



## DER IN DEN KÖRPER SCHAUT

### **Neuling**

Roboter im  
Operationsaal

### **Krebstherapie**

Wenn weniger  
mehr ist

### **Ohrensache**

Wie Deformationen  
korrigiert werden



<b>MEDIZIN UND FORSCHUNG</b>	Der Patient bekommt einen Zwilling . . . . .	4
	Der Roboter im OP-Team . . . . .	6
	Alles eine Frage der Dosis . . . . .	8
	Ein filigranes Fach . . . . .	10
	Das Leben wertschätzen . . . . .	12
	Eine Zahnschiene für das Ohr . . . . .	14
	So manche Fehldiät lässt sich vermeiden . . . . .	16
<b>MENSCHEN AM KLINIKUM</b>	Auf dem Sprung von der Krankenschwester zur Ärztin . . . . .	17
	„Eine total schöne Idee“ . . . . .	18
	Neue Leitung des Brustzentrums . . . . .	20
<b>SERVICE</b>	Leben statt müssen . . . . .	21
	Geschniegelt und gebügelt . . . . .	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick . . . . .	23
	Impressum. . . . .	23
	Dr. Nikki Ulm . . . . .	24

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

vielleicht haben Sie es ja beim Blick auf die neue Ausgabe unseres Klinikjournals schon bemerkt: Das Logo unseres Klinikums hat einen kleinen, aber für uns alle sehr wichtigen Zusatz bekommen. Wir sind jetzt offiziell das „Universitätsklinikum Brandenburg“. Das Brandenburger Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur hat die Trägerkliniken der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB, zu denen auch wir gehören, gemeinschaftlich als Hochschulklinikverbund der MHB staatlich anerkannt. Damit eröffnen sich für uns beispielsweise durch die Einrichtung von Hochschulambulanzen neue Perspektiven in Forschung, Lehre und vor allem auch in der Krankenversorgung. Wir können unser Versorgungsangebot für unsere Patienten in Brandenburg an der Havel erweitern.

Die Anerkennung als Universitätsklinikum ist eine Wertschätzung unserer Leistungen im Auftrag unserer Patienten. Darüber freuen wir uns in diesem Jahr ganz besonders. Denn das Klinikum in Brandenburg an der Havel wird am 1. Juli genau 120 Jahre alt. Auf eine große Feier müssen wir wegen Corona leider verzichten. Sie wird in fünf Jahren nachgeholt.

Jetzt möchten wir Sie im vorliegenden Klinikjournal mit neuen Angeboten des Universitätsklinikums Brandenburg vertraut machen. An unserem Institut der diagnostischen und interventionellen Radiologie sind seit Kurzem zwei CT-Geräte im Einsatz, die das Modernste sind, das derzeit weltweit zu haben ist. Am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie wird ein



OP-Roboter genutzt, der neue Maßstäbe für Präzisionsarbeit setzt. Das Team der Kinderklinik hat mit dem Kinderallergologen Dr. med. Ludik Kurzidim eine willkommene Verstärkung bekommen. Und ins umgebaute Gebäude der ehemaligen Kinderklinik ist eine neue Station eingezogen: die Palliativstation. Hier kümmert sich ein eingespieltes Team, das aus Experten unterschiedlichster Fachgebiete besteht, um schwer kranke Patienten.

Haben Sie, liebe Leserinnen, liebe Leser, Anregungen für Themen der nächsten Klinikjournale? Senden Sie uns bitte ihre Hinweise und Kritik an: [leserbriefe@klinikum-brandenburg.de](mailto:leserbriefe@klinikum-brandenburg.de).

Wir wünschen Ihnen gute Unterhaltung beim Lesen.

Im Namen des Klinikums  
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin



# Der Patient bekommt einen Zwilling

Das Klinikum Brandenburg arbeitet mit den modernsten CT-Geräten, die derzeit auf dem Markt sind



Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Schreyer, Direktor des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie

Es sind schlichtweg faszinierende Bilder, die die Technik im Dienst der Radiologen liefert: Eine Aufnahme der Aorta, wie sie sich durch den Oberkörper schlängelt. Der freie Blick durch den Thorax auf das Herz. Knöchernen Strukturen, die in 3D-Optik erscheinen und völlig befreit vom umliegenden Gewebe sind. Aufnahmen wie diese sind mit der jüngsten Generation von CT-Geräten möglich, von denen zwei im Klinikum Brandenburg im Einsatz sind. „Das ist das Beste, das derzeit weltweit zu haben ist“, betont Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Schreyer, Direktor des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie.

Von der Neuanschaffung profitieren vor allem die Patienten. Die neuen CT-Geräte können den menschlichen Körper in 128 Schichten während einer Umdrehung abbilden, wobei eine Untersuchung nur wenige Sekunden dauert. Pro Sekunde werden 17,5 Zentimeter des Patienten abgebildet. Das macht bei einer zwei Meter großen Person vom Scheitel bis zur Sohle gerade mal rund zwölf Sekunden. „In den meisten Fällen genügen sogar sechs bis sieben Sekunden für die Computertomographie, da ja nur wesentliche Körperteile untersucht werden sollen“, erklärt Prof. Dr. Andreas Schreyer. Für eine Computer-

tomographie werden Röntgenstrahlen genutzt. Durch die vielen Schichten und zusätzliche extrem strahlensparende modernste Techniken fällt die Strahlendosis viel geringer aus. Außerdem sind die Geräte so programmiert, dass sie sensible Weichteile, wie zum Beispiel die Brust bei Frauen oder Augenlinsen, beim Durchleuchten des Körpers aussparen – wenn es das Ziel der Untersuchung zulässt.



**Das ist das Beste, das derzeit weltweit zu haben ist.**

Prof. Dr. med.  
Andreas Schreyer  
Institutsdirektor

radiologie erklärt, haben Studien ergeben, dass die Patienten im CT in etwa 95 Prozent der Fälle um rund drei Zentimeter nicht genau mittig liegen. Das klingt erst mal nicht dramatisch. Aber mit einer perfekt zentrierten Lage bekommt der Körper fast 20 Prozent weniger Strahlung ab. Bei gleichbleibender Qualität der Bilder.



Natürlich lässt sich auch immer überlegen, ob lieber einer MRT-Untersuchung der Vorzug gegeben werden sollte. Sie nutzt für die Schichtaufnahmen des Körpers Magnetfelder und Radiowellen. Nach Einschätzung von Prof. Dr. Andreas Schreyer sei das MRT zwar die überlegene Methode für die Untersuchung von Weichteilen. Etwa für den Check des Zustands der Menisken und Bänder im Knie oder zur Beurteilung der Bandscheiben. Aber ein MRT dauert um die 30 Minuten. Und das kann zum Problem werden. Zum Beispiel, wenn der Patient nicht so lange ruhig liegen bleibt. Wenn es bei Schwerverletzten um möglichst schnelle Diagnosen geht. Oder wenn der Patient nicht, wie bei einigen MRT-Checks gewünscht, mehrere Sekunden lang die Luft anhalten kann. Auch zur Diagnose und beim Verlauf von Tumor-Erkrankungen ist das CT durch seine stabile Bildgebung teilweise überlegen. Beim modernen CT „können Sie gar nicht so schnell atmen, um das Bild zu ruinieren“, sagt der Chefarzt schmunzelnd.

## Die Kraft der zwei Spektren

Mit den neuen Geräten ist die Bildgebung sogar doppelt gut, denn sie lassen sich auf den Modus „dual energy“ umschalten. „Zweifache Energie“ meint, dass für die Bildgebung zwei Energiespektren der Röntgenstrahlen ausgewertet werden. Dafür müssen keine zwei Röntgenröhren angeschaltet werden und der Patient muss auch nicht zweimal durchleuchtet werden. Für die zweifachen Datensätze sorgt ein spezieller Detektor. Allerdings muss der Patient ein paar Sekunden länger im CT bleiben – die Strahlenexposition ist bei der Technik hingegen nicht erhöht. Diese Art von Aufnahmen erlaubt die Unterscheidung von Materialien im Körper. Die Substanzen sind farblich codiert. So kann der Radiologe bei der Auswertung der Bilder am Computer eingeben, was genau er sehen möchte. Beziehungsweise abwählen, was er nicht sehen möchte. Er kann auf der Suche nach einer inneren Blutung ein zuvor verabreichtes Kontrastmittel einfach ausblenden. So ist er sicher, dass die austretende Flüssigkeit wirklich Blut

ist. Er kann sich mit der Kraft der zwei Spektren Knochen ansehen, Gefäße, Nierensteine und er kann eventuelle Tumoren besser erkennen.

Wie wichtig bildgebende Verfahren in der modernen Medizin sind, hat unter anderem eine Studie aus den USA belegt, in der untersucht wurde, wie oft Notärzte ihre ursprüngliche Verdachtsdiagnose nach einem CT-Befund korrigierten. Bei Erkrankungen beziehungsweise Verletzungen des Kopfes geschah das in 25 Prozent der Fälle. Im Thorax-Bereich lag die Quote bei 40 Prozent, im Bauchraum waren es sogar 49 Prozent, in denen die CT die erste Diagnose der erfahrenen Notfallärzte änderte.

Trotz aller Begeisterung für die Bildgebung der neuen CT-Geräte steht für Prof. Dr. Andreas Schreyer der Dialog mit dem Patienten im Vordergrund. Sein Leitbild ist der „sprechende Radiologe“, der sich nicht hinter seinen Bildern versteckt. „Wenn mir der Patient sagt, wo's wehtut, dann hol ich mehr aus den Bildern raus. Ich werde dadurch besser.“ So ist es auch nicht überraschend, dass der Chefarzt der Radiologie ein technisches Detail der neuen Geräte besonders mag: Es gibt ein Tablet, mit dem die Apparate bedient werden können. Das gibt den Medizinisch-Technischen Radiologieassistentinnen und -assistenten die Möglichkeit, bis kurz vor Beginn der Untersuchung mit dem Patienten im Gespräch zu bleiben. Das nehme den Patienten Angst, weiß Prof. Dr. Andreas Schreyer. Das mache die Untersuchung menschlicher. Der Chefarzt nennt das: „patientenzentrierte Radiologie“.

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Institutsdirektor und Chefarzt  
Prof. Dr. med. Andreas Schreyer  
Sekretariat  
☎ (03381) 412600  
radiologie@klinikum-brandenburg.de



Blick in den Thorax.



Darstellung der Gefäßversorgung im Körper.



Aufnahme der Schulter.

## Der Roboter im OP-Team

### Chirurgen führen neue Operationsmethode in der Endoprothetik ein



Univ.-Prof. Dr. med. Roland Becker, Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nur noch ein paar Minuten. Dann wird es ernst. Der Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie, Univ.-Prof. Dr. med. Roland Becker, schaut sich ein weiteres Mal auf seinem Laptop die CT-Bilder des Patienten an. Bei ihm soll eine Teilprothese ins Knie eingesetzt werden. Der Gelenkknorpel zwischen Oberschenkelknochen und Kniescheibe ist verschlissen, was bei der Bewegung Schmerzen bereitet. Der zerstörte Knorpel soll nun durch Metallteile an beiden Knochenteilen ersetzt werden, die die Bewegung wieder geschmeidig machen sollen. Prof. Dr. Roland Becker hat die Operation bereits bis ins letzte Detail anhand von dreidimensionalen Abbildungen des Gelenks geplant: wo Reste des Knorpels abgetragen werden müssen; an welchen Stellen die Teilprothese im Knochen verankert werden soll; welche Größe die Prothese haben soll.

Bevor der Chefarzt der Orthopädie in den Operationssaal geht, hat auch schon sein neuer Helfer im OP all diese Daten empfangen: ein Roboter namens MAKO. Ihn nutzt seit März dieses Jahres Prof. Dr. Roland Becker, Ärztlicher Direktor des Klinikums, für ausgewählte Operationen. Damit erreicht der Chirurg eine höhere Präzision in seiner Arbeit. Er kann bis auf den Zehntelmillimeter genau operieren.

Die Operation kann starten. Auch MAKO ist nun vorbereitet. An seinem Arbeitsarm trägt er eine Fräse. Das bedeutet aber keineswegs, dass der Roboter die komplette Arbeit übernimmt, wie der Chirurg erklärt: „Ich muss immer noch die Fräse oder auch die Säge in die Hand nehmen.“ Allerdings gibt die Maschine den Korridor vor, in dem der Chirurg den Schnitt in den Knochen ansetzen muss. Dafür wiederum braucht die Maschine die Hilfe des Menschen. Prof. Dr. Roland

Becker setzt als Erstes einen Reflektor an den Ober- und Unterschenkelknochen des Patienten ein. Das sind nur zwei kleine punktförmige Eintrittswunden. Die Reflektoren – auch Tracker genannt – dienen im Zusammenspiel mit einer Infrarotkamera und einem weiteren Tracker am Arm des Roboters als Orientierung. Dadurch weiß der Roboter genau, in welcher Position sich das Bein befindet.

Ist das Kniegelenk eröffnet, tastet der Chirurg mit einer speziellen Sonde die knöchernen Strukturen des Gelenks ab. Mit den aktuell abgetasteten Landmarken werden nochmals die vorher auf den Roboter geladenen CT-Daten abgeglichen. Sie müssen übereinstimmen – nichts wird mehr dem Zufall überlassen. Die Prothesenposition auf dem Knochen kann nun ein weiteres Mal überprüft werden, um auch ganz sicher zu gehen, dass die Komponenten dem Knochen genau angepasst sind und die umgebenden Weichteile ihre normale Spannung behalten. Dies ist die Kunst in der Endoprothetik.

#### Interaktion zwischen Patient, Roboter und Bildschirm

Dann erst greift der Chirurg zur Roboterfräse. Auf einem Monitor sieht er das CT-Bild vom Knochen des Patienten und zugleich, wo genau er mit der Fräse arbeitet. In natura hat der Fräskopf einen Durchmesser von gerade mal fünf Millimetern. Auf dem Bildschirm erscheint er in einer Größe von zwei Zentimetern. „Ich interagiere ständig zwischen Roboter, Bildschirm und Patient“, erläutert Prof. Dr. Roland Becker. Und weiter sagt er: „Was wir hier machen, ist mit dem Ablauf einer normalen Operation nicht zu vergleichen.“ Es ist ein ganz besonderes Zusammenspiel von Mensch und Maschine. Der Mensch plant und entscheidet. Die Maschine



MAKO – der Roboter im OP.

den. Ein besserer Sitz bedeutet bessere Funktion des künstlichen Gelenkersatzes und damit mehr Mobilität und Wohlbefinden für den Patienten. Höhere Präzision bei der Operation heißt zudem, dass die Auswirkungen des Eingriffs auf das umliegende Gewebe stärker eingegrenzt werden können. Die Operation ist für den Patienten also auch schonender.

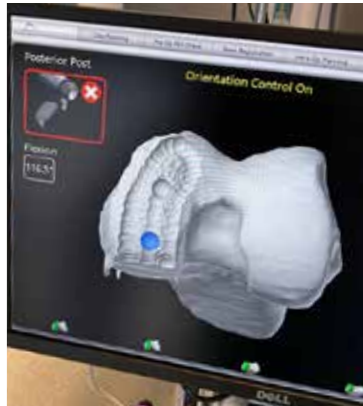
Mit dem Ende der Fräsarbeiten ist der Einsatz des Roboters abgeschlossen. Dann kommt es ausschließlich auf die Erfahrung und das handwerkliche Können des Chirurgen an. Mit einer Probeprothese prüft er, ob die Kniebewegungen gewünschten Vorstellungen entspricht. Erst nach diesem Funktionscheck wird die richtige Teilprothese eingesetzt. Zum Schluss muss er natürlich wieder den Reflektor aus dem Knochen entfernen.

Eine gute Stunde dauern Operationen wie diese. Jeder Patient, bei dem dieses Verfahren zum Einsatz kommen kann, wird vor der Operation über deren Ablauf und das zusätzliche Teammitglied aufgeklärt. Nur wenn der Patient das Okay gibt, darf Kollege Roboter das Team im OP ergänzen. Prof. Dr. Roland Becker ist mit den bisherigen Einsätzen des Roboters sehr zufrieden. Die Methode hat sich bewährt.

führt die Hand des Chirurgen zum perfekten Schnitt.

Der Roboter gibt dem Chirurgen einen Spielraum von lediglich 0,1 Millimeter. Würde er zu weit fräsen, blockiert die Maschine. Die Fräse schaltet sich dann einfach aus. Vergleichbares passiert, wenn in einen Knochen gesägt werden muss, etwa beim Einsatz einer kompletten Knieprothese. Auch dann achtet der Roboter darauf, dass der Chirurg den Schnitt an der richtigen Stelle und im richtigen Winkel ansetzt. „Aber schneiden muss ich selbst“, sagt Prof. Dr. Roland Becker. Der Operateur kann auch jederzeit selbst anhand der Bilder auf dem Computermonitor sein Agieren kontrollieren.

Mit diesem Verfahren können Prothesen und Teilprothesen präziser als bisher eingesetzt wer-



Der blaue Punkt zeigt dem Chirurgen auf dem Bildschirm, an welcher Stelle des Knochens er sich gerade mit dem Werkzeug befindet.



Knie-OP mit Unterstützung modernster Technik.

Zentrum für Orthopädie  
und Unfallchirurgie

Klinikdirektor  
Prof. Dr. med. Roland Becker

Sekretariat

☎ (03381) 411900

orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

# Alles eine Frage der Dosis

## Deeskalation in der Krebstherapie – und was sie für Patienten bedeutet

Im Konfliktmanagement ist die „Deeskalation“ ein gern genutztes Wort: einfach mal die Emotionen ein bisschen runterholen, Auseinandersetzungen verhindern. In der Medizin wird dieser Begriff noch gar nicht allzu lange gebraucht. Umfangreiche Deeskalationsstudien werden sogar erst seit den 2000er Jahren publiziert, so Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert, der Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin im Klinikum Brandenburg. Deeskalation im Medizinischen meint zwei Dinge:

**1. Dieselbe Heilungsrate mit weniger Therapie zu erreichen.** Also bei der Krebsbehandlung weniger Chemo oder Bestrahlung einzusetzen, und trotzdem das Behandlungsziel zu erreichen.

**2. Wenn keine Heilung mehr möglich ist,** dann soll viel Lebensqualität bei möglichst geringer Belastung des Patienten durch die Therapie gewonnen werden.

Das klingt nach einem einfachen Abwägen. Wie schwer es aber sein kann, macht Prof. Dr. Markus Deckert deutlich: Ein Patient, der an Krebs erkrankt ist, nimmt in der Regel für seine Heilung ein hohes Maß an Nebenwirkungen in Kauf. Allerdings nur kurzfristig. Besteht die Gefahr, dass er nach ein paar Jahren durch die – primär erfolgreiche – Therapie an einem anderen schweren Lei-

den erkrankt, wird er die Behandlung schon kritischer bewerten. Umgekehrt würde ein Patient in hohem Alter wahrscheinlich nicht vor einer Therapie zurückschrecken, die erst in 20 oder 30 Jahren unerwünschte Nebenwirkungen offenbart.

Es läuft immer auf eine ganz individuelle Entscheidung hinaus. Für jeden Patienten. Prof. Dr. Markus Deckert meint damit nicht nur, dass die Dosis etwa bei einer Chemotherapie nach Größe und Gewicht des Patienten kalkuliert wird. Es geht auch darum, dass die Patienten nach jedem Chemo-Zyklus ganz genau befragt werden, welche Beschwerden sie haben, welche Nebenwirkungen sie spüren: Kribbelt es in den Fingern? Treten Herzprobleme auf? Wie groß ist das Unwohlsein? „Auf diese Befragung verwenden wir auf der Station sehr viel Zeit“, erklärt der Klinikdirektor. Onkologische Fachschwestern kümmern sich darum. Aus den Antworten werden Schlussfolgerungen für den nächsten Chemo-Zyklus gezogen. Und der startet nicht ohne ein Vorstellungsgespräch beim behandelnden Arzt.

Es gibt eine Reihe von Stoffen, die in der Chemotherapie genutzt werden und deren Nebenwirkungen genau bedacht werden müssen. Zwei Beispiele: Anthrazykline, zu denen Stoffe wie Doxorubicin oder Epirubicin gehören, werden häufig in Chemotherapien eingesetzt, zum Beispiel zur

Behandlung von Brustkrebs. Es ist bekannt, dass diese Stoffe nicht nur die Krebszellen zerstören, sondern auch gesunde Zellen. Sie können unter anderem das Herz schädigen. Oder die Vinca-Alkaloide. Ursprünglich wurden sie aus dem giftigen Madagaskar-Immergrün gewonnen, heute synthetisch hergestellt. Sie stören die Zellteilung und wirken so krebshemmend. Allerdings können sie als unerwünschte Nebenwirkung auch Nervenzellen schädigen. All das muss in Entscheidungen einbezogen werden – und Anzeichen von möglichen Nebenwirkungen müssen schnell erkannt werden.

### Langzeitfolgen der Krebstherapie

Es ist noch gar nicht so lange her, dass gerade in der Krebstherapie nach dem Muster gehandelt wurde: Viel hilft viel! Prof. Dr. Markus Deckert – Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, Bluttransfusionswesen und Palliativmedizin – verweist auf eine bundesweite Studienreihe, die von der Universität Köln geleitet und seit den 1990er Jahren veröffentlicht wird. Es ging um die Behandlung des Hodgkin-Lymphoms, also von Lymphdrüsenkrebs. Die Patienten wurden nach den Stadien ihrer Erkrankung in drei Risikogruppen – niedrig, mittel, hoch – eingeteilt. Die Bestrahlung, die zur Therapie gehörte, wurde entsprechend der Risikogruppe gesteigert. Dahinter stand die Idee, so Prof. Dr. Markus Deckert: „Wenn es hilft, dann machen wir davon mehr, damit es wirklich hilft.“ So wurden sehr gute Heilungsraten von sage und schreibe 90 Prozent erzielt. Aber nach einigen Jahren seien schwere Nebenwirkungen der starken Bestrahlung des Brustkorbs aufgetreten, erläutert Prof. Dr. Markus Deckert. Einige Patientinnen und Patienten litten später an Herzproblemen, sie erkrankten an Leukämie oder an Brustkrebs. Seit den 2000er Jahren wird deshalb in dieser Studienreihe erfolgreich geprüft, wie weit sich Bestrahlung und Chemotherapie ohne Nachteil für die Heilungsrate reduzieren lassen.

Wie viel sich in den vergangenen Jahrzehnten bewegt hat, zeigt auch ein Blick zurück in die Mitte des 20. Jahrhunderts. Damals sei es üblich

gewesen, so der Klinikdirektor, bei Brustkrebs nicht nur den Knoten zu entfernen, sondern auch große Teile des umliegenden Gewebes. Die Brust, Lymphknoten, Muskelgewebe, sogar Knochen aus dem Schulterbereich. „Es gab damals ein regelrechtes Wettrennen in der Hyper- und Super-radikalität“, beschreibt es der Fachmann. Grund dafür war die Beobachtung, dass der Brustkrebs häufig wiederkam. Damals nahm man an, dass er sich im umliegenden Gewebe eingenistet hat. Doch schon in den 50er Jahren ging Bernard Fisher der These nach, dass sich der Krebs unter anderem über den Blutkreislauf im Körper ausbreitet. Seine Erkenntnisse publizierte er in den 1970er Jahren und setzte der radikalen Mastektomie in den meisten Fällen ein Ende. Denn er konnte nachweisen, dass eine brustschonende Operation zusammen mit einer Bestrahlung bessere Ergebnisse brachte. Auch auf lange Sicht.

Es sei zwar bis heute nicht vollständig klar, „wie und an welcher Stelle die Ansiedlung von Metastasen genau passiert“, sagt Prof. Dr. Markus Deckert. Aber Fisher hat mit seiner Arbeit einen Paradigmenwechsel in der Krebstherapie angestoßen.

Heute untersuchen Forscher Biomarker, die einen Hinweis auf Eigenschaften von Tumorzellen geben. Mit diesem Wissen sind individuelle Therapien möglich. Übrigens ganz im Sinne der hippokratischen Ethik, die Klinikdirektor Prof. Dr. Markus Deckert zitiert: „Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare.“ Erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen.



Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert, der Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Zentrum für  
Innere Medizin II

Klinikdirektor Hämatologie, Onkologie und  
Palliativmedizin

Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert

Sekretariat

☎ (03381) 411600

innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

# Ein filigranes Fach

## Vom historischen „Steinschneiden“ zur modernen Urologie



Chefarzt Prof. Dr. med.  
Thomas Enzmann

Ein despektierliches Studentenlied war es, das dem Wundarzt Johann Andreas Eisenbarth ein Denkmal für die Ewigkeit setzte. Um 1800 entstanden, erlebte das Lied „Ich bin der Doktor Eisenbart“ im Laufe der Zeit einige Abwandlungen und machte sich in vielen Strophen über die Erfolge des Arztes lustig, der etwa rund 100 Jahre zuvor praktizierte. So besangen die Studenten zum Beispiel diesen „Behandlungserfolg“ in Leipzig:

„Zu Leipzig nahm ich einem Weib  
Zehn Fuder Steine aus dem Leib,  
Der letzte war ihr Leichenstein,  
Jetzt wird sie wohl kuriret seyn.“

Bei aller Flapsigkeit des Trinkliedes zeigt es doch, dass schon damals Steine „geschnitten“ wurden. Gemeint ist das Entfernen von Blasen- oder auch Harnsteinen. „Die Steine entstehen immer in der Niere und rutschen dann – wie die Natur es vorgesehen hat – in den Harnleiter und dann in die Blase“, erläutert Prof. Dr. med. Thomas Enzmann, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie. Probleme bereiten die Steine, wenn sie nicht natürlich abgehen, sondern irgendwo „hängen“ bleiben. Dann verursachen sie höllische Schmerzen.

### Der Lithotomus begab sich auf beschwerliche Steinsuche

Im 16. Jahrhundert hatte sich ein Verfahren etabliert, mit dem der Steinschneider – auch Lithotomus genannt – an den Auslöser der schmerzhaften Koliken herankommen wollte. Dafür wurde die Harnröhre aufgeschnitten, ein Werkzeug bis in die Blase eingeführt und versucht, den Stein zu erwischen und über den Blasenhalsherausziehen. Wegen mangelnder Hygiene kam es häufig zu Infektionen. Auch Schäden am Schließmuskel sollen nicht selten gewesen sein. Insofern ist

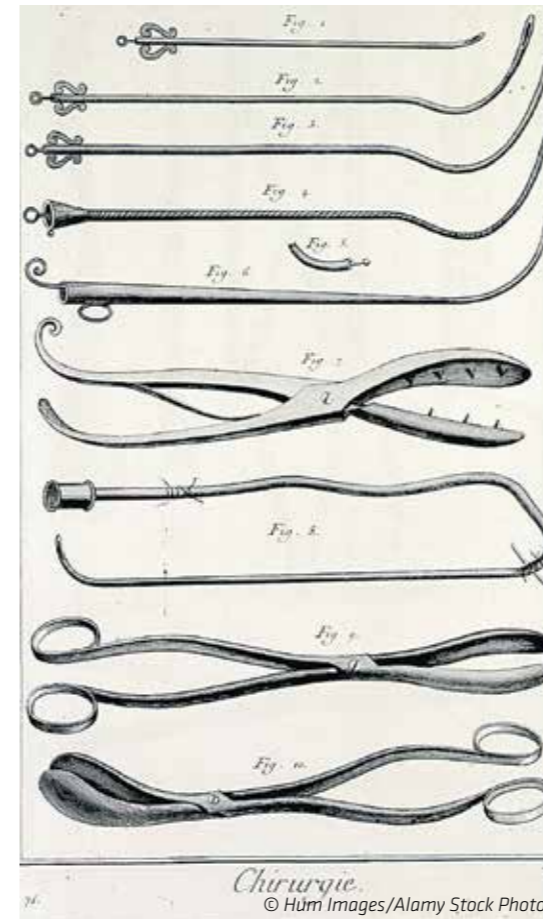
das schreckliche Ende des „Weibes“ in Leipzig gar nicht so unwahrscheinlich.

Dokumentiert sind Eingriffe dieser Art auch schon aus dem antiken Griechenland und dem Rom des ersten Jahrhunderts unserer Zeitrechnung. So erwähnen Franz J. Marx und Daniel Schäfer in ihrer Veröffentlichung über den „Blasensteinschnitt in der frühen Neuzeit“ den „perinealen Blasensteinschnitt“. Bei diesem Eingriff wurde durch den Damm hindurch – das ist der Bereich zwischen After und den äußeren Geschlechtsorganen – der Blasenhalshingeschnitten. Mit den Fingern im Rectum begab man sich dann auf die Steinsuche, um das Fundstück letztlich mit Haken herauszuholen. Es ist kaum einzuschätzen, was schlimmer war: die durch den Stein verursachten Koliken oder dessen Extraktion.

### Laserwerkzeuge zertrümmern hartnäckige Brocken

Der Steinschneider hielt sich bis ins 19. Jahrhundert als medizinischer Beruf. Seither hat sich glücklicherweise viel verändert. Und das nicht nur in der Bezeichnung des Fachgebietes. Die moderne Urologie verfügt über viele Möglichkeiten,

Ein Harnblasenstein.



Mit diesen Instrumenten arbeitete der Steinschneider im 16. Jahrhundert.

Durch die Atmung des Patienten bewege sich das ganze System „wie ein Segelschiff“, beschreibt es der Chefarzt der Urologie und der Kinderurologie.

### Cystinsteine sind hartnäckig

Etwa 50 Prozent der Steine kommen wieder, sind also sogenannte Rezidivsteine. Die genauen Ursachen dafür sind unklar, so Prof. Dr. Thomas Enzmann. Im Verdacht steht eine Stoffwechselstörung. Sehr selten treten Cystinsteine auf. Sie sind „besonders hart und hartnäckig“, erklärt der Urologe. Gemeint ist, dass sie mitunter schwer zu entfernen sind. Das letzte Mittel der Wahl zur Stein Entfernung ist ein minimalinvasiver Eingriff mit einer Punktionsnadel. Durch diesen Kanal können dann Instrumente wie bei der Endoskopie eingeführt werden. Patienten, die unter Cystin-steinen leiden, können durch eine richtige Stoffwechseleinstellung gut behandelt werden.

Prof. Dr. Thomas Enzmann orakelt, dass die Urologie in den nächsten 20 Jahren rund 30 Prozent mehr Patienten bekommt. Das hängt unter anderem mit der älter werdenden Bevölkerung zusammen. Wer sich im Alter weniger bewegt, zu viel eiweißreiche Nahrung und zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt, hat ein erhöhtes Risiko der Harnsteinbildung. Dem lässt sich aber entsprechend vorbeugen.

Klinik für Urologie  
und Kinderurologie

**Chefarzt**  
Prof. Dr. med. Thomas Enzmann  
**Sekretariat**  
(03381) 411850  
urologie@klinikum-brandenburg.de

**Quellen:**  
Franz J. Marx, Daniel Schäfer:  
Blasensteinschnitt in der  
frühen Neuzeit: Die operative  
Technik des Wilhelm Fabry  
von Hilden.  
[https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website\\_uni\\_ulm/med.inst.085/PDF\\_Kulturanamnesen/Band\\_2/100342\\_-\\_Franz\\_J.\\_Marx\\_\\_Daniel\\_Schaefer.pdf](https://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.inst.085/PDF_Kulturanamnesen/Band_2/100342_-_Franz_J._Marx__Daniel_Schaefer.pdf)  
<https://de.wikipedia.org/wiki/Lithotomus>

**Quellen:**  
[http://www.liederlexikon.de/lieder/ich\\_bin\\_der\\_doktor\\_eisenbart/editionb/](http://www.liederlexikon.de/lieder/ich_bin_der_doktor_eisenbart/editionb/)



## Das Leben wertschätzen

Seit April verfügt das Klinikum über eine Palliativstation

Das Wort „außergewöhnlich“ trifft es wohl am besten, wenn es darum geht, das Team der Station 10.1 zu beschreiben. Das vergleichsweise kleine Kollegium vereint neben dem ärztlichen und pflegenden Personal weitere vier Professionen: Sozialarbeiter, Psychoonkologen, Musik- und Physiotherapeuten. Unterstützt werden sie von der Klinikseelsorgerin Felicitas Haupt. Sie alle sind für das Wohlergehen von derzeit maximal elf Patienten in zehn Zimmern da. Allein das macht deutlich, dass auch die Arbeit des Teams außergewöhnlich ist: Station 10.1 ist die im April neu eröffnete Palliativstation des Klinikums Brandenburg. Geleitet wird sie von Oberarzt Helmut Reichardt und gehört zum Zentrum für Innere Medizin II.

Auf einer Palliativstation werden Patienten versorgt, die eine lebensbegrenzende, wahrscheinlich unheilbare Krankheit haben und daher meist auch in einer Lebenskrise stecken. Diese Situation kann für jeden Betroffenen und seine Angehörigen extrem bedrückend sein. Eine Ausnahme-situation. Das Team von Oberarzt Helmut Reichardt ist darauf spezialisiert, sich sowohl

um die körperlichen Leiden der Patienten zu kümmern als auch um ihre emotionalen Probleme. Dabei gehe es, so Helmut Reichardt, unter anderem um Fragen wie diese: In welchem Beziehungsgeflecht steht der Patient? Welche Lebensanschauung hat er? Wo steht er emotional?

„Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass das Sterben Teil des Lebens ist“, erklärt Helmut Reichardt. Diesen Erkenntnisprozess müssten beide Seiten durchmachen: Patient und Mediziner. Helmut Reichardt, von Haus aus Lungenarzt, hat in seinem Medizinstudium noch die unterschwellige Botschaft mitbekommen, dass „das Sterben ein Versagen der Medizin ist“. Auch für ihn war es ein langer Weg bis zu der Feststellung: „Es geht auch darum, ein gutes Sterben vorzubereiten.“

Damit meint der Oberarzt keine bloße Sterbegleitung. Das sei die eigentliche Aufgabe von Hospizen. Auf einer Palliativstation wird der Patient auch weiterhin diagnostiziert und therapiert. Die Möglichkeiten des Klinikums können dabei voll ausgeschöpft werden. Krebspatienten

*Auf das Team kommt es an (v.l.): Oberarzt Helmut Reichardt, Olga Lisowskaja – Medizinstudentin im Praktischen Jahr, Physiotherapeutin Nicole Hofmann, die Krankenschwestern Sandra Rummland, Martina Bodenstab und Ina Ploeger, Stationsleiterin Dorit Schwesig, Sozialarbeiterin Sophie Sooth, Psychoonkologin Katerina Erinski und Krankenpfleger Marco Klauer.*

können immer noch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie bekommen, es können Operationen anberaumt werden. Aber es geht oft nicht mehr um körperliche Heilung, sondern um die Heilung der Seele. „Wir wollen so ehrlich sein wie nur möglich“, betont Helmut Reichardt.

Die Psychoonkologin im Team kümmert sich beispielsweise auch um eine körperbezogene Psychotherapie, die Osteopathie. Die Musiktherapeutin übernimmt ebenfalls einen wichtigen Part – wie alle im Team der Palliativstation. Wenn ein Patient viele Jahre seines Lebens musiziert oder gesungen hat oder ein begeisterter Konzertbesucher war, dann ruft Musik schöne Erinnerungen in ihm wach. Das kann stärken, trösten, beruhigen. „Eine gute Musiktherapeutin spürt, was wesentlich ist“, weiß der Oberarzt. „Sie ist genauso auf Empfang, wie sie auf Sendung ist.“ Sie sucht mit ihrer Musik auch die Resonanz mit dem Patienten – selbst wenn er bisher noch keinen Zugang zur Musik hatte. Jeden Tag setzt sich das Team der Station 10.1 zusammen und jeder berichtet, was er mit den Patienten erlebt hat, wer welche Probleme hat. Mit dabei ist auch die Sozialarbeiterin, die sehr gut mit den ambulanten Versorgungsstrukturen vernetzt ist.

Ein Patient, der um seine begrenzte Lebenszeit weiß, soll nach Möglichkeit nicht übermäßig körperlich und auch nicht seelisch leiden: „Er soll mit sich im Frieden sein.“ Helmut Reichardt spricht in diesem Zusammenhang sogar von einem „gesunden Sterben“. Dazu gehört es, mit seinen Liebsten, mit seinen Freunden abends auf dem Balkon zu sitzen, Bäume zu sehen, das Rauschen der Blätter zu hören. Oder gemeinsam ein Hefeweizen zu trinken. Auch wenn es nur alkoholfrei ist. „Es ist ein Geschenk, dass wir das können“, betont der Oberarzt der Palliativstation. Damit

werde wertgeschätzt, „dass wir in diesem Körper leben“.

Der Lungenarzt verweist auf eine im Jahr 2010 veröffentlichte Studie von Dr. Jennifer S. Temel. Die US-amerikanische Medizinerin konnte belegen, dass Patienten mit weit fortgeschrittenen Lungenkarzinomen bei einer frühzeitigen palliativmedizinischen Intervention mit ihren Symptomen besser zurechtkamen. Sie waren besserer Stimmung, brauchten oft weniger Medikamente – und: Sie lebten sogar länger als Patienten ohne eine derartige Versorgung. „Wir müssen uns körperlich, seelisch, emotional und familiär um unsere Patienten kümmern“, resümiert Helmut Reichardt.

Das Team der Palliativstation stammt ursprünglich aus dem Lehniner Krankenhaus. Dessen Träger – das Evangelische Diakonissenhaus Berlin, Teltow, Lehnin – hatte sich entschieden, das kleine Krankenhaus zugunsten einer Aufstockung der Geriatrischen Reha-Klinik zu schließen. Dem Palliativ-Team eröffnete sich die Möglichkeit eines Umzugs ins Klinikum Brandenburg. Hier ist es in der ehemaligen Kinderklinik untergebracht, in der die Zimmer entsprechend umgebaut wurden und werden. Damit ist die Station etwas abseits vom hektischen Klinikalltag untergebracht. Das hat Helmut Reichardt zufolge Vor- und Nachteile. Der Alltag auf der Station ist entspannter, dafür sind die Wege zu einer schnellen Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung etwas weiter. Von großem Vorteil sei aber, dass die Spezialisten für komplexe fachspezifische Interventionen „gleich nebenan“ sind und schnell helfen können.



Oberarzt Helmut Reichardt,  
Leiter der Palliativstation.

Zentrum für  
Innere Medizin II

Leiter der Palliativstation  
Oberarzt Helmut Reichardt  
Sekretariat

(03381) 411600

innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

# Eine Zahnschiene für das Ohr

## Was sich für schöne Ohren alles machen lässt



Christian Wojtas, angehender Facharzt der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Apostasis Otis – das ist der Fachbegriff für abstehende Ohren, gemeinhin auch als „Segelohren“ bezeichnet. Hat ein Kind Segelohren, so ist das genetisch bedingt. Meist ist dann die zweite Falte der Ohrmuschel, die sogenannte Anthelix, nicht richtig ausgeprägt. Das heißt, dort, wo ein kleiner Knick im Ohr sein sollte, ist die Muschel glatt und lässt das Ohr etwas vom Kopf abstehen. Außerdem steht auch die Ohrmuschel selbst in einem Winkel von mehr als 30 Grad zum Warzenfortsatz – das ist der Knochen hinter dem Ohr. Normalerweise ist der Winkel kleiner als 30 Grad.

Das Gute ist: Diese kleine Deformation hat „keinen Einfluss auf das Hörvermögen des Kindes“, erklärt Christian Wojtas, angehender Facharzt der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Klinikum Brandenburg. Allerdings sind Segelohren ein mitunter erheblicher optischer Makel, der gerade unter Kindern zu Hänseleien führen kann – je nachdem, wie sehr die Ohren abstehen.

Laut Expertenmeinung sollte möglichst noch vor dem Eintritt ins Schulalter die Entscheidung für oder eben auch gegen eine kosmetische Operation fallen. Kinder sind dann in einem Alter, in dem das Narkoserisiko deutlich geringer ist als bei einem Kleinkind oder sogar Säugling. Außerdem dürfte für das Kind die Entscheidung gerade mit Blick auf die bevorstehende Schulzeit zu diesem Zeitpunkt wichtig sein.

Wie Christian Wojtas erklärt, ist die Operation an sich „ein risikoarmer Eingriff“, der ambulant vorgenommen wird. Ins Ohr wird ein kleiner Schnitt gesetzt, um die bisher fehlende Falte nachzubilden. Der Schnitt wird hinter dem Ohr gesetzt. Und auch die Anthelixfalte wird von hinten nachgebildet und in ihrer neuen Position

vernäht, erklärt der Assistenzarzt im fünften Jahr. Zusätzlich wird die Ohrmuschel mit wenigen Millimeter langen Fäden an der Knochenhaut hinter dem Ohr vernäht. Sie liegt dadurch in einem Winkel, der kleiner ist als 30 Grad, am Kopf an.

Komplikationen sind bei diesem Eingriff sehr selten. Christian Wojtas zufolge könne es passieren, dass einige Patienten eine überschießende Narbenheilung haben. Die Narben sind dann wulstig verdickt und gerötet. Das Problem würde bei diesen Patienten dann aber auch bei allen anderen Operationen auftreten.

Nach dem Eingriff müssen die Kinder etwa eine Woche lang einen Verband und weitere zwei Wochen ein Stirnband Tag und Nacht tragen. Danach steht noch einmal für 14 Tage ein weiches Stirnband auf dem Programm, das allerdings nur noch nachts getragen werden muss.

### Mit Ear Molding sind Korrekturen möglich

Im Klinikum Brandenburg wird seit Kurzem auch das sogenannte Ear Molding angeboten. Das ist eine Behandlung, mit der Fehlbildungen der Ohrmuschel schon im Säuglingsalter korrigiert werden können. In Ländern wie Großbritannien und den USA ist das Ear Molding, also das Modellieren eines Ohres, schon seit mehr als zehn Jahren gebräuchlich, erläutert Christian Wojtas. In Deutschland setze sich diese Therapie erst jetzt durch.

Rund 30.000 Kinder werden pro Jahr in Deutschland mit Deformationen der Ohrmuschel geboren. Diese Verformungen werden nach Schweregraden von 1 (gering) bis 3 (hochgradig) bewertet. „Bisher werden solche Ohrmuschel-



dysplasien in Deutschland chirurgisch behandelt“, sagt der Assistenzarzt in der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gesichts- und Halschirurgie. Das Ear Molding dagegen nutzt kleine Schalen oder auch gepolsterte Drähte, um den Ohren die gewünschte Form zu geben.

Dabei machen es sich die Spezialisten zunutze, dass der Ohrknorpel von Neugeborenen noch weich und auch verformbar ist. „Grund dafür“, erklärt Christian Wojtas, „sind die Östrogene der Mutter im Kind“.

Bei bestimmten Verformungen kann mit einer Art Schablone, die an der Ohrmuschel befestigt wird, die Muschel zum Wachstum in den „gewünschten Bahnen“ gelenkt werden. Das ist zum Beispiel bei sogenannten Tassenohren möglich. So werden Ohren genannt, deren äußerer Rand – die Helix – wulstig oder auch eingerollt ist. Korrekturen können auch vorgenommen werden, wenn der obere Bogen des Ohres nicht richtig ausgebildet ist. Selbst bei der nicht richtig ausgeprägten Anthelix, die ja zum Phänomen der Segelohren beiträgt, ließe sich mit dem Ear Molding Abhilfe schaffen. Dadurch könnte sogar die kleine Operation im Vorschulalter vermieden werden, wenn nur früh genug die Entscheidung für eine Therapie fällt, wie der Experte für Ear Molding am Klinikum Brandenburg betont.

Christian Wojtas beschreibt, wie das gelenkte Wachstum funktioniert: Eine Möglichkeit besteht darin, einen gepolsterten Draht in die Ohrmuschel zu legen und mit Klebestreifen zu fixieren. Der Draht gibt die Form vor. Oder aber der Arzt nimmt eine kompakte Schale, die wie eine „Zahnschiene für das Ohr“ funktioniert. Die Faustregel besagt, dass der korrigierende Draht

oder die Schale so lange getragen werden sollten, wie das Kind zum Start der Therapie alt ist.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Kinder unter Umständen den Kleber nicht vertragen oder auch auf den Reiz des Drahtes mit Hautrötungen und Druckstellen reagieren. Da der Verband alle drei Tage gewechselt wird, lässt sich diese Komplikation jederzeit kontrollieren und über einen eventuellen Abbruch der Therapie diskutieren.

### Therapiechance in den ersten sechs Lebensmonaten

Auch beim Ear Molding geht es um rein ästhetische Eingriffe. Im Gegensatz zur Otoklisis – der Operation zum Anlegen von Segelohren – ist das Ear Molding derzeit noch keine Kassenleistung, wie Christian Wojtas erläutert. Eltern müssten also für die Kosten dieser Therapie bei ihren Kindern selbst aufkommen. Das Zeitfenster für modellierende Korrekturen schließt sich spätestens mit dem sechsten Lebensmonat. Dann ist der Ohrknorpel fest und nicht mehr verformbar.

Bei bestimmten Verformungen kann mit einem Draht (mittleres Foto), der an der Ohrmuschel befestigt wird, die Muschel zum Wachstum in den »gewünschten Bahnen« gelenkt werden.

Klinik für HNO-Heilkunde,  
Gesichts- und Halschirurgie

Assistenzarzt  
Christian Wojtas  
Sekretariat

(03381) 411700

hno@klinikum-brandenburg.de



## So manche Fehldiät lässt sich vermeiden

### Kinderallergologe Dr. med. Ludwik Kurzidim bietet Sprechstunden im Klinikum Brandenburg an

„Zehn bis 15 Prozent aller Kinder leiden an einer Allergie - und die Zahl ist zunehmend“, erklärt Dr. med. Ludwik Kurzidim. Der Facharzt für Kinderheilkunde ist auch Allergologe und Kinderpneumologe. Er hat sich auf die Behandlung von Atopischer Dermatitis (Neurodermitis) sowie Allergien durch Nahrungsmittel und Insektengifte spezialisiert. Seit Juni bietet Dr. Ludwik Kurzidim neben seiner Arbeit in Potsdam nun auch Sprechstunden in der Kinderklinik Brandenburg an und verstärkt damit das kinderpneumologisch-allergologische Team um Prof. Dr. med. habil. Jochen Mainz im Klinikum Brandenburg.

„Der Vorteil eines spezialisierten Kinderallergologen sei“, so Dr. Ludwik Kurzidim, „dass er die oft komplexen Allergie-Symptome von Kindern mit dem ganzheitlichen Blick eines geschulten Kinderarztes interpretieren kann“. Neben einem ausführlichen Anamnese-Gespräch und spezialisierter Diagnostik muss teils auch eine ärztlich überwachte Provokationstestung erfolgen, um die Verdachtsdiagnose „Allergie“ zu bestätigen oder zu entkräften. „Die Diagnose muss aber immer korrekt gestellt werden, da sie den Alltag und die Lebensqualität nachhaltig beeinflusst“, sagt der Experte. Nicht korrekt gestellte Allergie-Diagnosen verursachen unnötige Ängste bei den Eltern und können mit Blick auf die Ernährung sogar zu Fehldiäten und Mangelversorgung führen. Dabei muss klar zwischen einer „Sensibilisierung“ unterschieden werden, bei der spezifische IgE Antikörper oder Prick-Hauttest Befunde nachgewiesen werden, und einer tatsächlichen Allergie, bei der zusätzlich zur Sensibilisierung auch allergisch reagiert wird.

Zusammen mit Christiane Binder, einer erfahrenen und allergologisch spezialisierten Diätas-

sistentin, bietet das Team die ganze Bandbreite der Diagnostik und Ernährungsberatung zu Nahrungsmittelallergien an. Ebenso kann neuerdings bei Erdnuss-Allergie unter ärztlicher Aufsicht eine gezielte Desensibilisierung (Hyposensibilisierung) begonnen werden. Allergien sollten gar nicht erst entstehen. So ist es für Kinderärzte immer ein wichtiges Anliegen, auf den Paradigmen-Wechsel in der Allergieprävention hinzuweisen. Dr. Ludwik Kurzidim: „Früher dachte man, Vermeidung von bestimmten Nahrungsmitteln würde Kinder vor Allergien bewahren.“ Aber genau das Gegenteil sei der Fall. Der frühe Genuss des jeweiligen Nahrungsmittels „wirkt protektiv, das Immunsystem lernt das potenzielle Allergen frühzeitig kennen und entwickelt eher eine Toleranz“.

Ein weiterer Schwerpunkt der Sprechstunde ist die Abklärung und Behandlung von Insektengift-Allergien – sogenannten Hymenoptergift-Allergien – und die Durchführung von Anaphylaxie-Schulungen.

„Wir hoffen, damit dem zunehmenden Bedarf an Allergieberatung und -abklärung bei Kindern gerecht werden zu können“ meint Prof. Dr. Jochen Mainz, der die Ambulanz vor zwei Jahren gründete.

#### Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

##### Facharzt für Kinderheilkunde, Allergologe

Dr. med. Ludwik Kurzidim

##### Terminvereinbarung

☎ (03381) 411805

✉ rehfeldt@klinikum-brandenburg.de

Dr. med. Ludwik Kurzidim,  
Facharzt für Kinderheilkunde,  
Allergologe



Oberarzt Prof. Dr. med. habil.  
Jochen Mainz



Christiane Binder,  
Allergologisch spezialisierte  
Diätassistentin

## Auf dem Sprung von der Krankenschwester zur Ärztin

### Olga Lisowskaja absolviert ihr Praktisches Jahr im Klinikum

Eine kurze Pause nur. Dann geht es für Olga Lisowskaja wieder zurück. Zurück auf die Station, die es erst seit April im Klinikum gibt: die Palliativstation. Hier werden Menschen versorgt, die wissen, dass ihre Krankheit ihnen in absehbarer Zeit das Leben nimmt. „Das ist etwas komplett anderes als meine bisherigen Erfahrungen“, sagt Olga Lisowskaja. Aber es sei ein großer Zugewinn für sie, auf dieser Station arbeiten und lernen zu dürfen.

Die 32-Jährige ist im letzten, im sechsten Jahr ihres Medizinstudiums. Das Praktische Jahr, kurz PJ, steht auf dem Programm. In dieser Zeit werden die Studierenden in drei verschiedenen Fachbereichen eingesetzt, um umfangreiche Erfahrungen zu sammeln und um bestmöglich auf die Assistenzzeit vorbereitet zu werden. Dabei sind Chirurgie und die Innere Medizin, zu der auch die Palliativstation zählt, Pflicht.

„Den Tagen Leben geben“ – dieses Motto hat Olga Lisowskaja zum ersten Mal auf der Palliativstation gehört und auch dessen Bedeutung erfahren. Es geht darum, die Zeit, die da ist, für Schönes zu nutzen. Und ja, den Menschen auch Lebenskraft zu geben. Immer wieder erlebt es die junge Frau, wie dankbar die Patienten auch für kleine Dinge sind und dass auf der Station trotz allem gemeinsam mit den Patienten viel gelacht wird.

Vor ihrem Medizinstudium hat Olga Lisowskaja, die aus Brandenburg an der Havel stammt, eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht. Im Virchow Klinikum Berlin hat sie sieben Jahre

lang auf der Intensivstation gearbeitet – und zuletzt schon parallel dazu das Medizinstudium an der Charité begonnen. Als Abiturientin hatte sie noch geschwankt zwischen der Medizin und der Pädagogik als Berufsfeld. Die Medizin hat gewonnen. „Hier lernt jeder viel über sich selbst. Man lernt auch, dankbar zu sein.“ Olga Lisowskaja hat sich ganz bewusst dafür entschieden, das Praktische Jahr am Klinikum in ihrer Heimatstadt zu absolvieren.

„Ich mag die Arbeit hier“, sagt sie. Gerade jetzt, da sie immer mehr in die Rolle hineinwächst, selbst Entscheidungen zu treffen. Es ist nur noch ein kleiner Schritt auf dem Weg von der Krankenschwester zur Ärztin. Im Herbst kommt das mündliche Examen als letzte Prüfung und dann beginnt die Facharztausbildung. Idealerweise als Assistenzärztin im Klinikum Brandenburg – mit guter Einarbeitung und Betreuung durch einen engagierten Mentor.



#### Ich mag die Arbeit hier.

Olga Lisowskaja  
Medizinstudentin  
im Praktischen Jahr

In welche Fachrichtung sie gehen wird, lässt die Studentin noch offen. Die Gynäkologie zum Beispiel hat es ihr sehr angetan. Da gebe es das komplette Spektrum vom Neugeborenen bis hin zur hochbetagten Patientin. Oder wie Olga Lisowskaja es sagt: Arbeit in der Gynäkologie bedeutet, Leben auf die Welt zu holen und andererseits auch Leben in die andere Welt zu entlassen.

Die Brandenburgerin ist Mutter zweier Kinder. Die beiden helfen ihr dabei, die Klinik auch mal Klinik sein zu lassen. Denn „mit den Kindern wird man schnell von allen anderen Gedanken abgelenkt“.



Olga Lisowskaja



„Eine total schöne Idee“

MHB-Studentin Nele Neveling arbeitet in der mobilen Abstrichstation

„Das hier ist unser blaues Sofa“, erklärt Nele Neveling lachend und zeigt auf eine einfache Krankenliege, die mit dicken blauen Polstern für die Gäste zum Sofa aufgewertet wurde. Gleich gegenüber stehen auf einer kleinen Ablage acht Küchenwecker. Fünf von ihnen ticken um die Wette. Auch für diese ungewöhnliche Geräuschkulisse hat Nele Neveling eine schnelle Erklärung: Mit jedem Weckerklingeln steht das Ergebnis eines Antigentests fest. Die Studentin der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane arbeitet in der mobilen Abstrichstation, die in der Nähe der Rettungsstelle des Klinikums Brandenburg parkt.

Hier können sich Menschen, die ihre Angehörigen im Klinikum besuchen wollen, auf Corona testen lassen. Zum Jahreswechsel, als die zweite Corona-Welle ihren Höhepunkt erreichte, haben viele Kliniken im Land ihre Häuser für Besucher geschlossen, berichtet Nicol Schwanke,

Referentin für Hochschulkoordination im Klinikum Brandenburg. „Aber wir hier wollten Besuche weiterhin ermöglichen“, so Nicol Schwanke. Um die Patienten nicht zu gefährden, geht das nur mit aktuellen negativen Corona-Tests. So entstand die Idee, einen Abstrichwagen einzusetzen. Dafür wurde eine „Mobile Sanitätsstation“ der Johanniter gemietet und entsprechend umgerüstet.

Für dieses Projekt engagieren sich viele MHB-Studierende – so wie Nele Neveling. Die 25-Jährige, die im 7. Semester Medizin studiert, ist seit Anfang März im Abstrichmobil im Dienst. „Das ist eine total schöne Idee“, sagt sie. Nele Neveling ist gelernte Krankenschwester und weiß, wie wichtig es ist, dass Patienten ihre Angehörigen sehen können. Als sie um Unterstützung für das Testmobil gebeten wurde, musste sie nicht lange überlegen. Zwei- bis dreimal in der Woche arbeitet Nele Neveling

im Mobil. Eine Schicht dauert vier Stunden. Da komme man mit vielen ins Gespräch, berichtet die Studentin. Es gebe inzwischen sogar viele bekannte Gesichter. Menschen, die regelmäßig zu Besuch ins Klinikum gehen. Andere nutzen den kostenlosen Service, um sich vor einem Besuch bei den Eltern oder Großeltern die Sicherheit eines negativen Tests zu holen und um die gemeinsame Zeit mit der Familie unbeschwert genießen zu können.

An den Wochenenden ist der Andrang am Abstrichwagen besonders groß. Bis zu 220 Personen wollen sich dann an einem Tag testen lassen. An den Werktagen sind es durchschnittlich 130 bis 150 pro Tag. Nele Neveling freut sich über jeden Besucher, der trotz längerer Wartezeit mit einem Lachen zum Test kommt und sich bei dem Team bedankt.

In der Zeit des ersten Corona-Lockdowns hat Nele Neveling in ihrem angestammten Beruf als Krankenschwester auf einer Palliativstation in Goslar in Niedersachsen gearbeitet. „Ich kann einfach nicht lange Zeit nur herumsitzen und nichts tun“, sagt sie. Zu helfen, mit Menschen zu arbeiten, zu kommunizieren – darauf kommt es der 25-Jährigen an. Und deswegen hat sie sich auch entschieden, nach ihrer Ausbildung ein Medizinstudium zu beginnen. Sie habe schon immer auf die Welt hinter der Fassade blicken wollen. Sie will wissen, „was wir machen – und warum“. Dass es ein Studium an der MHB sein soll, wurde Nele Neveling klar, als sie sich mit dem Lehrkonzept vertraut machte: In den ersten beiden Studienjahren müssen Physik, Mathe und Biologie gepaukt werden. Ein Graus für sie, wenn alles nur trocken übergebracht wird. An der MHB dagegen werde von Anfang an auf die Verbindung zur Praxis Wert gelegt. „Wenn ich das, was ich



lerne, sofort anwenden kann – dann macht es das Lernen leichter.“

Die mobile Abstrichstation parkt in der Nähe der Rettungsstelle des Klinikums.

Im Abstrichwagen ist Nele Neveling, die aus Bad Harzburg stammt, mittendrin in der Praxis.

Inklusive schneller Planänderungen, wenn sich ein Test als positiv erweisen sollte. Dann werden die Testungen sofort unterbrochen. Der betroffene Patient wird in einem persönlichen Gespräch informiert und zu einem PCR-Test gebeten. Der Testraum im Abstrichmobil wird gereinigt und desinfiziert. Das Personal wechselt seine Schutzkleidung. Und erst dann geht es weiter mit den Tests.

MHB-Studentin Nele Neveling.

„  
Wenn ich das, was ich lerne, sofort anwenden kann – dann macht es das Lernen leichter.“

Nele Neveling  
MHB-Studentin

Die Küchenwecker im Mobil ticken hörbar laut. Gleich können die nächsten Tests ausgelesen werden. „Die Arbeit hier macht mir wirklich Spaß“, sagt Nele Neveling. Sie weiß, dass sie hier vielen Menschen helfen kann.



## Neue Leitung des Brustzentrums

**Dr. med. Anna Bircks leitet seit Jahresbeginn das Brandenburgische Brustzentrum. Zusammen mit ihrer Kollegin Dr. med. Judith Paetzold berichtet sie über diese Arbeit.**

### Was ist das Brustzentrum?

**Dr. Anna Bircks:** Im Brustzentrum behandeln wir Patienten mit Verdacht auf oder bereits diagnostiziertem Brustkrebs. Neben der umfangreichen Diagnostik mit radiologischen und nuklearmedizinischen Methoden führen wir Brustoperationen durch und leiten die Nachbehandlung wie Strahlen- oder Chemotherapie über unsere Kooperationspartner ein.

### Gehören auch Männer zu Ihren Patienten?

**Dr. Anna Bircks:** Unter unseren rund 130 Brustkrebspatienten pro Jahr gibt es durchschnittlich einen Mann.

### Was ist das Besondere an Ihrer Arbeit?

**Dr. Anna Bircks:** Wir sind ein eher kleines Brustzentrum und kennen daher alle OP-Patientinnen schon aus den Sprechstunden. Die Patientinnen wissen es zu schätzen, dass sie bereits vor der stationären Aufnahme wissen, wer die Operation durchführen wird. Mit der Diagnose Brustkrebs durchleben unsere Patientinnen eine schwierige Situation und ich möchte sie mit einer guten Betreuung unterstützen.

**Dr. Judith Paetzold:** So empfinde ich das auch.

Wir nehmen uns viel Zeit, zu erklären und alle Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die persönliche Beziehung, die durch diese gute Betreuung entsteht, ist das Schöne und Erfüllende an der Arbeit.

*Dr. med. Anna Bircks (r.) und Dr. med. Judith Paetzold*

### Frau Dr. Bircks, was hat sich für Sie verändert, seit Sie die Leitung des Brustzentrums übernommen haben?

**Dr. Anna Bircks:** Die Verantwortlichkeiten haben sich verändert. Diese Herausforderung habe ich mit Freude angenommen. An der Arbeit mit den Patientinnen hat sich nichts verändert. Ich operiere weiterhin und decke zusammen mit meiner Kollegin Frau Dr. Paetzold die Sprechstunden ab. Außerdem arbeite ich innerhalb der Frauenklinik nach wie vor in allen Bereichen, das heißt nicht nur im Brustzentrum, sondern auch im gynäkologisch-onkologischen Zentrum und im Kreißaal.

### Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit in Ihrem Team?

**Dr. Anna Bircks:** Frau Dr. Paetzold und ich arbeiten seit gut zwei Jahren zusammen und wir sind ein eingespieltes Team. Unsere Brustschwester Biggy Neumann nimmt die Patientinnen in Empfang und betreut sie zum Teil auch noch nach der Entlassung. Unsere langjährige Stationschwester Gerlinde Richter übernimmt sehr engagiert die stationäre pflegerische Betreuung. Eine psychoonkologische Betreuung sowie die Anbindung an den Sozialdienst erfolgt über unsere Sozialarbeiterin Frau Brückner. Wir können uns alle aufeinander verlassen. Das hält jedem von uns den Rücken frei für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

**Dr. Judith Paetzold:** Die Zusammenarbeit ist sehr angenehm. Hier im Brustzentrum habe ich meine Nische gefunden. Ich mag die gute Atmosphäre im Team und nehme darum gern die Fahrtzeit von Berlin, wo meine Familie und ich leben, in Kauf.

## Leben statt müssen

**Aktionen zur Welt-Kontinenz-Woche vom 21. bis zum 27. Juni**

Trotz breiter Aufklärungskampagnen und zunehmender Medienpräsenz sind Funktionsstörungen der Organe im Becken bei der Frau und dem Mann, die sich zum Beispiel als Urin- oder Stuhlinkontinenz oder auch Entleerungsstörungen der Harnblase und des Darms bemerkbar machen können, weiterhin schambehaftete Themen. „Aus diesem Grund werden sie von den Betroffenen oft erst sehr spät oder gar nicht angesprochen“, erklärt Prof. Dr. Thomas Enzmann, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie. Dadurch könne es zu weiteren Störungen kommen. In jedem Fall sind sie ein einschränkender Faktor für die Lebensqualität der Betroffenen.

Die Welt-Kontinenz-Woche, die in diesem Jahr vom 21. bis 27. Juni stattfindet, möchte dieses Schweigen durchbrechen. Daher bietet das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum des Klinikums Brandenburg, das nach den neuen Richtlinien der Gesellschaft für Urologie, Gynäkologie und Ko-

loproktologie 2020 zertifiziert wurde, eine Telefonaktion an. Über die Hotline (033 81) 4118 99 können sich Menschen melden, die Probleme bei der Kontinenz haben. Mehr Informationen gibt es unter [www.klinikum-brandenburg.de](http://www.klinikum-brandenburg.de).

Online sind weitere Informationen und Angebote zur Welt-Kontinenz-Woche zu finden. Das Beckenbodenzentrum des Universitätsklinikums Düsseldorf informiert per Videos darüber, was eine Inkontinenz ist und welche Ursachen dafür infrage kommen: <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/> - dann „Über das UKD“ anklicken und dem Link „Mediathek: Info-Filme“ folgen. Dort gibt es das Interview-Special. Das Schwarzwald-Baar Klinikum präsentiert in einem Video auf YouTube einfache Übungen, um den Beckenboden zu trainieren: [https://www.youtube.com/watch?v=oGi4D\\_TtHjs](https://www.youtube.com/watch?v=oGi4D_TtHjs).

In Brandenburg plant das Klinikum gemeinsam mit dem Künstler Thomas Bartel eine außergewöhnliche Kunstaktion: Im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof soll ein „Kulturklosett“ aufgestellt werden. „Heute stärker denn je wird uns bewusst, wie wichtig Kultur ist, wie sehr Kunst zu unserem Leben dazugehört und wie sehr sie uns in Corona-Zeiten fehlt“, erläutert Chefarzt Prof. Dr. Thomas Enzmann. Viele Menschen würden einen unhaltbaren Kulturdrang spüren. Um dem nachzugeben und gleichzeitig das Thema Inkontinenz mehr ins Bewusstsein zu rücken, soll das Klohäuschen installiert werden. Es soll neugierig machen, staunen lassen, informieren. Und Besucher dürfen das Häuschen nach Herzenslust bemalen und beschreiben. „Thomas Bartel wird gemeinsam mit Stephanie Knitter den Kulturdrang mit dem Drang beim Wasserlassen verbinden“, erklärt Prof. Dr. Thomas Enzmann. „Lassen Sie sich überraschen!“

Der Chefarzt hofft, dass in der Innenstadt Brandenburgs noch einige weitere Donnerbalken hinzukommen. Jedes Kulturklosett soll im Anschluss an die Aktion versteigert werden. Der Erlös ist für Aufklärungsprojekte zum Thema Inkontinenz vorgesehen.



*Prof. Dr. Thomas Enzmann, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie*



*Der Künstler Thomas Bartel wird gemeinsam mit Stephanie Knitter den Kulturdrang mit dem Drang beim Wasserlassen verbinden.*



# Geschniegelt und gebügelt

## Wäscheservice für die Patienten

Ab sofort können Patienten des Klinikums Brandenburg ihre private Kleidung über den Wäscheservice des Hauses reinigen lassen. Das ist gerade als Hilfe für diejenigen gedacht, die unvorbereitet ins Krankenhaus kamen oder länger als geplant bleiben müssen. „Und nicht immer können Angehörige schnell genug für Wechselwäsche sorgen“, weiß Marion Peterson, Abteilungsleiterin in der Pflegedirektion. Manchmal seien die Familienangehörigen auch in Qua-

rantäne und dürften gar nicht zu Besuch in die Klinik kommen. In all diesen Fällen kann der Wäscheservice helfen.

### Das Stationsteam hilft

Es genügt, einer Pflegekraft auf der Station Bescheid zu geben, welche Wäschestücke gereinigt werden müssen. Das Stationsteam kümmert sich dann darum, dass die Kleidungsstücke das Namensschild des Patienten bekommen, zusammengepackt und in die Wäscherei gebracht werden.

Nach etwa zwei bis drei Werktagen kommt die Wäsche dann „schrankfertig“ zum Patienten zurück. Das heißt, sie ist gereinigt und gebügelt und „richtig schön in Papier eingepackt“, erklärt Marion Peterson. Es gibt keine Mengenbeschränkung für diesen Service. Die Bezahlung erfolgt direkt und in bar.

### Hier ein Auszug aus der Preisliste:

T-Shirt	2,30 Euro/St.
Strickjacke/Pullover	3,00 Euro/St.
Rock Standard	4,50 Euro/St.
Oberhemd	2,90 Euro/St.
Anzugsweste	3,30 Euro/St.
Anzugshose	4,50 Euro/St.
Anzugs-Sakko bzw. Blazer	6,80 Euro/St.
Mantel	ab 8,90 Euro/St.
Daunenmantel	ab 20,00 Euro/St.
Handtuch	1,25 Euro/St.
Badetuch	2,10 Euro/St.

**Haben Sie Fragen?** Sprechen Sie am besten eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Pflege an.

Marion Peterson,  
Abteilungsleiterin  
in der Pflegedirektion



## 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. C. Müller, Tel. (03381) 411400

### Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Andrej Udelnow,  
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 II

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/Hepatology/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  
Tel. (03381) 412600



## Impressum

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

**Redaktion:** Brandenburg Media Solutions/Märkische Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH Potsdam – Dr. Ute Sommer, Maria Kröhnke, Ulrich Nettelstroth

**Layout:** Brandenburg Media Solutions/Märkische Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH Potsdam – Katharina Ibendorf, Irina Morosow

**Fotos:** Universitätsklinikum Brandenburg, Jacqueline Steiner, Stefan Specht, Ute Sommer, privat

**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](mailto:leserbriefe@klinikum-brandenburg.de)



## Bade-Otitis – was ist das und was hilft?

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

Schwer ist es, von Dingen zu lassen, die man lieb gewonnen hat. Davon kann ich selbst ein Lied singen. An einer Konditorei komme ich kaum vorbei, ohne mir zumindest etwas Bienenstich oder Streuselkuchen mitzunehmen. Und am nächsten Morgen stöhne ich mitunter beim Blick auf die Waage. Ich will aber nicht klagen, andere haben schwerwiegendere Probleme – mein alter Freund Ferdi zum Beispiel. Ferdi war schon in Schulzeiten ein Meister im Schwimmen und Tauchen. Noch heute ist Badeurlaub das Größte für ihn. Seine Tage verbringt er dann eher unter als über Wasser – wenn er nicht krank im Bett liegt. Denn immer wieder erwischt ihn die Bade-Otitis.

Das ist eine Entzündung des Gehörgangs, die durch Pilze, Bakterien oder Viren verursacht wird. Die Otitis externa, wie sie genannt wird, ist sehr schmerzhaft. Mit dem Otoskop kann der Arzt eine Rötung oder Schwellung erkennen, oft auch Eiter und Sekret. Der Patient hört oft schlecht, hat Fieber und geschwollene Lymphknoten. Mit passenden Medikamenten behandelt, verschwinden die Beschwerden meist bald. Zur Erkrankung kann es kommen, wenn die Haut im Gehörgang durch Baden und Tauchen aufgeweicht wird und Keime eindringen. Ausgiebiges Ohrenwaschen mit Seife und Shampoo ist ebenfalls schädlich, weil durch den steigenden pH-Wert das schützende saure Milieu verloren geht. Noch gefährlicher sind Watte-

stäbchen. „Nicht in den Gehörgang einführen!“ steht auf jeder Packung, trotzdem tun es viele und fügen sich dabei oft kleine Verletzungen zu, an denen Entzündungen entstehen können. Das Ohrenschmalz ist eine natürliche Schutzschicht. Nach dem Duschen reicht es meist, den äußeren Gehörgang mit dem Handtuch oder etwas Watte zu säubern. Auch Ohrstöpsel können übrigens das Risiko einer Entzündung erhöhen. Manche Menschen sind besonders anfällig für die Bade-Otitis, weil ihr Gehörgang sehr eng oder gewunden ist. Zu dieser Gruppe könnte Ferdi gehören. Zur Vorbeugung wird unter anderem empfohlen, verschmutzte Gewässer zu vermeiden und eine Badekappe zu tragen. Zumindest für die Badekappe ist Ferdi nicht zu begeistern. Dafür hat er sich angewöhnt, nach dem Baden auf einem Bein zu hüpfen und den Kopf schräg zu halten, um Wassertropfen möglichst nach draußen zu befördern. Und manchmal nimmt er spezielle Ohrtropfen, die denselben pH-Wert wie der äußere Gehörgang haben. Ganz verhindern kann er trotzdem nicht, dass es ihn hin und wieder erwischt. Ich kann aber ganz gut verstehen, dass er dennoch nicht auf Schwimmen und Tauchen verzichten will. Ich werde beim Kuchen ja auch immer wieder schwach.

Ihr Dr. Nikki Ulm

