



**DER MODERNE
WUNDARZT**

Menschlich

Arzt und Patient
auf Augenhöhe

Nervlich

Behandlung von
Polyneuropathie

Empathisch

Einsatz auf der
Kinderstation

MEDIZIN UND FORSCHUNG	Der gemeinsame Tanz	4
	Hilfe für versehrte Haut	6
	Wenn das Herz verrücktspielt	8
	Unentdecktes Risiko	10
	Plötzlich brennen die Fußsohlen	12
MENSCHEN AM KLINIKUM	Pflaster für Kuscheltiere	14
	Hohe Ehrung für Engagement in der Urologie . .	16
	Hilfe ist so wichtig	17
	Der Mann für die Daten	18
	Nicht nur irgendein Sitzmöbel	19
SERVICE	Nach der OP im eigenen Bett schlafen	20
	Mehr Tempo bei der Analyse	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick	23
	Impressum.	23
	Dr. Nikki Ulm	24

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

hatten Sie schon Zeit, das Jahr 2022 kurz Revue passieren zu lassen? Und – wie ist Ihr Fazit? Einfach war dieses Jahr bestimmt nicht. Für uns alle nicht. Aber es ist doch auch viel Gutes passiert. Zum Beispiel unsere Hilfsaktion „Schnelle medizinische Hilfe für die Ukraine“. Sie hat viele Privatleute und Unternehmer aus Brandenburg zusammengebracht. Mit der großen Unterstützung für den guten Zweck konnte das Universitätsklinikum nun schon zum vierten Mal Hilfsgüter in die Ukraine schicken. Einen Bericht darüber lesen Sie auf Seite 17 dieses Klinikjournals.

Außerdem ist auf unserem Gesundheitscampus sehr viel passiert. Unser Haus 6, in dem unter anderem eine Gynäkologische Praxis und unser Labor untergebracht sind, ist in den vergangenen Wochen auch äußerlich schöner geworden. Es ist komplett saniert.

Die Kooperation mit dem Unternehmen Royal Philips, die wir zu Beginn dieses Jahres geschlossen haben, trägt erste Früchte: Im Oktober wurde uns vom niederländischen Produzenten von Gesundheitstechnologien ein hochmodernes MRT-Gerät geliefert. Welche Vorteile diese neue bildgebende Technik den Patienten bietet, erfahren Sie auf den nächsten beiden Seiten. Technik von Philips wird auch im neuen OP-Bereich zum Einsatz kommen, der in einem Anbau in der Nähe unserer Rettungstelle entsteht. Den Bauantrag für die OP-Erweiterung haben wir eingereicht. Im nächsten Jahr sollten die Baufortschritte deutlich zu sehen sein. Schon jetzt haben wir unsere Kapazitäten für ambulante Operationen erweitert. Vor Kurzem haben wir dafür im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof einen zweiten OP-Saal in Betrieb genommen. Denn längst nicht für jeden Eingriff müssen Patienten stationär im Klinikum aufgenommen werden.

Wir planen, im nächsten Jahr auf allen Stationen unseres Universitätsklinikums mit der elektronischen Patientenakte zu arbeiten. Auf einer Pilotstation konnten wir sie schon erfolgreich



einbringen. Die Zeit, die das Personal mit der Digitalisierung gewinnt, steht für die Betreuung der Patienten zur Verfügung. Wir bauen auch die Hochschulambulanzen weiter auf. Und wir sind dabei, sehr bewusst Energie zu sparen. Eine Einsparung von zehn Prozent ist unser Ziel – natürlich ohne dass Patienten frieren müssen oder Operationen verschoben werden. Klimaschutz und Gesundheit gehören bei uns einfach zusammen.

Es spricht viel dafür, dass auch 2023 ein herausforderndes und ereignisreiches Jahr wird. Ich sehe dem neuen Jahr hoffnungsvoll entgegen und freue mich, Sie mit unserem Klinikjournal dabei mitzunehmen.

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





Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer, Direktor und Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie.

Der gemeinsame Tanz

Patientenzentrierte Versorgung: Ein Diskurs mit Prof. Dr. phil. Christine Holmberg von der Medizinischen Hochschule Brandenburg und Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer vom Universitätsklinikum

Es mag paradox klingen. Aber ausgerechnet in der Inbetriebnahme eines Magnetresonanztomographen (MRT) der neuesten Generation am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel sieht Prof. Dr. med. Andreas G. Schreyer einen weiteren Baustein für die patientenzentrierte Versorgung im Haus. Dem Direktor und Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie geht es darum, „den Patienten ernst zu nehmen in allen Belangen, ihm die Angst vor Untersuchungen zu nehmen und ihm ein möglichst angenehmes Umfeld bieten zu können“. Und genau dazu kann das neue Hightech-Gerät der Firma Philips beitragen.

Es ist größer als das Vorgängermodell, gibt dem Patienten also etwas mehr Freiraum. Vor allem aber können über ein Entertainment-System Bilder und auch kleine Filme an die Wand des Untersuchungsraums projiziert werden, die beim Patienten für Entspannung sorgen sollen. Zusätzlich werden über eine Spiegelbrille auch im Gerät diese Filme übertragen. Der Patient kann die Motive auswählen. Ihm wird während der Untersuchung angezeigt, wie lange jede Sequenz dauert oder wie lange er zum Beispiel die Luft anhalten muss.

Patientenzentrierte Versorgung bedeutet im Wortsinne, dass der Patient im Mittelpunkt steht. Und natürlich dreht sich bei jeder medizinischen Behandlung alles um ihn und seine Genesung. Aber patientenzentrierte Versorgung meint noch mehr. „Aus theoretischer

Perspektive ist das zentrale Moment die menschliche Beziehung zwischen dem Personal in einem Klinikum und dem Patienten. Beide müssen auf Augenhöhe miteinander kommunizieren“, erläutert Prof. Dr. phil. Christine Holmberg vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB). Bei einer guten Patientenbeziehung signalisiere der Mediziner, dass er den Patienten als Menschen ernst nehme, so die MHB-Professorin weiter. Dazu gehöre es auch, dass Termine so vereinbart werden, dass sie in den Tagesablauf des Patienten passen. Konkret: Ein Patient sollte nicht aus



einer physiotherapeutischen Behandlung herausgeholt werden, weil gerade was in der Radiologie frei geworden ist. Ebenfalls sehr wichtig ist nach Einschätzung der Expertin die Gewissheit für den Patienten, dass er immer einen Ansprechpartner hat: „Das ist fundamental.“

„Ich habe viel von Prof. Holmberg gelernt“, sagt der Chefradiologe. Und so setzt er auch auf eine genaue Aufklärung des Patienten, was bei der radiologischen Untersuchung passiert. „Studien zufolge“, so Prof. Dr. Andreas Schreyer, „haben gerade ältere Menschen vor einer radiologischen Untersuchung fast so viel Angst wie vor einem größeren chirurgischen Eingriff“. Da möchte er als Radiologe erklärend und beruhigend eingreifen. Aus seiner Sicht ist auch ein kurzes Gespräch nach der Untersuchung enorm wichtig. Ein Gespräch, in dem verständlich und ohne eine Anhäufung von medizinischen Fachbegriffen erklärt wird: Was ist das Ergebnis von MRT oder CT? Wie ist der aktuelle Zustand? Diese Informationen könnten nach einem Check von Gelenken relativ problemlos gegeben werden. Bei einem Tumorpatienten sei es wichtig zu sagen, wann der behandelnde Experte für die Auswertung mit dem Patienten da sei. Der Chefarzt der Radiologie am

Universitätsklinikum verweist auf Studien, nach denen ein Großteil der Patienten etwa 30 bis 40 Minuten nach einem radiologischen Check gern eine erste Information zum Befund haben möchte – und eben nicht drei Tage lang mit Sorge und Ungewissheit auf die Auswertung warten will.

Ein Gespräch mit dem Patienten muss nicht zwangsläufig einen großen Zeitaufwand bedeuten. „Manchmal reicht schon eine halbe Minute – aber die muss der Mediziner dann ganz für seinen Patienten da sein und ihn anschauen“, erklärt Prof. Dr. Christine Holmberg. Der Betroffene brauche Verlässlichkeit, dass je-

mand für ihn da ist. Das könne auch die Ansage sein, dass am nächsten Tag um 10 Uhr ein Experte mit ihm reden wird, wenn es am selben Tag zeitlich zu knapp wird.

Die Information des Betroffenen ist für die Professorin der Sozialmedizin ein weiteres wichtiges Element der patientenzentrierten Versorgung. „Dabei geht es gar nicht darum, dass der Patient alles bis ins letzte Detail versteht“, sagt sie. Aber er brauche klare Informationen über seinen Zustand und darüber, was Einfluss auf sein weiteres Leben hat. Der Mediziner müsse auch nicht in Empathie zerfließen. Seine Hauptaufgabe sei es, den Patienten als Menschen wahrzunehmen. „Wir können das Leiden und Sterben nicht komplett verhindern“, so Prof. Dr. Christine Holmberg, „aber wir können das menschlich und sorgend gestalten“. Die Sozialmedizinerin spricht von einem „gemeinsamen Tanz“ von Patient und Mediziner. Der Arzt müsse wissen, wann er die Führung übernimmt. Denn auch wenn sich beide Seiten auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung geeinigt haben und der Entschluss für eine Therapie steht – „Das Leben, die Biologie ist nicht planbar“, betont die MHB-Professorin.

„Wir haben immer komplexere Krankheiten mit Schnittstellen zu verschiedenen medizinischen Bereichen“, sagt Prof. Dr. Andreas Schreyer. Er plädiert dafür, dass Ärzte ihren Patienten helfen, sich in diesem System zurechtzufinden. „Wir müssen uns um medizinische und soziale Belange kümmern“, sagt er. Und er verweist darauf, dass mit dem Einsatz modernster Technik ein bisschen Zeit gewonnen wird, die auch für den direkten Umgang mit den Patienten genutzt werden kann.

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Institutsdirektor und Chefarzt
Prof. Dr. Andreas G. Schreyer

Sekretariat

☎ (03381) 412600

✉ radiologie@klinikum-brandenburg.de



Prof. Dr. phil. Christine Holmberg vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg.



Per Kran wurde das neue MRT-Gerät zum Universitätsklinikum gebracht.

Hilfe für versehrte Haut

So heilt die plastische Chirurgie am Klinikum auch komplizierte Wunden

Wegen einer Schürfwunde gehen vermutlich die wenigsten Menschen zum Arzt. Doch manchmal sind Wunden ein Fall für den Spezialisten. Etwa wenn sie einfach nicht verheilen wollen. Oder wenn Bakterien durch die Wunde ins Gewebe gelangen. Dann kann es sogar gefährlich werden. Denn in seltenen Fällen kommt es auch bei eher oberflächlichen Hautwunden zu Rötungen, Schwellungen, Hautblasen und einer lebensbedrohlichen bakteriellen Entzündung wie der nekrotisierenden Fasziiitis, erklärt Dr. med. Minh Tung Cao, seit April Leiter der neuen Abteilung für Plastische und Ästhetische Chirurgie am Klinikum. „Das ist eine seltene bakterielle Infektion, die die Haut und das darunterliegende Gewebe, also Bindegewebe, Unterhautfett, Muskeln und Muskelmembranen, zerstören kann“, so der Mediziner. Bei schweren Verläufen kann sie zur Blutvergiftung führen. Unbehandelt schreitet die nekrotisierende Fasziiitis zum Schock und Multiorganversagen fort. Das entzündete Gewebe muss deshalb so schnell wie möglich chirurgisch entfernt werden. Doch was passiert mit der offenen Wunde?

Hier kommt die plastische Chirurgie zum Einsatz. Dr. Minh Tung Cao berichtet, dass er erst kürzlich eine entsprechende Wunde mithilfe einer sogenannten Spalthauttransplantation bedeckt habe. Dafür wird Haut von einer gesunden Körperstelle des Patienten wie etwa Oberschenkel oder Bauch entnommen, maschinell eingeschnitten (gemesht), sodass sie sich bei Zug an den Seiten in ein Netz umwandelt, und das dünne Hautnetz auf die Wunde aufgespannt und fixiert. Hier wächst es, wenn alles gut geht, innerhalb mehrerer Tage ein.

Hauttransplantationen werden in der plastischen Chirurgie häufig eingesetzt, um größere oder komplizierte Wunden zu behandeln. „Viele meiner Patienten haben chronische Wunden, unter anderem auch durch arterielle Verschlüsse.

Die Gefäßchirurgie erweitert dann zunächst die Gefäße, um wieder Durchblutung in die Extremitäten zu bekommen“, so Dr. Minh Tung Cao, der nicht nur Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie ist, sondern auch Facharzt für Allgemeine Chirurgie. „Und wenn das gewährleistet ist, komme ich ins Spiel und kann die Wunde je nach Beschaffenheit zum Beispiel mit Lappenplastiken oder Spalthauttransplantationen decken.“

Bei den sogenannten Lappenplastiken werden anders als bei Spalthauttransplantationen nicht nur dünne Hautschichten transplantiert, sondern ganze Gewebeteile mit eigenständiger Blutversorgung. „Man kann Gewebe von einem Ort zu einem anderen Ort rotieren“, erklärt Dr. Minh Tung Cao das Verfahren. Hautlappen in der Nähe der Wunde werden dafür teilweise ausgeschnitten und um eine Achse gedreht oder gedehnt und an der Wundstelle eingenäht. „Oder man kann das Gewebe mitsamt Muskulatur entnehmen und an einen anderen Ort verpflanzen“, so der Mediziner. Bei diesen sogenannten freien Gewebetransfers wird das Gewebe von seinem blutversorgenden Gefäßstiel gelöst und mit mikrochirurgischer Technik an anderer Stelle wieder an den Blutkreislauf angeschlossen. Auch einzelne Nervenfasern oder sogar ganze Nervenstränge lassen sich wieder zusammenfügen, das transplantierte Hautgewebstück kann schließlich an der betroffenen Stelle seine Funktion wahrnehmen.

Für die Eingriffe brauche man ruhige Hände und viel Feingefühl, sagt Dr. Minh Tung Cao. Außerdem feine mikrochirurgische Instrumente und Lupenbrille. „Und man muss die Anatomie gut kennen und wissen, wo die Gefäßversorgung des einzelnen Muskels respektive Gewebeareals ist.“ Auch schwere Verbrennungen bis zu Grad 2b oder Verbrennungen, die bis zu zehn Prozent der Körperoberfläche betreffen, können mit den Metho-

den der Haut- und Gewebetransplantation von Dr. Minh Tung Cao und seinem Team am Klinikum behandelt werden.

Um chronische Wunden zu heilen, arbeitet der Leiter der Abteilung für Plastische und Ästhetische Chirurgie zudem mit Eigenfett. Dafür entnimmt der Mediziner Fettzellen aus dem subkutanen Fettgewebe im Bereich der Bauch-, Flanken- oder Oberschenkelregion und spritzt sie in das betroffene Gewebe. Der Hintergrund: Im Fett sind zahlreiche Stammzellen und Wachstumsfaktoren enthalten. Transplantierte Fettzellen regen deshalb Gewebe, in das sie eingespritzt werden, zur Neubildung an. Auch bei Patienten, die unter störenden Narben nach Unfällen oder Verbrennungen leiden, kann das Eigenfett zu sichtbaren Verbesserungen führen.

Ziel der plastischen Chirurgie sei es, die Lebensqualität von Menschen etwa nach Unfällen zu verbessern, betont Dr. Minh Tung Cao. Dabei gehe es „nicht nur um Optik, sondern auch um funktionale Verbesserungen“. Oft gelingt dies Hand in Hand mit der Unfallchirurgie. Würden bei komplizierten Knochenbrüchen etwa Verplattungen eingesetzt, könne es zum Beispiel vorkommen, dass sich die Operationswunde mit der vorhandenen Haut nicht mehr vollständig verschließen lässt. „Dann muss man dies mit einem Gewebe, das gut durchblutet ist, bedecken, um die Versorgung zu vervollständigen“, so Dr. Minh Tung Cao. Das erfolgreiche Ergebnis sehe man nach entsprechenden Rekonstruktionen dann sehr schnell, betont der Facharzt. Bereits beim ersten Verbandswechsel zeigten sich die Ergebnisse meist deutlich.

**Abteilung für Plastische
und Ästhetische Chirurgie**

Leiter

Dr. med. Minh Tung Cao

Sekretariat

(03381) 411925

orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

Foto: Adobe Stock/JimmyRyan



Dr. med. Minh Tung Cao, Leiter der neuen Abteilung für Plastische und Ästhetische Chirurgie am Universitätsklinikum.

Wenn das Herz verrücktspielt

Vorhofflimmern ist die häufigste andauernde Herzrhythmusstörung

Manche haben das Gefühl, dass ihr Herz „stolpern“ würde. Dass es irgendwie aus dem Takt geraten ist. Andere verspüren eine gewisse Unruhe. Vielleicht sogar Atemnot. Die meisten aber merken gar nicht, dass ihr Herzschlag unregelmäßig ist – dass sie also unter dem sogenannten Vorhofflimmern leiden. Vorhofflimmern ist keine seltene Erkrankung. Schätzungen zufolge leiden in Deutschland 1,5 bis zwei Millionen Menschen darunter. Sie ist „die häufigste andauernde Herzrhythmusstörung“, erklärt Prof. Dr. med. Oliver Ritter, Klinikdirektor Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel.

Das Universitätsklinikum hatte anlässlich der deutschlandweiten Herzwochen im November zu einem Vortragsabend zum Thema „Vorhofflimmern – Turbulenzen im Herzen“ eingeladen. Sehr viele Brandenburger folgten dieser Einladung. Ein Zeichen dafür, welche Bedeutung diese Herzerkrankung hat. Von ihr betroffen sind vor allem ältere Menschen: Bei den über 80-Jährigen leiden etwa 20 Prozent darunter. Bei den unter 50-Jährigen ist es gerade einmal ein Prozent.

Was bedeutet eigentlich Vorhofflimmern? Normalerweise arbeiten die beiden Herzkammern und ihre Vorhöfe in einem gut abgestimmten Rhythmus, um sauerstoffarmes Blut aus dem Körper in die Lunge zu pumpen und um umgekehrt sauerstoffreiches Blut aus der Lunge in den Körper zu befördern. Durch chaotische elektrische Impulse kann es aber passieren, dass die Vorhöfe

aus dem Takt geraten und das Blut nicht wie gewohnt fließt. Anders als beim Kammerflimmern ist das Vorhofflimmern nicht akut lebensbedrohlich, aber unentdeckt und unbehandelt durchaus gefährlich. Gerät der Blutfluss im Herz ins Stocken, „können sich im schlimmsten Fall Blutgerinnsel bilden“, erläutert Prof. Dr. Oliver Ritter. Die wiederum erhöhen das Risiko eines Schlaganfalls. Außerdem droht bei länger andauerndem Vorhofflimmern ein Verlust von bis zu 15 Prozent der Herzleistung.

Bei Verdachtsfällen klären Kardiologen zunächst ab, ob das Vorhofflimmern anfallsartig auftritt oder permanent besteht. Dabei ist es nicht immer einfach, dem Taktverweigerer im Herzen auf die Spur zu kommen. „Das ist ein bisschen wie mit Zahnschmerzen“, sagt der Chefkardiologe des Universitätsklinikums. „Wenn man beim Arzt ist, sind die Beschwerden plötzlich weg.“ Erste Hinweise auf Turbulenzen im Herzen können Daten von Smartwatches oder Handy-Apps geben. Wer hier in die Vorsorge investieren möchte, sollte darauf achten, dass er medizinisch zertifizierte Produkte nutzt. So Jonas Lübcke, Arzt in der Klinik für Kardiologie. Für wirklich gute Technik seien die Kosten relativ hoch. „Und vor dem Kauf sollte man unbedingt die Bedienbarkeit prüfen“, rät Jonas Lübcke.

Für eine sichere Diagnose lässt der Kardiologe ein EKG schreiben. „Diese Aufzeichnungen können mitunter viele Tage dauern“, so Prof. Dr. Oliver Ritter. Eben so lange, bis ein Vorhofflimmern nachgewiesen oder aber mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Als nachgewiesen gilt es, wenn über einen Zeitraum von mindestens 30 Sekunden eine Rhythmusstörung aufgezeichnet wurde.

In einem nächsten Schritt wird geprüft, ob das Vorhofflimmern eventuell die Folge einer anderen Erkrankung

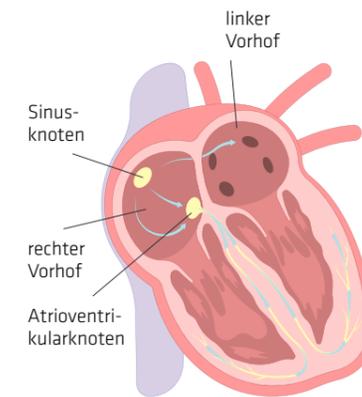
ist. Das kann zum Beispiel eine Schilddrüsenüberfunktion sein. Dann müsste sie zunächst behandelt werden. Ist es aber wirklich „nur“ eine Frage des Herzens, geht es darum, alles wieder in den Takt zu bringen. Meist ist die Herzfrequenz erhöht. Um sie zu drosseln, können Medikamente eingesetzt werden: Betablocker. Bringen sie nicht die gewünschte Wirkung, ist die Katheterablation eine Alternative. Dabei wird ein dünner Schlauch – ein Katheter – ins Herz eingeführt und diejenigen Vorhof-Regionen mit Hitze oder Kälte vernarbt, in denen die elektrischen Fehlimpulse auftreten. Prof. Dr. Oliver Ritter: „Nur eine Narbe kann elektrische Fehlerregungen verhindern.“

Es ist sogar möglich, über elektrischen Strom, der von außen an den Körper angelegt wird, den normalen Herzrhythmus wiederherzustellen. Experten sprechen von einer Kardioversion. Chefkardiologe Oliver Ritter vergleicht diese Therapie mit einer Art Neustart des Herzens. Allerdings ist es bei der Kardioversion möglich, dass der Erfolg nicht dauerhaft ist. Aber sie verschaffe gerade bei schwierigen Fällen Zeit, um andere Therapien ins Spiel zu bringen. Für die Auswahl der Behandlungsmethode ist für den Chefkardiologen neben der Schwere der Erkrankung auch immer die Präferenz des Patienten entscheidend.

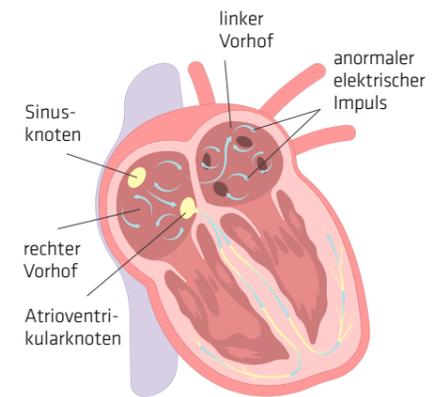
Parallel zur Therapie der Herzfrequenz muss auch das Risiko eines Schlaganfalls bewertet und eventuell behandelt werden. „20 bis 30 Prozent der Schlaganfälle werden durch Gerinnsel ausgelöst, die infolge von Vorhofflimmern entstanden sind“, betont Prof. Dr. med. Nikolaos Pagonas, stellvertretender Direktor der Klinik für Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie. Nicht jeder Patient mit Vorhofflimmern hat automatisch ein erhöhtes Schlaganfall-Risiko. Mitentscheidend sind Faktoren wie das Alter des Patienten, Vorerkrankungen wie Diabetes, Gefäßerkrankungen oder auch Bluthochdruck. Nach einer standardisierten Risiko-Bewertung entscheidet der Kardiologe, ob eine vorbeugende Therapie nötig ist. Erstes Mittel der Wahl ist die Gabe von Blutverdünnern.

Prof. Dr. Nikolaos Pagonas zufolge entstehen 90 Prozent der Vorhof-Gerinnsel im linken Vorhof – speziell im linken Herzhohr. Das ist eine kleine Aus-

Normales Herz



Vorhofflimmern



Normaler Herzschlag



Unregelmäßiger Herzschlag



stülpung. Wie ein Wurmfortsatz. Hier kann das Blut parken und verklumpen, wenn der Fluss ins Stocken gerät. Dieser Gefahr können die Kardiologen mit einem Eingriff begegnen: Der Zugang zum Herzhohr wird mittels eines Mini-Schirmchens verschlossen. Das ist eine mögliche Therapie zum Beispiel für Patienten, die Blutverdünner nicht gut vertragen. Der Eingriff erfolgt ebenfalls über einen Katheter. Voraussetzung ist, dass ein eventuell schon existierendes Gerinnsel zuvor durch Blutverdünner aufgelöst wurde. Dass das Herzhohr also frei ist. Am Universitätsklinikum wurde dieser Eingriff bereits mehr als 150-mal vorgenommen, sagt Prof. Dr. Nikolaos Pagonas. Vorausgegangen sei dabei immer ein genaues Abwägen der Risiken – einer OP sowie eines drohenden Schlaganfalls.

*Vorhofflimmern wird durch chaotische elektrische Impulse ausgelöst.
Foto: Adobe Stock/rumruay*

Die Referenten (v.l.): Prof. Dr. med. Oliver Ritter, Klinikdirektor Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie, stellvertretender Klinikdirektor Prof. Dr. med. Nikolaos Pagonas sowie Jonas Lübcke, Arzt in der Klinik für Kardiologie.



Zentrum für Innere Medizin I

**Klinikdirektor Kardiologie,
Nephrologie und Pneumologie**
Univ.-Prof. Dr. med. Oliver Ritter

Sekretariat

☎ (03381) 411500

innere.med.1@klinikum-brandenburg.de

Unentdecktes Risiko

Aneurysmen werden häufig zufällig gefunden, oft erfolgt die Behandlung minimalinvasiv

Sie verursachen zunächst keine Beschwerden und können trotzdem zur Gefahr werden: Aneurysmen. Unter dem medizinischen Fachbegriff versteht man die ballonartige Aussackung eines Blutgefäßes, meist einer Arterie. Die betroffene Schlagader weitet sich dabei lokal. Die Gefäßwand wird in der Regel dünner und schwächer. „Lokal heißt, vorher und nachher ist das Gefäß normal. Nur an einem bestimmtem Gefäßsegment ist es auf das 1,5-fache oder mehr des normalen Durchmessers erweitert“, erklärt PD Dr. med. habil. Andrej Udelnow. Der Facharzt für Chirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie ist Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie. Er behandelt Aneurysmen regelmäßig und weiß: Reißt beispielsweise ein Aneurysma im Bauchraum, besteht äußerste Lebensgefahr. Früherkennung kann daher Leben retten.

Rauchen als Risikofaktor

Aneurysmen treten meist im höheren Lebensalter auf. Manchmal seien die Aussackungen in den Gefäßen genetisch bedingt, so PD Dr. Andrej Udelnow. Etwa bei einer angeborenen Bindegewebschwäche. Aber auch Zigarettenkonsum kann die Bildung eines Aneurysmas befördern. Gefäßverkalkungen an Arterien, wie sie etwa durch das Rauchen entstehen, sind dabei ebenso ein Risikofaktor für eine Aussackung der Gefäße, wie die durch Rauchen verursachte chronische Bronchitis. Denn durch das häufige Husten steigt der Druck

im Bauchraum und damit auch in der Bauchschlagader ruckartig an.

Aneurysmen können prinzipiell an den verschiedensten Stellen des Körpers vorkommen. Besonders oft ist die Bauchaorta betroffen. Die Aussackung der Arterie bereitet dabei meist keinerlei Schmerzen. Und ist auch sonst nur selten spürbar. Lediglich bei sehr schlanken Patienten und einem großen Aneurysma sei es denkbar, dass eine pulsierende Schwellung auf der Bauchdecke bemerkbar ist, so PD Dr. Andrej Udelnow. Viele Patienten würden daher erst bei einer routinemäßig oder wegen anderer Beschwerden durchgeführten Ultraschalluntersuchung oder Computertomographie mit der Diagnose konfrontiert. Oder im schlimmsten Fall: wenn das Aneurysma reißt.



Die Herausforderung liegt für uns darin, immer auf dem neuesten Stand zu sein.

PD Dr. med. habil. Andrej Udelnow
Chefarzt der Klinik für Gefäß-
chirurgie und endovaskuläre Chirurgie

Rupturiert ein Aneurysma beispielsweise im Bauchraum, entstehen innere Blutungen, es kommt sehr plötzlich zu starken Schmerzen. Meist verlieren Betroffene durch den Blutverlust das Bewusstsein – es droht akute Lebensgefahr. Patienten müssen dann sofort ins Klinikum gebracht und operiert werden. Chefarzt PD Dr. Andrej Udelnow empfiehlt daher gerade älteren Patienten eine Vorsorgeuntersuchung

beim Hausarzt oder Gefäßspezialisten. Dabei wird der Bauch per Ultraschall untersucht. Die besonders häufigen Bauchaortenaneurysmen können so schmerzlos und innerhalb weniger Minuten erkannt werden. Bei Männern ab 65 Jahren, die statistisch gesehen häufiger als Frauen von einem Bauchaortenaneurysma betroffen sind, wird das Ultraschall-Screening zudem von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Aber auch bei Frauen und Männern ab 55 Jahren mit entsprechenden Risikofaktoren oder Erkrankungsfällen in der Familie

mehren sich die Hinweise, dass ein Screening sinnvoll sein kann.

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen

Entdecken Mediziner bei der Vorsorgeuntersuchung oder per Zufallsbefund ein Aneurysma, heißt dies nicht zwingend, dass ein Eingriff sinnvoll ist. „Die prophylaktische Behandlung des Aortenaneurysmas und auch anderer Aneurysmen besteht darin, zunächst einzuschätzen, wie groß das Risiko für verschiedene Komplikationen ist“, so PD Dr. Andrej Udelnow. Faktoren wie Bluthochdruck oder die Lungenerkrankung COPD können das Risiko eines gefährlichen Aortenrisses erhöhen. Besonders hängt die Gefahr eines Risses aber von der Größe des Aneurysmas ab. „Bei Aortenaneurysmen, die einen maximalen Durchmesser von unter 5,5 cm haben, ist das Risiko einer Ruptur relativ gering. Es liegt bei unter drei Prozent pro Jahr“, sagt PD Dr. Andrej Udelnow. Auf einen Eingriff wird in diesem Fall verzichtet, das Aneurysma stattdessen regelmäßig mithilfe von Ultraschalluntersuchungen kontrolliert. Erreicht eine Ausbuchtung der Bauchschlagader allerdings einen Durchmesser von über 7 cm, liege das Risiko einer Ruptur bereits bei sechs bis 30 Prozent pro Jahr, so PD Dr. Andrej Udelnow. Mediziner wiegen dann im Gespräch mit dem Patienten ab, ob die prophylaktische Behandlung der Aussackung sinnvoll ist, das Risiko einer Ruptur also größer ist als die Risiken eines Eingriffs.

Für die prophylaktische Behandlung eines Aneurysmas im Bauchraum gibt es zwei Möglichkeiten. Bei der klassischen Operation, die in Deutschland laut PD Dr. Andrej Udelnow zehn bis 20 Prozent der Eingriffe ausmache, wird die Hauptschlagader freigelegt, das Aneurysma geöffnet und eine Gefäßprothese eingenäht. Das Aneurysma wird so

überbrückt. Als schonendere Behandlung gilt die heute überwiegend vorgenommene Endovaskuläre Aortenreparatur. Dabei wird eine Stentprothese mit einem Katheter in die Leistenarterie eingebracht und bis zum Aneurysma der Bauchaorta vorgeschoben. Der Stent entfaltet sich im Aneurysma und trennt es vom Blutstrom ab. Der Eingriff kann prinzipiell auch unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Meist kann der Patient das Klinikum nach nur wenigen Tagen wieder verlassen.

Obwohl sich die Möglichkeiten zum Einsatz der Endovaskulären Methoden in den vergangenen Jahren weiterentwickelt hätten, hänge die Chance, ein Aneurysma mit einem minimalinvasiven Eingriff zu behandeln, allerdings unter anderem von dessen Lage ab. „Die Herausforderung für uns liegt im Prinzip darin, mit der Entwicklung der Techniken Schritt zu halten, also immer auf dem neuesten Stand zu sein und dem Patienten auch möglichst schonende Verfahren anzubieten. Und diese Verfahren auch sehr präzise anzuwenden“, sagt PD Dr. Udelnow. Am Klinikum verfüge man über die aktuelle technische Ausstattung dafür. Und vor allem: über erfahrene Behandler. 365 Tage im Jahr und 24 Stunden am Tag steht hier ein spezialisierter Facharzt für Gefäßchirurgie zur Verfügung.

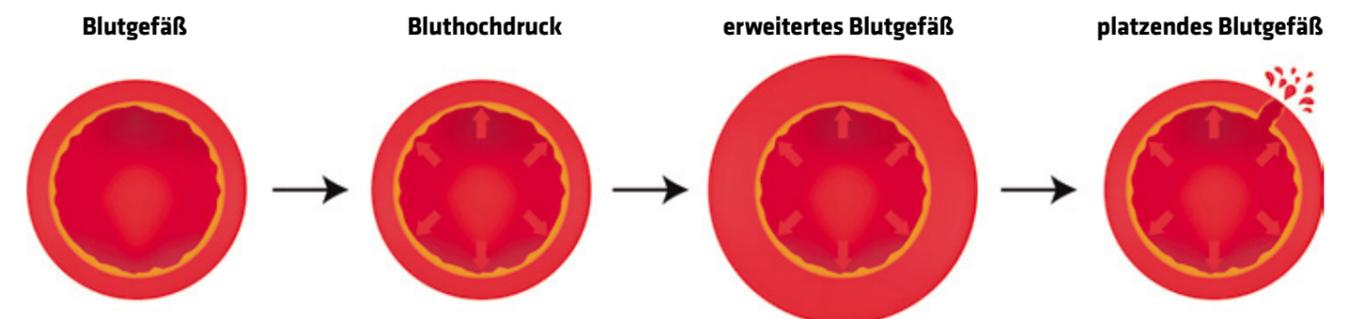
Klinik für Gefäßchirurgie
und endovaskuläre Chirurgie

Chefarzt
PD Dr. med. habil. Andrej Udelnow

Sekretariat
☎ (03381) 411350
gefaesschirurgie@klinikum-brandenburg.de

Foto: Adobe Stock/eranicle

Foto: Adobe Stock/joshya





Plötzlich brennen die Fußsohlen

Die Polyneuropathie hat viele Gesichter und gute Behandlungsmöglichkeiten

Manchmal sind die ersten Symptome völlig unpektakulär. Auf einmal passt die Temperaturregung in der Dusche nicht mehr. Was eben noch die perfekte Wärme war, ist plötzlich unangenehm. Es fühlt sich zu kalt, zu warm an. Bei anderen Betroffenen sind es die Fußsohlen, die kribbeln oder brennen. Füße fühlen sich geschwollen an, obwohl sie es gar nicht sind. Und wieder andere Betroffene können durch bloße Berührung nicht mehr unterscheiden, ob sie gerade einen stumpfen oder spitzen Gegenstand zwischen den Fingern halten. All das können Anzeichen einer Polyneuropathie sein, wie Dr. med. Ekkehard Scholz erklärt, Oberarzt in der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel.

Polyneuropathie meint die Schädigung peripherer Nerven – also solcher Nerven, die von der Schaltzentrale Gehirn und vom Rückenmark ent-

fernt sind. Die Schäden äußern sich zum Beispiel in Empfindungsstörungen oder Taubheitsgefühl. Dann sind die sensiblen Nerven betroffen. Es können ebenso motorische Störungen auftreten wie Lähmungserscheinungen, Krämpfe und Probleme beim Laufen. Und schließlich gibt es auch Symptome wie Verstopfung, Durchfall, Erektions- oder Blasenstörungen. In diesen Fällen sind die autonomen Nerven betroffen, die die Funktion innerer Organe steuern.

So vielfältig die Symptome sind, so zahlreich sind auch die Ursachen für eine Polyneuropathie. Dr. Ekkehard Scholz, Facharzt für Neurologie, spricht von bis zu 500 verschiedenen Ursachen. Hierzulande ist Diabetes der häufigste Auslöser der Nervenschädigung. Experten gehen davon aus, dass es dabei zu einer Anhäufung krankhafter Stoffwechselprodukte und zur Schädigung kleinster Gefäße

kommt. Weit oben auf der Risikoliste steht zudem übermäßiger Alkoholenuss. Nervenschädigende Wirkungen haben auch einige Medikamente, die für Krebstherapien eingesetzt werden. Weitere mögliche Ursachen sind Infektionskrankheiten wie Borreliose, Autoimmunerkrankungen, eine genetische Veranlagung für die Polyneuropathie und sogar so etwas Profanes wie Vitaminmangel. „Es kann aber auch sein, dass ein Tumor auf Nerven drückt und deren Funktion beeinträchtigt“, erläutert Dr. Ekkehard Scholz. Infrage kommt ebenso die „Fernwirkung“ eines Tumors. Experten meinen damit die Wirkung gegen Nervengewebe kreuzreagierender Antikörper, die ein Tumor induziert. Für Fachleute wie Dr. Ekkehard Scholz bedeutet das, bei jeder Anamnese hellwach zu sein und in viele Richtungen zu denken.

Um den Dingen auf den Grund zu gehen, nutzen die Mediziner zum einen einfache Checks wie den Stimmgabeltest: Dabei gibt der Patient an, wie lange er das Vibrieren der Gabel

auf seinem Knöchel spürt. Auch die Überprüfung des Achillessehnenreflexes gibt Aufschluss über mögliche Nervenschäden. Zum anderen kommen Untersuchungen wie die Elektroneurografie zum Einsatz. Mit ihrer Hilfe wird die Nervenleitgeschwindigkeit bestimmt. Liegt sie unter den Normwerten, kann das ein Hinweis auf Polyneuropathie sein. Bei motorischen Störungen gibt eine Elektromyografie, die die Muskelaktivität prüft, Hinweise, ob die Nerven die Probleme verursachen. Solche Diagnostik bietet der Klinikumsarzt Dr. Ekkehard Scholz auch ambulanten Patienten an, die eine Überweisung von ihrem Hausarzt oder anderen niedergelassenen Ärzten haben. Eine genaue Diagnose ist die Grundlage für eine differenzierte Therapie der Polyneuropathie. „Viele glauben bis heute, dass sich da nur wenig machen lässt. Doch das stimmt so nicht“, betont der Experte. Natürlich lassen sich Dinge wie Vitaminmangel leicht behandeln und bei alkoholbedingter Polyneuro-

pathie sorgt der Verzicht auf die Droge für Besserung. Ist der Zucker bei Diabetikern gut eingestellt, bessern sich häufig die Symptome oder aber das Fortschreiten der diabetischen Polyneuropathie wird zumindest verzögert. In der Behandlung der entzündlichen Polyneuropathie werden mit Kortison und Immunglobulinen gute Erfolge erzielt. Für Krebspatienten gibt es inzwischen einige Medikamente, die die polyneuropathischen Nebenwirkungen einer Chemotherapie mildern, erklärt Dr. Ekkehard Scholz.



Viele glauben bis heute, dass sich da nur wenig machen lässt. Doch das stimmt so nicht.

Dr. Ekkehard Scholz
Facharzt für Neurologie

Zur Behandlung von Empfindungsstörungen in den Füßen und Händen nutzen die Experten neben Medikamenten auch Wechselbäder beziehungsweise Zwei- oder Vier-Zellen-Bäder. Dabei stecken die Patienten ihre Extremitäten in Wasserbäder, in denen zwischen zwei Elektroden galvanischer Strom fließt. Der regt die Durchblutung an und trägt zur Schmerzlinderung bei. Wer unter Taubheitsgefühl in den Füßen leidet und Probleme mit dem Laufen hat, kann durch

Ausdauersport und spezielle Gleichgewichtsübungen wieder mehr Sicherheit und Lebensqualität zurückgewinnen.

Trotz aller Fortschritte in der Diagnostik lassen sich noch immer bei rund einem Viertel der Fälle von Polyneuropathie die Ursachen dafür nicht genau bestimmen. Dann geht es vor allem darum, die Symptome zu lindern.



Dr. med. Ekkehard Scholz,
Oberarzt in der Klinik für
Neurochirurgie.

Guillain-Barré-Syndrom

Auch das ist ein Gesicht der Polyneuropathie: das Guillain-Barré-Syndrom. Bei dieser sehr seltenen Krankheit führen die Nervenschäden zur Muskelschwäche und akuten Lähmungserscheinungen.

Die Behandlung – meist mit Immunglobulinen und Plasmaaustauschverfahren – muss möglichst frühzeitig erfolgen. Dann sind die Prognosen günstig: Bei etwa 80 Prozent der Patienten verbleiben

keine oder nur geringe Symptome. Das Guillain-Barré-Syndrom verläuft in der Regel monophasisch. Das heißt, wer die Krankheit einmal überstanden hat, dem droht kein chronischer Verlauf.

Klinik für Neurochirurgie

Oberarzt
Dr. med. Ekkehard Scholz

Terminvereinbarung
☎ (03381) 412853
neurochirurgie@klinikum-brandenburg.de



Sabrina Franca

Pflaster für Kuscheltiere

Cecile Moncler, Katja Kienow und Sabrina Franca arbeiten auf der Kinder- und Jugendstation

In der aktuellen Patientenbefragung des Clinotel-Verbundes, dessen Mitglied das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel ist, schnitt die Pflege am Klinikum sehr gut ab: Die Zufriedenheit der Patienten lag bei mehr als 90 Prozent. Dafür zu sorgen, dass sich auch die jungen Patienten gut am Klinikum aufgehoben fühlen, ist die Herzensangelegenheit von Cecile Moncler, Katja Kienow und Sabrina Franca. Die drei haben im Herbst ihre Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenschwester am Klinikum Westbrandenburg erfolgreich abgeschlossen, arbeiten seither auf der Station für Kinder und Jugendliche am Klinikum – und berichten zwischen aufgehängten bunten Bildern und Eulenmotiven am Fenster von ihrer Arbeit.

Was macht für sie die Aufgabe als Kinderkrankenschwester eigentlich so besonders? Cecile Moncler, Katja Kienow und Sabrina Franca haben darauf ganz unterschiedliche Antworten. „Wenn man Tag für Tag sieht, dass es den Kindern

besser geht und man diesen Verlauf beobachten kann, ist das wirklich schön“, sagt Sabrina Franca. Cecile Moncler freut sich besonders, dass sie auch mal als Dank selbst gemalte Bilder der jungen Patienten in den Händen halten darf. „Man merkt, das kommt dann richtig von Herzen“, sagt sie. Und für Katja Kienow ist vor allem die viele Abwechslung auf der Station etwas Besonderes: „Wir haben größere und kleinere Patienten und auch ganz unterschiedliche Abteilungen. Da wird einem nie langweilig.“ Bei einem sind sich aber alle einig: Vor allem die Arbeit mit den kleinen Patienten macht ihnen viel Freude.



Cecile Moncler



Katja Kienow



Schließlich hat sie ihre Ausbildung nicht nur an die Medizinische Schule in Brandenburg geführt, sondern auch in ganz unterschiedliche Bereiche des Klinikums wie etwa das Interdisziplinäre Aufnahmezentrum. Außerdem in Arztpraxen, ambulante Pflegedienste oder Rehaeinrichtungen. Den letzten Teil ihrer Ausbildung absolvierten sie dann bereits auf ihrer jetzigen Station in Brandenburg – und legten hier auch ihre praktische Prüfung ab. „Da mussten wir den ganzen Tagesablauf einmal

durchlaufen“, erzählt Cecile Moncler. „Das heißt Vitalzeichen messen, mit dem Kind ins Bad gehen, Infusionen anhängen und das alles natürlich auch dokumentieren.“

Dass sie auch nach der Ausbildung auf der Kinder- und Jugendstation am Klinikum bleiben wollten, stand für alle drei schnell fest. „Wenn die kleinen Knirpse einen so angrinsen, dann ist alles gut“, erzählt Sabrina Franca lachend. Außerdem sei es eben auch ein nettes Team auf der Station. Die 24-Jährige wusste schnell,

dass sie ihre Ausbildung in der Kinderkrankenschwester machen wollte. „Ich fand das Medizinische interessant und ich konnte schon immer gut mit Kindern umgehen. Das war dann das perfekte Zusammenspiel“, sagt sie. Katja Kienow hatte bereits vor Ausbildungsbeginn bei einem Praktikum in die Arbeit auf einer Kinderstation schnuppern können. Und für Cecile Moncler, selbst Mutter zweier Kinder, sollte es vor allem ein Beruf mit Sinn sein.

Auf der Station beginnt der Arbeitstag für die drei frisch ausgebildeten Kinderkrankenschwestern nun meist mit der sogenannten Versorgungs-

runde am Morgen. Dann heißt es, die Temperatur der jungen Patienten messen, ihr Gewicht kontrollieren und Medikamentenpläne durchsehen. Anschließend folgt die Visite mit den Ärzten der Station und je nach Patienten und Diagnose steht etwa Blut abnehmen und Entlassungen vorbereiten auf der Tagesordnung. Auf einer Kinderstation gehört es aber natürlich auch dazu, die Patienten im Klinikalltag mit einem Buch, einem Spiel oder einem ausgedruckten Ausmalbild zu beschäftigen – oder eben zu trösten und Ängste zu nehmen. Dafür werden schon mal Kuscheltiere mit Pflastern versorgt. „Das geht immer“, sagt Sabrina Franca. „Und langsam rangehen, kindgerecht erklären, was wir jetzt machen und warum wir das machen müssen.“ Viele Kinder werden auf der Station zudem von ihren Eltern begleitet. „Sie mit einzubeziehen, ist sehr wichtig“, sagt Katja Kienow.

Neben theoretischen Fächern rund um den Aufbau des Körpers und die Pflege stand in ihrer dreijährigen Ausbildung auch die Kommunikation mit Patienten auf dem Stundenplan. Und die muss je nach Alter der kleinen Patienten natürlich immer ein wenig anders aussehen. Nicht nur kleinere

Kinder werden auf der Station behandelt, sondern auch Teenager. „Sie können sich natürlich ganz anders artikulieren als kleinere Kinder“, sagt Katja Kienow. Und auch die Bedürfnisse unterscheiden sich. Auf beides muss man sich im Klinikalltag einstellen.

Und dann ist da noch die Herausforderung, mit ganz unterschiedlichen Diagnosen und Krankheitsbildern umzugehen. „Es ist nicht so, dass nur eine Abteilung auf der Station vertreten ist. Wir haben hier alles – von Operationen der HNO, Chirurgie, Orthopädie über Nahrungsmittelprovokationen bis hin zu den typischen Kinderkrankheitsbildern wie Schädel-Hirn-Trauma, obstruktive Bronchitis und Gastroenteritis“, sagt die Kinderkrankenschwester. Das macht die Arbeit interessant, ist aber auch mit viel Einsatz verbunden. „Man muss sich das Wissen von vielen Abteilungen aneignen, um es dann auch anwenden zu können“, sagt Katja Kienow. Auch nach der bestandenen Ausbildung hört das Lernen für die Kinderkrankenschwestern also nicht auf. „Man muss auch erst mal Erfahrungen im selbstständigen Arbeiten sammeln“, so Sabrina Franca. Ohnehin gilt für sie: „Jedes Kind ist ja auch anders.“

Foto: Adobe Stock/Shisu_ka

Sabrina Franca, Cecile Moncler und Katja Kienow (v.l.) sind ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern.

„
“
Man muss sich das Wissen von vielen Abteilungen aneignen.

Katja Kienow
Gesundheits- und
Kinderkrankenschwester



Hohe Ehrung für Engagement in der Urologie

Prof. Dr. med. Thomas Enzmann hat den Ritter von Frisch-Preis erhalten

Der jährlich von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) verliehene Ritter von Frisch-Preis gehört zu den höchsten Auszeichnungen der Fachgesellschaft. In diesem Jahr wurde er an Prof. Dr. med. Thomas Enzmann verliehen, den langjährigen Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel. „Es war eine echte Überraschung für mich“, berichtet Prof. Dr. Thomas Enzmann von der Preisverleihung beim DGU-Kongress in Hamburg im September. Und er betont, dass die Auszeichnung nicht nur ihm gebühre,

sondern dem ganzen Team im Klinikum. Auch die Unterstützung durch die Geschäftsleitung sei wichtig gewesen. „Sie hat es mir ermöglicht, eine große Anzahl von Weiterbildungen durchzuführen“, betont der 66-Jährige, der im Juni die Leitung der Klinik für Urologie und Kinderurologie an seinen Nachfolger, Prof. Dr. med. Hendrik Borgmann, übergeben hat. An zwei Tagen pro Woche praktiziert er auch im Ruhestand weiter im Klinikum – „als eine Art Senior Consultant“, wie er sagt. Gefragt ist er in seinem Fach an vielen Stellen, zuletzt etwa im November als einer der Tagungspräsidenten beim Jahreskongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft in Frankfurt/Main.

Aufgewachsen in Kleinmachnow, studierte Thomas Enzmann in Greifswald, machte seine Facharzt-Ausbildung in Neuruppin und Berlin. Nach Zwischenstationen in Neumünster (Schleswig-Holstein) und Wiesbaden (Hessen) wurde er 1999 am Klinikum Brandenburg zum Chefarzt der Urologischen Klinik berufen. Beim Ausbau der technischen Einrichtung sei manches möglich gewesen, was nicht in jeder Klinik selbstverständlich war, sagt er. Investitionen in modernste Ultraschallgeräte hätten es ermöglicht, dass das Prostatazentrum im Universitätsklinikum ein zertifiziertes Kompetenzzentrum sei.

Mit seinem Fach ist Prof. Dr. Thomas Enzmann eng verbunden. „Die Urologie ist für mich eine Königsdisziplin der Medizin“, sagt er. Bei komplexen Operationen sei das ganze Können gefragt, etwa wenn es darum gehe, einen Nierentumor so zu entfernen, dass die Niere erhalten werden kann, oder eine Prostataoperation so auszuführen, dass der Patient kontinent bleibt. In einer Gesellschaft, in der die Menschen immer älter würden, werde die Bedeutung der Urologie in Zukunft noch zunehmen, betont

Prof. Dr. Thomas Enzmann. Der Brandenburger, der verheiratet ist, drei Kinder hat und in seiner Freizeit gern Kajak auf den heimischen Gewässern fährt, hat in der Havelstadt noch einen weiteren Lehrauftrag als Honorarprofessor an der Technischen Hochschule Brandenburg (TH). Vor inzwischen 15 Jahren trug er mit seinem Engagement zur Einrichtung des Studiengangs Medizininformatik an der TH bei. „Ich trage die Vorlesung ‘Grundlagen der Medizin’ bei“, berichtet er. Den Studiengang Medizininformatik sieht er als absolute Bereicherung für den Gesundheitsstandort Brandenburg/Havel. „Die Absolventen haben eine sehr gute Berufsperspektive, die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den Krankenhäusern und Arztpraxen dann mitzugestalten“, sagt er.



Die Urologie ist für mich eine Königsdisziplin der Medizin.

Prof. Dr. Thomas Enzmann

Prof. Dr. med. Thomas Enzmann, langjähriger Leiter der Klinik für Urologie und Kinderurologie.



Hilfe ist so wichtig

Vierter Transport des Universitätsklinikums brachte Spenden in die Region Kiew

Die Freude der Menschen war riesengroß. Denn nach wie vor werden Hilfsgüter in den ukrainischen Kriegsgebieten so dringend gebraucht. Ende Oktober trafen in Kiew und in den nahe gelegenen Städten Borispol sowie Gostomel die Güter des vierten Hilfstransports des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel ein. Darunter waren Lebensmittel wie Zucker, Hafer, Buchweizen, Reis, Nudeln, Öl, Tee, Kaffee, Gebäck, Konserven, Marmelade und auch Schokolade. Ebenso konnten Hygieneartikel wie Seife, Waschmittel, Zahnbürsten und Windeln an die Einwohner verteilt werden. Dabei halfen auch vier ukrainische Abgeordnete. Außerdem wurde eine Tischzentrifuge an ein Kinderkrankenhaus geliefert. Die Zentrifuge ist eine Sachspende des Labors am Klinikum Brandenburg. „Viele der Menschen, die die gespendeten Güter mit großer Dankbarkeit annahmen, konnten sich gar nicht vorstellen, dass die große Lieferung keine staatliche Hilfe war, sondern von Privatpersonen und Firmen aus Deutschland möglich gemacht wurde“, berichtet Gabriele Wolter, Geschäftsführerin des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel.

Dabei gestaltete sich die Organisation des vierten Transports der Hilfsaktion „Schnelle medizinische Hilfe für die Ukraine“ als besonders schwierig. Wegen der Kriegshandlungen im Osten und Süden der Ukraine waren Lkw und Treibstoff für die Transporte im Land nicht verfügbar beziehungsweise planbar. Ganz zu schweigen von der sich ständig ändernden Sicherheitslage. Dass die Güter schließlich doch noch sicher in die Kiewer Region gebracht werden konnten, ist besonders „dem großen Engagement der Firma Zureck Logistik aus Brandenburg an der Havel und der Axel Springer Stiftung zu verdanken“, wie Gabriele Wolter betont. Und auch das Klinikum selbst hatte mit einer ganzen Reihe von Problemen zu kämpfen: „Die immensen Kostensteigerungen, die Energiekrise, der drastische Anstieg der Covid-19-Patientenzahlen und die Personalknappheit bilden für uns kaum zu bewäl-



tigende Herausforderungen.“ Trotzdem steht der Entschluss: „Wir versuchen es weiter.“

Das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel plant weitere Hilfen. Damit sollen vor allem Krankenhäuser in Krisenregionen mit Medizinprodukten versorgt werden. In einem Kinderkrankenhaus wird zum Beispiel dringend ein OP-Mikroskop gebraucht.

Zur Finanzierung der Hilfsprojekte bleibt das Spendenkonto des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel geöffnet und alle Spendengelder werden zur direkten Ukrainehilfe verwendet.

„Wir würden uns freuen, wenn Sie uns unterstützen“, sagt Gabriele Wolter. „Wenn auch Sie helfen möchten, helfen Sie uns. Auch kleine Spendenbeträge helfen weiter.“

Empfänger:

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH
IBAN: DE47 3606 0295 1006 0370 18
Bank: Bank im Bistum Essen
Verwendungszweck:
Schnelle medizinische Hilfe für die Ukraine

Die Hilfsgüter wurden mit Dankbarkeit angenommen.

Foto: Adobe Stock/hamara





Der Mann für die Daten

Fred Köppen, ehemaliger Sumo-Ringer, ist neuer Leiter der EDV am Klinikum

Zwei Bildschirme hängen an der Wand, drei stehen nebeneinander auf einem großen Schreibtisch: Dass Fred Köppen viel am Rechner werkelt und hier den Überblick behalten muss, sieht man schon seinem Büro an. Seit Juli ist der 41-jährige neuer Leiter der EDV am Klinikum und koordiniert mit seinen Kollegen alle Projekte rund um die elektronische Datenverarbeitung im Haus. „Wir betreuen alles, was mit Computern zu tun hat, vom PC bis zum Server“, sagt er. „Alle Daten, die gepflegt werden müssen, betreffen uns.“

Am Klinikum umfasst dies medizinische Software und spezielle Programme, beispielsweise für die Radiologie oder fürs digitale Diktat, ebenso wie das Krankenhausinformationssystem. Und natürlich gehört auch die Sicherheit der Systeme dazu – und die Zusammenarbeit mit der Abteilung für Medizintechnik. Wer am Klinikum arbeitet und mal mit einem Hänger am Computer zu kämpfen hat, landet ebenfalls bei Fred Köppen und seinen Kollegen. „Für mich war der Einstieg am Klinikum spannend“, erzählt der EDV-Experte. Denn die Software sei

hier besonders komplex und vielfältig. Außerdem habe er sich erst mal in die medizinischen Fachbegriffe, die im Haus zum Alltag gehören, einarbeiten müssen. „Da habe ich mir am Anfang manchmal ein Wörterbuch gewünscht“, sagt er lachend. Aber zum Glück seien alle Kollegen sehr hilfsbereit und hätten ihn gut unterstützt.

Fred Köppen, der vor seinem Start am Klinikum fast zwei Jahrzehnte in der Industrie gearbeitet hat, erzählt, dass er schon als Junge fasziniert von PCs gewesen sei. Er entschied sich dann auch für eine Ausbildung zum Fachinformatiker für Anwendungsentwicklung. An seinem Job möge er, dass es nie langweilig werde, sagt er. Schließlich ändere sich in der IT-Branche alles wahnsinnig schnell. Man brauche nur an die PCs zu denken, die früher riesig waren, sagt Fred Köppen. „Und jetzt können wir alles auf dem Smartphone machen. Das finde ich faszinierend.“

Neben der Technik hat Fred Köppen eine weitere Leidenschaft, nämlich für eine in Deutschland eher weniger bekannte Sportart: Sumo. Vom Judo kam Fred Köppen zu dem aus Japan stammenden Ringkampf, auch inspiriert von seiner Schwester, selbst eine erfolgreiche Sumo-Ringerin. Beim Sumo gehe es darum, den Gegner aus dem Gleichgewicht zu bringen, erklärt Fred Köppen. Hinter dem, was man im Fernsehen dann sehe, stecke eine große Kraft. „Und es ist wahnsinnig viel Kontrolle über den eigenen Körper gefragt“, so der ehemalige Leistungssportler.

Jeden Tag habe er zu aktiven Zeiten in der Sporthalle verbracht: Krafttraining, Mattentraining. Und anschließend oft noch eine Runde Volleyball am Abend. Gereizt habe ihn die Herausforderung, die mit dem Sport verbunden ist, so der Leiter der EDV. Seine größten Erfolge: Ein dritter Platz bei den Europameisterschaften und ein 5. Platz bei den Weltmeisterschaften in Japan. „Das war, wie eine Riesenfamilie zu treffen“, sagt er über seine Aufenthalte in der Heimat des Sumo-Sports.

2016 beendete Fred Köppen seine aktive Sumo-Karriere. Heute macht er nur noch ein wenig Sport zum Spaß. Herausforderungen warten dafür nun in der EDV des Klinikums auf ihn. Und bei der Weiterentwicklung von Projekten wie etwa der Einführung der Digitalen Patientenakte.

Nicht nur irgendein Sitzmöbel

Universitätsklinikum unterstützt Initiative „Tolerantes Brandenburg“ mit einer Bank gegen Rassismus

Rassismus und Fremdenfeindlichkeit haben im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel keinen Platz. Das macht seit Neuestem auch eine „Bank gegen Rassismus“ auf dem Klinikgelände deutlich. Hier haben Patienten und Besucher Platz zum Verweilen und Erholen. Ausdrücklich kein Platz ist auf dieser Bank allerdings für Rassismus. Zeichen dafür ist die nicht ganz komplette Sitzfläche. Die Bank hat zwar eine Rückenlehne von zwei Metern Länge. Die Sitzfläche allerdings ist nur anderthalb Meter lang. Somit wird kein Platz für Rassismus gelassen. Konzernweit arbeiten am Campus für Gesundheit über 2100 Menschen aus über 40 Ländern. „Unabhängig von Geschlecht und Alter, Herkunft, Hautfarbe, Religion oder sozialer Stellung sind wir stolz auf jeden einzelnen unserer Mitarbeitenden“, sagt Gabriele Wolter, Geschäftsführerin des Universitätsklinikums. „Für das Wohl unserer jährlich rund 70.000 Patientinnen und Patienten arbeiten wir täglich als multinationales Team.“ Gabriele Wolter würde sich freuen, wenn Patienten und Gäste mit einem Selfie auf der Bank und dem #KEINPLATZFÜR RASSISMUS die Botschaft von Toleranz und Teamarbeit über die sozialen Medien nach außen tragen. Die Bank steht in der Nähe der Cafeteria auf dem Klinikgelände.

Frau Prof. Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop, Chefärztin der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Gesichts- und Halschirurgie sowie auch Gleichstellungsbeauftragte des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel, erklärt: „Bei

uns im Klinikum und der Hochschule bleibt es nicht nur bei Symbolik. Wir leben auch Integration und Gleichberechtigung täglich.“

Mit dem klaren Statement gegen jedwede Art von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit unterstützt das Klinikum ein Projekt der Koordinierungsstelle „Tolerantes Brandenburg“. Sie setzt sich mit dem Aufbau der Bänke für Vielfalt ein. Die Koordinierungsstelle plant, insgesamt 156 „Bänke gegen Rassismus“ auf Marktplätzen, Schulhöfen, vor Rathäusern, Krankenhäusern und Polizeidienststellen im Land Brandenburg aufzustellen. Vergleichbare Bänke sind bereits deutschlandweit an anderen öffentlichen Plätzen zu finden.



Am Universitätsklinikum hat Rassismus keinen Platz. Das machen Geschäftsführerin Gabriele Wolter (l.) und die Gleichstellungsbeauftragte Prof. Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop deutlich.

Nach der OP im eigenen Bett schlafen

So können sich Patienten auf ambulante Eingriffe vorbereiten

Blick in den neuen OP-Saal im Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof.

Eine Operation bedeutet für Patientinnen und Patienten oft auch: mehrere Tage und Nächte im Krankenhaus verbringen. Doch nicht immer ist ein stationärer Aufenthalt nötig. Viele kleinere und mittelschwere Eingriffe können auch gut ambulant durchgeführt werden. Am Klinikum zählen dazu etwa je nach Diagnose Arthroskopien, Entfernungen von Rachenmandeln oder Sterilisationen beim Mann. Dann heißt es: Für den Eingriff kommt man zum Termin vorbei. Nach der OP schläft man wieder zu Hause im eigenen Bett – und kann sich in der gewohnten Umgebung erholen.

Zweiter OP-Saal für ambulante Eingriffe

Um mehr Eingriffe ambulant anbieten zu können, hat das Klinikum nun einen zweiten Operationssaal hierfür am Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof in Betrieb genommen. Hier gibt es die passende Ausstattung für kleine und mittelschwere Operationen: Überwachungsgeräte, OP-Mikroskop und Röntgengerät etwa. Und natürlich ausreichend Platz für das zweite OP-Team. Denn dazu gehört neben dem operierenden Mediziner

natürlich auch bei ambulanten Eingriffen ein Anästhesist und zwei OP-Pflegekräfte.

„Der Trend geht zu ambulanten Eingriffen“, sagt Professor Dr. med. Hendrik Borgmann, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie. „Das ist für viele Patienten auch angenehmer. In der häuslichen Umgebung fühlt man sich schließlich meist am wohlsten.“ Sein Fachbereich, die Urologie, nutzt den neuen ambulanten OP-Saal im GZB häufig – neben der Allgemeinchirurgie, die hier etwa dauerhafte Zugänge in die Vene zur Medikamentengabe legt.

Aufklärungsgespräche und Untersuchungen am Klinikum

Möglich sind je nach Diagnose ambulante Eingriffe sowohl mit Lokalanästhesie wie auch unter Vollnarkose. „Wir führen beispielsweise Eingriffe bei Vorhautverengungen oder Wasserbruch-OPs am Hoden ambulant durch“, sagt Prof. Dr. Hendrik Borgmann. Ob ein ambulanter statt eines stationären Eingriffs für sie infrage kommt, besprechen Patienten vorab mit ihrem behandelnden Arzt am Klinikum. Möglich ist dies bei kleineren

Eingriffen bei Patienten unter 85 Jahren und ohne schwere Vorerkrankungen.

Doch was müssen Patienten eigentlich beachten, wenn eine ambulante Operation bevorsteht? Erst einmal gilt: Notwendige Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche finden wie gewohnt im Vorfeld der Operation am Interdisziplinären Aufnahmezentrum am Klinikum statt. Hier werden auch alle Fragen rund um die Narkose beantwortet.

Am Tag des Eingriffs selbst sollte man dann etwa eine Stunde vor seinem OP-Termin ins Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof kommen. Und zwar „nüchtern“, wie Prof. Dr. Hendrik Borgmann betont. „Das heißt, dass Sie nach Mitternacht nichts mehr gegessen haben sollten.“ Raucher dürfen ab dann auch nicht mehr zur Zigarette greifen. Wasser kann man allerdings bis zu zwei Stunden vor dem Eingriff trinken. „Am besten ist es auch, eine Flasche Wasser für danach mitzubringen“, rät der Direktor der Klinik für Urologie. Außerdem nicht vergessen: die Krankenkassenskarte, Befunde von Voruntersuchungen und Röntgenbilder. Sie sollten am Tag des Eingriffs mitgebracht werden. Wenn ein Eingriff ohne Vollnarkose geplant ist, können sich Patienten auch vorab eine kleine Playlist zusammenstellen, etwa mit beruhigender Musik oder allem, was man eben gerne hört. Denn im ambulanten Operationssaal ist Musikhören möglich. Der Eingriff soll in jedem Fall so entspannt wie möglich für die Patienten werden. Und Musik dient während des Eingriffs auch der Ablenkung.

Nicht selbst ans Steuer setzen

Für den Tag der OP rät Professor Borgmann dann auch, bequeme Kleidung herauszusuchen – und Wechselklamotten einzupacken. Eine Vorsichtsmaßnahme, falls man doch ein wenig länger bleiben muss als eigentlich geplant. Doch das ist selten. „In der Regel werden Patienten nach dem Eingriff noch circa eine Stunde vor Ort überwacht“, so Prof. Dr. Hendrik Borgmann. Dann können sie wieder nach Hause.

Hinters Lenkrad steigen und selbst nach Hause fahren darf man aber auch bei ambulanten Eingriffen nicht. „Besonders wichtig ist, dass

Sie sich im Vorfeld darum kümmern, dass Sie nach der Operation beispielsweise von Angehörigen abgeholt werden“, sagt Prof. Dr. Borgmann. Und auch zu Hause darf man nach dem Eingriff erst mal nicht allein bleiben. Für 24 Stunden muss hier ein Erwachsener dabei sein. Eine Vorsichtsmaßnahme.

Klinikum als Sicherungsnetz

„Für Patienten ist es wichtig zu wissen, dass das Klinikum auch bei ambulanten Operationen immer das Sicherungsnetz ist“, betont Prof. Dr. Borgmann. Sollte man sich nicht gut nach dem Eingriff fühlen, kann man sich jederzeit hierhin wenden und etwa in die Notaufnahme kommen. Und wenn ein ambulanter Eingriff doch einmal komplexer ausfällt als geplant, ist immer eine direkte Weiterbehandlung im Klinikum möglich. Das sei aber nur in sehr seltenen Fällen notwendig, so Prof. Dr. Hendrik Borgmann. Generell gilt: Am Tag nach dem Eingriff findet eine Kontrolluntersuchung am Klinikum oder beim niedergelassenen Mediziner statt. Auch bei ambulanten Operationen ist man also gut versorgt und bekommt die notwendige Nachsorge. Wichtig: Einen Gang runterschalten und sich Ruhe gönnen, sollte man auch in den eigenen vier Wänden nach einem Eingriff.

**Klinik für Urologie
und Kinderurologie**

Direktor
Prof. Dr. med. Hendrik Borgmann

Sekretariat
☎ (03381) 41 18 50
urologie@klinikum-brandenburg.de



Das Mikroskop wird für Operationen genutzt.



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. Cornelia Müller, 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

Univ. Prof. Dr. med. Hendrik Borgmann, Tel. (03381) 411850

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

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

Mehr Tempo bei der Analyse

Haus 6: Neue Geräte für die Labormedizin

Die Ausstattung der Labormedizin in Haus 6 des Universitätsklinikums Brandenburg an der Havel wird derzeit erneuert. Dabei werden turnusmäßig im Rahmen einer Neuausschreibung die alten Geräte durch neue ersetzt. Der Wechsel geschieht im laufenden Betrieb, erläutert Laborleiter Prof. Dr. med. Oliver Frey. Schließlich werden die Dienstleistungen des Instituts für Laboratoriumsmedizin unverändert nachgefragt. Mit dem Wechsel verbunden ist eine höhere Leistungsfähigkeit. „Die neuen Geräte sind zehn Jahre jünger und erlauben eine höhere Geschwindigkeit“, sagt Prof. Dr. Oliver Frey. Ein Teil der Proben werde zudem künftig automatisiert bearbeitet werden können. Seit der zweiten Novemberwoche läuft der Gerätetausch zunächst für den Bereich der Klinischen Chemie. Um die Wege der Mitarbeiter zu optimieren und gleichzeitig die Beeinträchtigungen für die insgesamt 50 Beschäftigten der Labormedizin so gering wie möglich zu halten, werden dabei auch Räume getauscht. „Wir spielen ein wenig Tetris mit den Räumen“, sagt der Laborleiter. Das heißt, dass beispielsweise bisherige Büro- oder Konferenzräume zu Laborräumen werden und die angelieferten neuen Geräte aufnehmen, solange die bisherige Technik noch in Betrieb ist. Nach deren Demontage können dann weitere Räume umziehen.

Ein komplizierter Vorgang ist auch die Inbetriebnahme der neuen Technik. Damit die Messwerte nach

dem Wechsel mit der gleichen Präzision wie vorher erhoben werden können, ist ein aufwendiger Prozess der Verifikation notwendig. Dazu werden von vielen verschiedenen Proben die Vergleichswerte auf den alten und auf den neuen Geräten bestimmt und mit den vom Hersteller mitgelieferten Angaben und zueinander in Bezug gesetzt. Erst wenn die Laboratoriumsmediziner sicher sind, dass bei der Untersuchung verlässliche Werte geliefert werden, können die Geräte in Betrieb genommen werden. Der gesamte Prozess wird sich über mehrere Wochen hinziehen.

Ein wichtiger Schritt ist darüber hinaus die Schulung aller Mitarbeiter der Labormedizin an der neuen Technik. Auch das muss im laufenden Betrieb geschehen, der dabei nicht beeinträchtigt werden darf. Deshalb werden zunächst Multiplikatoren geschult, die ihr Wissen an andere weitergeben können, erklärt Institutsleiter Prof. Dr. med. Oliver Frey.

Zu einem späteren Zeitpunkt sollen auch für die weiteren Bereiche der Labormedizin, also für die Hämatologie und die Urindiagnostik, die Geräte getauscht werden. „Dafür ist das Ende des ersten Quartals 2023 vorgesehen“, sagt Oliver Frey. Es sei bewusst ein größerer Sicherheitsabstand als Puffer eingeplant worden. Dann gerate man nicht unter Druck, falls es beim Wechsel der Technik und der Inbetriebnahme der neuen Geräte im Bereich der Klinischen Chemie doch noch zu Verzögerungen kommen sollte. Und man habe ausreichend Zeit, alle Mitarbeiter einzuarbeiten.

Foto: Adobe Stock/
Blue Planet Studio



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 – Katharina Ibendorf

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

Hilft Hühnersuppe tatsächlich gegen Erkältungskrankheiten?

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

Im Winterhalbjahr – das hat in den vergangenen Jahren die Corona-Pandemie ein wenig überdeckt – sind unsere Abwehrkräfte im alltäglichen Kampf mit Keimen. Wir können sie dabei stärken, zum Beispiel durch ausreichend Schlaf, Bewegung und gute Ernährung. Was den letzten Punkt angeht, muss ich immer an meine Tante Roswitha denken. Wenn wir im Herbst bei ihr am Wochenende eingeladen sind, setzt sie uns regelmäßig Hühnersuppe vor – als hochwirksames Hausmittel gegen laufende Nase und kratzenden Hals. Natürlich die „richtige Hühnersuppe“, wie sie betont. Anderthalb Stunden muss das Suppenhuhn dafür im großen Topf vor sich hin köcheln, um alle seine guten Inhaltsstoffe an die Brühe abzugeben. Hilft fettige Brühe aber wirklich gegen Rhinoviren und andere Erreger? Tante Roswitha ist sich in dieser Frage sicher und kann sich auf ihre Lebenserfahrung berufen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Beweislage ein wenig dünner. Warum es unserer Körperabwehr in dem einen Fall gelingt, einen Krankheitserre-

ger abzuwehren, in einem anderen Fall jedoch nicht, das ist schließlich eine ziemlich komplexe Frage. Ein gestärktes Immunsystem hat keine messbaren Merkmale, die sich etwa als Bestandteile des Blutes bestimmen ließen. Es gibt auch keine Studien zur guten alten Hühnersuppe, die wissenschaftlichen Kriterien standhalten würden. Ein paar Erklärungsansätze gibt es schon. So haben Forscher in den USA herausgefunden, dass Inhaltsstoffe der Suppe die Aktivität von weißen Blutkörperchen, die an Entzündungsprozessen beteiligt sind, hemmen und somit Erkältungssymptome vermindern. Außerdem würden Eiweißbestandteile im Hühnerfleisch wie Cystein oder Carnosin als Antioxidantien wirken und Entzündungen dämpfen. Wichtig ist offenbar auch, dass die Suppe heiß aufgetischt wird. Die Wärme fördert dann die Durchblutung der Schleimhäute und erleichtert den Immunzellen ihre Arbeit. Zur ebenfalls wichtigen ausreichenden Flüssigkeitszufuhr trägt die Brühe zusätzlich bei. Ein Heilmittel im klassischen Sinn ist



Hühnersuppe damit nicht. Auch Tante Roswitha weiß das. Der perfekte Zeitpunkt für das Hausmittel ist dann gekommen, wenn die Nase gerade ein wenig zu laufen anfängt und es im Hals ganz leicht kratzt. Haben sich die Keime schon richtig eingenistet, kennen Ärzte und Apotheker andere Mittel. Und das Immunsystem braucht dann vor allem Ruhe. Der richtige Platz ist dann das Bett und nicht der Küchentisch.



Ihr Dr. Nikki Ulm

