

KRH

C U R A

Diagnose Darmkrebs

Wie geht es Patientinnen und Patienten, die in KRH Kliniken behandelt wurden? Sie erzählen ihre Geschichte. Diagnostik und Therapieansätze, Risikofaktoren sowie Lebensqualität nach dem Eingriff – wir präsentieren wichtige Themen.

DER TALK ZUR CURA

**IHRE EXPERT*INNEN
LIVE HÖREN UND BEFRAGEN.**



**DARMKREBS
AM 12.01.2023 UM 18 UHR**

**SIE FINDEN DEN LIVESTREAM UNTER:
WWW.KRH.DE/CURA**





Dipl.-Kffr. Barbara Schulte, Geschäftsführerin Finanzen und Infrastruktur, **Michael Born**, Geschäftsführer Personal, und **Dr. med. Matthias Bracht**, Geschäftsführer Medizin (von links)

Wie behandelt man Darmkrebs?

Diese Frage stellen sich unsere Expertinnen und Experten jeden Tag, wenn Menschen mit dieser erschreckenden Diagnose in unsere Ambulanzen und Sprechstunden kommen.

Eine unserer Antworten lautet: im „Streit“. Das klingt vielleicht erst einmal seltsam – hat aber seine Gründe. Streiten kann man nämlich nur gemeinsam. Bei uns streiten sich die medizinischen Disziplinen konstruktiv untereinander, wer den besseren Therapieansatz hat. Dann sind es die Endoskopiker*innen aus der Gastroenterologie, die Viszeralchirurg*innen oder die Onkolog*innen, die mit ihren Methoden zum Ziel kommen.

Diesen Streit haben wir sogar institutionalisiert. In unseren sechs Darmkrebszentren kommen unsere Expert*innen zusammen, um gemeinsam und strukturiert zu streiten. Welche Untersuchung sollte noch gemacht werden, welche Alternativen stehen zur Verfügung, ist eine OP jetzt wirklich die richtige Therapievariante? In strukturierten Konferenzen wird genau dieser Diskurs um den richtigen Weg geführt und gemeinsam die beste Lösung für unsere Patientinnen und Patienten gefunden.

Das gleiche machen wir übrigens auch, wenn es darum geht, die zukünftige Struktur des KRH zu entwickeln. Wir nennen diese Weiterentwicklung Medizinstrategie 2030. Die große und leitende Fragestellung bei der Erarbeitung ist: Was müssen wir heute tun, damit wir in zehn, fünfzehn und in zwanzig Jahren die Medizin anbieten können, die Sie benötigen werden.

Hier schon einmal angekündigt: Wir werden Sie darüber in der CURA auf dem Laufenden halten.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Bleiben Sie gesund!

Ihre KRH Geschäftsführung

Inhalt

04 Kurz notiert

Neues aus den KRH Häusern

06 Nach der Operation

Vier Erkrankte, die in KRH Kliniken behandelt wurden, erzählen ihre ganz persönliche Geschichte

10 Die richtige Diagnostik

Es gibt die Darmspiegelung als Goldstandard sowie weitere Untersuchungsmethoden

12 Krankheiten des Dickdarms

Woran Betroffene leiden und wie ihnen geholfen werden kann

14 Gemeinsam gegen Krebs

Gastroenterologie und Chirurgie arbeiten eng zusammen

16 Von Risiken und Vorsorge

Es gibt begünstigende Faktoren für Darmkrebs – aber auch Vorsorge

18 Das Leben geht weiter ...

... in der Regel ohne Einschränkungen, das ist die positive Botschaft an alle Betroffenen

20 Künstlicher Ausgang

Oft handelt es sich um eine vorübergehende Maßnahme. Wir bieten fachgerechte Unterstützung

22 Alle Experten an einen Tisch

Die Versorgung in spezialisierten Zentren bietet wichtige Vorteile

23 Der besondere Patient

Infarkte in der Niere und der Milz: Wie kann das sein?



Peer-Berater*innen für traumatisierte Geflüchtete

Um Geflüchteten ein sicheres Umfeld und ein leichteres Ankommen zu ermöglichen, fehlt es oft an geschulten Berater*innen, die diese traumatisierten Menschen unterstützen und begleiten. Die KRH Psychiatrie Wunstorf bietet unter der Leitung der Ärztlichen Direktorin und Chefärztin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess, zusammen mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ingo Schäfer) ein regionenübergreifendes Projekt an, um Peer-Berater*innen auszubilden. Gesucht werden interessierte Teilnehmende mit eigener oder familiärer Fluchterfahrung. Außerdem sollten sie gute Deutschkenntnisse, soziale Kompetenz und Empathie sowie Erfahrungen im sozialen Bereich mitbringen. Auch erste Kenntnisse in der Arbeit mit geflüchteten Menschen sind von Vorteil. Ziel der 14 Trainingsmodule ist es, die niederschwellige psychosoziale Beratung, Begleitung von traumatisierten Geflüchteten und die Weitervermittlung in das Gesundheitssystem zu ermöglichen. Die Trainingseinheiten finden für vier Monate jeweils freitags von 8 bis 11 Uhr und samstags von 9 bis 17 Uhr statt. Nach einem erfolgreichen Abschluss der Module wird ein Teil-



nahmezertifikat ausgestellt und die Erlaubnis erteilt, als Peer-Berater*in zu agieren.

Interessierte können einen persönlichen Lebenslauf und ein kurzes Schreiben, in dem erläutert wird, warum sie teilnehmen möchten, per E-Mail an Helen Nohgwe Yogo an folgende Adresse schicken:

Helen.nohgweyogo@krh.de

Grundschul Kinder lernen Wiederbelebung



Prüfen, rufen, drücken – mit diesen Schlagwörtern gaben die Spezialist*innen für Notfallmedizin der KRH Kliniken Lehrte und Großburgwedel an der Grundschule Wettmar Unterricht in Sachen Wiederbelebung für zwei dritte und zwei vierte Klassen. In der Aula der Schule lernten die Kinder, wie sie einen Notfall erkennen und was sie selbst tun können. Das wurde ihnen gemeinsam von Wolfgang Großart, Leitender Oberarzt, Antje Hoffmann, Ärztliche Direktorin, und Dirk Huber, ebenfalls Leitender Oberarzt für Intensivmedizin (von links), vermittelt. Alle freuten sich über die Power der Kinder, deren Spaß an der Schulung und über das große Interesse.

Meilenstein in der robotischen Chirurgie

Gerade erst vor knapp zwei Jahren ist der Da-Vinci-OP-Roboter im KRH Klinikum Siloah in Betrieb gegangen – und die Entwicklung ist gewaltig. Das hierzu neu gegründete Da Vinci Zentrum Hannover Mitte hat inzwischen die 500. urologische Operation mit dem hochmodernen Robotersystem durchgeführt, eine radikale Prostatektomie, die bei Prostatakrebs durchgeführt wird. Patient Detlef M. war eine Woche nach der Operation bereits wohllauf, schmerzfrei und bedankte sich ausdrücklich bei den Mitarbeiter*innen des KRH Klinikum Siloah: „Es herrschte vor und nach der OP ein sehr angenehmes Klima, die Ärzte und Pflegekräfte waren alle höchst professionell.“ Hier zeigt er sich hochzufrieden mit den Experten: Chefarzt Prof. Dr. Alexandre Pelzer und Dr. Stefan Baltes, Leiter des Prostatakrebszentrums (links).



Jedes Jahr erkranken
in Deutschland fast
eine halbe Million
Menschen an Krebs.



13 %
davon an
DARMKREBS.



Pizza-Automat direkt vor der Tür

Egal, ob in der Nachtschicht, nach dem Krankenhausbesuch oder einfach so als späte Mahlzeit oder Snack an Feiertagen – ein neuer Outdoor-Pizza-Automat direkt vor dem KRH Klinikum Agnes Karll

Laatzten bietet rund um die Uhr Pizzen an. Der Automat funktioniert so: Hinten stapeln sich in einem Kühlmodul 92 Pizzen. Wenn vorn mit EC-Karte bestellt und bezahlt wird, kommt die Pizza in den 330 Grad

heißen Ofen und nach circa vier Minuten im Karton vorn aus dem Automaten heraus. Neben dem Pizza-Automaten am KRH Klinikum Agnes Karll Laatzten gibt es einen weiteren am KRH Klinikum Siloah.

DARMKREBS -

MIT FRÜHERKENNUNG

GUTE AUSSICHT

AUF HEILUNG

Diagnose, Operation, Nachsorge im KRH: Vier Patientinnen und Patienten erzählen ihre persönliche Karzinomgeschichte - mit Happy End.



Cordula Vandamme fühlt sich wieder fit.

Schnelle Entscheidung für eine Operation

Cordula Vandamme konnte minimalinvasiv geholfen werden.



Eher zufällig, aber frühzeitig wurde bei Cordula Vandamme Darmkrebs diagnostiziert – nach Aufklärung, Operation und Nachsorge im KRH Klinikum Großburgwedel gilt sie wenige Monate nach der Diagnose als geheilt.

Cordula Vandamme hatte eigentlich nie Zeit für Arztbesuche. „Arbeit, Haushalt, Familie – da waren Check Ups eigentlich nie drin.“ Und die 65-Jährige hatte ja auch nie Beschwerden. Dass die dreifache Mutter und fünffache Großmutter, die seit der Schule in Büro und Einzelhandel tätig war, doch noch irgendwann eine Hausärztin aufgesucht hat, war dem Ruhestand und Umzug aufs Land geschuldet.

„Wir haben unsere Stadtwohnung in Hannover aufgegeben und sind Richtung Nordwesten gezo-

Jedes Jahr erkranken in Deutschland mehr als 70.000 Menschen an Darmkrebs. Somit ist Darmkrebs bei Männern und Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. Der Krebs im Dickdarm und Mastdarm entsteht fast immer aus zunächst gutartigen Darmpolypen. Diese gutartigen Darmpolypen verursachen sehr selten Symptome.

Durch die konsequente und frühzeitige Entfernung etwaiger Darmpolypen kann die Entwicklung von Darmkrebs sehr sicher verhindert werden, sodass die Krankenkassen seit 2002 für alle Versicherten ab dem 55. Lebensjahr die Kosten einer Darmspiegelung – Vorsorgekoloskopie – übernehmen. Die Aussicht auf Heilung ist groß, wenn der Darmkrebs frühzeitig erkannt und behandelt wird. Die richtige Diagnose und die zeitnahe optimale Behandlung bilden den Schlüssel für den Behandlungserfolg.

Susanna Bauch



gen.“ Da habe Vandamme sich dann überlegt, sich mal um sich zu kümmern und den ersten ärztlichen Check-Up ihres Lebens zu machen. „Da war dann auch alles in Ordnung“, erzählt die 65-Jährige. Die Ärztin habe sie nach einer Darmspiegelung zur Vorsorge gefragt. „Das wollte ich nicht, wozu denn?“ Von einer Stuhlprobe konnte die Medizinerin ihre toptifite Patientin dann aber doch überzeugen.

Das war im Frühjahr, der Befund war auffällig, Cordula Vandamme wurde zur Spiegelung überwiesen. Direkt nach dem Eingriff habe der Arzt ihr gesagt, dass ein großer Polyp entfernt worden sei. „Grenzwertig“ sei der Befund, das Gewebe habe man nur vorsichtshalber zur Analyse ins Labor geschickt. „Damit war das irgendwie für mich abgeschlossen“, erinnert sich die offene Frau mit dem leicht sächsischen Akzent.

„Dann kam der Anruf. An einem Freitag. Ich wurde für Montag zum Gespräch bestellt.“ Von Krebs sei bei dem Telefonat keine Rede gewesen. „Aber das Wochenende war der reinste Albtraum.



Ich habe mir das Schlimmste ausgemalt, viel googelt. Mit der Wartezeit, der Ungewissheit, kam auch die Angst.“ Nach dem Wochenende dann die Botschaft des Experten – Darmkrebs. „Bei dem Wort fällt ein Vorhang, ich habe meine Tage gezählt gesehen. Man habe, so die weitere Information, den Tumor aber gut entfernen können. Sicherheits halber aber wollten die Chirurgen das betroffene Stück Darm operativ entfernen.

Cordula Vandamme, die gefühlt immer nur gearbeitet hat während der vergangenen knapp fünf Jahrzehnte, hat ihre Entscheidung schnell getroffen. Die OP sollte sein - und zwar im KRH Klinikum Großburgwedel. „Vom ersten Gespräch an habe ich mich dort perfekt aufgehoben gefühlt“, erzählt sie. Sogar die Angst sei ihr genommen worden – vor der OP, einem künstlichen Darmausgang, Metastasen.

„Der Eingriff wurde von Dr. Andrea Beulke minimalinvasiv durchgeführt, ich hatte keine Schmerzen, nichts hat gestreut und ein künstlicher Ausgang war auch nicht notwendig. Ich bin nach sieben Tagen gewissermaßen geheilt entlassen worden.“ Vandamme kann es immer noch kaum glauben, dass nach der harten Diagnose alles so gut verlaufen ist. Einige Wochen lang haben ihr Darmprobleme zu schaffen gemacht – „mittlerweile bin ich wieder voll fit.“

Was Vorsorgeuntersuchungen betrifft, so hat die 65-Jährige ihre Einstellung dazu komplett geändert. „Man fühlt sich ja nie angesprochen, wenn dafür geworben wird. Bis man betroffen ist.“ Sie wird nicht müde, Freunden und Bekannten zur Vorsorge zu raten – ein Schritt, der bei ihr selbst eher ein Zufall und dann vermutlich lebensrettend gewesen ist. ▶

„Es bleibt ein Hoffen und Bangen“

Ingo Kussmann hat während seiner Therapie vor allem psychische Unterstützung gefehlt

Vorsorge war für Ingo Kussmann (57) eigentlich kein Thema. „Wenn man nicht selbst betroffen ist, geht man da lax mit um.“ Obwohl sein Vater an Darmkrebs erkrankt war, hat Kussmann den Gang zum Arzt gescheut. Bis der gelernte Flugzeugmechaniker dann 2019 plötzlich heftige Unterbauchschmerzen bekam.

Ein Oberarzt im KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge diagnostizierte einen sogenannten Douglas-Abszess, der sich aus einer Entzündung der Bauchhöhle entwickelt. Es folgte eine kleine Operation. Die Kussmanns wollten eigentlich in den Urlaub, doch die Botschaft lautete, man müsse da „noch mal ran“. Der Gastroenterologe offenbarte nach einer Darmspiegelung, „dass sich höchstwahrscheinlich Krebs entwickelt habe“. Kurz darauf lag Ingo Kussmann wieder auf dem OP-Tisch. Eine Situation, mit der der Sporttaucher und Motorradfan nicht gerechnet hatte. Das Karzinom und damit ein Stück des Darms wurden entfernt, beim Aufwachen aus der Narkose griff sich Kussmann an den Bauch. „Kein künstlicher Ausgang.“ Er war doppelt erleichtert. „Die Welt war da für mich irgendwie wieder in Ordnung.“ Doch eine Klammernaht hielt nicht, der Patient musste nachoperiert werden.

Ingo Kussmann hat eine Chemotherapie hinter sich, eine Reha, Nachsorgetermine. Bislang ist alles ruhig. Allerdings wurde er kurz vor seiner Erkrankung arbeitslos, „da fängt man das Grübeln an“. Aus der körperlichen Erkrankung erwuchs eine starke seelische Belastung. „Ich finde es schwierig, dass onkologische Patienten körperlich versorgt entlassen, aber dann psychisch alleingelassen werden.“

Nach zäher Suche hat Kussmann Hilfe über einen psychologischen Dienst bekommen, drei Jahre nach der Diagnose fühlt er sich wieder „mittendrin im Leben“. Auch Arbeit hat der 57-Jährige wieder gefunden und damit ein weiteres Stück inneres Gleichgewicht.



Ingo Kussmann



Hannelore Ganteföhr sagt: „Es lief alles komplikationslos.“

„Ich verdanke meinen Ärzten mein Leben“

Hannelore Ganteföhr wurde das Rektumkarzinom mit einer innovativen Methode über den Anus entfernt

Eine Darmspiegelung wollte Hannelore Ganteföhr eigentlich nicht. „Ich hatte vor Jahren schon einmal so eine Untersuchung und diese als sehr unangenehm in Erinnerung“, sagt die 72-jährige Rentnerin aus Hannover. Man denke ja immer, man komme schon davon. Die Hausärztin überredet sie schließlich doch zu dem prophylaktischen Termin. „Zunächst habe ich gedacht, den kann ich ja auch einfach wieder absagen. Aber irgendwie hat mein Körper signalisiert, da musst du jetzt hin.“

Zu Recht – der Arzt eröffnete ihr nach der Untersuchung, dass „da etwa sei, was da nicht hingehört“. Von da an ging alles ganz schnell, Ganteföhr wollte ins KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen, dort wurden Vorbehandlung, Eingriff, Staging und Chemotherapie veranlasst und durchgeführt. „Von einem Tag auf den anderen war ich Krebspatientin – es war beruhi-

Innovative OP-Methode

TaTME ist die Abkürzung für eine transanale totale mesorektale Exzision. Die Besonderheit ist dabei, dass der Eingriff über zwei Zugänge durchgeführt wird: Während ein Chirurg in Schlüssellochtechnik vom Bauchraum aus operiert, führt ein zweiter Operateur den Eingriff endoskopisch durch den Anus durch. Die sehr anspruchsvolle Operation dauert drei bis vier Stunden und wird von zwei kompletten OP-Teams simultan durchgeführt.

„Operationen am Rektum sind technisch anspruchsvoller als am restlichen Dickdarm“, betont Dr. Ulrich Possin, chirurgischer Chefarzt im KRH Klinikum Agnes Karll Laaten. Das liege vor allem daran, dass der Raum im unteren Becken sehr beengt ist und zudem andere Organe, wichtige Nerven oder auch der Harnleiter in unmittelbarer Nähe liegen. Die tiefen, nahe dem Schließmuskel liegenden Tumore sind in der offenen Chirurgie daher problematisch. „Hier setzt die TaTME-Methode an, die wir seit vier Jahren anwenden“, so der Mediziner. Das OP-Verfahren stellt einen neuen Ansatz in der Darmkrebstherapie dar. „So kann durch die direkte Sicht auf den tumorösen Darm noch genauer operiert werden“, erläutert Dr. Possin. Das Verfahren trage zudem zur Vermeidung von Nebenwirkungen wie Inkontinenz, Potenzproblemen oder endgültigem künstlichen Darmausgang bei.

gend, dass nichts mehr auf die lange Bank geschoben wurde“, sagt die Seniorin. Hannelore Ganteföhr wurde detailliert über den Eingriff aufgeklärt. Operateur Dr. Ulrich Possin wollte laparoskopisch operieren und eine Methode anwenden, bei der der Tumor über den Anus entfernt wird (siehe Kasten). Diese Technik wird vor allem bei tief sitzenden Rektumkarzinomen nahe dem Schließmuskel eingesetzt, die noch nicht gestreut haben.

„Ich hatte mir den Eingriff schlimmer vorgestellt, eigentlich lief alles komplikationslos“, berichtet Ganteföhr, die bei ihrer Tochter lebt. Nach sechs Tagen ging es nach Hause, einen künstlichen Darmausgang benötigte sie lediglich für acht Wochen, die Chemotherapie erfolgte durch Tabletten. „Wäre ich die Darmspiegelung nicht angegangen, würde ich heute hier wohl nicht sitzen. Ich verdanke meinen Ärzten mein Leben“, so Hannelore Ganteföhr. Ein Leben lang habe sie nie eine schwere Krankheit gehabt, damit müsse sie nun fertig werden. Seit zwei Jahren kommt sie zur Tumornachsorge, „mittlerweile kann ich da ganz gut mit umgehen“.

Sehr gut aufgehoben gefühlt

Rektumkarzinom und Lebermetastasen bei Judith F. – im KRH Klinikum Siloah war dafür nur eine Operation notwendig.

Judith F. ist sehr gewissenhaft, was ihre Vorsorgeuntersuchungen betrifft. Routinemäßig war sie im Frühsommer zur Krebsvorsorge bei ihrer Gynäkologin. Bei einem Stuhltest der 55-Jährigen wurde Blut nachgewiesen. „Die Ärztin hat mich aber beruhigt, das passiere öfter aus sehr harmlosen Gründen.“ Sie solle aber eine Darmspiegelung machen – vorsichtshalber.

Der Gastroenterologe habe beim Vorgespräch noch abgewiegt, „da wird sicher nichts sein“. Umso betroffener war sie dann eine Stunde später von der Diagnose: Darmkrebs. Am besten solle zeitnah operiert werden. „Der Arzt hat sich für das Gespräch dann sehr viel Zeit genommen und auch meinen Mann dazugeholt“, erzählt sie. Dennoch: „Ich war schon sehr geschockt und niedergeschlagen, damit habe ich überhaupt nicht gerechnet.“ Vor der Operation wurde die zweifache Mutter noch einmal komplett durchgecheckt – wobei Metastasen in der Leber vermutet wurden. „Man hat mich im Siloah darüber aufgeklärt, dass die Entfernung des Darmkarzinoms und die Verödung der Metastasen in einem Eingriff durchgeführt werden könnten“, sagt Judith F.

Die Operation Anfang Oktober ist gut verlaufen, das bösartige Gewebe konnte komplett entfernt werden, ein künstlicher Darmausgang war nicht nötig. Erst jetzt kommt Judith F. richtig dazu, die „Hammerbotschaft“ zu verarbeiten. „Ich habe nie etwas gehabt.“ Als Nächstes steht eine Chemotherapie an. „Da muss ich dann durch.“ Familie und Enkelkinder geben ihr Halt und Ablenkung in dieser harten Zeit. Judith F. hat sich sehr gut aufgehoben gefühlt bislang bei ihren Ärzten, sie hofft, das setzt sich bei der Therapie fort.

Schlaflose Nächte habe sie selten, sie möchte Optimistin bleiben: „Meinen Lebensmut habe ich jedenfalls nicht verloren.“



SORGFÄLTIG, UMFASSEND

Koloskopie: Nicht nur Chefarzt Prof. Dr. Frank Grünhage bezeichnet die Darmspiegelung als Goldstandard. Mit ihr wird der ganze Dickdarm erfasst.

Die Diagnostik spielt bei Darmkrebs - wie bei jedem Karzinom - eine ganz wichtige Rolle. Denn von ihr ist abhängig, wie die nächsten Schritte aussehen und welche Behandlung initiiert wird.

Prem Lata Gupta

Etwa 130-mal pro Jahr wird am KRH Klinikum Siloah ein Darmkrebs operiert, der im Hause oder bereits in der Praxis diagnostiziert wurde. Entdeckt wird dieses Karzinom auf recht unterschiedliche Weise. „Die Wege sind vielfältig“, sagt Prof. Dr. Frank Grünhage, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin. „Optimal wäre es, wenn ein Darmkrebs gar nicht erst entsteht und Polypen, die sich zu

einem Krebs entwickeln können, frühzeitig entdeckt und entfernt werden können. Dazu steht den Versicherten das Instrument der Vorsorgedarmspiegelung zur Verfügung. Gelegentlich fällt ein Darmkrebs jedoch auch durch körperliche Beschwerden oder Blut im Stuhl auf: Dann wäre der nächste Schritt eine Darmspiegelung oder eine Computertomografie.“ In anderen Fällen „kommen Patientinnen und Patienten über die Notaufnahme zu uns - weil ein Darmverschluss

besteht oder weil sie unter starken rektalen Blutungen leiden.“ Dann stelle sich bei der Ursachenfindung heraus, dass der Notfall mit einem bisher nicht entdeckten Darmkrebs zu tun hat. Manchmal sind Ärzte und Ärztinnen auch mit Hilfesuchenden konfrontiert, denen Metastasen Probleme bereiten, diese treten bei Darmkrebs oftmals in der Leber auf. Erst durch die anschließende Diagnostik werde offenbar, dass sich der Ausgangstumor im Darm befindet.



Ausbreitungsdiagnostik: Wurde ein Darmkrebs festgestellt, ist laut Dr. Herbert Rosenthal der nächste Schritt, per CT und MRT nach möglichen Metastasen zu suchen.

Darmspiegelung ist der Goldstandard

Soll ein Darmkrebs endoskopisch oder durch einen chirurgischen Eingriff entfernt werden, vergewissern sich die beteiligten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, ob ihnen alle notwendigen Informationen in guter Qualität vorliegen. Eventuell wird eine Koloskopie (Darmspiegelung) wiederholt. Sie gilt als der Goldstandard, denn es gibt zwar auch andere Untersuchungsmethoden, doch die Koloskopie erfasst den gesamten Dickdarm und liefert in der Regel höchst eindeutige Bilder. Mit Kurzdarmspiegelungen kann nur die Endstrecke des viel längeren Dickdarms untersucht werden. Und bei einer CT-Kolonografie werden zwar Schnittbilder des Darminnen gefertigt, aber sie gilt als weniger zuverlässig und ist mit Strahlung verbunden. Eine Kapselendoskopie hingegen liefert zwar Videobilder vom gesamten Verdauungstrakt, aber die Kapsel bewegt sich ungesteuert durch den Körper, ihre

Blickrichtung lässt sich nicht von außen beeinflussen.

Eine wesentliche Rolle, wenn Darmkrebs bereits festgestellt ist, spielt die Ausbreitungsdiagnostik: „Eine Computertomografie (CT) zeigt, ob der Krebs in Lunge oder Bauchraum gestreut hat. Bei dem Krebs des Enddarms wird mittels Magnetresonanztomografie (MRT) und Endosonografie das Becken zusätzlich untersucht, denn damit lässt sich zuverlässig die Eindringtiefe ermitteln und die Frage beantworten, ob Lymphknoten befallen sind“, erklärt Dr. Herbert Rosenthal, Chefarzt für Radiologie.

„Die interdisziplinär besetzte Tumorkonferenz, in der Fach-

ärzte aus Chirurgie, Gastroenterologie, Onkologie, Pathologie, Radiologie und Strahlentherapie, vertreten sind, berät auf Basis aller verfügbaren Daten, und entwickelt leitliniengerecht ein individuelles Behandlungskonzept“, erläutert Prof. Dr. Frank Grünhage. Denn ausschlaggebend sei das Staging: Es stellt ein Klassifikationsschema dar, das die Größe des Karzinoms, die Beteiligung von Lymphknoten (falls diese auch befallen sein sollten) und die Bildung von Metastasen miteinbezieht. Diese Bewertung geht in die Entscheidungsfindung ein, welche Kombination von Behandlungsmaßnahmen für die Situation jedes einzelnen Patient*innen optimal ist. ■

Dr. Herbert Rosenthal, Chefarzt der diagnostischen und interventionellen Radiologie KRH Klinikum Siloah, erreichen Sie unter **0511 927-3500** oder allgemein cornelia.walla@krh.de

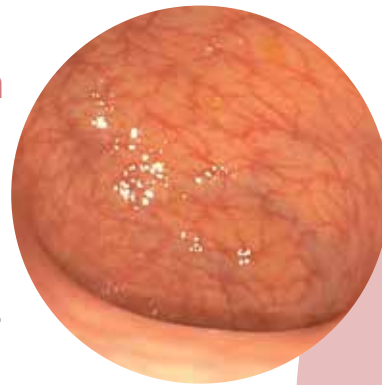
Prof. Dr. Frank Grünhage, Chefarzt der Klinik Gastroenterologie, interventionelle Endoskopie und Diabetologie am KRH Klinikum Siloah, erreichen Sie unter **0511 927-2100** oder allgemein gastroenterologie.siloah@krh.de

PROBLEME MIT DEM DICKDARM?

Welche Krankheiten treten in diesem wichtigen Hohlorgan am häufigsten auf? Ein Überblick.

Gesunder Dickdarm

Bezeichnend für den Dickdarm ist, dass seine Wand glatt ist. Sie enthält Muskeln, die den Inhalt durch ihr Zusammenziehen weiterbefördern. Im Dickdarm findet keine Verdauung mehr statt, vielmehr wird den Nahrungsresten hier Wasser entzogen. Drüsen in der Darmwand sondern Schleim ab, so wird der Inhalt gleitfähig.



Dickdarmkrebs

In frühen Stadien ist der Dickdarmkrebs oft symptomlos. Später führt er beispielsweise zu Blutauflagerungen im Stuhl oder Schmerzen, weil der Darm durch das Karzinom eingengt ist. Kritisch wird es, wenn der Krebs zu Absiedlungen in anderen Organen geführt hat.



Morbus Crohn

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zählen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Betroffene haben Entzündungsschübe mit Schmerzen und auch Blut im Stuhl. Bei der Therapie kommen Kortison und spezifische Antikörpertherapien zum Einsatz. Vereinzelt ist auch eine Operation erforderlich.



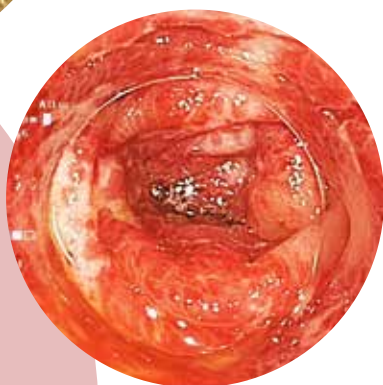


Prof. Dr. Jochen Wedemeyer,
Ärztlicher Direktor und Chefarzt am
KRH Klinikum Robert Koch Gehrden
unter **05108 69-2201** oder
medklinik.gehrden@krh.de



Polypen

Bei Polypen handelt es sich um noch gutartige Darmkrebsvorstufen. Sie können in unterschiedlicher Form, flach oder gestielt wie ein Pilz, auftreten. Bei ungefähr 30 Prozent der Vorsorgedarmspiegelungen werden Polypen entdeckt – und können in der Regel zeitgleich auch entfernt werden.



Ischämische Kolitis

Ist die Durchblutung der Darmwand gestört, kann es zu einer Entzündung kommen mit (teilweise sogar blutigen) Durchfällen. Man spricht hier von einer ischämischen Kolitis. Eine Therapie etwa mit niedrig dosiertem Aspirin ist empfehlenswert, um das Verkleben von Blutplättchen und damit Gefäßverschlüsse zu verhindern.



Divertikulose und Divertikulitis

Aussackungen der Darmwand sind häufig und nennen sich Divertikel. Oft machen diese keine Beschwerden. Wenn sie sich aber entzünden, spricht man von einer Divertikulitis. Sie kann starke Schmerzen, meist im linken Unterbauch, verursachen. Kommt es zu wiederholten Entzündungsschüben, ist gegebenenfalls eine Operation zu empfehlen.



Infektiöse Kolitis

Sowohl Viren als auch Bakterien führen häufig zu Entzündungen des Dickdarms. Diese gehen meistens mit Durchfall einher. In schweren Fällen kann es auch zu Fieber und Blutbeimengung im Stuhl kommen. In der Regel heilt diese Art der Entzündung aber ohne spezifische Therapie aus.



DAS

DARMKREBSDUELL

„Mein Patient, dein Patient“ - der Expertenstreit, wer denn die bessere Versorgung bieten kann, ist so alt wie die Medizin. Beim Thema Darmkrebs könnten sich vor allem zwei Disziplinen zanken: Die Chirurgie und die Gastroenterologie.

Steffen Ellerhoff

Doch im Gespräch miteinander ist von Streit wenig zu spüren. „Ich würde vorschlagen, du übernimmst meine Rolle und ich die des Chirurgen“, ist der erste Vorschlag von Prof. Dr. Jochen Wedemeyer, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie am KRH Klinikum Robert Koch Gehrden. Sofort legt er allerdings nach. „Ohne eine Spiegelung mit



Bei den einfachen Untersuchungsgeräten herrscht Waffen-gleichheit für die beiden Darmkrebs-spezialisten: Gastro-enterologe Prof. Dr. Jochen Wedemeyer (links) und Chirurg Prof. Dr. Julian Mall.

dem Endoskop in den unendlichen Weiten des Magen-Darm-Traktes kommt man dem Darmkrebs nicht auf die Spur. Man könnte jetzt sagen: Ich, der Gastroenterologe, habe den Darmkrebs gefunden, und nun bist du, der Chirurg, dran.“

„Ganz so einfach ist es ja nicht“, fährt Prof. Dr. Julian Mall, Chefarzt der beiden allgemein-chirurgischen KRH Kliniken Nordstadt und Siloah, dazwischen.

„Wir wollen die Menschen ja nicht um jeden Preis operieren. Denn eines ist mir ganz wichtig: Nicht alles, was technisch machbar ist, ist für den Patienten sinnvoll.“ Beide erklären dann die Entwicklung des Krebses im Darm und seine Vorstufen mit Polypen oder Läsionen. „Da haben wir in der Endoskopie in den vergangenen Jahren unheimlich viel dazugelernt“, holt Wedemeyer aus. „Heutzutage können wir schon gleich bei der ersten Untersuchung verdächtiges Gewebe abtragen. Aber es gibt natürlich die Grenzfälle.“ „Genau“, fällt ihm Mall ins Wort. „Und da ist es dann besser, die Behandlung mit dem Endoskop nicht weiterzuführen, sondern sich mit den Chirurginnen und Chirurgen abzustimmen, ob das Problem vielleicht in einer Operation oder auch mit einer gemeinsamen Behandlung besser therapiert werden kann. Ihr dann aus dem Inneren des Darms heraus und wir von außen kommend.“

Wertvoller Austausch zwischen Fachgebieten

„Das ist für uns Gastroenterologinnen und Gastroenterologen übrigens ganz wichtig zu schauen: ob wir uns nicht auch zu viel zutrauen. Darum ist dieser Austausch zwischen den Fachgebieten auch so extrem wertvoll“, resümiert Wedemeyer. Mall ergänzt: „Wir müssen voneinander wissen, wie lange die Eingriffe dauern, wie hoch die mögliche Komplikationsrate ist, so können wir gemeinsam die beste Therapiemethode für Patientinnen und Patienten entwickeln.“

Die beiden Darmkrebspezialisten lächeln einander verschmitzt an, überlegen und es fällt ihnen noch etwas Wichtiges ein. Sie wollen an die Vorsorgeunter-

suchung erinnern. Stuhlproben-tests seien nicht ausreichend, und während sie das betonen, werden sie noch einmal richtig energisch. Das Wichtige bei der Darmspiegelung im Rahmen der Darmkrebsvorsorge sei, dass man gleich auch verdächtiges Gewebe entfernen könne – und zwar bevor der Krebs entstehe. „Ab einem Alter von 50 Jahren sollte das jeder machen“, so Wedemeyer. Mall ergänzt: „Bei Darmkrebsfällen in der Familie auch zehn Jahre vor dem Alter, in dem es bei dem Verwandten aufgetreten ist.“ Wieder tauschen beide Blicke aus und sind sichtlich zufrieden: Das wollten sie noch unterbringen. ■

Wenn Sie das gesamte Streitgespräch hören wollen, dann hören Sie rein in die KRH Patientenakademie – auf allen gängigen Podcastplattformen.

Sie erreichen den Chefarzt und Ärztlichen Direktor **Prof. Dr. Jochen Wedemeyer** am KRH Klinikum Robert Koch Gehrden unter **05108 69-2201** oder medklinik.gehrden@krh.de.

Prof. Dr. Julian Mall, Chefarzt der Chirurgie an den KRH Kliniken Nordstadt und Siloah, erreichen Sie unter **0511 970-1332** oder **allgemeinchirurgie.nordstadt@krh.de**.



BESSER

VORSORGEN

Risiko senken durch Bewegung und ballaststoffreiche Nahrungsmittel.

Es gibt Risikofaktoren für die Entstehung von Darmkrebs. Wichtig ist, Vorsorgeuntersuchungen zu nutzen und irritierende Symptome medizinisch abklären zu lassen.

Immer mal wieder Blut beim Toilettengang, und immer wurde es mit dem Rest weggespült, ohne sich groß zu sorgen. Der 48-Jährige dachte an seinen eigenen Vater, der früher unter Hämorrhoiden gelitten hatte. Vielleicht war er selbst ebenfalls betroffen? Seinem Hausarzt erzählte der Mann jedoch nichts davon. Erst als eines Tages der Blutverlust auffällig groß war, ergab eine Koloskopie, dass ein Darmpolyp gewachsen war und sich zu einem Karzinom entwickelt hatte. Fünf Tage später wurde der Patient operiert.

Es ist eine durchaus typische Geschichte, so die Erfahrung von Prof. Dr. Frank Grünhage (Bild unten links), Chefarzt am KRH Klinikum Siloah. Der Gastroenterologe und Internist wünscht sich ein Umdenken, denn „Männer sind hochgefährdet, weil sie Symptome schönreden oder ignorieren. Sie empfinden oftmals mehr Scham als Frauen.“ Letztere hätten eine andere Herangehensweise. „Frauen gehen schneller zum Arzt, um Beschwerden abklären lassen.“ Nicht nur Blut im Stuhl gilt als Alarmzeichen, auch Leibschmerzen über einen längeren Zeitraum oder „der Wechsel von weichem und festem Stuhl, das kann auf eine Engstelle im Darm hinweisen“, ergänzt Dr. Christoph Grotjahn, Chefarzt am KRH Klinikum Großburgwedel und ebenfalls Facharzt für Gastroenterologie sowie Innere Medizin.

Auffälligkeiten ernst nehmen

Darmkrebs entsteht aus zunächst gutartigen Schleimhautveränderungen und kann sich so unentdeckt entwickeln. „Manchmal bekommen wir dann Patienten zu sehen, bei denen die Erkrankung schon fortgeschritten ist und sich beispielsweise Metastasen in der Leber gebildet haben“, erklärt Prof. Dr. Frank Grünhage. „Und dann denkt man, das hätte nicht sein müssen.“ Er und sein Kollege Dr. Grotjahn verweisen auf die Einführung der Vorsorgeuntersuchungen vor 20 Jahren und daraus resultierende positive Effekte: Seitdem würden deutlich seltener späte Stadien diagnostiziert.

Beide plädieren für einen bewussten Umgang mit dem eigenen Körper: Auffälligkeiten und Veränderungen sollten alle Geschlechter ernst nehmen. Und Prof. Dr. Grünhage warnt vor zu einfachen Wahrheiten. Zwar gebe es Patientinnen und Patienten mit einer genetischen Disposition, die in bestimmten Fällen zu

massenhafter Polypenbildung neigten. Doch die Haltung „Bei uns in der Familie hatte noch niemand Darmkrebs“ dürfte nicht zu dem Trugschluss führen, man sei nicht gefährdet. Andererseits: „Wenn ein direkter Verwandter wie der Vater mit 55 Jahren an Darmkrebs erkrankt ist, dann hat der Sohn bereits mit 45 Jahren ein Anrecht auf eine Koloskopie“, so Dr. Christoph Grotjahn. Zeige diese ein unauffälliges Ergebnis, bräuchte nicht engmaschig nachkontrolliert zu werden. Als Risikofaktoren gelten Übergewicht, Diabetes, Nikotin, Alkohol, Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung und laut Weltgesundheitsorganisation der übermäßige Verzehr von rotem Fleisch – alles Merkmale unseres Lebensstils in der westlichen Welt.

Gefährdet sind auch Patientinnen und Patienten, bei denen schon einmal große oder viele Polypen festgestellt wurden. Für sie empfiehlt sich eine Darmspiegelung in kürzeren Abständen. Wer lange schon unter entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa leidet, wird dem individuellen Risiko entsprechend gegebenenfalls sogar jährlich untersucht.

Für alle anderen Versicherten gelte, dass sie zweimal im Leben ein Anrecht auf eine Koloskopie haben, Männer ab einem Alter von 50 Jahren, Frauen ab 55. Genauso existiert das Angebot, alle zwei Jahre ab 50 kostenlos einen Test auf Blut im Stuhl machen zu lassen. Dr. Christoph Grotjahn betont: „Diese immunologischen Tests sind hochsensitiv.“ Die Vermutung des eingangs beschriebenen Patienten, dass sichtbares Blut bestimmt einen harmlosen Ursprung habe, stellt übrigens einen Irrtum dar. Weiterhin gibt es keine gesicherten Erkenntnisse, dass Vitamintabletten oder Arzneistoffe wie ASS (etwa Aspirin) die Erkrankung wirkungsvoll abwehren.

Die gute Nachricht lautet: Das bösartige Stadium von Darmkrebs hat eine Vorlaufzeit von zehn bis 15 Jahren. Bis dahin handelt es sich um Polypen oder Krebsvorstufen, die in der Regel bereits während der Darmspiegelung entfernt werden. So kann gar nicht erst ein Karzinom entstehen. ■



So erreichen Sie die zertifizierten Standorte am **KRH Klinikum Siloah** und am **KRH Klinikum Großburgwedel**:
allgemeinchirurgie.siloah@krh.de und
chirurgie.grossburgwedel@krh.de

WIE VIEL

LEBENSQUALITÄT

BLEIBT?

Darmkrebs ist eine Diagnose, die viele Fragen aufwirft. Doch die Patient*innen werden im Darmkrebszentrum und auch im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der KRH Kliniken Großburgwedel und Lehrte nicht allein gelassen. Eine positive Botschaft: Die Chance auf Heilung ist gut.

Nach dem Eingriff erholen sich Patient*innen in der Regel schnell und erlangen ihre gewohnte Lebensqualität zurück.

die gewohnte Lebensqualität erhalten? „Darmkrebs lässt sich gut operieren und hat sehr hohe Heilungschancen. In den letzten Jahren hat der Darmkrebs einen großen Teil seines Schreckens verloren“, sagt Dr. Thomas Menzel, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie am KRH Klinikum Lehrte. Dass der Darmkrebs einen Teil seines Schreckens verloren hat, liegt auch an dem steigenden Bewusstsein der Patient*innen für dieses Thema und einer frühen Diagnose. Wird der Darmkrebs bei Darmspiegelungen oder Stuhltests rechtzeitig entdeckt, dann sind die Heilungschancen sehr gut und das Karzinom kann mit einer Operation ohne Chemotherapie entfernt werden.

„Eine Darmkrebsbehandlung wird auf der Basis der

Leitlinien an jeden Einzelnen angepasst. Deswegen nehmen wir uns bei jedem Patienten die Zeit, den individuellen Heilungsweg ausführlich zu besprechen“, erläutert Dr. Andrea Beuleke, Chefarztin im KRH Klinikum Großburgwedel. Mit minimal-invasiven Operationsmöglichkeiten oder der konventionellen Operation lassen sich nach heutigen Standards und dem Stand der Technik sehr gute Ergebnisse erzielen. Nach der Operation kommt es üblicherweise innerhalb eines Zeitraumes von sieben bis zehn Tagen zu einer raschen Erholung. Einbußen der Lebensqualität sind meist vorübergehend, so können Patienten bei der Entlassung normal essen und sich bewegen. Auch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ist schnell wieder mög-



Es liegt ein langer Weg hinter unserer Patientin. Die erste Diagnose, viele Gespräche mit Ärzt*innen, der Familie und Freund*innen und nach dem Krankenhausaufenthalt der Weg zurück in den Alltag. Doch was bleibt nach der Operation? Bleibt



lich. Wenn der Krebs frühzeitig erkannt wurde und nicht gestreut hat, ist nach der Operation meistens keine Chemotherapie mehr erforderlich.

Ausführliche Gespräche

Selten kann, von der Schwere der Erkrankung ausgehend, die Operation Auswirkung auf die Lebensqualität haben, vor allem auf die Kontinenz und das Liebesleben. „Sitzt der Krebs kurz vor dem Schließmuskel am Enddarm, kann es durch die schwierige Lage bei der Operation in seltenen Fällen zu Nachwirkungen beim Halten des Stuhls oder bei der Sexualität vor allem des Mannes kommen“, sagt Dr. Menzel. Über diese Risiken informieren wir in Vorgesprächen und beantworten Fragen. „Sollten Probleme entstehen, sind wir für unsere Patientinnen und

Patienten da, um sie im Umgang damit ausführlich zu beraten.“ Faktoren wie Qualitätsprüfungen, die Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen, Arztvisiten jeden Tag und individuelle, für den Patienten stattfindende Tumorkonferenzen minimieren im Darmkrebszentrum die Risiken zusätzlich. „Wir haben kurze Wege und können in einer Operation gleich andere Fachbereiche hinzuziehen und Hand in Hand schonend Probleme lösen“, sagt Dr. Beuleke. Direkt nach der Operation ist es wichtig, auf den eigenen Körper zu hören, ausreichend zu trinken und leicht verdauliche Nahrungsmittel zu sich zu nehmen. Im Verlauf ist eine normale Ernährung wieder möglich. Dann steht, nach dem Darmkrebs, einem Leben mit der gewohnten Lebensqualität nichts mehr im Weg. ■



Sie erreichen das
Darmkrebszentrum
unter der Nummer
05139 801 3487
und das Kontinenz-
und Beckenboden-
zentrum unter
05139 801 3269

LEBEN MIT EINEM KÜNSTLICHEN DARMAUSGANG



Nach einer Operation kann es in einigen Situationen erforderlich sein, ein sogenanntes Stoma anzulegen - also einen künstlichen Darmausgang. Meistens kann er später wieder zurückverlegt werden. Doch wie lebt es sich mit einem künstlichen Darmausgang und wer unterstützt dabei?

Lennart Dreyer

Michael B., aktiver Bundeswehrsoldat, hat beim Mittagssport in seiner Stammkaserne auf einmal starke Schmerzen. Zuerst denkt er, dass er sich einen Nerv im Rücken eingeklemmt hat, und trainiert weiter. Doch die Schmerzen werden immer stärker und er bekommt immer weniger Luft. Zu seinen Kamerad*innen sagt er noch, er benötige ärztliche Hilfe. Dann geht alles sehr schnell, innerhalb von zehn Minuten wird der Mann in die Notaufnahme des KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge gebracht.

„Ich habe noch Erinnerungen an die Untersuchungen, von da an bis zur Operation habe ich

keine klaren Bilder mehr“, sagt Michael B. Das Ergebnis der Diagnostik: Bauchfellentzündung und Darmverschluss, es musste sofort gehandelt und operiert werden. Klar war, dass er nach der Operation einen künstlichen Darmausgang benötigt, ein sogenanntes Stoma, damit sich der Darm vollständig regenerieren kann. Durch eine operativ angelegte Öffnung der Bauchdecke können die Verdauungsflüssigkeiten in einen außen liegenden Versorgungsbeutel abgeleitet werden. Somit übernimmt das Stoma die Verdauungsausscheidung. In den meisten Fällen bleibt dieser künstliche Darmausgang nur zeitlich begrenzt, so wie bei Michael B. Das Leeren des Stomabeutels und das Anleiten im Umgang mit dem Stoma ist das Fachgebiet von Stomapflegefachkraft Laura Marie Wegener in der Klinik für Viszeralmedizin am KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge. „Mir ist wichtig, dass ich meinen Patientinnen und Patienten die Angst vor dem Umgang mit dem Stoma und dem veränderten Kör-



Stomafachpflegekraft: Laura Marie Wegener leitet den Patienten an, sich selbst richtig zu versorgen.

perbild nehme und ihnen vermittele, dass er oder sie trotz des Stomas als wertvoller Mensch zählt“, sagt Wegener. „Schon ein zeitlich begrenztes Stoma ist eine hohe psychische Belastung für die Patientinnen und Patienten. Das Leben mit Stoma stellt hier noch einmal ganz andere Anforderungen.“

Nachsorge im Alltag ist wichtig

Laura Marie Wegener war bei der Behandlung von Michael B. von Anfang an dabei und blieb auch nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus in engem Kontakt, koordinierte die Versorgung durch einen Homecarer und kümmerte sich um die Nachsorge. „Meine Aufgabe ist es auch, im Vorfeld der Operation zu bestimmen, wo die Öffnung in der Bauchdecke angelegt wird und sich somit später das Stoma befindet“, sagt die Expertin, „dabei ist es wichtig, eine angenehme Position für den Alltag zu finden.“ Michael B. musste zweimal operiert werden und vier Wochen auf der Intensivstation verbringen.



Glücklich genesen: Michael B. hat die Zeit mit Stoma als schwierig empfunden.

„Alle haben sich ausgezeichnet um mich gekümmert“, sagt er. „Insgesamt war mein viermonatiges Leben mit Stoma eine sehr schwere Zeit für mich. Ich konnte an nichts anderes denken, habe keinen Sport gemacht. Immer hing da etwas an mir.“ Doch Michael B. ist froh, von Laura Marie Wegener unterstützt worden zu sein. Er erinnert sich: „Ich hatte die ganze Zeit – weder im Krankenhaus noch zu Hause – Schmerzen. Ich wurde immer unterstützt und konnte mich jederzeit an sie wenden. Ich will die Zeit nicht noch mal erleben, bin aber froh, von ihr behandelt worden zu sein.“ ■

Sie haben Erfahrungen mit Darmkrebs oder einem Stoma? Wir wollen eine Selbsthilfegruppe für die Region Neustadt aufbauen. Melden Sie sich gern unter der Telefonnummer **05032 88 2200** oder per Mail an lauramarie.wegener@krh.de

ALLE EXPERTEN AN EINEM TISCH

Die Versorgung in spezialisierten Zentren bietet wichtige Vorteile: Dr. Ulf Trostdorf, Koordinator des Darmkrebszentrums am KRH Klinikum Robert Koch Gehrden, erklärt, warum.

Niko Gerdau

Herr Dr. Trostdorf, was ist das Besondere an einem Darmkrebszentrum?

Der Patient erhält Zugang zu einem ganzen Netzwerk von Experten und Behandlern verschiedener Fachrichtungen, die sich abgestimmt und auf den Patienten zugeschnitten der notwendigen Diagnostik und dem gemeinsam auf Basis der Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft beschlossenen Therapiekonzept widmen. Dies hat eine nachweislich höhere Behandlungsqualität, als wenn ein einzelner Arzt die Behandlung durchführt.

Wie stimmen sich diese Expert*innen untereinander ab?

Ganz zentral ist die Tumorkonferenz. Hier sitzen die Vertreter aller Fachdisziplinen zusammen – in unserem Fall Viszeralchirurgen, Gastroenterologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Onkologen und Pathologen. Sie bewerten gemeinsam aus ihrer jeweiligen Expertise heraus die vorliegenden Befunde und beschließen darauf aufbauend ein Therapiekonzept.

Was kann denn ein Darmkrebszentrum leisten, was eine einzelne Klinik nicht kann?

Eine Klinik betrachtet den Patienten erstmal aus stationärer Sicht. Hier findet aber nur ein gewisser, meist der operative Teil der Therapie statt. Ein Großteil, wie beispielsweise Chemo- und Strahlentherapie, wird

ambulant in Praxen und medizinischen Versorgungszentren durchgeführt. Das Netzwerk des Darmkrebszentrums bringt alle diese Bereiche zusammen an einen Tisch.

Woher weiß man denn, dass die Behandlungsqualität hierdurch wirklich besser ist?

Alle diagnostischen Befunde, alle Behandlungsschritte und auch die die gesamte Nachsorge wird dokumentiert. Das bedeutet, dass wir über einen Zeitraum von fünf Jahren den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis jedes Patienten genau nachverfolgen.

Welche Voraussetzung muss man erfüllen, um ein Darmkrebszentrum bilden zu können?

Um von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert zu werden, benötigt man vor allem eine Mindestmenge an Patienten und Behandlungen pro Jahr. Das ist ein zentrales Element der Qualitätssteuerung. Dann benötigt man eben auch alle notwendigen stationären und ambulanten Fachrichtungen, um eben dieses breite Spektrum an Expertise abbilden zu können – beispielsweise müssen alle operierenden Ärzte als Darmoperateure zertifiziert sein. Und letztlich muss man sich einer sehr umfangreichen und jährlichen Prüfung durch die Deutsche Krebsgesellschaft unterziehen, um zu beweisen, dass man diese Qualität auch nachhaltig vorhält. ■

Impressum

KRH Cura
Das Magazin des KRH Klinikum
Region Hannover

Herausgeberin
Klinikum Region Hannover GmbH
Stadionbrücke 6
30459 Hannover
Telefon: (05 11) 906-65 00
Fax: (05 11) 906-65 19
Internet: www.krh.de
E-Mail: kommunikation@krh.de

Konzeption und Realisation
© Madsack Medienagentur
GmbH & Co. KG
August-Madsack-Straße 1
30559 Hannover
www.madsack-agentur.de

Auflage
155.000 Exemplare

Projektleitung
Lennart Dreyer, Nicolas Dielh

Redaktionsleitung
Lennart Dreyer

Layout und Satz
Nadine Blasche, Nadine Jäpel

Autoren dieser Ausgabe
Anas Aloumar, Susanna Bauch, Lennart Dreyer, Steffen Ellerhoff, Niko Gerdau, Dr. Christian Grotjahn, Prem Lata Gupta, Juana Rillke, Prof. Dr. Jochen Wedemeyer

Titelbild
Nick Neufeld

Fotos und Grafik
Steffen Ellerhoff; Niko Gerdau; KRH; Nick Neufeld; Juana Rillke; Mykola Sosiukin (20), AleMoraes244 (23)/iStockphoto.com
Fast alle Fotos zeigen Personen, Örtlichkeiten sowie Motive des KRH Klinikum Region Hannover. Ein besonderer Dank gilt den KRH Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, die sich hierfür zur Verfügung gestellt haben.

Bildbearbeitung
Siegfried Borgaas, Claudia Fricke

Druck
Frank Druck GmbH & Co. KG,
Industriestraße 20, 24211 Preetz

Anzeigen
Klinikum Region Hannover GmbH,
Steffen Ellerhoff,
Telefon: (05 11) 906-65 00,
E-Mail: steffen.ellerhoff@krh.de,
gültige Anzeigenpreisliste 2022

Bezug
KRH Cura erscheint vierteljährlich. Erhältlich ist die jeweils aktuelle Ausgabe als Beilage der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung und der Neuen Presse und in den Häusern des Klinikum Region Hannover. Direktversand oder Lieferung einzelner Ausgaben durch den Verlag ist leider nicht möglich.

Alle Rechte vorbehalten. Reproduktion des Inhalts ganz oder teilweise nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Herausgeberin und gegen Honorar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder sonstiges Material übernimmt die Redaktion keine Haftung. Eine Rücksendung ist nicht möglich.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
18. Mai 2022

Gender-Erklärung
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Magazin teilweise die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechts- und identitätsunabhängig verstanden werden soll.

WENN DER „NIERENSTEIN“ IM HERZEN SITZT



Manchmal ist die erste Vermutung kein Volltreffer – dann sind Spürsinn und Diagnostik gefragt.

Unser 39-jähriger Patient wurde als Notfall zugewiesen. Er klagte über akut einsetzenden Flankenschmerz links, weswegen primär unser Urologe zugezogen wurde. Zusätzlich klagte Herr S. aber auch über Oberbauchschmerzen, er hatte leichtes Fieber (circa 38,0 Grad Celsius) und zeigte leichte Entzündungszeichen. Die Urinanalyse zeigte eine Spur Blut im Urin.

Die Arbeitsdiagnose lautete Nierenbeckenentzündung bedingt durch den Abgang eines Nierensteines. Das erklärt alle Symptome und Befunde. Eine internistische Ultraschalluntersuchung zeigte jedoch eine umschriebene Veränderung der linken Niere, weswegen eine CT und eine Sonografie mit Kontrastmittel veranlasst wurde.

Hier zeigte sich nun die Überraschung: Bei der Veränderung der linken Niere handelte es sich um einen Niereninfarkt und ein weiterer Infarkt zeigte sich in der Milz. Beide Durchblutungsstörungen erklären die Beschwerdesymptomatik und auch die Entzündungszeichen.

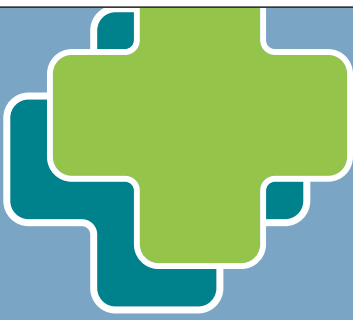
Zwei Infarkte an wenig gefährdeten Organen bei einem jungen, gesunden Mann – wie kann das sein? Eine Erklärung wäre die Bildung von Blutgerinnseln, die über den Blutkreislauf verteilt in verschiedenen Organen stecken blieben. Fast immer entstehen solche Gerinnsel im Herzen – oftmals an entzündeten Herzklappen. Tatsächlich fan-

den wir eine Zusatzstruktur an einer Herzklappe. Diese befand sich aber nicht wie die entzündlichen auf der „Innenseite“ der Klappe, sondern außen. Eine solche Struktur stellt fast immer ein Gewächs der Herzklappe dar. Somit diagnostizierten wir als Ursache der Nierenkolik einen gutartigen Tumor (Fibroelastom) des Herzens. Dieser führt zu Gerinnseln und so zu dem Nieren- und dem Milzinfarkt.

Eine Blutverdünnung wurde eingeleitet und eine Operation geplant. Wir entließen Herrn S. Bevor Herr S. operiert werden konnte, kam es zu einer erneuten Embolie – jetzt im linken Bein. Der Herztumor sei nicht mehr nachweisbar, berichtete uns der Patient. Möglicherweise ist er von der Herzklappe abgerissen – die letzte Embolie. Bevor der Patient aber auf die Blutverdünnung verzichtet, will er uns aus Berlin zur Absicherung besuchen. ■



Dr. Christoph Grotjahn, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, und **Anas Aloumar**, Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin am KRH Klinikum Großburgwedel



Auf unsere Strümpfe werden Sie stehen!

Immer fachkompetent und sensibel versorgt. Denn Gesundheit ist Vertrauenssache - für ein viel besseres Wohlbefinden!

Kompressionsstrümpfe

in allen Kompressionsklassen, Qualitäten, Farben, mit Spitzen- oder Noppenhafrand, mit oder ohne Fußspitze für SIE und IHN

Reisekompressionsstrümpfe

zur Steigerung Ihres Wohlbefindens auf und nach Reisen mit dem Auto, Flugzeug, Bus oder Bahn

Stützstrümpfe

für gesunde Beine durch eine angenehme Unterstützung im Alltag



Lymphkompetenz-Centrum

Kompressionsstrumpf-Versorgung nach Maß:

- für Arme und Beine
- für **Lip- und Lymphödem-Patienten**
- wirksame Eleganz für SIE und IHN: in verschiedenen Varianten und vielen attraktiven Farbtönen und Mustern erhältlich
- unsere qualifizierten Mitarbeiter sorgen auf einfühlsame Weise für die individuell richtige Produkt- und Materialwahl – bei jeder Versorgung

Wir freuen uns auf Sie!