

**NEWSLETTER DER KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN –  
GASTROENTEROLOGIE, DIABETOLOGIE UND HEPATOLOGIE  
IM VIVANTES KLINIKUM NEUKÖLLN**

**Aktuelles  
aus der Klinik  
II/2024**



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

für unser über die Jahre gewachsenes Team steht die exzellente medizinische Behandlung Ihrer Patient\*innen im Mittelpunkt. Eine sehr enge interdisziplinäre Vernetzung mit allen Partnerkliniken in diesem Klinikum, zum Beispiel im **Cancer Center Berlin Neukölln (CCBN)** und im **Leberzentrum Süd**, sowie spezialisierte ambulante Angebote wie die im letzten Jahr etablierte **ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)** und die jetzt neu geschaffene **ASV Ausgewählte seltene Lebererkrankungen** unterstützen uns dabei.

Wir zeigen Ihnen unten, wie Sie Ihre Patient\*innen je nach Dringlichkeit am besten in dieser Klinik vorstellen können. Falls Sie zu einzelnen Krankheitsbildern detaillierter den Pfad der Patient\*innen nachverfolgen möchten, finden Sie beispielhafte Kasuistiken auf den folgenden Seiten.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen herzlich danken, für Ihr Vertrauen, den sehr kollegialen Austausch und für Ihr Verständnis, wenn es einmal nicht so rund läuft, wie Sie es sich gewünscht hätten.

Herzliche Grüße  
Ihr Ulrich Böcker

## KONTAKT ZUR KLINIK

### STATIONÄRE VORSTELLUNG

Stationäre Einweisung **sofort mit Rettungsdienst**  
Fakultativ ärztliche Hotline zur Vorinformation der Klinik

Stationäre Einweisung **am selben oder folgenden Tag**  
Ärztliche Hotline

**Ärztliche  
Hotline  
Mobil 0170  
5768 869**

Alle weiteren elektiven stationären Einweisungen über die **prästationäre Sprechstunde**  
Kliniksekretariat  
Tel. 030 130 14 3801  
gastroenterologie.  
knk@vivantes.de

### AMBULANTE VORSTELLUNG

**Privatsprechstunde und Endoskopie**  
Tel. 030 130 14 3801  
gastroenterologie.  
knk@vivantes.de

**MVZ Gastroenterologie und ASV**  
Tel. 030 130 14 3803  
gastro-neukoelln.  
mvz@vivantes.de

## ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN

Eine 92-jährige Patientin, die bisher selbstständig in eigener Wohnung lebte, wird nach einem Sturz in der Rettungsstelle vorgestellt. Klinische und laborchemische Befunde sprechen für eine Infektion. Bei Angabe von Durchfall werden mikrobiologische Untersuchungen veranlasst, mit Nachweis von toxinbildenden Clostridioides difficile (C. diff.) im Stuhl. Anamnestisch gab es in der Tat eine Antibiotikatherapie einer Pneumonie vier Wochen zuvor. Nach Übernahme auf die gastroenterologische Station 43 folgt eine C. diff.-bezogene Antibiose, die zu einer langsamen Besserung führt. Die Patientin macht sich Sorgen über die nachstationäre Versorgung zu Hause. Mit Hilfe des Pflege- und Sozialdienstes und einer zwischengeschalteten geriatrischen Frührehabilitation im Ida-Wolff-Krankenhaus wird erreicht, dass sie auch in Zukunft ein selbstbestimmtes Leben zuhause führen kann.



Dr. Jan Preiß  
leitender Oberarzt

## MORBUS CROHN

Der 26-jährige Patient hat bereits seit fünf Jahren einen M. Crohn und aktuell wieder Bauchschmerzen und Durchfall. Therapeutisch wurden in der Vergangenheit bereits Glukokortikosteroide, Immunsuppressiva und TNF-Antikörper eingesetzt. Er wird in der prästationären Sprechstunde vorgestellt und dann geplant stationär aufgenommen. Mittels Endoskopie und MR-Enterographie wird das aktuelle Ausmaß der Entzündung und das Vorliegen möglicher Komplikationen untersucht. Die Befunde, langstreckiger distaler Befall des Ileums und einzelne Strikturen im Jejunum, werden in der Viszeralmedizinischen Konferenz (VMK) am Mittwochmorgen besprochen. Es wird festgelegt, zur Entzündungshemmung einen p40-Antikörper einzusetzen. Nach Aktualisierung infektiologischer Screeninguntersuchungen wird die Therapie in der ASV CED-Sprechstunde der Klinik initialisiert. Im Intervall soll dann eine operative Strikturoplastik der funktionell wirksamen Dünndarmstenosen durch die Klinik für Chirurgie – Minimal Invasive Chirurgie und Viszeralchirurgie erfolgen.

Peter Schulz  
Bereichspflegeleitung  
Innere Medizin



## DIABETES MELLITUS

Ein 58-jähriger Patient mit einem BMI von 32 kg/m<sup>2</sup> kommt mit Polyurie und Polydipsie primär in die Rettungsstelle. Hier wird ein Diabetes mellitus mit einem Blutzucker von 610 mg/dl und einem einfach positiven Ketontest diagnostiziert, der HbA1c beträgt 14,9%. Es erfolgt die Übernahme auf die diabetologische Station 43. Das Diabetesteam erreicht die Stoffwechselrekompensation mit einem intensivierten Insulinschema mit schnellwirkendem Insulin zu den Mahlzeiten und Basalinsulin am Abend. Da eine intakte C-Peptidsekretion sowie keine diabetesspezifischen Antikörper nachgewiesen werden können, ist ein Typ 2-Diabetes sehr wahrscheinlich. Deshalb kann erfolgreich die Umstellung der Diabetestherapie auf eine basal unterstützte orale Therapie (BOT) mit einer Kombination aus oralen Antidiabetika und Basalinsulin erfolgen. Die weitere ambulante Betreuung bespricht der Patient mit seiner Hausärztin.



Dr. Jan Hildebrandt  
Oberarzt

## AKUTE PANKREATITIS

Die 45-jährige Patientin wird mit starken Bauchschmerzen nach rettungsdienstlicher Versorgung über die Rettungsstelle aufgenommen. Es wird die Diagnose einer akuten nekrotisierenden Pankreatitis gestellt. Endosonographisch zeigt sich eine Choledocholithiasis, so dass mittels ERC nach Papillotomie ein Konkrement aus dem Ductus choledochus entfernt wird. Zunächst bessert sich die klinische Situation. Im Verlauf kommt es wieder zu stärkeren Beschwerden und Fieber. Bildgebend zeigt sich eine große liquide imponierende Nekrose in Nachbarschaft zum Magen. Mittels Endoskopie wird die Nekrose in den Magen unter Verwendung eines speziellen kurzen Metallstents drainiert. Die Patientin erholt sich und kann schließlich nach fünf Wochen stationärer Therapie entlassen werden. Neben der hausärztlichen Betreuung wird die Patientin zur Verlaufskontrolle in Bezug auf die Pankreasfunktion auch im MVZ Gastroenterologie der Klinik gesehen. Es wird eine Enzymsubstitution bei exokriner Pankreasinsuffizienz begonnen. Die internen Zystendrainagen werden nach 6 Monaten im Rahmen eines kurzen stationären Aufenthaltes entfernt.

## VERSCHLUSSIKTERUS

Ein 76-jähriger Patient mit einem lokal inoperablem Pankreaskopfkarcinom und Ikterus wird elektiv über die prästationäre Sprechstunde zur interventionellen Therapie aufgenommen. Es handelt sich, wie erwartet, um einen posthepatischen Ikterus. Eine transpapilläre Drainage ist nicht möglich, weil die Papille wegen der Tumorausdehnung nicht mehr erreicht werden kann. Endosonographisch kann aber vom Bulbus duodeni aus ein spezieller Metallstent in den dilatierten Ductus hepatocholedochus eingebracht werden. Dadurch kann dem Patienten eine perkutane Drainage erspart und eine verbesserte Lebensqualität erreicht werden. Ambulant erfolgt eine onkologische Vorstellung im Hause zur weiteren Therapie.

## DISTALES ÖSOPHAGUSKARZINOM

Der 45-jährige Patient kann seit einigen Wochen nicht mehr gut schlucken, vor allem feste Speisen sind ein Problem. Es erfolgt eine rasche stationäre Aufnahme nach Vorstellung in der prästationären Sprechstunde. Endoskopisch findet sich ein Tumor am ösophagogastralen Übergang, histologisch einem Adenokarzinom entsprechend. Endosonographisch liegt ein Stadium cT3 cN1 vor, bildgebend gibt es keinen Anhalt für hämatogene Fernmetastasen. Die chirurgische Partnerklinik führt eine Staging-Laparoskopie zum Ausschluss einer Peritonealkarzinose durch und implantiert einen Port-Katheter. In der interdisziplinären Tumorkonferenz des CCBN am Donnerstagmorgen wird ein neoadjuvantes Behandlungskonzept empfohlen. Der Patient erhält einen Termin im MVZ Onkologie zur Therapieeinleitung, nachdem bereits im stationären Aufenthalt ein psychoonkologisches Gespräch erfolgte. Nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie folgt dann die operative Resektion.



Dr. Hendra Lo  
Facharzt

## AUTOIMMUNE HEPATITIS

Die 52-jährige Patientin fühlt sich seit einigen Wochen müde und abgeschlagen. Hausärztlich fallen Transaminasen mit fünffacher Erhöhung über dem Normbereich auf. Eine Vorstellung in der MVZ Leberspezialsprechstunde wird kurzfristig vereinbart. Erweiterte Laboruntersuchungen zeigen eine Erhöhung von IgG auf das zweifache und positive Titer für leberspezifische Antikörper. Elastographisch gibt es keinen Anhalt für eine Leberzirrhose. Sonographisch gesteuert wird stationär eine Leberbiopsie gewonnen, histologisch findet sich eine chronische Entzündung, die vom Portalfeld auf die Läppchen übergreift. Es wird die Diagnose einer autoimmunen Hepatitis gestellt. In der Sprechstunde wird eine antiinflammatorische Therapie mit Prednisolon und Azathioprin begonnen.

## ZYSTISCHE PANKREASNEOPLASIE

Die 63-jährige Patientin unterzog sich bei Gewichtsverlust einer ambulanten Computertomographie. Dabei fiel eine 2 cm große zystische Struktur im Pankreaskopf auf. In Bezug auf Pankreaserkrankungen ist die Anamnese leer. Nach Vorstellung in der prästationären Sprechstunde und stationärer Aufnahme auf der Station 42 wird mittels Endosonographie die Zyste näher beurteilt, es zeigt sich fraglich ein Bezug zu einem Pankreasnebangang. Der punktierte Zysteninhalt ist muzinös. Es liegt also am ehesten eine intraduktale papilläre muzinöse Neoplasie (IPMN) eines Pankreasseitengangs vor. Suspektere Kriterien wie Noduli finden sich nicht und es wird eine erste Kontrolluntersuchung nach sechs Monaten empfohlen, die über das MVZ Gastroenterologie der Klinik organisiert wird.



Dr. Joel Helfrich  
Oberarzt

## ANÄMIE

Die 43-jährige Patientin stellt sich mit Abgeschlagenheit hausärztlich vor. Dort wird eine mikrozytäre hypochrome Anämie bei Eisenmangel diagnostiziert. Die Patientin wird bei Verdacht auf gastrointestinalen Blutverlust in der prästationären Sprechstunde zur stationären Untersuchungsplanung vorgestellt. Im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt zeigen sich keine Blutungsquellen, so dass eine Kapselendoskopie angeschlossen wird. Dabei finden sich Angiodysplasien im oberen Jejunum.

Mittels Ballonenteroskopie werden die Blutungsquellen erreicht und koaguliert. Die Patientin erhält parenteral eine Eiseninfusion und wird dann in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen.



Dipl.-Med. Christoph Hartwig  
Oberarzt

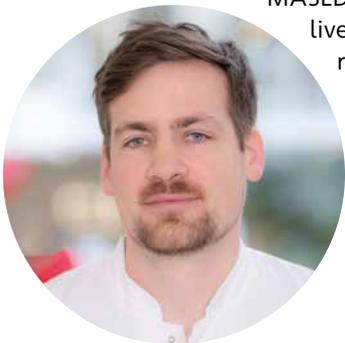
## ASZITES

Eine Leberzirrhose ist bei dem 53-jährigen Patienten seit Jahren bekannt. Neu ist aber eine deutliche Umfangsvermehrung des Bauchs. Sonographisch bestätigt sich Aszites. Der Patient wird zur Aszitesdrainage über die prästationäre Sprechstunde vorgestellt. Stationär wird eine spontane bakterielle Peritonitis ausgeschlossen. Torasemid und Spironolacton werden verordnet, aber die benötigten Dosierungen können nicht erreicht werden, weil sich die Nierenfunktion darunter verschlechtert. Alle 2-3 Wochen ist daher eine erneute Aszitesdrainage erforderlich. Aus diesem Grund wird beschlossen, transjugulär einen intrahepatischen Shunt anzulegen (TIPS). Der Eingriff erfolgt durch die Partnerklinik für Radiologie und interventionelle Therapie im Leberzentrum Süd. Die erreichte Pfortaderdrucksenkung führt zu einer guten Rekompensation. Der Patient wird danach hausärztlich und in größeren Abständen in der MVZ Leberspezialsprechstunde weiterbetreut.

## UNKLARER LEBERHERD

Die 36-jährige adipöse Patientin stellt sich mit unspezifischen abdominellen Beschwerden hausärztlich vor. Bei der Ultraschalluntersuchung fällt im Segment VI der steatotischen Leber eine 3cm große rundliche Raumforderung auf. Die Patientin wird mit dem Formular „Unklarer Leberherd“ über das MVZ Gastroenterologie zur weiteren Klärung angemeldet. Am Vorstellungstag folgt direkt eine Kontrastmittel-gestützte Sonographie. Insgesamt präsentiert sich der Herd als fokale noduläre Hyperplasie, die keine weitere Überwachung benötigt. Wegen der Steatosis hepatis mit einem erhöhten Fib-4 Score erfolgt aber ergänzend noch eine Elastographie der Leber, die für eine bereits bestehende Leberfibrose bei MASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease) spricht. Nach ergänzender Differentialdiagnostik und ernährungstherapeutischer Beratung beginnt die Patientin mit Lebensstil-verändernden Maßnahmen und stellt sich neben den hausärztlichen Kontrollen nach 12 Monaten zu einer erneuten Elastographie in der Klinik wieder vor.

**Nicolai Smolny**  
Facharzt



**Ilona Worm**  
Diabetesassistentin



## DIABETES MELLITUS

Die 31-jährige Patientin mit einem Diabetes mellitus und Adipositas Grad 3 wird mit oralen Antidiabetika behandelt. Die Stoffwechseleinstellung ist schlecht. Wegen weiterer Gewichtszunahme erfolgt eine bariatrische Operation, in diesem Fall ein Magenbypass mit Roux-Y-Anastomose. Es kommt nach der Operation zu einer erheblichen Gewichtsabnahme. Der Blutzucker ist weiter hoch. Nach einem gastrointestinalen Infekt wird die Patientin mit einer schweren diabetischen Ketoazidose mit einem pH von 6,9 direkt in die Rettungsstelle des Klinikums gebracht und nach Erstbehandlung von der diabetologischen Station übernommen. Hier kann durch den Nachweis von diabetesspezifischen Antikörpern und einem niedrigen C-Peptid ein LADA, also ein Autoimmundiabetes bei Erwachsenen, diagnostiziert werden. Die Patientin wird in der Durchführung einer intensivierten Insulintherapie geschult, die Blutzuckereinstellung ist jetzt optimal, und sie ist beschwerdefrei.

**Torsten Edinger**  
Diabetesberater



**Sylvia Ressler**  
Pflegerische Leitung  
Endoskopie



**Fatma Gündüzer**  
Chef- und  
Kliniksekretariat



**Dalia El Najmi**  
MVZ Gastro-  
enterologie



**Selcan Özer**  
Kliniksekretariat



**Leyla Erkovan**  
MVZ Gastro-  
enterologie



**Tom Malow**  
Leitung Station 42



**Hendrikje Rapp**  
Leitung Station 43

### Herausgeber

Klinik für Innere Medizin – Gastroenterologie, Diabetologie und Hepatologie  
Vivantes Klinikum Neukölln | Rudower Straße 48 | 12351 Berlin  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Inhaltlich verantwortlich: Prof. Dr. Ulrich Böcker  
ulrich.boecker@vivantes.de | Tel. 030 130 14 3801  
[vivantes.de/knk](http://vivantes.de/knk)

### Folgen Sie uns auf:



[instagram.com/vivantes.berlin](https://www.instagram.com/vivantes.berlin)  
[facebook.com/vivantes](https://www.facebook.com/vivantes)  
[twitter.com/vivantes](https://twitter.com/vivantes)