

MAMA, WARUM HAST DU KREBS BEKOMMEN?

Dauerhaft

Versorgung von
Nabelbrüchen

Traumhaft

Formen der
Anästhesie

Schmackhaft

Ernährung nach
der Krebstherapie

MEDIZIN UND FORSCHUNG	Die verräterische Minibeule	4
	Daumen hoch für volle Kraft	6
	Ganz oder nur teilweise?	8
	Zwei kleine Schnitte	10
	Auf gute Partnerschaft	12
MENSCHEN AM KLINIKUM	Besuch im Hexenhäuschen	14
	»Mama, warum hast du Krebs bekommen?« . . .	16
SERVICE	Kulinarische Fantasie ist gefragt	18
	Zertifizierung auf höchstem Niveau	20
	Photovoltaikanlage in Betrieb	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick	23
	Impressum.	23
	Dr. Nikki Ulm	24

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in der Dezemberausgabe unseres Klinikjournals hatte ich Sie auf den „Hoffnungsbaum“ in unserem Klinikum aufmerksam gemacht. 166 Patienten und Besucher haben in der Adventszeit den Baum mit ihren Wünschen geschmückt. Ich danke allen sehr dafür. Mein Wunsch für die nächsten Monate ist ganz einfach – und auch wieder nicht. Ich wünsche mir – ebenso wie viele unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – Normalität. Wenn wir auch die jüngste Corona-Welle hoffentlich gut überstanden haben, möchte ich gern wieder das Augenmerk auf unsere eigentliche Aufgabe legen: die medizinische Versorgung all unserer Patienten mit einer Vielzahl von Therapiemöglichkeiten sicherzustellen und stetig zu verbessern. Die Grundlagen dafür haben wir in unserem Universitätsklinikum gelegt. Dr. med. Nikolaos Pagonas, Stellvertretender Direktor der Klinik für Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie, wurde zum Professor an der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB berufen. Bessere Lehre und Forschung in der Medizin sind auch ein Gewinn für unsere Patienten. Mit PD Dr. med. Hendrik Borgmann konnten wir einen weiteren Experten für unser Haus gewinnen: Der Urologe kommt von der Mainzer Universitätsklinik und wird ab Mitte April die Urologie im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel als neuer Chefarzt führen. Der bisherige Chefarzt, Prof. Dr. Thomas Enzmann, verabschiedet sich nicht ganz in den Ruhestand. Er führt seine Sprechstunden fort und bleibt seinen Patienten erhalten. In diesem Jahr beginnen wir mit dem bereits angekündigten Erweiterungsbau



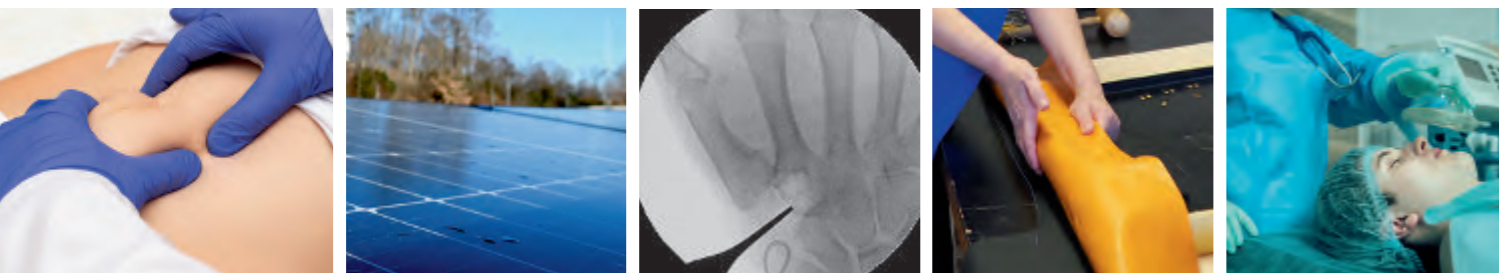
am Haus 2 und wir werden unseren Bestand an bildgebender Medizintechnik peu à peu erneuern. Der Partner an unserer Seite ist dabei das Unternehmen Philips. Mehr dazu erfahren Sie in diesem Journal. Ganz besonders ans Herz legen möchte ich Ihnen den bewegenden Bericht unserer Hausdame Carmen Weber über ihren Weg von der Mitarbeiterin zur Patientin und wieder zurück.

Wenn Sie, liebe Leserin, lieber Leser, uns mitteilen möchten, zu welchen medizinischen Themen Sie mehr erfahren möchten, dann schreiben Sie uns eine E-Mail. Senden Sie uns Ihre Anregungen, Kritik und Hinweise bitte an leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre
Im Namen des Universitätsklinikums

Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin



Die verräterische Minibeule

Neue Ansätze bei der Behandlung von Nabelbrüchen



Dr. med. Frank Stolle,
Oberarzt an der Klinik
für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Das Phänomen des Nabelbruchs haben wir einer anatomischen Besonderheit zu verdanken: Der Nabel – also die Stelle, an der in der Embryonalphase die Nabelschnur andockte – ist eine „natürliche Schwachstelle“, erklärt Dr. med. Frank Stolle, Oberarzt an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Universitätsklinikums. Der Nabel ist wie ein kleines Einfallstor in die mächtige Schutzhülle namens Bauchwand. Oder besser gesagt: Er ist ein Ausfallstor. Denn Nabelbruch – oder Nabelhernie, so der Fachbegriff – bedeutet, dass durch eine kleine Lücke in der Bauchwand etwas Bauchinhalt nach außen tritt, und zwar nach klassischer Definition im Bereich des Nabelrings. Nach neueren Definitionen, so Oberarzt Dr. Frank Stolle, zählen nun auch Brüche dazu, die bis zu drei Zentimeter ober- oder unterhalb des Nabels auftreten.

Risikofaktoren für die Ausbildung einer solchen Hernie sind neben einer genetisch bedingten Schwächung des Bindegewebes auch das Rauchen sowie Zustände und Erkrankungen mit einem erhöhten Druck im Bauchraum. Der kann beispielsweise bei Menschen auftreten, die häufiger sehr stark husten müssen, oder bei Übergewicht, Schwangerschaft und auch bei der krankhaften Ansammlung von Bauchwasser. Ein Nabelbruch tritt nicht sehr häufig auf. Dr. Frank Stolle spricht von etwa einem Prozent aller Erwachsenen, die betroffen sind. Die meisten Patienten sind im Alter von 40 bis 60 Jahren. Dabei trifft es Männer etwas häufiger als Frauen.

Deutlichster Hinweis auf eine Nabelhernie ist eine kleine Beule in dem Bereich. Was sich da nach außen stülpt, sind häufig Fettanteile, umhüllt von der innersten Bauchwandschicht, dem Bauchfell. Es können aber auch Teile des Darms im Bruch enthalten sein. Die Betroffenen haben dabei nicht zwingend irgendwelche Beschwer-

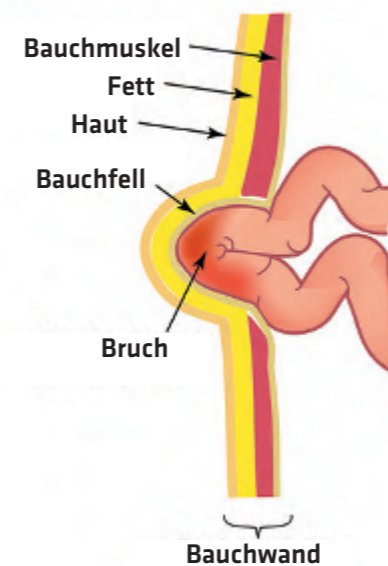
den. Trotzdem rät der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie sowie für Spezielle Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum, die verräterische Beule am Nabel von einem Arzt checken zu lassen. Denn es besteht das Risiko, dass der Bauchinhalt, der sich durch die sogenannte Bruchpforte gezwängt hat, abgeschnürt und somit von der Blutversorgung getrennt wird. Das kann im schlimmsten Fall sogar zu einer lebensbedrohlichen Situation mit Not-OP führen. Treten Schmerzen bei einer körperlichen Anstrengung oder starkem Husten auf, die danach aber sofort wieder verschwinden, ist es noch kein Notfall, wie Dr. Frank Stolle erklärt. Wenn allerdings die Schmerzen anhalten – auch im Zustand der Entspannung, sollte schnellstmöglich ein Arzt aufgesucht werden.

Solche Situationen lassen sich vermeiden, wenn gleich zu Beginn der Check beim Arzt gebucht wird. Dann kann die Operation des Nabelbruchs ganz in Ruhe geplant werden. Denn: „Es gibt nur wenige Fälle, in denen keine OP empfohlen wird“,

Während der Schwangerschaft ist der Druck im Bauchraum erhöht. Damit steigt das Risiko zur Ausbildung eines Nabelbruchs.



Fotos: adobestock/Анастасия Стриайло



erläutert der Experte. Das betrifft Hernien, bei denen die Bruchpforte in der Bauchwand kleiner als 0,5 Zentimeter ist und die keinerlei Beschwerden verursachen. Um alle anderen Fälle kümmert sich der Operateur. Ziel eines Eingriffs ist es nicht nur, den Bruchinhalt wieder nach innen zu verlegen und die Bruchpforte zu verschließen, sondern auch einen erneuten Bruch zu verhindern. Um Letzteres zu erreichen, vollzieht sich bei den Operationen gerade ein kleiner Wandel. Nabelhernien bis zu einer Größe von etwa zwei Zentimetern wurden bis vor Kurzem mit einer Naht versorgt. Nur bei einer noch größeren Bruchpforte setzten die Chirurgen kleine Kunststoffnetze ein, um den Bereich zusätzlich zu stabilisieren. „Inzwischen hat man festgestellt, dass die Kunststoffnetze auch bei kleinen Bruchpforten unter bestimmten Voraussetzungen besser sind als die Naht“, sagt Dr. Frank Stolle. Sie werden jetzt also zunehmend häufiger genutzt. Es sind spezielle, zum Teil beschichtete Netze, die der menschliche Körper gut verträgt. Sie werden entweder zwischen die Bauchwandschichten gelegt oder aber von der Bauchhöhle aus an der Bauchwand befestigt. Wie eine kleine Tapete für die Innenwand. Dabei ist es wichtig, dass die Netze die Bruchpforte um mehrere Zentimeter überlappen. Das stabilisiert die Schwachstelle. Mit Operationsmethoden wie diesen ist es gelungen, die Quote der erneut aufbrechenden Hernien bei großen Brüchen von ehemals 15 bis 20 Prozent



Grafik: adobestock/timonina, Foto: adobestock/HENADZY

auf nunmehr acht bis zehn Prozent zu senken. Bei kleinen Brüchen liegt die Wahrscheinlichkeit, dauerhaft durch die Operation geheilt zu werden, bei etwa 98 Prozent.

Der geplante Eingriff dauert 45 Minuten bis anderthalb Stunden, wenn ein Netz eingebracht wird. Er kann minimalinvasiv über drei kleine Schnitte an der Seite des Bauches erfolgen oder aber der Bauch wird im Bereich des Nabels geöffnet. Wird bei einem sehr kleinen Bruch nur eine Naht gesetzt, ist schon in einer halben Stunde alles erledigt. Dr. Frank Stolle: „Wer ansonsten kerngesund ist, kann diese Operation auch ambulant machen lassen.“ Anderenfalls bleiben die Patienten nach kleineren Eingriffen ein bis zwei Nächte im Krankenhaus. Musste ein großer Bruch versorgt werden, können es fünf bis sieben Tage Klinikaufenthalt werden. Aber dafür ist dann die Minibeule am Nabel Geschichte.

Der Check durch den Arzt ist dringend empfohlen.

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Oberarzt

Dr. med. Frank Stolle

Sekretariat

☎ (03381) 411200

✉ chirurgie@klinikum-brandenburg.de

Daumen hoch für volle Kraft

Die vier Stadien der Arthrose im Daumensattelgelenk



Dr. med. Bernd Markus Döring,
Oberarzt am Zentrum für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Sie ist ein Alleskönner. Jemand mit Kraft und Sinn für Feinmotorik. Ein „Wunderwerk“, wie Dr. med. Bernd Markus Döring respektvoll sagt. Der Oberarzt am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel spricht von der Hand: „Sie ist das Greiforgan schlechthin.“ Und sie ist ein Hochleistungssportler. Wenn wir zum Beispiel im Spitzgriff zwischen Daumen und Zeigefinger eine Griffkraft von einem Kilogramm brauchen, dann müssen die Knochen und Gelenke in den Fingern ein Vielfaches dieser Belastung aushalten. Im Daumensattelgelenk, das für die Beweglichkeit des wichtigsten Fingers der Hand sorgt, ist es sage und schreibe das Zwölfwache der gewünschten Kraft, wie Dr. Bernd Markus Döring erklärt. Ständige Belastungen können im Laufe der Zeit zum Gelenkverschleiß, also zu einer Arthrose führen. Der Knorpel nutzt sich ab. Knochen reibt auf Knochen, was eine schmerzhafte Angelegenheit werden kann. Typisches äußerliches Anzeichen der Arthrose im Daumensattelgelenk – auch Rhizarthrose genannt – ist eine Schwellung am Daumen in der Nähe des Handgelenks.

Die Mediziner unterscheiden vier Stadien der Rhizarthrose, in denen unterschiedliche Therapien zum Einsatz kommen können – je nach Diagnose und individuellen Beschwerden des Patienten. Im ersten Stadium zeigt sich meist schon eine Schwellung am Daumen. Das Gelenk ist aber noch recht gut beweglich. Im zweiten Stadium wird der Gelenkspalt kleiner, die Beschwerden größer. Es folgen das fortgeschrittene Stadium (3) und zuletzt das Vollbild der Erkrankung. Behandelt werden können nur die Symptome. Der Verschleiß an sich lässt sich nicht reparieren. Ziel der Therapie ist es, die Beweglichkeit des Daumens bei möglichst wenig Schmerzen zu erhalten. Dafür genügen anfangs die Gabe von Schmerzmitteln und Kälteanwendungen für das Gelenk sowie Physiotherapie. Mit

Schienen beziehungsweise Orthesen kann das Gelenk eine Zeit lang ruhiggestellt werden. „Bei einer Arthrose sind die Beschwerden nicht kontinuierlich“, so Dr. Bernd Markus Döring. In akuten Phasen können Schienen, die den Daumen und das Handgelenk umfassen, helfen. Allerdings ist für den Experten diese Behandlung keine Langzeitlösung. Denn wenn das Gelenk sechs Wochen lang nicht bewegt wird, droht es, steif zu werden. Die Alternative wäre, eine Schiene nur stundenweise zu tragen.

Hilft das nicht mehr, kann auch schon im zweiten Stadium eine Spritzentherapie mit Kortisonpräparaten in Betracht gezogen werden. Das Kortison muss direkt ins Gelenk gespritzt werden. Der Oberarzt und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Notfallmedizin gibt solche Spritzen nur im OP. Unter sterilen Bedingungen und mit Einsatz von Röntgentechnik, um die

Foto unten: Röntgenbild einer Hand mit Arthrose im Daumensattelgelenk.

Foto auf der nächsten Seite: Röntgenaufnahme, die während einer OP gemacht wurde.



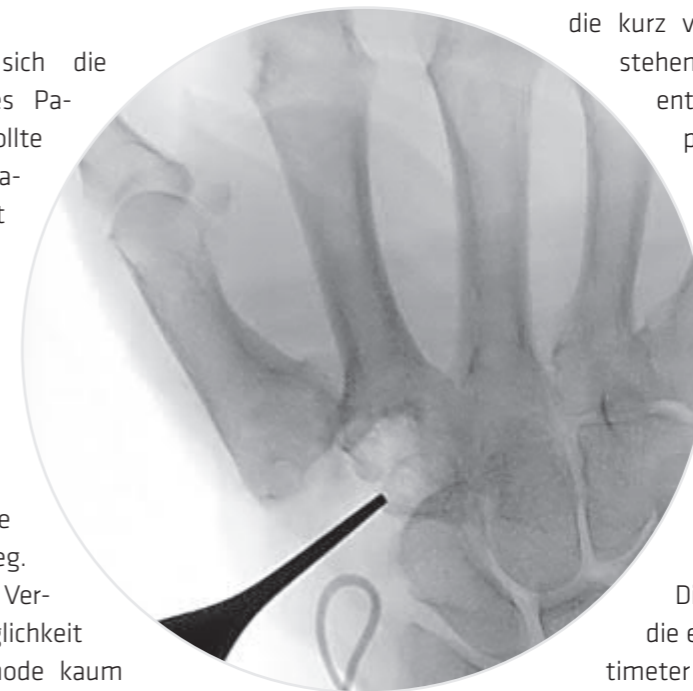
Nadel genau platzieren zu können. Denn das Daumensattelgelenk hat eine recht hinderliche Besonderheit: Es gibt nur wenig Platz zum Spritzen.

Verschlimmern sich die Beschwerden des Patienten weiter, sollte über eine Operation nachgedacht werden. Auch hier gibt es mehrere Möglichkeiten. Beispielsweise die Versteifung des Gelenks. Damit sind zwar die Schmerzen weg. Aber wegen des Verlustes der Beweglichkeit wird diese Methode kaum noch eingesetzt. Stattdessen ist man dazu übergegangen, das Os trapezium zu entfernen. Das Os trapezium – oder auch großes Vieleckbein – sitzt direkt unter dem Mittelhandknochen des Daumens. Das Wunderwerk Hand mit Daumen würde auch ohne das Vieleckbein funktionieren. Um dem System mehr Stabilität zu geben, kann ein Stück der Handgelenksbeugesehne zum ersten Mittelhandknochen geführt und sogar durch den Knochen gezogen werden – natürlich nachdem er entsprechend aufgebohrt wurde. Damit bleibt der Daumen beweglich und stabil. Das Verfahren nennt sich Resektions-Suspensions-Arthroplastik nach Epping.

Allerdings kann der Daumen nach einer solchen OP kürzer werden und er verliert auch etwas an Kraft. Wer für seinen Beruf die volle Kraft braucht, kann auf eine Endoprothese als Ersatz für das Vieleckbein zurückgreifen. Deren Halt-

barkeit ist aber bisher auf etwa drei bis sechs Jahre beschränkt. Trotzdem kann sie eine temporäre Alternative für diejenigen sein, die kurz vor dem Ruhestand stehen. Die meisten Patienten mit einer ausgeprägten Rhizarthrose sind schon älter und überwiegend Frauen. Auch nach der Versorgung mit einer Endoprothese ist ein Umstieg auf die Arthroplastik nach Epping immer noch möglich.

Die Operationen, für die ein vier bis fünf Zentimeter langer Schnitt am Daumen gesetzt wird, dauern in der Regel eine bis anderthalb Stunden. Viel zeitaufwendiger ist die Nachsorge. Vier Wochen lang wird die Hand zum Ausheilen ruhiggestellt. Es folgen mehrere Wochen Ergotherapie und Krafttraining. Fast ein halbes Jahr kann es dauern, bis der Alleskönner Hand wieder richtig funktioniert und belastbar ist.



Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Oberarzt

Dr. med. Bernd Markus Döring

Sekretariat

(03381) 411900

orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

Ganz oder nur teilweise?

Die verschiedenen Arten der Anästhesie und wofür sie gut sind

Eine Platzwunde, die in der Notaufnahme schnell versorgt wird. Eine Wurzelbehandlung beim Zahnarzt. Eine Blinddarmoperation. Die meisten Menschen haben schon erlebt, wie enorm wichtig die Anästhesie ist. Sie blockiert das Schmerzempfinden im Falle von schlimmen Fällen. Experten unterscheiden zwischen Vollnarkose und Teilnarkose, zu der sowohl die lokale als auch die regionale Anästhesie gezählt wird. Dr. med. Mathias Sprenger, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel und Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, erklärt die unterschiedlichen Arten der Narkose und ihre Einsatzmöglichkeiten.

Lokal begrenzte Anästhesie

Wenn zum Beispiel eine Schnittwunde an der Fingerkuppe genäht werden soll, kommt die kleinste Form der Narkose zum Einsatz: die Lokalanästhesie. Der Arzt spritzt ein Betäubungs-

mittel in das betroffene Gewebe. „Infiltration“ nennt der Fachmann dieses Verfahren, das die Nervenfunktionen örtlich begrenzt blockiert und den Patienten in diesem Bereich schmerzunempfindlich macht. Diese kleine Betäubung wird übrigens auch als Zusatzgabe zum Ende einer größeren Operation eingesetzt. „In den Wundrand gespritzt, bewirkt sie, dass der Patient beim Aufwachen weniger Schmerzen verspürt“, erläutert Dr. Mathias Sprenger.

Das Areal wird größer

Hat sich ein Patient aber einen komplizierten Unterarmbruch zugezogen, reicht die Infiltration nicht mehr aus, um den Arm „lahmzulegen“. Dafür ist eine Leitungsanästhesie nötig. Das bedeutet, dass das Betäubungsmittel möglichst nah an die Nerven gespritzt wird, die den Arm versorgen. In diesem Fall wären das die Nervenbahnen in der Achselhöhle. Die Anästhesie blockiert die Natri-

Keine Angst vor zu frühem Aufwachen

Wird die Vollnarkose über die Lunge gegeben, also vom Patienten inhaliert, zeigt das Narkosegerät ständig die Narkosemittelkonzentration in der Atemluft des Patienten an. Daran liest der Anästhesist ab, wie tief die Narkose ist. Ein zu frühes Aufwachen ist damit so gut wie ausgeschlossen.

Diese Messung ist bei einer intravenösen Anästhesie nicht möglich. Stattdessen aber kann mithilfe eines Sensors auf der Stirn die Hirnaktivität des Patienten gemessen werden. Auch sie gibt Aufschluss darüber, wie tief die Narkose ist.

um-Kanäle, die in den Nervenzellen für die Reizleitung verantwortlich sind. Ohne Reizübermittlung bekommt das Gehirn nicht die Information „Schmerz“. Je nach Dosis ist es auch möglich, den Befehl zur Bewegung, der vom Gehirn zum Arm geht, auszuschalten. Die Nerven für Schmerzleitung und Motorik liegen nah beieinander. Sie sind wie eine Straße mit zwei Fahrbahnen. Um die Betäubungsspritze akkurat setzen zu können, werden die Nerven im Ultraschall dargestellt.

Als Teilanästhesie gilt auch die Spinalanästhesie. Das Besondere hier: Das Betäubungsmittel geht in den Spinalkanal, also den Wirbelkanal, und wirkt auf die Reizübertragung im Rückenmark. Eine kleine Menge in den Bereich der Lendenwirbel gegeben, kann alle Körperteile darunter ausschalten. Selbst für einen Kaiserschnitt kann diese Form der Anästhesie genutzt werden. Im Unterschied zur Vollnarkose bleiben die Patienten unter einer Spinalanästhesie bei Bewusstsein und sie atmen selbstständig. Allerdings müssen die Patienten für die Dauer der Operation ruhig liegen bleiben. Dr. Mathias Sprenger, Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin sowie Rettungsmedizin, weiß, dass die meisten Patienten eine Stunde unter Teilanästhesie gut durchhalten. Auch dank Musik auf den Ohren oder eines Kinofilms auf dem Tablet. Wer fit ist, schafft auch locker anderthalb Stunden. Aber für noch längere Eingriffe kann die Anstrengung zu groß sein.

Das volle Programm

Ein anderes Beispiel: Ein Patient kommt nach einem Unfall mit zwei gebrochenen Beinen in die Notaufnahme. Mit schlimmen Schmerzen und hohem Blutverlust. Die Beinverletzungen an sich würden für eine Spinalanästhesie sprechen. Aber der hohe Blutverlust und die Stresssituation des Patienten machen eine Vollnarkose nötig, erklärt der Facharzt für Anästhesiologie. Ein Eingriff unter Teilnarkose wäre für den Kreislauf zu belastend. Welche Narkoseform am besten ist, hängt von vielen Faktoren ab. Und gibt es eine Wahlmöglichkeit, hat der Patient das letzte Wort. „Eine Narkose ist einwilligungspflichtig“, erklärt

Dr. Mathias Sprenger. Der Patient muss dafür umfangreich aufgeklärt werden und letztlich zustimmen.

Bei einer Vollnarkose bekommt der Patient Schlafmittel, Schmerzmittel und falls erforderlich auch Muskelrelaxanzien, um unwillkürliche Bewegungen zu unterdrücken. Die Dosis der Medikamente richtet sich unter anderem nach Alter und Gewicht des Patienten. Datenbanken können dem Anästhesisten bei der Berechnung der korrekten Dosis helfen. Je nach Dauer der Operation werden die Medikamente stetig zugeführt. Es gibt zwei Möglichkeiten, einen Patienten schlafen zu legen: durch Aufnahme der Narkosemittel über die Lunge oder durch Medikamentengabe in die Vene.

Wirkt die Narkose, kann der Patient über die Gesichtsmaske oder über eine Kehlkopfmaske beziehungsweise einen Beatmungsschlauch beatmet werden. Denn nur bei kürzeren Eingriffen kann er durchgehend selbst atmen. Ansonsten müssen Maschinen helfen. Für sehr lange Operationen wird der Patient intubiert, das heißt, es wird ein Beatmungsschlauch in die Luftröhre eingeführt. Der Anästhesist ist nicht nur für die eigentliche Narkose verantwortlich. „Er muss auch immer in der Lage sein, die Atmung sicherzustellen“, betont Dr. Mathias Sprenger. Kurz vor Ende der Operation reduziert der Anästhesist allmählich die Narkose. Das Aufwachen des Patienten wird genau überwacht.



Dr. med. Mathias Sprenger, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel und Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie



Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Chefarzt

Dr. med. Mathias Sprenger

Sekretariat

(03381) 411300

its@klinikum-brandenburg.de

Zwei kleine Schnitte

Eine Vasektomie ändert nichts an der Erregbarkeit des Mannes



Matthias Götze,
Leitender Oberarzt der Klinik
für Urologie und Kinderurologie

Pro Jahr kommen etwa 120 Patienten ins Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, um eine Vasoresektion – auch Vasektomie genannt – vornehmen zu lassen. Das ist der Fachausdruck für eine Samenleiterdurchtrennung beim Mann, durch die eine dauerhafte Unfruchtbarkeit erzeugt wird. „Die meisten Patienten, die sich für einen solchen Eingriff entscheiden, sind älter als 40 Jahre“, erklärt Matthias Götze, der Leitende Oberarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie. Die Betroffenen haben dann in der Regel entschieden, dass die Familienplanung abgeschlossen ist. Denn die Vasoresektion ist die „sicherste Methode, eine anhaltende Unfruchtbarkeit zu erzielen“, betont der Facharzt für Urologie. Es ist zwar möglich, die einmal durchtrennten Samenleiter wieder zusammenzunähen. „Aber mit jedem Jahr, das seit der Vasoresektion vergangenen ist, sinken die Chancen für eine erfolgreiche Rekonstruktion um zehn Prozent“, erklärt Matthias Götze. Das bedeutet also, dass schon fünf Jahre nach dem Eingriff die Chancen nur noch bei 50:50 stehen, dass der Patient seine Fruchtbarkeit wiedererlangt.

Nicht zuletzt deswegen steht vor jeder Vasoresektion eine ausführliche Beratung. Gern auch gemeinsam mit weiteren Familienmitgliedern, um den Abschluss der Familienplanung diskutieren zu können. Dabei kommt auch zur Sprache, dass sich die familiäre Situation durch tragische Todesfälle oder auch Trennung jederzeit ändern kann. Erst wenn sich der Patient absolut sicher ist, wird die Operation vorbereitet. Die Vasektomie ist in der Regel ein ambulanter Eingriff, der

unter örtlicher Betäubung oder auch unter Vollnarkose vorgenommen wird. „Da gehen wir stark auf die Wünsche der Patienten ein“, betont der Leitende Oberarzt Matthias Götze.

Um an die Samenleiter heranzukommen, werden seitlich am Hodensack zwei kleine Schnitte gesetzt, die jeweils nur einen Zentimeter lang sind. Möglich ist auch ein Zugang über eine Stelle in der Mitte des Hodensacks. Die Experten am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel favorisieren die No-Scalpel-Methode – eine moderne Operationstechnik, bei der kein Hautschnitt mit dem Skalpell durchgeführt wird. Vielmehr wird mit einem Spezialinstrument ein Loch in die Haut gepikst und aufgedehnt, um an die Samenleiter zu gelangen.

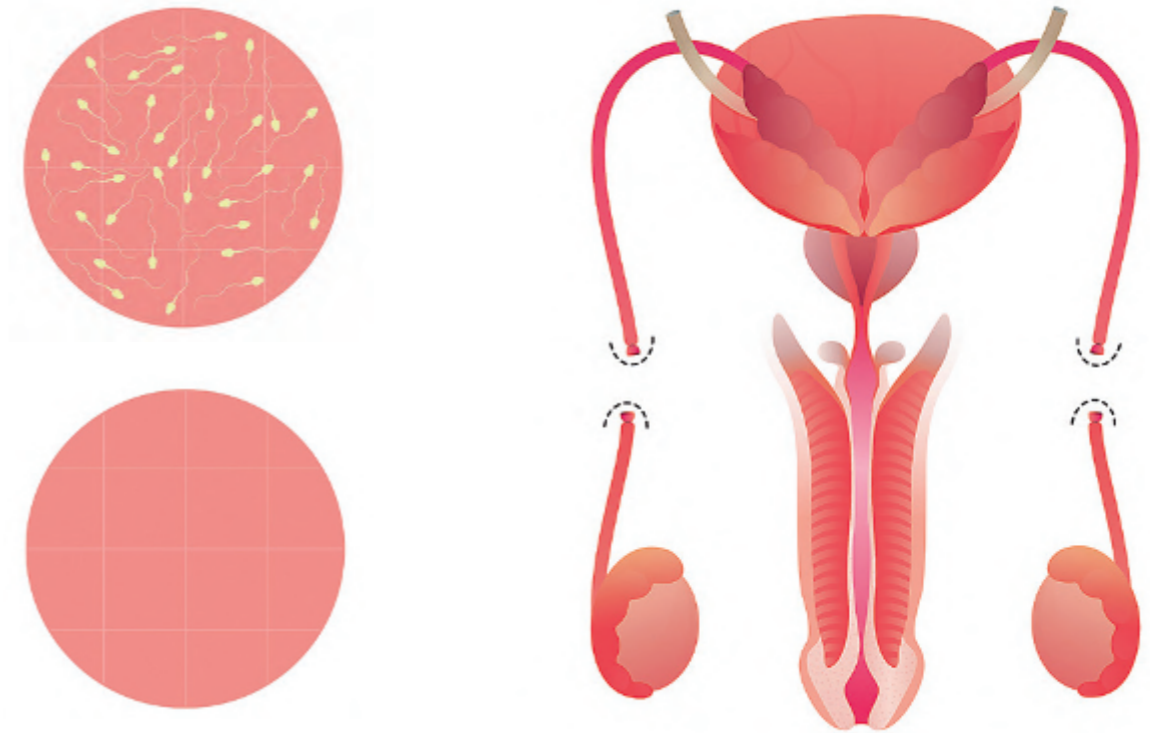
Ist der Weg zu den beiden Samenleitern frei, werden sie vom Operateur durchtrennt. Hierbei werden kleine Teilstücke entnommen, um auch histologisch zu beweisen, dass die Samenleiter wirklich durchtrennt wurden. Dann schließt er die Schnittenden. Das Ganze dauert meist nur 30 Minuten. Der Patient wird ein bis zwei Tage einen Wundschmerz verspüren. Und er hat zwei kleine blaue Flecken an den Stellen des Eingriffs. „Mitunter kann es zu kleinen Nachblutungen kommen und ganz selten zu einer Infektion“, wie der Urologe Matthias Götze erklärt.

Meist können die Patienten schon wenige Tage nach dem Eingriff wieder sexuell aktiv sein. Allerdings sollten sie noch einige Wochen lang im gewissen Sinne Vorsicht walten lassen und Verhütungsmittel nutzen. Denn, ob die Vasoresektion erfolgreich war und sie wirklich unfruchtbar sind,



Da gehen wir stark auf die Wünsche der Patienten ein.

Matthias Götze
Leitender Oberarzt



Nach der Durchtrennung der Samenleiter (rechts im Bild) gelangen keine Spermien mehr ins Ejakulat (links).

sollte mit einer Untersuchung ihrer Samenflüssigkeit – einem sogenannten Spermogramm – nachgewiesen werden. Dabei wird überprüft, dass tatsächlich keine Spermien mehr im Ejakulat sind. Ein erster Check kann schon nach sechs bis acht Wochen erfolgen. Nach zwei bis drei Monaten kommt die ausschlaggebende Prüfung. Erst dann ist der Erfolg des Eingriffs gesichert. Die Prüfungen sind nötig, weil die Samenleiter in seltenen Fällen wieder zusammenwachsen können.

Für die Zeit „danach“ müssen die Patienten keine Sorge vor einer eventuellen Impotenz haben. „An ihrer sexuellen Erregbarkeit ändert sich nichts“, betont der Urologe. Eine Vasektomie erhöht für den Mann auch nicht das Risiko, an Prostata- oder Hodenkrebs zu erkranken, so der Experte. Und es müsse auch niemand Angst vor einem Samenstau haben.

Der Großteil der Samenflüssigkeit sind ohnehin die Sekrete, die aus der Prostata und den Samenbläschen stammen. Sie sorgen eigentlich dafür, dass die Spermien – die nur den geringsten Teil des Ejakulats ausmachen – genug Energie für ihre Bewegung haben. Nach der Durchtrennung der Samenleiter werden weniger Samenzellen produziert. Die Spermatogenese,

also der Prozess der Spermienbildung, „wird gedrosselt, wenn das Lager voll ist“, erläutert der leitende Oberarzt der Urologie. Die Spermien, die vorhanden sind, können nicht mehr ins Ejakulat gelangen. Sie bleiben im Nebenhoden und werden dort abgebaut. Alles in allem aber bleibt die Menge des Ejakulats nahezu unverändert. Es sind eben nur keine Spermien mehr in der Samenflüssigkeit.

Eine Vasektomie ist in den meisten Fällen keine Kassenleistung. Es sei denn, es besteht eine medizinische Notwendigkeit für diese Operation. Ansonsten muss der Patient für die Kosten aufkommen, die bei etwa 500 Euro liegen.

Klinik für Urologie und Kinderurologie

Leitender Oberarzt
Matthias Götze

Sekretariat

(03381) 411850

urologie@klinikum-brandenburg.de

Auf gute Partnerschaft

Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel erneuert den Bestand an bildgebenden Geräten – in enger Kooperation mit Philips



Bildgebende Medizintechnik von Philips. Hier ist ein Ultraschallgerät im Einsatz.



Untersuchung mit Ultraschall.

Es ist eine Gemeinschaft für einen Zeitraum von erst einmal zehn Jahren. Für diese lange Zeitspanne haben das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel und das niederländische Unternehmen Royal Philips – ein führender Anbieter von Gesundheitstechnologie – eine Partnerschaft vereinbart. Den Patienten des Klinikums bringt das eine Reihe von Vorteilen. Kern der Partnerschaft sind umfangreiche Lieferungen von moderner bildgebender Medizintechnik. Darunter sind medizinische Großgeräte wie zwei hochmoderne Magnetresonanztomographen (MRT), ein Angiographiesystem zur Darstellung von Gefäßen im Körper sowie Durchleuchtungsgeräte und mehrere Ultraschallgeräte. Hinzu kommen Herzkathetermessplätze und Monitoringsysteme. Diese Technik eröffnet den behandelnden Ärzten am Klinikum fortschrittliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. „Wir haben uns für die Zusammenarbeit mit Philips entschlossen, um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche medizinische Versorgung für die Bevölkerung in unserer Region sicherzustellen“, erläutert Gabriele Wolter, die Geschäftsführerin des Universitätsklinikums. Das niederländische Unternehmen habe sich schon in früheren gemeinsamen Projekten „als zuverlässiger Partner erwiesen, der für Qualität und sehr guten Service steht“. Innerhalb der kommenden zehn Jahre will das Klinikum den Bestand an bildgebenden Geräten erneuern und auf Philips-Geräte umstellen. Dabei bekommt die moderne Technik in einigen Fällen auch gleich ein komplett neues Zuhause. Denn in diesem Jahr startet ein großes Neubauprojekt: Neben dem Haus 2, in der Nachbarschaft zur Rettungsstation, entsteht ein Anbau, der sich über zwei Etagen erstreckt. Auf der Ebene 0 wird der Fachbereich Herzkatheter-Labor erweitert. Geplant sind zunächst zwei neue Herzkatheter-

Labore. Allerdings wird im Neubau bereits der Platz für ein drittes Labor vorbereitet, das bei Bedarf entsprechend ausgerüstet werden soll. Die Technik dafür – die Herzkathetermessplätze – liefert Philips.

In der zweiten Etage des Anbaus erfährt der Bereich Zentral-OP eine Erweiterung. Es wird ein zusätzlicher Saal als sogenannter Hybrid-Operationssaal errichtet. Das Besondere eines Hybrid-OPs ist, dass er deutlich mehr ist als „nur“ ein klassischer Operationssaal. Er ist ausgestattet mit modernsten bildgebenden Geräten, zu denen Magnetresonanztomographen oder auch Angiographiesysteme zählen. Technik wie diese verbessert die medizinischen Möglichkeiten und macht Operationen sicherer. Sie unterstützt minimal-invasive Operationstechniken und erhöht die Sicherheit bei der Versorgung von Hochrisiko-Patienten, die sich nach einem Eingriff schneller erholen können. Der Ausbau des Hybrid-OPs ist für das Jahr 2023 geplant. Die entsprechende bildgebende Technik kommt ebenfalls von Philips.

„Unser Anspruch im Rahmen dieser Kooperation liegt auf der ganzheitlichen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung entlang des Behandlungspfades“, betont Heiko Borwieck, Mitglied der Geschäftsführung der Philips GmbH Market DACH. DACH steht für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz. Die ersten medizintechnischen Geräte liefert Philips bereits Anfang dieses Jahres aus.

Die Partnerschaft des Universitätsklinikums mit dem niederländischen Unternehmen umfasst Leistungen im Wert von insgesamt 21,42 Mil-

lionen Euro. Geschäftsführerin Gabriele Wolter: „Unsere gemeinsamen Aktivitäten gehen deutlich über die Geräte-Beschaffung und Finanzie-



Wir haben uns für die Zusammenarbeit mit Philips entschlossen, um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche medizinische Versorgung für die Bevölkerung in unserer Region sicherzustellen.

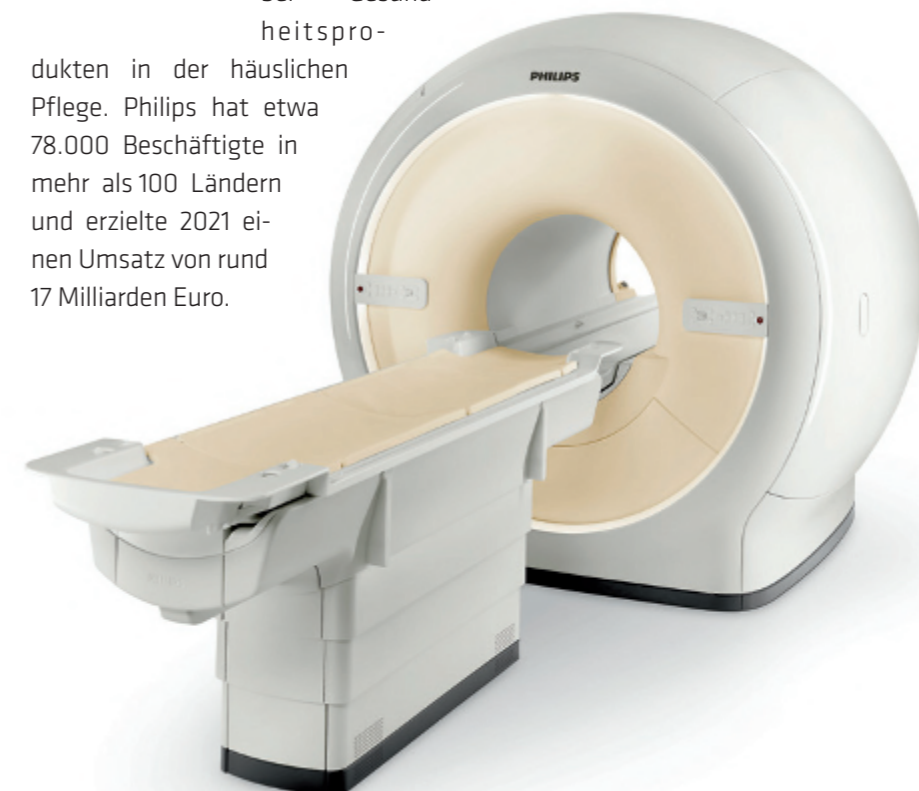
Gabriele Wolter
Geschäftsführerin des
Universitätsklinikums Brandenburg
an der Havel

rung hinaus.“ Der Erweiterungsbau stärkt die Position des Klinikums in den wichtigen Leistungsbereichen Gefäßchirurgie und Kardiologie. Denn das Haus ist mit seinen 15 Fachkliniken schon lange nicht nur in der regionalen medizinischen Regelversorgung eine feste Größe. Es hat sich auch einen Namen in verschiedenen Bereichen der überregionalen Schwerpunktversorgung gemacht.

Royal Philips hat sich in einer europaweiten Ausschreibung des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel durchgesetzt. Das Unternehmen ist führend in diagnostischer Bildgebung, bildgestützter Therapie, Patientenmonitoring und Gesundheits-IT sowie bei Gesund-

heitspro-
dukten in der häuslichen Pflege. Philips hat etwa 78.000 Beschäftigte in mehr als 100 Ländern und erzielte 2021 einen Umsatz von rund 17 Milliarden Euro.

Solch ein Magnetresonanztomograph wird demnächst in der Radiologie des Klinikums stehen.



Besuch im Hexenhäuschen

Am Klinikum Brandenburg sorgen Dekorateure und ein Tischler für instand gesetzte Einrichtung

Ein wenig verwunschen sieht es wirklich aus, das kleine, halb von Bäumen und grünen Büschen verdeckte Haus aus Backsteinen, das Ute Gebauer „ihr Hexenhäuschen“ nennt. Seit 35 Jahren arbeitet die 59-Jährige hier als Dekorateurin für das Klinikum. Und erzählt, dass sie sich den Namen vor langer Zeit gemeinsam mit ihrem Kollegen ausgedacht habe, dem Tischler des Klinikums. Weil es eben so versteckt sei, wie Ute Gebauer meint. Und von Weitem aussehe wie ein richtiges Hexenhäuschen. Wer die Treppenstufen zu dem Gebäude direkt hinter dem Neubau des Klinikums erklimmt, landet dann auch in einer großen Werkstatt mit angeschlossenen Lagerraum und kleinem, gemütlich eingerichteten Büro. An den Wänden hängen Bilder eines Loriot-Comics und passenderweise ein Plakat vom Großen Brandenburger Hexenabend im Paulikloster vor fast 19 Jahren. Im

„
Früher hatten wir noch Holzgardinenbretter. Da haben wir die Schienen selbst angenagelt.“

Ute Gebauer
Dekorateurin

hinteren Teil stehen eine große Werkbank, eine Nähmaschine und ein Drehstuhl mit zerschlissenen Sitzbezug und Lehne. Ute Gebauers neuester Auftrag.

Die gelernte Facharbeiterin für Polstertechnik sorgt gemeinsam mit ihrem Kollegen Torsten Nitze, ebenfalls Dekorateur, und Tischler Sven Lorek dafür, dass die Einrichtungsutensilien des Klinikums instand gehalten werden. Im Untergeschoss des Hexenhauses steht eine große Tischlerbank mit Kreissäge für die Aufarbeitung der Möbel. An der Werkbank im Erdgeschoss werden Stoffe für Gardinen zugeschnitten, an der Nähmaschine alte Bezüge ausgebessert. Auch der große Drehstuhl wartet hier gerade auf eine neue Kappe für die Lehne und einen neuen Sitzbezug. Ute Gebauer hat den Stuhl bereits ausgemessen, passenden Stoff bestellt. Wenn ein Modell zu ihr komme, das sie noch nicht bearbeitet habe, erstelle sie auch die Schnittmuster selbst, so die Dekorateurin, die ihre Ausbildung bei der PGH Heimgestaltung absolviert hat. „Die Stühle sind ja alle unterschiedlich.“

Ihr Job sei dann auch nach vielen Jahren noch sehr abwechslungsreich, so die gebürtige Brandenburgerin. Stuhllehnen auszubessern, gehört ebenso dazu wie Untersuchungsliegen aus dem Gesundheitszentrum Brandenburg neu zu polstern und ab und an ein Lagerungskissen für den OP anzufertigen. Mit speziellem Kunstleder, das leicht zu desinfizieren sei, wie Ute Gebauer erklärt. Täglich erreichen sie und ihre Kollegen auf

Zettel geschriebene Aufträge aus den einzelnen Stationen des Klinikums, sogenannte Reparaturscheine. Ute Gebauer vereinbart dann Termine mit den Stationen. Die zu reparierenden Besucher- und Bürostühle werden anschließend vom Transportdienst ins Hexenhaus gebracht. Gerade steht eine grün bezogene Sitzbank im Lager. Aus dem Kreißaal, wie Ute Gebauer berichtet. Die Nähte müssen ausgebessert werden. Manche der Möbelstücke, die im Hexenhaus landen, haben schon einiges erlebt. Die ältesten Exemplare seien nach der Wende angeschafft worden, wie Ute Gebauer berichtet. Beinahe alle gehen einmal durch ihre Hände.

Im Hexenhäuschen gibt es dann auch allerlei handwerkliche Utensilien. Die 59-Jährige zeigt etwa einen großen, blauen Elektrokompessor. Damit wird die Maschine zum Festtackern der Stoffe betrieben. Auch ein Schlagbohrer und ein großes Bügeleisen gehören zur Ausstattung der Dekorateure. Für die Gardinen etwa, die Ute Gebauer für die einzelnen Stationen selbst näht. Gerade warten im Lager mehrere Stoffbahnen auf ihren Einsatz. Für Station 2.2, wie sie sagt. Die Fenster sollen hier komplett neu ausgestattet werden. Dazu gehört das Ausmessen der Fenster ebenso wie das Kürzen des Stoffes. „Und Kräuselband annähen, Faltenband annähen“, sagt Ute Gebauer.

In den vergangenen Monaten mussten sie und ihr Kollege des Öfteren auch spontan ausrücken, um Gardinen abzunehmen. Gut geschützt mit Kittel und Atemmaske. Sobald ein Coronafall im Klinikum bekannt wird, müssen die Stoffe im betroffenen Zimmer speziell gereinigt werden, wie Ute Gebauer erklärt. Sie und ihr Kollege hängen dann direkt neue Gardinen auf. Im Lagerraum hat sie frische Stücke in blaue Stofftüten gepackt und mit handbeschrifteten Zetteln versehen: Haus 3, großes Zimmer. „Wenn mal wirklich Not am Mann ist am Wochenende“, erklärt Ute Gebauer. „Damit man zugreifen kann und nicht lange suchen muss.“

In den 35 Jahren, die sie nun schon als Dekorateurin im Klinikum arbeitet, habe sich vor allem die Auswahl an Stoffen vergrößert, etwa für die



Gardinen und Sitzbezüge, berichtet die Dekorateurin. Eine Weile hätten die Schwestern auch selbst Stoffe für die jeweiligen Stationen ausgesucht. Aus Musterbögen, die Ute Gebauer im Hexenhaus bereithält. „Quietschrot, quietschgelb, quietschgrün“, meint sie lachend. Heute sei das Design für das Klinikum eher einheitlich. Und auch die Gardinenstangen hätten sich geändert. „Früher hatten wir noch Holzgardinenbretter. Da haben wir die Schienen selbst angenagelt“, berichtet sie aus ihrer Anfangszeit am Klinikum. „Dann haben wir Plastikschiene gehabt, die wir nur anschrauben mussten. Und jetzt sind in den Häusern die Gardinenbretter alle gleich eingebaut worden.“ Eine Arbeitserleichterung für das Hexenhaus-Team, das sich bei größeren Aufträgen auch mal gemeinsam ans Werk macht, wie Ute Gebauer erzählt. „Wir ergänzen uns gegenseitig.“

Die gelernte Polsterin Ute Gebauer in der Werkstatt des Hexenhäuschens.





„Mama, warum hast du Krebs bekommen?“

Von der Klinikmitarbeiterin zur Patientin und wieder zurück ins Leben – ein Erfahrungsbericht

Carmen Weber trägt gern auffällige Farben. Dieses Mal ist es ein kräftiges Pink bei dem Pullover. Das sei schon immer ihr Stil gewesen, erzählt die 42-Jährige. Und jetzt – jetzt sind grelle Farben ihr Statement: „Ich bin am Leben. Ich muss mich für nichts schämen.“ Diese intensiven Farben „brauche ich“, sagt sie selbstbewusst.

Im normalen Leben ist die gelernte Hotelfachfrau als Hausdame im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel beschäftigt. Doch das normale Leben muss sie sich erst wieder zurückerobern. Schritt für Schritt. Im Juni 2020 wurde bei ihr Brustkrebs diagnostiziert. Sie erinnert sich noch genau an diesen Abend, mit dem alles begann. „Ich war vor dem Fernseher am Gähnen – riss die Arme in die Luft und strich dabei über die Brust. Ich schwöre, das mache ich sonst nie, aber an diesem Abend sollte es so sein. Ich merkte etwas, was da nicht hingehörte, ich las im Internet nach. Die Hälfte aller Symptome passte.“ Eigent-

lich wollte Carmen Weber nicht zum Arzt gehen. Sie wollte in Corona-Zeiten niemandem zur Last fallen und beruhigte sich selbst: Es ist bestimmt nur ein Knochen.



Das ist kein Thema, bei dem man sich verstecken muss.

Carmen Weber
Hausdame im Universitätsklinikum
Brandenburg an der Havel

Dem Drängen ihrer Freundin hat sie es zu verdanken, dass sie doch zum Check ging. Und dann war sie da, die schreckliche Gewissheit: Brustkrebs. Mit 40. „Mein einziger Gedanke: Ich will nicht sterben, ich möchte meine Kinder noch aufwachsen sehen.“ Ihre Kinder waren damals acht und 13 Jahre alt. Die 13-jährige Tochter fragte: „Mama, warum hast du Krebs bekommen?“ Eine Frage, die Carmen Weber

nicht beantworten konnte. Eine Frage, die sie sich auch lange Zeit selbst gestellt hat. „Doch ich hab mich davon freigemacht“, sagt sie heute. „Es ist, wie es ist. Ich bin im Reinen damit.“

Noch im Sommer 2020 wurde sie operiert. Die Hausdame hat sich ganz genau überlegt, ob sie sich in „ihrem“ Klinikum behandeln lässt. Schließlich würden Kollegen, mit denen sie schon

mehr als zehn Jahre zusammenarbeitet, sehr direkt erleben, wie schlecht es ihr geht. Aber sie ist hier ins Brustzentrum gegangen und fühlte sich die ganze Zeit sehr gut aufgehoben. Früher, sagt sie, habe sie oft gesehen, wie Patienten zur OP gebracht wurden. Jetzt lag sie in einem dieser Betten – und hatte ziemliche Angst. Carmen Weber erinnert sich an die letzten Worte vor der OP „von der Oberärztin Frau Dr. Bircks, der Leiterin des Brustzentrums: Ich bin da“. Das gab ihr Sicherheit.

Nach der OP folgten insgesamt 16 Chemos. „Hardcore“, sagt die 42-Jährige rückblickend. Sie sieht noch diese orangefarbene Flüssigkeit im Infusionsbeutel. Die Finger und die Zehen wurden kalt eingepackt, um Nervenschädigungen vorzubeugen. Fünf bis sechs Stunden dauerte eine Behandlung. Schon nach der ersten Chemo verlor sie ihre Haare. „Das war für mich das Schlimmste.“ Es war aber zugleich der Moment, in dem sie ihre große Stärke gewann – und zeigte. Carmen Weber war mit ihrer Freundin in einem Einkaufszentrum shoppen („Ich habe mich trotz Corona nie eingekauft.“). Als sie in einer Umkleidekabine ein Wäschestück über den Kopf zog, fielen ihr büschelweise die Haare aus. Sie ging noch im Center zu einem Friseur, um sich die Haare abschneiden zu lassen. Vier Millimeter ließ sie stehen. Nur einmal habe sie eine Perücke getragen. Aber die habe gejuckt und gestört, erzählt sie. Also, hat sich Carmen Weber entschieden, die Chemo-Folgen nicht zu verstecken. „Das ist kein Thema, bei dem man sich verstecken muss.“ Sie wünscht sich, dass mehr Frauen mit der Diagnose Krebs und mit den Folgen der Krankheit nach außen gehen. Carmen Weber weiß, dass „jede



Carmen Weber vor ihrer Krebstherapie (Foto oben), während der Therapie (Foto unten links) und danach (Foto auf der linken Seite).

siebte bis achte Frau in Deutschland irgendwann einmal diese Diagnose bekommt“. Doch im Alltag sehe man das gar nicht. Die 42-Jährige erzählt davon, wie sie einmal von einer Frau auf der Straße angesprochen wurde: „Darf ich Ihnen was sagen? Ich finde das richtig toll, was sie machen. Ich hab es auch, aber ich traue mich nicht.“

Carmen Weber möchte Betroffenen und auch deren Familien Mut machen, offensiv mit der Krankheit umzugehen. Und die Krankheit aus einem anderen Blickwinkel heraus zu betrachten. Ja, ihr Leben hat sich verändert. Sie selbst hat sich verändert. „Auf einmal sehe ich die Welt mit ganz anderen Augen – ich nehme mir Zeit für die Sachen, die sonst so selbstverständlich sind, zum Beispiel mit dem Hund Gassi gehen und dabei die Welt um mich herum wahrnehmen: den Käfer anschauen, dem Hund Zeit lassen, dem Mann geduldig zuhören, Haushalt Haushalt sein lassen und sich freuen, dass man leben darf!“ Und sie hat auch einen neuen Blick auf diese Glückwunschkarten, in denen Gesundheit gewünscht wird. Sie weiß, wie wichtig dieser Wunsch ist.

Seit August vergangenen Jahres arbeitet die Hausdame Carmen Weber wieder im Klinikum. Normalität. Auch wenn ihr Körper mitunter die Grenzen aufzeigt. Die Patientin Carmen Weber muss eine Hormontherapie durchstehen, die sich über zehn Jahre hinzieht. Die selbstbewusste Frau Carmen Weber trägt heute eine Kurzhaarfrisur. Das Haar ist gewellt. „Chemo-Locken“, lautet die unverblühte Erklärung. Carmen Weber steht dazu.



Kulinarische Fantasie ist gefragt

So kommen Sie nach einer Krebstherapie wieder auf die Beine



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

Es ist eine Ausnahmesituation, in der sich Krebspatienten während und auch noch nach ihrer Therapie befinden. „Eine Ausnahmesituation sowohl in körperlicher als auch in geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht“, erklärt Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert, der Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel. Nicht wenige Patienten beschäftigen sich nach der Diagnose Krebs sehr intensiv mit den Fragen nach den eigenen Lebenszielen, den bestimmenden Werten im Leben. „Sie wollen für sich innerlich eine gewisse Klarheit erreichen“, so der Klinikdirektor und Chefarzt. Unterstützung können die Patienten dabei von Psychoonkologen bekommen. Sie betreuen Krebspatienten psychologisch. Sehr hilfreich auf dem Weg zurück ins aktive Leben können häusliche Krankengymnastik und individuelle Bewegungstherapien sein, auch ein-

faches Spaziergehen zählt dazu. Prof. Dr. Peter Markus Deckert sieht in der Bewegung „das Mittel der Wahl“. Nicht nur das Befinden insgesamt, auch konkrete Nebenwirkungen einer Krebstherapie lassen sich dadurch bessern, so das krebsbedingte Erschöpfungssyndrom, Schlafstörungen und Empfindungsstörungen. Das eigene Körpergefühl wie die allgemeine Leistungsfähigkeit können mit dem richtigen Training verbessert werden.

Und auch das darf nicht vergessen werden: die richtige Ernährung. Sie trägt erheblich zur Genesung der Patienten bei. Das fängt schon beim Essen während der Therapie im Krankenhaus an: Mit einer „gewissen kulinarischen Fantasie“, so der Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, gelingt es, den Patienten die nötigen Nährstoffe und zugleich Lebensqualität zu geben.

Nachgefragt

Für die individuell abgestimmte Ernährung der Patienten im Universitätsklinikum ist die Leitende Diätassistentin Karin-Cosima Geisler mit ihrem Team verantwortlich. Sie gibt wertvolle Tipps – auch für das Essen nach der Therapie.

Was ist Ihre erste Empfehlung für die richtige Ernährung?

Die Mahnung, einem Krebspatienten nicht kategorisch vorzuschreiben, wie er sich zu ernähren hat. Alle Beteiligten müssen die Besonderheiten des Patienten im Blick haben. Chemo- und

Strahlentherapien haben nicht selten solche Nebenwirkungen wie Appetitverlust, Geschmacksveränderungen oder auch Übelkeit. Wenn der Betroffene damit noch zu kämpfen hat, sollten seine Angehörigen darauf eingehen. Sie sollten ihn fragen, was er gerade am liebsten isst. Es bringt nichts, ihm irgendwelche Essensregeln überzuhelfen. Er muss bereit sein, mitzuarbeiten, um seinen Körper wieder zu kräftigen.



den die Knochengesundheit. Milch wird eine leicht schützende Wirkung vor Dickdarmkrebs durch die Aufnahme von Kalzium zugeschrieben. Pro Woche bis zu drei Eier und zweimal Fisch. Wer keinen Fisch mag, sollte Leinöl, Walnussöl oder Walnüsse zu sich nehmen wegen der Omega-3-Fettsäuren. Außerdem wird ballaststoffreiche Nahrung wie Vollkornprodukte empfohlen. Zucker und Salz sollten sparsam verwendet werden.

Und dafür reicht das Wunschesen aus?

Es ist der Anfang. Helfen können aber auch solche einfachen Dinge wie Essensrituale. Gemeinsame Mahlzeiten zum Beispiel, bei denen die ganze Familie an einem schön gedeckten Tisch zusammenkommt. Krebspatienten müssen ausreichend Energie und Eiweiß zu sich nehmen, um einem Gewichtsverlust und einem weiteren Muskelabbau entgegenzuwirken. Im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität können die Muskeln gestärkt und die Lebensqualität verbessert werden. Etwa 1,5 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht sind empfehlenswert. Das kann auch mal der Hamburger sein. Wenn es dem Patienten guttut, dann ist es okay.

Wie sieht der komplett gesunde Essensplan aus?

Für uns sind die Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung der Gradmesser. Jeder hat diese Regeln schon mal gehört, setzt sie aber nur selten konsequent um. Empfohlen werden zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse pro Tag. 1,5 Liter Flüssigkeit sollten getrunken werden – am besten Wasser. Wenig Fleisch und Wurst; maximal 500 Gramm in der Woche. Zwei Portionen Milchprodukte am Tag. Sie för-

”

Alle Beteiligten müssen die Besonderheiten des Patienten im Blick haben.

Karin-Cosima Geisler
Leitende Diätassistentin

Wie lässt sich prüfen, ob die Bemühungen erfolgreich sind?

Zunächst einmal mit einer regelmäßigen Gewichtskontrolle. Die sollte mindestens einmal pro Woche erfolgen. So lässt sich eine Tendenz erkennen. Vergleichswert ist immer auch das Körpergewicht des Betroffenen vor der Krebserkrankung. Bei Fragen und Problemen sind natürlich der behandelnde Onkologe und der Hausarzt die ers-

ten Ansprechpartner. Die Patienten können aber auch die Hilfe von ambulant tätigen Diätassistenten anfordern.



Karin-Cosima Geisler,
Leitende Diätassistentin

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

Zertifizierung auf höchstem Niveau

Das Mukoviszidose-Zentrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde vom Bundesverband anerkannt

Das Zertifikat hängt noch recht frisch im Büro von Prof. Dr. med. habil. Jochen G. Mainz. Und der Oberarzt wirkt schon ein wenig stolz, als er auf das eingerahmte Stück zeigt und sagt: „Das haben wir vor Kurzem gefeiert.“ Kein Wunder: Das Mukoviszidose-Zentrum am Klinikum Westbrandenburg, das an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Brandenburg an der Havel und in Potsdam angesiedelt ist, wurde im vergangenen November vom Bundesverband Cystische Fibrose (CF) „Mukoviszidose e.V.“ anerkannt. Es gilt seither unter der ärztlichen Leitung von PD Dr. med. Carsten Schwarz am Standort Potsdam und von Prof. Dr. med. Jochen G. Mainz in Brandenburg an der Havel als eines der wenigen Zentren zur Behandlung von Mukoviszidose-Patienten aller Altersklassen mit dem höchsten vom Verband verliehenen Prädikat „Muko.zert Plus“. Prof. Dr. Jochen G. Mainz, der seit rund drei Jahren Leiter der Pädiatrischen Pneumologie und des Mukoviszidosezentrums am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel ist, erklärt, dass für die Zertifizierung ein Team aus verschiedenen Fachbereichen des Klinikums zusammenarbeiten müsse und hierfür eine gute Infrastruktur in der interdisziplinären

Zusammenarbeit benötigt werde. Denn Mukoviszidose, die auch als Cystische Fibrose (CF) bezeichnet wird, sei eine äußerst komplexe Erkrankung.

„Mukoviszidose ist die häufigste lebensbegrenzende Stoffwechselerkrankung in unseren Breiten“, so der Oberarzt. „Und sie ist eine Multiorganerkrankung.“ Rund 8.000 Patienten sind in Deutschland von Mukoviszidose betroffen. Rund eines von 3.300 neugeborenen Kindern hierzulande hat CF. Verursacht wird die Erkrankung durch eine Veränderung im Mukoviszidose-Gen, dem sogenannten CFTR-Gen. Wer von beiden Elternteilen einen Fehler für den Bauplan eines Kanals in den Drüsenzellen erbt, erkrankt an Mukoviszidose. Bei Betroffenen ist dann der Salz- und Wasseraustausch in den Drüsenzellen gestört, die Drüsen des Körpers bilden einen dickflüssigen Schleim. Die Folge: Organe, wie etwa die Lunge oder die Bauchspeicheldrüse, werden dauerhaft geschädigt. Ebenfalls betroffen sein können unter anderem Galle, Leber, Darm und Nasennebenhöhlen. Patienten leiden häufig unter chronischem Husten, Atemnot, wiederkehrenden Lungenentzündungen, Verdauungsproblemen oder Diabetes. „Es klemmt also an vielen Ecken“, erläutert der Leiter der Pädiatrischen Pneumologie. „Deshalb ist es notwendig, dass es spezielle Zentren zur Behandlung gibt.“

Rund 40 Patienten mit Mukoviszidose werden derzeit am Klinikum behandelt – ambulant und stationär. Kinder sind ebenso darunter wie Erwachsene. Die Therapie der bislang nicht heilbaren Erkrankung besteht da-

bei aus vielen Bausteinen. Die tägliche Einnahme von Medikamenten gehört dazu. Aber auch Inhalationstherapie, Sporttherapie, Physiotherapie und Ernährungstherapie. Für Betroffene und ihre Familien ist die Behandlung sehr zeitintensiv. Und beim Fortschreiten der Lungenzerstörung im Rahmen der Erkrankung kann auch eine Transplantation der Lunge notwendig werden. „Wir lernen jeden Tag etwas Neues, weil Mukoviszidose so vielschichtig ist“, so Prof. Dr. Jochen G. Mainz. Seine ersten Kontakte mit Betroffenen am Ende seines Studiums an der RWTH Aachen hätten ihn sehr beeindruckt, erzählt er. Als junger Arzt im Jenaer Universitätsklinikum sei er dann früh in den Bereich für Lungenerkrankungen und Mukoviszidose aufgenommen worden, habe später dessen Leitung übernommen, den Bereich ausgebaut und intensiv zur Erkrankung geforscht und gelehrt. In Brandenburg arbeitet er nun mit einem Team zusammen, mit Gastroenterologen, Kardiologen, Radiologen, HNO-Ärzten, speziell ausgebildeten Physiotherapeuten und Ernährungsberatern. Der Oberarzt über sein Team: „Ich bin sehr angetan vom Engagement des Teams, der hohen Motivation und der Bereitschaft, das Zentrum gemeinsam auszubauen, die komplexe Erkrankung zu durchschauen und die Betroffenen adäquat auf höchstem Niveau zu behandeln.“

Besonders freut er sich darüber, dass sich durch die heutigen Behandlungsmöglichkeiten auch die Lebenserwartung der Menschen mit Mukoviszidose erheblich verbessert hätten: Starben die meisten Patienten vor 50 Jahren bereits im Vorschulalter an der Multiorganerkrankung, liegt die Lebenserwartung eines Neugeborenen mit Mukoviszidose heute bei 55 Jahren. „Das heißt, wir haben eine Krankheit, die vor 30 Jahren vor allem Kinder betraf und mit der sich fast nur Kinderärzte beschäftigten“, sagt er. Mittlerweile sei es für ein Mukoviszidose-Zentrum aber wichtig, auch Erwachsene entsprechend behandeln zu können.

Um Mittel für die weitere Mukoviszidose-Forschung zu gewinnen, die Bekanntheit der Erkrankung zu steigern und Forschende zu vernetzen,



engagiert sich der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin auch regelmäßig für die Schutzengel-Galas, die der Verein Mukoviszidose-Selbsthilfe e.V. aus Sachsen-Anhalt organisiert: Oft mit prominenten Gesichtern und zuletzt im Herbst 2021 in Leipzig. Und die Forschung macht große Fortschritte. So sei erst kürzlich ein neues Medikament zugelassen worden, das erstmals nicht nur die Symptome der Betroffenen lindert, sondern direkt am Proteinfekt in den Drüsenzellen ansetzt. „Das ist gerade eine Revolution und ändert die Verläufe erheblich“, so Prof. Dr. Jochen G. Mainz. Er erzählt von Patienten, deren Zustand sich im vergangenen Jahr stark verbessert habe. Und sagt: „Es ist ein Riesenglück, dass man in solch einer Zeit diese Erkrankung gemeinsam betreuen darf.“

Unbeschwert atmen – das ist nicht jedem möglich. In Deutschland leiden 8.000 Menschen unter Mukoviszidose.

Prof. Dr. med. habil. Jochen G. Mainz (l.) und Priv. Doz. Dr. med. Carsten Schwarz mit der Zertifizierungsurkunde.



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Westbrandenburg
Mukoviszidosezentrum Brandenburg
an der Havel

Oberarzt – Leiter Päd. Pneumologie,
Mukoviszidose
Prof. Dr. med. habil. Jochen G. Mainz
Sekretariat
☎ (03381) 411841



Photovoltaikanlage in Betrieb

Solarmodule decken jetzt etwa fünf Prozent des Stromverbrauchs ab

Das Foto rechts unten zeigt den Technischen Leiter Georg Riethmüller (l.) und Martin Schürer, Abteilungsleiter Elektro.

Das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel ist einen weiteren Schritt in Richtung Nachhaltigkeit gegangen. Nachdem bereits 2020 ein Blockheizkraftwerk auf dem Klinikgelände in Betrieb ging, wird jetzt auch Sonnenstrom selbst produziert. Ende November 2021 wurden insgesamt 865 Photovoltaikmodule mit einer Nennleistung von je 375 Watt in Betrieb genommen. Sie werden voraussichtlich 324.000 Kilowattstunden Strom im Jahr erzeugen, sagt Georg Riethmüller, Technischer Leiter des Klinikums. „Das deckt ungefähr fünf Prozent unseres Stromverbrauchs ab“, rechnet er vor.

Der auf den Dächern des Bettenhauses Haus 3 und des Laborgebäudes Haus 11 erzeugte Strom kann immer vollständig in den Eigenverbrauch fließen, sagt Riethmüller. Eine Netzeinspeisung oder Speicherung des Stroms muss nicht stattfinden, weil zu jedem Zeitpunkt genügend Energieverbraucher im Klinikum in Betrieb sind. Genutzt wird der solar erzeugte Strom insbesondere zur Kälteerzeugung durch die am Standort vorhandenen Kältekompressionsmaschinen. Die Gesamtmenge der Stromerzeugung auf dem Klinikdach entspricht rechnerisch dem Stromverbrauch von 80 bis 100 Vier-Personen-Haushalten. Im Sinne der Nachhaltigkeitsziele des Klinikums können damit 157 Tonnen CO₂ jährlich eingespart werden.

Bei der Auftragsvergabe Anfang Juli hatte sich in einer bundesweiten Ausschreibung das Unternehmen Agryena Photovoltaik-Systeme aus Brandenburg/Havel durchgesetzt. Auch die an den Arbeiten beteiligte Elektrofirma RFT Elkom

stammt aus der Havelstadt. Für den Klinikbetrieb gab es während der Bauarbeiten keine Einschränkungen. Das Material wurde mit dem Autokran auf das Dach gehoben. „Wir konnten den Lärmpegel sehr niedrig halten, besonders in der Mittagszeit und in den Abendstunden“, freut sich Georg Riethmüller. Das betraf insbesondere die Arbeiten am Haus 3, dem Bettenhaus. Die Grobmontage der Module begann Ende September und konnte innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Es folgten noch Feinarbeiten, bis am 22. November 2021 zunächst der überwachte Probebetrieb begann.

Mit Gesamtkosten von 955.000 Euro konnte auch auf der finanziellen Seite der geplante Rahmen eingehalten werden. Davon wurden 80 Prozent über einen Investitionskostenzuschuss aus Mitteln der Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung abgedeckt. Der verbleibende Eigenanteil des Klinikums wird sich bereits nach rund vier Jahren amortisiert haben, schätzt Riethmüller.



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. A. Sturm, Tel. (03381) 411950

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. A. Soliman, Tel. (03381) 411400

Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Andrej Udelnow (03381) 411350

HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

Prof. 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, Universitätsklinikum der MHB Theodor Fontane, Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel, www.klinikum-brandenburg.de

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

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

Fotos: Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Jacqueline Steiner, Jessica Kliem, Stefan Specht, 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

Kann man Altersflecken wieder loswerden?

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

Was Hände nicht alles verraten. Man denke nur an die unzähligen Tatorte im Fernsehen, die ungelöst geblieben wären, gäbe es nicht die guten, alten Fingerabdrücke. Oder an den schnellen Blick auf den Ringfinger. Verheiratet oder noch zu haben? Vor allem aber verraten Hände oft unser Alter, wie mein Bruder Peter wenig begeistert feststellen musste. Bei unserem letzten Familientreffen streckte er mir seine (übrigens unberingten) Hände entgegen und sagte unglücklich: „Jetzt kann ich wirklich nicht mehr behaupten, ich wäre noch keine 40.“ Der Grund für das Ende seiner Altersschwindeleien: braune Flecken auf den Handrücken, manche von ihnen fast einen Zentimeter groß. Altersflecken! Oder wie wir Mediziner sagen: *Lentiginos seniles*. Eigentlich kein Grund zur Sorge. Denn auch wenn neue Flecken auf der Haut zur Sicherheit immer von einem Arzt begutachtet werden sollten: *Lentiginos seniles* sind harmlos. Und beinahe jeder bekommt sie im Laufe seines Lebens. Es handelt sich um eine Pigmentstörung. Trifft Sonne auf unsere Haut, bildet sie das dunkle Farbpigment Melanin. Es schützt vor der gefährlichen UV-Strahlung. Weil Hände stärker als die meisten anderen Körperteile der Sonne ausgesetzt sind und wir sie beim Eincremen mit Sonnenmilch oft vergessen, werden die Melanin bildenden Hautzellen hier besonders oft in ihrer Funktion gestört. Anstatt gleichmäßiger Bräune produzieren sie das Farbpigment dann schubweise. Zusätzlich verdickt unsere Oberhaut im Laufe des Lebens und lagert ver-

mehrt Melanin ein. Das ist auch der Grund, warum Altersflecken anders als Sommersprossen im Winter nicht verblassen. Obwohl ich Peters Schwindeleien nicht gutheiße, schließlich kann man ja auch stolz auf sein Alter sein, beruhige ich ihn: Die Flecken kann man loswerden. Das effektivste Mittel ist eine Lasertherapie beim Hautarzt. Dabei bringt der Laserstrahl die Pigmentablagerungen in den oberen Hautschichten zum Platzen. Die Zelltrümmer locken Immunzellen an und die zerstörten Pigmente werden schließlich abtransportiert. Allerdings brennen die behandelten Stellen meist für wenige Tage ein bisschen, wie bei einem Sonnenbrand. Wer mag, der kann es auch mit einem Peeling beim Dermatologen versuchen. Hier werden die oberen Hautschichten mit chemischer Säure abgetragen und bilden sich anschließend neu – und ohne Altersflecken. Wie immer im Leben ist Vorbeugen aber ohnehin am besten. Mit ausreichendem Sonnenschutz. Der verhindert übrigens auch, dass Peters Altersflecken in seinem halbjungen Alter rasch noch dunkler werden.

Ihr Dr. Nikki Ulm

