



Klinikum Brandenburg
Campus für Gesundheit

KLINIK JOURNAL

Das Gesundheitsjournal für
Patienten und Mitarbeiter

01 | 2019

ALLERGIEN

Warum eine Hyposensibilisierung
ratsam ist



Vorbereitet:

Klinikum meistert
Gefahr durch Keime

Verbunden:

Per Webcam das
Baby im Blick

Vernünftig:

Ein Plädoyer für
Impfkontrollen

MEDIZIN UND FORSCHUNG	Hornhauttransplantation rettet Augenlicht	4
	Multiresistente Keime erfolgreich bekämpfen	6
	Nephrologie am Klinikum	8
	Kamera am Babybett	9
	Historische Blinddarmoperationen	10
MENSCHEN AM KLINIKUM	»Impfkontrollen sind letztlich konsequent«	12
	»Ich bin ein großer Technikfan«	13
	»Ich liebe meine Arbeit«	14
	»Genau die Stelle, die ich wollte«	15
	Praktikum in Italien – eine tolle Erfahrung	16
SERVICE	Angeln für den Ausgleich	19
	Allergien: Ein Zivilisationsproblem	20
	Veranstaltungskalender	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick	23
	Impressum	23



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

am 23. Januar haben wir als Klinikum uns mit der Gewerkschaft ver.di auf ein Eckpunktepapier zur Entlastung der Pflegekräfte geeinigt. Damit wollen wir bundesweit Maßstäbe setzen für eine faire, aufgabengerechte und nachprüfbare Personalausstattung im Pflege- und Funktionsdienst. Dies bedeutet mehr Zeit für den einzelnen Patienten im Rahmen einer qualitativ hochwertigen, dem Menschen zugewandten stationären Versorgung. Geplant sind ein Stellenzuwachs von 80 examinierten Pflegekräften bis 2021, die schrittweise Anhebung der Mindestbesetzungsquote sowie die Ergreifung von Entlastungsplanmaßnahmen bei Unterschreitung.

Im Januar haben nun auch die 20 Mitarbeiter der Apotheke ihre Räumlichkeiten im Erdgeschoss von Haus 11 bezogen. Damit folgten sie den Wissenschaftlern der MHB und den Kollegen der Pathologie, die ihre neuen Labore und Büros seit letztem Jahr nutzen. Damit auch Sie sich ein Bild machen können, laden wir Sie ein zum Tag der offenen Tür am 11. Mai. Klinikärzte, wissenschaftliche Mitarbeiter sowie Studierende der MHB freuen sich, Ihnen Einblicke in ihre Arbeit zu geben.

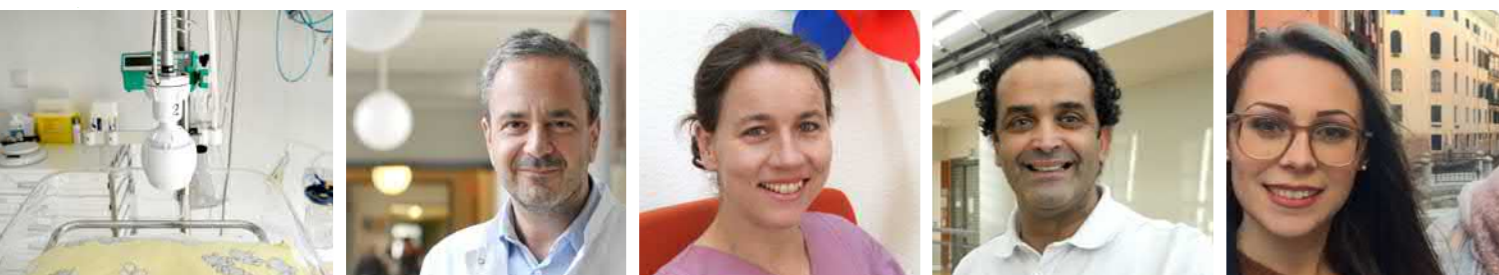
Näheres zu Allergien und was Sie dagegen tun können, erfahren Sie ab Seite 20.



Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der neuen Ausgabe des Klinikjournals. Wenn Sie Anregungen, Kritik und Hinweise haben, schreiben Sie uns gern an: leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.

Im Namen des Klinikums
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin



Hornhauttransplantation zur Rettung des Augenlichts

Dank Gewebespender können Patienten wieder sehen



© DGFG

Gerade mit zunehmendem Alter führen Hornhautveränderungen, meist Eintrübungen, zu erheblicher Sehminderung. Häufigste Ursache ist ein degenerativer Funktionsverlust der Hornhautendothelzellen gefolgt von Hornhautgeschwüren, Infektionen und Verletzungen. Oft ist eine Transplantation der Augenhornhaut, eine sogenannte Keratoplastik, der letzte Ausweg vor einer möglichen Erblindung. Im Fachbereich Augenheilkunde des Klinikum Brandenburg werden seit Langem erfolgreich Verpflanzungen der Hornhaut durchgeführt, doch es stehen immer noch zu wenig Gewebespenden zur Verfügung. Dies liegt auch daran, dass Hornhäute am häufigsten nachgefragt und transplantiert werden und es trotz intensiver Forschung noch keinen synthetischen oder aus einer Gewebekultur gezüchteten Ersatz gibt.

Daher arbeitet das Klinikum eng mit der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) zusammen und unterstützt das bundesweite Gewebenetzwerk in der Realisierung von Gewebespenden. Dies besteht aus Universitäts-

kliniken, Krankenhäusern, Gewebebanken und Transplantationszentren für Hornhäute, Herzklappen und Blutgefäße und Amnion. Die DGFG verzeichnete 2018 ein 16-prozentiges Spendenplus gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt konnten über 5.400 Menschen zeitnah mit Transplantaten versorgt werden.

Für welche Erkrankungen ist eine Keratoplastik geeignet?

Eine Hornhautverpflanzung erfolgt, wenn eine Hornhautschädigung nicht anderweitig behoben werden kann. Dabei werden in vielen Fällen erkrankte Anteile der Hornhaut durch Spendermaterial ersetzt. So kann eine Spenderhornhaut manchmal zwei bis drei Patienten zu besserem Sehen verhelfen.

War vor einigen Jahren der Austausch der Hornhaut in ihrer gesamten Dicke mit enger wasserdichter Vernähung und späterer Fadenentfernung erforderlich, so kann heute u. U. ein Verpflanzen dünner Hornhautscheiben teils ohne Naht ausreichen. Dies bedeutet weniger Fremdmaterial, worauf der Empfängerkörper reagieren kann. So wird das Transplantat meist sehr gut angenommen, wobei allein Augentropfen eine Abstoßungsreaktion verhindern können. Anders als bei anderen Organverpflanzungen müssen hier in der Regel weder Blutgruppe noch Gewebemerkmale zwischen Spender und Empfänger übereinstimmen, eine lebenslange Immunsuppression entfällt. Daher hängt die Wartezeit auf Spendermaterial fast ausschließlich von der Organspendebereitschaft und den Anforderungen an das Transplantat ab. Hornhautspenden stammen ausschließlich von Verstorbenen, eine Lebendspende gibt es am Auge nicht. Das Antlitz des Spenders wird durch die Entnahme nicht entstellt und fällt bei geschlossenen Augen nicht auf.

Wie werden Gewebespende gefunden?

Im Prinzip ist jeder Mensch ein potenzieller Gewebespende. Wie bei der Organspende kann jeder durch eine entsprechende Willenserklärung zu Lebzeiten im Todesfall dazu werden. Die Entscheidung kann auf einem klassischen Organspendeausweis festgehalten werden, der mit dem Personalausweis aufbewahrt wird, oder mittels schriftlicher Erklärung beim Hausarzt sowie im Krankenhaus hinterlegt werden. Die Akzeptanz und Bereitschaft zur Gewebespende sind vergleichsweise hoch. Es besteht jedoch eine allgemeine Unkenntnis über die Möglichkeit und die Voraussetzungen. Menschen, die z. B. an Infektionen, einer Sepsis mit multiresistenten Erregern oder an Tumoren leiden, kommen als Spender nicht infrage.

Stirbt ein Patient im Krankenhaus, prüft Gewebespendenkoordinatorin Marika Gerhard von der DGFG, ob der Verstorbene aus medizinischer Sicht für eine Augenhornhautspende infrage kommt. Hat der Patient keinen schriftlichen Willen hinterlassen, spricht das Klinikpersonal mit den Angehörigen und macht auf eine mögliche Hornhautspende aufmerksam. Sind diese dafür offen, klärt Marika Gerhard zum Ablauf der Hornhautspende auf. Ein Arzt führt das abschließende Einwilligungsgespräch. Marika Gerhard kümmert sich dann um die Gewebeentnahme, die bis zu 72 Stunden nach Todeseintritt möglich ist. Danach wird die Hornhautspende zum Transplantat in einer Gewebebank aufbereitet und anschließend in einem Nährmedium bis zur Transplantation noch ca. vier Wochen lang aufbewahrt. Zwischenzeitlich wird das Blut des Spenders infektionsdiagnostisch untersucht. Im Falle einer Freigabe kann die Vermittlungsstelle der DGFG das Hornhauttransplantat anhand einer bundeseinheitlichen Warteliste

einem passenden Empfänger, der von der transplantierenden Einrichtung zur OP angemeldet wurde, zuordnen. Für die Vergabe spielen Dringlichkeit, Vorerkrankungen, der Abgleich von Spender- und Empfängerdaten sowie die geplante OP-Technik eine entscheidende Rolle.

Klärung mit den Angehörigen

„Die Gespräche mit den Angehörigen sind ein hochsensibles Thema“, weiß Dr. Martin Schäfer, Leitender Oberarzt der interdisziplinären Intensivtherapiestation und Transplantationsbeauftragter im Klinikum Brandenburg. „In der akuten Trauerphase über Organ- oder Gewebespenden nachzudenken, fällt nicht leicht, und wir müssen sehr behutsam vorgehen.“ Dennoch ist diese Vorgehensweise effektiv. Die Zustimmungquote lag 2018 bei gut 26 % der befragten Hinterbliebenen.

Eine umfassende Aufklärungsarbeit ist hier der Schlüssel. Das Klinikum Brandenburg bietet interessierten Personen individuelle Gespräche nach Termin an, berät umfassend und beantwortet wichtige Fragen aus dem medizinischen sowie ethischen Bereich. Denn eine erfolgreiche Hornhauttransplantation ist gewissermaßen das Geschenk eines Verstorbenen zur Rettung des Augenlichts.

Quellen

<https://www.oculus-guide.com/operation/hornhaut-chirurgie/hornhauttransplantation/>

<https://www.gewebenetzwerk.de/gewebespende/>

<https://www.klinikum-brandenburg.de/fachbereiche/fachbereiche/augenheilkunde>

Klinik für Augenheilkunde

Chefarzt

Dr. Markus Kathke

Sekretariat

(03381) 411953

E-Mail: augenklinik@klinikum-brandenburg.de

Multiresistente Keime erfolgreich bekämpfen

Am besten schützen Hygiene und Kenntnis der Risikofaktoren



Keime sind in Krankenhäusern und Kliniken allgegenwärtig, und bakterielle Infektionen lassen sich in der Regel erfolgreich mit Antibiotika behandeln, jedoch sind einige Bakterien unempfindlich gegenüber den meisten Antibiotika. Man spricht in diesem Fall von multiresistenten Erregern oder kurz MRE. Treten resistente Keime in Kliniken auf, sind umfangreiche Vorsichtsmaßnahmen erforderlich, um die Patienten und das Personal zu schützen sowie die Ansteckungsgefahr zu minimieren. Auch Erkrankte und Besucher können aktiv mitwirken und sich so vor Infektionen schützen.

Eine der bekanntesten Formen multiresistenter Keime ist der methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), der insbesondere während der vergangenen Jahre ein großes Problem darstellte. Durch den gezielten Einsatz neuer Antibiotika konnten MRSA-Fälle jedoch weitgehend reduziert werden. Bedeutender sind aktuell MRGN-Erreger (multiresistente gramnegative

Bakterien), die sich als resistent gegenüber Antibiotika erwiesen haben.

Was sind multiresistente Keime?

Nicht alle Bakterien sind automatisch gesundheitsgefährdend. In und an unserem Körper leben unzählige Mikroorganismen, mit denen sich unser Immunsystem täglich auseinandersetzen muss. Doch wie alle Keime vermehren sich auch schädliche Bakterien schnell und in großer Anzahl. Dabei verändert sich ihr Erbgut derart, dass sie resistent gegenüber Antibiotika werden. Nicht jeder Träger von MRE erkrankt automatisch, jedoch kann er die Erreger an geschwächte Menschen weitergeben, deren angegriffener Immunhaushalt zusätzlich belastet wird. MRE-Infektionen treten naturgemäß häufiger in Einrichtungen auf, in denen sich viele geschwächte oder kranke Menschen aufhalten, wie z.B. in Pflegeheimen oder Krankenhäusern. Es gilt daher, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, damit sich die Erreger nicht ausbreiten können. Doch wie lassen sich MRE-Träger identifizieren? „Im Klinikum Brandenburg haben wir gute Erfahrungen mit dem risikoadaptierten Screening nach Vorgaben des Robert Koch-Instituts gemacht“, erklärt Dr. Wiebke Weiland, Leitende Oberärztin in der Notaufnahme/Rettungsstelle und Krankenhaushygienikerin.

Erkennung und Isolation betroffener Patienten

Beim Screening werden Abstriche von Körperflüssigkeiten auf eventuell vorhandene Erreger untersucht. Diese Maßnahme wird insbesondere zur Ausbreitungseingrenzung von multiresistenten Erregern bei bestimmten Risikopatienten angewandt. Das Robert Koch-Institut empfiehlt daher das Screening z.B. bei Personen, die sich in den vergangenen zwölf Monaten im Ausland aufgehalten haben und im Krankenhaus oder

beim Hausarzt behandelt wurden. Empfohlen wird ebenfalls eine Untersuchung bei Menschen aus Südostasien, Nordafrika oder Südeuropa sowie Patienten, die mit anderen MRGN-Patienten Kontakt hatten.

Um die Ansteckungsgefahr einzudämmen, werden positiv getestete Patienten im Klinikum separiert. „Das Handling von Patienten mit MRE-Trägerstatus ist auch eine logistische Herausforderung“, berichtet Dr. Weiland. Oftmals wurden schon beim Bau von Krankenhäusern nicht genügend Einzelzimmer geplant. „Im Klinikum Brandenburg meistern wir diese Herausforderung aber sehr gut“, führt die Fachärztin weiter aus. Falls nötig, werden Patienten isoliert. Dem Klinikpersonal ist bewusst, dass ein Isolieren von Patienten immer auch eine große psychologische Belastung für die Betroffenen darstellt. Gerade ältere Menschen leiden sehr darunter und können nicht so gut mit einem MRE-Trägerstatus umgehen. Dazu Dr. Weiland: „Problematisch ist zudem, dass Besucher nur mit Schutzkleidung ins Krankenzimmer eintreten dürfen.“

Patienten und Angehörige können aktiven Beitrag leisten

Patienten und Besucher können durch Beachtung der Hygienevorschriften aktiv daran mitwirken, dass sich Krankheitserreger nicht weiterverbreiten. Regelmäßiges und gründliches Händewaschen und -desinfizieren ist dabei oberstes Gebot während des Klinikaufenthalts. Zudem gibt die vom Klinikum Brandenburg herausgegebene Broschüre „Multiresistente Erreger (MRE)“ Patienten und Angehörigen weitere Hinweise zum Verhalten bei MRE-Trägerstatus, damit multiresistente Keime keine Chance haben. GP

Krankenhaushygiene

Krankenhaushygienikerin

Dr. med. Wiebke Weiland

Kontakt

☎ (03381) 412315

E-Mail: rst@klinikum-brandenburg.de

Quellen

<https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/arsneimittel-und-impfungen/multiresistente-erreger>

<https://www.bibliomed-pflege.de/zeitschriften/die-schwesterder-pfleger/heftarchiv/ausgabe/artikel/sp-5-2016-ambulante-pflege-pflege-thermometer-2016-spiegelt-schwachstellen-wider/23958-es-ist-nicht-sinnvoll-jeden-zu-screenen/>

<https://www.multiresistente-erreger.de/was-sind-mre.html>



Nephrologie am Klinikum

Hauseigene Dialysestation ermöglicht optimale Versorgung nierenkranker Patienten

Für viele Menschen bedeutet eine Nieren-erkrankung eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität, verbunden mit Zukunftsängsten. Doch chronisches Nierenversagen ist teilweise behandelbar, sodass Patienten weiterhin ein zufriedenstellendes Leben führen können. Möglich machen dies, neben medikamentöser Therapiemaßnahmen, spezielle Dialysegeräte und eine strenge Überwachung des Krankheitsverlaufs. Das Klinikum Brandenburg verfügt über eine moderne Dialysestation, die umfassende Therapiemaßnahmen für Nierenpatienten bereitstellt. Die im September 2017 errichtete Nephrologie-Sektion bietet insgesamt 11 Dialyseplätze mit engmaschiger medizinischer Betreuung. Eine zentrale Monitoranlage überwacht zudem jede einzelne Behandlung und ist an ein intelligentes Alarmsystem gekoppelt, das Komplikationen unverzüglich meldet. So können therapeutische Maßnahmen ohne Zeitverlust eingeleitet werden.

Von Blutreinigung bis Plasmagewinnung

Prof. Dr. med. Daniel Patschan ist Leitender Oberarzt für Nephrologie am Klinikum Brandenburg und war maßgeblich an der Einrichtung der hauseigenen Dialysestation beteiligt: „Alle inhäusig liegenden Patienten, die eine Nierenersatztherapie benötigen, können auf der Station behandelt werden.“ Zu diesem Zweck stehen verschiedene Geräte zur Übernahme der Organfunktionen zur Verfügung. Neben der klassischen Blutwäsche ist ebenfalls die Reinigung des Blutplasmas möglich.

„Darüber hinaus sind wir in der Lage, verschiedene Blutreinigungsverfahren, z.B. zur Entfernung von LDL-Cholesterin, oder spezielle Therapieverfahren zur Elimination von Autoantikörpern durchzuführen“, erklärt der Facharzt. Dadurch

können auch Menschen mit schweren Autoimmunerkrankungen behandelt werden. Ergänzt wird die stationäre Einrichtung durch ein transportables Dialysesystem, welches insbesondere auf der internistischen Intensivstation des Hauses zum Einsatz kommt.

Früherkennung als Schlüssel zur raschen Therapie

Eine weitere entscheidende Möglichkeit, welche die Nephrologie-Station bietet, ist die invasive Diagnostik. Bei Verdacht auf Nierenerkrankungen kann eine Biopsie schnell Klarheit bringen. Dabei wird Gewebe meist aus der linken Niere entnommen und innerhalb kürzester Zeit untersucht. Auf diese Weise lassen sich auch seltene Nierenerkrankungen mit unklaren Symptomen sicher diagnostizieren und eine rasche Behandlung einleiten.

Die Dialysestation ist eng mit den Bereichen Kardiologie und Angiologie verzahnt, was den Patienten weitere Vorteile bringt. Denn häufig geht eine chronische Nierenschwäche einher mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und umgekehrt. Somit hat das Klinikum Brandenburg durch die Schaffung der nephrologischen Sektion eine wichtige Stärkung erfahren – die vor allem den Patienten zugutekommt. GP

Zentrum für Innere Medizin I

Klinikdirektor der Hochschulklinik für Kardiologie und Pulmologie

Prof. Dr. med. O. Ritter

Sekretariat

☎ (03381) 411500/411578/1570

E-Mail: innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

Kamera am Babybett

Kindermedizin bekommt vier Webcams

Noch ein letzter, beruhigender Blick auf das Kind am Abend, kurz vor dem Schlafengehen. Und nachts vielleicht noch eine Kontrolle, ob der Kleine auch ruhig durchschläft. Das ist für Eltern, deren Neugeborene auf der Kinderintensivstation liegen, zu jeder Zeit ganz einfach per Handy möglich. Das Klinikum Brandenburg hat seit Kurzem auf der Intensivstation und der sogenannten Pappelstation für Babys vier Webcams in Betrieb, die jeweils in der Zeit von 18 bis etwa 24 Uhr Livebilder vom Kind übertragen. Vorausgesetzt natürlich, die Eltern wollen das auch. „Sie müssen sich dafür eine App aufs Handy laden und bekommen ein Passwort, um auf die Bilder der Kameras zugreifen zu können“, erklärt Anke Arndt, Stationsleitung der Neonatologie und Kinderintensivstation.

Tagsüber werden keine Bilder gesendet, denn das sind die Eltern ja meist direkt bei ihrem Kind im Klinikum. Die Kameras seien ein zusätzliches Angebot für alle Eltern, die etwas weiter weg von Brandenburg an der Havel leben, aber ihr Kind möglichst oft sehen wollen, so Dr. med. Hans Kössel, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. „Die Kameras ersetzen aber nicht die Anwesenheit der Eltern und ihren Körperkontakt zum Kind – denn das ist das A und O der Betreuung der Kinder“, betont Hans Kössel. Die Eltern haben hier



rund um die Uhr Besuchszeit, können bei ihren Kindern sein und mit ihnen kuscheln. Manche der kleinen Patienten bleiben bis zu vier Monate auf der Station. Das ist eine lange belastende Zeit für die Familie. Die Bilder der Webcams können für etwas Beruhigung und Sicherheit sorgen, wenn die Eltern mal nicht am Bett ihres Kindes sein können. Die Webcams sind eine Spende vom „Verein Kleeblatt – gemeinsam Glück bringen“, dem Lions-Club und der Klinikum Westbrandenburg GmbH. US

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt

Dr. med. Hans Kössel

Sekretariat

☎ (03381) 411800

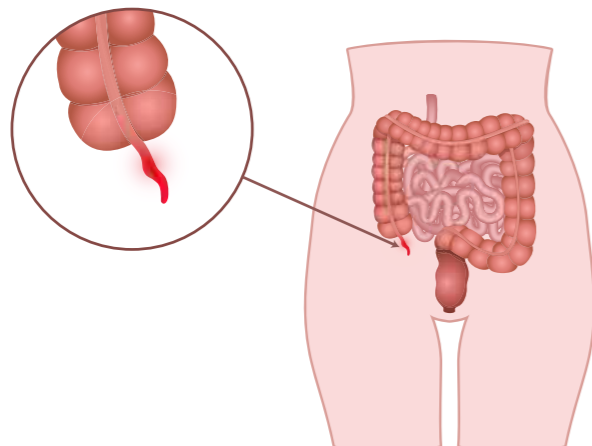
E-Mail: kinderklinik@klinikum-brandenburg.de



Historische Blinddarmoperationen

Ein medizingeschichtlicher Überblick von der ersten OP bis zum heutigen Verfahren

Die Appendizitis, besser bekannt als Blinddarm-entzündung, wurde im späten Mittelalter „Seitenkrankheit“ genannt. Symptome sind starke Schmerzen im rechten Unterbauch, Fieber und Übelkeit. Bei Verdacht muss innerhalb von 24 Stunden operiert werden, da es zur lebensbedrohlichen Perforation kommen kann. Der Begriff „Blinddarmentzündung“ ist aber nicht ganz korrekt, da es sich stets um die Entzündung des etwa fingerlangen Wurmfortsatzes am Blinddarmende handelt, der dann auch bei der Operation entfernt wird. Erste anatomische Zeichnungen werden dem Universalgelehrten Leonardo da Vinci zugesprochen.



Die erste Blinddarm-OP

Die älteste dokumentierte Appendektomie führte gut 200 Jahre später am 6. Dezember 1735 der Chirurg und Hofarzt Claudius Amyand durch. Im Londoner St. George's Hospital war ihm ein elfjähriger Junge vorgestellt worden, der über starke Unterbauchschmerzen klagte, woraus Amyand auf einen vereiterten Leistenbruch schloss. Eile war geboten, weswegen dem Patienten umgehend Opiumsaft verabreicht wurde. Nachdem der Arzt das innerste Bauchfell eröffnet hatte, stellte er fest, dass nicht ein Leistenbruch die

Beschwerden des Jungen verursachte, sondern ein hochgradig entzündeter, bereits perforierter Wurmfortsatz, ausgelöst durch eine verschluckte Stecknadel. „Schneide gesamtes zerstörtes Darmstück weg“, steht im Operationsbericht. Dies war ungemein qualvoll, da die Entfernung unter örtlicher Betäubung stattfand. Die Operation war ein Erfolg: Vier Wochen später konnte der genesene Junge das Krankenhaus verlassen (1).

Operation am eigenen Leib

Lokalanästhesie kam bei zwei weiteren Appendektomien zum Einsatz, die ebenfalls in die Geschichte eingegangen sind, wobei die Chirurgen den Eingriff an sich selbst vornahm. Von höherem Bekanntheitsgrad ist der Fall des angehenden russischen Arztes Leonid Rogosow von 1961, der eine Antarktisexpedition nach Nowolasa-rewskaja begleitete. Dieser stellte am Morgen des 29. April die für eine akute Blinddarmentzündung typischen Anzeichen fest. Am Abend des Folgetages war das Fieber so hoch, dass der 27-Jährige selbst zum Skalpell greifen musste; Hilfe von außen oder ein Flugzeug zur Evakuierung gab es nicht. Bei der Operation assistierten Rogosow zwei Kollegen der 13-köpfigen Stationsbesatzung: ein Meteorologe, der ihm die erforderlichen Instrumente gab, und ein Maschinenbauingenieur. Letzterer hielt den Spiegel, in dem Rogosow halb liegend den Eingriff weitestgehend verfolgte. Daneben vertraute er seinem Gefühl, wobei er mit bloßen Händen im Bauchraum tastete. Zudem war der Stationsleiter anwesend für den Fall, dass ein Helfer dem Anblick der offenen Wunde nicht standgehalten hätte. Die Operation dauerte knapp zwei Stunden. Wegen Schwäche verbunden mit Schwindel musste Rogosow einmal unterbrechen. Er hatte großes Glück, kurz darauf wäre der entzündete Appendix perforiert. Schon eine Woche später wurden

die Fäden gezogen und nach weiteren sieben Tagen nahm Rogosow seine Arbeit wieder auf (2).

Unterstützung unerwünscht

40 Jahre zuvor hatte der als „hoffnungslos starrsinnig“ (3) beschriebene US-amerikanische Chirurg Evan O'Neill Kane Kollegen zur Hand, doch er bestand darauf, seinen Wurmfortsatz eigenhändig zu entfernen. Dabei musste eine OP-Schwester trotz mehrerer Kissen mehrfach seinen Kopf anheben, damit er selbst wenn es kompliziert wurde einen freien Blick aufs Geschehen hatte. Bloß am Ende des Eingriffs ließ Kane sich erneut helfen: Die Wundnaht übernahmen Assistenzärzte; tags darauf verließ er glücklich über das Resultat das Hospital.

Der traditionelle Wechselschnitt

Chirurgen wie diese hat es am Klinikum Brandenburg bislang nicht gegeben. Dr. Frank Stolle erinnert sich allerdings an einen Oberarzt, der Appendektomien innerhalb von elf, zwölf Minuten abgeschlossen hat. Er nahm dafür den bis in die 1990er-Jahre angewendeten Wechselschnitt vor, einen schrägen, acht bis zehn Zentimeter langen Hautschnitt am rechten Unterbauch. Um bis zum Appendix vorzudringen, werden anschließend das Fettgewebe und drei Muskelschichten durchpräpariert und das Bauchfell eröffnet. Diese Methode dauert – die Herausnahme des Wurmfortsatzes sowie das Vernähen der Wunde eingeschlossen – durchschnittlich eine halbe Stunde. Als Erstbeschreiber der konventionell offenen Appendektomie über einen Wechselschnitt im rechten Unterbauch gilt der Amerikaner McBurney im Jahr 1894.

Neues Verfahren: Die Laparoskopie

Von vergleichbarer Dauer ist das sogenannte Schlüssellochverfahren. Hier werden drei kleine

Schnitte von insgesamt 2,5 bis 3 Zentimeter Länge am oberen Nabelrand sowie linken und rechten Unterbauch vorgenommen. Durch diese werden eine Kamera und Arbeitsgeräte eingeführt. Zurück geht die Laparoskopie auf einen Kieler Gynäkologen, der bereits in den 1960er-Jahren dafür erste Instrumente entworfen und teilweise selber gebaut hat. Die erste laparoskopische Appendektomie wurde auch von diesem Gynäkologen 1980 vorgenommen. Es vergingen noch einige Jahre, bis die ersten Chirurgen die Vorteile dieses minimalinvasiven Verfahrens erkannten, es übernommen und weiterentwickelt haben. Am Klinikum Brandenburg ist es seit Mitte der 1990er-Jahre etabliert. Frank Stolle und seine Kollegen waren von 2015 bis Ende 2018 470 mal im OP, um Appendektomien durchzuführen. Neben einer kürzeren Rekonvaleszenz, weniger Schmerzen und einem geringeren Narbenbruchrisiko als beim Wechselschnitt hebt er die diagnostische Sicherheit hervor, da trotz modernster Diagnostik nach wie vor in einigen Fällen der Auslöser der Beschwerden vor der Operation nicht mit letzter Sicherheit festgestellt werden kann und im Rahmen der Bauchspiegelung ggf. andere Ursachen der Bauchschmerzen gesehen und entsprechend behandelt werden können. Patienten mit Verdacht auf Blinddarmentzündung sind am Klinikum also in den besten Händen. MA

Quellen

- 1.) <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag-dezember-appendix-op-100.html>
- 2.) https://de.wikipedia.org/wiki/Leonid_Rogosow
- 3.) www.spiegel.de/spiegel/print/d-13489735.html

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. René Mantke

Sekretariat

(03381) 411200

E-Mail: chirurgie@klinikum-brandenburg.de

»Impfkontrollen sind letztlich konsequent«

Über die Folgen von Impfgegnern und Masernpartys



Impfungen werden derzeit in Brandenburg viel diskutiert: Das Gesundheitsamt hat Kindern in Kleinmachnow den Schulbesuch untersagt, weil diese nicht gegen Windpocken geimpft sind. „Eine Impfpflicht ist in manchen Fällen sinnvoll“, weiß Dr. med. Hans Kössel, Chefarzt für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum in Brandenburg an der Havel. Diese müsste allerdings auf schwerwiegende Krankheiten beschränkt werden – etwa solche, die tödlich verlaufen oder zu schweren lebenslangen Behinderungen führen können. „Hierbei handelt es sich um Erkrankungen, die deswegen seltener geworden sind, weil ein Großteil der Bevölkerung seiner Impfpflicht nachgekommen ist“, führt der Chefarzt aus. Dazu zählen u. a. Masern und Windpocken, die zwar in der Regel meist folgenlos ausheilen, auch wenn die Kinder während der Erkrankung oft schwer beeinträchtigt sind und auch häufig stationär behandelt werden müssen. In 1 bis 2 % der Fälle treten bei Windpocken schwerwiegende Komplikationen auf, die lebensbedrohlich sein können. Bei Masern stirbt oder überlebt schwer behindert nur etwa jedes 500. bis 1.000. Kind.

Wirksamkeit von Impfungen

Bei Masern, Mumps und Röteln haben 90 % der Kinder nach der ersten Impfung Antikörper für ihr weiteres Leben gebildet. Der Schutz ist deutlich höher, wenn ein zweites Mal geimpft wird. „Ist der Großteil der Bevölkerung geimpft, sprechen wir von einer Herdenimmunität“, so Kössel. Das heißt, die Geimpften schützen die Nicht-Geimpften mit. Sinkt die Anzahl jener, fördert dies die Ausbreitung von Epidemien insbesondere in Kitas. Epidemiologisch ist eine Impfpflicht also sinnvoll, weswegen der Chefarzt diese insbesondere staatlichen Einrichtungen nahelegt ebenso wie die Überprüfung der Impfpässe der Kinder.

Zunahme ausgerottet geglaubter Kinderkrankheiten

Durch Impfverweigerer steigt die Zahl derer, die beispielsweise an Masern erkranken. Ausbrüche kleinerer, lokaler Epidemien hat es in der Vergangenheit immer mal gegeben. So kam es 2015 zu einer Masern-Epidemie im Berliner Bezirk Prenzlauer Berg, bei der ein Kind starb. Auch im Städtischen Klinikum Brandenburg nehme die Anzahl der Eltern, die ihre Kinder nicht impfen, gefühlt zu, erläutert Kössel. Auch manche Erwachsene seien nicht ausreichend geschützt, wobei die dann besonders schwer erkranken.

Masernparty statt Impfung?

Für ungleich gefährlicher hält der Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin die Teilnahme an Masernpartys: „Aus kinderärztlicher Sicht lehne ich diese Veranstaltungen kategorisch ab.“ Hierbei handele es sich um eine ansteckende, möglicherweise lebensbedrohliche Krankheit, zumal laut Statistik bei einer Masernparty mit 500 Kindern eins stirbt. Eltern sind also gut beraten, ihr Kind nicht unnötig diesem Risiko auszusetzen und stattdessen einer entsprechenden Impfung zuzustimmen.

MA

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chefarzt

Dr. med. Hans Kössel

Sekretariat

☎ (03381) 411800

E-Mail: kinderklinik@klinikum-brandenburg.de

»Ich bin ein großer Technikfan«

Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer ist seit Mitte Februar Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Klinikum Brandenburg. Sein Forschungsschwerpunkt ist die abdominelle Radiologie.

Was hat Sie bewogen, nach Brandenburg zu kommen?

Es ist für mich eine sehr spannende Konstellation, an einer neu gegründeten Hochschule mitarbeiten zu dürfen. Das habe ich ähnlich zu Beginn meiner Karriere am damals gerade neu entstandenen Universitätsklinikum Regensburg erlebt. Ich habe jetzt die Herausforderung gesucht, Leiter einer Einrichtung zu werden und mich für Brandenburg entschieden, weil ich begeistert von dem Gründer-Spirit bin, der hier herrscht, und weil ich das Gefühl habe, mich persönlich einbringen zu können.

Wie sind Sie zum Fach Radiologie gekommen?

Ich habe mich schon im Studium auf Radiologie fokussiert. Ich bin ein großer Technikfan. Die Radiologie bietet eine perfekte Kombination aus Hightech sowie wichtiger und guter Patientenversorgung.

Wie sehen Sie die Situation am Institut und welche Pläne haben Sie?

Klinisch wird hier schon exzellente Arbeit geleistet und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den chirurgischen und konservativen Fächern ist überaus angenehm und kollegial. Die Forschung in der Radiologie steht bisher noch nicht im Mittelpunkt. Neben der Klinik begeistern mich Forschung und Lehre – hier möchte ich unser Profil in Brandenburg schärfen und hoffentlich noch weitere Fachleute nach Brandenburg und an die MHB holen, um das auszubauen.

Welche Ansätze zur Weiterentwicklung der interventionellen Radiologie gibt es am Institut?

Geplant sind beispielsweise minimalinvasive onkologische Eingriffe an der Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse. Dabei wird Tumorgewebe durch Wärme, Gleichstrom oder Mikrowellen se-

lektiv zerstört. Das Verfahren soll Mitte bis Ende des Jahres, mit Unterstützung unserer Kollegen aus der Chirurgie, Inneren Medizin und Onkologie, einsatzbereit sein.

Wohin soll es bei der Forschung gehen?

Ich würde gerne die Zusammenarbeit mit technischen Fächern vor Ort ausbauen, um z.B. Möglichkeiten der künstlichen Intelligenz zu nutzen. In den Bildern gibt es mehr Daten, als Menschen erfassen können. Mit Methoden des Deep Learning ist eine automatisierte Mustererkennung möglich, die z.B. in der Tumordiagnose eingesetzt werden kann.

Gibt es weitere Pläne?

Ja, ich würde außerdem gern am Institut Studien zum Patientenempfinden durchführen, also eine Erhebung, wie die Qualität der Betreuung in der Radiologie durch die Patienten wahrgenommen wird und was noch besser gemacht werden kann.

Ist Ihnen das Ankommen hier leicht gefallen?

Ja, in jeder Hinsicht. Hier am Klinikum gibt es eine sehr angenehme kollegiale Atmosphäre. Und Brandenburg ist eine wunderschöne Stadt, in der ich mich sehr wohlfühle.

UN



»Ich liebe meine Arbeit«

Um die Kinderarztpraxis im GZB aufrechtzuerhalten, wechselte Jana Neinert vom Klinikum Brandenburg dorthin. Für sie ist es ein wohlüberlegter Schritt.



Wichtigste Voraussetzung, um in die Ambulanz zu gehen, war für Jana Neinert Konstanz: Damit ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Eltern, Kind und Ärztin entstehen kann, muss man durchgehend da sein. Und da es aufgrund ihrer Elternzeit bereits Ersatz für sie am Klinikum gab, trat die dreifache Mutter am 02.02.2019 ihre neue Stelle in der Praxis am Hauptbahnhof an. Diese wäre sonst aus der Kinderarzt-Landschaft Brandenburs verschwunden, was die Versorgung der jungen Patienten verschlechtert hätte.

Noch ist vieles neu und die Anforderungen sind ganz andere als am Klinikum, wo es auf der Neugeborenen- und Intensivstation um Kinder ging, bei denen aufgrund der Schwere der Erkrankung eine ambulante Therapie durch die niederge-

lassenen Kinderärzte nicht möglich war oder beendet war. Nun ist es umgekehrt: Jetzt muss sie den einen Patienten herausfischen, der sich nicht nur schonen, sondern ans Krankenhaus überwiesen werden muss. Neben Akut-Patienten mit Erkältung oder Magen-Darm-Erkrankungen behandelt sie chronisch Kranke mit umfangreicher Vorgeschichte.

Hinzu kommen Vorsorgeuntersuchungen, wo es darauf ankommt, die Entwicklung eines Kindes zu beurteilen und es in seiner Ganzheit zu erfassen. Das ist zeitintensiv; Jana Neinert spricht ausführlich mit den Kindern, spielt auch mit ihnen und hört besorgten Eltern zu, wobei sie lange Wartezeiten für akut Erkrankte unbedingt vermeiden möchte. Denn bei Schmerz oder hohem Fieber werden zwei Stunden schnell zur gefühlten Ewigkeit.

Da sie nun ihre Patienten über längere Zeiträume begleiten wird, können ganz andere persönliche Beziehungen entstehen als während eines belastenden, Gott sei Dank meist nur kurzen stationären Aufenthalts. Darauf freut sie sich. Dennoch fehlt ihr die Arbeit im großen Team, der direkte Austausch mit den Schwestern und Kollegen. Es war ein tolles Miteinander, das ihr den Abschied erschwert hat. Im Netzwerk der niedergelassenen Ärzte hat Jana Neinert bereits gute Erfahrungen gemacht, zumal es schon aus der Klinikzeit viele gute Kontakte gab.

Und was ihr bereits nach der kurzen Zeit in der Praxis gefällt: Erste Bindungen zu Patienten und Eltern sind im Werden und sie hat das Gefühl, dass diese sie mögen. MA

»Genau die Stelle, die ich wollte«

Lassaad Chaibi arbeitet am Klinikum als Dolmetscher und Patiententransporteur.

Am häufigsten wird Lassaad Chaibi auf der Kinderstation im Klinikum gebraucht. „Die Kinder und Mütter aus arabischen Staaten sprechen nur selten gutes Deutsch“, weiß der gebürtige Tunesier. Gerade die arabisch sprechenden Mütter seien sehr ängstlich und zurückhaltend in der Kommunikation. Lassaad Chaibi hilft dabei, in vertrauter Sprache die Krankheitssymptome der Kinder zu klären, die Medikamenteneinnahme oder den Ablauf einer geplanten Operation zu erläutern. „Der Patient muss ganz genau wissen, was mit ihm gemacht wird“, betont der 53-Jährige, der im Patiententransport tätig und zugleich Dolmetscher am Klinikum ist.

Arabisch, Französisch, Englisch, Italienisch – und bei Bedarf auch ein bisschen Spanisch. Für Lassaad Chaibi alles kein Problem. Und in die deutsche Sprache sei er auch verliebt, fährt der Dolmetscher fort. Sein Lebenslauf ist außergewöhnlich: Französisch, Arabisch und Englisch hat er in der Schule in Tunesien gelernt. Als passionierter Tennisspieler – in der Heimat spielte er in der ersten Liga – organisierte er Tennis-camps in Italien, wobei er die Sprache lernte. Vor 17 Jahren kam er der Liebe wegen nach Deutschland. Heute wohnt er in Brandenburg an der Havel, hat einen deutschen Pass und arbeitet seit Kurzem im Klinikum.

Stets griffbereit sind sein Handy mit einer Übersetzer-App für den Notfall und ein kleines Notizbuch für Fachbegriffe, die Chaibi in den verschiedenen Sprachen lernen möchte. Die wenigsten Ärzte wüssten, dass er nicht nur Patienten von A nach B fährt, sondern auch übersetzt. Das wird oft erst klar, wenn „der Dolmetscher“ angefordert wird und auf der Station „der Mann mit den schwarzen Locken und den roten Turnschuhen“ erscheint. Die sind sein Markenzeichen. An man-

chen Tagen ist er bis zu zwölf Mal im Einsatz. Für Lassaad Chaibi ist die Arbeit im Klinikum „wie ein Sechser im Lotto“, sagt er und lacht herzlich. „Die Leute warten auf mich und strahlen, wenn ich komme.“ Und er – der Patiententransporteur – erfährt unmittelbar die Anerkennung der Menschen für seine Arbeit. Sie sind dankbar, dass der Mann, der den Rollstuhl oder das Bett schiebt, ihnen ein wenig die Angst vor einer Untersuchung oder einer OP nimmt. „Schon wenn ich ‚Guten Morgen!‘ sage, merke ich an der ersten Reaktion, ob ein Patient Ablenkung braucht oder lieber nicht reden möchte“, erzählt der Wahlbrandenburger. Und danach richtet er sich auch.

Drei Jahre lang war Lassaad Chaibi als Dolmetscher für das DRK tätig. Als er sich nach etwas Neuem umsah, hatte er viele Angebote aus dem Land Brandenburg und auch aus Berlin. Er hat sich fürs Klinikum entschieden. „Wenn ich nach Hause komme, bin ich glücklich.“ Darauf kommt es Lassaad Chaibi an. US



Praktikum in Italien – eine tolle Erfahrung

Schülerinnen der Medizinischen Schule berichten von ihren Erlebnissen in Vicenza.



Oben: Antje Poot und Fatima Bahr während ihres Italien Praktikums

Von Antje Poot

Als ich vom Angebot meiner Schule hörte, ich könne innerhalb meiner Ausbildung für einen Monat ins Ausland gehen, war ich sofort begeistert. Ich bewarb mich mit einem kurzen Motivationsschreiben und bekam wenig später die Zusage meiner Schule. Das Erste, woran ich dachte, war: „Ich kann kein Wort Italienisch!“ Im November flog ich schließlich mit einer Mitschülerin nach Italien. Dort angekommen, wurden wir von einer Mitarbeiterin der italienischen Organisation „Eurocultura“ empfangen.

Dann war es soweit. Der erste Arbeitstag in einem fremden Land musste bewältigt werden. Schon die Fahrt mit dem Bus zur Arbeit war eine Herausforderung. Ich arbeitete in einer Einrichtung für Menschen mit neurologischen Schäden.

Etwa 18 Patienten waren zu der Zeit auf der Station. Am Anfang hatte ich etwas Angst, wie es wohl mit der Kommunikation funktioniert. Aber die erste Kollegin sprach mich auf Englisch an. Gott sei Dank! Sie sprach eine Sprache, die ich halbwegs verstand und auch sprechen konnte. Sie führte mich durch das Haus, erklärte mir die Station, stellte mich meinen neuen Kollegen vor und gab mir ein paar Tipps für die Patienten.

Der erste Arbeitstag ging für mich nach fünf Stunden Arbeit mit vielen neuen Eindrücken sehr positiv zu Ende. In den nächsten Tagen lernte ich immer mehr den Arbeitsablauf kennen und konnte bei verschiedenen Tätigkeiten mit-helfen. Dazu gehörte: die Mahlzeiten vorbereiten, den Patienten aus dem Bett transferieren, bei der Nahrungsaufnahme unterstützen und die Betten zurechtmachen. Danach gab es immer eine Beschäftigung mit den Patienten. Wir gingen mit ihnen zum Beispiel in das Café gleich gegenüber, es kam eine Hundetherapeutin mit ihrem Hund, es gab ein Theaterstück, wofür die Patienten regelmäßig proben mussten, wir sind ins Stadtzentrum gefahren, um ein wenig zu bummeln, oder es wurde nur ein Film geschaut. Die Kommunikation war an manchen Tagen etwas schwierig. Vor allem als niemand da war, der



Englisch sprechen oder verstehen konnte. Aber mit Händen, Füßen, Aufgeschlossenheit und Freundlichkeit kann man schon viel erreichen.

Hier noch ein paar Tipps für diejenigen, die Lust auf ein Praktikum in Italien haben: Lernt im Vorfeld ein paar einfache Worte, das macht nicht nur einen sehr guten ersten Eindruck, sondern hilft auch, den Alltag besser zu bewältigen. Wer zu einer kälteren Jahreszeit reist, sollte sich genügend warme Sachen einpacken. In Vicenza gibt es das Gesetz, dass nur bis zu einer bestimmten Uhrzeit und auch nur bis 21 Grad Raumtemperatur geheizt werden darf. Das kann in der Nacht unter Umständen ziemlich kalt werden. Plant genügend Budget für Ausflüge ein. Rund um Vicenza gibt es viele tolle Städte zu entdecken, die man ganz leicht mit dem Zug erreichen kann.

Alles in allem habe ich die Zeit dort sehr genossen und kann es nur jedem weiterempfehlen. Zum Schluss möchte ich mich noch einmal bei allen Beteiligten bedanken. Danke für diese vielfältigen Erlebnisse und Erfahrungen, die ich in so kurzer Zeit sammeln durfte.

Fortsetzung auf S. 18



Praktikum in Italien, Fortsetzung

Von Fatima Bahr

In meiner Schule wurde ein Auslandspraktikum in Vicenza, Italien angeboten. Ich musste nicht lange darüber nachdenken und schrieb auch schon ein Motivationsschreiben, um mir die Möglichkeit nicht entgehen zu lassen. Als ich dann auch noch ausgewählt wurde, war die Freude natürlich groß.

Und dann ging es auch schon los: ab in den Flieger und ab nach Italien. Unsere Gastmutter holte uns abends in Vicenza vom Bahnhof ab. „Zu Hause“ angekommen, zeigte sie uns die Wohnung und dann gab es auch schon Abendbrot. Sie versorgte uns sehr liebevoll und ich fühlte mich sehr willkommen und wohl in der Gastfamilie, auch wenn es mit der Kommunikation sehr schwierig war, da ich kein Italienisch konnte und sie kein Deutsch oder Englisch.

In den ersten Tagen bekamen wir noch einige Informationen durch „Eurocultura“ und es folgte die Vorstellung im Betrieb. Ich arbeitete in einer Rehaklinik mit Menschen, die durch einen Unfall eine Behinderung hatten. Das Arbeiten war sehr angenehm und machte Spaß. Trotz der Sprachbarriere versuchte das Personal, mich so gut wie es ging mit einzubeziehen. Wir unternahmen mit den Patienten viele Ausflüge, was

ich persönlich sehr schön fand, da die Patienten somit auch mal etwas anderes gesehen haben als die gewohnten vier Wände.

An den Wochenenden haben wir immer Ausflüge gemacht. Ich war in Venedig und in Verona. Venedig war für mich ein kleines Highlight. Die Stadt war so schön anzusehen mit den ganzen Wasserstraßen und den kleinen Gassen.

Die Sprache innerhalb von vier Wochen zu lernen war schwierig ohne Vorkenntnisse, allerdings habe ich ziemlich schnell gelernt zu verstehen, konnte mich selbst aber nicht richtig ausdrücken oder nur mit einzelnen Wörtern. Aber anhand dessen habe ich gesehen, dass man nicht unbedingt die gleiche Sprache sprechen muss, um sich verständigen zu können, sondern dass man auch mit Hand und Fuß zurechtkommt.

Abschließend ist zu sagen, dass es rundum ein gelungenes Erlebnis war. Ich habe viele neue liebe Menschen kennengelernt, habe mich in einem fremden Land so ziemlich allein zurechtgefunden, ohne die Sprache zu beherrschen, konnte mir einiges von Italien anschauen und auch beruflich weiß ich nun, was es heißt, in einem anderen Land zu pflegen.



Angeln für den Ausgleich

Küchenleiter Tobias Fürste fischt seit seiner Kindheit. Weniger für den Kochtopf, sondern vor allem um den Kopf freizubekommen.

Vor drei Jahren hat er dafür Norwegen entdeckt. Freunde fragten ihn, ob er zum Hochseeangeln mitkommen wolle. Die erforderliche Ausrüstung hatte der Leiter der Küche des Klinikums Brandenburg schon und andere Länder hat er schon immer gern kennengelernt.

Der Angelausflug an die Atlantikküste Norwegens im Frühjahr 2016 war dann prägender, als er gedacht hatte: Erschöpft von 35 Stunden Fahrt, erwartete Tobias Fürste und seine Mitreisenden „geniale Natur“ im tiefsten Winter – Schnee und Eis, so weit das Auge reicht. Gleich nach der Ankunft wurden die Boote zu Wasser gelassen und in einem Floating-Anzug, der Menschen über Bord die ersten fünf Minuten überleben lässt, ging es raus aufs Meer, um Lengfisch zu fangen. Der Knochenfisch gehört zur Ordnung der Dorschartigen und wird bis zu 2 Meter groß und 40 Kilo schwer. Übertroffen wurden sämtliche Eindrücke letztlich von den Orcas, die sich während der Touren auf See immer wieder zeigten und die Tobias Fürste nie zuvor gesehen hatte.

Land und Leute haben dem Küchenleiter so gutgetan und ihn nachhaltig begeistert, dass er einmal im Jahr für eine gute Woche in den Nordwesten Skandinaviens fährt. Die Vorfreude ist riesig; der Urlaub beginnt mit der Vorbereitung und sobald Tobias Fürste den Fähranleger in Rostock erreicht hat, fängt er an loszulassen. Umgeben nur von der Natur Norwegens, hat er innerhalb weniger Minuten endgültig abgeschaltet. Seine Familie weiß, wie wichtig diese Angeltouren für ihn sind und unterstützt ihn voll. Umgekehrt kann Tobias Fürste es nach einer Woche kaum erwarten, zu ihr zurückzukehren. Dabei mag ihm zugutekommen, dass seine Lebensgefährtin und ihre jeweils zwei Kinder ebenfalls angeln. So wird manches Mal statt abends fernzusehen auf

dem Gartengrundstück an der Havel die Rute über den Zaun gehängt.

In Brandenburg hat es der Küchenleiter auf Zander und in Norwegen auf Heilbutt abgesehen, weil sie schwer zu fischen sind. Köder macht er selbst und lässt sie von Bekannten testen. So weiß er, welcher wo je nach Jahreszeit am besten funktioniert. Seine größten Fänge bisher waren ein Wels von über 1,50 Meter aus der Oberhavel und ein Lengfisch von 1,47 Meter und ca. 30 Kilo. Normalerweise setzt Tobias Fürste Fische zurück, bei kleineren Verletzungen durch den Angelhaken trägt er vorher eine antibakterielle Salbe auf. Der Lengfisch in gut 120 Meter Tiefe hingegen verkraftet die Druckveränderungen auf dem Weg nach oben nicht, sodass er mit einem Herzstich getötet werden muss. „Das hat mich große Überwindung gekostet“, berichtet Tobias Fürste, „doch es ist Teil des Sportangelns.“ MA

Da hat was angebissen: Tobias Fürste auf dem Boot im Fjord beim Einholen eines Fisches.



Allergien: Ein Zivilisationsproblem

Sabine Baran empfiehlt Hyposensibilisierung, um Beschwerden zu mildern und Atemwegserkrankungen vorzubeugen.



„Die Zahl derer, die am sogenannten Heuschnupfen leiden, ist größer geworden“, weiß die HNO-Ärztin zu berichten. Vor allem bei Kindern beobachte sie einen Anstieg, auch seien Betroffene länger und stärker beeinträchtigt als früher, da die Zeit zum Luftholen für Pollenallergiker in den letzten Jahren kürzer geworden ist. Eine Ursache sei Ambrosia, eine Pflanze, die mit Getreideimporten aus Nordamerika in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nach Europa gelangt ist. Sie blüht bis in den Herbst. Umgekehrt sind Hasel, Birke, Gräser & Co. aufgrund steigender Temperaturen immer eher dran (1).

Kinder früh desensibilisieren

Dass Menschen Allergien entwickeln, liegt auch an ihrer genetischen Disposition. Ist ein Elternteil betroffen, liegt die Chance bei 25 %, dass jemand im Laufe seines Lebens allergisch reagiert. Eine Studie des Robert Koch-Instituts ergab, dass 14,8 % der Erwachsenen Heuschnupfen haben (2). „Betroffene sollten möglichst früh desensibilisiert werden, mit einigen Präparaten ist das auch schon bei Kindern möglich“, betont Sabine Baran. Ein weiterer Grund, Allergiker zu werden, sei extreme Sauberkeit. So sind Kinder, die auf einem Bauernhof großwerden, nach wie vor am gesündesten, Stichwort „Stalleffekt“.

Hyposensibilisierung zur Prävention

Neben der herkömmlichen Therapie mithilfe von Spritzen gebe es gute Ansätze auch bei jüngeren Patienten – in Form von Nasenspray oder Tabletten, die unter der Zunge platziert werden. Das Ziel jeweils ist, die Beschwerden übers Jahr niedrig zu halten. Vor allem werde bei einer Pollenallergie durch Hyposensibilisierung der sogenannte Etagenwechsel verhindert, so Baran. Das heißt: Aus einem vermeintlich harmlosen Heuschnupfen kann unbehandelt eine Atem-

wegserkrankung oder schlimmstenfalls Asthma werden. Eine Pollenallergie ist also nicht zu unterschätzen, zumal sie wie andere Allergien nicht heilbar ist. „Viele Betroffene wenden ein, Antihistaminika machten müde“, ergänzt die Oberärztin in diesem Zusammenhang. „Mittlerweile gibt es jedoch Präparate, auf die dies nicht zutrifft und die helfen, die Symptome in den Griff zu bekommen.“

Ambulante Therapie

Das Klinikum Brandenburg bietet keine De- oder Hyposensibilisierung an, die übernehmen niedergelassene HNO-Ärzte. Zunächst wird mit einem Prick- oder Bluttest ermittelt, welche Allergie vorliegt. Dann wird über einen bestimmten Zeitraum – je nach Allergen und Applikationsform – über Monate, auch Jahre das entsprechende Allergen in aufsteigender Dosierung verabreicht, – durch Spritzen, Applikation unter die Haut oder über die Nasen- bzw. Mundschleimhaut. Dies nimmt Zeit in Anspruch, doch für Patienten lohnt es sich, aktiv zu werden, da ihre Beschwerden nachweislich gelindert und Schlimmeres verhindert werden kann.

Insektengiftallergien

Die sogenannte Ultra-Rush-Hyposensibilisierung nehmen Sabine Baran und das Team der HNO-Station hingegen vor. Meist handelt es sich dabei um Patienten mit einer Insektengiftallergie, die sich nach einem Stich mit akuten Atemwegs- oder Kreislaufproblemen in der Rettungsstelle vorgestellt haben. Sie werden im Notfall mit einem Cortison und einem Antihistaminikum behandelt. Nach Abklingen der Symptome sollte eine Diagnostik stattfinden. Nachdem feststeht, um welche Allergiklasse es sich handelt – Biene, Wespe, oder Hornisse –, wird mit der Therapie begonnen. Innerhalb von

drei Tagen erhalten auch sie in aufsteigender Dosierung das Gift, das die Reaktion ausgelöst hat. Fortgesetzt wird die Hyposensibilisierung über die nächsten fünf Jahre ambulant. Eine Insektengiftallergie zählt zu den gefährlichsten Arten, weswegen Betroffene stets ein Notfallset, sprich einen Pen zur Selbstapplikation bei sich tragen müssen.

Lebensmittel- und Pseudoallergien

Eine notfallmäßige Behandlung kann auch bei einer Lebensmittelallergie erforderlich sein, etwa wenn ein Patient einen anaphylaktischen Schock nach dem Essen erleidet. Dieser äußert sich durch Atemnot, Übelkeit bzw. Schwindel und Ohnmacht. In dem Fall ist unbedingt ein Arzt aufzusuchen, der als Erstes Adrenalin intramuskulär verabreicht, oder Erste Hilfe zu leisten. Auch Zunge und Lippen können so stark anschwellen, dass im äußersten Notfall ein Luftröhrenschnitt unerlässlich ist. Weniger lebensbedrohlich war die Situation einer Patientin, die auf ein Gewürz allergisch reagiert hat. Sie hatte zum ersten Mal Reisnudeln in einem vietnamesischen Restaurant gegessen, woraufhin ihre Augen und ihr Hals zuschwellen. Mit einem Cortison und einem Antihistaminikum konnte ihr schnell geholfen werden, sodass die Patientin am nächsten Morgen die Station verlassen konnte.

In bestimmten Lebenssituationen – beispielsweise während einer Prüfungsvorbereitung – kann bei der Einnahme von Medikamenten eine Pseudoallergie eintreten. Bei einer Studentin waren es starke Schmerzmittel, die stressbedingt Atemnot auslösten. Ein Allergietest im Nachhinein lieferte keine Ergebnisse und die Symptome traten nie wieder auf. Die Prüfung bestand sie erfolgreich.

Zusammenarbeit mit Treuenbrietzen

Das Klinikum Brandenburg arbeitet eng mit der Allergologie am Klinikum Treuenbrietzen zusammen. Dorthin werden zur Feindiagnostik vornehmlich Patienten mit Lebensmittel- und Kosmetikallergien verwiesen. „Eine Weile haben sich vermehrt Patientinnen mit Hautreaktionen auf Haarfärbemittel vorgestellt“, berichtet Sabine Baran. Diese habe man mit einer Salbe lokal behandelt, alles Weitere, etwa ob eine Kreuzallergie oder Unverträglichkeiten auf andere Stoffe bestehen, hätten die Experten um Frau Dr. Rabe in Treuenbrietzen geklärt. Jeder sollte wissen, worauf er allergisch reagiert – und eine Hyposensibilisierung in Erwägung ziehen, so der Rat von Sabine Baran. MA

Quellen

1.) wiki.bildungsserver.de/klimawandel/index.php/Klimawandel_und_Allergien

2.) www.rki.de/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Stellungnahmen_Berichte/Downloads/allergien_deutsch.pdf

Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie

Chefärztin

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Sekretariat

(03381) 411700

E-Mail: hno@klinikum-brandenburg.de



Veranstaltungskalender

Jeden Dienstag | 17:00 - 19:00 Uhr

Geburtsvorbereitungskurse

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Physiotherapie (Haus 3)

Leitung: Uta Krone, Hebamme

Anmeldung unter Telefon (0 33 81) 41 14 40

Jeden Freitag | 14:30 - 16:00 Uhr

Rückbildungsgymnastik

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Physiotherapie (Haus 3)

Leitung: Solveig Müller-Siebert, Hebamme

Anmeldung unter Telefon 0171 498 16 48

Do., 02.05.2019 | 19 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Dr. med. Ledwon (Chefarzt der Klinik
für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin) und
Hebammen • Ohne Anmeldung

Mo., 06.05.2019 | 11 Uhr

Einweihung Haus 11

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Haus 11

Leitung: Stadt Brandenburg an der Havel/
Städtisches Klinikum Brandenburg

Auf Einladung

Sa., 11.05.2019 | 10:00 - 14:00 Uhr

Tag der offenen Tür - Haus 11 - Besichtigung der Apotheke, der Pathologie und der For- schungsebene. Es erwarten Sie Führungen, spannende Experimente, Vorführungen und Vorträge.

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Haus 11

Leitung: Städtisches Klinikum Brandenburg
Ohne Anmeldung

Do., 16.05.2019 | 17:00 Uhr

Die kranke Hand – Beschwerden und ihre Ursachen

Treffpunkt: Gesundheitszentrum am Hauptbahn-
hof, Konferenzraum 3. Etage

Leitung: Dr. Döring - Verein Gesund in Brandenburg

Ohne Anmeldung

Do., 16.05.2019 | 19:00 Uhr

Betreuung gesunder und kranker Neugeborener, Vorsorgemaßnahmen, Impfung, Ernährung, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Chefarzt, Oberärzte, Ärzte der Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin • Ohne Anmeldung

Do., 23.05.2019 | 18:00 Uhr

Gesundheitsforum 2019 - Herzinfarkt: Vorsorge - Akutbehandlung - Nachsorge

Treffpunkt: Rolandsaal, Altstädtischer Markt 10,
14770 Brandenburg

Leitung: Univ.- Prof. Dr. med. Ritter (Klinikdirektor
Klinik für Kardiologie/Pulmologie / Nephrologie /
iITS) • Ohne Anmeldung

Do., 23.05.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Dr. med. Ledwon (Chefarzt der Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin) und
Hebammen • Ohne Anmeldung

Do., 13.06.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Dr. med. Ledwon (Chefarzt der Klinik für
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin) und
Hebammen • Ohne Anmeldung

Kontakt zu den Kliniken im Überblick



Allgemein- und Viszeralchirurgie

KD 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

Zentrum für Innere Medizin I

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

Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Kardiologie/Pulmologie / Nephrologie / iITS
KD Prof. Dr. med. O. Ritter, Tel. (0 33 81) 41 15 00

Kinderchirurgie

CA 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

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

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
KD Prof. Dr. med. S. Lüth,
Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
KD Prof. Dr. med. P. M. Deckert, Tel. (0 33 81) 41 16 00

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

ID Univ.-Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer,
MHBA (03381) 41 26 00

Impressum

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

Redaktion: havelcom concept – Marion Appelt, Ulrich Nettelstroth, Dr. Gerhard Pappert, Dr. Ute Sommer

Layout: havelcom concept – Ulrike Harbort

Druck: Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG

Kontakt: Anregungen, Themenvorschläge und Hinweise können gern per E-Mail gerichtet werden an:
leserbriefe@klinikum-brandenburg.de



Beeinflusst abendlicher Alkoholkonsum die Schlafqualität?

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

Für viele Menschen ist beides untrennbar miteinander verbunden: das Bier zum Feierabend, das Glas Wein, um runterzukommen und den Tag entspannt ausklingen zu lassen. Und tatsächlich hilft der sogenannte Schlummertrunk nicht nur beim Abschalten und Einschlafen, wir schlafen auch tiefer. Dabei reicht ein Drink (1), um den gewünschten Effekt zu erzielen. Der ist allerdings nur von kurzer Dauer, da die stimulierende und schlaffördernde Wirkung von Alkohol in der zweiten Nachthälfte nachlässt. Die Folge: Unruhe. Ist es nicht bei ein, zwei Gläsern geblieben, zwingen uns Harndrang und Durst aufzustehen. Auch werden die REM-Schlafphasen – die Zeit, in der wir träumen – beeinträchtigt. Darunter leiden wiederum unsere Konzentration, unsere Gedächtnisleistung und unsere motorischen Fähigkeiten. Doch damit nicht genug: Abendlicher Alkoholkonsum macht aus ruhigen Bettgenossen Schnarcher, deren Atem schlimmstenfalls aussetzen kann. Das sind ganz schön viele Nachteile, finde ich (2). Schlafwandlern, 2 bis 4 % der Erwachsenen hierzulande, rate ich von größeren Mengen Alkohol ab, denn für sie kann es gefährlich werden. Während

manche von ihnen sich nur kurz erheben, ihre Zudecke zurechtzupfeln und sich wieder hinlegen, stehen andere auf, hocken sich hinters Steuer eines Lkw und rauschen durch die Nacht oder balancieren auf dem Dachfirst. Das Ganze passiert unbewusst, automatisch und am nächsten Morgen erinnern sie sich an nichts. So wie eine junge Frau, die erst durch die eingetroffene Feuerwehr von ihren nächtlichen Kochaktionen „Wind bekam“, da es bei der Zubereitung eines Sportschuhs zu starker Rauchentwicklung gekommen war (3). Da mache ich doch lieber einen Abendspaziergang durch Brandenburg, trinke heiße Milch mit Honig und zähle Schäfchen, bis mir die Augen zufallen ...

MA

Ihr Dr. Nikki Ulm



1.) mental.jmir.org/2018/1/e23

2.) www.sueddeutsche.de/gesundheit/schlaf-und-alkohol-wie-der-schlummertrunk-die-erholung-raubt-1.1609231

3.) www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/schlafwandeln-woher-kommt-die-schlafstoerung-und-was-hilft-a-1112975.html