knurren bleibt?

Viel Spaß und Entspannung bei Ihrer nächsten Massage wünscht Ihnen



Ihr Dr. Nikki Ulm