

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**22 Monate Projekt CED-Station im
Krankenhaus St. Elisabeth, Wien //**

22 months project IBD-ward St.

Elisabeth hospital in Vienna

Ritthaler L, Häfner M, Seidl M

Danzinger D, Szönyi M, Ljoki R

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2017; 15 (1), 6-9

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology


Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

22 Monate Projekt CED-Station im Krankenhaus St. Elisabeth, Wien

L. Ritthaler, M. Häfner, M. Seidl, D. Danzinger, M. Szönyi, R. Ljoki

Kurzfassung: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) treten in Europa mit einer Inzidenz von 13/100.000 (Morbus Crohn) und 24/100.000 (Colitis ulcerosa) in zunehmender Häufigkeit auf [1]. Da diese beiden Erkrankungen meist im jungen Erwachsenenalter beginnen, erfordern sie eine lebenslange Betreuung und bedürfen aufgrund zahlreicher extraintestinaler Manifestationen (wie z. B. Gelenkentzündungen, Uveitis etc.) einer multidisziplinären Behandlung. Aus diesen Gründen und aufgrund eines kontinuierlich ansteigenden Zustroms an CED-Patienten wurde beschlossen, die stationäre Betreuung der über das gesamte Haus verteilten Patienten auf zwei dafür deklarierte „CED-Zimmer“ zu zentrieren. Seit Oktober 2014 verfügte die Interne Abteilung des Krankenhauses St. Elisabeth in Wien somit neben einer CED-Ambulanz auch über eine CED-Station mit fünf interdisziplinär geführten

Betten. Die Betreuung erfolgte neben Gastroenterologen durch Chirurgen, Rheumatologen, Dermatologen, Diätologen und Psychologen. Zusätzlich wurde eine Pflegekraft zur CED-Nurse ausgebildet, um bestmöglich auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen.

Schlüsselwörter: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, extraintestinale Manifestation, CED-Station, CED-Nurse, Anti-TNF Alpha

Abstract: 22 months project IBD-ward St. Elisabeth hospital in Vienna. The number of patients with inflammatory-bowel disease (IBD) in Europe is constantly increasing (incidence of Crohn's disease 13/100.000, ulcerative colitis 24/100.000). Though these two diseases appear often in adolescence, they need a lifelong man-

agement. IBD is not only a gastrointestinal disease. There are many extraintestinal manifestations (as for example arthritis or uveitis) which often require intensive, interdisciplinary treatment. Due to a huge request it was decided to collect over the hospital spreaded patients in one place – an IBD ward. In October 2014 two rooms of the department of internal medicine at Saint Elisabeth hospital in Vienna were declared as IBD ward which was mainly cared by the gastroenterologists but also by visceral surgeons, rheumatologists, dermatologists, dietitians and psychologists. Further a nurse underwent a specific training to become a so-called IBD nurse. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2017; 15 (1): 6–9.**

Keywords: Crohn's disease, ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, extraintestinal manifestation, IBD-ward, IBD-nurse, anti-TNF alpha

■ Einleitung

Zwischen Oktober 2014 und Juli 2016 wurden insgesamt 167 Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen im Krankenhaus St. Elisabeth Wien auf der dafür ausgerichteten „CED-Station“ behandelt. Sie umfasst zwei Zimmer mit insgesamt 5 Betten. Die Patienten, die auf der Station betreut werden, waren entweder schon vormals als Patienten im Haus in Behandlung oder sie wurden über die CED-Ambulanz oder die Gastroenterologische Ambulanz zugewiesen. Betreut werden Patienten mit Verdacht auf eine chronisch-entzündliche Erkrankung zur weiteren Abklärung, Patienten mit bereits histologisch gesicherter Diagnose zur Therapieplanung, -verarbeitung und -optimierung und diejenigen, die aufgrund eines schweren Schubs eine stationäre Betreuung benötigten. Knapp 7 % unserer Patienten wurden in den beiden Jahren operiert. Das Spektrum von operativen Eingriffen bzw. Voroperationen bei unseren Patienten reichte von Fistelsanierung (3) über Ileozökaloperationen (29) bis hin zur Kolonteilresektion (6).

■ Von der Idee zur Umsetzung

Als Krankenhaus mit einem viszeral-medizinischen Schwerpunkt mit einer internen und einer chirurgischen Abteilung gibt es regelmäßig CED-Patienten in unserem Haus. Diese verteilten sich je nach Zuweiser oder behandelnden Arzt über die verschiedenen Stationen des gesamten Hauses und wurden dort von den jeweiligen Gastroenterologen betreut. Nachdem immer mehr Patienten mit schwerem Verlauf an unser

Haus überwiesen wurden, kamen interdisziplinäre Konsile zwischen den Kollegen der unterschiedlichen Fachrichtungen immer öfter vor.

Mitte des Jahres 2014 entwickelte Herr Prim. Dr. Häfner das Projekt ‚CED-Station‘. Ziel war es, alle Patienten an einem Ort zu sammeln und sie von dort aus interdisziplinär zu betreuen. Um die individuelle Betreuung bestmöglich gewährleisten zu können, wurde zusätzlich eine diplomierte Krankenschwester in Deutschland zur zertifizierten „CED-Nurse“ weitergebildet. Mit 1. Oktober 2014 wurden nach kleineren Renovierungsarbeiten die ersten Patienten auf der Station aufgenommen (Abb. 1).

Bei den Patienten kam die Umsetzung der CED-Station gut an und nachdem sich die neue Station schnell herumgesprochen hatte, wurden auch immer mehr Zuweisungen speziell an unsere CED-Station ausgestellt. Um ein Feedback über die




Abbildung 1: CED-Zimmer, CED-Nurse (DGKS Ljoki)

Eingelangt am 02.10.2016, angenommen nach Überarbeitung am 21.11.2016, Pre-Publishing Online am 07.12.2016

Aus dem Krankenhaus St. Elisabeth, Wien

Korrespondenzadresse: Dr. Lisa Ritthaler, Krankenhaus St. Elisabeth, Interne Abteilung, A-1030 Wien, Landstraßer Hauptstraße 4a, E-mail: Lisa.Ritthaler@elisabethinen-wien.at

Fragebogen: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen



St. Elisabeth
Krankenhaus seit 1759


Alle Angaben sind freiwillig. Wir versichern Ihnen, Ihre Daten streng vertraulich zu behandeln.

1. Nachname Vorname
2. Geschlecht
 männlich weiblich
3. Geburtsdatum
4. Telefonnummer/e-Mailadresse
5. Sind Sie bereits Patient in unserem Krankenhaus?
 ja nein
6. Welche chronisch entzündliche Darmerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert?
 Morbus Crohn
 Colitis ulcerosa
7. Wann wurde die Erstdiagnose gestellt?
8. Wie viel Zeit ist in etwa zwischen Symptombeginn und Diagnose vergangen?
9. Gibt es in Ihrer Familie bereits bekannte Fälle von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen? Wenn ja wer und welche:
10. Sind sie verheiratet/in einer Partnerschaft/alleinstehend?

Bitte Seite 2 ausfüllen

Krankenhaus St. Elisabeth GmbH
A-1030 Wien Landsträßer Hauptstrasse 4a
+43-(0)1-71126-0
ced@elisabethkiewien.at

Fragebogen: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen



St. Elisabeth
Krankenhaus seit 1759

11. Nehmen Sie derzeit Medikamente? Wenn ja welche:
12. Haben Sie bereits eine TNF-Alpha Therapie erhalten?
Wenn ja welche:
 Humira Remicade Simponi
13. Haben Sie weitere körperliche Symptome, welche nicht den Darm betreffen?
Wenn ja, wo:
 Gelenkmanifestationen Haut- und Schleimhautläsionen
 Augenläsionen Leber- oder Pankreasbeteiligung
14. War bereits ein operativer Eingriff erforderlich? Wenn ja welcher:
 Fistel Darmresektion Abszess Andere:
15. Rauchen Sie?
 ja nein
16. Wie oft waren Sie im letzten Jahr stationär aufgenommen?
17. Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem Alltag beschränkt? Wenn ja, inwiefern?
18. Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung in Ihrem Berufsleben eingeschränkt? Wenn ja, inwiefern?
19. Haben Sie schon einmal eine Psychotherapie diesbezüglich in Anspruch genommen?
 ja nein
20. Was denken Sie über das Konzept einer CED-Station?
 Finde ich gut Finde ich nicht gut Ist mir gleichgültig
21. Wie wichtig ist es Ihnen Kontakt zu anderen CED-Patienten zu haben?
22. Was für Erwartungen haben Sie gegenüber einer CED-Station?

Krankenhaus St. Elisabeth GmbH
A-1030 Wien Landsträßer Hauptstrasse 4a
+43-(0)1-71126-0
ced@elisabethkiewien.at

Abbildung 2: Zweiseitiger CED-Feedback-Fragebogen

Station zu erhalten, wurde ein Feedback-Fragebogen (Abb. 2) entwickelt und den Patienten (n = 45) ausgeteilt. Die Teilnahme war freiwillig. Die Auswertung der Fragebögen ergab eine durchwegs positive Resonanz der Patienten. Bei der Frage, was den Patienten an dieser Station am wichtigsten sei, wurde an erster Stelle die fachliche Kompetenz genannt. Weiters gaben die Patienten an, dass ihnen der Austausch mit anderen Betroffenen gut tat. Lediglich 4 Patienten enthielten sich der Bewertung.

Das einjährige Jubiläum wurde groß gefeiert (Abb. 3). Am 7. Oktober 2015 fand anlässlich des einjährigen Bestehens der CED-Station ein Symposium statt. Angefangen mit einem Patientensymposium, bei dem neben unserer CED-Nurse auch eine Patientin einen Erfahrungsbericht vortrug, gefolgt von einem Symposium mit Vorträgen der behandelnden Ärzte über den aktuellen Stand der CED-Station für unsere Zuweiser und einem abschließenden Buffet war die Veranstaltung ein großer Erfolg.

■ Patienten

Da chronisch entzündliche Darmerkrankungen meist im jungen Erwachsenenalter diagnostiziert werden, behandelten wir vorwiegend junge Patienten. In den 22 Monaten unserer Da-

tensammlung waren insgesamt 167 Patienten (m = 73, w = 94) stationär aufgenommen. 60 % der Patienten litten an Morbus Crohn, 40 % an Colitis ulcerosa. 36 der Patienten erhielten während eines stationären Aufenthalts in unserem Haus die Erstdiagnose einer CED. Das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren; unser jüngster Patient war 18 Jahre, der älteste 89 Jahre alt. Geschlechtsspezifische Verteilung: siehe Abbildung 4.



Abbildung 3: 1-Jahres-Feier der CED-Station mit Symposium für Patienten und Zuweiser (von rechts nach links: OA. Dr. David Danzinger, DGKS Rivajete Ljoki, Prim. Dr. Michael Häfner, Ass. Dr. Marie Seidl, Ass. Dr. Lisa Ritthaler)

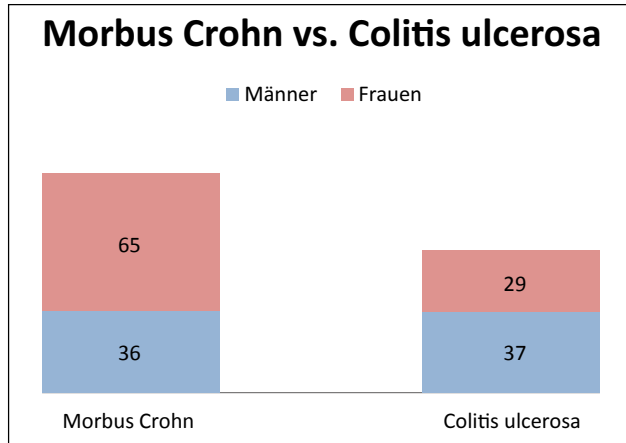


Abbildung 4: Geschlechtsspezifische Verteilung; Morbus Crohn vs. Colitis ulcerosa

Neben der stationären Behandlung gab es weiterhin die Möglichkeit einer ambulanten Betreuung in unserer zweimal wöchentlich stattfindenden Terminambulanz.

Therapien

Die Therapieentscheidungen orientierten sich an den ECCO-Guidelines [2]. Um immer auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft zu sein, partizipierten unsere Ärzte regelmäßig bei Fortbildungen sowie Kongressen.

Nach dem heutigen Stand der Forschung sind chronisch-entzündliche Darmerkrankungen Autoimmunerkrankungen, welche durch eine überschießende Reaktion des Immunsystems auf den eigenen Magen-Darm-Trakt entstehen [3]. Diese Grundlage gilt als Ansatzpunkt für verschiedenste Therapiekonzepte. Prinzipiell tastet man sich nach einem Stufenschema (Abb. 5) voran. Je nach Schweregrad und Häufigkeit der Schübe erfolgt die Therapieauswahl. Man unterscheidet zwischen einer Therapie im akuten Schub und der Therapie als Schubprophylaxe sowie Prophylaxe von Folgeschäden (z. B. Strikturen, Fisteln u.a.). Angestrebt wurde die sogenannte mukosale Heilung.

Der Therapieerfolg wurde mittels laborchemischer und klinischer Parametern sowie regelmäßigen endoskopischen Kontrollen und bildgebenden Verfahren (z. B. Abdomen-Sonographie, Computertomographie, Enteroklysm-CT/-MRT) evaluiert. Weiters schlossen wir den fäkalen Calprotectinwert in unsere Therapieentscheidungen ein. Dazu verwendeten wir auch moderne Handyapplikationen (wie bspw. IBDoc) [4]. Besonders der Einsatz der Smartphone-basierten Applikationen zum Krankheitsmonitoring via Calprotectin hat sich in der täglichen Praxis bewährt: Neben der Möglichkeit, in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes unterschiedlich oft die Entzündungsaktivität zu monitieren, bewährte sich die Möglichkeit auch auf diesem Wege, mit den Patienten zu kommunizieren. Darüber hinaus richteten wir für unser großteils junges Patientenkollektiv Kommunikationskanäle via E-mail, Messengerdienste und soziale Netzwerke wie Facebook ein.

Die Basis der Therapiepyramide bilden die 5-Aminosalicylate (5-ASA). Sie zeigen bessere Erfolge bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Die Präparate sind topisch applizierbare Substanzen,

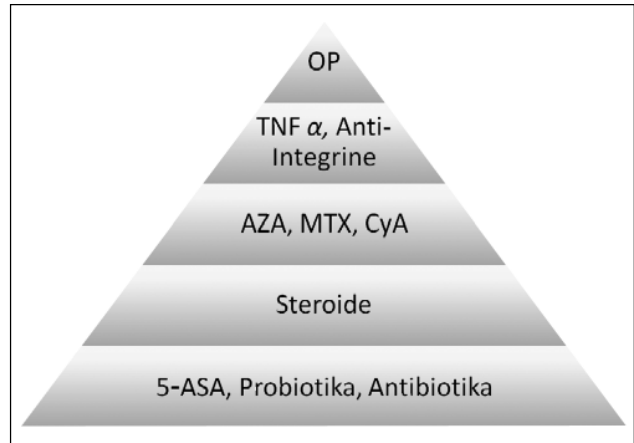


Abbildung 5: Therapiepyramide

welche je nach Befallsmuster oral oder rektal verabreicht werden [5]. Kommt es unter dieser Therapie zur Remission, kann die Substanz auch als Erhaltungstherapie weitergegeben werden und zeigt gute Effekte [6].

Kommt es unter einer 5-ASA-Therapie zu keinem oder nur mangelhaftem Ansprechen, wird eine Therapie mit Kortikosteroiden begonnen. Aufgrund des ausgeprägten Nebenwirkungsprofils sollte die Anwendung jedoch so kurz wie möglich gehalten werden. Als Alternative gibt es die topisch wirkenden Steroide (Budesonid), welche aufgrund des hohen First-Pass-Effekts von 90 % kaum systemisch resorbiert werden. Diese finden besondere Anwendung bei Patienten mit Morbus Crohn [7]. Bei insgesamt 42 unserer Colitis-Patienten reichte eine milde Einstellung mit ASA-Präparaten (oral oder topisch) aus, 11 benötigten eine Monotherapie mit Kortison, davon erhielten 5 Crohn-Patienten eine Therapie mit Budesonid.

Der nächste Schritt der Therapiepyramide bei unzufriedenstellendem Ansprechen oder steroidabhängigem Verlauf stellt eine Therapie mit dem Immunsuppressivum Azathioprin (AZA) dar. In bis zu 5 % der Patienten kommt es unter der Therapie jedoch zu einer akuten Pankreatitis. In diesem Fall muss auf ein anderes Medikament gewechselt werden [8]. 29 unserer Patienten waren mit einer Monotherapie mit AZA gut eingestellt. Ein Patient erhielt gemäß den Daten aus der Sonic-Studie eine Kombinationstherapie aus AZA mit einem TNF-Alpha-Antagonisten (Infliximab). In der Studie konnte eine signifikant höhere steroidfreie Remissionsrate gegenüber AZA-Monotherapie nachgewiesen werden [9].

Mit der Einführung der Biologika steht uns mittlerweile ein weiteres Spektrum mit immer neueren Angriffspunkten zur Verfügung. Als ältester Vertreter ist der TNF-Alpha-Blocker Infliximab zu nennen, welcher schon früher in der Rheumatologie erprobt wurde. Unter Einhaltung der von der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie erstellten Checkliste erhielten 15 unserer Patienten eine Therapie mit Infliximab, 8 mit einer Infliximab-Biosimilarsubstanz, 3 unserer Patienten erhielten Golimumab, 15 Adalimumab, welche beide durch die Möglichkeit der subkutanen Selbstapplikation vor allem von unseren jüngeren Patienten gut angenommen wurden. Kam es zum Wirkungsverlust

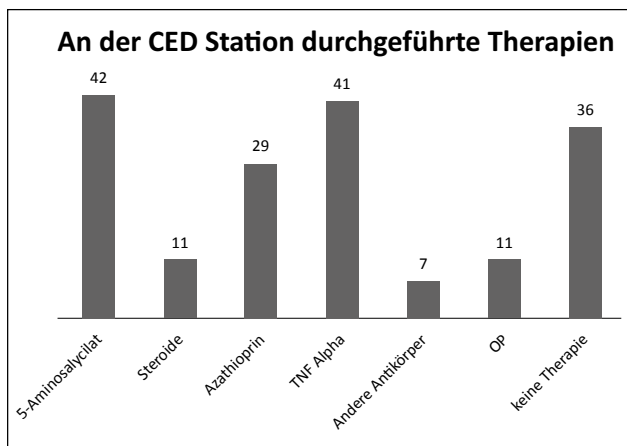


Abbildung 6: Auflistung der an der CED-Station verabreichten Therapien

oder blieb das gewünschte Ansprechen nach Verwendung einer oder zweier Substanzen aus, wurde ein Substanzenswitch auf das Anti-Integrin Vedolizumab durchgeführt. Insgesamt 7 unserer Patienten erhielten eine Therapie mit Vedolizumab.

In 11 Fällen war eine konservative Therapie nicht möglich und die Patienten mussten zur chirurgischen Sanierung an unsere chirurgische Abteilung übergeben werden.

Bei 36 unserer Patienten war keine Therapie notwendig (klinische oder mikroskopische Remission).

Die Statistik in Abbildung 6 zeigt die Aufteilung der verschiedenen TNF-Alpha-Präparate inkl. Biosimilars, welche an unserer CED-Station verabreicht wurden.

■ Zusammenfassung

Nach diesen 22 Monaten kann man rückblickend sagen, dass eine Schwerpunktstation mit interdisziplinärer Betreuung bei den Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie den zuweisenden Ärzten insgesamt sehr gut ankommt. Dadurch konnte den Patienten zu jeder Zeit ein sicherer Platz mit einem fixen Ansprechpartner gewährleistet werden. Durch die kompetente, interdisziplinäre Führung fühlten sich die Patienten rundum gut betreut. Auch die Austauschmöglichkeit mit anderen Betroffenen wurde von den Patienten sehr geschätzt.

Die guten Behandlungserfolge sowie die große Nachfrage nach der CED-Station im Krankenhaus St. Elisabeth in dem Zeitraum von Oktober 2014 bis Juli 2016 sprechen für sich. Das Einbinden aller Fachrichtungen erlaubte es, eine für den Patienten maßgeschneiderte Therapiestrategie zu entwickeln. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit der Chirurgie



Abbildung 7: Das interdisziplinäre Team der CED-Station des Krankenhaus St. Elisabeth: Viszeralchirurgie: Prim. Prof. Dr. Sautner Thomas, IBD-Nurse DGKS Rivajete Ljoki, Gastroenterologie: OA. Dr. David Danzinger, Ass. Dr. Ritthaler Lisa, Prim. Dr. Häfner Michael, OA. Dr. Rainer Watzak, OA. Dr. Drmic Ivan, Diätologie: Schmidt Nina, Psychologie: Mag. Kempfner Norbert

erlaubt es, ein dem Krankheitsstadium adäquates Vorgehen ohne Reibungs- und Zeitverluste zwischen unterschiedlichen Abteilungen zu bieten. Nach 22 Monaten wurde das Projekt wegen Umstrukturierungen des Krankenhauses beendet.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

- Molodecky NA et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology* 2012; 142: 46–54, e42; quiz e30.
- European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO Guidelines, <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html> (15.09.2016)
- Huang Y, Chen Z. Inflammatory bowel disease related innate immunity and adaptive immunity. *Am J Transl Res* 2016; 8: 2490–7.
- Bühlmann. IBDoc, <http://www.ibdoc.net/?lang=de>, (15.09.2016)
- Gross V. Topical therapy. *Dig Dis* 2012; 30 (Suppl 3): 92–9.
- Feagan BG, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD000544.
- Danese S et al. Effectiveness of budesonide MMX (Cortiment) for the treatment of mild-to-moderate active ulcerative colitis: study protocol for a prospective multicentre observational cohort study. *BMJ Open Gastroenterol* 2016; 3: e000092.
- Teich N et al. Azathioprine-induced Acute Pancreatitis in Patients with Inflammatory Bowel Diseases--A Prospective Study on Incidence and Severity. *J Crohns Colitis* 2016; 10: 61–8.
- Colombel JF et al. Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med* 2010; 362: 1383–95.

Dr. med. Lisa Ritthaler

2007–2013 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien, Promotion Oktober 2013. Lehrpraxis Prof. Fitscha. Seit 2014 Assistenzärztin für Innere Medizin im Krankenhaus St. Elisabeth Wien.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)