

Das Zuweisermagazin

MEDIZIN IM FOKUS



Chronische Nierenerkrankung:
Leben mit dem Dialyseshunt

THE
A
H
N

Diese Themen haben wir für Sie vorbereitet

Aktuelles	6
Beschlossene Sache: Lauterbachs Krankenhausreform	7
Personalien	8
Laura Berg, Departmentleiterin anästhesiologische Intensivmedizin	9
Prof. Dr. med. Sarah Ohrndorf, Oberärztin	9
Sabrina Reinicke, Leiterin Psychoonkologie	9
Top Thema Dialyseshunt: Verbindung fürs Leben	10
Patientengeschichte: Dialyseshunt – Lebensader für Frank Ulrich	11
Dialyseshunt: interdisziplinäre Zusammenarbeit im Shuntzentrum	13
Die Peritonealdialyse	15
Dialyse heißt (weiter-) leben! Das Hämodialysezentrum Potsdam	16
Duplexsonographie: Diagnostik bei Dialyseshunts	18
Niereninsuffizienz und Organspende: Warum ist sie so wichtig?	20
Zertifiziertes Shuntzentrum: strukturelle Voraussetzungen	21
Neues aus den Kliniken und Zentren	22
RSV-Impfung für im Klinikum EvB geborene Kinder	23
Weltfrühgeborenen Tag: unser Perinatalzentrum feiert	24
Assistenzhunde willkommen im KEvB	25
Ausgezeichnet: Angehörigenfreundliche Intensivstation	26
Stationsapotheker*innen auf den Intensivstationen	27
Moderne Hüftchirurgie: Hüftdysplasie beim Erwachsenen	28
Risiken von schweren Augenverletzungen durch privates Feuerwerk	30
Zentrum für Bewegungsstörungen und Neuromodulation eröffnet	32
Veranstaltungen	34

U

R

G

E

B

C

N

D

S

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wie würden Sie sich fühlen, wenn Ihre Organe versagen – expliziert Ihre Nieren?

In Deutschland leben rund 10 Millionen Menschen mit einer chronischen Nierenkrankheit. Doch die meisten wissen es gar nicht. Denn die Symptome äußern sich erst, wenn die Erkrankung schon vorangeschritten ist. Dabei nimmt die Organfunktion über die Jahre ab, bei einigen schneller, bei einigen langsamer. Jährlich benötigen deutschlandweit circa 100.000 Patient*innen regelmäßig eine Dialysebehandlung, da die Nierenfunktion so schwach ist.

Die Diagnose eines Nierenversagens verändert das Leben der Betroffenen und ihrer Familien dramatisch. Doch auch wenn diese Erkrankung mit vielen Herausforderungen verbunden ist, bietet die moderne Medizin heute zahlreiche Möglichkeiten, das Leben weiterhin lebenswert zu gestalten.

Die Dialysebehandlung, ob häuslich oder in einem Dialysezentrum, hat sich als eine entscheidende Methode etabliert, um die verlorengegangene Nierenfunktion zu ersetzen. Der Shunt, als Verbindung von Vene und Arterie, wird dabei zu einem unverzichtbaren Bestandteil für den erfolgreichen Verlauf dieser Behandlung. Er wird zur Lebensader. Grund für uns, dieser besonderen Verbindung unser TOP THEMA zu widmen und Ihnen die medizinischen Hintergründe und technischen Entwicklungen rund um den Shunt näherzubringen. Zudem teilen wir die Geschichte eines Patienten, der seit vier Jahren auf die Dialysebehandlung angewiesen ist und mit mehreren Shuntverschlüssen zu kämpfen hatte. Das Leben mit Nierenversagen mag herausfordernd sein, aber es ist nicht ohne Hoffnung.

In diesem Sinne laden wir Sie ein, gemeinsam mit uns einen Blick auf unser Top Thema Shunt und die aktuellen Entwicklungen der EvB Gruppe zu werfen.

Wir hoffen, dass Sie mit dieser interessanten Lektüre gut durch die kalte Jahreszeit kommen und wünschen Ihnen und Ihrer Familie einen guten Start in das neue Jahr 2025.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. med. Karin Hochbaum, MBA
Medizinische Geschäftsführung
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Klinikum Westbrandenburg Potsdam
Poliklinik Ernst von Bergmann GmbH
MVZ Medizinisches Versorgungszentrum GmbH

und

Dr. med. Christian Kieser
Priv.-Doz. Dr. med. Mojtaba Ghods
Prof. Dr. med. Martin Südmeyer
Ärztliche Direktion
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam



v.l.n.r.: Prof. Dr. med. Martin Südmeyer, Dr. med. Karin Hochbaum,
Dr. med. Christian Kieser, Priv.-Doz. Dr. med. Mojtaba Ghods

AMERICAN
DESIGNS

Beschlossene Sache: Lauterbachs Krankenhausreform

Nun also doch: Der Bundestag hat das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Die Reform von Gesundheitsminister Karl Lauterbach soll das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen, die Versorgung der Patient*innen sichern und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich verbessern.

Doch was bedeutet das für uns als Ernst von Bergmann Gruppe? Unsere Ziele liegen weiterhin in der Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität durch eine gezielte Vernetzung von Leistungsgruppen. Durch die Bündelung von Fachkompetenz und die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, optimieren wir Behandlungsprozesse und heben die Versorgungsqualität auf ein höheres Niveau.

„Eine Entscheidung zu treffen ist immer besser als Stillstand.“ – Dr. med. Karin Hochbaum

Für komplexe Behandlungsfälle, wie etwa der Krebsbehandlung, ist eine Zentralisierung der Versorgung in spezialisierten onkologischen Zentren aus qualitativer Sicht durchaus sinnvoll. Hier stehen interdisziplinäre Teams und die neuesten Therapieverfahren, auch im Rahmen klinischer Studien, zur Verfügung. Insbesondere bei hochkomplexen chirurgischen Eingriffen ist eine hohe Expertise der Chirurg*innen erforderlich, die sich durch die Häufigkeit und Erfahrung bei bestimmten Operationen entwickelt. Daher spricht vieles für eine Zentralisierung solcher spezialisierten Leistungen.

Auf der anderen Seite gibt es auch medizinische Bereiche, wie die Notfallversorgung oder die geriatrische Behandlung, bei denen eine flächendeckende Versorgung dringend erforderlich ist, um eine umfassende Gesundheitsversorgung in allen Regionen sicherzustellen. Diese Leistungen erfordern hohe Strukturstandards, müssen jedoch auch in der Fläche angeboten werden, um allen Patient*innen gerecht zu werden. Hier greift die Krankenhausreform jedoch oft zu pauschal, ohne die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten und spezifischen Versorgungsbedarfe der einzelnen Bundesländer ausreichend zu berücksichtigen.

Unabhängig von der Reform ist es daher von großer Bedeutung, eine integrierte Versorgungskonzeption auf Landesebene zu entwickeln, die auch eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellt. In diesem Kontext sind die Koordinationskliniken aufgefordert, aktiv Kooperationen anzubieten und sich an der Entwicklung solcher Versorgungskonzepte zu beteiligen, um eine nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung für alle Patient*innen zu gewährleisten.



Dr. med. Karin Hochbaum mit einer Einschätzung zum kürzlich beschlossenen KHVVG und den Chancen, die sich für die EvB Gruppe ergeben.

Es bleibt abzuwarten, wie sich das KHVVG auf die Zukunft der medizinischen Versorgung auswirken wird. Unumstritten bleibt, dass die richtige Gestaltung dieses Prozesses entscheidend für die Qualität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens sein wird.

Aus diesem Grund ist es für uns als EvB Gruppe wichtig, dass hier in Brandenburg ein Planungsprozess stattfindet, der die Leistungsanbieter aktiv einbezieht und gleichzeitig eine gute Kommunikation gewährleistet. Der gesamte Prozess sollte sich dabei stets an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen der Patient*innen orientieren. Darüber hinaus sollte auch der Prävention in der Gesundheitsversorgung mehr Beachtung geschenkt werden, um langfristig eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu erzielen.

Wir sehen uns hier in der Verantwortung, diesen Prozess weiter aktiv mitzugestalten, um die Versorgung der Bevölkerung im Land Brandenburg – sowohl in der Landeshauptstadt Potsdam als auch den ländlichen Regionen – zu sichern.

Kontakt

Dr. med. Karin Hochbaum, MBA

Medizinische Geschäftsführung

Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH

Klinikum Westbrandenburg Potsdam

Poliklinik Ernst von Bergmann GmbH

MVZ Medizinisches Versorgungszentrum GmbH

E-Mail: karin.hochbaum@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-44002

REFRESH

SAL

ZEN



Laura Berg, Departmentleiterin

Zum 1. November 2024 übernahm Laura Berg die Funktion der Departmentleiterin des Zentrums für Anästhesie, anästhesiologische Intensivmedizin, OP-Management und Schmerztherapie. Damit komplettiert sie das vierköpfige Leitungsteam.

Die Fachärztin für Anästhesie mit den Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin und Notfallmedizin verantwortet den Bereich der anästhesiologischen Intensivmedizin. Bereits seit November 2023 hat sie in ihrer Funktion als Oberärztin die Patient*innen auf der anästhesiologischen Intensivstation betreut.



Prof. Dr. med. Sarah Ohrndorf, Oberärztin

Seit Oktober verstärkt Prof. Dr. med. Sarah Ohrndorf die Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie und Rheumatologie und wird als Oberärztin den Fachbereich Rheumatologie verantworten und weiter ausbauen. Zudem wird sie als Professorin für Innere Medizin und Rheumatologie an der HMU – Health and Medical University in Potsdam tätig sein. Neben der gezielten Therapie chronisch-entzündlicher Erkrankungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates sowie komplexer immunologischer Erkrankungen liegt ihr Schwerpunkt – auch wissenschaftlich – auf neuen bildgebenden Verfahren zur Frühdiagnostik von entzündlichen Gelenkveränderungen. Zur Anwendung kommen hier im Wesentlichen die hochauflösende Ultraschall-Diagnostik als auch die fluoreszenzoptische Bildgebung.



Sabrina Reinicke, Leiterin Psychoonkologie

Seit 1. Dezember 2024 leitet Sabrina Reinicke die Psychoonkologie am KEvB. Die Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin war bisher im Bereich der ambulanten Beratung und stationären psychoonkologischen Begleitung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte (CCM) tätig.

„Wir freuen uns sehr, mit Sabrina Reinicke eine neue Leiterin der Psychoonkologie gefunden zu haben. Eine psychoonkologische Begleitung ist ein wichtiger Baustein der modernen Krebstherapie“, sagt Prof. Dr. med. Karin Jordan, Chefärztin der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin sowie Leiterin des Onkologischen Zentrums.

TOP

THE

Dialyseshunt – Lebensader für Frank Ulrich

Unsere Patientengeschichte

Montag, Mittwoch und Freitag – das sind drei Tage in der Woche, die Frank Ulrich fest verplant hat. An jedem dieser Tage verlässt er um kurz nach 06:45 Uhr das Haus und kommt gegen 13:00 Uhr wieder zurück. Auf die Frage, was er in der Zwischenzeit macht, wird er antworten: „Ich gehe quasi zu meiner Arbeit“. Doch Herr Ulrich geht nicht zur Arbeit. Der 60-jährige ist Frührentner und muss bereits seit vier Jahren drei Mal pro Woche zur Dialyse, um sein Blut maschinell zu reinigen. Für eine Nierentransplantation kommt er nicht in Frage.

Lebensader für Patient*innen mit Nierenversagen

Für die Dialyse wird ein Gefäßzugang benötigt, also ein speziell dafür vorbereitetes Blutgefäß, welches bei jeder Sitzung mit einer Kanüle angestochen wird. Der sogenannte „Shunt“ – englisch für Kurzschluss – stellt bis heute die zuverlässigste und effektivste Methode für den Anschluss an die Dialysemaschine dar. Dazu wird in einem chirurgischen Eingriff eine Gefäßverbindung im Arm zwischen Arterie und Vene angelegt. Ziel dieser Verbindung ist es, einen hohen Blutfluss in die Vene umzuleiten. Der Shunt ist somit die Lebensader für Patient*innen mit Nierenversagen; er lässt sich unter der Haut gut tasten und problemlos mit Kanülen punktieren.

„Wer sich für die Dialyse entscheidet, der heiratet die Gefäßchirurg*innen“ – Dr. med. Peter Adeberg

Shuntverschlüsse werden zum Problem

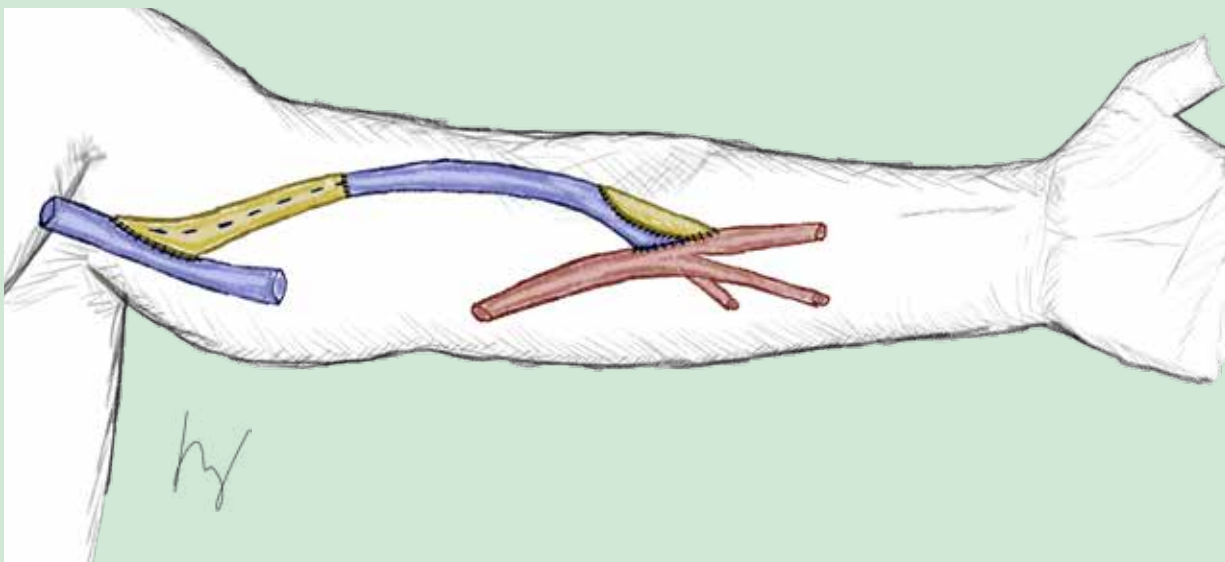
Herr Ulrich hatte mit seinem ersten Shunt immer wieder Probleme: „Jeder Mensch ist individuell und bei mir hat sich der Shunt leider mehrfach verschlossen. Dabei haben sich Thromben, also Blutverklumpungen, gebildet und das Blut floss nicht mehr durch den Shunt. Woran es lag? Das weiß ich nicht.“

In seinem Dialysezentrum in Burg (bei Magdeburg) wird ihm das Shuntzentrum in Potsdam empfohlen. Dort wird im Mai 2023 der Verschluss durch Herrn Dr. med. Peter Adeberg, Leiter des Shuntzentrums, beseitigt und der Shunt mittels einer Gefäßprothese rekonstruiert. Da Dialysepatient*innen auf eine regelmäßige Blutwäsche angewiesen sind, ist ein solcher Verschluss immer ein Notfall, der dringend behandelt werden muss.

Herr Dr. Adeberg erinnert sich: „Bei Herrn Ulrich kam es zu mehrfachen Verschlüssen des Shunts. Wir haben diesen jedes Mal rekonstruiert, sodass unser Patient wieder zur notwendigen Dialyse gehen konnte. Doch nach dem siebten Verschluss innerhalb von einem Jahr mit immer kürzer werdenden Intervallen, mussten wir umdenken und haben uns gemeinsam für eine Neuanlage entschieden.“

Ein weiterer Grund für die Neuanlage war, dass bei jeder Shuntrevision ein Klinikaufenthalt von zwei bis drei Tagen notwendig ist und Herr Ulrich knapp 100 Kilometer entfernt von Potsdam wohnt, was eine zusätzliche Belastung darstellte.

Beispielskizze eines komplex rekonstruierten Oberarmshunts. © Dr. med. Peter Adeberg





Zur Kontrolle: Dr. med. Peter Olschewski kontrolliert mit dem Ultraschallgerät den vorverlagerten Shunt von Frank Ulrich.

Ein neuer Shunt wird gelegt

In enger Abstimmung mit dem Departmentleiter der Gefäßchirurgie, Dr. med. Peter Olschewski, wurde nach einer Alternative zum bereits bestehenden Shunt gesucht. „Im Ultraschall zeigte sich die Vena basilica – eine Vene am Oberarm – als geeignet. Dazu ist allerdings ein spezielles operatives Vorgehen notwendig. In einer ersten Operation haben wir im Juli 2024 die Vene und die Arterie am Oberarm miteinander verbunden“, erklärt Herr Dr. Adeberg. Nach einer fünfwöchigen Reifungsphase wurde in einem weiteren Eingriff die Vene vorverlagert, um ein bequemes Punktieren bei der Dialyse zu ermöglichen.

Herr Dr. Olschewski sagt: „Der erste Shunt von Herrn Ulrich konnte aufgrund der vielen Verschlüsse nicht mehr für die Dialyse punktiert werden. Die Neuanlage ebenfalls noch nicht, da sich diese noch im Reifungsprozess befand und eine vorzeitige Punktion zu ungewollten Blutungen führen könnte. Aus diesem Grund haben wir übergangsweise einen Vorhofkatheter gelegt. Schließlich musste Herr Ulrich weiterhin drei Mal pro Woche zur Blutwäsche. Der Katheter wurde über eine Vene am Hals eingeführt und bis zum rechten Vorhof des Herzens vorgeschoben und konnte für die Dialyse angeschlossen werden.“ Aufgrund der hohen Infektionsgefahr sollte der Vorhofkatheter jedoch nicht länger

als maximal sechs Monate im Gefäß bleiben und ist eine absolute Ausnahme. Für Herrn Ulrich sind es anstrengende Wochen, doch er fühlt sich in Potsdam gut aufgehoben: „Der Vorhofkatheter wurde im November entfernt und seither läuft mein neuer Shunt wunderbar.“ Kontrolliert wird dieser nun vom behandelnden Dialysearzt an seinem Wohnort.

Herr Dr. Adeberg: „Es freut uns sehr, dass die neue Shuntanlage bislang einwandfrei funktioniert und Herr Ulrich wie gewohnt die Dialyse durchführen kann. Nachdem wir ihn im letzten Jahr so häufig in Potsdam behandeln mussten, wünschen wir ihm, dass wir uns zukünftig seltener sehen.“

Positiver Blick in die Zukunft

Herr Ulrich bleibt weiterhin positiv: „Das Leben geht weiter. Man muss sich nur arrangieren. Die Dialyse bedeutet nicht, dass das Leben vorbei ist. Man muss einfach das Beste daraus machen. Eine Alternative gibt es für mich nicht, deswegen gehe ich gerne zur Dialyse. Und der Sommerurlaub auf Rhodos wird einfach um die Dialyse herum geplant“.

Wir bedanken uns bei Herrn Ulrich vielmals für dieses tolle Gespräch und wünschen ihm weiterhin viel Gesundheit und alles Gute.

Dialyseshunt: Verbindung fürs Leben

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Shuntzentrum



Dr. med. Peter Olschewski
Departmentleiter
Department für Gefäßchirurgie



Dr. med. Peter Adeberg
Oberarzt
Leitung Shuntzentrum
Department für Gefäßchirurgie

Die Anlage und die Korrekturen von Dialysezugängen erfordern ein Höchstmaß an interdisziplinärer Expertise durch die beteiligten Bereiche Gefäßchirurgie, Nephrologie, Angiologie sowie interventionelle Radiologie.

Ein funktionierender Dialysezugang ist essenziell für eine effektive Dialysetherapie. Mehr als 100.000 Menschen in Deutschland benötigen eine Blutwäsche. 90 % der Patient*innen nutzen die Hämodialyse und etwa 10 % die Peritonealdialyse. Jedes Jahr kommen rund 10.000 Betroffene hinzu, während einige, durch zum Beispiel Transplantation, aus der Statistik herausfallen. Durch immer weiter verbesserte Behandlungsmethoden erreichen Dialysepatient*innen ein durchaus hohes Lebensalter, bzw. die Dialysebehandlung wird noch in einem Lebensalter jenseits der 80 Jahre begonnen. Wegen der daraus resultierenden langen Krankengeschichten mit häufigen Krankenhausaufenthalten und damit verbundenen Blutentnahmen, Verweilkanülen oder invasiven Blutdruckmessungen, ergeben sich spezielle Anforderungen an die Chirurgie der av-Zugänge. Planung und Ausführung erfordern häufig ein Höchstmaß an Kreativität, Erfahrung und handwerklichem Geschick. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, werden seit einigen Jahren spezielle Zentren zertifiziert.

Erstes zertifiziertes Zentrum in Brandenburg

Das Shuntzentrum des Klinikum Ernst von Bergmann war das erste und ist bisher einzige zertifizierte Zentrum für Dialysezugänge im Land Brandenburg. Allein im Jahr 2023 wurden im Klinikum Ernst von Bergmann über 500 Eingriffe zur Schaffung eines Zugangs für die Hämodialyse durchgeführt. Dazu zählen neben Neuanlagen auch das Management von Komplikationen und die Anlage von getunnelten Kathetern.

Am Shuntzentrum des Klinikum EvB erfolgen Shuntanlagen auf der Grundlage der europäischen und amerikanischen (KDOQI) Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Nach Zuweisung von Patient*innen durch das behandelnde Ärzt*innen-Team der Nephrologie erfolgt zunächst eine ausführliche klinische Untersuchung sowie ein duplexsonografisches Gefäßmapping. Hierbei werden die Prinzipien befolgt, dass primär der nicht führende Arm (beim Rechtshänder der

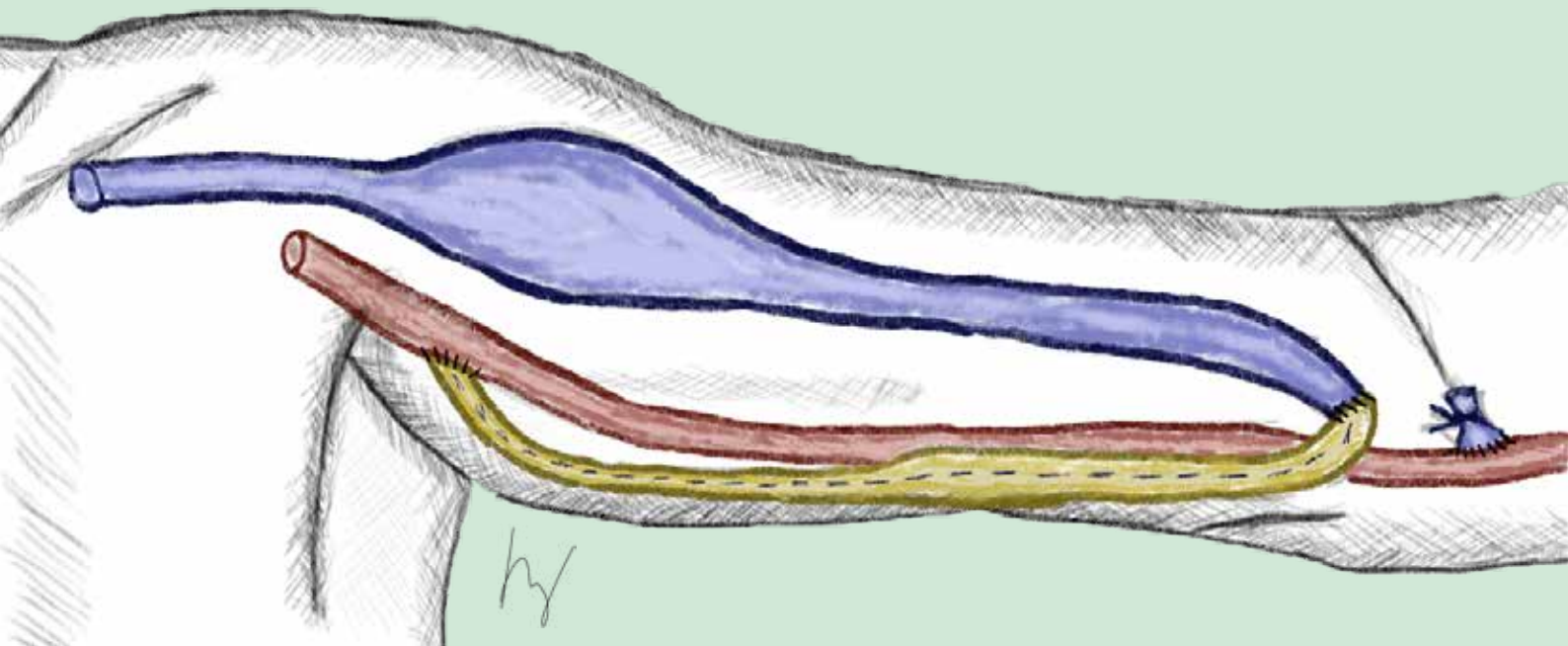
linke Arm) und eine, wenn möglich, primäre av-Shuntanlage am Unterarm (Cimino-Fistel) erfolgt. Bei der Auswahl des geeigneten Shunt-Anlage-Ortes spielt insbesondere der Gefäßdurchmesser eine führende Rolle. Es werden für die Vena cephalica und für die Arteria radialis ein minimaler Durchmesser von 2 Millimeter vorausgesetzt. Die Durchmesserbestimmungen der Venen erfolgen im gestauten Zustand. Im individuellen Fall können jedoch auch kleinere Durchmesser akzeptiert werden, zumal nicht nur der reine Gefäßdurchmesser im Rahmen der klinischen Untersuchung relevant ist, sondern auch der Durchmesser unter intraoperativer hydrostatischer Dilatation der Vene.

Aus diesem Grunde ist bei Patient*innen mit Niereninsuffizienz ab Stadium 4 eine Schonung der V. cephalica, V.basilica und der variablen Venen in der Ellenbeuge mit Abfluss über die genannten Venen extrem wichtig. Blutentnahmen und die Anlage von peripheren Zugängen sollten ausschließlich im Bereich des Handrucksens erfolgen.

Bei Patient*innen, die frühzeitig im Rahmen einer präterminalen Niereninsuffizienz Stadium 4 vorgestellt werden, besteht die Möglichkeit zur präoperativen Venenkonditionierung. Ein Shunttraining kann durch die Patient*innen selbstständig zu Hause durchgeführt werden. Das Zentrum stellt eine entsprechende Informationsbroschüre gerne zur Verfügung.

Im Klinikum EvB werden viele Patient*innen aus allen Regionen des Land Brandenburg und angrenzenden Bundesländern (Berlin, Sachsen-Anhalt) behandelt. Häufig ist somit eine ambulante Versorgung nur schwierig möglich und die Patient*innen werden für die präoperative Diagnostik und Durchführung der Operation stationär im Department für Gefäßchirurgie aufgenommen.

Bei jedem Patient*in erfolgt entweder im Rahmen der Anlage intraoperativ oder postoperativ eine Qualitätskontrolle mit Bestimmung des Flussminutenvolumens des Dialyseshunt.



Skizze einer Shuntanlage – Proximalisierung des arteriellen Einstroms über Protheseninterponat. Skizze eines realen Falls mit Shuntbedingete Ischämie Stadium IV. © Dr. med. Peter Adeberg

Es hat sich gezeigt, dass av-Fisteln mit einem Flussminutenvolumen über 100 ml/min eine gute Chance für die Reifung haben.

Neben den häufig durchgeführten Eingriffen, wie die Anlage von nativen Fisteln, erfolgen bei speziellen Konstellationen auch hiervon abweichende Eingriffe. Wenn keine geeigneten Venen zur Fistelanlage vorhanden sind, muss auf die Implantation von speziellen Gefäßprothesen zurückgegriffen werden. Da diese jedoch häufiger mit Komplikationen, wie Infekten oder Verengungen im Bereich der Anastomose zwischen Prothese und Vene bzw. Prothese und Arterie. Primäres Ziel ist immer die Nutzung einer körpereigenen Vene.

Arterio-arteriellen Schleifeninterponaten

Eine weitere spezielle Therapie welche am Klinikum EvB angeboten wird, ist die Anlage von arterio-arteriellen Schleifeninterponaten. Bei Patient*innen mit zentralen Venenstenosen oder auch fortgeschrittener Herzinsuffizienz kann die Anlage eines arteriovenösen Shunts entweder nicht möglich oder kontraindiziert sein. In diesen Fällen wird ausgehend von der Arteria axillaris ein arterioarterielles Interponat implantiert. Unter Berücksichtigung spezieller Regeln für die Punktion, welche den zuweisenden Dialysezentren immer mit zu Verfügung gestellt werden, können auch mit diesen Interponaten gute langfristige Dialysetherapien durchgeführt werden. Neben der Neuanlage von Dialysezugängen erfolgt auch eine hohe Anzahl an Revisionen, z. B. bei akuten Verschlüssen, chronischen Engstellen aber auch bei Aneurysmata oder shuntbedingten Ischämien an der Hand.

Am Shuntzentrum des Klinikum EvB gibt es eine durchgehende Erreichbarkeit für akute Notfälle. Bei Shuntverschlüssen ist es oberste Priorität eine Rekonstruktion des Shuntes durchzuführen. Die Implantation von zentralvenösen Kathetern sollte auch in solchen Situationen die absolute

Ausnahme sein. Durch die Möglichkeit der Kombination von offenen chirurgischen Techniken mit interventionellen Maßnahmen (Hybridoperation) kann in über 90 % der Fälle die Anlage eines zentralvenösen Dialysekatheters im Rahmen der Shuntkomplikation vermieden werden.

Durch die deutlich gestiegene Lebenserwartung von Dialysepatient*innen muss der av-Zugang über viele Jahre funktionstüchtig gehalten werden. Dies führt naturgemäß zu einem Anstieg der notwendigen Rekonstruktionen am Zugang. Die wiederholten, im Rahmen der Dialysebehandlung durchgeführten Punktionen, führen zu vielfältigen Veränderungen, welche häufig operativ korrigiert werden müssen. Kreative Lösungen sind hier an der Tagesordnung. Hilfreich ist die wöchentlich durchgeführte Shuntkonferenz, in der diese Lösungen interdisziplinär zwischen Nephrologen, Gefäßchirurgen, Radiologen und Angiologen abgestimmt und evaluiert werden, um für jeden Patient*innen den optimalen av-Zugang zu schaffen.

Unsere zentrale Nummer bei Fragen zum Dialysehunt
Hotline: 0331 241-45399

Kontakt
Dr. med. Peter Olschewski
 Departmentleiter
 Department für Gefäßchirurgie
 E-Mail: peter.olschewski@klinikumevb.de
 Telefon: 0331 241-35302

Dr. med. Peter Adeberg
 Leitung Shuntzentrum, Oberarzt
 Department für Gefäßchirurgie
 E-Mail: peter.adeberg@klinikumevb.de
 Telefon: 0331 241-35334

Die Peritonealdialyse – ein alternatives Nierenersatzverfahren



Dr. med. Maxim Nebrig
Oberarzt
Department für Gefäßchirurgie

Die Peritonealdialyse (PD) ist ein vollwertiges Nierenersatzverfahren und kommt alternativ zur Hämodialyse für Patient*innen ohne Nierenfunktion infrage. Dabei wird das Dialysat über einen Schlauch in die Bauchhöhle gegeben und nimmt giftige Stoffwechselprodukte auf. Auch überschüssiges Wasser kann so aus dem Körper entfernt werden. Großer Vorteil ist die Möglichkeit, das Verfahren selbständig zu Hause durchführen zu können. Bei Verwendung eines Geräts (PD-Cycler), welches Befüllung und Austausch der Lösung übernimmt, kann die Peritonealdialyse sogar während des nächtlichen Schlafs durchgeführt werden und ermöglicht so ein weitgehend einschränkungsreiches Leben.

Das Verfahren ist für fast alle Patient*innen geeignet, deren Bauchfell gesund ist und die bereit sind, eigenverantwortlich alle notwendigen Arbeitsschritte (etwa das Befüllen des Peritoneums mit dem Dialysat) vorzunehmen. Hierfür werden alle Patient*innen vor Beginn intensiv geschult. Die ärztliche Betreuung der Peritonealdialyse erfolgt in der Regel durch Nephrolog*innen.

Um das Verfahren durchführen zu können, wird in einem ca. 30 minütigen Eingriff unter Vollnarkose ein Katheter in die Bauchhöhle eingepflanzt. Der Katheter muss hygienisch gepflegt werden. Kommt es zu einer Infektion des Katheters und des Bauchfells, kann es sein, dass man den Katheter wieder operativ entfernen muss.

Die Operation zur Einpflanzung des Katheters wird im Klinikum EvB durchgeführt. Patient*innen werden über das Zentrum für Dialysezugänge interdisziplinär durch die Abteilung für Nephrologie und das Department für Gefäßchirurgie betreut. Es ist ein circa viertägiger stationärer Aufenthalt notwendig.

Schon gesehen? In unserem Video zeigt das interdisziplinäre Team des Shuntzentrums, wie die medizinische Versorgung von Dialysepatient*innen in Potsdam abläuft.



Vorteile der Peritonealdialyse:

- vollwertiges Nierenersatzverfahren
- kann selbständig durchgeführt werden, auch während des Nachtschlafs, und ermöglicht einen unabhängigen Alltag
- ist unter Einhaltung hygienischer Bedingungen überall durchführbar
- kreislaufschonender als Hämodialyse

Was ist bei der Peritonealdialyse zu beachten?

- Bei der Peritonealdialyse müssen alle notwendigen Tätigkeiten selbständig durch die Patient*innen vorgenommen werden, dazu gehören der eigenständige Anschluss und Wechsel der Dialysatbeutel und das Bestellen der Materialien.
- Auf die Einhaltung hygienischer Bedingungen ist zu achten, die Katheteraustrittsstelle muss regelmäßig kontrolliert werden, ein sauberer Raum und Platz zum Lagern der Materialien sollte zur Verfügung stehen.
- Peritonealdialyse erfordert ggf. eine Anpassung der Ernährung (Eiweißverlust und Beeinträchtigungen des Zuckerstoffwechsels).
- Voraussetzung für die Behandlung ist die Implantation eines Katheters in die Bauchhöhle.

Kontakt

Dr. med. Maxim Nebrig

Oberarzt

Department für Gefäßchirurgie

E-Mail: maxim.nebrig@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-35303

Dialyse heißt (weiter-) leben! Das Hämodialysezentrum in Potsdam



Prof. Dr. med. Saban Elitok
Chefarzt
Klinik für Nephrologie, Endokrinologie,
Diabetologie und allgemeine Innere Medizin



Nilüfer Tekceli
Leitende Oberärztin
Klinik für Nephrologie, Endokrinologie,
Diabetologie und allgemeine Innere Medizin

In Deutschland sind derzeit etwa 100.000 Menschen wegen Nierenversagen dauerhaft auf Dialyse angewiesen. Die Dialyse ist das beste Organersatzverfahren, das wir heutzutage haben, und es ist für die betroffenen Patient*innen lebenswichtig.

Die häufigsten Gründe für den Beginn der Dialyse sind die Zunahme der Volkskrankheiten Diabetes mellitus und Bluthochdruck sowie die älter werdende Bevölkerung. Diese sind weltweit und auch in Deutschland die häufigste Ursache von Dialysepflicht.

Die größte Herausforderung an uns Nephrolog*innen ist es, diese Dialysepflichtigkeit zu verhindern. Das erreichen wir, indem wir alle Risikopatient*innen früh und so gut wie möglich nierenschützend betreuen. Erst beim endgültigen Versagen der Nieren kommt es zum Einsatz der Dialyse.

Dialyse ist ein medizinisches Verfahren, das die Funktion der Nieren ersetzt, wenn diese nicht mehr in der Lage sind, das Blut von harnpflichtigen Substanzen („Giftstoffe im Blut“) und überschüssigem Wasser zu reinigen.

Es gibt zwei Hauptarten der Dialyse: Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD)

Bei der Hämodialyse wird das Blut über Schläuche aus dem Körper geführt und durch eine Maschine gereinigt. Hierbei wird das Blut durch einen sogenannten „Dialysator“ geleitet, der durch ein speziell aufbereitetes Dialysat umspült wird. Der Dialysator dient als semipermeable Membran (Filter), die harnpflichtige Substanzen und überschüssiges Wasser aus dem Blut entfernt.

Bei der Peritonealdialyse dient das Bauchfell als Filter innerhalb des Körpers.

Die Dialyse ist für Patient*innen mit akutem und chronischem Nierenversagen lebenswichtig. Im Bestfall dient die Dialyse als Überbrückung bis zu einer Nierentransplantation, auch wenn wir wissen, dass entweder wegen der Knappheit der Spenderorgane oder auch wegen der Multimorbidität mancher Patient*innen viele Betroffene keine neue Niere bekommen werden.

Weiterhin hohe Lebensqualität

Auch ohne Nierentransplantation können Dialysepatient*innen noch viele Jahre mit hoher Lebensqualität verbringen. In unserem Hämodialysezentrum betreuen wir Patient*innen, die vorher schon an der Dialyse waren und während ihres Aufenthaltes weiter dialysiert werden müssen. Außerdem sind wir spezialisiert auf die Behandlung von akutem Nierenversagen und Patient*innen, die im Rahmen einer schweren Erkrankung, häufig auch auf der Intensivstation, dialysepflichtig werden.

Weiterhin betreuen wir auch dauerhaft teilstationäre Dialysepatient*innen, die dreimal die Woche zur Dialyse kommen. In dieser teilstationären Behandlungsumgebung werden unsere multimorbiden Dialysepatient*innen interdisziplinär in enger Kooperation mit allen Fachabteilungen des Klinikums betreut.

Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit

In jeder Visite werden die Patient*innen ärztlich gesehen und untersucht. Akutprobleme können wir durch die klinische Anbindung sofort mit Hilfe sowohl bildgebender als auch laborchemischer Diagnostik bewältigen. Bei Bedarf können andere Fachabteilungen sehr schnell konsiliarisch hinzugezogen werden.

Für unsere Patient*innen ist die sehr enge Kooperation mit unseren Shuntchirurg*innen, die bei akuten Shuntproblemen wie Shuntverschlüssen sofort operativ handeln können, am bedeutendsten. Denn die zeitnahe chirurgische Versorgung (z.B. Thrombektomie) zur Erhaltung und Schonung des Shunts ist von höchster Priorität.

Der Shunt als „Lebensader des Dialysepatient*in“ wird vor jeder Dialyse inspiziert und durch unsere Dialysepfleger*innen punktiert (mit zwei Nadeln angestochen). Diese ermöglichen den hohen Blutfluss über die Hämodialysemaschinen zur effektiven Blutreinigung. Schwer punktierbare Shunts werden sowohl durch Pfleger*innen als auch durch ärztliches Personal der Dialyse ultraschallgestützt punktiert. Besondere Parameter wie Druckverläufe an der Maschine und Rezirkulation werden stets während der Dialysebe-

handlung angezeigt und kontrolliert. So erkennen wir sensibel Shuntprobleme. Treten Shuntprobleme auf, erfolgt nach interdisziplinärer Beratung in der Shuntvisite (wöchentliches Gespräch zwischen Gefäßchirurg*innen und Nephrolog*innen) die weitere Diagnostik.

Interdisziplinäre Gefäßkonferenz

In der zwei Mal pro Woche stattfindenden Gefäßkonferenz findet die interdisziplinäre Besprechung von Gefäß- und Shuntproblemen zwischen Nephrologie, Gefäßchirurgie, Angiologie und Radiologie statt. Sowohl unsere Pflegefachpersonen als auch wir als Nephrolog*innen haben ein besonderes Augenmerk, um Shuntprobleme zu erkennen und schnell zu lösen.

Wir haben es uns zum Ziel gesetzt, unseren Dialysepatient*innen möglichst viele Lebensjahre mit guter Lebensqualität zu ermöglichen. Wir sehen den Beginn der Dialysepflichtigkeit klar als Lebensereignis, aber noch viel mehr als Chance weiter zu leben.

Dazu stehen wir als Dialyseteam täglich zu jeder Zeit im Einsatz!

Kontakt

Prof. Dr. med. Saban Elitok

Chefarzt

Klinik für Nephrologie, Endokrinologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin

E-Mail: saban.elitok@klinikum-evb.de

Telefon: 0331 241-38502

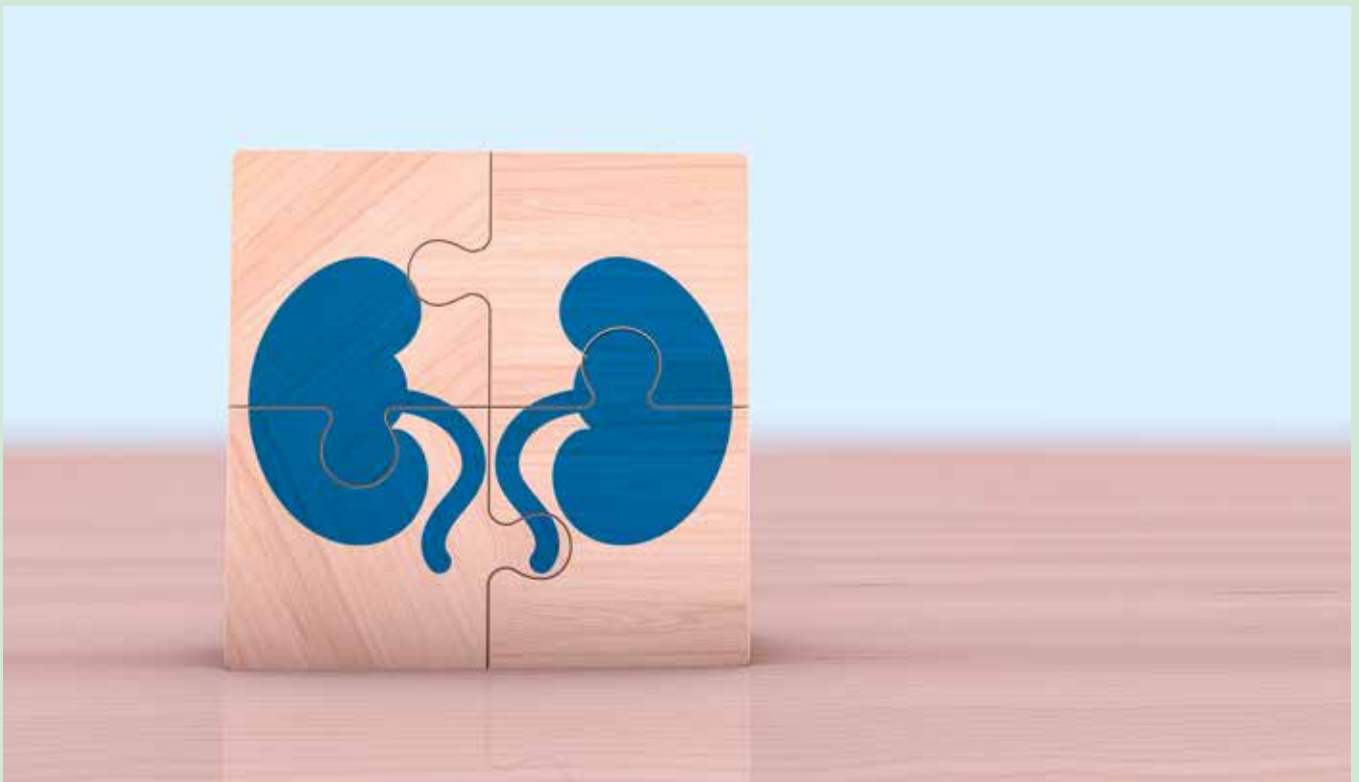
Nilüfer Tekceli

Leitende Oberärztin

Klinik für Nephrologie, Endokrinologie, Diabetologie und allgemeine Innere Medizin

E-Mail: niluefer.tekceli@klinikum-evb.de

Telefon: 0331 241-46352



Duplexsonographie: Diagnostik bei Dialysehunts in der Angiologie



Dr. med. Andreas Ruttloff
Chefarzt
Klinik für Angiologie
Leitung Gefäßzentrum

Die Diagnostik vor Anlage eines Dialysehunts und bei Funktionsstörungen desselben wird ganz überwiegend duplexsonographisch durchgeführt. Diese nicht invasive Methode kann beliebig oft wiederholt werden und eignet sich auch hervorragend für Verlaufskontrollen. Sie verlangt aber auch viel Erfahrung vom Untersuchenden.

Mapping vor Neuanlage eines Shunt, oder von Shaldon- bzw. Vorhofkathetern

Hier geht es darum die am wenigsten komplikationsträchtige und für die Patient*innen angenehmste Lokalisation für den Shunt im Spannungsfeld mit hämodynamischen und operationstechnischen Erfordernissen zu finden. Patient*innen die einen Shunt benötigen, haben meistens bereits eine ausgeprägte Arteriosklerose und Mediasklerose weshalb dieses Mapping auf bereits bestehende Gefäßveränderungen so wichtig ist.

Es wird der arterielle Zufluss von der A. subclavia bis in den Hohlhandbogen untersucht. Hier werden anatomische Varianten (z.B. hohe Teilung der A. brachialis) und vorbestehende meist arteriosklerotisch bedingte Läsionen identifiziert (z.B. eine nicht so seltene proximale Stenose der A. subclavia).

Anschließend werden die tiefen Venen untersucht, um eventuelle Abflusshindernisse zu identifizieren. Viele der niereninsuffizienten Patient*innen hatten bereits zentrale Katheter, so dass Wandveränderungen und Thrombosen in diesen Bereichen häufiger vorkommen. Die oberflächlichen Venen werden auf ihre Tauglichkeit als shunttragendes Gefäß untersucht. Da diese Gefäße sehr variabel hinsichtlich Lokalisation und Kaliber sind, können wir den Gefäßchirurg*innen wichtige Hinweise für die Operation geben. Da es sich hier um Patient*innen mit langer Krankengeschichte handelt, sind viele oberflächliche Venen auch schon durch länger liegende venöse Zugänge obliteriert. An dieser Stelle wird deshalb appelliert, diese Venen am geplanten Shuntarm nicht für Venenverweilkanülen zu verwenden.

Mapping bei Shunt Dysfunktion

Wenn die Dialyse nicht effektiv ist, eine hohe Rezirkulation auftritt, der Arm anschwillt oder Fingerschämien auftreten, muss nach einer Shunt Dysfunktion gesucht werden. Diese erfolgt auch primär duplexsonographisch.

• Arterielle Stenose

Patient*innen mit Niereninsuffizienz oder Hyperlipidämie, die für einen Dialysehunt in Frage kommen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für die Manifestation einer Arteriosklerose. Der Progress dieser vaskulären Erkrankung kann zu einer Flussverminderung im Shunt führen. Häufig sind, wie bereits erwähnt, proximale Stenosen der A. subclavia, aber auch Stenosen der Unterarmarterien.

• Fistelstenose

Bei der Fistel handelt es sich um einen künstlich angelegten „Kurzschluss“ durch eine Anastomose zwischen Arterie und Vene. Durch das Operationstrauma entsteht eine Narbe. Diese kann sich kontrahieren, dann resultiert eine Fistelstenose. Wesentlich seltener kommen Dilatationen der Fistel vor, dann ist der Fluss zu hoch und führt zu einer hämodynamischen Beeinträchtigung der Patient*innen (Tachykardie oder kardiale Dekompensation sind möglich).

• Venöse Stenose (Thrombose, Striktur)

Da die shunttragende Vene sehr häufig punktiert wird verändert sie sich. Dies kann einerseits durch Narbenzug zu venösen Strikturen oder auch Dilatationen der Vene führen. Letztere können sich bis zu Aneurysmata entwickeln. Diese wiederum können thrombosieren. Auch die tiefen Venen verändern sich durch den arterialisierten Fluss. Auch hier kann es sekundär zu Stenosen oder Ektasien kommen. Bei venöser Abflussbehinderung kommt es zur Armschwellung.

• Stealphänomen/-Syndrom

Bei Anlage eines Dialysehuntes wird ein Fluss von 300 bis 800 ml/min über den Shunt angestrebt. Ist der Fluss zu niedrig ist die Dialyse ineffektiv, ist er zu hoch treten einerseits Allgemeinsymptome wie Tachykardie, Dyspnoe bzw. eine kardiale Dekompensation ein. Zusätzlich

kann, da das Blut vor Erreichen der Hand über den Shunt wieder nach zentral abfließt, eine Ischämie der Hand bzw. der Finger auftreten. Klinische Hinweise dafür sind eine livide Verfärbung, Ruheschmerzen sowie Ulzerationen und Nekrosen der Finger. Duplexsonographisch findet man dann beispielsweise einen hinter der Fistel retrograd perfundierten Hohlhandbogen. Ohne klinische Symptome an der Hand spricht man von einem Stealphänomen, mit Ischämie der Hand spricht man von einem Stealsyndrom. Die Fingerischämie lässt sich auch durch mikrozirkulatorische Messungen (transkutaner Sauerstoffpartialdruck, Fingerarteriendruckmessung) objektivieren.

Komplikationen bei venösen Verweilkathetern

Als Fremdkörper, die frei im Venensystem liegen provozieren die Katheter eine Gerinnungsaktivierung. Thrombosen dieser meist zentralen Venen sind deshalb nicht selten. Häufig kann die Duplexsonographie auch nur indirekte Hinweise auf zentrale Venenthrombosen liefern. Ggf. ist zur Diagnosesicherung eine Computertomographie mit Kontrastmittel erforderlich.

Zusammenfassung

Die Duplexsonographie durch einen erfahrenen Untersuchenden vor Fistelanlage und bei Verdacht auf Fisteldysfunktion ist die Methode der Wahl, um optimale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Shuntanlage und eine differenzierte Behandlung von Komplikationen zu gewährleisten.

Kontakt

Dr. med. Andreas Ruttloff

Chefarzt

Klinik für Angiologie

Leitung Gefäßzentrum

E-Mail: andreas.ruttloff@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-35302

Niereninsuffizienz und Organspende: Warum ist sie so wichtig?



Dr. med. Karin Hochbaum, MBA
Medizinische Geschäftsführung

Die Nierentransplantation ist in Deutschland die häufigste Form der Organspende. Etwa 80 % der Menschen, die auf eine Organtransplantation warten, benötigen eine neue Niere. Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sind aktuell über 6.600 Menschen in Deutschland auf eine Spenderniere angewiesen.

Das Problem: Die Zahl der Organspenden reicht bei weitem nicht aus, um die steigende Nachfrage zu decken. Zwar gibt es in Deutschland viele potenzielle Organspender, aber die tatsächliche Zahl der Spenden ist im Vergleich zur Anzahl der Wartenden gering. Im Jahr 2023 wurden rund 2.122 Nieren transplantiert, 608 Organe durch Lebendspende und 1.514 Organe durch postmortale Spende.

Lebensretter Transplantation

Eine Nierentransplantation ist in vielen Fällen die einzige Möglichkeit, die Lebensqualität und das Leben der Patient*innen mit Niereninsuffizienz zu retten. Eine erfolgreich durchgeführte Transplantation kann die regelmäßige Dialyse ersetzen, die mit Nebenwirkungen und Einschränkungen verbunden ist. Laut wissenschaftlichen Studien kann zudem die Lebenserwartung der Patient*innen signifikant gesteigert werden. Doch diese Chance hängt von der Bereitschaft zur Organspende ab. Jeder Mensch, der sich für eine Organspende entscheidet, kann möglicherweise mehreren Patient*innen das Leben retten.

Transplantation ist eine wichtige und etablierte Therapieform, die Menschenleben rettet oder Menschen vor einem 'Tod auf Raten' bewahren kann – nicht nur bei der Niereninsuffizienz.

Eine Entscheidung treffen und dokumentieren

Aktuell haben sich in Deutschland 84 % der Menschen eine Meinung zur Organspende gebildet. 44 % von ihnen haben diese schriftlich mittels Organspendeausweis dokumentiert. 212.000 Menschen haben ihre Erklärung im digitalen Organspende-Register hinterlegt. Oftmals wissen die Angehörigen nichts von dieser Entscheidung und müssen im Ernstfall stellvertretend einwilligen oder ablehnen. Es ist wichtig, dass jeder Einzelne sich bewusst mit dem Thema Organspende auseinandersetzt und eine informierte Entscheidung trifft. Wer für sich eine Entscheidung getroffen hat, sollte diese dokumentieren – unabhängig von Ja oder Nein.

Haben Sie bereits eine Entscheidung getroffen? Hier geht es zum Organspende-Register:



Kontakt

Dr. med. Karin Hochbaum, MBA
Medizinische Geschäftsführung
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
Klinikum Westbrandenburg Potsdam
Poliklinik Ernst von Bergmann GmbH
MVZ Medizinisches Versorgungszentrum GmbH
E-Mail: karin.hochbaum@klinikumevb.de
Telefon: 0331 241-44002



Zertifiziertes Shuntzentrum: strukturelle Voraussetzungen

Im Juni 2022 wurde das Klinikum Ernst von Bergmann als „Interdisziplinäres Zentrum für Dialysezugänge“ zertifiziert und ist damit das erste Zentrum dieser Art im Land Brandenburg. Ein Shuntzentrum ist besonders wichtig, da der Shunt eine lebenswichtige Verbindung für Dialysepatienten darstellt. Die hohe Spezialisierung gewährleistet eine optimale Versorgung, erhöht die Lebensdauer des Shunts und minimiert Komplikationen. Das Zentrum trägt entscheidend dazu bei, die Lebensqualität und die Behandlungssicherheit von Patient*innen mit einer chronischen Nierenerkrankung deutlich zu verbessern.

Doch welche strukturellen Voraussetzungen müssen gegeben sein, um erfolgreich zertifiziert zu werden?

Hier ein kurzer Auszug:

1. Strukturelle Voraussetzungen:

- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Enge Kooperation zwischen Gefäßchirurg*innen, Nephrolog*innen, Radiolog*innen und Angiolog*innen. Es muss ein klar strukturierter interdisziplinärer Behandlungsprozess etabliert sein.
- **Erreichbarkeit:** Die Einrichtung muss eine 24/7-Bereitschaft für Notfälle im Zusammenhang mit Dialysezugängen gewährleisten.
- **Technische Ausstattung:** Verfügbarkeit moderner bildgebender Verfahren wie Duplexsonographie, Angiographie und Radiologie zur Diagnostik und Therapieplanung.
- **Eingriffs- und Operationskapazitäten:** Zugänge zu Operationssälen und angiologischen Interventionseinheiten müssen rund um die Uhr gewährleistet sein.

2. Prozessbezogene Anforderungen:

- **Standards für die Versorgung:** Es müssen standardisierte Verfahren für die Anlage, Kontrolle und Revision von Shunts implementiert sein, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen.
- **Qualitätskontrolle:** Systematische Erfassung von Behandlungsdaten, Komplikationsraten und Patientenergebnissen sowie regelmäßige Überprüfung der Qualität.
- **Patient*innenbetreuung:** Ein strukturiertes Nachsorgekonzept muss vorhanden sein, das Patient*innen in die Lage versetzt, ihren Shunt zu überwachen und rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.



Regionales
Shuntzentrum

3. Personelle Anforderungen:

- **Qualifikation der Fachkräfte:** Alle beteiligten Ärzt*innen und Pflegefachkräfte müssen über spezielle Qualifikationen und Erfahrung im Bereich der Dialysezugänge verfügen.
- **Fort- und Weiterbildungen:** Regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen für das gesamte Team sind verpflichtend.

4. Dokumentation und Nachweisführung:

- **Patient*innenregister:** Es muss ein Patient*innenregister geführt werden, in dem alle durchgeführten Eingriffe, Komplikationen und Nachsorgeergebnisse dokumentiert sind (die Pflicht zur Teilnahme am Shunt-Register besteht seit 01.01.2022).
- **Regelmäßige Audits:** Die Einhaltung der Standards wird durch interne und externe Audits überprüft.

Die Zertifizierung ist ein Gütesiegel, das Patient*innen und Zuweiser*innen signalisiert, dass das Shuntzentrum höchsten medizinischen Standards entspricht. Sie schafft Vertrauen und gewährleistet eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Gleichzeitig macht sie das Klinikum Ernst von Bergmann zu einem bevorzugten Partner für andere Einrichtungen, die Patient*innen mit komplexen Shuntproblemen überweisen möchten.

NEEDS
DESIGNS

Stark durch den Winter: RSV-Impfung für im Klinikum EvB geborene Kinder

Neugeborene und Säuglinge, die im Klinikum EvB zur Welt kommen, können vor der Entlassung auf Wunsch der Eltern gegen RSV immunisiert werden. RSV-Infektionen bei Neugeborenen und Säuglingen sind in Deutschland die häufigste Ursache für Krankenhauseinweisungen. Kinder in ihren ersten sechs Lebensmonaten sind besonders gefährdet, schwer an RSV zu erkranken. Die STIKO empfiehlt deshalb für alle Neugeborenen und Säuglinge eine Prophylaxe zum Schutz vor schweren Atemwegsinfektionen durch RSV.

„Dass Impfungen helfen, schwere und lebensbedrohliche Krankheiten zu verhindern, ist unumstritten“, sagt Prof. Dr. med. Jan Däbritz, Chefarzt der Kinder- und Jugendklinik im Klinikum Westbrandenburg in Potsdam. „Seit kurzem ist die Impfung gegen das vor allem für Neugeborene und Säuglinge gefährliche RS-Virus verfügbar. Sie sollte laut den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts allen Neugeborenen während der Virensaison bereits in der Geburtsklinik verabreicht werden.“

Impfung für Neugeborene auch in Potsdam verfügbar

„Seit Anfang Oktober bieten wir die RSV-Impfung in den Tagen nach der Geburt im Rahmen der U2-Vorsorgeuntersuchung an“, erklärt Dr. med. David Szekessy, Departmentleiter Neonatologie des Klinikum Westbrandenburg in Potsdam, dessen Team gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendklinik die Vorsorgeuntersuchungen der Neugeborenen nach der Entbindung im Klinikum EvB durchführt. „Die Impfung ist unbedingt zu empfehlen, denn sie kann nachgewiesener Weise helfen, eine schwere Krankheit zu verhindern – und zwar ab dem Moment der Impfung. Es handelt sich um eine passive Immunisierung mit Antikörpern. Ich bin überzeugt, dass viele Eltern und solche, denen eine Geburt zeitnah bevorsteht, diesen Schutz für ihre Kinder in Anspruch nehmen möchten.“

Säuglinge, die zwischen April und Ende September 2024 geboren wurden, können auf Wunsch der Eltern in der zuständigen Kinderarztpraxis gegen RSV immunisiert werden.

RS-Virus im ersten Lebensjahr besonders gefährlich

Bei älteren Kindern und Erwachsenen verläuft eine Infektion mit dem RS-Virus meist wie eine normale Virusinfektion. Neugeborene und Säuglinge können jedoch schwerste Beschwerden mit akuter Atemnot entwickeln, die eine Behandlung im Krankenhaus unumgänglich machen.

„Leider gibt es keine Möglichkeit, den Krankheitsverlauf einer RSV-Infektion durch Medikamente zu verkürzen. Wir können lediglich die Symptome behandeln. Schwere Entzündungen der unteren Atemwege müssen wir meist stationär bei uns in der Klinik behandeln, eine Sauerstoff-Gabe ist hier oft nötig, in einigen Fällen ist auch eine maschinelle Atmungs-Unterstützung oder eine invasive Beatmung auf der Intensivstation notwendig“, erklärt Bernhard Kosak, Departmentleiter Pädiatrische Notfall- und Intensivmedizin am Klinikum Westbrandenburg in Potsdam.

Prof. Dr. med. Jan Däbritz ergänzt: „In der Infektionssaison kommen Kinderkliniken und Kinderarztpraxen aufgrund der Vielzahl schwer verlaufender RSV-assoziiertes und anderer Atemwegserkrankungen bei Säuglingen regelmäßig an ihre Kapazitätsgrenzen. Das ist aber nur die eine Seite der Medaille. Auf der viel wichtigeren, anderen Seite stehen die Sorgen und Ängste der Familie um ihr krankes Kind. Wir empfehlen daher die Schutzimpfung gegen das RS-Virus ausdrücklich.“

Vorteile der Impfung

Die RSV-Impfung ist in den USA, Luxemburg und Spanien schon seit dem Jahr 2023 eine Standardleistung. Aus den Zulassungsstudien ist bekannt, dass der Impfstoff sehr gut vertragen wird. Die Zahl der Neugeborenen und Säuglinge, die aufgrund einer RSV-Infektion stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden mussten, ging in den Ländern stark zurück, die flächendeckend gegen RSV geimpft haben. Der Schutz der passiven Immunisierung hinsichtlich der Verhinderung von sehr schwer verlaufenden RSV-assoziierten Infektionen der unteren Atemwege beträgt laut Epidemiologischem Bulletin (26/2024) des Robert-Koch-Instituts 81 Prozent und hält mit einer Schutzdauer von mindestens sechs Monaten annehmbar über die gesamte RSV-Saison an.

Kontakt

Prof. Dr. med. Jan Däbritz

Chefarzt

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Klinikum Westbrandenburg Potsdam

E-Mail: jan.daebritz@klinikumwvb.de

Telefon: 0331 241-35902

Perinatalzentrum Level 1 feiert Weltfrühgeborenentag: „Lila Luftpost“ stieg in den Potsdamer Himmel



Anlässlich des Welt-Frühgeborenen-Tages beteiligen sich das Klinikum Westbrandenburg und das Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam am weltweiten Aktionstag „Purple for Premies“. Seit dem Jahr 2008 ist der 17. November weltweit ein Anlass, um an alle Frühgeborenen zu denken. Jene Kinder also, die schon bei ihrer frühen Geburt vor besondere Startvoraussetzungen gestellt wurden.

Rund 64.500 Babys werden in Deutschland jährlich zu früh geboren, das heißt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche. Damit kommt jedes zehnte Kind als Frühchen zur Welt. Bei vielen der unreif geborenen Kleinsten steht zunächst das Überleben im Fokus. Dazu braucht es hochspezialisierte medizinische Betreuung und gleichzeitig liebevolle Unterstützung bei den oft kleinen Entwicklungsschritten.

Ebenso wie die Kinder brauchen auch die Eltern besondere Unterstützung, denn häufig kommt der frühe Start ins Elterndasein unerwartet und trifft sie unvorbereitet. Zudem sind die jungen Eltern extremen emotionalen Belastungen ausgesetzt und brauchen medizinische, soziale und psychologische Unterstützung.

In unserem Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1) sind wir genau dafür da: von Anfang an. Wir sind speziell auf die Versorgung von Risikoschwangeren, Früh- und Neu-geborenen sowie Mehrlingsgeburten ausgerichtet. Kreißsaalbereich und die neonatologische Intensivversorgung befinden sich unter einem Dach „Wand-an-Wand“. Im Notfall wird daher keine wertvolle Zeit vergeudet; eine enge Zusammenarbeit und die maximale Versorgung von Mutter und Kind ist zu jeder Zeit gegeben. Auf diese Weise sind wir in der Lage, Frühgeborene ab der Lebensfähigkeit kompetent und umfassend zu versorgen. Wir halten für alle Situationen hoch qualifizierte Teams und modernste Technik bereit und stellen uns dabei vollkommen auf die vielfältigen und besonderen Bedürfnisse der Kinder und Familien ein.

Denn: Trotz aller medizinischen Fortschritte gehört eine zu frühe Geburt auch in Deutschland und Europa noch zu den größten Bedrohungen für das Leben und die Gesundheit von Kindern.

Am 17. November stieg „Lila Luftpost“ in den Potsdamer Himmel

Über 150 Eltern und Kinder folgten der Einladung der Neonatologie und kamen zum Familienfest anlässlich des Weltfrüchtentags ins KEvB. Gemeinsam wurden Luftpost-Briefe gebastelt und sich bei Kaffee und Kuchen ausgetauscht, erinnert und Mut gemacht. Später stiegen über 150 lila Ballons mit den Wünschen der Familien in den Potsdamer Himmel.

„Wir freuen uns sehr, dass wir auch in diesem Jahr wieder mit ‚unseren‘ Frühchen und ihren Familien zusammenkommen und auf die Bedeutung des Weltfrühgeborenentages aufmerksam machen konnten. Gemeinsam haben wir mit lila Luftpost-Ballons hoffentlich weit über Potsdam hinaus auf die besonderen Herausforderungen und Bedürfnisse von Frühgeborenen und ihren Familien aufmerksam gemacht“, sagt Katrin Wöckener, Stationsleiterin der Neonatologie.

Kontakt

Dr. med. David Szekessy

Departmentleiter Neonatologie

Klinikum Westbrandenburg

E-Mail: david.szekessy@klinikumwb.de

Telefon: 0331 241-35951

Assistenzhunde willkommen: KEvB ist Teil der „assistenzhundfreundliche Kommune“

Gemeinsam mit der Landeshauptstadt Potsdam und den Pfotenpiloten e.V. setzt das KEvB ein klares Zeichen für Inklusion und Barrierefreiheit: Alle Assistenzhunde sind in den kommunalen Einrichtungen der Stadt offiziell willkommen – dazu zählt auch das Klinikum Ernst von Bergmann.

Bei einem Rundgang durch das Klinikum sensibilisierten Dr. Tina Denninger, Beauftragte für Menschen mit Behinderung der Landeshauptstadt Potsdam, Frau Maserati von den Pfotenpiloten mit Hündin Mascha und Stephanie Herrschuh, Stellvertretende Leitung Therapeutische Berufe für das Thema der Assistenzhunde. Dann brachten sie den ersten Türaufkleber im Klinikum EvB an.

Mit der Anbringung des „Assistenzhund Willkommen“-Türaufklebers am Eingang der Poliklinik Ernst von Bergmann wird dieses Engagement nun nach außen deutlich sichtbar. Gemeinsam setzt sich die EvB Gruppe dafür ein, die Zugangsrechte für alle zu stärken und unsichtbare Behinderungen sichtbar zu machen. Denn Barrierefreiheit ist mehr als nur ein bauliches Konzept – es geht um Teilhabe für alle.

Während Blindenführhunde weitläufig bekannt sind, stoßen andere Assistenzhundarten wie Signalthunde oder medizinische Warnhunde noch häufig auf Unverständnis. Diese speziell ausgebildeten Hunde übernehmen lebenswichtige Aufgaben und bieten ihren Halter*innen mehr Selbstständigkeit.

Die Initiative „Assistenzhund Willkommen“ wurde von Pfotenpiloten e.V. ins Leben gerufen und wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie der Aktion Mensch gefördert. Ziel der Kampagne ist es, über Assistenzhunde und ihre Zutrittsrechte aufzuklären und Barrieren abzubauen.

Kontakt

Stephanie Herrschuh

Stellvertretende Leitung Therapeutische Berufe

E-Mail: stephanie.herrschuh@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-43352



v.l.n.r.: Dr. Tina Denninger, Beauftragte für Menschen mit Behinderung der Landeshauptstadt Potsdam, Stephanie Herrschuh – Stellvertretende Leitung Therapeutische Berufe und Frau Maserati von den Pfotenpiloten mit Hündin Mascha



Team auf der Anästhesiologischen Intensivstation v.l. Judith Mack (Stationsleitung Medizinisch-Internistische Intensivmedizin mit Zertifikat (links), Jana Wricke (Stationsleitung Anästhesiologische Intensivstation mit Zertifikat (rechts), Sabine Brase (Geschäftsführerin Pflege-Bildung-Zukunft), Britta Dürdoth (komm. Pflege-gerische Zentrumsleitung Zentrum Notfall- und Intensivmedizin, AIT, IMC, Schmerztherapie)

Ausgezeichnet: Angehörigenfreundliche Intensivstation

Die zwei Intensivstationen des Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam wurden mit dem Zertifikat „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) ausgezeichnet. Die DGF bescheinigt dem Klinikum EvB damit, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Rolle der Angehörigen für Intensiv-Patient*innen interprofessionell in der Praxis umzusetzen. Pflegefachpersonen, Ärzt*innen sowie eine Psychologin stehen den Angehörigen interprofessionell zur Seite, um sie bestmöglich zu unterstützen. Hauptkriterien der Zertifizierung sind der Verzicht auf feste Besuchszeiten und die aktive Einbindung der Angehörigen in die Entscheidungs- und Versorgungsprozesse. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig.

„Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass gerade für Schwerstkranken die Nähe einer vertrauten Person und die bewusste Einbindung von Angehörigen in den Aufenthalt eines Patienten auf der Intensivstation von entscheidender Bedeutung sind“, erklärt Sabine Brase, Geschäftsführerin für den Bereich Pflege – Bildung – Zukunft des Klinikum EvB in Potsdam. „Die erfolgreiche Zertifizierung unterstreicht unseren Erfolg auf dem Weg, eine mitfühlende Umgebung zu schaffen, in der Angehörige und Freunde ihren geliebten Menschen jederzeit begleiten und deren Interessen wahrnehmen können. Das ist eine Grundvoraussetzung für die

Integration der Angehörigen in das therapeutische Konzept für den Intensivpatienten.“

Dass Angehörige auf den Intensivstationen jederzeit willkommen sind und als wichtiger Teil der Therapie verstanden werden, ist nur ein Teilaspekt eines umfangreichen Kriterienkatalogs, den es für die erfolgreiche Zertifizierung zu erfüllen gilt. Denn nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen tragen Angehörige wesentlich zur Genesung der Patient*innen bei. Zum Konzept der angehörigengerechten Intensivstation gehört es neben offenen Besuchszeiten unter anderem auch, proaktive Angehörigengespräche zu führen, Angehörige in pflegerische Maßnahmen einzubeziehen und Kindern den Besuch ihrer Angehörigen auf der Intensivstation zu ermöglichen. Im Klinikum EvB werden Kinder während ihres Besuchs auf der Erwachsenen-Intensivstationen von einer Psychologin begleitet.

Kontakt

Sabine Brase

Geschäftsführerin Pflege – Bildung – Zukunft

E-Mail: sabine.brase@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-44002

Stationsapotheker*innen auf den Intensivstationen: Mehrwert für Patient*innen und Klinik

Auf dem „6. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“ Ende Oktober 2024 erhielt das Team der Krankenhausapotheke und der Intensivmedizin den 2. Posterpreis. Der Kongress wurde ausgerichtet von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und ist der Fachkongress für Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im deutschsprachigen Raum.

Dr. rer. nat. Ulrich Warnke (Chefapotheker) und Nadja Liebig (Stationsapothekerin), beide aus der Krankenhausapotheke sowie Prof. Dr. med. Michael Oppert (Chefarzt, Zentrum für Notfall- und internistische Intensivmedizin) stellten ihre Erkenntnisse aus dem Projekt „Stationsapotheker*innen auf den Intensivstationen des Klinikum EvB“ vor.

„Wir freuen uns und sind auch stolz über die Anerkennung unserer gemeinsamen, interprofessionellen Arbeit für die Arzneimitteltherapiesicherheit in der Intensivmedizin, von der zuallererst unsere Patient*innen profitieren. In Deutschland wird gerade über die Einführung so genannter Medication Safety Officers diskutiert. Man könnte sagen: gibt es schon! Stationsapotheker*innen fördern und unterstützen durch Kommunikation, Anleitung und Ausbildung gemeinsam mit dem therapeutischen Team auf der Station die sichere Anwendung von Arzneimitteln. Sie übernehmen damit Mitverantwortung für eine optimale Arzneimitteltherapie und die Patient*innensicherheit,“ so Dr. rer. nat. Ulrich Warnke, Leiter der Krankenhausapotheke.



Dr. rer. nat. Ulrich Warnke (Chefapotheker) und Nadja Liebig (Stationsapothekerin), beide aus der Krankenhausapotheke in Vorbereitung auf eine pharmakologische Visite.

Worum geht es in der Studie genau?

Der positive Einfluss von pharmazeutischer Betreuung von Patient*innen auf die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) gilt als belegt. Dies schlägt sich u.a. auch in den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen mit Stationsapotheker*innen und im so genannten Closed Loop Medication Management nieder.

Zum ökonomischen Einfluss klinisch pharmazeutischer Dienstleistungen (pDL) in Deutschland allerdings war bisher wenig bekannt. Im Rahmen des Pilotprojektes zur Einführung von Stationsapotheker*innen auf den Intensivstationen hat die Krankenhausapotheke des Klinikum EvB in Potsdam neben dem klinischen auch den ökonomischen Nutzen von pharmazeutischen Dienstleistungen (pDL) belegen können. Stationsapotheker*innen im intensivmedizinischen Team vermeiden zusätzliche Behandlungskosten

Seit dem Jahr 2022 sind Stationsapotheker*innen fester Bestandteil des intensivmedizinischen Behandlungsteams im Klinikum Ernst von Bergmann.

Kontakt

Dr. rer. nat. Ulrich Warnke

Chefapotheker

Krankenhausapotheke

E-Mail: ulrich.warnke@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-37302

Moderne Hüftchirurgie: Hüftdysplasie beim Erwachsenen

Die Chirurgie des Hüftgelenkes hat sich in den letzten Jahrzehnten insbesondere im Bereich der gelenkerhaltenden Chirurgie weiterentwickelt. So stehen heute am Hüftgelenk mit der Hüftarthroskopie, modernen Knorpeltherapien und den Osteotomien an Femur und Azetabulum vergleichbare gelenkerhaltende Möglichkeiten wie am Kniegelenk zur Verfügung.

Ein Großteil der Symptome resultiert aus den beiden wesentlichen prä-arthrotischen Deformitäten des Hüftgelenkes: dem femoroazetabuläres Impingement (FAI) und der Hüftdysplasie.

Die Hüftdysplasie ist hierbei die aggressivere, früher zur Degeneration des Gelenkes führende und schlechter konservativ therapierbare Entität. Als häufigste angeborene Skelettdeformität in Mitteleuropa stellt sie die Ursache für bis zu 50 Prozent aller Koxarthrosen dar. In Deutschland wurde daher 1996 ein unselektioniertes Ultraschallscreening eingeführt, mit der die Rate an verpassten Diagnosen und die Notwendigkeit invasiver Eingriffe deutlich reduziert werden konnte. Trotz aller Anstrengungen vermögen die Screeninguntersuchungen aber längst nicht alle Dysplasien zu eliminieren. Insbesondere die häufig erst im Adoleszenten- oder jungen Erwachsenenalter symptomatisch werdenden mildereren Formen sind weiterhin relevant häufig anzutreffen. Auch diese milden Formen der Dysplasie stellen eine relevante prä-arthrotische Deformität dar, die – sobald sie symptomatisch werden – erkannt und behandelt werden müssen.

Azetabuläre Dysplasie

Bei der azetabulären Dysplasie besteht durch eine zu flache Hüftpfanne eine defizitäre Überdachung des Hüftkopfes, die zu einer reduzierten gewichtstragenden Fläche und durch eine reduzierte knöcherne Stabilität zu einer verstärkten Belastung des Knorpels und Labrums führt. Begleitende Deformitäten des proximalen Femurs und andere patientenspezifische Faktoren, wie eine Hypermobilität, beeinflussen zusätzlich den Krankheitsverlauf.

Die Beschwerden beginnen in der Regel aus der Beschwerdefreiheit heraus mit Belastungsschmerzen im Bereich der Leiste und/oder der Trochanterregion, typischerweise in Zusammenhang mit längerem Laufen, Stehen oder sportlicher Belastung. In der klinischen Untersuchung weisen Dysplasiepatient*innen häufig (in Abgrenzung zum Impingement) eine normale oder auffällig gute Beweglichkeit des Hüftgelenkes auf, eine forcierte Beugung und Innenrotation provoziert die Schmerzen.



Die Aufnahmen zeigen eine schwere Hüftdysplasie plus Gelenkentzündung.

Während höhergradige Dysplasien im konventionellen Röntgen leicht ins Auge fallen, sind die weniger ausgeprägten Formen anspruchsvoll zu detektieren. Daher ist eine genaue Evaluation des Bildmaterials, insbesondere der Beckenübersicht und des MRT, erforderlich. Bei Vorliegen einer symptomatischen Hüftdysplasie sollte eine operative, gelenkerhaltende Korrektur in Betracht gezogen werden. Nur diese vermag wirkungsvoll die Beschwerden zu verbessern und das Fortschreiten der Gelenkschädigung aufzuhalten. Bei gelenkerhaltendem Vorgehen ist die Prognose bei einer frühzeitigen operativen Intervention am besten, diese sollte daher bei anhaltenden Beschwerden nicht unnötig hinausgezögert werden.

Reorientierende Beckenosteotomien stellen die erste Wahl in der Behandlung der Hüftdysplasie dar. Hierbei wird das Azetabulum aus dem Becken gelöst und kann dann dreidimensional in eine bessere biomechanische, den Kopf ausreichend überdachende, Position geschwenkt werden. Die modernere Technik der periazetabuläre Osteotomie (PAO) erhält hierbei den hinteren Beckenring und ermöglicht so eine schnellere postoperative Rehabilitation als die klassische Technik der Dreifach Beckenosteotomie (Tripel-Osteotomie).

Für die Patient*innen kann durch diese Korrektur der zugrundeliegenden biomechanischen Pathologie eine signifikante, über Jahrzehnte anhaltende Beschwerdeverbesserung und Verzögerung der Degeneration des Gelenks bei einer hohen Raten an Rückkehr auch in sportliche Belastung (Return-to-Sport) erreicht werden.



Aufnahmen nach einer erfolgreichen Beckenosteotomie.

Bei fortgeschrittener Arthrose mit signifikanten Schmerzen und Funktionsverlust bleibt oft die Hüftendoprothese die beste Option. Moderne Implantate ermöglichen bei den häufig noch relativ jungen Patient*innen auch in der technisch anspruchsvollen Situation bei dysplastischen Hüften eine schmerzfreie Funktion und gute Langzeitergebnisse.

Kontakt

Prof. Dr. med. Jörg Schröder

Chefarzt der Klinik für Orthopädie

E-Mail: joerg.schroeder@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-35452

Hüftdysplasie – eine unentdeckte Fehlstellung

Für Laura Auras entwickelt sich ein Stechen in der Hüfte zu einem dauerhaften Begleiter. MRT-Aufnahmen bringen Klarheit zum Ursprung der Beschwerden: Hüftdysplasie plus Gelenkentzündung. Da mittlerweile jeder Schritt schmerzt und die Mobilität stark eingeschränkt ist, entscheidet sich Frau Auras für einen chirurgischen Eingriff im Klinikum EvB.

Lesen Sie die vollständige Patientengeschichte unter www.evb-gesundheit.de oder scannen Sie den QR-Code.



Risiken von schweren Augenverletzungen durch privates Feuerwerk

Das alte Jahr geht zu Ende, und der Beginn des neuen Jahres wird mit Böllern und Raketen begrüßt.

Allerdings: Überall wo privates Feuerwerk gezündet wird, passieren Unfälle. Durch eine fehlgeleitete Rakete oder die Explosion eines liegen gelassenen Böllers kann es zum Teil zu schweren Verletzungen kommen.

Für die deutsche ophthalmologische Gesellschaft (DOG) führt die Klinik für Augenheilkunde am Klinikum EvB seit acht Jahren eine deutschlandweite Prospektive Studie zu Feuerwerksbedingten Augenverletzungen durch.

Dank des Engagements der ärztlichen Mitarbeiter*innen aus 85 diensthabenden Augenkliniken in Deutschland, allen Universitäts-Augenkliniken und fast allen nicht-universitären Augenabteilungen, konnte die Klinik für Augenheilkunde über die vergangenen acht Jahre Daten von 3.769 Betroffenen erfassen und die dramatische Entwicklung mit einem deutlichen Anstieg der feuerwerksbedingten Augenverletzungen nach dem pandemiebedingten Verkaufsverbot dargestellt werden.

In den Pandemie Jahren 2020 und 2021 führte ein bundesweites Verkaufsverbot von Feuerwerkskörpern zu einem drastischen Rückgang der Augenverletzungen.

Zum Jahreswechsel 2023/24 lag die Gesamtzahl der Augenverletzungen mit 780 Verletzten ähnlich hoch wie am vorangegangenen Jahreswechsel. In der Studie wurden rund 300 Betroffene mehr als in den Jahren vor der Pandemie dokumentiert. Über alle acht Jahre der Umfrage ist zu sehen: In fast 60 % der Fälle trifft es unbeteiligte Zuschauer*innen und Passant*innen – Menschen jeden Alters, die zur falschen Zeit am falschen Ort gewesen sind und als Unbeteiligte zum Teil schwer verletzt wurden.

Knapp 40 % der Betroffenen sind Kinder und Jugendliche, die im Falle schwerer Verletzungen lebenslang mit funktionellen und kosmetischen Folgen zu kämpfen haben. Besonders viele Kinder unter 12 Jahren sind darunter, einige von ihnen haben nicht gezündete Feuerwerkskörper vom Boden aufgehoben, andere bekommen auf unklaren Wegen Zugang zu Feuerwerkskörpern.

Augenverletzungen machen, Studien zufolge, etwa 10-15 % der feuerwerksbedingten Verletzungen aus. Knalltraumata, Hand- und Kopfverletzungen und Verbrennungen stehen demnach in der Silvesternacht ebenso auf der Tagesordnung.

Helfen Sie mit – klären Sie auf

Um Ihre Patient*innen auf die teilweise dramatischen Augenverletzungen durch Feuerwerkskörper aufmerksam zu machen, finden Sie hier einen Link zu einem Info-Poster der DOG, des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA) und der retinologischen Gesellschaft (RG), das Sie ausdrucken und in der Praxis oder der Klinik aushängen können – natürlich auch gerne in Schulen oder Kitas und wo immer Sie es für sinnvoll erachten. Der QR-Code führt auf die Webseite der DOG, wo weitere Informationen zum Thema hinterlegt sind.



Der Zugang zu Feuerwerkskörpern birgt unter den derzeit gültigen Regulationen ein sehr hohes Verletzungspotenzial. Nutzen Sie das Poster, um auf dieses Risiko aufmerksam zu machen und helfen Sie mit, Kinder, Jugendliche sowie unbeteiligte Zuschauer*innen und Passant*innen zu schützen.

Kontakt

Prof. Dr. med. Ameli Gabel-Pfisterer

Leitende Oberärztin

Klinik für Augenheilkunde

E-Mail: ameli.gabel-pfisterer@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-35102



Schützen Sie sich und Ihre Kinder!

Privates Feuerwerk verursacht jedes Jahr rund 800 Augenverletzungen, teilweise mit dauerhafter Erblindung. Unbeteiligte Zuschauer und Kinder sind am häufigsten betroffen. Seit 2016 werden feuerwerksbedingte Augenverletzungen deutschlandweit im Feuerwerksregister der DOG anonym erfasst. Weitere Informationen? QR-Code scannen!



Zentrum für Bewegungsstörungen und Neuromodulation eröffnet



Mit der Eröffnung des neuen „Zentrums für Bewegungsstörungen und Neuromodulation“ hat die Klinik für Neurologie des Klinikums Ernst von Bergmann einen weiteren bedeutenden Meilenstein in der Behandlung neurologischer Bewegungsstörungen erreicht. Die neurologische Klinik bietet mit der eigenständigen Durchführung der Tiefen Hirnstimulation (THS), ergänzend zu den Parkinson-Pumpentherapien, ab sofort sämtliche hochmodernen Therapieoptionen aus einer Hand an. Für die Betroffenen mit Parkinson oder anderen Bewegungsstörungen bedeutet dies eine gezielte Verbesserung der Lebensqualität.

Tiefe Hirnstimulation: Präziser Eingriff für bessere Lebensqualität

Die THS ist eine minimal-invasive Methode, bei der Elektroden in das Gehirn implantiert werden, um gezielte elektrische Impulse zu senden, die die neuronale Aktivität regulieren. Besonders bei Parkinsonpatient*innen, deren Symptome nicht mehr ausreichend auf medikamentöse Behandlungen ansprechen, kann die THS zu erheblichen Verbesserungen führen. Die Elektroden werden mit einem kleinen Impulsgeber verbunden, der unter der Haut implantiert wird. Symptome wie Zittern, Steifheit und Bewegungsverlangsamung werden dadurch umgehend reduziert und so den Patient*innen eine deutlich höhere Lebensqualität ermöglicht.

„Die THS ist weltweit eine der zur Zeit fortschrittlichsten Behandlungsmethoden für Parkinson-Patient*innen, die eine immense Verbesserung der motorischen Funktion und Lebensqualität bewirkt“, erklärt Prof. Dr. med. Martin Südmeyer, Chefarzt der Klinik für Neurologie. „Mit der erfolgreichen Durchführung der ersten THS als hochpräziser und effektiver Therapieoption in unserem Haus, erweitern wir das Spektrum unserer Behandlungsmöglichkeiten insofern enorm.“

Ein Beispiel für den Erfolg der THS am Potsdamer Klinikum ist die Behandlung von Herrn Künne, der als erster Patient in der Klinik für Neurologie mit der THS im September 2024 operiert wurde. Herr Künne, ein Parkinson-Patient, litt jahrelang unter schweren Symptomen wie Zittern, Steifheit und starker Bewegungsverlangsamung. Nach der THS-Operation erlebte er eine spürbare Verbesserung seiner Bewegungsfähigkeit. „Die Operation war ein Wendepunkt für mich. Ich kann wieder besser greifen und mich freier bewegen. Es ist eine enorme Erleichterung, mehr Kontrolle über meinen Körper zu haben“, erzählt Herr Künne, der von der neu gewonnenen Lebensqualität begeistert ist.

„Die THS ist eine revolutionäre Therapie, welche für viele Patient*innen mit Parkinson die ersehnte Wende nach langem Leidensweg bedeuten kann. Es freut mich besonders, dass diese Hoffnung von Herrn Künne, als erster operierter

Patient im Potsdamer Klinikum, nun erfüllt werden konnte“, sagt Univ.-Prof. (em.) Dr. med. Jürgen Voges, leitender Operateur in der Klinik für Neurologie.

„Die Kombination aus neuester Technologie zur Neuromodulation und innovativen medikamentösen Behandlungen eröffnet unseren Patient*innen häufig ungekannte und vielversprechende Wege in der Therapie von Parkinson und anderen Bewegungsstörungen“, so Prof. Dr. med. Martin Südmeyer weiter.

Spitzenmedizin für die Region und darüber hinaus

Mit dem Zentrum für Bewegungsstörungen und Neuromodulation setzt das Klinikum Ernst von Bergmann neue Maßstäbe in der neurologischen Versorgung.

„Wir sind stolz darauf, führend in der Anwendung neuer Therapieansätze zu sein und unseren Patient*innen individuell zugeschnittene Behandlungsstrategien anbieten zu können. Dies ist ein weiteres Beispiel für die Spitzenmedizin, die das Klinikum Ernst von Bergmann auszeichnet“, betont Dr. med. Karin Hochbaum, medizinische Geschäftsführerin des Klinikum Ernst von Bergmann.

Lesen Sie die vollständige Patientengeschichte von Herrn Künne unter www.evb-gesundheit.de oder scannen Sie den QR-Code.



Kontakt

Prof. Dr. med. Martin Südmeyer

Chefarzt

Klinik für Neurologie und Klinische Neuropsychologie

E-Mail: martin.suedmeyer@klinikumevb.de

Telefon: 0331 241-37102

VEPRAZ

STALG

STUNZEN

QR-Code scannen lohnt sich:

Weiteres Wissen und Details zu unseren Fort- und Weiterbildungen sowie Veranstaltungen finden Sie unter:

www.evb-gesundheit.de/veranstaltungen.



Anmeldung stationäre Aufnahme und Notaufnahmen

Zentrale Terminvergabe für stationäre Patientenaufnahmen

Erwachsene Tel.: 0331 241-33934

Kinder und Jugendliche Tel.: 0331 241-35859

www.evb-gesundheit.de/klinikumevb/terminservice

Zentrale Notaufnahme Potsdam

Tel.: 0331 241-55051

Bad Belzig Tel.: 033841 93-150

Forst Tel.: 03562 985-187

Kinder-Notaufnahme Potsdam Tel.: 0331 241-35918

Psychiatrische Notaufnahme Potsdam, In der Aue

Tel.: 0331 241-37516

An- und Abmeldung für das Zuweisermagazin

Wir hoffen, dass Ihnen unser Zuweisermagazin gefällt und wir Sie zukünftig aktuell informieren dürfen.

Gerne senden wir Ihnen das Magazin in elektronischer Form zu. Schicken Sie uns dazu einfach eine E-Mail mit dem Betreff „Newsletteranmeldung“ an:
unternehmenskommunikation@klinikumevb.de.

Falls Ihnen der Newsletter weitergeleitet wurde und Sie Interesse daran haben, können Sie sich per E-Mail bei der genannten Adresse kostenfrei anmelden. Möchten Sie keine Informationen per E-Mail von uns erhalten, benachrichtigen Sie uns bitte per E-Mail. Dann werden Sie aus der Abonnentenliste des Newsletter gestrichen.

Impressum | Copyright

Redaktion:

Laura Johann | Leitung Gestaltung und Text

Prof. Dr. med. Martin Südmeyer,

Dr. med. Karin Hochbaum, Medizinische Geschäftsführerin | wissenschaftliche Leitung

Herausgeber:

Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH

Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation

Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam

Telefon: 0331 241-0

E-Mail: info@klinikumevb.de

Internet: www.evb-gesundheit.de

Die Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH ist eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung der Landeshauptstadt Potsdam. Diese wird vertreten durch die Geschäftsführung Tomislav Gmajnic (Sprecher), Sabine Brase und Dr. med. Karin Hochbaum.

Handelsregister: Amtsgericht Potsdam, HRB-Nr.: 16279 P | Umsatzsteueridentifikationsnummer (USt-ID) gemäß § 27 a Umsatzsteuergesetz (UStG): DE 226001047

Copyright: Alle Rechte vorbehalten.

Titelbild: Adobe Stock

Seite 16: Adobe Stock

Seite 20: Adobe Stock – Alexander Raths

Das Copyright für veröffentlichte, von der Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH selbst erstellte Objekte, bleibt allein beim Krankenhaus.

Es ist insbesondere nicht gestattet, ohne ausdrückliche Zustimmung solche Grafiken und Texte oder Teile daraus für gewerbliche Zwecke zu übernehmen, zu übersetzen, zu vervielfältigen, auf Mikrofilm/-fiche, in elektronische Systeme oder andere Websites einzuspeichern oder in irgendeiner Weise zu verändern. Das Herunterladen oder Ausdrucken einzelner Seiten für den privaten Gebrauch ist gestattet. Auch die Linksammlungen unterliegen urheberrechtlichem Schutz.

Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH

Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam

Telefon: 0331 241-0

Telefax: 0331 241-34000

E-Mail: info@klinikumevb.de

www.evb-gesundheit.de

