

DR. ANJA WIDDERMANN

**CHEST PAIN UNIT AM
KLINIKUM HEIDENHEIM** / Seite 3

NORBERT PFEUFER

FASTTRACK ZNA / Seite 5

PROF. DR. ANDREAS IMDAHL

**DIE AKUTE MESENTERIALE
ISCHÄMIE** / Seite 7

SONJA SOTNIKOV

**SPRECHSTUNDE FÜR
REGULATIONSSTÖRUNGEN** / Seite 9

MICHAEL WAIBEL

HOMETREATMENT / Seite 12

KARL-HEINZ TRESS & PROF. DR. PETER HELWIG

**REGIONALES TRAUMAZENTRUM
HEIDENHEIM** / Seite 14

Heidenheim, Februar 2023

EDITORIAL



Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich ihnen den neuesten etwas umfangreicheren Newsletter mit sehr interessanten Themen präsentieren zu können.

Nachdem Corona zunehmend in der klinischen Tätigkeit und unserem Alltag in den Hintergrund tritt, freue ich mich über spannende Themen aus den verschiedensten Bereichen des Klinikums.

Frau Dr. Widdermann, Leiterin der Chest Pain Unit berichtet in einem interessanten Artikel über das erste Jahr nach Zertifizierung der neuen Chest Pain Unit, die ja unter schwierigen Coronabedingungen etabliert wurde – ein Zugewinn für die klinische Versorgung unserer Patienten und ein schönes Beispiel auch für eine interprofessionelle und sektorenübergreifende Kooperation.

Auch die zentrale Notaufnahme mit über 30.000 Patienten im vergangenen Jahr zeigt dass eine neue Strukturierung der Anmeldung über den so genannten „gemeinsamen Tresen“ und eine „Fast-Track ZNA“ Vorteile für minderschwere Erkrankungen und Beschwerden bietet, damit mehr Ressourcen für die schweren Erkrankungen und Verletzungen zur Verfügung stehen.

Hr. Prof. Imdahl berichtet über die akute mesenteriale Ischämie mit einer seit 30 Jahren bestehenden unveränderten und nicht zufriedenstellenden Letalität von 60% der oftmals betagten Patienten. Bislang bleibt nur die Möglichkeit die Letalität durch frühere Diagnosestellung zu erreichen, was ebenfalls eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt.

Ein Artikel von Frau Oberärztin Sotnikov aus der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin beschäftigt sich dem Thema der Regulationsstörung für die kleinsten Patienten im Alter von 0-3 Jahren. Hier gibt es schon seit 10 Jahren eine spezialisierte Sprechstunde die im interprofessionellen Team wertvolle Arbeit für Eltern und Patienten leistet.

Hr. Waibel Fachkrankenschwester Psychiatrie erläutert in einem sehr interessantem Artikel das schon seit 2017 bestehende Konzept des Hometreatments der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und stellt die Vorteile dieses Konzeptes vor.

Aus der eigenen Klinik freue ich mich über den Artikel von Oberarzt Treß, der wie ich finde anschaulich das regionale Traumazentrum hier in Heidenheim vorstellt. Das weltweit einzigartige Konzept der Traumanetzwerke mit abgestuften Traumazentren (Lokal, Regional, Überregional) ist schon lange vor der jetzt aktuellen Überlegung aus dem Bundesministerium der Gesundheit etabliert und ist aus unserer klinischen Arbeit in der Unfallchirurgie in Deutschland und einigen angrenzenden Ländern nicht mehr wegzudenken. Gerade in der hochkomplexen Situation der frühen Behandlung der Polytraumapatienten werden entscheidende Weichen für das Überleben und das klinische Ergebnis gestellt.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihr
Prof. Dr. Peter Helwig

CHEST PAIN UNIT AM KLINIKUM HEIDENHEIM

Thoraxschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen, mit welchen sich Patienten in einer Zentralen Notaufnahme vorstellen. Das Spektrum möglicher Differentialdiagnosen ist ausgesprochen breit und reicht von der Akuten Pankreatitis über den Pneumothorax bis zum Transmuralem Herzinfarkt. Um neben den häufig vorkommenden zugrundeliegenden Krankheitsbildern auch seltene Ursachen zu erkennen, erfordert es eine fundierte und breite Expertise. Zusätzlich ist in bestimmten Situationen ein sofortiges Handeln unumgänglich, um langfristigen Schaden oder sogar Tod zu vermeiden.



Abb. 1: Auf dem Flur der C1. Im Vordergrund die Zugänge zur CPU.

In sogenannten Chest Pain Units (CPUs) soll die lokal vorhandene Expertise durch ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen zur bestmöglichen Patientenversorgung eingesetzt werden.

Deshalb wurden im Jahr 2008 von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) erstmals Kriterien publiziert, um national verbindliche Mindeststandards für CPUs zu definieren. Diese Kriterien werden regelmäßig an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst, die letzte Aktualisierung erfolgte im Jahr 2020. In der Zwischenzeit wurden deutschlandweit 327 Chest Pain Units erfolgreich zertifiziert. Hierzu

gehört auch das Klinikum Heidenheim, welches im Oktober 2021 seine Zertifizierungsurkunde in Empfang nehmen durfte.

VORBEREITUNGEN UND INBETRIEBNAHME DER CPU AM KLINIKUM HEIDENHEIM

Da die Medizinische Klinik II schon seit Jahrzehnten über eine stabile personelle und apparative Ausstattung auf kardiologisch höchstem Niveau verfügt, gab es schon länger Bestrebungen zur Einrichtung einer Chest Pain Unit. Als sinnvoller Ort hierfür stellte sich aufgrund der dort bereits vorhandenen Strukturen und der möglichen Synergieeffekte die Zentrale Notaufnahme heraus.

Zwischenzeitlich war es der Personalmangel im (assistenten-)ärztlichen Bereich, später dann der pandemiebedingte Ausnahmezustand, der das Einreichen der umfangreichen Zertifizierungsunterlagen verzögerte. Schließlich fand im Oktober 2021 das Audit in einem mehrstündigen Online-Setting statt und die CPU konnte offiziell ihren Betrieb aufnehmen. Sie gehört organisatorisch zur Medizinischen Klinik II unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Daniel Walcher.

RÄUMLICHE UND APPARATIVE AUSSTATTUNG

Für die CPU wurden zwei bestehende Zimmer im Überwachungsbereich der ZNA mit einem Durchbruch räumlich fusioniert. So entstand in unmittelbarer Nähe zum ZNA-Tresen eine Einheit mit vier zentral überwachten Monitorbetten. Die

Zuordnung der Patienten zur CPU erfolgt über die zentrale Triage der ZNA nach vordefinierten Symptomen. Für diese kardiologische Notfalleinheit wurden unter anderem ein eigener Notfallwagen, eine mobile EDV-Konsole und ein kombiniertes ECHO/-Sonographiegerät angeschafft. Auf die in der ZNA zusätzlich vorgehaltenen Diagnostika (BGA-Gerät, Schockraum,...) kann jederzeit zurückgegriffen werden. Durch diverse Umbaumaßnahmen konnte die Entfernung zur Röntgendiagnostik einschließlich Notfallcomputertomographie deutlich verkürzt werden. Der Transfer zur Interdisziplinären Intensivstation oder in eines der Herzkatheterlabore beträgt maximal zwei Minuten.



Abb. 2: Blick in die CPU: Links im Bild zwei der vier Monitorplätze, zentral Notfallsonographie und Notfallwagen, Abschirmmöglichkeiten durch „spanische Wände“.

STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOPs)

Damit personen- und tageszeitenunabhängig alle kardiologischen Notfallpatienten optimal versorgt werden können, wurden 20 SOPs für die wichtigsten Szenarien erstellt und sowohl vor Ort als auch digital hinterlegt. Diese werden regelmäßig überarbeitet und dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Sie dienen nicht nur als Nachschlagewerk, sondern sind auch im Rahmen der Ausbildung junger Assistenzärzte hilfreich.

PERSONELLE BETREUUNG

Die pflegerische Betreuung erfolgt über den Pool der ZNA-Mitarbeiter unter der Leitung von Herrn Stefan Eisele. Eine besondere Schulung interessierter MitarbeiterInnen zur CPU-Pflegefachkraft ist in Planung.

Ärztlicherseits werden die Patienten der CPU von AssistenzärztInnen der Medizinischen Kliniken unter Anleitung der ZNA-Oberärztinnen Dr. Anna-Fee Johannsen und Dr. Hanna Konz erstversorgt. Diese stehen im engen Austausch mit den kardiologischen OberärztInnen, so dass jeder Patient der CPU von einem Facharzt für Kardiologie beurteilt wird. Die Leitung der Einheit liegt in den Händen der MK-II-Oberärztin Dr. Anja Widdermann. Regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen fördern das kollegiale Miteinander und tragen zur Prozessoptimierung bei.

FORTBILDUNG

Die kontinuierliche Fort- und Ausbildung im pflegerischen und ärztlichen Bereich ist uns ein großes Anliegen. Die ursprünglich pandemiebedingte Einführung von Fortbil-

dungen im Online-Format hat sich bewährt – können dadurch doch trotz laufenden Schichtbetriebs und vieler Teilzeitpflegekräfte viele Mitarbeiter gleichzeitig erreicht werden. Die außergewöhnlich hohen Teilnehmerzahlen der letzten Pflege-Fortbildungen (beispielsweise zur EKG-Diagnostik) spricht für die hohe Motivation der MitarbeiterInnen.

Regelmäßige interdisziplinäre Trainingseinheiten zur Kardiopulmonalen Reanimation liegen in den bewährten Händen von ZNA-Chefarzt Norbert Pfeufer.

Um neben der Ausbildung am Patienten junge AssistenzärztInnen auch mit apparativer Diagnostik besser vertraut zu machen, wurde ein Ausbildungskonzept der „Basisechokardiographie“ entwickelt. Ergänzend zu einer Einstiegs-Präsentation und eines „ECHO-Spickzettels“ findet nun bereits seit Anfang 2021 ein wöchentlicher

ECHO-Kurs statt. Mit einer 2:1-Anleitung durch erfahrene Kardiologen ist ein je nach Ausbildungsstand individuell ausgerichtetes Training an kardiologisch erkrankten Patienten möglich. Die Fortschritte der jungen ÄrztInnen sind enorm und kommen letztlich den Notfallpatienten der CPU zugute.

FAZIT NACH DEM ERSTEN JAHR

Ein Jahr nach Inbetriebnahme der CPU sind wir froh, dass wir diesen Schritt trotz Pandemiebedingungen gewagt haben. Die bisher schon sehr gute Versorgung der kardiologischen Notfallpatienten wurde durch verschiedene Maßnahmen strukturiert und dadurch zum Nutzen der Patienten optimiert. Die CPU dient als Weichensteller für die kurz-, mittel- und langfristige Versorgung der kardiologischen Notfallpatienten. Einige Patienten können ambulant versorgt und zeitnah wieder entlassen werden. Bei anderen können akut lebensbedrohliche und stationär zu behandelnde Erkrankungen ausgeschlossen werden, sie bedürfen jedoch einer weiterführenden Diagnostik oder Betreuung im ambulanten Bereich. Die hierfür vereinbarten Kooperationen mit den im Landkreis ansässigen niedergelassenen Kardiologen haben sich bereits mehrfach bewährt. Wieder andere Patienten mit akut lebensbedrohlichen Erkrankungen können mit Eintreffen in der CPU direkt einer zielgerichteten Therapie (beispielsweise Koronarintervention) zugeführt werden.

Die durchweg positiven Rückmeldungen der CPU-Patienten bestätigen das Konzept und bestärken uns in unserem weiteren Engagement.

Autor:

Dr. Anja Widdermann, Oberärztin MK II
Leiterin der Chest Pain Unit

FAST-TRACK ZNA



Abb. 1: Gemeinsamer Anmelde-Tresen von der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und Kassenärztlichen Notfallpraxis im Haus C des Klinikums Heidenheim

Wie in vielen Abteilungen der Klinik besteht in der ZNA ein Missverhältnis zwischen Patientenaufkommen und Ressourcen an Raum und Personal. Bei Betrachtung der Patienten und der Krankheitsbilder fällt ein relativ hohe Anteil von Patienten auf die sich eigentlich bei Ihrem Hausarzt vorstellen sollten. Wir sprechen hier von Beschwerden wie Rückenschmerzen ohne neurologische Ausfälle, Rezeptverlängerung, Halsschmerzen, Fadenzug nach operativem Eingriff, Bagatellverletzungen etc.

Da es in unserem Gesundheitssystem durch Wegfall erfahrener Hausärzte und fehlendem Nachwuchs aktuell zu einer

Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung kommt, haben wir keinen Einfluss auf den Zustrom dieser Patienten in die Notaufnahme. Um die Versorgung der wirklichen medizinischen Notfälle nicht zu gefährden haben wir eine neue Struktur innerhalb der ZNA aufgebaut .

Wir nutzen jetzt die Räumlichkeiten der Notfallpraxis neben der ZNA zu Nichtbetriebszeiten der Notfallpraxis für diese Patienten und haben der Struktur den Namen Fasttrack ZNA gegeben. Dies soll eine schnelle Abarbeitung inklusive Ressourcenschonung durch Verzicht auf unnötige Diagnostik bedeuten.

Da es sehr schwer ist Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt zu finden und wir das Pflegepersonal für die echten medizinischen Notfälle benötigen, haben wir uns entschlossen hier mit Facharzt und Medizinischen Fachangestellten, entsprechend einer Facharztpraxis zu arbeiten.

Die Entscheidung ob der Patient in diesen Bereich kommt wird am gemeinsamen Tresen getroffen, danach erfolgt ein schneller Facharztkontakt mit klarer symptombezogener und problemorientierter Diagnostik. Im Gegensatz zur Notfallpraxis können wir aber auf Laboruntersuchungen und Röntgenuntersuchungen in der Klinik zurückgreifen. Nach kurzer Zeit wurden hier schon deutlich über 100 Patienten behandelt und davon nur 3 in die stationäre Behandlung eingeschleust, die anderen ambulant. Das bestätigt die hohe Qualität der Zuordnung am gemeinsamen Tresen.

Trotz noch kurzer Laufzeit sehen wir hier eine deutliche Entlastung unserer Untersuchungszimmer und des Personals in der ZNA, wir haben hier nur in Ausnahmefällen Laboruntersuchungen und Infusionstherapie durchgeführt und dementsprechend Ressourcen entlastet. Aktuell wird der ärztliche Part noch ausschliesslich vom Chefarzt der ZNA dargestellt, das schafft bei Terminkollision Probleme. Bei Verbesserung der Personalsituation im ärztlichen Bereich ab Januar 2023 mit Besetzung der Oberarztstelle der ZNA, kann dann durch ein Rotationsverfahren dieser Bereich die ganze Woche geöffnet bleiben.

Wir sind der festen Überzeugung damit einen guten Beitrag zur verbesserten Versorgung der Bevölkerung zu leisten, bitten jedoch alle Patienten einen Klinikbesuch gut zu überdenken und doch vorher den Hausarzt zu kontaktieren.



Abb. 2: Nutzung der Räumlichkeiten der kassenärztlichen Notfallpraxis durch den Chefarzt Norbert Pfeufer

Autor:
Norbert Pfeufer, MBA, Chefarzt
ZNA

DIE AKUTE MESENTERIALE ISCHÄMIE – NICHTS NEUES, ABER EINE STÄNDIGE HERAUSFORDERUNG

Die Sterblichkeit an einer akuten mesenterialen Ischämie hat sich in den letzten 30 Jahren kaum verändert, die Letalität dieser Erkrankung liegt weit über 60%. Hierfür gibt es Reihe von Gründen, ein alles entscheidendes Kriterium zur erfolgreichen Behandlung einer akuten mesenterialen Ischämie ist die Dringlichkeit, mit der man im Krankheitsgeschehen eingreift. Die wahrscheinlich wichtigste Maßnahme beim akuten Bauchschmerz ist, an die mesenteriale Ischämie zu denken und sofort zu reagieren. Die akute mesenteriale Ischämie ist ein überaus dringlicher Notfall!

Diese Erkrankung betrifft die Durchblutung des Dünndarms. Es kommt hierbei immer zu einer Verminderung oder zu einem Stopp der intestinalen Blutversorgung in den überwiegenden Fällen durch eine arterielle Embolie. Es gibt auch seltenere Ursachen wie eine venösen Abflussbehinderung (hier spricht man von einer Infarzierung) u.a. Die akute mesenteriale Ischämie macht etwa bis zu 70% aller mesenterialen Ischämie Formen aus.

Die Risikofaktoren, die zu einer mesenterialen Ischämie führen können, bestehen in Bedingungen, die zu einer Reduktion des Blutflusses in der mesenterialen Blutversorgung führen. Eine sehr häufige Ursache sind unbehandelte Herzrhythmusstörungen. Der hauptsächliche klinische Anlass, der zum Verdacht einer mesenterialen Ischämie führt, ist der plötzliche, akute und in der Regel sehr heftige Bauchschmerz bei einem klinisch relativ blanden Abdominalbefund zu Beginn der Erkrankung. Dieser blande klinische abdominale Befund ändert sich üblicherweise nach wenigen Stunden, es kommt nach einem zwischenzeitlichen kurzzeitigen klinisch stillen Intervall zu einer Peritonitis mit den klassischen Zeichen eines akuten Abdomens mit bretthartem Bauch, heftigen Schmerzen bis hin zum Kreislaufschock.

Ursächlich für die starken abdominalen Beschwerden mit zunächst blandem Befund ist initial die ischämisch bedingte Zerstörung der vegetativen Nervenversorgung des Darms mit späterer Paralyse[†]. Wenige Stunden später wird das klassische akute Abdomen mit Peritonitis durch den Untergang der Darmwand hervorgerufen. Ist die Blutversorgung des Dünndarms über die Arteria mesenterica superior unterbrochen helfen in seltenen Fällen Kollateralen eine marginale Blutversorgung aufrecht zu erhalten. Sind über 50% der Blutversorgung reduziert kommt es zur Ischämie. Ist nur ein kleiner Teil des Dünndarms betroffen z.B. durch eine Strangulation oder durch einen Bridenileus mit Unterbrechung einer peripheren Gefäßversorgung ist meist nur ein kleiner Teil des Darms betroffen. Sofern die ganze Gefäßachse betroffen ist, hat man nur wenige Stunden Zeit um den Patienten zu retten. Ist die Darmwand über lange Strecken wie im Beispielbild zu sehen geschädigt, ist der Verlauf immer letal.

Zur weiteren Diagnostik bei klinischem Verdacht wird im Labor regelhaft eine Laktaterhöhung nachweisbar sein. Die Gefäßdarstellung erfolgt heute in der Regel durch ein Angio-CT des Abdomens, ohne orale Kontrastierung. Eine Laktaterhöhung bei heftigen Bauchschmerzen sollte immer unmittelbar ohne Zeitverzug zur weiteren Diagnostik führen.

Die intraoperative Versorgung richtet sich nach dem Ausmaß der Schädigung des Darms. Ist der Darm zu retten und müssen allenfalls nur kleinere Teile des Dünndarms reseziert werden, schließt sich sofort eine Embolektomie der Arteria mesenterica superior an. In der Regel gelingt es mit einem Fogarty-Katheter thrombotisches Material zu entfernen, um die Durchblutung wieder herzustellen. Es ist dann der intraoperativen Situation geschuldet, ob man 12-24h später eine sogenannte second look Operation durchführt, um

die ausreichende Durchblutung des Darms zu überprüfen. Ist der Darm bei der primären Operation über weite Strecken bereits avital, weil über längere Zeit (wenige Stunden) nicht mehr durchblutet, ist eine weiter gehende Gefäßsanierung nicht mehr erfolversprechend, man wird die Operation in den Fällen als Probelaparatomie beenden. In diesen Fällen ist der Ausgang innerhalb weniger Stunden letal.

In der Differentialtherapie wird immer wieder auch eine mögliche Lyse Therapie zur Wiederherstellung des Blutflusses diskutiert, die aber in der täglichen Praxis bei der akuten mesenterialen Ischämie kaum eine Rolle spielt.

In der Zusammenfassung bleibt festzuhalten, die Letalität der akuten mesenterialen Ischämie ist nach wie vor unbefriedi-

gend hoch (> 60%). Oft genug kommt der Patient mit starken Bauchschmerzen erst spät zum Arzt. Sollte er frühzeitig zum Arzt kommen muss an die Möglichkeit einer mesenterialen Ischämie gedacht werden, insbesondere dann wenn Rhythmusstörungen vorliegen oder wenn der Bauchbefund unerwartet unauffällig erscheint bei heftigsten Bauchbeschwerden. Patienten mit Herzrhythmusstörungen müssten über die Gefahr der akuten mesenterialen Ischämie verstärkt aufgeklärt werden, damit nicht im akuten Fall erst über Stunden mit Wärmflaschen etc. zu Hause eine Eigenbehandlung unternommen wird, bei der kostbare Zeit verloren wird.

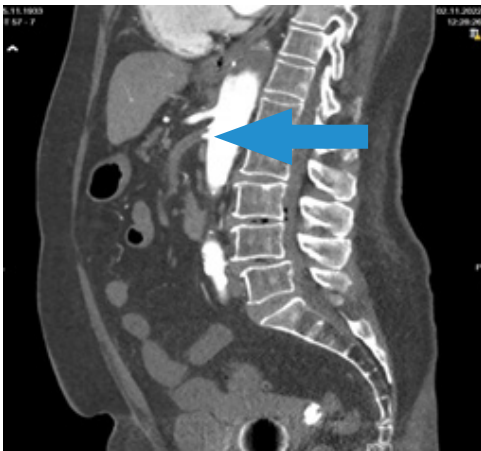


Abb. 1: Embolischer Verschluss der A. Mes. sup.

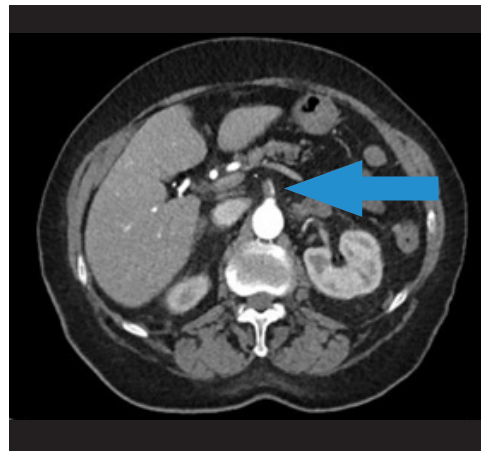


Abb. 2: Embolischer Verschluss der A. Mes. sup.



Abb. 3: Komplette Dünndarmschämie mit letalem Verlauf

Autor:
Prof. Dr. Andreas Imdahl, Chefarzt
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

SPRECHSTUNDE FÜR REGULATIONSSTÖRUNGEN DER KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN



Abb. 1: Regulationsprobleme

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bietet seit mittlerweile über 10 Jahren eine spezielle Sprechstunde für Regulationsstörungen im frühkindlichen Alter (0-3 Jahre) an. Unter Regulationsproblemen versteht man Säuglinge und Kleinkinder mit exzessivem Schreien, Ein- und Durchschlafstörungen und Fütterstörungen. Aber auch übermäßiges Klammern und übermäßig oppositionelles Verhalten/Trotzen fallen darunter. Studien zeigen, dass ca. 20-25% der reifen Neugeborenen von exzessivem Schreien und Schlafstörungen betroffen sind. Typischerweise nimmt das Schreien und die Unruhe ab der 2. Lebenswoche zu und bis zur 12. Lebenswoche wieder ab. Als Orientierungshilfe hat sich die 3er-Regel etabliert: wenn ein Säugling mehr als 3h/d an mehr als 3 Tagen/Woche und mehr als 3 Wochen schreit, gilt es als Schreibaby. Aber auch wenn ein Säugling

„nur“ vor dem Einschlafen schreit, kann der Leidensdruck der Eltern beträchtlich sein, so dass eine Vorstellung in der Sprechstunde sinnvoll ist. Probleme mit der Ernährung und Gedeihen treten eher in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres auf und betreffen 5-15% der Kinder.

WARUM BRAUCHT ES DIESE SPRECHSTUNDE UND WELCHE ELTERN UND KINDER PROFITIEREN DAVON?

Auf die Veränderungen, die ein Neugeborenes mit sich bringt, kann man sich, trotz alles Lesens und Informieren im Vorfeld, nicht wirklich vorbereiten. Immer wenn ein Baby geboren wird, stellt es die Welt der Eltern auf den Kopf. Kurze, unruhige Nächte und eine komplette Neuorganisation des Alltags müssen bewältigt werden. Im besten Fall braucht es einige Wochen und Eltern und Kind sind ein eingespieltes Team, verstehen sich gegenseitig und erhalten viel positive Unterstützung aus der Familie. Nicht immer läuft es so ideal. Viele Kinder haben Schwierigkeiten auf die Reize von außen zu reagieren und sich selbst zu regulieren. Hinzu kommt, dass Eltern heute deutlich verunsicherter erscheinen als früher. Ihnen fehlt häufig der Umgang mit kleinen Kindern, da sie keine kleineren Geschwister haben und es weniger kleine Kinder in der Familie und im Freundeskreis gibt. Die Großeltern und Familie wohnen weit weg und der Anspruch an sich selbst „perfekte Eltern“ und gleichzeitig erfolgreich berufstätig zu sein, ist gestiegen. Treffen nun diese Konstellationen aufeinander, kommt es unter Umständen zu „Missverständnissen“ in der Kommunikation zwischen Eltern

und Kind. Je nach Alter, Lebensphase und Temperament zeigen sich unterschiedliche Problemfelder. Säuglinge lassen sich nur schwer beruhigen, schlafen nur kurz und schreien viel. Es kommt zu Fütterproblemen und Gedeihstörungen oder übermäßigem Trotzverhalten. Die Eltern zweifeln an sich selbst, halten sich für „unfähig“, sind übermüdet und überfordert, ziehen sich zurück und es kommt zu Konflikten in der Partnerschaft, die sich wiederum auf das Kind auswirken können. Dies führt häufig dazu, dass die Eltern enorme und manchmal sehr seltsam anmutende Anstrengungen unternehmen, damit ihr Kind „endlich“ mal schläft. All dies betrifft (mehr oder weniger) alle Eltern und das nicht nur beim ersten Kind, auch bei nachfolgenden Geschwistern müssen sich alle neu finden. Insofern sind diese Anpassungsprozesse als normal anzusehen und nicht zwingend behandlungsbedürftig. Sollte sich die Belastung aber nicht von alleine auflösen und es besteht ein sehr hoher Leidensdruck, können emotionale Teufelskreise mit lebenslangen Folgen entstehen. Um diese Teufelskreise zu durchbrechen und Eltern und Kind ein entspanntes und harmonisches Zusammenleben zu ermöglichen, gibt es unsere Sprechstunde. Hier helfen wir den Eltern die Bedürfnisse ihres Babys zu erkennen und richtig zu interpretieren. Wir stärken den Eltern den Rücken im Umgang mit ihren Kindern. Nach dem Modell der Münchener Schreisprechstunde von Prof. Mechthild Papousek helfen wir den Eltern die gemeinsamen Schwierigkeiten zu analysieren und individuelle, für jede Familie passende, Lösungsstrategien zu erarbeiten. Wir begleiten die Eltern über einen längeren Zeitraum und sehen sie und ihre Kinder in regelmäßigen Abständen bis kein Bedarf mehr besteht.

WIE FINDEN DIE ELTERN ZU UNS?

Wenn ein Beratungsbedarf besteht oder von den Eltern gewünscht wird, ist zunächst eine Vorstellung beim Kinderarzt/ärztin oder Hausarzt/ärztin notwendig um ggf dringliche, organische Ursachen auszuschließen. Die Terminvereinbarung kann durch die Eltern oder die Praxis über die Telefonnummer 07321-33 2272 in der Kinderaufnahmestation erfolgen. Es ist eine Überweisung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich. Die Termindauer liegt in der Regel bei 60-90min. Neben dem Vorsorgeheft und etwaigen Vorbefunde sind in Vorbereitung auf den Termin Schlaf- bzw Ernährungsprotokolle wünschenswert. Dies können praxiseigene Protokolle oder welche aus dem Internet sein oder bei Bedarf von unserer Homepage heruntergeladen werden.

Mitgebrachte Handyvideos sind ebenfalls hilfreich. Im Falle einer häuslichen Eskalation ist eine Vorstellung in unserer Kinderklinik jederzeit möglich. Dann kann auch eine stationäre Aufnahme zur Entlastung und ersten Gesprächen erfol-

gen, die dann im Verlauf ambulant fortgesetzt werden.

Zusätzlich gibt es das sogenannte „Schreibaby Krisentelefon“; unter 07321-33 93908 sind rund um die Uhr kompetente Ansprechpartner zu erreichen. Je nach Dringlichkeit werden Empfehlungen zur „Soforthilfe“ und zeitnahe Termine in der Sprechstunde gegeben oder die sofortige stationäre Aufnahme veranlasst.

WAS TUN WIR?

Das Team besteht aktuell aus drei erfahrenen Kinderkrankenschwestern unter der Leitung von Oberärztin Frau Sotnikov. Bei Bedarf kann zusätzlich auf die Unterstützung der Kinder- und Jugendpsychiaterin Fr. Dr. Brigitte Rentschler und Fr. Quismorio als Heilpädagogin zurückgegriffen werden.

Im ersten Termin erfolgt zunächst eine ausführliche Anamnese, die Ermittlung der Körpermaße, die körperliche Untersuchung und die Auswertung der Schlaf- bzw Ernährungsprotokolle.

Unser Konzept basiert auf 3 Säulen:

1. Informationen: was ist „normal“ bei Schreien, Schlafen und Essen, warum ist mein Kind so? Was bedeutet das? Was können wir tun? usw.
2. Individuelle Strategien: je nach Fokus, familiären Gegebenheiten und Ressourcen werden mit den Eltern verschiedene Optionen und Strategien besprochen, einschließlich mögliche Vorgehensweisen und zeitliche Ziele
3. Stärkung der Eltern: hier ist besonders wichtig, den Eltern zu vermitteln, dass sie mit diesen Problemen nicht allein sind, auch wenn es sich so anfühlt, und dass es eine Lösung und somit Hoffnung auf Verbesserung gibt.

In den Folgeterminen werden die Fortschritte überprüft und die Strategien angepasst. Es werden aber auch neu hinzugekommene Probleme besprochen. Es ist nicht ungewöhnlich, dass ein Kind z.B. wegen Schlafproblemen vorgestellt wird und sich der Fokus im Verlauf auf eine andere Ebene z.B. Trotzen oder Klammern verschiebt.

Die niedergelassenen Fachärzte/innen für Kinder und Jugendmedizin und Pädiatrie-affinen Allgemeinmediziner/innen verfügen über das notwendige Wissen und Einfühlungsvermögen, allerdings fehlt in der Praxis häufig die Zeit für die doch sehr (zeit-) intensiven Gespräche. Vor allem, da die Thematik seitens der Eltern häufig kurz vor Ende des Vorsorgetermins oder nur auf Nachfragen zur Sprache kommt.

Auch bei dieser Thematik hat sich Corona als Brennglas erwiesen. Während im Frühjahr 2020 der Bedarf zunächst leicht

zurückging, nehmen die Anfragen seitdem stark zu. Die lange Zeit mit Beschränkungen und kaum oder wenig Kontakt zur eigenen Familie, teilweise deutlich weniger Unterstützung durch Hebammen und der fehlende Austausch der Eltern untereinander (z.B. in Spielgruppen) forciert die Problematik.

Es ist eine große Freude zu sehen, wie sich das vormals angespannte und von negativen Gefühlen geprägte Verhältnis in kurzer Zeit zu einem entspannten und fröhlichem Miteinander entwickelt und Eltern und Kind harmonisch das Leben

gemeinsam genießen und entdecken können. Auch wenn der Wunsch der Eltern „weniger Schreien“ oder „besser schlafen oder essen“ lautet und für die Eltern vorrangig ist, sind für uns die langfristigen Konsequenzen genauso wichtig. Eine liebevolle, emotional-stabile Bindung zwischen Eltern und Kind ist eine Voraussetzung für ein gewaltfreies Aufwachsen und um später stabile Bindungen und Beziehungen eingehen zu können.

Autor:
Sonja Sotnikov, Oberärztin
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

HOMETREATMENT – NEUE WEGE IN DER BEHANDLUNG VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Die psychiatrische Abteilung am Heidenheimer Klinikum in Baden-Württemberg wurde 1994 in Betrieb genommen und hat den Versorgungsauftrag für den Landkreis Heidenheim mit seinen 130000 Einwohnern. Insgesamt 79 Betten verteilt auf drei Stationen mit jeweils 14 Zimmern, eine Tagesklinik mit 14 Plätzen und eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA), stehen der Klinik zur Verfügung. Auf allen Stationen werden Menschen stationär und teilstationär behandelt.

rationsvertrag, der 2016 mit allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen abgeschlossen worden ist. Damit haben alle Patienten und Patientinnen Zugang zu diesem Angebot. Der Kooperationsvertrag wurde im Rahmen eines sogenannten Modellvorhabens nach § 64b SGB V abgeschlossen und hat eine Laufzeit von 7 Jahren, er kann verlängert werden. Seit dem Jahr 2017 wurden bis Ende des 1. Quartals 2022 insgesamt 525 Menschen im Hometreatment behandelt.



Abb. 1: Hometreatment - Michael Waibel und José-Marie Kousseimou

HOMETREATMENT – DIE BEHANDLUNG ZUHAUSE

Seit Januar 2017 gibt es eine weitere Behandlungsmöglichkeit: Das „Hometreatment“, also die Möglichkeit, akut psychisch erkrankte Menschen in ihrem häuslichen Umfeld zu behandeln. Möglich geworden ist dies durch einen Koope-

WAS GENAU IST HOMETREATMENT?

Statt in der Psychiatrie stationär aufgenommen zu werden, bekommen die Patienten und Patientinnen in der Regel täglich Besuch von einem multidisziplinär besetzten Team aus Fachärzten und Fachärztinnen und psychiatrischen Fachpflegekräften. Auch an den Wochenenden und Feiertagen können Besuche stattfinden, zusätzlich mit täglichen Telefonkontakten.

Die Patienten und Patientinnen können auch alle anderen Therapieangebote der Klinik, wie z.B. die Depressionsgruppe, Entspannungsgruppen oder Ergo-,Kunst- und Musiktherapie nutzen. Bei Bedarf erhalten sie Beratung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen der Klinik. Zum Team gehören auch Peer-Berater und Be-

raterinnen, also Menschen, welche selbst Erfahrung mit psychischen Erkrankungen hatten und ihre Unterstützung anbieten. Alle diagnostischen Maßnahmen wie Blutabnahmen oder andere Diagnostik wie EKG gehören selbstverständlich dazu.

WIE IST DER WEG INS HOMETREATMENT?

Die Indikation zur Behandlung im Hometreatment trifft der/ die zuständige Facharzt/Fachärztin der Klinik, die Schwere oder die Akuität der Erkrankung entspricht den Kriterien zur Aufnahme in den stationären Bereich. Die Aufnahme in die Hometreatment Behandlung kann ohne Wartezeiten jederzeit beginnen. Die Einweisungen erfolgen durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Oft melden sich die Angehörigen oder die betroffenen Menschen selbst, besonders dann, wenn sie die Behandlung in der Klinik schon kennen. Auch gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen oder Ämter können eine Aufnahme ins Hometreatment anregen. Die Behandlung zuhause kann in allen Settings durchgeführt werden, wie z.B. in Einrichtungen für Geflüchtete, Wohnsitzlosen-Einrichtungen, Pflegeheimen oder natürlich im häuslichen Umfeld. Dadurch können überall auch Menschen erreicht werden, die sonst schwer erreichbar sind, oder die aus Sorge um Stigmatisierung nicht in die Klinik gehen möchten. Auch andere Behandlungen, wie z.B. die Behandlung von Müttern mit kleinen Kindern kann zuhause erfolgen, da diese häufig nicht mit ihrem Kind stationär in die Psychiatrie möchten.

WAS SIND DIE VORTEILE DER BEHANDLUNG?

Die Besuche im Hometreatment dauern je nach Bedarf unterschiedlich lang. Die Gespräche können, im Vergleich zur Klinik, meist ohne Störungen durchgeführt werden. Die Behandler aus der Klinik sind die Gäste, die Patienten und Patientinnen. Dies führt zu einer Behandlung auf Augenhöhe, therapeutische Beziehungen können deutlich schneller aufgebaut werden. Auch findet die Behandlung da statt, wo sie entstanden ist: Zuhause.

Die Behandlung zuhause wird weniger belastend empfunden als ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Behandlungssetting jederzeit verändert werden kann. Menschen, die zunächst auf Station aufgenommen werden, können nach ein paar Tagen ins Hometreatment wechseln. Genauso ist ein Wechsel vom Hometreatment auf Station jederzeit möglich, wenn die Behandlung zuhause nicht mehr möglich ist, z.B. wenn sich eine

Krisensituation verschlechtert hat.

AUSWIRKUNGEN

In den nun sechs Jahren des Modellvorhabens ist die stationäre Belegung der psychiatrischen Klinik deutlich gesunken, da analog die Hometreatment-, teilstationären-, und ambulanten Behandlungen gestiegen sind. Dies hat zu mittlerweile einer um die Hälfte (!) gesunkenen stationären Belegung geführt: auf den Stationen sind nur noch Patienten und Patientinnen, die so schwer erkrankt sind, dass andere Behandlungsstrukturen wie Hometreatment oder tagesklinische Behandlung nicht ausreichend sind. Dabei sind die Behandlungszahlen insgesamt im Modell beinahe jährlich unverändert, nur die Wahl des Behandlungsortes hat sich geändert.

Durch die gesunkene stationäre Behandlung stehen nun den meisten Patienten und Patientinnen in der Regel Einzelzimmer zur Verfügung. Auf den Stationen ist es deutlich ruhiger, die Atmosphäre ist meist entspannter, und das Personal hat mehr Zeit für die schwerkranken Menschen. Mittlerweile sind alle Zimmer mit einem Chip abschließbar, so dass es auch in der Klinik mehr Privatsphäre für die Patienten und Patientinnen gibt.

INTERNATIONALE ANERKENNUNG: "BEST-PRACTICE-MODELL" DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO)

2021 wurde die Heidenheimer Psychiatrie als einzige Klinik für Deutschland als "Best-Practice-Beispiel" in krankenhausbasierter Versorgung aufgenommen. Damit dient sie im WHO-Handbuch "Guidance on community mental health services - Promoting person-centred and rights-based approaches" als zusätzliche Handlungsempfehlung für eine personenzentrierte, rechtsbasierte und Recovery-orientierte gemeindepsychiatrische Versorgung.

Die Klinik hofft nun auf eine Verlängerung des Modellvorhabens, um diese Erfolgsgeschichte weiterschreiben zu dürfen. Ziel der Heidenheimer Psychiatrie ist die weitere Ambulantisierung und die Erhöhung der Behandlungen im Hometreatment.

Autor:

Michael Waibel, Fachkrankenpfleger Psychiatrie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Weitere Informationen erteilen Ihnen gerne:

José-Marie Kousseidou
jose-marie.kousseidou@kliniken-heidenheim.de
Tel. 07321/33-2452

Michael Waibel
michael.waibel@kliniken-heidenheim.de
Tel. 07321/33-2541

REGIONALES TRAUMAZENTRUM HEIDENHEIM

14.05: Das Dect-Telefon meldet Alarm (Alarmierungskette Schockraum). Schockraum, sofort, beatmet. Sofort mache ich mich auf dem Weg zum Schockraum, den ich 2 min später betrete. Vor Ort ist das Schockraumteam der ZNA, dazu ein Oberarzt Anästhesie. Der Dienstarzt der Unfallchirurgie berichtet über das Telefonat mit dem Notarzt.

Mann, Sturz aus 5 m Höhe. Thoraxverletzung, Oberschenkelfraktur, unklares Abdomen.

14.10: Eintreffen des Patienten mit Notarzt im Schockraum. Stille. Übergabe des Patienten durch den Notarzt. Sturz aus 5 m Höhe. GCS 15. Starke Schmerzen am Thorax und rechten Oberschenkel. Vitalparameter SpO2 90%, HF 100. RR syst. 110.

Wegen Sättigungsabfall und erkennbarer Oberschenkelfraktur Schmerztherapie und Narkoseeinleitung mit Intubation. Danach Stabilisierung des Patienten.

14.12: Umlagerung des Patienten auf Schockraumliege. Kontrolle A (Atemwege) und B (Beatmung) durch Anästhesie. Gleichzeitig Entkleiden des Patienten. Durch Chirurgen kurzer Bodycheck (Primary survey). Crepitatio und Emphysem rechte Thoraxhälfte. Starke Schwellung und Fehlstellung rechter Oberschenkel. Durch Anästhesie Zugangskontrollen C (Circulation). Legen einer dicklumigen Verweilkanüle. Infusionslösungen. Durch Chirurgen eFast Sono. V.a. intrabdominelle freie Flüssigkeit, V.a. Pneumothorax rechts. Parallel wird ein Blasenkatheter gelegt.

Stop: Teamleader verlangt Ruhe und fragt den Status ab. Patient kreislaufstabil, Beatmung in Ordnung. Entscheidung: sofort Trauma Scan im Ct.

14.25: Transport ins CT.

14.35: CT abgeschlossen, erste Bilder erscheinen. Rücktrans-

port in Schockraum.

14.40: Im Schockraum legen eines zentralen Zuganges Anästhesie. Überwachung. Durch Chirurgie kompletter Body-Check. Sekundäry Survey. Sono-Kontrolle. Benachrichtigung Labor: es stehen sofort EK zur Verfügung. Benachrichtigung CT: Rippenserienfraktur mit Pneumothorax rechts. Milzruptur mit parenchymalem Hämatom. Femurschaftfraktur, disloziert.

Stop: Teamleader fordert Status: Patient stabil, Beatmung in Ordnung, kein Spannungspneumothorax. Entscheidung: Sofort-OP.

14.50: Transport des Patienten in den OP. Damage Control mit Thoraxdrainage rechts. Fixateur externe rechter Oberschenkel. Laparotomie mit Splenektomie.

16.30: Transport des Patienten vom OP auf die Intensivstation.

Im Folgenden: rasche Extubation, zeitgerechtes Entfernen der Thoraxdrainage und nach 5 Tagen definitive Versorgung der Oberschenkelfraktur mittels Verriegelungsnagel. Gutes Outcome.

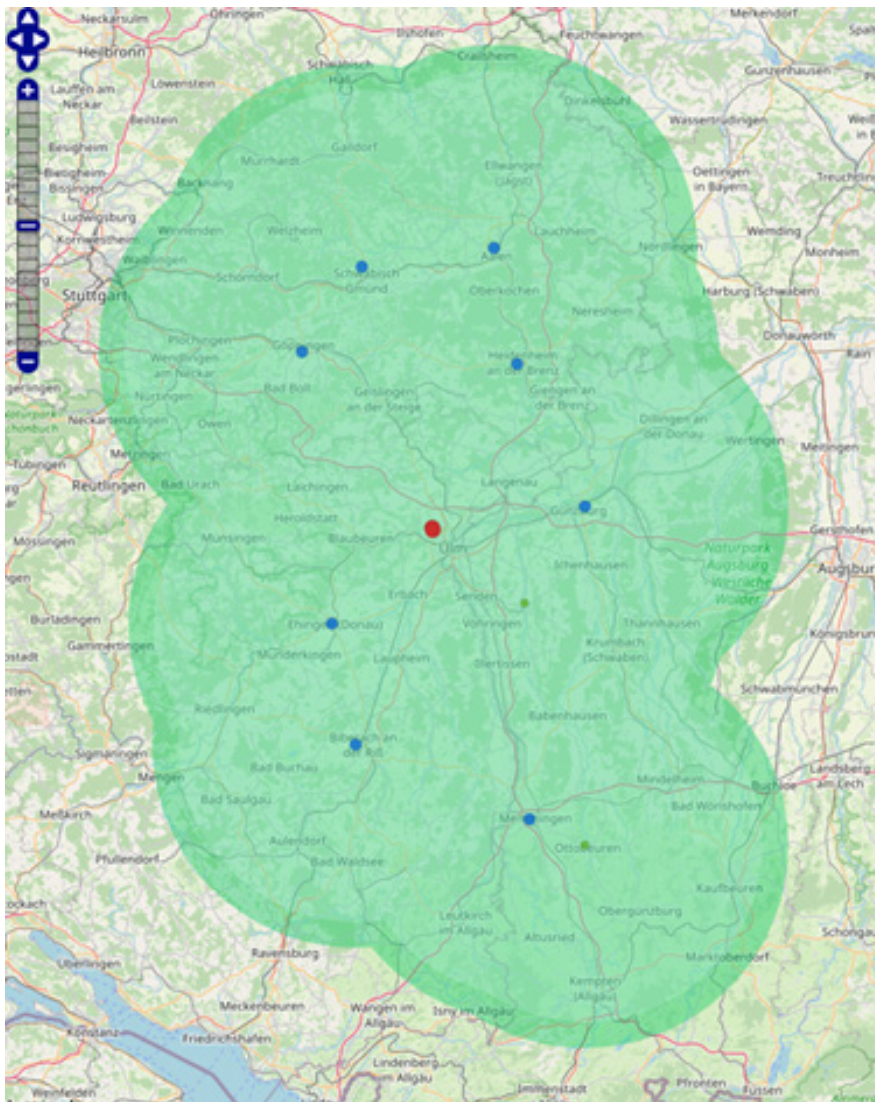
DAS REGIONALE TRAUMAZENTRUM AM KLINIKUM HEIDENHEIM

Seit 2011 ist das Klinikum Heidenheim zertifiziertes Regionales Traumazentrum. Ärztlicher Leiter ist Professor Dr. Peter Helwig, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. Dabei werden nach den Richtlinien der Deutschen

Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Anforderungen in der Räumlichkeit, der personellen Ausstattung, der fachlichen Qualifikation, der apparativen Ausstattung und der Infrastruktur gestellt. Geprüft werden diese durch eine externe Gesellschaft (Cert-IQ) und nach regelhaften Audits alle 3 Jahre

bestätigt. Zwingend ist die Teilnahme mit Falleingaben im Traumaregister der DGU.

Daneben ist das Traumazentrum Heidenheim Teil des Traumanetzwerkes Ulm mit 12 weiteren Kliniken. Sprecher des Netzes ist Professor Gebhardt, Universität Ulm.



TRAUMANETZWERK ULM

Die Karte veranschaulicht den Umfang des Traumanetzwerkes Ulm. Rot dargestellt sind die Überregionalen Zentren der Universität Ulm und des Bundeswehrkrankenhauses Ulm. Blau Punkte stehen für die Regionalen Traumazentren. In Grün sind die Lokalen Traumazentren gemeint.

Abb. 1: Traumanetzwerk Ulm

AUFGABEN DES REGIONALEN TRAUMAZENTRUMS

Ziel ist die best- und schnellstmögliche interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit schweren Verletzungen, dem sogenannten Polytrauma. Die Versorgung beginnt am Unfallort, schliesst die klinische Behandlung in allen Facetten ein und soll mit der Rehabilitation des Patienten enden. Die Anforderungen und Standards sind vorgegeben und müssen von den teilnehmenden Kliniken umgesetzt werden.

RÄUMLICHKEIT

ZNA, Schockraum in geeigneter Größe (mind. 25 qm), CT in unmittelbarer Nähe. Hubschrauberlandeplatz.

APPARATIVE AUSSTATTUNG

Blutlabor, Anästhesiearbeitsplatz, EKG-Monitor, invasive RR-Messung, Notfallmedikamente, Sonogerät, Doppler, Röntgen-Mobilität, Schienen- und Extensionssysteme, Beckenstabilisation, Laparotomie-Set, Thorakotomie-Set, Perikardpunktions-Set

PERSONELLE VORHALTUNG

Interdisziplinäres Basisteam im Schockraum
(Anwesenheit 24/7 im Krankenhaus)

- 1 Facharzt (bzw. Facharztreihe) für **Orthopädie und Unfallchirurgie**
→ über Facharztreihe entscheidet der Chefarzt (wird im Dienstplan festgelegt)
- 1 Weiterbildungsassistent in **Orthopädie und Unfallchirurgie**
oder
1 Weiterbildungsassistent in Viszeral- und/oder in Allgemeinchirurgie
- 1 Facharzt (bzw. Facharztreihe) für **Anästhesiologie**
→ FA muss mit Patienten im Schockraum sein (schriftl. Regelung muss vorliegen), 24/7 Anwesenheit im Krankenhaus kein Muss
- **2 Pflegekräfte Notaufnahme**
→ examiniert, alternativ examinierter Notfallsanitäter
- **1 Pflegekraft Anästhesiologie**
- **1 medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA)**

Erweitertes Schockraumteam
(Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten)

Alle Disziplinen müssen bei jeder Schockraum-Alarmierung verfügbar sein

- 1 Facharzt für **Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie (Oberarzt)**
oder
1 Facharzt **Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (Oberarzt)**
- 1 Facharzt für **Viszeral- oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt)**
- 1 Facharzt für **Anästhesiologie (Oberarzt)**
- 1 Facharzt für **Radiologie**
→ kann durch 24-stündige Verfügbarkeit Teleradiologie gemäß Strahlenschutzgesetz abgedeckt werden
- 1 Facharzt für **Neurochirurgie**
- 1 Facharzt für **Gefäßchirurgie**
- **2 OP-Pflegekräfte**

AUSBILDUNG

Grundlage der Behandlung ist die Umsetzung des ATLS-Konzeptes. Die Ausbildung erfolgt über spezielle Kurse, die als Erfolgsnachweis eine bestandene Prüfung bedingen. Die gültigen Zertifikate müssen alle 4 Jahre durch Refresher aktualisiert werden.

QUALITÄTSSICHERUNG SOP ZUR UMSETZUNG AM KLINIKUM HEIDENHEIM

ALARMIERUNGSKETTE

Auslösung nach Anmeldung DRK oder Notarzt über Leitstelle ZNA.

SOP KRITERIEN ZUR AUSLÖSUNG DER SR-BEHANDLUNG

- Anmeldung von Traumapatienten über ZNA (91120), hier Weitergabe an Dienstarzt Unfallchirurgie (91197) Arzt-Arzt-Gespräch und von 7-15:30 Uhr Leitungsteam ZNA

• **A: Immer Aktivierung Schockraum/Schockraumteam:**

- systolischer Blutdruck unter 90 mmHg (altersadaptiert bei Kindern) nach Trauma
- Vorliegen von penetrierenden Verletzungen der Rumpf-Hals-Region
- Vorliegen von Schussverletzungen der Rumpf-Hals-Region
- GCS unter 9 nach Trauma
- Atemstörungen /Intubationspflicht nach Trauma
- Frakturen von mehr als 2 proximalen Knochen
- instabiler Thorax
- Beckenfrakturen
- Amputationsverletzung proximal der Hände/Füße
- Querschnittsverletzung
- offene Schädelverletzungen
- Verbrennungen > 20 % und Grad \geq 2b

Trauma-Schockraum Gruppe A bedeutet immer:

- - Info Unfallchirurg 91197/Allgemeinchirurg 91096/ZNA Leitungsteam
- - Info Anästhesie Schockraumteam
- - Info Röntgen
- - Info Schockraumschwester ZNA
- - Bereitstellung Ultraschallgerät/EKG-Gerät

• **B: Nutzung Schockraum ohne komplettes Schockraumteam:**

- Sturz aus über 3 Metern Höhe
- Verkehrsunfall (VU) mit
- Frontalaufprall mit Intrusion von mehr als 50–75 cm
- einer Geschwindigkeitsveränderung von Delta > 30 km/h
- Fußgänger- /Zweiradkollision
- Tod eines Insassen
- Ejektion eines Insassen

Trauma-Schockraum Gruppe B bedeutet:

- - ZNA-Pflegekraft
- - ZNA-Leitungsteam
- - diensthabender Unfallchirurg
- - bei Bedarf Ergänzung durch erforderliche Fachabteilung
- - Information Anästhesie bei Bedarf nach Ersteinschätzung falls erforderlich

Die Auswahl der Unfallkriterien, die eine primäre Schockraumvorstellung verlangen, erlauben die Einteilung in SR A und B. A steht hier für die Aktivierung des gesamten Schock-

raumteams. B erlaubt die alleinige primäre Sichtung durch die Unfallchirurgie. Selbstverständlich ist eine jederzeitige Eskalation der Stufen möglich.

SOP VERLEGUNG, KOOPERATIONSVERTRAG

Insbesondere die Behandlung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) stellen eine besondere Herausforderung dar.

Da keine 24/7 Präsenz eines Neurochirurgen möglich ist, wurde eine enge, und von der DGU genehmigte, Zusammenarbeit mit der Neurochirurgie der Universität Ulm geschaffen.

In diesem Kooperationsvertrag sind die Handlungsmassgaben eng und umfassend vorgegeben.

Wie bei bei anderen erforderlichen Verlegungen in ein zentrales Klinikum (z.B. thorakale Aortenverletzungen, schwerste Weichteilschäden mit plastischer Behandlungskompetenz, schwere SAV-Fälle...) kommt die Telemedizin zum Einsatz mit Bildverschickung über das TK-Med System und interne Kontaktaufnahme über das Netzwerktelefon. So wird durch rasche und kompetente Kontaktaufnahme eine reibungslose und schnellstmögliche Verlegung des Patienten sichergestellt.

QUALITÄTSSICHERUNG

Durch die zwingende Teilnahme am Traumaregister der DGU ist die kontinuierliche Dokumentation der Fälle vorgegeben.

Behandlungen auf. Hierbei sind nach statistischer Aufarbeitung die Ergebnisse der Klinik im Kontext aller am Register teilnehmenden Kliniken dargestellt. Die Ergebnisse der Jahresberichte werden in der jährlich stattfindenden Perspektivsitzung vorgestellt.

FALLZAHLEN RTZ HEIDENHEIM

• Insgesamt n = 531 (2011-2021)

ISS > 16 n=252

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fälle	27	21	36	47	71	69	47	51	46	25	50
ISS	18	16	18	25	35	25	23	23	27	14	30

Daneben bildet ein Qualitätszirkel innerhalb der Klinik mit interdisziplinärer und interpersoneller Besetzung ein Instrument zur Überwachung der SOP-Vorgaben und notwendige Aktualisierungen.

Regelhaft finden zudem M&M-Vorstellungen, ebenfalls im interdisziplinären Kontext, statt.

Dargestellt sind die in das Traumaregister eingetragenen Fälle. Als Basisfälle sind diejenigen erfasst, die die Kriterien der Schockraumbehandlung erfüllen und eine intensivmedizinische oder operative Therapie erfuhrten.

ZUSAMMENFASSUNG

Selbstverständlich hoffen wir auf möglichst seltene Nutzung und Aktivierung des „Schockraumes“. Sollte es jedoch erforderlich sein, schwerverletzte polytraumatisierte Patienten, zu versorgen, ist das Klinikum Heidenheim hierfür bestens vorbereitet.

Herausgehoben sind die Fälle mit einem Injury Severity Score (ISS) größer 16. Regionale Traumazentren müssen mindestens 20 Basisfälle und 10 Fälle mit ISS >16 pro Jahr nachweisen.

Sowohl in der interdisziplinären Aufstellung, der fachlichen Kompetenz und der räumlichen und apparativen Ausstattung ist das Klinikum umfassend breit und modern aufgestellt und eingerichtet.

Ein Jahresbericht des Traumaregisters zeigt die Qualität der

Die von der DGU geforderten Voraussetzungen werden erfüllt und können durch die regelhaft stattfindenden Prüfungen und Audits bestätigt werden.

Autor:

Karl-Heinz Treß, Oberarzt
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Co-Autor:

Prof. Dr. Peter Helwig, Chefarzt
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Veranstaltungen & Termine

Die hier aufgeführten Termine sind unter Vorbehalt aufgelistet, da zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht konkretisiert werden kann, ob sie weiterhin Bestand haben und unter welchen Voraussetzungen sie stattfinden werden.

Bitte kontaktieren Sie in jedem Fall die unten aufgeführten Ansprechpersonen zu den jeweiligen Veranstaltungen.

ANÄSTHESIE – INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZKONFERENZ

Jeweils Mittwoch von 16:30 bis 18:00 Uhr im Besprechungsraum Haus K, K0.404

TERMINE	15.02.2023	09.03.2023	19.04.2023	10.05.2023	21.06.2023
	19.07.2023	13.09.2023	18.10.2023	08.11.2023	06.12.2023

Anmeldung und Koordination über
 Frau Andrea Weichsel, Sekretariat Schmerzambulanz
 (Telefon: 07321-33 2229 oder andrea.weichsel@kliniken-heidenheim.de)

OSP

Anmeldung und Koordination über
 Frau Ute Banzhaf, Sekretariat OSP
 (Telefon: 07321-33 2954 oder ute.banzhaf@kliniken-heidenheim.de)

Inhalte	Ort	Termin
Onkologisches Kolloquium	Hörsaal	26. April 2023, 18:00 - 20:30 Uhr 12. Juli 2023, 18:00 - 20:30 Uhr 25. Oktober 2023, 18:00 - 20:30 Uhr

Qualitätszirkel

Darmkrebszentrum

Jeweils Mittwoch von 17:30 bis 19:00 Uhr im Konferenzraum oder Hörsaal.

TERMINE

15.03.2023

Konferenzraum

14.06.2023

Hörsaal

29.11.2023

Hörsaal

Brustkrebszentrum

Jeweils Mittwoch ab 14 Uhr im Konferenzraum.

TERMINE

15.02.2023

22.03.2023

12.04.2023

10.05.2023

14.06.2023

Anmeldung und Koordination über

Sekretariat Darmkrebszentrum

(Telefon: 07321-33 2665 oder

sekretariat.mk1@kliniken-heidenheim.de)

Anmeldung und Koordination über

Sekretariat Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(Telefon: 07321-33 95507 oder

sekretariat.frauenheilkunde@kliniken-heidenheim.de)

Telefonnummern

Klinikum Heidenheim	07321 33	- 0
Zentrale Notaufnahme (ZNA)		- 91 120
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie		- 22 12
Schmerzambulanz		- 22 29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		- 95 507
Ambulanz		- 95 500
Kreißsaal		- 95 300
Kinder- und Jugendmedizin		- 22 70
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Onkologie)		- 26 65
MRE-Koordinator		- 94 005
Medizinische Klinik II (Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie)		- 28 62
Dialyse teilstationär		- 21 45
Neurologie		- 21 02
Stroke Unit		- 91 410
Orthopädie und Unfallchirurgie		- 21 82
Elektivambulanz		- 23 39
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik		- 24 52
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)		- 26 59
Radiologie		- 92 090
Radioonkologie und Strahlentherapie		- 92 800
Urologie		- 23 42
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie		- 21 72
Elektivambulanz		- 23 39
ZAM Zentrum für Altersmedizin		- 94 021
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen		07322 954-201
Zfl Zentrum für Intensivmedizin		- 91 300
ZBM Zentrales Belegungsmanagement / ZPA Zentrale Patientenaufnahme		
Für Ärzte		- 95 609
Für Patienten		- 95 600
Belegklinik HNO (Station B7)		- 93 700
Klinik für Integrative Medizin (Belegklinik) (Station B6)		- 93 500
Belegklinik MKG (Station B1)		- 93 100
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg (OSP)		- 29 54
Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)		- 23 62
STAUfrei-Studienzentrale		- 93 050

Impressum: med.izin
Newsletter für niedergelassene Ärzte
aus dem Klinikum Heidenheim

Herausgeber: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Schloßhastr. 100, 89522 Heidenheim

Redaktion: Professor Dr. Peter Helwig, Katja Hertwig

Bilder: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Layout: Katja Hertwig

Zuschriften: Redaktion med.izin,
c/o Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Sekretariat
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim

E-Mail: med.izin@kliniken-heidenheim.de

Für Schreibfehler wird keine Haftung übernommen.