



ALLERGENEN AUF DER SPUR

Sehkraft

Die Makula
im Fokus

Fatigue

Anhaltende
Erschöpfung

Sicherheit

Ärztliche
Zweitmeinung

MEDIZIN UND FORSCHUNG	Wenn das Bild Flecken bekommt	4
	„Wir lernen ständig dazu“	6
	Wenn einfach alles zu viel ist	8
	Vermeiden auf Verdacht hilft nicht	10
	Mit Geduld wird alles besser	12
MENSCHEN AM KLINIKUM	„Stillstand? Gibt es nicht!“	14
	Medizin für das ganze Leben	15
	Garten, Enkel, Impfstelle	16
SERVICE	Für eine sichere Entscheidung	18
	Altersmedizin als Teamaufgabe	20
	Schnelle Hilfe	22
	Kontakt zu den Kliniken im Überblick	23
	Impressum.	23
	Dr. Nikki Ulm	24

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir bekommen Zuwachs! Dank eines frischen Feststellungsbescheids vom Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg haben wir die Möglichkeit, die Betten in unserem Klinikum von derzeit 474 auf künftig 492 zu erhöhen. Wir nutzen dieses Bettenplus unter anderem dafür, die Alterstraumatologie in unserem Haus zu etablieren. Das bedeutet, dass wir Patienten, die älter als 70 Jahre sind und in der Rettungsstelle aufgenommen werden, spezifisch untersuchen. Dabei geht es neben der akuten Verletzung auch um altersbedingte Erkrankungen, Beschwerden oder auch Hilfsbedürftigkeit. Das alles wird berücksichtigt, um ältere Patienten individuell und bestmöglich versorgen zu können. Mehr zum Thema Alterstraumatologie und Altersmedizin erfahren Sie in diesem Magazin.

Nach einer rund einjährigen Phase des Planens und Bauens konnten wir jetzt den Ausbau unserer Rettungsstelle abschließen. Sechs zusätzliche Behandlungsplätze haben wir damit gewonnen und es ist zudem ein separater Bereich für die Behandlung infektiöser Patienten entstanden.

Und ein weiteres Mal bekommen wir Zuwachs: In diesem Sommer haben die ersten Studenten der Medizinischen Hochschule Brandenburg MHB ihren Abschluss gemacht. Einige der Absolventen haben schon ihre Tätigkeit als Assistenzärzte in unserem Klinikum aufgenommen. Was im Jahr 2014 mit der Gründung der MHB begonnen hat, trägt nun Früchte – auch für uns als Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel. In unserem aktuellen Klinikjournal erfahren Sie wieder viel Wissenswertes über Therapiemög-



lichkeiten verschiedener Krankheiten. Darunter sind Krankheitsbilder wie der Fersensporn, die Altersbedingte Makuladegeneration, das Fatigue-Syndrom und auch „Long Covid“ als Bezeichnung für die Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion.

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

Wir wünschen Ihnen gute Unterhaltung beim Lesen.

Im Namen des Klinikums
Ihre

Gabriele Wolter, Geschäftsführerin



Wenn das Bild Flecken bekommt

Gut vier Millionen Menschen sind in Deutschland von altersbedingter Makuladegeneration betroffen



Dr. med. Markus Kathke

Unsere Augen sind Hochleistungssportler. Die Netzhaut im Auge ist das stoffwechselaktivste Gewebe unseres Körpers und hat die höchste Sauerstoffausschöpfung aus den sie versorgenden Gefäßen. Denn die Leistung des Sehens verbraucht viel Energie. Selbst im Dunkeln und bei geschlossenen Augen laufen viele energieintensive Stoffwechselprozesse ab, sodass die Netzhaut, anders als andere Gewebe, nur bedingt regenerative Phasen hat. Die stete Aktivität bedeutet, dass ständig Stoffwechselendprodukte anfallen. Zum größten Teil werden sie in ihren Zellen recycelt. Der „Rest“ muss von einer einschichtigen Zell-Lage, dem Netzhautpigmentepithel, abgebaut werden. Funktionieren diese Prozesse nicht richtig – und das Risiko steigt mit zunehmendem Alter –, hat das Konsequenzen für unser Sehen. Vor allem die Makula, der Bereich unseres schärfsten Sehens in der Netzhaut, hat unter den nicht abtransportierten Abfällen zu leiden.

Im schlimmsten Fall kann eine Altersbedingte Makuladegeneration, kurz: AMD, entstehen. Von dieser Krankheit sind in Deutschland mehr als vier Millionen Menschen betroffen. Sie ist bei uns die häufigste Ursache für Erblindungen von Menschen, die älter als 65 Jahre sind. Die Art und Form sowie die Aggressivität der Erkrankung werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Eine genetische Veranlagung spielt ebenso eine Rolle wie die Lebensweise des Patienten. Das

Rauchen beispielsweise wirkt sich besonders negativ aus.

Es gibt zwei Arten der AMD. Die häufigere Form ist die trockene AMD. Bei ihr zeigen sich „nur“ Ablagerungen – sogenannte Drusen – unter und in der Netzhaut. Bei der sogenannten feuchten Form bilden sich neue durchblutete gefäßartige Strukturen, aus denen Flüssigkeit oder sogar Blut in das Netzhautgewebe gedrückt wird. Die feuchte Form ist die aggressivere Variante und führt unbehandelt oft binnen weniger Wochen zum Verlust der Lesefähigkeit. Das typische Symptom sind Verzerrungen oder fleckiges Sehen.

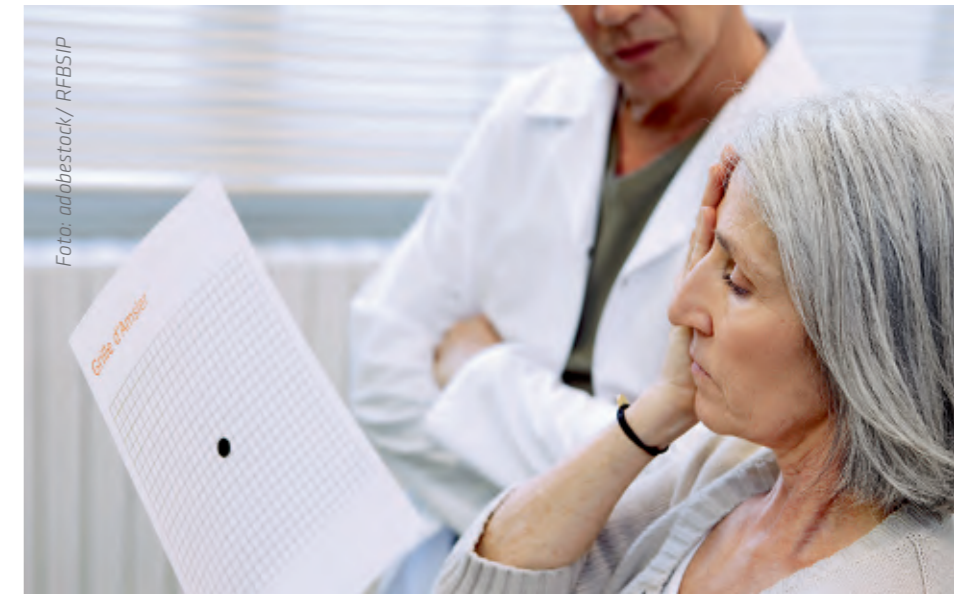
In aller Regel geht eine feuchte Makuladegeneration aus der zuvor trockenen Form hervor. Die trockene Form entwickelt sich oft schleichend und wird daher zu Beginn häufig nicht wirklich wahrgenommen, zumal für viele im Alter eine langsame Sehminderung als normal empfunden wird. Doch das Risiko für eine Makuladegeneration nimmt jenseits des 60. Lebensjahres deutlich zu. Um den Verdacht auszuräumen, ist eine Untersuchung des Augenhintergrundes angeraten. Insbesondere dann, wenn bei Eltern oder Geschwistern bereits eine solche Erkrankung diagnostiziert wurde und eine genetische Vorbelastung anzunehmen ist.

Für die Diagnostik der Makuladegeneration stehen heutzutage neben der normalen Augenhin-

tergrunduntersuchung mehrere sich ergänzende Untersuchungsmethoden zur Auswahl. Bei der Fluoreszenzangiographie zum Beispiel wird ein fluoreszierender Farbstoff in die Blutbahn gespritzt und dann über mehrere Minuten sein Verhalten in den Netzhautgefäßen gefilmt. Hierbei zeigen sich sehr deutlich krankhafte und undichte Gefäße. Wichtigstes Werkzeug für die Diagnose und vor allem für die Verlaufskontrolle ist die SD-OCT, die spektrale optische Kohärenz-Tomographie. Hierbei können mit einem hochempfindlichen Laser-Messverfahren am Netzhautgewebe im Schnittbild Auflösungen bis auf wenige Mikrometer genau abgebildet und so Veränderungen in fast zellulärer Größenebene in den einzelnen Schichten sichtbar gemacht werden. Einige Geräte können sogar in Echtzeit zeigen, wie sich die Blutkörperchen in den Kapillaren, den kleinsten Gefäßen unseres Körpers, bewegen.

Ist die Diagnose gesichert, kann die Therapie starten. Die feuchte Makuladegeneration wird aktuell mit sogenannten Antikörperfragmenten behandelt. Sie sollen das Wachstum der ungewünschten neuen Blutgefäße im Auge hemmen und die fehlgeleiteten Gefäße so wieder zur Rückbildung bringen. Experten sprechen von einem Anti-VEGF-Mittel. Dabei steht VEGF für „vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor“. Das Anti-VEGF-Mittel muss regelmäßig und der Krankheitsaktivität entsprechend unter sterilen Bedingungen in das Auge eingespritzt werden. Derzeit sind dafür vier Medikamente in regulärer Verwendung. Mittlerweile hat sich diese Behandlung zu dem häufigsten operativen Eingriff in der Augenheilkunde entwickelt. Die aktuelle Forschung sucht daher Wege, um die Effektivität zu erhöhen und die Häufigkeit der Behandlung reduzieren zu können. Und sie sucht andere Möglichkeiten der Medikamentengabe als das Einspritzen ins Auge.

Ziel ist es, die aggressive feuchte wieder in die trockene Form der Makuladegeneration zu überführen. Die Therapie zieht sich oft über Jahre hin und kann im Falle der Behandlung beider Augen bis zu fast wöchentlichen Augenarztbesuchen



Der Amsler-Gitter-Test: Nimmt der Patient die Gitterlinien verzerrt wahr, kann das ein Hinweis auf eine Netzhauterkrankung sein.

führen. Mit den Injektionen ist es aber oft möglich, die Sehschärfe wieder merklich zu verbessern und für die folgenden Jahre den weiteren Verfall des Sehvermögens aufzuhalten oder zumindest erheblich zu verzögern. Eine komplette Heilung ist derzeit noch nicht möglich.

Für die trockene Makuladegeneration gibt es aktuell noch keine medikamentöse Behandlungsmöglichkeit. Es laufen aber intensive Forschungen, um auch hier Fortschritte zu erzielen. Der Druck ist groß. Denn die Zahl der Betroffenen ist hoch und sie wächst in einer Bevölkerung mit steigender Lebenserwartung stetig an.

Dr. med. Markus Kathke

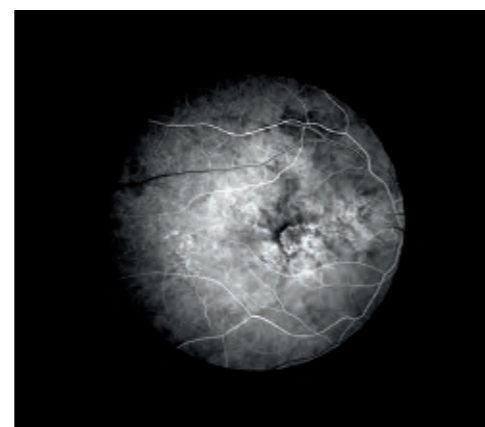
Klinik für Augenheilkunde

Dr. med. Markus Kathke

Sekretariat

☎ (03381) 411950

augenklinik@klinikum-brandenburg.de



Fotos von links: Normaler Augenhintergrund ohne Auffälligkeiten.

Augenhintergrund bei feuchter AMD mit zentraler Flüssigkeitsansammlung (gelber Fleck links).

Krankhaftes Gefäßnetz (Mitte) bei einer feuchten AMD.

„Wir lernen ständig dazu“

Oberarzt Dr. med. Till Bornscheuer über Symptome und Therapie von Long Covid



Dr. med. Till Bornscheuer,
Oberarzt in der Klinik für
Hämatologie, Onkologie und
Palliativmedizin

Vier Wochen sind die magische Grenze. Wenn Covid-19-Patienten auch noch vier Wochen nach ihrer akuten Infektion unter anhaltenden Beschwerden leiden, die nicht durch eine andere Erkrankung erklärbar sind, sprechen Experten von Long Covid. Gemeint ist damit eine verzögerte Genesung nach der Infektion mit dem tückischen Virus Sars-CoV-2. Dabei gibt es unterschiedliche Schätzungen darüber, wie viele der Covid-19-Patienten von solchen Langzeitfolgen betroffen sind. „In internationalen Studien differieren die Angaben zwischen zehn und 90 Prozent“, erklärt Dr. med. Till Bornscheuer. Der Oberarzt am Zentrum für Innere Medizin II am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel leitet seit dem vergangenen Jahr die Covid-19-Station im Haus.

Es hat sich gezeigt, dass Long Covid sowohl bei Patienten auftritt, deren akuter Krankheitsverlauf von schweren Symptomen begleitet war, als auch bei Patienten mit leichten Verläufen. Wie Dr. Till Bornscheuer erklärt, lasse es sich nicht prognostizieren, wen Long Covid mit welcher Wahrscheinlichkeit und mit welchen Symptomen treffen könnte. Selbst Kinder, die grundsätzlich ein „geringeres Risiko für schwere Covid-19-Verläufe haben“, so der Oberarzt, berichten von Langzeitfolgen.

Bis heute gibt es keine klare medizinische Definition für Long Covid. Mediziner und Forscher tragen derzeit die Symptome zusammen, über

die Patienten nach der eigentlich überstandenen Infektion klagen. Deren Berichte sind sehr vielfältig – genauso wie die Krankheit selbst.

Da gibt es zum einen die längere Rekonvaleszenz, die gerade nach einer schweren Erkrankung zu erwarten ist, bei der die Lunge stark in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die Folge könne eine vernarbte Lunge sein, die wiederum für eine eingeschränkte Sauerstoffsättigung im Blut des Patienten verantwortlich ist, wie Dr. Till Bornscheuer erklärt. Ebenso könne persistierender, also anhaltender Husten auftreten. Andere Pa-

tienten klagen – auch nach ansonsten eher leichten Verläufen – über den Verlust von Geschmacks- und Geruchssinn, über Gewichtsverlust, Übelkeit, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, verminderte Leistungsfähigkeit, muskuläre Probleme. Sogar eine eingeschränkte kognitive Leistung mit Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen wird mittlerweile mit einer überstandenen Corona-Infektion in Verbindung gebracht. Es gebe Berichte von Betroffenen, erklärt der Oberarzt, in denen

es heißt: „Ich konnte plötzlich nicht mehr klar denken.“

„Wir haben es hier mit einer komplexen neuen Erkrankung zu tun, deren Folgeprobleme nicht weniger komplex sind“, konstatiert Dr. Till Bornscheuer. Bei der Behandlung konzentrieren sich die Mediziner darauf, die Symptome zu bekämpfen. Mit einer Therapie, die gezielt auf die



Wir haben es hier mit einer komplexen neuen Erkrankung zu tun, deren Folgeprobleme nicht weniger komplex sind.

Dr. med. Till Bornscheuer
Oberarzt



Foto: adobestock/ Quality Stock Arts

Long Covid bedeutet, dass Patienten auch noch vier Wochen nach einer akuten Covid-19-Infektion unter Beschwerden leiden.

Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet ist. Das ist das Mittel der Wahl, bis die eigentlichen Ursachen für die unterschiedlichsten Langzeitfolgen aufgedeckt sind und es entsprechende Therapie-Empfehlungen gibt.

So werden Patienten, deren Lungen stark vernarbt sind, beispielsweise mit einer Kortison-Stoßtherapie behandelt. Denjenigen, die unter einem Erschöpfungssyndrom leiden, können unter anderem leichter Sport, gut strukturierte Tage und psychotherapeutische Unterstützung helfen (mehr Informationen zum Fatigue-Syndrom auf den Seiten 8-9). Beim Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns wird zunächst überprüft, ob es organische Ursachen für diese Beschwerden gibt. Ist das nicht der Fall, gehen die Mediziner davon aus, dass es sich wahrscheinlich um eine Schädigung in den Nervenzellen handelt. Aktuellen Studien zufolge kommen beide Sinne bei den meisten Betroffenen peu à peu wieder zurück, erklärt der Covid-19-Experte.

Auch bei vielen anderen Beschwerden würden Patienten nach etwa einem halben Jahr von einer deutlichen Besserung berichten. Einige erklärten sogar, dass die Covid-Schutzimpfung zu einem Abklingen der Symptome beigetragen habe. Diese zahlreichen Erfahrungsberichte sind für Dr. Till Bornscheuer ein Beleg für die große Bandbreite der akuten Symptome und Langzeitfolgen von Covid-19. Davon sei jede Altersstufe betroffen. Patienten, die nach überstandener Covid-19-In-

fektion bei sich Symptome wie die oben beschriebenen feststellen, sollten sich an ihren Hausarzt wenden, empfiehlt der Mediziner. So könne der Verdacht auf Long Covid abgeklärt werden.

Derzeit gibt Long Covid noch viele Rätsel auf. Doch der Oberarzt ist optimistisch, was baldige Lösungen angeht: „Wenn es einen Bereich gibt, in dem sich das Wissen exponentiell vermehrt, dann ist es Covid“, sagt er. Und weiter: „Überlegen Sie doch einmal, wie wenig wir vor anderthalb Jahren wussten.“ Jetzt – mit der Erfahrung von mehreren Millionen Infektionen allein schon in Deutschland – wird diese Krankheit intensiv erforscht. „Wir lernen ständig dazu“, sagt Dr. Till Bornscheuer. Er steht mit Hochschulambulanz in anderen Bundesländern im Austausch, um neue Erkenntnisse und Behandlungsansätze möglichst schnell zu erfahren. Der Wissenszuwachs sei enorm – sowohl über die akute Covid-19-Erkrankung als auch über Long Covid.

Zentrum für Innere Medizin II

Oberarzt

Dr. med. Till Bornscheuer

Sekretariat

(03381) 411600

innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Wenn einfach alles zu viel ist

Fatigue-Syndrom: Was ist das und was kann helfen?



Prof. Dr. med.
Peter Markus Deckert,
Klinikdirektor Hämatologie,
Onkologie und Palliativmedizin

Dieser Satz. Dieser eine Satz, der bestimmt gut gemeint ist. Und doch so sehr schmerzt: „Jetzt reiß dich mal zusammen!“ Wie oft haben ihn Menschen, die am Fatigue-Syndrom leiden, wohl schon gehört. Wie oft haben sie dadurch gemerkt, dass sie nicht verstanden werden, dass ihre Krankheit nicht ernst genommen wird. Denn „das Fatigue-Syndrom ist tatsächlich eine Krankheit, bei der es nicht mit einem ‚Zusammenreißen‘ getan ist“, betont Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel.

Abgeleitet vom lateinischen „Fatigatio“, das „Ermüdung“ bedeutet, wird „Fatigue“ in dieser Bedeutung heute im französischen und englischen Sprachgebrauch genutzt. In der Medizin bezeichnet es einen Zustand anhaltender Erschöpfung und Müdigkeit. Dieses Gefühl des ständigen Abgespannt-Seins verliert sich auch dann nicht, wenn die Betroffenen ausgiebig schlafen haben. „Sie fühlen sich schlapp, müde und weniger leistungsfähig“, resümiert der Klinikdirektor. Unter dem Fatigue-Syndrom leiden häufig Krebspatienten. Aber auch einige Patienten, die unter Parkinson oder Multipler Sklerose leiden, berichten von entsprechenden Symptomen. Selbst bei den Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion taucht das Fatigue-Syndrom auf.

Experten wie Prof. Dr. Markus Deckert sehen im Fatigue-Syndrom eine „multifaktorielle Erkrankung“. Einerseits spielen natürlich körperliche Belastungen wie eine Chemo- oder Strahlentherapie – oder eine überstandene Covid-19-Infektion – eine Rolle. Andererseits wird auch die Psyche extrem strapaziert. Prof. Dr. Markus Deckert, Facharzt für Hämatologie und Internistische Onkologie, weiß, dass eine Krebsdiagnose die

Betroffenen mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert: „Sie machen die Erfahrung von Abhängigkeit. Sie erleben, dass ihnen ihr Körper nicht mehr wie gewohnt gehorcht.“ Das kann sogar eine reaktive Depression auslösen. „Vielleicht ist es ja eine Schutzreaktion, dass der Körper müde auf die Umwelt reagiert“, meint der Facharzt. Er verweist auf Studien, wonach ein niedriger zweistelliger Prozentsatz von Brustkrebspatientinnen dauerhaft unter einer Abgeschlagenheit leidet. Bei den meisten aber normalisieren sich die Symptome nach etwa einem Jahr wieder.

Einige Patienten klagen auch über ein sogenanntes „Chemo Brain“. Damit sind Auswirkungen der Chemotherapie auf das Gehirn des Patienten und dessen Leistung gemeint. Es handelt sich dabei unter anderem um zunehmende Vergesslichkeit, mangelnde Konzentration und Aufmerksamkeit. Diese Symptome sind nachweislich eine Reaktion auf bestimmte Substanzen in einer Chemotherapie, wie Prof. Dr. Markus Deckert erläutert. In solchen Fällen müsse geprüft werden, ob die Dosis der verdächtigen Substanzen reduziert werden kann.

Es ist normal, dass der Körper auf eine anstrengende Tumortherapie mit Erschöpfung und geringerer Leistungsfähigkeit reagiert. Sind diese Symptome aber auch noch drei Monate nach Ende der Therapie zu beobachten, dann drohe die erwartbare Erschöpfung in ein Fatigue-Syndrom umzuschlagen, erläutert der Klinikdirektor. Er appelliert an die Menschen im Umfeld eines Patienten, auf den Betroffenen zu achten und bei Anzeichen für Fatigue den behandelnden Arzt zu informieren. Er kann zunächst klären, ob es womöglich doch einen organischen Grund für die anhaltende Müdigkeit gibt – zum Beispiel Blutarmut. Ist das ausgeschlossen, sollte eine sehr

individuelle Therapie erstellt werden, die auch psychotherapeutische Elemente enthalten kann. Das eine und für alle gültige Rezept gibt es nicht. „Wir sind hier in einem sehr unscharfen Bereich“, erklärt Prof. Dr. Markus Deckert. Die Diagnose einer Krebserkrankung bringt Betroffene nicht selten in die Situation, eine Lebensbilanz ziehen zu wollen. Wichtig sei es hier, positive Erinnerungen Revue passieren zu lassen. Empfehlenswert ist eine psychotherapeutische Unterstützung. Sie kann helfen, dass sich der Patient jeden Tag ein Stückchen weiter in die richtige Richtung bewegt. Auch wenn es nur ein kleines Stückchen ist. Es geht darum, Kontakte zu Menschen aufzubauen und zu pflegen. Sich vielleicht aus einer gewissen Isolation zu befreien. Selbst ganz einfache Dinge, die „nur“ guttun, können helfen. Chefarzt Prof. Dr. Markus Deckert erinnert in diesem Zusammenhang an alte Hausmittel. Warme Senfwickel zum Beispiel haben eine wohltuende Wirkung. Bettlägerige Patienten fühlen sich eingehüllt, von wohliger Wärme umfassen.

Außerdem hat sich leichte körperliche Bewegung als vorteilhaft erwiesen. „Und das auch schon in der Krankheitsphase“, betont Prof. Dr. Markus Deckert. Der Sport stärkt das Immunsystem und fördert sowohl die körperliche als auch die geistige Leistung. Er gibt den Patienten das positive Gefühl, aus eigener Kraft etwas zu schaffen. Nicht zuletzt aus diesem Grund spielt auf der onkologischen Station des Klinikums die Einbeziehung der Physiotherapie in die Behandlung eine wesentliche Rolle. Sie wird als Therapie, aber auch als Prävention eingesetzt. Die positiven präventiven Wirkungen konnten unter anderem mit einer Studie an der Berliner Charité nachgewiesen werden. Untersucht wurde die Genesung von Patienten mit einer Knochenmarktransplantation. Bei denjenigen, die schon früh zu einem

Laufbandtraining animiert wurden, regenerierte sich das Knochenmark in einer deutlich kürzeren Zeit.

Ein entscheidender Faktor aber ist und bleibt es, auf die Patienten einzugehen und ihre Beschwerden ernst zu nehmen. Sie brauchen Verständnis. Keine Vorwürfe.



Fatigue – der Zustand anhaltender Erschöpfung und Müdigkeit.

Zentrum für Innere Medizin II

Klinikdirektor Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin

Prof. Dr. med. Peter Markus Deckert

Sekretariat

☎ (03381) 411600

innere.med.2@klinikum-brandenburg.de

Vermeiden auf Verdacht hilft nicht

Nahrungsmittelallergien bei Kindern: Prävention und Diät

Christiane Binder weiß, dass es ein langer und schwerer Weg ist. „Allergieprävention“, sagt sie, „beginnt schon ab dem 5. Lebensmonat eines Kindes“. Und Prävention bedeutet nicht etwa, dem Kind von vornherein bestimmte Lebensmittel nicht zu geben. Vielmehr gehe es darum, dass sich das Immunsystem des Kindes frühzeitig mit fremdartigen Eiweißen auseinandersetzt. So könne es diese Eiweiße eher tolerieren. „Die Empfehlung zur Allergieprävention lautet: Kontakt mit dem Lebensmittel“, betont Christiane Binder. Sie ist Allergologisch-pädiatrische Diätassistentin und bietet gemeinsam mit dem Kinderallergologen Dr. med. Ludwik Kurzidim am Klinikum Allergiesprechstunden an. Seit mehr als 30 Jahren sind die Ernährung von Kindern und Diäten bei Nahrungsmittelallergien ihr Spezialgebiet.

Christiane Binder,
Allergologisch-pädiatrische
Diätassistentin



dem 5. Lebensmonat in kleinen Mengen in den Säuglingsbrei zu geben. Ab dem 6. Lebensmonat darf es dann sogar schon mal der Vollmilchbrei sein. Was Erdnüsse betrifft, verweist Christiane Binder auf die LEAP-Studie (Learning Early About Peanut). Darin wurde die Häufigkeit von Erdnussallergien bei Kindern in Israel und in England verglichen. Kinder in Israel kommen über landestypische Gerichte meist schon im 8. oder 9. Lebensmonat mit Erdnüssen in Berührung. Englische Kinder „entdecken“ die Erdnuss erst drei, vier Monate später für sich. Ergebnis der Studie: In England leiden deutlich mehr Kinder an einer Erdnussallergie als in Israel. Die Allergologisch-pädiatrische Diätassistentin rät daher, kleine Mengen an Erdnüssen vermahlen ab dem 6. oder 7. Lebensmonat in den Nachmittags- oder auch Abendbrei zu geben. Vorausgesetzt natürlich, dass nicht schon eine entsprechende Allergie diagnostiziert wurde und Erdnüsse in der Familie überhaupt verzehrt werden.

Zur Abklärung eines Allergieverdachtetes sollte unbedingt ein Facharzt konsultiert werden. Erste Hinweise kann zum Beispiel ein IgE-Test geben, mit dem Antikörper auf bestimmte Lebensmittel im Blut des Kindes nachgewiesen werden. Absolute Gewissheit aber gibt eine Provokation. Dabei bekommt der Patient unter ärztlicher Aufsicht das verdächtige Nahrungsmittel – zunächst eine minimale Dosis, die dann in bestimmten Zeitabständen ganz langsam gesteigert wird. Die Mediziner beobachten dabei die Reaktion des Patienten. Der Fachbegriff für dieses Verfahren lautet: doppelblind-placebo-kontrollierte orale Provokation. Das bedeutet, dass zwei Testmahlzeiten an unterschiedlichen Tagen verabreicht werden: eine mit dem verdächtigen Allergen und eine ohne den vermeintlichen Übeltäter. Diese Untersuchungen werden auch im Klinikum Bran-

Das Immunsystem des Kindes sollte sich frühzeitig mit fremdartigen Eiweißen auseinandersetzen.



Foto: adobestock/ dream79

denburg durchgeführt. Wenn Christiane Binder die Testmahlzeiten vorbereitet, weiß nur sie, in welcher das Allergen enthalten ist. Die Mediziner und auch die anwesenden Eltern werden nicht informiert, um möglichst objektive Testergebnisse zu bekommen. Meist wird innerhalb von vier Tagen die Reaktion auf zwei Nahrungsmittel getestet.

Im Säuglingsalter treten vor allem Allergien auf Kuhmilch, Hühnereier, Erdnüsse, Weizen und Schalenfrüchte auf. Beim Hühnerei gibt es noch die Abstufung, ob zumindest das „verbackene Ei“ vertragen wird. Auch hier können Eltern schon früh etwas für die Allergieprävention tun. Christiane Binder denkt da an das Eierplätzchen, das den Kindern gern mal unterwegs gegeben wird. Oder aber an den sonntäglichen Rührkuchen für die Familie.

Dass es die Erdnüsse unter die Top 3 der Allergene bei kleinen Kindern geschafft haben, liegt nicht zuletzt daran, dass die Menschen ihre Ernährungsgewohnheiten umgestellt haben. „Wer hat schon vor 30 Jahren hierzulande Erdnüsse gegessen?“, fragt Christiane Binder. Und mit der steigenden Zahl von Vegetariern steigt auch die Zahl derjenigen, die häufiger Nüsse oder auch Linsen essen, um die nötigen Proteine im Speiseplan zu haben.

Erst dann, wenn bei Kindern tatsächlich eine Nahrungsmittelallergie diagnostiziert wurde, muss strengste Diät gehalten werden. Und das heißt: Verzicht. Christiane Binder berät die Eltern, worauf geachtet werden muss und wie der Ernährungsplan umgestellt werden kann. Wenn Eier tabu sind, können zum Beispiel Bananen fürs Kuchenbacken genutzt werden. Und für Kuhmilchallergiker gibt es verschiedene Säug-

lings-Spezialnahrungen als Ersatz. Wichtig ist es aber auch, das komplette Umfeld des Kindes für den Verzicht des Allergens zu sensibilisieren. Der eigene Haushalt könne natürlich sehr schnell sehr sicher gemacht werden, weiß die Allergologisch-pädiatrische Diätassistentin. Allerdings müsse auch an Familienfeiern, Kindergeburtstagen, an das Essen in der Kita, ja sogar im Urlaub gedacht werden. In der Kita müssten entsprechende Informationen vom Caterer eingeholt werden. Vor einem Auslandsurlaub sei es hilfreich, sich über Nahrungsmittel-Kennzeichnungen in der Landessprache zu informieren. Christiane Binder verweist auf Informationsmaterial wie einen Sprachführer des Deutschen Allergie- und Asthma-Bundes DAAB (www.daab.de).

Für Kinder, die unter einer Nahrungsmittelallergie leiden, gibt es Hoffnung auf Besserung. Etwa 80 Prozent der Kinder, bei denen eine Allergie auf Kuhmilch, Soja, Hühnerei oder auch Weizen festgestellt wurde, sind diese Nahrungsmittelallergie bis zum Einschulungsalter wieder los. Bei Erdnüssen oder Schalenfrüchten haben immerhin 20 Prozent der Betroffenen dieses Glück.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Westbrandenburg

Allergologisch-pädiatrische Diätassistentin

Christiane Binder

Sekretariat

(03381) 411846

christiane.binder@klinikumwb.de

Mit Geduld wird alles besser

Die Therapie eines „Fersensporn“ zieht sich



Mary Boche,
Oberärztin Zentrum für
Orthopädie und Unfallchirurgie

„Jeder zehnte Deutsche hat mindestens einmal in seinem Leben mit Fersenschmerzen zu tun“, sagt Mary Boche, Oberärztin im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie. Das kann verschiedene Ursachen haben, beispielsweise ein Knochenbruch, Gicht, Einklemmung eines Nerven, der in die Fußsohle ausstrahlt, eine rheumatische Erkrankung oder eine Veränderung des Fußgewölbes. Der Übeltäter ist aber nicht selten eine Plantarfasziitis, eine Reizung der Sehnenplatte an der Fußsohle, landläufig als „Fersensporn“ bezeichnet.

Der Fersensporn selbst ist ein knöcherner Fortsatz, der sich am Fersenbein bildet und meist nur wenige Millimeter groß ist. Er kann an zwei Stellen auftreten. Am hinteren Fersenbein im Bereich des Ansatzes der Achillessehne. Oder aber an der Fußsohle als „plantarer Fersensporn“. Das ist die häufigere Variante. Der Fersensporn ist eine Reaktion unseres Körpers auf viele kleine, unbemerkte Verletzungen durch Überbeanspruchung, Fehlbelastung. Sogar das Tragen unbequemer Schuhe kann solche Mikroverletzungen auslösen. Um das beschädigte Gewebe zu reparieren, schickt der Körper Entzündungszellen in die kritische Zone. Es entsteht so etwas wie ein Schutzfilm aus Kalk. Bei anhaltender Belastung kann daraus ein Fersensporn wachsen. Die meisten Patienten sind 40 bis 60 Jahre alt.

Der Sporn selbst ist nicht schmerzhaft. „Auf vielen Röntgenbildern von Patienten mit einem Sprunggelenkstrauma sehen wir neben der akuten Verletzung oft auch einen Fersensporn, der allerdings keinerlei Probleme bereitet“, berichtet die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie. Schmerzhaft wird es für den Patienten erst dann, wenn sich das umliegende Gewebe entzündet. „Betroffene berichten dann von einem bren-

nenden, stechenden, manchmal auch stumpfen Schmerz.“ Der Schmerzpunkt lässt sich vom behandelnden Arzt leicht lokalisieren. Andere Ursachen sollten durch gezielte Anamnese sowie weiterführende Diagnostik mittels Röntgenbild, MRT oder Ultraschall ausgeschlossen werden.

Für den Patienten heißt die Diagnose Fersensporn, dass er sich auf eine zumeist langwierige Therapie einstellen muss. Die Behandlung kann ein bis zwei Jahre andauern. Die Oberärztin Mary Boche unterteilt die Therapie in zwei Phasen. In der ersten, der akuten Phase geht es vor allem um Schmerzlinderung. Dabei helfen entzündungshemmende Schmerzmittel und Einlagen für die Schuhe, um den Fersenbereich zu entlasten. Auch eine intermittierende lokale Kühlung kann hilfreich sein. Freizeitsportler sollten in dieser Phase eine Pause einlegen und ihren Fuß schonen.

In der zweiten, der subakuten Phase darf der Patient mit speziellen Dehnungsübungen beginnen. Häufig hängt die Überbelastung des Fußes mit einer verkürzten Fuß- und Wadenmuskulatur zusammen. Übungen, bei denen der Fuß in

Der Fersensporn ist ein knöcherner Fortsatz, der sich am Fersenbein bildet.



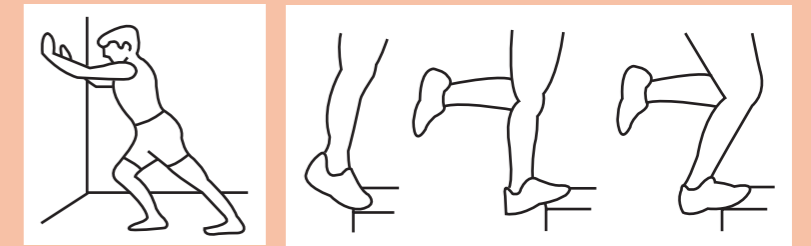
Foto: adobestock/catinsrup

Richtung Schienbein angezogen wird, wirken sich positiv auf die Muskulatur aus. Dieses sogenannte exzentrische Training zur Dehnung lässt sich noch verstärken, indem die große Zehe mit der Hand zusätzlich nach oben gezogen wird. „Wichtig ist“, so Mary Boche, „dass diese Übungen dreimal am Tag mit jeweils mindestens zehn Wiederholungen erfolgen“. Und das über einen Zeitraum von mehreren Monaten. Selbst wenn sich eine leichte Besserung einstellt, sollten die Patienten die Übungen fortführen. Dies erfordert Disziplin. Sie empfiehlt zudem diese Übung: Der Daumen, oder besser ein Faszienball, wird mit Druck quer zur Fußsohle über den Schmerzpunkt geführt. Das regt die Durchblutung und damit die Heilung des entzündeten Gewebes an. Kinesio-Tapes können ebenfalls unterstützend wirken. Es gibt auch Nachtlagerungsschienen, die den Fuß während des Schlafes in der gewünschten Dehnungsposition halten. Vorausgesetzt, der Patient kann mit dem Stiefel am Fuß gut schlafen, wäre auch das für Mary Boche eine therapieunterstützende Maßnahme. Typisch für Fersensporn-Patienten ist der morgendliche Anlaufschmerz. Diese Probleme lassen sich reduzieren, indem die ersten Dehnungsübungen noch vor dem Aufstehen im Bett gemacht werden.

Wenn sich nach etwa drei Monaten intensiven Trainings keine deutliche Besserung einstellt, kann begleitend manuelle Therapie sowie Ultraschall hinzukommen. Bei weiterhin ausbleibender Beschwerdelinderung wären eine Stoßwellentherapie oder aber eine Therapie mit Röntgenstrahlen – wobei geringe Dosen lokal eingesetzt werden – die weiteren Optionen. Ziel dieser Behandlungen ist es, die Durchblutung des Gewebes zu aktivieren.

In den allermeisten Fällen sind die Patienten mit der konservativen Behandlungsmethode nach ein bis zwei Jahren wieder beschwerdefrei. Dazu gehört unter Umständen auch der Verzicht auf hochhackige Schuhe, die den Fuß besonders belasten. Es ist auf bequemes Schuhwerk zu achten. Der Schuh sollte sich dem Fuß anpassen, nicht umgekehrt.

Dehnungsübungen



Diese Übungen sollten bei Fersensporn-Beschwerden 2x täglich absolviert werden.

Grafik links: Schrittstellung an der Wand, Ferse bleibt am Boden, Knie gestreckt. Nach vorn beugen, bis ein deutliches Spannungsgefühl in der Wade entsteht.

Grafik rechts: Auf eine Treppenstufe stellen, Fersen hängen über der Stufe. Mit beiden Händen am Geländer festhalten und in den Zehenstand gehen – bei großen Beschwerden mit dem gesunden Bein zuerst. Danach die Ferse bei gestreckten Kniegelenken absenken bis ein Spannungsgefühl in Wade/Kniekehle auftritt. Zusätzlich kann dann das Knie gebeugt werden. Wer sicher ist, kann die Übung im Einbeinstand mit dem betroffenen Bein machen. Täglich 2x15 Wiederholungen.

Eine Operation wird nur äußerst selten in Betracht gezogen. Dabei geht es weniger darum, den Fersensporn abzutragen. „Das wird nur bei einem sehr großen Sporn durchgeführt“, sagt Mary Boche. Stattdessen setzt der Operateur kleine Einkerbungen in die Plantarfaszie, also die Sehnenplatte in der Fußsohle, um für Entlastung zu sorgen. Langfristig besteht allerdings – in Abhängigkeit von der Größe des Eingriffs – die Gefahr, dass der Fuß durch den Eingriff an der Faszie instabil werden kann.

„Das A und O ist das Fußtraining“, resümiert die Oberärztin. Mit Geduld und Engagement des Patienten werden die besten Ergebnisse erzielt.

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Oberärztin

Mary Boche

Sekretariat

☎ (03381) 411900

orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

„Stillstand? Gibt es nicht!“

Ronny Seering ist der neue Pflegedirektor des Klinikums



Ronny Seering,
der neue Pflegedirektor
im Universitätsklinikum
Brandenburg an der Havel

Als der Anruf kam, saß Ronny Seering gerade auf dem Rennrad. Kilometer machen. Für die Fitness. Er hat noch überlegt, ob er weiterfahren oder anhalten soll – und entschied sich für Letzteres. Eine gute Wahl. Denn als er per Telefon von der Klinikchefin Gabriele Wolter erfuhr, dass er der neue Pflegedirektor des Hauses ist, war er ziemlich aus dem Häuschen. „Ich habe mich total gefreut! Ich hab mich erst mal hingesezt und nach Hause telefoniert.“

Der gebürtige Thüringer hat den Pflegeberuf von der Pike auf gelernt und in allen möglichen Facetten erlebt. In Berlin machte er eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger, dann kam die Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Intensivmedizin und Anästhesie. Er arbeitete als Pfleger auf mehreren Intensivstationen und merkte, dass er gern mehr wissen wollte, um Entscheidungen der Pflegedienstleitung (PDL) nachvollziehen zu können. Also machte Ronny Seering seinen Bachelor im Gesundheits-

und Pflegemanagement und wurde selbst PDL in einem Pflegeheim. Sechs Jahre lang arbeitete er in der stationären Langzeitpflege und wusste dann, „dass wieder was passieren muss“, wie er lachend erzählt. Denn: „Stillstand? Gibt es nicht!“ Er drückte noch einmal die Schulbank. Diesmal für den Master im Healthcare Management. Er wollte unbedingt zurück ins Krankenhaus. Das ist seine Berufung.

Gute Pflege bedeutet in seinen Augen unter anderem, „dass der Patient nicht erst klingeln muss, weil das Wasserglas für die Nacht noch nicht gefüllt ist“. Solche wichtigen Kleinigkeiten sollten die Pflegekräfte immer im Blick haben. Andererseits sei es auch wichtig, dem Patienten nicht alles abzunehmen. Er soll so weit wie möglich selbstständig sein. Und was immer drin sein sollte, ist ein kleiner Schwatz mit dem Patienten. Trotz der hohen Arbeitsbelastung in der Pflege. „Auch wenn es nur ein Gespräch übers Wetter wird – Kommunikation ist so wichtig“, sagt Ronny Seering.

Der Start im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel ist für den 46-Jährigen gerade deshalb so interessant, weil er jetzt zum ersten Mal in einem Krankenhaus arbeite, über dem nicht eine Holding sitze, wie er betont. Hier, bei der Klinik in kommunaler Trägerschaft, gehe es „nur um das Krankenhaus und dessen wirtschaftliche Entwicklung“.

Den Weg von seinem Berliner Zuhause nach Brandenburg an der Havel legt Ronny Seering gern mal mit dem Rennrad zurück. Das ist ein willkommenes Training für den Freizeitsportler, der schon häufiger beim Velothon Berlin – einem Jedermann-Radrennen – oder auch bei der „Mecklenburger Seen Runde“ mitgefahren ist.

Medizin für das ganze Leben

Privatdozent Dr. med. habil. Amr Soliman ist neuer Leiter der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

„Unsere Arbeit beeinflusst nicht nur eine einzelne Person, sondern ganze Familien“, sagt Chefarzt PD Dr. med. habil. Amr Soliman. Seit Anfang Juli leitet der 44-Jährige die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Brandenburg. Und findet, dass die Gynäkologie ein medizinischer Fachbereich sei, in dem der soziale Aspekt eine ganz besonders große Rolle spiele. Nicht nur Schwangerschaften und Geburten werden hier begleitet. Auch drohende Frühgeburten werden so weit wie möglich verhindert und Krebspatientinnen behandelt. „Wir betreuen unsere Patientinnen eigentlich das ganze Leben lang“, so der habilitierte Mediziner, der zuletzt als leitender Oberarzt bei der Umwandlung des städtischen Krankenhauses Oldenburg zu einer Universitätsklinik mitwirkte. An der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Brandenburg will Dr. med. habil. Amr Soliman, der auf gynäkologische Onkologie und vorgeburtlichen Perinatalmedizin spezialisiert ist, nun mit dem gesamten Team die Forschung und Lehre weiter ausbauen.

„Wir müssen auf dem aktuellsten Stand Patientinnen diagnostizieren und behandeln, Studien für die Patientinnen in der Region initiieren, lehren und auch mit anderen Unikliniken zusammenarbeiten“, erklärt Dr. Amr Soliman. Bereits jetzt könnten durch die kürzlich erfolgte Einrichtung einer Hochschulambulanz am Klinikum mehr Sprechstunden im Bereich der Gynäkologie angeboten werden, was derzeit im Bereich der Beckenboden- oder Kontinenzprobleme in Zusammenarbeit mit der Urologie schon hervorragend laufe. Auch den Aufbau einer eigenen Endometriose-Sprechstunde und des ersten zertifizierten Endometriose-Zentrums in Westbrandenburg strebt der Chefarzt an, der in der ägyptischen Hafenstadt Alexandria studiert hat, dort fünf Jahre an der Uniklinik arbeitete, bevor

er 2009 zunächst an die Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Essen wechselte. Endometriose, die Wucherung von Gebärmutter-schleimhaut im Bauchraum, trete häufig bei jüngeren Frauen auf. Die Erkrankung führe zu starken Unterbauchschmerzen, oft hätten betroffene Frauen auch Probleme schwanger zu werden, so Dr. Amr Soliman. Damit die Erkrankung in Zukunft noch schneller erkannt und behandelt wird, will er am geplanten Zentrum Forschung zu neuen Therapieansätzen und diagnostische Verfahren etablieren.

Teamarbeit und eine gute Zusammenarbeit sei dabei gerade in der Gynäkologie und Geburtshilfe absolut notwendig, sagt der Chefarzt. Würden etwa Komplikationen bei einer Schwangerschaft auftreten, stehe er zum Teil mehrmals täglich im Austausch mit den Kollegen aus der Kinderklinik. Und ohne Hebammen wäre die Geburtshilfe natürlich undenkbar. Bei der Versorgung hier sei das Klinikum auf dem absolut aktuellen Stand, freut sich Dr. Amr Soliman nach seinen ersten Monaten in Brandenburg. Immerhin erwarte man auch in diesem Jahr im Klinikum zum wiederholten Mal deutlich über tausend Geburten.

Dr. med. habil. Amr Soliman,
Privatdozent und Leiter der
Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe



Garten, Enkel, Impfstelle

Elke Frille und Marlies Mewes haben sich für einen guten Zweck vom Ruhestand verabschiedet

Wer sich im Klinikum Brandenburg impfen lässt, hat gute Chancen, auf Elke Frille und Marlies Mewes zu stoßen. Die beiden Damen erwarten die Impfwilligen gleich am Empfangsschalter. Natürlich mit einem Lächeln, einer freundlichen Begrüßung und jeder Menge guter Laune. Denn die beiden haben Spaß an ihrer Arbeit. „Sonst würden wir es auch nicht machen“, sagt Marlies Mewes und lacht herzlich. Die Damen am Counter sind eigentlich im Ruhestand – nach vielen Jahren Tätigkeit fürs Klinikum. Marlies Mewes hat 43 Jahre lang im Labor gearbeitet. Sie war Leitende Medizinisch-technische Assistentin. Elke Frille war im Controlling tätig – bis 2016. Seitdem stehen „Haus, Hof, Garten und Enkelkind“ ganz oben auf ihren Tagesplänen, wie sie schmunzelnd erzählt. Und trotzdem haben beide zugesagt, dem Klinikum zu helfen und Dienste in der Impfstelle zu übernehmen. Für die 66-jährige Elke Frille war klar: „Wenn Marlies mitmacht, dann bin ich auch dabei.“ Das war im März. Seither steht die Arbeitsverteilung: „Marlies macht den Papierkram.“ Das heißt, sie checkt Aufklärungsbogen, Anamnese-Blatt und Einwilligungserklärung. Und vor allem, ob der Impfausweis da ist. „Ich trage dann die Daten in eine Exceltabelle ein“, ergänzt Elke Frille. Jede geimpfte Person wird für die große Statistik erfasst. 430 sind es heute, an einem Mittwoch. Das sind richtig viele. Es gab auch Tage mit nur 100 Impfungen. Als noch nicht so viel Impfstoff zur Verfügung stand.

Jetzt sind bereits viele Menschen für ihre zweite Impfung im Klinikum. Da geht alles etwas schneller. Die Beteiligten kennen die Abläufe. Elke Frille witzelt: „Das läuft wie ein Länderspiel.“ In die Impfstelle des Klinikums kommen längst nicht nur Brandenburger. Die beiden Damen am Counter haben auch schon Gäste aus Wolfsburg, Hannover, ja sogar Hamburg begrüßt. Sie haben hier

den ersehnten Impftermin bekommen. „Manchmal wird es erst nach dem letzten Impftermin des Tages richtig hektisch“, erzählt die 65-jährige Marlies Mewes. Wenn nämlich jemand nicht zu seinem Termin gekommen ist, werden per Telefon Impfwillige gesucht, die kurzfristig vorbeikommen können. Keine der wertvollen Impfdosen wird verschwendet.

Die beiden sind Teil eines Vierer-Teams aus Freiwilligen, das von Karin Große und Martina Scheller komplettiert wird. Lutz Pelchen, Referent der Geschäftsführung des Klinikums, der unter anderem für das Gesundheitsmanagement zuständig ist, informiert die Damen, wann wie viele Termine gebucht sind. „Wir organisieren dann den Rest“, so Elke Frille. Ein oder zwei Tage und manchmal sogar vier Tage in der Woche sind die Helfer im Einsatz. Und natürlich bilden Elke Frille und Marlies Mewes immer ein Team. Die beiden kennen sich schon sehr lange. Nicht nur durch ihre Arbeit im Klinikum. Sie wohnen auch in unmittelbarer Nachbarschaft. Sie sind Freundinnen, die gern gemeinsam etwas unternehmen.

Durch ihren Einsatz in der Impfstelle haben sie viele ehemalige Kollegen wiedergesehen. Begeistert erzählen sie, dass die Kollegen extra vorbeikommen, um sie zu begrüßen und vielleicht auch einen kleinen Schwatz zu halten. „Das ist doch eine schöne Abwechslung zum Rentnerleben“, meint augenzwinkernd die ehemalige Controllerin Elke Frille. Viele schöne Überraschungen erlebten die Freiwilligen in den ersten Impfwochen im März und April. Damals bekamen vor allem die älteren Menschen ihren Impfschutz. Darüber waren einige so sehr erleichtert und froh, dass sie aus Dankbarkeit Selbstgebackenes mitbrachten oder auch mal einen kleinen Blumenstrauß.

So schön all diese Erlebnisse auch sind – die Arbeit ist trotzdem anstrengend. Die Schlange vor der Impfstelle ist lang. Jeder der Wartenden muss am Empfang „einchecken“. Den beiden Freundinnen geht die Arbeit schnell von der Hand. Aber zum Feierabend werden sie ziemlich K.O. sein. Wenn Marlies Mewes dann nach Hause kommt, sagt sie kaum noch ein Wort. Aber lachend erzählt sie, dass ihr Mann deswegen sicher nicht böse ist. Außerdem: Morgen ist ein freier Tag und die beiden Freundinnen wollen gemeinsam zum Shoppen fahren. Das gibt auf jeden Fall wieder Kraft für die nächsten Stunden am Empfang. Ursprünglich sollten die Freiwilligen nur bis zum April in der Impfstelle aushelfen. Jetzt ist es doch deutlich länger geworden. Die Impfstelle im Klinikum ist gefragt. Das Klinikum hat unter anderem den Vorteil, dass es strenge Kühlvorschriften – wie sie beispielsweise für die Aufbewahrung des Vakzins von BioNTech existieren – problemlos einhalten kann. Marlies Mewes macht der verlängerte Einsatz nichts aus: „Ich fühl mich so wohl!“, versichert sie. Sie freut sich, in der Corona-Zeit helfen zu können. Da schmerzt es auch gleich ein bisschen weniger, dass sie ihren Reisegutschein für eine Woche Madeira wegen Corona bis heute nicht einlösen konnte. Den Gutschein hatte sie bei ihrer Verabschiedung in den Ruhestand im Jahr 2019 bekommen.



Wenn Marlies mitmacht, dann bin ich auch dabei.

Elke Frille

Freiwillige Helferin im Impfzentrum im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel



Elke Frille (links) und Marlies Mewes

Für eine sichere Entscheidung

Was beim Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung zu beachten ist

Auf Patienten, denen eine geplante Operation bevorsteht, stürmen viele Gefühle ein. Aufregung, etwas Angst vor der ungewohnten Situation und womöglich auch Unsicherheit oder Zweifel, ob der operative Eingriff wirklich die beste Entscheidung ist. Gibt es vielleicht eine Alternative? In solchen Fällen der Unschlüssigkeit kann es helfen, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. „Das ist völlig okay“, sagt Dr. med. Knut Andresen. Der Leitende Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel hat auch schon Patienten zu Kollegen geschickt und umgekehrt kommen Patienten zu ihm, um Diagnose und Therapie im Einzelfall prüfen zu lassen.

Zweitmeinungsverfahren

Grundsätzlich, so Dr. Knut Andresen, gebe es in Sachen Zweitmeinung zwei unterschiedliche Konstellationen. Zunächst einmal hat der Gesetzgeber für eine Reihe von Indikationen ein strukturiertes Zweitmeinungsverfahren festgelegt. Bei fünf planbaren und somit nicht eiligen Operationen besteht für den Patienten ein Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung.

Das gilt für folgende Eingriffe:

- Mandeloperationen
- Gebärmutterentfernungen
- Arthroskopische Eingriffe an der Schulter
- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Implantation eines Knie-Gelenkersatzes

Das Recht auf eine zweite Meinung soll dem Patienten die Möglichkeit geben, offene und vielleicht auch neu entstandene Fragen sowie eventuelle Alternativen der Behandlung mit einem weiteren Experten zu besprechen. Der Patient kann sich in Ruhe überlegen, wofür er sich entscheidet.

Eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – das ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen – sieht vor, dass der behandelnde Arzt seinen Patienten über das Recht zum Einholen einer Zweitmeinung aufklärt, wenn er eine der oben erwähnten Operationen empfiehlt. Das sollte in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgen, damit der Betroffene noch ausreichend Zeit hat, seine eigene Entscheidung abzusichern. Dabei ist das Einholen einer Zweitmeinung für den Patienten kein Muss, sondern ein freiwilliges Angebot,

um mit Überzeugung einer Operation zuzustimmen – oder sie vielleicht sogar abzulehnen.

Mediziner, die als sogenannte Zweitmeiner fungieren können, müssen sich anmelden und zertifizieren lassen, erklärt Dr. Knut Andresen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rettungswesen, Spezielle Unfallchirurgie sowie Sportmedizin. Das bedeutet, dass sie eine besondere Qualifikation nachweisen müssen. Zugelassene Zweitmeiner sind im Internet über eine Service-Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufbar: www.116117.de/zweitmeinung

Die Kassenärztliche Vereinigung des Landes Brandenburg (KVBB) hat ebenfalls ein spezielles Informations- und Serviceangebot auf ihrer Internetseite: www.kvbb.de/patienten/zweitmeinungsverfahren

Unter den aufgeführten Ärzten kann der Patient frei wählen. Hilfe bei der Auswahl bietet ihm auch seine Krankenkasse an. Zum Termin mit dem Zweitmeiner sollten Befunde und Unterlagen zu den bisherigen Untersuchungen mitgebracht werden. Denn in den meisten Fällen wird der Patient nicht noch einmal neu untersucht. Sollte es doch nötig sein, bespricht das der Zweitmeiner mit dem Betroffenen.

Neben diesem Zweitmeinungsverfahren hat natürlich jeder Patient in Deutschland grundsätzlich immer die Möglichkeit, bei einem medizinischen Problem mehr als nur einen Arzt zu konsultieren. Wer darüber nachdenkt, einen weiteren Experten zu Rate zu ziehen, muss deswegen kein schlechtes Gewissen haben. „Damit können wir Mediziner gut umgehen“, betont der Leitende Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Er empfiehlt den Patienten, in solchen Fällen offen mit ihrem behandelnden Arzt darüber zu sprechen. Das stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Außerdem lässt es sich so auch leichter klären, dass dem Patienten

die eigenen Befunde ausgehändigt oder aber gleich vom behandelnden Arzt direkt an den zweiten Experten übermittelt werden. Damit werden Mehrfachuntersuchungen wie Röntgenaufnahmen vermieden. Dr. Knut Andresen weist darauf hin, dass es mitunter auch von Vorteil sein kann, wenn sich beide mit dem Fall vertrauten Mediziner untereinander austauschen. Das geht natürlich nur, wenn sie voneinander wissen.

„Wenn ich im Gespräch mit einem Patienten von seinem Wunsch nach einer zweiten Meinung erfahre, stelle ich auch gern den

Kontakt zu einem Kollegen her“, so der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. med. Knut Andresen. Am wichtigsten ist für ihn eine klare und offene Kommunikation von allen Seiten. Das macht es dann auch leichter, genau die Therapie zu finden, mit der sich der Patient identifiziert und die er voll unterstützt.

„
Wenn ich im Gespräch mit einem Patienten von einem Wunsch nach einer zweiten Meinung erfahre, stelle ich auch gern den Kontakt zu einem Kollegen her.“

Dr. med. Knut Andresen
Leitender Oberarzt



Dr. med. Knut Andresen,
Leitender Oberarzt am
Zentrum für Orthopädie und
Unfallchirurgie

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Leitender Oberarzt
Dr. med. Knut Andresen

Sekretariat

(03381) 411900

orthopaedie@klinikum-brandenburg.de

Altersmedizin als Teamaufgabe

Oberärztin Christiane Mensching arbeitet am Klinikum als Netzwerkerin für die Behandlung älterer Patienten



Christiane Mensching,
Fachärztin für
Allgemeinmedizin
und Geriatrie

Wir werden immer älter. In den vergangenen 70 Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer um rund 14 Jahre und für Frauen um knapp 15 Jahre gestiegen. Auch ein Erfolg der Medizin. Und eine Herausforderung. „Der Organismus eines alten Menschen funktioniert anders als der eines 40-Jährigen“, erklärt Christiane Mensching. Sie ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Geriatrie, was so viel wie Altersmedizin bedeutet, und seit Anfang Juli Oberärztin auf der Station 3.2D des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie. Hier baut sie gemeinsam mit Kollegen eine neue Struktur für die Behandlung älterer Patienten auf. Die soll schließlich passgenau auf die Senioren zugeschnitten sein. Und helfen, die Lebensqualität im Alter zu erhalten.

„Krankheiten präsentieren sich bei älteren Patienten oft verändert und sind deshalb schwer zu diagnostizieren“, erklärt Oberärztin Christiane Mensching die Herausforderungen bei der Behandlung von Seniorinnen und Senioren. „Die Organe arbeiten aufgrund verminderter Zellmasse eingeschränkt, es gibt insgesamt weniger körperliche Ressourcen.“ Dadurch könne es bei älteren Patienten beispielsweise zu stärkeren Nebenwirkungen von Arzneimitteln kommen als bei jüngeren Menschen. Oder aber häufiger zu Wechselwirkungen zwischen einzelnen Präparaten. Mediziner haben dies natürlich im Kopf. Gleichzeitig spielen aber auch soziale und häusliche Aspekte, wie etwa die Versorgung der Senioren nach einem Klinikaufenthalt, eine wichtige Rolle bei der Behandlung im Klinikum. „Der Geriater muss alle Probleme des alten Menschen im Blick haben. Er muss die funktionalen, kognitiven, somatischen, seelischen und sozialen Probleme erkennen, einordnen und dann auch behandeln“, sagt Christiane Mensching. „Und das geht natürlich nur gemeinsam mit den anderen Therapiebereichen.“

Im Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel werden Patienten, die über 70 Jahre alt sind und über die traumatologische Rettungsstelle aufgenommen werden, daher ganz spezifisch untersucht. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob neben der Versorgung möglicher Frakturen oder Verletzungen auch eine umfassende geriatrische Behandlung notwendig ist. Ein standardisierter Erfassungsbogen soll erste Aufschlüsse geben. Wird ein bestimmter „Screening Score“, also eine gewisse Punktzahl im Erfassungsbogen erreicht, erfolgen weitere Untersuchungen. Christiane Mensching spricht von einem „geriatrischen Assessment“. Und sagt: „Das könnte man vielleicht übersetzen mit einer Art Bestandsaufnahme in den Bereichen Kognition, Emotion, Mobilität, Sozial- und Selbsthilfefähigkeit.“ Diagnostische Kriterien der Orthopädie, der Inneren Medizin, der Kardiologie fließen ebenso ein, wie die der Neurologie. Zusätzlich spielen das häusliche Umfeld und die soziale Situation der Patienten eine wichtige Rolle. Und auch detaillierte Fragen, wie etwa nach der Einnahmep Praxis von Medikamenten zu Hause, können von Bedeutung sein.

Geriatrische Komplexbehandlung

Mindestens 20 Therapieeinheiten innerhalb von zumindest 14 Tagen soll die geriatrische Komplexbehandlung anschließend am Klinikum umfassen, so Christiane Mensching. Zumindest zwei verschiedene Therapiebereiche werden involviert. Zur Auswahl stehen unter anderem Egotherapie, logopädische Behandlung, Physiotherapie, Psychotherapie. „Und in dieser Zeit kümmern wir uns dann auch um die weitere Versorgung der Patienten“, meint die Oberärztin. „Also sprich, kann der Patient nach Hause gehen, müssen wir vielleicht einen Pflegedienst installieren, muss der Patient vielleicht noch in eine Kurzzeitpflege oder in eine Anschluss-Reha.“



Krankheiten präsentieren sich bei älteren Patienten oft verändert und sind deshalb schwer zu diagnostizieren.

Christiane Mensching
Fachärztin für Allgemeinmedizin
und Geriatrie

Foto: adobestock/pikselstock



In den vergangenen 70 Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen um knapp 15 Jahre gestiegen.

Angesiedelt ist die geriatrische Komplextherapie am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie. Und das mit gutem Grund: Die Zusammenarbeit mit der Traumatologie sei besonders sinnvoll, da Stürze und Frakturen bei älteren Menschen oft Folge eines multifaktoriellen Problems seien, so Geriaterin Christiane Mensching. „Manchmal handelt es sich um Blutzuckerentgleisungen, um Kreislaufprobleme oder um Herzrhythmusstörungen. Manchmal aber auch einfach nur um eine falsche Brille.“ Wer schlecht sieht, erkennt Hindernisse oft zu spät, was zu Stürzen führen kann. Und wer von Blasenschwäche betroffen ist, verletzt sich vielleicht beim eiligen Gang zur Toilette. Mit jeder Verletzung steige dabei die Gefahr weiterer Unfälle. Statt lediglich Brüche oder andere entstandene Verletzungen zu behandeln, soll dieser Teufelskreis im Klinikum Brandenburg durch die Behandlung der Ursache durchbrochen werden.

Gerade arbeitet Christiane Mensching unter anderem mit den Kollegen aus der EDV-Abteilung zusammen, die eine passende Software zur Dokumentation in der Geriatrie entwickeln. So sollen etwa die Ergebnisse der wöchentlichen Teambesprechungen genau erfasst werden, bei der jeder einzelne Patient berücksichtigt, die entsprechenden Diagnosen und Behandlungswege besprochen werden. Neben Ergotherapeuten und Physiotherapeuten nehmen auch Psychologen, die Stationsleitung der Pflege und Traumatologen teil. Altersmedizin als Teamaufgabe. Die Fäden laufen bei Oberärztin Christiane Mensching zusammen. „Der Geriater ist auch ein Netzwerker“, sagt sie. Ziel sei dabei immer der Erhalt der Autonomie, die Wiederherstellung der Autonomie oder die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. „Und da haben wir wirklich viel Potenzial.“



Schnelle Hilfe

Vertrauliche Spurensicherung – Klinikum unterstützt Opfer von Vergewaltigungen

Ein Schlüsselsatz genügt und die Notaufnahme weiß sofort, was zu tun ist. Sagt eine Frau: „Ich brauche dringend ein Gespräch mit einer Gynäkologin“ oder ein Mann: „Ich brauche dringend ein Gespräch mit einem Urologen.“ – so ist das das Signal, dass hier ein Mensch umgehend Hilfe braucht, der Opfer sexueller Gewalt wurde. Er wird sofort und diskret zum Facharzt gebracht, um die nötige medizinische Versorgung zu bekommen. Und nicht nur das. Seit Kurzem bietet das Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel auch eine vertrauliche Spurensicherung an.

Das bedeutet, dass Spuren des sexuellen Übergriffs vom Facharzt gesichert werden, ohne dass die Informationen automatisch an die Polizei weitergegeben werden. Das Beweismaterial wird auf Wunsch anonymisiert und sicher verwahrt. „Viele Betroffene sind unmittelbar nach der Tat nicht in der Lage, eine Entscheidung für oder gegen eine Strafanzeige zu treffen“, erklärt die Geschäftsführerin des Klinikums, Gabriele Wolter. Mit der vertraulichen Spurensicherung gewinnen die

Betroffenen Zeit. Wer sich doch noch entscheidet, die Vergewaltigung zur Anzeige zu bringen, kann jederzeit auf das Beweismaterial zurückgreifen. Erst dann – und nur dann – erfährt auch die Polizei davon.

Speziell geschultes Ärzteteam

„Vergewaltigt – was nun? Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung“ ist der Titel des Programms, an dem sich das Klinikum beteiligt und somit Opfer sexueller Gewalt unterstützt. Unabhängig von einer Anzeige leistet das Ärzteteam umgehend jegliche medizinische Hilfe und sichert zugleich die Spuren der Tat. Die meisten Spuren lassen sich nur innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Tat gewinnen. Daher bittet das Ärzteteam die Betroffenen, nach dem Übergriff möglichst nicht zu duschen und nicht die Kleidung zu wechseln. Wohl wissend, dass es für jeden extrem belastend ist, die Spuren einer solchen unfassbaren Tat nicht sofort tilgen zu können.

Das speziell geschulte Ärzteteam steht rund um die Uhr für den Notfall zur Verfügung. Neben dem Klinikum Brandenburg bieten weitere vier Kliniken im Land die vertrauliche Spurensicherung an: Klinikum Frankfurt (Oder), Ruppiner Kliniken Neuruppin, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus und das Ernst von Bergmann Klinikum Potsdam.

Kontakt zu den Kliniken im Überblick

Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Anästhesiologie und Intensivtherapie

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

Augenheilkunde

Dr. med. A. Sturm (kommissarisch), Tel. (03381) 411950

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie

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

HNO-Heilkunde, Gesichts- und Halschirurgie

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

Zentrum für Innere Medizin I

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Kinderchirurgie

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

Kinder- und Jugendmedizin

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

Neurochirurgie

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

Urologie und Kinderurologie

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Innere Medizin II

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

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

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

Impressum

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

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

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

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

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

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

Hilft es bei Schluckauf wirklich, die Luft anzuhalten?

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

Der Faust will gerade zum Monolog ansetzen. Da beginnt mein Freund Justus einen Bonbon auszupacken. Ich will schon böse zu ihm rübergucken, weil er so laut mit dem Papier knistert. Und das, wo wir doch das erste Mal seit langer Zeit wieder auf den Sesseln sitzen dürfen, die die Welt bedeuten. Aber: HICKS. Auf einmal bin ich es, die grimmig angeschaut wird. Der Schluckauf hat mich ereilt. Jetzt heißt es schnell zu handeln, bevor das ganze Theaterpublikum ... HICKS.

Das Dumme am Schluckauf ist ja nicht nur, dass er immer dann auftaucht, wenn man ihn gar nicht gebrauchen kann. Es gibt auch so viele Ratschläge, wie man ihn möglichst loswird, dass die Entscheidung schwerfällt. Vom Luft-

anhalten bis zum Gurgeln mit Wasser ist alles dabei. Sogar an sieben glatzköpfige Männer zu denken, soll angeblich helfen. Fest steht, wer Schluckauf rasch beenden will, muss seine Atmung entspannen und so das Zwerchfell beruhigen. Oder seine Nerven gut ablenken. Schluckauf, Mediziner sprechen vom Singultus, entsteht bei einer Reizung des

Nervus Phrenicus, also des Nervs, der für das Zwerchfell zuständig ist. Das Zwerchfell gerät einfach gesagt aus dem Takt, zieht sich ruckartig zusammen und lässt uns unwillkürlich einatmen. Der Strom der Atemluft wird durch das plötzliche Verschließen der Stimmritzen blockiert und das typische Schluckauf-Geräusch entsteht. HICKS. Gefährlich ist das in der Regel nicht. Schon Babys im Mutterleib können Schluckauf bekommen. Ein Forscherteam vom University College London vermutet sogar, dass Babys durch Schluckauf lernen, ihre Atemmuskulatur wahrzunehmen. Bei Erwachsenen wird das lästige Hicksen eher durch eine Dehnung des Magens ausgelöst und durch die Stimulation des Vagusnervs. Vielleicht war also die Apfelschorle in der Pause schuld. Oder die leckere Butterbretzel.

Wie dem auch sei, durch Luftanhalten lässt sich der Zwerchfellnerv oft nur schwer beruhigen. Effektiver ist es, eiskaltes Wasser zu trinken. Dabei wird ein vegetativer Nerv in der Nähe der Speiseröhre angeregt, der das Hicksen hemmen soll. Ein ähnliches Ziel verfolgt der Trick, jeweils einen Finger in die Ohren zu stecken. Auch dort sitzt nämlich ein Ausläufer des vegetativen Nervensystems. US-Forscher haben zudem kürzlich einen Spezial-Trinkhalm entwickelt, der Schluss mit dem Hicksen machen soll und durch ein enges Mundstück und ein Druckventil das Saugen erschwert. Der Trick: Die für das Zwerchfell zuständigen Nerven werden abgelenkt. HICKS. Wie gut, dass Justus just in diesem Moment die ganze Bonbontüte zum Platzen bringt. Richtig gut erschreckt zu werden, kann nämlich auch helfen.

Ihr Dr. Nikki Ulm

