

36 | Dezember 2014

# KEH | REPORT

ZUR VERBESSERUNG  
DER VERSORGUNG

## Aus dem Inhalt

**Preisgekrönte Versorgung** *Seite 3*

---

**Innovatives Kooperationsmodell  
zwischen Geriatrie und Schmerz-  
medizin** *Seite 4*

---

**Epilepsie kann jeden treffen –  
in jedem Alter** *Seite 9*

---

**Auf dem Weg zur Zertifizierung** *Seite 10*

---

**Ethik als »Unterbrechung«  
des Krankenhausalltags** *Seite 15*

---





**Liebe Leserinnen und Leser,  
liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,**

mit einer großen zentralen Feier in Berlin und zahlreichen Festen in Städten und Orten Deutschlands wurde des 9. November 1989 gedacht, jenes Tages, an dem die Mauer zwischen Ost und West in Deutschland unwiderruflich durchlässig wurde und schließlich verschwand. Der Mauerfall vor 25 Jahren war nicht nur ein Ereignis, das große Freude gebracht hat, sondern es sorgte zudem für Zäsuren: im eigenen Leben, für Berlin, für Deutschland und darüber hinaus. Auch in unserem Krankenhaus konnten dadurch entscheidende Weichen für die Zukunft gestellt werden.

Zwar hatte die Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser auf dem Gelände von Herzberge, des Städtischen »Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg« und des »Evangelischen Diakoniewerks Königin Elisabeth«, bereits vorher begonnen; die ersten Sanierungsarbeiten befanden sich zu diesem Zeitpunkt bereits in Planung und baulicher Vorbereitung. Doch die Zusammenführung beider Häuser zum »Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge« (KEH) am 1. Januar 1992 wäre ohne den politischen Wandel mit Sicherheit nicht denkbar gewesen.

In den Folgejahren ergab sich eine deutliche Erweiterung des fachlichen Spektrums in der Inneren Medizin und der Neurologie/Epileptologie. Hinzu kamen Gefäßchirurgie und Urologie und vor wenigen Jahren auch die Geriatrie. Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen konnten die bereits begonnenen Enthospitalisierungs- und Modernisierungsbestrebungen in vollem Umfang umsetzen, so dass ein impulsgebender Fachbereich entstanden ist, der weit in das soziale Umfeld hineinwirkt.

Darüber hinaus sind von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Bereichen mit viel Engagement sehr

große Anstrengungen unternommen worden, um die hohe Qualität von Medizin und Pflege erfahrbar zu machen. Das vor einiger Zeit von der Gerontopsychiatrie initiierte und in Zusammenarbeit mit Pflege, Geriatrie und anderen Bereichen in Umsetzung befindliche multiprofessionelle Delir-Management am KEH wurde Ende November auf dem DGPPN-Kongress mit dem Innovationspreis ausgezeichnet. Im Juli erhielt unser Krankenhaus das Zertifikat als »Klinik für Diabetes-Patienten geeignet« der Deutschen Diabetes Gesellschaft – als eines von wenigen Gesamtkrankenhäusern Deutschlands. Das Gefäßzentrum Berlin unter Leitung von Prof. Dr. Karl-Ludwig Schulte ist bereits dreifach zertifiziert worden. Im September wurde die gemeinsame psychosomatische Station des KEH und des Sana-Klinikums Lichtenberg eröffnet. Gegenwärtig bereitet sich die Stroke Unit der neurologischen Abteilung auf ihre Zertifizierung vor.

Das alles hat dazu beigetragen, dass das KEH in Umfragen bei Ärzten, Patienten und medizinischen Fachgesellschaften, die von Medien durchgeführt wurden, einen Platz in den oberen Rängen zugesprochen bekam – zuletzt im FOCUS Gesundheit vom September 2014, wo das KEH auf den Feldern »Diabetes« und »Depression« sowie als Ganzes zu den empfohlenen Krankenhäusern gezählt wird.

Die Aufgaben werden nicht weniger werden. Die Bau- und Sanierungsmaßnahmen gehen weiter. Zum Januar 2015 wird die Tagesklinik in Haus 10 eröffnet und vieles andere mehr.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr großes Engagement und den oft weit über das normale Maß hinausgehenden Einsatz im zu Ende gehenden Jahr. Im kommenden Jahr werden wir uns gemeinsam für die bessere Anerkennung von sozialer Arbeit einsetzen.

Ich wünsche Ihnen frohe, gesegnete Weihnachtsfeiertage im Kreis Ihrer Familien und Freunde sowie ein gutes und gesundes Jahr 2015.

*Michael Mielke, Geschäftsführer*



**Michael Mielke  
Geschäftsführer**

Durch die zunehmend engere Zusammenarbeit der somatischen und psychiatrischen Abteilungen des KEH ist eine umfassende Versorgung der immer größer werdenden Zahl von älteren Patientinnen und Patienten möglich geworden.

**Inhalt**

- 2 Editorial
- 3 Preisgekrönte Versorgung
- 4 Innovatives Kooperationsmodell zwischen Geriatrie und Schmerzmedizin
- 6 Falls Ebola ins KEH kommt
- 7 Klausur der pflegerischen Leitungen
- 7 Adventssingen 2014
- 8 Inklusion – Wie geht das?
- 8 Flüchtlingen Heimat bieten
- 9 Epilepsie kann jeden treffen – in jedem Alter
- 9 Haus 10 kann bezogen werden

- 10 Auf dem Weg zur Zertifizierung
- 12 Anatomie einer Sanierung
- 12 Aktuelles Baugeschehen
- 13 Neue Schaukel in der KJP
- 13 Individuelles Mediasystem für Patienten
- 14 Arzt in schwerer Zeit
- 15 Ethik als Unterbrechung des Krankenhausalltags
- 16 Ausgewählte Termine
- 16 Konzertsaison 2014/2015 hat begonnen

**Impressum**

**Herausgeber:** Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Geschäftsführung und Krankenhausbetriebsleitung, Herzbergstr.79, 10365 Berlin  
**Gestaltung/Produktion:** Baumgardt Consultants, Gesellschaft für Marketing & Kommunikation bR  
**Bildnachweis:** Böttler (KEH) S.7 (u.); DGPPN/Holger Groß S.3; Hospitel Service GmbH S.13 (u.r.); N.v.Kampen (EZBB) S.8 (o.), S.9 (o.); Lehmann (KEH) S.1, 2, 5 (o.), 7 (o.), 8 (u.), 9 (u.), 10–13, 16; Historisches Archiv des KEH S.14; Elisabeth Schöpe/Berlin S.4; Privat S.15; Hartmut Wiegrefe S.6.  
**V.i.S.d.P.:** Johannes Lehmann  
Anregungen und Kritik an: j.lehmann@keh-berlin.de  
Der KEH-Report erscheint viermal jährlich.

## Preisgekrönte Versorgung

### KEH erhält DGPPN-Innovationspreis 2014

Mit über 600 Einzelveranstaltungen und mehr als 1.600 Referenten hat sich der DGPPN Kongress zu Europas größter Fachtagung im Bereich der psychischen Erkrankungen entwickelt. DGPPN steht für »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde«, die wissenschaftliche Fachgesellschaft für den psychiatrischen Bereich in Deutschland. Vom 26. bis 29. November 2014 stand daher die psychische Gesundheit im Fokus des Kongressprogramms im CityCube Berlin. Unter dem höchst aktuellen Leitmotto »Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen« wurde eine der zentralen Zukunftsaufgaben für unsere Gesellschaft diskutiert, die auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheidend beschäftigt.

#### Behandlungswege prämiert

Auf dem diesjährigen DGPPN Kongress stellten die Teilnehmer aus dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) sowohl das nichtpharmakologische Betreuungs- und Behandlungskonzept der postoperativen Delirstudie als auch den Aufbau des Demenz-Delir-Managements am KEH vor. Für die »Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus« (Studie im Rahmen der Versorgungsforschung zur Liaison-Pflege: Delir im Allgemeinkrankenhaus) hat das KEH den DGPPN-Innovationspreis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 2014 erhalten. Diese empirische Untersuchung (postoperative Delirstudie) bei älteren Menschen war in den allgemein-chirurgischen Stationen des KEH in den Jahren 2011 und 2012 durchgeführt worden. Der DGPPN-Innovationspreis wurde von Prof. Dr. Arno Deister an die Preisträger aus dem KEH überreicht.

Delirien sind das häufigste psychiatrische Syndrom im Allgemeinkrankenhaus. Dies trifft insbesondere auf die Abteilungen für Innere Medizin, Chirurgie und die Intensivmedizin zu. Bis zu 40 Prozent der Patienten sind – über alle Altersgruppen und Eingriffe gerechnet – postoperativ verwirrt. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Delirs steigt bei Vorliegen einer Demenz (oder einer anderen Hirnschädigung) an. Damit einhergehend erhöhen sich die Verweildauer, die Kosten, der Pflegeaufwand und das Risiko einer Einweisung in ein Seniorenheim. Daraus lässt sich die große Bedeutung



Foto: DGPPN/Holger Groß



Preisträger des DGPPN-Innovationspreises für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 2014 (v.l.n.r.): Prof. Dr. Albert Diefenbacher, Prof. Dr. Arno Deister (Laudator), Eckehard Schlauf und Pflegedirektor Uwe Kropp. Prof. Dr. Torsten Kratz, der ebenfalls zum KEH-Team gehört, war bei der Verleihung leider verhindert, so dass sein Name auch nicht auf der Urkunde steht. (Bildnachweis: DGPPN/Holger Groß)

für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Zukunft ablesen.

Im Rahmen der CL-Workshop-Veranstaltungen am KEH gab es vor drei Jahren noch eher fragende Blicke für unseren pflegerischen Liaisonansatz. In diesem Jahr wurde von mehreren ärztlichen Teilnehmern ein extra Workshop eingefordert. Diesen Wunsch haben wir natürlich gern erfüllt.

#### Ausblick auf das Jahr 2015

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Rahmen der Versorgungsforschung haben dazu geführt, dass im Mai 2013 begonnen wurde, in den einzelnen Fachabteilungen, ein multiprofessionelles Delir-Management am KEH zu etablieren. Ein pflegerisch-gerontopsychiatrischer Konsiliardienst ist bereits aufgebaut worden. Ein entsprechender Liaisondienst soll ab Mitte 2015 am KEH etabliert werden. Die erste Schulung von »Pflegeexperten Demenz« für die Stationen ist abgeschlossen.

Gemeinsam mit dem Diakonieverein Zehlendorf und der AOK Nordost wird im Jahr 2015 eine Ausbildung zum »Pflegeexperten Demenz« für die Krankenhäuser in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern angeboten. Im Rahmen dieser Kooperation mit der AOK Nordost sind ab 2015 auch nachstationäre Behandlungskonzepte (Pflege in Familien fördern – PfifF) für die somatischen Fachabteilungen des KEH geplant.

Des Weiteren sollen gemeinsam mit der Alzheimer Angehörigen Initiative, der Haltestelle Diakonie, den Lichtenberger Betreuungsdiensten und anderen ambulanten tätigen Betreuungsdiensten spezielle Betreuungskonzepte auf den somatischen Stationen im KEH eingerichtet werden. Im KEH soll auch eine Anlaufstelle der Haltestelle Diakonie etabliert, und so eine Vernetzung in den ambulanten Bereich aufgebaut werden.

Eckehard Schlauf, Dipl.-Gerontologe

#### DGPPN-Kongress 2014 in Zahlen

- 9.003 Besucher im Jahr 2014
- 662 wissenschaftliche Sitzungen
- 1.637 Referenten, Vorsitzende und Poster-Autoren
- 83 Fortbildungsveranstaltungen mit 1.667 Teilnehmern
- Gäste aus 53 Ländern

Der DGPPN Kongress im kommenden Jahr findet vom 25. bis 28. November 2015 im CityCube Berlin statt.



## Innovatives Kooperationsmodell zwischen Geriatrie und Schmerzmedizin

Zur Eröffnung der neuen geriatrischen Tagesklinik des KEH in Haus 10

### Medizinisches Konzept

Im Haus 10 entsteht ein multifunktional genutztes Behandlungszentrum, das folgende Funktionsbereiche enthält:

1. die Tagesklinik des Bereiches »Spezielle Schmerztherapie« für geriatrische Patienten des KEH
2. eine Geriatrische Tagesklinik des KEH.

In den Bereichen der Tagesklinik »Spezielle Schmerztherapie« (STK) und der Geriatrischen Tagesklinik (GTK) werden insgesamt 15 Behandlungsplätze vorgehalten.

Die Tagesstation der Speziellen Schmerztherapie für geriatrische Patienten gehört der Abteilung für Neurologie des KEH an. Die räumliche Verbindung wird von einer inhaltlichen Kooperation beider Tageskliniken getragen und steht für den ganzheitlichen Ansatz, der mit der engen Zusammenarbeit dieser Bereiche umgesetzt wird. Somit spiegelt sich hier das Leitbild des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge wieder. Zudem tragen GTK und STK der stetig steigenden Nachfrage nach modernen Therapieformen für geriatrische Patienten, die interdisziplinär ausgerichtet sind, Rechnung.

In der STK werden Patienten mit chronischen Schmerzkrankungen (z. B. Rückenschmerz- und Kopfschmerzkrankungen) behandelt. Es wird ein multimodales Therapiekonzept, das den geriatrischen Ansprüchen angepasst wurde, umgesetzt (s.u.). Auch geriatrische Patienten leiden oft jahrelang unter Schmerzen und zeigen als Folge von schmerzvermeidendem Rückzugsverhalten erhebliche zusätzliche Einschränkungen der Mobilität. Ambulante Behandlungsversuche haben sich als unzureichend erwiesen. Oft finden sich zusätzlich Angststörungen und Depressionen.

Multimodale Behandlung heißt: medikamentös (analgetisch, antidepressiv etc.), psychotherapeutisch (z. B. Entspannungsverfahren, Psychoedukation, Verhaltenstherapie), physiotherapeutisch (z. B. Manuelle



Prof. Dr. Hans-Peter Thomas, Chefarzt der Geriatrie

Therapie, Selbstübungen, Konditionierung, Ausdauer-sport) und adjuvante Verfahren (TENS, Akupunktur, Neuraltherapie etc.). Auch die Ergotherapie spielt hier eine große Rolle. Wichtig ist weiterhin in vielen Fällen die Förderung der sozialen Unterstützung, was sowohl eine sozialarbeiterische Intervention aber auch die Einbeziehung von Angehörigen beinhaltet.

In der GTK werden multimorbide ältere Patienten im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzeptes z. B. nach schwerer Akuterkrankung behandelt. Auf diesem Wege kann der Drehtüreffekt einer verfrühten oder nicht ausreichend vorbereiteten Entlassung vermieden und zugleich die vollstationäre Hospitalisierungsdauer verkürzt werden. Aber auch bei einer sehr schweren Akuterkrankung mit konsekutiv sehr langer vollstationärer Behandlungsphase ist die geriatrische Tagesklinik in diesem Sinne tätig. Vielfach gelingt es dann trotz schwerer Funktionsbeeinträchtigung doch noch, eine Entlassung nach Hause zu realisieren. Diese beiden Patientengruppen werden zumeist aus der stationären geriatrischen Abteilung übernommen oder von einem anderen, nicht spezialisierten Krankenhaus oder dem ambulanten Bereich überwiesen. Die Indikationen stammen dabei zumeist aus dem neurologischen Bereich (z. B. Schlaganfall, Parkinson-Syndrom), aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Schenkelhalsfraktur bei ausgeprägtem Sturzsyndrom, Komplikationen nach Endoprothesenversorgung) und aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-erkrankungen (z. B. generalisierte Atherosklerose, Komplikationen nach Amputation, dekompensierte Herzinsuffizienz mit herabgesetzter Belastbarkeit).

Die Patienten erhalten – im Gegensatz zur STK – eine Weiterführung der geriatrischen Frührehabilitation. Im Vordergrund stehen Physio- und Ergotherapie, die dem Wiedererlangen eines harmonischen Körper- und Bewegungsbewusstseins sowie der Verbesserung der sozialen Interaktionen dienen sollen. Neuropsychologie und Logopädie stehen flankierend zur Seite.

Auch in der GTK gehört die Förderung der sozialen Unterstützung (eine sozialdienstliche Intervention, Einbeziehung von Angehörigen) zum Behandlungskonzept.

### Ausgewählte Behandlungsmethoden im Einzelnen

In der GTK werden auf der Grundlage der ärztlichen Diagnose und der physiotherapeutischen Befunderhebung in Abstimmung mit dem »Therapeutischen Team« Therapieziele zur Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Funktion und Leistungsfähigkeit der motorischen Fähigkeiten unserer Patienten festgelegt. Die Aufgaben der Physiotherapeuten liegen in der Befundung, Behandlung und Schulung von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-, Kreislauf- und Nervensystems sowie der Stoffwechselorgane. Auch die Anleitung und Schulung der Angehörigen fällt in den Aufgabenbereich der Physiotherapeuten. Neben

Einzeltherapien finden auch spezielle Gruppenangebote statt, wie Sturzvorbeugung, Gleichgewichtstraining, Kraftausdauertraining, med. Trainingstherapie an Geräten, Nordic Walking, Terraintraining, Alltagstraining, Rollator-Schulung.

### Ergotherapie

Im Mittelpunkt der Ergotherapie steht die Alltagsfähigkeit eines Menschen. Als Baustein in der Behandlung dient sie der Wiedererlangung, Verbesserung oder Kompensation von eingeschränkten oder verloren gegangenen Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung, der Produktivität und Alltagsfähigkeit sowie der sozialen Kompetenz.

Therapieansätze: Je nach Erfordernis werden die älteren Menschen, wenn gewünscht auch in Anwesenheit der Angehörigen, einzeln oder in Gruppen behandelt und beraten.

Bei Schmerzpatienten werden in der Ergotherapie Therapieverfahren eingesetzt, die der Förderung der sozioemotionalen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten dienen. Hierfür werden in der Schmerztagesklinik vor allem die Verfahren

- »Euthyme Therapie« (Training der Genussfähigkeit)
- Kompetenzzentrierte Methoden und
- Arbeitstraining, das auf den alten Menschen abgestimmt ist, eingesetzt.

Diese Therapien werden vor allem in Gruppensettings vermittelt, z. B. achtsamkeitsbasierte Verfahren und ein ressourcenorientiertes Genussstraining sowie Ablenkungsmöglichkeiten zur Schmerzkontrolle.

Zum Einsatz kommen handwerklich ausgerichtete Werkverfahren mit einem breiten Spektrum an Therapiemedien, die variabel bezüglich Leistungsfähigkeit des Patienten und Anforderungsgrad einsetzbar sind (Ton, Holz, Textil, Peddigrohr, Speckstein...). Zusätzlich wird bei spezieller Indikation eine Einzelbehandlung vorgehalten (thermische und motorische Übungen bei Gelenkerkrankungen der Hände, z. B. Spiegeltherapie bei CRPS oder Phantomschmerz), einschließlich einer Anleitung zu Selbstübungen.

### Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): Durch die gezielte Analyse und anschließende Veränderung von krankheitsbezogenen Gedanken und Verhaltensweisen wird die Wahrnehmung von Symptomen und Belastungen zugunsten von »gesundem« Verhalten und positiv erlebten Aktivitäten verändert. Die KVT wird in der Gruppe und in Einzelgesprächen angewandt. Sie ist evidenzbasiert wirksam bei chronischen Schmerzen und fester Bestandteil einer multimodalen Schmerztherapie. Entspannungsverfahren: Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR), Atementspannung und imaginative Verfahren- werden zumeist in Gruppensettings vermittelt und dienen der Reduktion von Stress und Schmerzen. Auch hier ist die Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen.

**Psychoedukation:** Psychoedukative Verfahren haben



Dr. med. Andreas Pfeiffer  
Oberarzt der Abt.  
Neurologie/Spezielle  
Schmerztherapie

einen festen Platz in modernen multimodalen Behandlungskonzepten. Wichtig sind die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und die Stärkung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Symptomen. Auch die Arbeit mit Angehörigen gehört dazu. Der Nutzen von Psychoedukation ist ebenfalls durch Studien belegt.

**Medizinische Hypnose:** sie wird vor allem in der Einzelbehandlung zur Schmerzmodulation und -kontrolle eingesetzt. Der Nutzen dieser Therapie ist ebenfalls akzeptiert.

**Achtsamkeitsbasierte Verfahren:** Sie haben einen zunehmenden Stellenwert in der Behandlung chronischer Schmerzen erlangt. Wir bieten als Gruppentherapie vor allem den Body Scan an, der auch eine länger wirksame Schmerzreduktion ermöglicht. Eine Evidenz dafür liegt vor.

### Ärztliche Behandlungen

In der Geriatriischen Tagesklinik werden vom ärztlichen Dienst regelmäßige geriatrische Visiten durchgeführt und die wöchentliche Teambesprechung geleitet sowie täglich Neuzugänge, Entlassungen und auftretende Probleme besprochen. Als Leiter des geriatrischen Teams ist der Arzt Ansprechpartner für alle Therapeuten und Pflegekräfte und verantwortlich für die Planung in der geriatrischen Rehabilitation.

Neben der medikamentösen Behandlung, den Visiten und Einzelgesprächen werden bei Schmerzpatienten adjuvante Methoden wie Akupunktur, Neuraltherapie nach Huneke, therapeutische Lokalanästhesie, Kinesio-Taping und Blutegeltherapie angeboten.

### Ausblick

Tagesklinische Patienten sind in der ambulanten Therapie aufgrund der Schwere und/oder Komplexität ihres Krankheitsbildes nicht ausreichend zu behandeln, andererseits ist eine stationäre Behandlung noch nicht oder nicht mehr erforderlich. Das bedeutet, die Patienten sind in der Lage, an einem therapeutischen Tagesprogramm teilzunehmen, jedoch die Abende, Nächte und die Wochenenden zu Hause zu verbringen, ohne dadurch gesundheitlichen Schaden zu erleiden. Die in der Therapie erlernten Techniken und Verhaltensmodifikationen können somit auch stets in den Lebensalltag transferiert werden.

In dieser Hinsicht knüpft eine tagesklinische Behandlung an die vorhandenen Ressourcen der Patienten an und hilft bei der Wiedererlangung von Selbstständigkeit und sozialer Wiedereingliederung. Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes werden gleichzeitig Strategien zur Rückfallverhütung erarbeitet. Dazu gehört es oft, den Kontakt zum System der ambulanten Weiterbehandlung herzustellen bzw. zu stärken.

Prof. Dr. Hans-Peter Thomas, Chefarzt der Geriatrie  
Dr. Andreas Pfeiffer, Oberarzt Abt. Neurologie/  
Spezielle Schmerztherapie

## Falls Ebola ins KEH kommt

**Die Behandlung von Ebola-Erkrankten gehört nicht zu den Aufgaben unseres Krankenhauses. Dennoch sind wir vorbereitet.**

**B**isher wurden in Deutschland drei Ebola-Erkrankte behandelt, ohne weitere Ansteckungen. In keinem Fall musste in Deutschland das Ebola-Fieber diagnostiziert werden. Es ist demnach sehr unwahrscheinlich, dass im KEH ein Verdachtsfall Wirklichkeit wird. Passiert dies, ist alles für eine sofortige Übergabe des Patienten an eines der deutschlandweit verteilten Behandlungszentren vorbereitet: Seit 2000 gibt es den Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen, der kurz STAKOB genannt wird.



(Foto: Hartmut Wiegrefe)

Ebola-, Marburg- und Lassa-Virus sind -ssRNA-Viren, die zu ihrer Vervielfältigung keine DNA-Synthese, sondern nur Prozesse zur Produktion von Proteinen benötigen, die ständig in fast jeder Zelle ablaufen. Wohl deshalb gibt es unter ihnen immer wieder Erreger, die in kürzester Zeit Sterberaten bis 90 Prozent beim Menschen erreichen. Ein einzelnes Ebola-Virus kann die Krankheit nach ein bis 21, maximal 42 Tagen auslösen. Glücklicherweise sind sie gerade deshalb auch wie Strohfeuer.



Das Deutsche Rote Kreuz koordiniert den Einsatz von Helfern, die sich – trotz persönlichen Risikos – in großer Zahl zur Hilfe bereit erklärt haben.

Ebola wurde 1976 zum ersten Mal als Erreger entdeckt und war bislang nur in den orange markierten Staaten Zentralafrikas mehrfach aufgetreten. Bis 2009 wurden insgesamt knapp 2000 Todesfälle registriert.

In Westafrika waren bis Dezember 2014 bereits 17.000 Menschen erkrankt, mehr als 7.000 starben. Je Woche werden immer noch über 600 neue Patienten registriert. Die Sterblichkeit erreichte insgesamt 72 Prozent, während der Durchschnitt bei den stationär behandelten Patienten 60 Prozent betrug. Vom Personal zur Eindämmung der Epidemie erkrankten 605 Menschen, 57 Prozent von ihnen starben. Das gewaltige Ausmaß begann mit einem einzigen Todesfall, dessen Ursache für Cholera gehalten wurde. In den betroffenen Ländern (rot) war Ebola bis dahin völlig unbekannt.

Die alten Medizinmänner Afrikas kannten zwar keine Viren, wohl aber die Krankheiten und wussten, dass gegen sie kein Kraut gewachsen ist. Nur Isolation der Erkrankten hilft. Abseits des Dorfes wurde schnell eine Unterkunft errichtet.

Heute ist die Ökologie der Viren weitgehend bekannt und man weiß, worauf es ankommt, um eine Pandemie zu verhindern. Aber die ersten Fälle in Spanien ließen erkennen: Ebola kann sich auch in einem europäischen Krankenhaus ausbreiten. 110 Tage kann ein Mensch nach überstandener Krankheit infektiös bleiben.

Wir sind vorbereitet und müssen auf diese hochinfektiösen Fieber-Viren gefasst sein, auch wenn die diesjährige Epidemie längst vergessen ist.

*Dr. Henry Hahnke,  
Green IT & Ökologie*

Quellen:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Ebolavirus>  
<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/E/Ebola/>  
<http://who.int/csr/disease/ebola/>  
<https://drkhrnet.drk.de/>



## Klausur der pflegerischen Leitungen

**Z**um Ende des Jahres noch einmal den Standpunkt definieren und sich den zukünftigen Aufgaben stellen – so lautete das Thema der pflegerischen Leitungsklausur vom 21. bis 22.

November 2014. In einem Tagungshotel außerhalb von Berlin nutzten alle pflegerischen Leitungspersonen des KEH die Zeit und das Ambiente, sich noch einmal intensiv mit dem pflegerischen Konzept aus dem Jahr 2008, dem Konzept zur Umstrukturierung der Leitungsebene aus dem Jahr 2010, den notwendigen Maßnahmen aus den Jahren 2011 und 2012, aber auch schon mit den Herausforderungen der angestrebten Erweiterungen der medizinisch-pflegerischen Angebote im KEH der kommenden Jahre auseinanderzusetzen.

Der rote Faden, der sich durch alle Konzepte zieht und letztendlich bis in die aktuellen Zielvereinbarungen zwischen pflegerischen Abteilungsleitungen, Gruppenleitungen und Pflegedirektor mündet, zeigt auf, dass aus Sicht der Pflege vieles umgesetzt wurde, um den stetig in den Anforderungen steigenden, pflegerischen Aufgaben gerecht zu werden. Um nun die Prozesse weiter zu optimieren, sich aber auch den zukünftigen Aufgaben stellen zu können, wurden erstmals in dieser Runde auch die Anforderungen an die vielen Schnittstellen und die damit verbundenen Akteure aus anderen Bereichen des KEH definiert.

Die Betrachtung der Abläufe, die aus Sicht des Pflegedienstes nicht gut laufen, war Grundlage für eine fast vierstündige Diskussion am Freitagnachmittag mit dem Geschäftsführer Herrn Mielke und Herrn Pfr. Böttler, der mit Herrn Mielke zusammen auch die Krankenhausbetriebsleitung vertrat. Basierend auf



**Uwe Kropp,**  
Pflegedirektor

dieser Diskussion wurden Anforderungen benannt, die es dem Pflegedienst ermöglichen sollen, sich seiner Primäraufgabe mehr zu widmen: der Betreuung unserer Patienten.

Hierzu zählten in erster Linie notwendige Anpassungen in den Abläufen in der direkten Patientenversorgung zwischen ärztlichem Dienst und dem Pflegedienst. Wesentlich steht hier eine wertschätzende Kommunikation, die verbindliche Einhaltung von Absprachen und die Abstimmung gemeinsam zu gestaltender Arbeitsabläufe auf der Forderungsliste des Pflegedienstes.

Alle, auch die nicht an der direkten Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen im KEH sollten sich als Dienstleister für die an der direkten Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen verstehen. Hier zog sich ein großer Bogen von den Dienstleistungen aus dem Personalressort, der Notwendigkeit, alle Arbeitsmaterialien – inklusive Zugänge zu benötigten Informationsquellen – zur Verfügung zu stellen, über die Bereitstellung von technischen Hilfsmitteln und die Sicherstellung reibungsloser Betriebsabläufe in Technik und Versorgung bis hin zur Frage, welche Tätigkeiten als pflegerische Arbeiten zu bewerten sind und welche eben nicht – oder in Zukunft nicht mehr.

Die Diskussion mit den Mitgliedern der Krankenhausbetriebsleitung erwies sich als sehr konstruktiv und es konnten viele Beispiele aus dem Alltag benannt werden, welche die direkte Patientenversorgung behindern.

Die erarbeiteten Inhalte werden in den nächsten Wochen mit den einzelnen Leiterinnen und Leitern der entsprechenden Abteilungen besprochen und mit konkreten Veränderungswünschen seitens des Pflegedienstes auf den Weg gebracht. Auch wenn einige Punkte sicherlich erst mittelfristig zu einer Lösung kommen, so gibt es ausreichend viele Themen, die auch kurzfristig geändert werden können. Erste Rückmeldungen aus den Abteilungen stimmen zumindest hoffnungsvoll.

*Uwe Kropp, Pflegedirektor*

**Adventssingen 2014** – Am Samstag, dem 29. November 2014, trafen sich wieder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sangesfreudige Gäste und Ehemalige, um auf den Stationen singend den Advent anzukündigen. Das Adventssingen hat eine lange Tradition im KEH und wird von Patienten und Angehörigen freudig angenommen.



## Inklusion – Wie geht das?

Ende September 2014 fand am Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg (EZBB) die 13. Fachtagung Sozialarbeit bei Epilepsie statt, zu der etwa 90 Teilnehmende und Referenten aus ganz Deutschland zusammenkamen. Die vom Verein Sozialarbeit bei Epilepsie organisierte Tagung findet alle zwei Jahre an Einrichtungen statt, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Epilepsie spezialisiert haben. Tagungsort war in diesem Jahr das KEH; im Rahmen einer Sonderveranstaltung bestand die Gelegenheit, die zum EZBB gehörige Epilepsieklinik Tabor in Bernau kennenzulernen.

In Mittelpunkt der Tagung stand das Thema »Inklusion«. Grundgedanke der Inklusion sei es, so Dr. Katrin Grüber vom Berliner Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft in ihrem einführenden Vortrag, dass es zum Menschsein dazugehöre, verschieden zu sein, die jetzige Gesellschaft sich jedoch weitgehend an den Normen nicht-behinderter Menschen orientiere. Bei der Inklusion gehe es darum, genau diese Orientierung aufzubrechen.

Wie dies in unterschiedlichen Lebensbereichen (Schule, Arbeit, Sozialleben) und abhängig vom Schwere-



von links nach rechts:  
Klaus Göcke (Landesverband Epilepsie Berlin-Brandenburg e.V.), Rupprecht Thorbecke, M.A. (Epilepsie-Zentrum Bethel/Bielefeld), Dr. Steffi Koch-Stöcker (Evangelisches Krankenhaus Bielefeld)

grad der Epilepsie bzw. der mit ihr assoziierten Erkrankungen möglich ist, wurde auf der Tagung – teilweise recht kontrovers – diskutiert.

Wie Inklusion dennoch gelingen kann, zeigten eindrucksvoll zwei Beiträge. In einem Video stellte Musa Al Munaizel – Geschäftsführer der iKita gGmbH der Lebenshilfe in Berlin-Neukölln – seine Einrichtung vor, in der Kinder aus mehr als 40 Nationen mit und ohne Behinderung betreut werden. »Bei uns ist noch kein Kind aufgrund der Schwere seiner Behinderung abgelehnt worden«, so Al Munaizel. Die Theatergruppe Unsichtbar – eine Theatergruppe von Menschen mit und ohne Behinderung – machte am Ende der Tagung mit ihrem Auftritt sinnlich erfahrbar, dass Inklusion möglich und nicht nur eine Frage der Ressourcen, sondern vor allem auch der Einstellung ist.

*Norbert van Kampen*



Diskussion mit Dr. Katrin Grüber vom Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (rechts), im Vordergrund links Norbert van Kampen (EZBB)

## Flüchtlingen Heimat bieten

Unter der Überschrift »Adventsball im KEH« hatten die Stiftung Evangelisches Diakoniewerk Königin Elisabeth (EDKE) und das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) am 28. November 2014 ab 19 Uhr zu einem Abend der besonderen Art in den Festsaal von Haus 22 eingeladen. Um festliche Kleidung war gebeten worden; bei Musik, Tanz, einer kleinen Show und gutem Essen bot sich ein festlicher Rahmen für unterhaltsame Stunden. Die Moderation des Abends hatte Axel Zechlin, Ex-Formationstanzweltmeister

und Schiedsrichter der Tanz-Bundesliga, übernommen. Bei der Begrüßung und Eröffnung durch Frau Kirchenrätin Susanne Kahl-Passoth (EDKE) und die KEH-Geschäftsführer Dr. Johannes Feldmann und Michael Mielke wurde auf die diakonische Verantwortung für die schwächsten Glieder der Gesellschaft hingewiesen, der sich dieser Abend in besonderer Weise widmete. Die Tombola lockte nicht nur mit Gewinnen, sondern diente zugleich einem guten Zweck: Die Einnahmen sollten Flüchtlingskindern und -jugendlichen in den Übergangswohnheimen



Blick in den (Ball-)Festsaal am 28. November

## Mitarbeiterinnen der AWO und zwei der Graffiti-Künstler bei der Versteigerung



Rhinstraße 125-127 und Herzbergstraße 82-84 zugutekommen. Darüber hinaus wurden Bilder des Graffiti-Projekts der AWO-Flüchtlingsfürsorge versteigert. Zahlreiche Spender hatten sowohl für die Tombola als auch direkt an die beiden Flüchtlingsheime gespendet. Aus den Aktionen des Abends kamen – u.a. mit einer Spende vom Cavalry & Country Dancer e. V. (CCD e.V.) – insgesamt ca. 1.600 Euro und Sachspenden im Wert von ca. 3.200 Euro zusammen, die an die Heime weitergeleitet wurden. Allen, die sich daran beteiligt haben, gilt unser herzlichster Dank.  
*Dr. Claudia Wein*



## Epilepsie kann jeden treffen – in jedem Alter

Unter diesem Motto fand am 8. Oktober 2014 im Kesselhaus die vom Landesverband Epilepsie Berlin-Brandenburg e.V. (LVBB, Verband der Epilepsie-Selbsthilfe) in Kooperation mit dem Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg (EZBB) und dem Museum Kesselhaus e.V. organisierte und von etwa 80 Teilnehmenden besuchte Berlin-Brandburger Regionalveranstaltung zum Tag der Epilepsie statt – dem bundesweiten Aktionstag der Epilepsie-Selbsthilfe.

»Epilepsien können in jedem Alter auftreten, unterscheiden sich aber in verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Erscheinungsformen, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Auswirkungen auf das Alltags- und Berufsleben«, sagte Klaus Göcke vom LVBB. Dr. Paul Gierke (EZBB) bestätigte: »Beispielsweise sind Epilepsien, die erstmalig im höheren Lebensalter auftreten, gut behandelbar, wenn Sie denn richtig erkannt und diagnostiziert werden.« Das ist nicht in jeder Altersgruppe so und gelingt auch nicht immer mit Medikamenten, verdeutlichte Dr. Mira Beckhaus (EZBB): »Bei einem jungen Mann, bei dem buchstäblich nichts half, erzielten wir erst durch den Einsatz der ketogenen Diät den entscheidenden Behandlungserfolg.«

Auf die Frage, was Menschen mit Epilepsie selbst tun können, antwortete Klaus Göcke: »Wichtig ist vor allem, sich gut zu informieren – z. B. auf der Webseite des LVBB ([www.epilepsie-berlin.de](http://www.epilepsie-berlin.de)). Genauso wichtig

**Steile Welle – Ein Solo-Theaterstück zwischen Fallsucht und Sehnsucht (Marion Witt)**



ist es, spezialisierte Behandlungsangebote zu nutzen, wie sie z. B. vom EZBB bereitgestellt werden.“

Nach den Vorträgen und der anschließenden Pause kam es zum Höhepunkt der Veranstaltung: Der Aufführung des Theaterstücks *Steile Welle*, dem die Schauspielerin Marion Witt (compania-t) ihre Erfahrungen mit ihrer Epilepsie zu Grunde legte. Die Reaktion und der begeisterte Applaus des Publikums machten deutlich, dass sich viele in diesem Stück wiederfanden.

*Norbert van Kampen*

### Haus 10 kann bezogen werden

Um die geriatrische Tagesklinik aufnehmen zu können, musste Haus 10, in dem bis zum vergangenen Jahr der Verein *die leben lernen gGmbH* ihr Domizil hatte, umfassend instandgesetzt und auf die Erfordernisse der medizinischen Bereiche vorbereitet

werden. Die Instandsetzungsarbeiten haben im September begonnen. Anfang Dezember wurde die ordnungsbehördliche Genehmigung erteilt, und im Verlauf des Monats werden die Räume möbliert, ausgestattet und von den Behörden abgenommen, so dass die Tagesklinik im Januar ihre Arbeit aufnehmen

kann. Die Instandsetzungsarbeiten 2014 kosteten ca. 530.000 Euro. Durch eine großzügige Spende aus Bethel wird auch ein geriatriegerechtes Farbkonzept umgesetzt, das der besseren Orientierung der betagten Patientinnen und Patienten dienen soll.

*Tilo Baumert,  
Abteilung Technik/Bau*



## Auf dem Weg zur Zertifizierung

### Die Stroke Unit des KEH wird höchsten Anforderungen gerecht

**E**in Schlaganfall gehört zu den häufigsten Gefäßkrankungen in Deutschland und trifft den Patienten meist unerwartet und plötzlich. Er geht oft einher mit körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen, die nicht selten zu Pflegebedürftigkeit führen. Die Folgen des Schlaganfalls betreffen nicht nur den Patienten selbst, sondern natürlich auch seine nächsten Angehörigen.

#### Was ist ein Schlaganfall?

Ein Schlaganfall (Hirnfarkt, Hirnschlag) ist eine plötzlich (schlagartig) auftretende Durchblutungsstörung im Gehirn, die dazu führt, dass das betroffene Nervengewebe durch den Sauerstoffmangel abstirbt. Dadurch kann es zu folgenden typischen Schlaganfallsymptomen kommen, die meist nur eine Körperhälfte betreffen:

- halbseitige Lähmungserscheinungen/ Sensibilitätsstörungen (Kribbeln, Taubheit)
- herabhängender Mundwinkel
- Sehstörungen mit plötzlicher Blindheit auf einem Auge
- Verlust eines Gesichtsfeldes
- Sehen von Doppelbildern
- Sprach- und Sprechstörungen
- Schwindel, Übelkeit, Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen
- plötzlich auftretende sehr heftige Kopfschmerzen ohne erkennbare Ursache.

**Teambesprechung auf der Stroke Unit (v.l.n.r.)**  
OA Dr. Alexej Abraham,  
Schwester Steffi Maduro-Pinela, Assistenzarzt Carsten Adam und Dr. Wiebke Pöhls



Ein Schlaganfall entsteht in 80 Prozent der Schlaganfälle durch den Verschluss eines Hirngefäßes durch ein Blutgerinnsel und die daraus resultierende Mangel-durchblutung. In 20 Prozent der Fälle ist die Blutung im Gehirn durch ein eingerissenes oder geplatzt Blutgefäß dafür verantwortlich. Im Gehirn austretendes Blut tritt in das umgebende Hirngewebe aus und drückt dort auf die empfindlichen Nervenzellen.

**Risikofaktoren:** Es gibt Faktoren, die nicht beeinflussbar sind. Dazu zählen Alter, Geschlecht, erbliche Disposition, bestimmte Vorerkrankungen. Eine Vielzahl von Faktoren können aber durch eine gesunde Lebensweise beeinflusst werden, dazu gehören: Bluthochdruck, Übergewicht, ungesunde Ernährung, erhöhte Blutfettwerte, Bewegungsmangel, starker Alkoholkonsum, Rauchen oder Stress.

#### Die Stroke Unit des KEH

»Stroke« kommt aus dem Englischen und bedeutet »Schlaganfall«. Unter dem Begriff »Stroke Unit« versteht man eine auf die Behandlung von akuten Schlaganfällen spezialisierte Überwachungseinheit. Die Stroke Unit der Abteilung Neurologie des KEH wurde 2008 eröffnet und verfügt über vier modern ausgestattete Überwachungsplätze. Jeder Bettplatz ist mit einem Überwachungsmonitor ausgerüstet, so dass die wichtigsten Vitalparameter wie Blutdruck, Atmung, Herzaktion, Sauerstoffgehalt im Blut und Temperatur kontinuierlich überwacht werden können. Des Weiteren ist eine intensive Überwachung des Blutzuckers wichtig. Diese engmaschige Überwachung ermöglicht, dass Komplikationen frühzeitig erkannt und gezielt behandelt werden können.

#### Ziele der Behandlung

Bei Ankunft im Krankenhaus erfolgt die Diagnostik der Schlaganfallart (Blutung oder Verschluss) als Voraussetzung für die folgende Therapie. Wenn möglich wird das Blutgerinnsel mittels systemischer Thrombolyse (Verabreichung des Medikaments über die Vene) aufgelöst. Wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient keine Hirnblutung hat und die Therapie innerhalb von viereinhalb Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome erfolgt.

**Dieses enge Zeitfenster zeigt auch, wie wichtig es ist, sofort beim Auftreten der ersten Symptome den Notruf 112 zu wählen, weil nur ein Arzt entscheiden kann, ob es sich möglicherweise um einen Schlaganfall handelt oder nicht. Es zählt jede Minute!**

Dabei wird eine engmaschige Überwachung von Herz-tätigkeit, Blutdruck, Atmung, Sauerstoffgehalt im Blut, Blutzucker und Temperatur (Monitoring) gewährleistet sowie die mögliche Behandlung von Begleiterkrankungen vorgenommen. Zugleich beginnt die gezielte, an den individuellen Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Frührehabilitation durch das spezialisierte

Team. Um einen möglichst reibungslosen Überwachungs- und Therapieablauf zu gewährleisten, ist die Einhaltung besonderer Verhaltensregeln für die Patienten auf der Stroke Unit von entscheidender Bedeutung. Auch die Besuchszeiten werden in Absprache mit der diensthabenden Pflegekraft den individuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst. Die Dauer des Aufenthaltes auf der Stroke Unit beträgt in der Regel ein bis drei Tage. Nach der Stabilisierung und der Beendigung der Monitorüberwachung erfolgt die Verlegung auf die neurologische Normalstation NE1. Dort erfolgen die noch ausstehenden Untersuchungen und die Besprechung der möglichen Rehabilitationsmaßnahmen, die sich an den Krankenhausaufenthalt anschließen können.

### Diagnostik des Schlaganfalls

Neben der kontinuierlichen Überwachung des Patienten am Monitor beginnt nach der Aufnahme frühzeitig die Suche nach den Ursachen des Schlaganfalls. Dazu zählen folgende Untersuchungen:

- bildgebende Untersuchungen des Gehirns mittels CT oder MRT
- Ultraschall der Hals- und Hirnschlagadern
- Herzuntersuchungen wie EKG und LZ-EKG, LZ-Blutdruckmessung, Herzechographie
- Laboruntersuchungen wie z. B. Blutgerinnung, Langzeitzucker, Cholesterin).

Nicht jeder benötigt jede Untersuchung. Der Arzt spricht die geplanten Untersuchungen mit den Patienten individuell ab.

In enger Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst erfolgt bereits auf der Stroke Unit die Organisation der Nachsorge und ggf. der Rehabilitationsmaßnahmen. Ebenso gehört die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen zum Krankheitsbild zur standardisierten Verfahrensweise.

### Das Team der Stroke Unit

Das Team der Stroke Unit besteht aus speziell ausgebildeten Ärzten, Pflegekräften, Ergotherapeuten, Neuropsychologen, Logopäden und Sozialarbeitern. Täglich finden gemeinsame Visiten statt, bei denen jeder Patient mit seinem individuellen Krankheitsbild besprochen und die Therapie innerhalb der beteiligten Berufsgruppen koordiniert wird.

Zweimal am Tag findet eine ärztliche Visite am Patientenbett statt. Außerdem erfolgt alle sechs Stunden eine neurologische Untersuchung des Patienten. Bei Aufnahme des Patienten werden die Ressourcen und Pflegeprobleme des Patienten erfasst, um eine individuelle Pflege des Patienten zu gewährleisten. Je nach Schweregrad des Schlaganfalls bekommt der Patient

### Was benötigt der Patient auf der Stroke Unit?

- Bitte nur die absolut notwendigen persönlichen Dinge mitbringen: Wäschetasche, Schlafanzug, möglichst stabile Hausschuhe, evtl. ein Bademantel,
- dazu etwas, das die lange Überwachungszeit verkürzen hilft, wie z.B. ein Buch oder auch die Lieblingsmusik (MP3-Player mit Kopfhörern).

### Kontakt

Pflegerische Leitung  
des interdisziplinären  
Zentrums IC1/IC2 mit

### Stroke Unit

Cornelia Heidgen  
54 72 - 32 05

### Diensthabende Pflegekraft der Stroke Unit

54 72 - 36 45

### Chefarzt Neurologie

Dr. med. Andreas Kauert  
54 72 - 42 01

Oberarzt Dr. med.

Alexej Abraham  
54 72 - 42 02

### Diensthabender

### Stroke-Arzt:

54 72 - 42 24

### Sozialdienst

54 72 - 30 54



Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Gerade bei der Pflege von Schlaganfallpatienten ist eine frühe Aktivierung und Mobilisation notwendig, um dem geschädigten Gehirn Anregung zu geben, damit Bewegungsabläufe nicht verlernt werden bzw. wieder neu erlernt werden können.

Schon kurz nach der Aufnahme erfolgt der erste Kontakt mit dem Krankengymnasten. Danach beginnt je nach Ausmaß der Schädigung die physiotherapeutische Behandlung des Patienten. Behandlungsziele der ebenfalls einsetzenden Ergotherapie sind u. a. Aktivierung zu selbständigem Handeln, Schulung von Koordination und Sensibilität, Feinmotorik-Training der Hände u. a. m. Die Diagnostik und das Training von intellektuellen Fähigkeiten wie Gedächtnis, Raumsinn, Sprache ist Aufgabe der Neuropsychologen.

Neben Schluckstörungen gibt es verschiedene Störungen des Sprechens und der Sprache bei Schlaganfallpatienten, die untersucht werden und dann mit einem gezielten Übungsprogramm der Logopädie therapiert werden. Am Aufnahmetag, spätestens am nächsten Tag gibt es einen ersten Kontakt zum Sozialdienst. Er kümmert sich um die Organisation und die Anmeldung der Rehabilitationsmaßnahme und ist Ansprechpartner in allen Fragen der ambulanten Nachversorgung sowie bei Anträgen bei Ämtern und Behörden.

### Zertifizierung angestrebt

In den kommenden Wochen soll die Zertifizierung der Stroke Unit eingereicht werden. Dafür gelten eine Vielzahl von Voraussetzungen, die inzwischen erreicht worden sind: entsprechende Behandlungszahlen, räumliche, personelle und organisatorische Voraussetzungen sowie ärztliche und pflegerische Standards. Für das Zertifikat müssen Untersuchungen in einem bestimmten Zeitraum durchgeführt werden, fachliche Weiterbildung und Fortbildungen sind anzubieten. Die notwendigen Kooperationen mit Gefäßchirurgie, Angiografie und Radiologie sind im KEH gegeben; Partner auf dem Feld der Neurochirurgie ist das Unfallkrankenhaus Berlin, zu dem auch die radiologische Standleitung vorhanden ist. Darüber hinaus ist die Abteilung Mitglied im Berliner Schlaganfall-Register und der Schlaganfall-Allianz und arbeitet auf diese Weise mit externen Qualitätsregistern zusammen.

*Dr. med. Stefke Pöhls, Stroke Unit/Neurologie  
Steffi Maduro-Pinela, Pflegedienst*



## Anatomie einer Sanierung

Teil II: An Haus 4 wird angestrengt gearbeitet



**A**ls sich im vergangenen Jahr die Arbeiten an Haus 2 in ihrer Endphase befanden, war mit vorbereitenden Arbeiten an Haus 4 begonnen worden. Inzwischen hat die Epileptologie in Haus 2 seit einem Jahr ihre Arbeit aufgenommen. Die Grünfläche davor wurde im April abgenommen. Auch der Spielplatz an der Seitenfront ist fertig – noch fehlen aber die in Auftrag gegebenen Spielgeräte.

Im Frühjahr fanden die Rohbauarbeiten in Haus 4 statt, Putz und Decken wurden entfernt und belastete Baustoffe entsorgt. Die Maurerarbeiten im Keller und Erdgeschoss waren zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen und die Handwerker zogen in die Obergeschosse. Kabel und Rohrleitungen waren ins Haus gelegt worden, so dass die Installationsarbeiten im Keller (Elektrik, Sanitär, Heizung) wie auch die Estricharbeiten beginnen konnten.



Mit der Einrüstung im Juni begannen die Arbeiten an der Fassade und am Dach. Durch massive Verwerfungen im Baustrakt am Westgiebel (Westrisalit, an der Seite, die zum Innenbereich des KEH-Geländes weist) ergab sich die Notwendigkeit, die Risse im Mauerwerk statisch zu ertüchtigen. Mit zahllosen Edelstahlklammern und Stahlbau wurde der Westrisalit an den Baukörper des Hauses gebunden.



Für die Arbeiten am Dachstuhl musste die Planung verändert und ein Holzgutachten erstellt werden, da sich die Holzkonstruktion in einem schlechten Zustand befand. Darüber hinaus entstand die Notwendigkeit mehr Patientenzimmer für die Geriatrie einzurichten, die wegen der Bettenzahlerweiterungen benö-



7



8



9

tigt werden. Die Physiotherapie wird daher nicht ins sanierte Haus 4 ziehen, sondern in Haus 13 verbleiben.

Ab Sommer sollten die Grünflächen zwischen den Häusern 2 und 4 und rund um Haus 30 fertig gestellt werden. Im Innenbereich des Krankenhauses waren sie bereits weitgehend abgeschlossen. Weil aufgrund der Verlängerung der Bauzeit Lagerplätze für Material benötigt werden, wurde die endgültige Fertigstellung der Grünanlagen auf das Frühjahr 2015 verschoben.

#### Die Arbeiten schreiten voran

Im Juli und August standen die Sanierung der Holzbalken und Decken sowie des Dachstuhls im Vordergrund. Die Maurerarbeiten waren weitgehend abgeschlossen, Innenputz und Rohinstallation standen auf dem Plan. Im September 2014 war die Hälfte der geplanten Bauzeit erreicht. Die Rohbauarbeiten waren abgeschlossen und die Ausbaurbeiten sowie die haustechnischen Installationen wurden begonnen.

Bis auf den Westrisalit ist die Dach- und Fassaden-sanierung fertiggestellt, so dass die Rüstung abgebaut werden konnte. Im Oktober wurden die technischen Anlagen für die Lüfterzentrale über eine Öffnung im Dach eingeführt, so dass die Heizungsanlage über die kalte Jahreszeit für ausreichende Grundwärme bei den Ausbaurbeiten sorgt.

Die Kabel und Leitungen sind verlegt. Trockenbau-, Maler- und Bodenlegerarbeiten gehen voran. Danach erfolgt die Feininstallation der Thermostate, Schalter, Steckdosen sowie der Einbau der Türen etc. Mit dem Ende der Sanierungsarbeiten wird derzeit im Juni/Juli 2015 gerechnet. Dann werden auch die Straßen auf dem Gelände Berücksichtigung finden.

*pbrPlanungsbüro Rohling AG  
Mario Menzel, Leiter Technik/Bau*

**Foto 1: Neugepflanzter Baum in Innenbereich des KEH**

**Foto 2: Es entstehen helle, lichte Räume**

**Foto 3: Arbeiten an einem modernen Pflegebad**

**Foto 4: Blick in eines der Erkerzimmer**

**Foto 5: Der Westrisalit bleibt eingerüstet**

**Foto 6: Die Spielplatzfläche neben Haus 2**

**Foto 7: Durch den Dachausbau entstehen neue Räume**

**Foto 8: In den Fluren wurden Wände und Türdurchbrüche ertüchtigt**

**Foto 9: Das Mauerwerk am Westturm hatte sich vollständig gelöst**

#### Neue Schaukel in der KJP

Durch eine großzügige Spende aus Bethel konnte im Garten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Haus 7) eine neue Schaukel aufgestellt werden. Sie wurde – trotz des trüben Novemberwetters – sofort von den kleinen Patientinnen und Patienten gern in Besitz genommen.



(Foto: HospiTel Service GmbH)

#### Individuelles Mediasystem für Patienten

Auf den Stationen des KEH wurde und wird derzeit das neue Mediasystem für Patienten eingerichtet. Wie bei der bisherigen Anlage werden darüber Telefon und Fernseher gesteuert. Aber mit einem eigenen Flachbildschirm am Bett und durch weitere Funktionen ist es wesentlich komfortabler. Diejenigen, die es bereits nutzen können, wissen den neuen Komfort zu schätzen.

*Roland Haupt,  
Abteilung InformationsTechnik*

## Arzt in schwerer Zeit

### Dr. Harry Marcuse, Oberarzt in Herzberge

**H**arry Marcuse wurde am 8. September 1876 in Berlin geboren. Nach dem Abschluss des Gymnasiums studierte er von 1895 bis 1899 Humanmedizin in München und Berlin. Von 1899 bis 1890 setzte er sein Studium in Kiel an der Medizinischen Fakultät der Königlichen Christian-Albrechts-Universität fort. Nach erfolgreichem Abschluss erhielt er seine neurologische Ausbildung in der Poliklinik von Mendel und arbeitete histologisch an der Heidelberger Klinik. Ab 1905 war er Assistenzarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Wittenau, bis er 1911 als Anstaltsarzt und Psychiater nach Herzberge kam. Im selben Jahr heiratete er Mimi Heller, eine Tochter des wohlhabenden Teplitzer Metallfabrikanten Julius Heller. Das Ehepaar hatte zwei Töchter und einen Sohn.

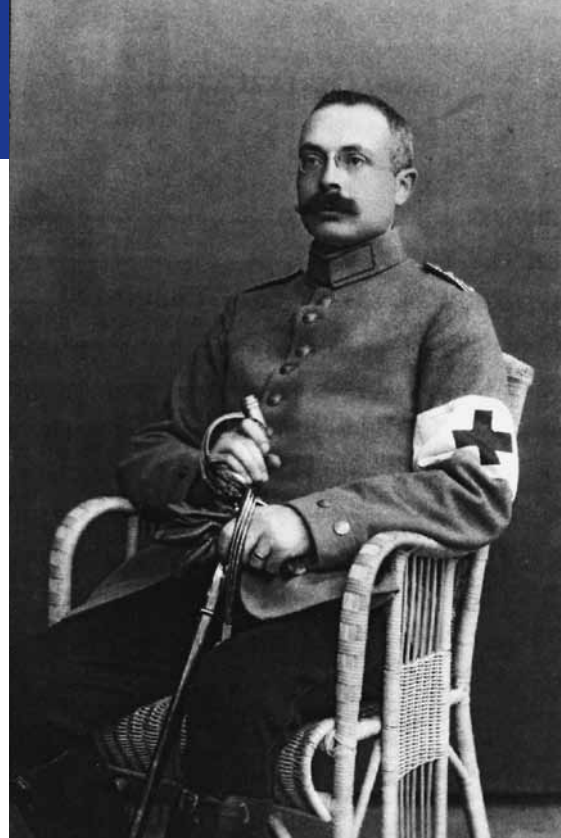
Das Interesse von Dr. Marcuse galt der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten, den klinischen Gegebenheiten und theoretischen Fragen, zu denen er Beiträge veröffentlichte. Er wollte eine theoretische Begründung der Geisteskrankheiten geben und versuchte – ausgehend von den Lehren des Wiener Psychologen Jodl –, sie in einer einheitlichen psychologischen Theorie zusammenzufassen. Nach zehn Jahren klinischer Erfahrung veröffentlichte er seine Arbeit, die 1913 unter dem Titel »Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewusstseinszustände« erschienen ist.

### Der erste Weltkrieg

Als 1914 der Erste Weltkrieg begann, wurden sechs Ärzte aus der Heil- und Pflegeanstalt Herzberge zum Dienst an der Front eingezogen, darunter auch Dr. Marcuse. In seinem Kriegstagebuch schrieb er dazu: »Ich empfand das Ganze vor allem als eine sehr unangenehme Störung meiner Ruhe. Von kriegerischer Begeisterung war ich ebenso entfremdet wie von besonderer Unruhe.«

Auch an der Front beschäftigte er sich mit dem Problem der Erfassung der Psychosen. Hier schrieb er umfangreiche »Aufsätze zur energetischen Psychologie«, die 1917 im Archiv für Psychiatrie erschienen sind. Als Stabsarzt d. R. leitete er ein Feldlazarett. Zu seinen Auf-

### Dr. Marcuse als Stabsarzt im I. Weltkrieg



Im April dieses Jahres erreichte eine Nachricht aus Antwerpen das Historische Archiv des KEH. Barbara Reisner, die Enkelin des Arztes Dr. Harry Marcuse, der 20 Jahre, von 1911 bis 1931, an der städt. Heil- und Pflegeanstalt Herzberge tätig gewesen war, bot dem Archiv seinen Nachlass an. Im August 2014 besuchte Frau Reisner unser Krankenhaus und das Archiv und übergab den Nachlass, der vertiefte Einblicke in zwei Jahrzehnte Krankenhausarbeit in Herzberge gibt.

Das älteste Foto aus Herzberge im Archiv des KEH: Dr. Marcuse (hinten 3. v. r.) mit Patienten und Pflegepersonal in den 1920er Jahren



gaben gehörte in dieser Zeit die Ausbildung von Sanitätsunteroffizieren. Dazu vermerkt er: »Einige Studenten der Medizin meldeten sich dazu und andere etwas gebildete Menschen. Das Material der Artillerie war erheblich besser als das der Infanterie. Die Prüfung durch den Oberstabsarzt verlief dann auch ganz günstig.«

Seine Kriegserinnerungen und die Korrespondenz mit seiner Frau während des Krieges hatte er akribisch zusammengestellt, sie wurden aber zu Lebzeiten nicht veröffentlicht. Das Manuskript wurde erst im Nachlass seiner Witwe in den USA gefunden und von seiner Enkelin Barbara Reisner veröffentlicht.

### Die Jahre nach dem Krieg

Nach der Rückkehr von der Front setzte er seine wissenschaftliche Tätigkeit fort. Er suchte, seine in jahrelanger Arbeit erzielten theoretischen Erkenntnisse empirisch zu begründen, indem er ihre praktische Anwendung an zahlreichen Beispielen (forensischen Gutachten) erläuterte und damit die Übereinstimmung seiner theoretischen Anschauungen mit den Tatsachen zeigte. Er nahm Stellung zu Problemen der Suggestion, Hypnose sowie zu Träumen und wandte seine Theorie auf die Kultur an.

1927 wurde unter dem Ärztlichen Direktor Dr. Wilhelm Falkenberg ein pathologisch-anatomisches Institut (besonders für histologische Untersuchungen) eingerichtet, dessen Leitung Dr. Harry Marcuse als Oberarzt übernahm. Aber nur vier Jahre waren ihm noch gegeben: nach kurzer schwerer Krankheit ist Dr. Harry Marcuse im Alter von 55 Jahren am 19. März 1931 in Berlin gestorben.

In seinem Nachruf, den sein Freund und Herzberger Kollege Dr. Fritz Salinger für die »Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift« verfasste, wird er als erfahrener, kenntnisreicher Arzt beschrieben, der bei Kranken, Personal und Kollegen außerordentlich beliebt und durch seinen Humor bekannt war. Sein wissenschaftliches Wirken ist durch 19 Veröffentlichungen belegt.

Herbell/Lehmann



Simone Ehm, M.A., studierte Management von sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen, evangelische Theologie und Biologie. Sie ist Studienleiterin an der Evangelischen Akademie zu Berlin für Ethik in den Naturwissenschaften. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind Medizinethik, Versorgungsstrukturen in Medizin und Pflege sowie das Profil konfessioneller Einrichtungen im Gesundheitssystem. Seit 2014 arbeitet sie freiberuflich in der Evaluations- und Wirkungsforschung im Gesundheitswesen. Simone Ehm ist seit 2013 Mitglied des Klinischen Ethikkomitees des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge.

## Ethik als »Unterbrechung« des Krankenhausalltags

Eine über 90jährige Frau lebt in einem Pflegeheim und hat seit vielen Jahren eine schwere Demenz. Sie wird durch ihren Sohn begleitet, der sie sehr häufig und regelmäßig besucht. Im Heim war es zunächst noch möglich, sich mit der Frau zu unterhalten, auch wenn sie manchmal etwas verwirrt war. Die Situation verschlechterte sich nach und nach: Zunächst körperlich – die Frau wurde bettlägerig. Zunehmend wurde es dann schwierig, zu der Frau Kontakt aufzunehmen. In der folgenden Zeit sind einige Krankenhausaufenthalte nötig. Parallel dazu wird die Nahrungsaufnahme zum Problem: Das, was die Patientin zu sich nimmt oder nehmen kann, reicht nicht mehr. Bei einem Klinikaufenthalt schließlich wird von Seiten eines Arztes die Frage an den Sohn herangetragen, ob bei seiner Mutter eine PEG-Sonde gelegt werden soll. Der Sohn ist sich unsicher. Er weiß nicht, ob seine Mutter nicht mehr schlucken kann oder nicht mehr schlucken will. In dieser Situation sucht er das Gespräch mit einigen Pflegekräften, einer Seelsorgerin und dem behandelnden Arzt.

Die geschilderte Geschichte aus einem Berliner Krankenhaus bzw. Pflegeheim ist eine von vielen Situationen, in denen Angehörige oder Mitarbeitende aus Gesundheitseinrichtungen mit einem ethischen Konflikt konfrontiert sind.

### Wertmaßstäbe wahrnehmen

Soll bei einer Patientin in der letzten Phase ihres Lebens eine künstliche Ernährung durch eine Magensonde vorgenommen werden? Soll eine schwer demente Patientin nach einer OP zu ihrem Selbstschutz fixiert werden? Soll ein schwerstkrankes Neugeborenes intensivmedizinisch am Leben erhalten werden? Immer wieder stellt sich im Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern oder Vertretern der therapeutischen Berufe die Frage, welche Behandlung im Einzelfall geboten ist. Die Antworten der Beteiligten gehen hier nicht selten auseinander. In ethischen Entscheidungsprozessen treffen unterschiedliche berufsspezifische und individuelle Prägungen und Wertmaßstäbe aufeinander. Sich diese zu vergegenwärtigen, ist eine Voraussetzung für gelingende Kommunikation über ethische Fragen – und eine wichtige Aufgabe klinischer Ethikberatung.

In Deutschland haben 1997 die christlichen Krankenhausverbände einen maßgeblichen Anstoß für eine solche Ethikberatung gegeben, indem sie ihren Krankenhäusern die Gründung von Ethikkomitees empfohlen haben. Die Ziele der Einführung dieser Komitees werden von den Krankenhausverbänden wie folgt beschrieben:

»Sie (Klinische Ethikkomitees, Anm. der Verfasserin) bieten die Chance, in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten. Den

Mitarbeitenden des Hauses und den Patienten sowie ihren Angehörigen geben sie die Zusage, dass Gewissensnöte oder das Leiden an nicht annehmbar erscheinenden Strukturen und Situationen im gemeinsamen Gespräch gehört und einer Änderung zugeführt werden können.«<sup>1</sup>

### Systemroutine unterbrechen

Inzwischen gibt es viele verschiedene Modelle, über ethische Fragen nachzudenken. Neben der ursprünglichsten Form, dem Klinischen Ethikkomitee, finden sich in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen unter anderem Ethik-Foren oder ein Runder Tisch Ethik sowie Liaisondienste und Ethikvisiten.<sup>2</sup> Wie eine Studie mit Klinikseelsorgenden veranschaulicht, hat Ethik im Krankenhaus in erster Linie die Funktion, die Routine im System Krankenhaus zu unterbrechen und auf ein Defizit im Umgang mit beteiligten Personen in der Klinik bzw. eine mangelnde Klarheit in Behandlungsprozessen hinzuweisen.<sup>3</sup> Allen Ethik-Modellen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen ist gemeinsam, dass sie hierfür bewusst Räume und Strukturen schaffen. Institutionalisierte Ethikberatung zeichnet sich durch Rahmenbedingungen aus, die das Innehalten fördern und dazu beitragen, Ansprüche und Realität in der Patientenversorgung sowie unterschiedliche Behandlungsoptionen zu vergegenwärtigen.

Systematische Möglichkeiten zur Unterbrechung des Arbeitsalltags und zur Reflexion des Gegebenen gehören, wie der Theologe und Philosoph Joachim Reber betont, zum Kern einer christlichen Unternehmenskultur. Bewusste Unterbrechungen ermöglichen eine Distanz zu dem, was im klinischen Alltag erlebt wird. Ein solches Zurücktreten kann hilfreich sein (und ist oft unverzichtbar), um eine wohlüberlegte Güterabwägung zu treffen.<sup>4</sup> Aus dem, was wir manchmal als Hamsterrad beschreiben, herauszutreten und mit Abstand über Wesentliches nachzudenken, ist wie Reber pointiert formuliert ein Ausdruck menschliche Freiheit:

»Was ist der Unterschied zwischen Mensch und Maschine? Der Mensch kann etwas, was die Maschine nicht kann. Er kann den Lauf der Dinge von sich aus unterbrechen. Die Fähigkeit, Funktionsabläufe zu unterbrechen, das »Räderwerk« anzuhalten, zu den Abläufen im wahrsten Sinne des Wortes Stellung zu beziehen, diese Fähigkeit nennt man Freiheit.«<sup>5</sup>

Unterbrechung und Reflexion: Im Fall der 90jährigen dementen Patientin kann dies in Form einer ethischen Fallbesprechung geschehen und dazu beitragen, eine tragfähige Entscheidung für oder gegen die Anlage einer PEG-Sonde zu treffen. In ethischen Fragen einen Schritt zurückzutreten und bewusst Stellung zu nehmen, kann den Einzelnen entlasten und die Transparenz sowie die Qualität in der Patientenversorgung verbessern.<sup>6</sup> Im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gibt es seit 2002 ein Klinisches Ethikkomitee. Es kann von allen Berufsgruppen, von Patienten und Angehörigen angerufen werden. Ethik kann den Krankenhausalltag unterbrechen.

Simone Ehm

### Fußnoten

- 1 Deutscher Evangelischer Krankenhausverband, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (Hg.), Ethik-Komitee im Krankenhaus, Berlin 1997, S. 20.
- 2 Zu aktuellen Strukturen und Modellen klinischer Ethikberatung vgl. u.a.: Gerald Neitzke, Formen und Strukturen klinischer Ethikberatung, in: Jochen Vollmann et al.: Klinische Ethik, Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Frankfurt/New York 2009, S. 37–56.
- 3 Vgl. Thorsten Moos, Simone Ehm, Fabian Kliesch, Julia Thiesbonenkamp-Maag, Ethik in der Klinikseelsorge, Empirie, Theologie, Ausbildung, (im Erscheinen).
- 4 Vgl. Joachim Reber, Christlich-spirituelle Unternehmenskultur, Stuttgart 2013, S. 56ff.
- 5 Joachim Reber, Unternehmenskultur, S. 56.
- 6 Vgl. auch Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer, Stellungnahme Ethikberatung in der klinischen Medizin, in: Deutsches Ärzteblatt (2006) 1703. <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/Ethikberatung.pdf> (letzter Zugriff 20.9.14)

## Konzertsaison 2014/2015 hat begonnen

**W**o lässt sich Live-Musik von großartigen Musikern in einem beinahe privaten Rahmen erleben – ohne das Portemonnaie über die Maßen zu strapazieren? In der Reihe »Kammerkonzerte am Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg« gestalten hochbegabte junge Musiker der Berliner Musikhochschulen abwechslungsreiche musikalische Abende im KEH. In Kooperation mit dem Verein YEHUDI MENUHIN Live Music Now Berlin e.V. finden von Oktober bis März herausragende und außergewöhnliche Konzerte für Patienten und Freunde klassischer Musik statt.

Das erste Erlebnis dieser Saison brachte das Furiant Streichquartett am 31. Oktober 2014 in den Festsaal von Haus 22 mit Werken von Wolfgang Amadeus Mozart, Bela Bartok und Antonin Dvorak. Obwohl Stefano Mesaglio (1. Violine) erkrankt war, konnte mit dem Spanier Miguel Colón eine exzellente Ersatz-Besetzung gefunden werden, so dass Vlad Popescu (2. Violine), Gregor Hrabar (Viola) und Nika Švarc (Violoncello) gemeinsam mit ihm einen bewegenden Konzertabend schenkten.

Am 21. November 2014 spielte die 25jährige Klaviervirtuosin Anastasiya Dranchuk Werke von Johann Sebastian Bach, Sergej Prokofjew, Franz Schubert, Franz Liszt u.a. Auch hier gab es Sorgen im Vorfeld, denn die Pianistin hatte sich eine Zerrung zugezogen, so dass zunächst ungewiss war, ob sie spielen würde. Aber sie spielte – und das mit großem Können, dass auch das zweite Konzert der Saison als »besonders« eingestuft werden durfte.

Das letzte Konzert dieses Jahres findet statt am 19. Dezember 2014. Das Trio d'Anches mit Therese Rönnebeck (Flöte), Jason Denner (Klarinette) und Miri Ziskind (Fagott) wird Werke von Wolfgang Amadeus Mozart, Jacques Ibert, Ludwig van Beethoven, Carl Heinrich Graun, Gordon Jacob und Libor Sima spielen und das Jahr musikalisch ausklingen lassen.



Anastasiya Dranchuk beim Konzert am 21. November 2014

Auch die Konzerte im kommenden Jahr versprechen musikalischen Höchstgenuss und starten mit einem aufsehenerregenden Jazz-Abend.

**Freitag, 30. Januar 2015**

Konzert mit dem Jazz-Trio »Gerry Getz Chet«.

**Freitag, 27. Februar 2015**

Kogan Klaviertrio (Violine, Violoncello und Klavier).

**Freitag, 27. März 2015**

Trio »Laccasax« (Saxophon, Akkordeon und Kontrabass).

Die Konzerte beginnen um 19 Uhr und dauern etwa 90 Minuten – mit einer kurzen Pause. Im Anschluss ist ein Imbiss geplant. Der Eintritt ist frei – Spenden sind willkommen.



Das Furiant Streichquartett (v.l.n.r.) Miguel Colón, Nika Švarc, Vlad Popescu und Gregor Hrabar.

### Ausgewählte Termine

#### Oldtimerausstellung

Eröffnung am 18. Dezember 2014  
16 Uhr, Museum Kesselhaus  
Dauer der Ausstellung:  
bis 29. Januar 2015

#### Einladung zum Neujahrsempfang

Dienstag, 13. Januar 2015

13 Uhr: Gottesdienst  
»Neue Kapelle«, Haus 63

14 Uhr: Neujahrsempfang  
Haus 22, Festsaal

#### Internationaler Abend

»Auf den Spuren der Maya«  
Johannes Lehmann: Reise-  
impressionen aus Mittelamerika  
Dienstag, 27. Januar 2015  
19 Uhr, Museum Kesselhaus  
Kostenbeitrag: 3 €

#### »Diabetologie – eine interdisziplinäre Fallkonferenz«

Mittwoch, 28. Januar 2015  
Beginn: 16 Uhr, Haus 22,  
Clubraum  
Ärztliche Fortbildung:  
»Fallkonferenz – ambulante und  
stationär interessante Fälle«  
Dr. Jan Theil  
Medizinisches Personal:  
»Geeignete und ungeeignete Ernäh-  
rungsempfehlungen«  
Claudia Kienast und Ilka Metasch

#### Konsiliar- Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik Teil I

6. bis 7. März 2015  
Dozenten: Prof. Dr. A. Diefenbacher,  
Dr. med. R. Burian (KEH) und T.  
Wagner (Kassel)  
Haus 22, Clubraum  
Die Veranstaltung ist mit 14 Fort-  
bildungspunkten der Berliner Ärztekammer zertifiziert.

#### Kunstaussstellung

Norman Gebauer (Malerei)  
Vernissage am Donnerstag,  
12. März 2015 um 19 Uhr,  
Museum Kesselhaus  
Dauer der Ausstellung:  
bis 23. April 2015

#### Lesung

Dr. Herbert Loos: »Herzberge.  
Die Geschichte des psychiatrischen  
Krankenhauses Berlin-Herzberge  
von 1893 bis 1993«  
Dienstag, 24. März 2015  
Beginn: 19 Uhr, Museum Kesselhaus  
Kostenbeitrag: 3 €

»Diabetologie – eine interdisziplinäre Fallkonferenz«  
Diabetisches Fußsyndrom –  
komplexe Fußchirurgie  
Dr. Jan Theil und Dr. F.-J. Peter  
Mittwoch, 25. März 2015  
Beginn: 16 Uhr, Haus 22, Festsaal

#### Evangelische Gottesdienste zum Jahresende

Heiligabend  
Mittwoch, 24. Dezember 2014,  
Haus 22, Alte Kapelle  
14 Uhr: Christvesper in  
einfacher Sprache  
16 Uhr: Christvesper

#### Sonntag nach Weihnachten

28. Dezember 2014, 10 Uhr  
Evangelischer Gottesdienst  
Haus 22, Alte Kapelle

#### Gottesdienst zu Neujahr

Donnerstag, 1. Januar 2015  
12 Uhr, Haus 22, Alte Kapelle

#### Orgelkonzerte im I. Quartal 2015

jeweils Dienstag, 16 Uhr,  
Alte Kapelle, Haus 22, Eintritt frei.  
3. Februar 2015 mit Hartmut An-  
germüller und Steve Hertel (Violine)  
3. März 2015