

VOM HERZEN

Rhythmusstörungen erkennen, einordnen, behandeln



Anästhesie:
Ein Rückblick

Auszeit:
Die Klinik-Clowns
im Einsatz

Angekommen:
Prof. Ewald und
Prof. Lüth

MEDIZIN UND FORSCHUNG	Digitalisierung als drittes Auge des Arztes.	4
	Der Lagerungsschwindel	6
	Plötzlicher Herztod	8
	Biomonitor III gegen Herzrhythmusstörungen. . .	9
	Die Entwicklung der modernen Anästhesie	10
	Praxisnahes Studium an der MHB	12
MENSCHEN AM KLINIKUM	Urlaub vom (Klinik)Alltag	13
	Ankommen am Klinikum I	14
	Am Klinikum wird in die Pedalen getreten	16
	»Laufen ist tagesformabhängig«.	17
	Weihnachten am Klinikum	18
SERVICE	Diabetes.	20
	Veranstaltungskalender.	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick	23
	Impressum.	23
	Dr. Nikki Ulm	24



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

2019 war ein in jeglicher Hinsicht bewegtes Jahr: So sind die Mitarbeiter der Apotheke den Wissenschaftlern der MHB und den Kollegen der Pathologie in das neu errichtete Haus 11 gefolgt. Dies haben wir mit einem Tag der offenen Tür gemeinsam mit vielen interessierten Bürgern im Mai gefeiert. Weitere Veranstaltungen, die uns nachhaltig in Erinnerung geblieben sind, waren der Tag der offenen Tür des Onkologischen Zentrums unter dem Motto „Verletzlichkeit ist das, was uns verbindet“ im Oktober sowie die Herzwoche im November.

Stolz sind wir auch auf unsere Rückkehr zum Flächentarifvertrag als erstes kommunales Krankenhaus im Land Brandenburg. Damit gehören wir als tarifgebundenes Mitglied dem Kommunalen Arbeitgeberverband KAV wieder an. Für alle nichtärztlichen Mitarbeiter des Klinikums bedeutet dies, dass sie ab dem 1. Januar 2020 wieder nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) bezahlt werden. Ihr Gehalt steigt durchschnittlich um 8 Prozent.

Besonders freuen wir uns über 50 neue Mitarbeiter im Bereich Pflege. Dem angestrebten Stellenzuwachs von 80 examinierten Pflegekräften bis 2021 zur Verbesserung der stationären Versorgung sind wir also ein gutes Stück näher gekommen.

Das Klinikjournal wird auch im kommenden Jahr regelmäßig erscheinen. Hier bitten wir Sie herzlich uns mitzuteilen, was Sie, liebe Leserin, lieber Leser, interessiert. Schreiben Sie uns Ihre Anregungen, Kritik und Hinweise an leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.



Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Im Namen des Klinikums
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

Digitalisierung als drittes Auge des Arztes

Neue Technologien am Institut für Radiologie



Die Digitalisierung in der Medizin ist in vollem Gange und wird unser Gesundheitssystem grundlegend verändern. Am Beispiel der Radiologie zeigen sich die neuen technologischen Möglichkeiten besonders eindrücklich. Die Anfänge des konventionellen Röntgens gehen bis ins späte 19. Jahrhundert zurück. Die Entwicklung erster Kontrastmittel ermöglichte ab den 1920er-Jahren erstmals eine genauere Diagnostik von bislang nicht zugänglichen Bereichen des menschlichen Körpers mithilfe von Röntgenstrahlen.

Mit Einführung computergestützter Technologien eröffneten Computertomografie und Magnetresonanztomografie ab 1965 weitere diagnostische Möglichkeiten. Mittlerweile sind Röntgenuntersuchungen komplett unabhängig vom analogen Röntgenfilm, der entwickelt werden muss. Die Digitalisierung in der Radiologie ist bereits Standard – beginnend bei der Patientenaufnahme über Untersuchungen bis zur Befundung. Und zukünftig wird Künstliche Intelligenz (KI) die Ärzte noch weiter unterstützen.

„Die Radiologie ist in der Medizin die ‚digitalste‘ aller Disziplinen“, erklärt Prof. Dr. Andreas Schreyer, Direktor des Radiologischen Instituts und Chefarzt am Klinikum Brandenburg. „Alle aufgenommenen Daten werden über unser Netzwerk innerhalb des Klinikums anderen Abteilungen zur Verfügung gestellt. Moderne Flachbild-Detektoren ermöglichen heute eine direkte Digitalisierung von Röntgenaufnahmen und eine Verarbeitung der Rohdaten in Echtzeit. Für unsere Patienten ergibt sich dadurch der Vorteil einer wesentlich geringeren Strahlenexposition“, führt der Facharzt weiter aus. „Ärzte profitieren von der digitalen Auswertung, da Diagnosen zuverlässiger und schneller gestellt werden können.“

Digitales Post-Processing reduziert die Strahlenexposition

Die nächsten Entwicklungsschritte in der Radiologie kündigen sich bereits an: Zukünftig soll durch Optimierungsmethoden mit sogenanntem Deep Learning die Bildqualität weiter verbessert werden. Über digitales Post-Processing kann das Bildrauschen der Aufnahmen vermindert werden, um noch mehr Details sichtbar zu machen. Dazu gibt Prof. Schreyer ein anschauliches Beispiel: „Vergleichbar ist Deep Learning mit der Kameralistung unserer Smartphones. Jede Generation macht bessere Bilder und benötigt dabei immer weniger Licht.“ In der medizinischen Anwendung ist die Optimierung dabei gleichbedeutend mit einer geringeren Strahlenexposition.

Künstliche Intelligenz ermöglicht zudem eine umfassende Informationsverarbeitung. Beim Deep Learning werden neuronale Netze angelegt, die dem menschlichen Gehirn und seinem Leistungsspektrum nachempfunden sind. Es ist möglich, Prognosen aufgrund der eingegebenen Informationen zu stellen, Lösungen zu erarbeiten und Entscheidungswege zu hinterfragen. Je umfangreicher die Daten, desto erfolgreicher die Auswertung. Hier kommt die digitale Patientenerfassung ins Spiel.

Digitales Patientenportal am Klinikum

„Um zukünftig noch besser auf die Fülle an Patientendaten zugreifen zu können und genauere Befunde zu erhalten, bauen wir gerade ein digitales Patientenportal am Klinikum auf“, verrät der Institutsdirektor. Damit lassen sich dann z.B. Untersuchungsergebnisse zu Hause herunterladen. Auf gleichem Weg können Patienten auch Befunde ans Klinikum senden, sodass die virtuelle Patientenakte mit weiteren Informa-

tionen angereichert wird. Gerade bei Notfällen würde sich dies als Vorteil erweisen. Das neue Portal wird voraussichtlich im Frühjahr 2020 gestartet. Der Schutz dieser sensiblen, personenbezogenen Daten hat dabei hohe Priorität. Die strengen Anforderungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung müssen erfüllt werden. „Unsere Server stehen ausschließlich in Deutschland und unterliegen strengen Sicherheitsvorkehrungen. Befunde können nur mit speziellen QR-Codes und separat verschickten Passwörtern abgerufen werden.“

Ein weiterer Vorteil der digitalen Vernetzung ist der schnelle Austausch von anonymisierten Untersuchungsergebnissen zwischen Fachärzten. Dabei ermöglichen mobile Endgeräte wie Tablets eine zuverlässige Kommunikation. So lässt sich gerade bei schwierigen Fällen schnell auf Expertenwissen in ganz Deutschland zurückgreifen.

Die Zukunft der Radiologie wird dreidimensional

Die Erfassung der Patientendaten bei der Untersuchung berücksichtigt ebenfalls dreidimensionale Informationen seiner Anatomie. Auf diese Weise lassen sich verschiedene Prozesse im menschlichen Körper anschaulicher und detaillierter darstellen, was zu noch genaueren Diagnosen führt. Darüber hinaus befasst sich die aktuelle Forschung am Institut für Radiologie mit einer strukturierten Befundung, das heißt, ein Befund wird nicht mehr als Text gespeichert, sondern in Checklisten erfasst, die sich über Data Mining computergestützt auswerten lassen.

„Hier zeichnet sich ein gigantischer Vorteil für die Krebsdiagnostik ab“, so Prof. Schreyer. „Die eingegebenen Daten lassen sich mit

Tumordatenbanken kombinieren und können das Ansprechen von Therapien wesentlich beeinflussen.“

Bei aller Digitalisierung in der Medizin und Unterstützung durch Künstliche Intelligenz – wird der Radiologe heutzutage denn überhaupt noch gebraucht? „Natürlich, denn der Computer ist unser drittes Auge, das auf Fehler aufmerksam macht“, erläutert Schreyer. „Er weist auf Details hin, die der Mensch vielleicht übersieht. Durch seine Erfahrung kann der Facharzt diese auswerten und die richtige Diagnose stellen. Also macht der Computer den Arzt besser.“

GP

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. A.G. Schreyer

Sekretariat

☎ (03381) 412600

E-Mail: radiologie@klinikum-brandenburg.de



Der Lagerungsschwindel

Eine Erkrankung, die vorwiegend ältere Patienten betrifft und der leicht entgegengewirkt werden kann



Hier entsteht das Problem: Die Bogengänge im menschlichen Ohr sind für den Gleichgewichtssinn zuständig.

Der sogenannte benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (BPLS) ist in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, wo man mit Schwindel aller Art befasst ist, eine häufige Erkrankung. Er tritt vor allem zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr auf, wobei 50 Prozent mehr Frauen als Männer darunter leiden. Warum das so ist, ist nicht bekannt. BPLS ist jedenfalls kein Grund zur Beunruhigung und gut zu behandeln.

Seine Entstehung

Symptom für BPLS ist Drehschwindel, zu dem es meist morgens beim Aufstehen kommt. Die Attacken sind nur von kurzer Dauer, nach zehn Sekunden bis zu einer Minute hören sie wieder auf. Lagerungsschwindel entsteht im Innenohr, unserem Gleichgewichtsorgan, genauer gesagt in den Bogengängen. Zu 80 Prozent ist der posteriore, sprich hintere Bogengang betroffen, deutlich seltener der anteriore oder der horizontale Bogengang. Auslöser sind als Otokonien bezeichnete kleine Kristalle, die sich aus der Macula – einer Gelmasse über den Sinneszellen – gelöst haben. Bei BPLS schwimmen sie frei in der Lymphe, flottieren hin und her, wodurch eine Sogwirkung entsteht, die wiederum zu elektrischen Potenzialen führt und den Schwindel erzeugt.

Mögliche Ursachen

Zur Lösung der Otokonien aus der Wandung des Endolymphraums kommt es vor allem im Alter, weswegen in diesem Zusammenhang von einer degenerativen Ätiologie gesprochen wird. Weitere Ursachen sind Hirntraumen, Vitamin D-Mangel und längere Bettruhe; ebenfalls diskutiert werden verschiedene Ohroperationen.

Diagnostik

„Am Klinikum sind es pro Jahr etwa 20 bis 30 Patienten, die sich dem Notdienst oder in der Sprechstunde mit Verdacht auf Lagerungsschwindel vorstellen“, erklärt Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop, Chefärztin der Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie. Da es sich um keine schwere Erkrankung handelt, seien primär die niedergelassenen Kollegen zuständig. Ob BPLS vorliegt, wird mithilfe des Dix-Hallpike-Manövers untersucht. Dafür wird der Patient mit 45 Prozent zur Seite gedrehtem Kopf aus dem Sitzen rasch in die Kopfhängelage gebracht, um Aufstehen zu simulieren. Kommt es dabei zu Spontan- oder Kopfschüttelnystagmus (schnellen Bewegungen der Augen), hat sich der Verdacht bestätigt. „Dieser Test bezieht sich auf den posterioren Bogengang, der horizontale wird mit dem Pagnini-McClure's-Manöver überprüft“, ergänzt die Chefärztin. Hier liegt der Patient auf der Untersuchungsfläche. Sein Oberkörper ist um 30 Grad angehoben. Der Kopf wird nun in einer schnellen Bewegung von links und dann nach rechts gedreht. Um Lagerungsschwindel ausschließen zu können, muss die Prüfung dreimal wiederholt werden, da Nystagmen oft nicht auf Anheb nachweisbar sind.



Therapie

Behandelt wird Lagerungsschwindel ebenfalls durch Manöver. Ziel ist es, die Otokonien aus den Bogengängen zu spülen. Geht es um den hinteren Bogengang, wird das Epley-Manöver angewendet. Dafür sitzt der Patient zunächst auf der Untersuchungsliege mit zur betroffenen Seite gedrehtem Kopf. Aus dieser Position heraus wird der Patient in die Kopfhängelage gebracht, wo er einen Moment verharrt. Dann wird sein Kopf zur Mitte und wenig später zur gesunden Seite gedreht. Anschließend begibt sich der Patient in Seitenlage, ohne die Stellung seines Kopfes zu verändern. Das heißt, dieser dreht mit dem Körper mit. Aus der Seitenlage setzt sich der Patient schließlich auf. Alternatives Befreiungsmanöver ist das nach Gufoni. Muss der horizontale Bogengang von Otokonien befreit werden, bietet sich das Sémont- oder das sogenannte Barbecue-Manöver an: In dem Fall wird der Patient in liegender Position einmal um seine eigene Achse gedreht, wobei der Kopf zu Beginn auf der betroffenen Seite ruht. Jede Position wird so lange gehalten, bis der Schwindel vollständig nachgelassen hat. „Schwierig ist es, wenn mehrere Bogengänge betroffen sind“, berichtet Birgit Didczuneit-Sandhop. „Wir haben Patienten schon auf den Kopf stellen müssen und sie anschließend eine Vorwärtsrolle machen lassen, wobei wir die Patienten zu zweit an den Füßen gehalten haben, um die Beschwerden zu beheben.“

Medikamente gegen Lagerungsschwindel gibt es nicht. Einzig Vitamin D wird gegeben, sollte dessen Mangel den Drehschwindel hervorrufen. „Ich persönlich rate davon ab, die Manöver zu therapeutischen Zwecken zu Hause durchzuführen“, empfiehlt die Chefärztin. „Denn es kann durchaus sein, dass die kleinen Kristalle von einem Bogengang in den nächsten gelangen oder dass während eines Manövers etwas passiert.“ Dies gilt es zu vermeiden, zumal Lagerungsschwindel zwar eine Beeinträchtigung, aber keine ernsthafte Bedrohung darstellt.

MA

Klinik für HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

Chefärztin

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Sekretariat

☎ (03381) 411700

✉ E-Mail: hno@klinikum-brandenburg.de

Unangenehm, aber nicht gefährlich: Der Lagerungsschwindel



Plötzlicher Herztod

Herzinfarktregister soll Sterbefälle in Brandenburg reduzieren

Herzjagen, Herztolpern und ein plötzliches Aussetzen des Herzschlags sind sogenannte Herzrhythmusstörungen, die betroffene Menschen beunruhigen und belasten können. Dabei ist ein Stolperherz nicht grundsätzlich kritisch oder gar lebensbedrohlich. Liegt jedoch bereits eine Erkrankung des Herzens vor, können schwere Rhythmuschwankungen einen plötzlichen Herztod begünstigen.

Um Herzpatienten in Brandenburg nachzuverfolgen, wurde 2017 das Herzinfarktregister des Bundeslandes ins Leben gerufen. Initiator ist die Medizinische Hochschule Brandenburg unter der Projektleitung von Prof. Dr. Oliver Ritter. „Ziel der Maßnahme ist die Reduktion der Herzinfarktsterblichkeit im Land Brandenburg“, erklärt der Chefarzt der Hochschulklinik für Kardiologie und Pulmologie.

Sekundentod eine der häufigsten Todesursachen

Nach Ansicht von Experten zählt der plötzliche Herztod zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Jährlich sind davon bis zu 200.000 Menschen betroffen. Meist lässt sich der Sekundentod auf eine bestehende Herzerkrankung zurückführen. Zugrunde liegen können eine Koronare Herzkrankheit (KHK) oder eine Schwächung des Herzmuskels sowie Störungen des elektrischen Reizleitungssystems.

Das begehbare Herzmodell



Schwerwiegende Herzrhythmusstörungen vom Facharzt abklären lassen

Gemeinsamkeit aller möglichen Ursachen für einen plötzlichen Herztod ist oft eine massive Herzrhythmusstörung, die schließlich zum Kreislaufstillstand führt. Daneben sind Druck- oder Engegefühle im linken Brustbereich, Schwindel und Ohnmacht, Atemnot sowie Wassereinlagerung typische Symptome einer Herzerkrankung. Davon Betroffene sollten eine mögliche Erkrankung unbedingt ärztlich abklären lassen.

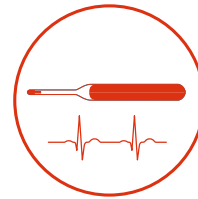
Notarzt rufen und Leben retten durch öffentliche Defibrillatoren

Bei einem auftretenden Herzinfarkt sollte der Notarzt verständigt werden. Über die europaweit geltende Notrufnummer 112 kann der Rettungsdienst gerufen werden. Bei einem Herzstillstand kann das Leben Betroffener durch den Einsatz von Defibrillatoren gerettet werden, die sich in vielen öffentlichen Bereichen wie Restaurants, Bahnstationen und Einkaufszentren befinden.

Informationsveranstaltungen im Rahmen der Herzwoche

Am 20. November veranstaltete das Klinikum wieder einen Tag der offenen Tür, um die breite Öffentlichkeit über Herzrhythmusstörungen aufzuklären. Besucher konnten sich u.a. in einem begehbaren Herzmodell informieren und die Präparation von Rinderherzen verfolgen. Ein Vortragsprogramm ging darauf ein, was es mit dem plötzlichen Herztod auf sich hat, wie ein Defibrillator funktioniert, und klärte auf über Herzinfarkt und Herzschwäche – die häufigsten Ursachen für den plötzlichen Herztod.

Mit Biomonitor III gegen Herzrhythmusstörungen



Neue Generation implantierbarer Sensoren ermöglicht präzise Überwachung

Auch wenn Herzrhythmusstörungen nicht per se Leben bedrohen, sind sie häufige Ursache für Herzinfarkte, Schlaganfälle oder das gefährliche Kammerflimmern. Jährlich ereignen sich in Deutschland etwa 240.000 Schlaganfälle, von denen rund 35.000 durch Vorhofflimmern entstehen. Um das Risiko für einen Schlaganfall oder plötzlichen Herztod zu minimieren, ist es wichtig, die Rhythmusschwankungen frühzeitig zu erkennen, einzuordnen und zu behandeln. Hierfür hat das Unternehmen BIOTRONIK eine neue Generation von implantierbaren Herzmonitoren entwickelt: den Biomonitor III. Er kommt bereits vielerorts zum Einsatz, so auch im Klinikum Brandenburg. „Beim Biomonitor III handelt es sich um einen Ereignisrekorder, der unter die Haut gesetzt wird und über Monate oder Jahre hinweg den Herzrhythmus eines Patienten aufzeichnet“, erklärt Prof. Dr. Oliver Ritter, Chefarzt der Hochschulklinik für Kardiologie und Pulmologie. Der Sensor komme meist bei Betroffenen zum Einsatz, die unter ungeklärten Arrhythmien leiden. „Das Gerät ermöglicht uns, die Herzaktivität unserer Patienten zu überwachen und im Notfall schnell reagieren zu können.“ Der Monitor löst bei Herzattacken automatisch aus und beginnt mit der Aufzeichnung. Zur Therapie eingesetzt werden kann er jedoch nicht.

Steuerung auch mittels Smartphone-App

Bis zu vier Jahre kann der Biomonitor III den Herzschlag eines Patienten verfolgen und Störungen aufzeichnen. Die Daten können telemetrisch direkt an den behandelnden Arzt übermittelt werden. Mithilfe einer speziellen Smartphone-App ist es möglich, dass der Betroffene die eigene Erkrankung dokumentiert und überprüft. Somit erlaubt die telemedizinische Auswertung dem Facharzt als auch dem Herzpatienten größtmögliche Flexibilität.

Die Implantierung von Biomonitor III ist nur mit einem minimal-invasiven Eingriff verbunden. Über einen winzigen Schnitt in der linken Brustseite wird er unter die Haut injiziert. Der Sensor ist nur wenige Zentimeter groß, aber in der Lage, hochauflösende EKG-Signale zu liefern. Darüber hinaus besitzt das Gerät eine MRT-Tauglichkeit: Magnetresonanztomografien können daher unmittelbar nach der Injektion durchgeführt werden.

Aufzeichnungsgerät CardioMessenger

Gekoppelt wird das Implantat mit dem Patientengerät CardioMessenger, der im Home Monitoring eingesetzt wird und die Aufzeichnung der Daten übernimmt. Das Gerät von der Größe eines Smartphones ist einfach zu bedienen und verfügt über eine Akkulaufzeit von bis zu 48 Stunden. Es ermöglicht die Übertragung von sechs EKGs pro Tag. Dazu Prof. Dr. Ritter: „Auf diese Weise haben wir die Herzaktivität unseres Patienten jederzeit im Blick, ohne dass ein Klinikaufenthalt erforderlich ist.“

Quelle:

<https://www.biotronik.com/de-de/products/arrhythmia-monitoring/BIOMONITORIII>



Der Biomonitor III
(Abb.: BIOTRONIK)

Zentrum für Innere Medizin I

**Klinikdirektor der Hochschulklinik
für Kardiologie und Pulmologie**

Prof. Dr. med. O. Ritter

Sekretariat

☎ (03381) 411500

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

Die Entwicklung der modernen Anästhesie

Rückblick auf bald 175 Jahre Narkosetechnik



Paracelsus 1540. Kupferstich von Augustin Hirschvogel

Die Anästhesie beschreibt in der Medizin den Zustand der Empfindungslosigkeit und zugleich das medizinische Verfahren, das operative Eingriffe oder eine fundierte Diagnostik ermöglicht. Was heute in der Behandlung Routine ist, geht auf eine lange Entwicklung zurück, deren Ursprünge bis ins Amerika Mitte des 19. Jahrhunderts reichen. 2021 blickt die Anästhesiologie auf 175 Jahre Erfahrung zurück.

Längst stellt die Narkosetechnik einen eigenständigen Fachbereich in Krankenhäusern dar. So auch am Klinikum Brandenburg, wo jährlich insgesamt 14.000 Narkoseleistungen erbracht werden. Speziell ausgebildete Narkoseärzte kümmern sich um Patienten und führen Anästhesien individuell, schonend und sicher durch. „Eine weitere Aufgabe ist die Stabilisierung lebenswichtiger Funktionen nach Operationen, schweren Unfällen oder Erkrankungen“, erklärt Dr. med. Mathias Sprenger, hiesiger Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie.

Quellen:

<https://www.klinikum-brandenburg.de/fachbereiche/fachbereiche/anaesthesiologie-und-intensivtherapie>

https://www.uniklinikum-saarland.de/de/einrichtungen/kliniken_institute/anaesthesiologie/patienteninfo/anaesthesie/geschichte_der_anaesthesie/

<https://www.operation-karriere.de/karriereweg/medizinstudium/eine-kleine-geschichte-der-anaesthesie.html/>

Wegbereiter der Anästhesie

Für die heute selbstverständliche und zuverlässige Narkosetherapie war viel Pionierarbeit nötig. Den Grundstein legte 1540 der Schweizer Arzt und Alchemist Theophrast von Hohenheim – genannt Paracelsus – mit der Entdeckung des Äthers. Er versetzte Tiere in einen schlafähnlichen Zustand, aus dem sie schadlos erwachten. Der Einsatz des Betäubungsmittels löste die bis dahin üblichen Lokalanästhesien mit Auszügen der Alraune-Heilpflanze oder mittels simpler Vereisung ab.

Die erste dokumentierte Operation unter dem Einfluss von Schwefeläther fand am 16. Oktober 1846, dem „Äthertag von Boston“, am Mas-

sachusetts General Hospital in den USA statt. Mittels Inhalation aus der „Bostoner Glaskugel“ narkotisierte der Zahnarzt William Thomas Green Morton einen Patienten, der an einem außen liegenden Unterkiefertumor litt. Eingriff und Verfahren gelten als die Geburtsstunde der modernen Anästhesiologie. Später erwies sich auch Chloroform als wirkungsvolles Betäubungsmittel. Hohen Bekanntheitsgrad erreichte das Narkotikum, nachdem der britische Epidemiologe John Snow es 1853 Queen Victoria bei der Geburt von Prinz Leopold verabreicht hatte.

Jedoch wurden Äther und Chloroform aufgrund ihrer giftigen Dämpfe bald als gesundheitsgefährdend eingestuft und machten den Weg frei für alternative Narkosemittel wie das 1727 vom englischen Chemiker Joseph Priestley entdeckte Stickoxid oder Lachgas. So entstand Ende des 19. Jahrhunderts durch Mischen verschiedener Narkosegase ein Präparat, das sich durch deutlich geringere Nebenwirkungen auszeichnete. Die Beigabe von Sauerstoff ermöglichte eine Ausweitung der Narkosedauer, ein Vorteil bei größeren Eingriffen. Es entstanden erste Apparaturen, die das Mischen der Gase vereinfachten und für weiteren Fortschritt in der Anästhesie sorgten.

Überdruckbeatmung und Entwicklung der ersten „Schlafspritze“

Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die bis heute populäre Überdruckbeatmung in den internationalen Operationssälen eingeführt, die erstmals chirurgische Eingriffe am geöffneten Brustkorb unter Fortführung der Narkose erlaubte. Der amerikanische Chirurg Henry Harrington Janeway konstruierte 1910 schließlich das erste L-förmige Laryngoskop, was die Betrachtung des Kehlkopfs und damit den Einsatz von Tuben ermöglichte.

Zu bahnbrechenden Veränderungen in der Anästhesie kam es 1932 durch die Entwicklung des Injektionsnarkotikums Hexobarbital oder Evipan durch den deutschen Arzt und Pharmakologen Prof. Dr. Hellmut Weese. Die sogenannte Schlafspritze verbannte endgültig die Schrecken der Narkose – nicht zu erwachen oder nicht ausreichend betäubt zu sein – aus den Operationsräumen. Durch die Erfindung ergab sich der erste Lehrstuhl für Anästhesie in München sowie die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) 1953.

Etablierung von Fachbereichen für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Ab den 1950er-Jahren wurden zahlreiche neue Narkosemittel entwickelt. Präparate wie Succinylcholin, Morphin oder Sufentanil erwiesen sich als wirkungsvoller und kalkulierbarer als ihre Vorgänger. 1952 wurde zudem der Facharzt für Narkose in die saarländische Facharztordnung aufgenommen. Narkosefachabteilungen entstanden zwischen 1960 und 1970 in vielen deutschen Kliniken.

Das Aufgabenspektrum der Narkoseärzte wurde seither stetig erweitert. Heute umfasst es neben der Anästhesie für operative und diagnostische Eingriffe wesentliche Gebiete der Schmerztherapie. Auch Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin sind wichtige Teilbereiche der Anästhesiologie, die enge Parallelen zueinander aufweisen. So lassen sich Fachkompetenzen bündeln – auch am Klinikum Brandenburg, wo man sich aktiv für die Ärztegeneration von morgen einsetzt. Als Mitbegründer der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane bietet das Klinikum angehenden Ärzten das Praktische Jahr in der Anästhesiologie an. „Dadurch schaffen wir für die Studieren-

den erstklassige Möglichkeiten, medizinische Dienstleistungen mit eingehender Forschung und Lehre zu verknüpfen“, so Sprenger. Ziel sei die Stärkung der Fachabteilung und sie auf hohem Niveau weiterzuentwickeln.

GP



Chirurgie und Anästhesie 1956

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Chefarzt

Dr. med. Mathias Sprenger

Sekretariat

☎ (03381) 411300

E-Mail: its@klinikum-brandenburg.de

Praxisnahes Studium an der MHB

Beim AGA-Day tauschen sich Fachärzte und Studenten aus

Quellen:

<https://www.klinikum-brandenburg.de/fachbereiche/fachbereiche/orthopaedie-und-unfallchirurgie>

<https://www.mhb-fontane.de/details-zu/roland-becker.html>

<http://www.aga-online.ch/information/was-ist-arthroskopie/>

<http://www.aga-online.ch/ausbildung/studenten/informationen/>

Studentinnen des zweiten Semesters üben Gelenkspiegelungen am Kniegelenk

Der zweite AGA-Students Day fand am 28. September an der Medizinischen Hochschule in Brandenburg statt. Die Studenten trafen sich, um mehr über Verletzungen, Diagnostik und Therapie an Knie und Schulter zu erfahren. Die Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA) der deutschsprachigen Länder wurde 1983 in der Schweiz gegründet und ist mit ca. 5.000 Mitgliedern eine der größten internationalen Gesellschaften in diesem Bereich.

Bereits als Student kann man aktiv in der Gesellschaft mitarbeiten und erhält Ausbildungsmöglichkeiten, die weit über das Medizinstudium hinausgehen. Ein Mentorenprogramm erlaubt den Studenten, sich regelmäßig mit einem erfahrenen Kollegen auszutauschen und über das Fach, aber auch die Möglichkeiten der Forschungsarbeit und Berufsentwicklung zu sprechen.

Ziel ist es, die Wissenschaft im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie voranzutreiben und die minimal-invasive Gelenkchirurgie in die klinische Praxis zu integrieren. Mittelpunkt ist der Patient, dessen Gelenkerkrankungen frühzeitig erkannt und spezialisiert behandelt werden sollen.

Lernen am Modell

Der diesjährige Students-Day, der von Studenten für Studenten organisiert wurde, befasste sich dieses Jahr mit der klinischen Untersuchung von Schulter und Knie. Dozenten und Studenten hielten Vorträge und diskutierten die häufigsten Gelenkerkrankungen. Es bestand ausreichend Zeit, um an Modellen die Grundlagen der Arthroskopie zu erlernen.

Das ist „Medizin-Erleben“ und entspricht der Grundidee der Medizinischen Hochschule Brandenburg – ein Medizinstudium anzubieten, welches den medizinischen Alltag zur Grundlage für die Ausbildung nimmt.

Unterstützung bei der Fortbildung erhielten die Studenten durch erfahrene Ärzte des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie des Klinikums Brandenburg. Am Klinikum sowie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg ist Prof. Dr. med. Roland Becker für das Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie verantwortlich. „Aufgrund der kleinen Anzahl von Studenten besteht ein enges Verhältnis zwischen Studierenden und Professoren, was Lehre auf einem hohen Niveau ermöglicht“, erklärt der Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. Als ehemaliger Präsident der AGA ist er eng mit der Organisation verbunden und steht engagierten Studenten gern als Mentor zur Verfügung.

GP



Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. Roland Becker

Sekretariat

☎ (03381) 411900

E-Mail: orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

Urlaub vom (Klinik)Alltag

Zwei Klinik-Clowns über ihre Einsätze auf der Kinderstation

„Ehe wir ein Zimmer betreten, atme ich durch, um ruhig, offen, neutral und ohne Erwartungen zu sein“, beschreibt Nicola Streifler den Moment, bevor sie Patienten zum ersten Mal begegnet. Sie ist einer von zwölf Potsdamer Klinik-Clowns, die seit fünf Jahren ans Städtische Klinikum kommen. „Dann ist alles andere weg.“ Ihre und die Figuren ihrer Kollegen seien nicht ausgedacht, sondern eigene alterslose Wesen ohne Herkunft und entwickelten sich mit. Mit ihrer „Hella Propella“ überraschte die 44-jährige 2001 einen befreundeten Kommilitonen an seinem Geburtstag. Clownerie war der letzte Baustein ihres Theaterpädagogik-Studiums, bis dahin hatte Nicola Streifler als Therapeutin von Menschen mit hirnrnorganisch bedingten Sprachstörungen gearbeitet. Somit hat sich für sie, die am Klinikum die Projektleitung hat, mit den Einsätzen in Krankenhäusern ein Kreis geschlossen. Julia Gotzmann wusste hingegen schon mit 14, dass „Fridoline“ irgendwann ein Eigenleben führen werde. Damals las sie einen Artikel über eine Clownscheule. Ihre Ausbildung machte die Mutter von zwei Kindern dann in Hamburg während ihres Politik- und Philosophiestudiums in Leipzig. Zu den Potsdamer Klinik-Clowns kam sie 2013 durch ein Praktikum.

Gegründet wurde die Initiative 2008, den Verein gibt es seit 2012. Er fußt auf einem starken ehrenamtlichen Fundament, nur die Einsätze sind bezahlt und werden teilweise ermöglicht durch Kooperationen.

Viel mehr als auf der Bühne gehe es auf Station darum, mit dem „Publikum“ in Kontakt zu treten, erzählt Julia Gotzmann. „Wir haben kein festes Programm, alles entsteht aus der Situation heraus. Jeder Clown hat sein eigenes Repertoire und da in unseren Figuren Aspekte von uns selbst gebündelt sind, bleiben wir flexibel, können reagieren und auf Bedürfnisse eingehen.“

Beispielweise wenn ein Kind schüchtern ist: „Viele von ihnen lieben Seifenblasen, damit geht was auf und die Patienten entspannen“, schwärmt Nicola Streifler. Aber auch der Clown sei eine zarte Pflanze und man bräuchte eine starke innere Säule. „Unsere Arbeit erfordert ein hohes Maß an Präsenz. Es so zu machen, als wäre es das erste Mal, ist Kunst, denn für die Kinder und Jugendlichen ist es etwas Neues.“ Anstrengend werde es, wenn man dies vergisst und die Einsätze zur Routine werden.

„Viele Fragen verhindern auch, dass Spiel entsteht“, ergänzt Julia Gotzmann. „Leere zulassen, es aushalten, nichts zu tun, und den Moment genießen, das ist ganz wichtig. Dann macht es umso mehr Spaß.“ Der sich dann bestenfalls auf Patienten überträgt, von denen man zum Teil meint, dass sie aus dem Alter raus wären.



Fridoline und Hella Propella

MA



Ankommen am Klinikum I

Prof. Dr. med. Christian Ewald und Prof. Dr. med. Stefan Lüth über ihre ersten Jahre in Brandenburg



Prof. Dr. med. Stefan Lüth

Er habe sich schnell eingelebt, sagt der eine. „Ich bin ein Brandenburger“ der andere. Christian Ewald und Stefan Lüth sind 2016 dem Ruf der MHB gefolgt und leiten als Chefarzt die Klinik für Neurochirurgie bzw. Gastroenterologie und Diabetologie. Beide sagen, gut vorangekommen zu sein, und schätzen sehr ihr engagiertes und stets freundliches Team. Und sie haben Pläne.

Teambuilding

„Der Anfang war nicht einfach“, räumt Stefan Lüth ein. „Anders als am UKE in Hamburg, einer der größten und modernsten Unikliniken Europas, konnte ich nicht zwischen vielen exzellenten Leuten wählen. Auch die Stagnation hier war erst ungewohnt.“ Für die Klinik gab es bald einen mit der Geschäftsführung abgestimmten Entwicklungsplan. In die Ausbildung neuer Mitarbeiter habe sich der Gastroenterologe zunächst stärker einbringen müssen. „Eingeführt haben wir einen Facharztstandard innerhalb täglicher Visiten. Der Behandlungsplan muss morgens erstellt werden, meist durch einen der vier sehr guten Oberärzte oder mich. Das muss sein, da bin ich stur.“

Christian Ewald musste zu Beginn wiederum personell viel umdisponieren. „Sehr stark zurückgeworfen hat uns der Umzug unserer Station im April dieses Jahres, um die Pflegevorschriften weiter einhalten zu können.“ Ein Team, das 20 Jahre zusammengearbeitet hatte, wurde auseinandergerissen, was noch heute schmerze. „Neue Schwestern müssen eingearbeitet werden, das erfordert intensive Kommunikation.“ Das Interesse an Fortbildungen sei groß, es fehle aber die Zeit. „Und Mitarbeitern steht Freizeit zu.“

Neue Methoden eingeführt

Es sei gelungen, die Neurochirurgie auf ihrem Niveau zu halten, fährt Ewald fort. „Wichtig

war die positive Unterstützung der Geschäftsführung bei der Anschaffung neuer Geräte und erforderlicher Updates.“ So habe man neue OP-Techniken an Hals- und Brustwirbelsäule und in der Schmerztherapie etablieren können. „Damit haben wir die OP- und Bettenkapazität erweitern können.“

Auch die Patientenabdeckung in der Klinik für Gastroenterologie und Diabetologie steigt unter Prof. Lüth. „Die gastroenterologische Versorgung im Land ist knapp, sodass wir zunehmend Patienten ambulant behandeln. Dafür haben wir den Bereich Endoskopie zur besseren Nutzung umgebaut und den Aufwachraum vergrößert.“ Die Wartezeit bei einer ambulanten Darmspiegelung beträgt derzeit beim niedergelassenen Gastroenterologen ca. sechs Monate – am Klinikum sind es etwa sechs Wochen. „Mein Ziel für 2020 ist, dass Patienten aus Brandenburg maximal vier Wochen darauf warten.“ Auch Lüth und sein Team haben neue minimal-invasive Methoden entwickelt, etwa die Mini-laparoskopie in der Leberdiagnostik. „Wir möchten auch bei ‚seltenen Erkrankungen‘ und in der Diabetologie mehr Versorgung anbieten, beide Fächer entwickeln sich rasant und betreffen immer mehr Brandenburger. Als Hochschulklinikum müssen wir dranbleiben, neue Behandlungsfelder auf tun und den Fortschritt mit vorantreiben und aktiv gestalten.“

Zwei Säulen für exzellente Patientenversorgung

Für eine stetig bessere Medizin seien Forschung und Lehre unabdingbar: „Wir sind Hochschulklinik und ich möchte, dass wir uns als solche fühlen“, so Lüth. Eine Haltung, die auch auf seine Aufgaben als Hochschulkordinator zurückgeht – eine durch die Nachfolge auf den ehemaligen Klinikleiter Prof. Dr. med. Wilfried Pommerien bedingte, ebenfalls anfangs ungewohnte Posi-

tion. „Das MHB-Projekt haben wir nicht gestartet, nur um dem Landarztmangel entgegenzuwirken, auch wir Trägerkliniken brauchen guten Nachwuchs.“ Er freut sich auf die erste Kohorte, die im April 2020 ihr Praktisches Jahr beginnt: „Es sind hochqualifizierte Absolventen. Wir kennen uns lange und die Studenten und uns als Gestalter verbindet der Gründerspirit. Mit ihnen zu arbeiten wird viel Spaß machen.“

Dem Chefarzt geht es auch um Sichtbarkeit der MHB auf Landes- bzw. Regierungsebene. „Selbst wenn wir bei der Drittmittelinwerbung und im Bereich Publikationen schon recht erfolgreich sind, haben wir als kleine Hochschule es noch schwer“, gesteht Lüth. Dennoch sieht er die MHB als Einstieg in eine gemeinsame Universitätsmedizin Brandenburg: Er könne sich vorstellen, dass mit Cottbus langfristig beide Projekte stabilisierend aneinander herangeführt werden. „Ich wünsche mir eine vernetzte Flächenhochschule ‚Cottbus-Brandenburg‘, die allen Brandenburgern und darüber hinaus Zugang zu einer hochspezialisierten Universitätsmedizin ermöglicht.“

Kooperationen – interdisziplinär und mit anderen Häusern

Vernetzung hat auch für Prof. Ewald hohe Priorität. Genauer: die Zusammenarbeit auf persönlicher und technischer Ebene mit umliegenden Kliniken, um sich bei der Patientenversorgung gegenseitig zu unterstützen. Denn hier werde die MHB ihrem Anspruch einer medizinischen Hochschule noch nicht ganz gerecht. „Ich finde es traurig, dass Patienten verlegt werden müssen, weil es für ihr Krankheitsbild keine Versorgungsmöglichkeit gibt“, erläutert der Chefarzt. Etwa bei neurovaskulären Erkrankungen wie einer akuten Hirnblutung kämen viele Disziplinen zusammen, weswegen ein intensiver institutioneller Austausch wichtig sei. Diesen möchte



Prof. Dr. med. Christian Ewald

der Neurochirurg gemeinsam mit der Radiologie mittels Bildübertragung und Telemedizin mit anderen Kliniken verbessern. „Es ist ein größeres Projekt und in den letzten gut drei Jahren habe ich gelernt, nicht locker zu lassen, dass keine Zeit ist, die Hände in den Schoß zu legen, und nicht alles gleichzeitig geht.“ Ein Beispiel dafür ist die Zertifizierung als Wirbelsäulenzentrum. Weiterhin die Voraussetzung dafür zu erfüllen, sei ein kontinuierlicher Prozess. „Wir müssen insgesamt am Ball bleiben, die Konkurrenz schläft nicht. Hier sehe ich uns aber auf einem guten Weg“, so das Fazit von Christian Ewald.

MA

Am Klinikum wird in die Pedalen getreten

Rietzer Einzelzeitfahren und STADTRADELN 2019

Jedes Jahr veranstaltet der BSC Süd 05 e.V. den Havel-Rad-Cup. Er besteht aus vier Wettbewerben, die zwischen Mai und September in und um Kloster Lehnin, Brandenburg an der Havel, Rhinsmühlen und Rietz stattfinden. Das Feld setzt sich zusammen vor allem aus ambitionierten Hobbyradrennfahrern aus der Region. 2018 musste das Rietzer Einzelzeitfahren wegen Straßenbauarbeiten ausfallen. Vom Klinikum dabei waren am 1. September Christian Baars aus der Radiologie, der Sicherheitsbeauftragte Andreas Oppermann sowie sein Sohn Tobias und Dr. Mathias Sprenger.

Vom Rennen erfahren hat der Chefarzt und Ärztliche Leiter des Interdisziplinären Aufnahmезentrums von einem Freund. „Die Atmosphäre ist toll, die Leute sind nett, das Event hat was Familiäres und die Bevölkerung feuert uns richtig an“, fasst er seine Eindrücke zusammen. Erstmals teilgenommen am Rietzer Einzelzeitfahren hat er 2015, wobei es gar nicht einfach ist, einen der 150 Startplätze – von denen ein Teil für Fahrer aus Berlin reserviert ist – zu bekommen. Damals legte er die 12 Kilometer mit einem 38er-Schnitt zurück, für dieses Jahr war einer von 40 angestrebt. Rennradfahren war früher Sprengers Ausgleich zum Rudern. Mittlerweile trainiert er auch im Urlaub, im Winter auf der „Rolle“ und fährt manchmal die Strecke vom Klinikum nach Hause mit dem Rad – immerhin 80 Kilometer. Die Vorbereitung hat sich gelohnt: Mathias Sprenger legte die Distanz mit einer Durchschnittsgeschwindigkeit von 41,01 km/h zurück. Am schnellsten von den Teilnehmern des Klinikums war Sam Sandten mit einem Schnitt von 41,79 km/h.

Ebenfalls in den Monat September fiel das STADTRADELN, woran sich die Stadt Brandenburg und gut 30 Mitarbeiter des Klinikums nach 2018 zum zweiten Mal beteiligt haben. Ziel der



© BSC Süd 05 e.V.



Initiative ist es, zum einen zur Verbesserung des Klimas beizutragen, indem Menschen fürs Umsteigen aufs Rad gewonnen werden. Andererseits geht es vor allem um Spaß am und beim Fahrradfahren. Vom 2. bis 22. September „erradelten“ 715 Teilnehmer aus unterschiedlichen Unternehmen 121.172 Kilometer, wovon 5.238 Kilometer auf das Klinikum entfielen. Der Anteil des Teams „Die Intensiven“ um Dr. Martin Schäfer lag bei 3.082 Kilometern. Somit wurde das Ergebnis des letzten Jahres von 5.200 Kilometern leicht übertroffen.

MA

»Laufen ist tagesformabhängig«

Und es verbindet – in jeglicher Hinsicht

Gelaufen ist Ines Brade, Schwester am IAZ, seit jeher: ob als Leistungssportlerin im Bereich Siebenkampf oder danach. Anfangs trainierte sie allein und irgendwann wurden die Strecken immer länger. Zum Marathon kam sie zufällig vor etwa zehn Jahren. Damals fragte sie der Inhaber eines Fitnessstudios, ob sie nicht mit zum VFL Brandenburg kommen wolle, dort gäbe es eine Laufgruppe.

Diese ist zu einer festen Größe für sie geworden: „Das Gemeinschaftsgefühl ist schon schön.“ Sie habe dort Freunde gefunden und über Marathon ihren Partner kennengelernt. „Ich bin Freizeitsportlerin. Zweisamkeit ist mir wichtiger, als an einem Wettbewerb teilzunehmen.“ Saisonauftakt sollte in diesem Jahr der Marathon in Tangermünde sein, ihr Freund wurde jedoch krank, sodass das Paar zu Hause blieb. „Laufen nimmt Zeit in Anspruch, umso besser, dass wir das Hobby teilen. Wir trainieren zusammen und machen abends vor einem Rennen eine Pasta-Party“, erzählt die Krankenschwester.

Dass Laufen verbindet, habe sie auch wieder beim Berlin-Marathon gemerkt: „An die Atmosphäre dort kommt nichts ran, all die Läufer und vielen Leute entlang der Strecke. Ich habe 3 Stunden 53 gebraucht, da war ich happy“, berichtet sie stolz. Trotz Vorbereitung auf Asphalt habe sie zwei Tage später Muskeln und Kniegelenke noch deutlich gespürt. Leichten Muskelkater habe man ja immer, weil der Körper auf die Belastung nicht ausgerichtet ist, erklärt sie. Wenn möglich, gehen sie und ihr Partner nach einem Wettbewerb in die Sauna und benutzen Franzbranntwein, um die Durchblutung zu fördern.

Anstrengender als Berlin war jedoch der Brocken-Marathon, wo es bei bis zu 20 Prozent Steigung gut 1.100 Höhenmeter hinauf geht. „Mein körperliches Limit war erreicht“, so Brade.



Kein Wunder: Am 7. September hat sie am Scholle-Marathon in Brandenburg teilgenommen, drei Wochen war sie in Berlin am Start und zwei Wochen später ging es in den Harz. „Unten schien die Sonne, oben herrschte Nebel, Kälte und Wind. Ich bin Rheumatikerin, bis ins Ziel habe ich die Knochen gemerkt und hatte auf den letzten drei Kilometern starke Schmerzen. Motiviert hat mich der Gedanke, dass es nur noch bergab geht und sieben Stunden bis Zielschluss angesetzt sind.“ Am Ende reichten ihr 4 Stunden 47, um anzukommen.

Ines Brade läuft, um sich zu bewegen, und vor allem um den Kopf vom Job freizubekommen. „Umgekehrt merke ich an manchen Tagen, dass ich mental nicht bereit bin. Dann sage ich mir, dass ich laufen muss, und denke an den nächsten Marathon.“ Das hilft. Hinterher fühlt sie sich immer gut, auch wenn sie sich noch so gequält hat.



Weihnachten am Klinikum



Die Mitarbeiter lassen sich was einfallen.



Gabriele Wolter und Weihnachtsmann Marco Friebe vom KSC



Erkrankungen kennen keine Feiertage und kaum einer wird sich vorstellen können, diese im Krankenhaus zu verbringen. Daher werden Patienten, deren Krankheitsbild es zulässt, auch entlassen, damit sie rechtzeitig zu Hause sind. Doch was ist mit denen, die bleiben müssen? Und mit jenen, die die Patienten versorgen und den Klinikbetrieb aufrechterhalten?

„Wir versuchen, es allen möglichst schön zu machen“, erzählt Schwester Anne von der Kinderstation. Sie arbeitet seit Jahren an Weihnachten und scheint sich auf das bevorstehende Fest zu freuen. „Ich ziehe meinen Weihnachtskittel an, andere tragen Haarschmuck oder eine Weihnachtsmütze. Aus dem Wäschelager hole ich den Weihnachtsstrampler, sollte ein Kind hineinpassen.“ Ob es besinnlich wird, hängt davon ab, wie es den Patienten geht – und ihren Eltern, die oft aufgefangen werden müssen. Es gibt Familien, die die Bescherung auf Station verlegen, andere machen einen Spaziergang. „Stressig wird es, wenn kurzfristig Entlassungen möglich sind oder Neuaufnahmen kommen. Wir im Team sprechen ab, wer was mitbringt, wir hören Weihnachtsmusik, essen zusammen, alles ist geschmückt und die Stimmung entsprechend feierlich.“

Advent am Klinikum

Stimmungsvoll sind auch die Wochen vor Weihnachten. Am Haupteingang, in der Magistrale und auf jeder Station steht ein dekoriertes Weihnachtsbaum. An der Pforte aufgebaut sind ein Knusperhaus aus Lebkuchen, das Küchenleiter Tobias Fürste und sein Team gebaut haben, sowie eine Winterlandschaft mit Märchenfiguren, die Daniela Schönborn vom IAZ gebastelt hat. Nikolaus gab es für die kleinen Patienten ein Tütchen mit Leckereien und gegenüber vom Stationseingang hängt ein Schokoladenad-

ventskalender, dessen Türen jeweils von einem anderen Kind geöffnet werden.

Am Klinikum gibt es noch einen weiteren Adventskalender, und zwar einen lebendigen. Die Idee mitgebracht hat Klinik-Seelsorgerin Felicitas Haupt aus der Madgeburger Börde, wo sie als Gemeindepfarrerin tätig war. Anstelle von Familien, die dort in der Vorweihnachtszeit ihre Türen für andere öffnen, geht sie jeden Tag auf eine mit den Schwestern vorab vereinbarte Station. Dabei hat sie einen Servierwagen, auf dem ein Adventskranz, ein von der Cafeteria bereitgestellter Plätzchenteller und ihr Kassettenrekorder stehen. Die Seelsorgerin begrüßt die Patienten in ihren Zimmern und fragt, ob sie dazukommen möchten. Denen, die nicht aufstehen können, bietet sie an, die Tür offen zu lassen. Dann wird gemeinsam gesungen oder Gedichte werden aufgesagt. Abschließend spricht Felicitas Haupt ihren Segen und geht mit dem Teller noch einmal rum. Manchmal kommt es auch zu einem seelsorgerischen Gespräch, denn Weihnachten ist das Fest, das Herzen öffnet.

Chorauftritte

Bei der Vorbereitung unterstützt sie Katja Haverney, eine der Hausdamen. Sie organisiert auch Auftritte verschiedener Chöre am Klinikum in den Wochen vor Weihnachten. An mehreren Abenden kommen Mitglieder des „Volkschors“, der Chor der Katharinenkirche sowie der etwa 30 Mann starke „Verein Harmonie 1894“ aus Wusterwitz. „Ich versuche, dass auf jeder Station einer der Chöre singt“, erklärt Katja Haverney. „Es hört sich toll an, wenn die Stimmen auf den Stationsfluren erklingen.“ Das Repertoire sei immer eine Mischung aus traditionellen, vorwiegend beschwingten, aber auch nachdenklich stimmenden Weihnachtsliedern. „Viele bedanken sich. Ich glaube, dass sich Patienten und



Mitarbeiter gleichermaßen über die kleine Unterbrechung vom Klinikalltag freuen.“

Weihnachtsmarkt für die Mitarbeiter

Etwas Besonderes wird auch in diesem Jahr der Weihnachtsmarkt am 4. und 5. Dezember gewesen sein. Früher gab es für Klinik-Mitarbeiter Präsentkörbe, die Küchenleiter Tobias Fürste an mehreren Abend mit seinen Kinder zusammengestellt hat. Ein immenser Aufwand. So kam ihm 2018 die Idee eines Weihnachtsmarkts für alle, der jedoch ungleich weniger Arbeit bedeutet: Wo feiern, wer sponsert die Weihnachtsbäume, wer stellt Bühne und Akustik für Livemusik, wie umgehen mit Besuchern von außen? Mit der Feuerwehr sind Fluchtwege abzusprechen und zum Weihnachtsmarkt gehören Stände. Letztes Jahr bastelte die Verwaltung auf Initiative von Björn Saeger, Referent der Geschäftsführung, Weihnachtssterne, die zugunsten der Sterntaler-Aktion verkauft wurden. Diesmal waren die Meisterhaft Werkstätten der JVA Brandenburg vertreten. Extra angeschafft wurden auch eine große Pfanne sowie ein Hockerkocher für Champignonpfanne, Grünkohl, Bratwurst & Co. „2018 hat mich das große Interesse total überrascht“, so Küchenleiter Fürste, der die Kollegen im Zentral-OP mit einem Großgebilde bedenkt, da sie nicht kommen können. „Um 14 Uhr war alles aufgegessen, womit ich nie gerechnet habe.“ In diesem Jahr hat es für alle gereicht.

Essen passend zum Fest

Für manche ist das Feiertagsmenü ein großes Thema. Die Patienten am Klinikum bekommen Heiligabend traditionell Kartoffelsalat mit Wiener Würstchen und einen Schokoladenweihnachtsmann. Dann wird es opulent: Am Ersten Weihnachtsfeiertag steht Entenkeule mit Rotkohl und Klößen auf dem Speiseplan. Für die

ohne Vollkost sind Prinzessbohnen vorgesehen, deren Haut händisch entfernt wird, weil sie zu fettreich ist, wie Tobias Fürste erklärt. Als Nach-tisch dann Birne Helene. Für den 26. Dezember sind Wildgulasch Diana und ein leichtes Fruchtedessert, Silvester Braten und am Neujahrstag Heringssalat geplant. Heiligabend ist am Klinikum ein offizieller Feiertag, so gibt es für die Mitarbeiter einen besonderen Service: fertig zubereitete Entenkeule mit Soße, wahlweise Rot- oder Grünkohl und Klöße für zu Hause, die bei Tobias Fürste bestellt und zum Selbstkostenpreis abgeholt werden kann. Am Klinikum wird also für alle(s) bestmöglich gesorgt.

MA



Diabetes

Eine häufige Erkrankung, die gut behandelbar ist



Leitender Oberarzt
Dr. med. Carsten Gerhardt

Mit derzeit etwa 6,7 Millionen von Diabetes mellitus-Betroffenen zählt die chronische Stoffwechselstörung zu einer der am weitesten verbreiteten Erkrankungen in Deutschland. Schätzungen gehen davon aus, dass bei ca. zwei Millionen Menschen die sogenannte Zuckerkrankheit noch unentdeckt ist. Wird diese rechtzeitig diagnostiziert und konsequent behandelt, können Komplikationen oder schwere Folgeschäden verhindert werden. Um eine möglichst optimale Therapie zu gewährleisten, bedarf es einer gut funktionierenden Verzahnung von niedergelassenen Hausärzten bzw. Internisten, diabetologischen Schwerpunktpraxen und zertifizierten Behandlungseinrichtungen wie der des Städtischen Klinikums Brandenburg, weiß Dr. med. Carsten Gerhardt, Leitender Oberarzt des Zentrums für Innere Medizin II, Abteilung Gastroenterologie und Diabetologie.

Zwei Typen von Diabetes mellitus

Kennzeichnend für die Stoffwechselstörung ist ein dauerhaft erhöhter Blutzucker, wobei vorwiegend zwischen zwei Formen von Diabetes mellitus unterschieden wird: Diabetes Typ 1 und Typ 2.

Ersterer betrifft etwa 5 Prozent der Patienten. In der Regel tritt dieser Typ bis zum 30. Lebensjahr auf und sieht grundsätzlich eine Behandlung mit Insulin vor, da das Immunsystem die Zellen zerstört hat, die das blutzuckersenkende Hormon produzieren.

Eintrittspforte Übergewicht für Diabetes Typ 2

„Brandenburg ist mit bis zu 14 Prozent (Prignitz) ein Bundesland mit einem sehr hohen Anteil an Diabetes-Erkrankten. Dies liegt zum einen an der Überalterung der Bevölkerung und andererseits an der hohen Anzahl übergewichtiger Menschen“, erklärt Dr. Gerhardt. Und Übergewicht ist nun mal eine wesentliche Ursache für die Entwicklung von Diabetes Typ 2. Hierbei produziert der Körper zwar Insulin, langfristig betrachtet jedoch nicht in erforderlichem Maße. Darüber hinaus können Organe nicht mehr ausreichend auf das Hormon reagieren, was die Gabe von Medikamenten notwendig macht. „Wir beobachten auch, dass immer mehr Kinder und Jugendliche von Adipositas betroffen sind“, führt der Oberarzt weiter aus. Ein katastrophaler Trend, der mit dazu führt, dass die Diabetiker-Zahlen kontinuierlich steigen.



Hohes Maß an Eigenverantwortung

Das eigene Körpergewicht und somit die Blutzuckerwerte lassen sich jedoch beeinflussen – durch weniger und fettärmeres Essen sowie Bewegung, die sich positiv auf den Stoffwechsel auswirken. Mithilfe von Diabetes-Medikamenten in Tablettenform oder Spritzen wird der Blutzucker wiederum unter Kontrolle gehalten, um akuter Unter- oder Überzuckerung sowie schweren Komplikationen wie dem diabetischen Fußsyndrom, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall oder Erblindung vorzubeugen. „Patienten müssen ihre Erkrankung zum Großteil selber managen“, ergänzt Dr. Gerhardt. Jede Erkrankung ist höchst individuell, weswegen die Therapie immer auf den Einzelfall abgestimmt wird.

Dreistufige Versorgung von Diabetikern

Für die Behandlung von Diabetes-Patienten gibt es in Deutschland ein etabliertes Stufensystem: Die diabetologische Basisversorgung erfolgt primär klassisch ambulant durch Hausärzte oder Internisten. Kompliziertere Fälle werden an Schwerpunktpraxen verwiesen, von denen es in Brandenburg an der Havel zwei gibt. Erst wenn dieses Setting nicht mehr reicht – beispielsweise nach Erstdiagnose von Diabetes Typ 1, bei einer akuten Komplikation oder zunehmender Komplexität der Erkrankung –, ist ein stationärer Aufenthalt erforderlich. Die Verweildauer hängt vom jeweiligen Schweregrad ab.

Umfassendes Schulungsprogramm am Klinikum

Um Patienten einen verantwortungsbewussten Umgang mit Diabetes mellitus zu ermöglichen, werden sie am Klinikum zu unterschiedlichen Themen beraten. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit Ärzten und Schwestern fachbereichsübergreifend. Die wesentlichen Schwerpunkte

sind: Diagnose und Behandlung von Diabetes, Blutzuckermessung und Unterzuckerung, Ernährung, Insulintherapie sowie Folgeerkrankungen. Betroffene können zu den Einzel- und Gruppengesprächen auf Wunsch ihre Angehörigen mitbringen.

Leben mit Diabetes

Wie jede chronische Erkrankung bedeutet insbesondere Diabetes Typ 1 einen ziemlichen Einschnitt, der gravierende Veränderungen nach sich zieht. Um Patienten dafür oder nach einer schweren Komplikation mental fit zu machen, gibt es spezielle Rehabilitationseinrichtungen. Der dreiwöchige Aufenthalt muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Zugute kommt Diabetikern, dass aufgrund der großen Patientenzahlen viel geforscht wird und regelmäßig eine Vielzahl neuer Medikamente zugelassen wird. Dies bedeutet wiederum Fortschritte für Patienten. Trotzdem komme es neben dem Optimum an Therapie auf die gute Kooperation niedergelassener Ärzte und zertifizierter stationärer Behandlungseinrichtungen an, ist sich Oberarzt Gerhardt sicher.

MA

Zentrum für Innere Medizin II

**Klinikdirektor der Hochschulklinik für
Gastroenterologie und Diabetologie**

Prof. Dr. med. Stefan Lüth

Sekretariat

☎ (03381) 411600

E-Mail: innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Veranstaltungskalender

Jeden Freitag | 14:30–16:00 Uhr

Rückbildungsgymnastik

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Physiotherapie (Haus 3)

Leitung: Solveig Müller-Siebert, Hebamme

Anmeldung unter (0171) 4981648

05.12.2019 | 19:00 Uhr

Wegweiser durch den Antragsdschungel

Städtisches Klinikum Brandenburg,

Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg
an der Havel und Schwangerenberatungsstelle

12.12.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt,

Kreißsaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

09.01.2020 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt,

Kreißsaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

30.01.2020 | 19:00 Uhr

Wegweiser durch den Antragsdschungel

Städtisches Klinikum Brandenburg,

Aufenthaltsraum Station 2.2

Leitung: Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg
an der Havel und Schwangerenberatungsstelle

06.02.2020 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt,

Kreißsaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

20.02.2020 | 19:00 Uhr

Betreuung gesunder und kranker Neugeborener,

Vorsorgemaßnahmen, Impfung, Ernährung,

Kreißsaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

05.03.2020 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt,

Kreißsaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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



Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Prof. Dr. med. R. Mantke, Tel. (03381) 411200

Anästhesiologie und Intensivtherapie

Dr. med. M. Sprenger, Tel. (03381) 411300

Augenheilkunde

Dr. med. M. Kathke, Tel. (03381) 411950

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. P. Ledwon, Tel. (03381) 411400

Gefäßchirurgie

Dr. med. W. Haacke, Tel. (03381) 411350

HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

Dr. med. B. Didczuneit-Sandhop,
Tel. (03381) 411700

Zentrum für Innere Medizin I

Klinik für Angiologie
Prof. Dr. med. I. Buschmann, Tel. (03381) 411550

Zentrum für Innere Medizin I

Klinik für Kardiologie/Pulmologie/Nephrologie
Prof. Dr. med. O. Ritter, Tel. (03381) 411500

Kinderchirurgie

Dr. med. Dr. rer. nat. Carsten Engelmann,
Tel. (03381) 411271

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. H. Kössel, Tel. (03381) 411800

Neurochirurgie

Prof. Dr. med. Chr. Ewald, Tel. (03381) 411750

Urologie und Kinderurologie

Prof. Dr. med. T. Enzmann, Tel. (03381) 411850

Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Gastroenterologie/Hepatologie/Diabetologie
Prof. Dr. med. S. Lüth,
Tel. (03381) 411600

Zentrum für Innere Medizin II

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
Prof. Dr. med. P. M. Deckert, Tel. (03381) 411600

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Prof. Dr. med. R. Becker, Tel. (03381) 411900

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer,
MHBA (03381) 412600

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, Dr. Gerhard Pappert

Layout: havelcom concept – Ulrike Harbort, Fotos: Jacqueline Steiner

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



Regt Schnaps die Verdauung an?

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

Oh je, bald ist es wieder soweit ... Essen mit den Kolleginnen und Kollegen. Adventsumtrunk im Segelverein. Nicht zu vergessen die Ausflüge auf den Weihnachtsmarkt mit der Familie. Die Vorboten des Festes der Liebe füllen die Supermarktregale ja schon seit Wochen, wie soll da noch Vorfreude aufkommen auf Weihnachtsgebäck, Karpfen oder Gänsebraten? Ernsthaft Gedanken mache ich mir über die Verträglichkeit, vielmehr das Völlegefühl. Das letzte weihnachtliche Festmahl lag mir ewig im Magen – nicht nur sprichwörtlich. Auf die Leckereien verzichten möchte ich aber auf keinen Fall!

Beim Italiener geht nach dem Essen ein Grappa aufs Haus, der Grieche meines Vertrauens spendiert Ouzo. Ist das die Lösung? Denn tatsächlich macht sich danach ein angenehmes Gefühl in der Magengegend breit. Das liegt jedoch nicht an einer beschleunigten Verdauung, sondern dass Alkohol die Blutgefäße erweitert, was wiederum eine Entspannung der Muskelzellen bewirkt. Somit verbleibt der Speisebrei sogar länger im Magen. Nachgewiesen haben dies Forscher des Universitätsklinikums Zürich mit einer Studie. Sie reichten

einem Teil der zwanzig Testpersonen Wein zum Käsefondue und einigen hinterher noch Schnaps. Die übrigen tranken schwarzen Tee und manche zusätzlich abschließend Wasser. Das Ergebnis: Je mehr Alkohol getrunken wurde, umso langsamer gelangte der Mageninhalt in den Darm. Einzig Kräuterschnapsen wird wegen der in Kräutern enthaltenen ätherischen Öle eine verdauungsförderliche Wirkung nachgesagt, empfohlen werden sie nicht.

Hingegen ist es möglich, mittels Alkohol die Vorverdauung anzukurbeln – wenn Bitterstoffe enthalten sind wie bei Portwein, Sherry, Prosecco oder Pils. Damit setzen spezielle Zellen der Magenschleimhaut Säure frei, die den Prozess beschleunigt.

Ich greife in diesem Jahr also zu einem Aperitif und werde nach dem Essen Kräutertee trinken und einen Spaziergang machen. Denn laut einer anderen Untersuchung trägt die Bewegung der Bauchdecke indirekt dazu bei, dass sich der Magen schneller entleert als auf der Couch oder nach einem Glas Hochprozentigem.

Ihr Dr. Nikki Ulm

