



CRU R A

Versorgung im Notfall

Sie helfen in lebensbedrohlichen Situationen, handeln präzise und schnell, wenn es keinen zeitlichen Aufschub geben darf: die Expertenteams der Notaufnahmen des Klinikum Region Hannover.

WIR SIND

DEIN LIEBLINGSTEAM?!



Verbinde Dich mit uns:



Unsere Teams in den Notaufnahmen suchen Verstärkung! Komm in dein Lieblingsteam.

Jetzt einfach mal reinklicken & bewerben: **karriere.krh.de**



Foto: Maren Koff - Weidemark

Dr. med. Matthias Bracht, Geschäftsführer Medizin (v.l.),
Dipl.-Kffr. Barbara Schulte, Geschäftsführerin Finanzen und
 Infrastruktur, **Michael Born**, Geschäftsführer Personal

Hilfe im Notfall

Wenn es einen Notfall gibt, dann muss es schnell gehen. Ob in Laatzen, Neustadt, Burgwedel, Gehrden, Lehrte, Langenhagen, Wunstorf oder in Hannover – das KRH hält für Sie neun Notaufnahmen bereit. 24 Stunden einsatzbereit, rund um die Uhr mit Fachpersonal besetzt, jederzeit bereit, Leben zu retten. Doch wie funktioniert eine Notaufnahme und welche Menschen arbeiten dort?

In dieser Ausgabe nehmen wir Sie mit hinter die Kulissen. Wir lassen die Personen sprechen, die in den KRH Notaufnahmen arbeiten, fragen nach ihrer Motivation und erklären die Abläufe. Mit zwei Reportagen unserer Redakteur*innen aus den Notaufnahmen des KRH Klinikum Nordstadt und Siloah wechseln wir die Perspektive und schauen von außen auf die Arbeit in einer Notaufnahme – so, wie Sie sie erleben.

Besonders freut es uns, die Planung einer neuen Notaufnahme am KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen anhand eines Wimmelbildes für Sie darzustellen. Tauchen Sie ein in die Welt der Notaufnahme. Wir zeigen Ihnen die andere Seite.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Entdeckungsreise und bleiben Sie gesund!

Ihre KRH Geschäftsführung

Inhalt

04 Kurz notiert

Neues aus den KRH Häusern

06 Reportage

Aus dem Alltag der Zentralen Notaufnahmen der KRH Kliniken Nordstadt und Siloah

10 Besser ankommen

Neue Aufnahmekonzepte der KRH Psychatrien

12 Wimmelbild

So geht es in einer Notaufnahme zu

14 Notaufnahme

Symptome erkennen und richtig handeln

18 Notfalldiagnostik

Wenn präzise und schnell entschieden werden muss, ist Erfahrung nicht ersetzbar

20 Erfahrungsberichte

Wieso Notaufnahme? Drei Mitarbeitende des KRH Klinikum Großburgwedel geben Auskunft

22 Neu justiert

Das Zusammenspiel der Lebensretter

23 Der besondere Patient

Ein selbstheilender Tumor

Lungenexperte Prof. Fühner erarbeitet Leitlinie zur Behandlung mit Sauerstoff

Selten stand die Beatmungsmedizin so im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses wie in den vergangenen Monaten. Der Sauerstoff spielt dabei die zentrale Rolle. Da verwundert es, dass es bisher in Deutschland keine Leitlinie gegeben hat, wie bei Erwachsenen die Behandlung mit Sauerstoff durchgeführt werden soll. Jetzt hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin eine Leitlinie dazu herausgegeben. Zusammen mit 15 weiteren Autorinnen und Autoren hat **Prof. Dr. Thomas Fühner**, Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Beatmungsmedizin am KRH Klinikum Siloah, dieses umfangreiche Papier als sogenannter Letztautor erarbeitet. Beteiligt waren zudem die unterschiedlichsten Fachgesellschaften von der Notfall- bis zur Intensivmedizin. Inhaltlich beschäftigt sich die Leitlinie damit, wer in der Akutsituation Sauerstoff bekommt, wie



viel Sauerstoff gegeben und wie eine Therapie überwacht werden sollte. Die Kunst bei solch komplexen Papieren ist es, den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung, neueste Studien und den umfangreichen Erfahrungsschatz der Beteiligten zu vereinen und dann auf eine praxisbezogene und anwendungsorientierte Basis zurückzuführen. „Wir haben eine Leitlinie erarbeitet, die das bestmögliche Ergebnis für die Patientinnen und Patienten zum Ziel hat“, sagt Lungenspezialist Fühner.

Internationale Prostatakrebsstudie: KRH Kliniken Großburgwedel und Siloah nehmen teil



Das Prostatakrebszentrum des KRH Klinikum Siloah unter der Leitung von **Dr. Stefan Baltes** (Bild oben, rechts) und das Uroonkologische Zentrum des KRH Klinikum Großburgwedel unter der Leitung von **Dr. Joachim Stein**, Chefarzt der Klinik für Urologie und Zentrumsleiter (Bild unten, rechts), und **Kristin Blanchard**, Fachärztin für Urologie und Koordinatorin des Uroonkologischen Zentrums, nehmen an der internationalen Studie Prostata Cancer Outcomes (PCO) teil. Ziel ist es, Gesundheitszustand und Lebensqualität von Patienten vor und nach der Behandlung der Prostata anhand von anonymisierten Daten auszuwerten, um damit die Behandlungsqualität zu erhöhen. Neben den beiden KRH Einrichtungen beteiligen sich rund 105 Zentren, es werden fast 30.000 anonymisierte Patientendaten ausgewertet. „Die PCO-Studie sammelt Behandlungsergebnisse und macht diese unter wissenschaftlicher Anonymisierung transparent. Von den Ergebnissen profitieren am Ende unsere Patienten“, erklärt **Prof. Dr. Alexandre Pelzer**, Chefarzt der Klinik für Urologie am KRH Klinikum Siloah und Experte im Gremium (Bild oben links), das die Ergebnisse auswerten und veröffentlichen wird. Die Studie wird hierzulande von der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Bundesverband Prostata Selbsthilfe getragen. International knüpft sie an das TrueNTH Global Registry an.



John Kennedy Bobga Billa ist Integrationsmanager im KRH Klinikum Siloah



Vom Recruiting über die Praxisanleitung bis hin zur sozialen Integration: Das Einsatzgebiet von **John Kennedy Bobga Billa** ist so umfangreich wie vielfältig. Der 48-jährige gebürtige Kameruner ist seit Anfang des Jahres Integrationsmanager im KRH Klinikum Siloah. Das heißt, er ist beim Recruiting von den ersten Bewerbungsgesprächen an dabei und prüft dabei die fachliche Eignung potenzieller ausländischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die neuen Mitarbeitenden macht er vertraut mit der stationären Pflege in Deutschland, vermittelt ihnen die Begrifflichkeiten, die Hierarchien und die Arbeitskultur. Hier sind oft die größten Hürden zu meistern. So auch bei den Hygienekonzepten. „Es ist manchmal erklärungsbedürftig, dass bestimmte Schutzausrüstung nach Gebrauch direkt entsorgt wird, wohingegen es im Herkunftsland eine knappe Ressource war.“ Zudem hilft Kennedy Bobga Billa bei der sozialen Integration, gibt Tipps bei der Wohnungssuche und Ratschläge zum Beispiel zu Einkaufsmöglichkeiten oder kulturellem und auch religiösem Anschluss. Noch entscheidender sind die behördlichen Angelegenheiten: Wie kann man mit dem Arbeitsvertrag auch eine Aufenthaltsgenehmigung erhalten? Wie ist ein Familiennachzug möglich? Derzeit betreut er rund zehn Mitarbeitende im Siloah, ab Oktober werden es voraussichtlich zehn weitere sein.



10

Krankenhäuser gehören zum Klinikum Region Hannover.

Zweijährige Weiterbildung: KRH Klinikum Gehrden bildet Gefäßassistenten aus

Das Team der Gefäßchirurgie im KRH Klinikum Robert Koch Gehrden, geleitet von Chefarzt **Dr. Michael Maringka** (im Bild links) und OP-Leiterin **Veronika Vukljevic**, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) zum Weiterbildungsstandort für Gefäßassistenten ernannt. Als erster angehender Gefäßassistent beginnt **Timo Schmey** die Weiterbildung. Der gelernte Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitet seit fast einem Jahrzehnt mit im OP in Gehrden und ist für die Organisation der Gefäßchirurgie hauptverantwortlich. In den zwei Jahren seiner Weiterbildung wird er neben seiner normalen Tätigkeit im Gehrden OP von der DGG in der Theorie geschult und bei anderen Operationen hospitieren. Bei der Weiterbildung geht es um nicht invasive Untersuchungsverfahren, um

das Wundmanagement, die Vorbereitung des Patienten im Operationsaal und die aktive Assistenz während der OP. „Die Wahl als Weiterbildungsstandort für zukünftige Gefäßassistent*innen zeigt uns, dass wir zu den besten gefäßchirurgischen OP-Teams gehören“, sagt Pflegefachkraft und OP-Leiterin Veronika Vukljevic. „Der Gefäßassistent ist ein wertvolles interprofessionelles Bindeglied zwischen Arzt und Pflege“, sagt Dr. Michael Maringka, Chefarzt der Gefäß- und Endovaskularchirurgie und Organisator der Zulassung der Weiterbildung in Gehrden. „Diese Entwicklung wird unsere Abläufe weiter professionalisieren und die Attraktivität des Unternehmens am Standort Gehrden auch als Arbeitgeber deutlich stärken.“



EINE

NACHT ...

Reportage aus der Zentralen Notaufnahme des KRH Klinikum Nordstadt

Mein Name ist Lennart Dreyer und ich arbeite seit zweieinhalb Jahren in der Unternehmenskommunikation des KRH. Seit einem Jahr bin ich Chefredakteur der CURA. An einem Samstag im Spätsommer habe ich Pflegekräfte bei ihrer Nachtschicht in der Zentralen Notaufnahme im KRH Klinikum Nordstadt begleitet. Diese Stunden werden mir immer im Gedächtnis bleiben. Die Kolleg*innen und ihre Arbeit verdienen tiefsten Respekt.

20.30 Uhr Die Nachtschicht beginnt. Es ist warm, die Stimmung noch entspannt. Ich sitze mit Kalle, Andrea, Thomas und Benni im Aufenthaltsraum.

21.05 Uhr Andrea hat mich gekrallt und ich folge ihr unauffällig im Pflegedress und mit Notizblock. Beim Betreten des ersten Behandlungszimmers läuft es mir kalt den Rücken herunter. Blut habe ich schon gesehen, aber Knochenknacken ist nicht so meins. Im Zimmer versucht die Unfallchirurgin gerade, einem jungen Mann die Schulter einzurenken. Sie ist in sich verdreht, der Arm steht leicht nach hinten – Sportunfall. Andrea packt sofort mit an. Ich drücke mich mit dem Rücken an die Tür.

21.25 Uhr Kalle nimmt Anrufe nur noch mit einem „ist brechend voll“ entgegen. Er teilt jeden Ankömmling nach Dringlichkeit ein. Dabei hilft ihm seine Erfahrung – er arbeitet seit 34 Jahren in der Notaufnahme.

21.40 Uhr Eine Patientin, die behauptet, sie sei selbst Krankenschwester, hat sich zu Hause eine Infusion gelegt und vergiftet. Andrea pumpt die hochkommende Magenflüssigkeit ab. Einiges ist schon danebengegangen. Das Bett muss gewechselt werden. Die Operation wird vorbereitet.

22.00 Uhr Der erste Rettungssanitäter will mir eine Patientin übergeben. Die Notaufnahme ist voll. Kalle brüllt in alle Richtungen: „Gleich, gleich, gleeeeich!“

22.30 Uhr Die Schulter ist nach einer Vollnarkose wieder eingerenkt. Der Patient telefoniert mit Armbinde und streckt mir den Daumen entgegen. Andere Patienten winken mir zu, damit ich zu ihnen komme.

23.20 Uhr Benni bestellt Pizza. Andrea betreut heute die Unfallpatienten und kommt zurzeit nicht zu einer Pause. Stürze, Hüftbrüche, Fahrrad- und Autounfälle. Gerade hilft sie dabei, eine Hüfte einzurenken.

0.00 Uhr 130 Patient*innen wurden bisher aufgenommen. Viele sind schon behandelt, einige warten seit Stunden. Der Krankenwagen bringt eine Muskelzerrung. Andrea ist freundlich – und wütend, denn so jemand gehört nicht in die Notaufnahme. Eine Patientin aus einem Pflegeheim wartet wieder auf den Abtransport. Sie hat keine Symptome.

0.22 Uhr Ein Schmetterling fliegt durch das Behandlungszimmer, während der Unfallchirurg einen Knöchel abtastet.

0.40 Uhr Etwas Zeit für kalte Pizza, kalte Cola und Small Talk. Andrea mag die Arbeit. Nach der Schicht ist ihr Tipp: direkt ins Bett und lange schlafen. Sie hat heute noch eine Radtour geplant.

2.00 Uhr Der erste Patient wird zur Blutabnahme von der Polizei eingeliefert. Die Alkohol- und Partyfälle trudeln ein.





Ganz am Anfang: 20.30 Uhr. Im Pausenraum findet die Übergabe zwischen der Spätschicht und der Nachtschicht statt. Mittendrin: unser Autor Lennart Dreyer.



Andrea macht Pause mit kalter Pizza.



Kalle am Empfang.

2.40 Uhr Kalle verlässt zum ersten Mal den Empfang und legt einen Gipsverband für ein gebrochenes Handgelenk an. Ein Moment der Ruhe.

3.00 Uhr Vier Patienten und acht Rettungssanitäter warten auf Aufnahme. Dazu ist ein Schlaganfallverdacht unterwegs. Benni bereitet den Schockraum vor, er ist heute für die Neuropatienten verantwortlich. Ein Patient war um 2 Uhr mit tauber Hand aufgewacht. Später stellt sich heraus: Fehlalarm.

3.40 Uhr Mehr kalte Pizza zwischen blutenden Sturzwunden, gebrochenen Gelenken und Problemen, die nicht in die Notaufnahme gehören.

4.16 Uhr Der erste bewusstlose Sturzbetrunkenne. Seine Atmung geht schwer. Thomas versucht, ihn mit der Ärztin stabil zu bekommen.

5.03 Uhr CT und Röntgenuntersuchungen sind gemacht. Mittlerweile werden noch andere Ärzte hinzugezogen und Maßnahmen diskutiert. Thomas' Stimme platzt in die Diskussion: „Guten Mor-

gen. Da bist du ja wieder.“ Der Patient hat die Augen geöffnet und versucht, sich die Infusionen zu entfernen.

5.10 Uhr Der Patient ist stabil und schläft.

5.50 Uhr Irgendwie fühle ich mich müde und dennoch wach. Ich bin mir sicher, dass ich heute nicht mehr schlafen kann. Andrea ist immer noch unterwegs. Ein Mann wurde blutend am Hauptbahnhof gefunden und ist mit dem Krankenwagen gekommen. Als er vor mir sitzt, läuft das Blut aus einer Kopfwunde. Er spielt am Handy. Eine klassische Absturzgeschichte.

6.01 Uhr Patientin mit Verdacht auf Schlaganfall. Die Ärztin der Nachtschicht übernimmt noch die Aufnahme. Die erste Kollegin der Frühschicht ist da.

6.15 Uhr Andrea und ich machen uns auf den Weg in die Umkleiden. Auf dem Flur steht ein verwirrter Mann. Er spricht undeutlich, man kann ihn kaum verstehen. Kalle übernimmt und brüllt: „Hierher, wenn Sie sich anmelden wollen.“

Der Eingangsbereich der Notaufnahme im KRH Klinikum Siloah. Rund um die Uhr treffen hier Patient*innen mit den verschiedensten Verletzungen und Symptomen ein.

... FÜRS LEBEN

Reportage aus der Zentralen Notaufnahme des KRH Klinikum Siloah

Mein Name ist Nina Hoffmann und ich bin seit Januar 2021 Volontärin in der Unternehmenskommunikation des KRH. Von der Arbeit in Zentralen Notaufnahmen hatte ich schon viel gehört. Von der Hektik dort, von ungeduldigen und aggressiven Patient*innen oder gar Gewalt. Umso aufgeregter war ich, als ich erfuhr, dass ich eine ärztliche Samstagnachtschicht in der Notaufnahme des KRH Klinikum Siloah begleiten werde.



► **D**ie ärztliche Nachtschicht in der Notaufnahme des KRH Klinikum Siloah beginnt um 19 Uhr. Im Dienst sind Ärztin Irina von Heimburg, ihr Kollege Dr. Daniel Krieger, die Ärzt*innen von den Stationen und zwei Krankenpflegerinnen. „In der ZNA im Siloah gibt es keine Unfallchirurgie. Zu uns kommen hauptsächlich internistische Notfälle“, erläutert von Heimburg, die seit sieben Jahren in der Notaufnahme arbeitet. Okay, Knochenbrüche und Platzwunden werde ich hier also schon einmal nicht zu Gesicht bekommen. Auch Schlaganfälle werden in anderen Kliniken behandelt. Kollege Krieger ergänzt: „Die häufigsten Fälle sind hier Kreislaufprobleme, Brustschmerzen, Herzinfarkt und Alkoholintoxikationen.“ „O ja, vor allem Letztere!“, stimmt die Ärztin zu. „Seit Ende des Lockdowns sind es wieder mehr geworden. Viele Besorgte, die draußen unterwegs sind und den Notruf wählen, weil sie die Betrunkenen am Straßenrand finden. Das kann dann hier auch schon einmal ziemlich laut werden.“

Noch ist es ziemlich ruhig, ich höre hauptsächlich das unregelmäßige Piepen der Überwachungsmonitore und die leisen Gespräche der an-

deren. Das Geräusch von schlurfenden Schuhen auf dem Klinikumsboden. Gelegentlich schlägt die Software IVENA Alarm, die ankündigt, wenn mit dem Rettungsdienst ein neuer Notfallpatient eintrifft. Dann wird diese Stille abrupt unterbrochen. „Hallo?“, tönt es lallend am Empfang. Da ist er auch schon: der erste Alkoholfall. Es ist halb acht. Der Mann wurde mit einem Rettungswagen gebracht und trägt eine Plastiktüte mit einer halb vollen Schnapsflasche bei sich, die man ihm sofort abnimmt. Das gefällt ihm gar nicht. Als er in den Untersuchungsraum gebracht wird, fängt er an laut zu protestieren und verlangt nach seiner Tüte. Es wird ein Alkoholtest durchgeführt. Er hat bereits 3,5 Promille im Blut. „Sie sind gerade nicht in der Verfassung, dass wir Sie wegschicken können“, ermahnt Irina von Heimburg. Der Patient fühlt sich provoziert. „Ich gehe jetzt! Gib mir die Tüte!“, schreit er und richtet sich aggressiv auf. Jetzt wird auch die Ärztin etwas lauter: „Sie gehen nirgendwohin! Dies hier ist ein Krankenhaus und da gibt es Regeln. Wenn Sie sich nicht daran halten wollen, müssen wir Sie fixieren.“ „Das ist mir scheißegal, ich gehe!“, ruft der Patient patzig.



Ein Rettungswagen vor dem KRH Klinikum Siloah. Mit der Software IVENA wird angekündigt, wenn ein neuer Notfallpatient per Rettungsdienst ins Klinikum gebracht wird.



19 Uhr: Beginn der ärztlichen Samstagnachtschicht. Ich warte auf meinen Einsatz.

Ich merke: Jede Diskussion ist zwecklos. „So ist das halt“, sagt von Heimburg schulterzuckend. „Wir testen jetzt, ob er gang- und standsicher ist. In dem Fall kann er gehen. Aber dann darf er auch nicht wiederkommen. Anschreien lassen wir uns hier nicht.“ Der Patient wankt nach draußen. Ich merke, dass mich die Situation etwas beunruhigt hat und sich mein Puls nun langsam wieder normalisiert. Die Mitarbeiter*innen hingegen wirken unbeeindruckt. Sie sind solche Momente bereits gewohnt. Diese Auseinandersetzung war vermutlich sogar noch eine der harmloseren, denn auch Handgreiflichkeiten sind in der ZNA nicht unüblich.

Eine Patientin wird mit starken Bauchschmerzen oder „unklarem Abdomen“, wie es die Mediziner*innen nennen, ins Isolierzimmer gebracht. Zwischendurch protokollieren von Heimburg und Krieger die Notfälle per Diktiergerät. „Anamnese. Hausarzt: keiner. Allergien: keine.“ „Rezidivierendes Erbrechen. Verdacht auf Gastroenteritis“, also Magen-Darm-Entzündung. „Medikamente: Novalgin, Pantoprazol und Vomex.“ Eine Patientin mit Vergiftungssymptomen wird direkt auf die Intensivstation gebracht, eine weitere mit kardialen Lungen-

ödem – eine durch eine Herzschwäche verursachte Ansammlung von Flüssigkeit in der Lunge – in den Schockraum.

Die Medizinische Fachangestellte Ceren Kaya arbeitet am Empfang und ist das erste Gesicht, das Menschen sehen, die die Notaufnahme aufsuchen. „Klar ist man dann oft die Person, die von den Patienten erst einmal alles abbekommt. Viele sind sehr ungeduldig und emotional“, erzählt sie. „Aber meistens entschuldigen sich die Leute auch direkt wieder. Ich kann sie da ja auch voll verstehen, das hier ist nun einmal eine Ausnahmesituation.“

Zwischendurch werden Menschen schon am Empfang wieder weggeschickt. Ein Patient kommt mit einer leichten Schwellung am Schienbein. Kaya begutachtet die Stelle. „Sie müssen sich irgendwo gestoßen haben“, meint sie. „Das ist nichts Schlimmes. Sie können wieder gehen.“ Kommentarlos verlässt der Patient das Klinikum. Fälle wie dieser sind ein häufiges Problem in Notaufnahmen: „Oft wissen die Leute gar nicht, dass wir hier kein ambulanter Notdienst sind“, sagt Kaya. Die ZNA sei darauf ausgelegt, Notfallpatient*innen auf Station zu verlegen und über Nacht dazubehalten. Da sei es wichtig, die Kapazitäten zu entlasten und sich bei harmlosen Verletzungen eher an einen Hausarzt oder eine ärztliche Notfallpraxis zu wenden.

Ich verlasse die Notaufnahme gegen 3 Uhr morgens. Klar ist: Ich habe enorm viel Respekt davor, was die Mitarbeitenden leisten. Es ist jetzt ruhiger, Daniel Krieger ist bereits gegangen. Einige Kolleg*innen wie auch Ceren Kaya oder Irina von Heimburg werden noch bis morgen früh bleiben, dann ist auch ihre Schicht zu Ende. ■

BESSER

ANKOMMEN



Unkomplizierter Zugang, schnelle Termine: Mit ihrem neuen Aufnahmezentrum will die KRH Psychiatrie Wunstorf ein niedrighschwelliges Angebot machen. Denn nicht jeder Hilfesuchende benötigt einen stationären Aufenthalt.

Prem Lata Gupta

Das Klinikgelände mit seinen alten Bäumen, der üppigen Bepflanzung und den vorwiegend historischen Gebäuden wirkt nahezu idyllisch. „Bei uns soll sich jeder gut aufgehoben fühlen“, unterstreicht die leitende Oberärztin Diana Kloppenburg. Doch sie weiß um „viele Klischees – dass Erkrankte in der Psychiatrie ihre Selbstbestimmung verlieren, dass sie weggesperrt werden“. Solche holzschnittartigen Vorstellungen kursieren nicht nur bei Gesunden. Sie halten auch Menschen, die in seelischer Not sind, die an Erkrankungen, Störungen oder Süchten leiden, davon ab, sich professionelle Hilfe zu suchen. Darum wird auf dem Gelände der KRH Psychiatrie Wunstorf ein neues Aufnahmezentrum entstehen, das jeden Tag, selbst am Wochenende, von 8 bis 20 Uhr besetzt ist: Nach Kontaktaufnahme über eine zentrale Telefonhotline vergeben geschulte Fachkräfte zeitnah Termine, möglichst innerhalb von zwei Tagen. Das ist eine wichtige Nachricht, auch für zuweisende Ärzte.

„Jeder Kontakt, der zustande kommt, zählt“, sagt Diane Kloppenburg. Und: „Wir wollen erreichbar sein.“ Bisher war es schwieriger, hier sofort passgenaue Hilfe zu bekommen. Wegen chronischer Überbelegung, weil Patienten in akuten Situationen zwar aufgenommen wurden, aber das

behandelnde Team erst im zweiten Schritt ermittelte, auf welcher Station der neue Patient am besten aufgehoben ist. Ab Sommer 2022 soll sich dies ändern – und es passt zu der Entwicklung seit zwei Jahren, Notfallversorgung verstärkt ambulant anzubieten. So würde nach einer raschen Terminvergabe ein erstes Gespräch mit einem Therapeuten stattfinden. Und genau diese Person soll dann auch Ansprechpartner bei den folgenden Begegnungen sein. „Nicht jeder Patient muss stationär behandelt werden. Oder wir können durch individuelle Lösungen vermeiden, dass es dazu kommt“, sagt die Oberärztin. Manche Krisen lassen sich ihrer Erfahrung nach beispielsweise durch mehrere Gespräche und die Angebote der Tagesklinik (dann schläft der Patient zu Hause) bewältigen. Auch die Nachsorge nach einem Aufenthalt gelte es zu verbessern. „Wir vernetzen uns mit anderen Einrichtungen und Organisationen.“

Der Bedarf ist groß: Die KRH Psychiatrie Wunstorf hat ein riesiges Einzugsgebiet, in dem 700.000 Menschen leben. Wichtige Schwerpunkte in der Behandlung Erwachsener sind die Allgemeinpsychiatrie für Menschen bis 58 Jahre, die Gerontopsychiatrie für Ältere und die Suchtmedizin. Durch die Corona-Pandemie hat sich für etliche Patienten ihre persönliche Situation verschlechtert, weil



Eine freundliche Atmosphäre: Für Diana Kloppenburg, leitende Oberärztin der Suchtmedizin und Psychotherapie, soll das neue Aufnahmezentrum „ein guter Ort sein um anzukommen“.



zum Beispiel Selbsthilfegruppen monatelang nicht mehr zusammenkamen, weil Angebote in Tagesstätten wegfielen. Neben dem Standort Wunstorf gibt es Außenstellen in Linden, ebenfalls mit angeschlossener Tagesklinik, und Nienburg. Weitere Behandlungsmöglichkeiten gibt es am Standort Langenhagen.

Grundsätzlich setzt die Psychiatrie im KRH auf ein systemisches Konzept: Erkrankungen werden nicht isoliert betrachtet, sondern die Gesamtsituation des Patienten und sein Umfeld werden einbezogen. Unüberwindlich scheinende Behördengänge, Geldnot, auch Maßnahmen etwa zur Wiedereingliederung können stressen oder Probleme bereiten. Bei einer stationären Aufnahme erfolgt immer eine differenzierte Betrachtung: Wer alkoholkrank gewesen ist, aber aktuell unter einer schweren Depression leidet, wird nicht auf derselben Station untergebracht, in der andere Menschen eine Entgiftung erleben.

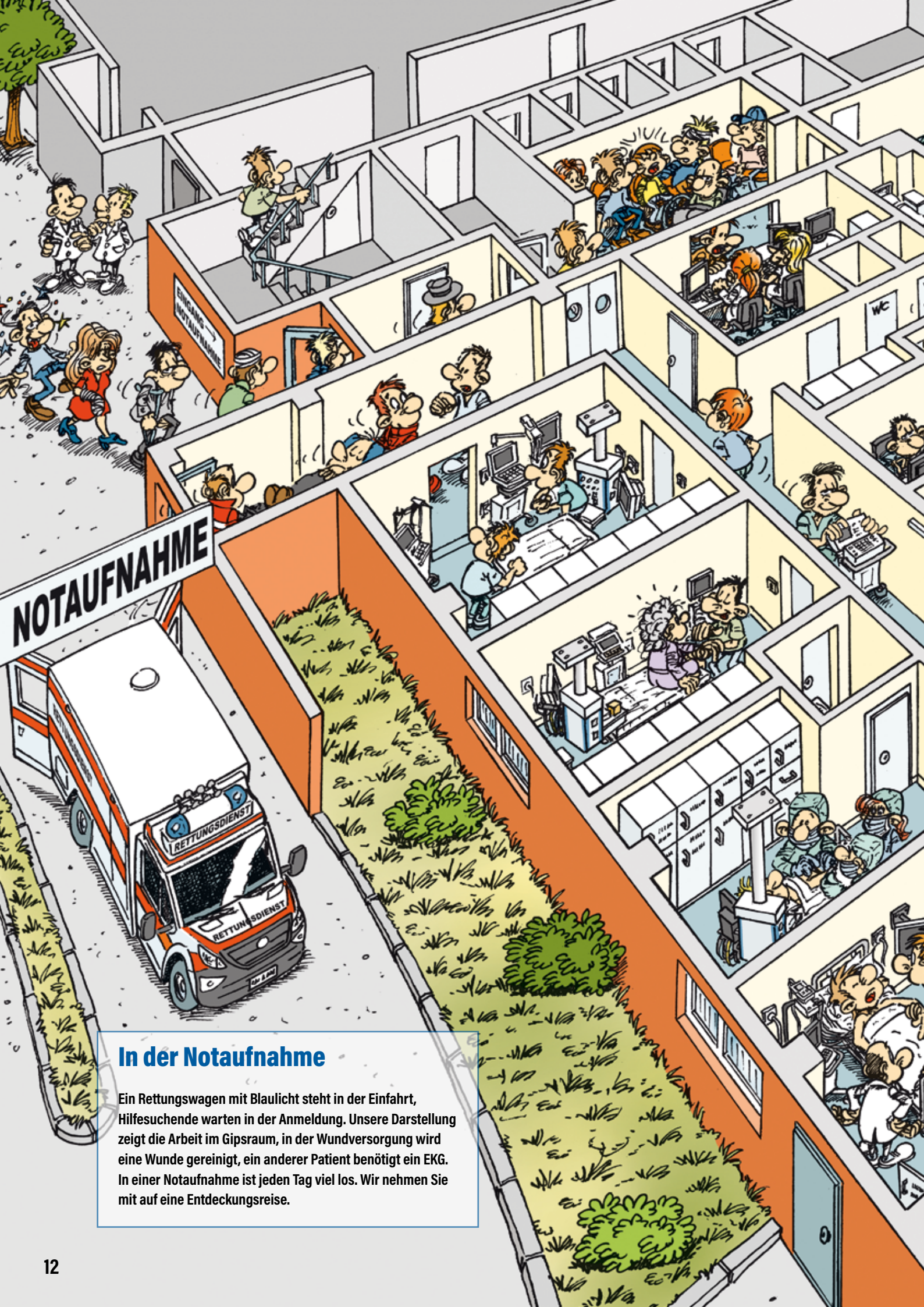
Das neue Aufnahmezentrum mit seinen geschulten Mitarbeitenden soll laut Diana Kloppenburg „ein guter Ort sein um anzukommen“. Es wird auf 270 Quadratmetern im bisherigen sogenannten Laborgebäude untergebracht. Dort, wo aktuell noch „Röntgen“ ausgeschildert ist, sieht die Bauplanung einen Empfangsbereich vor, dazu wird es

eine Reihe von Sprechzimmern für ungestörten Austausch geben. Die leitende Oberärztin: „Wir werden das Gebäude umbauen, die Räumlichkeiten hell und offen gestalten – alles für eine freundliche, einladende Atmosphäre.“ Auch am Standort Langenhagen wird der Aufnahmebereich entsprechend verändert. Vor allem aber wünscht sie sich einen Paradigmenwechsel. Patienten sollen befähigt werden zu sagen: „Ich war in der Psychiatrie. Es hat mir gutgetan.“



Psychiatrie im Wandel

Die Neugestaltung der Aufnahmebereiche und die Belegungssteuerung an den Standorten Wunstorf und Langenhagen sind Teil einer strategischen Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der KRH. Dieser Wandel wird bis zum Jahr 2025 umgesetzt. Weitere Schwerpunkte sind unter anderem die Ausweitung ambulanter Behandlungsangebote, Maßnahmen zur Prävention von Zwang, Umgestaltung der Behandlungssettings und neue spezialisierte Behandlungsangebote etwa für junge Menschen, für traumatisierte Menschen mit Suchtproblemen oder für Erwachsene mit ADHS.



In der Notaufnahme

Ein Rettungswagen mit Blaulicht steht in der Einfahrt, Hilfesuchende warten in der Anmeldung. Unsere Darstellung zeigt die Arbeit im Gipsraum, in der Wundversorgung wird eine Wunde gereinigt, ein anderer Patient benötigt ein EKG. In einer Notaufnahme ist jeden Tag viel los. Wir nehmen Sie mit auf eine Entdeckungsreise.



WC

WC

WC

WC

P

KRANKENTRANSPORT

GIPSRaum



PATIENTEN IN AKUTER NOT

Susanna Bauch

Beschwerden, die Lebensgefahr befürchten lassen, haben höchste Priorität: In den Notaufnahmen des Klinikum Region Hannover geht es um Zeit sowie gebündelte Kraft und Expertise.

Der Faktor Zeit spielt in den Notaufnahmen der KRH Kliniken bei der Behandlung von akut Erkrankten und frisch Verletzten eine enorme Rolle. Das unfallchirurgische Team der Kliniknotaufnahme hält sich ständig bereit, um jederzeit sofort am Verletzten zu sein, ihn zu untersuchen und gegebenenfalls schnell zu operieren. Werden Patienten – meist mit Rettungs- oder Notarztwagen – in die Klinik eingeliefert, läuft dort ein standardisierter diagnostischer und therapeutischer



Der Schockraum: lebensrettende Anlaufstelle für die Erstversorgung schwer verletzter und polytraumatisierter Patienten. Dr. Michael Maringka, Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie am KRH Klinikum Gehrden (Mitte), im Einsatz mit seinem Team.

scher Algorithmus ab. Er stellt für die Ärzte einen Leitfaden auf dem schnellen Weg von einem bestimmten Symptom zur Diagnose und Notfalltherapie dar. „Schwere Fälle werden uns in der Regel von Rettungsdienst und Notärzten vorgemeldet“, sagt PD Dr. Marc Schult, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Handchirurgie und Orthopädie im Nordstadt Krankenhaus. „Da sind wir beim Eintreffen des Patienten gut vorbereitet.“

In der Notaufnahme der Unfallchirurgie entscheiden die Ärzte und Pflegekräfte dann mithilfe eines gestaffelten Systems (Tria-

ge) nach Dringlichkeit der Akutbehandlung. „Wir haben rund 160 Notfallpatienten pro Tag, davon sind etwa zehn echte Notfälle, die sofortiger Behandlung wie zum Beispiel einer Operation bedürfen“, betont Dr. Schult. Zwei Schockräume für die interdisziplinäre Erstversorgung schwer verletzter und polytraumatisierter Patienten stehen in der Nordstadt zur Verfügung. „Offene Knochenbrüche müssen sofort chirurgisch versorgt werden, Neurochirurgen stoßen bei Kopfverletzungen dazu, Radiologen für die Bildgebung, und die Anästhesie steht für Operationen bereit.“



Bei welchen Symptomen in die Notaufnahme?

Viele Menschen sind unsicher, ob sie bei Beschwerden außerhalb der Sprechstundenzeiten in die Notaufnahme einer Klinik fahren oder auf die Praxisöffnung am kommenden Morgen warten sollen. Hier ein paar Informationen, die bei der Entscheidung helfen. Wer aber Angst hat oder extrem unsicher ist, sollte sich zeitnah Hilfe holen.

CHECKLISTE ALARMIERENDE AKUTBESCHWERDEN:

1. Kopfschmerzen, Lähmungen, Krampfanfälle, Sprachstörungen, Sehstörungen
2. schwere Stürze
3. Kopfschmerzen mit Fieber, Nackensteifigkeit und Bewusstseinseinschränkungen
4. akute Atemnot
5. akut auftretendes, andauerndes Erbrechen mit Kopfschmerzen
6. akute Blutung
7. Herzschmerzen, Herzrasen, Blutdruck über 220 mmHg oder unter 90 mmHg mit Beschwerden
8. schweres Erbrechen oder erhebliche Diarrhö
9. psychische Dekompensation (Gewalttätigkeit, Suizidalität, akuter depressiver Schub)
10. akuter Schwindel, Verwirrtheit
11. ausgedehnte Quaddeln, Urtikaria (Nesselsucht), Schwellungen im Mund- und Rachenbereich, Juckreiz an Handflächen und Fußsohlen

Dass die Rettungswagen die besonders gefährdeten Patienten in der Notaufnahme anmelden, spielt vor allem für die kardiovaskulären Notfälle eine zentrale Rolle. „Patienten können dann direkt ins Herzkatheterlabor gebracht oder eine Computertomografie kann vorbereitet werden“, erläutert Prof. Dr. Marc W. Merx, Chefarzt der Klinik für Herz- und Gefäßkrankheiten des KRH Klinikum Robert Koch Gehrden. Schwieriger werde es, wenn Patienten sich selbst auf den Weg machten. „Da geht dann eine Kaskade an Diagnostik wie Blutabnahme und EKG los. Wir müssen einen Herzinfarkt oder

Schlaganfall schnell erkennen oder ausschließen. Dabei zählt jede Minute“, betont Prof. Merx.

Die genaue Befragung und Anamnese der Patienten und seiner Angehörigen durch das Kliniknotfallteam sei besonders wichtig. „Jedes Detail, jedes Medikament ist aufschlussreich für uns.“ Das Ärzteteam in der Notaufnahme ordne die Informationen dann ein und die notwendige Therapie an.

Die Mediziner beurteilen den ersten Eindruck, den die eingelieferten Patienten machen. Sind sie kaltschweißig, wie sind Atmung und Puls? „Blutabnahme, Blutdruckkontrolle und EKG wer-

den schon in den ersten Minuten nach Einlieferung veranlasst“, so Prof. Merx. Neurologen haben Sensibilität etwa von Extremitäten oder der Haut, Mimik und Augenbewegung im Blick – und suchen nach Anzeichen für einen Schlaganfall. Patienten mit entsprechendem Verdacht kommen dann direkt in den Computertomografen. „Dort wird geschaut, ob es eine Blutungsstörung oder eine Blutung im Gehirn gibt.“ Auch hier müsse innerhalb von 30 Minuten mit einer Behandlung begonnen werden, so der Spezialist. Bei Schlaganfallpatienten könne der Neurologe auch im Hintergrund- oder Be-

In guten Händen: Rettungssanitäter sind meist die Ersten bei einem Notfallpatienten – und melden diesen dann in der Notaufnahme an, damit das zuständige Team alles vorbereiten kann. Dr. Michael Maringka begleitet die Patientin in den Schockraum.



reitschaftsdienst eine Bewertung abgeben – die Technik der Tele-neurologie macht das möglich.

In die Notaufnahme des KRH Klinikum Gehrden kommen auch Patienten mit Beschwerden im Bauchraum. Hier gilt es zu klären, ob ein akuter chirurgischer Behandlungsbedarf besteht, etwa bei einem Darmverschluss. „Auch sehen wir häufig Patienten mit Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt. Blutiges Erbrechen oder blutiger Stuhl – das ist für viele Menschen ein Schock und oft gefährlich“, sagt Prof. Dr. Jochen Wedemeyer, Ärztlicher Direktor in Gehrden. Das sei ein dramati-

sches Krankheitsbild, das oft mit Störungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes und der Speiseröhre zusammenhänge. Wenn der Blutverlust groß ist (Hypovolämie), kann er sehr schnell zum Schock und schließlich zum Tod führen. „In solchen Fällen muss man rasch und richtig handeln.“ Die Kunst in der Notaufnahme sei es, das richtig abzuschätzen und die erforderlichen Maßnahmen in die Wege zu leiten. Mittels einer Magen- und/oder Darmspiegelung kann dann die Blutungsquelle identifiziert und behandelt werden.

Ein echter Notfall, bei dem ebenfalls jede Minute zählt, ist das sogenannte rupturierte Aortenaneurysma, die gerissene oder geplatzte Ausbeulung der Hauptschlagader (Aorta). „Ab einem Umfang von über fünf Zentimetern wächst das Risiko, dass die Aorta platzt – das ist dann akut lebensgefährlich“, erklärt Dr. Michael Marinka, Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie. Damit ein Pa-

tient diesen Ernstfall überleben könne, müsse die Rettungskette optimal funktionieren – vom Rettungsdienst über die Anfahrt in die richtige Klinik bis zur schnellen Diagnostik mittels CT und Ultraschalluntersuchung in der Notaufnahme.

„Wir schauen, wo der Riss oder Durchbruch (Ruptur) sitzt, und planen umgehend die Versorgung“, erklärt Dr. Marinka. Im günstigsten Fall werden diese schweren Fälle bei den Kliniken schon vor der Ankunft des Patienten angemeldet, sodass das Team wertvolle Zeit gewinnt, um eine Not-OP vorzubereiten. „Aortenalarm hat höchste Priorität. Da geht es um Sekunden.“ Ein eingespieltes Team aus Radiologen, Narkoseärzten und Gefäßchirurgen werfe dann alles in die Waagschale, um die gesamte Kraft auf den gemeinsamen Patienten zu vereinen. Dr. Marinka erklärt, warum: „Bei Männern ist eine Aortenruptur eine der häufigsten Todesursachen.“



PD Dr. Marc Schult,
Chefarzt der Klinik
für Unfallchirurgie,
Handchirurgie und
Orthopädie

KRH Klinikum
Nordstadt



**Prof. Dr. Jochen
Wedemeyer,**
Ärztlicher Direktor
und Facharzt für
Gastroenterologie
und Hepatologie

KRH Klinikum Ro-
bert Koch Gehrden



**Prof. Dr. Marc W.
Merx,** Chefarzt und
Facharzt für Innere
Medizin, Kardiolo-
gie, Intensivmedizin

KRH Klinikum Ro-
bert Koch Gehrden

SCHNELL WISSEN,

WAS WIRKLICH LOS IST



Ein starkes Team: Christoph Schaller, stellvertretende Pflegerische Leitung der Zentralen Notaufnahme im KRH Klinikum Neustadt, und Moritz Lorentzen, Ärztlicher Leiter der Notaufnahme.

In der Notfallversorgung kommt es auf eine rasche und sichere Diagnostik an. Moderne Technik hilft hier enorm – und dennoch ist nach wie vor die Erfahrung der Pflegekräfte und Ärzte ausschlaggebend.

Nikolas Gerdau

Die Zentralen Notaufnahmen (ZNA) des KRH sind das Einfallstor aller Kliniken. Hier werden die Patientinnen und Patienten ersteingeschätzt, untersucht und hier wird entschieden, ob und welche Fachklinik sie aufnimmt. „Der erste Kontakt ist immer die Triage-Pflegekraft. Er oder sie schätzt den Patienten ein und entscheidet, wie dringend dieser Patient von einem Arzt weiteruntersucht werden muss“, erläutert Christoph Schaller, stellvertretender Pflegerischer Leiter der ZNA im KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge. Grundlage dieser ersten Begutachtung ist das Manchester-Triage-System, ein weltweit angewandter und standardisierter ganzheitlicher Ablauf, in dessen Anwendung die Pflegekräfte geschult sind. „Wir haben hier zum einen die offensichtlichen Informationen, beispielsweise ob ein Patient humpelt, ob er kaltschweißig ist, ob er sich den Bauch vor Schmerzen hält oder Ähnliches. Dazu kommt noch das, was uns der Patient in der standardisierten Abfrage über sein Leiden erzählt – und als Letztes dann schließlich die Erfahrung, die hier manchmal den Ausschlag gibt“, betont Schaller. Sein Kollege Moritz Lorentzen, Ärztlicher Leiter der ZNA, pflichtet ihm bei: „Es gibt einige Fälle, in denen das Triage-System sich irren kann. Ein Beispiel: Ein Diabetiker hat sich zu viel Insulin gespritzt. Der Rettungsdienst verabreicht Zucker und beim Eintreffen in der ZNA ist der Blutzuckerspiegel dann in Ordnung. Das Triage-System geht von einer niedrigeren Dringlichkeit aus, die erfahrene Pflegekraft weiß aber: Der Patient ist gefährdet, da er jederzeit wieder unterzuckern kann.“

Point-of-Care-Diagnostik: Keine Zeit verlieren, wenn jede Sekunde zählt

Bei entsprechender Einstufung erfolgt nach der Ersteinschätzung die weitergehende Diagnostik. Hier hat der technische Fortschritt die Notaufnahmen stark verändert: Was vor einigen Jahren noch in anderen Abteilungen des Krankenhauses unter-

sucht worden ist, findet heute direkt in der Notaufnahme statt. Moderne Point-of-Care-Diagnostik nennt man dies. „Der Fortschritt hier ist wirklich enorm. Blutgas- oder auch Elektrolytwerte haben wir erst nach 45 Minuten aus dem Labor bekommen, heute haben wir sie in zwei Minuten in der Hand“, bekräftigt Lorentzen. „Das Gleiche gilt auch für die Vitalwerte, also vor allem Temperatur, Puls, Blutdruck und Sauerstoffsättigung – die messen wir alle mit einem einzigen System, und die Werte werden dann auch sofort in die digitale Patientenakte übertragen. Das ist wirklich beeindruckend im Vergleich zu früher“, ergänzt Schaller.

Kurze Wege für schnellere Behandlung

Ebenso entscheidend für eine gute Notfalldiagnostik: der kurze Weg zur Radiologie. Im Klinikum Neustadt sind CT, MRT und klassisches Röntgen direkt über den Flur zu erreichen – ein großer Vorteil für eine schnelle Abklärung. „Egal, ob der Unfallchirurg zeitnah ein Bild des gebrochenen Knochens braucht oder der Neurologe ein CT des Kopfes – alles passiert nur einen Raum weiter“, erläutert Lorentzen. Und auch für die medizinische Versorgung der dringendsten Fälle sind kurze Wege lebenswichtig. Darum befinden sich der OP und die Intensivstation in direkter Nachbarschaft der ZNA.

Erfahrung macht den Unterschied

Doch trotz modernster Diagnostik: Das Bauchgefühl entscheidet immer mit. „Wir hatten mal einen Patienten, 28 Jahre alt, Bodybuilder, durchtrainiert. Er kam zu uns, weil ihm nach tagelangem Training die Schulterblätter wehtaten. Der erste Gedanke war natürlich: Muskelkater“, berichtet Schaller. „Aber dann kamen Zweifel. Kommt ein Sportler, der Muskelkater kennt, deswegen in die Notaufnahme? Sagt ihm sein Körpergefühl nicht vielleicht zu Recht, das hier etwas anderes vorliegt? Wir haben bei ihm ein EKG geschrieben und das Ergebnis war: Er hatte einen Herzinfarkt.“ ■



ÜBER DAS ARBEITEN

IN EINER NOTAUFNAHME

Ein Aufenthalt in einer Notaufnahme ist nicht angenehm. Wie geht es in einer Notaufnahme den Mitarbeitern und wieso arbeitet man dort? Zwei erfahrene und eine angehende Pflegefachkraft aus dem KRH Klinikum Großburgwedel berichten.

Christina und Stefan - DIE ERFAHRENEN

Seit wann arbeitet ihr in der Notaufnahme?

Christina: Ich arbeite seit 2013 in der interdisziplinären Notaufnahme. 2005 habe ich in Großburgwedel mit meiner Pflegeausbildung begonnen.

Stefan: Ich habe 2011 angefangen und war von 2012 bis 2020 Pflegerische Leitung der Notaufnahme. Ich habe die Leitung dann abgegeben. 1998 habe ich hier im Haus mit meiner Pflegeausbildung angefangen.

Was ist das Herausforderndste an der Arbeit in einer Notaufnahme?

Christina: Man weiß nie, was kommt. Wie wird es heute? Stressig? Ruhig? Man muss immer auf Zack sein und die Herausforderung lieben.

Stefan: Dito.

Wie war euer erstes Mal in der Notaufnahme?

Stefan: Grundsätzlich muss ich sagen, dass man nie allein die Verantwortung hat. Das Team ist

immer da. Hier wird keiner ins kalte Wasser gestoßen.

Christina: Das ist viel zu lange her. Die erste bleibende Erinnerung war eine Patientin, die von ihrem Hund skalpiert worden war. Auf so etwas muss man gefasst sein.

Eure prägendsten Erlebnisse?

Christina: Die Reanimation eines jungen Mannes. Das ist erst ein paar Jahre her. Wir konnten ihn leider nicht retten.

Stefan: Es bleiben leider die Geschichten im Kopf, die man nicht im Kopf behalten möchte. Es gibt aber auch schöne Geschichten. Ich freue mich sehr, wenn sich jemand im Nachhinein bei uns bedankt.

Christina: Das stimmt. Es kommt selten vor, aber das ist sehr motivierend.

Welche zusätzlichen Qualifikationen habt ihr gemacht?

Christina: Ich hatte eine Grundschulung Notaufnahme mit Punkten wie Triage, EKG und Deeska-

lationstraining. Dazu habe ich vor zwei Jahren die Fachweiterbildung Notfallpflege absolviert.

Stefan: Zusätzlich zu der Fachweiterbildung hatte ich noch einen Leitungskurs und bin zum Praxisanleiter, also Ausbilder, qualifiziert worden. Für alle Weiterbildungen wurden wir vom KRH freigestellt und die Kosten wurden übernommen.

Habt ihr irgendwelche Rituale, um euch auf eure Schicht vorzubereiten?

Stefan: Eigentlich nicht. Man sollte versuchen, nicht schon vorher daran zu denken, was kommt. Ich habe danach ein Ritual. Wenn die Tür zugeht, dann sollten die Erlebnisse dableiben.

Christina: Vor der Spätschicht frühstücke ich immer mit einer Freundin zusammen. Sie arbeitet auch als Gesundheits- und Krankenpflegerin. Ansonsten versuche ich, vor der Nachtschicht die Füße hochzulegen, um einfach Kraft zu sparen.

Wie verarbeitet ihr eure Erlebnisse?

Stefan: Am Anfang habe ich die Erlebnisse mit in meine Träume genommen. Das passiert mittlerweile nur noch selten. Wichtig ist es, die Erlebnisse direkt mit dem Team zu besprechen. Manchmal würde man am liebsten einfach wegrennen. Das geht aber natürlich nicht. Man sollte privat für einen Ausgleich sorgen.

Christina: Man braucht irgendwo ein Ventil. Mit Außenstehenden kann man meistens schwer darüber sprechen. Die können es einfach nicht so gut nachvollziehen.

Was für ein Typ Mensch muss man sein, um in einer Notaufnahme zu arbeiten?

Christina: Man sollte aufgeschlossen und humorvoll sein. Dazu gute Nerven haben, um mit schwierigen und teilweise überfordernden Situationen und aggressiven Patienten umgehen zu können. Eine gewisse Sportlichkeit sollte auch vorhanden sein.

Stefan: Man muss schnell schalten und Zusammenhänge erkennen können.

Wieso arbeitet ihr in der Notaufnahme in Großburgwedel?

Stefan: Ich fühle mich an dieses Haus gebunden, dazu ist der Ort einfach schön und wir sind hier ein gutes Team.

Christina: Hier kennt man sich. Es wird ein guter Umgang gepflegt und immer eine Grundfreundlichkeit gewahrt. Wir können untereinander ohne Probleme Dienste tauschen, harmonisieren einfach.



DIE NEUE KOLLEGIN - Lara

Wie lange ist dein Einsatz in der Notaufnahme?

Sieben Wochen dauert mein Ausbildungseinsatz in Großburgwedel. Ich bin im zweiten Lehrjahr der Pflegeausbildung an der KRH Akademie.

Was ist hier das Herausforderndste an der Arbeit?

Man weiß nie, was passiert, das macht es mega-interessant. Es gibt keinen festen Ablauf und nicht nur ein Fachgebiet wie auf Station.

Wie war dein erstes Mal in der Notaufnahme?

Kleinere Aufgaben konnte ich schon übernehmen. Insgesamt war es ein etwas mulmiges Gefühl, was mich so erwartet.

Dein prägendstes Ereignis bisher?

Es ist schon prägend, offene Wunden und Brüche in unbehandelter Form zu sehen.

Kannst du dir vorstellen, in einer Notaufnahme zu arbeiten?

Direkt nach der Ausbildung nicht. Dafür brauche ich mehr Erfahrung. Ich bin eher der Routinemensch. Aber das Team hier ist megacool. Ich bin da offen.

Was für ein Mensch muss man sein, um in einer Notaufnahme zu arbeiten?

Man sollte flexibel und nicht zimperlich sein, in allen Fachrichtungen Ahnung und keine Angst vor Berührung haben. Zusätzlich sollte man einfühlsam sein und die Fähigkeit haben, Angst zu nehmen. ■

➤ Das ganze Interview lesen Sie auf www.krh.de



Dr. Steffen Bajorat,
 Facharzt für Innere Medizin
 und Internistische
 Intensivmedizin am
 KRH Klinikum Agnes Karll
 Laatzen und Leiter der
 Zentralen Notaufnahme.

IM TEAMMODUS

Das Onlinesystem IVENA hilft den Rettungsdiensten, Patient*innen möglichst schnell in die richtige Notaufnahme zu bringen.

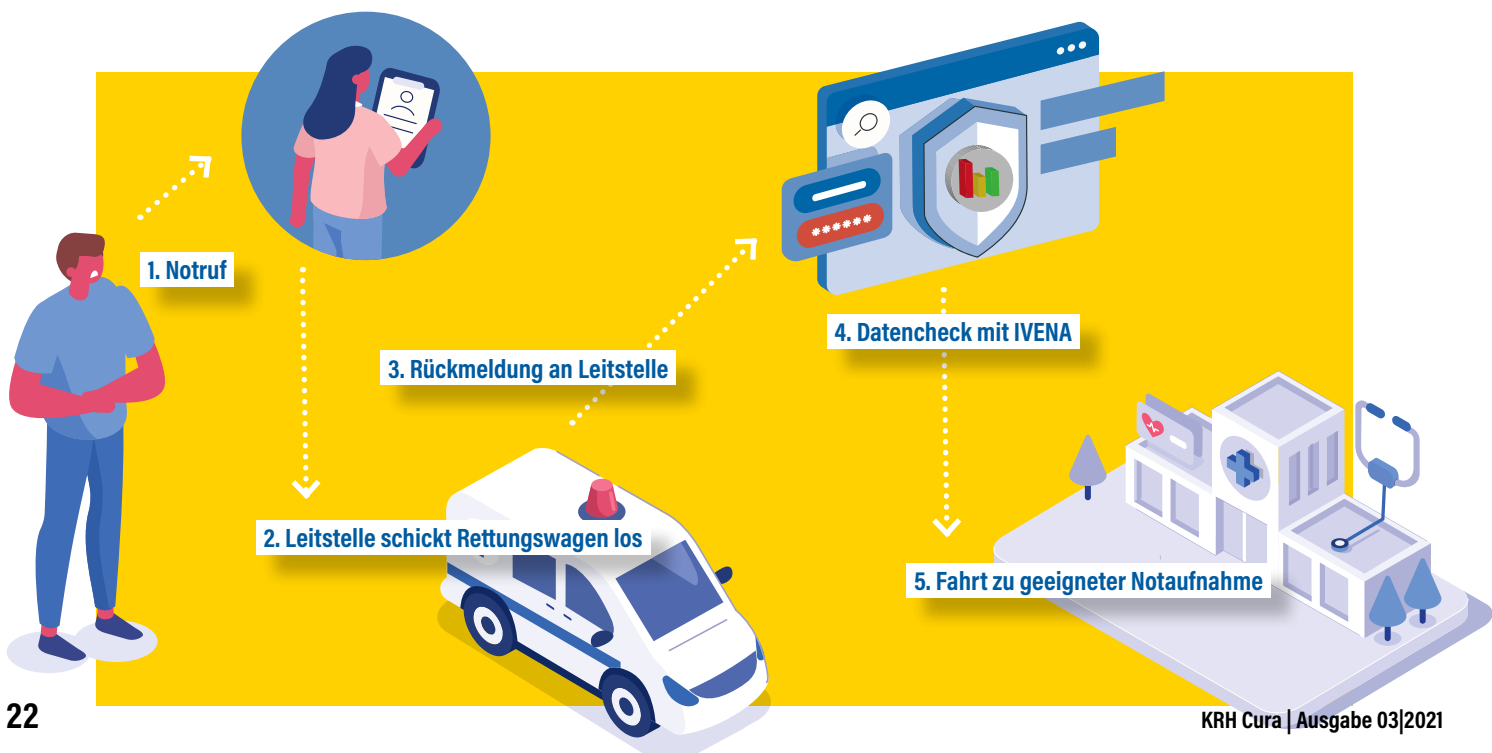
Steffen Ellerhöf

Aus Hemmingen geht über die Nummer 112 ein Notruf in der Regionsleitstelle ein. Die Anruferin berichtet über ihren Vater, der nicht mehr sprechen und nicht mehr aufrecht sitzen könne. Die Regionsleitstelle alarmiert einen nahe gelegenen Rettungswagen und zusätzlich ein Notarzteinsatzfahrzeug. Die Notärztin bestätigt vor Ort den

ersten Verdacht: „Wahrscheinlich ist es ein Schlaganfall.“

In der Rettungsleitstelle können die Disponenten über das IVENA-System erkennen, welche Kliniken in der Region Hannover überhaupt auf die Behandlung von Schlaganfallpatient*innen spezialisiert sind. Im aktuellen Fall ist das KRH Klinikum Agnes Karll Laatzen das nächste Haus

mit einer Stroke-Unit. Die Leitstelle informiert die Rettungswagenbesatzung und auch die Zentrale Notaufnahme in Laatzen. „Wir bereiten alles vor“, erläutert Dr. Steffen Bajorat, Leiter der Zentralen Notaufnahme. „Hier können dann, ohne Zeitverlust, die notwendigen Untersuchungen und Therapiemaßnahmen eingeleitet werden.“



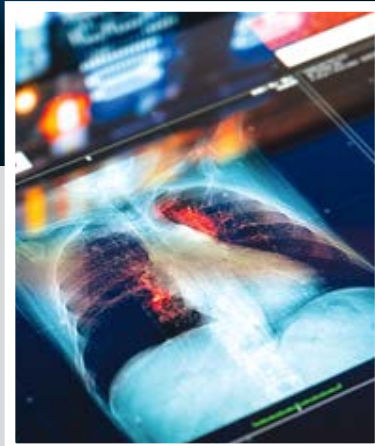
DER SELBST- HEILENDE TUMOR

Tumoröse Veränderungen, die einfach wieder verschwinden – eine unglaubliche Geschichte.

Ein Patient stellt sich mit Luftnot in der Notaufnahme vor. Aufgrund des klinischen Bildes mit Verdacht auf eine Lungenembolie wird eine Computertomografie der Lunge durchgeführt, bei der eine tumoröse Veränderung deutlich wird. Zur weiteren Abklärung erfolgt eine Biopsie dieser Läsion, die aber keinen wegweisenden Befund ergibt. In einer Verlaufsuntersuchung nach drei Monaten ist zu erkennen, dass der Tumor kleiner wird und damit nicht verdächtig auf eine Krebserkrankung ist.

Ein Jahr später kommt der Patient aber wieder in das Krankenhaus. Es zeigt sich nun, dass die Anzahl tumoröser Veränderungen deutlich zugenommen hat. Aufgrund des ungewöhnlichen Verlaufes entschließt man sich zu einer erneuten kurzfristigen Kontrolle, die dann leider eine weitere deutliche Zunahme der Größe und Anzahl der Tumore und eine Streuung in die Leber und die Milz aufweist. Erneut wird versucht, durch eine Biopsie die Verdachtsdiagnose einer bösartigen Tumorerkrankung zu sichern. Erneut kann weder die Biopsie noch ein operativ entnommenes Gewebestück einen Hinweis auf die Ursache liefern.

Wiederholt wird der Fall im Tumorboard besprochen und schlussendlich eine PET-CT-Spezialuntersuchung, bei der eine Computertomografie mit einer Szintigrafie kombiniert wird, angeordnet. Ohne dass irgendwelche therapeutischen Maßnahmen veranlasst wurden, zeigen sich nun keine Tumore mehr. Auch in den weiteren Kontrollen finden sich keine Tumore mehr. Schlussendlich bleibt trotz umfangreicher Diagnostik mit Ultraschall, CT, Probenentnahme etc. unklar, was genau die Ursache dieser Veränderungen war. Aber egal, für unseren Patienten hätte es kein besseres Ergebnis geben können.



Prof. Dr. Jochen Wedemeyer, Ärztlicher Direktor am KRH Klinikum Gehrden und Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie

Impressum

KRH Cura
Das Magazin des KRH Klinikum
Region Hannover

Herausgeberin
Klinikum Region Hannover GmbH
Stadionbrücke 6
30459 Hannover
Telefon: (0511) 906-6500
Fax: (0511) 906-6519
Internet: www.krh.de
E-Mail: kommunikation@krh.de

Konzeption und Realisation
© Madsack Medienagentur
GmbH & Co. KG
August-Madsack-Straße 1
30559 Hannover
www.madsack-agentur.de

Auflage
165.000 Exemplare

Projektleitung
Steffen Ellerhoff, Annika Kamißek

Redaktionsleitung
Lennart Dreyer, Annika Kamißek

Layout und Satz
Nadine Blasche, Nadine Jäpel

Autoren dieser Ausgabe
Steffen Ellerhoff, Susanna Bauch,
Lennart Dreyer, Prem Lata Gupta,
Nikolas Gerdau, Nina Hoffmann,
Prof. Dr. Jochen Wedemeyer

Fotos und Grafik
Lennart Dreyer; Nick Neufeld; Stefan
Gallwitz; Steffen Ellerhoff; Maren Kolf;
KRH; Bernd Natke; Nina Hoffmann;
da-kuk, Irina_Strelnikova (5),
musmellow/iStockphoto.com
*Fast alle Fotos zeigen Personen,
Örtlichkeiten sowie Motive des
KRH Klinikum Region Hannover.
Ein besonderer Dank gilt den KRH
Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, die sich
hierfür zur Verfügung gestellt haben.*

Bildbearbeitung
Siegfried Borgaes, Claudia Fricke

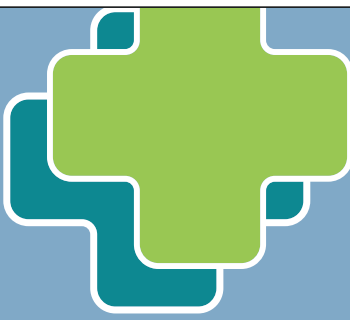
Druck
Frank Druck GmbH & Co. KG,
Industriestraße 20, 24211 Preetz

Anzeigen
Klinikum Region Hannover GmbH,
Steffen Ellerhoff,
Telefon: (0511) 906-6500,
E-Mail: steffen.ellerhoff@krh.de,
gültige Anzeigenpreisliste 2021

Bezug
KRH Cura erscheint vierteljährlich.
Erhältlich ist die jeweils aktuelle
Ausgabe als Beilage der Hannover-
schen Allgemeinen Zeitung und der
Neuen Presse und in den Häusern
des Klinikum Region Hannover.
Direktversand oder Lieferung
einzelner Ausgaben durch den Verlag
ist leider nicht möglich.

Alle Rechte vorbehalten. Reproduktion des Inhalts ganz oder teilweise nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Herausgeberin und gegen Honorar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder sonstiges Material übernimmt die Redaktion keine Haftung. Eine Rücksendung ist nicht möglich.

Gender-Erklärung
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Magazin teilweise die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechts- und identitätsunabhängig verstanden werden soll.



18x in Hannover
und der Region

Zentrale: 0511 / 70 150 6000

Brandes & Diesing

VITALCENTRUM



Höchster Komfort & Mobilität für Ihr Zuhause

Rollstuhl "Karma"
mit faltbarem Rahmen und Rückenlehne



Rollator „Saljol Carbon“
50er Jahre Look



Rollstuhl „G-lite Pro“
Reise-Transport-Rollstuhl



Pflegebetten
Standard / Premium für zu Hause



Bitte wenden Sie sich für eine persönliche Beratung an uns unter:
0511 / 70 150 6000.

Seien Sie umsichtig und bleiben Sie gesund!