

Diakonissen Anstalt Dresden

Diakonissen Krankenhaus Jahrgang 7 Sept. 2020

EinBlick ins Diako Neues aus Medizin und Pflege



Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum Das Team des neuen Organkrebszentrums hält für jede Patientin das richtige Angebot bereit



Bundesweit ausgezeichnete Proktologie

Diako-Fallbesprechung widmet sich seltenen Lebererkrankungen

Lehren aus der Corona-Pandemie

Einsatz akademischer Pflegekräfte

Chirurgische Behandlung osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen

15 Jahre Bauchzentrum Dresden

EinBlick in das Leistungsspektrum der Zentralen Notaufnahme

Proktologie Focus zählt Dr. Thorsten Jacobi zu Deutschlands Top-Proktologen	
Themenreihe: Diako Fallbesprechung Seltenen Lebererkrankungen auf der Spur	6
Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum Mit seinem fünften Organkrebszentrum baut das Diako seinen onkologischen Schwerpunkt aus	S
Corona Das haben wir aus der Pandemie gelernt	12
Pflege Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte	14
Minimalinvasive Wirbelsäulenchirurgie Kyphoplastie oder percutane zementaugmentierte dorsale Spondylodese bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen der thorakolumbalen Wirbelsäule	17
15 Jahre Bauchzentrum Dresden Das Diako als Vorreiter fachübergreifender Zusammenarbeit	20
Themenreihe: EinBlick in Fachabteilungen des DIAKO Die Zentrale Notaufnahme am Diakonissenkrankenhaus Dresden	22
Überblick Ihre Ansprechpartner im Diakonissenkrankenhaus Dresden	24



Liebe Leserin, lieber Leser,

mit der Broschüre "EinBlick ins Diako" richten wir uns an niedergelassene Ärzte in und um Dresden. Hier erfahren Sie regelmäßig Neuigkeiten über das Diakonissenkrankenhaus und können sich über medizinische und pflegerische Themen informieren, die möglicherweise für die Arbeit in Ihrer Praxis von Interesse sind. Unser Ziel ist es, Sie stärker einzubeziehen und an Entwicklungen des Krankenhauses teilhaben zu lassen. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen.

Ihr Krankenhausdirektorium



PROKTOLOGIE

Focus zählt Dr. Thorsten Jacobi zu Deutschlands Top-Proktologen

Im August prämierte "Focus Gesundheit" erstmalig die besten Mediziner Deutschlands für den Fachbereich der Proktologie – und zählt Dr. med. Thorsten Jacobi zu den "herausragenden medizinischen Vertretern" dieses Fachgebiets. Wie war sein Weg, hin zur außergewöhnlichen Expertise in diesem Gebiet? Dr. med. Thorsten Jacobi wirft einen Blick zurück auf seine Ausbildung und erinnert sich an besondere Meilensteine seines Werdeganges.

Dr. med. Thorsten Jacobi studierte und promovierte an der Humboldt-Universität in Berlin. An verschiedenen Krankenhäusern absolvierte er seine Facharztausbildungen für Chirurgie, Viszeralchirurgie, Proktologie und Gefäßchirurgie. Er verfügt über die Qualifikation EBSQ Coloproctology.

Als Ärztlicher Direktor lenkt Dr. med. Thorsten Jacobi die Geschicke des Diakonissenkrankenhauses Dresden, als Chefarzt leitet er die Klinik für Viszeralchirurgie/ Proktologie. Unter seiner Führung wurde der Klinik der Status eines Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrums von der Deutschen Krebsgesellschaft verliehen – dem



ersten in Mitteldeutschland. Im gleichen Jahr gelang die Zertifizierung als Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). 2018 folgte die Anerkennung als Kompetenzzentrum für Minimalinvasive Chirurgie. Das Haus ist das einzige MIC-Zentrum in Dresden und Umgebung, dem die DGAV diese Qualitätssiegel verlieh.

Den ersten Kontakt mit dem Fachgebiet Proktologie – heute Zusatzweiterbildung – machte ich bereits während meines Studiums zu DDR-Zeiten. Damals wurde die Proktologie noch als exotisches Fachgebiet wahrgenommen. Da die Nestoren der Proktologie in Ostdeutschland Prof. Dr. Hans-Georg Knoch und Prof. Dr. Winfried Klug beide an der damaligen medizinischen Akademie Dresden wirkten, war für mich als Chirurg in der Facharztausbildung der Kontakt dorthin zwangsläufig. So arbeitete ich mich unter der Anleitung von Prof. Klug und Dr. Hanke in dieses Gebiet ein.

Der Höhepunkt meiner Ausbildung der Erkrankungen des Enddarms war zweifellos ein mehrmonatiger Studienaufenthalt am St. Mark's Hospital in London, einem der weltweit renommiertesten Krankenhäusern auf diesem Gebiet. Dort haben sehr bekannte Chirurgen wie Sir Alan Parks (Fistelchirurgie), Prof. Richard John Nicholls (restaurative Proktokolektomie) und Prof. Robin Phillips (Polyposis und Fistelchirurgie) gewirkt. Die beiden Letzteren durfte ich kennenlernen und mit Ihnen gemeinsam arbeiten. Während dieses Studienaufenthaltes erschloss sich mir die ganze Welt der Proktologie – angefangen von physiologischer Diagnostik bis zu ausgedehnten Operationsverfahren.

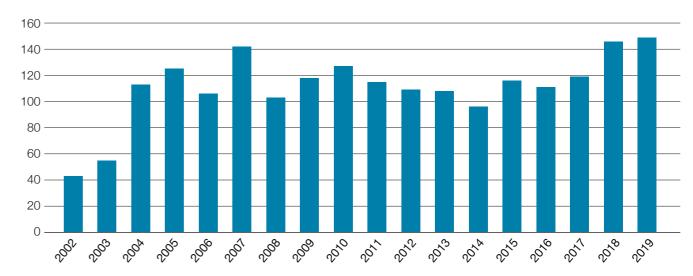
Mit diesem Rüstzeug kehrte ich nach Dresden zurück und war mehrere Jahre als Leiter der Proktologischen Ambulanz am Universitätsklinikum Dresden tätig. Nach meinem Wechsel als Chefarzt für Viszeralchirurgie/Proktologie im Jahre 2003 an das Diakonissenkrankenhaus Dresden konnte ich das Fachgebiet auch hier etablieren. Seitdem ist es ein wichtiges und

stetig wachsendes Standbein unserer Abteilung. Seit 2011 ist die Klinik Kompetenzzentrum für Koloproktologie der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchchirurgie. In diesem Zusammenhang erreichen uns viele Anfragen für Zweitmeinungen sowie die Vorstellung von Patienten mit komplexen Erkrankungen am Enddarm.

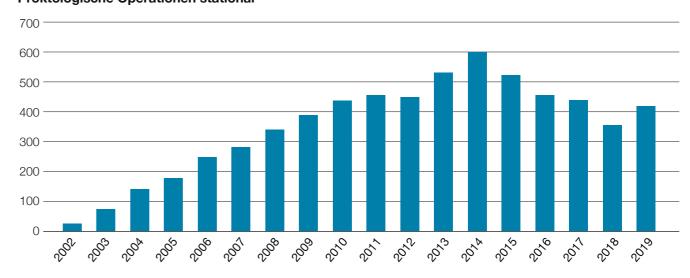
Ein besonders Anliegen war es mir, eine Plattform für einen regen Gedanken- und Wissenstransfer aller Proktologen und Koloproktologen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu schaffen. Außerdem sollten sie die Möglichkeit bekommen, sich gegenseitig Patienten mit komplexen Krankheitsbildern vorstellen zu können. Aus dieser Zielstellung heraus entwi-

ckelten ich 2008 gemeinsam mit PD Dr. med. Sigmar Stelzner vom Städtischen Klinikum Dresden Friedrichstadt aus dem Dresdner Arbeitskreis für Koloproktologie den Mitteldeutsche Arbeitskreis für Koloproktologie e.V. Dieser bietet bereits seit viele Jahre die Plattform für ein Koloproktologisches Symposium und einen regen Gedankenaustausch zwischen den Kollegen. Zur Ausbildung und Nachwuchsförderung konnten wir außerdem den jährlichen Mitteldeutschen Workshop für Proktologie etablieren. Das Gütesiegel des FOCUS für Proktologie bestätigt die Wertigkeit unserer gemeinsamen Arbeit am Diakonissenkrankenhaus und gibt uns Ansporn für die weitere Tätigkeit.

Kolonresektionen



Proktologische Operationen stationär





Themenreihe:

Seltenen Lebererkrankungen auf der Spur

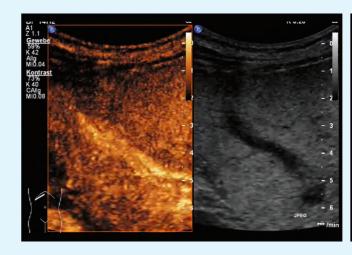
Eine besondere Kompetenz des Diakonissenkrankenhauses liegt in der Diagnostik von Lebererkrankungen. Neben einer großen Anzahl tumoröser Erkrankungen, die in enger Zusammenarbeit zwischen Gastroenterologie und Chirurgie behandelt werden, gibt es auch eine Vielzahl an Parenchymerkrankungen, die häufig schwierig zu diagnostizieren sind. Anhand zweier Fälle stellt Dr. med. Matthias Ziesch, Oberarzt der Klinik für Innere Medizin, exemplarisch die Diagnostik seltener Erkrankungen dar.

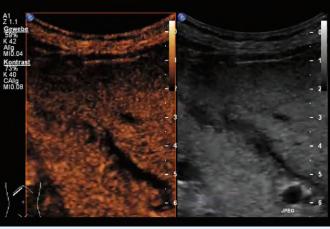


Oberarzt Dr. med. Matthias Ziesch

Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt: Gastroenterologie Erhöhte Leberwerte und unklare Leberbefunde in der bildgebenden Diagnostik stellen einen häufigen Konsultationsgrund für Patienten im Diakonissenkrankenhaus dar. Lebertumore lassen sich in vielen Fällen mit Hilfe der Kontrastmittelsonographie klären. Bei unklarer Leberwerterhöhung gelingt mittels einer differenzierten stufenweisen Labordiagnostik die Eingrenzung der Ursache. Während zur Feststellung eines bindegewebigen Leberumbaus (Fibrose) heute die nichtinvasive Steifigkeitsmessung (ARFI) zur Verfügung steht, bleibt für eine unklare Leberentzündung (Hepatitis) als letzte und invasive Methode die sonographisch gestützte Leberpunktion.

Neben den Veränderungen im Rahmen einer nichtalkoholischen oder alkoholischen Fettlebererkrankung gibt es seltener infektiöse Ursachen oder Stoffwechselstörungen, wie zum Beispiel Eisenspeicher-Erkrankungen, als Grund für Leberveränderungen. Getreu dem Motto "häufige Krankheiten sind häufig und seltene Erkrankungen sind selten", ist der klinische Alltag natürlich nicht von der ständigen Suche nach "Kolibris" geprägt. Nichtsdestotrotz sollten seltene Erkrankungen immer in die differentialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden.





FALL 1: 78-jähriger Patient mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen und wiederholt erhöhten Leberwerten

Der 78-jährige Patient stellt sich mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen und wiederholter Erhöhung der Leberwerte vor.
Innerhalb eines Jahres war es zu einem Gewichtsverlust von
9 kg gekommen. Die ambulante Diagnostik mittels CT und
MRT der Leber konnte die Ursache der Symptomatik nicht
klären. Laborchemisch ergaben sich Hinweise auf eine Erkrankung des Gallengangsystems. In der initialen Abdomensonographie fand sich um die Portalgefäße (Lebergefäße) und
kleinen Gallenwege ein echoarmer (dunkler) Randsaum. Eine
Galleabflußstörung ließ sich nicht objektivieren.

Die Kontrastmittelsonographie zeigte in der arteriellen Phase eine vermehrte Kontrastierung des periportalen Saumes.

In der Spätphase demarkierte sich der periportale Saum dann durch ein Auswaschphänomen.

Sonographisch, klinisch und paraklinisch ergab sich damit der Verdacht auf eine schubförmig verlaufende, IgG4-assoziierte Cholangitis. Differentialdiagnostisch kann bei diesem sonographischen Bild ein entlang der Gallengänge wachsendes Cholangiokarzinom nicht ausgeschlossen werden, weshalb die Indikation zur Leberpunktion gegeben war. Diese zeigte Leberparenchym mit einem erhöhten Gehalt IgG4-produzierender Plasma-

zellen in den Portalfeldern, passend zu einer IgG4-assoziierten Autoimmun-Cholangitis.

Diagnose: IgG4-assoziierte autoimmune Cholangitis

Dabei handelt es sich um eine seltene autoimmune Systemerkrankung mit Manifestation an verschiedenen Organsystemen, in diesem Fall an den Gallenwegen. Aufgrund der sehr bunten Symptomatik ist die Diagnose der Erkrankung schwierig zu stellen und letztlich nur histologisch zu beweisen. Die Therapie besteht in einer längerfristigen Immunsuppression durch Prednisolon.

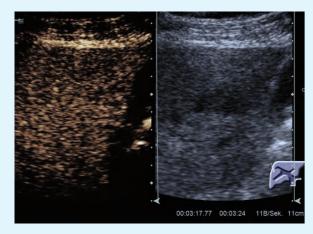


FALL 2: 72-jähriger Patient mit anfallartigem Nasenbluten über Monate hinweg

Der 72-jährige Patient beklagte seit 10/2019 starkes, anfallartiges Nasenbluten, eine verminderte Leistungsfähigkeit und einen Gewichtsverlust von 3 kg. Laborchemisch fiel eine leichte Blutarmut auf. Durch den HNO-Arzt waren die Nasenschleimhäute verödet worden. Im Rahmen einer ambulanten CT des Abdomens wurde der Verdacht auf eine grobknotige







Leberzirrhose mit mehreren gut differenzierten hepatozellulären Karzinomen (HCC) geäußert, weswegen die Vorstellung zur weiteren Tumordiagnostik erfolgte.

Klinisch und laborchemisch ergab sich kein Hinweis auf eine fortgeschrittene Lebererkrankung. Die Abdomensonographie zeigte eine kaliberstarke A. hepatica bei etwas plumper Leber. Über die Leber verteilt stellten sich echoarme Rundherde bis zu einer Größe von 6 cm dar. Auffällig waren kräftige intrahepatische, teils korkenzieherartig verlaufende Leberarterien.

In der folgenden Kontrastmittelsonographie zeigte sich eine starke Hypervascularisation des gesamten Lebergewebes ohne spezifisches Kontrastierungsphänomen der fokalen Läsionen. Insbesondere kam es in der Spätphase zu keinem tumorsuspekten Auswaschphänomen. Zusammenfassend bot sich das Bild hepatischer vaskulärer Malformationen mit Ausbildung nodulärer Hyperplasien (Pseudoläsionen). Eine Indikation zur Leberpunktion ergab sich nicht, da sich kein Hinweis auf einen malignen Tumor fand. In Zusammenschau mit der klinischen Symptomatik wurde ein Morbus Osler diagnostiziert.

Diagnose: hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie (M. Osler)

Hierbei handelt es sich um eine vererbbare Erkrankung, die anhand der sogenannten Curaçao-Kriterien diagnostiziert wird. Diese beinhalten Heredität (familiäre Belastung), Epistaxis (Nasenbluten), Teleangiektasien (kleine kutane Gefäßknoten) und die viszerale Beteiligung. Wenn zwei der vier Kriterien erfüllt sind, in unserem Fall Nasenbluten und Leberbeteiligung, besteht der Verdacht auf einen M. Osler. Dabei stellt die Lebermanifestation die häufigste viszerale Manifestation dar. Eine Therapie erfolgt lediglich bei Symptomen.

FAZIT

Bei der Diagnostik von Lebererkrankungen macht sich die Expertise in der sonographischen Beurteilung der Leber, verbunden mit weiteren nichtinvasiven und invasiven diagnostischen Tools bezahlt. Ein umfassendes klinisches Wissen, verbunden mit zielgenauer bildgebender oder pathologischer Diagnostik ermöglicht auch die Diagnose seltener Erkrankungen. In der Folge kann durch Anbindung an qualifizierte, niedergelassene Kollegen eine adäquate Weiterbehandlung der Patienten gesichert werden.



Das Team des Gynäkologischen Krebszentrums besteht aus Expertinnen und Experten zahlreicher Berufe und Fachgebiete (von links): Stationsleiterin Yvonne Schultze, Stellvertretende Case-Managerin und Bachelor-Nurse Sophia Böhme, Zentrums-Koordinatorin Dr. med. Christine Ritzer, Leiter des Zentrums und Chefarzt der Klinik Dr. med. Stefan Ollig, Case-Managerin S. Conny Müller, Onkologische Fachschwester Linda Littig, QM-Beauftragte Maria Maiwald und Study-Nurse Dana Raab

ZERTIFIZIERTES GYNÄKOLOGISCHES KREBSZENTRUM

Mit seinem fünften Organkrebszentrum baut das Diako seinen onkologischen Schwerpunkt aus

Für die meisten Patientinnen, die eine Krebsdiagnose erhalten, bricht plötzlich und unvorbereitet die Welt zusammen. Die Diagnose wirft viele Fragen auf: Bin ich existenziell bedroht? Welcher Arzt kann mir am besten helfen? Wie schnell muss ich jetzt handeln? Hinzu kommen Ängste und Sorgen über die Folgen der Behandlung: Werde ich die körperliche und seelische Belastung verkraften? Wie selbstbestimmt werde ich sein? Bin ich versorgt in der Zukunft und wer sorgt sich um meine Angehörigen, wenn ich es nicht kann? Krebspatientinnen müssen sich vielschichtigen und komplexen Herausforderungen stellen. Das Gynäkologische Krebszentrum am Diakonissenkrankenhaus stellt ihnen und ihren Angehörigen für jede dieser Herausforderungen den geeigneten Partner zur Seite: Gesund werden ist Teamarbeit!

Objektive Kriterien schaffen Vertrauen in medizinische Qualität

In so einer Situation, müssen sich Betroffene auf die Expertise einer Einrichtung verlassen können. Aber wie lässt sich dieses Vertrauen herstellen? Was sind verlässliche Kriterien für medizinische Qualität? Die Empfehlungen der Deutschen

Krebsgesellschaft sind objektiv und fungieren damit als Wegweiser für Patienten und Ärzte. "Zu uns kommen Patientinnen, die eine von der Deutschen Krebsgesellschaft empfohlene Versorgungsstruktur suchen und damit Kompetenz und Qualität erwarten", schildert Dr. Stefan Ollig, der Leiter des Zentrums, und betont: "Speziell das Diako wählen die Patientinnen aber auch, weil sie darüber hinaus eine persönliche Betreuung in einem familiären Haus wollen."



Auf Basis der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse legt die Deutsche Krebsgesellschaft verlässliche und transparente fachliche Kriterien für die Behandlung und weiterführende umfassende Betreuung von Krebspatienten fest und vergibt unabhängig ein Gütesiegel. Dieses Siegel schafft durch objektive Vergleichbarkeit eine sichere Orientierung. Als dritte Klinik in Sachsen wurde das gynäkologische Krebszentrum am Diakonissenkrankenhaus nach diesen strengen Kriterien zertifiziert. Hierfür werden die Struktur des Netzwerks aus dem stationären und ambulanten Bereich, Behandlungsabläufe, Behandlungszahlen und die Behandlungsqualität kritisch geprüft. Die Patientinnen können sich so einer Behandlung auf höchstem Niveau sicher sein.

Patient als Mensch im Mittelpunkt

Gemeinsam mit stationären und ambulanten Kooperationspartnern ist ein Netzwerk entstanden, das für die Patientin eine optimale Diagnostik und Behandlung gewährleistet. "Wir beraten die uns anvertrauten Menschen umfassend zu ihrem Befund, besprechen die nächsten diagnostischen Schritte und entwickeln auf Basis nationaler und internationaler Behandlungsleitlinien ein individuelles und ganzheitliches Therapiekonzept inklusive der naturheilkundlichen Medizin." Dabei hebt Dr. Stefan Ollig hervor, dass die fachliche Spezialisierung und individuellen Konzepte weit über die ärztlichen Leistungen hinausgehen: "Während des stationären Aufenthalts werden unsere Patientinnen von onkologischen Fachschwestern versorgt. Den Bedürfnissen und Wünschen angepasst stehen Angebote der Physiotherapie, Aromatherapie, Kunst- und Musiktherapie, Ernährungsberatung und der Sozialdienst zur Verfügung."

Im Patienteninformationszentrum können zusätzliche Fähigkeiten erlernt werden, die ein selbstbestimmteres Leben nach dem Krankenhaus ermöglichen. Genesung gelingt zudem besser, wenn Körper und Seele gesund sind. Daher werden die Patientinnen am Diako niederschwellig durch psychoonkologischen sowie seelsorgerischen Angebote unterstützt.

Den Überblick behalten

Bei der Fülle der Angebote ist es nicht leicht, als Betroffene den Überblick zu behalten. Das Case-Management steht hierfür den Patientinnen zur Seite. Erste Ansprechpartnerin im Gynäkologischen Krebszentrum und Brustkrebszentrum ist Schwester Cornelia Müller, die als "Sekretärin der Patientin" über alle Abläufe informiert, Untersuchungen terminiert, bei Fragen und Problemen die geeigneten Ansprechpartner vermittelt. Dr. med. Stefan Ollig erläutert, warum man am Diako so großen Wert auf das Case-Management legt: "In der bewegten Zeit von Diagnostik über Therapie zur Nachsorge ist es wichtig, den Überblick zu behalten. Diese Schnittstelle entlastet die Patientinnen und garantiert den nahtlosen Übergang von stationärer und ambulanter Versorgung." Nehmen

Für eine optimale Rundum-Betreuung stimmen sich alle an der Behandlung beteiligten Fachleute regelmäßig zu jeder einzelnen Patientin ab.

Patientinnen an wissenschaftlichen Studien teil, wird diese Schnittstelle durch die Arbeit der Studienschwester erweitert, die sowohl im stationären Bereich als auch der onkologischen Tagesklinik tätig ist.

Trägervielfalt für eine gesunde Krankenhauslandschaft

Das Diakonissenkrankenhaus setzt höchste Ansprüche an die Expertise seines Fachpersonals und die medizintechnische Ausstattung. Die hohe Qualität ermöglicht den kontinuierlichen Ausbau zertifizierter Zentren und eine prägnante onkologische Spezialisierung. Mit der Zertifizierung des fünften Organkrebszentrums bestätigte die Deutsche Krebsgesellschaft diese besondere Expertise. So leistet das Diako mittlerweile einen erheblichen Beitrag für die zertifizierte Versorgung von Krebserkrankungen. Nur 5 der 77 Krankenhäuser in Sachsen haben so viele zertifizierte Organkrebszentren wie das Diakonissenkrankenhaus Dresden.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist vorbildlich. Die Vielfalt an Häusern mit verschiedenen Ausrichtungen, Größen und Trägern ist ein Erfolgsrezept für eine gesunde Krankenhauslandschaft, wie wir sie in Deutschland haben. Den kontinuierlichen Rückgang kleinerer und freigemeinnütziger Krankenhäuser betrachten daher viele mit Sorge. Demgegenüber steht die außergewöhnlich große Beliebtheit des Diakonissenkrankenhauses bei Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen und den Beschäftigten. Zahlreiche Erhebungen zur Patientenzufriedenheit bestätigen: Die besondere Zuwendung, die im Diako gelebt wird, ist heute gefragter denn je. Medizinische Versorgung auf hohem Niveau, Pflege mit größter Sorgfalt in einem christlichen Krankenhaus mit konsequenter Orientierung am Menschen: Das macht das Diako zu einer unverzichtbaren Bereicherung für die Krankenhauslandschaft in Sachsen. Das Gynäkologische Krebszentrum ist dafür ein starkes Zeichen.

CORONA

Das haben wir aus der Pandemie gelernt

Das leere Bett mit Beatmungsgerät im Isolationsbereich der Diako-ITS ist sinnbildlich für den Verlauf einer Krise, die nie so richtig ausbrach und dennoch Spuren bei uns allen hinterlassen hat. Ein paar davon haben wir bei denen eingefangen, die mittendrin waren im Geschehen.

»Die Zusammenarbeit der Teams unter großem Druck hat mich sehr beeindruckt. Die extrem kurzfristige Einrichtung der Isolierstation war eine enorme Herausforderung. Genau mit der Ankunft der ersten Covid-19-Patientin war die Station vorbereitet.«

Nicole Preller-Endrikat, Leiterin des Hygienemanagements

»Die Pandemie hat unser Arbeitsleben und unsere Abläufe entscheidend verändert. Ich bin stolz auf meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der ITS. Ich hoffe aber, dass wir bald wieder zur Normalität zurückfinden und wir zum Beispiel unsere Dienstberatungen nicht mehr im Gang abhalten müssen.«

Ulrike Altmann, Pflegerische Bereichsleitung ITS/IMC

»Ich habe erlebt, wie wichtig Kommunikation in einer solchen besonderen Zeit ist, um die ständig wechselnden Situati-

onen und Maßnahmen zu erklären, auf

die Fragen und auch auf die Ängste der

Mitarbeiter einzugehen.«

Dr. med. Thorsten Jacobi, Ärztlicher Direktor

»Ich hoffe sehr, dass wir dankbar und demütig bleiben: Dankbar, dass der Verlauf der Pandemie nicht so verheerend war wie in manchem Nachbarland, für die große Geschlossenheit und Einsatzbereitschaft mit der sich alle Mitarbeitenden den Herausforderungen gestellt und sie eindrucksvoll Hand in Hand miteinander bewältigt haben. Demütig sollten wir bleiben in Erinnerung daran, dass wir nicht alles in der Hand haben.«

Rektor Stephan Sjegmund

»Mich hat überrascht, wie gut wir hierzulande im Vergleich aufgestellt sind – in Hinblick auf die reine Bettenkapazität, aber auch die personelle und apparative Ausstattung.«

Robert Meier, Stellvertretender Leiter der Intensivstation

»Da die Schülerinnen und Schüler der Berufsfachschulen nicht mehr zum Unterricht kommen durften, mussten sie von Ferne unterrichtet werden. Das kostete den Lehrkräften ein Vielfaches an Zeit. Im gesamten Unternehmensverbund habe ich eine große gegenseitige Unterstützung wahrgenommen.«

Oberin S. Esther Selle

»Dank einer eingespielten und erprobten
›Katastrohen-Mannschaft‹ ist es uns gelungen, kurzfristig die notwendigen Maßnahmen zu treffen und umzusetzen. Bei
wichtigen Produkten, wie Schutzkitteln,
Schutzmasken und Desinfektionsmitteln
mussten wir erfahren, wie schnell Lieferketten gestört sind. Diese Erfahrung
wird unsere Einkaufsstrategie jetzt und
zukünftig verändern.«

Martin Trogisch, Wirtschaftsleiter

»Wir hatten kaum Vorlaufzeit. Im Diako hatten wir dennoch alles innerhalb weniger Tage vorbereitet. Das hat mich tief beeindruckt. Deshalb haben wir uns als ITS-Mitarbeiter immer sicher gefühlt, auch wenn es vereinzelt Befürchtungen und Ängste gab.«

Jörg Schelzke, Fachkrankenpfleger ITS

»Wir mussten Abläufe erproben, die uns auch in Zukunft pandemietauglich machen. Wir können solchen Situationen deshalb nun mit Optimismus und Gelassenheit entgegenblicken. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben auch unter extremen Rahmenbedingungen zuverlässig und pragmatisch gehandelt.«

Dr. Matthias Schröter, Verwaltungsdirektor)

PFLEGE

Einsatz akademisch ausgebildeter Pflegefachkräfte im Diakonissenkrankenhaus

Das Diako hat sich im vergangenen Jahr intensiv mit der gezielten Einbindung von Pflegefachkräften mit Bachelorabschluss in der Pflegepraxis beschäftigt. Ein zentraler Punkt dabei war, die in der Hochschule erworbenen Kompetenzen zu berücksichtigen. Parallel zu grundständig ausgebildeten Pflegefachkräften gibt es seit 2017 in Sachsen eine Pflegeausbildung mit Bachelorabschluss. Das Diakonissenkrankenhaus Dresden hat ein Konzept entwickelt, die so ausgebildeten Pflegekräfte in den Pflegealltag zu integrieren, damit die Qualität der Pflege zu verbessern und den Fachkräften mit Bachelorabschluss eine attraktive Perspektive zu bieten. Pflegedienstleiterin Karin Ellinger war eine der Projektleiterinnen und stellt das Konzept vor.



Wie können Bachelorabsolventen passgenau in die Pflegepraxis involviert werden? Damit hat sich am Diakonissenkrankenhaus eine Projektgruppe intensiv auseinandergesetzt.

Einschlägigen Studien zufolge geht mit einer höheren Dichte an hochschulisch qualifizierten Pflegefachkräften auch eine niedrige Mortalitätsrate der Patienten einher (z.B. Aiken et al, 2017). Die aktuelle Praxis zeigt, dass hierzulande Dreiviertel der Bachelorabsolventen jedoch ohne erweitertes Profil in der Pflegepraxis tätig sind. Das bedeutet, sie sind äquivalent (gleiche Aufgaben, gleiches Gehalt) zu den grundständig

ausgebildeten Pflegefachkräften beschäftigt. Diese Tatsache geht mit einer hohen Unzufriedenheit am Arbeitsplatz einher. Knapp 80 Prozent der in der direkten Praxis tägigen Bachelorabsolventen wollen ihr Berufsfeld verlassen, indem sie weiterstudieren oder in Stabbereiche wie Lehre oder Management wechseln. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich das Ziel, den Verbleib von Absolventen zu fördern und gezielte Berufsfeldbeschreibungen zu konzeptionieren, um so die Arbeitsplatzattraktivität zu steigern (Baumann, Kugler, 2019).

Das Diakonissenkrankenhaus Dresden hat sich zum Ziel gesetzt, dass 20 Prozent aller Pflegefachkräfte in den Pflegeteams Bachelorabsolventen sind. Im vergangenen Jahr tagte dafür eine Projektgruppe mit Vertretern aus den Bereichen Pflege, Lehre, Management, Praxisanleitung, Bachelor-

studenten und -absolventen sowie der Mitarbeitervertretung. Die Gruppe beschäftigte sich mit der Fragestellung, wie Bachelorabsolventen passgenau in die Pflegepraxis integriert werden können und die erweiterten Aufgaben beschrieben werden sollen. Dabei wurden unter anderem Themen wie Tätigkeitsprofile pflegerischer Qualifikationen, Funktionsbeschreibungen, Traineeprogramme, Eingruppierung, Einsatzor-



Die Leitung und Moderation multiprofessioneller Fallbesprechungen ist eine der Aufgaben, die akademisch ausgebildete Pflegekräfte am Diako zukünftig übernehmen können.

te und die praktische Umsetzung diskutiert. Ein zentraler, für alle Beteiligten wichtiger Aspekt war die transparente Definition und Abgrenzung grundständiger und hochschulischer Kompetenz und Aufgabenstellung.

Aus der Projektarbeit ist ein Konzept entstanden, welches regelt, wie Bachelorabsolventen künftig im Diakonissenkrankenhaus eingesetzt werden. Danach sollen Bachelorabsolventen mindestens 80 Prozent ihrer Arbeitszeit in der direkten pflegerischen Versorgung tätig sein, analog zu allen anderen Pflegefachkräften, integriert ins Pflegeteam. Darüber hinaus werden erweiterte, exklusive Tätigkeiten übernommen. Dafür werden die Bachelorabsolventen freigestellt.

In die aufgeführten erweiterten Aufgaben werden die Bachelorabsolventen anhand des Kernstücks des Konzeptes, dem Traineeprogramm, eingearbeitet. Dieses soll die Absolventen befähigen, die Aufgaben nach erfolgreichem Abschluss, selbständig durchführen zu können. Das Programm dauert bei Absolventen, welche direkt aus der Hochschule kommen, ein Jahr, bei berufserfahrenen Absolventen ein halbes Jahr. Während dieser Zeit werden sie durch Masterabsolventen Schritt für Schritt an die Aufgaben herangeführt, indem es Praxisbegleitungen und regelmäßige Feedbackgespräche gibt. Der Bachelorabsolvent reflektiert die Traineezeit zudem schriftlich in einem Portfolio.

Die Aufgaben akademisch ausgebildeter Pflegekräfte richten sich nach den in der Hochschule erworbenen Qualifikationen:

- Steuerung, Planung und Versorgung hochkomplexer Pflegesituationen
- Durchführung und Auswertung von Pflegevisiten
- Leitung und Moderation von multiprofessionellen, interdisziplinären Fallbesprechungen
- Prozess- und Problemanalysen sowie Anpassung von Prozessen in der Abteilung und bereichsübergreifend
- Planung und Durchführung von Fortbildungen zu spezifischen Themen, basierend auf einer Literaturrecherche
- Begleitung von Studenten bei Praxisaufträgen und Fragestellungen aus der Hochschule
- Begleitung des Traineeprogramms
- Mitwirkung in der Arbeitsgruppe ,Evidenzbasierte
 Pflegestandards', d.h. Übernahme der fachlichen
 Verantwortung für ein bis zwei Pflegestandards.
 Diese müssen anhand einer Literaturrecherche auf
 Aktualität geprüft, angepasst und geschult werden.
- Bearbeitung von Fragestellungen aus der Praxis →
 Literaturrecherche → in die Praxis
- Übernahme von abteilungsinternen Projekten

Jahrgang 7, September 2020





Während eines Traineeprogramms werden die Bachelor- durch Masterabsolventen Schritt für Schritt an die Aufgaben herangeführt.

Das Traineeprogramm hat qualifizierenden Charakter, sodass erst danach entschieden wird, ob ein Einsatz als "Bachelor Pflege" möglich ist. Nach erfolgreich absolviertem Traineeprogramm trägt der "Bachelor Pflege" die Verantwortung für die Übernahme der erweiterten Tätigkeiten und führt diese selbständig und selbst koordiniert in seinem Bereich durch. Mit Übernahme der erweiterten Tätigkeiten wird der Mitarbeiter gleichzeitig in eine andere Entgeltgruppe eingruppiert. Die Absolventen sollen nun in jedem Bereich tätig sein können, auch in den Funktionsbereichen und im Personalpool. Voraussetzung für die Arbeit als "Bachelor Pflege" ist neben dem abgeschlossenen Hochschulstudium ein hohes Maß an Selbständigkeit, Eigeninitiative, Reflexionsfähigkeit und Disziplin sowie die Fähigkeit, Veränderungen zu begleiten.

Am Diakonissenkrankenhaus besteht auch für langjährig am Haus tätige, erfahrene Pflegefachkräfte die Möglichkeit zu studieren und künftig als "Bachelor Pflege" tätig zu sein. Jährlich werden zwei Interessenten gefördert und unterstützt. Derzeit läuft der erste Durchgang des Traineeprogrammes. Sobald dieses abgeschlossen ist, evaluieren die Verantwortlichen das Konzept und führen es schrittweise im gesamten Haus ein. Damit ist das Diakonissenkrankenhaus Dresden eines der ersten Häuser, die ein konkretes Konzept haben, Bachelorabsolventen gezielt einzustellen und der Qualifikation entsprechend einzubinden. Bei der Bewerberauswahl gilt das Credo, dass die Anstellung der Pflegefachkräfte nicht trotz, sondern wegen des Studiums erfolgt.

Literat

Baumann, AL, Kugler, C. (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundständig qualifizierender Pflegestudiengänge-Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. In: Pflege. 32 (1). 7–16

Aiken, LH, Sloane, D. Griffiths, P. et al. (2017): Nursing skill mix in European hospitals: cross – sectional study off the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ Quality and Safety, 26 (7), 559–568

MINIMALINVASIVE WIRBELSÄULENCHIRURGIE

Kyphoplastie oder percutane zementaugmentierte dorsale Spondylodese bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen der thorakolumbalen Wirbelsäule

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland sowie der Prävalenz der Osteoporose bei Alterspatienten sehen wir im klinischen Alltag wiederkehrend geriatrische Patienten mit osteoporose-assoziierten Frakturen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Diese können gänzlich ohne Trauma im Sinne einer Insuffizienzfraktur oder nach Niedrigenergieverletzung (Stolpersturz) auftreten. Für die Betroffenen führt dies zum einen zu intensiven Schmerzen (akuter Lumbago oder ausstrahlende Beinschmerzen) und drohender Immobilität. Zum anderen resultieren daraus Einschränkungen der Selbstständigkeit und nicht selten manifestiert sich eine Pflegebedürftigkeit. Dr. med. Tobias Koch ist Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Diakonissenkrankenhaus Dresden. Als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie verfügt er über eine langjährige Erfahrung bei der Behandlung von Wirbelfrakturen im Alter. Er erläutert Therapieoptionen und warum eine schnelle, fokussierte Diagnostik sowie eine suffiziente Schmerztherapie so wichtig sind.

In Abhängigkeit vom Erfolg der ergriffenen Maßnahmen sowie der Frakturmorphologie kann konservativ anbehandelt werden. Dies beinhaltet die Schmerztherapie, Frühmobilisation, gegebenenfalls eine Rumpforthese und eine kurzfristige Röntgenverlaufskontrolle. Bei rascher Progredienz der Höhenreduktion der betroffenen Wirbelkörper (vermehrte Kyphose, gestörte sagittale Balance), bei einer unzureichenden Schmerzreduktion oder dauerhaft gestörten Aktivität mit bedrohter Selbstständigkeit müssen operative Interventionsmöglichkeiten geprüft und angeboten werden.

Die Einleitung einer Osteoporose-Basistherapie und eine weiterführende Diagnostik – inklusive DXA-Messung mit befundabhängiger Implementierung

einer spezifischen Therapie nach DVO – sind obligat. Die unfallchirurgische Grunddiagnostik umfasst symptombezogene Röntgenuntersuchungen in zwei Ebenen der betroffenen



Oberarzt Dr. med. Tobias Koch

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Zusatzgualifikation: Spezielle Unfallchirurgie

> Wirbelsäulenabschnitte. Zusätzlich wird eine eingehende neurologische Untersuchung gefordert um Paresen und Blasen-/ Darmentleerungsstörungen zu detektieren.

Jahrgang 7, September 2020

Der OF-Score leitet eine fundierte patientenbezogene Therapieempfehlung anhand der folgenden Parameter ab:

- Frakturmorphologie
- Knochendichte
- Dynamik der Sinterung
- Schmerz
- Neurologie
- Mobilisation und
- Gesundheitszustand des Patienten

Fallbeispiel: 79 Jahre, weiblich, osteoporotische Sinterungsfraktur LWK1

Nach Ausbleiben eines konservativen Therapieerfolges wurde eine Kyphoplastie vorgenommen. Die Patientin wurde am 4. postoperativen Tag entlassen, in der Ebene mobil ohne Hilfsmittel.



OF 4-Fraktur (Keildeformation)



Kyphoplastie LWk

Zur genauen Klassifikation der Frakturmorphologie und einem zügigen Therapieentscheid hat sich die Computertomografie etabliert. Zur Abgrenzung akuter versus chronischer sowie Begleitpathologien (zum Beispiel Foraminalstenosen, neurologische Auffälligkeiten) bleibt meist eine MRT die unabdingbare Konsequenz. Insbesondere beim Alterspatienten kann hier ein Knochenmarködem angrenzender Wirbelkörper eine notwendige Erweiterung der operativen Versorgung anzeigen und die Versagenswahrscheinlichkeit des durchgeführten Prozedere senken.

Die Einteilung der osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen erfolgt nach der OF-Klassifikation (Arbeitsgruppe Osteoporotische Frakturen der Sektion Wirbelsäule der DGOU). Kann unter diesen Maßnahmen eine Schmerzarmut und Mobilisierbarkeit erzielt werden, wird überwiegend der konservative Pfad beschritten.

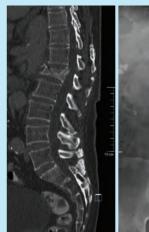
Erfordert die Frakturmorphologie beziehungsweise die nur unzureichend beeinflussbare Symptomatik unter konservativem Vorgehen eine operative Stabilisierung, so muss die Entscheidung unter strenger Risiko-/Nutzenabwägung, unter Beachtung der individuellen Komorbiditäten sowie unter stetiger Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen getroffen werden.

Für den Fall einer singulären Wirbelkompression steht die Kyphoplastie zur schnellen und sicheren Schmerzreduktion zur Verfügung. Hierbei werden über minimale Zugänge von dorsal transpedikulär inflatierbare Ballons in den deformierten Wirbelkörper eingebracht. Die Ballons werden bildwandlerkontrolliert entfaltet und dadurch der Wirbelkörper wiederaufgerichtet. In den entstandenen Hohlraum wird Knochenzement eingefüllt. Direkt postoperativ besteht Vollbelastbarkeit. Risiken sind eine Zementembolie oder unerwünschter Zementaustritt in den Spinalkanal. Prinzipiell kann dieses Verfahren auch in mehreren Etagen zur Anwendung kommen.

Bei höhergradigen Wirbelkörperzerstörungen beziehungsweise instabilen Verletzungen kommen percutan eingebrachte Schrauben-Stab-Systeme auch in Kombination mit der Kyphoplastie zur Anwendung. Speziell für den osteoporotischen Knochen stehen in diesen Fällen perforierte Pedikelschrauben mit der Möglichkeit der Zementaugmentation zur Erhöhung der Ausrissfestigkeit und Verbesserung der Primärstabilität

Fallbeispiel: 81 Jahre, männlich, Niedrigenergiesturz mit LWK 1-Fraktur (OF4-Fraktur – inkompletter Berstungsbruch)

Entlassung aus der stationären Behandlung am 10. postoperativen Tag bei wiedergewonnener Gehfähigkeit am Rollator zur geriatrischen Rehabilitation.









- a) Kranialer Berstungsbruch des LWK 1 im CT mit Hinterkantenprotrusion
- **b)+c)** Postoperative Röntgenverlaufskontrolle ap und seitlich nach Kyphoplastie des LWK1 und dorsaler zementaugmentierter Spondylodese BWK 12 LWK 2, kleines asymptomatisches Zementparavasat in der Segmentvene L2
- d) CT-Verlaufskontrolle mit regulärer intrakorporaler Zementverteilung sowie transpedikuläre Lage der perforierten Schrauben

zur Verfügung. In den meisten Fällen kann somit ein invasives ventrales Zugehen mit Wirbelkörperersatz vermieden werden.

Durch die minimalinvasive weichteilschonende Technik sind Wundheilungsstörungen selten und der postoperative Schmerzmittelverbrauch gering. Nach kurzem stationärem Aufenthalt können die Alterspatienten bei erhaltener Mobilität und Selbstständigkeit in die Reha-Maßnahmen oder die Häuslichkeit entlassen werden.

Literatur

Nichtoperative und operative Behandlung der osteoporotischen Wirbelkörperfraktur. Empfehlungen der Sektion Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).Orthopäde 2019. 48: 84 – 91. Springer Medizin Verlag GmbH.



15 JAHRE BAUCHZENTRUM DRESDEN

Das Diako als Vorreiter fachübergreifender Zusammenarbeit

Im Oktober 2005 wurde das Bauchzentrum Dresden als Marke eingetragen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit über Fachgebiete hinweg wurde zu diesem Zeitpunkt bereits lange gelebt. Während der Begriff des "Zentrums" heute fast inflationär verwendet wird, war eine solche Herangehensweise bei Erkrankung des Bauchraumes damals noch nicht üblich. Wie sie auf den Namen kam, was sich für Patienten änderte und warum das Bauchzentrum eine zentrale Bedeutung für die gesamte Strategie des Diakonissenkrankenhauses hat, daran erinnern sich die beiden Leiter im Gespräch.

Eine neue Art von Zentrum, das sich mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes beschäftigt – war Ihnen sofort klar, dass das nur "Bauchzentrum" heißen kann?

Prof. Dr. Erk: Nein, denn ein Vorbild für so ein Zentrum – zumindest in Deutschland – kannten wir damals noch nicht. Wir sind letztendlich darauf gekommen, weil es hierzulande zwar zahlreiche "Herzzentren" gab, aber kein "Bauchzentrum". In anderen Ländern wie Frankreich hingegen, waren solche "Centres abdominaux" bereits etabliert.

Mit diesem Namen wollten wir einen neuen Geist der Zusammenarbeit zwischen unseren Fachdisziplinen zum Ausdruck bringen. Die heutigen "Viszeralonkologischen" Zentren werden erstens nicht von jedem verstanden, sondern grenzen auch das Krankheitsbild ein. Womit sich ein "Bauchzentrum" beschäftigt, ist auch jedem Laien sofort klar, zudem ist der Begriff auch umfassender. Hierher kann jeder kommen, egal ob er Galleinsteine, eine degenerative Lebererkrankung oder einen bösartigen Magentumor hat.

War es nicht damals schon selbstverständlich, dass die beteiligten Kliniken fachübergreifend an solche Erkrankungen herangehen?

Dr. Jacobi: Heute ist es tatsächlich schwer vorstellbar, dass sich zwei Fachrichtungen wie die Gastroenterologie und die Viszeralchirurgie nicht eng abstimmen. Früher sind Patienten zunächst von einer der beiden Disziplinen betreut worden, die dann den weiteren Behandlungsablauf festgelegt hat. Die jeweils andere Disziplin wurde im Bedarfsfall per Konsil hinzuge-

Prof. Dr. med. Jens-Uwe Erk
(links) ist Chefarzt der Klinik
für Innere Medizin. Dr. med.
Thorsten Jacobi ist Chefarzt
der Klinik für Viszeralchirurgie/
Proktologie. Unter ihrer Leitung
etablierte sich das Bauchzentrum Dresden zu einer
renommierten Marke in der
Dresdner Medizinlandschaft.

zogen. Heute hat sich das meist erübrigt, da die Abteilungen alle wichtigen Entscheidungen gemeinsam treffen.

Dabei muss man bedenken, dass beiden Kliniken aus ihrer Geschichte und der täglichen Arbeit heraus ganz unterschiedlichen Philosophien folgen. Auf der einen Seite steht die Innere Medizin, die vor allem Diagnostik, medikamentöse und interventionelle Therapie betreibt und auf der anderen Seite die Viszeralchirurgie. Daraus ergeben sich Unterschiede, die bis zu den Tageszeiten reichen, zu denen Hochbetrieb herrscht.

Sie mussten also verschiedene Sichtweisen und Routinen zusammenbringen. Wie gingen Sie an diese Aufgabe heran?

Dr. Jacobi: Wir mussten alle Prozesse neu regeln, damit wir zum Beispiel alle Experten in Konferenzen, Tumorboards und anderen Besprechungen zusammenbringen können. Für die Umsetzung ließen wir unser Qualitätsmanagementsystem für

das Bauchzentrum nach
DIN EN ISO 9001 zertifizieren. Das war wichtig, um
den neuen Zentrumsgedanken mit Leben zu füllen
und alle mitzunehmen.
Damit konnten wir sicherstellen, dass die Prozessqualität gleichbleibend
hoch ist oder stetig verbessert wird.

Durch die langjährige
Zusammenarbeit haben
sich die verschiedenen
Disziplinen mittlerweile sehr
aufeinander eingestellt. All
dies aber ohne den Geist
der jeweiligen Fachdisziplinen ganz aufzugeben, sondern im Gegenteil: indem
wir jeweils das Beste aus
beiden Bereichen zusammenbringen.

Prof. Dr. Erk: Die Gründung des Zentrums ist immer der Abschluss eines Prozesses. Die Zertifizierung war für uns ein Instrument, um diesen Prozess anzustoßen. Ein halbes Jahr lang haben wir die neuen Abläufe mit allen Ebenen im Krankenhaus diskutiert, die beteiligt sind: von der Pflege, über den Funktionsdienst bis hin zum OP. Schließlich konnten wir die Gründung des Bauchzentrums verkünden, welches

sich im Laufe vieler Jahre einen sehr guten Ruf in Dresden erarbeitet hat.

Wo sind die Veränderungen für Patienten und niedergelassene Ärzte am deutlichsten?

Dr. Jacobi: Die Unterschiede sind tiefgreifend. Zunächst rufen Patienten oder Ärzte im zentralen Koordinationsbüro des Bauchzentrums an, egal ob die Patienten chirurgisch oder internistisch sind. Auch die Behandlungsabläufe sind für die Patienten kürzer. Zudem hilft es Patienten, wenn sie über den gesamten Behandlungsablauf von mehreren Fachrichtungen betreut werden, auch wenn nicht sofort alle zum Einsatz kommen.

Können Sie das an einem Beispiel ausführen?

Dr. Jacobi: Es gibt Erkrankungen, die zunächst rein internistisch behandelt werden können, in deren weiteren Verlauf aber irgendwann eine Operation notwendig ist. Das ist zum Beispiel oft bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen der Fall. Im Bauchzentrum begleiten wir diese Patienten dennoch von Anfang an gemeinsam. Das schafft eine ganz andere Vertrauensbasis, als wenn er den Chirurgen zum ersten Mal sieht, nachdem alle anderen Therapieformen ausgeschöpft sind.

Profitiert das Bauchzentrum dabei von dem relativ breiten Spektrum bei gleichzeitig kurzen Wegen, die das Diakonissenkrankenhaus auszeichnet?

Prof. Dr. Erk: Ja, aber der Nutzen ist wechselseitig. Eine große Strahlkraft für das Diakonissenkrankenhaus nach außen geht vom Bauchzentrum aus. Das gelingt durch unsere Tätigkeit in vielen Bereichen. So bieten wir am Diako beispielsweise auch alle Ultraschallkurse für angehende Mediziner in Ostsachsen an. Den Fokus setzen wir dabei auf praxisnahe und interaktive Ausbildung. Die angehenden Mediziner bekommen einen Eindruck von unserer Tätigkeit und tragen ihre Erfahrungen in ihre Einrichtungen zurück, einige von ihnen gehen in die Niederlassung. Da wir dies seit mehr als 20 Jahren anbieten, haben wir sehr viele Mediziner damit erreicht. Damit konnten wir sowohl unsere Arbeit im Bauchzentrum als auch das gesamte Diakonissenkrankenhaus weit über die Stadtgrenzen hinaus bekannt machen.

Themenreihe:

Die Zentrale Notaufnahme am Diakonissenkrankenhaus Dresden

Die Zentrale Notaufnahme (kurz ZNA) stellt für das Diakonissenkrankenhaus Dresden eine wichtige Eintrittspforte dar – sowohl für Patienten mit akuten Erkrankungen und Verletzungen, als auch für dringende Zuweisungen durch Haus- und Fachärzte. Dafür steht im Bereich der ZNA rund um die Uhr ein Team aus Ärzten und Pflegekräften bereit. Am Diakonissenkrankenhaus Dresden ist die Zentrale Notaufnahme eine eigenständige Abteilung. Dr. med. Thomas Hohaus leitet das Team von Fach- und Assistenzärzte der Kliniken für Innere Medizin, Viszeralchirurgie/Proktologie und Unfallchirurgie/Orthopädie. Die pflegerische Leitung über das Team des Funktionsdienstes hat Kai-Uwe Kuss inne.





Damit kritisch kranke oder verletzte Patienten eine zeitnahe Behandlung erhalten, ermöglicht das Manchester-Triage-System eine schnelle und sichere Festlegung, in welcher Reihenfolge die eintreffenden Notfälle versorgt werden. Speziell geschulte Pflegekräfte ermitteln standardisiert und verlässlich den Schweregrad der Erkrankung oder Verletzung und weisen den Patienten einer von fünf Dringlichkeitsstufen zu.

Alle Patienten erfahren bei ihrer Aufnahme in der ZNA innerhalb von zehn Minuten eine medizinische Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System. Aus dieser ergibt sich die Dringlichkeit der Behandlung: Von Bedeutung ist das vor allem dann, wenn mehrere Patienten gleichzeitig die Notaufnahme beanspruchen. Das Ergebnis gibt Orientierung für die Zeit bis zum Erstkontakt durch einen der diensthabenden Ärzte.

Neben klinischer Untersuchung und Sonografie in den Räumen der Zentrale Notaufnahme können in der unmittelbar benachbarten radiologischen Praxis sowohl sämtliche Röntgenuntersuchungen als auch Durchleuchtungen, Computertomografien, Kernspintomografien bei gegebener Dringlichkeit und sonografische Untersuchungen vorgenommen werden. Dabei ist die Nähe dieser Abteilung von großem Vorteil. Ebenso stehen die Möglichkeiten der internistischen Funktionsabteilung zur Verfügung, auch diese liegt in unmittelbarer Nähe der ZNA. Insbesondere für die Abklärung von gastrointestinalen Blutungen oder anderen Indikationen zur Notfallendoskopie oder spezialisierten Sonografien ist dies von



Eine erste Sonographie kann direkt in der ZNA durchgeführt werden. Für komplexere Diagnostik stehen die radiologische Praxis und die internistische Funktionsabteilung auf derselben Ebene des Diakonissenkrankenhauses zur Verfügung.

großer Bedeutung. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Urologie, der Klinik für Gynäkologie und der Geburtshilfe.

In den vier Untersuchungs- und Behandlungsräumen mit je einem Behandlungsplatz können neben der klinischen Untersuchung auch Wundversorgungen, einfache Interventionen sowie Castanlagen stattfinden. Darüber hinaus steht ein Schockraum mit zwei Behandlungsplätzen zur Verfügung, in dem kritisch kranke oder mehrfach verletzte Patienten behandelt werden können. In enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie sowie den Mitarbeitern der Intensivstation erfolgt hier die Erstversorgung, zum Beispiel mit der Etablierung von zentralvenösen Zugängen, der Anlage von Thoraxdrainagen, gegebenenfalls der Einleitung einer nicht-invasiven Beatmung oder auch einer Intubation und Narkose. Ebenso können Reanimationsmaßnahmen übernommen und fortgesetzt werden.

Zuweisungen von Notfallpatienten aus Arztpraxen in die ZNA sollten mit einer "Verordnung von Krankenhausbehandlung" erfolgen. Aktuelle Vorbefunde, Medikationspläne sowie falls vorhanden auch Röntgen- und CT-Bilder sollten auf Datenträgern beigelegt werden. Dies erleichtert die Entscheidungsfindung und vermeidet Doppeluntersuchungen. Relevante Bildbefunde bekommt der Patient auf einem Datenträger mit. Um eine enge und unkomplizierte Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten zu ermöglichen, stehen die Dienst-

habenden unter der Telefonnummer 0351 810-1708 und der Leitende Arzt unter der 0351 810-1433 zur Verfügung. Das gesamte Team ist hochmotiviert, an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, dem Patienten in seiner Notsituation die erforderliche medizinische Hilfe zukommen zu lassen.



Seit Juli 2019 steht das interdisziplinäre Ärzteteam der Zentralen Notaufnahme unter der Leitung von **Dr. med. Thomas Hohaus,** Facharzt für Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie; Notfallmedizin; ATLS-, ACLS-Provider.

Jahrgang 7, September 2020

Ihre Ansprechpartner im Diakonissenkrankenhaus Dresden

Kliniken



KLINIK FÜR ANÄSTHESIE

Chefarzt Dr. med. Michael Böhme

Telefon: 0351 810-1314 Fax: 0351 810-1315

michael.boehme@diako-dresden.de



KLINIK FÜR UNFALLCHIRURGIE UND ORTHOPÄDIE

Chefarzt Dr. med. Thomas Lein

Telefon: 0351 810-1305 Fax: 0351 810-1319

thomas.lein@diako-dresden.de



KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN

Chefarzt Prof. Dr. med. Jens-Uwe Erk

Telefon: 0351 810-1414 Fax: 0351 810-1427

jens-uwe.erk@diako-dresden.de



KLINIK FÜR VISZERALCHIRURGIE/PROKTOLOGIE

Chefarzt Dr. med. Thorsten Jacobi

Telefon: 0351 810-1419 Fax: 0351 810-1418

thorsten.jacobi@diako-dresden.de





KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE

Chefarzt Dr. med. Stefan Ollig

Telefon: 0351 810-1331 Fax: 0351 810-1800

stefan.ollig@diako-dresden.de



KLINIK FÜR GEBURTSHILFE

Chefärztin Ágnes Zirkel

Telefon: 0351 810-1331

Fax: 0351 810-1800

agnes.zirkel@diako-dresden.de



KLINIK FÜR UROLOGIE

Chefarzt Dr. med. Stephan Bulang

Telefon: 0351 810-1721

Fax: 0351 810-1730

stephan.bulang@diako-dresden.de

Zentren

BAUCHZENTRUM

Mit Kompetenzzentrum Minimalinvasive Chirurgie, Kompetenzzentrum Koloproktologie, Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum

Leiter: Prof. Dr. med. Jens-Uwe Erk, Dr. med. Thorsten Jacobi

Telefon: 0351 810-1414 Fax: 0351 810-1418

bauchzentrum@diako-dresden.de

Tumorkonferenz Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum

für niedergelassene Ärzte: Dienstag 15.30 Uhr











BRUSTKREBSZENTRUM

Standort des Regionalen Brustzentrums Dresden

Leiter: Dr. med. Stefan Ollig Telefon: 0351 810-1331 Fax: 0351 810-1800

brustzentrum@diako-dresden.de



GYNÄKOLOGISCHES KREBSZENTRUM

Leiter: Dr. med. Stefan Ollig Telefon: 0351 810-1331 Fax: 0351 810-1800

gynaekologie@diako-dresden.de



PROSTATAKARZINOMZENTRUM

Leiter: Dr. med. Stephan Bulang

Telefon: 0351 810-1721 Fax: 0351 810-1730

prostatakarzinomzentrum@diako-dresden.de



LOKALES TRAUMAZENTRUM

Leiter: Dr. med. Thomas Lein Telefon: 0351 810-1305 Fax: 0351 810-1319

thomas.lein@diako-dresden.de



So erreichen Sie uns

Diakonissenkrankenhaus Dresden

Holzhofgasse 29, 01099 Dresden Telefon: 0351 810-0 Fax: 0351 810-1008 diakonissenkrankenhaus@diako-dresden.de

www.diako-dresden.de

Impressum

Herausgeber:

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden e.V.

Konzept und Redaktion:

Victor Franke

Kontakt:

Holzhofgasse 29, 01099 Dresden Telefon: 0351 810-1027 victor.franke@diako-dresden.de

Satz und Layout: sorbergestaltet.de

Fotos: Sven Claus (FOTOGRAFISCH, Dresden)
Ben Gierig (Ben Gierig – Fotografie, Dresden)
Steffen Giersch (Dresden)
Franziska Pilz/Konvex Fotografie (Health Company, Dresden)
Uwe Völkner (Fotoagentur FOX, Lindlar/Köln)

Auflage: 3.000

Wenn Sie die Broschüre nicht mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das bitte mit unter der E-Mail-Adresse victor.franke@diako-dresden.de oder rufen Sie an unter 0351 810-1027.



