



Sigmadiverticulitis: Häufige Erkrankung

Die Divertikulose ist eine häufige Erkrankung in den westlichen Ländern und meist Folge der Ernährungsgewohnheiten. Für diejenigen Patienten, bei denen sich Divertikel entzünden, legen wir die Therapie stadienabhängig fest. Das Stadium kann am besten an Hand des computertomographischen Befundes bestimmt werden, der nach Hansen-Stock klassifiziert wird (**Abb. re**). Entzündungen, die auf die Darmwand beschränkt bleiben, werden konservativ behandelt. Erst bei einem Rezidiv besteht die Indikation zur Operation. Heute kann als gesichert angesehen werden, dass bei lokal komplizierten Divertikulitiden (gedeckte und freie Perforation, Phlegmone des Sigmaso, Abszessbildung) eine frühe Operation die besten Langzeitergebnisse aufweist. Abszesse werden präoperativ CT-gesteuert drainiert, um eine frühelektive Resektion anzuschließen. Durch ein stadiengerechtes Vorgehen können 70-90% der Notfalloperationen, die mit erheblichen Risiken einhergehen, vermieden werden. Obwohl die Koloskopie die Schwere der Divertikulitis unterschätzt, weil sich die prognoserelevanten, entzündlichen Veränderungen

außerhalb des Lumens abspielen, ist sie zum definitiven Ausschluß eines Malignoms bei jedem Patienten erforderlich.

Alle Fälle, mit Ausnahme der freien Perforation mit diffuser Peritonitis, werden primär laparoskopisch versorgt. Die neue Videotechnologie in unserem digitalen OP (siehe weiter hinten) ermöglicht uns optimale OP-Bedingungen. Der Vorteil der laparoskopischen Operation liegt im verminderten Zugangs-trauma, der schnellen Rekonvaleszenz,

Hansen Stock Klassifikation

- 0** Divertikulose, keine Entzündung
- 1** unkomplizierte akute Divertikulitis (Phlegmone auf Darmwand begrenzt)
- 2** akute komplizierte Divertikulitis
 - 2a** Peridivertikulitis (Phlegmone bis ins Meso reichend)
 - 2b** Abszeß oder gedeckte Perforation oder Fistel
 - 2c** Freie Perforation
- 3** chronisch rezidivierende Divertikulitis

und der Verminderung von Komplikationen an der Bauchdecke wie Narbenhernien und Wundinfektionen. Eine abschließende Kontrolle per Koloskopie sechs Wochen nach der Operation erfasst diejenigen Patienten, bei denen Verklebungen an der Klammernaht in einer Sitzung durch eine Ballondilatation gelöst werden können.

Ihr Team vom Evangelischen Krankenhaus wünscht Ihnen und Ihrer Familie sowie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein glückliches, vor allem gesundes Jahr 2008.

Neue Implantate: Bessere Ergebnisse bei Knie-Endoprothese

Seit Juli 2007 verwenden wir ein neues, wieder zementfreies Endoprothesenmodell (PBK-S Integration der Firma Peter Brehm) zum Oberflächenersatz eines verschlissenen Kniegelenkes. Dabei werden beide Femukondylen sowie das Tibiaplateau passgenau ersetzt.

Aufgrund der hohen Modularität und Präzision des neuen Modells bestehen erheblich bessere individuelle Anpassungsmöglichkeiten an die anatomischen Verhältnisse jedes einzelnen Patienten. Das hat eine bessere frühe aber auch späte Beweglichkeit bei Beugung und Streckung bei erhaltener Festigkeit des Gelenkes zu Folge. Bereits 20 Patienten haben wir so versorgt. Nach der Rehabilitation sind alle Patienten mit dem Ergebnis der Operation (uneingeschränkt Streckung und Beugefähigkeit von durchweg mindestens 90°) sehr zufrieden.

Frauenheilkunde bleibt bestehen - Nur die Geburtshilfe wurde geschlossen

Wie bereits seit einiger Zeit bekannt, ist es unserem Haus aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht möglich, die geburtshilfliche Abteilung weiter vorzuhalten. Das Für und Wider der Entscheidung wurde ausführlich auch in der Öffentlichkeit diskutiert. Änderungen der finanziellen Rahmenbedingungen oder der Entscheidungskriterien haben

sich nicht ergeben und werden sich aufgrund der fortgeführten gesundheitspolitischen Vorgaben auch nicht ergeben. Wir haben Verständnis, wenn die unpopuläre Entscheidung in Teilen der Bevölkerung auf Unverständnis stößt. Jedoch bitten wir um Fairness bei der



Bewertung einer solchen Maßnahme. Die Schließung der Entbindungsabteilung ist sicherlich ein schmerzhafter Weg, jedoch ist er unvermeidbar - auch zum Schutz des Großteils der Mitarbeiter.

Für das seit Jahrzehnten in uns gesetzte Vertrauen möchten wir - insbesondere die Hebammen, Kinder- und Krankenschwestern, sowie alle unsere Belegärzte - unseren Patientinnen aus Hattingen und Umgebung ganz herzlich danken.

Von dieser Schließung ist der Betrieb der Klinik für Frauenheilkunde natürlich nicht betroffen. Die frauenärztliche Versorgung führen wir weiterhin für Sie fort - auf einem sehr hohen medizinischen Niveau und mit ganz persönlicher Betreuung durch die Frauenärzte Frau Dr. Nikola Höner, Frau Dr. Sabine Oppel, Herr Dr. Ellmar Weißenfels und Herr Dr. Thomas Schröder, der übrigens auch Sprecher der Belegärzte ist.



Nichtraucherschutz greift ab 1. Januar auch bei uns im EvK

Zum 01.01.2008 tritt auch für alle Krankenhäuser in NRW das Nichtraucherschutzgesetz (NRSG) in Kraft. Die Vorgaben des Gesetzes soll nicht rauchende Personen vor den durch passives Rauchen bedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen schützen. Es besagt u.a., dass in Gebäuden von Gesundheitseinrichtungen das Rauchen generell untersagt ist. Ausnahmen vom grundsätzlichen Rauchverbot sind nur für Patienten möglich, die sich in palliativmedizinischer oder psychiatrischer Behandlung finden oder bei denen ein Rauchverbot dem Therapieziel entgegen steht. Ob dieses der Fall ist befindet der behandelnde Arzt.

Für Ihre und unsere Patienten bedeutet dies, dass ab dem 01.01.2008 - sofern

nicht eine der genannten Ausnahmen zutrifft - das Rauchen in allen Räumlichkeiten des Krankenhauses untersagt ist. Dieser Umstand wird nicht jedem Patienten bewusst sein und wird auch nicht bei jedem Patienten auf Verständnis stoßen. Dennoch tragen gerade wir als Gesundheitsdienstleister eine besondere Verantwortung bei der stringenten Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Wir bitten deshalb um Ihre Mithilfe bei der Aufklärung unserer gemeinsamen Patienten bereits im Vorfeld stationärer Aufenthalte.

Jetzt neu im EvK: Superscharfe Bilder im digitalen OP 5

HDTV - ‚High Definition‘-Fernsehen, ein Weihnachtswunschtraum für viele Menschen, ist im neuen, digitalen Operationssaal 5 im EvK wahr gewor-



den. Dabei ist das Programm auf den Bildschirmen zwar in aller Regel Routinechirurgie. Vor allem bei komplizierten Eingriffen jedoch zeigt die neue Technik aufgrund der hohen Auflösung und Detailtreue ihre Stärken. Über die verschiedenen Bildschirme der neuen Videoketten können darüber hinaus während der OP wichtige CT oder MRT Bilder in Bezug auf ganz spezielle Fragestellungen eingeblendet und nochmals angesehen und bewertet werden. Bald werden in diesem OP während eines Eingriffs Videokonferenzen zum Einholen einer zweiten Meinung oder auch die Darstellung besonderer intraoperativer Befunde an weiter betreuende Kolleginnen und Kollegen ermöglicht werden. Dadurch können besondere Fragestellungen, die sich während der Operation ergeben, sofort geklärt werden. Die neue Technologie ermöglicht, neben der optimierten Routedokumentation von Bildern und Videosequenzen, außergewöhnliche Befunde sogar über die Grenzen des Operationssaales hinaus weiterzuleiten, wenn dies für eine engmaschige Weiterbetreuung der Patienten hilfreich ist.

Die Durchleuchtung im digitalen Zeitalter

Die alte Durchleuchtungsanlage auf der Ebene 4 hatte nach 20 Jahren ausgedient. Unzählige ERCPs, Phlebographien, Magen-Darm-Passagen, Colon-Kontrasteinläufe und Myelographien waren hier durchgeführt worden. Innerhalb von sechs Wochen wurde die alte Anlage abgebaut, der Raum komplett renoviert und die neue Durchleuchtungsanlage der Firma Philips eingebaut. Am 12. November war es schließlich soweit: Die erste Untersuchung wurde erfolgreich durchgeführt.

Die modernste Durchleuchtungsanlage dieser Art in Deutschland bietet viele Vorteile: Verminderte Strahlenbelastung für die Patienten, Bedienkomfort für die Röntgenassistentinnen und das untersuchende ärztliche Personal sowie deutlich höhere Bildqualität schließlich auch die Verfügbarkeit aller Bilder im Netz. "Mit der neu errichteten Durchleuchtungsanlage ist der erste von demnächst fünf neu gestalteten Endoskopieräumen fertig gestellt.", so Prof. Dr. Andreas Tromm.

Neue Pflegedienstleitung

Jung, dynamisch und voller Tatendrang - das ist Eva Dechant, die neue Pflegedienstleiterin, die am 3. Dezember im Evangelischen Krankenhaus ihre Arbeit aufgenommen hat. Noch im alten Jahr will die "Neue" sich in ihren neuen Aufgabenbereich einarbeiten, der viel Fingerspitzengefühl und noch mehr Engagement von ihr fordern wird.

Die 31jährige tritt nämlich an, um in nicht ganz leichten Zeiten pflegerrelevante Strukturen und weitere EvK-Standards noch enger mit denen der zwei anderen Häuser der Evangelischen Stiftung Augusta zu verknüpfen. Es geht um die Schaffung eines

gemeinsamen Rahmens, einer fühlbaren "corporate identity", die übergreifend ist für alle Berufsgruppen, Abteilungen und Häuser.

Dies bedeutet: Wo auch immer man sich in der Stiftung befindet - und dies gilt auch für das Altenheim, die Ambulanten Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen - "alle uns anvertrauten Menschen werden überall eine gleich kompetente und freundliche Behandlung erfahren und sich rundum ernst genommen und exzellent betreut fühlen."

Eva Dechant, die gelernte Krankenschwester und Diplom-Pflegewissenschaftlerin, leitete zuletzt ein Altenheim. "Auch, wenn man es



zunächst nicht vermutet", sagt sie, "gibt es sehr viele Parallelen." Natürlich sei das EvK ein Haus der Akutmedizin, aber die Zahl der alten Patienten sei - wie in allen Krankenhäusern - sehr hoch. Und die Zahl der Patienten mit Demenz wachse.

Folglich sei es notwendig, sich auf den Umgang mit gerade diesen Patienten einzustellen. "Denn wichtig ist", sagt sie, "dass wir uns noch stärker als bisher an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen ausrichten, die für ein paar Tage bei uns zu Gast sind." Diesen Gästen gelte alles Verständnis, alle Pflege, Zuwendung und Betreuung.

Der Begriff "Entlassungsmanagement" hört sich sperrig an, ist aber ein wichtiger Baustein. "Wenn die Menschen bei uns ankommen", holt Eva Dechant etwas weiter aus, "brauchen wir eine Fülle von Informationen, die uns von den Patienten oft nicht gegeben werden können." Deshalb sei es wichtig, dass diese Infos zeitgleich, besser früher, mit ins EvK kommen.

Gleiches gelte später für die Entlassung. "Wir müssen für alle Beteiligten transparent machen, wie es nach dem Klinikaufenthalt weiter gehen soll." Dies geschehe natürlich längst. An dieser Stelle und an der Transparenz werde aber aktuell noch viel gearbeitet, weiter optimiert. "Alle müssen wissen, ob die Menschen nach Hause gehen oder ins Altersheim, ob und wie sie betreut werden, wie es mit Medikamenten, Physiotherapie, mit dem Haushalt und Hilfen für das tägliche Leben aussieht."

Dechant hat am EvK einen großen Handlungsspielraum. Als vertrauens-

volle Ansprechpartnerin auf der Ebene des Trägers, der Evangelischen Stiftung Augusta (Bochum/Hattingen), steht Eva Dechant mit Eva-Maria Karmelita, der Zentralen Pflegedienstleiterin, eine erfahrene Spezialistin zur Seite, die sich neben dem EvK auch noch um die beiden Augusta-Häuser in Bochum-Mitte



und -Linden kümmert. Auch Karmelita kommt aus der Pflege, ist seit 39 Jahren im Augusta und gilt als profunde Kennerin der Stiftung und der Krankenhaus-"Landschaft" überhaupt. Sie ist u.a. als Ausbilderin im mittleren Management tätig.

Die beiden Evas werden in der Zukunft viel Zeit für die Menschen im EvK einsetzen. Damit bleibt für die seit fünf Jahren verheiratete "Neue" vielleicht nur noch wenig Freiraum zum Lesen, Spaziergehen und für das Kino. Aber das ist nicht schlimm, denn "die Arbeit hier ist eine Herausforderung", sagt sie, "der ich mich nur allzu gern stelle."

Schmerz-Therapie senkt perioperative Morbidität deutlich

Schmerztherapie ist ein bedeutendes Thema am Evangelischen Krankenhaus. Im März dieses Jahres hat sich nun eine Schmerz-Arbeitsgemeinschaft gebildet, die alle Abteilungen und Berufsgruppen mit einbezieht.

Ziel der Arbeitsgemeinschaft, so Dr. Judit Winner, Oberärztin der Klinik für Anästhesiologie, sei es, "durch besondere Schulung die Schmerzwahrnehmung aller an der Behandlung Beteiligten zu verbessern." Dies gelte für die Pflege ebenso wie für das ärztliche Personal. Man will dadurch die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerz und dessen Linderung deutlich und noch weiter verkürzen.

Unabdingbare Voraussetzung dafür sei eine aktuelle und systematische Schmerzeinschätzung und eine dezidierte Verlaufskontrolle mit Hilfe von geeigneten Einschätzungsinstrumenten. Alle Voraussetzungen dafür hat das Team längst geschaffen - und es gibt auch eine Probestation, auf der bereits exzellente Erfahrungen gesammelt wurden. Der Startschuss ist bereits gefallen. Die dazugehörigen Dokumentationsunterlagen müssen zwar noch gedruckt werden, aber die Infrastruktur steht und die Patienten profitieren bereits.

Auch chronische Schmerzpatienten werden bei speziellen Fragestellungen konsiliarisch mitbehandelt und gegebenenfalls auch medikamentös neu eingestellt. Im Aufbau befindlich ist eine Schmerzsprechstunde mit Schmerzambulanz für Palliativpatienten. Stationär eingeleitete Therapien werden dort fortgeführt.



Dr. Judit Winner

Es geht, so Dr. Winner, in erster Linie darum, "den gesamten perioperativen Bereich günstig zu beeinflussen, denn eine gute Schmerztherapie senkt die perioperative Morbidität und verringert die Liegedauer der Patienten, weil Lungenembolien, Lungenentzündungen und Wundheilungsstörungen deutlich seltener auftreten." Gleichzeitig beuge diese Therapie der Entstehung chronischer Schmerzen vor und sie sei ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit der Patienten im Hause.

Das medizinische Konzept beinhaltet dabei die Kombination einer Vollnarkose mit einem regional anästhesiologischen Verfahren. Der Vorteil für den Patienten besteht einerseits darin, dass die Nebenwirkungen der systemisch zur Narkose gegebenen Medikamente minimiert werden könne, andererseits aber gleichzeitig die Qualität der Schmerztherapie erheblich verbessert werde.

Die Schmerztherapie beginnt also intraoperativ. "Im Aufwachraum wird sie verfeinert", sagt die Oberärztin. "Und dann wird der Patient mit einer Empfehlung, die er im Aufwachraum bekommt, auf die Station entlassen."

Evangelisches Krankenhaus Hattingen gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus - 45525 Hattingen - Bredenscheider Str. 54

Durchwahl Fax

Information/Telefonzentrale 02324 502- - 0 - 499

Klinik f. Gefäß-, Unfall- + Visceralchirurgie Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Helfried Waleczek

Sekretariat Frau Voßnacke - 216 - 385

Gefäßchirurgie - Oberarzt Andreas Hoffmann

Sekretariat Frau Tiggemann - 396 - 492

Institut f. Plastische u. Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie + Sportmedizin

Leitender Arzt Dr. Karl Schuhmann

Sekretariat Frau Brockhausen - 511 - 423

Klinik für Innere Medizin - Chefarzt Prof. Dr. Andreas Tromm

Sekretariat Frau Schmidt - 219 - 366

Sekretariat Frau Herwig - 220 - 366

Klinik f. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Plastisch-Ästhetische Operationen

Chefärztin Dr. Jihan Mohasseb

Sekretariat Frau Heinicke - 271 - 272

Klinik für Neurologie - Chefarzt Dr. Rainer Poburski

Sekretariat Frau Sammet - 261 - 498

Klinik für Anästhesie / Intensivmedizin - Chefarzt Dr. Gerhard Schlosser

Sekretariat Frau Weinert - 451 - 496

Intensivbehandlung (IBE)

- 455 - 491

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen

Dres. Blobel, Helmer - 212

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dres. Höner, Opper, Schröder, Weißenfels - 522 - 335

Kooperationspartner Orthopädie

Dres. Peter-Dietmar Platzek / Stefan Heidersdorf - 6530 - 6531

Pflegedienst

Zentrale Pflegedienstleitung Eva Karmelita - 264 - 438

Pflegedienstleitung Eva Dechant - 255 - 438

Medizinische Patientenaufnahme (IKC)

- 539 - 523

Administrative Patientenaufnahme

- 280 - 494

Notaufnahme/Ambulanz

- 222 - 477

Sozialdienst Frau Werthmann

- 263 - 489

Sozialdienst Herr Grimm-Windeler

- 369 - 488

Verwaltung Dipl. Kaufm. Mario Kleist

Sekretariat Frau Scheller - 251 - 252

Ambulante Dienste

- 480 - 482

Kurzzeitpflege

- 936 - 939

