

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------|-------|
| Autorenverzeichnis..... | .XXII |
|-------------------------|-------|

I Allgemeine Herausforderungen im Gesundheitswesen

| | |
|---|-----------|
| 1 Das deutsche Gesundheitssystem – Mängel, Defizite und Perspektiven | 3 |
| <i>Edmund A. M. Neugebauer</i> | |
| 1.1 Status quo – Warum sind wir da wo wir sind? | 4 |
| 1.1.1 Kosten und Reformen | 4 |
| 1.1.2 Nach der Reform ist vor der Reform | 5 |
| 1.2 Mängel und Defizite: Wohin hat uns das ständige Reformieren geführt? | 7 |
| 1.2.1 Krankenhäuser | 7 |
| 1.2.2 Leistungserbringer | 8 |
| 1.2.3 Patienten | 9 |
| 1.3 Perspektiven | 11 |
| Literatur | 13 |
| 2 Diagnoseaufklärung, Information und Entscheidung über Behandlungen – Patientenbeteiligung und partizipative Entscheidungsfindung | 15 |
| <i>Jörg Dirmaier, Martin Härtter</i> | |
| 2.1 Einleitung | 16 |
| 2.2 Patientenzentrierte Gesundheitsversorgung und partizipative Entscheidungsfindung | 16 |
| 2.2.1 Rahmenbedingungen | 16 |
| 2.2.2 Entscheidungsmodelle in der Medizin | 17 |
| 2.2.3 Umsetzung in der Arzt-Patienten-Kommunikation | 18 |
| 2.2.4 Indikationen für PEF | 19 |
| 2.2.5 Gesundheitsinformationen und Risikokommunikation | 20 |
| 2.3 Praktische Umsetzung von PEF | 21 |
| 2.3.1 Medizinische Entscheidungshilfen | 21 |
| 2.3.2 Patientenschulungen | 24 |
| 2.3.3 Ärztliche Trainingsmaßnahmen | 24 |
| 2.4 Effekte von PEF in der Orthopädie | 25 |
| 2.5 Barrieren bei der Umsetzung von PEF | 25 |
| 2.6 Ausblick | 26 |
| Literatur | 27 |
| 3 Das Problem aus Sicht eines Patienten | 31 |
| <i>Manfred Kremer</i> | |
| 3.1 Arztzentrierte Behandlung | 32 |
| 3.2 Der Wandel | 32 |
| 3.3 Patientenzentrierte Behandlung | 32 |
| 3.3.1 Epikrise | 32 |
| 3.3.2 Mein Job als Patientenvertreter | 32 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3.3 | Konzeptentwicklung | 33 |
| 3.3.4 | Praktische Umsetzung, Patientenschule | 34 |
| 3.4 | Fazit..... | 35 |
| 4 | Das Problem aus Sicht eines budgetverantwortlichen Arztes – zwischen Hippokrates und Umsatzrendite | 37 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| 4.1 | Eid des Hippokrates | 38 |
| 4.2 | Umsatzrendite | 38 |
| 4.3 | Qualität | 38 |
| 4.4 | Probleme bei der Krankenhausfinanzierung..... | 39 |
| 4.5 | Anforderungen an leitende Ärzte | 39 |
| 4.6 | Die Ökonomie gewinnt (zu viel) an Einfluss..... | 41 |
| 4.7 | Das Bild aus Sicht der Patienten | 43 |
| 4.8 | Die Rolle der Geschäftsführer | 43 |
| 4.9 | Die Probleme kommen in der Öffentlichkeit an..... | 45 |
| 4.10 | Die Rolle des DRG Systems..... | 45 |
| | Literatur | 47 |
| 5 | Patient und Arzt – ein Dialog im Schatten des Wirtschaftlichkeitszwangs | 49 |
| | <i>Bodo Antonic</i> | |
| 5.1 | Vorwort | 50 |
| 5.2 | Einleitung und Fragestellung..... | 50 |
| 5.3 | Studiendesign und -durchführung | 51 |
| 5.4 | Schlüsselergebnisse der Studie..... | 52 |
| 5.4.1 | Niedergelassene Ärzte..... | 52 |
| 5.4.2 | Klinikärzte | 53 |
| 5.4.3 | Kriterien der Patientenzufriedenheit..... | 53 |
| 5.5 | Einschätzung der Ärzte und Patienten im Vergleich | 55 |
| 5.5.1 | Fazit | 55 |
| 5.6 | Fazit der Studie | 56 |
| 5.7 | Nicht wissenschaftliches Schlusswort | 56 |
| 6 | Arbeitszufriedenheit in der Pflege als Faktor der Versorgungsqualität | 59 |
| | <i>Maria Nadj-Kittler, Katja Stahl</i> | |
| 6.1 | Arbeitsbedingungen der Pflege im Wandel | 60 |
| 6.2 | Wirtschaftliche Kennzahlen versus Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität | 60 |
| 6.3 | Führung, Arbeitsbelastung, Patientenversorgung: Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften | 60 |
| 6.4 | Datenanalyse zur Arbeitszufriedenheit in der Pflege | 61 |
| 6.4.1 | Picker-Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit | 61 |
| 6.4.2 | Ergebnisse aktueller Befragungen von Pflegekräften aus Orthopädie und Unfallchirurgie .. | 62 |
| 6.5 | Schlussfolgerungen | 62 |
| | Literatur | 65 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 7 | Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus aus Sicht der Krankenhausleitung | 67 |
| | <i>Peter Asché</i> | |
| 7.1 | Finanzielle Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor | 68 |
| 7.2 | Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus | 69 |
| 7.2.1 | Mittelknappheit und Ressourcenallokation | 69 |
| 7.2.2 | Handlungsfelder aus Sicht der Klinikleitung | 70 |
| 7.3 | Ausblick | 73 |
| | Literatur | 73 |
| 8 | Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus aus Sicht der Industrie | 75 |
| | <i>Marc D. Michel</i> | |
| 8.1 | Aktuelle Aspekte der Mittelknappheit im Umfeld des Krankenhauses | 76 |
| 8.2 | Konsequenz der Mittelknappheit für den Patienten | 76 |
| 8.3 | Aktuelle Aspekte und Rahmenbedingungen für die Medizinprodukteindustrie | 77 |
| 8.4 | Konsequenzen der Mittelknappheit | 77 |
| 8.4.1 | Einseitige Betrachtung der Medizinprodukte als Kostenfaktor | 77 |
| 8.4.2 | Innovationsmanagement in Deutschland auf dem Prüfstand | 79 |
| 8.5 | "Wir können doch kein Fazit ziehen, wenn wir noch unterwegs sind ..." | 80 |
| | Literatur | 81 |
| 9 | Die unterschiedlichen Dimensionen der Versorgungsqualität im Krankenhaus | 83 |
| | <i>Matthias Mohrmann</i> | |
| 9.1 | Einleitung | 84 |
| 9.2 | Innovation | 84 |
| 9.3 | Operative und interventionelle Routineprozeduren | 85 |
| 9.4 | Pflegerische Versorgung im Krankenhaus | 86 |
| 9.5 | Fazit | 88 |
| 10 | Probleme im stationären Sektor aus Sicht des Ökonomen | 89 |
| | <i>Boris Augurzky</i> | |
| 10.1 | Einleitung | 90 |
| 10.2 | Steigende Leistungsmenge | 90 |
| 10.3 | Schrumpfende Finanzierungsbasis | 94 |
| 10.4 | Wege aus dem Dilemma | 96 |
| 10.5 | Fazit | 99 |
| | Literatur | 100 |
| 11 | Verweildauer als Zielparameter der Patientenversorgung aus ökonomischer und medizinischer Sicht | 101 |
| | <i>Claudia Linke</i> | |
| 11.1 | Paradigmenwechsel in der medizinischen Versorgung seit Einführung der DRG | 102 |
| 11.2 | Wie viel Krankenhaus braucht der Patient? | 103 |
| 11.3 | Gängige Glaubenssätze im Klinikalltag in Verbindung mit der Verweildauer | 105 |
| 11.3.1 | Glaubenssatz 1: Lange Verweildauer = gute Qualität | 106 |
| 11.3.2 | Glaubenssatz 2: Kurze Verweildauern sind rein ökonomisch begründet | 108 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 11.3.3 | Glaubensatz 3: Die Entlassung muss sich an der mittleren Verweildauer orientieren | 108 |
| 11.3.4 | Glaubensatz 4: Gefühlte versus tatsächliche Verweildauer | 110 |
| 11.3.5 | Glaubensatz 5: Der Patient möchte eine lange stationäre Verweildauer | 110 |
| 11.4 | Zielparameter der Zukunft für eine optimale medizinische Versorgung | 111 |
| | Literatur | 112 |
| 12 | PROM – Mehr als nur die Standzeit betrachten | 115 |
| | <i>Jing Xie</i> | |
| 12.1 | Einleitung | 116 |
| 12.2 | Mangelnde Patientenzufriedenheit | 116 |
| 12.3 | Produkte und Programme für patientenzentrierte Versorgung | 116 |
| 12.4 | Zusammenfassung | 117 |
| | Literatur | 118 |

II Lösungen für das Medizinmanagement

| | | |
|-----------|---|-----|
| 13 | Optimierte Diagnostik am Beispiel eines Instituts | 121 |
| | <i>Christian Schneider</i> | |
| 13.1 | Einführung | 122 |
| 13.2 | Strukturierter Diagnostikplan | 122 |
| 13.3 | Fallkonferenz als Schlüssel | 123 |
| 14 | Patientenschulungen | 125 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| | Literatur | 126 |
| 15 | Sport- und Physiotherapie | 127 |
| | <i>Inga Krauß, J. Heisel</i> | |
| 15.1 | Einführung | 128 |
| 15.2 | Begriffsbestimmung | 128 |
| 15.2.1 | Physiotherapie | 128 |
| 15.2.2 | Sport- und Bewegungstherapie | 128 |
| 15.2.3 | Physikalische Therapie | 129 |
| 15.3 | Relevante Berufsgruppen zur Durchführung der Therapie | 129 |
| 15.4 | Allgemeine Ziele und Wirkmechanismen | 130 |
| 15.4.1 | Schmerzlinderung | 130 |
| 15.4.2 | Funktionelle Anpassungen | 130 |
| 15.4.3 | Psychische Effekte | 131 |
| 15.4.4 | Placeboeffekte | 131 |
| 15.5 | Spezifizierte Therapieinhalte | 132 |
| 15.5.1 | Klassische Physiotherapie | 132 |
| 15.5.2 | Sport- und Bewegungstherapie | 133 |
| 15.5.3 | Physikalische Maßnahmen | 137 |
| 15.6 | Präoperatives Training zur Verbesserung der postoperativen Situation | 142 |
| 15.7 | Postoperative Empfehlungen sportlicher Aktivitäten nach Endoprothesenversorgung | 142 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 15.8 | Grundsätzliches zur Behandlung chronischer, akuter und postoperativer Beschwerden am Bewegungsapparat | 144 |
| | Literatur | 144 |
| 16 | Präoperative Ganzkörperwaschung | 147 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| 16.1 | Einleitung | 148 |
| 16.2 | Studien zur Wirksamkeit von Ganzkörperwaschung mit Chlorhexidin-Waschlotion | 149 |
| 16.2.1 | Präoperative Ganzkörperwaschung mit Chlorhexidindiglukonat in der Orthopädie | 149 |
| 16.2.2 | Präoperative Ganzkörperwaschung mit Chlorhexidindiglukonat in der Gefäßchirurgie | 150 |
| 16.2.3 | Bäder oder Duschvorgänge mit Chlorhexidindiglukonat | 150 |
| 16.2.4 | Anwendung von Chlorhexidindiglukonat kombiniert mit Mupirocin | 151 |
| 16.2.5 | Anwendung von Octenisan bei MRSA-Hautkolonisation | 152 |
| 16.2.6 | Eradikation von Propionibakterien | 153 |
| | Literatur | 155 |
| 17 | Blutmanagement in der Orthopädie und Unfallchirurgie | 157 |
| | <i>Pascal Knüfermann, Holger Haas</i> | |
| 17.1 | Einführung | 158 |
| 17.2 | Hintergrund und Historie | 158 |
| 17.3 | PBM als 3-Säulen-Behandlungskonzept | 161 |
| 17.4 | Säule 1: Optimierung des Erythrozytenvolumens und präoperatives Anämiemanagement | 163 |
| 17.5 | Säule 2: Vermeidung von Blutungen und Blutverlusten | 167 |
| 17.6 | Säule 3: Erhöhung und Ausschöpfung der Anämietoleranz | 168 |
| 17.7 | Wirtschaftliche Aspekte von PBM | 169 |
| | Literatur | 169 |
| 18 | Flüssigkeitsmanagement | 173 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| | Literatur | 175 |
| 19 | Postoperative Schmerztherapie | 177 |
| | <i>Joachim Nadstawek</i> | |
| 19.1 | Aufklärung über die postoperative Schmerztherapie | 179 |
| 19.1.1 | Aufklärung des Patienten über eine patientenkontrollierte Analgesie über eine Schmerzpumpe (PCA) | 179 |
| 19.1.2 | Aufklärung über einen Periduralkatheter (PDK) zur postoperativen Schmerztherapie | 179 |
| 19.2 | Schmerzprophylaxe | 180 |
| 19.2.1 | Novalgin | 181 |
| 19.2.2 | Diclofenac und Ibuprofen | 181 |
| 19.2.3 | Piritramid (Dipdolor) | 182 |
| 19.2.4 | Tramadol | 182 |
| 19.2.5 | Paracetamol | 182 |
| 19.3 | Schmerzmessung | 183 |
| 19.4 | Postoperative Schmerztherapie im Aufwachraum | 183 |
| 19.4.1 | Geplante Schmerztherapie über PCA | 183 |
| 19.4.2 | Geplante Schmerztherapie über PDK | 184 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| 19.5 | Patientenkontrollierte intravenöse Analgesie (PCA/PCIA) | 184 |
| 19.5.1 | Würzburger Schmerztropf-PCA versus PCA mit Piritramid..... | 185 |
| 19.5.2 | Kontraindikationen..... | 185 |
| 19.5.3 | Programmierung der PCA-Pumpen..... | 185 |
| 19.5.4 | PCA bei Kindern..... | 187 |
| 19.6 | Periduralkatheter (PDK) | 187 |
| 19.6.1 | Indikationen und Kontraindikationen | 187 |
| 19.6.2 | PDK und Thromboseprophylaxe..... | 188 |
| 19.6.3 | PDK-Anlage | 189 |
| 19.6.4 | Intraoperative peridurale Medikamentengabe | 190 |
| 19.6.5 | PDK auf der Normalstation..... | 191 |
| 19.6.6 | Beendigung der Periduralanalgesie | 192 |
| 19.6.7 | Umgang mit Komplikationen | 192 |
| 19.7 | Periphere Nervenblockaden..... | 193 |
| 19.7.1 | Intraoperatives Vorgehen | 193 |
| 19.7.2 | Plexuskatheter im Aufwachraum | 193 |
| 19.8 | Praktisches Vorgehen im Schmerzdienst | 194 |
| 19.8.1 | Vorgehen bei unzureichender Analgesie..... | 194 |
| 19.8.2 | Organisatorisches | 194 |
| 19.9 | Postoperative Analgesie bei Kindern | 196 |
| 19.9.1 | Schmerzmessung | 196 |
| 19.9.2 | Applikationsweise von Medikamenten | 196 |
| 19.9.3 | Medikamentöse Schmerztherapie..... | 197 |
| 19.9.4 | Patientenkontrollierte Analgesie (PCA) | 198 |
| 19.9.5 | Periphere Nervenblockaden, Epiduralanalgesie und Kaudalanästhesie | 198 |
| 19.10 | Sonderfälle..... | 199 |
| 19.10.1 | Vorgehen bei Kopfschmerzen nach der Punktion..... | 199 |
| 19.10.2 | Drogenabhängige oder opioidgewöhnte Patienten | 199 |
| | Literatur | 201 |
| 20 | Perioperatives Schmerzmanagement aus Sicht des Operateurs | 203 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| 20.1 | Pathophysiologie des Schmerzes..... | 204 |
| 20.2 | Präoperative Phase..... | 205 |
| 20.3 | Schmerzdokumentation..... | 206 |
| 20.4 | Präemptive Analgesie | 207 |
| 20.4.1 | NSAR | 207 |
| 20.4.2 | Opiate | 208 |
| 20.4.3 | NMDA-Rezeptor-Antagonisten | 208 |
| 20.4.4 | α_2 -Rezeptor-Agonisten | 208 |
| 20.4.5 | Regionalanästhesie..... | 208 |
| 20.4.6 | Lokale Infiltrationsanästhesie | 210 |
| 20.5 | Operative Phase..... | 211 |
| 20.6 | Postoperative Analgesie..... | 212 |
| 20.7 | Fazit für die Praxis..... | 213 |
| | Literatur | 213 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 21 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe | 217 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| 21.1 | Einführung | 218 |
| 21.2 | Risikostratifizierung | 219 |
| 21.3 | Indikation | 219 |
| 21.4 | Zeitpunkt | 219 |
| 21.5 | Wirkstoffe | 221 |
| | Literatur | 222 |
| 22 | Intraoperative lokale Anwendungen zur Infektprophylaxe | 225 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| | Literatur | 227 |
| 23 | Anwendung von Drainagen, Tourniquets und CPM | 229 |
| | <i>Jörg Jerosch</i> | |
| 23.1 | Drainagen | 230 |
| 23.2 | Tourniquet | 230 |
| 23.3 | Continuous passive motion | 230 |
| | Literatur | 231 |
| 24 | Das EndoCert-Konzept | 233 |
| | <i>Holger Haas</i> | |
| 24.1 | Hintergrund | 234 |
| 24.2 | Entwicklung | 234 |
| 24.3 | Kernelemente | 235 |
| 24.4 | Formaler Aufbau des Zertifizierungsverfahrens | 237 |
| 24.5 | Ablauf des Verfahrens | 238 |
| 24.6 | Erfahrungen aus den Pilotphasen und erste Ergebnisse | 240 |
| 24.6.1 | Personal | 240 |
| 24.6.2 | Institutionalisierte Besprechungen | 240 |
| 24.6.3 | Kernprozesse | 240 |
| 24.6.4 | Stützprozesse | 241 |
| 24.6.5 | Qualitätsindikatoren | 241 |
| 24.7 | Aktueller Stand | 241 |
| 24.8 | Diskussion und Ausblick | 241 |
| | Literatur | 242 |
| 25 | Lösungskonzepte für eine effiziente OP-Nutzung | 245 |
| | <i>Dirk Pfitzer, Roman Hipp, Katja Pöhls</i> | |
| 25.1 | Einleitung | 246 |
| 25.2 | 3-Punkte-Plan zur Steigerung der Effizienz im OP | 246 |
| 25.2.1 | Vermeidung jeglicher Stillstandzeiten | 246 |
| 25.2.2 | Minimierung von Effizienzverlusten im OP-Ablauf | 247 |
| 25.2.3 | Sicherstellung eines bedarfsgerechten Personaleinsatzes | 249 |
| 25.3 | Unterstützung durch übergeordnete Rahmenbedingungen | 250 |
| 25.4 | Einbettung der OP-Analyse in weitere Betrachtungen | 252 |
| 25.5 | Effektives Change Management als Voraussetzung für eine nachhaltige Umsetzung | 252 |
| | Literatur | 253 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 26 | Juristische Aspekte der Prozessoptimierung im Krankenhaus | 255 |
| | <i>Heiko Schott</i> | |
| 26.1 | Hintergrund | 256 |
| 26.2 | Konsequenzen | 256 |
| 26.2.1 | Zeitliche Komponente | 257 |
| 26.2.2 | Inhaltliche Komponente | 258 |
| 26.2.3 | Formelle Komponente | 259 |
| 26.3 | Fazit | 259 |
| 27 | Mindestmenge – Spezialisierung des Operateurs | 261 |
| | <i>Jochen Schunck</i> | |
| 27.1 | Einleitung | 262 |
| 27.1.1 | Mindestmengen | 262 |
| 27.1.2 | Spezialisierung des Operateurs | 264 |
| 27.2 | Diskussion | 264 |
| | Literatur | 265 |
| 28 | Warum bedarf es neuer Konzepte wie dem Rapid-Recovery-Programm? | 267 |
| | <i>Kirill Gromov, Henrik Husted</i> | |
| 28.1 | Einleitung | 268 |
| 28.2 | Krankenhausverweildauer | 268 |
| 28.3 | Mortalität und Morbidität | 269 |
| 28.4 | Patientenzufriedenheit | 269 |
| 28.5 | Kosten | 270 |
| 28.6 | Sicherheit | 270 |
| 28.7 | Fazit | 270 |
| | Literatur | 271 |
| 29 | Rapid-Recovery-Management als organisatorische Innovation für die kontinuierliche medizinische Optimierung | 273 |
| | <i>Claudia Linke, Tobias Heitmann</i> | |
| 29.1 | Notwendigkeit für eine patienten- und prozessorientierte sowie ganzheitliche Betrachtung des Behandlungsverlaufs | 274 |
| 29.2 | Von strukturierten Behandlungspfaden bis hin zum Rapid-Recovery-Management | 274 |
| 29.2.1 | Schritt 1: Prozessoptimierung durch patienten- und informationsorientierte Wertschöpfungskonfiguration des Behandlungsprozesses | 277 |
| 29.2.2 | Schritt 2: Kontinuierliche klinische Verbesserungen | 279 |
| 29.2.3 | Schritt 3: Evaluation von Ergebnissen und Herausbildung einer hauseigenen Evidenz | 279 |
| 29.3 | Kommunikation als Behandlungsmarke | 280 |
| 29.4 | Effekte des Rapid-Recovery-Managements | 280 |
| 29.5 | Medizinmanagement der Zukunft | 281 |
| | Literatur | 283 |

III Indikationsspezifische Lösungen

| | | |
|-----------|--|-----|
| 30 | Praktische Umsetzung der Behandlungspfade in der Knie- und Hüftendoprothetik | 287 |
| | <i>Joachim Schmidt, Eddo Groß</i> | |
| 30.1 | Einleitung | 288 |
| 30.2 | Behandlungspfad | 288 |
| 30.3 | Erstkontakt des Patienten | 288 |
| 30.4 | Rapid-Recovery-Schulung | 289 |
| 30.5 | Aufnahmetag bzw. OP-Tag | 289 |
| 30.6 | Postoperativer stationärer Aufenthalt | 299 |
| 30.7 | Nachstationärer Verlauf | 302 |
| | Literatur | 304 |
| 31 | Bewegungstherapie in der Rehabilitation nach Knie- oder Hüft-TEP-Implantation | 305 |
| | <i>Simon Hendrich</i> | |
| 31.1 | Einleitung und Hintergrund | 306 |
| 31.2 | Rehabilitation nach Knie- oder Hüft-TEP | 306 |
| 31.3 | Bewegungstherapie nach Knie- oder Hüft-TEP | 307 |
| 31.3.1 | Evidenz zur Bewegungstherapie nach Knie-TEP | 307 |
| 31.3.2 | Evidenz zur Bewegungstherapie nach Hüft-TEP | 307 |
| 31.3.3 | Dosierung der Bewegungstherapie nach Knie- oder Hüft-TEP | 308 |
| 31.3.4 | Einfluss der Bewegungstherapie nach Knie- oder Hüft-TEP | 309 |
| 31.3.5 | Forschungsdefizit | 310 |
| 31.4 | Zusammenfassung und Ausblick | 310 |
| | Literatur | 311 |
| 32 | Umsetzung von Rapid Recovery in der Schulterendoprothetik | 315 |
| | <i>Mathias Herwig</i> | |
| 32.1 | Einleitung | 316 |
| 32.2 | Einführung eines Behandlungspfads | 316 |
| 32.3 | Konkrete Umsetzungen am Johanna-Etienne-Krankenhaus | 317 |
| 32.3.1 | Indikationsstellung und Sprechstunde | 317 |
| 32.3.2 | Prästationärer Tag und Patientenschule | 318 |
| 32.3.3 | Aufnahmetag | 319 |
| 32.3.4 | OP-Tag | 320 |
| 32.3.5 | Stationärer Verlauf | 322 |
| 32.3.6 | Entlassungstag | 323 |
| 32.3.7 | Poststationäre Phase | 324 |
| 32.4 | Prozessevaluation und Auswertung | 324 |
| 32.4.1 | Schmerztherapie | 324 |
| 32.4.2 | Prästationäre und stationäre Prozesse | 325 |
| 32.4.3 | Poststationärer Prozess | 326 |
| 32.4.4 | Aufenthaltsdauer | 328 |
| 32.4.5 | Klinische Scores | 328 |
| 32.5 | Fazit | 329 |
| | Literatur | 329 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 33 | Umsetzung des Fast-Track-Konzepts in der Wirbelsäulenchirurgie | 331 |
| | <i>Christoph Fleege, Michael A. Rauschmann</i> | |
| 33.1 | Einführung | 332 |
| 33.2 | Präoperative Aspekte der Behandlungsoptimierung | 332 |
| 33.2.1 | Verbesserte Patienteninformation durch Patientenschule | 332 |
| 33.2.2 | Steigerung der Patientenzufriedenheit durch die Patientenschule | 334 |
| 33.3 | Intra- und postoperative Aspekte zur Reduktion von Komplikationen und Verbesserung des Outcomes | 335 |
| 33.3.1 | Optimale Lagerung des Patienten | 335 |
| 33.3.2 | Intraoperative Wärmeregulation und deren Folgen | 336 |
| 33.3.3 | Maßnahmen zur Reduktion des intraoperativen Blutverlusts | 336 |
| 33.3.4 | Periduralkatheter und weitere Möglichkeiten zur Schmerzreduktion | 338 |
| 33.4 | Postoperatives Nachbehandlungsmanagement | 339 |
| 33.4.1 | Müssen postoperative Drainagen sein? Wenn ja, wie lange? | 339 |
| 33.4.2 | Multifaktorielle Einflüsse auf die Frühmobilisation | 340 |
| 33.4.3 | Postoperative Korsettbehandlung – hilfreich oder behindernd? | 341 |
| 33.5 | Konsequentes Entlassungsmanagement | 342 |
| 33.6 | Entwicklung der Krankenhausverweildauer durch strukturierte Behandlungskonzepte | 342 |
| 33.7 | Zusammenfassung | 342 |
| | Literatur | 343 |
| 34 | Multimodales Konzept in der konservativen Wirbelsäulenbehandlung | 345 |
| | <i>Christian Schneider</i> | |
| 34.1 | Einführung | 346 |
| 34.2 | Schmerzbehandlung | 346 |
| 34.3 | Psychosoziale Aspekte | 346 |
| 34.4 | Physio- und Trainingstherapie | 347 |
| 34.5 | Stationäre Behandlung | 347 |
| 35 | Arthosemanagement in Praxis und Klinik | 349 |
| | <i>Klaus Baum, Jörg Jerosch, Axel Schulz</i> | |
| 35.1 | Einführung | 350 |
| 35.2 | Konservatives Arthosemanagement | 350 |
| 35.2.1 | Basistherapie | 351 |
| 35.2.2 | Erweiterte nicht medikamentöse Therapie | 356 |
| 35.2.3 | Erweiterte medikamentöse Therapie | 357 |
| 35.3 | Operative Therapie | 359 |
| 35.3.1 | Gelenkerhaltende Operationen | 359 |
| 35.3.2 | Gelenkersatz | 359 |
| 35.4 | Multimodales Arthosemanagement | 360 |
| | Literatur | 361 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 36 | Sehnenmanagement in Praxis und Klinik am Beispiel | |
| | der Achillessehnentendopathie | 363 |
| | <i>Frank Weinert, Lukas Weisskopf</i> | |
| 36.1 | Einführung | 364 |
| 36.2 | Diagnostik | 365 |
| 36.2.1 | Anamnese | 365 |
| 36.2.2 | Untersuchung | 366 |
| 36.2.3 | Bildgebung | 366 |
| 36.3 | Therapie | 366 |
| 36.3.1 | Auslösende Faktoren erkennen und verändern | 366 |
| 36.3.2 | Heilungsprozesse aktiv anregen | 367 |
| 36.3.3 | Ergänzende therapeutische Maßnahmen | 367 |
| 36.3.4 | Kombination statt Monotherapie | 368 |
| 36.3.5 | Komplikationen nach Achillessehnenoperationen | 372 |
| 36.3.6 | Fazit | 373 |
| | Literatur | 374 |