



Liebe Leserin,
lieber Leser,

das Qualitätsmanagement weist viele Facetten auf. Es beinhaltet bspw. den Bereich „Patientensicherheit“, der in unserem Hause groß geschrieben wird. So kann das Wohl des Patienten neben der strikten Einhaltung von Hygienevorgaben und der korrekten Durchführung eines Aufklärungsgesprächs (vgl. Beitrag der Anästhesie auf S.3) auch durch eine Erweiterung der technischen Ausstattung erreicht bzw. verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns für die Neuanschaffung eines OP-Navigationsgerätes für unsere HNO-Abteilung entschieden; dazu verweisen wir auf den nebenstehenden Beitrag.

Wer sich in unserem Haus schwerpunktmäßig um das Qualitätsmanagement kümmert, erfahren Sie auf Seite 2.

Zu guter Letzt kommt die Fachabteilung Orthopädie mit einem innovativen Verfahren bei „Knieproblemen“ zu Wort.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen aufschlussreiche Erkenntnisse.

Ingo Adamzik
Verwaltungsdirektor
Capiro Hofgartenklinik

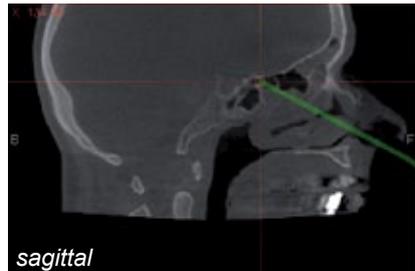


VISITE

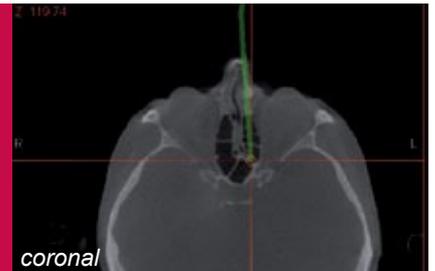
1 · 2013
Ein Informationsservice Ihres Krankenhauses

Computergestütztes Navigationssystem

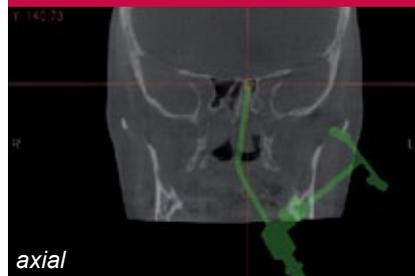
Mehr Sicherheit bei Operationen der Nasennebenhöhlen



sagittal



coronal



axial

Die intraoperative Momentaufnahme (Screenshot) zeigt die Spitze des Operationsinstruments (Sauger, grün) unmittelbar unterhalb der Schädelbasis, am Übergang des linken Siebbeines in die linke Keilbeinhöhle.

Seit Januar diesen Jahres steht den HNO-Belegärzten der Capiro Hofgartenklinik ein hochmodernes, computergestütztes Navigationsverfahren zur Verfügung.

Eine akute Nasennebenhöhlenentzündung hat fast jeder einmal durchgemacht. Meist heilt sie folgenlos aus. Bei gut jedem zehnten Bundesbürger entwickelt sich indes eine chronische Nasennebenhöhlenentzündung; bei ein bis vier Prozent bildet sich sogar eine polypöse Nasennebenhöhlenentzündung aus.

Die Symptome einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung sind vielfältig: Man kann nicht mehr richtig durch die Nase atmen, empfindet einen unangenehmen Druck im Kopf und das Geruchsvermögen ist vermindert. Zudem häufen sich akute Infekte. Die Lebensqualität ist dadurch deutlich eingeschränkt. Die beste Behandlung dieser chronischen Nasennebenhöhlenentzündung kann nur durch eine HNO-ärztliche

Diagnostik ermittelt werden. Dazu gehören eine Endoskopie der Nase und häufig auch eine Computertomographie (CT) oder digitale Volumentomographie (DVT). Die DVT ist ein dreidimensionales bildgebendes Röntgen-Tomographie-Verfahren mit wesentlich reduzierter Strahlenbelastung für den Patienten bei verbesserter Detail-Auflösung.

Als Therapie kommt eine Operation dann in Frage, wenn sich die Beschwerden trotz Gabe von Antibiotika und Cortison-Nasenspray oder Cortisontabletten nicht bessern.

Operiert wird fast immer in Vollnarkose vom Naseninneren aus. Anders als früher entstehen dabei dank des Einsatzes moderner Endoskope oder des Mikroskops keine entstellenden Gesichtsnarben mehr. Die Operation erfolgt minimal-invasiv, um die Nase und das Nasennebenhöhlensystem bestmöglich zu schonen und die Heilung zu beschleunigen. Die

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

Veranlagung zur chronischen Nasennebenhöhlenentzündung kann indes keine Operation beseitigen, wohl aber anatomische Engstellen, die eine chronische Entzündung begünstigen: Die Belüftungswege der Nasennebenhöhlen werden so freigelegt und erweitert, dass die Entzündung abheilen kann.

Entscheidend hierbei ist für den Operateur die genaue Orientierung an der individuellen Anatomie des Patienten, da das Nasennebenhöhlensystem des Menschen eine sehr hohe Variationsbreite aufweist. Eine genaue Bildgebung vor der Operation ist hierfür unerlässlich.

Trotz zunehmend genauerer Bildgebung durch CT und DVT besteht bei Nasennebenhöhlenoperationen ein Verletzungspotential wichtiger anatomischer Strukturen wie Auge, Sehnerv und Schädelbasis.

Durch den Einsatz des computer-gestützten Navigationssystems kann dieses Risiko erheblich minimiert werden. Nach Erstellen eines speziellen CT oder einer DVT des Gesichtsschädels werden diese auf einer CD gespeicherten Daten in das Navigationssystem



Dr. Hans-Jörg Meyer, HNO-Facharzt

eingelassen. Dieses wandelt die CT-Daten des Patienten in ein dreidimensionales Bild um. Auf einem Flachbildschirm kann der HNO-Arzt durch die dreidimensionale Darstellung des Operationsgebietes jederzeit die genaue Lage seiner Instrumente während der einzelnen operativen Schritte in den Nasennebenhöhlen kontrollieren. Während für die Navigation via Satellit beim Autoverkehr eine Genauigkeit von 5 bis 10 Metern genügt, ist bei der Chirurgie der Nasennebenhöhlen eine Genauigkeit im Millimeterbereich erforderlich!

Mit diesem Navigationssystem können besonders schwierige Abschnitte der Schädelbasis sicherer als bislang operiert werden. Vor allem bei Zweit-Operationen mit den hier häufig vorliegenden schwierigen Vernarbungsverhältnissen bietet das Navigationssystem deutlich mehr Sicherheit und trägt damit dem hohen Qualitätsanspruch der Capio Hofgartenklinik Rechnung.

Dennoch ist die computergestützte Operation kein Ersatz für genaue Kenntnisse und die Erfahrung des Operateurs in der variantenreichen Anatomie der Nasennebenhöhlen.

Interview Andrea Ziegler

Wir behandeln unsere Patienten so, wie wir selbst gerne behandelt werden möchten!

Unter diesem Gesichtspunkt begleitet und verbessert die Qualitätsmanagementbeauftragte und stellvertretende Pflegedienstleitung Frau Ziegler seit Anfang 2011 kontinuierlich die Arbeitsprozesse. Dabei immer das Wichtigste in der Klinik nie aus den Augen verlierend – das Wohl und die bestmögliche Behandlung des Patienten unter Berücksichtigung aller erforderlichen Qualitätsanforderungen.

„In meiner langjährigen Tätigkeit als examinierte Krankenschwester auf der Intensivstation habe ich bereits aktiv die Qualitätsziele erarbeitet und die Hygienevorschriften umgesetzt. Auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten kenne ich nur zu gut.“, so Frau Ziegler

In Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitern der Klinik werden Arbeitsabläufe durchleuchtet, angepasst und optimiert.

„Frau Ziegler besitzt neben ihrer fachlichen Qualifikation auch die für eine Qualitätsbeauftragte notwendigen sozialen Kompetenzen; denn sie fungiert als Vermittler und ist die Schnittstelle zwischen Mitarbeitern und Management“, sagt Verwaltungsdirektor Ingo Adamzik.



Andrea Ziegler

Impressum + Kontakt

Visite · 1 · 2013

Herausgeber:

Capio Deutsche Klinik GmbH, Fulda

Redaktion:

Ingo Adamzik, Heike Wagner

Kontakt:

Capio Hofgartenklinik
Hofgartenstraße 6
63739 Aschaffenburg
Tel. 06021 303-0, Fax 06021 303-284
www.capio-hofgartenklinik.de

Gestaltung und Druck:

Thaler Werbung, Rindt Druck

Keine Angst vor der Narkose

Die Spinalanästhesie

In der Capio Hofgartenlink werden pro Jahr über 4500 Patienten operiert, deren anästhesiologische Betreuung in den Händen der Gemeinschaftspraxis Dres. Schmidt-Schwagmeier-Heppe-Luxem liegt. Neben der klassischen Vollnarkose gibt es viele Eingriffe, die in einer Regionalanästhesie durchgeführt werden können. Visite sprach mit den Chefs der Praxis über diese spezielle Narkoseform.

Visite: Vor allem in den Bereichen Orthopädie und Gefäßchirurgie ist die Spinalanästhesie häufig die Narkose der Wahl. Warum?

Dr. Heppe: In diesen beiden Fachgebieten bietet sich die Spinalanästhesie besonders an, da hier nur gezielt der untere Operationsbereich des Körpers betäubt wird. Speziell bei Fuß-, Knie- oder Hüftoperationen und allen Beinvenenoperationen ist dies sinnvoll.

Visite: Viele Patienten haben Angst, dass sie dann etwas von der Operation mitbekommen!

Dr. Schwagmeier: Diese Angst können wir nachvollziehen. Deshalb bieten wir den Patienten mit einer Spinalanästhesie, die während der Operation schlafen wollen, die intraoperative Sedierung an. Die Patienten bekommen ein Schlafmedikament, das wir kontinuierlich bis zum Ende der Operation geben. Zehn Minuten nach Operationsende ist man wieder wach und hat angenehm geschlafen.

Visite: Wie stelle ich mir den Ablauf bei einer Spinalanästhesie vor?

Dr. Heppe: Zuerst werden die üblichen Vorbereitungen wie vor jeder Narkose durchgeführt. Wir



Dr. med. Matthias Heppe, Dr. med. Alfred Schmidt und Dr. med. Rolf Schwagmeier (von links nach rechts)

überwachen den Blutdruck, die Herzaktivität und die Sauerstoffsättigung. Für die Spinalanästhesie betäuben wir einen zentimetergroßen Hautbereich im Bereich der Lendenwirbelsäule. Dann wird eine dünne Kanüle zwischen den Dornfortsätzen in den Liquorraum platziert, das Lokalanästhetikum injiziert und die Kanüle wieder entfernt. Nach wenigen Minuten beginnt sich ein angenehmes Wärmegefühl in den Beinen auszubreiten und danach setzt die Taubheit in den Beinen ein.

Visite: Wann ist eine Spinalanästhesie besonders sinnvoll? Gibt es Patienten, die speziell von dieser Narkoseform profitieren?

Dr. Schmidt: Patienten mit Lungenerkrankungen profitieren bspw. von einer Teilnarkose, da ihr Atemweg frei bleibt und nicht durch einen Tubus in der Luftröhre gereizt wird. Bei Patienten, die nach Vollnarkosen regelmäßig über Übelkeit und Erbrechen klagen, ist die Spinalanästhesie ebenfalls von großem Vorteil, da bei dieser Art der Narkose solche Nebenwirkungen sehr selten sind.

Visite: Wann darf oder kann eine solche Narkose nicht durchgeführt werden?

Dr. Schwagmeier: Wenn besondere Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule oder Entzündungen vorliegen. Was aber immer häufiger vorkommt, ist die Einnahme von Medikamenten, welche die Blutgerinnung verändern. Deswegen führen wir vor jeder Operation ein eingehendes Aufklärungsgespräch, um zu klären, welche die sicherste und empfehlenswerteste Narkose für den Patienten ist und ob bestimmte Medikamente abgesetzt oder eingenommen werden müssen.

Visite: Also: Keine Angst vor der Spinalanästhesie?

Dr. Schmidt: Die Angst der Patienten nehmen wir ernst und behandeln diese mit Respekt. Unsere Aufgabe ist es, dem Patienten die Ängste durch ein ausführliches Beratungs- und Aufklärungsgespräch zu nehmen bzw. in realistische Bahnen zu lenken. Unsere ärztliche Verantwortung ist es die bestmögliche Narkose für den einzelnen Patienten anzubieten.

Visite: Meine Herren, vielen Dank für das Gespräch.

Knorpelschaden! Was nun? Moderne Verfahren können helfen

Knorpelplastiken (knorpelverändernde Verfahren) können den Einsatz von Prothesen verzögern. Hier ist insbesondere ein modernes Verfahren aus der USA zu nennen (die **Bioprothese**):

Implantation einer resorbierbaren Matrix (**Biomatrix**) – **Bioprothese: Natürlicher Knorpel für das Knie**

Bei diesem minimal-invasiven Eingriff (kleiner Zugang) wird das Gelenk zunächst „ausgeputzt“, und damit instabile Knorpelanteile entfernt und ein Teil der obersten Knorpelschicht mit einer Fräse bis auf den Knochen abgetragen. Dieses Verfahren kommt bei der Abrasionsarthroplastik und als Vorbereitung einer Microfracturierung zum Einsatz, jedoch bildet sich hierbei ein **Ersatzknorpel** – der sogenannte **Faserknorpel**, der **nicht die biologischen Eigenschaften** eines normalen - **hyalinen Knorpels** - besitzt!

Hier setzt nun das neue Verfahren an: hierbei wird, vereinfacht ausgedrückt, eine zylindrische Leitstruktur (Matrix) in den Knochen eingesetzt, wo der umschriebene Defekt im Knorpel oder Knorpel/Knochen besteht, welcher sich dann mit Blut aus dem umliegenden Knochenmark tränkt; in diesem Blut sind die sog. Stammzellen enthalten. Diese Stammzellen können sich nun entlang der Matrix, die zwei unterschiedliche

Anteile (Phasen) hat, an der Oberfläche in den elastischen hyalinen Knorpel und in der Tiefe in Knochen umwandeln. Das Implantat (Matrix) wird vollständig „verstoffwechselt“. Großer Vorteil im Vergleich zu einer Microfracturierung bzw. Knochen-Knorpel-Transplantation (Mosaikplastik) ist der, dass bei der Biomatrix-Implantation auch tieferreichende, den Knochen betreffende Defekte, behandelt werden können. Es müssen keine Zylinder aus anderen Stellen des Gelenkes entnommen werden, die dann als Entnahmedefekt verbleiben, die Oberfläche gleicht sich in der Höhe ihrer Umgebung an, was bei der herkömmlichen Knochen-Knorpel-Transplantation (Mosaikplastik) nicht immer so exakt gelingt. Als weiterer Vorteil gilt die rasche Belastbarkeit dieses Implantats, je nach Größe nach ca. 3-5 Wochen.

Ist die Knorpelveränderung durch das Fehlen von tiefgreifenden Defekten gekennzeichnet und als „stabil“ anzusehen, kommt

ACP - autologes konditioniertes Plasma

ein Verfahren mit ähnlichem Ansatz zum Einsatz: durch eine Injektion von **ACP** in das betreffende Gelenk können neben einer Entzündungshemmung auch körpereigene Schutzmechanismen aktiviert werden. Ist der Knorpeldefekt zu ausgedehnt, gibt es nur



Dr. Georg Benes, Praxis für Orthopädie & Sportmedizin, Ludwigstraße 4, Aschaffenburg

noch die Möglichkeit, durch eine Umstellungsoperation die Belastung auf den noch guten Gelenkanteil (innen oder außen) umzulenken oder sich durch übliche konservative Maßnahmen mit der Situation zu arrangieren, bis der Leidensdruck dann letztendlich zu einer Prothesenversorgung führt.

Hierbei jedoch sollte nach Möglichkeit immer das am meisten knochenschonende Verfahren zur Anwendung kommen, d.h. im Falle einer Knieendoprothese die Überprüfung, ob nicht eine **Schlittenprothese (= Teilprothese)** in Frage kommt, da es hier eine Überlegenheit bei der Zufriedenheit nach 10 Jahren nach OP gibt: ca. 90%-ige Zufriedenheit nach einer Schlittenprothese und rund 75-80%-ige Zufriedenheit nach einer Vollprothese (bikondylärer Oberflächenersatz, Knie totalendoprothese). Ferner liegt die Haltbarkeit (Überlebensrate) bei der von uns bevorzugten Schlittenprothese nach 15 Jahren bei 94% (Standzeit dieser Schlittenprothese bei Einhaltung der Selektionskriterien von 94% nach 15 Jahren).



Die Matrix wird in den Knochen eingesetzt