

KEH | REPORT

1 | November 2004



CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN

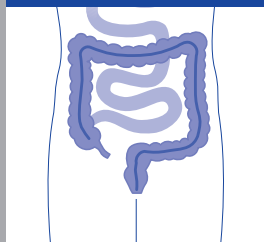
DIAGNOSTIK, THERAPIE UND PFLEGE

Vorstellung der Abteilung Gastro-
enterologie/Infektiologie/Nephrologie

| Seite 3

Chirurgische Behandlung: »So viel wie
nötig, so wenig wie möglich«

| Seite 6



Liebe Leserinnen und Leser,



Sie halten die erste Ausgabe unserer Zeitung »KEH-Report« in den Händen. Mit dieser Informationsschrift möchten wir Sie zukünftig viermal jährlich über unser vielfältiges Leistungsspektrum

sowie über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen informieren.

Das Hauptthema dieser Ausgabe ist das Krankheitsbild der »chronisch entzündlichen Darmerkrankungen«. Privatdozent Dr. Walter Heise stellt sich und seine neue Abteilung für Gastroenterologie/Infektiologie/Nephrologie vor; die chirurgische Abteilung informiert über moderne Operationsverfahren und unsere Ernährungsberaterinnen geben Ihnen Tipps für eine gesunde Ernährung.

Besonders hinweisen möchten wir auf die kürzlich vom KEH herausgegebene Patientenverfügung: Unser Ethik-Komitee hat unter Leitung des Theologie-Professors Christof Gestrich auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes eine Broschüre herausgegeben, die wir Ihnen gern kostenlos zur Verfügung stellen.

Weiterhin werden wir Ihnen in den kommenden Ausgaben auch einen Einblick in unsere anderen Unternehmen der Region Berlin-Brandenburg geben.

Wir hoffen, dass wir Sie neugierig gemacht haben auf unser erstes KEH-Magazin und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

Dr. Rainer Norden
Vorsitzender Geschäftsführer

Wo der Geist
des Herrn
wirkt, da ist Freiheit.
2. Korinther 3,17

Inhalt

Editorial	2
Vorgestellt: Abt. Gastroenterologie/Infektiologie/Nephrologie	3
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	4/5
Chirurgische Behandlung	6
Ernährungstipps	7
Die optimale Pflege	8
Veranstaltungen	9
Die Patientenverfügung am KEH	10
Kontakt	11

Vorgestellt: Die Abteilung Gastroenterologie, Infektiologie und Nephrologie/Dialyse

Die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa gehört in die Hände von erfahrenen Internisten. Die Innere Abteilung wird seit Oktober 2004 gemeinsam von Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte (Schwerpunkte Angiologie, Kardiologie, Diabetes mellitus und Intensivmedizin) und Priv. Doz. Dr. Walter Heise geleitet, der für die Schwerpunkte Gastroenterologie, Infektiologie und Nephrologie zuständig ist.



Chefarzt PD Dr. Walter Heise

Dabei liegen die Schwerpunkte der **Gastroenterologie** u.a. in

- Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes,
- Behandlung von Blutungen des Verdauungstraktes, z. B. bei Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren oder Ösophagusvarizen,
- Behandlung von Polypen des Kolons,
- Durchführung von Vorsorgekoloskopien,
- Diagnostik und Therapie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa),
- Dilatation und Bougierung von Stenosen,
- Behandlung von Gallenwegs- und Pankreaserkrankungen, u.a. mit Steinentfernung und Drainagetherapie,
- Diagnostik und Therapie chronischer Lebererkrankungen einschl. Leberzirrhose,
- Diagnostik der Hepatitis-Erkrankungen,
- Gallensteinerkrankungen,
- Abklärung von Leberherden mit Sonographie und Punktion,
- Ultraschalldiagnostik einschl. Duplexsonographie bei Gefäßerkrankungen des Bauchraumes,
- Durchführung aller gängigen endoskopischen Verfahren.

Beruflicher Werdegang von PD Dr. Heise

- Studium der Humanmedizin in Berlin (FU) und Großbritannien
- Assistenzarzt in der Radiologie (St. Gertrauden-Krankenhaus) und in der Inneren Medizin, Gastroenterologie und Infektiologie, (Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin).
- Nach dem Facharzt ab 1990 Oberarzt im Auguste-Viktoria-Krankenhaus bzw. Funktionsarzt im

Die **Infektiologie** behandelt und diagnostiziert Infektionserkrankungen der Atemwege und der Lunge (Pneumonien), Infektionen der Gallenwege, des Pankreas, der Harnwege und des Dünndarms wie Dickdarms (infektiöse

Durchfallerkrankungen). Weitere Schwerpunkte sind Infektionen der Leber (infektiöse Hepatitis) und des Zentralnervensystems (Meningitis) sowie die Abklärung von Fieber nach Tropen- oder Auslandsreisen. Die Abklärung unklaren Fiebers stellt einen weiteren Behandlungsschwerpunkt dar.

Die **Nephrologie mit Dialyse** (unter Leitung von OÄ Fr. Dr. Miller) führt die Untersuchung und Behandlung aller akuten wie chronischen Nierenerkrankungen und die Behandlung des Nierenversagens mit allen gängigen Nierensatztherapien incl. Dialyse/Peritonealdialyse durch.

Klinikum Benjamin Franklin, Abteilung für Gastroenterologie und Infektiologie bei Prof. Dr. E.O. Riecken.

- 1995 Teilgebietsbezeichnung Gastroenterologie, seit 2003 Infektiologie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie
- 1998 Habilitation im Fach Innere Medizin am Fachbereich Medizin der FU Berlin
- Seit 2002 in der Inneren Abteilung im KEH Berlin.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) im KEH gehört zu einem der Schwerpunkte der Gastroenterologie. In diesem Artikel werden zunächst die internistischen Aspekte dieser Erkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) abgehandelt. Dann stellt Dr. Decker, Chefarzt der Chirurgie, die chirurgische Behandlung der CED vor (Seite 6) und abschließend erläutern die Diät- und Ernährungsberaterinnen am KEH, Frau Frasch und Frau Metasch, Aspekte der Ernährungsmedizin, die auch für Gesunde von vitalem Interesse sein dürften (Seite 7). Alle drei Beiträge zeigen einen Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Wie äußern sich chronisch entzündliche Darmerkrankungen?

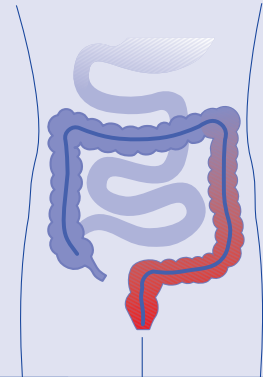
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – sind schubweise Erkrankungen, die vor allem jüngere Menschen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren erstmals betreffen. Insbesondere die Colitis ulcerosa kommt aber auch noch einmal gehäuft im Alter zwischen 60 und 70 Jahren vor.

Als Leitsymptome stehen Durchfälle, Bauchschmerzen, Fieber oder Gewichtsverlust im Vordergrund; daneben können aber auch Komplikationen im Bereich des Magen-Darm-Traktes mit der Ausbildung von Abszessen, Fisteln oder Stenosen das klinische Bild bestimmen. Typischerweise verlaufen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa meist schubweise mit unterschiedlich langen oder kurzen Phasen einer Rückbildung aller Krankheitssymptome (Remission).

Da etwa 40 bis 70 Prozent aller Patienten aus einer Remission heraus innerhalb eines Jahres einen neuen Schub entwickeln, ist bei diesen Erkrankungen neben der Akuttherapie eine weitere Therapie erforderlich, die Rezidive (Rückfälle) möglichst verhindert. Das ist das Anliegen der Behandlung, da CED auch wegen der häufigen Krankheitsphasen Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann. Gleichzeitig stehen heute aber deut-

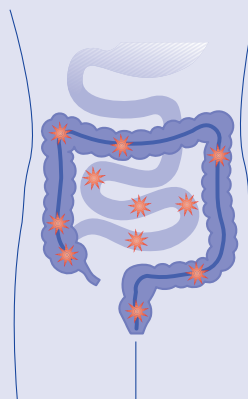
Colitis ulcerosa

Hauptbefall im unteren Dick- bzw. Enddarm, meist fortschreitendes Befallsmuster vom Enddarm aus.



Morbus Crohn

Hauptbefall im Dünndarm, bei Dickdarmbefall wechseln gesunde mit erkrankten Abschnitten ab.



lich bessere Therapiekonzepte zur Verfügung, mit denen der Großteil der Patienten ohne wesentliche Symptome leben kann.

Da bei den genannten Erkrankungen hinsichtlich der ursächlichen Faktoren, der Diagnostik und der Therapie viele Gemeinsamkeiten bestehen, werden diese hier gemeinsam besprochen, für die Therapie dann aber auf die Unterschiede in beiden Erkrankungsentitäten hingewiesen.

Ursache und Entstehung

Die Entstehungsursachen sind vielfältig und zeigen eine familiäre Häufung, zumal genetische Faktoren bekannt sind. Gleichzeitig spielen verschiedene autoimmune Faktoren eine wesentliche Rolle, die eine chronische Entzündung in Dünn- und Dickdarm verursachen.

Diagnostik und Anamnese

Grundsätzlich gilt bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, dass einzelne Laborwerte oder die alleinige Gewebeprobe aus dem Darm keine ausreichende Grundlage für eine Therapieentscheidung darstellen. Immer sollten klinische, laborchemische und bildgebende Befunde in der Zusammenschau bewertet werden. Bereits die Anamnese und die eingehende körperliche Unter-

Neue Untersuchungsmethoden

Die Kapselendoskopie kann wesentliche Informationen zu weiteren Manifestationen, vor allem bei Morbus Crohn liefern. Sie wird sicherlich als neues wertvolles Verfahren in Zukunft gehäuft eingesetzt werden. Färbeverfahren bzw. Vergrößerungsendoskopien (u. a. Chromoendoskopie, Magnifikationsendoskopie) werden in Zukunft wesentlich dazu beitragen, Dysplasien als Vorstufen einer bösartigen Entartung im Kolon bei CED-Patienten besser darzustellen. Je nachdem, ob z. B. bei langem Verlauf eines Morbus Crohn auch sekundäre Knochenveränderungen vorliegen, kann die Bestimmung der Knochendichte z. B. mit der Osteodensitometrie erforderlich sein.



suchung können die CED-Diagnose wahrscheinlich machen, wenn z. B. chronischer Durchfall, Gewichtsabnahme, Malabsorption (ungenügende Verdauung von Nährstoffen) oder Bauchschmerzen bei Patienten zwischen 20 und 30 Jahren bestehen. Ergänzend sind bei der Anamnese auch das Erfragen von Gelenkbeschwerden, Hautveränderungen oder eine Augensymptomatik (z. B. Iridozyklitis) wichtig.

Da ein Großteil der akuten Entzündungsschübe bei CED durch eine Infektion des Darmes ausgelöst wird und diese Erreger auch für die Entstehung z. B. des Morbus Crohn diskutiert werden, ist bei Auftreten eines akut entzündlichen Schubes immer die Untersuchung auf Bakterien oder Parasiten im Stuhl erforderlich.

Mittels Ultraschall können Dicke der Darmwand und Darmdurchmesser bzw. auch Stenosen, Abszesse oder Fisteln dargestellt werden. Die farbkodierte Duplexsonographie kann darüber hinaus Aussagen zur Darmwanddurchblutung geben und ebenso Informationen zum Entzündungszustand des Darmes liefern. Wie bei den übrigen Methoden beweist die Ultraschalldiagnostik die Diagnose eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa.

Wandverdickungen oder auch Veränderungen des Fettgewebes sowie Fisteln oder Abszesse lassen sich auch sehr gut mittels Computer-Tomographie (CT) oder Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) erkennen

Endoskopie

Die endoskopische Untersuchung des oberen bzw. unteren Magen-Darm-Traktes ist die wichtigste diagnostische Methode bei der Erstdiagnose von Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, weil über die Beurteilung von Gewebeproben überhaupt erst eine Sicherung der Diagnose möglich ist.

Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Die Entscheidung, welche medikamentöse Therapie gewählt werden muss, richtet sich grundsätzlich nach der aktuellen klinischen Situation (also ob ein Schub, eine Remission oder eine chronische Aktivität vorliegt) sowie nach der Krankheitsaktivität (leicht bis mittelschwer oder schwer). Weitere Kriterien sind die Dauer der Erkrankung, das eventuelle Auftreten von Komplikationen wie Stenosen oder Fisteln und auch das Ansprechen auf Corticosteroide (z. B. steroidrefraktärer Verlauf oder steroidabhängiger Verlauf). Darüber hinaus muss immer untersucht werden, welche Abschnitte des Dick- oder Dünndarms befallen sind.

Die konsensusbasierten Empfehlungen der Fachgesellschaft beschreiben heute nach den genannten Kriterien, welche medikamentöse Therapie sinnvoll ist und wann lokale bzw. systemische Therapie, bzw. der Einsatz von Corticosteroiden, Aminosalicylaten, Probiotika oder Immunsuppressiva erforderlich sind.

Die Kontinuität ärztlicher Betreuung und die Langzeittherapie sind besonders wichtig. Die medikamentöse Therapie muss überwacht und immer wieder angepasst werden. In der Behandlung von CED werden verschiedene Medikamente angewandt, die sowohl antientzündlich wirken als auch die Autoimmunreaktionen unterdrücken, die bei der Entstehung von CED eine Rolle spielen. Eine Operation wird dann nötig, wenn durch die Medikamente keine Besserung eintritt oder wenn es zu Komplikationen kommt. Bei einer Operation werden Abszesse oder Fisteln behandelt, manchmal ist die operative Entfernung eines besonders stark entzündeten Darmabschnitts notwendig. Dr. Decker, Chefarzt der Chirurgie, wird nachfolgend die chirurgische Behandlung der CED vorstellen.

PD Dr. med.
Walter Heise

Chirurgische Behandlung



**Chefarzt Dr. med.
Georg Decker**

Ein Großteil der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa muss sich im Laufe ihres Lebens einer Operation unterziehen.

Die Behandlung dieser Patienten ist in unserer Klinik in eine enge Kooperation mit der Abteilung für Gastroenterologie/Infektiologie eingebunden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Internisten beginnt bei der stationären Aufnahme des Patienten: Internisten und Chirurgen legen gemeinsam das Behandlungskonzept fest (Staging). Auf der chirurgischen Station stehen für Patienten, die eventuell operativ behandelt werden müssen, interdisziplinäre Betten zu Verfügung. Eine solche »Zentren-Bildung« ist für die betroffenen Patienten von großem Vorteil: Die Behandlung erfolgt in Absprache mit den Experten beider Fachabteilungen. Die Patienten lernen neben den Internisten auch den Chirurgen kennen, der später den operativen Eingriff vornehmen wird. Fragen können auf kurzem Wege geklärt werden und die operative Nachsorge erfolgt gemeinsam mit den Internisten.

Morbus Crohn

Die operative Behandlung kann die Symptome und Komplikationen des Morbus Crohn lindern oder beseitigen. Innerhalb von 10–15 Jahren erleiden etwa 50 % der Patienten Rückfälle, die aber meist durch eine erneute Operation beherrscht werden können. In jedem Fall muss bei einer Operation die Darmresektion sparsam durchgeführt werden, da eine Heilung der Erkrankung nicht möglich ist.

Die häufigsten Indikationen für eine Operation sind chronische Stenosen und Strikturen (Verengungen), Fisteln mit oder ohne Abszessbildung und Notfalleingriffe. 1%–3% der M. Crohn-Patienten erleiden eine freie Perforation des Dün- oder Dickdarms mit nachfolgender Bauchfellentzündung, die einen unverzüglichen operativen Eingriff nach sich ziehen muss. Die massive Darmblutung auf der Grundlage des M. Crohn bedarf der zügigen Lokalisationsdiagnostik und der Entfernung des

»so viel
wie nötig,

so wenig
wie möglich«

Die operative Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist bei einem Versagen der medikamentösen Behandlung und bei krankheitsbedingten Komplikationen notwendig. Obwohl die medikamentöse Therapie der beiden entzündlichen Darmerkrankungen ähnlich ist, unterscheidet sich die operative Therapie grundsätzlich. Deshalb muss vor Eingriffen die Diagnose der Colitis ulcerosa eindeutig nachgewiesen werden, da mit der Operation die Heilung von der Erkrankung angestrebt wird. Die chirurgische Therapie des Morbus Crohn ist auf die Behandlung der Komplikationen ausgerichtet.

befallenen Darmsegments. Eine seltene Indikation ist die Operation wegen eines manifesten oder drohenden Karzinoms. Hier muss die Resektion nach tumorchirurgischen Kriterien durchgeführt werden.

Colitis ulcerosa

Die häufigste Indikation zur planbaren chirurgischen Therapie der Colitis ergibt sich nach erfolgloser medikamentöser Therapie. Einer dringenden Operation bedürfen die Komplikationen (Blutung, Perforation und entzündungsbedingter Funktionsverlust des Dickdarms). Bei Nachweis eines Karzinoms hat auch hier die operative Behandlung nach tumorchirurgischen Kriterien zu erfolgen.

In der elektiven Chirurgie der Colitis ulcerosa ist heute die Proktokolektomie (Entfernung des gesamten Dickdarms und großer Anteile des Rektums) das Verfahren der Wahl. Dies bedeutet in aller

Regel auch die Heilung von der Erkrankung.

Falls der gesamte Dickdarm entfernt werden muss, kann das heute meist ohne dauerhaften künstlichen Ausgang bewerkstelligt werden. Hierzu wird der Schließmuskelapparat erhalten und im unteren Bereich des Enddarmes eine Entfernung der Darmschleimhaut (Mukosektomie) vorgenommen, da diese bei Colitis ulcerosa mit betroffen sein kann. Der durch die Resektion des Rektums bedingte Reservoirverlust des Dickdarms mit entsprechenden Folgen (Durchfall, hohe Stuhlfrequenz) kann durch Anlage eines Pouches (Ersatzreservoir aus Dünndarm) ausgeglichen werden. Damit der Pouch gut heilen kann, wird in der Regel ein künstlicher Darmausgang »vorgeschaltet«. Nach etwa 6–12 Wochen kann dieser durch einen kleinen Eingriff wieder beseitigt werden.

In mancher Situation ist die Anlage eines dauerhaften Anus praeter nach der Resektion unumgänglich. Durch die modernen Möglichkeiten der Anus-praeter-Versorgung ist die Lebensqualität auch dieser Patienten hinsichtlich ihres Sozial- und Familienlebens und der Berufstätigkeit kaum eingeschränkt und mit der Situation nach Anlage eines Pouches vergleichbar.

Dr. med. Georg Decker



Ernährung bei CED

Die Ernährung spielt bei den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) eine große Rolle. Ergänzend zur medikamentösen Behandlung unterstützt die Ernährungstherapie die Selbstheilungskräfte des Darms und fördert den Gesundungsprozess durch eine ausgewogene Ernährung. Nachfolgende Tipps gelten auch für Gesunde.

Ernährung in der akuten Krankheitsphase

Bei schweren Verläufen von CED kann eine totale Nahrungskarenz zur Entlastung des entzündeten Darms sinnvoll sein, um die Rückbildung der Entzündung zu fördern. Die Patienten werden parenteral (per Infusionen, Nährstoffe gelangen direkt in die Blutbahn) oder enteral (über Ernährungs-sonde oder Trinknahrung) ernährt.

Ernährung in der Remissionsphase

Bei Besserung beginnt ein langsamer Kostaufbau. Der Energiebedarf der Patienten ist normal bis erhöht, die Kost muss eiweißreich und fettarm sein, der Anteil der Kohlenhydrate bedarfsgerecht, der Ballaststoffgehalt der Nahrung erhöht.

Mageres Fleisch und fettarme Fleischwaren liefern dem Körper Eiweiß und Eisen. Eisen muß wegen der Blutungen und der schlechten Resorption vermehrt zugeführt werden.

Seefische enthalten einen großen Anteil an Omega-3-Fettsäuren. Sie wirken sich günstig auf die Entzündung aus. Über Fleisch, Fisch und Eier bekommt unser Körper Selen und Zink.

Milchprodukte sollten bezüglich ihrer Verträglichkeit ausgetestet werden: Joghurt, Quark, Käse. Milch wird oft nicht vertragen. Es kommt zu Blähungen, Bauchschmerzen und Durchfällen.

Bei **Cortisongabe** muß die Ernährung besonders **kalziumreich** sein, um die Knochen zu schützen (= Osteoporose-Prophylaxe).

Getreideprodukte: Brot sollte gut abgelagert sein, Backwaren sind oft zu fetthaltig. Weizenprodukte können bei Morbus Crohn einen neuen Krankheits-Schub auslösen. Reis und Kartoffeln werden meist gut vertragen.

Fette wie Butter, kaltgeschlagene Öle oder Margarine, die reich an ungesättigten Fettsäuren sind, wie Olivenöl oder Rapsöl, evtl. MCT-Fette (mittel-

Das Ernährungsteam

vom KEH berät

Sie gerne:

Brigitta Frasch,
Ilka Metasch

Telefon 54 72-37 10

Sollte eine individuelle Ernährungsberatung für Sie notwendig sein, sprechen Sie bitte Ihren Arzt an. Er wird veranlassen, dass Sie eine Diätberatung bekommen.



kettige Fettsäuren, die schnell über die Darmwand in den Körper gelangen). Keine gehärteten Fette, keine Transfettsäuren.

Obst und Gemüse nach Verträglichkeit. Kohl, Zwiebeln, Hülsenfrüchte reizen den Darm und sollten vermieden werden. Auch rohes Gemüse und Salate sind häufig schwer verträglich. Unverdaute Ballaststoffe wie die Zellwände von Obst und Gemüse werden im Dickdarm von Bakterien umgewandelt. Diese Abbauprodukte sind für den Stoffwechsel der Dickdarmschleimhaut unentbehrlich. Wichtig: Wenig Süßes, wenig Zuckerhaltiges.

Was und wie viel trinken?

Auf eine hohe Flüssigkeitszufuhr (mind. 30–40 ml/kg KG) und eine ausreichende Elektrolytaufnahme sollte geachtet werden. Geeignet sind: kohlenstoffarme und zuckerfreie Getränke, wie »Stilles« Wasser, alle Teesorten, milde Fruchtsäfte, die mit Wasser oder Tee verdünnt sind. Zitrusfruchtsäfte sollten nicht getrunken werden.

Essenszubereitung

Eine vitamin- und mineralstoffschonende Zubereitung mit kurzer Garzeit und wenig Wasser, (im Schnellkochtopf, in einer beschichteten Pfanne) sollte bevorzugt werden. Erhitzte Fette und scharf Gebratenes reizen den Darm.

Ernährung nach einer Operation

Entsteht durch die Resektion von mehreren Metern Dünndarm ein Kurzdarmsyndrom, können durch eine ausgewogene Ernährung mit einer vollwertigen Kost, einer Umstellung der Fettauswahl (MCT-Fette), durch Austesten von Milch und Milchprodukten bei Milchzuckerunverträglichkeit (Laktasemangel) und einer Verringerung der Zufuhr von Oxalsäure folgende Ziele erreicht werden:

- Verringerung der Durchfälle,
- Verhinderung der Bildung von Oxalatsteinen in der Niere.

Weitere Informationen

Verschiedene Firmen bieten gut verständliche Informationsbroschüren für Patienten an. Gern können Sie diese bei uns einsehen. Infos finden Sie auch bei Patientenselbsthilfgruppen unter www.dccv.de Für weitere Hinweise stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Brigitta Frasch
Ilka Metasch

Nach der Operation – eine qualifizierte und optimale Pflege

Marion Stanat ist die Stationsleitung der Chirurgischen Station 1. Auf ihrer Station (31 Betten) liegen unter anderem Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Frau Marion Stanat und das Pflegeteam betreuen diese Patienten vor und nach der Operation mit einer hohen fachlichen Qualifikation und einfühlsamen Umgang. Frau Stanat und Ihre Kolleginnen und Kollegen wissen, wie wichtig sensible Betreuung für Patienten mit CED ist – für den Körper und die Seele.

»Die Patienten werden nach der Operation aus dem Aufwachraum abgeholt oder kommen nach einem kurzen Aufenthalt auf unserer Intensivstation zu uns. Sie sind schmerzfrei und müssen erst langsam wieder auf einen Tag-Nacht-Rhythmus, den Alltag, eingestellt werden.« Dazu gehört im Besonderen der spezielle Kostaufbau. »Am ersten Tag erhalten die Patienten Nährstoffe und Medikamente über einen venösen Zugang«, erzählt Frau Stanat. »Am zweiten Tag nach der Operation erhalten die Patienten Tee – eine festgelegte Menge. Am dritten Tag ist »die Trinkmenge frei, wieder einen Tag später wird zusätzlich Suppe gereicht und anschließend wird der Patient an Schonkost, dann langsam und vorsichtig an Vollkost gewöhnt.«

Das Pflegepersonal plant CED-erkrankte Patienten möglichst in kleinen (1- oder 2-Bett-) Zimmern aufzunehmen und zu betreuen, da »diese Patienten, insbesondere nach einer OP verständlicherweise ein großes Schamgefühl haben, besonders wenn Sie einen künstlichen Darmausgang erhalten haben«, so Frau Stanat. Patientin Erika H. (75) kann sich gut erinnern: »Vor der Operation hatte ich gehofft, dass mir der künstliche Darmausgang – Stoma oder Anus praeter – erspart bleiben würde. Leider erfüllte sich die Hoffnung nicht: ich wachte auf mit einem Beutel auf dem Bauch. Ich war verzweifelt, hatte schon so viele furchtbare Sachen gehört: der Beutel könnte abfallen, die Menschen könnten schon aus weiter Entfernung riechen und



**Marion Stanat,
Stationsleitung
der Chirurgischen
Station 1**

Beim »Einteiler« ist die Basisplatte fest mit dem Beutel verbunden. Die Platte wird auf den Bauch geklebt und vorher millimetergenau zugeschnitten. Sie ist sehr hautverträglich und klebt dabei hervorragend. Der »Zweiteiler« besteht aus einer separaten Basisplatte und dem Beutel, der individuell gewechselt werden kann. (Foto)



sehen, was mit mir los ist. In der Situation war ich froh, wenigstens nicht mit anderen Patienten ein Zimmer teilen zu müssen...«

Der Umgang und die selbstständige Versorgung des künstlichen Darmausgangs sind ein wesentlicher Aspekt der einfühlsamen pflegerischen Betreuung. »Wir haben uns für die Versorgung unserer CED-erkrankten und operierten Patienten auf eine hohe fachliche Qualität eingestellt. Die Patienten werden durch eine sogenannte »Stoma-Schwester« in die Handhabung der Beutel und die Pflege des künstlichen Darmausgangs eingewiesen.«

Was den Patienten schnell viele ihrer Ängste nimmt. Patientin Erika H.: »Ich weiß jetzt, dass es »Einteiler« und »Zweiteiler« gibt. Für die Versorgung wird ganz individuell das passende System ausgesucht. Beim »Einteiler« ist die Basisplatte fest mit dem Beutel verbunden. Die Platte wird auf den Bauch geklebt und vorher millimetergenau zugeschnitten. Sie ist sehr hautverträglich und klebt dabei hervorragend. Der »Zweiteiler« besteht aus einer separaten Basisplatte und dem Beutel, der individuell gewechselt werden kann. Auch beim zweiteiligen System wird die Basisplatte millimetergenau zugeschnitten. So gelangt der Stuhlgang direkt in den Beutel, dieser ist mit einem Filter versehen, der dafür sorgt, dass es keine üblen Gerüche gibt.«

Ob ein künstlicher Darmausgang notwendig wird, entscheidet sich definitiv erst intraoperativ und er kann, wenn es der Gesundungsprozess zulässt, natürlich auch rückverlegt werden: »Das ist bei den meisten Patienten der Fall«, erklärt Schwester Marion. So wie bei Patientin Erika H.: »Ich durfte schon nach 14 Tagen nach Hause gehen, und die positive Nachricht erhielt ich sogar noch vor meiner Entlassung. Mein Anus praeter konnte ein Vierteljahr später zurückverlegt werden. Im Nachhinein kann ich sagen, dass es einfach phantastisch ist, was es schon an Stomaversorgungen gibt und ich optimal versorgt worden bin. Ich weiß jetzt, wohin ich mich vertrauensvoll wenden kann, wenn ich Hilfe benötige.«

Marion Stanat: »Der Erfolg ist für uns die schönste Motivation. Wenn der Heilungsprozess so verläuft wie bei Frau H., dann ist das eine große Freude für uns und ein Beweis für unsere hohe Qualität und Qualifikation.«

	Termin	Ort
Veranstaltungen		
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg »Organs of Emotion«, Ausstellung des Künstlers Doug Fitch	bis 20.12.	Haus 4, EG
Chorkonzert zum Advent, Chorvereinigung »bella musica«, Berlin	23.11. 16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Yehudi Menuhin »live music now«: »clair-obscur Saxophonquartett« mit Werken von Bach, Gershwin, Torke und Piazzolla	26.11. 20 Uhr	Haus 22, Festsaal
Kasper als Sternenputzer, Puppentheater Mobile für Kinder von 3 bis 10 Jahren	1.12. 15 Uhr	Haus 37, Patientenklub
Orgelkonzert	8.12. 16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle
Weihnachten mit Fontane, Storm und Kästner Anne Herzberg liest Weihnachtliches, Silke Reichmann spielt historische Drehleier	16.12 19 Uhr	Haus 37, Patientenclub
Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg Yehudi Menuhin »live music now«: »Trio Collage« mit Werken von Mozart, Beethoven, Veress	17.12. 20 Uhr	Haus 22, Festsaal
Gottesdienst jeden Sonntag Gottesdienst zum Heiligabend Weihnachtsgottesdienst Altjahrabend	10 Uhr 24.12. 16 Uhr 25.12. 10 Uhr 31.12. 16 Uhr	Haus 22, Alte Kapelle Haus 22, Alte Kapelle Haus 22, Alte Kapelle Haus 22, Alte Kapelle
Ärztliche Fortbildungen		
Algesiologie und Pädiatrie: Kardiovaskuläre (Un-)Sicherheit von Coxiben Referent: PD Dr. med. Michael A. Überall, Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie	24.11 16.30	Haus 22, Klubraum
Gefäßzentrum Berlin, Abteilung Angiologie/Kardiologie 2. Berlin-Kurs »Interventionelle Angiologie«, Tipps und Tricks for Beginners, Interventionen: Iliacal, femoropopliteal, renal und carotidal Workshop: Carotis-Interventionstraining am virtuellen Gefäßmodell, Information/Anmeldung: Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte	26. bis 27.11. 9 bis 16 Uhr	Berlin Hilton Mohrenstr. 30 10117 Berlin
Epilepsie-Kolloquium des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg Klinisches Kolloquium und »Epilepsitherapie bei schwerer Intelligenzminderung – was brauchen wir über die epileptologische Kompetenz hinaus?« Referent: Dr. med. Peter Martin, Abt. Epileptologie/Neuropsychiatrie, Epilepsiezentrum Kork	1.12. 17.30 Uhr	Hotel Steigenberger Los-Angeles-Platz 1 Charlottenburg
»Neurologische Ursachen von Schlafstörungen« Referentin: Dr. Heike Benes, Leiterin Inst. für Medizinische Forschung, Schlafmedizin, Schwerin	1.12. 17.30 Uhr	Haus 22, Klubraum
ClinPath & KEH-Forum, Integrierte Versorgung und EDV	8.12. 10.30 Uhr	Haus 22, Klubraum
Aktuelle Hepatologie , Leitung: PD. Dr. Walter Heise	11.12. 9.30 Uhr	Haus 22, Festsaal
Epilepsie-Kolloquium des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg »Prognosekriterien für depressive Erkrankungen nach epilepsiechirurgischen Eingriffen« Referent Prof. Dr. Michael Trimble	12.01.05 17 Uhr	Hotel Steigenberger Los-Angeles-Platz 1 Charlottenburg
Prostatakarzinom »Welche Behandlung welchem Patienten?« Referent: Prof. Dr. Peter Althaus	19.01.05 15.30 Uhr	Haus 22, Konferenzraum

Die Patientenverfügung am KEH

Viele Menschen wehren sich gegen Gedanken an ihr Lebensende. Sie schieben das Nachdenken über den eigenen Tod weit weg, weil sie meinen, es stehe einem erfüllten und glücklichen Leben im Wege. Doch manchmal wird man ganz plötzlich mit solchen Überlegungen konfrontiert, wenn man das Sterben eines Menschen in der Familie oder Bekanntschaft erleben oder sich selbst mit schwerer Krankheit und ihren Folgen auseinandersetzen muss.

In solche Gedanken mischen sich oft Befürchtungen, dass man als wehrloser schwerkranker Mensch allem hilflos ausgesetzt sein könnte, was Ärzte an Intensivmedizin bzw. lebensverlängernden Maßnahmen einsetzen und dass die Angehörigen keine Möglichkeiten haben könnten, vom Arzt eine andere Therapie zu verlangen.

Auf Bundesebene wird derzeit darüber diskutiert, wie Patienten, die ihren Willen für diese letzte Lebensphase festlegen, ihm im Ernstfall Geltung verschaffen können. Die Bundesjustizministerin hat jüngst eine Gesetzesinitiative angekündigt, wonach Patientenverfügungen, in denen die Menschen festlegen, welche Behandlung sie am Lebensende wünschen, verbindlicher werden sollen. Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) soll festgelegt werden, dass schriftliche Willensäußerungen auch dann verbindlichen Charakter haben, wenn die Betroffenen sie aufgrund ihrer Situation nicht mehr selbst vertreten können.

Das Ethik-Komitee im KEH unter der Leitung von Prof. Dr. Christof Gestrich (Theologe an der Humboldt-Universität) und dem Rechtsanwalt Dr. Michael Börgers, legt nun eine Patientenverfügung vor, die ausgehend vom christlichen Menschenbild Patienten befähigen soll, für diese letzte Lebensphase rechtzeitig verbindliche Anweisungen



Die Patientenverfügung, die das Ev. Krankenhaus KEH herausgegeben hat, ist eine 12-seitige Broschüre. Jede Patientin, jeder Patient, aber auch Besucher und Gäste können sich kostenlos eine Patientenverfügung geben lassen: sie ist erhältlich beim Sozialdienst, bei der Seelsorge und bei den Stationsleitungen am KEH.

zu treffen. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Menschen zu einem Zeitpunkt, an dem sie noch bei klarem Bewusstsein und voll entscheidungsfähig sind, mit Fragen beschäftigen, auf die dann eine Antwort gegeben werden muss, wenn der Prozess des Sterbens unwiderruflich bei ihnen eingesetzt hat.

So kann in der Patientenverfügung schriftlich festgelegt werden, dass dann keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden sollen, wenn nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen festgestellt wird, dass die Erkrankung tödlich verlaufen wird und lebenserhaltende Maßnahmen das Sterben nur verlängern würden. Eine der wichtigsten Maßnahmen in dieser letzten Lebensphase ist die Schmerzbehandlung; der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen darf nicht mit dem Verzicht auf Schmerzbehandlung gleichgesetzt werden. Die Bitte um eine wirksame Schmerztherapie ist daher fester Bestandteil der Verfügung. Diese Schmerztherapie kann auch Lebensverkürzung bedeuten, sie ist dennoch keine aktive Sterbehilfe. Denn dies ist Bestandteil einer christlichen Patientenverfügung: die eindeutige Ablehnung aktiver Sterbehilfe, wie sie beispielsweise in Holland vom Gesetzgeber sogar erlaubt ist.

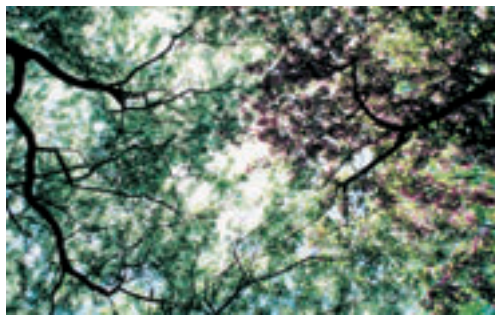
Die Patientenverfügung empfiehlt, sich auch mit der Frage nach möglicher künstlicher Ernährung auseinander zu setzen. Denn es gehört heute zum Standard medizinischen Wissens, dass Sterbende keinen Hunger (und keinen Durst) verspüren und künstliche Ernährung eine lebensverlängernde Maßnahme bedeuten kann.

Um dem einmal festgelegten persönlichen Willen Geltung verschaffen zu können, sollte die Patientenverfügung um eine Vorsorgevollmacht für einen Menschen des Vertrauens ergänzt werden. Diese »Vertrauensperson« kann sich so im Ernstfall um die Durchsetzung des Willens kümmern.

Es ist es sicher gut, sich von Zeit zu Zeit immer wieder mit dieser Patientenverfügung auseinanderzusetzen und sie gegebenenfalls zu verändern oder zu ergänzen. Denn über die Jahre kann sich die eigene Einstellung ändern, und das sollte dann auch festgehalten werden.

Schon jetzt ist jeder behandelnde Arzt aufgefordert, sich an den in der Patientenverfügung festgelegten Willen zu halten. Sollte darüber ein Bundesgesetz beschlossen werden, wäre die Patientenverfügung ein rechtsverbindliches Dokument, einem Testament vergleichbar. Das bedeutet eine erhöhte Verantwortung für die Patienten, regelmäßig zu überprüfen, ob die Verfügung noch ihrem Willen entspricht.

Pfarrer Winfried Böttler



Haus Abteilung/Station

Telefon

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin
Telefon (030) 54 72-0
Telefax (030) 54 72-20 00
www.keh-berlin.de
keh@keh-berlin.de

Geschäftsführung

Vorsitzender Geschäftsführer:

Dr. Rainer Norden

Telefon 54 72-21 00
Telefax 54 72-21 26
r.norden@keh-berlin.de

Theologischer Geschäftsführer:

Pastor Dr. Johannes Feldmann

Telefon 54 72-21 21
Telefax 54 72-21 26
j.feldmann@keh-berlin.de

Krankenhaus-Betriebsleitung

Prokurist und Kaufmännischer Direktor:

Michael Mielke

Telefon 54 72-25 00
Telefax 54 72-29 29
m.mielke@keh-berlin.de

Ärztlicher Direktor:

Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte

Telefon 54 72-37 00
Telefax 54 72-37 03
k.schulte@keh-berlin.de

Pflegedirektorin:

Dipl.-Med. Päd. Birgit Richter

Telefon 54 72-21 10
Telefax 54 72-21 15
b.richter@keh-berlin.de

Leiter Stabsstelle Theologie und Seelsorge:

Pfarrer Winfried Böttler

Telefon 54 72-21 23
Telefax 54 72-21 26
w.boettler@keh-berlin.de

Erste Hilfe/Notaufnahme 54 72-30 02

Zentrale Aufnahme 54 72-30 01

Ambulantes Zentrum 54 72-30 20
(Ambulanzen, D-Arzt, vor- und nachstationäre Untersuchungen)

**Gefäßzentrum Berlin
Angiologie/Kardiologie**

1 CA: Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte 54 72-37 01
1 Station IN 1 54 72-37 50
1 Station IN 2 54 72-37 60
3 Station ITS 2 54 72-37 45
103 Angiologie 54 72-45 24

Gastroenterologie/Infektiologie

1 CA: PD Dr. Walter Heise 54 72-37 05
1 Station IN 1 54 72-37 50
5 Station IN 3 54 72-34 40
3 Station IN 4 54 72-37 83
3 Station Dialyse 54 72-37 90
103 Endoskopie 54 72-37 27

Gefäßchirurgie

103 Chefarzt: PD Dr. Hans Scholz 54 72-47 01
5 Station CHG 1 54 72-34 20

Neurologie

3 CA: PD Dr. Hans-Christian Koennecke 54 72-42 01
3 Station NE 1 54 72-42 10
3 Station NE 2 54 72-42 20

Anästhesiologie und Intensivmedizin

5 CA: Dr. Reinhard Karrenberg 54 72-32 01
105 Station ITS 1 54 72-32 03

Chirurgie

105 CA: Dr. Georg Decker 54 72-34 01
5 Station CH 1 54 72-34 30
5 Station CH 2 54 72-34 40

Urologie

105 CA: Prof. Dr. Peter Althaus 54 72-46 01
5 Station UR 1 54 72-46 20

**Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg
Epileptologie und Institut für Diagnostik
der Epilepsien gGmbH**

4 CA: Prof. Dr. Heinz-Joachim Meencke 54 72-35 01
4 Station EP 1 54 72-35 13
4 Station EP 2 54 72-35 22
4 Station EP 3 54 72-35 30

**Psychiatrie u. Psychotherapie
des Kindes- u. Jugendalters**

7 CA: Dr. Kamilla Körner-Köbele 54 72-38 01
7 Station KP 1 54 72-38 40
7 Station KP 2/Tagesklinik 54 72-38 50
19 Institutsambulanz 54 72-38 15

Psychiatrie und Psychotherapie

6 CA: Prof. Dr. Albert Diefenbacher 54 72-48 01
8 Station P 1 54 72-58 30
8 Station P 2 54 72-58 50
6 Station P 5 54 72-48 20
6 Station P 6 54 72-48 30
6 Station P 9 54 72-48 40
6 Station P 10 54 72-48 50
9 Station P 7/P 8 54 72-48 50
(Behandlungszentrum für psychisch kranke
Menschen mit geistiger Behinderung) 54 72-49 03
52 Institutsambulanz 54 72-49 02
52 Tagesklinik Herzbergstraße 55 49-04 85
– Tagesklinik Boxhagener Straße 55 49-04 25
29 66-84 85

Impressum

Herausgeber: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Redaktion: Irene Hassel, Ev. Krankenhaus KEH, Telefon 54 72-21 32
Bettina Schaarschmidt, Baumgardt Consultants
Gestaltung/Produktion: Baumgardt Consultants,
Gesellschaft für Marketing & Kommunikation bR
Erscheinung: viermal im Jahr
Auflage: 3000
Bildnachweis: Ev. Krankenhaus KEH, soweit nicht anders bezeichnet
V.i.S.d.P.: KEH

**NEU IM
RADIO**

**RADIO 98.2
PARADISO**



**Musik
zum Wohlfühlen
und Entspannen**