

LUFTRETTUNG

Auf das Team muss Verlass sein.



Mobil:
Ärzte und
MHB-Studenten
unterwegs

Menschlich:
Palliative Care
in Brandenburg

Mythenfrei:
Grippeschutz-
Information

MEDIZIN UND FORSCHUNG

Ärztliche Versorgung im ländlichen Brandenburg . . . 4
Mit dem Cochlea-Mobil zu den Patienten 6
Das MHB-Mobil on Tour 7
Die Gesichtsnervenlähmung 8
Das künstliche Kniegelenk im Wandel der Zeit . . 10
Palliative Care – von Mensch zu Mensch 12
Ehrgeiz versus Ethik 14

MENSCHEN AM KLINIKUM

Chefärztin Dr. med. Wiebke Weiland 15
Rettung aus der Luft 16
»Brandenburg ist meine Heimat« 18
»Ein unbeschreibliches Gefühl« 19

SERVICE

Grippeschutzimpfung 20
Veranstaltungskalender 22
Kontakt zu den Kliniken im Überblick 23
Impressum 23
Dr. Nikki Ulm 24



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Rückkehr zum Flächentarifvertrag ist auf einem guten Weg. Ab dem 1. Januar 2020 sollen alle nichtärztlichen Mitarbeiter des Klinikums wieder nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) bezahlt werden. Wir sind das erste kommunale Krankenhaus im Land Brandenburg, das dann als tarifgebundenes Mitglied dem Kommunalen Arbeitgeberverband KAV wieder angehört. Für das Personal unseres Hauses bedeutet dies im Durchschnitt 8 Prozent mehr Gehalt.

Am 1. August haben fünf Azubis in der Verwaltung ihre Ausbildung zum Kaufmann im Gesundheitswesen bzw. für Büromanagement begonnen und zwei Azubis in der Technik als Anlagenmechaniker für Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik und als Elektroniker für Energie- und Gebäudetechnik. Zum 1. Oktober folgen gut hundert weitere, die sich zum Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger, zur Hebamme/zum Entbindungspfleger, Physiotherapeuten, Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten, Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten und Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik ausbilden lassen. Ebenso freuen wir uns über die Ausbildungsvergütung angehender Physiotherapeuten ab dem 1. Januar 2020.

Besonders hinweisen möchte ich Sie auf den Artikel über Gripeschutz, denn das Thema geht uns alle an. Doch auch die anderen Artikel etwa über die ländliche Versorgung in Brandenburg oder die Lufttreppe am Klinikum versprechen erhellende Einsichten.



Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre. Anregungen, Kritik und Hinweise sind willkommen, schreiben Sie uns gern an: leserbriefe@klinikum-brandenburg.de.

Im Namen des Klinikums
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin

Ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen Brandenburgs

Landärzte dringend gesucht

Anders als in Ballungszentren ist die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen Deutschlands häufig verbesserungswürdig. Das liegt in erster Linie daran, dass sich insbesondere jüngere Ärzte eher in den Städten ansiedeln, als eine Landpraxis zu eröffnen. Die Folge sind weite Anreisen für die Patienten und volle Wartezimmer. Laut Statistik betreut heute ein Hausarzt in dörflichen Gegenden nicht selten mehr als 200 Einwohner. Schlusslicht ist laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) bereits seit Jahren das Land Brandenburg, wo ein Allgemeinmediziner rechnerisch sogar über 250 Patienten behandeln muss. Zum Vergleich: Im Stadtstaat Berlin sind es weniger als 160 Einwohner pro Arzt.

Durch die steigende Lebenserwartung und die Auswirkungen der demografischen Bevölkerungspyramide werden wir in Zukunft mehr ältere Menschen haben als junge. Viele der älteren Brandenburger wohnen in strukturschwachen Regionen weit entfernt von größeren Städten. Zwar ist die Lebensqualität in diesen non-urbanen Regionen zum Teil sehr hoch, dennoch kann es im Falle von Krankheit zu Problemen in der Versorgung kommen.

Herausforderungen der ärztlichen Versorgung auf dem Land

Wie versorgen wir die alternde Bevölkerung jenseits der großen Städte, wie können wir die ärztliche Versorgung mit Fachärzten in dieser Region sicherstellen, wieso sind die Herzinfarktrate und auch die Amputationsrate bei Brandenburgern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt so hoch? Was mache ich, wenn mein behandelnder Arzt nicht erreichbar ist oder ich einen ambulanten Termin im weit entfernten Klinikum habe? Was passiert, wenn mein behandelnder Arzt in den Ruhestand geht und seine Praxis keinen Nach-

folger findet? Wer wird mich dann versorgen? Bekomme ich auf dem Land eine gleich gute medizinische Versorgung wie in der Großstadt? Um diesen und anderen Fragen zu begegnen, wurden zahlreiche Innovationen im Gesundheitswesen angestoßen.

Gemeindeschwestern sind hier ein möglicher und wichtiger Ansatz. Die aktuelle universitäre Versorgungsforschung analysiert in zahlreichen Projekten, wie das Konzept der Gemeindeschwester wiederbelebt werden kann. Hinzu kommen neue Ansätze von „Physician Assistants“ – Studierende von Bachelor-Studiengängen –, die dem klinisch tätigen Arzt zeitraubende Tätigkeiten abnehmen und damit Zeit schaffen, die an anderen Ecken fehlt. „Case Manager“ (also Experten für den Ablauf im Krankenhaus und in der Praxis) optimieren Prozesse, sodass eine zügige Behandlung in der Klinik und eine optimierte ambulante Nachsorge oft Hand in Hand organisiert werden können.



Neues Konzept für Medizinstudenten

Laut Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg (KVBB) steigt mit dem Alter der Bevölkerung auch das Durchschnittsalter der ansässigen Ärzteschaft, das derzeit bei etwa 55 Jahren liegt. Um dies zu ändern und die Arztdichte zu steigern, hat die Landesregierung im Juni 2019 gemeinsam mit Vertretern der KVBB und der Krankenkasse AOK Nordost ein Drei-Punkte-Programm vorgestellt, das insbesondere die jungen Ärzte nach Brandenburg locken soll.

Das Konzept sieht vor, dass Medizinstudenten ein Stipendium von monatlich 500 bis 1.000 Euro erhalten. Im Gegenzug verpflichten sich die angehenden Ärzte zur Eröffnung oder Übernahme einer Praxis in medizinisch unterversorgten Landesteilen Brandenburgs für die Dauer von mindestens fünf Jahren. Für diese Maßnahme stehen zwischen 2019 und 2022 insgesamt 14,4 Millionen Euro zur Verfügung. Pro Semester können bis zu 50 medizinische Studenten gefördert werden.

Das Klinikum Brandenburg unterstützt

Zudem wirbt die Vereinigung verstärkt für das Praktische Jahr in Krankenhäusern, das die jungen Mediziner vor Eröffnung ihrer eigenen Praxis absolvieren müssen. Hierbei unterstützt auch das Städtische Klinikum Brandenburg. Die unterschiedlichen Fachbereiche des Klinikums bieten den Studenten nach ihrer Prüfung im Praktischen Jahr anwendungsorientierte Ausbildungen und untermauern das theoretische Wissen. Hilfreich ist dabei die enge Vernetzung mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB).

„Wir schaffen adäquate Möglichkeiten für die Absolventen, weil uns die medizinische Grundversorgung der Menschen in Brandenburg am Herzen liegt“, erklärt Prof. Dr. med. Ivo Buschmann. Für den Klinikdirektor der Hochschulklinik

für Angiologie am Klinikum Brandenburg, Campus der MHB, ist es wichtig, dass Patienten auch in Non-Metropolregionen von allen Vorteilen der Hochleistungsmedizin profitieren können, unabhängig davon, wo sie wohnen. Hier spielt insbesondere auch die Möglichkeit der jetzt entstehenden Universitätsklinik eine wichtige Rolle.

Ein Ausblick

Universitäre Studien untersuchen die Prävention von Volkskrankheiten und werten diese Daten in groß angelegten Registern aus. In überregionalen Lauflaboren kann sich jeder Brandenburger über seine Geleistung informieren. Dabei kommen hochmoderne Verfahren wie die Augenhintergrund-Analyse (durch ein einfaches Mikroskop) oder auch die Bestimmung des Gefäßalters zum Einsatz, welche es gesunden wie auch erkrankten Menschen ermöglichen, sich umfangreich auf ihre Gesundheit und Fitness untersuchen zu lassen. Durch die Verbreitung von E-Health-Projekten kann der Arzt mittlerweile 100 Kilometer entfernt von seinem Patienten sitzen und seine Patienten über eine Video- und Audiokommunikation befragen. Der Gesetzgeber hat dieser Möglichkeit schon zugestimmt.

GP

Quellen

<https://www.kvbb.de/praxis/studium-weiterbildung/foerderprogramm/>

<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>

<https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/statement-der-aok-nordost-zum-brandenburg-stipendium-fuer-angehende-mediziner/>

Zentrum für Innere Medizin I

Klinikdirektor der Hochschulklinik für Angiologie

Prof. Dr. med. Ivo Buschmann

Sekretariat

☎ (03381) 411550

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

Mit dem Cochlea-Mobil zu den Patienten

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop zur „Woche des Hörens“

Quelle

<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2665726?resultClick=1&redirect=true>

Mehr als zehn Jahre richtete die HNO-Klinik jedes Jahr den sogenannten Tag des Hörens aus, um Patienten über Neuigkeiten in der Hörgeräteversorgung zu informieren. Meist kamen ältere Paare oder Männer, die ihre Frauen geschickt hatten, um unverbindlich einen Hörtest zu machen. Dabei stellte sich heraus, dass das Gros der Interessierten ein Hörgerät brauchte. 2019 wurde daraus im Rahmen der von der Firma Cochlea durchgeführten Initiative „Ich will hören“ eine ganze Woche. Vom 13. bis einschließlich 17. Mai fuhren gemeinsam mit einem Mitarbeiter des Herstellers implantierbarer Hörhilfen vom Städtischen Klinikum Brandenburg die Chefärztin der HNO-Klinik, Oberarzt Dr. med. Andreas Wichterei sowie die Assistenzärzte Dr. Josefine Holdys, Kateryna Kilbas und Christian Wojtas mit dem Cochlea-Mobil nach Genthin, Ziesar, Treuenbrietzen, Rathenow und Jüterborg.

Hoher Bedarf an Hörhilfen

Die Möglichkeit, in der Hörkammer des Mobils die Hörschwelle testen zu lassen, nahmen insgesamt 186 Personen wahr. Deren Durchschnittsalter lag bei 74,2 Jahren. 28 gaben an, bereits ein Hörgerät zu tragen. Zusätzlich wurden die Ohren mit dem Otoskop untersucht, doch nur vereinzelt wurden Krankheiten im Bereich des Trommelfells festgestellt. Hingegen kam man an allen Stationen zu derselben Erkenntnis wie zuvor beim Tag des Hörens am Klinikum: Der Großteil der Menschen brauchte ein Hörgerät. In Ziesar lag der Anteil sogar bei 100 Prozent, in den anderen Städten waren es 61,7 bis 73,9 Prozent.

Schlechte Versorgung Hauptursache

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop erwähnt in diesem Zusammenhang eine Grauziffer, sprich, die Menschen in Deutschland seien mit Hörhilfen weniger gut ausgestattet als die in anderen

Orten: „In Rathenow gibt es einen HNO-Arzt, aber keinen von der KV. Der Nächste ist in Premnitz, sodass der Besuch bei einem schmalen Renten-Budget zu einer Geldfrage wird“, beschreibt die Chefärztin die Situation in ländlichen Regionen. Ein weiterer Grund könnte Angst vor Stigmatisierung sein, schließlich seien Hörgeräte mit Alter verbunden. Die Lösung einer flächendeckenden Versorgung der Menschen in Brandenburg sieht die HNO-Ärztin vor allem in mobilen Einrichtungen: „Die Patienten kamen gezielt und reagierten durchweg positiv.“

Zusammenhang von Schwerhörigkeit und Demenz

Dass sich ein dauerhaft gutes Hörvermögen positiv auf Demenz auswirkt bzw. abnehmende Hörleistung ein Vorbote dieser sein kann, haben David G. Loughrey vom Trinity College in Dublin und Kollegen in einer auf 36 Studien zu Altersschwerhörigkeit und Kognition basierenden Metaanalyse nachgewiesen. „Diese Ergebnisse sollten zum Anlass genommen werden, um Patienten die Möglichkeit zu geben, zeitnah etwas für ihre Hörleistung im Alter zu tun. Und das überall“, so das abschließende Fazit von Birgit Didczuneit-Sandhop.

MA

Klinik für HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

Chefärztin

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Sekretariat

☎ (03381) 411700

E-Mail: hno@klinikum-brandenburg.de

Das MHB-Mobil on Tour

Ein Angebot des Vereins zur Förderung der Ausbildung in Medizin und Gesundheitsberufen e.V.

Im Land Brandenburg wurde 2014 die Ausbildung von Medizinern an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) begonnen. Ziel dieser Neugründung war und ist es, dem Ärztemangel im Flächenland Brandenburg entgegenzuwirken. Dazu müssen einerseits die Studierenden die Region mit ihren potenziellen Arbeitsbedingungen kennenlernen. Zum anderen müssen die Kommunen von den zukünftigen Absolventen der MHB wissen. Dies ist noch nicht hinreichend der Fall. Daran will der Förderverein mit dem Projekt MHB-Mobil etwas ändern, indem eine Brücke zwischen Städten und Gemeinden Brandenburgs und den Studierenden der MHB geschlagen wird. Das MHB-Mobil bringt Studierende an verschiedene Orte, wo sie Näheres über die Arbeits- und Lebensbedingungen aus erster Hand erfahren. Umgekehrt gewinnen die Vertreter der Kommunen und dort praktizierende Ärzte eine konkrete Vorstellung von der Ausbildung an der MHB – möglicherweise ihres zukünftigen medizinischen Nachwuchses. Bei der praktischen Umsetzung des Projekts wird der Förderverein von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) unterstützt. Bisher führten die Fahrten nach Guben und Luckau. In beiden Städten wurden die Studierenden vom Bürgermeister, von Kommunalvertretern sowie ortsansässigen Ärzten sehr herzlich empfangen. Besucht wurden etwa die Dialysepraxis der Fachärztin Elke Wecke-Harbarth und die Landarztpraxis von Dr. Erhard Kiesel in Crinitz. Abgerundet wurden die Programme durch eine Besichtigung des Plastinariums zum Studieren der Körperwelten bzw. des ehemaligen Braunkohleabbaus Wanninchen, der ins Heinz Sielmann Natur-Erlebniszentrum Wanninchen umgewandelt wurde. Die Tour enthielt aber auch andere



„Perlen“ wie den Spreewald um Lübben und das Kloster Neuzelle in der gleichnamigen Stadt. Der Austausch war rege und die Resonanz positiv: „Es war wirklich eine Bereicherung und ich freue mich, wenn es weiterhin diese tollen Fahrten mit dem MHB-Mobil geben wird. Es ist wirklich ein fabelhaftes Projekt!“, freut sich Johanna Seiffert, Studentin im neunten Semester. Dem hatte Jan Auswitz, derzeit im fünften Semester, nichts hinzuzufügen: „Wir sind immer noch alle ganz beseelt von unseren Eindrücken aus Luckau. Das war wirklich Wahnsinn.“ Die Planung für die nächste Fahrt am 19. und 20. Oktober hat bereits begonnen.

*Prof. Dr. Günter Fleischer,
Vorsitzender Förderverein*

*Professor Fleischer überreicht
Jan Auswitz die Botschafter-
Urkunde
(im Hintergrund Gustav Stark).*

Die Gesichtsnervenlähmung

Eine ernstzunehmende Erkrankung mit guten Heilungschancen



© Gunnar Bloehle

In der Regel tritt sie plötzlich und unvorhergesehen auf mit für Patienten weitreichenden und mitunter belastenden Folgen. Anzeichen einer Fazialisparese (Parese, griechisch = Erschlaffung) sind beispielsweise ein Augenlid, das sich nicht mehr schließen lässt, ein hängender Mundwinkel, Schmerzen im Bereich des Ohrs. Manche Betroffene können sich nicht mehr richtig artikulieren oder ihr Geschmackempfinden ist beeinträchtigt, schlimmstenfalls ist das Gesicht entstellt. Dem zugrunde liegt eine Lähmung des Nervus facialis. Seinen Sitz hat der siebte von zwölf Hirnnerven im Hirnstamm. Er verläuft beidseitig innerhalb und außerhalb des Schädels durch einen knöchernen Nervenkanal nahe des Ohrs neben Hör- und Gleichgewichtsnerv, weiter durch die Ohrspeicheldrüse bis zur Gesichtsmuskulatur, wo er sich verästelt. Er versorgt und steuert die Gesichtsmuskeln – den Kaumuskel ausgenommen – und hat eine wichtige Funktion für Nasenschleimhaut, Speichel- und Tränendrüse bzw. Tränen- und Speichelfluss, den Geschmackssinn, das Hören sowie das Berührungsempfinden.

Zwei Arten von fazialer Parese

„Es muss unterschieden werden zwischen der zentralen und der peripheren Gesichtsnervenlähmung“, weiß Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop. Ursachen der ersten Form kann ein Schlaganfall oder eine Hirnhautentzündung sein, wodurch die Steuerung des Nervus facialis im Gehirn gestört ist. „Sobald Lähmungserscheinungen auftreten, sollte unbedingt ein Arzt aufgesucht werden. Wir in der HNO-Klinik sind jedoch ausschließlich zuständig für die periphere, meist halbseitige Gesichtsnervenlähmung, die häufiger vorkommt als die zentrale“, so die Chefärztin weiter. Von 100.000 erkranken 20 bis 25 Patienten pro Jahr. Darunter am stärksten vertreten

sind jüngere Erwachsene, jedoch können Menschen jeden Lebensalters davon betroffen sein. Für Diabetiker, insbesondere wenn ihr Blutdruck erhöht ist, besteht ein größeres Risiko, wenn ihr Blutzucker schlecht eingestellt ist.

Gesichtsnervenlähmung ohne erkennbare Ursache am häufigsten

Bei 75 Prozent der von peripherer Gesichtsnervenlähmung betroffenen Patienten ist nicht festzustellen, worauf diese zurückzuführen ist. Auch der Anlass der sogenannten idiopathischen Fazialisparese bleibt offen. Zu ihnen zählen seit einigen Jahren vermehrt werdende Mütter in den letzten Schwangerschaftsmonaten, wobei der Anteil Erkrankter bei 45 von 100.000 liegt. Mögliche, nicht nachweisbare Ursachen sind Zugluft, eine abgeklungene Entzündung, eine durch Stress hervorgerufene Autoimmuninfektion, Druckschäden am Nerv oder ein erneut im Körper aktiv gewordener Virus als Erreger. Oft verschwinden die Symptome nach wenigen Wochen von allein, eine Behandlung zur Unterstützung dieses Prozesses wird dennoch empfohlen.

Bakterielle und Virusinfektionen als Auslöser

Neben einer Borreliose kann eine verschleppte Ohrspeicheldrüsen- oder Mittelohrentzündung, die sich wiederum zur chronischen Knocheneiterung auswachsen kann, eine periphere Fazialisparese auslösen. Der Nerv schwillt dabei an und schädigt sich eingeklemmt im Kanal selbst. Ohne Therapie kann es zum Durchbruch kommen und letztlich das Gehirn betroffen sein: „Eine Knocheneiterung darf nicht auf die leichte Schulter genommen werden“, warnt die Chefärztin. Zudem sei auch bei Menschen ohne Knochenschale der Nerv anfälliger als bei anderen, ergänzt sie in diesem Zusammenhang. Entzündungen hervorrufen können auch Viren wie

Herpes zoster, weswegen nach Auftreten der Lähmungserscheinungen sofort ein Antivirumittel gegeben werden sollte. Nach zwei Tagen erübrigt sich dies, da keine aktiven Viren mehr vorhanden sind und die Medikamentengabe somit wirkungslos ist. Zusätzlich wird der anti-entzündliche Arzneistoff Prednisolon verabreicht, der dem Abschwellen der Kapsel um den Nerv dient, wodurch die Entzündungsfolgen wiederum schneller abklingen.

Schädigung des Gesichtsnervs durch Verletzungen und Tumore

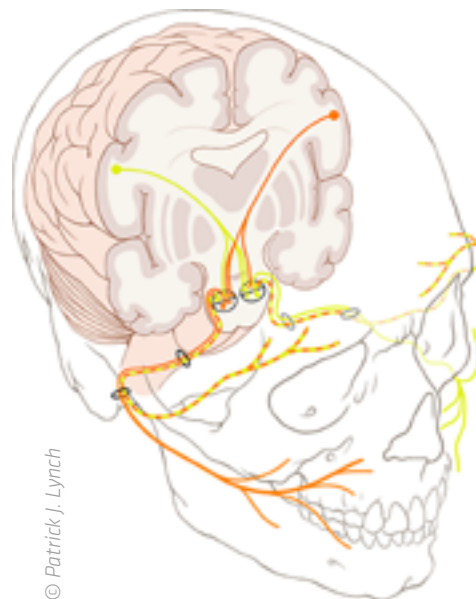
Gravierende Kopfverletzungen wie bei einem Schädelbasis- oder Felsenbeinbruch sind eine weitere Ursache von peripherer Fazialisparese. Hier sind es Splitter von Knochen, Risse im Kanal bzw. Zerrungen, die Schaden verursachen und den Nervus facialis auch durchtrennen können. Geschwülste und kleine Tumore können ihn bzw. seine Äste ebenfalls angreifen. Auslöser dessen ist u.a. Hautkrebs, der in die Tiefe gewachsen ist und den Nerven anfrisst. „Es muss unbedingt kontrolliert werden, dass in dem Fall keine Metastasen entstehen“, so der Rat von Birgit Didczuneit-Sandhop. Diese entwickelten sich in der Ohrspeicheldrüse, wo der Nerv verläuft und sich in kleine Äste aufteilt, um Auge, Mund, Wange und Stirn zu innervieren. Daneben gibt es kleine gutartige Tumore, sogenannte Neurinome, die sich im Hirn bilden. Beispielsweise das Akustikusneurinom geht oft mit Schwerhörigkeit einher. Seine Entfernung hängt von der Lage ab, die mittels CT oder MRT ermittelt wird. Eine Operation ist jedoch nicht zwingend erforderlich.

Gesichtsnervenlähmung bildet sich in den meisten Fällen zurück

Patienten mit peripherer Fazialisparese werden in der HNO-Klinik zehn Tage stationär aufge-

nommen. Tägliche Kontrollen des Therapieverlaufs anhand einer Zehn-Punkte-Tabelle geben Aufschluss über Veränderungen im Zuge der Behandlung. In den meisten Fällen trete erfahrungsgemäß Heilung ein: „Insbesondere bei der idiopathischen Form der Erkrankung bildet sich die Nervenlähmung vollständig zurück, sodass Patienten ohne weitere Beeinträchtigung entlassen werden können.“

MA



© Patrick J. Lynch

Klinik für HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

Chefärztin

Dr. med. Birgit Didczuneit-Sandhop

Sekretariat

☎ (03381) 411700

E-Mail: hno@klinikum-brandenburg.de

Das künstliche Kniegelenk im Wandel der Zeit

Fast 120 Jahre Knie-Endoprothetik und ihre Entwicklung



Pionier der Knie-Endoprothetik
Themistocles Gluck

Das Knie ist das größte Gelenk im menschlichen Körper – ein komplexes System aus Oberschenkelknochen, Kniescheibe, Gelenkknorpeln, Meniskus und Schienbein. In unserem Bewegungsapparat zählt es zu den am meisten beanspruchten Gelenken. Aus unterschiedlichen Gründen kann es seinen Dienst verweigern und Schmerzen verursachen. Häufigste Ursache sind Arthrosen oder eine Beschädigung durch einen Unfall. Ist keine alternative Behandlungsmethode möglich, kann es durch ein Kunstgelenk ersetzt werden. Die Implantation einer Knieprothese ist heutzutage für den erfahrenen Operateur ein Standardeingriff, der auf eine vor 120 Jahren erfolgte Pionierarbeit zurückgeht.

Den Grundstein in der Knie-Endoprothetik legte zu Beginn des 20. Jahrhunderts Themistocles Gluck, ab 1890 chirurgischer Chefarzt des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin-Wedding. Hier setzte er die erste, aus Elfenbein bestehende Knieprothese ein. Mithilfe von Kolophonium und Gips wurde das Scharniergelenk im Knochen verankert. Das Füllmaterial verursachte jedoch Infektionen, und es kam bald zu Lockerungen des künstlichen Gelenks. Dennoch war diese Art der Befestigung für viele Jahre maßgebend in der Prothetik.

1950er-Jahre: Fixierung des Implantats durch Knochenzement

Rund 50 Jahre später füllte Sir John Charnley erstmals die Räume zwischen Knochen und Prothese mit Knochenzement auf. Der britische Chirurg gilt als Wegbereiter im Bereich Hüft-Endoprothetik und hatte den Rat eines befreundeten Dentisten befolgt. Knochenzement findet bis heute vielfach Verwendung in der Implantatfixierung. Er gilt als langlebig, stabil und ist unmittelbar nach dem Eingriff belastbar.

Daneben wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren verschiedene einachsige Scharnierprothesen entwickelt. Als bahnbrechende Neuerungen galten die Kunstgelenke der Operateure Walladius (1952), Shiers (1954) bzw. Young (1963). Das Einsteifen dieser Gelenke führte jedoch zu Problemen, denn die Prothesen dieser Zeit sollten gerade das Beugen und Strecken des Beins erhalten. Die vielseitige Anatomie des Kniegelenks blieb unberücksichtigt.

1970er-Jahre: Die anatomische Knieprothese mit Kunststoffkomponenten

Das änderte sich Mitte der 1970er-Jahre. Die Amerikaner Insall und Burnstein vom Hospital of Special Surgery in New York entwickelten einen anatomischen Oberflächenersatz für das Kniegelenk, der sich den menschlichen Bewegungen anpassen konnte. Dessen Oberschenkelkomponente war aus Metall hergestellt und wurde in einem flexiblen Kunststoffmaterial gelagert. So ließ sich die Reibung reduzieren. Zudem konnte die Bewegung der Kniescheibe berücksichtigt werden, sodass ein nahezu voll bewegliches Kniegelenk entstand.

Diese Art der Knie-Endoprothetik ist seither über viele Generationen weiterentwickelt worden. Viele Details verbesserten den Kniegelenkserersatz. So wurde die Form der Oberschenkelrolle weiter dem menschlichen Körperbau angepasst. Die Spezialisten legten auch großes Augenmerk auf das korrekte Gleiten der Kniescheibe. Außerdem konstruierten sie bis zu acht verschiedene Kunstgelenke. Mit diesen Auswahlmöglichkeiten kann eine Anpassung der Prothese so nah wie möglich am originalen Körperteil erfolgen.

1990er-Jahre: Einführung der Navigations-technik

Neben der Perfektionierung des Prothesendesigns stand die letzte Dekade des vergangenen Jahrhunderts im Zeichen verbesserter Operationstechniken. Um individueller auf den Knochenaufbau eines Patienten eingehen zu können, hielt die Navigationstechnik Einzug. Bei dieser Methode wurden die Positionen der Knochen durch Abtasten ermittelt und die jeweilige Knieform und Beinausrichtung am Computer berechnet. Die daraus resultierende Abbildung diente dem Chirurgen als Operationsvorlage.

2010 bis heute: 3D-Implantate und Robotertechnologie

Heutzutage ermöglichen neue Technologien wie das dreidimensionale Drucken die Herstellung maßangefertigter Schnittblöcke basierend auf CT- oder MRT-Bildern. Diese auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Prothetik erlaubt eine deutlich verbesserte Anatomie. Auch muss wesentlich weniger Knochenmaterial entfernt werden. Um die Schnittblöcke passgenau am Knochen zu platzieren, nutzen Chirurgen den Einsatz von Robotern, was ein sicheres Operieren und eine mit der Operationsplanung übereinstimmende Implantation ermöglicht. Neben der Knochensituation übernehmen die Weichteile eine entscheidende Rolle für eine gute Kniegelenksfunktion, denn darin ist das Schmerzempfinden der Patienten verortet.

Bei allen technologischen Errungenschaften aus 120 Jahren bleibt immer noch der Faktor Mensch als ungewisse Komponente einer Knieimplantation. Aspekte wie die Aktivität eines Patienten, Gewicht, Erkrankungen und nicht zuletzt psychologische Gesichtspunkte haben Einfluss auf den Erfolg einer Operation. „Unser erklärtes

Ziel ist eine hohe Haltbarkeit von 25 Jahren zu erreichen“, erklärt Prof. Dr. med. Roland Becker, Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Brandenburg. „Wir möchten, dass unsere Patienten hochzufrieden sind und wieder glücklich am aktiven Leben teilnehmen können.“

GP



Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. Roland Becker

Sekretariat

☎ (03381) 411900

E-Mail: orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

Palliative Care – von Mensch zu Mensch

Akademie veranstaltet Kongress in Brandenburg

Der Begriff Palliative Care oder Palliativversorgung steht für ein ganzheitliches Konzept zur Betreuung und Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und deren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Sie erhalten gleichermaßen körperliche, geistige und seelische Unterstützung. Vorrangiges Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten durch Linderung von Schmerzen und belastenden Beschwerden zu verbessern. Betroffene sollen trotz Krankheit möglichst symptomfrei am Alltagsgeschehen teilnehmen können. Um den Bedürfnissen der Erkrankten gerecht zu werden, ist ein fachübergreifendes Netzwerk aus Ärzten, Pflegefachkräften, Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Pflegediensten und ehrenamtlichen Hospiz-Mitarbeitern erforderlich. Darüber hinaus kümmert sich die palliative Einrichtung um Familie und Freunde des Pflegebedürftigen.

Koordination durch die Akademie für Palliative Care

Zur Koordination des interdisziplinären Netzwerks bestand in der Vergangenheit dringender Bedarf an einer einrichtungsübergreifenden Aus- und Weiterbildungsstätte. Zu diesem Zweck entstand der gemeinnützige Verein „Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg“. Er wurde 2006 auf Initiative des Städtischen Klinikums Brandenburg, des Evangelischen Diakonissenhauses Berlin-Lehnhin-Teltow sowie des gemeinnützigen Vereins „Jedermann Gruppe“ in Brandenburg gegründet.

Ziel der Vereinigung war es laut Gründungssatzung, eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung im Land Brandenburg herzustellen. Dazu wurden die beteiligten Berufsgruppen und ehrenamtlichen Mitarbeiter auf regelmäßig

stattfindenden Fachtagungen und Kongressen informiert. Zudem realisierte die Akademie für Palliative Care in enger Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer (LÄK) Brandenburg Fallseminare zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“. Überdies bot die Jedermann Gruppe Basiskurse in Palliative Care für Pflegefachkräfte im Umfang von 160 Stunden an.

In den vergangenen Jahren entstanden zusätzliche Hospize und eigenständige Palliativstationen der Krankenhäuser und anderer gesundheitsfördernder Einrichtungen. Darüber hinaus etablierte sich 2009 die ambulante Palliativversorgung (SAPV). Viele dieser Einrichtungen schlossen sich mit Vereinigungen wie dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) oder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zusammen oder schufen zur Verwaltung eigene Dachorganisationen.

Zukunft der Akademie und Palliativkongress

Damit ergibt sich die Frage, ob und in welcher Form eine Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg weiterhin ihre Berechtigung hat. Nach einer Zeit der Neufindung beschlossen die aktuellen Mitglieder unter dem Vereinsvorsitz von Prof. Dr. med. P. Markus Deckert, die Akademie fortzuführen. „Als ein sichtbares Zeichen veranstalten wir im November 2019 den 6. Palliativkongress in Brandenburg“, erklärt der Chefarzt des Fachbereichs Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin am Klinikum Brandenburg. Der eintägige Kongress richtet sich an Ärzte, Pflegefachkräfte, ehrenamtlich Tätige und Interessierte. Leitthema wird das im Dezember 2015 beschlossene Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) im Land Brandenburg sein.

Geplant ist, die wesentlichen Regelungen in verschiedenen Vortragsblöcken darzustellen. In anschließenden Diskussionsrunden soll die Förderung der Gesetzesumsetzung erörtert werden. „Darüber hinaus werden wir uns mit der spezialisierten Palliativversorgung in ländlichen Bereichen beschäftigen“, führt der Facharzt weiter aus. Es ist ebenfalls ein Gesellschaftsabend zum Kennenlernen und zur Vernetzung der Teilnehmer vorgesehen.

Über den Kongress hinaus arbeitet die Akademie an der Reorganisierung der eigenen Vereinswebseite. Neben umfassender Information und Aufklärung soll das Webangebot zukünftig dabei unterstützen, neue Mitglieder zu gewinnen. „Sofern Ihnen die Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Brandenburg am Herzen liegt, laden wir Sie herzlich ein, Mitglied der Akademie zu werden“, erklärt Deckert. Insbesondere die Verbreitung und Vernetzung palliativer Angebote sowie die Weiterbildung oder Forschung sind dabei von entscheidender Bedeutung. Denn Palliative Care ist eine Institution von Menschen für Menschen.

GP



Vorankündigung des 6. Kongresses der Akademie für Palliative Care im Land Brandenburg

- 23.11.2019 von 9:00 – 17:00 Uhr
- Ort: Pauli Kloster Brandenburg an der Havel
- Kongressmotto: „Würdevoll bis zuletzt – Palliative Care gemeinsam gestalten“
- Anmeldung ist bereits möglich
- Der Kongress wird in Kooperation mit der Jedermann Gruppe Brandenburg an der Havel ausgerichtet.
- Der Kongress wendet sich an Ärzte sowie Pfleger in spezialisierten Einrichtungen, aber auch an jene in der häuslichen Pflege und in Pflegeeinrichtungen, an Therapeuten, ehrenamtlich Tätige und Interessierte.
- Das detaillierte Kongressprogramm ist auf der Website der Jedermann Gruppe www.jedermann-gruppe.de abrufbar.

Ehrgeiz versus Ethik – Forschung an Hingerichteten

„Research is calling!“ zum umstrittenen Anatomen Hermann Stieve

Aktueller kann ein Forschungskolloquium kaum sein. Am 13. Mai wurden in einer Gedenkfeier auf dem Dorotheenstädtischen Friedhof in Berlin histologische Präparate der Erde übergeben. Sie stammen vor allem von Frauen, die während der Nazi-Diktatur im Gefängnis Plötzensee hingerichtet wurden. Einen Tag später lud das digitale Kolloquium unter dem Motto „Research is calling!“ in den Videokonferenzraum des Campusgebäudes der MHB ein, um sich medizinhistorisch mit Anatom Hermann Stieve zu beschäftigen, in dessen Nachlass sich die Gewebeproben befunden hatten. Referenten waren die Studentin Isabel Freiberger in Brandenburg an der Havel und Anatomieprofessor Andreas Winkelmann, zugeschaltet vom Campus in Neuruppin. Isabel Freiberger lieferte den historischen Hintergrund: „Gab es während der Weimarer Zeit kaum noch Todesurteile, stieg ihre Zahl mit der Machtergreifung der Nazis enorm an.“ Selbst Delikte wie Plünderung oder Hochverrat endeten vor dem Scharfrichter. Die Anatomie griff auf die Hingerichteten zurück. Ein Begräbnis wurde ihnen verwehrt. Davon profitierte Hermann Stieve, erhielt er doch nach eigener Aussage einen „Werkstoff, wie ihn kein anderes Institut der Welt besitzt“. Insbe-

sondere der weibliche Zyklus interessierte den damaligen Leiter des Anatomischen Instituts der Berliner Universität. Er meinte, dieser verändere sich unter Einfluss von Todesangst, der die Verurteilten ausgesetzt waren. Unter anderem entnahm er den Ermordeten Eierstöcke und erstellte histologische Präparate. „Dass Stieve auch die Todesangst der Frauen zum Thema seiner Forschung gemacht hat, ist schwer erträglich. Er hat sie damit zu Objekten gemacht“, sagte Prof. Dr. Andreas Winkelmann, der einen Teilnachlass von Stieve historisch untersucht. Kritisch zu sehen ist auch, dass die von Stieve dokumentierten Informationen über die Frauen nicht immer stimmen, wie Isabel Freiberger in ihrer Forschungsarbeit nachwies. So hatte der Anatom etwa die Todesumstände während und nach dem Krieg verschleiert. „Wir können nur spekulieren, was ihn dazu bewogen hat“, so die Studentin. Mit dem Format „Research is calling!“ greift die MHB regelmäßig aktuelle Forschungsthemen auf und präsentiert sie dank des Videokonferenzsystems einem großen Publikum. Damit können alle MHB-Standorte sowie Partner miteinander verbunden werden – Wissenszuwachs, ohne extra reisen zu müssen.

CB



»Notfallmedizin interessierte mich schon als Kind«

Dr. med. Wiebke Weiland, Chefärztin der zentralen Notaufnahme

Gemeinsam mit einem 28-köpfigen Team aus Ärzten und Pflegekräften versorgt sie etwa 37.000 Patienten im Jahr. Die Notaufnahme ist eine der größten im Land Brandenburg. Sie ist Anlaufstelle für den Rettungsdienst, für Patienten mit notfallmäßigen Krankenhauseinweisungen bzw. jene, die sich notfallmäßig selbst vorstellen.

„Ich freue mich sehr, dass ich zur Chefärztin ernannt worden bin“, so Wiebke Weiland, die die Notaufnahme seit Juli 2010 als Leitende Oberärztin geleitet hat. Zuvor war sie Assistenzärztin in Ludwigsfelde und später als Fachärztin im Potsdamer Ernst von Bergmann Klinikum tätig. Aktive Notfallmedizinerin ist sie bereits seit 1991. Ihr Interesse hervorgerufen an der „Notfallmedizin mit all ihren Facetten“ hat eine Knieverletzung, die sich die Chefärztin als Kind beim Schlittschuhlaufen mit ihrem Großvater in ihrem Heimatort Parchim am Silvestertag zugezogen hat. „Die Wunde war tief, der kleine Finger des Arztes passte hinein, und wir sind den Weg in die Klinik und zurück gelaufen“, erzählt sie. In der chirurgischen Ambulanz sei sehr viel los gewesen und die Arbeit, die Ärzte und Schwestern verrichteten, hätte sie fasziniert. Manches kannte sie schon aus den Erzählungen eines Onkels, der ebenfalls Rettungsmediziner gewesen ist. Doch letztlich waren es die Eindrücke aus der Ambulanz, die Wiebke Weiland bewogen haben, Medizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald zu studieren.

Die Ernennung zur Chefärztin der Notaufnahme ist nicht die einzige berufliche Veränderung. Darüber hinaus wird sie eingebunden sein in das geplante Integrierte Notfallzentrum (INZ) am Klinikum. Hintergrund dessen ist die grundlegende Reform der stationären Notfallversorgung in Deutschland hin zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Das heißt, in einem INZ



werden zukünftig der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung und die Notaufnahme des Krankenhauses gemeinsam agieren. Für Dr. Weiland und das Team der Notaufnahme verspricht man sich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und vor allem Entlastung.

Ob sie dann wieder mehr zum Schachspielen kommt? Die ehemalige Bezirksmeisterin – während des Studiums spielte sie zeitweise in der DDR-Liga – hat in einer Partie gegen ihren ältesten Sohn Nachholbedarf festgestellt.

MA

Notaufnahme/Rettungsstelle

Chefärztin

Dr. med. Wiebke Weiland

Sekretariat

☎ (03381) 412900

E-Mail: rst@klinikum-brandenburg.de

Rettung aus der Luft

Das Team um Christoph 35 am Klinikum kann sich bestens aufeinander verlassen.

„Ohne Vertrauen untereinander könnten wir unsere Arbeit nicht machen“, konstatiert Dr. Martin Hochstatter, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Brandenburg und leitender Hubschrauberarzt. „Wir“, das sind ein Pilot der Bundespolizei, ein Notfallsanitäter und der Notarzt, die im Jahresmittel drei-, viermal am Tag zu schwierigen Einsätzen gerufen werden. Geflogen wird von Sonnenauf- (frühestens 7 Uhr) bis Sonnenuntergang, ganzjährig. Im letzten Jahr waren es insgesamt 1.333 Rettungseinsätze. Träger der Luftrettung ist das Land Brandenburg, die Organisation erfolgt durch die Stadt Brandenburg in Auftragsverwaltung. Brandenburg an der Havel ist seit 1992 eine von zwölf Stationen deutschlandweit, denen mit Christoph 35 ein Zivilschutzhubschrauber des Bundes zur Verfügung gestellt wurde. Hauptaufgabe ist das schnelle Heranführen des Notarztes und der Transport schwer Verletzter oder Erkrankter. Der Notfallsanitäter ist von der Johanniter Unfallhilfe bzw. der Berufsfeuerwehr und hat eine Zusatzausbildung, um den Piloten auf dem Hinflug bei der Navigation und insbesondere in Notsituationen zu unterstützen. Am Notfallort ist er wiederum in die Patientenversorgung eingebunden.

Notfallmedizin = Medizin in Grenzsituationen

Der Notarzt – einer von insgesamt 20 – gehört der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie des Klinikums an. Während der Regelarbeitszeit verrichtet er Tätigkeiten, wo er schnell abkömmlich ist. Denn in zwei Minuten muss er bei Bedarf am Hubschrauberlandeplatz sein. „Noch während der Ausbildung stellt sich für manch angehenden Notfallmediziner nach wenigen Einsätzen heraus, dass es langfristig nicht das Richtige für ihn ist“, weiß Dr. Hochstatter. „Um dabei zu bleiben, muss jeder seinen Umgang mit belasten-



den Ereignissen finden.“ In lebensbedrohlichen Lagen sind die Mittel zu Diagnostik und Therapie anders als im Krankenhaus begrenzt. Auch die Umgebung ist meist völlig ungeeignet. „Hinzu kommt das Rendezvous-System. Das heißt, außer uns ist ein Rettungswagen oder noch ein Notarztfahrzeug am Einsatzort“, erklärt Hochstatter. „Teamführung ist dann eine zusätzliche Herausforderung, auch müssen Entscheidungen rasch getroffen werden, die in dieser Konstellation mir als Oberarzt obliegen.“ Der Patientenkontakt ist kurz, aber entscheidend, und häufig zeichneten schnell getroffene Maßnahmen baldige Erfolge. Ebenso befriedigend sei es zu sehen, mit einfachen Mitteln eine Gefahrensituation gemeistert zu haben, so der Ärztliche Leiter.

Ein Einsatz, der sich besonders eingepägt hat

Vor einigen Jahren wurde Christoph 35, dessen Einsatzgebiet von Neuruppin bis in den Fläming sowie von der Elbe bis Berlin reicht, in ein



kleines Dorf im nördlichen Sachsen-Anhalt gerufen. Ein Junge von etwa sieben Jahren war beim Spielen durch eine Glastür gefallen, hatte sich dabei die Bauchdecke aufgeschnitten, sodass es zu einem Darmvorfall kam. Nachdem Dr. Hochstatter ihn notfallmedizinisch versorgt hatte, flogen er und sein Team den Jungen nach Magdeburg, wo die Kollegen der kinderchirurgischen Abteilung übernahmen. Dank der guten und reibungslosen Versorgung – Routine und breites Wissen über die Abläufe der Luftrettung durch eine Mindestzahl geleisteter Dienste sind essenziell für die Qualitätssicherung – gab es keine bleibenden Schäden.

Psychohygiene ist unerlässlich

Doch was ist, wenn ein Einsatz keinen guten Ausgang nimmt? „Dann tauschen wir uns im Team aus“, erklärt Martin Hochstatter, der als Jugendlicher Sanitätshelfer war. „Uns verbindet ein freundschaftlich-kollegiales Verhältnis und das Gespräch ist eine gute Methode, um belastende Situationen zu verarbeiten.“ Kehren Einsatzbilder in Ruhephasen wieder, ist es ein Signal dafür, dass etwas nicht stimmt. Für den Fall gibt es das Einsatznachsorgeteam in Potsdam, bestehend aus Rettungsmitarbeitern und Psychotherapeutinnen. „Am schlimmsten ist die Hilflosigkeit, wenn Verletzungen so stark oder eine Erkrankung so schwer ist, dass trotz bestmöglicher Versorgung keine Rettung möglich ist“, sind sich der Ärztliche Leiter und Pilot Falk Mrosko einig. Dann kann nur noch der Tod festgestellt werden und es tritt der menschlich-ethische Aspekt in den Vordergrund, wobei sich dann Notfallseelsorger mit einem speziellen Hilfsangebot um die Hinterbliebenen kümmern.

Dankbarkeit und Vertrauen

Die Retter aus der Luft werden oft von der Bevölkerung unterstützt. Denn nicht immer kann der Hubschrauber aufgrund von Hindernissen wie Stromleitungen am Einsatzort landen. Dann wird ein Auto angehalten und um Mitnahme gebeten. „Die Menschen in Brandenburg sind sehr hilfsbereit. Uns wurden schon bei Unfällen Decken und ähnliches angeboten“, erzählt Martin Hochstatter. Die Zahl der jährlichen Einsätze von Christoph 35 ist mit 1.200 bis 1.400 konstant, wobei in nur knapp 12 Prozent der Fälle ein Patient transportiert wird. Der Rettungsdienst werde jedoch immer häufiger gerufen, auch bei im Verhältnis unbedeutenden Anlässen, so Hochstatter. Gründe dafür sieht er im zunehmenden Anspruchsdenken sowie im demografischen Wandel. Das Wissen älterer Generationen fehle, Alleinerziehende seien häufig überfordert. Überaus dankbar seien aber alle, so schreiben ehemalige Patienten oder ihre Angehörigen teilweise dem Team noch nach Jahren. Doch am meisten freuen sich die Luftretter über das ihnen entgegengebrachte Vertrauen, das ihre Motivation gemeinsam zu helfen noch erhöht.

MA

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

Chefarzt

Dr. med. Mathias Sprenger

Sekretariat

☎ (03381) 411300

E-Mail: its@klinikum-brandenburg.de

»Brandenburg ist meine Heimat«

Aduan Ali Abtillahi arbeitet seit einem Jahr im Bettentransport und möchte eine Ausbildung zum Krankenpfleger machen.

Der gebürtige Somalier lebt seit 2012 in Brandenburg an der Havel. Bevor er anfangs, Patienten am Klinikum von A nach B zu bringen, war er schon als Dolmetscher für Arabisch und Somali dort tätig. „Dass ich das Krankenhaus kannte, war mit ein Grund, warum das Klinik Service Center mich eingestellt hat“, berichtet der 25-Jährige. Er ist verheiratet und hat eine kleine Tochter, die nächstes Jahr in den Kindergarten kommt. Seine Frau macht momentan einen Lehrgang und möchte Altenpflegerin werden. „Sie hat viel Ahnung und hat mir geraten, mich für die Ausbildung zum Krankenpfleger zu bewerben“, fährt Aduan Ali Abtillahi fort. „Denn eigentlich wollte ich Mechatroniker werden.“ Sie kommt wie er aus Somalia, kennengelernt haben sie sich, als er ehrenamtlich für das Diakonische Werk in Potsdam übersetzt hat. In einem großen Betrieb wie dem Städtischen Klinikum zu arbeiten, betrachtet er als Vorteil. „In der Zeit als Bettentransporteur habe ich schon viele Einblicke gewonnen. Wir helfen den Krankenschwestern und Pflegekräften beispielsweise beim Umlagern von Patienten.“ Er und seine Kollegen seien für diese da, wenn sie etwas brauchen. Bei vielen Patienten stellt er ein Redebedürfnis fest: „Viele möchten wissen, woher ich komme und warum ich hier bin, damit habe ich aber kein Problem, im Gegenteil“, erzählt Abtillahi.

„Arbeit muss gemacht werden“, so die Haltung des 25-Jährigen. Wie jeder Job habe der Bettentransport seine Vor- und Nachteile. Abtillahi und seine etwa 30 Kollegen müssten viel laufen, weswegen er nur noch selten sonntags mit älteren Herren in Hühnstücken Fußball spielt. Das Verletzungsrisiko ist hier hoch, ein gebrochener Fuß wäre fatal. Zum Ausgleich macht er regelmäßig Kraftsport.

Dafür war im vergangenen Jahr wenig Zeit, da er den Mittleren Schulabschluss nachgeholt hat, um sich als Krankenpfleger ausbilden zu lassen. „Arbeit und Schule waren anstrengend. Werde ich genommen, verdiene ich in den drei Jahren weniger als jetzt“, räumt Abtillahi ein. Doch es sei besser, als gelernte Kraft zu arbeiten, es biete Sicherheit und eine Perspektive. „Außerdem ist es absehbar. Ich hoffe sehr, dass es klappt. Mein Traum ist, hinterher übernommen zu werden.“ Zumal er gern am Klinikum arbeite und Brandenburg mit seiner Natur und dem vielen Wasser zu seinem Zuhause geworden ist.

MA



© Jacqueline Steiner

»Ein unbeschreibliches Gefühl«

Prof. Dr. med. Roland Becker besteigt alle zwei Jahre einen der 4.000er-Gipfel. Zuletzt das Matterhorn im schweizerischen Wallis.

Einen Versuch hatte der Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie bereits unternommen, der wegen Schneefall abgebrochen werden musste. Das Gestein ist extrem brüchig, jede Saison verunglücken am 4.478 Meter hohen Wahrzeichen der Eidgenossen Menschen tödlich, mehr als an allen anderen Bergen der Schweiz.

Damit ihm auf Touren wie dieser nichts geschieht, begleitet Roland Becker ein Bergführer, den ihm ein Berner Schulterchirurg empfohlen hat. „Wir haben uns gleich verstanden und über die Zeit ist eine persönliche Beziehung entstanden“, so der Chefarzt. „Einen Tag machen wir nur Technik, üben schwierige Passagen. Das Gute dabei, es passiert nichts, wenn man ins Seil fällt.“ Mangels Erfahrung ist Vertrauen wichtig, gerade wenn der Weg unbekannt ist, über Geröll und auf den letzten tausend Höhenmetern über Schneefelder führt, die Steigeisen erforderlich machen. Am Matterhorn werde nur am Felsen geklettert. Dafür braucht man Ausdauer und Kraft. „Vier Monate habe ich mich vorbereitet, unter anderem habe ich am Rennsteiglauf im Mai teilgenommen, somit war ich fit.“

Außer Roland Becker und seinem Bergführer hatten am 21. August 2017 60 weitere Seilschaften dasselbe Ziel. Übernachtet wurde in der Hörnlihütte auf 3.260 Metern. Geweckt wird dort um 4 Uhr, wenig später ist Aufbruch mit Stirnlampe wegen der Dunkelheit und in festgelegter Reihenfolge. Die Schweizer Bergführer gehen mit ihren Gästen voraus, dann folgen die außerhalb von Zermatt, damit sie andere nicht aufhalten, da sie die Route nicht so gut kennen. „Bummeln geht nicht, sonst schafft man es nicht.“

Das Matterhorn sei fordernd, passagenweise habe Becker mit dem Seil gesichert werden müssen, beschreibt er den sechsstündigen Aufstieg: „Mit dem Wetter hatten wir großes Glück. Strahlendblauer Himmel, wenig Wind, durch die

Bewegung und die Kletterausrüstung war die Kälte kaum zu spüren.“ Das Gefühl, nach den Anstrengungen den Gipfel eines Berges erreicht zu haben, sei unbeschreiblich. Belohnt werde man mit einer faszinierenden Aussicht auf eine unberührte Berglandschaft. Oben lang aufgehalten hat er sich nicht, auf der ein Quadratmeter großen Fläche sei aufgrund der nachrückenden Bergsteiger zu wenig Platz. „Die Freude, die Herausforderung geschafft zu haben, Adrenalin und Bauchkribbeln zu spüren – das macht schon Spaß. Man hat dabei auch viel Zeit zum Nachdenken.“

MA



Gripeschutzimpfung

Warum es sich lohnt, gegen Influenza vorzubeugen.



Ute Wolf

© Jacqueline Steiner

Mit 800 Todesfällen und 180.000 laborchemisch diagnostizierten Fällen war die Grippe-saison 2018/2019 im Vergleich zum Vorjahr mit doppelt so viel Betroffenen moderat. „Damals wurden die Infizierten reihenweise umgemäht“, berichtet die Betriebsärztin des Städtischen Klinikums Ute Wolf. „Anders als beim grippalen Infekt, der schleichend mit Hals- und Kopfschmerzen sowie erhöhter Temperatur beginnt, ist Grippe ein Ereignis. Sie kommt von einer zur nächsten Stunde über einen, Erkrankte sind bis zu zehn Tage völlig ausgeknockt und weitere drei, vier Wochen geschwächt“, fährt sie in der Beschreibung fort. Und die, die sie einmal gehabt hätten, möchten sie nie wieder bekommen. Demnach sollte sich jeder für die Impfung gegen Grippe entscheiden – oder doch nicht?

Mythen rund um Gripeschutz

„Die Quote des Klinikums von bis zu 20 Prozent ist im Verhältnis zu der anderer Krankenhäuser sehr gut“, so Wolf. Mit dazu bei trägt sicher ihre Informationsveranstaltung „Mythen und

Fakten zur Grippe“ inklusive Impfangebot, die die Betriebsärztin gemeinsam mit dem Leiter der Mikrobiologie PD Dr. med. Erik Glocker jeden Oktober durchführt. Denn noch immer sieht sie sich insgesamt einer Reihe von Irrtümern konfrontiert, die sich hartnäckig halten.

„Die Gripeschutzimpfung wirkt nicht“

Mit einer Effektivität von 40 Prozent kann eine Gripeschutzimpfung nicht alles vermeiden. Die Infektion – betroffen sind oft 20- bis 40-Jährige – verläuft damit jedoch weniger schwer. Vor allem fällt die Mortalitätsrate nicht so hoch aus, zumal die Ursache insbesondere bei älteren Patienten meist Komplikationen oder eine Begleiterkrankung wie Pneumonie ist. Die Ständige Impfkommission rät speziell Berufstätigen, die in Kontakt mit Menschen stehen – beispielsweise Busfahrer, Mitarbeiter von Service Centern, in Kitas und Schulen –, und chronisch etwa an Diabetes oder Bluthochdruck Erkrankten zur Impfung, damit sie gewappnet sind und das Virus nicht weiter verbreiten.



© iStock, Fernando Madeira

Impfung als Verdienstmöglichkeit für die Pharmaindustrie?

Tatsächlich macht der Sektor Impfungen nur ein Prozent des Krankenkassenbudgets aus. Nicht zuletzt gesamtgesellschaftlich betrachtet ist dies kein Argument gegen Schutz vor Ansteckung, weil Erkrankungen und somit Schäden verhindert werden.

Nebenwirkungen wie bei anderen Impfungen auch

„Jeder muss für sich abwägen. Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schläffheit, Kopfschmerzen oder ein Gefühl wie zu Beginn einer Erkältung gehören auch bei dieser Impfung dazu“, erläutert Ute Wolf. Sie hielten ca. drei Tage an, wobei sich eine Koinzidenz der Ereignisse wie das Auftreten einer Erkältung oder eines grippalen Infekts eine Woche später nicht vermeiden lässt. Umgekehrt ist ein Schnupfen kein Hinderungsgrund, sich impfen zu lassen. „Natürlich gibt es Kontraindikationen, doch auch mit leichtem Fieber bis 38 Grad kann geimpft werden“, räumt die Betriebsärztin ein.

Vierfach-Impfung inzwischen Standard

Ein weiterer Punkt, den viele Gegner der Gripeschutzimpfung ins Feld führen, ist die vermeintlich schlechte Qualität des Impfstoffs. „Das stimmt so nicht“, erwidert Ute Wolf. „Wir verwenden seit letzter Saison die Vierfach-Impfung.“ Der Stoff wird immer zu Anfang eines Jahres, im Januar, Februar in Vorausschau auf die kommende Grippesaison entwickelt. Federführend ist dabei die Frage, welche Erreger eine Rolle spielen könnten, sprich, kommt das Virus auch an, gegen das geimpft wurde? Erreger verändern sich schnell, wovon logischerweise zum einen die Wirksamkeit des neuen Impfstoffs abhängt. Andererseits erfordert diese Eigen-

schaft anders als bei Masern jährliches Impfen, um geschützt zu sein.

Gute Überwachung durch das Robert Koch-Institut

Ebenfalls im Januar, Februar erreichen Grippe-Wellen ihren Höhepunkt, weswegen ein späterer Impftermin als September möglich ist. Erhoben werden die Daten in bundesweiten sogenannten Sentinelpraxen. Bei Verdacht auf Grippe erfolgt ein Abstrich, der ausgewertet und an das Robert Koch-Institut geschickt wird. Als zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention erstellt es auf Basis dieser Erhebung eine Statistik, die im Sommer für die zurückliegende Saison im Internet abrufbar ist. Dort ist auch die Wanderung der Grippewelle eines Jahres nachvollziehbar, die wöchentlich aktualisiert wird. Wie die kommende Saison verlaufen wird, ist nicht vorhersehbar. Hingegen hängt erfahrungsgemäß die Zahl derer, die sich impfen lassen, von der Schwere der Vorangegangenen ab. Ute Wolf jedenfalls wünscht sich, dass zunehmend Fakten anstelle von Mythen impfentscheidend sind.

MA

Veranstungskalender

Jeden Freitag | 14:30–16:00 Uhr

Rückbildungsgymnastik

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Physiotherapie (Haus 3)

Leitung: Solveig Müller-Siebert, Hebamme

Anmeldung unter (0171) 4981648

12.09.2019 | 19:00 Uhr

Betreuung gesunder und kranker Neugeborener, Vorsorgemaßnahmen, Impfung, Ernährung, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

26.09.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

09.10.2019 | 10:00–16:00 Uhr

Aktionstag »Was kann Selbsthilfe« – Infostände und Vorträge

Städtisches Klinikum Brandenburg, Haus 3,
Magistrale

Leitung: Caritasverband für das Erzbistum
Berlin e.V., Freiwilligenzentrum und Selbsthilfe-
kontaktstelle (BIKS) • ohne Anmeldung

17.10.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

22.10.2019 | 15:00–18:00 Uhr

Tag der offenen Tür, Onkologisches Zentrum »Verletzlichkeit ist das, was uns verbindet«

Städtisches Klinikum Brandenburg, Haus 3,
Magistrale

Ein Gemeinschaftsprojekt des Onkologischen
Zentrums • ohne Anmeldung

24.10.2019 | ab 19:00 Uhr

Wegweiser durch den Antragsdschungel

Städtisches Klinikum Brandenburg, Aufenthalts-
raum Station 2.2

Leitung: Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg
an der Havel und Schwangerenberatungsstelle
ohne Anmeldung

14.11.2019 | 19:00 Uhr

Informationen rund um die Geburt, Kreißaalbesichtigung

Treffpunkt: Städtisches Klinikum Brandenburg,
Aufenthaltsraum Station 2.2

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

20.11.2019 | 10:00–16:00 Uhr

Tag der offenen Tür, Zentrum für Innere Medizin 1 Bedrohliche Herzrhythmusstörungen – wie schütze ich mich vor dem plötzlichen Herztod?

Städtisches Klinikum Brandenburg, Haus 3, Magistrale

Leitung: Prof. Dr. Ritter (Klinikdirektor der Klinik
für Kardiologie, Pulmologie und Nephrologie)

18:00–20:00 Uhr

Vorträge zum Thema der Herzwoche

MHB - Theodor Fontane, Campus Brandenburg,
Nicolaiplatz 19, Brandenburg an der Havel



Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Anästhesiologie und Intensivtherapie

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

Augenheilkunde

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Gefäßchirurgie

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

HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

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

Zentrum für Innere Medizin I

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

Zentrum für Innere Medizin I

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

Kinderchirurgie

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

Kinder- und Jugendmedizin

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

Neurochirurgie

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

Urologie und Kinderurologie

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

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

Impressum

Herausgeber: Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH, Hochschulklinikum der MHB Theodor Fontane, Hochstraße 29, 14770 Brandenburg an der Havel, www.klinikum-brandenburg.de

Redaktion: havelcom concept – Marion Appelt, Dr. Gerhard Pappert, Claudia Braun

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

Druck: Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG

Kontakt: Anregungen, Themenvorschläge und Hinweise können gern per E-Mail gerichtet werden an: leserbriefe@klinikum-brandenburg.de



Ist es gesundheitsschädigend, die Nase hochzuziehen?

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

Der Herbst naht und damit die Erkältungszeit. Das heißt Halsschmerzen, Husten und Schnupfen. Als Kind bekam ich immer zu hören, ich solle nicht die Nase hochziehen, das sei nicht gut für die Gesundheit und anschließend den Schleim hinunterzuschlucken zudem unhygienisch. Ist wirklich etwas dran und ist der Gebrauch eines Taschentuchs die bessere Alternative, um das Riechorgan vom lästigen Sekret zu befreien? Ich empfinde es ja als störend, wenn Menschen sich laut schnäuzen, geschweige denn ihren Ärmel benutzen ...

Tatsächlich birgt starkes Naseputzen durch den dabei entstehenden Druck Gefahren. Einmal kann es zu schmerzhaften Mittelohrentzündungen kommen, indem beim Schnäuzen der Schleim der entzündeten Nasenschleimhaut über die Nasenrachen und Mittelohr verbindende Ohrtrumpete ins Mittelohr gelangt. Ähnlich schlimm ist es, wenn das Sputum bis in die benachbarten Nasennebenhöhlen vordringt. Bei gesunden Menschen fließt das Sekret von dort über kleine Kanäle in die Nase und gelangt entweder nach draußen oder ins Körperinnere. Doch bei starkem Schnupfen sind die Verbindungen zugeschwollen. Bei jedem Naseputzen

oder -hochziehen füllen sich die Nebenhöhlen, was zu einer Entzündung selbiger oder sogar zu einer Operation führen kann, damit der Patient wieder Luft bekommt. Es wurden auch Fälle berichtet, bei denen heftiges Schnäuzen den Druck in den oberen Atemwegen vorübergehend lebensbedrohlich erhöht hat. Unter bestimmten anatomischen Voraussetzungen kann bei extrem kraftvollem Schnäuzen Luft in die Augenhöhle gepresst werden, sodass die Augen hervorquellen. Dann doch lieber die Nase hochziehen, denn wie ich auch herausgefunden habe, befördern die Härchen der Nasenschleimhaut das unliebsame Sekret automatisch Richtung Magen. Und was befindet sich dort? Magensäure! Sie erledigt alle Keime. Ist das nicht toll?

Ihr Dr. Nikki Ulm

