

KLINIKJOURNAL

Das Journal für Patienten und Mitarbeiter

Ihr Exemplar zum Mitnehmen



kllinik
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Die Hoffnung läuft mit S. 14

Rheuma im Kindes- und Jugendalter S. 4

Kniebeugen ohne Schmerzen? S. 8

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

CA Prof. Dr.med. R. Mantke

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Anästhesiologie und

Intensivtherapie

CA Dr.med. M. Sprenger

Tel. (0 33 81) 41 13 00

Augenheilkunde

CA PD Dr.med. W. Noske

Tel. (0 33 81) 41 19 50

Frauenheilkunde und

Geburtshilfe

CA Dr.med. E. Beck

Tel. (0 33 81) 41 14 00

Gefäßchirurgie

CA Dr.med. W. Haacke

Tel. (0 33 81) 41 13 50

HNO-Krankheiten,

Gesichts- und Halschirurgie

CÄ Dr.med. B. Didczuneit-

Sandhop

Tel. (0 33 81) 41 17 00

Innere Medizin I

CA Prof. Dr.med. M. Oeff

Tel. (0 33 81) 41 15 00

Innere Medizin II

CA Dr.med. W. Pommerien

Tel. (0 33 81) 41 16 00

Interdisziplinäres

Tumorthesiezentrum

Tel. (0 33 81) 41 12 00

Kinder- und Jugendmedizin

CA Dr.med. H. Kössel

Tel. (0 33 81) 41 18 00

Neurochirurgie

CA Dr.med. K.-H. Rudolph

Tel. (0 33 81) 41 17 50

Radiologie

CÄ Dr.med. B. Menzel

Tel. (0 33 81) 41 26 00

Urologie und Kinderurologie

CA Dr.med. T. Enzmann

Tel. (0 33 81) 41 18 50

Zentrum für Orthopädie und

Unfallchirurgie

CA PD Dr.med. R. Becker

Tel. (0 33 81) 41 19 00

Patientenfürsprecherinnen

Anneliese Czech

Christa Paulat

Ingrid Behrendt

Sprechstunden:

mittwochs 13.00 bis 14.00 Uhr

im Haus 11, Ebene 0.

Telefonische Erreichbarkeit täglich

in der Zeit von 9.00 bis 20.00 Uhr

unter der Rufnummer:

(0 15 20) 1 57 73 36.

Sie können auch jederzeit eine schriftliche Beschwerde, einen Hinweis oder auch ein Lob in unserem Briefkasten hinterlegen. Einen Briefkasten finden Sie im Vorraum der Kasse (beim Pfortner). Alle Informationen werden vertraulich behandelt.



8. Deutscher Drachenboot Klinikcup in Brandenburg an der Havel

Start am 28.08.2010, 9:00 Uhr an der Regattastrecke

Der Veranstalter des Klinikcups wird in diesem Jahr erstmals das Städtische Klinikum Brandenburg sein.

Bisher haben schon über 20 Teams ihre Teilnahme zugesagt, so unter anderem aus Saarbrücken, Hamburg und Barth. Teilnehmen können am Jahres-event aller bundesweiten Kliniken alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Gesundheitseinrichtungen oder Pflegeheimen.

Der Klinikcup ist nicht nur sportlicher Spaß, sondern immer eine gute Gelegenheit, sich untereinander auszutauschen und durch das kulturelle Rahmenprogramm viele neue Eindrücke mit nach Hause nehmen zu können.

Auf der eigens dafür gestalteten Internetseite www.medicaldragon.de oder unter der Telefonnummer (0 33 81) 41 23 45 gibt es auf jede Frage eine Antwort.

Impressum

Redaktionsteam:

- Gabriele Wolter, Geschäftsführerin • CÄ Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop • Renate Schäfer
- Olaf String • CA PD Dr. med. Walter Noske • Ann Brünink • Jennifer Heise, GD Advertising GmbH

Titelfoto: Fritz A. Schmidtman

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im Klinikum Brandenburg erleben wir zurzeit eine sehr spannende und schnelllebige Zeit. Nach der Grundsteinlegung im Herbst 2008 konnte jetzt im April 2010 Richtfest für unser neues Bettenhaus gefeiert werden. Trotz des sehr langen Winters gehen wir weiterhin davon aus, dass schon im Mai 2011 die Inbetriebnahme erfolgen kann. Mit diesem neuen Gebäude wird die medizinische Versorgung in der Stadt Brandenburg an der Havel und seiner Region für die Zukunft auf höchstem Qualitätsniveau gesichert. Es werden u. a. 10 flexible Stationen mit 319 Betten, eine internistische Wachstation, eine physikalische Therapie und Ergotherapie, ein

Funktionsbereich für die Augen- klinik sowie ein interdisziplinäres Aufnahmezentrum geschaffen. Auch die zukünftige Versorgung des gesamten Klinikums Brandenburg erfolgt zukünftig durch das neue Haus mit der Küche, Materialwirtschaft, Wäsche und der Bettenaufbereitung. Noch früher soll das neue Gesundheitszentrum am Hauptbahnhof fertig werden. Für den April 2011 ist die Inbetriebnahme vorgesehen, obwohl mit dem Aushub der Baugrube erst im Januar dieses Jahres begonnen wurde.

Mit der vorliegenden Ausgabe des Klinikjournals wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen.



Im Namen des Redaktionsteams
Ihre

Gabriele Wolter
Geschäftsführerin

Inhalt

Medizin und Forschung

- 4 **Rheuma im Kindes- und Jugendalter**
» Eine Herausforderung an Diagnostik und Therapie «
- 8 **Kniebeugen ohne Schmerzen?**
» Ein künstliches Kniegelenk macht es möglich «
- 10 **MRT – die strahlenfreie Untersuchung**
» Die Patientensicherheit im MRT hat oberste Priorität «

Ein- und Ausblicke

- 12 **Mit Spaß zu mehr Gesundheit**
» Gespräche im Klinikum «
- 14 **Die Hoffnung läuft mit**
» Sport nach Brustkrebs erhöht die Heilungschancen «
- 15 **Riesentumor erfolgreich in HNO-Klinik operiert**
» Eine Fallbeschreibung «

Jubiläen und Neuigkeiten

- 16 **Augenärztin mit Leib und Seele**
» Roswitha Lukas-Heger hat die neue Augenarztpraxis im MVZ übernommen «
- 17 **Ihr Motor ist Begeisterung für die Sache**
» Eine Liebe für das Jazzfest «
- 18 **Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen**

Rheuma im Kindes- und Jugendalter

» Eine Herausforderung an Diagnostik und Therapie «



Als die **2-jährige Carla D.** vor 3 Monaten in unserer Sprechstunde vorgestellt wurde, hatte sie eine ausgeprägte Schwellung und Schmerzen im rechten Kniegelenk. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie seit 4 Wochen Beschwerden, zum Zeitpunkt der Vorstellung konnte sie das rechte Knie kaum noch bewegen. Die Diagnose: kindliches Rheuma vom Typ Oligoarthritis. Als der damals **5-jährige Max M.** vor 2 Jahren vorgestellt wurde, hatte er seit einigen Monaten immer wieder Beschwerden im rechten Knie, linken Sprunggelenk und einem Mittelfinger. Bei der Aufnahmeuntersuchung zeigte sich zusätzlich eine schwere Augenbeteiligung mit fast vollständigem Sehverlust auf einem Auge, der weder von Max noch seinen Eltern bemerkt wurde. Das zweite Auge hatte bereits 50 % seiner Sehkraft verloren. Die Diagnose: kindliches Rheuma – Typ Oligoarthritis mit Augenbeteiligung.

Als die damals **15-jährige Sabine J.** bei uns vor 3 Jahren stationär aufgenommen wurde, hatte sie bereits seit 3 Jahren wiederkehrende chronische Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im rechten Knie. Eine Gelenkschwellung war nie aufgetreten. Die Einweisungsdiagnose lautete Knorpelschaden, geplant war eine Gelenkspiegelung. Bei der Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung fielen noch Beschwerden an beiden Daumen sowie den Kiefergelenken auf. Letztlich musste die Diagnose eines kindlichen Rheumas, welches bereits 3 Jahre bestand, gestellt werden. Bei der Gelenkspiegelung zeigte sich ein bereits erheblicher Gelenkschaden heraus. Eine Rheumatherapie wurde umgehend eingeleitet. Die Diagnose: kindliches Rheuma – Typ Polyarthritis.

Phil K. wurde uns vor kurzem im Alter von 14 Jahren mit Fieberschüben und Ausschlag seit 4 Wochen zur Diagnostik eingewiesen. Gelenksbeschwerden traten weitere 4 Wochen später auf. Begleitende Organerkrankungen betrafen die Augen, Lymphknoten, Leber, Milz und das blutbildende Knochenmark. Die Diagnose: systemische Form des kindlichen Rheumas (Morbus Still).

Sind dies nur seltene Einzelfälle? Diese Frage muss mit einem klaren Nein beantwortet werden. Derzeit gibt es in Deutschland ca. 10.000 rheumakranke Kinder.

Landläufig existiert häufig die Meinung, dass Rheuma eine Erkrankung von älteren Menschen ist, die im Allgemeinen erst ab dem Alter von 40 Jahren oder später auftritt. Im Gegensatz zu rheumatischen Erkrankungen des Erwachsenenalters, die relativ häufig sind und meistens auch gut zu diagnostizieren sind, ist im Kindes- und Jugendalter eine rheumatische Erkrankung eher selten und wird daher häufig erst spät und leider manchmal erst nach Auftreten von bleibenden Schäden erkannt.

Symptome, Diagnostik, der Verlauf der Erkrankung, aber auch die Therapie und Prognose unterscheiden sich so grundlegend von rheumatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter, so dass die Erkrankung vorrangig von speziell ausgebildeten Kinder- und Jugendrheumatologen behandelt werden sollte. Vor Jahren wurde daher die Zusatzbezeichnung Kinder-rheumatologe von der Ärztekammer eingeführt. Langjährige Erfahrung und eine Prüfung sind die Voraussetzung für die Anerkennung als Kinder-rheumatologe.

Bei der klassischen Form des kindlichen Rheumas unterscheidet man derzeit 7 verschiedene Formen, daneben gibt es über 40 weitere Erkrankungen aus dem erweiterten Kreis der Rheuma- und Autoimmunerkrankungen, die mit Gelenksymptomen einhergehen. Gerade aufgrund dieser Vielfalt an möglichen Erkrankungsformen und auch Symptomen ist das frühzeitige Denken an eine solche Erkrankung zur rechtzeitigen Diagnosestellung und Therapieeinleitung wichtig. Jede dieser Erkrankungen wird anders behandelt und hat einen anderen Krankheitsverlauf und eine andere Prognose. Die enge Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen mit Kinderärzten, aber auch Allgemeinmedizinern, Orthopäden und allen anderen Facharztgruppen, die Kinder mit entsprechenden Symptomen behandeln, ist Voraussetzung für eine optimale Behandlung und Prognose der Patienten.

Was ist Rheuma?

Bei rheumatischen Erkrankungen kommt es aus bislang ungeklärter Ursache zu einer fehlgeleiteten Aktivierung des körpereigenen Immunsystems. Durch diese „falsche“ Aktivierung des Immunsystems kommt es zu einer erheblichen Entzündungsreaktion an der Gelenkhaut. Eine Folge davon ist auch eine Ergussbildung im Gelenk. Entzündung und Erguss führen zu Rötung, Schwellung, Bewegungseinschränkung und Schmerzen im Gelenk. Nach einiger Zeit wird der Knorpel und im weiteren Verlauf auch der Knochen angegriffen und bei fehlender Therapie auch bleibend geschädigt. Häufig sind auch die Sehnen von der Erkrankung betroffen. Die fehlgeleitete Immunreaktion kann aber nicht nur die Gelenke und Sehnen, sondern manchmal auch Haut, Augen oder andere Organe betreffen. Wie die anfangs dargestellten Beispiele verschiedener Patienten zeigen, sind gerade im Kindes- und Jugendalter diese Erkrankungen außerhalb der Gelenke häufig und besonders schwerwiegend und somit entscheidend für den Krankheitsverlauf und die Prognose.

Klassische Gelenksymptome:

Von den klassischen Gelenksymptomen liegen bei Kindern und Jugendlichen anfangs oft nur wenige Symptome vor. Wird die Diagnose sehr spät gestellt, liegen meist mehrere der genannten Symptome vor, zu diesem Zeitpunkt können aber dann bereits bleibende Schäden entstanden sein.

Typische Symptome sind:

- ~ Gelenkschwellung über mehrere Tage/Wochen
- ~ Gelenkschmerzen, Einschränkung der Beweglichkeit
- ~ Gelenküberwärmung, Rötung
- ~ Beschwerden bereits morgens, oft während des Tages besser werdend
- ~ Beschwerden an Wirbelsäule oder Bändern

Klassische andere Symptome:

Begleitende Symptome oder Erkrankungen treten manchmal längere Zeit vor dem Auftreten von Gelenksymptomen auf, öfter aber gleichzeitig oder erst im weiteren Verlauf der Erkrankung. Typische Symptome/Erkrankungen sind:

- ~ Fieber
- ~ flüchtiger Hautausschlag
- ~ Hautblutungen
- ~ Schuppenflechte beim Patienten oder in der Familie
- ~ Augenerkrankungen (Regenbogenhautentzündung)
- ~ begleitende Nieren, Herz, Lungenerkrankungen
- ~ begleitende chronische Darmerkrankungen
- ~ unklare Lymphknotenschwellungen

Diagnostik:

Leider gibt es nicht den klassischen oder eindeutigen Laborwert, der uns sagt: Das ist ein Rheuma. Im Gegensatz dazu gibt es im Erwachsenenalter häufig ganz typische und eindeutige Laborveränderungen. Daher werden zur Diagnose eines kindlichen Rheumas häufig mehrere Untersuchungen notwendig sein. Wir benötigen zur Diagnosestellung im Allgemeinen:

- ~ eine sehr gründliche Anamnese von Kind und Eltern
- ~ eine Untersuchung des gesamten Gelenksystems
- ~ eine gründliche Ganzkörperuntersuchung wegen möglicher Begleiterkrankungen
- ~ Laboruntersuchungen
- ~ Ultraschall von Gelenken, aber auch von Bauch, Herz und anderen Organen
- ~ Kernspintomographie (MRT)
- ~ Augenarztuntersuchung
- ~ ggfs. Mitbetreuung durch Orthopäden oder andere Fachärzte

Therapie:

Ein wesentlicher Unterschied zur Therapie des Erwachsenenrheumas begründet sich in der Tatsache, dass sowohl der Diagnosezeitpunkt (rechtzeitig oder verspätet), als auch Erkrankungsalter, Erkrankungs-

kungsdauer, Medikamentengabe (und mögliche Nebenwirkungen) und Erfolg der Therapie am wachsenden Skelett stattfinden. Dies kann im schlimmsten Fall zu massiven Veränderungen des Wachstums einzelner Knochen oder des ganzen Körpers führen. Folgen einer solchen Entwicklung können Kleinwuchs, Verkümmern einzelner Körperteile (Arthrose), asymmetrisches Wachstum, Wirbelsäulenverkrümmung und frühzeitige Gelenk-abnutzung sein. Am Auge droht im schlimmsten Falle die Erblindung. Bei der systemischen Form gibt es auch heute noch selten Todesfälle. Alle diese Aspekte müssen bei der Auswahl der richtigen Therapie sorgfältig abgewogen werden.

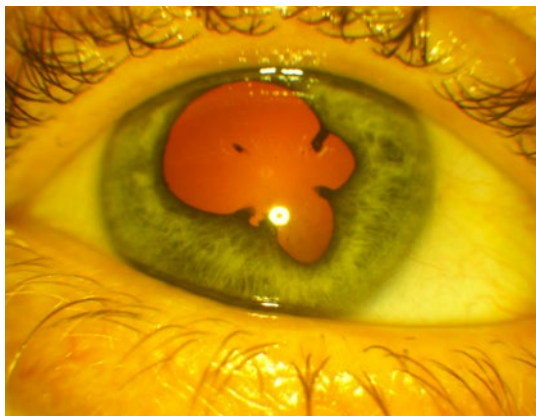
Die Therapie basiert auf den Schwerpunkten:

- ~ medikamentöse Therapie
- ~ Hilfsmittelversorgung
- ~ Krankengymnastik und Ergotherapie
- ~ Begleitmaßnahmen

Medikamentöse Therapie beinhaltet je nach Krankheitsverlauf:

- ~ Schmerzmittel und Entzündungshemmer
- ~ Gelenkpunktionen
- ~ so genannte Basismedikamente (Immunsuppressiva), die die fehlgeleitete Immunreaktion beeinflussen oder unterdrücken.

Gerade diese Basismedikamente haben in den letzten Jahren die Prognose enorm verbessert. Sie haben jedoch z. T. auch beachtenswerte Nebenwirkungen und sind zudem extrem teuer (Jahreskosten



Verklebungen der Regenbogenhaut aufgrund eines kindlichen Rheumas zeigen sich beim Weitstellen der Pupille.

von 25.000 Euro werden schnell erreicht). Daher sollen diese Medikamente nur von erfahrenen Kinder- und Jugendrheumatologen eingesetzt werden.

Hilfsmittelversorgung:

Hilfsmittel sind häufig erforderlich, um einerseits Erleichterungen im täglichen Leben zu ermöglichen, zum anderen, um die Entwicklung von chronischen Schäden zu verhindern. Typische Beispiele sind Handschienen, Fingerschienen, Schreibver dickung für Kulis, Therapiefahrrad, zweites Schulbuchset, Schreibcomputer und vieles mehr.

Krankengymnastik und Ergotherapie:

Ohne eine konsequente Physiotherapie können Folgeschäden und Funktionseinschränkungen manchmal nicht verhindert werden. Spezielle Konzepte je nach Krankheitsaktivität und Verlauf können manchmal kleine Wunder vollbringen und tragen wesentlich zu der heute viel besser gewordenen Prognose bei. Bei Erkrankung im Bereich der Finger ist eine begleitende Ergotherapie indiziert.

Begleitmaßnahmen:

Sehr hilfreich sind im Einzelfall spezielle Schulungsmaßnahmen für Eltern und Kinder, Reha-Maßnahmen für die Kinder und im Einzelfall auch eine psychologische Begleitung. Überregionale Anerkennung hat die jährlich im Sommer stattfindende Rheuma-Reha in Belzig, bei der 50 rheumakranke Kinder und Jugendliche 3 Wochen eine intensive Behandlung und Schulung erhalten. Gleichzeitig kann der Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen und „Leidensgenossen“ den Kindern und Jugendlichen in der Krankheitsverarbeitung und dem Umgang mit der Erkrankung enorm helfen. Diese Rheuma-Reha wird inzwischen vom Städt. Klinikum Brandenburg kinderrheumatologisch mit betreut. Kontaktadresse ist hierbei die Rheuma-Liga.

Prognose:

In vielen Fällen lässt sich die Rheumaerkrankung sehr effektiv behandeln, auch wenn dazu viel Geduld, viel Erfahrung und auch umfangreiche Maßnahmen erforderlich sind. Im Gegensatz zum Erwachsenenalter kann die Erkrankung bei Kindern ausheilen oder zumindest unterdrückt und beherrscht werden. Wichtigstes Ziel ist neben der akuten Krankheitsbehandlung die Verhinderung von Spätschäden.

Und was wurde aus Carla, Max, Sabine und Phil?

Den vier am Anfang genannten Patienten geht es inzwischen gut.

Carla D. wurde am rechten Kniegelenk punktiert, der Erguss wurde abgelassen und ein Medikament wurde ins Gelenk gespritzt. Derzeit erhält sie noch Medikamente und Krankengymnastik. Sie läuft wieder normal, Ihre Eltern berichten von einer völlig normalen Entwicklung und die bisherigen Kontrolluntersuchungen zeigen eine Normalisierung des Gelenkbefundes. Derzeit kann die Prognose als sehr gut eingeschätzt werden. Diese Rheumaform hat die höchste Chance auf Heilung. Regelmäßige Kontrollen in der Rheumasprechstunde und beim Augenarzt werden aber noch einige Jahre erforderlich sein. Max M. hat nach mehreren Gelenkpunktionen, der Einleitung eine Basistherapie mit Immunsuppressiva und Medikamenten für die Augen derzeit eine normale Gelenkfunktion und die Sehkraft beträgt beidseits wieder 100%. Möglicherweise kann demnächst begonnen werden, die Medikamentendosis zu reduzieren. Langfristig besteht eine gute Chance auf ein Abklingen der Erkrankung.

Sabine J. ist inzwischen auch wieder guter Dinge. Neben Gelenkpunktionen erhält sie eine entzündungshemmende medikamentöse Therapie und eine Kombinationstherapie aus verschiedenen immunsuppressiven Basismedikamenten. 2x/Woche muss sie sich ein Medikament selber spritzen, was sie sehr gut selbstständig erlernt hat. Regelmäßige Krankengymnastik und Ergotherapie hat bisher geholfen, alle Gelenke voll beweglich zu erhalten. Lediglich das Kniegelenk hat aufgrund der jahrelang nicht erkannten Rheumaerkrankung einen mäßigen bleibenden Schaden erlitten, aber im Alltagsleben konnte eine volle Funktionsfähigkeit der Gelenke erhalten werden. Sabine ist derzeit nahezu beschwerdefrei, sie hat ihr Abitur erfolgreich absolviert und beginnt im Herbst eine Ausbildung.

Phil K. ist wieder schulfähig, er wird mit einer Kombinationstherapie von 2 starken Immunsuppressiva (Basismedikamente) behandelt, spritzt sich 3x/Woche selber und ist derzeit absolut beschwerdefrei. Die über viele Monate zusätzlich erforderliche Cortison-Behandlung konnte inzwischen erfolgreich beendet werden. Die immunsuppressive Therapie wird aber voraussichtlich noch mehrere Jahre fortgeführt werden müssen.

Diese letztendlich sehr positiven Verläufe sind zum Glück inzwischen die mögliche Realität für die allermeisten Rheumakinder. Derzeit werden in der Kinderklinik am Klinikum Brandenburg über 70 Patienten mit rheumatischen Erkrankungen behandelt. Die Patienten kommen aus einem Umkreis von bis zu 150 km in die Spezialsprechstunde oder zur stationären Behandlung. Derzeit werden Kinder aus Brandenburg, Sachsen-Anhalt und z. T. aus Berlin und Mecklenburg-Vorpommern behandelt. Im Land Brandenburg gibt es derzeit nur noch in den Kinderkliniken Cottbus und Frankfurt(Oder) die Möglichkeit der Kombination aus ambulanter und stationärer kinderrheumatologischer Betreuung.

Kinderrheumatologie am Städtischen Klinikum Brandenburg:

Leitung:

Chefarzt Dr. Hans Kössel, Kinderrheumatologe

- ~ Zertifikat Rheumatrainer
- ~ Leitung Rheuma-Reha für rheumakranke Kinder in Belzig (Kooperation mit Cottbus)
- ~ Mitglied Qualitätszirkel Kinderrheumatologie des Landes Brandenburg
- ~ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
- ~ Mitglied der Initiative für das rheumakranke Kind

Terminvergabe und Beratung:

- ~ individuelle Sprechstundentermine
- ~ Patienten mit akuten Symptomen erhalten sehr kurzfristige Termine
- ~ Terminvergabe unter 033 81/41 18 37 oder 41 18 00
- ~ telefonische Beratung Dr. Kössel 033 81/41 18 18

Deutsche Rheuma-Liga

Landesverband Brandenburg e.V.
Lobedanstr. 15 | 03046 Cottbus
Ansprechpartnerin: Frau Edith Kloas
Tel. 01 72/9 11 46 21 | Fax 03 55/4 94 61 36
E-Mail: rehabuero@rheuma-liga-brandenburg.de
r.kloas@rheuma-liga-brandenburg.de

— Verfasser —



**Dr. med.
Hans Kössel**

Chefarzt für Kinder- und Jugendmedizin

Kniebeugen ohne Schmerzen?

»Ein künstliches Kniegelenk macht es möglich«

Bewegung hilft, wenn im fortgeschrittenen Alter die Knieschmerzen, weil die Gelenke arthrotisch sind. Eine gut funktionierende Muskulatur kann sogar zur Minderung der Beschwerden führen. Außerdem können konservative Behandlungen wie die Erhöhung des Innen- oder Außenschuhs, Gelenkspritzen zur Behandlung der Entzündung für eine begrenzte Zeit die Beschwerden bessern.

Ziel eines künstlichen Gelenkersatzes, der so genannten Endprothese, ist die Schmerzlinderung und Verbesserung der Beweglichkeit. In Deutschland werden jährlich zirka 150.000 künstliche Kniegelenke eingesetzt. Die Zahl ist kontinuierlich steigend. Der erste künstliche Kniegelenkersatz wurde bereits im 19. Jahrhundert entwickelt. Der Chirurg Themistocles Gluck (1853–1942) hat es 1890 als Erster eingesetzt. Die Prothese war aus Elfenbein gefertigt (Abbildung 1) und wurde mit Kolophonium und Gips im Knochen verankert.

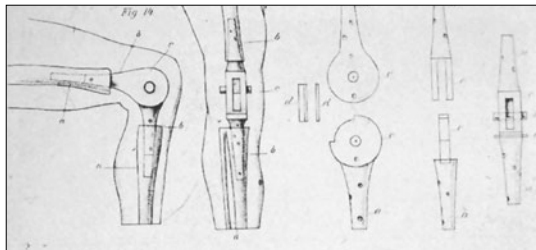


Abbildung 1: technische Zeichnung des ersten künstlichen Kniegelenkes.

Leider lockerten sich diese Gelenke sehr schnell im Knochen und mussten wieder ausgebaut werden. Erst die Entdeckung des Knochenzementes löste eine Revolution bei der Prothesenverankerung im Knochen aus.

Die Entwicklung von künstlichen Kniegelenken verlief in den vergangenen Jahren rasant. Die Formen der Implantate wurden weiterentwickelt, aber auch die Materialien verbessert und die Operationstechniken präzisiert. Abbildung 2 zeigt eine Knieprothese, die in der Regel aus drei Teilen besteht. Eine Komponente wird auf den Oberschenkelknochen gesetzt, eine zweite auf den Unterschenkelknochen und dazwischen befindet sich ein Teil aus Kunststoff. Dieser Kunststoff muss gegenüber den Me-

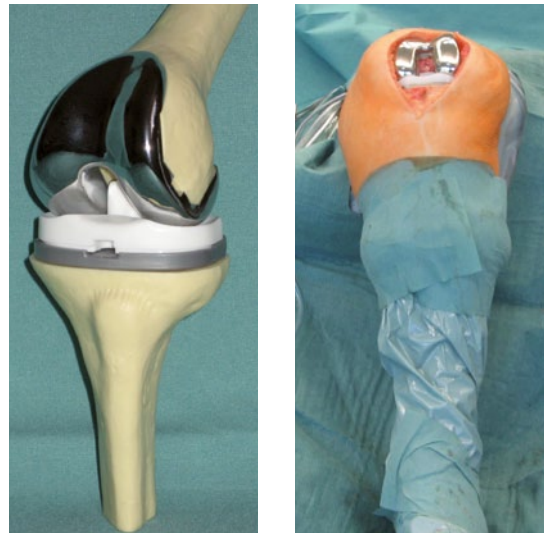


Abbildung 2 a, b: Knieprothesenmodell (a). Die beiden Metallkomponenten am Oberschenkel- und Unterschenkel bestehen aus einer Legierung aus Chrom-Cobalt-Molybdän und überziehen die Bereiche des Kniegelenkes, die ursprünglich vom Knorpel bedeckt waren. Bild b zeigt die implantierte Prothese vor dem Gelenkkapsel- und Hautverschluss.

tallteilen gute Gleiteigenschaften besitzen, um den Grad der Reibung zu minimieren. Ein normal aktiver Mensch vollzieht zirka 1 Million Bewegungszyklen pro Jahr. Dort, wo sich Flächen gegeneinander bewegen, entsteht Reibung. Diese Reibung führt zur Freisetzung von Partikeln, die eine Prothesenlockerung verursachen können. Daher müssen abriebarme Materialien in der Endprothetik verwendet werden.

Zahlreiche Patienten weisen nur eine isolierte Veränderung im Kniegelenk aus, die entweder auf der Innenseite oder Außenseite besteht (Abbildung 3).

In der Röntgenaufnahme (Bild 3 a) erkennt man zwischen Ober- und Unterschenkel einen schwarzen Zwischenraum. Dieser Zwischenraum ist mit Knorpel ausgefüllt. Der Zwischenraum ist auf der Innenseite viel geringer als auf der Außenseite als Hinweis für eine isolierte Knorpelabnutzung. Hier empfiehlt sich der isolierte Ersatz des erkrankten Gelenkanteils mit einer Schlittenprothese. Durch diesen isolierten Eingriff werden die gesunden

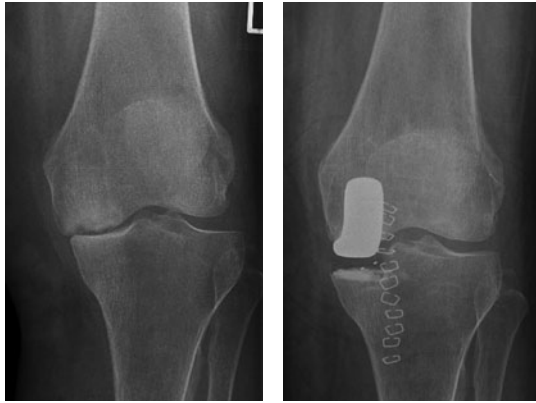


Abbildung 3 a, b: Linkes Bild, Röntgenbild vor der Operation, rechtes Bild unmittelbar nach der Operation. Anhand der Hautklammern erkennen Sie, wie begrenzt der Umfang der Eröffnung des Kniegelenkes ist.

Anteile des Gelenkes erhalten und man verändert nicht die komplizierte Mechanik des Kniegelenkes. Im Gegensatz dazu wird bei einem vollständigen Kniegelenkersatz die Gelenkmechanik starker verändert.

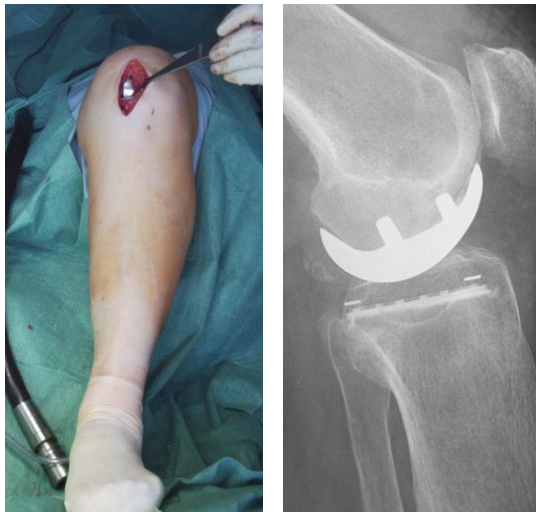


Abbildung 4 a, b: Intraoperatives Bild vor dem Verschließen der Gelenkkapsel und Haut. 4 b (rechts) zeigt ein Röntgenbild von der Seite. Die Oberschenkelkomponente sieht wie eine Schlittenkufe aus. Daher wird diese Prothese auch Schlittenprothese genannt.

Sind jedoch mehrere Anteile des Kniegelenkes von einer Abnutzung betroffen, so erfordert das einen kompletten Oberflächenersatz des gesamten Kniegelenkes. Dabei wird nicht, wie oftmals angenommen, der Knochen am Oberschenkel und Unterschenkel durchtrennt, sondern man entfernt nur die abgenutzten knorpeligen Anteile und den direkt darunter befindlichen Knochen. Es gibt zahlreiche Prothesengrößen, so dass die Schnitte am Knochen exakt mit der geplanten Prothesengröße übereinstimmen. Somit kann die Prothese passgenau auf den Knochen gesetzt werden.

Konkrete Angaben zur Haltbarkeit eines künstlichen Gelenkes sind leider nicht möglich, weil viele Faktoren dabei eine Rolle spielen. Entzündungen und Lockerungen sind die häufigste Ursache für einen Prothesenwechsel.

Das entscheidende Argument für die Implantation einer Prothese ist aus meiner Sicht der persönliche Anspruch an die körperliche Aktivität im Alltag. Ständige Schmerzen können zermürend sein. In der Regel wird eine Beugefähigkeit von 120° erreicht.

Wie stark kann man sein neues Kniegelenk überhaupt belasten?

Eine gewisse sportliche Belastung ist mit einem künstlichen Gelenk durchaus möglich. Größere Stauchungen sollten allerdings vermieden werden. Empfehlenswerte Sportarten sind Wandern, Nordic Walking, Radfahren, Fitness und Schwimmen. Es gibt aber auch Patienten, die das Golfen, Skifahren und Joggen trotz eines künstlichen Kniegelenkes nicht aufgeben wollen.

Fazit: Ob mit oder ohne ein künstliches Gelenk, Bewegung hält Körper und Geist gesund!

— Verfasser —



Priv. Doz. Dr. med.
Roland Becker

Chefarzt im
Zentrum für
Orthopädie und
Unfallchirurgie

MRT – die strahlenfreie Untersuchung

»Die Patientensicherheit im MRT hat oberste Priorität«



Patientenlagerung zur MRT-Untersuchung.

Die Magnetresonanztomografie (MRT) erzeugt Schnittbilder des menschlichen Körpers mit hohem Weichteilkontrast, so dass die Beurteilung von Organen und krankhaften Veränderungen mit großer Detailgenauigkeit möglich ist. Für dieses bildgebende Verfahren werden starke Magnetfelder und Hochfrequenzsender eingesetzt. Ein Vorteil der MRT: Gesundheitsschädliche Röntgenstrahlung wird nicht benötigt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass Organe und Weichteile besser dargestellt werden können. Manche Organe, wie beispielsweise Nerven- und Hirngewebe, werden überhaupt erst durch die MRT mit entsprechendem Kontrast darstellbar. Indem Untersuchungsparameter variiert werden, kann eine hohe Detailerkennung erzielt werden, die die Qualität der Ergebnisse von Röntgen oder Computertomografie deutlich übertrifft.

Wie innovativ der Einsatz von MRT-Untersuchungen ist, lässt sich auch daran ablesen, dass für die Entdeckung und die Weiterentwicklung der Technik gleich zweimal ein Nobelpreis vergeben wurde: 1946 erhielten ihn die beiden Wissenschaftler Bloch und Purcell, die das technische Prinzip unabhängig voneinander entdeckt hatten. Lauterbur und Mansfield haben die Einsatzfähigkeit der Technik für die Medizin weiter vorangetrieben und wurden für ihre Leistungen 2003 mit dem Nobelpreis geehrt.

In den vergangenen Jahren entstanden insbesondere im Rahmen der ambulanten Versorgung große Wartezeiten auf eine MRT-Untersuchung. Als Reak-

tion wurde Ende Mai 2010 ein weiteres MRT-Gerät (3-Tesla) in Betrieb genommen.

Was genau passiert bei der MRT?

Im Kernspintomographen wirkt ein starkes Magnetfeld. Es richtet die Atomkerne des menschlichen Körpers aus, so dass sie von einem energiearmen in einen energiereichen Zustand übergehen. Mit einem Radiosignal werden die Atomkerne in Schwingung gesetzt. Wird das Radiosignal wieder abgeschaltet, so kehren sie in ihren energiearmen Zustand zurück. Dabei senden sie Signale aus, die von hochempfindlichen Antennen gemessen und von einem Computer ausgewertet werden. Aus den Resultaten stellt der Computer das Schnittbild durch den Körper dar. Die Schnittebenen können variiert werden, ohne dass dafür die Lage des Patienten verändert werden muss.

Was muss für die Patientensicherheit beachtet werden?

Bevor dieses hoch aussagefähige Verfahren eingesetzt werden kann, müssen für die Patientensicherheit bestimmte Aspekte beachtet werden.

Die risikorelevanten Komponenten eines MRT-Geräts sind:

~ das statische Magnetfeld (üblicherweise 1,0-, 1,5- oder 3-Tesla)

- ~ die elektromagnetischen Wechselfelder (Gradienten)
- ~ das Hochfrequenzfeld

Durch den supraleitenden Elektromagneten ist das statische Magnetfeld permanent vorhanden, auch bei ausgeschaltetem Gerät oder Stromausfall. Eine Unterbrechung des Magnetfeldes ist nur durch das Verdampfen des Kühlmittels Helium möglich, erst dadurch erlischt die Anziehungskraft des Magneten. Das muss man wissen, denn es besteht eine starke Anziehung magnetischer Materialien, wie z. B. Eisen, Stahl, Nickel, Kobalt. Auch kleine Gegenstände wie Autoschlüssel, Kugelschreiber, Feuerzeug, Kleingeld können wie „Geschosse“ in den Magnettunnel gezogen werden und Patienten und Personal verletzen.

In den letzten Jahren gab es in den USA und auch in Europa spektakuläre Unfälle. So wurde beispielsweise ein Feuerwehrmann bei einem Brandeinsatz durch die auf dem Rücken getragene Sauerstoffflasche aus Metall in den Tunnel gerissen und dabei förmlich zusammengefaltet. Eine fliegende Schere hat bei einem Patienten zu schweren Augenverletzungen geführt. Immer wieder wird berichtet, dass die Magneten des MRT-Gerätes durch Hantieren mit Metallteilen in der Nähe des Gerätes geschädigt werden, wenn diese dann in die Magnetrohre fliegen wie Bohnermaschinen, Bohrmaschinen, sowie Metalltragen und -stühle zerstört werden.

Das statische Magnetfeld ist auch in der Lage, magnetische Fremdkörper, die sich im Patienten befinden, zu verlagern – sofern diese nicht sehr stabil fixiert sind. Problematisch sind hier insbesondere Gefäßclips, Granatsplitter, Ohrimplantate.

Die elektromagnetischen Wechselfelder induzieren Wirbelströme, auch in nicht magnetischen Metallen. Es kann zu Erhitzungen in Implantaten und im angrenzenden Gewebe kommen sowie zu Fehlfunktionen von elektromagnetischen Implantaten wie Herzschrittmachern, Defibrillatoren und anderen.

Auch die Hochfrequenzfelder führen zu Erwärmungen im Gewebe und in metallischen Implantaten (Mikrowelleneffekt). Ob diese Erwärmung auftritt und wie stark, hängt von der Größe des Implantats und der Feldstärke des verwendeten Magneten ab. Daneben spielt auch die Implantatform eine Rolle. Insbesondere Schleifenbildungen sind kritisch. Das

Material von Schrittmacherelektroden und Thermosonden führt zu sehr starken Erhitzungen von über 80 Grad, so dass die Gefahr von inneren Verbrennungen besteht. Sogar so genannte „Leiterschleifen“, die durch den Körper selber gebildet werden, wenn sich beispielsweise die Hände berühren oder Hautkontakte zwischen Hand und Oberschenkel bestehen, können zu Verbrennungen führen.

Weniger bekannt sind die Wechselwirkungen mit körperfremden Materialien im Hautniveau. Dazu zählen u. a. Salben, Pflaster (z. B. Wärme- oder Schmerzpflaster), Make-up (permanent oder „normal“) und nicht zuletzt Tätowierungen, wobei sich nicht sicher vorhersagen lässt, welche Tattoos zu Nebenwirkungen führen. Dabei kann es – in Studien wurden Häufigkeiten zwischen 1 und 2 % ermittelt – zu unangenehmen Missempfindungen meist in Form eines Strom- oder Wärmegefühls kommen, in selteneren Fällen entsteht aber auch eine massive Wärmeentwicklung, die vereinzelt zu Verbrennungen zweiten Grades geführt hat und damit über den einfachen Sonnenbrand hinausgeht.

In der Praxis ist es wichtig, die Patienten über diese möglichen Wechselwirkungen aufzuklären, damit die Untersuchung bei beginnenden Nebenwirkungen abgebrochen werden kann. Zur Risikoeinschätzung steht deshalb vor Beginn einer MRT-Untersuchung eine sorgfältige Anamnese, die auch die Magnetfeldstärke des eingesetzten Gerätes berücksichtigt.

– Verfasser –



Christian Baars

Facharzt für
Diagnostische
Radiologie



Einbringung des neuen MRTs (3-Tesla), Inbetriebnahme Ende Mai 2010.

Mit Spaß zu mehr Gesundheit

»Gespräche im Klinikum«

Termine:



Juli 2010
Donnerstag,
01.07.2010
Pflegedienstlei-
tung

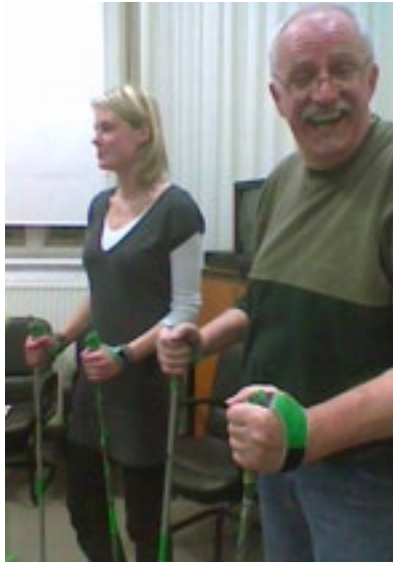
Stillen – Auf-
räumen mit
alten Vorurteilen:
Schmerzen? Stillen
bei Erwerbstätig-
keit? Koliken durch
Muttermilch?

Referentin: Frau Uta
Krone, Stillberaterin
Klinik für Frauenheil-
kunde und Geburts-
medizin

August 2010
Donnerstag,
05.08.2010
Pflegedienstlei-
tung

Leben mit künst-
lichem Darm- oder
Urinausgang:
aktiv bleiben und
wieder werden.

Referentin: Frau Sylvia
Wegerer, Wund- und
Stomaberaterin



Für das Gespräch im Klinikum im Darmkrebsmonat März hatten sich die Veranstalter etwas ganz Besonderes ausgedacht. Unter dem Motto: Gesundheitsvorsorge praktisch erleben – gesunde Küche und gesunde Bewegung zeigten Physiotherapeutin Sandra Griesbach und Ernährungsberaterin Mandy Grothe den Teilnehmern, wie man mit viel Spaß und einigen guten Zutaten viel für die Gesundheit tun kann.

Eine kurze Einführung von CA Dr. Pommerien verdeutlichte den Zusammenhang zwischen gesunder Lebensweise und der Vermeidung fast aller Krebserkrankungen.

Darmkrebs, Prostatakrebs, Gebärmutterhalskrebs und viele andere Krebsarten lassen sich in ihrer Entstehung aber auch in ihrem Verlauf durch gesunde Ernährung und körperliche Bewegung positiv beeinflussen.

Wie gesunde, körperliche Bewegung aussehen kann, erläuterte Frau Griesbach anschaulich mit den Walking-Stöcken. Da genügend Stöcke für alle bereitstanden, ließen sich die Teilnehmer nicht lange bitten, rückten die Stühle beiseite und begannen unter motivierender Anleitung mit dem Üben. Nach Pulskontrolle und Errechnung der altersabhängigen Leistungsgrenze (siehe Tabelle) ging es los – mit einem „Warm-up“: Zunächst gehen ohne Stöcke und Dehnungsübungen. Quer durch den Raum wurde dann die richtige Technik gezeigt: Diagonalschritt und Stockeinsatz. Bei guter Technik lassen sich mit

Nordic Walking über 90% der Muskulatur trainieren, wobei das in der Praxis gar nicht so leicht ist, wie es aussieht. Es ist durchaus ratsam, die Sportart in einer Gruppe unter Anleitung zu erlernen. Wichtig ist aber auch, sich nicht zu viel vorzunehmen, langsames Steigern ist angebracht, um die Lust durch Überanstrengung nicht zu verlieren. Aber 2- bis 3-mal pro Woche sollte man seinen inneren Schweinehund schon überwinden, um richtig in Schwung zu kommen. Wenn man dabei mit so viel Enthusiasmus und Begeisterung angeleitet wird, wie sie Frau Griesbach ausstrahlt, hat man schon die halbe Strecke zurückgelegt, ohne es zu merken! Zum „Cool-down“ gab es dann wieder Dehnungsübungen.

Aber auch andere Bewegungsarten haben ihre Vorteile. Frau Griesbach ging kurz noch auf das Joggen ein, verdeutlichte die Vor- und Nachteile (u. a. mehr Fettverbrennung, aber auch mehr Gelenkbelastung) und wies zu Recht darauf hin, dass jede Ausdauersportart gut gegen die Volkskrankheit Depression hilft und davor schützt. Nicht zu vergessen die Linderung von Schlafstörungen, die Kräftigung des Herz-Kreislauf-Systems, Stärkung des Selbstbewusstseins.

Nach dieser gelungenen Demonstration von Spaß mit Sport ging es mit den Teilnehmern eine Etage tiefer in die Cafeteria, wo der Küchenleiter, Herr Siering, schon seine Köstlichkeiten aufgebaut hatte. Frische Salate, Gemüse, Brotaufstriche und Putenschnitzel warteten darauf, zubereitet und

verzehrt zu werden. Aber zunächst kam die Theorie: Frau Grothe veranschaulichte anhand des Ernährungskreises sehr einleuchtend die ausgewogene Zusammensetzung der Lebensmittel. Getreideprodukte, Obst und Gemüse zusammen ergeben schon fast drei Viertel unserer täglichen Ernährung. Das heißt: Jeden Tag fünf Hände voll Obst oder Gemüse müssen es schon sein, um sich ausgewogen zu ernähren. Das hört sich weniger an, als es ist. Nicht jeden Tag muss Fleisch auf den Tisch, wie der Ernährungskreis veranschaulicht. Also lieber mal auf Fleisch verzichten, stattdessen einen guten Salat mit Vollkornbrot und einem vegetarischen Brotaufstrich zubereiten. Genau das haben dann die Teilnehmer unter Anleitung des Küchenchefs getan. Und weil es sich beim Essen hervorragend über das Essen reden lässt, entstand eine lebhaftes Gesprächsrunde über die Kennzeichnung von Lebensmitteln versteckte Kalorien, Ernährungsgewohnheiten im Norden und im Süden Europas, über Getränke und Alkohol sowie den Zusammenhang von Zuckererkrankung mit abendlichen Süßigkeiten.



Ernährungskreis: Verdeutlicht die Zusammensetzung und anteilige Mengen an Lebensmitteln für eine ausgewogene und gesunde Ernährung.

— Verfasser —



Ute Wolf

Betriebsärztin

Ausgerüstet mit den Rezepten für das Zubereitete und in dem Bewusstsein, ein etwas anderes Gespräch im Klinikum erlebt zu haben, gingen die Teilnehmer erst nach 20 Uhr nach Hause. Hoffentlich alle so motiviert wie die ältere Dame, die beim Abschied anmerkte, sie wolle nun doch wieder mit dem Walken anfangen.

Um die vielen Präventionsangebote der Stadt Brandenburg kennen zu lernen und sich das richtige herauszusuchen sei hier auf den „Präventionskatalog der Stadt Brandenburg an der Havel erinnert. Er findet sich unter: www.gesundinbrandenburg.com. Denn: Der nächste Frühling kommt bestimmt!

	Häufigkeit pro Woche	Dauer
1. bis 2. Woche	2–3	20–30 Min. (ohne bewussten Stockeinsatz)
3. bis 4. Woche	3	30–40 Min. (15 Min bewusste Technikschiulung)
Ab 8. Woche	3	45–60 Min. (unterschiedl. Strecken, bergauf/-ab)

Tabelle: Trainingssteigerung für Anfänger.

Ruhepuls	Lebensalter					
	Unter 30 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	Über 70 Jahre
Unter 50	130	130	125	120	115	110
50–59	130	130	125	120	115	110
60–69	135	135	130	125	120	115
70–79	135	135	130	125	120	115
80–89	140	140	130	125	120	115
90–100	140	140	135	130	125	120

Tabelle: Orientierungshilfe zur Ermittlung der richtigen Trainingspulsfrequenz (nach Lagerström/Bjarnason).

Die Hoffnung läuft mit

»Sport nach Brustkrebs erhöht die Heilungschancen«

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin



Treffpunkte

Jeden Mittwoch
09.00 Uhr
Ort: Krugpark in
Brandenburg an
der Havel

Jeden Freitag
09.00 Uhr
Ort: Gördensee in
Brandenburg an
der Havel

Anmeldung

Schwester
Gerlinde,
Breast Care Nurse
(0 173) 5 82 23 22

„Sie haben Brustkrebs!“ Diese Diagnose hören Frauen immer häufiger. Allein in Brandenburg an der Havel wurde sie im vergangenen Jahr etwa 80-mal gestellt. Für die betroffenen Patientinnen ist dieser Befund zunächst ein schwerer Schock. Zu einem Zeitpunkt, wo sie alle Kräfte bündeln müssen, um die lebensbedrohliche Erkrankung zu besiegen, reagieren die erkrankten Frauen oftmals mit einer massiven Depression. Denn die Erkrankung ist tückisch, weil sie lange Zeit keine Beschwerden macht. Und so werden die Frauen in einer Situation des Wohlbefindens von der niederschmetternden Diagnose überrascht, erklärt Gerlinde Richter, die im Klinikum auf der Station F1 als so genannte „Brustschwester“ arbeitet und dort unter anderem jeden ersten Mittwoch im Monat eine Gesprächsrunde anbietet.

Mit einschlägigen Studien wurde wiederholt nachgewiesen, dass neben Ernährungs- und Lebensstilfaktoren vor allem auch regelmäßiger Sport – etwa 3-mal pro Woche – dazu beiträgt, die Heilungschancen bei Brustkrebs deutlich zu steigern. Deshalb hatte Schwester Gerlinde schon lange den Plan, eine solche Sportgruppe für Brustkrebspatientinnen des Brandenburger Klinikums ins Leben zu rufen. Wie aber Trainerstunden und die benötigte Sportausrüstung finanzieren? Da hatte Prof. Eberhard Beck, Chefarzt der Frauenklinik, die Idee, dafür beim „Susan G. Komen Deutschland e.V., Verein für die Heilung von Brustkrebs“ Fördergelder zu beantragen. Und tatsächlich wurden der neuen Brandenburger Sportgruppe knapp 10.000 Euro bewilligt. Weitere 1.000 Euro steuerte der Verein

Gesund in Brandenburg bei. Die Fördermittel sind auf ein Jahr begrenzt.

Als Ausdauertraining eignet sich Nordic Walking besonders gut. Für die Gründung der ersten Laufgruppe hat Schwester Gerlinde ehemalige Brustkrebspatientinnen angeschrieben, deren Behandlung – Operation und/oder Chemotherapie, Bestrahlung und Reha – bereits abgeschlossen ist. Statt der geplanten 13 Teilnehmerinnen haben sich 20 Frauen angemeldet. Daher gibt es nun zwei Gruppen. Die eine läuft montags im Krugpark, die andere freitags am Gördensee. In künftige Gruppen sollen auch Frauen einbezogen werden, die noch in der Chemotherapie sind. Vertreten sind Frauen aller Altersgruppen von Mitte 40 bis über 70. Sie alle seien sehr motiviert, weil sie etwas aktiv gegen die Krankheit unternehmen möchten, damit es ihnen schnell wieder besser geht, berichtet Schwester Gerlinde, die auch während ihrer Freizeit in beiden Gruppen mitläuft..

Warum eine spezielle Sportgruppe für die Brustkrebsfrauen gegründet wurde? Bei Brustkrebspatientinnen sei die psychische Barriere sehr hoch, sich in Vereinen oder Freizeitgruppen sportlich zu betätigen, erklärt Schwester Gerlinde. Die Trainerin, Marietta Stranz, weiß das. War sie doch selbst eine ehemalige Brustkrebspatientin. Sie wisse aus eigener Erfahrung, wie sehr ihr der Sport geholfen habe, die Krankheit zu besiegen, sagte sie beim Gründungstreffen. Um diese Erfahrungen weitergeben zu können, habe sie sich als Trainerin ausbilden lassen.

Riesentumor erfolgreich in HNO-Klinik operiert

»Eine Fallbeschreibung«

Es ist der 21. derartige Fall, der in den letzten fast 100 Jahren publiziert wurde. Bei den Fällen handelt es sich um Tumore, die bei ihrer Entfernung 1,2 bis 26,5 kg wogen.

Wir berichten über eine jetzt 59-jährige Frau, die diesen Tumor im Alter von 18 Jahren erstmals bemerkte. Der Tumor war damals wohl hühnereigröß und wuchs im Laufe der Zeit deutlich. Bei der Vorstellung in der Klinik für HNO, Gesichts- und Halschirurgie betrug der Durchmesser schon 12 cm. Ab einer Größe von 4 cm darf schon von einem Riesentumor gesprochen werden.

Die zum Zeitpunkt der Operation 57-jährige Patientin hatte Schwierigkeiten bei der Beweglichkeit des Kopfes. Eine Gewebprobe ergab, dass es sich um einen noch gutartigen Tumor handelte – ein pleomorphes Adenom. Diese Tumorart ist typisch für Speicheldrüsen und kommt mit 45–74 % am häufigsten in diesen Drüsen vor. Pleomorphe Adenome sind von einer Pseudokapsel umgeben. „Pseudo“ deshalb, weil die Kapsel Lücken aufweist und kleine mit bloßem Auge nicht sichtbare Ausläufer in die Umgebung wachsen. Würde man den Tumor streng an der Kapsel entlang ausschälen, können sich aus den nicht entfernten Anteilen wieder viele Tumoren entwickeln.

Wichtig ist auch zu wissen, dass der eigentlich gutartige Tumor im Laufe der Zeit bösartig entarten kann. Die Entartungshäufigkeit beträgt um 10 %. Plötzliche Größenzunahme, zusätzliche Lymphknotenschwellung oder nach außen durchbrechende „Geschwüre“ können deshalb ein ernstes Zeichen sein.

Bei unserer Patientin führten die Radiologen unseres Hauses eine digitale Substraktionsangiografie durch. Die Gefäßversorgung des Tumors wurde exakt dargestellt. Es ließ sich ein netzartiges Gefäßsystem darstellen, welches überwiegend aus der äußeren Halsschlagader entsprang. Zur Verringerung der intraoperativen Blutungen wurde dieses Gefäßnetz mit sehr kleinen Partikeln von 350–500 Mikrometer praktisch geschlossen.

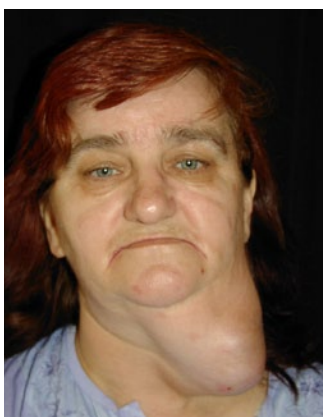
Bei der anschließenden Operation wurde der Tumor im Ganzen aus dem Hals entfernt. Der Gesichtsnerv wurde während der Operation durch ein Monitoring überwacht. Dazu wurden der Patientin 6 Elektroden in die mimische Muskulatur platziert. Nach ca. 3 Stunden Operation konnte aufgetatmet werden. Alle Halsnerven und die Schlagadern blieben intakt. Der Patientin geht es auch zwei Jahre nach der Operation sehr gut. Und ihr Mann findet sie so wieder attraktiver.

– Verfasser —

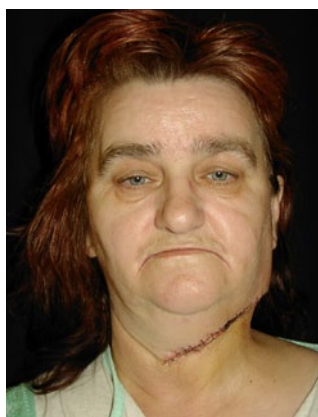


Dr. med. Birgit Diczuneit-Sandhop

*Chefärztin für
HNO, Gesichts-
und Halschirurgie*



Vor der Operation.



Nach der Operation.

Augenärztin mit Leib und Seele

»Roswitha Lukas-Heger hat die neue Augenarztpraxis im MVZ übernommen«



Und erstens kommt es anders und zweitens als man denkt: Diese Spruchweisheit hat sich im Leben von Roswitha Lukas-Heger gleich mehrmals bewahrheitet. Zunächst verlief der Lebensweg der engagierten Augenärztin ziemlich geradlinig. Nach dem Abitur in dem beschaulichen Städtchen Frankenthal – das liegt im Süden der Republik bei Mannheim und Ludwigshafen – hat sie Medizin an der Freien Universität Berlin studiert. Ungewöhnlich daran war nur, dass sie als Erste in ihrer Familie Ärztin wurde. Obwohl sie keine entsprechenden Vorbilder hatte, habe sie schon als Kind gewusst, dass sie einmal Ärztin werden wollte, lacht die sympathische Medizinerin.

Nach dem Studium habe sie eigentlich irgendwo im Süden arbeiten wollen. Aber da kam es zum ersten Mal anders als gedacht. Denn ihre AiP-Zeit (Arzt im Praktikum) hat sie in der Augenklinik des Klinikums Brandenburg absolviert, damals noch in Kirchmöser. Und weil die Arbeitsbedingungen einfach super waren und sie sich wohl gefühlt hat im Team von Chefarzt Dr. Walter Noske, hat sie auch ihre Assistenzarztzeit dort verbracht und so bis 2002 insgesamt 7 Jahre in Kirchmöser gearbeitet. In dieser Zeit hat sie sich auf Lidoperationen spezialisiert. Dieses Gebiet habe sie brennend interessiert, zumal ihr die Feinchirurgie sehr gelegen habe.

Als ihr erstes Kind, Tochter Annika, 2003 geboren wurde, war klar, dass sie nach der Elternzeit wieder in den Beruf zurückkehren würde. Aber es sollte wiederum anders kommen als gedacht: Mit 2 Jahren hörte Annika auf zu sprechen. Zog sich zurück. Verhielt sich merkwürdig. 2 lange Jahre und viele, viele Untersuchungen später stand fest: Annika ist Autistin. Auch bei dem 3 Jahre jüngeren Bruder Sebastian (jetzt 4 Jahre alt) traten die gleichen Symptome auf. Der kleine Junge leidet ebenfalls an der Wahrnehmungsstörung Autismus.

In einer Situation, wo andere Mütter vielleicht verzweifelt wären, lief Roswitha Lukas-Heger zur Höchstform auf. Die Ärztin informierte sich eingehend über die Krankheit ihrer Kinder und mögliche Therapien. Die Arbeit des Instituts Knospe in Hannover hat sie überzeugt. Die dort angebotene Spezialtherapie (ABA) ist zwar sehr aufwändig aber auch sehr erfolgreich.

Und damit begann ein neuer Marathon, diesmal durch die Bürokratie, denn Roswitha Lukas-Heger hat als Erste in der Stadt Brandenburg den Antrag auf Förderung dieser Therapie gestellt. Schließlich konnte sie die zuständigen Behörden davon überzeugen, dass die ambulante Therapie nicht nur den Kindern die besten Entwicklungschancen eröffnet. Sie ist alles in allem sogar kostengünstiger als es die ansonsten erforderlichen Aufenthalte in Spezialkliniken gewesen wären. Der Aufwand hat sich gelohnt: Beide Kinder machen beachtliche Fortschritte. Sebastian spricht sogar schon und Annika wird ab Herbst die Regelschule besuchen. Auch sie zeigt inzwischen Ansätze zum Sprechen.

Unter diesen Umständen war an eine volle Berufstätigkeit natürlich nicht zu denken. Aber die Augenärztin hat Praxisvertretungen übernommen und ist seit 10 Jahren Dozentin im Bildungs- und Technologiezentrum Rathenow für die Meisterausbildung von Optikern. Dort bietet sie auch Fortbildungen für Optometristen an. Auch der Kontakt zu Chefarzt Walter Noske und zur Geschäftsführerin Gabriele Wolter sei nie abgerissen. Immer wieder hätten die beiden nachgefragt, wie es ihr gehe. Trotzdem habe sie geglaubt, dass sie nie mehr voll in ihrem Beruf werde arbeiten können, sagt Roswitha Lukas-Heger. Und wieder einmal kam es anders.

Angeregt durch eine Umfrage, die einen Mangel an Augenärzten in der Stadt Brandenburg festgestellt hat, hat das Klinikum Brandenburg im Medizinischen Versorgungszentrum Hochstraße eine Augenarztpraxis eröffnet. Dr. Walter Noske und Gabriele Wolter waren sich einig: Roswitha Lukas-Heger ist die ideale Besetzung dafür. Und da die Augenärztin ihre Kinder nunmehr auf einem guten Weg weiß, hat sie zugesagt. Und freut sich so sehr, wieder im geliebten Beruf arbeiten zu können.

Was sie tue, um mal abzuschalten von ihrem turbulenten Leben? Gartenarbeit sei ihr Geheimrezept, lacht die Augenärztin. Früher seien ihr Mann, Augenoptikermeister Thorsten Heger, und sie leidenschaftliche Motorradfahrer und Taucher gewesen, erzählt sie. Mindestens 2-mal im Jahr hätten sie sich für jede Sportart im Urlaub ausgiebig Zeit genommen. Aber als Eltern müssten sie jetzt Vernunft walten lassen. „Alles im Leben hat seine Zeit“, sagt Roswitha Lukas-Heger. Jetzt genieße sie es, Familie und Kinder zu haben.

Ihr Motor ist Begeisterung für die Sache

» Eine Liebe für das Jazzfest «



Sie kennt keinen von ihnen persönlich. Und doch sind der Dokumentationsassistentin Chrissanti Helmke die Krebspatienten im Darmzentrum des Klinikums Brandenburg bestens vertraut. Vorausgesetzt, dass die Patienten dem zugestimmt haben, erfasst sie ihre Krankendaten, das heißt die

relevanten Informationen zur Diagnose, Behandlung und Nachsorge der Patienten. „Auch ohne persönlichen Kontakt berühren mich die Schicksale sehr und ich fühle mit den Betroffenen“, sagt sie.

Die Datensammlung sei ein wertvolles Instrument zur Qualitätssicherung der Behandlung, denn das Darmzentrum kooperiere mit verschiedenen Abteilungen des Klinikums, wie beispielsweise Innere, Pathologie sowie Strahlenpraxis, Onkologiepraxis und Ambulanzzentren, erläutert die Dokumentationsassistentin. Man merkt ihr an, dass sie mit Begeisterung ihre Aufgabe erfüllt. Und sie bringt die besten Voraussetzungen dafür mit: ein Studium der Biologie an der Universität Leipzig, Diplom 1985. Außerdem verfüge sie über einschlägige Computerkenntnisse, sagt sie.

Chrissanti Helmke wirkt jugendlich, engagiert und temperamentvoll. Wer sie erlebt, mag kaum glauben, dass sie bereits 48 Jahre alt und Mutter von erwachsenen Kindern ist: Ein Sohn ist 24, eine Tochter 21, nur der jüngste Sohn lebt mit seinen 11 Jahren noch zuhause. Im Klinikum arbeitet sie Teilzeit. Das lässt ihr Raum, um ihren Mann einen Tag in der Woche in seiner Praxis zu unterstützen. Er ist Zahnarzt und Landesvorsitzender im Freien Verbund Deutscher Zahnärzte. Chrissanti Helmke betreut die Geschäftsstelle dieses Berufsverbandes.

Zeit braucht sie auch für ihr ehrenamtliches Engagement für die Jazzfreunde Brandenburg e.V. Der Kontakt entstand eher zufällig. Als sie ihr berufliches Profil erweitern wollte und eine Marketingausbildung absolvierte, hat sie im Jahr 2000 in ihrem Praktikum das erste Jazzfest vorbereitet, das in der Stadt Brandenburg stattgefunden hat. Diese Aufgabe habe ihre Liebe zur Musik geweckt, lacht sie. Sie habe vorher kein Instrument gespielt, habe aber

gemeinsam mit ihrem Mann angefangen, Saxophon zu spielen. Ihre Kinder seien mit ihrer musikalischen Ausbildung allerdings weiter gekommen als sie, gesteht sie. Der Sohn habe Keyboard und E-Gitarre gespielt, die Tochter Geige und klassische Gitarre und der Jüngste lerne Gitarre in der Musikschule bei Angelika Eckelmann.



Jazzsängerin Angelika Weiz bei einem Auftritt in Brandenburg an der Havel.

Seit damals hat Chrissanti Helmke jedes Jahr das Jazzfest mit vorbereitet. Das beliebte Musikereignis finde immer am letzten Wochenende im August statt, sagt sie, dieses Jahr also vom 27. bis 29. August. Veranstaltungsort ist wie im Vorjahr der Altstadtmarkt, der Verwaltungshof und das Bürgerhaus in der Bäckerstraße. Und dann berichtet sie begeistert über das diesjährige Programm: Der Jazzpianist Günther Fischer werde auftreten sowie die Jazzsängerin Silvia Droste und das Jörg-Seidel-Swing-Trio. „Patchwork goes Jazz“ heiße das Motto der beliebten Brandenburger Band. Im Bürgerhof trete die groovige Rhythmusgruppe Fosbury Flop aus Potsdam auf und die Brandenburger Band „Nothing to loose“ werde dort erwartet.

„Das Jazzfest ist mir sehr wichtig“, gesteht Helmke und sinniert: Wenn es in Brandenburg keine ehrenamtliche Tätigkeit gäbe, dann würde vieles nicht passieren. Recht hat sie!

— Verfasser —



Ann Brünink
M.A. phil.

Journalistin

15. swingin' brandenburg | 27.08.–28.08.2010

Termine: www.jazzfreunde-brandenburg.de

Jubiläen und Berufungen, Einstellungen und Verabschiedungen

— Ihr Dienstjubiläum feiern ...

10 Jahre	am 01.04.2010 am 01.04.2010 am 01.04.2010 am 17.04.2010 am 01.05.2010 am 01.06.2010 am 01.06.2010 am 29.06.2010	Janet Jaschinski Grit Splittstöhser Sebastian Wicht Bianca Schwidder Eveline Ulrich Petra Koch Angela Voigt Editha Jahn	Station C3 Intensivstation Chirurgie Station I4 Radiologie Neurochirurgie Station C1 Betriebsarzt
15 Jahre	am 01.04.2010	Oliver Kuhlmei	Betriebsrat
20 Jahre	am 01.04.2010 am 01.04.2010 am 17.04.2010 am 23.04.2010 am 01.05.2010 am 01.05.2010 am 10.05.2010 am 14.05.2010 am 01.06.2010 am 01.06.2010 am 11.06.2010	Ute Bisanz Renita Zeh Dagmar Nitze Violetta Ebensing Dr. Birgit Didczuneit-Sandhop Birgit Feldbinder Daniela Jahnke Alrun Simpig Martina Morgenroth Hans-Joachim Schmidt Birgit Voigt	Rettungsstelle Controlling Station I4 Station I3 HNO-Klinik Intensivstation Station I1 Anästhesie Tagesstation Rettungsstelle Station I3
25 Jahre	am 01.04.2010	Christina Mundt	Anästhesie
30 Jahre	am 01.04.2010	Josta Koch	Einkauf

— Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...

am 01.02.2010	Sebastian Schmidt	Radiologie
am 01.02.2010	Elisabeth Tetzlaff	Station K2/K3
am 01.03.2010	Christin Falk	Intensivstation
am 01.03.2010	Jessica Lindeke	Wachstation
am 08.03.2010	Jana Ondrasek	Innere Klinik I
am 01.04.2010	Sabine Roßmann	Innere Klinik II
am 01.04.2010	Stephan Joh. Baumeister	Innere Klinik I
am 06.04.2010	Markus Seidel	Medizintechnik
am 14.04.2010	Anja Brückner	Pflegedirektion
am 16.04.2010	Susann Etzold	Station C2
am 01.05.2010	Janette Röhe	Radiologie
am 01.05.2010	Sabrina Vinzelberg	Station Z 1
am 01.05.2010	Kerstin Hoetzel	Wachstation
am 01.05.2010	Anika Zimmermann	Apotheke
am 03.05.2010	Barbara Ulbrich	Milchküche
am 17.05.2010	Christina Josefine Bernard	Frauenklinik

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...* —

am 31.03.2010	Dr. Barbara Lindemann	HNO-Klinik
am 30.04.2010	Irene Schink	Station K3
am 31.07.2010	Jacqueline Köhler	Station F1

— *Ihr Dienstjubiläum feiern ...* —



10 Jahre	am 16.04.2010 am 15.05.2010	Karsten Tiedemann Evelin Jerichow	Patiententransport Versorgungsassistentin
15 Jahre	am 01.04.2010 am 01.05.2010	Margit Zahel Kordula Menz	Reinigung Gärtnerei
20 Jahre	am 01.04.2010 am 01.05.2010 am 01.06.2010	Karl Billig Christine Nowocien Petra Liebener	Reinigung Stationshilfe Stationssekretärin
30 Jahre	am 01.06.2010	Bärbel Mütze	Stationshilfe

— *Ihr Dienstverhältnis haben begonnen ...* —

am 01.03.2010	Manuela Ulbrich	Servicemanagerin
am 01.04.2010	Bärbel Grimm	Reinigung
am 01.04.2010	Hartmut Klewitz	Abt. Technik
am 01.05.2010	Bärbel Baureis	Reinigung

— *Nach langjähriger Dienstzeit verabschieden wir ...* —

am 31.03.2010	Annedore Becker	Abt. Technik
---------------	-----------------	--------------

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

Wann Schokolade essen wirklich glücklich macht und ab wann der Frust über die Fettpölsterchen siegt



Wie das Meiste im Leben sollte man auch Schokolade in Maßen genießen und nicht in Massen. Eine Tafel Schokolade von 100 Gramm hat etwa 550 kcal. Eine Kakaobohne enthält etwa zur Hälfte Fett. Ist der Kakaogehalt der Tafel Schokolade höher, steigt also der Fettanteil. In weißer Schokolade oder Milkschokolade ist bei niedrigem Kakaogehalt dagegen der Zuckeranteil viel größer.

Aber nicht Zucker und Fett, sondern der Kakao in der Schokolade ist das Gute an der Schokolade. Der Kakao enthält in kleinen Mengen Stoffe,

die als Stimmungsaufheller oder antriebssteigernde und depressionshemmende Mittel auch in Medikamenten Anwendung finden. Sogar eine cannabisähnliche Substanz kommt hier vor.

Wer aber glaubt, diese Substanzen würden beim Verzehr von Schokolade glücklich machen, irrt. Man müsste die Schokolade in Unmengen essen, um eine Wirkung zu erreichen.

Glücklich kann aber schon die Freude auf ein schönes Stück Schokolade machen.

Wenn man dazu noch weiß, dass die ebenfalls im Kakao enthaltenen Polyphenole eine günstige Wirkung auf Krebskrankheiten und auch auf Herz-Kreislauf-Krankheiten erzielen, kann man getrost zur Schokolade greifen.

Aber es gilt – nicht in Massen. 6 g bis 25 g Schokolade täglich sollten reichen.

Denn spätestens der Blick in den Spiegel oder der Gang auf die Waage zeigen, ob es ein bisschen zu viel Schokolade war. Dann könnte das Glück bald dem Frust weichen.



Ihr Dr. Nikki Ulm

klinikum
brandenburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité