Diakonissen
Anstalt
Dresden

Zuwendung leben

Diakonissen Krankenhaus

EinBlick ins Diako

EXPERTISE TEILEN – AM FORTBILDUNGSSTANDORT DIAKO

Bessere Behandlungsergebnisse durch Fast-Track-Chirurgie

Geburtshilfliche Methoden zum Umgang mit Beckenendlage

Chirurgische Therapieoptionen bei instabiler Kniescheibe

Zugangswege zum richtigen Behandlungspfad

Integration von Bachelor-Absolvent*innen in die Pflegepraxis

Diako-Fallbesprechung: Entfernung kurioser Nierensteine

2022 | N° 9

LIEBE LESER*IN

mit der Broschüre „EinBlick ins Diako“ richten wir uns an niedergelassene Ärzt*innen 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.

Ihre Krankenhausleitung

Inhalt

FAST-TRACK-CHIRURGIE 4
Vermeidung von Komplikationen durch schnellere Rekonvaleszenz

UMGANG MIT BECKENENDLAGE 6
Spontangeburt, Soft-touch-Wendung oder Sectio?

FORTBILDUNGSSTANDORT DIAKO 8
Expertise teilen – mit Kursen für externes Personal

INSTABILE KNIESCHEIBE 10
Chirurgische Therapieoptionen

ÜBERBLICK 13
Zugangswege ins Diako

AKADEMIKER AM PATIENTENBETT 14
Integration von Bachelor-Absolvent*innen in die Pflegepraxis

DIAKO-FALLBESPRECHUNG 18
„Der schöne Stein“ – Entfernung kurioser Nierensteine

ÜBERBLICK 20
Ihre Ansprechpartner im Diakonissenkrankenhaus Dresden

© Ben Gierig

FAST-TRACK

Vermeidung von Komplikationen durch schnellere Rekonvaleszenz

Seit Anfang dieses Jahres werden in der Klinik für Viszeralchirurgie/Proktologie unter Chefarzt Dr. med. Thorsten Jacobi alle Patient*innen mit operationspflichtigen kolorektalen Erkrankungen elektiv im Rahmen eines Fast-Track-Konzeptes vorbereitet und therapiert. Es handelt sich hierbei um einen interdisziplinären Ansatz in der perioperativen Medizin, um die bestmöglichen postoperativen Behandlungsergebnisse für die Patient*innen zu erzielen.

Um eine wirkliche Neuheit handelt es sich bei diesem therapeutischen Vorgehen nicht – seit 30 Jahren kommt es zum Einsatz. Der Ansatz erlebt aber ein Revival unter neuem, geschützten Namen: ERAS®. Nach Gründung der ERAS®Society 2010 in Stockholm wurde von dieser 2019 eine internationale Leitlinie veröffentlicht, in welcher das ursprünglich aus den Niederlanden stammende Konzept mit aktuellen Studien verfeinert und somit evidenzbasiert kliniktauglich gemacht wurde. In West- und Nordeuropa bereits flächendeckend integriert, steht nunmehr die allumfassende Patientenbetreuung und -motivation im Mittelpunkt einer erfolgreichen und komplikationsarmen chirurgischen Behandlung.

Nach eingehender Prüfung der überzeugenden Studienlage, insbesondere bezüglich der Vermeidung allgemeiner Komplikationen (Pneumonien, Wund- und Katheterinfektionen), entschloss sich das Diakonissenkrankenhaus zur Implementierung eines Fast-Track-Konzeptes in der kolorektalen Chirurgie. Unter der externen Supervision des in Deutschland führenden Experten Prof. Dr. med. Wolfgang Schwenk erfolgt eine strukturierte und datenorientierte Anpassung und Aktualisierung klinikinterner Behandlungsstrukturen, um den Patient*innen schneller, sicherer und individueller durch ihre Erkrankung zu helfen.

Präoperative Konditionierung mittels Eisensubstitution, Ernährungstherapie, Vermeidung von unnötigen Abführmaßnahmen und sogenanntem Carbo-Loading ermöglichen es am Diakonissenkrankenhaus, Patient*innen im bestmöglichen Allgemeinzustand zu operieren. Für die Therapie gilt: So viel wie nötig, so wenig invasiv wie möglich. In diesem Sinne werden mittels minimalinvasiver Operationsmethoden und nicht-invasiver Regionalanästhieseverfahren perioperativ Drainagen, Zugänge und Kathetern reduziert.

Insbesondere älteren und multimorbiden Patient*innen ist es damit möglich, unmittelbar postoperativ (After Surgery) mit der Mobilisation und dem Kostaufbau zu beginnen, so dass eine intensivere Wiederherstellung (Enhanced Recovery) der ursprünglichen Homoöstase und Autonomie erzielt wird. Zudem wird unter anderem durch analoge und digitale Patiententagebücher jede*r Einzelne im Genesungsprozess motiviert und somit dessen Selbstwirksamkeit gestärkt.

© Fanziska Pilz

Die Fast-Track-Assistentin ist die zentrale Ansprechpartnerin und Koordinatorin im ambulanten und stationären Behandlungsverlauf – sowohl für die Patient*innen als auch für die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen. Zu ihren Aufgaben gehören:

- **Ausführliche Information, Schulung und Beratung im Rahmen der ambulanten Operationsvorbereitung**
- **Begleitung von der Aufnahme bis zur Entlassung auf der Station**
- **Ansprechpartnerin auch nach der Entlassung**

„Aus meinen Erfahrungen der vergangenen Monate ist es für die Patient*innen ein großer Vorteil, eine persönliche Bezugsperson zu haben und mich mit allen Fragen und Problemen ansprechen zu können.“

Ute Meinhardt, Fast-Track-Assistentin am Diakonissenkrankenhaus Dresden

Die Entlassung ab dem fünften postoperativen Tag ist daher nicht mehr das erstrebenswerte Vorhaben des Chirurgen, sondern das selbstgesetzte Ziel jedes*r einzelnen Patient*in. Diese werden ab der ersten Vorstellung in der neu etablierten Fast-Track-Sprechstunde bis zur Entlassung sowohl ärztlicherseits als auch durch unsere speziell geschulte Fast-Track-Assistentin Ute Meinhardt intensiv betreut und beraten. Poststationär erfolgt die standardmäßige Nachkontrolle aller Patient*innen im Diakonissenkrankenhaus, um Probleme frühzeitig zu erkennen. Dadurch wird die Zufriedenheit der behandelten Menschen sichtbar gesteigert und ein besseres Krankheitsverständnis ermöglicht.

Alles in allem stellt das Fast-Track-Konzept einen vielschichtigen Ansatz sowohl zur Verbesserung der Patientensicherheit durch Vermeidung von Komplikationen als auch ein neuen hoffnungsvollen medizinischen Mind-Set dar, der Erneuerung durch Reduktion anstrebt. Denn schnellere Medizin bedeutet auch mehr Zeit für unsere Patient*innen. ■

UMGANG MIT BECKENENDLAGE

Spontangeburt, Soft-touch-Wendung oder Sectio?

Während die meisten Kinder aus der sogenannten Schädellage, also mit dem Köpfchen zuerst, geboren werden, entscheiden sich einige Kinder für die umgekehrte Richtung – die sogenannte Beckenendlage. Hier erfahren Sie, welche Methoden es gibt, um dennoch auf einen Kaiserschnitt zu verzichten.

Sanfte Wendung

In der Regel haben sich die Babys bis zur 36. Schwangerschaftswoche selbständig in die Schädellage gedreht: Das Köpfchen befindet sich also im unteren Bereich der Gebärmutter. Einige Babys lassen sich mit der Wendung noch ein wenig Zeit, schaffen es aber bis zum Zeitpunkt der Geburt trotzdem rechtzeitig.

Falls sich das Baby nicht von selbst in die für eine Spontangeburt optimale Position bringt, gibt es verschiedene alternative Wendemöglichkeiten, um es sanft zu einer Drehung zu animieren und sich so selbständig aus der Beckenendlage in die Schädellage zu bewegen. Hierzu zählen beispielsweise die indische Brücke (Variante der Schulterbrücke aus dem Yoga, die auch ohne Yoga-Erfahrung gut durchführbar ist), die Lichtwende, Moxibustion (Erwärmung spezieller Punkte des Körpers basierend auf der Lehre der Traditionell Chinesischen Medizin), Streichelmassage mit Aromaöl und die Kombination von Körperbewegungen mit einer speziellen Atemtechnik (Zilgrei). Diese Methoden bieten ambulante Hebammen ab der 34. Schwangerschaftswoche an.

Für die Entscheidung, wie ein Kind in Beckenendlage zur Welt kommen kann, ist eine genaue Ultraschalluntersuchung wichtig.

Mit gezielten Handgriffen lösen erfahrene Geburtshelfer*innen bei der äußeren Wendung einen Bewegungsreflex aus, in dessen Folge sich das Baby in die Schädellage dreht.

Auch wenn ein Kaiserschnitt notwendig ist: Im Diako darf immer eine Begleitperson mit und es wird auch im OP viel Zeit für die erste Bindung eingeräumt.

Äußere Wendung

Wenn die sanfte Wendung nicht zum Erfolg geführt hat und das Baby liegt weiter in Beckenendlage, können sich die werdenden Eltern in unserer ärztlichen Geburtsplanungssprechstunde individuell beraten und betreuen lassen: Gemeinsam werden die optionalen Geburtsmodi, die sogenannte äußere Soft-Touch-Wendung, die Spontangeburt aus Beckenendlage und der geplante Kaiserschnitt besprochen, um den für Mutter und Kind individuell besten Weg zu finden. Hierzu wird zunächst die Ausgangslage mittels Ultraschall genau geprüft, wie zum Beispiel die kindlichen Körpermaße, die Menge des Fruchtwassers und die Lage der Nabelschnur. Die Chancen für die unterschiedlichen Geburtsmodi werden individuell besprochen.

Bei der äußeren Wendung lösen unsere erfahrenen Geburtshelfer durch sanfte Berührungen und Handgriffe einen Bewegungsreflex des Babys aus, der dann schrittweise in einer Vorwärts- oder einer Rückwärtsrolle des Kindes resultiert. Zur Überwachung des Kindes bleiben die werdenden Mütter an diesem Tag in stationärer Beobachtung. Die äußere Wendung ist eine empfohlene Intervention mit geringem Risiko zur Behandlung der Beckenendlage ab der 36. Schwangerschaftswoche und wird von internationalen Gesellschaften empfohlen, um die Wahrscheinlichkeit einer vaginalen Entbindung zu verbessern.

Spontangeburt oder Kaiserschnitt

Sollte weder die sanfte noch die äußere Wendung zum Erfolg geführt haben, besteht die Möglichkeit, sich im Rahmen eines weiteren Geburtsplanungsgesprächs nochmals über die Vor- und Nachteile einer spontanen Geburt aus Beckenendlage zu informieren. Eine Beckenendlage ist nicht immer ein Ausschlusskriterium für eine spontane, vaginale Geburt. Hier sollte genau geprüft werden, ob aus medizinischer Sicht etwas dagegenspricht. Im Zweifelsfall wird dann ein Kaiserschnitt vorgenommen.

Das Team der Diako-Geburtshelfe unterstützt eine individualisierte, selbstbestimmte Geburt. Durch erfahrene Hebammen und Geburtshelfer, spezialisierter Pflege auf der Neugeborenenstation und Neonatolog*innen soll neben einem positiven Geburtserlebnis auch die Sicherheit für Mutter und Kind jederzeit und umgehend gewährleistet sein. Daher ist im Diakonissenkrankenhaus mit perinatalem Schwerpunkt eine Geburtshelfer*in und eine Kinderärzt*in rund um die Uhr vor Ort oder in Rufbereitschaft für Mutter und Kind verfügbar. ■

FORTBILDUNGSSTANDORT DIAKO

Expertise teilen – mit Kursen für externes Personal

Mail schreiben!

KURSE

ABDOMENSONOGRAPHIE (INTERDISZIPLINÄR)

Die Weitergabe von medizinischen Wissen wird am Diako großgeschrieben. Das Sonographie-Fortbildungsprogramm ist dafür das beste Beispiel: Seit 25 Jahren bietet die *Ultraschallschule Dresden* Kurse für Abdomensonographie, interdisziplinäre Ultraschalldiagnostik und Kontrastmittelsonographie an. In dieser Zeit wurde die diagnostische Expertise am Diako mit etwa 3000 Ärzt*innen in Weiterbildung geteilt.

Zielgruppe: Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen, wie Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie und Radiologie

Umfang: 4-tägige Kurse bzw. eintägiger Kurs (Kontrastmittelsonographie)

Zertifizierung: DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin), CME-Zertifizierung, Anerkennung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kontakt: jens-uwe.erk@diako-dresden.de

TRAINING

REANIMATION UND NOTFALL

Das Diakonissenkrankenhaus Dresden legt großen Wert auf ein hochwertiges und leitlinienbasiertes Reanimations- und Notfallmanagement. Basis dafür ist ein regelmäßiges und umfangreiches Teamtraining. Neben internen Fortbildungen und Schulungen bildet ein speziell geschultes Team ab 2023 auch medizinisches Personal anderer Einrichtungen weiter. Mittlerweile sind sieben Mitarbeiter*innen im Diako zertifizierte ACLS-Instructoren, darunter Fachpfleger, Intensivmedizinder*innen und Notärzt*innen. Es werden Trainings für die Basisreanimationsmaßnahmen (Basic Life Support, BLS) und Kurse über die erweiterten Reanimationsmaßnahmen (Advanced Cardic Life Support, ACLS) angeboten.

Zielgruppe: medizinisches Personal im Arzt- und Pflegedienst, Praxis-Teams, ambulante (Intensiv-) Pflege

Zertifizierung: CME-Zertifizierung sowie RbP-Zertifizierung

Kontakt: notfall-management@diako-dresden.de

SCHULUNG

HYGIENEBEAUFTRAGTE*R

Hygiene ist ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Arbeit in allen Krankenhausbereichen. Dabei sind hygienebeauftragte Pflegefachkräfte ein wichtiger Bestandteil des Hygienemanagements. Sie tragen auf ihrer Station oder in ihrem Funktionsbereich für die Umsetzung der Hygieneordnung Sorge. Seit 2015 bildet das Diakonissenkrankenhaus Pflegefachkräfte anderer Einrichtungen zu Hygienebauftragten weiter. Der Kurs orientiert sich am Curriculum der Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland (VHD).

Zielgruppe: examinierte Pflegekräfte, MTAs

Umfang: 5 ganztägige Module über einen Zeitraum von 2 Jahren

Zertifizierung: RbP-Zertifizierung sowie Teilnahmebestätigung pro Modul mit dem Siegel der VHD

Kontakt: krankenhaushygiene@diako-dresden.de

Anmeldung abschicken!

GRUNDKURS

KINÄSTHETIK

„Kinaesthetics“ basiert auf der Erfahrung und Wahrnehmung der eigenen Bewegung. Es führt zu einer erhöhten Achtsamkeit für die Qualitäten und Unterschiede der eigenen Bewegung in allen alltäglichen Aktivitäten. Der Kurs, der am Diako durch *einfacher-pflegen* angeboten wird, beugt einer körperlichen Überforderung vor, wirkt bei den Angestellten präventiv und erhöht die Pflegequalität.

Zielgruppe: examinierte Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und Physiotherapeut*innen

Umfang: 2 ganztägige Module

Zertifizierung: RbP-Zertifizierung

Kontakt: einfacherpflegen@gmail.com

SCHULUNG

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Arbeitsschutz zu organisieren, ist eine Pflichtaufgabe für jedes Unternehmen. Ziel ist es, dass alle Beschäftigten gesund und sicher arbeiten können. Bei der „Alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung“ werden Unternehmer*innen zu Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes im Betrieb informiert und für die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen motiviert. Schulung besteht aus Motivations- und Informationsmaßnahmen, Fortbildungen und einer bedarfsorientierten Betreuung.

Zielgruppe: Unternehmer in Betrieben des Gesundheitsdienstes mit bis zu 50 Beschäftigten

Umfang: 6 Module à 45 Minuten

Kontakt: marko.freygang@diako-dresden.de
0351 810 10 50

KURSE

ECHOKARDIOGRAPHIE, GEFÄß- UND SCHILDDRÜSENSONOGRAPHIE

Seit 2018 ergänzt *Sonowissen* das Ultraschall-Fortbildungsprogramm. Am Diako werden Grundkurse und Kompaktkurse für Echokardiographie, Gefäß- und Schilddrüsensonographie angeboten. Im Fokus stehen dabei die praxisnahe und interaktive Ausbildung medizinischen Personals.

Zielgruppe: Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen, wie Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie und Radiologie; Studierende

Umfang: Tagesworkshops und 3- bis 4-tägige Kurse

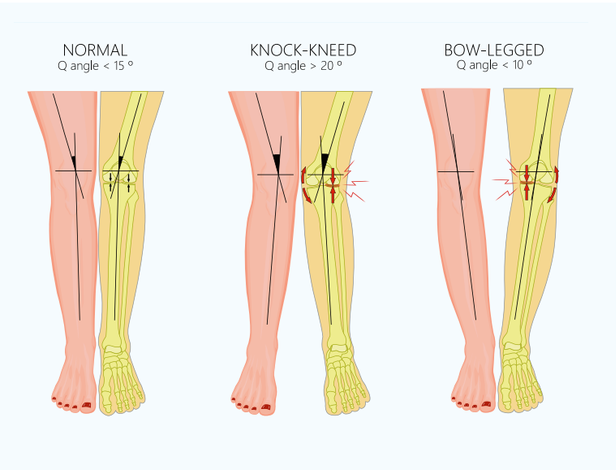
Zertifizierung: CME-Zertifizierung, Anerkennung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, nach DEGUM-Richtlinien

Kontakt: julia.aland@diako-dresden.de
(www.sonowissen.de)

INSTABILE KNIESCHEIBE

Chirurgische Therapieoptionen

Die instabile Kniescheibe ist eines der häufigsten Krankheitsbilder des Kniegelenkes junger Menschen zwischen 10 und 20 Jahren – Frauen sind etwas häufiger betroffen. Es trifft jedes Jahr circa 6 von 100 000 Personen. Dr. med. Wadim Kisel ist in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Diakonissenkrankenhaus tätig. Er erläutert, wie es zur Instabilität kommt, wann eine OP notwendig ist und welche Verfahren angewendet werden.



Häufig ist eine sog. Valgusfehlstellung des Kniegelenkes oder eine femorale Antetorsion der Grund für eine instabile Kniescheibe.

Ursachen und Auslöser

Bei einer instabilen Kniescheibe liegen meist Fehlbildungen des Kniegelenkes zugrunde, sodass oft ein unbedeutendes Trauma ausreicht, um die Kniescheibe herausspringen zu lassen: Nicht nur die Kniescheibe selber, sondern auch das Gleitlager und die Achse des Oberschenkelknochens und deren Wechselspiel sowie Lage zueinander bestimmen diese Erkrankung. Ein „Schielen“ der Kniescheibe nach innen, X-Beine, eine angeborene Fehlrotation der Schienbeine oder der Patella, aber auch ein insgesamt laxer Bandapparat können ursächlich dafür sein, die Kniescheibe herausspringen zu lassen.

Besonders bei Sportarten mit schnellen Richtungswechseln, und leicht gebeugtem Kniegelenk und fixiertem Fuß, sind ein Fehltritt mit oder ohne direkten Anprall, gelegentlich auch deutlich weniger Belastung bereits ausreichend. Seltener sind Patient*innen auch in der Lage, ohne weiteres Trauma die Kniescheibe selbst zu luxieren. In diesen Fällen liegt eine meist angeborene Ursache mit häufig beidseitigem Befall vor.

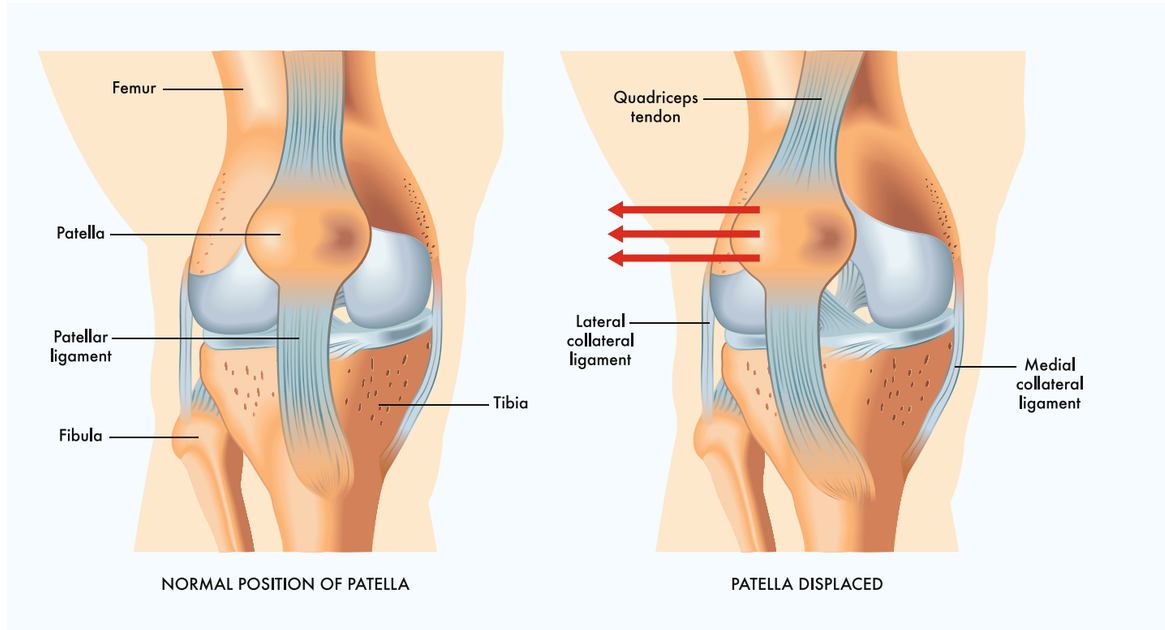
Erstversorgung und Diagnostik

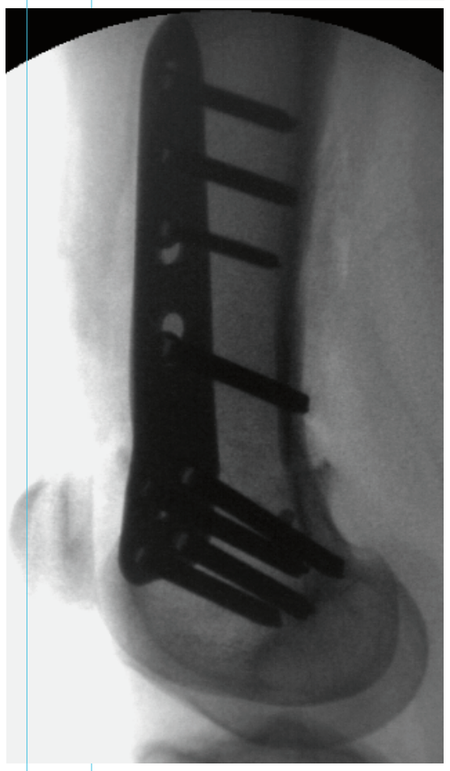
In 9 von 10 Fällen springt die Kniescheibe nach außen. Einer Instabilität nach Innen gehen in der Regel ein direktes Trauma oder frühere chirurgische Maßnahmen voran. Ein akutes Geschehen ist meist sehr schmerzhaft. Oft wird ärztliche Hilfe beim Einrenken der Kniescheibe benötigt. Schmerzmittel helfen zwar, jedoch bringt nur die Reposition der Kniescheibe eine abschließende Schmerzlinderung. Dann folgen die zwischenzeitliche Ruhigstellung des Kniegelenkes in einer Schiene und Entlastung des Beines an Unterarmgehstützen.

Neben der Röntgendiagnostik ist die Bildgebung mittels eines MRT ausschlaggebend zur weiteren Planung der Therapie. Zur abschließenden knöchernen Beurteilung ist in einigen Fällen auch ein CT notwendig. Bei 40 Prozent der Patient*innen bleibt es nicht nur beim Erstereignis. Oft verbleibt eine störende Instabilität der Kniescheibe, sodass es zu erneutem Herausspringen kommen kann. Diese gilt als eine bekannte Ursache für die vorzeitige Entwicklung einer Kniegelenks-Arthrose. Die zeitnahe Wiederherstellung der Stabilität ist unbedingt empfohlen. Verletzungen des Gelenkknorpels und der Bänder des Kniegelenkes führen zur Fehllage der Kniescheibe.

Bei einem Erstereignis ohne gleichzeitiger Verletzung der knöchernen und bindegewebigen Strukturen sowie nicht abgeschlossenem Wachstum des Kniegelenkes kann das Knie auch ohne eine OP ausheilen. Dabei bilden spezielle Knieschienen mit schützender Bewegungseinschränkung und Physiotherapie den Grundpfeiler der Behandlung. Besondere Bedeutung hat hier das sogenannte MPFL (Mediales Patello-femorales Ligament), ein kräftiges Bindegewebsband, welches die Kniescheibe mit den Oberschenkelknochen verbindet und den stärksten passiven Stabilisator darstellt. Kann dieses nicht ausheilen, ist eine operative Rekonstruktion notwendig.

Meistens springt die Kniescheibe nach außen. Kann das MPFL (hier Patellar Ligament) anschließend nicht ausheilen, ist eine operative Rekonstruktion notwendig.





oben:
Intraoperative Tuberositasmedialisierung (Verlagerung des Ansatzpunktes der Patellarsehne, seitliche Projektion)

unten:
Femurosteotomie (Achsverschiebung des Oberschenkelknochens zur Optimierung des Gleitlagers)

Chirurgische Therapieoptionen

Hierzu kommt unter anderem eine Technik zum Einsatz, bei welcher anatomisch weniger relevante Sehnen (in der Regel eine kräftige Sehne eines Muskels vom Oberschenkel, wie Musculus gracilis, oder einem Sehnenstreifen des Musculus quadriceps femoris) entnommen werden. Durch spezielle Nahttechniken vorbereitet, können sie als Ersatz des zerrissenen MPFL wieder zwischen die Kniescheibe und den Oberschenkelknochen verpflanzt werden. In einer Vielzahl der Fälle gewährleistet diese Technik eine sichere Führung der Kniescheibe.

Seltener sind Knochenumstellungs-Operationen an den Ansätzen der Sehnen (Abb. 1) oder dem Oberschenkel bzw. Unterschenkelknochen (Abb. 2) notwendig, um eine optimale Führung der Kniescheibe zu erreichen.

Postoperative Versorgung

Nach der Operation wird eine physiotherapeutische Begleitung mit einem auf jede Patient*in individuell zugeschnittenen Therapieplan erarbeitet. Gemäß des Fast-Track-Konzeptes ist es möglich, die Patient*innen zeitnah zu mobilisieren.

Bei weiter fortschreitenden Erkenntnisstand werden die Verfahren gemäß den aktuellen wissenschaftlichen Standards weiterentwickelt und angepasst, damit eine optimale Versorgung der Patient*innen garantiert ist. Nach der stationären Entlassung kommen unter anderem die passive Motorschiene zur Steigerung der Beweglichkeit und Muskelstimulationsgeräte zur Kräftigung der Kniegelenks-Muskulatur zum Einsatz. Den Abschluss bildet die Rehabilitationstherapie. ■

ÜBERBLICK

Zugangswege ins Diako

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht immer einfach. Viele Patient*innen kommen mit den falschen Unterlagen in das Krankenhaus oder sind sich unsicher, welcher Gesundheitssektor für ihre Behandlung der richtige ist. Das führt regelmäßig zu Frustration – auf allen Seiten. Wir haben einen Überblick über die verschiedenen Zugangswege erstellt – damit Ihre Patient*innen schnell den passenden Therapiepfad finden.

Mein Patient benötigt ...

... einen TERMIN für eine geplante Krankenhausbehandlung

WOHIN
Kliniken
Diakonissenkrankenhaus

TERMINVERGABE
Sekretariate der Kliniken

UNTERLAGEN
Einweisungsschein
Befundberichte
radiologische Diagnostik auf CD

... eine ZWEITMEINUNG in einer Klinikambulanz

WOHIN
Klinikambulanzen
Diakonissenkrankenhaus

TERMINVERGABE
Sekretariate der Kliniken

UNTERLAGEN
Einweisungsschein, *wenn eine stationäre Behandlung wahrscheinlich ist*
Befundberichte
radiologische Diagnostik auf CD

... einen FACHARZT-TERMIN bei einem niedergelassenen Arzt

WOHIN
Sprechstunden unserer MVZs:
Allgemeinmedizin, Chirurgie, Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie und Psychiatrie, Schmerztherapie und Palliativmedizin
oder andere niedergelassene Ärzte

UNTERLAGEN
Überweisungsschein

... akute Hilfe in einem LEBENSBEDROHLICHEN NOTFALL

WOHIN
Zentrale Notaufnahme

OHNE TERMIN
wenn möglich,
Voranmeldung unter:
0351 810-1708

... eine Behandlung nach einem ARBEITS- ODER WEGEUNFALL (BG)

WOHIN
Zentrale Notaufnahme

OHNE TERMIN
wenn möglich,
Voranmeldung unter:
0351 810-1708

... eine Klinik zur ENTBINDUNG

WOHIN
Geburtshilfe (3. Etage)

TERMINVERGABE
Kreißsaal rund um die Uhr erreichbar: **0351 810-1520**
Geburtsanmeldung in der 30.–34. Woche wünschenswert: **0351 810-1331**

UNTERLAGEN
Mutterpass
Überweisungsschein durch die Gynäkolog*in
(nur bei Besonderheiten in der Schwangerschaft notwendig)

AKADEMIKER AM PATIENTENBETT

Integration von Bachelor-Absolvent*innen in der Pflegepraxis

Bereits 2012 forderte der Deutsche Wissenschaftsrat eine verstärkte Akademisierung beruflich Pflegender, insbesondere in der direkten Patientenversorgung. Der diesbezügliche Bedarf wurde auf zwanzig Prozent geschätzt.[1] Diese Aussage liegt nun rund zehn Jahre zurück und trotzdem ist der Anteil an Hochschulabsolvent*innen in der Pflegepraxis derzeit unter einem Prozent.[2] Aus diesem Grund hat die Pflegedirektion des Diakonissenkrankenhauses 2019 ein Konzept zur Integration von Hochschulabsolvent*innen in der Pflegepraxis erarbeitet und etabliert. Damit möchte sie dem Anspruch einer evidenzbasierten Pflege im Haus gerecht werden.

Als Bachelor in der Pflegepraxis am Diako

Studien zufolge unterscheiden sich Pflegeergebnisse je nachdem wie hoch der Anteil an hochschulisch ausgebildeten Pflegenden ist. So wiesen zum Beispiel Aiken et. al nach, dass ein Anstieg von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden mit einer Senkung der Mortalitätsrate einhergeht.[3]
Die aktuelle Praxis zeigt außerdem, dass hierzulande drei Viertel der Bachelorabsolvent*innen ohne erweitertes Aufgabenprofil in der Pflegepraxis tätig sind. Das bedeutet, sie sind äquivalent (gleiche Aufgaben, gleiches Gehalt) zu den grundständig ausgebildeten Pflegekräften beschäftigt. Diese Tatsache geht mit einer hohen Unzufriedenheit der Betroffenen am Arbeitsplatz einher.

Michael Junge, Pflegedirektor

„Wir möchten am Diako die Kompetenz aller Pflegenden einsetzen. Dazu gehören Hochschulabsolventen selbstverständlich dazu. Die klare Aufgabenbeschreibung war wichtig, um deren Aufgaben transparent zu regeln.“

Knapp 80 Prozent der in der direkten Pflegepraxis tägigen Bachelorabsolvent*innen wollen ihr Berufsfeld verlassen, indem sie weiterstudieren oder in Stabstellen wie Lehre oder Management wechseln. Von dieser Ausgangslage wird das Ziel abgeleitet, den Verbleib von Absolvent*innen zu fördern und gezielte Berufsfeldbeschreibungen zu konzeptionieren, um so die Arbeitsplatzattraktivität zu steigern[4]. Aus Interviews mit Praxisvertreter*innen geht zudem hervor, dass diese Pflegenden mit Hochschulabschluss eine höhere Befähigung im Umgang mit hochkomplexen Versorgungssituationen zusprechen. Auch wird dadurch eine Steigerung der Patientensicherheit und eine verstärkte wissenschaftsbasierte Versorgung erwartet[5].

Das Diako hat die Forderung des Wissenschaftsrates von 2010 bereits zu diesem Zeitpunkt aufgegriffen und das Ziel festgelegt, dass zehn Prozent der Pflegenden in der direkten Pflegepraxis hochschulisch ausgebildet sind. Aktuell weisen die Pflegeteams im Diako einen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohen Anteil von sieben Prozent auf. Weiteres Personal befindet sich derzeit in einem pflegerischen Studium.

Literatur

1 Deutscher Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen; 2012

2 Bundesinstitut für Berufsausbildung BIB; Sondererhebung des BIB-Pflegepanels zur hochschulischen Pflegeausbildung; 06/2022

3 Aiken et al.; Nursind skill mix in European hospitals: cross-sectional study oft he association with mortality, patient ratings, and quality of care; BMJ Quality &safety, 7/2016

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

5 Deutscher Wissenschaftsrat; HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update; 2022

Zu den Aufgaben, die Bachelor-Absolvent*innen im Diakonissenkrankenhaus übernehmen, kann Leitung und Moderation von multiprofessionellen, interdisziplinären Fallbesprechungen in hochkomplexen Pflegesituationen gehören.

Das Diako unterstützt entsprechende Mitarbeiter*innen mit einem Stipendium. Gleichzeitig kooperiert das Diako mit der Evangelischen Hochschule Dresden im primärqualifizierenden Studiengang Pflege.

Um allen Absolvent*innen nach Abschluss des Studiums eine klare Perspektive in der Pflegepraxis anzubieten, wurde 2019 in Projektarbeit ein Konzept zur Integration von Hochschulabsolvent*innen erarbeitet und etabliert. Im Ergebnis liegen nun konkrete Aufgabenbeschreibungen für Pflegende auf Bachelorniveau vor, die Eingruppierung innerhalb des Tarifwerkes der Diakonie Sachsen ist vereinbart und ein Traineeprogramm zur Vorbereitung auf die Tätigkeit nach Abschluss des Studiums absolvieren alle Absolvent*innen vor Übernahme erweiterter Tätigkeiten.

*Erweiterte pflegerische Tätigkeiten – Handlungsfeld für Bachelorabsolvent*innen*

Die Aufgabenbeschreibung für Bachelorabsolventen beinhaltet im Wesentlichen Tätigkeiten der erweiterten pflegerischen Praxis. Diese speziellen Aufgaben können ausschließlich akademisch qualifizierte Pflegende übernehmen. Dafür wird ein besonderes Methodenwissen und erweiterte Kompetenzen in der Patientenversorgung benötigt. Diese Kompetenzen erlangen die Studierenden in der Regel während eines ersten Hochschulstudiums auf Bachelorniveau.

Als Beispiel wurde in diesem Jahr eine Ausbildungsstation etabliert. Die Umsetzung basiert auf einer umfangreichen Literaturrecherche einer bereits im Haus tätigen Bachelorabsolventin. Diese erarbeitete in diesen Prozess die wissenschaftlich fundierte Basis für die Einrichtung der Ausbildungsstation – rückblickend ein wichtiges Fundament für die praktische Umsetzung.

Akademisch ausgebildete Pflegende tragen zu einer höheren Patientensicherheit bei. Denn mit sehr komplexen Versorgungssituationen können sie oft besser umgehen.

Prof. Dr. Jens-Uwe Erk, Medizinischer Direktor

„Ich begrüße den Einsatz akademische ausgebildeter Kollegen als wichtige Entwicklung in der Profession Pflege. Letztendlich kommt dies unseren Patienten in einer evidenzbasierten Versorgung zu Gute.“

Traineeprogramm – als Vorbereitung auf den Einsatz als Bachelor Pflege

Um als Bachelor Pflege tätig zu sein, ist der erfolgreiche Abschluss des Traineeprogramms Voraussetzung. Das Programm soll die Trainees befähigen, die Aufgaben nach erfolgreichem Abschluss, selbständig durchführen zu können. Es dauert bei Trainees, welche direkt aus der Hochschule kommen, ein Jahr, mit Berufserfahrung (über zwei Jahre) ein halbes Jahr.

Während dieser Zeit werden die Trainees durch Masterabsolvent*innen Schritt für Schritt an die Aufgaben herangeführt, indem es Praxisbegleitungen und regelmäßige Feedbackgespräche gibt. Die Bachelorabsolvent*innen reflektieren die Traineezeit zudem schriftlich in einem Portfolio. Das Traineeprogramm hat qualifizierenden Charakter, sodass erst danach entschieden wird, ob ein Einsatz als Bachelor Pflege möglich ist.

Nach erfolgreich absolviertem Traineeprogramm tragen die Bachelor Pflege die Verantwortung für die Übernahme der erweiterten Tätigkeiten und führen diese selbständig und selbst koordiniert in ihren Bereichen durch. Mit Übernahme der erweiterten Tätigkeiten werden die Bachelor Pflege gleichzeitig in eine höhere Entgeltgruppe eingruppiert. Bachelor Pflege sollen in jedem Bereich tätig sein können, auch in den Funktionsbereichen und im Personalpool. Voraussetzung für die Arbeit ist neben dem abgeschlossenen Hochschulstudium, ein hohes Maß an Selbständigkeit, Eigeninitiative, Reflexionsfähigkeit und Disziplin sowie die Fähigkeit, Veränderungen zu begleiten.

Für die Bearbeitung der zusätzlichen Aufgaben erfolgt sowohl im Traineeprogramm als auch danach als Bachelor Pflege eine anteilige Freistellung. Jährlich nehmen seit der Einführung ein bis zwei Teilnehmende am Traineeprogramm teil und arbeiten dann in ihrem Pflegeteam als Bachelor Pflege. Das Mentoring der Trainees übernehmen zwei Mitarbeiter*innen der Pflegedirektion, welche über eine akademische Qualifikation auf Masterniveau verfügen.

In der Pflegepraxis übernehmen Hochschulabsolvent*innen im Diakonissenkrankenhaus folgende Aufgaben:

- Literaturrecherchen zu Fragestellungen aus dem Arbeitsumfeld
- Prozessanalysen zu internen Versorgungsabläufen
- Evaluation der Versorgungspraxis
- Erstellung von wissenschaftsbasierten Handlungsanweisungen für Pflegediagnosen
- Planung und Durchführung von literaturbasierten Fortbildungen zu praxisrelevanten Themen
- Steuerung, Planung und Versorgung hochkomplexer Pflegesituationen
- Durchführung und Auswertung von Pflegevisiten
- Leitung und Moderation von multiprofessionellen, interdisziplinären Fallbesprechungen in hochkomplexen Pflegesituationen
- Begleitung von Student*innen bei Praxisaufträgen und Fragestellungen aus der Hochschule
- 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.
- Übernahme von abteilungsinternen Projekten

Am Beginn des Einsatzes steht für Bachelor-Absolvent*innen im Diakonissenkrankenhaus immer ein Traineeprogramm. Durch Praxisbegleitung und regelmäßige Feedbackgespräche werden die Trainees durch Masterabsolvent*innen Schritt für Schritt an ihre Aufgaben herangeführt.

Jede Bachelor-Absolvent*in übernimmt die Verantwortung für die Erstellung und Aktualisierung eines evidenzbasierten Pflegestandards – dazu gehört auch ein Peer-Review Verfahren in der Arbeitsgruppe „Evidenzbasierte Pflege“.

Arbeitsgruppe „Evidenzbasierte Pflege“

Pflegende mit Hochschulabschluss werden am Diako in die Arbeitsgruppe für evidenzbasierte Pflege integriert. Diese erarbeitet fachliche Vorgaben für die pflegerische Versorgung auf Grundlage von Literaturrecherchen.

Jede*r akademisch qualifizierte Pflegende übernimmt für mindestens zwei Pflegediagnosen die persönliche Verantwortung zur Erstellung und Aktualisierung von hausinternen Handlungsanweisungen. Die darin aufgeführten Interventionen müssen mittels einer Literaturrecherche überprüft werden. Das Ergebnis der Literaturrecherche wird anschließend in einem Peer-Review Verfahren in der Arbeitsgruppe diskutiert und abschließend konsentiert. ■

Karin Ellinger, Pflegedienstleiterin

„Auch die Pflegenden mit klassischer Ausbildung spüren, dass das pflegerische Handeln sich von den subjektiven Annahmen und Befindlichkeiten entfernt und immer häufiger auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, was der pflegerischen Versorgung eine andere Qualität, aber auch eine neue, wichtige Transparenz gibt.“

Diako-Fallbesprechung

DER SCHÖNE STEIN

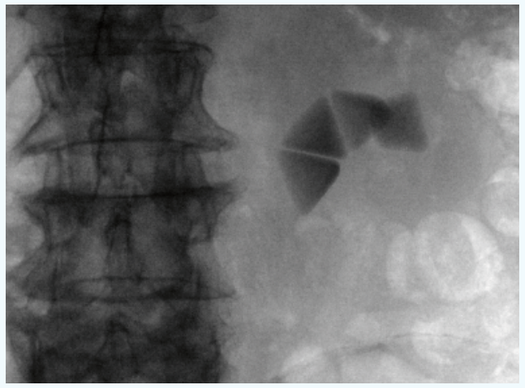
Entfernung kurioser Nierensteine

Es ist nicht schön, einen Nierenstein zu haben oder gar mehrere. Man freut sich, wenn man den Stein in der Hand hat und nicht mehr in der Niere oder im Harnleiter. Der Stein selbst kann sehr schön sein. Das bei Urologen stark ent-wickelte ästhetische Empfinden dafür teilt nicht jeder, oder doch? Die Mitarbeiter der Klinik für Urologie denken dabei an ihren „Toblerone-Patienten". Dieser war nicht nur froh, sie in der Hand zu halten, auch der Anblick seiner Nierensteine war erfreulich. Seine Steinerkrankung hatte gewissermaßen ein Kunstwerk der Natur hervorgebracht.

Dr. med. Stephan Bulang

Chefarzt der Klinik für Urologie

Facharzt für Urologie/Spezielle Urologische Chirurgie/ Medikamentöse Tumortherapie/Andrologie



Röntgenpositive Aufnahme der Nierenbeckensteine

Diagnose

Bei dem 73jährigen Patienten waren zunächst in unserer Notaufnahme ein Harnwegsinfekt und eine Harnstauung der linken Niere diagnostiziert worden. Die weiteren Untersuchungen erbrachten den Nachweis von Nierensteinen. Bereits die Röntgenbilder begeisterten uns und erinnerten an eine gewisse Schweizer Schokoladenmarke.

Symptomatische und kausale Therapie

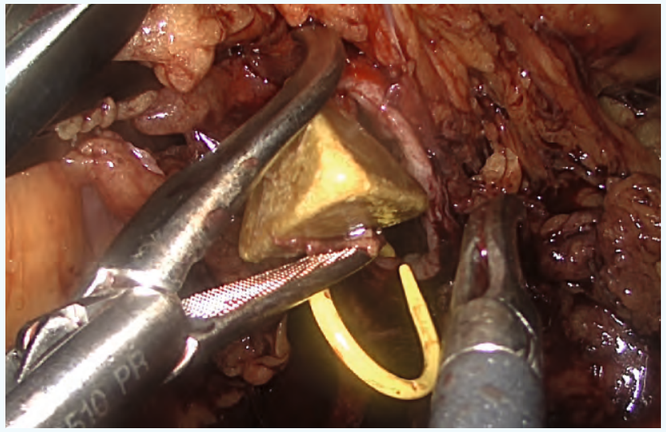
Die Harnstauung konnten wir mit der Einlage eines Doppel-J-Katheters beheben. Dieser dünne Kunststoffschlauch erhielt seinen Namen, weil er an beiden Enden einen Kringel wie der Buchstabe J hat. Bei der Einlage über ein Zystoskop wird der Schlauch mit einem Draht aufgerichtet, nach dessen Entfernung die beiden Kringel durch einen Memory-Effekt wieder entstehen und oben im Nierenbecken sowie unten in der Harnblase dafür sorgen, dass der Doppel-J-Katheter seine Position im Harnleiter behält. Der Harnwegsinfekt wurde mit einem Antibiotikum behandelt.

Sowohl die Harnstauung als auch der Harnwegsinfekt sind typische Komplikationen des Harnsteinleidens. Die Entlastung der Harnstauung und die Antibiose stellen zunächst die erforderliche symptomatische Therapie dar. Damit sich die Symptome nicht wiederholen, ist eine kausale Therapie nötig, d.h. die vollständige Entfernung der Steine.

Für die Steintherapie steht eine ganze Reihe von Techniken zur Verfügung. Die offene Operation, die meist über einen Flankenschnitt erfolgte, wird in modernen Urologien höchstens noch in seltenen Einzelfällen durchgeführt. Der heutige Anspruch besteht in einer minimalinvasiven Therapie. Bei der Entscheidung spielen Lage und Menge des Steinmaterials eine wichtige Rolle. Man sollte sich für eine Therapieform entscheiden, mit der die vollständige Steinentfernung am besten erreichbar ist. Jede minimalinvasive Technik wird invasiver, wenn man sie wiederholen muss, weil mit dem ersten Eingriff das Ziel nicht erreicht wurde.

In unserem Fall schlugen wir dem Patienten eine retroperitoneoskopische Pyelolithotomie vor. Retroperitoneoskopische Eingriffe werden bei uns häufig durchgeführt, z. B. bei Nierentumoren. Dabei handelt es sich um eine Spezialform der sogenannten Knopflochchirurgie, bei der die Trokare jedoch nicht in den Bauchraum eingeführt werden, sondern direkt in das Retroperitoneum, also den Raum hinter dem Bauch, in dem sich die Nieren befinden. Pyelolithotomie heißt, das Nierenbecken wird eröffnet, um darin befindliche Steine zu entfernen.

Diesen Eingriff konnten wir mit dem gewünschten Erfolg, also der vollständigen Steinfreiheit, ohne Komplikationen durchführen. Die in den Bergebeutel purzelnden „Toblerone-Steine" sind eine bleibende Erinnerung. Weil die Steine bei diesem Vorgehen nicht zertrümmert werden mussten, bestand keine Gefahr, dass Reste der Steintrümmer im Nierenhohlsystem verbleiben. Und schließlich erfreuen wir uns an dem Nebeneffekt, dass die unversehrten Steine bis heute unsere Vitrine der urologischen Kuriositäten bereichern. ■



oben: Dr. Stephan Bulang hat schon viele Harnsteine gesehen. Diese können unterschiedlichste Farben und Formen annehmen. Einige Kuriositäten aus seinem Berufsleben bewahrt er auf.

unten: Für die Steinextraktion wurden die Trokare direkt in das Retroperitoneum eingeführt.

Ihre Ansprechpartner

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

FOCUS TOP MEDIZINER 2022 PROKTOLOGIE
FOCUS TOP MEDIZINER 2022 HERNIEN-CHIRURGIE
FOCUS TOP MEDIZINER 2022 TUMOREN DES VERDAUUNGS-TRAKTS

KLINIK FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Chefarzt Dr. med. Stefan Ollig

Telefon: 0351 810-1331
Fax: 0351 810-1800
stefan.ollig@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

bauchzentrum-dresden.de

Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie

Kompetenzzentrum Minimal Invasive Chirurgie

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Pankreaskarzinom Zentrum

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Darmkrebszentrum

BRUSTKREBSZENTRUM

Standort des Regionalen Brustzentrums Dresden

Leiter: Dr. med. Stefan Ollig

Telefon: 0351 810-1331
Fax: 0351 810-1800
brustzentrum@diako-dresden.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Brustkrebszentrum

GYNÄKOLOGISCHES KREBSZENTRUM

Leiter: Dr. med. Stefan Ollig

Telefon: 0351 810-1331
Fax: 0351 810-1800
gynaekologie@diako-dresden.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifizierte Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde

PROSTATAKARZINOMZENTRUM

Leiter: Dr. med. Stephan Bulang

Telefon: 0351 810-1721
Fax: 0351 810-1730
prostatakarzinomzentrum@diako-dresden.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT Zertifiziertes Prostatakrebs Zentrum

LOKALES TRAUMAZENTRUM

Leiter: Dr. med. Thomas Lein

Telefon: 0351 810-1305
Fax: 0351 810-1319
thomas.lein@diako-dresden.de

zertifiziertes lokales TRAUMAZENTRUM
TraumaNetzwerk DGU® Z13192
TraumaNetzwerk Ostsachsen

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: Franziska Pilz/Konvex Fotografie (Health Company, Dresden)
Isabell Kretschmar (Dresden)
Ben Gierig (Ben Gierig – Fotografie, Dresden)
Sven Claus (FOTOGRAFISCH, Dresden)

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.

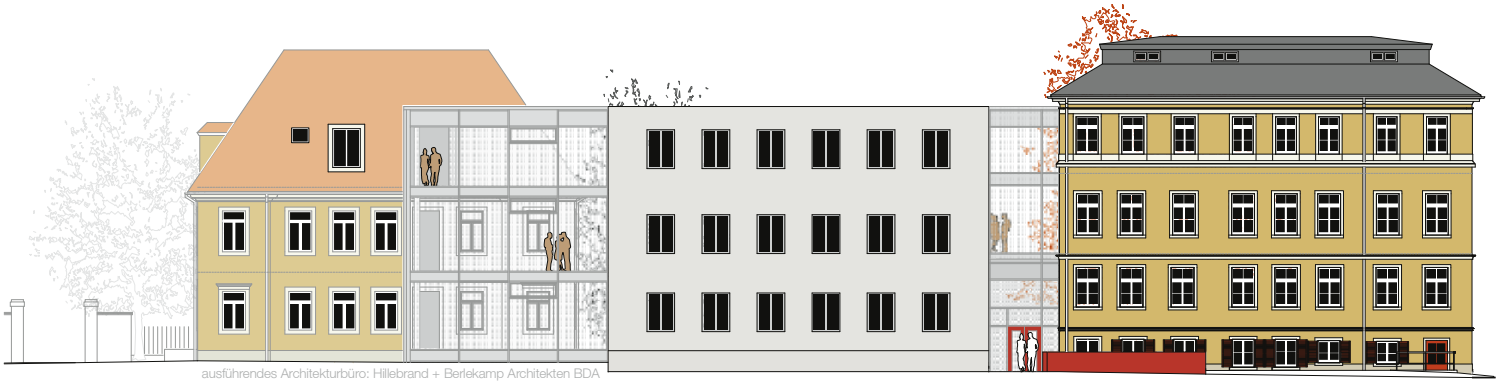
Diakonissen
Anstalt
Dresden

Zuwendung
leben

Praxisräume in der Dresdner Neustadt zu vermieten

Auf dem Campus des Diakonissenkrankenhauses – direkt an der Bautzner Straße – entsteht das größte Ärztehaus der Dresdner Neustadt. Dafür werden zwei denkmalgeschützte Gebäude liebevoll saniert und durch einen modernen Neubau miteinander verbunden.

- Praxisräume im 1. Obergeschoss des aufwändig sanierten Altbaus
- Zentrale Lage mit hervorragender Infrastruktur
- Beste Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr
- Einbettung in den medizinischen Campus rund um das Diakonissenkrankenhaus
- Parkhaus auf dem Gelände
- Einzugstermin: Anfang 2023



ausführendes Architekturbüro: Hillebrand + Berlekamp Architekten BDA

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

katja.adolphi@diako-dresden.de | 0351 810-1067