Diakonissen
Anstalt
Dresden

Zuwendung leben

Diakonissen Krankenhaus

EinBlick ins Diako

HEBAMMENGELEITETE GEBURT AM DIAKO

Handrobotisches Operieren in der Urologie

Weiterentwicklung von Expertenstandards in der Pflege

Pro und Contra Dr. Google

Diako-Fallbesprechung: Osteoporotische Wirbelkörperfrakturen

Mit Digitalisierung zum papierlosen Krankenhaus

„Fast-Track“ in der kolorektalen Chirurgie

2023 | N° 10

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

ROBOTIK 4
Im Diako kommt ein Handroboter neuester Generation zum Einsatz

HEBAMMENKREISSSAAL 6
Im Diako können Mütter vom Vorgespräch bis zur Entlassung ausschließlich von Hebammen begleitet werden

SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN 11
Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe vom DNQP wurde im Diako weiterentwickelt

PRO UND CONTRA „DR. GOOGLE“ 14
Wissen und Erwartungshaltung von Patient*innen haben sich grundlegend gewandelt

DIAKO-FALLBESPRECHUNG 16
Bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen hilft ein Score bei der Therapieentscheidung

DIGITALISIERUNG 18
Das Diako wird zum papierlosen Krankenhaus

SCHONENDE THERAPIEABLÄUFE 20
Fast-Track-Konzepte sind der Standard-of-Care in der kolorektalen Chirurgie

ÜBERBLICK 24
Ihre Ansprechpartner im Diakonissenkrankenhaus Dresden

ROBOTIK

Im Diako kommt ein Handroboter neuester Generation zum Einsatz

Die Krankenhäuser rüsten auf: Seit einigen Jahren ist von immer teureren, immer komplexeren OP-Robotern die Rede. Aber operiert hier wirklich eine Maschine? Was können die Roboter und welche Entwicklungen gibt es? Dr. Stephan Bulang beleuchtet die Potentiale von OP-Robotern und legt dar, welche technischen Lösungen es gibt.

Chefarzt der Klinik für Urologie

Dr. med. Stephan Bulang

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

Ein Roboter ist eine technische Apparatur, die üblicherweise dazu dient, dem Menschen häufig wiederkehrende mechanische Arbeit abzunehmen, er wird von Computerprogrammen gesteuert. So etwa beschreibt es Wikipedia und ich glaube, von so einem Roboter möchte niemand operiert werden.

Robotisches Operieren, was steckt dahinter, oder genauer: Was macht das Operieren robotisch? Das minimalinvasive laparoskopische Operieren hatte der robotischen Chirurgie in Bezug auf die OP-Techniken und die Instrumentenentwicklung das Feld eröffnet. Die Entwicklung des heute marktführenden OP-Roboters „Da Vinci“ begann mit der Intention des US-Militärs, verwundete Soldaten an der Front zu operieren durch einen Operateur, der nicht vor Ort sein muss. Diese Vision hat sich bis auf experimentelle Erfolge nicht verwirklicht. Dennoch hat der OP-Roboter seinen Siegeszug angetreten, indem er weltweit in die OP-Säle eingezogen ist, bei Patienten wie auch Operateuren Faszination auslöst und als ein Garant für Qualität empfunden wird. Das macht ihn schließlich auch zu einem für die Patientenakquise hervorragenden Marketingereignis.

Doch zurück zur Roboter-Frage: Wir haben es nicht mit einem Roboter im herkömmlichen Sinn zu tun, ein treffenderer Begriff ist „robotisch assistiertes Operieren“. Nachdem die OP-Instrumente über Trokare im Bauchraum (oder anderen Körperhöhlen) des Patienten platziert wurden, arbeitet der Operateur an einer Konsole mehr oder weniger weit vom Patienten entfernt mit einer Art Joystick. Die Bewegungsabläufe werden allein vom Operateur bestimmt, der Roboter setzt die Bewegungen im OP-Gebiet hochpräzise um.

Beim herkömmlichen laparoskopischen Operieren können die Instrumente im Wesentlichen geradeaus agieren und die Richtung kann mit der Platzierung des Trokarzuganges in gewissem Umfang geändert werden. Der entscheidende Vorteil des robotisch assistierten gegenüber dem laparoskopischen Operieren besteht in einem zusätzlichen Gelenk der robotischen Instrumente, welches die Aktion in jegliche Richtung erlaubt. Diese Qualität entspricht der menschlichen Handarbeit, bei der die filigrane Bewegung der Finger durch die richtungsgebende Beweglichkeit des Handgelenks ergänzt wird. Mit der Weiterentwicklung des robotischen Operierens der letzten Jahre wurde eine Reihe von Spezialinstrumenten implementiert, die Navigation und die Videotechnik optimiert und schließlich können OP-Videos heute mit künstlicher Intelligenz analysiert werden.

Ein entscheidender Vorteil der Roboterchirurgie besteht in einem zusätzlichen Gelenk der Instrumente. Dies ermöglichen nicht nur hochkomplexe OP-Roboter, sondern nun auch ein neuentwickeltes handgeführtes System, das im Diako zum Einsatz kommt.

Gleichzeitig mit der Entwicklung der hochkomplexen OP-Roboter gab es das Bestreben, mit kleinen handgeführten Instrumenten die bei der herkömmlichen Laparoskopie fehlende Beweglichkeit zu ermöglichen. Verschiedene Versuche, die Handbewegung mechanisch zu übertragen, führten nicht zum Erfolg. Im Zuge der Miniaturisierung von elektronischen Bauteilen, Motoren etc. konnten jedoch dem OP-Roboter analoge Geräte entwickelt werden, die in einer Hand gehalten und gleichzeitig über einen Joystick bewegt werden.

Die neuste Entwicklung eines sogenannten handrobotischen Systems mit dem Namen „HandX“ ist seit diesem Jahr in Deutschland auf dem Markt. Es erweitert die herkömmlichen minimalinvasiven laparoskopischen Eingriffe um das robotische Operieren genau dort, wo es nötig ist mit. Damit minimieren sich apparativer Aufwand und die Kosten eines Eingriffes im Vergleich zur großen robotischen Technik erheblich. Außerdem wird in vielen Fällen die OP- bzw. Narkosezeit deutlich reduziert.

Am Diakonissenkrankenhaus sind nun die ersten Eingriffe mit dem HandX-System erfolgreich durchgeführt worden. Bei sechs Patienten wurde ein Nierentumor mit einem retroperitoneoskopischen Zugang robotisch assistiert entfernt, wobei jeweils die Niere erhalten werden konnte. ■

HEBAMMENKREIßSAAL

Im Diako können Mütter vom Vorgespräch bis zur Entlassung ausschließlich von Hebammen begleitet werden

Seit einigen Jahren gibt es einen Trend zur selbstbestimmten Geburt – mit wenig medizinischen Eingriffen und intensiver Hebammenbegleitung. Genau das wird im Diakonissenkrankenhaus erstmalig geburtshilfliche Realität. Im neuen Hebammenkreißsaal am Diako unterstützen Hebammen Gebärende ohne Risikofaktoren bei einer selbstbestimmten, interventionsarmen Geburt – auf Wunsch ohne Anwesenheit einer Ärzt*in. Im Januar 2024 sollen die ersten hebammengeleiteten Geburten stattfinden. Die Leitende Hebamme Lisa Mühlberg beantwortet rund um das Projekt 12 Fragen:

Leitende Hebamme
in der Geburtshilfe am Diako

Lisa Mühlberg

1

Warum führt das Diako einen Hebammenkreißsaal ein?

Wir kommen damit zum einen dem Wunsch einiger von uns betreuter Schwangeren nach, die eine hebammenbegleitete Geburt ohne Arztanwesenheit, aber mit der Sicherheit eines klinischen Settings im Hintergrund wünschen. Zum anderen setzen wir das Projekt aus Überzeugung für eine gute Geburtshilfe um. Schlüsselwörter dabei sind Eins-zu-eins-Betreuung, Wahlfreiheit für werdende Eltern, die Förderung natürlicher Geburten und evidenzbasiertes Arbeiten. Das Betreuungskonzept eines Hebammenkreißsaals bietet sowohl für Frauen als auch für das Klinikpersonal viele Vorteile.

2

Was ist eigentlich ein Hebammenkreißsaal?

Der Hebammenkreißsaal ist ein von Hebammen geleitetes Betreuungsmodell, in dem Hebammen Niedrigrisikogebärende eigenverantwortlich eins zu eins betreuen – vor, während und nach der Geburt. Mit diesem Angebot haben Frauen ohne erhöhtes Risiko die Wahlfreiheit zwischen einem interdisziplinären Kreißsaal (Hebamme und Ärzt*in) oder einem Hebammenkreißsaal. Der Fokus einer Geburt im Hebammenkreißsaal liegt darauf, eine frauenzentrierte und natürliche Geburtsumgebung zu schaffen.

3

Für welche Schwangeren ist die hebammengeleitete Geburt geeignet?

Ein festgelegter Kriterienkatalog regelt den Ein- und Ausschluss, sodass lediglich „Low-Risk-Frauen“ selbstständig und eigenverantwortlich durch die Hebammen begleitet werden können. Zwei verpflichtende Vorgespräche etwa in der 30. und 36. Schwangerschaftswoche bauen ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Familien und dem Hebammenteam auf. Gleichzeitig wird mehrmals geprüft, ob einer Geburt im Hebammenkreißsaal irgendetwas im Wege steht. Der Kriterienkatalog orientiert sich am Katalog des Mutterpasses. Unsere Geburtshilfe am Diako konnte individuelle Feinabstimmungen vornehmen. Jedoch geben sowohl der deutsche Hebammenverband als auch der Verbund Hebammenkreißsaal einen Katalog vor, der als maßgebliche Orientierung dient.[1]

4

Was macht eine Geburt in unserem Hebammenkreißsaal aus?

Der Fokus liegt auf einer individuellen, selbst- und mitbestimmten Geburt, bei der wir weitgehend auf Interventionen und starke Schmerzmittel verzichten. Stattdessen werden die Frauen in intimer Atmosphäre von mindestens einer Hebamme kontinuierlich begleitet. Zur Geburt sind sogar zwei Hebammen anwesend. Sie unterstützen und ermutigen die Frau einfühlsam, zum Beispiel aus eigener Kraft zu gebären und auf ihre Geburtskompetenz zu vertrauen. Im Falle einer Geburtsverletzung kann die Hebamme diese versorgen und nähen.

Leider ist der Begriff „Hebammenkreißsaal“ bis dato nicht geschützt. Letztendlich ist es unsere Eigenmotivation, das Konzept bis ins letzte Detail zu leben und den Hebammenkreißsaal in allen Nuancen ernst zu nehmen. Dazu gehört für uns zum Beispiel, dass die Hebammen den kompletten Betreuungsbogen von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett hinein begleiten. Vorgespräche in der Schwangerschaft, das Nähen von Geburtsverletzungen und das Führen des Abschlussgesprächs im Wochenbett sind für uns ebenfalls Teil dieser Betreuung. In dieser Hinsicht unterscheiden wir uns von einigen anderen Hebammenkreißsälen in Deutschland.

5

Wie sicher ist ein Hebammenkreißsaal?

Ein Hebammenkreißsaal ist genauso sicher wie ein herkömmlicher interprofessioneller Kreißsaal. Das belegen zahlreiche Studien. Im Falle einer Komplikation kann sofort und ohne zeitliche Verzögerung in die teamgeleitete Betreuung von Hebammen und Mediziner*innen übergeleitet werden. Der Hebammenkreißsaal ist als Betreuungskonzept in die Kreißsaal-Räumlichkeiten integriert. Es findet also in diesem Moment kein Wechsel des Personals oder des Raums statt. Durch die enge Verzahnung und die notwendige Abstimmung zwischen hebammengeleiteter Geburtshilfe und Facharztstandard wird sogar die Versorgungsqualität und damit die Sicherheit gesteigert.

6

Ersetzt der Hebammenkreißsaal den üblichen interprofessionellen Kreißsaal?

Der Hebammenkreißsaal stellt keine Alternative zum üblichen interprofessionellen Kreißsaal dar. Vielmehr erweitert er das bestehende Betreuungsangebot und bietet gesunden Frauen die Möglichkeit, zwischen beiden Modellen zu wählen. Es ist keinesfalls beabsichtigt, auf den interprofessionellen Kreißsaal zu verzichten. Tatsächlich liegt der Anteil gesunder Schwangerer mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und Erwartung einer unkomplizierten Geburt in Deutschland bei etwa 20 Prozent.[2] Somit wählen nach wie vor 80 bis 90 Prozent der Frauen den interprofessionellen Kreißsaal. Darüber hinaus liegt die Weiterleitungsrate vom Hebammenkreißsaal in den teamgeleiteten Kreißsaal bei 40 bis 50 Prozent. Es wird erwartet, dass letztendlich nur etwa 10 Prozent der angemeldeten Frauen tatsächlich im Hebammenkreißsaal entbinden werden.

7

Von welchen Überleitungsgründen sprechen wir?

Es gibt statistisch drei Hauptgründe für eine Überleitung in den interprofessionellen Kreißsaal: eine verzögerte Geburt, Auffälligkeiten im fetalen Herztonmuster und der Wunsch der Gebärenden nach einer spezifischen Schmerzlinderungsmethode wie der Periduralanästhesie.[3] Daneben gibt es zahlreiche weitere Kriterien, die im Katalog festgelegt sind und für alle Hebammen verbindlich sind.

8

Welche Vorteile bietet der Hebammenkreißsaal?

Der Hebammenkreißsaal bietet sowohl für die Familien als auch für das geburtshilfliche Team diverse Vorteile. Frauen, die hier eine Geburt erlebt haben, bewerten ihr subjektives Geburtserleben als positiver. Statistische Auswertungen belegen zudem, dass gegenüber dem interprofessionellen Kreißsaal (IKS) im Hebammenkreißsaal (HKS):

- weniger Geburten vaginal-operativ beendet wurden (HKS 6,2 %, IKS: 9,5 %)
- die PDA-Rate niedriger war (HKS: 19,1 %, IKS: 41,2 %)
- weniger Dammschnitte durchgeführt wurden (HKS: 4,3 %, IKS: 7,9 %)[4]

Geburtshilfliche Teams entwickeln und professionalisieren sich mit diesem Konzept weiter, unter anderem in Bereichen wie Beratung, Kommunikation, Schnittstellenmanagement, Anwendung von Komplementärmedizin oder Nahttechniken bei Geburtsverletzungen. Wir hoffen, mit unseren Hebammenkreißsaal einen attraktiveren und zukünftig wettbewerbsfähigen Arbeitsplatz für Hebammen zu schaffen, damit sie langfristig Freude an ihrer originären Hebammenarbeit haben.

9

Welche Nachteile gibt es?

Für die Gebärende gibt es im Hebammenkreißsaal eine begrenzte Anzahl an Schmerzlinderungsoptionen. Obwohl Hebammen verschiedene natürliche Methoden zur Schmerzlinderung anbieten können, wie Entspannungsübungen, Wärme, Massagen, Akupunktur, Aromatherapie und Homöopathie, stehen eine PDA oder andere medikamentöse

Opioide nicht zur Verfügung. Zudem bedeutet ein Hebammenkreißsaal für das Krankenhaus höhere Kosten: Insbesondere der Sach- und Personalbedarf ist höher. Anders als beispielsweise in Nordrhein-Westfalen gibt es in Sachsen bis jetzt leider keine Fördermittel für die Eröffnung eines Hebammenkreißsaals. Darüber hinaus ist ein höherer Dokumentationsaufwand notwendig und zusätzliche Zeit, zum Beispiel für mindestens zwei Vorgespräche.

10

Welche Voraussetzungen gibt es am Diako bereits?

Speziell am Diako waren die Voraussetzungen für dieses Projekt ideal. Wir verzeichnen ungefähr 1100 Geburten pro Jahr mit einem perinatalen Schwerpunkt (Level III). Die Rate natürlicher Geburten ist bei uns sehr hoch. Statistisch gesehen finden die meisten Geburten bereits jetzt in aufrechter Gebärposition statt, und wir haben eine sehr niedrige Rate von Dammschnitten. Das eingespielte Team aus Hebammen und Ärzt*innen arbeitet bereits seit Jahren auf Augenhöhe zusammen und ist gut aufeinander eingespielt. Diese Basis ist unserer Meinung nach sehr wichtig für die Umsetzung eines solchen Betreuungsangebots. Mit unseren drei Kreißsälen und zwei Vorwehenzimmern sowie einem separaten Wannenraum verfügen wir über ausreichend Platz. Unsere Klinik ist zudem als babyfreundlich zertifiziert und passt daher ideal zu unserem Konzept, da hier die Bindung und Natürlichkeit an erster Stelle stehen.

11

Welche Veränderungen waren für die Umsetzung des Konzeptes notwendig?

Ein wesentlicher Aspekt war die personelle Umstellung des Hebammen-Teams von einer 2-2-2-Besetzung auf eine 3-3-3-Besetzung, um eine Eins-zu-eins-Betreuung zu gewährleisten. Vorstellungsgespräche, Hospitationstage und Einarbeitung haben viel Energie und Personalressourcen in Anspruch genommen. Das Hebammen-Team wurde fachlich gefördert, indem langfristige Fortbildungen organisiert wurden. Damit werden wir der erhöhten Verantwortung gerecht. Es gab Fortbildungen zum CTG, zur Komplementärmedizin und verschiedene Nahtkurse durch unseren Chefarzt. Außerdem wurden die Kreißsaalräumlichkeiten renoviert, damit sie noch wohnlicher sind.

Organisatorisch war eine enge Abstimmung bei der Entwicklung verschiedener Dokumente erforderlich. Kriterienkataloge, Aufklärungsbögen und Checklisten mussten besprochen und diskutiert werden, um sie später teilweise digital in das Dokumentationsprogramm zu übertragen.

Wie läuft es nach der ersten hebammengeführten Geburt weiter?

Natürlich werden wir während und nach der Implementierungsphase kontinuierlich evaluieren, ob das Konzept des Hebammenkreißsaals unseren Erwartungen und den Bedürfnissen der Schwangeren gerecht wird. Regelmäßige Feedbackgespräche sind vorgesehen, um Optimierungen vorzunehmen und etwaige Anpassungen durchzuführen. Es ist unser Ziel, eine bestmögliche geburtshilfliche Versorgung anzubieten, bei der die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Frauen im Mittelpunkt stehen. Wir freuen uns auf zahlreiche Vorgespräche und gehen davon aus, dass die ersten Geburten im Hebammenkreißsaal im Januar 2024 stattfinden werden. ■

12

Quellen

1 https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/naturliche-geburt-in-der-klinik-ganz-ohne-arzt-hebammenkreisssale-machen-es-moglich-2738.php

2 https://idw-online.de/de/news753338

3 https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/ergebnisse-des-forschungsprojekts-hebammen-kreisssaal/

5 https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Handbuch_Hebammenkreisssaal.pdf

SICHERHEIT VON PATIENT*INNEN

Der aktualisierte Expertenstandard zur Sturzprophylaxe vom DNQP wurde im Diako weiterentwickelt

Durch Einschränkungen der kognitiven Leistung oder der Mobilität kann der Krankenhausaufenthalt für manche Menschen zu einer signifikanten Gefahr werden. Insbesondere Stürze haben mitunter schwerwiegende Folgen. Pflegestandards helfen dabei, solche Gefahren zu identifizieren und zu minimieren. Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ wurde unter anderem im Diako Dresden validiert. Bachelor-Nurse Sophia Böhme war maßgeblich daran beteiligt und berichtet von den Ergebnissen.

Case-Managerin, Bachelor Pflege

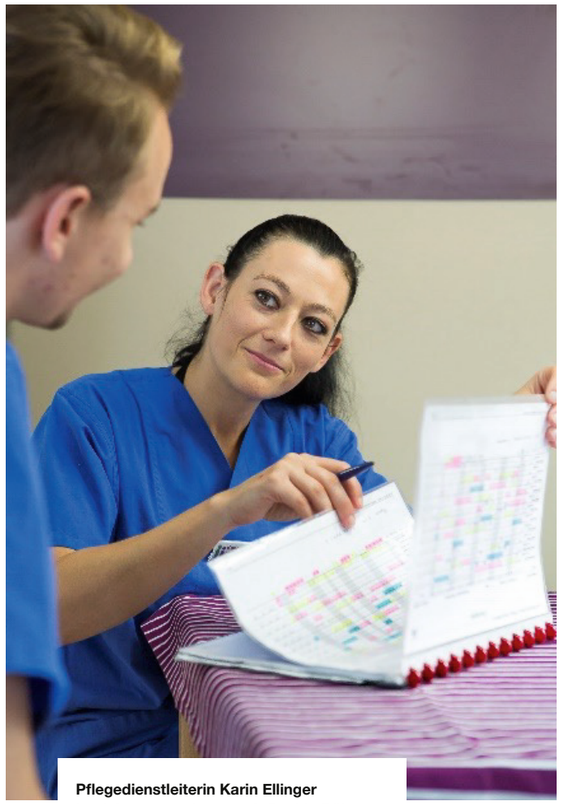
Sophia Böhme

Bachelor of Science (B.Sc.) in der Pflege

Ein Sturz von Patient*innen im Krankenhaus kann schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Durch eine Sturzverletzung, wie zum Beispiel einer erlittenen Fraktur, kann sich nicht nur der Krankenhausaufenthalt verlängern, sondern auch die Lebensqualität der gestürzten Person nachhaltig beeinträchtigt werden.[1] Die Folgen eines Sturzereignisses können zu Immobilität und sozialer Isolation führen, woraus nicht selten langfristig ein pflegerischer Mehraufwand resultiert.[2]

Im Krankenhaus ist das Risiko besonders groß. Hier befinden sich Patient*innen in einer ungewohnten Umgebung. Durch vorbestehende kognitive Einschränkungen, Beeinträchtigungen in der Mobilität oder der Angst vor einem Sturz[3] kann der Krankenhausaufenthalt für die Betroffenen zu einer signifikanten Gefahr werden. Pflegestandards sind eine wichtige Grundlage, diese Gefahren zu identifizieren und zu minimieren.

Die ungewohnte Umgebung des Krankenhauses kann gerade bei älteren Menschen zu einem erhöhtem Sturzrisiko führen.



Pflegedienstleiterin Karin Ellinger begleitete gemeinsam mit Sophia Böhme die Validierung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe.

Im Diakonissenkrankenhaus Dresden nimmt evidenzbasierte Pflege einen hohen Stellenwert ein. Hier arbeiten alle am Pflegeprozess beteiligten Personen seit Jahren nach den Kriterien des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ eng miteinander zusammen. Dieser Expertenstandard entspricht der Güte einer medizinischen S3-Leitlinie. Durch das Qualitätsentwicklungsinstrument haben die professionell Pflegenden einen Leitfaden an der Hand, um Sturzrisiken zu identifizieren, pflegerische Maßnahmen einzuleiten, um Stürze zu reduzieren und die Mobilität zu fördern.[4]

Im Jahre 2022 wurde dieser Expertenstandard zur Sturzprophylaxe nach mehr als zehn Jahren vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) aktualisiert. Zur Überprüfung der Anwendbarkeit schrieb das DNQP ein Projekt aus, um das sich Pflegedienstleiterin Karin Ellinger und Sophia Böhme im Namen des Diakonissenkrankenhaus Dresden beworben haben. Unter anderem wurde unser Krankenhaus mit anderen namenhaften Erstversorgern, wie der Charité in Berlin und anderen großen Unikliniken in Deutschland, zur Teilnahme ausgewählt.

Pflegedienstleiterin Karin Ellinger begleitete gemeinsam mit Sophia Böhme die Validierung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe.

Literatur

1 Halfon, P., Eggli, Y., Van Melle, G., Vagnair, A. (2001): Risk of falls for hospitalized patients: A predictive model based on routinely available data, Journal of Clinical Epidemiology , 54: 1258-126

2 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2022): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung 2022. Osnabrück, DNQP, S. 20

3 Stehling, H. (2022): Was ist neu?, Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ in „Die Schwester“/ „Der Pfleger“ 11/22

4 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2022): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung 2022. Osnabrück, DNQP, S. 24

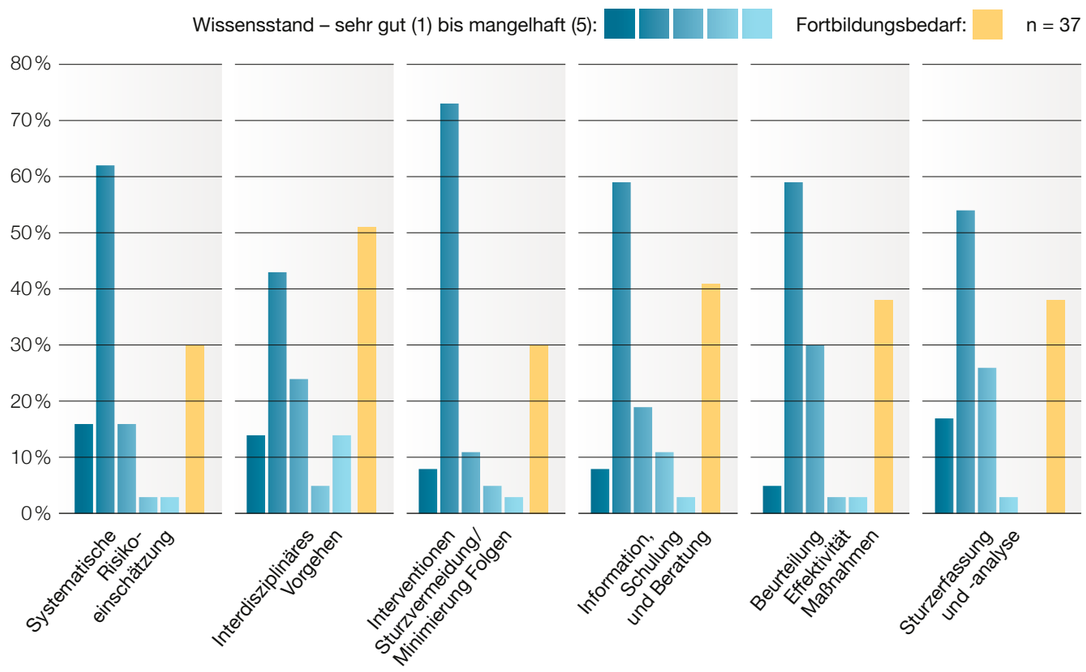
Mithilfe eines standardisierten Audits des DNQP wurden Befragungen auf der internistischen und traumatologischen Modell-Pflegeeinheit durchgeführt. Dabei ging es darum, welche bestehenden Ressourcen zur Sturzvermeidung es gibt, welchen Fortbildungsbedarf die Pflegenden sehen und welche prophylaktischen Maßnahmen die Patient*innen bekommen haben.

Nach der Auswertung des Audits wurden bestehende Dokumente und Prozesse zum Thema „Sturzprophylaxe in der Pflege“ überarbeitet und nach aktuellem empirischen Wissen angepasst. Dabei ergab sich die Möglichkeit für die Pflegenden, im Rahmen einer Fortbildung das neu erstellte Screening „Sturzrisikoeinschätzung“ kennenzulernen und in der Anwendbarkeit zu testen.

Eine anschließende Kennzahlenerhebung sollte feststellen, ob die festgelegten Qualitätsziele umgesetzt werden konnten oder ob weiterer Schulungsbedarf bei den Pflegekräften besteht. Durch eine individuelle auf den Patienten abgestimmte Pflegemaßnahmenplanung in der Pflegepraxis, bekommen die Patient*innen ein größeres Mitbestimmungsrecht, welches zu einer höheren Zufriedenheit beitragen soll.

Die bereits erhobenen Daten können sich sehen lassen und zeigen, dass die Patient*innen von den am Pflegeprozess beteiligten Personen im Diako gut unterstützt werden, um Stürze zu vermeiden. Durch die Implementierung der Neuerungen des Expertenstandards trägt das Diako in hohem Maße zur Verbesserung der Patientensicherheit bei. ■

Einschätzung der Pflegekräfte von ihrem Wissensstand bzw. ihrem Fortbildungsbedarf



PRO & CONTRA „DR. GOOGLE“

Wissen und Erwartungshaltung von Patient*innen haben sich grundlegend gewandelt

In den Weiten des Internets ist das gesamte Wissen der Menschheit zu finden – und jede Menge Unsinn. Vor allem in jenen medizinischen Disziplinen, in denen diffuse Symptome eingeordnet und schwere Erkrankungen begleitet werden müssen, sind Mediziner*innen häufig mit den eigenen Recherchen ihrer Patient*innen konfrontiert. Wir haben uns mit unserer Schmerztherapeutin und einem unserer Internisten über die Vor- und Nachteile von „Dr. Google“ unterhalten.

Ärztliche Leiterin DIAKO Schmerztherapie und Palliativmedizin MVZ

Dr. med. Uta Poppelbaum

Fachärztin für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Naturheilkunde, Notfallmedizin, Manuelle Medizin, Chirotherapie

Wie internet-affin sind Ihre Patienten?

Ein Großteil meiner Patienten sind ältere Menschen. Viele von ihnen haben keinen starken Bezug zum Internet. Allerdings sind in den vergangenen Jahren auch einige jüngere Patientengruppen hinzugekommen, zum Beispiel mit Muskelschmerzen wegen Long-Covid, mit Migräne oder auch jüngere Tumorpatienten, die wir hier auch begleiten.

Gerade Long-Covid war ein medial vielbesprochenes Thema, zu dem es im Internet sicherlich auch viele Fake-News und gefährliches Halbwissen gibt.

Das stimmt. Umso wichtiger ist es dann, dass der Patient meiner Expertise vertraut und bereit ist, seine Meinung zu ändern.

Und können das die meisten?

Ich kann schon die Tendenz beobachten, dass wir Ärztinnen und Ärzte nicht mehr die „Halbgötter in Weiß“ sind. Wenn ich den Patienten früher einen ärztlichen Rat gab, war das für ihn meistens gesetzt. Hinterfragt wurde das überhaupt nicht. Dahin zurück möchte ich aber auch nicht mehr.

Was haben Sie dagegen, Halbgöttin in Weiß zu sein?

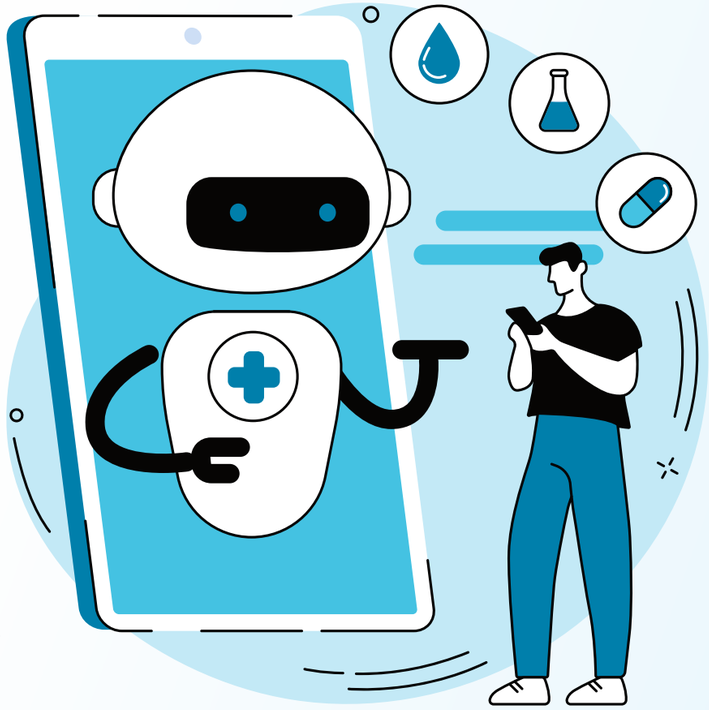
Der Patient sollte mir als Expertin vertrauen. Ich finde es aber sehr wichtig, dass er grundsätzlich die Bereitschaft hat, sich über seine Erkrankung auch selber zu informieren. Diese Informationen bespreche ich gerne mit den Patienten gemeinsam während der Sprechstunde.

Warum finden Sie das so wichtig? Genügt es nicht, wenn der Patient einfach Ihrem Rat folgt?

Die aktive Beteiligung des Patienten ist für den Erfolg der Schmerztherapie entscheidend. Wer sich passiv in sein Schicksal fügt und einfach nur Pillen verschrieben haben möchte, hat eine schlechte Prognose. Und die aktive Beteiligung beginnt doch bereits mit dem Interesse am eigenen Körper. Heute folgt aus diesem Interesse dann oft eine Internetrecherche.

Das Informationsbedürfnis und die aktive Beteiligung am Heilungsprozess haben sich parallel zum Internet weiterentwickelt?

Ja, die Achtsamkeit ist gestiegen. Wenn die Menschen Symptome an sich feststellen, die sie nicht zuordnen können, tauschen sie sich heute mit Freunden aus oder googeln, was sie zunächst selber tun können – zum Beispiel welche Hausmittel helfen könnten. Grundsätzlich ist das ein sehr guter Weg. Natürlich bleibt es eine schwierige Abwägung, wann ich einen Arzt aufsuchen muss. Allerdings habe ich nicht den Eindruck, dass die Arztkontakte weniger geworden sind.



Als Internist befassen Sie sich hauptsächlich mit Diagnostik. Sind Patienten heute informierter als früher?

Gerade jüngere Patienten verfügen über eine hohe digitale Kompetenz und informieren sich meistens online über ihre Symptome. Diese Recherche zeugt von Interesse an der Erkrankung, was grundsätzlich gut ist. Heutzutage werden Therapieentscheidungen ja gemeinsamen mit dem Patienten getroffen. Zwar besteht weiterhin ein Informationsungleichgewicht zwischen Mediziner und Laien. Ein Vorwissen der Patienten ist aber hilfreich.

Haben die Menschen durch das Internet also ein stärkeres Bewusstsein für ihren Körper entwickelt?

Das ist wiederum nach meinem Eindruck nicht der Fall. Die Gesundheitskompetenz ist heute schlechter geworden. Und das obwohl – vielleicht auch gerade weil – den Menschen vermeintlich jede Information zur Verfügung steht.

Was meinen Sie mit Gesundheitskompetenz?

Gesundheitskompetenz im weitesten Sinne beinhaltet zu wissen, was günstig für den Erhalt der Gesundheit ist. Es geht darum, Gesundheitsinformationen zu finden, kritisch zu bewerten und anzuwenden. Dazu gehören vermeintlich banale Dinge wie Ernährung oder körperliche Aktivität. Aber auch darüber fehlt häufig das Wissen, sonst würde es nicht eine zunehmende Zahl an Herz-Kreislauf- und Soffwechselerkrankungen geben. Auf der anderen Seite war früher das Wissen über Hausmittel stärker verbreitet. Diese symptomatische Behandlung reicht oft aus, um den Körper bei der Genesung von einfachen Erkrankungen zu unterstützen. Ein Aspekt der Gesundheitskompetenz ist die Recherche im Internet.

Wo liegen dabei die größten Herausforderungen?

Bei der Suche im Internet stoßen viele Patienten gleich auf mögliche gefährliche Ursachen ihrer Symptome, was zur unnötigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führt. Andererseits liegt eine große Gefahr darin, dass die Internetrecherche zu dem falschen Schluss führt, ein echtes Warnsignal des Körpers sei harmlos. Im Zweifel sollte daher immer ein Arzt kontaktiert werden. Insgesamt sollten die Menschen wieder lernen, ihre Beschwerden realistisch einzuschätzen.

Kann die Suche im Internet bei anfälligen Menschen auch Hypochondrie befeuern?

Hier muss man differenzieren. Es gibt den Patiententypus, der sich nach Recherche mit der Vorstellung einer bestimmten – häufig schwerwiegenden – Erkrankung vorstellt. Diese lässt sich oft schnell ausschließen. Die eigentliche Suche nach der Ursache der Symptome beginnt hier aber erst. Die Internetsuche kann bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung aber auch die Systematisierung der Erkrankungen befördern. In diesem Fall steht häufig nicht die Aufklärung einer vermuteten Erkrankung im Vordergrund. Der Patient sucht stattdessen die Zuwendung durch medizinisches Personal, indem immer neue Untersuchungen eingefordert werden – der sogenannte sekundäre Krankheitsgewinn tritt möglicherweise in den Vordergrund. Dieses Verhalten kann durch die Möglichkeit, unendliche viele Erkrankungen und Symptome googlen zu können, verstärkt werden.

Oberarzt der Klinik für Innere Medizin

Dr. med. Matthias Ziesch

Facharzt für Innere Medizin
Schwerpunkt: Gastroenterologie

Diako-Fallbesprechung

Bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen hilft ein Score bei der Therapieentscheidung

Es wird angenommen, dass in Deutschland jede zweite Frau über 70 Jahre von Osteoporose betroffen ist. Von dieser Gruppe erleidet wiederum die Hälfte innerhalb von sechs Jahren eine sogenannte Fragilitätsfraktur. Dabei ist bei mehr als 50 Prozent der Fälle die Wirbelsäule betroffen. Die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Diako setzt bei der Therapieentscheidung solcher Frakturen auf einen Score für die therapeutische Indikationsfindung, der von der Arbeitsgruppe osteoporotischer Frakturen entwickelt wurde. Dr. Thomas Lein und Dr. Wadim Kisel erläutern, wie sie bei der Diagnostik und Therapie vorgehen.

Dr. Wadim Kisel
Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie

Osteoporotische Wirbelkörperfrakturen treten am häufigsten im thorakolumbalen Übergangsbereich auf, da hier die biomechanische Belastung am stärksten ist. Typischerweise werden diese Frakturen durch ein Bagatelltrauma verursacht, häufig ist überhaupt kein Unfallmechanismus zu erkennen. Klinisch bleiben osteoporosebedingte Wirbelkörperfrakturen anfangs oft stumm. Schmerzen können sich erst im Verlauf entwickeln und zum Beispiel auch in die Bauchregion ausstrahlen. Radikuläre Schmerzen mit neurologischen Symptomen sind bei osteoporotischen Sinterungsfrakturen eher selten. Bei Verdacht auf eine Fraktur der Wirbelsäule sollte in jedem Fall eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden. Toleriert die betroffene Person schmerzbedingt eine Aufnahme im Stehen, ist diese zu bevorzugen, um bereits Rückschlüsse auf kyphotische Fehlstellungen im Frakturbereich sowie zu Fragen der Stabilität erhalten zu können.

Bei Verdacht auf eine osteoporotische Fraktur kann unmittelbar nachfolgend eine CT-Untersuchung nachgezogen werden, allerdings stellt in entsprechenden Fällen die Magnetresonanztomographie (MRT) den Gold-Standard der weiterführenden Diagnostik dar. Die Wirbelkörperhinterkante und der Ausschluss einer Spinalkanalkompression lassen sich damit besser analysieren. Insbesondere mit Fettsignal-unterdrückten Sequenzen (STIR) können Knochenmarködeme und okkulte Frakturen nachgewiesen werden. Auch das Frakturalter lässt sich hiermit verifizieren.

Die Arbeitsgruppe Osteoporotische Frakturen (OF) hat einen Score für die therapeutische Indikationsfindung entwickelt, welcher auch im Diakonissenkrankenhaus Anwendung findet. Diesen gilt es im Verlauf der Behandlung immer wieder anzupassen und er eignet sich hervorragend für die klinische und radiologische Verlaufskontrolle. Der Score orientiert sich zusätzlich an der Frakturklassifikation der DGOU (OF1-5). Hinsichtlich der einzuschlagenden Behandlungsfrage werden bei okkulten Frakturen oder Frakturen mit geringen Deformitäten des Wirbelkörpers zunächst konservative Therapieansätze favorisiert. Ziel ist hierbei, die Betroffenen frühzeitig zu mobilisieren. Das wird durch eine Schmerzmittelgabe nach WHO-Schema sowie physiotherapeutische Begleitbehandlung zur Verbesserung der Sturzangst und Optimierung der Lokomotion realisiert. Stabilisierende Übungen für die autochthone Rückenmuskulatur fördern den Schmerzrückgang und die Mobilität. Im weiteren Verlauf sind engmaschige Röntgenkontrollen während der ersten sechs Wochen erforderlich, um einen Kollaps oder Fraktursinterung nicht zu übersehen.

Bei Frakturen höherer Klassifizierung kommen im Diako oft perkutaneingebrachte zementaugmentierte Schraubenstabsysteme zum Einsatz. Die minimalinvasiven Techniken führen zu einer verringerten Zugangsmorbidität und einer rasche Mobilisierung.

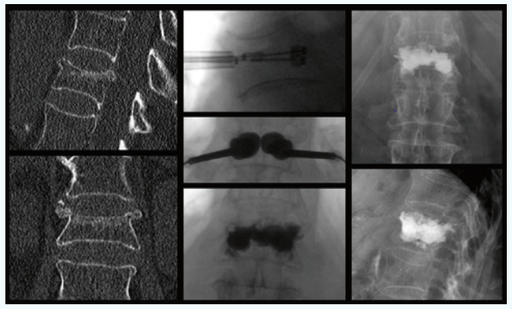
Bei Frakturen OF3-5 wird mit einem OF-Score über 6 eine operative Versorgung und Stabilisation empfohlen und regelhaft auch im Diakonissenkrankenhaus durchgeführt. Durch die verfügbaren minimalinvasiven Techniken zeigen sich eine verringerte Zugangsmorbidität und eine rasche Mobilisierung der Patient*innen. Hier haben sich gedeckte Verfahren im Sinne einer Ballonkyphoplastie (Zementauffüllung einer osteoporotischen Wirbelkörperfraktur) oder perkutan eingebrachte zementaugmentierte Schraubenstabsysteme bewährt.

Die Entscheidung zur operativen Therapie sollte innerhalb der ersten sieben bis zehn Tage zeitnah erfolgen, zeigt sich doch bei Wirbelkörperfrakturen eine im Vergleich zu Schenkelhalsfrakturen deutlich erhöhte Ein-Jahres-Mortalitätsrate (72 Prozent versus 59 Prozent). Eine Aufrichtung gesinterter Wirbelkörper gelingt ebenfalls verlässlicher, je schneller operiert wird. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien zeigen signifikante Vorteile der minimalinvasiven Zementaugmentation gegenüber einer konservativen Therapie in Hinblick auf den wichtigen Erhalt des sagittalen Wirbelkörperprofils.

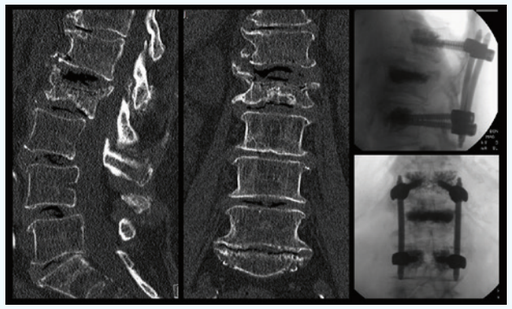
Bei Frakturen höherer Klassifizierung kommen im Diako oft perkutan eingebrachte zementaugmentierte Schraubenstabsysteme zum Einsatz. Die minimalinvasiven Techniken sind nach einer gewissen Lernkurve auch sicher und komplikationsarm anzuwenden.

Bei Verletzungen mit ausgeprägter Beteiligung der Hinterkante bei osteoporotischen Frakturen ab OF-Typ 3 reicht die Kyphoplastie häufig allein nicht aus und sollte mit einer dorsalen Instrumentierung (Hybridstabilisierung) über ein additives Schraubenstabsystem ergänzt werden. Durch Zementaugmentation erhöhen sich die Stabilität und Korrekturverlässlichkeit. Oftmals kann dann auf eine ventrale Abstützung verzichtet werden. Bei Frakturen des thorakolumbalen Überganges sollte die Instrumentation langstreckig und das Einbringen der Pedikelschrauben zementaugmentiert erfolgen, wie es regelhaft auch im Diakonissenkrankenhaus angeboten und durchgeführt wird.

Zusammenfassend haben sich die OF-Klassifikationssysteme für die therapeutische Indikationsstellung bewährt und werden im Rahmen des therapeutischen Assessments in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des Diakonissenkrankenhauses evaluiert. Die Therapieentscheidung sollte mit den Betroffenen individuell abgesprochen bleiben. Dennoch geht die Empfehlung dahin, dass instabile Verletzungen mit Fehlstellungen der Wirbelsäule und Störungen der sagittalen Balance eine Indikation für eine operative Therapie darstellen. ■



Ballonkyphoplastie einer osteoporotischen LWK1-Fraktur, OF 2



Kyphoplastie und dorsale Stabilisierung einer osteoporotischen LWK1-Fraktur, OF 4

DIGITALISIERUNG

Das Diako wird zum papierlosen Krankenhaus

Mittlerweile hat es auch die Krankenhäuser erreicht: das große Ziel – papierlose Patientendokumentation bis Ende 2024. So wünscht es sich jedenfalls der Gesetzgeber und stellt auch entsprechende Fördermittel zur Verfügung. Das Diako befindet sich derzeit auf dem Weg zu einem Krankenhaus, in dem alle wesentlichen Abläufe und Prozesse digitalisiert sind. Katja Adolphi verantwortet das Projekt und legt dar, was die größten Herausforderungen sind.

Projektkoordination & Organisationsentwicklung

Katja Adolphi

SACHSEN

Diese Maßnahme wird mitfinanziert durch Steuermittel auf der Grundlage des von den Abgeordneten des Sächsischen Landtags beschlossenen Haushaltes.

Nach einem sehr komplexen Antragsverfahren bekam das Diakonissenkrankenhaus mit seinen Standorten in Dresden und Niesky im Dezember 2022 einen Bewilligungsbescheid ausgestellt. Bereits hier ist zu erkennen, welch hehres Ziel da gesetzt wurde: Zählt man den Zeitraum der Vorfinanzierung durch das Haus nicht mit, bleiben genau zwei Jahre, um Fieberkurve, ärztliche und pflegerische Dokumentation, Medikation und Aufklärung zu digitalisieren. Damit nicht genug, sollen zusätzlich zur Telematikinfrastruktur Portale für Patient*innen eingerichtet werden, um den Austausch von Dokumenten außerhalb des Hauses zu ermöglichen.

Damit Krankenhäuser in diesem Bereich investieren können, trat im Oktober 2020 das Krankenhauszukunftsgesetz in Kraft. Insgesamt stellt die Bundesregierung seit 2021 drei Milliarden Euro für die Digitalisierung der Krankenhäuser zur Verfügung. Mit diesem Geld sollen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur unterstützt werden. Dazu gehören unter anderem die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, digitales Medikamentenmanagement, Patientenportale aber auch wichtige Maßnahmen der IT-Sicherheit und sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen. Auch personelle Maßnahmen können davon gefördert werden.

Um die Digitalisierungsprojekte innerhalb des Krankenhauses umzusetzen, braucht es passende Infrastruktur und Rahmenbedingungen (links). Im letzten Schritt werden auch Patient*innen und Kolleg*innen digital vernetzt (rechts).

Erfreulicherweise konnten bereits 2022 einzelne Projekte in der Geburtendokumentation, Palliativdokumentation und Notfalldokumentation umgesetzt werden. 2023 folgen mit Kurve und Medikation etwas größere Projekte. Hier ist die Herausforderung, den laufenden Betrieb nicht zu behindern, sprich arbeitsfähig zu bleiben. Schulungen sind erforderlich und die Umstellungen mit zusätzlichem Aufwand verbunden, der dem medizinischem Personal nur begrenzt abgenommen werden kann. Der Trugschluss, dass durch Digitalisierung Zeit gespart wird, trifft allenfalls auf das Suchen von Patientenakten zu.

Die digitale Aufklärung am Arzt-Tablet geht nach einer gewissen Einarbeitungszeit vielleicht etwas schneller, muss dabei aber auch rechtssicher bleiben. Für Patient*innen ergeben sich jedoch positive Effekte, wenn sie auf einem Tablet alle Aufklärungsbögen auf einmal ausfüllen. Zudem ergeben sich zum Beispiel geringere Dopplungen bei der Anamnese und die Texte können in verschiedenen Sprachen dargestellt werden. Und wenn wir ehrlich sind, wird es ja auch langsam Zeit. Das spürt man auch, wenn die Visite jetzt mit einem mobilen Wagen mit PC und großem Bildschirm begleitet wird. Noch liegt die Patientenakte daneben, aber spätestens im Februar 2024 sollte darauf verzichtet werden, weil alle Daten im Krankenhausinformationssystem digital vorliegen.

Klar ist, dass es bis 2024 noch viel zu tun gibt. Unklar ist, wie die Finanzierung der zusätzlichen Software-Lizenzen und die Wartungskosten nach dem Förderzeitraum im derzeitigen Krankenhausfinanzierungssystem sichergestellt werden. Hierzu hat sich der Gesetzgeber noch nicht geäußert. Positiv ist zu sehen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Krankenhäusern und auch den Software-Anbietern durch die Sanktionsvereinbarung im Juli noch etwas Aufschub bei der Umsetzung geschaffen hat. Alles andere wäre unrealistisch. ■

Im Diako findet die Aufklärung von Patient*innen mittlerweile ausschließlich am Tablet statt.

SCHONENDE THERAPIEABLÄUFE

Fast-Track-Konzepte sind der Standard-of-Care in der kolorektalen Chirurgie

Seit Anfang 2022 werden in der Klinik für Viszeralchirurgie/Proktologie alle Patient*innen mit operationspflichtigen kolorektalen Erkrankungen elektiv im Rahmen eines Fast-Track-Konzeptes vorbereitet und therapiert. Der projektverantwortliche Oberarzt zieht eine erste Bilanz, wie sich das Konzept auf Patientenautonomie, -mobilität, Homöostase und Outcome ausgewirkt hat.

Funktionsoberarzt der Klinik für Viszeralchirurgie/Proktologie

Richard Weihrauch

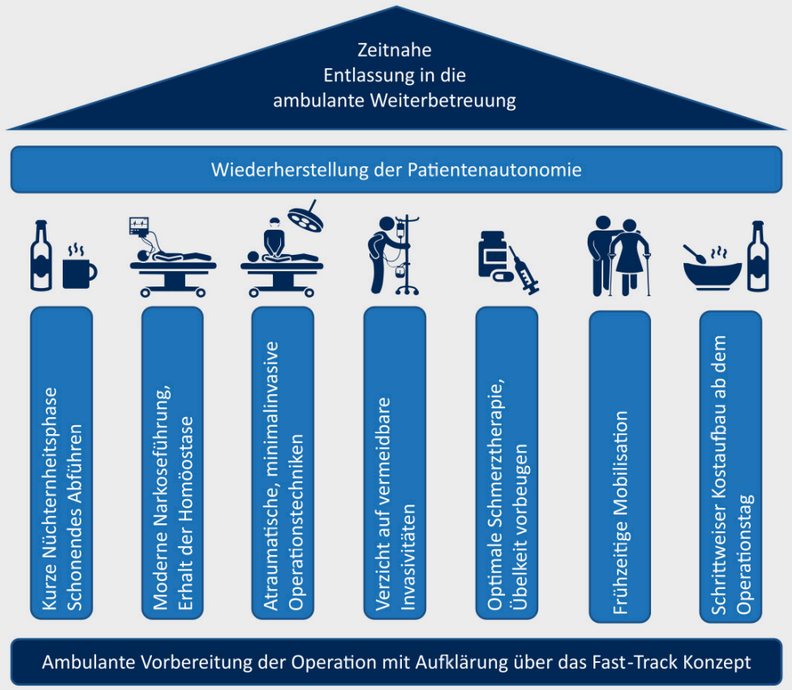
Facharzt für Chirurgie

Die kolorektale Chirurgie ist ein Grundpfeiler im Behandlungsspektrum der Klinik für Viszeralchirurgie/Proktologie am Diakonissenkrankenhaus Dresden. Die Einrichtung wurde von der Deutschen Krebsgesellschaft als Darmkrebs- und Pankreaskarzinomzentrum zertifiziert. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zertifizierte die Klinik als Kompetenzzentrum für minimalinvasive Chirurgie und als Kompetenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie. Mit diesem Profil werden hier sowohl benigne Erkrankungen, wie zum Beispiel Divertikulitiden, chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder Entleerungsstörungen, als auch Malignome des gesamten unteren Gastrointestinaltraktes diagnostiziert und therapiert.

Durch die Anwendung von modernen Operations- und Anästhesieverfahren sind elektive kolorektale Eingriffe im Jahr 2023 als komplikationsarme Operationen zu betrachten, welche nicht nur zeitlich, sondern auch strukturell planbar sind. Dementsprechend wurden in den letzten zehn Jahren auf nationaler und internationaler Ebene evidenzbasierte Empfehlungen für circa 25 Behandlungselemente in der kolorektalen Chirurgie in Leitlinien herausgegeben, um sogenannte multimodale perioperative Konzepte (mPOM, ERAS®, Fast-Track) in Kliniken effizient umzusetzen und zu standardisieren. Im Vordergrund einer standardisierten Behandlung steht die individuelle Therapie aller Patient*innen auf der Grundlage höchstmöglicher medizinischer Evidenz – und der Erkenntnis, dass moderne Chirurgie nicht nur zwischen Schnitt und Naht stattfindet.

Das Diakonissenkrankenhaus hat im vergangenen Jahr als erstes Krankenhaus in Dresden diese Umstrukturierung unter externer Supervision erfolgreich in der kolorektalen Chirurgie vollzogen und bietet seinen Patient*innen nunmehr ein zertifiziertes Fast-Track-Konzept (periTRACK®) für alle elektiven kolorektalen Operationen an. In Hinblick auf die Veröffentlichung der deutschen POMGAT-Leitlinie (Perioperatives Management gastrointestinaler Tumoren) Mitte 2023 handelt sich hierbei keineswegs um eine Marketing-Aktion, sondern um die vorausschauende Anpassung hausinterner Strukturen auf kommende leitliniengerechte Medizin zur Verbesserung des postoperativen Outcomes unserer Patient*innen.

Alle multimodalen perioperativen Konzepte haben als Kernziele die rasche Wiederherstellung der Patientenautonomie und Homöostase. Kürzere Krankenhausverweildauer und geringere Komplikationsraten sind lediglich Nebeneffekte einer umfassenden, patientenorientierten Behandlung. Diese wird im Diakonissenkrankenhaus seit einem Jahr präoperativ durch die Trennung von Indikationsstellung und Patientenschulung in zwei separaten Sprechstunden initiiert. Patient*innen lernen somit sowohl ihre Erkrankung besser zu verstehen, als auch unter der Begleitung einer speziell geschulten Fast-Track-Assistentin ihren Genesungsprozess positiv zu beeinflussen.



Grundprinzipien der Fast-Track-Chirurgie (Willis MA et al. Evaluation der Effektivität einer Standard Operating Procedure (SOP) zur perioperativen Therapie bei kolorektalen Operationen Zentralbl Chir 2021; 146: 269–276)

Ute Meinhardt ist als Fast-Track-Assistentin die zentrale Ansprechpartnerin und Koordinatorin im ambulanten und stationären Behandlungsverlauf – sowohl für die Patient*innen als auch für die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen.

Intraoperativ wird durch vorwiegend minimalinvasive Chirurgie, Vermeidung von abdominellen Drainagen, zentralvenösen Kathetern und Periduralkathetern sowie balancierter Volumensubstitution die Patientenintegrität erhalten und die Invasivität des notwendigen operativen Eingriffs deutlich reduziert. Dies hat aus pathophysiologischer Sicht eine ausgeglichenere Immunantwort zur Folge, die sowohl das unmittelbar postoperative Infektionsrisiko senkt als auch das langfristige onkologische Outcome verbessert.

Hinzu kommt, dass nach der Operation 90 Prozent unserer Patient*innen direkt aus dem Aufwachraum auf Normalstation gehen, auf welcher der sofortige Kostaufbau und die Mobilisation gestartet werden. Dies steht im deutlichen Kontrast zum deutschlandweiten Standardvorgehen, bei dem auch Post-Corona immer noch fast 70 Prozent aller kolorektalen Operationen mindestens eine Nacht auf Überwachungsstation verbringen. Das ist für den Großteil der Patient*innen weder medizinisch sinnvoll noch ressourcensparend.

Somit wird deutlich, dass Fast-Track keineswegs nur Medizin für fitte und junge Menschen darstellt, sondern insbesondere für ältere und kranke Patient*innen konzipiert wurde. Es liegt auf der Hand, dass die Störung der Homöostase von Multimorbiden durch eine Operation weitaus gravierendere Folgen mit sich bringen kann, als bei nicht Vorerkrankten.

Durch standardisierte präoperative Motivation, intraoperative Reduktion der Invasivität und forcierte Mobilisation postoperativ sind unsere Patient*innen am dritten postoperativen Tag im Durchschnitt mehr als sieben Stunden außerhalb des Bettes anzutreffen und drängen bereits selbstständig am Folgetag auf Entlassung. Somit ist es nur konsequent, diese wiedererlangte Autonomie und Homöostase zu stärken und die Patient*innen ziehen zu lassen. Dementsprechend liegt unsere aktuelle postoperative Verweildauer für kolorektalen Operationen bei fünf Tagen, wobei allgemein-medizinische Komplikationen um 50 Prozent reduziert werden konnten.

Pathophysiologische Grundidee von Fast-Track

Adhärenz (%) postoperative Mobilisation vor und während Implementierung (06/22 – 02/23)

Tag *(Ziel in h)*	**Stand 05/22** *(Ø in h)*	**Stand 02/23** *(Ø in h)*
POD1 (>4)	7.4 (2.26)	66.3 (3.90)
POD3 (>8)	11.1 (5.70)	55.1 (7.14)

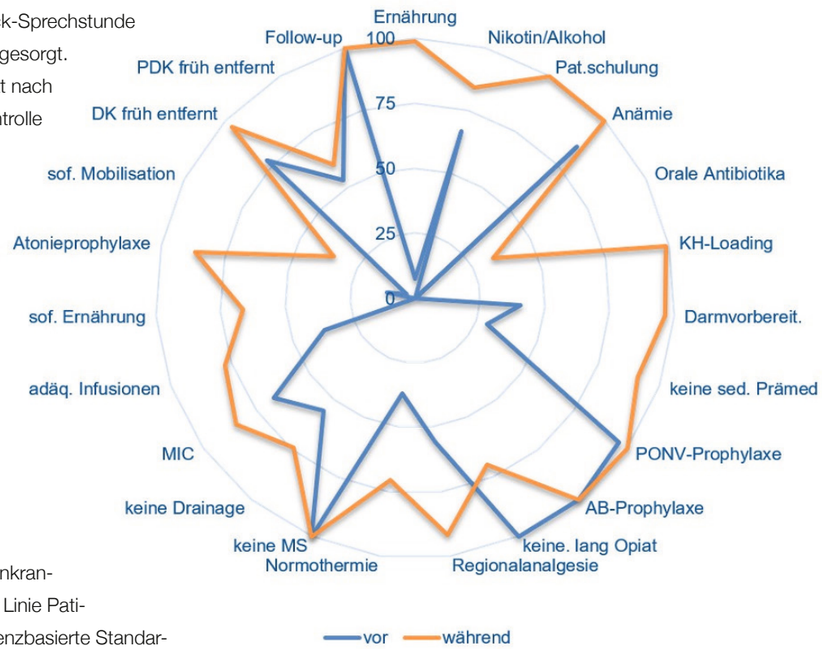
Outcomes bis 30d nach Entlassung vor und während Implementierung (06/22 – 02/23)

Outcome	**Stand 05/22**	**Stand 02/23**
Postoperative VWD* (d)	7	5
Allgemein-med. Komplikationen (%)	14.8	6.7

Um insbesondere mögliche poststationäre Probleme frühzeitig zu erkennen oder ausstehende Befunde zu besprechen, werden zudem standardmäßig alle Patient*innen eine Woche nach Entlassung in der Fast-Track-Sprechstunde klinisch und laborchemisch nachgesorgt. Abschließend erfolgt einen Monat nach Entlassung eine telefonische Kontrolle durch die Fast-Track-Assistentin Ute Meinhardt.

Aus chirurgischer Sicht stellt diese Prozessoptimierung eine echte Zeitenwende dar. Althergebrachte Vorgehensweisen in der Chirurgie wurden ad acta gelegt und subjektive Partikularinteressen durch objektivierbare Behandlungsschritte ersetzt.

Hiervon profitieren im Diakonissenkrankenhaus Dresden heute in erster Linie Patient*innen und Pflege. Denn evidenzbasierte Standardisierung schafft mehr Sicherheit für den Einzelnen und mehr Entlastung für Viele. ■



Ziele des Fast-Track (Schwenk et al, Fast-Track Manual für elektive kolorektale Chirurgie, GOPOM GmbH)

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 2023 PROKTOLOGIE
FOCUS TOP MEDIZINER 2023 HERNIEN-CHIRURGIE
FOCUS TOP MEDIZINER 2023 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.

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

Konzept und Redaktion:
Victor Franke

Satz und Layout:
Romy Sorber, sorbergestaltet.de

Fotos: Franziska Pilz/Konvex Fotografie (Health Company, Dresden):
S. 1, 4, 6–11, 14–15, 18–20, 22, 24
Ben Gierig (Ben Gierig – Fotografie, Dresden): S. 8, 20
Uwe Völkner (Fotoagentur FOX, Lindlar): S. 11, 12
Sven Claus (FOTOGRAFISCH, Dresden): S. 2

Auflage: 2.500

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.