

Die geeignete Klinik finden

Jedem Patienten und evtl. seinen Angehörigen stellt sich nach der Aussage des Arztes „Sie sollten ins Krankenhaus“ die Frage

Wie finde ich die geeignete Klinik?

Wo erhalte ich die Behandlung, die ich benötige und die mir hilft?

Dabei gibt es sehr viele unterschiedliche Krankheitsbilder, Altersgruppen, Bedürfnisse und Wünsche von Patienten, so dass sich diese Fragen nicht in aller Kürze beantworten lassen. Um das Gesundheitswesen besser zu verstehen, sind hier die Entwicklungen der letzten Jahre kurz beschrieben. Darauf aufbauend werden dann spezifisch für unterschiedliche Zielgruppen Anhaltspunkte zur Auswahl ihres Krankenhauses genannt.

Wie kann ich die Krankenhausstrukturen verstehen?

Die Krankenhäuser bieten entsprechend ihrer Größe und Struktur unterschiedliche Leistungen an. Dies bedeutet, dass in einem kleineren Krankenhaus i.A. die häufigen Leistungen wie z.B. Entfernung einer Gallenblase oder eines Blinddarms erbracht werden. In einer Uniklinik gibt es i.d. Regel alle Fachgebiete, so dass hier auch sehr seltene und schwierige Leistungen behandelt werden können.

Das bedeutet jedoch nicht, dass ein großes Krankenhaus für alle Fälle und Behandlungen das Beste sein muss. Gerade die kleinen Häuser verfügen oft über einen größeren Erfahrungsschatz in der Behandlung von häufigen Krankheitsbildern als die spezialisierten Kliniken.

Dessen ungeachtet besteht bei den Krankenhäusern die Tendenz zur Spezialisierung. Ursächlich dafür ist die Annahme, dass mit der Anzahl der behandelten Fälle eines bestimmten Krankheitstyps die Erfahrung der Ärzte und damit die Qualität der Behandlung steigt. Für Patienten ist diese Entwicklung aus medizinisch-qualitativer Sicht vorteilhaft. Auch kleinere Krankenhäuser können damit evtl. zunehmend zu Spezialisten z.B. für multimorbide (d.h. mit mehreren Krankheiten behafteten) und ältere Patienten werden.

Durch das neue Vergütungssystem mit Fallpauschalen (DRGs) wird die effiziente (erfolgreiche) Behandlung des Patienten ins Zentrum gerückt. Nicht mehr der einzelne Aufenthaltstag, sondern die gesamte Behandlung des Patienten wird bezahlt. Dazu ist, um dies im vorgegebenen Zeitraum zu ermöglichen, oft eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen notwendig. Bei manchen Krankheitsbildern ist diese interdisziplinäre Zusammenarbeit essentiell, um eine gewünschte qualitativ hochwertige medizinische Behandlung zu ermöglichen. Deshalb wurden Strukturen der Zusammenarbeit und Qualitätsanforderungen entwickelt. Dazu gehören (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Zentren	Zertifizierung nach (zum Beispiel)
Traumazentrum	DGU (Dt. Gesellschaft für Unfallchirurgie)
Tumorzentrum	ADT (Arbeitsgemeinschaft dt. Tumorzentren)
Brustzentrum	DKG (Deutsche Krebsgesellschaft)
Darmzentrum	
Prostatakarzinomzentren	
Lungenkrebszentren	
Gefäßzentrum	DGG (Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie)
Herzzentrum	
Zentrum für Schmerztherapie	DGS (Dt. Gesellschaft für Schmerztherapie)
Niere- und Dialysezentrum	DGN (Dt. Gesellschaft für Nephrologie)
Diabeteszentrum/ diabetologisch qualifizierte Einrichtung	DDG (Dt. diabetolog. Gesellschaft)
Perinatalzentrum	Vereinbarungen von den Kostenträgern mit Leistungserbringern; klare Zuordnung

Kliniken, die eine der oben beispielhaft genannten Zertifizierungen durchgeführt haben, führen dann neben den Fachabteilungen auf, dass sie „Zentrum für XY, zertifiziert nach Fachgesellschaft A“ sind. Manche Krankenhäuser arbeiten jedoch auch mit Zentren, ohne dass hierfür zertifizierte Strukturen vorliegen. Kliniken arbeiten teilweise als „Außenstelle“

mit einem zertifizierten Zentrum zusammen. Dies kann dann für den Patienten den Vorteil der Kombination aus Qualität mit Wohnortnähe und einem persönlicheren Setting haben.

Traditionell bestand eine klare Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Behandlung. Für Patienten, v.a. für

Schwerkranke, kann es jedoch sehr wichtig sein, dass die Behandlung optimal abläuft und die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten funktioniert – unabhängig davon, ob sie sich im Krankenhaus oder Zuhause befinden. Um diese sektorenübergreifende Vernetzung zu fördern, wurden unterschiedliche Konzepte initiiert.

Mit der Zentrierung auf die Behandlung des Patienten hat die DRG-Vergütung eine Veränderung ausgelöst, die weg von den Fachgebieten und hin zu einer organbezogenen Betrachtungsweise führt. Unterstützt wird dies dadurch, dass die klare Trennung zwischen konservativen und operativen Fachgebieten durch den medizinischen Fortschritt zunehmend aufgehoben wird. Zum Beispiel führt die invasive Diagnostik und Therapie zu Überschneidungen mit der Chirurgie. Die Herangehensweisen der konservativen und operativen Fächer begegnen sich immer häufiger und es stellt sich die Frage, welche Diagnostik oder Therapie für den einzelnen Patienten die Beste ist. Um dies abzuwägen, ist eine – möglichst strukturierte – interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich.

Im Folgenden wird näher vor allem auf Krankheitskomplexe eingegangen, die sich nicht eindeutig einer einzigen Fachabteilung zuordnen lassen. Es werden diejenigen Erkrankungstypen betrachtet, die häufig eher interdisziplinären, organbezogenen Charakter haben oder durch einzelne Fachärzte oder Einheiten im Krankenhaus repräsentiert werden und sich nicht in den Fachabteilungen direkt darstellen.

Die geeignete Klinik für die spezifische Fragestellung

Um die Suche des richtigen Krankenhauses zu unterstützen, werden für unterschiedliche Fragestellungen Hinweise auf wesentliche Kriterien gegeben.

Notfall

Im Notfall suchen manchmal Patienten oder Angehörige ihr Krankenhaus direkt aus. Bei schwereren Notfällen oder Unfällen übernimmt diese Aufgabe der hinzugerufene Notarzt. Dieser kann dann nach einem ersten Eindruck und Schilderung der Fragestellung abschätzen, welche Art von Krankenhaus und Infrastruktur zur Behandlung dieses Patienten benötigt wird: Herzkatheter, Intensivstation, Unfallchirurgie, NMR etc. Er wird im Interesse des Patienten die Klinik auswählen, in der dieser optimal behandelt werden kann.

Bei kleineren Notfällen oder Unfällen wie z.B. einer Sturz- oder Schnittwunde wählen Sie das Krankenhaus selbst aus. Unabdingbar für eine umfassende Versorgung von Notfällen in einem Krankenhaus sind:

Kriterien für ein Krankenhaus im Notfall

Notaufnahme mit 24h Bereitschaft

Fachgebiete: Chirurgie, Innere Medizin und ggf. Geburtshilfe & Gynäkologie

Röntgen, Ultraschall und die Möglichkeit für Laboruntersuchungen

evtl. CT: v.a. bei Kopfverletzungen

Familie und Kinder

Mit der Schwangerschaft und der Geburt Ihres Kindes beginnt für Sie ein neuer Lebensabschnitt. Zuerst gilt die Orientierung v.a. der werdenden Mutter; mit der Geburt rücken dann die Sicherheit und Gesundheit des Neugeborenen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Später mit Wachstum des Kindes und evtl. auch der Familie treten zusätzliche Kriterien mit auf.

Auf unseren Internetseiten erhalten Sie einen Überblick über die an den einzelnen Kliniken vorhandenen Angebote in der Schwangerschaft und zur Vorbereitung der Geburt, die Geburtsmöglichkeiten selbst und die Nachbehandlung sowie Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten.

Die Geburtshilfe selbst wird v.a. von den Hebammen geleistet. Die ärztlichen Geburtshelfer werden v.a. bei Schwierigkeiten oder der Notwendigkeit von operativen Eingriffen einbezogen.

In der Betreuung der Patientinnen gibt es unterschiedliche Möglichkeiten: die Betreuung durch fest am Krankenhaus angestellte Hebammen und Ärzte (im Sinne einer Hauptabteilung) oder durch Beleghebammen und / oder Belegärzte. Im Falle einer Hauptabteilung sind rund um die Uhr Ärzte im Krankenhaus verfügbar; sie unterliegen den normalen Dienstprozessen des Krankenhauses und können so aufgrund ihrer Dienste öfter während einer Behandlung wechseln. Anders ist dies bei Belegärzten: der ambulant behandelnde Arzt wird quasi vom Patienten ins Krankenhaus „mitgenommen“, sofern dies nötig ist und muss innerhalb kurzer Zeit dort verfügbar sein. Die primäre Betreuung der Frau während der Geburt übernimmt die

Hebamme. Auch hier gibt es denselben Unterschied. Sehr häufig wird in der Geburtshilfe heute mit Beleghebammen gearbeitet, die die Frauen bereits während der Schwangerschaft betreut haben und diese dann zur Entbindung ins Krankenhaus begleiten. Dies ermöglicht eine große Kontinuität und nutzt das gewachsene Vertrauen. Beide Strukturformen haben sich bewährt.

Die Versorgung des Neugeborenen übernehmen die Hebammen; sie sind hierfür ausgebildet. Für eine Geburtshilfe gibt es i.d. Regel immer einen Kinderarzt, der bei Besonderheiten herangezogen werden kann und der spätestens die „U2“ - die zweite der Vorsorge-Untersuchungen übernimmt. Bei einer normalen Geburt ist eine Kinderklinik vor Ort nicht zwingend erforderlich. Anders ist dies bei einem untypischen Schwangerschaftsverlauf, vorzeitiger Geburt und / oder Verdacht auf angeborene Erkrankungen. In diesen Fällen ist eine Entbindung in einem Haus mit Neonatologie bzw. Kinderklinik notwendig. In diesem Sinne wurden auch Vorgaben vom gemeinsamen Bundesausschuß gemacht, wo und wie Eltern mit bestimmten Verläufen, Diagnosen bzw. Frühgeburtlichkeit zu behandeln sind. Die höchste Versorgungstufe hat hier das sogenannte Perinatalzentrum Level 1 („Perinatal“ = Zeitraum direkt um die Geburt herum) mit einer Neonatologie, bestimmten Fachärzten und -pflegekräften.

Kinder

Kinder sind Patienten mit ganz besonderen Anforderungen an ein Krankenhaus. So gibt es Krankheitsbilder, die nur bei Kindern vorkommen und für die bestimmte Kenntnisse erforderlich sind. Dafür haben Kinder- und Jugend-

ärzte eine spezielle Ausbildung. Neben den typischen Kinderkrankheiten gibt es jedoch viele Krankheitsbilder wie z.B. Blinddarmentzündung, Polypenentfernung (Tonsillektomie) oder Magenbeschwerden, die auch bei Erwachsenen vorkommen. In vielen Krankenhäusern werden Kinder organgebietsbezogen von denselben Ärzten behandelt, die auch Erwachsene behandeln. Um den Krankenhausaufenthalt mit vielen neuen Eindrücken, fremden Personen und z.T. schmerzhaften Eingriffen in den Körper nicht über das notwendige Maß hinaus zu erschweren, sollten diese Kinder jedoch in eigenen Pflegeeinheiten betreut werden, die bei Bedarf auch die Aufnahme einer Begleitperson möglich machen.

Am Bedeutendsten ist jedoch die Tatsache, dass der kindliche Körper viele Besonderheiten aufweist und nicht vollständig dem eines Erwachsenen gleichzusetzen ist. So ist es auch bei Erkrankungen wie z.B. der Blinddarmentzündung sinnvoll, dass ein auf Kinder spezialisierter Arzt den Eingriff vornimmt. In z.B. der Unfallchirurgie wird dies äußerst selten der Fall sein; HNO-Ärzte operieren dahingegen viele Kinder. In diesen Fällen erfordert eine gute Behandlung von Kindern eine hohe Sensibilität und Aufmerksamkeit für die psychische Situation und ein Einfühlungsvermögen für den richtigen Umgang mit den Kindern. Es ist deshalb sinnvoll, dass Kinder von Pflegepersonal behandelt und betreut werden, die im Umgang mit Kindern geschult und geübt sind.

Herz-Kreislaufkrankungen

Für Patienten mit Herzerkrankungen wie Koronare Herzkrankheit oder Herzrhythmusstörungen ist das Vorhandensein eines kardio-

logischen Facharztes bzw. einer Abteilung mit allen Basisuntersuchungen (EKG; Belastungs-EKG, Echokardiographie etc.) grundlegend. Für die weiterführende Diagnostik (und Therapie) sollten möglichst ein Herzkatheterlabor mit erfahrenem Personal und evtl. eine elektrophysiologische Diagnostik (EPU) zur Verfügung stehen. Sinnvoll kann zusätzlich die Anwesenheit eines Angiologen (Internist mit dem Fachbereich Gefäße) und eines Radiologen sein. Abhängig von der Indikationsstellung sollten in diesem Krankenhaus auch Schrittmacher unterschiedlichster Art von einem versierten Arzt (am ehesten Kardiologen, aber evtl. auch andere Fachärzte wie z.B. Gefäßchirurg oder Allgemeinchirurg) eingesetzt werden. Als Alternative zu interventionellen Verfahren (Eingriffe in den Körper von außen ohne Eröffnung des Körpers z.B. mit Hilfe von Kathetern) und für Notfälle ist es vorteilhaft, wenn außerdem ein Gefäßchirurg oder evtl. ein Herz- und Thoraxchirurg zur Verfügung stehen. Eine Intensivstation sollte vorhanden sein.

Gefäßkrankheiten

Als Gefäßkrankheiten werden die Erkrankungen peripherer Gefäße bezeichnet. Dazu zählen die Arteriosklerose z.B. auch der Carotiden (Halsschlagader), Erkrankungen der Beinarterien (z.B. Raucherbein, Schaufensterkrankheit mit verkürzter Gehstrecke) und Varizen. Für diese Erkrankungen stehen konservative, chirurgische und interventionelle Therapieverfahren zur Verfügung, die von unterschiedlichen Fachdisziplinen durchgeführt werden. Jedes dieser Verfahren weist seine Vor- und Nachteile auf, die im Falle jedes einzelnen Patienten gegeneinander abgewogen werden müssen. Um dies zu gewährleisten, ist eine enge interdisziplinäre

Zusammenarbeit aller an diesem Gebiet beteiligten Fachdisziplinen (Gefäßchirurgie, Angiologie/Phlebologie und Radiologie) notwendig. Da sich in diesem Bereich auch in vielen Fällen eine deutliche Verlagerung der Diagnostik und der konservativen Therapie in den ambulanten Bereich abzeichnet, ist außerdem eine enge Verknüpfung von ambulanter und stationärer Therapie erforderlich.

Um die optimale Qualität und Struktur zu erreichen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie eine Zertifizierung von Gefäßzentren eingeführt, die bei Nachweis des spezifischen Anforderungsprofils erteilt wird.

Schlaganfallbehandlung

Schlaganfälle kommen sehr häufig und vor allem im höheren Lebensalter vor. Plötzlich bemerkt der Patient, dass er eine Seite seines Körpers nicht mehr richtig bewegen oder spüren kann. Vielleicht sind es auch Sprachstörungen die zuerst auftreten – oder andere Symptome. Manchmal gehen die Symptome rasch zurück – sogenannte TIA – aber sie können ein Signal sein, dass evtl. ein Gefäß im Gehirn zu eng geworden ist und ein Schlaganfall folgen könnte. In allen diesen Fällen benötigen der Patient und seine Angehörigen einen kompetenten Ansprechpartner.

Neurologische Abteilungen sind sicher dafür qualifiziert und werden auch über eine sog. Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) und Intensivstation verfügen. Doch diese gibt es nicht an jedem Krankenhaus. Viele Schlaganfallpatienten werden auch im Rahmen von Abteilungen der Inneren Medizin– mit unterschiedlichen Strukturen– behandelt. In manchen Fällen

besteht eine Kooperation mit einer neurologischen Abteilung, die dann die diffizilen Akutbehandlungen in der Stroke Unit übernimmt und die Patienten zur Weiterbehandlung wieder in ein heimatnahes Krankenhaus zurückverlegt.

Stroke Units sind Schlaganfallspezialstationen mit einer sehr hohen spezifischen Kompetenz zur Akutbehandlung des Schlaganfalls in der instabilen Krankheitsphase. Sie bieten alle apparativen Überwachungsmöglichkeiten und verfügen über das gesamte Spektrum der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, vor allem eine rasche definitive Diagnosestellung durch bildgebende Diagnostik (Duplexsonographie, CT und Angio-CT, MRT und Kathederangiographie). Stroke Units sind in aller Regel an eine Neurologische Klinik angegliedert. Neben der Akutdiagnostik und einer spezifischen Akuttherapie (z.B. Verabreichung Gerinsel lösender Medikamente über einen Venenzugang oder im Katheterverfahren direkt im betroffenen Gefäß) ist die unmittelbare Erkennung früher Komplikationen und das Verhindern eines erneuten Schlaganfalls innerhalb der ersten Tage Ziel der Behandlung auf der Stroke Unit.

Die Aufnahme in ein geeignetes Krankenhaus sollte schnellstmöglich erfolgen, da die Behandlungschancen umso größer sind, je früher die Behandlung einsetzt („Time is brain“).

Nach Abschluss der Behandlung im Krankenhaus sind für die Betroffenen geeignete Möglichkeiten der ambulanten Pflege, Übergangslösungen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim zu organisieren, bei denen der Sozialdienst des Krankenhauses berät und unterstützt.

Behandlung von Tumorerkrankungen

Bösartige Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren zugenommen. Nach Diagnostik des Tumors ist es von zentraler Bedeutung, möglichst frühzeitig und von Beginn an die optimale Therapie für diesen ganz spezifischen Tumor und passend zu dem Patienten zu wählen. Dies ist zu einer hoch komplexen Aufgabe geworden, da abhängig von den Tumorzellen, der Größe, Lage und Streuung, der Allgemeinsituation des Patienten etc. unterschiedliche Vorgehensweisen „die Richtige“ sein können: Bei einem Patienten ist es am Besten zuerst zu operieren, dann Strahlen- und Chemotherapie parallel durchzuführen; bei einem anderen empfiehlt es sich vor der Operation bereits eine Strahlentherapie zur Tumorverkleinerung durchzuführen etc. Um diese Entscheidung zum Wohle des Patienten treffen zu können ist der Einbezug aller Fachärzte unabdingbar. Dazu gehört die Fachdisziplin, der dieser Tumor zuzuordnen ist (z.B. Gastroenterologie) und die entsprechende operative Disziplin (z.B. Visceralchirurgie). Dazu kommen die Fachdisziplinen, die rein auf die Behandlung von Tumoren spezialisiert sind: Onkologie (Chemotherapie) und Strahlentherapie. Um diese optimale Zusammenarbeit sicher zu stellen, gibt es die Zertifizierung als Tumorzentrum oder onkologisches Zentrum. Diese Zentren sollen möglichst nicht auf ein Krankenhaus beschränkt sein, sondern kleinere Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte mit in diese Struktur einbeziehen. Dies ist sehr wichtig und sinnvoll, da gerade Patienten mit schwerwiegenden und langdauernden Behandlungen das Bedürfnis einerseits nach optimaler Behandlung und andererseits nach wohnortnaher Therapie

haben. Auch wechselt oft die Möglichkeit und Notwendigkeit für stationäre und ambulante Therapien. Schwerkranke Menschen benötigen dann oft noch Hausbesuche, Hilfestellungen oder ambulante Pflege.

Gynäkologische Tumore

Die Brustzentren haben es sich zur Aufgabe gemacht, dass die Behandlung von Frauen mit Brustdrüsenkrebs sich nach einem vorgegebenen hohen Standard richtet. Dazu gehört u.a., dass regelmäßig interdisziplinäre Tumorkonferenzen stattfinden, bei denen Vertreter der beteiligten Fachgebiete gemeinsam die Therapiestrategie für jede einzelne Patientin festlegen. Die Festlegung des Therapieplanes erfolgt gemeinsam mit der Patientin, wobei die Patientin die Möglichkeit haben muss, eine zweite Meinung einholen zu können. Brustkrebsoperationen dürfen nur von Ärzten durchgeführt werden, die eine definierte Mindestmenge von Brustoperationen pro Jahr durchführen und brustaufbauende Operationsverfahren ermöglichen. Die gynäkologische Onkologie und Strahlentherapie ist mit in das Zentrum eingebunden, so dass die Therapie „aus einer Hand“ erfolgt. Der Zugang zu einer speziellen psychoonkologischen Betreuung, zur sozialmedizinischen Betreuung und zu Selbsthilfegruppen sollte selbstverständlich sein. Zur Behandlung von Brustkrebs ist es empfehlenswert, sich an ein Brustkrebszentrum zu wenden, um die optimale Therapie zu erhalten.

Auch bei anderen gynäkologischen Tumoren ist es, wie auch bei allen anderen bösartigen Erkrankungen wichtig, dass ein Team aus chirurgischen, onkologischen und strahlentherapeutischen Ärzten die Therapie gemeinsam

abstimmt. Die Eingriffe sollten von einem in der Tumorchirurgie erfahrenen Chirurgen ausgeführt werden und ein reibungsloser Übergang in den ambulanten Bereich mit kontinuierlicher Begleitung und unterschiedlichen Therapiemethoden möglich sein.

Neurochirurgie

Die Neurochirurgie führt alle Operationen am oder in nächster Nähe zu den Nerven und dem Gehirn aus. Dazu zählen Bandscheibenvorfälle, Spinalkanalstenosen, Blutungen am und im Gehirn unterschiedlicher Ursache und Tumore des Gehirns und der Nerven. Die großen Eingriffe müssen im Rahmen einer Hauptabteilung und mit dem Hintergrund einer Intensivstation durchgeführt werden. Anders verhält es sich mit kleineren Eingriffen, zu denen inzwischen auch Bandscheibenvorfälle gehören. Diese werden immer häufiger durch niedergelassene Neurochirurgen an kleinen und mittleren Krankenhäusern durchgeführt (als Belegärzte oder Konsiliarärzte im Rahmen der Allgemeinchirurgie). Für diese Eingriffe ist es sehr wichtig, dass eine gute und konsequente physikalische Therapie und Mobilisation stattfindet. Im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt ist i.d. Regel eine Rehabilitation, zumeist stationär, notwendig.

Bewegungsapparat

Indikationen für Behandlungen am Bewegungsapparat lassen sich unterscheiden in geplante Eingriffe am knöchernen Skelett (z.B. Arthroscopien (Gelenkspiegelungen), Endoprothesen (Gelenkersatz)), Versorgung von Frakturen und schweren Notfällen und auch konservative Therapien. Dies ist die Kernkompetenz von Unfall-

chirurgen und Orthopäden, die heute zusammen ein Fachgebiet bilden. Die Benennung der Abteilung (und evtl. der Schwerpunkt) kann in einzelnen Häusern unterschiedlich sein, was meist historischen Wurzeln entspringt.

Endoprothetik (Hüft- und Knie-Endoprothese)

Ein neues Gelenk soll möglichst lange halten und der Patient nach der Operation wieder so rasch wie möglich „auf die Beine kommen“. Um dies zu gewährleisten muss eine gute Diagnostik (u.a. Arthroskopie) geleistet werden und die richtige Indikation gestellt werden. Der Operateur benötigt große Erfahrung, um den Eingriff präzise zu machen, alle Möglichkeiten zu kennen und das passende Implantat zu wählen. Deshalb wurden für endoprothetische Eingriffe auch sogenannte Mindestmengen (seit 2004; Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) festgelegt, die in einem Krankenhaus mindestens geleistet werden müssen. Für die korrekte Implantation einer Knieendoprothese stellt der Einsatz eines Navigationssystems eine bedeutsame Hilfe dar.

Nach einem solchen Eingriff sind die Patienten ca. 11–28 Tage im Krankenhaus. Bei diesen längeren Zeiträumen spielen dann auch nicht-medizinische Faktoren für Patienten und Angehörige eine wichtige Rolle (Wohnortnähe, Besuchsmöglichkeit, Infrastruktur, Essen etc.). Während des Krankenhausaufenthaltes ist es bereits wichtig, dass die Patienten angeleitet und ermutigt werden, sich richtig zu bewegen. Dazu ist es notwendig, dass eine Abteilung für Krankengymnastik im Krankenhaus vorhanden ist. Häufig schließt sich eine Kurz- oder Anschluss-Heilbehandlung an. Vorteilhaft ist

es, wenn eine enge Zusammenarbeit zwischen Akut- und Reha-Klinik besteht und so die Patienten optimal geführt werden können.

Traumatologie

Die Traumatologie mit ihren unterschiedlich komplexen Frakturen und weiteren Verletzungen kann umso besser ausgebaut sein, je größer auch das Notfallaufkommen ist. Umgekehrt benötigen größere Notfälle eine bestimmte Infrastruktur mit Intensivstation und der Option von Thorax- und Neurochirurgen. Die allgemeine Traumatologie und Frakturversorgung kann ebenso gut auch an kleineren Häusern geleistet werden. In diesen Fällen ist der Faktor Wohnortnähe auch häufig von Bedeutung; die größeren Notfälle werden i.d. Regel durch die Notärzte und Rettungsdienste optimal zugeordnet. Für die Rehabilitation des Patienten sind eine gute Krankengymnastische Abteilung am Krankenhaus und evtl. eine Kooperation mit einer Reha-Klinik von Bedeutung.

Krankheiten der Verdauungsorgane

Die Verdauungsorgane sind primär „Aufgabengebiet“ der Gastroenterologen. Diese führen die grundlegende Diagnostik durch. Viele dieser Untersuchungen (z.B. Gastroskopien) können heute - abhängig von der Situation des Patienten - ambulant durchgeführt werden. Bei diesen manuell durchgeführten Untersuchungen ist es wichtig, dass sie von Ärzten mit Erfahrung und Genauigkeit vorgenommen werden. Dies erhöht die Sicherheit beträchtlich. Manche Krankenhäuser bieten selbst die ambulanten Untersuchungen an; andere haben enge Kooperationspartner, die Patienten erst

im Fall der Notwendigkeit stationärer Behandlung zuweisen.

Nicht selten werden im Verlauf der Therapie (-entscheidung) Chirurgen benötigt, um die optimale Vorgehensweise und Therapie für den Patienten auszuwählen und durchzuführen. Auch nach der Entlassung sind niedergelassene Kooperationspartner oder eine Weiterführung der Behandlung ambulant vorteilhaft, um eine optimale Kontinuität zu erhalten. Für den Nachweis von Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit, sektorenübergreifender Behandlung von Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen (und großen Baucheingriffen) und Option zur onkologischen Therapie kann eine Zertifizierung als Darmzentrum erteilt werden.

Schmerzbehandlung

Viele Patienten leiden an chronischen Schmerzen unterschiedlicher Ursachen: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Rheumatische Schmerzen, Neuralgien, degenerative Schmerzen etc. Oft gehen diese Patienten von einem zum nächsten Arzt ohne eine wirkliche Lösung für ihr Problem zu erhalten. Dies wurde nun zunehmend als eine Herausforderung erkannt und es gibt nun für unterschiedliche Fachärzte (z.B. Anästhesisten, Neurochirurgen, Psychiater, Neurologen) die Möglichkeit zur Weiterbildung in Schmerztherapie. Da bei chronischen Schmerzen sehr unterschiedliche Ursachen eine Rolle spielen können, sollte Schmerztherapie möglichst interdisziplinär ausgeübt werden. Bisher wurden diese Patienten in unterschiedlichen Fachbereichen mehr oder weniger problemorientiert behandelt. Seit einigen Jahren gibt es nun die sog. „multimodale Schmerztherapie“, die unter Leitung eines Arztes mit der Zusatzbezeich-

nung „spezielle Schmerztherapie“ stattfinden muss. Mindestens zwei weitere Fachgebiete sind beteiligt, wobei zwingend eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin vertreten sein muss. Regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechungen, ein breites Portfolio an Therapiemöglichkeiten sowie eine standardisierte Qualitätskontrolle sind notwendig.