



**Evangelisches
Diakonieverband**
Akad. Lehrkrankenhaus
der Universität Freiburg

Jahresbericht 2014 | Viszeralmedizinisches Zentrum



Evangelisches Diakonieverband Freiburg

www.diakonieverband.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Who is who in der Viszeralchirurgie.....	6
Who is who in der Gastroenterologie.....	8
Stationen in der Viszeralchirurgie	10
Stationen in der Gastroenterologie.....	11
Auflistung der Eingriffe in der Viszeralchirurgie.....	12
Auflistung der Eingriffe in der Gastroenterologie	14
Minimal invasive Schilddrüsenchirurgie (ABBA).....	16
Kasuistik: Endoskopische Therapie des Zenker'schen Divertikels	18
Kasuistik: Truncus coeliacus Abgangsstenose	20
Kasuistik: Blutendes Dünndarmhämangiom.....	21
Erweiterung und Modernisierung OP-Bereich, Intensivstation und Zentralsterilisation	22
Operieren in Afrika e.V.	24
Wichtige Telefonnummern	27



Vorwort

SEHR GEEHRTE, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

mit allen guten Wünschen für das noch neue Jahr freuen wir uns, Ihnen den dritten Jahresbericht unseres Viszeralmedizinischen Zentrums (VMZ) am Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg präsentieren zu können.

Auch im vergangenen Jahr war unsere Arbeit u. a. von steigenden Patientenzahlen geprägt. Wir freuen uns sehr über diesen Zuspruch, den wir aber auch als Ansporn interpretieren, die Qualität unserer Arbeit darunter nicht leiden zu lassen.

Dass dies möglich war, verdanken wir in aller erster Linie dem enormen Engagement und Einsatz aller Mitarbeiter – sowohl in der Pflege, als auch im ärztlichen Bereich – aber auch der exzellenten Vorbereitung Ihrer Patienten durch Sie.

Ein herausragendes Ereignis im letzten Jahr war die Fertigstellung unseres neuen OP-Traktes sowie der neuen Intensiv- und Intermediate Care-Station. Wir verfügen nun über insgesamt 5 hochmodern ausgerüstete Operationsäle und eine nach dem neuesten Stand der Technik konzipierte Intensivstation mit 8 Beatmungsplätzen sowie der Intermediate Care-Station mit ebenfalls 8 Überwachungsbetten. Die gesamten Umbaumaßnahmen wurden seit 2012 bei laufendem Klinikbetrieb durchgeführt und dies noch bei stetig steigenden Patientenzahlen. Unser Dank gilt daher allen Mitarbeitern, die unter teilweise extremen Bedingungen hervorragende Arbeit geleistet und erreicht haben, dass die täglichen Arbeitsabläufe für unsere Patienten in nahezu ungehinderter Weise bewerkstelligt werden konnten. Wir möchten

uns an dieser Stelle aber auch bei unseren Patienten für ihr Verständnis bedanken – die eine oder andere Geräuschbelästigung war trotz umsichtiger Planung nicht immer zu vermeiden. Damit Sie sich einen Eindruck von den gelungenen Bauarbeiten machen können, haben wir in unserem Jahresbericht eine Dokumentation der neuen Funktionseinheiten eingefügt.

Die im letzten Jahr schon erfolgreich begonnene intensive Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Strahlentherapie und der Onkologischen Schwerpunktpraxis im neuen Ärztehaus am Ev. Diakoniekrankenhaus konnte weiter ausgebaut werden. Interdisziplinäre Fallkonferenzen, aber vor allem auch der direkte und unkomplizierte Austausch zwischen allen Beteiligten ermöglicht eine optimale Betreuung unserer onkologischen Patienten bei konstanten Behandlungspartnern.

Diese optimale Versorgungsstruktur hat nicht zuletzt auch dazu beigetragen, dass am VMZ komplexe onkologische Therapien zugenommen haben. So konnte im letzten Jahr die Zahl der Leberresektionen mehr als verdreifacht und die Anzahl der endoskopischen Submukosa-Dissektionen (ESD) bei Karzinomen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt verdoppelt werden.

Erstmals wurde in 2014 der abdominelle Operationsabschnitt bei der thorakoabdominellen Ösophagusresektion laparoskopisch durchgeführt, was einen ganz erheblichen Benefit für die betroffenen Patienten bedeutet.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Betreuung von CED-Patienten wurde im vergangenen Jahr die laparoskopische Koloproktomukosektomie mit ileoanaler Pouchanlage erfolgreich eingeführt.



Ein weiterer Meilenstein war in diesem Jahr die Einführung der minimal invasiven Schilddrüsenchirurgie (ABBA-Technik). Mit dieser Technik ist es möglich, Schilddrüsenresektionen ohne Narbe am Hals durchzuführen. Unser VMZ ist eines der wenigen Kliniken in Deutschland, die diese Methode anbieten.

Die endoskopische Schwellendurchtrennung bei der Therapie des Zenker Divertikels konnte durch die Verwendung einer für die ESD entwickelten Dissektionsschere weiter vereinfacht und noch sicherer gemacht werden (siehe auch Kasuistik). Damit steht am VMZ das komplette therapeutische Spektrum in der Behandlung des Zenker Divertikels (endoskopische Schwellendurchtrennung – operative Divertikelabtragung und Ösophagusmyotomie) zur Verfügung.

Um die endoskopische Versorgung unserer Patienten weiter zu verbessern, wurde 2014 mit den Umbauarbeiten unserer endoskopischen Funktionsabteilung begonnen. Die Fertigstellung der Umbauarbeiten ist in diesem Jahr geplant; u. a. werden neben einer leistungsstarken Durchleuchtungsanlage mehr Untersuchungsplätze zur Verfügung stehen.

Die weiter positive Entwicklung unseres Viszeralmedizinischen Zentrums wäre ohne die Förderung, Unterstützung und tatkräftige Hilfe von vielen Menschen an unserem Krankenhaus nicht möglich gewesen. Unser ganz besonderer Dank gilt allen Mitarbeitern des VMZ, sei es in den Funktionsabteilungen, auf der Station, in der Ambulanz und in den Sekretariaten sowie dem Vorstand und den Verwaltungsmitarbeitern. Das

uns in diesem Jahr entgegengebrachte Vertrauen war uns in der täglichen Arbeit hilfreich.

So blicken wir mit Dank auf das arbeitsreiche und intensive Jahr 2014 zurück, das jedoch ohne Ihre Unterstützung und Zuweisungen nicht möglich gewesen wäre! Der nahezu tägliche Dialog, der nette und unkomplizierte Informationsaustausch sowie vor allem auch das Vertrauen in uns sind für uns absolute Motivation, so weiter zu arbeiten. Daher möchten wir uns an dieser Stelle auch vor allem bei Ihnen bedanken und freuen uns auf die Zusammenarbeit in diesem Jahr.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



H.-P. Algaiër
Prof. Dr. H.-P. Algaiër



B. Rumstadt
Prof. Dr. B. Rumstadt

Who is who in der Viszeralchirurgie?



Prof. Dr. med. B. Rumstadt
Chefarzt
rumstadt@diak-fr.de



Dr. med. R. Ewert
Oberarzt
ewert@diak-fr.de



Dr. med. H. Rauer
Leitender Oberarzt
rauer@diak-fr.de



Dr. med. M. Gröschl
Oberarzt
groeschl@diak-fr.de



A. Siebold
Oberarzt
a.siebold@diak-fr.de



Dr. med. P. Weigold
Oberarzt
weigold@diak-fr.de



S. Fromke
Assistenzärztin
fromke@diak-fr.de



Dr. med. A. McPherson
Assistenzärztin
mcperson@diak-fr.de



Dr. med. J. Sietzen
Assistenzarzt
sietzen@diak-fr.de



Dr. med. P. Krause
Assistenzarzt
krause@diak-fr.de



T. Rudolf
Assistenzarzt
rudolf@diak-fr.de



Dr. med. C. ter Wolbeek
Assistenzarzt
wolbeek@diak-fr.de



Dr. med. C. Kunzmann
Assistenzärztin
kunzmann@diak-fr.de



Dr. med. C. Runkel
Assistenzarzt
runkel@diak-fr.de

Who is who in der Gastroenterologie?



Prof. Dr. med. H.-P. Allgaier
Chefarzt
allgaier@diak-fr.de



Dr. med. R. Siebold
Oberarzt
siebold@diak-fr.de



D. Alivertis
Leitender Oberarzt
alivertis@diak-fr.de



C. Vollbrandt
Oberarzt
vollbrandt@diak-fr.de



Dr. med. D. Galandi
Oberarzt
galandi@diak-fr.de



J. Jonas
Oberarzt
jonas@diak-fr.de



P. Andert
Assistenzarzt
andert@diak-fr.de



Dr. med. K. Klee
Assistenzärztin
klee@diak-fr.de



Dr. med. R. Schunk
Assistenzarzt
schunk@diak-fr.de



Dr. med. M. Gerner
Assistenzarzt
gerner@diak-fr.de



S. Kramer
Assistenzärztin
kramer@diak-fr.de



Dr. med. J. Rosset
Assistenzärztin
rosset@diak-fr.de



Dr. med. K. Hauenstein
Assistenzarzt
hauenstein@diak-fr.de



Dr. med. S. Mack
Assistenzärztin
mack@diak-fr.de



Dr. med. T. Heck
Assistenzarzt
heck@diak-fr.de



Dr. med. J. Maus
Assistenzärztin
maus@diak-fr.de

Viszeralchirurgie

STATION C1A und C1B
34 Betten
11,5 Planstellen

STATION C2A und C2B
35 Betten
11,5 Planstellen



Gastroenterologie

STATION M1A und M1B
38 Betten
17,25 Planstellen

STATION M2A, M2B
38 Betten
18,5 Planstellen



Eingriffe in der Viszeralchirurgie

Anzahl	2012	2013	2014	Anzahl	2012	2013	2014
HERNIEN	512	599	633	Portimplantation	72	119	122
Leistenhernie				GASTROINTESTINALE CHIRURGIE	476	622	666
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP)	145	264	297	Biliodigestive Eingriffe	377	472	475
Laparoskopische Hernioplastik (TAPP) bei Rezidiv	22	24	33	Laparoskopische Cholezystektomie	338	423	401
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein)	141	64	55	Konventionelle Cholezystektomie	4	10	3
Konventionelle Hernioplastik (Lichtenstein) bei Rezidiv	8	6	4	Leberresektion	13	12	44
Nabelhernien (konventionelle Hernioplastik)	96	115	116	Pankreasresektion	14	20	19
				Splenektomie	8	7	8
Narbenhernie				Magen	51	78	93
Laparoskopische Hernioplastik (IPOM)	19	30	77	Gastrektomie	10	11	11
Konventionelle Hernioplastik	81	96	51	Magenteilresektion	10	13	8
				Ösophagusresektion	–	4	5
STRUMACHIRURGIE	160	181	161	Laparoskopische Magenresektion	5	3	16
Subtotale Resektion	61	68	38	Laparoskopische Funduplicatio	26	47	53
Thyreoidektomie	42	46	53				
Hemithyreoidektomie	30	45	48				
Operationen nach Dunhill	22	19	19				
Minimal invasive Schilddrüsenresektion n. ABBA	0	0	21				
Nebenschilddrüse	5	3	3				



Anzahl	2012	2013	2014	Anzahl	2012	2013	2014
Dünndarm	48	72	98	Konventionelle Eingriffe	133	148	179
Dünndarmresektionen	33	36	53	Konventionelle Ileocecalpolresektion	10	8	13
Ileostoma-Anlage	8	16	25	Konventionelle Transversumresektion	14	13	30
Ileostomarückverlagerung	7	20	20	Konventionelle Hemikolektomie rechts	38	30	8
				Konventionelle Hemikolektomie links	6	8	13
KOLOREKTALE CHIRURGIE	493	583	611	Konventionelle Sigmaresektion	11	24	33
Laparoskopische Eingriffe	360	435	432	Konventionelle Colonssegmentresektion	15	18	15
Laparoskopische Appendektomie	161	196	201	Konventionelle TAR	11	15	22
Laparoskopische Coecumresektion	13	11	17	Abdominoperineale Exstirpation	3	2	7
Laparoskopische Ileocecalpolresektion	10	11	25	Diskontinuitätsresektion nach Hartmann	4	6	17
Laparoskopische Transversumresektion	2	4	23	Kolostomarückverlagerung	9	11	7
Laparoskopische Hemikolektomie rechts	11	19	3	Transanale Tumorabtragung	12	13	14
Laparoskopische Hemikolektomie links	28	43	31				
Laparoskopische Sigmaresektion	102	109	83				
Laparoskopische Colonssegmentresektion	11	12	39				
Laparoskopische TAR	22	28	8	Gesamtzahl aller Operationen*	2.007	2.465	2.791
Laparoskopische Hartmannresektion	–	2	2				

* Die Gesamtzahl enthält auch Operationen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

Eingriffe in der Gastroenterologie

Anzahl	2012	2013	2014	Anzahl	2012	2013	2014
ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIEN	1172	1362	1338	ENDOSKOPISCHE SUBMUKOSADISSEKTIONEN			
therapeutisch	169	310	364	ZUR BEHANDLUNG VON GASTROINTESTINALEN			
davon z. B.				FRÜHMALIGNOMEN	–	10	20
pneumatische Oesophagusballondilatationen	–	15	15	ENDOSKOPISCH RETROGRADE CHOLANGIO-			
Oesophagusbougien	–	45	33	PANKREATIKOGRAPHIEN (ERCP)	292	257	324
endoskopische Mukosektionen (EMR)				davon (Mehrfachnennung möglich)			
Oesophagus/Magen	–	28	39	endoskopische Papillotomien	105	131	155
transgastrale Drainage von Pankreaszysten/Abzessen	–	19	2	endoskopische Steinextraktionen mittels Dormiakorb	110	139	128
Schwellendurchtrennung Zenker-Divertikel	–	4	5	Ballonkatheter	–	113	135
ILEOKOLOSKOPIEN	1298	1486	1496	mechanische Lithotrypsien	–	11	8
therapeutisch	323	975	1082	Endodrainagen-Einlagen/Wechsel	77	77	145
davon z. B.				PERKUTANE TRANSHEPATISCHE			
Polypektomien	–	370	313	CHOLANGIODRAINAGEN	17	23	25
endoskopische Mukosaresektionen (EMR)	–	166	169				
Argonplasmakoagulationen	–	67	83				
Ballondilatationen	–	45	51				



Anzahl	2012	2013	2014	Anzahl	2012	2013	2014
PERKUTANE ENDOSKOPISCHE				LOKALTHERAPIE VON LEBERTUMOREN (RFA, PEI)	–	25	11
GASTROSTOMIE (PEG)	18	8	16	BECKENKAMMBIOPSIEN	42	33	44
ENDOSKOPISCHER ULTRASCHALL	88	100	87	BRONCHOSKOPIEN	16	16	12
KONTRASTMITTELUNTERSTÜTZTER				teilweise mit broncholärer alveolärer Lavage (BAL)			
ULTRASCHALL (CUS)	–	67	166	pH-Metriem	–	–	77
EINLAGE VON SELBSTEXPANDIERENDEN				Dünndarmkapselendoskopien	–	–	9
METALLSTENTSIM GASTRODUODENALTRAKT	11	20	25	Gesamtzahl aller Interventionen*		3.602	3.817
ULTRASCHALLGESTEUERTE FEINNADELPUNKTION							
(LEBER, PANKREAS, LYMPHKNOTEN ETC.)	61	114	140				

* Die Gesamtzahl enthält auch Interventionen, die nicht in der Auflistung enthalten sind.

Minimal invasive Schilddrüsenchirurgie (ABBA)

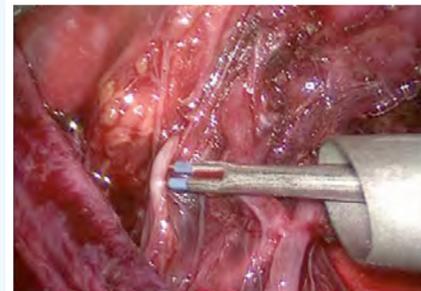
Mit der Einführung der minimal invasiven Schilddrüsenchirurgie am Viszeralmedizinischen Zentrum wurde die lang bestehende Tradition in der Schilddrüsenchirurgie sowie der minimal invasiven Chirurgie konsequent fortgeführt.

Bei der „ABBA“ (Axillo-Bilateral-Breast-Approach) wird die herkömmliche Schilddrüsenoperationstechnik mit Techniken aus der laparoskopischen Chirurgie kombiniert. Durch einen ca. 3 cm langen Hautschnitt im Bereich der vorderen Axillarfalte wird epifaszial in den jugulären Raum unterhalb des Platysmas eingegangen. Durch zwei weitere 5 mm Inzisionen im Bereich der Perimillärregion wird die Schilddrüse dann – nach Insufflation von CO₂ – mit dem Ultraschallskalpell präpariert. Durch die hierbei verwendete Videoskopie sind sämtliche Gefäß- und Nervenstrukturen übersichtlich zu präparieren; ebenso kann der Nervus recurrens intraoperativ dargestellt und mittels Neuromonitoring kontrolliert werden. Mit Ausnahme von Struma permagna, Rezidivstrumen und bislang gesicherten Schilddrüsenkarzinomen können alle Schilddrüsenenerkrankungen operativ versorgt werden. Dabei kann das gesamte Spektrum (totale Thyreoidektomie, Hemithyreoidektomie, subtotale Resektion, Enukektion) ausgeführt werden. Das Verfahren eignet sich insbesondere für junge Patientinnen, denen damit eine Schilddrüsenresektion ohne jegliche Narbe am Hals ermöglicht wird.

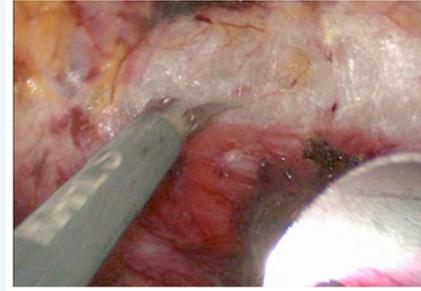
Seit der Einführung im Mai 2014 wurden am Viszeralmedizinischen Zentrum 21 Schilddrüsenoperationen in der ABBA-Technik durchgeführt. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Indikation, das Resektionsausmaß sowie die Ergebnisse dieser Operationen.



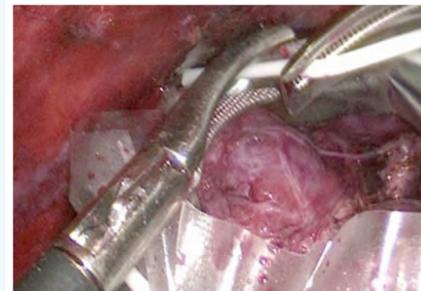
Trokarzugang



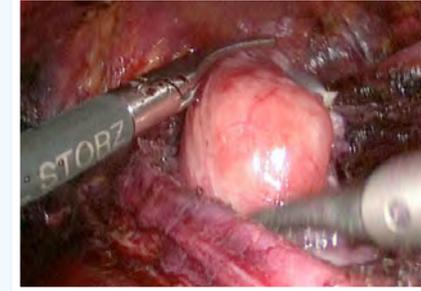
Neuromonitoring des N. recurrens



Präparation des Raumes unterhalb des Platysmas



Deponieren des Präparates in den Beugebeutel



Entwicklung des rechten Schilddrüsenlappens



Bergrung des Präparates durch den axillären Zugang



Erster postoperativer Tag nach totaler Thyreoidektomie wegen Morbus Basedow

Endoskopische Therapie des Zenker'schen Divertikels

Das Zenker'sche Divertikel ist eine seltene Erkrankung, die aber mit hohem Leidensdruck verbunden sein kann. Leitsymptome sind Dysphagie und Foetor ex ore. Patho-anatomisch handelt es sich um eine Aussackung der dorsalen Wand des Hypopharynx. Dabei entsteht zwischen dem Divertikel und Speiseröhrelumen ein Septum, welches zur Nahrungspassagebehinderung führt. Die klassische Therapie ist die offen-chirurgische Divertikelabtragung in Kombination mit der Myotomie des M. Crickopharyngeus sowie tran-

soral-endoluminale Methoden, die sich auf eine Schwellendurchtrennung mit starrer oder flexibler Endoskopie beschränken. Durch die Entwicklung eines speziellen Zenker-Tubus und Verwendung einer Dissektionsschere (ursprünglich für die ESD entwickelt) kann aktuell die flexible endoskopische Therapie absolut sicher und in einem hohen Prozentsatz erfolgreich durchgeführt werden. An dem nachfolgenden Fallbeispiel wird die flexible endoskopische Therapie dargestellt:

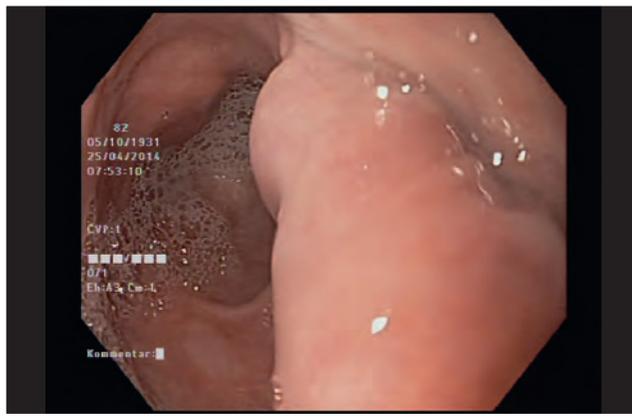


Abb. 1: Endoskopischer Aspekt des Zenkerschen Divertikels (links), rechts verzogener Eingang in den oberen Ösophagusphinkter

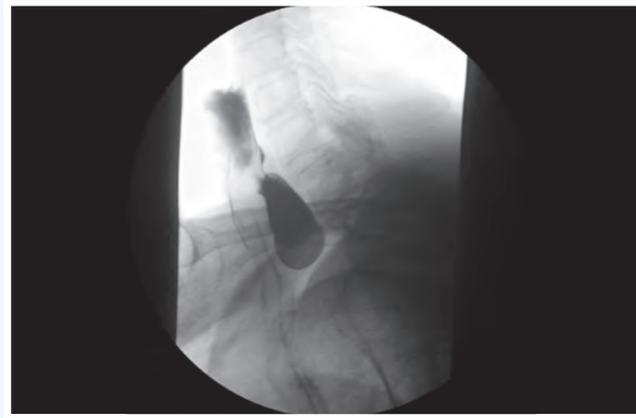


Abb. 2: Klassischer Befund eines Zenkerschen Divertikels im seitlichen Strahlengang.

ANAMNESE

Ein 83jähriger Patient stellt sich mit seit 10 Jahren bestehenden Schluckbeschwerden vor. Teilweise klagt er auch über Regurgitationen, so dass er Essen in der Öffentlichkeit zuletzt komplett vermieden hat. Bei der Ösophago-gastroduodenoskopie zeigte sich ein großes, ca. 6 cm großes klassisches Zenkersches-Divertikel. Die Ösophaguspassage mit Kontrastmittel bestätigten Befund (siehe Abbildungen 1 und 2).

Nach ausführlicher Beratung des Patienten über die Therapieoptionen führten wir in Sedierung mit Propofol eine therapeutische Ösophago-gastroduodenoskopie durch. Unter endoskopischer Sicht wurde der Zenker-Divertikel-Tubus zur Stegfixierung und Aspirationsschutz platziert und anschließend die Durchtrennung des Divertikelstegs mit der ESD-Schere primär komplikationslos durchgeführt. Kleinere Blutungen können unmittelbar unter Sicht mit der Schere durch Elektrokoagulation gestillt werden. Abschließend wurde zentral ein Clip in die Wunde platziert. Die Nahrungsmittelpassage in den Ösophagus unmittelbar nach der Intervention endoskopisch verbessert (siehe Abbildung 3). Die radiologische Ösophaguspassage mit wasserlöslichem KM ergab keinen Anhaltspunkt für eine Perforation und deutlich verbesserte Kontrastmittelpassage unbehindert in den Ösophagus. Subjektiv war der Patient in Folge komplett beschwerdefrei.

FAZIT

Die Mukomyotomie mittels flexibler Endoskopie weist eine hohe Erfolgsrate auf. Schwere Komplikationen sind selten. Wesentliche Vorteile der flexiblen Mukomyotomie sind die Durchführbarkeit unter Analgosedierung und das minimal-invasive Vorgehen mit niedriger Komplikationsrate. Bei klinisch unvollständigem Ansprechen kann das Verfahren problemlos wiederholt werden.



Abb. 3: Endoskopischer Befund nach Durchtrennung des Divertikelstegs, oben nun gut erkennbar das Ösophaguslumen.

Kasuistik: Truncus coeliacus Abgangsstenose (Dunbar Syndrom, Ligamentum arcuatum Syndrom)

ANAMNESE

Eine 16-jährige schlanke Patientin stellte sich nach 8-jähriger Leidenszeit trotz mehrfacher Abklärung mit progredienter Beschwerdesymptomatik in unserem Viszeralmedizinischen Zentrum vor. Sie klagte über postprandiale Bauchschmerzen und Unwohlsein, begleitet von einer teils gekrümmten Körperhaltung. Vorerkrankungen bestanden keine.

DIAGNOSTIK

Die körperliche Untersuchung war unauffällig. In der Oberbauch-Dopplersonografie konnte ein klassisches Ligamentum arcuatum-Syndrom mit einer hochgradigen Stenosierung des Truncus coeliacus in Expiration bei normalem Fluss in Inspiration diagnostiziert werden.



Ligamentum arcuatum vor der Durchtrennung

THERAPIE

Wir führten das seltene Verfahren einer laparoskopischen Dekompression durch, bei dem das auf mehrere Millimeter verdickte Ligamentum arcuatum mittels Ultraschallskalpell durchtrennt wurde. Als anatomische Variante fand sich intraoperativ noch der Abgang der Arteria gastrica sinistra aus der Arteria lienalis.

VERLAUF

Die Patientin konnte bereits am Folgetag wieder eine „Reizmahlzeit“ zu sich nehmen. Nach zwei Tagen ging die Patientin nach Hause. Die dopplersonographische Verlaufskontrolle zeigte nun eine deutliche Reduktion der Spitzenflussgeschwindigkeit im Truncus coeliacus. Der Bruder der Patientin berichtete, er habe seine Schwester noch nie so viel essen sehen.



Truncus coeliacus nach Durchtrennung des Ligamentum arcuatum mit atypischer Arteria hepatica sinistra

Kasuistik: Blutendes Dünndarmhämangiom

ANAMNESE

Ein 62-jähriger Patient stellte sich mit seit über einem Jahr bestehenden rezidivierenden, Hb-wirksamen gastrointestinalen Blutungen mit begleitender Eisenmangelanämie vor.

DIAGNOSTIK

Hierbei erfolgten mehrfache Endoskopien in verschiedenen Kliniken, zunächst ohne eindeutige Ursache. Letztlich zeigte sich in einer Kapselendoskopie der V.a. ein Jejunopolyp, welcher als mögliche Blutungsquelle ausgemacht wurde. Eine auswärtige Single-Ballon-Enteroskopie (Dünndarmspiegelung) konnte den Polyp nicht bestätigen.

THERAPIE

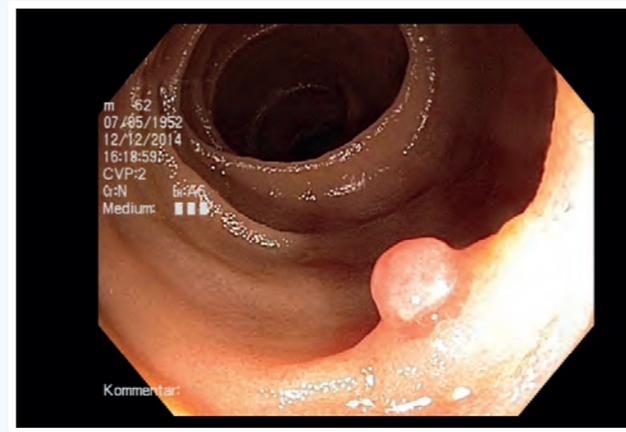
Wir führten in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine explorative Laparotomie mit folgender Enteroskopie durch. Hierbei wurde mittels einer kleinen Jejunotomie der komplette Dünndarm vom Treitz'schen Band bis zum ileocecalen Übergang endoskopiert. Am Übergang vom Jejunum zum Ileum konnte ein 3 mm großes Dünndarmhämangiom endoskopisch abgetragen werden.

HISTOLOGIE

Ulceriertes, kapilläres Hämangiom der Dünndarmschleimhaut ohne neoplastisch adenomatöses Polypkorrelat und ohne Malignität.

VERLAUF

Der Patient ging bei einem stetig ansteigendem Hb ohne Transfusion während des stationären Aufenthalts bei Wohlbefinden wieder nach Hause. Eine weitere hausärztliche Hb-Kontrolle bestätigte den erfreulichen Verlauf.



Erweiterung und Modernisierung OP-Bereich,

Nach drei Jahren Bauzeit wurden im Jahr 2014 die komplett sanierten und erweiterten Bereiche der Intensivstation, der Zentralsterilisation und des OP-Traktes in Betrieb genommen. In sechs Bauabschnitten wurden insgesamt 18,5 Millionen Euro investiert, um die Räumlichkeiten des Grundbaus aus den 1980er Jahren an das veränderte Leistungsvolumen und die aktuellen Anforderungen anzupassen.

Neben dem Neubau, der Erweiterung der Intensivstation und der OP-Säle wurden der Bestands-OP und die Intermediate-Care-Station (IMC) umgebaut. Der OP-Trakt verfügt nun im 1. OG über 5 Operations-Säle mit modernster Technik, unter anderem für die zunehmende Zahl minimal invasiver Eingriffe. OP-Bereich und Intensivstation sind nach dem Umbau doppelt so groß.



Intensivstation und Zentralsterilisation

Auf der interdisziplinären Intensivstation stehen 8 Betten mit Beatmungsplätzen, ein Notfallzimmer sowie zusätzlich 7 weitere Intermediate-Care-Betten zur Verfügung.

Die Um- und Neubaumaßnahmen erfolgten bei laufendem Betrieb, wobei teilweise parallel an der Intensivstation und dem OP-Bereich gearbeitet wurde. Ebenfalls umgebaut wurde der Aufwachraum. Selbst während der Bau-phase wurde das Leistungsvolumen mit 2.800 Operationen im Jahr 2014, zum Vergleichsjahr 2012 mit ca. 2.000 Eingriffen, kontinuierlich gesteigert.



Operieren in Afrika e.V.

... ist ein ehrenamtlich geführter Hilfsverein, der 2001 von Herrn Prof. Dr. B. Rumstadt gegründet wurde. Mit dem Wechsel an das Evangelische Diakoniekrankenhaus Freiburg im April 2012 ist der Verein eng an das Krankenhaus angebunden.

In 2014 konnte ein langgehegter Wunsch realisiert werden: die Einweihung einer chirurgischen Klinik in Léo/ Burkina Faso – Westafrika.

Diese Klinik wird von Ärzten und Pflegeern besetzt, die über vom Verein finanzierten Stipendien ausgebildet wurden. Neben der täglichen Versorgung der Bevölkerung durch diese Stamm-Mannschaft dient die Klinik als Plattform für medizinische Hilfsaktionen, bei denen im Rahmen von Kurzeinsätzen arme Menschen unentgeltlich operiert und die einheimischen Ärzte weitergebildet werden.



Die Klinik ist vom architektonischen Grundprinzip ökologisch ausgerichtet – durch die Verwendung von Naturmaterialien und die spezielle Dachkonstruktion sind die Räume natürlich klimatisiert. Die Energieversorgung wird nahezu ausschließlich über Solarenergie realisiert, zudem wurde die erste biologische Kläranlage in Westafrika eingebaut. In diesem Jahr ist der Bau eines Regenwasserrückhaltebeckens geplant.

Nicht zuletzt durch die großzügige Unterstützung des Evangelischen Diakoniekrankenhauses konnte eine sinnvolle, moderne, medizin-technische Ausstattung realisiert werden. Derzeit werden ca. 300 Patienten pro Monat behandelt, damit ist die Klinik bereits in der Lage, ca. 80 % der laufenden Betriebskosten selbst zu decken.





Wichtige Telefonnummern

Viszeralchirurgische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-222	1301-622
ZENTRALE NOTAUFNAHME	0761 1301-225 0761 1301-250	1301-625
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93200	
STATION C1A	0761 1301-242	1301-642
STATION C2A	0761 1301-203	1301-603
STATION C2B	0761 1301-274	1301-674

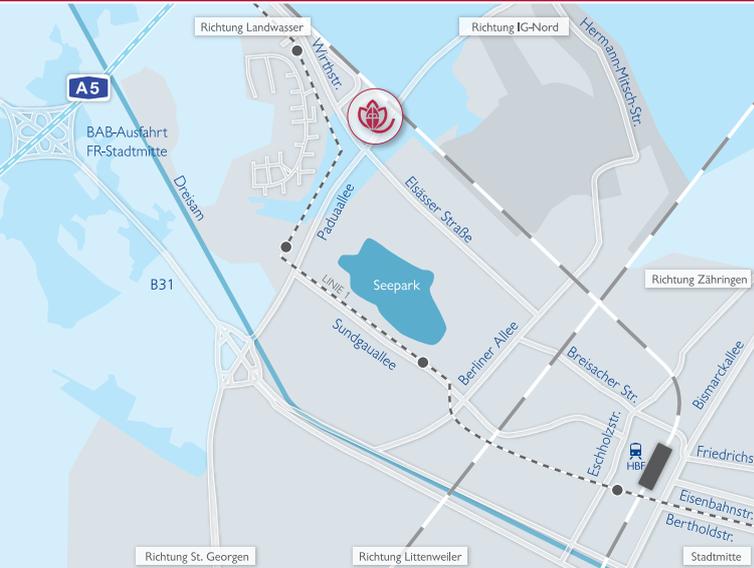
Gastroenterologische Klinik

	Telefon	Fax
SEKRETARIAT	0761 1301-233	1301-633
MEDIZINISCHE AMBULANZ	0761 1301-226	1301-626
DIENSTH. ARZT	0761 1301-93300	
ENDOSKOPIE	0761 1301-217	
STATION M1A	0761 1301-292	1301-692
STATION M1B	0761 1301-275	1301-675
STATION M2A	0761 1301-295	1301-695
STATION M2B	0761 1301-276	1301-676





So finden Sie uns



**Evangelisches
Diakoniekrankenhaus**
Akad. Lehrkrankenhaus
der Universität Freiburg

Evangelisches Diakoniekrankenhaus

Wirthstraße 11
79110 Freiburg
Telefon: 0761 1301-01
Fax: 0761 1301-101
E-Mail: info@diak-fr.de



www.diakoniekrankenhaus.de