

Qualitätspartner
der PKV



EIGENDARSTELLUNG DES HAUSES:

Agaplesion Elisabethen- stift Darmstadt



Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt

www.agaplesion-elisabethenstift.de

Stand: 03/2019

Das Agaplesion Elisabethenstift Darmstadt



1) ÜBERBLICK

Fortschrittliche Medizin und exzellente Pflege verbunden mit christlichen Werten – das finden Sie im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT. Als innovatives und leistungsfähiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit integrierten zertifizierten Zentren finden Sie auf unserem Campus ein breit gefächertes Leistungsangebot. Mit 401 Betten ist es das zweitgrößte Krankenhaus in Darmstadt.

Die Wurzeln des Hauses liegen im 1858 gegründeten Diakonissenhaus Elisabethenstift, dessen erstes Gebäude zugleich Mutterhaus der Schwestern und Krankenhaus war. Bereits um die Jahrhundertwende gab es die Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie. Im Jahr 1930 wurde das heute unter Denkmalschutz stehende Gebäude der Chirurgischen Klinik eingeweiht.

Seit dem 1. Januar 1995 wird das Krankenhaus als gemeinnützige GmbH geführt, deren Gesellschafter die Stiftung Elisabethenstift, das Evangelische Dekanat Darmstadt-Stadt und seit 2002 auch die AGAPLESION gAG sind. Die AGAPLESION gAG ist dabei Mehrheitsgesellschafter an der AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH.

Wir verfügen über eine Klinik der Inneren Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie, Gastroenterologie und Pneumologie, eine Klinik der Allgemein- und

Viszeralchirurgie, an die das Magen-Darm-Zentrum angegliedert ist, und eine Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin.



Unsere Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist mit 140 Betten die größte Abteilung aller Krankenhäuser in Darmstadt und damit ein wichtiger Teil der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung.

Seit 20 Jahren verfügt unser Haus über eine Klinik für Geriatrie und damit über langjährige Erfahrung in der Behandlung älterer Menschen. Kürzlich wurde die Abteilung Kognitive Geriatrie eröffnet. Hier werden Menschen behandelt, die zusätzlich zu einer demenziellen Beeinträchtigung eine akute Erkrankung haben, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht.

Weiterhin gibt es auf unserem Campus ein Zentrum für Palliativmedizin, zu dem auch das AGAPLESION ELISABETHENSIFT Elisabethen-Hospiz gehört.

Unser medizinischer Anspruch drückt sich auch darin aus, dass wir mehrere zertifizierte Zentren haben. Zertifizierte Zentren müssen regelmäßig in Zertifizierungsverfahren nachweisen, dass sie über eine hohe Behandlungsqualität und fachliche Erfahrung auf einem bestimmten Schwerpunktgebiet der Medizin verfügen. Bei uns finden Sie ein zertifiziertes Darmkrebszentrum (Onkozert), ein zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum (EndoCert) für künstliche Hüft- und Kniegelenke, ein zertifiziertes Alterstraumatologische Zentrum (DGG und DGU), ein zertifiziertes Traumanetzwerk (DGU) sowie ein akkreditiertes Schlaflabor.

Unser Pflegeverständnis ist geprägt durch unser Menschenbild und unsere Professionalität. Die Mitarbeiter der Pflege begleiten und unterstützen die Patienten und deren Angehörigen fachkompetent – in allen Lebenslagen, rund um die Uhr.

Unseren Wahlleistungspatienten bieten wir geräumige Ein- oder Zweibettzimmer mit Külschrank und Tresor, Bade- und Handtücher sowie einen Bademantel. Zudem verfügen sie über einen Fernseher, kostenlosen W-Lan-Zugang und sie bekommen eine Tages- und Fernsehzeitung.

AUSGEZEICHNETE LEISTUNGSBEREICHE - - PKV-QUALITÄTSPARTNERSCHAFT

Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT werden jährlich rund 12.500 Patienten stationär und etwa 20.000 Patienten ambulant behandelt.

Die folgenden Leistungsbereiche sind durch den PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. ausgezeichnet.

Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin



Chefarzt Dr. med. Thomas Schreyer

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Facharzt für spezielle Unfallchirurgie
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Sportmedizin
Facharzt für Notfallmedizin

Ein Schwerpunkt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin ist das Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes (Endoprothetik), in dem langjährige Erfahrungen bestehen (einschließlich Wechseloperationen). Seit 2013 ist diese Klinik als Endoprothetikzentrum zertifiziert. Damit ist sichergestellt, dass die Behandlung der Patienten auf höchstem qualitativem Niveau stattfindet. Jährliche Überprüfungen von externen Experten garantieren die Einhaltung dieser Qualitätsrichtlinien. Die eingesetzten Kunstgelenke, insbesondere in Knie und Hüfte, werden individuell für den Patienten, entsprechend seines Alters, seines Anspruchs und seiner Gesamtsituation, ausgesucht und eingebracht. Hierfür wird eine große Auswahl verschiedener Implantate bereitgehalten.

Darüber hinaus werden in der Unfallchirurgie neben der Operation und Behandlung von Extremitätenverletzungen (Arme und Beine) auch leichte bis mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Verletzungen des Brustraums behandelt. Damit gehören viele Formen von Unfall- und Sportverletzungen – mit Ausnahme schwerer Kopfverletzungen und der Behandlung von Schwerstverletzten – zum Behandlungsspektrum der Klinik.

17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur

Hüftgelenksnahe Oberschenkelbrüche zählen zu den häufigsten knöchernen Verletzungen. Angesichts ihrer Häufigkeit im hohen Lebensalter und der demografischen Entwicklung wird diese Verletzung zukünftig einen wachsenden Anteil an den Verletzungen von unfallchirurgischen Patienten haben. Im Gegensatz zu der früheren Behandlungsweise ist es heute die Vorgehensweise, die Patienten möglichst schnell zu operieren, um die Komplikationen der Immobilisierung zu vermeiden. Begleiterscheinungen wie Bettlägerigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Thrombosen können so minimiert werden. Welche operative Therapie sinnvoll ist, muss individuell für jeden einzelnen Patienten entschieden werden. Ein Oberschenkelbruch kann mittels osteosynthetischen (hüftkopferhaltend) und endoprothetischen (hüftkopfersetzend) Verfahren behandelt werden.

Beim jungen und gesunden Patienten ist der Gelenkerhalt, beim betagten Menschen die Selbstständigkeit das oberste Ziel. Eng damit verbunden ist die Erwartungshaltung des Patienten, die wir ebenfalls in unsere Entscheidung miteinbeziehen. So kann einem betagten Patienten eine mehrwöchige Entlastung nicht mehr zugemutet werden, weshalb die operative Versorgung sofort belastungsstabil sein sollte. Auf der anderen Seite würde man bei dem jungen Patienten, der eine Entlastung durchführen kann, wenn möglich eine gelenkerhaltende Operation durchführen wollen.

Da viele Patienten, die eine hüftgelenksnahe Fraktur erleiden, ein sehr betagtes Alter erreicht haben, sind diese einem besonderen Risiko durch ihre Begleiterkrankungen ausgesetzt. Unser zertifiziertes Zentrum für Alterstraumatologie und Frührehabilitation ist eine auf die Behandlung älterer Fraktur- und Traumatopatienten spezialisierte Versorgungsstruktur. Dies wird durch ein durchgehendes interdisziplinäres multiprofessionelles Konzept gewährleistet. Ziel der Station für interdisziplinäre Alterstraumatologie (IDA) ist die bestmögliche Wiederherstellung beziehungsweise Erhaltung und Förderung der Unabhängigkeit und Eigenständigkeit von verletzten älteren Menschen. Das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT wurde deutschlandweit als zweite Einrichtung nach den Kriterien des Anforderungskatalogs „atz-Alterstraumatologisches Zentrum“ zertifiziert. Damit wurde ein weiterer Meilenstein in der Qualität der medizinischen Versorgung für die Patienten gesetzt. Die Kriterien, anhand derer die Zertifizierung erfolgt, wurden von der DGG gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) sowie dem Bundesverband Geriatrie e.V. erarbeitet. Zudem wurde die Alterstraumatologie von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zertifiziert.

Hüftendoprothesenversorgung

Das Hüftgelenk übernimmt als zweitgrößtes Gelenk des menschlichen Körpers mit anderen Gelenken die Funktion, uns das Gehen zu ermöglichen. Becken (Pelvis) und Oberschenkelknochen (Femur) bilden im Hüftgelenk den beweglichen Übergang. Der Hüftkopf am oberen Ende des Oberschenkelknochens ist dabei beinahe vollständig von der Hüftpfanne (Becken) umschlossen. Die Kontaktfläche der beiden Knochen ist mit dem sogenannten hyalinen oder auch gläsernen Knorpel überzogen, der wie ein Stoßdämpfer dafür sorgt, dass trotz Aneinanderreihens des Kugelgelenks keine Schmerzen entstehen. Das Hüftgelenk ist umgeben von der stärksten Gelenkkapsel im menschlichen Körper, der straffen Hüftgelenkskapsel (Capsula articularis coxae). Sie wird über innenliegende Bänder stabilisiert und mittig vom Ringband umschlossen. Das Hüftgelenk hat die Funktion eines Kugelgelenkes.

Ein künstliches Hüftgelenk ersetzt das, in der Regel durch Abrieb, Lebensdauer und Alter, geschädigte ursprüngliche Hüftgelenk. Dies bedeutet, dass sowohl die Hüftgelenkspfanne, die sich im Beckenknochen befindet als auch der Hüftkopf, der einen Teil des Oberschenkels darstellt, in einer Operation ausgetauscht werden. Diese Teile des künstlichen Hüftgelenkes werden auf verschiedene Arten am jeweiligen Knochen fixiert. Das Resultat ist in jedem Fall, dass neue, jetzt künstliche, Gelenkspartner aufeinander gleiten und die entstehenden Kräfte auf die Knochen übertragen.

Ein künstliches Hüftgelenk wird benötigt, wenn das Hüftgelenk krankhaft verändert ist und zu Schmerzen für den Patienten führt, die anders nicht zu beherrschen sind. Die bekannteste und häufigste Ursache ist die Arthrose (Abnutzung) des Gelenkes; aber auch zahlreiche angeborene und erworbene Erkrankungen sowie Verletzungsfolgen können das Gelenk schädigen und zu quälenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen.

Ein künstliches Hüftgelenk soll zum einen die Schmerzen des Patienten beseitigen, zum anderen aber einen möglichst großen Bewegungsumfang erlauben und dabei möglichst sicher sein gegen Ausrenken (Luxationen). Darüber hinaus wird eine möglichst lange Standzeit des künstlichen Hüftgelenkes gefordert. Im Alltag soll es mit der künstlichen Hüfte wieder möglich werden, den Gewohnheiten nachzugehen – auch Sport, wie Yoga oder Fitnessstudio kann wieder ausgeübt werden.

In neuerer Zeit werden vielfach minimalinvasive Zugänge zur Hüfte (kleinere Hautschnitte, evtl. Weichteilschaden) propagiert. Hierbei ist der Blutverlust geringer, aber durch die schlechtere Übersicht auch die Komplikationsmöglichkeit größer. Die Länge des Hautschnittes (Narbe) ist unserer Ansicht nach der Sicherheit des OP-Ergebnisses unterzuordnen.

Es existieren verschiedene Kombinationen der Gleitpartner (Kopf und Pfanne: Keramik-Keramik, Keramik -Polyethylen, Metall-Polyethylen) ebenso wie verschiedene Verankerungsmöglichkeiten (zementfrei – pressfit- Schraubpfanne-einzementiert, Hybridverankerung) und anatomische Formen (Geradschaft, anatomischer Schaft) und verschiedene Arten der Kraftübertragung auf die Knochen.

Dieses sind sehr spezielle Themen, die im persönlichen Gespräch erörtert werden können. In Deutschland sind mehr als 100 verschiedene Modelle auf dem Markt. Entscheidend für die Qualität des Ergebnisses sind das Können und die Erfahrung des Operateurs mit der ihm vertrauten Prothese.

Knieendoprothesenversorgung

Die Implantation eines künstlichen Kniegelenks gehört in Deutschland zu den am häufigsten durchgeführten Operationen. Jährlich werden mehr als 150.000 Menschen infolge eines Gelenkverschleißes (Arthrose) am Kniegelenk operiert. Ursachen der Kniegelenkarthrose sind vor allem dauerhafte und besonders hohe Beanspruchungen (beispielsweise durch Sport oder Übergewicht), Fehlstellungen und -belastungen („X/O-Beine“), aber auch Verletzungen und mangelnde Bewegung. Darüber hinaus kann Arthrose im Alter auftreten, ohne dass eine der genannten Ursachen zutrifft. Ein fortschreitender Verschleiß des Kniegelenks führt zunehmend zu Schmerzen und auch Bewegungseinschränkungen. Wenn die Veränderungen des Knies so weit vorangeschritten sind, dass eine medikamentöse Behandlung oder eine gelenkerhaltende Operation nicht mehr hilfreich ist, kann ein künstlicher Gelenkersatz Schmerzlinderung und neue Beweglichkeit für den Patienten bedeuten. Das vollständige künstliche Kniegelenk wird als Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) bezeichnet. Der Ausdruck Knie-TEP wird umgangssprachlich „künstliches Kniegelenk“ genannt. Hiermit ist gemeint, dass die durch Arthrose abgenutzten Gelenkflächen an Ober- und Unterschenkel durch Implantate, meist Metall, ersetzt

werden. Zwischen die beiden Gelenkpartner wird eine spezielle Kunststoffplatte eingebracht, so dass die Gelenkpartner wieder reibungsarm und ohne Schmerzen aufeinander gleiten und sich bewegen können. Bei den modernen Prothesen werden lediglich die oberflächlichen Gelenkflächen ersetzt, hierdurch ist der Knochenverlust in den vergangenen Jahren minimal geworden. Das ist für zukünftige Wechseloperationen von großer Wichtigkeit. Die Gelenkfläche der Kniescheibe wird heutzutage nur in seltenen Fällen ersetzt.

Es existieren viele verschiedene Typen von Knie-Total-Endoprothesen. Diese unterscheiden sich in ihren geometrischen Abmessungen, in ihrer Zusammenstellung, in der Art ihrer Befestigung am Knochen und insbesondere dadurch, ob die neu eingebrachte Gleitfläche beweglich oder fest auf der Schienbeinkopf-Auflage verbunden ist. Es gibt verschiedene Prothesentypen für unterschiedliche Grade von Bandinstabilitäten. Auch dem Wunsch nach höherer Beugefähigkeit des Gelenkes wird durch verschiedene Prothesentypen Rechnung getragen.

Allen Prothesen ist gemeinsam, dass sie den komplizierten Bewegungsablauf eines ursprünglichen Kniegelenkes nur unvollständig imitieren können. Ebenso gemeinsam ist allen Modellen, dass sie nach einer gewissen Lebensdauer, die aber nie individuell, sondern nur statistisch ausgesagt werden kann, zu einer Lockerung führen. In einer derartigen Situation ist dann eine Wechseloperation notwendig. Gute Prothesen zeichnen sich dadurch aus, dass diese zukünftige Wechseloperation bereits in die Konzeption der Prothese berücksichtigt wird.

Der stationäre Aufenthalt dauert in der Regel sieben bis zehn Tage. Bereits am Tag nach der Operation sollen unsere Patienten, mithilfe unserer Physiotherapeuten, erste Schritte gehen und somit frühzeitig mobilisiert werden.

Die Knie-TEP ist nach der Hüft-TEP die zweithäufigste endoprothetische Operation in Deutschland und weltweit. Beide Operationen werden in unserem zertifizierten Endoprothesenzentrum durchgeführt, das es am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT seit 2013 gibt.

Das bedeutet, dass wir uns auf den Einbau von künstlichen Knie- und Hüftgelenken spezialisiert haben und uns bestimmte Qualitätsstandards auferlegt haben, die wir von einer externen Stelle überprüfen lassen, um so Ihnen als Patient eine hohe Behandlungsqualität bieten zu können.

Das Konzept zur Zertifizierung medizinischer Einrichtungen im Bereich des Gelenkersatzes ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU).

Ein Kriterium ist eine entsprechend hohe Anzahl an Prothesenimplantationen pro Jahr, die durch wenige Hauptoperateure durchgeführt werden. Bei uns bekommen jedes Jahr knapp 300 Patienten eine neue Hüfte oder ein neues Knie. Für die fachliche Erörterung auch schwierigster Fälle und deren Behandlung ist die orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim der Universität Frankfurt als vertraglich eingebunden.



Die Zertifizierung wird alle drei Jahre erneuert; zwischenzeitlich finden jährliche Systemüberwachungen statt. Mit der Zertifizierung nimmt das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT am Endoprothesenregister Deutschland teil. Hier werden alle Prothesen und deren weiteres „Schicksal“ zentral erfasst und gespeichert. So können die klinischen Ergebnisse beispielsweise mit anderen Kliniken verglichen werden.

Auch wenn wir gut operieren können und es in vielen Fällen auch gerne tun, weil die Patienten nach dem Eingriff wieder deutlich mehr Lebensqualität haben, lassen wir es in bestimmten Fällen auch gerne sein. Denn die Operation ist für uns nur das „allerletzte Mittel“, das wir erst anwenden, wenn andere Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Aus diesem Grund überprüfen wir jede Diagnose genau, und das nicht nur mithilfe des Röntgenbilds, sondern einer eingehenden Untersuchung.