



Gesundheitsland Schleswig-Holstein
Jahrbuch 2008/2009

Gesundheitsversorgung der Zukunft

Mehr Gesundheit
Mehr Gesundheit

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Familie, Jugend und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

Verantwortlich für den Inhalt der einzel-
nen Beiträge sind die Autorinnen und
Autoren, die Artikel geben ihre Meinung
wieder.

Konzeption und Redaktion:

dsn
Projekte und Studien für
Wirtschaft und Gesellschaft, Kiel
www.dsn-projekte.de
Randy Lehmann,
Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein

Realisation:

b+c computergraphik, www.b-u-c.com

Fotos:

Die Fotorechte liegen, soweit nicht
anders angegeben, bei den jeweiligen
Autorinnen und Autoren oder den
Organisationen.

Druck:

Druckzentrum A.C.Ehlers, Kiel

Auflage: 3.000 Exemplare

ISSN 0935-4379

September 2008

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck,
auch auszugsweise, nur mit schriftlicher
Genehmigung der Herausgeber.

Die Landesregierung im Internet:

[www.landesregierung.schleswig-
holstein.de](http://www.landesregierung.schleswig-
holstein.de)

Diese Broschüre wurde aus Recycling-
papier hergestellt.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der
Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-
holsteinischen Landesregierung herausge-
geben. Sie darf weder von Parteien noch
von Personen, die Wahlwerbung oder
Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum
Zwecke der Wahlwerbung verwendet
werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu
einer bevorstehenden Wahl darf diese
Druckschrift nicht in einer Weise ver-
wendet werden, die als Parteinahme der
Landesregierung zugunsten einzelner
Gruppen verstanden werden könnte. Den
Parteien ist es gestattet, die Druckschrift
zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder
zu verwenden.

Gesundheitsland Schleswig-Holstein
Jahrbuch 2008/2009

Gesundheitsversorgung der Zukunft

Inhalt

Interview mit Dr. Gitta Trauernicht, Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein Fragen an die Ministerin	7
Zukunftsprojekt „Gesundheit an der Westküste Kreise Dithmarschen und Steinburg	10
Zukunftsprojekt „Gesundheit an der Westküste“ Kreis Nordfriesland	12
Infokasten www.gesundheit.schleswig-holstein.de.	13
Gesundheitsregion NORD vernetzt Versorgung für chronisch Kranke Netzwerke als Innovation	14
Infokasten Gesundheitsregionen der Zukunft.	15
GesundheitsRegion zwischen Hamburg und Lübeck Trauma-Tangente A1	16
Infokasten Die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein	19
Neue Behandlungschancen im Kompetenzzentrum für Tumorerkrankungen Startschuss für Bauphase.	20
Neues Verfahren in der urologischen Tumordiagnostik ANNA hilft Präventionsmuffeln auf die Sprünge.	22
Chefarzt Dr. Tillmann Loch Ein Teamplayer der besonderen Art.	24
Klinische Behandlungspfade in der Flensburger Praxis Patientenpfade – Wege in die Zukunft	26
Elektronisches Portal für Hausärzte und Krankenhaus Modellprojekt ePortal	28
Kooperation im ländlichen Raum mit der elektronischen Patientenakte Gesundheitskarte Westküste.	30
Kooperation im ländlichen Raum mit der elektronischen Patientenakte Patientenakte in Flensburg	31
Gesundheitsmobil in Lübeck Kostenlos, vertraulich, menschlich	32
Infokasten Krankenversicherung für alle	33
Ideen für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum GesundheitsTreff im MarktTreff.	34
Daten und Fakten Gesundheitsland Schleswig-Holstein	36
Neues ambulantes Behandlungsangebot an Krankenhäusern Beispiel Onkologie	40
Neues ambulantes Behandlungsangebot an Krankenhäusern Kinder- und Jugendmedizin	42
Minimal-invasives Verfahren als schonende Alternative OP durchs Schlüsselloch	43
Praxiskliniken verbinden stationäre und ambulante Versorgung Praxisklinik Travemünde	44
Praxiskliniken verbinden stationäre und ambulante Versorgung DRK-Praxisklinik Mölln	45

Ehrenamtlicher Patientenservice	
Kleine Gesten mit großer Wirkung	48
Infokasten	
Das Patienteninformationszentrum – ein Modellprojekt	49
Neue Tätigkeit für Apotheken verbessert Service für Patienten	
Gut verpackt ist halb genommen	50
Das regionale Psychriatriebudget: mehr Qualität und weniger Verwaltung	
Exportschlag aus Schleswig-Holstein	51
Koordinierte Versorgung in der Schmerztherapie	
Schmerz lass nach	52
Ganzheitlicher Ansatz bei Erkrankungen in schwierigen Lebenslagen	
Case Management	54
Mit Gesundheits-Partnern in die Zukunft	
Pflegefall – was nun?	56
Gesundheitsförderung in den Familienalltag integrieren	
Gesunde Kinder – gesunde Zukunft	58
Infokasten	
Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“	59
Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein	
Zucker muss man messen	60
Interview mit Prof. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin	
Fragen an den Professor	62
Das Gesundheitsland Schleswig-Holstein von außen betrachtet	
Aktiv, klare Schwerpunkte, gut zu tun!	64
Interview mit Dr. Ingeborg Kreuz, Kommissarische Vorstandsvorsitzende der KVSH	
Fragen an die Vorsitzende	66
Entwicklung der Pflegeforschung in Schleswig-Holstein	
Wissen schaffen für die Praxis	68
Landesweite Unterstützung für niedrigschwellige Betreuungsangebote	
Einsatz für Menschen mit Demenz	70
Infokasten	
Alzheimer Gesellschaften in Schleswig-Holstein	71
Ein zukunftsfähiges Konzept für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz	
Alt werden in einer Wohngemeinschaft	72
Das Palliative Care Netz Nordfriesland	
Ein Netz, das auffängt	74
Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit HIV-Infektion oder AIDS	
Besser leben mit der Infektion	76
Training im Alltag bei Rückenschmerzen	
Reha abends um acht	79
Gütesiegel für medizinische Rehabilitation auf Erfolgskurs	
Das Gegenteil des Zufalls	80
Infokasten	
Selbstbestimmung und Schutz für Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz – SbStG)	81
Autorinnen und Autoren	82
Inserentenverzeichnis	86
Gesundheit im Netz – Adressen aus Schleswig-Holstein	87

Fragen an die Ministerin

Für eine Gesundheitsversorgung der Zukunft braucht man als Erstes gute Ideen und engagierte Akteure. Beides gibt es im Gesundheitsland Schleswig-Holstein in großer Zahl – das allein reicht aber nicht immer aus. Deshalb fördert das Gesundheitsministerium vielversprechende Projekte, die häufig bundesweit für Gesprächsstoff sorgen. Mehr dazu im Interview mit der schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht.



Dr. Gitta Trauernicht, Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein

Frau Ministerin, im vergangenen Jahr hatte das Jahrbuch Premiere. Hat es die Erwartungen erfüllt?

Die Premiere des Jahrbuches Gesundheitsland Schleswig-Holstein war ein voller Erfolg. Es ist auf Messen und Ausstellungen bundesweit präsentiert worden und ist auch bei Privatpersonen auf ein großes Interesse gestoßen. Von den Akteuren im Gesundheitsbereich – natürlich auch von uns im Ministerium – ist es als ein gelungenes und handliches Stück Standortmarketing genutzt worden. Das Jahrbuch lebt von der bewussten Mischung aus Berichten, Interviews und Daten und Fakten. Und es lebt davon, dass die Aktivisten der Gesundheitsszene in Schleswig-Holstein ihre Konzepte und Ideen selbst zu Papier gebracht haben. Insofern – unser Konzept ist aufgegangen. Das Jahrbuch 2007/2008 war eine breit angelegte Leistungsschau quer durch das Gesundheitsland Schleswig-Holstein. Für das „Gesundheitsland Schles-

wig-Holstein Jahrbuch 2008/2009“ haben wir einen inhaltlichen Schwerpunkt gesetzt.

Das Jahrbuch 2008/2009 hat den inhaltlichen Schwerpunkt „Gesundheitsversorgung der Zukunft“ – warum diesen?

Wir haben diesen Schwerpunkt gewählt, weil es eine der größten Herausforderungen der Zukunft ist, die Gesundheitsversorgung der Menschen auf einem qualitativ hohen Niveau sicherzustellen – überall auf der Welt und natürlich auch in Schleswig-Holstein. Die Weichen für die zukünftige Versorgung müssen jetzt gestellt werden – auch wenn es manchem zu früh erscheinen mag. Während andere sich noch darauf konzentrieren, öffentliche Scheingefechte über Zahlen und Entwicklungen zu führen, fangen wir schon einmal an, Konzepte und Ideen zu entwickeln und diese auch umzusetzen.

Es ist die Aufgabe aller Akteure im Gesundheitsbereich, für eine sozial gerechte Gesundheitsversorgung der Menschen in Schleswig-Holstein zu sorgen. Darum kümmern sich Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Pflegekräfte und Krankenhäuser im Land. Die Politik sorgt dafür, dass die Rahmenbedingungen stimmen. Sie fördert Um- und Neustrukturierungen, sie setzt Akzente, schafft Anreize und Möglichkeiten für Innovationen und entwickelt zusammen mit Aktiven Modellprojekte. Die Landesregierung setzt sich an die Spitze der Bewegung, wenn es darum geht, Bundesgesetze im Interesse einer verbesserten Gesundheitsversorgung für die Menschen im Land umzusetzen. Dabei stoßen wir häufig auf Grenzen

– nicht Grenzen der Möglichkeiten, aber Sektorengrenzen, das heißt Grenzen zwischen ambulant und stationär und manchmal auch zwischen gesetzlich und privat versichert. Wir wollen diese Grenzen durchlässiger machen. Integrierte und integrierende Versorgung vor Ort und im Verbund, ambulante Leistungen im Krankenhaus für alle Versicherten sind dabei die Schlüsselwörter. Übergreifende, vernetzte Angebote medizinischer Dienstleistungen verbessern die Versorgungsqualität der Menschen und werden so für sie durchschaubarer.

Wir arbeiten Hand in Hand für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung unabhängig von Herkunft, Einkommen und sozialer Stellung, Geschlecht, Alter oder Wohnort.

Frau Ministerin, gibt es schon Vorstellungen, wie diese Ideen umgesetzt werden können?

Ja, die gibt es. Drei Landkreise in Schleswig-Holstein werden sich mit unserer Unterstützung auf den Weg machen: Dithmarschen in Zusammenarbeit mit Steinburg und Nordfriesland. Das Prinzip ist ebenso einfach wie bestechend: Die Probleme werden dort gelöst, wo sie entstehen, nämlich vor Ort. Nur so können bestehende Grenzen – zwischen den Sektoren ebenso wie in den Köpfen – fallen. Dabei sollen diese Pilotprojekte durchaus beispielgebend werden für andere Regionen – in Schleswig-Holstein und darüber hinaus. Die Leitlinien dafür sind folgende:

- Medizinische Versorgung mit den regionalen Akteuren planen – damit die Entfernungen für die



Dr. Gitta Trauernicht beim Start der Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“ in der Kindertagesstätte Hi-Ha-Hermann, Elmshorn

Menschen im und auch auf dem Land zumutbar bleiben.

- Die ambulante Versorgung stärken und neu strukturieren – damit der vertraute Hausarzt vor Ort ist.
- Gesundheitsversorgung aus einer Hand entwickeln – damit es nur einen Ansprechpartner von der Klinik bis zu Hause gibt.
- Ambulante Versorgung in Krankenhäusern für alle Patienten – unabhängig von der Versicherung.
- „Datenautobahnen“ nutzen und Telemedizin weiterentwickeln – damit überall schnell und kostengünstig versorgt werden kann. Auch auf den Inseln, den Halligen, auf dem Land und im Urlaub in Schleswig-Holstein.
- Gezielte Versorgungsmodelle für eine älter werdende Bevölkerung entwickeln – damit die Menschen länger zu Hause wohnen können.
- Schwer- und schwerstkranken Menschen die richtige Versorgung ermöglichen – würdig und schmerzfrei bis zum Ende.

Die Projekte sind im Juli gestartet und haben eine Laufzeit von zunächst zwei Jahren. Wir werden zwischendurch immer wieder an einzelnen Stellschrauben drehen müssen und gemeinsam gangbare Lösungen und Verabredungen finden.

Ein gutes Beispiel für pragmatische, maßgeschneiderte Lösungen für die Gesundheitsversorgung vor Ort ist in einem MarktTreff in Beidenfleth (Kreis Dithmarschen) gerade aus der Taufe gehoben worden. Dieses Beispiel könnte dort Schule machen, wo die Probleme ähnlich sind. Auch darüber informieren wir in diesem Jahrbuch.

Die Krankenhäuser im Land tragen maßgeblich zur Sicherung der Gesundheitsversorgung bei. In den vergangenen Monaten haben Sie, Frau Ministerin, viel für deren Zukunft getan. Was konnten Sie konkret erreichen?

Ich setze mich seit meinem Amtsantritt in Schleswig-Holstein für die Zukunftssicherung unserer Krankenhäuser ein. Wir fördern sie nach Kräften – und zwar aus Überzeugung, denn die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und ihre Beschäftigten leisten hervorragende Arbeit für die Menschen im Land. Dennoch ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein besorgniserregend. Kostensteigerungen durch die jüngsten Tarifabschlüsse und die aktuelle Energiekostenentwicklung sind dabei nur einige der Belastungen. Mit umfassenden Reorganisationsmaßnahmen, engerer Kooperation und Arbeitsteilung sowie hohen Investitionen in die Modernisierung sorgen die Krankenhäuser für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung in Schleswig-Holstein. Damit alle Krankenhäuser kurzfristig bessere und vor allem faire Rahmenbedingungen haben, um auch künftig qualifizierte Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, müssen gleiche Leistungen auch bundesweit gleich bezahlt werden.

Ich habe den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in diesem Jahr genutzt, um das Thema „bundeseinheitlicher Basisfallwert“ (also gleicher Preis für eine Blind-

darmoperation in Schleswig-Holstein und Bayern) nach jahrelangen Diskussionen endlich zu einem Entschluss zu bringen. Nach zähen Verhandlungen ist uns auf der Gesundheitsministerkonferenz Anfang Juli in Plön der Durchbruch gelungen. Wir haben einen großen Schritt für die Zukunftssicherung unserer Krankenhäuser gemacht: Die Länder übernehmen die Verantwortung für eine notwendige Investitionsfinanzierung und der Bund wird ein Gesetz auf den Weg bringen, um für eine auskömmliche Finanzierung Sorge zu tragen. Insbesondere der Beschluss der Gesundheitsministerinnen und -minister zum Einstieg in den bundesweiten Basisfallwert ab 2010 mit einer kurzen Konvergenzphase bis 2015 ist ein Erfolg für Schleswig-Holstein. Es war ein harter Kampf, bis alle Länder sich gemeinsam auf dieses Ziel geeinigt haben. Jetzt muss die Bundesregierung den Gesetzentwurf auch so auf den Weg bringen.

Die Krankenhäuser sollen außerdem finanziell entlastet werden durch den künftigen Wegfall des Sanierungsbeitrages von 0,5 Prozent sowie der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung von einem Prozent. Die Tarifsteigerungen werden durch einen angemessenen Beitrag der Krankenversicherung aufgefangen. Für die Grundlohnbindung soll eine krankenhaushausgemessene Alternative gefunden werden. 570.000 Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein pro Jahr werden auch künftig eine gute medizinische und pflegerische Versorgung vorfinden. Dazu müssen die Rahmenbedingungen stimmen – die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz sind ein wichtiges Signal für die Zukunft der Krankenhäuser.

Haben die Gesundheitsministerinnen und -minister unter Ihrem Vorsitz auch über andere wichtige Themen beraten?

Ja, das haben sie. Insgesamt haben wir uns auf der knapp anderthalbtägigen Konferenz mit 30 Anträgen

Bei so vielen Terminen muss man jede Gelegenheit zum Gesundheitscheck nutzen. Die Gesundheitsministerin auf der Messe Wellness & Gesundheit 2008 in Husum.

beschäftigt. Einige der wichtigsten Themen waren Gesundheit im Alter, Kindergesundheit und Kinderschutz, die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, die Stärkung und Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung, Qualitätsverbesserung der Brustkrebbsversorgung, Europäische Gesundheitspolitik, Soziale Gesundheitswirtschaft und Beschränkungen für Alkoholwerbung. In einigen Bereichen arbeiten wir in Schleswig-Holstein schon an eigenen Lösungen, oder haben sie längst – wie zum Beispiel bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Zwar kann derzeit nicht von einem generellen Mangel an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesprochen werden, als problematisch erweist sich jedoch vorrangig die ungleiche Verteilung zwischen den Regionen und zwischen den Arztgruppen, was zu lokalen Versorgungsengpässen führt. Da setzen unsere Pilotprojekte an der Westküste an. Zum Thema Kindergesundheit und Kinderschutz haben wir mit dem Kinder- und Jugendaktionsplan (KJAP) ein Konzept auf den Weg gebracht, das alle Bereiche umfasst. Die Kinder in Schleswig-Holstein profitieren seit dem 1. April 2008 von unserem bundesweit einmaligen Kinderschutzgesetz. Landesprogramme zur Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen sind dort verankert, um soziale und gesundheitliche Frühwarnsysteme weiterzuentwickeln und eine Verantwortungsgemeinschaft in den Kommunen zu schaffen. Außerdem erhalten Eltern zukünftig für jede Vorsorgeuntersuchung eine Einladung durch das Landesfamilienbüro.

Mit dem Thema Brustkrebs – die mit Abstand häufigste Krebserkrankung von Frauen – haben wir uns besonders intensiv befasst. Um den hohen Standard der jetzigen Versorgung zu sichern und fortlaufend weiterzuentwickeln, bedarf es eines Qualitätsmanagements, das neue wissenschaftliche Entwicklungen zum Wohle der betroffenen Frauen zügig aufgreift und in praktisches Handeln umsetzt. Darüber hinaus müssen die



einzelnen Versorgungssysteme wie Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge, die zum Teil noch in sich geschlossene Systeme darstellen, besser vernetzt werden. Der schleswig-holsteinische Ansatz dafür ist das Netzwerk „Betrifft Brust“, ein Zusammenschluss aller Partner im Gesundheitswesen. Die GMK hat die Bundesregierung aufgefordert, entsprechende Regelungen zu treffen. (Mehr Informationen zu „Betrifft Brust“ unter www.betrifft.brust.de)

Was zeichnet Schleswig-Holstein als Gesundheitsland besonders aus?

Die klimatischen und landschaftlichen Gegebenheiten sind der optimale Rahmen für eine Gesundheitspolitik, die medizinische Versorgung, Wirtschafts- und Tourismusentwicklung integriert – das fassen wir unter dem Namen Gesundheitsland Schleswig-Holstein zusammen. Wir sind das einzige Bundesland zwischen zwei Meeren, ein Standortfaktor, der uns gewissermaßen in den Schoß gefallen ist. Wie wir Rahmenbedingungen fördern – und manchmal auch fordern – können Sie in diesem Jahrbuch nachlesen. Denn Schleswig-Holstein nutzt die Chancen des Marktes Gesundheitswirtschaft konsequent, um wirtschaftliches Wachstum zu ermöglichen und im Interesse der Bevölkerung neue Versorgungsmodelle auf den Weg zu bringen. Damit haben wir nicht nur einmal bundesweit Maßstäbe gesetzt. Das jüngste Beispiel sind die ambulanten Leis-

tungen im Krankenhaus. In Schleswig-Holstein wurden die ersten zwölf Verträge schon vor Weihnachten 2007 unterschrieben. Darüber spricht man – und zwar bundesweit.

Wir wollen bestehende Stärken stärken und gleichzeitig neue Wege gehen. Unsere Gesundheitspolitik verfolgt mehrere gleichwertige Ziele: Wir wollen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die Menschen im Land, und wir wollen Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft schaffen, sichern und erhalten. Was uns auszeichnet, ist unsere fast schon sprichwörtliche Dialogkultur über alle Themen und Sektoren hinweg. In Schleswig-Holstein kriegen wir gemeinsam viel „gewuppt“. Manchmal müssen wir darüber lange streiten, aber am Ende siegt der Wille, das Gesundheitsland für die Menschen im Land voranzubringen. Dafür haben wir uns Schwerpunkte gesetzt: Wir werden mit dem Einsatz moderner Medizintechnik und Technologie die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein verbessern. Wir werden die regionale Gesundheitsversorgung sichern, verbessern und sozial gerecht gestalten. Wir sorgen für mehr Gesundheit im Land zwischen den Meeren, indem wir den Gesundheitstourismus profilieren und wir stärken die Patientenfreundlichkeit durch mehr Transparenz.

Die Fragen stellte Randy Lehmann, Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein.

Kreise Dithmarschen und Steinburg

Bereits heute ist die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen in ländlichen Räumen in Schleswig-Holstein schwierig. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und den sich heute abzeichnenden Tendenzen in der ambulanten Krankenversorgung wird sich dieser Zustand weiter verschlechtern. Dem entgegenzuwirken ist Ziel unseres Projektes zur Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung im westlichen Schleswig-Holstein, das gemeinsam von den Kreisen Steinburg und Dithmarschen mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein begonnen wurde.



Im ländlichen Raum sind bereits jetzt Praxen nicht besetzt

Die ländlich strukturierten Kreise Dithmarschen und Steinburg sind bereits jetzt vom demographischen Wandel betroffen. Diese Entwicklung verstärkt sich noch in den nächsten Jahren. Die Einwohnerzahlen der Kreise werden zurückgehen und die vorhandene Bevölkerung wird im Durchschnitt deutlich älter sein. So steigt insbesondere die Altersgruppe der über 75-Jährigen deutlich an. Damit einher geht eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Diesen vermehrten Bedarf kann die ambulante ärztliche Versorgung allein nicht auffangen. Bereits jetzt sind in den Kreisen Dithmarschen

und Steinburg allgemeinmedizinische Kassenarztsitze nicht besetzt. Die Suche nach Interessenten ist schwierig und bleibt häufig erfolglos. Diese Situation wird noch durch die demographische Entwicklung in der niedergelassenen Ärzteschaft selber verstärkt. Aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird in den nächsten Jahren eine Vielzahl von Kassenarztsitzen neuzubesetzen sein.

Dies gilt nicht nur für den hausärztlichen, sondern auch für den fachärztlichen Bereich. Aufgrund der geringen Bevölkerungszahl im ländlichen Raum verglichen mit den Ballungsgebieten kann sich darüber hinaus die Situation ergeben, dass einzelne Fachgebiete im ambulanten Bereich gar nicht abgedeckt

werden können. In diesen Fällen wird schon jetzt die ambulante Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide sichergestellt, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein dazu ermächtigt wurden.

Die skizzierte Entwicklung im ambulanten Bereich wirkt sich unmittelbar auf die Kliniken in den ländlichen Räumen aus. Durch die Ausdünnung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung steigt die Inanspruchnahme bei der stationären Gesundheitsversorgung. Dies verstärkt sich durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung, die ebenfalls zu einer Zunahme der Fallzahlen und der Schweregrade bei der stationären

und teilstationären Versorgung in den Kliniken führt. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist jedoch auch hier nicht problemlos möglich, da die Finanzausstattung und die Bettendichte in Schleswig-Holstein zu den niedrigsten in der Bundesrepublik Deutschland zählen und es auch im Bereich der stationären Versorgung Probleme bei der Gewinnung von Fachkräften zum Beispiel im Ärztlichen Dienst oder beim OP-Personal gibt.

Die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH in der Trägerschaft des Kreises Dithmarschen haben bereits mit verschiedenen Maßnahmen auf die Entwicklung reagiert. Die Möglichkeiten zur Unterstützung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung haben die Kliniken intensiv genutzt. Ein Medizinisches Versorgungszentrum wurde gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten gegründet. Die mit dem Paragraphen 116 b (Sozialgesetzbuch V) geschaffenen Möglichkeiten der ambulanten Versorgung wurden von den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide frühzeitig umgesetzt. Darüber hinaus sind viele der an den Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein für die ambulante Versorgung ermächtigt. Die bisher ergriffenen Maßnahmen werden jedoch nicht ausreichen, um die Probleme der Zukunft zu lösen. Hierfür ist eine gemeinsame Initiative aller an der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Beteiligten notwendig.

Das Projekt

Vor diesem Hintergrund haben die Kreise Dithmarschen und Steinburg das Projekt „Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung im westlichen Schleswig-Holstein, Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum 2020“ ins Leben gerufen. Ziel dieses Projektes ist, für die durch Überalterung und rückläufige Bevölkerungszahlen gekennzeichnete Region Dithmarschen/Steinburg die in den nächsten Jahren rapide steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger rückläufiger Anbieterzahl (Ärzte) durch Zusammenführen der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche und Anbieter zu bewältigen. In einem von einem Institut für Gesundheitssystemforschung moderierten Prozess unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Rettungsdienste wird ein kurzfristig umsetzbares Konzept einer integrierten Gesundheitsversorgung für die Region Dithmarschen/Steinburg erarbeitet.

Neben der Kooperation der Versorgungsstrukturen des ambulanten und stationären Bereiches muss dabei die Finanzausstattung für die Gesundheitsversorger sichergestellt werden. Die flächendeckende Versorgung im fachärztlichen Bereich kann nur durch die noch verbliebenen Fachärztinnen und Fachärzte sowie die Kliniken gemeinsam erfolgen. Die Organisation im allgemeinmedizinischen Bereich muss so gestaltet werden, dass Ärztinnen und Ärzte wieder Interesse finden, in ländlichen Regionen diese wichtige Schlüsselfunktion zu übernehmen. Auch der Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner kommt hier eine wichtige Rolle zu.

Entscheidend für den Erfolg des Projektes ist die sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen in der Region Tätigen. Nur so kann die ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung in der ländlichen Region auch in Zukunft sichergestellt werden.

Das Projekt, das zukunftsweisend auch für die Gesundheitsversorgung in anderen ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein und darüber hinaus ist, wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein im Rahmen der Initiative „Gesundheit an der Westküste“ gefördert.

Landrat Dr. Jörn Klimant, Kreis Dithmarschen,
www.dithmarschen.de



Anerkannte Fachklinik für AHB und Rehabilitation



**Luftkurort Inselstadt
Ratzeburg**

Im herrlichen Naturpark Lauenburgische Seen

Wir sind spezialisiert auf die Nachbehandlung von Tumor- sowie urologischen und gynäkologischen Erkrankungen. Unser qualifiziertes Reha-Team vermittelt Ihnen das Gefühl der Geborgenheit und gibt Raum für Individualität.

- Fachärztliche Leitung und Betreuung
- Aktive onkologische Therapie
- Psychologische Betreuung
- Med. Aufbautraining und Physiotherapie
- Schwimmbad, Bewegungsbad, Fitness
- Ergotherapie
- Begleitpersonen sind willkommen
- Ernährungsberatung, Diät-Lehrküche
- Dialyse im Haus







Röpersbergklinik
Röpersberg 47 · 23909 Ratzeburg
Tel.: 0 45 41/13-34 50 · Fax: 13-34 07
www.rkrz.de · info@rkrz.de

Kreis Nordfriesland

Im engen Dialog mit allen Beteiligten entwickelt der Kreis Nordfriesland Vorschläge für die Zukunftssicherung der integrierten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Dabei werden die Auswirkungen des demographischen Wandels ebenso in die Aktivitäten einbezogen wie die besondere geographische Situation des Kreises mit seinen Inseln und Halligen.



Mit dem Fahrrad zur Hamburger Hallig – eine von vielen gesunden Aktivitäten im Kreis Nordfriesland

(Foto: Hartmut Pohl, Husum)

Im Kreis Nordfriesland gibt es noch keinen akuten Ärztemangel. Auf je 1.275 Einwohner kommt ein Hausarzt. Dieser Wert liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt. Leistungsfähige Krankenhäuser – davon vier in der Trägerschaft des Kreises – stellen die Grund- und Regelversorgung sicher und bauen ihre Leistungsspektren zielgerichtet weiter aus. Seit 2004 ist in Niebüll im nördlichen Kreisgebiet ein Rettungshubschrauber stationiert, der nicht nur bei Notfällen im nördlichen Schleswig-Holstein, sondern auch im südlichen Dänemark eingesetzt wird. Seine Besatzungen sind sowohl in der deutschen als auch in der dänischen Sprache zu Hause und darüber hinaus mit den Unterschieden der medizinischen Behandlung in beiden Ländern vertraut. Ist im

Gesundheitswesen im nördlichsten Landkreis also alles in Ordnung?

Der Ärztemangel kommt

Ja, noch scheint es so. Aber die Betonung liegt auf „noch“: Das Durchschnittsalter der Hausärzte im Kreisgebiet liegt bei 56 Jahren. Die Anzahl der Fachärzte liegt unter dem Landesniveau: Auf 2.226 Einwohner kommt lediglich ein spezialisierter Mediziner. Die Kliniken leiden unter dem ständig verschärften Spardiktat der Gesundheitspolitik. Und ein scharfer Blick auf die gegenwärtigen Strukturen offenbart, dass bereits in wenigen Jahren Engpässe bei Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, bei Augen-, Frauen-, Krankenhaus- und Notärzten entstehen werden. Kaum besser sieht es bei den Psychiatern und Hausärzten aus.

Der demographische Wandel lässt grüßen: Wenn die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt sinkt, sinkt natürlich auch die Zahl der aktiven Ärzte. Gerade in diesem Bereich stehen uns jedoch schmerzhafteste Auswirkungen bevor, denn die Zahl älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger wird in den nächsten Jahrzehnten kräftig ansteigen. Und je älter wir werden, desto stärker steigt unser Bedarf an ärztlicher Betreuung.

Touristische Belange mitemdenken

Eine Patentlösung für die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Nordfriesland ist nicht in Sicht. Doch die Erarbeitung einer entsprechenden Strategie ist angesichts der beschriebenen Prognosen ein Gebot der Stunde. Davon hängt nicht nur die Attraktivität der länd-

lichen Räume ab (die meisten Ärzte siedeln sich seit jeher bevorzugt in den Zentren an), sondern auch zu einem erheblichen Teil die wirtschaftliche Zukunft Nordfrieslands. Bekanntlich ist der Kreis, zu dem die Inseln Sylt, Föhr und Amrum sowie die Gemeinde St. Peter-Ording gehören, eines der beliebtesten Urlaubsziele Deutschlands. Folglich muss die medizinische Versorgung nicht nur für die 167.000 Einwohner des Kreises, sondern darüber hinaus für eine knappe Million Urlaubsgäste sichergestellt werden. Eine nicht zu unterschätzende Zahl von Urlaubern macht die Wahl ihres Urlaubsortes von der vor Ort vorhandenen medizinischen Versorgung abhängig. Insbesondere auf den Halligen, deren sehr geringe Einwohnerzahl keinem Arzt ein Auskommen ermöglicht, sind bereits heute spezielle Konzepte und Kooperationsformen – auch im Rettungsdienst – erforderlich, um die medizinische Versorgung zu garantieren.

Vernetzung und Kooperation

Lösungsansätze liegen in der verstärkten Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen. Deshalb wird sich der Kreis Nordfriesland mit den kreiseigenen Kliniken, dem Rettungsdienst, der Kassenärztliche Vereinigung sowie den Städten, Ämtern und Gemeinden im kreisangehörigen Raum an einen Tisch setzen.

Folgende Themenschwerpunkte zeichnen sich zum Anfang des Projektes ab:

- Sicherstellung der mittelfristigen ausreichenden ärztlichen Versorgung im Bereich der Allgemein- und Fachmedizin
- Stärkere Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote
- Prüfung möglicher Konstellationen von Zweig- und Gemeinschaftspraxen beziehungsweise medizinischen Versorgungszentren in enger Abstimmung mit den betroffenen Anbietern und örtlichen Kommunen
- Vorschläge für die verbesserte flächendeckende psychiatrische, geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung
- Erarbeitung eines Konzeptes für ausreichende Angebote der Palliativmedizin und des Hospizwesens
- Sicherstellung der Notarztversorgung in enger Abstimmung mit dem Klinikum Nordfriesland gGmbH
- Einbindung von Telemedizin für die Verbesserung der Kooperation
- Prüfung der Möglichkeiten, bisher ärztliche Leistungen auf ambulantes pflegerisches Personal zu übertragen

Mit Bordmitteln ist das nicht zu leisten. Deshalb werden wir nach einer Ausschreibung ein qualifiziertes, unabhängiges Beratungsbüro engagieren, zu dessen Aufgaben es gehören wird, den intensiven Dialog mit allen Beteiligten zu koordinieren und in enger Abstimmung mit ihnen

konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Sie sollen in Einzelfällen so weit gehen, dass die konkrete Bereitschaft für Kooperationsverbünde wie Gemeinschaftspraxen oder medizinische Versorgungszentren regionsbezogen auf ihre konkreten Umsetzungschancen geprüft wird. Das endgültige Konzept soll Ende 2009 vorliegen.

Es wird darauf ankommen, regional vernetzt zu denken und die „Kirchturmsmentalität“ einzelner Anbieter zu überwinden. Darüber hinaus sind die wirtschaftlichen Einzelinteressen der Allgemein- und Fachärzte mit dem öffentlichen Interesse einer flächendeckenden integrierten Versorgung in Einklang zu bringen. Zudem muss die Konkurrenzsituation zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten abgebaut und in Kooperationsformen zum Wohle der Gesamtversorgung umgewandelt werden.

Wir gehen davon aus, dass die Erfahrungen aus diesem Modellprojekt auf andere Regionen übertragbar sein werden. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein fördert das Projekt im Rahmen seiner Initiative „Gesundheit an der Westküste“.

Landrat Dieter Harsen,
Kreis Nordfriesland,
www.nordfriesland.de

► WWW.GESUNDHEIT.SCHLESWIG-HOLSTEIN.DE

Das Gesundheitsportal Schleswig-Holstein ist eine Internetplattform, auf der die zahlreichen Projekte, Netzwerke und Institutionen im Lande vorgestellt werden. Damit vermittelt es zum einen den Bürgerinnen und Bürgern Informationen über Themen rund um die Gesundheit und bietet einen übersichtlichen Zugang zu vorhandenen Gesundheitsangeboten in Schleswig-Holstein. Zum anderen stärkt es die Vernetzung der Akteure im Gesundheitssektor und schärft das Profil des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein.

Zusätzlich zu den Projektdarstellungen gibt es monatliche Schwerpunktthemen („Im Fokus“) sowie Informationen über Studien-, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Gesundheitsberufen. Links zu Online-Suchen für Praxen, Krankenhäuser und Apotheken sowie ein Veranstaltungskalender und der Newsletter der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein runden das Serviceangebot ab.

Das Angebot im Überblick:

- „Im Fokus“
- Gesundheitsinitiative
- Projekte und Netzwerke

- Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsberufe
- Gesundheitswissen
- Newsletter der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein
- Veranstaltungskalender

Betreiber ist die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein.

Das Gesundheitsportal ist Teil des Landesportals www.schleswig-holstein.de.

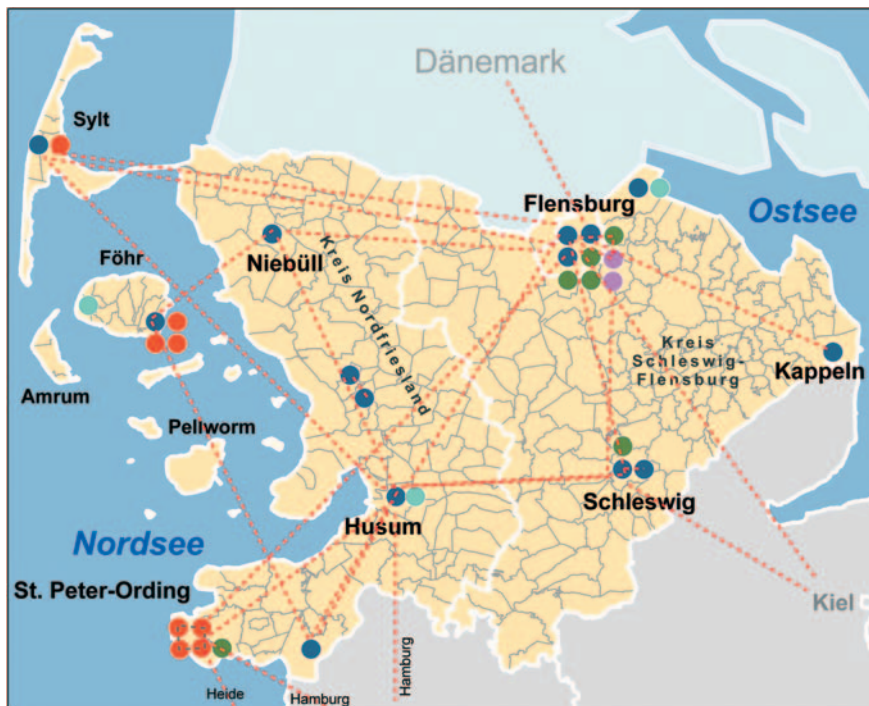
Gesundheitsportal Schleswig-Holstein
www.gesundheit.schleswig-holstein.de

Netzwerke als Innovation

Die Gesundheitsregion NORD ist schon heute eine für Innovationen offene und kraftvolle Region mit einer Vielzahl von Aktivitäten und Projekten im Bereich der regionalen Vernetzung der Gesundheitsakteure und -organisationen. Langfristig will sie sich als Modellregion innovativer und technologieorientierter Konzepte für ländlich geprägte Räume etablieren. Die Umsetzung dieser Konzepte soll der Gesundheit der Bevölkerung und der wirtschaftlichen Entwicklung der Region dienen.

Linga P. ist eine 76-jährige verwitwete Rentnerin, die ihr ganzes Leben in Riesbriek gelebt hat und in der kleinen Gemeinde im ländlich strukturierten Raum zwischen Niebüll und Flensburg auch ihren Bekanntenkreis hat. Sie leidet seit einigen Jahren an chronischer Herzinsuffizienz. Diese Erkrankung erfordert eine engmaschige und koordinierte Diagnostik und Therapie. Die Praxis des Hausarztes ist mehrere Kilometer entfernt, was einen Besuch erschwert, da sie keinen Führerschein besitzt und der öffentliche Nahverkehr Riesbriek nur zweimal am Tag anfährt. Eine kardiologische Praxis ist für sie noch schlechter zu erreichen. Schon häufiger in der Vergangenheit hat ihr plötzlich einsetzende Atemnot große Angst bereitet, sodass sie den ärztlichen Notdienst kontaktieren musste. Die Dringlichkeit und der weite Anfahrtsweg machten immer wieder den Einsatz des Notarztes notwendig. Allein das Warten auf das Eintreffen des Notarztwagens, die Organisation der Versorgung ihrer zwei Wellensittiche und die bange Frage, was nun passieren wird, erhöhten den Stress für sie zunehmend. Der Krankenhausarzt konnte keinen Grund für eine stationäre Einweisung feststellen und verwies sie zurück an den Hausarzt. Die Heimfahrt und die damit verbundenen Kosten musste sie selber tragen.

Bei Fällen wie diesem, der stellvertretend für viele chronisch Erkrankte steht, setzt die Gesundheitsregion NORD an. Sie entwickelte das Projekt „Zukunftsorientierte regionale Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen“ und gewann damit die erste Runde im Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Gesundheitsregionen der Zukunft“ (siehe Infokasten).



Ausgewählte Einrichtungen und Netzwerke des Gesundheitswesens

- Krankenhäuser
- Reha-Kliniken
- Reha-Zentren
- Hochschulen
- lokale Netzwerke
- regionale Netzwerke

Kartengrundlage: DTK 50, © LVermA S-H 2003
© dsn, Kiel, eigene Darstellung 2008

Frau P. könnte beispielsweise die Vernetzung mit einem medizinischen „Call Center“ helfen, das rund um die Uhr erreichbar und mit einem kompetenten Arzt und Fachpersonal besetzt ist. Die Zusammenarbeit mit den gewohnten Haus- und Fachärzten wäre gewährleistet.

Eine neue Plattform der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsregion NORD umfasst geographisch das Gebiet der beiden nördlichsten deutschen Landkreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg sowie der kreisfreien Stadt Flensburg. Auf einer Fläche von 4.211 km² leben hier insgesamt rund 453.000 Einwohner bei einer durchschnittlichen Bevölkerungsdichte von knapp 108 Einwohnern pro km². Das Gebiet ist eine

ländlich und touristisch geprägte Region mit der kreisfreien Stadt Flensburg als regionales Oberzentrum.

In der Gesundheitsregion NORD haben sich über 50 Akteure aus allen Leistungsbereichen der Gesundheitswirtschaft, Hochschulen, Technologieanbieter sowie öffentliche Institutionen zusammengeschlossen. Im gesundheitswirtschaftlichen Zentralbereich gewährleisten 15 Krankenhäuser mit einer Vielzahl von Fachrichtungen, 621 Ärzte und Fachärzte, 9 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie weitere Gesundheitsberufe (wie Therapeuten, Heilberufler, Pfleger) mit insgesamt gut 10.000 Beschäftigten die gesundheitliche Versorgung der Region. Die Arzneimittelversorgung wird von insgesamt 110 Apotheken sichergestellt.

Im Pflegebereich gibt es 115 stationäre und 64 ambulante Pflegeeinrichtungen. Bundesweit bekannt ist die Region für ihre Einrichtungen im Kur- und Bäderwesen in den insgesamt 17 Seebädern und neun Luftkurorten. Die Gesundheitsregion NORD zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass auf Basis bereits langjährig existierender Verbindungen zwischen den regionalen Akteuren Erfahrungen im Aufbau und Management von Kooperationen und Netzwerken bestehen.

Das Projekt der Gesundheitsregion NORD integriert diese Erfahrungen und Kompetenzen, thematisiert bisher nicht erforschte Schnittstellen, entwickelt innovative Angebote und lässt somit ein dichtes Netzwerk entstehen. Durch seine Anwendungen auf chronische Erkrankungen und unter Berücksichtigung der besonderen regionalen Lage eines Flächenlandes mit nicht permanent erreichbaren Räumen wie Inseln und Halligen und an Dänemark angrenzend wird die Versorgungsqualität in diesem Raumtyp nachhaltig gesichert und die wirtschaftliche und wissenschaftliche Entwicklung gestärkt.

Ländliche Räume und Gesundheitstourismus

Die ländlichen und touristischen Räume stehen vor der Herausforderung, eine ausreichende zeitliche und räumliche Kapazität der Versorgungsangebote zu gewährleisten. Die notwendige Ressourcenplanung und -steuerung unter dem Motto „Kapazität durch Kooperation und Flexibilität“ ist künftig in einem viel stärkeren Maße notwendig als heute, um den Einwohnern und Touristen eine quantitativ ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten.

Der Wettbewerbsbeitrag „Zukunftsorientierte regionale Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen“ konzentriert sich auf die Vernetzung der Gesundheitswirtschaft im ländlich und touristisch geprägten Raum bei chronischen Krankheiten. Ziel ist es, nachhaltige Strategien, Angebote, Strukturen, Systeme und Kompetenzen zu entwickeln. Der Beitrag stellt sich – vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung von Einwohnern (weniger, älter, mehr chronisch Kranke) und Touristen (älter, steigende Bedeutung der Sicherheit

bei der Gesundheitsversorgung im Urlaub) – den großen Herausforderungen der Region:

- nachhaltige Entwicklung einer zukunftsfähigen, qualitätsgesicherten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung der regionalen Bevölkerung,
- Entwicklung von wirtschaftlich interessanten regionalen Gesundheitsangeboten mit anerkannten medizinisch-gesundheitlichen Mehrwerten für den Gesundheitstouristen.

Als Ergebnis sollen den Einwohnern und Touristen zeitlich und räumlich flexible Versorgungsmodelle zur Verfügung gestellt werden.

Christoph Meyer, Vorstandsmitglied der Ärztegenossenschaft S-H, www.aegsh.de
 Frank Pietrowski, Geschäftsführer der Klinikum Nordfriesland gGmbH, www.klinikum-nf.de,
 Prof. Dr. Roland Trill, Ansprechpartner für die Gesundheitsregion NORD, Fachhochschule Flensburg – Fachgebiet Krankenhausmanagement & E-Health, www.fh-flensburg.de/eHealth

► GESUNDHEITSREGIONEN DER ZUKUNFT

Die Gesundheitsregion NORD und die GesundheitsRegion zwischen Hamburg und Lübeck sind aus der ersten Runde des Bundeswettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovationen“ als Sieger hervorgegangen. Damit gehören sie zu den 20 Regionen, die in den nächsten neun Monaten mit 100.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert werden. Aus diesem Wettbewerb sollen innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Region hervorgehen. Im Vordergrund stehen dabei:

- die Erschließung der Potenziale einer Region für Innovationen im Gesundheitswesen durch Forschung und Entwicklung,
- die nachhaltige Stärkung der regionalen Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft,
- die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch Steigerung

von Qualität und Effizienz von Prozessen im gesamten Bereich der Gesundheitswirtschaft.

Die 20 Sieger aus der ersten Runde treten danach in eine Konzeptentwicklungsphase. Am Ende dieser Phase werden wiederum fünf Gesundheitsregionen ausgewählt, die insgesamt mit 40 Millionen Euro vier Jahre lang gefördert werden können.

Die Gesundheitsregion NORD konzentriert sich auf die regionalen Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen. Die Gesundheitsakteure und -organisationen aus den Kreisen Schleswig-Flensburg und Nordfriesland sowie aus der kreisfreien Stadt Flensburg wollen für diese Zielgruppe kompatible Strukturen und Systeme, nachhaltige Angebote und individuelle Kompetenzen entwickeln, die auf die gesamte Gesundheitswirtschaft übertragbar sind (siehe Artikel Seite 14).



Strahlende Sieger: Dr. Roterling, Park-Klinik Manhagen, Prof. Dr. Rüschemann, GSbG, Dr. Dünhaupt, Wirtschaftsförderungsgesellschaft Nordfriesland mbH, Ralf Duckert, dsn – Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft (v.l.n.r.)
 Quelle: we are communication

Die GesundheitsRegion zwischen Hamburg und Lübeck

setzt mit dem Projekt „Trauma-Tangente A1“ auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung durch gesteigerte Qualität und effizientere Prozesse. Ziel des Traumaverbunds ist es, Patienten an dieser zentralen europäischen Verkehrsachse mit höchster medizinischer Qualität zu bezahlbaren Preisen unfallchirurgisch zu versorgen und die Unfallfolgen zu verringern (siehe Artikel Seite 16).

Trauma-Tangente A1

Ziel der GesundheitsRegion zwischen Hamburg und Lübeck ist es, Patienten mit höchster medizinischer Qualität zu Benchmark-Preisen unfallchirurgisch zu versorgen und die Unfallfolgen zu verringern. Dazu wird eine kooperative Versorgung aufgebaut und die Kommunikation über den Patienten telemedizinisch verbessert. Der gesamte Prozess der Unfallversorgung vom Unfallereignis bis zur Entlassung in die Arbeitsfähigkeit wird im Sinne einer optimalen Patientenkarriere im Traumaverbund durch die beteiligten Partner innovativ gestaltet. Bei nachgewiesenem Erfolg kann der Traumaverbund für internistische Notfälle sowie weitere Regionen erweitert werden.

Die Wirtschaftskraft in der Metropolregion Hamburg hat in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere in den umliegenden Kreisen Schleswig-Holsteins bis hin nach Lübeck. Damit verbunden sind unter anderem gestiegene Einwohnerzahlen und Gewerbeansiedlungen in der Region.

Die Tangente zwischen Hamburg und Lübeck wird im Wesentlichen im Kreis Stormarn gebildet. Hier verlaufen bedeutende transeuropäische Verkehrsachsen: Sie verbinden nicht nur Hamburg und Lübeck, sondern auch Skandinavien mit West- und Südeuropa und schaffen Verbindungen über Berlin in den osteuropäischen Raum. Die Region ist geprägt durch die Mobilität des Durchgangsverkehrs und der Berufswie Freizeitpendler – täglich fahren 45.700 Personen zur Arbeit.

Das Verkehrsaufkommen zwischen Hamburg und Lübeck führt zu einer entsprechenden Zahl an Verkehrsunfällen – 2007 gab es rechnerisch 3,8 Verletzte pro Tag. Sozioökonomisch sind Unfallfolgen gemeinsam mit den Erkrankungen der Bewegungsorgane die wichtigste Diagnosegruppe in Bezug auf das Bruttosozialprodukt der deutschen Volkswirtschaft. Die gesamtwirtschaftlichen Unfallkosten werden pro Schwerverletzten mit 87.269 Euro und für Leichtverletzte mit 3.885 Euro angegeben (Hamburger Verkehrsbericht 2006).

Infrastruktur in der Region

Die Infrastruktur für die Versorgung von Unfallverletzten ist auf Vernetzung der Leistungserbringer angewiesen. In der Region Stormarn zwischen Hamburg und Lübeck potenzieren sich allgemeine und spezifische Defizite der medizinischen

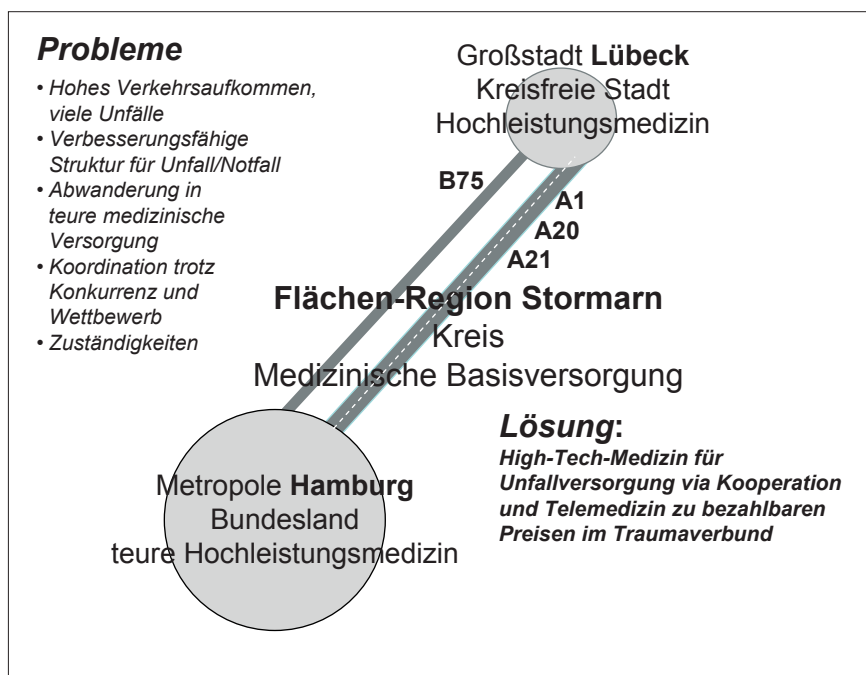
Unfallversorgung. Nach Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sind Regionen zwischen Metropolen und an Grenzen von Bundesländern organisatorisch benachteiligt.

Die Versorgungsausstattung orientiert sich an offiziellen Bedarfszahlen des Krankenhausplanes und an dem Rettungsdienstgesetz. Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung dienen Einwohnerzahlen als Bedarfsanhalt. Gemäß Krankenhausplan gibt es keine eigene unfallchirurgische Versorgung im Kreis Stormarn; in der Klinik Ahrensburg und der Asklepios Klinik Bad Oldesloe (Notfallkrankenhaus) werden Patienten chirurgisch mitbehandelt. Unfallchirurgische, polytraumatisierte beziehungsweise schwerstverletzte Patienten der Versorgungsbereiche Ahrensburg/Bargteheide haben 20 km bis 45 km Anfahrt zu einer entsprechenden Versorgung.

Die Leistungsanbieter und politisch Verantwortlichen sind zum Aufbau einer kooperativen unfallchirurgischen Versorgung seit mehreren Jahren in Verhandlungen.

Zehn Schritte zum Traumaverbund

Die Entwicklung der Region zum Traumaverbund ist aufgrund der dargestellten Versorgungssituation sinnvoll, um die Rettungskette für den Patienten insbesondere an den Schnittstellen zu verbessern. Die Kooperationspartner analysieren die Entscheidungswege zur unfallchirurgischen Versorgung. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zitiert in ihrem Weißbuch 2006 internationale Studien, nach



Probleme und Lösungsweg für eine Region zwischen Metropolen

Kooperationspartner der Trauma-Tangente A1

Vertragspartner	Website	Ansprechpartner
Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG mbH [GSbG]	www.gsbg.de	Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschemann
Klinik für Chirurgie des Stütz- und Bewegungsapparates/Sektion für Unfallchirurgie – Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Lübeck [UKSH]	www.unfallchirurgie-luebeck.uk-sh.de	Dr. med. Andreas Paech
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg [HH Boberg]	www.buk-hamburg.de	Prof. Dr. C. Jürgens
Park-Klinik Manhagen GmbH & Co KG [PKM]	www.manhagen.de	Dr. Christian Rotering
Asklepios Klinik Bad Oldesloe [AK BO] (in Verhandlung)	www.asklepios.de/Bad Oldesloe	GF Dipl. Ök. A. Tüting
Rettungsdienst-Verbund Stormarn (RVS GmbH) [RVS]	www.rvs-online.org	GF Annett Zander
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein/Notdienst [KVSH]	www.kvsh.de	Dr. med. H.-J. Commentz
myCare2x - Network for Open Source Solutions for the Healthcare Industry healthcare Consulting gmbh [myCare2x]	www.mycare2x.com	Dipl.-Inf. Joachim Mollin
Philips Healthcare [Philips]	www.medical.philips.com/de	Dipl.-Ing. Ralf Otzen
DEKOM Engineering GmbH [DEKOM]	www.dekom-engineering.de	Dipl.-Ing. Michael Tesch

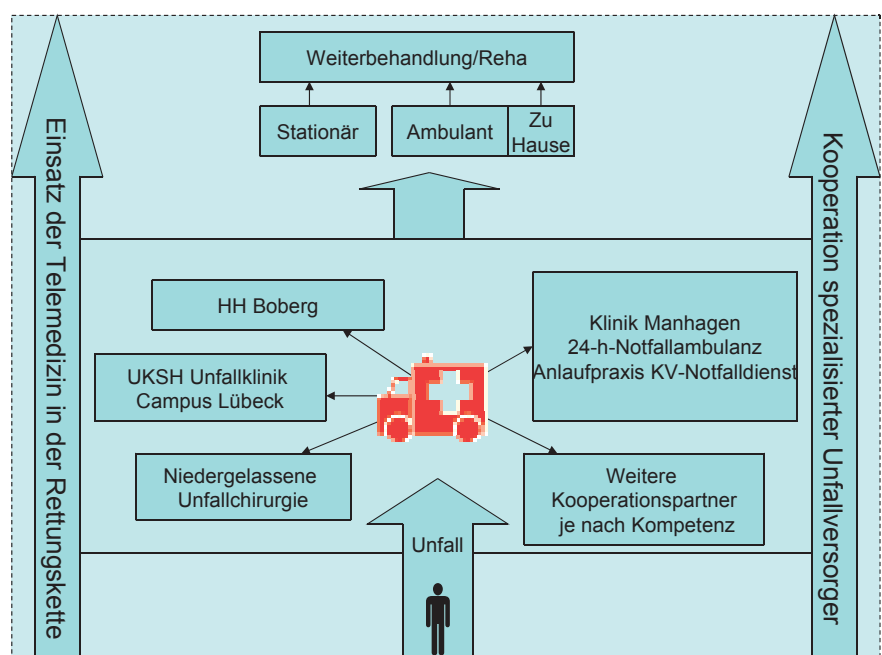
Unterstützende Partner: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend u Senioren (MSGF) des Landes Schleswig-Holstein, AOK Schleswig-Holstein; VdAK/AEV Schleswig-Holstein, Barmer Ersatzkasse Schleswig-Holstein, DAK Schleswig-Holstein, TKK Schleswig-Holstein, IKK Landesverband Nord, LKK Schleswig-Holstein und Hamburg BKK Landesverband Nord

denen die „Einführung regionalisierter Traumasysteme die Zahl der Todesfälle bei der Behandlung schwerverletzter Patienten um 50 Prozent verringert“ hat. Das Konzept, das als Beitrag beim Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ausgezeichnet wurde (siehe Infokasten), sieht zur Umsetzung die folgenden zehn Schritte vor:

1) Trotz äußerst schwieriger Wettbewerbssituation kooperieren **spezialisierte Unfallversorger** verschiedener Träger bei der gemeinsamen Patientenversorgung – das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg (auch HH Boberg) und die Unfallchirurgie im Universitätskrankenhaus Schleswig-Holstein, Campus Lübeck (UK S-H), arbeiten mit der Unfallchirurgie Manhagen zusammen. Auch mit der Asklepios Klinik Bad Oldesloe als Kooperationspartner werden zurzeit Gespräche geführt, weitere Kliniken werden je nach Kompetenz in der Erprobungsphase ange-

sprochen. Mit der Kooperation wird die Absicht verfolgt, dass Fachärzte an mehreren Häusern arbeiten und dass der Notfallpatient entsprechend seiner Verletzung zum Ort bestmöglicher Behandlung verlegt wird.

2) Die **Unfallchirurgie mit 24-h-Notfallambulanz im Traumaverbund** wird am Standort der Klinik Manhagen (Großhansdorf/Ahrensburg) in der Mitte der Region zwischen Hamburg und Lübeck auf-



Zukünftige Unfallversorgung im Traumaverbund

(Grafik: dsn)

gebaut. Die High-Volume-Klinik für Operationen in der Orthopädie und Augenheilkunde (Fallzahlen 2007 über 15.000 Operationen) ermöglicht einen sinnvollen Ressourceneinsatz und die Nutzung von Synergieeffekten bei der Errichtung der Unfallchirurgie im Verbundsystem. HH Boberg übernimmt gemeinsam mit dem UK S-H in Manhagen die ärztliche Leitung und stellt darüber hinaus das ärztliche Personal.

3) Die Kooperationspartner richten mit der Rettungsdienst-Verbund Stormarn GmbH (RVS) ein **Tele-medizinsystem** ein. Häufig ist die Kommunikation über den Patienten eine Schwachstelle im Prozess der Unfallversorgung. Die Gesundheits-Region hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, ein innovatives medizinisches Kommunikationsnetzwerk aufzubauen, konkret umzusetzen und den Effekt für die Patientenversorgung nachzuweisen. Insbesondere die frühzeitige Übermittlung medizinischer Patienteninformationen an die nachbehandelnde Klinik und entsprechend rechtzeitige Planung medizinischer Interventionen im Krankenhaus verkürzen die für den Behandlungserfolg von Verletzten so entscheidende präklinische Behandlungszeit (um durchschnittlich 20 Minuten).

4) Nicht der „Zufall eines freien Bettes“ in der Nähe des Unfallorts, sondern definierte **qualitative Kriterien zur Aufnahme** in ein Traumazentrum oder eine Station

zur unfallchirurgischen Basisversorgung entscheiden über die weitere stationäre Versorgung. Die Kooperationspartner verpflichten sich zur garantierten Aufnahme eines Unfallpatienten innerhalb ihres Kompetenzprofils.

5) Die Kooperationspartner formulieren **standardisierte Behandlungsabläufe** und Verlegungskriterien für die Frühphase der Schwerverletztenversorgung auf Basis der evidenzbasierten Leitlinien der DGU und der Berufsgenossenschaften.

6) Die Wirkungen von DRG-Abrechnungsregeln (Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen) wie Abschläge auf die kooperative Patientenbehandlung in der Unfallchirurgie werden geprüft. Sollte es bei Verlegungen in einem Traumaverbund zu Benachteiligungen kommen, werden **„kooperative DRGs“** auf der Basis von Kostenträgerrechnungen kalkuliert, sodass jedes beteiligte Krankenhaus aufwandsentsprechend vergütet wird.

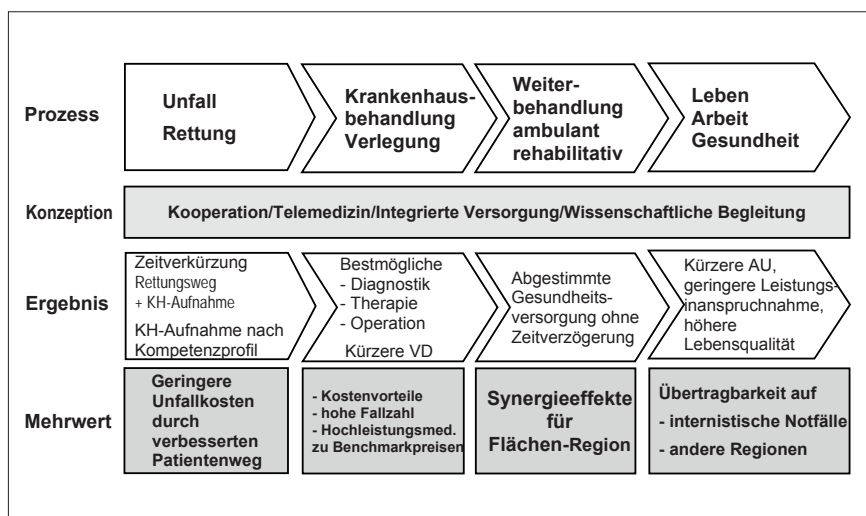
7) Die Kooperationspartner etablieren eine gemeinsame interne **Qualitätssicherung** und nehmen an externen qualitätssichernden Maßnahmen teil. Die personelle Qualifikation wird abgesprochen und durch ein Verbundsystem zur Fort- und Weiterbildung verbessert.

8) Die unfallchirurgische Versorgung in Manhagen wird als **Integrationsversorgung** angeboten, sodass

die ärztliche Nachbehandlung, die Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung und möglicherweise ambulante oder stationäre Rehabilitation für den Patienten mit ortsansässigen Leistungserbringern organisiert werden. Ziel ist die Einbeziehung der Arbeitsunfähigkeitszeiten in die Verträge. Mit den Kostenträgern werden sektorenübergreifende Preise nach Paragraph 140 a bis d (Sozialgesetzbuch V) vereinbart.

9) Die **vertragsärztliche Notfallversorgung** ist über die Kooperation mit vertragsärztlichen Unfallchirurgen und über die Anlaufpraxen am Standort Manhagen (und gegebenenfalls die Klinik Bad Oldesloe) in den Traumaverbund eingebunden.

10) Ob das Ziel einer verbesserten unfallchirurgischen Versorgung von Patienten in der Gesundheits-Region in Bezug auf Qualität und Effizienz erreicht wird, wird die **wissenschaftliche Analyse der Patientenkarrieren** darlegen (siehe Abbildung 4). Patientenkarrieren vor und nach Einrichtung des Traumaverbundes werden hinsichtlich Leistungsanspruchnahme, verursachter Kosten und Dauer der Arbeitsunfähigkeit verglichen. Die praktischen Erfahrungen, zusammengefasst in einem Handbuch (Website), können der Erweiterung auf alle Notfälle in der Region dienen und so zum weiteren Aufbau von Kooperationssystemen in anderen Regionen Deutschlands beitragen.



Wertschöpfungskette

Dr. Andrea Roth MPH,
Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschemann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG mbH als Trägergesellschaft der Park-Klinik Manhagen, www.gsbg.de,
Dr. Christian Rotering,
Dipl.-Kfm. Jan Zabel, Park-Klinik Manhagen GmbH & Co. KG, www.manhagen.de

► DIE GESUNDHEITSINITIATIVE SCHLESWIG-HOLSTEIN



GESUNDHEITSINITIATIVE SCHLESWIG-HOLSTEIN

Die Landesregierung hat die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein initiiert, um gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Krankenhäuser, mit Krankenkassen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, wissenschaftlichen Einrichtungen, Kammern und Verbänden die Kompetenzen und Qualitäten des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein auszubauen und zu vermarkten. Seit 2005 leitet Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht die Initiative. Die Gesundheitsinitiative ist Gründungsmitglied des „Netzwerkes deutscher Gesundheitsregionen e. V.“

Die Leitlinien

Die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein will

- ein leistungsfähiges Gesundheitswesen sowie eine starke und innovative Gesundheitswirtschaft für sichere Arbeitsplätze in einem wettbewerbsfähigen Land,
- die Entwicklung und Anwendung neuer Technologien und Kompetenzen für eine noch bessere Gesundheitsversorgung vorantreiben,
- sich gemeinsam mit allen Akteuren auf die künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung vorbereiten und die Chancen des wachsenden Zukunftsmarktes Gesundheit offensiv nutzen.

Aus den Leitlinien ergeben sich folgende Arbeitsschwerpunkte:

- moderne Medizintechnik und Technologie zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein einsetzen,
- Transparenz und Information über gesundheitliche Angebote stärken,
- regionale Gesundheitsversorgung sichern, verbessern und sozial gerecht gestalten,
- gesundes Leben im Land zwischen den Meeren – auch für Touristen und Genesende.

Die Akteure

Im „Initiativkreis Gesundheit“ beraten unter dem Vorsitz von Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht rund 20 Vertreterinnen und Vertreter aus Wirtschaft und Wissenschaft sowie aus Organisationen und Leistungsanbietern des Gesundheitssektors über grundsätzliche Themen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein sowie über die Leitprojekte. Sie sind das Kernstück der konkreten Arbeit in der Gesundheitsinitiative.

Die Leitprojekte

Sieben Leitprojekte setzt die Gesundheitsinitiative aktuell um:

- Mit dem Netzwerk „Innovative Urologische Diagnostik Flensburg“ stärkt die Gesundheitsinitiative die Krebs-Früherkennung bei Männern und fördert zugleich Spitzentechnologie made in Schleswig-Holstein.
- Für eine verbesserte Brustgesundheit und Versorgung der Frauen bei Brustkrebs sind Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge im landesweiten Netzwerk „Betrifft Brust“ gebündelt.
- Die Region Flensburg ist eine von insgesamt acht bundesweiten Testregionen für die elektronische Gesundheitskarte für den Test mit 10.000 Karten. Die Erfahrungen mit der Gesundheitskarte Schleswig-Holstein haben für die Entwicklung der Karte auf Bundesebene entscheidende Impulse gegeben.
- Mit dem Projekt „Faszination Operieren“ will die Gesundheitsinitiative ein OP-Forum für Medizintechnik, medizinische Versorgung, Forschung und Lehre schaffen.
- Touristikfachleute haben gemeinsam mit Medizinerinnen und

Mediziner Standards qualitätsgesicherter touristischer Angebote im Gesundheitsbereich erarbeitet. Das im Mai 2008 gegründete Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus unterstützt die Entwicklung und Vermarktung von gesundheitstouristischen Programmen.

- In Kiel entsteht ein norddeutsches Zentrum für Partikeltherapie zur schonenden Tumorbehandlung. Neben der Einbindung internationaler Kooperationspartner aus Skandinavien und dem baltischen Raum werden die regionalen Zuweiser (niedergelassene Ärzte), Krankenhäuser und größere Zentren ohne eigene Anlage direkt angesprochen.
- Im Projekt „eHealth for Regions“ arbeiteten Partner im Ostseeraum an der grenzüberschreitenden Nutzung der Telemedizin. Daraus hat sich ein länderübergreifendes Netzwerk entwickelt, das die Synergien und Potenziale der Telemedizin in den Regionen nutzt.

Das Portal

Informationen und Service rund um das Thema Gesundheit in Schleswig-Holstein gibt es im Themenportal Gesundheit www.gesundheit.schleswig-holstein.de. Betreiber ist die Gesundheitsinitiative.

Die Ansprechpersonen

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Randy Lehmann
Tel.: 0431 988-5463
E-Mail: randy.lehmann@sozmi.landsh.de
Martin Tretbar-Endres
Tel.: 0431 988-4243
Adolf-Westphal-Straße 4 24143 Kiel
E-Mail: martin.tretbar-endres@sozmi.landsh.de

Startschuss für Bauphase

Am 10. Juli 2008 war Spatenstich für das „Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel“ (ursprünglich Partikeltherapiezentrum). Das neue Zentrum wird dem Land eine internationale Spitzenposition in der Strahlentherapie sichern. Mit Kosten von rund 250 Millionen Euro ist es das größte öffentlich-private-Partnerschaftsprojekt (ÖPP) in Schleswig-Holstein und auch eines der größten ÖPP-Vorhaben im deutschen Gesundheitswesen.



Im August 2008 wurde mit dem Bau begonnen. Der Start der konventionellen Strahlentherapie ist für Ende 2011 geplant, die Partikeltherapieanlage soll Anfang 2012 den Betrieb aufnehmen. Das „Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel“ (NRoCK) wird dann als Kompetenzzentrum für Tumorerkrankungen neue Behandlungschancen in der Krebstherapie eröffnen. Im Endausbau der Anlage sollen in drei Behandlungsräumen jährlich rund 3.000 Patienten mit Partikeln behandelt werden.

Der Standort wird gestärkt

Mit dem Neubau wird der onkologische Schwerpunkt des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H) am Standort Kiel massiv gestärkt und zukunftssicher gestaltet. Das UK S-H wird in dem neuen Zentrum eng mit Partnerinstitutionen aus Norddeutschland und dem südsandinavischen Raum zusammenarbeiten. Dabei sind die bereits abgeschlossenen Kooperationsverträge mit Kliniken in Oslo, Odense, Kaunas, Greifswald, Hannover, Rostock und Minden wichtige Meilensteine. Mit weiteren Einrichtungen wird noch verhandelt. Darüber hinaus werden die Experten am NRoCK auch die Forschung auf dem Gebiet der Partikeltherapie vorantreiben sowie radioonkologisches Fachpersonal ausbilden.

Alles unter einem Dach

Neben der Therapie mit Partikeln werden auch die bisher am UK S-H eingesetzten Therapien im Zentrum vorgenommen. Dazu gehören insbesondere die konventionelle Strahlentherapie mit Photonen und Elektronen, die Brachytherapie



(v.l.) Thomas Miller, Siemens Healthcare, Dr. Werner Marnette, Minister für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein, Angelika Volquartz, Oberbürgermeisterin der Stadt Kiel, Prof. Dr. Bernd Kremer, Vorstand des UK S-H, Prof. Dr. Jens Scholz, Medizinische Fakultät der Kieler Universität

(eine Form der Strahlentherapie mit Hilfe einer kleinen beweglichen und strahlenden Quelle) und die Chemotherapie. Jeder Patient bekommt die Therapie, die medizinisch indiziert ist; keiner muss aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten abgewiesen werden. Das neue Zentrum ermöglicht in seiner geplanten Realisierung einen optimalen klinischen Ablauf von der Erstdiagnostik über die Therapie bis hin zur Nachsorge.

Starke Partner

Das mit rund 250 Millionen Euro Gesamtkosten – davon rund 180 Millionen Euro reine Investitionskosten – teure Projekt ist das bislang größte öffentlich-private Investitionsvorhaben des Landes. Dennoch wird dieses Projekt nicht die laufenden Investitionen des Landes für das

UK S-H belasten. Nach den jetzigen Planungen ist vorgesehen, dass sich das Zentrum aus dem laufenden Betrieb selbst finanziert. Versorgungsverträge mit mehreren Ersatzkassen bestehen, das Einzugsgebiet von rund 15 Millionen Menschen hat genügend Potenzial.

Der Vertrag zwischen dem Bieterkonsortium und dem UK S-H umfasst Planung, Errichtung, Finanzierung sowie den technischen Betrieb inklusive der Wartung der Partikeltherapieanlage in einer öffentlich-privaten Partnerschaft über einen Zeitraum von 25 Jahren. Die Partnerschaft mit dem Konsortium wird den technologischen Vorsprung der Krebsbehandlung ausbauen.

Schonendes Verfahren

Die Partikeltherapie ist ein äußerst schonendes Verfahren: Protonen oder Kohlenstoffionen werden über ein Beschleunigersystem auf eine sehr hohe Geschwindigkeit gebracht und dann punktgenau im kranken Gewebe abgesetzt. Dort fügen die Partikel den Zellen irreparable Schäden zu. Aufgrund der millimetergenauen Berechnung und Steuerung lässt sich der Tumor präziser bestrahlen als mit bisherigen Verfahren, das umliegende gesunde Gewebe wird geschont. Wegen seiner Genauigkeit eignet sich das Verfahren insbesondere für schwer zugängliche Krebsarten oder solche, die dicht an Risikoorganen liegen – zum Beispiel Schädelbasis- oder Hirntumore.

Ralf Kampf, Projektleiter NRoCK, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, www.uk-sh.de



Der Region verbunden und international ausgerichtet.
Wir sind ein verlässlicher Partner für unsere Kunden –
ob in unserer norddeutschen Heimatregion oder auf den
internationalen Märkten. Nutzen Sie unsere Ideen und
unsere Lösungskompetenz. www.hsh-nordbank.de

HSH NORDBANK

ANNA hilft Präventionsmuffeln auf die Sprünge

Mit einem neuen Verfahren in der urologischen Tumordiagnostik kann Dr. Tillmann Loch aus Flensburg schonender und präziser untersuchen. ANNA – so heißt das Verfahren – ist von ihm selbst entwickelt und in kürzester Zeit nicht nur ein bundesweiter Exportschlag geworden.

Präventionsmuffel Mann – das mag keiner hören, ist aber Fakt. Nur jeder fünfte Mann geht zur Krebsvorsorge. Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor und die zweithäufigste krebserkrankte Todesursache bei Männern. Der Krebs ist in über 80 Prozent der Fälle heilbar, wenn er früh erkannt wird. Statistisch gesehen wird jeder vierte Mann im Laufe seines Lebens an diesem Tumor erkranken, das sind rund 45.000 Neuerkrankungen im Jahr. Grund genug für regelmäßige Vorsorge – denn man(n) entgeht nie der Diagnose, nur der Therapie.

Die gängige Praxis

Ob überhaupt ein Verdacht auf Prostatakrebs vorliegt, wird mit einer Blutuntersuchung ermittelt. Gemessen wird die Konzentration des „prostataspezifischen Antigens“ im Blut-Serum – das ist der sogenannte PSA-Wert. Die gemessenen Werte lassen allerdings keine eindeutige Diagnose zu: Ursache eines erhöhten Wertes kann auch eine gutartige Erkrankung sein. Außerdem gibt es Prostatakrebs, der PSA-Werte im Normbereich aufweist. Das Abtasten der Prostata und der transrektale Ultraschall (TRUS) als weitere diagnostische Methoden liefern oft auch nur ungenaue Ergebnisse. Erst die Gewebeprobe (Biopsie) kann einen bestehenden Krebsverdacht beweisen – aber wenn man den Tumor verfehlt, auch nicht sicher ausschließen. Die Untersuchungsmethode heißt in diesem Fall systematische Zufallsbiopsien. In dem Verfahren wird „schrotschussartig“ systematisch Gewebe aus geometrisch vordefinierten Arealen der Prostata entnommen. Das wird in der Regel zwischen sechs- und zwölfmal in einer Sitzung getan, bleibt dennoch ein eher ungezielter, zufälliger Nachweis eines Tumors. Deshalb be-



Das Team der urologischen Abteilung

stimmt die Anzahl der individuellen Gewebeentnahmen pro Mehrfachbiopsie die Nachweisgenauigkeit. Wegen dieser systemimmanenten Gefahr, ein Karzinom zu verfehlen, gibt es zusätzlich sogenannte Saturationsbiopsien. Sie beinhalten 24 bis zu über 100 Gewebeentnahmen pro systematischer Mehrfachbiopsie, um eine höhere Karzinomtrefferate zu erreichen. 100 Entnahmen sind natürlich der Extremfall – so aber schon geschehen – und in dieser Form nur noch in Vollnarkose zu machen.

C-TRUS ANNA

Um mögliche Prostatakarzinome präziser und schonender als bislang diagnostizieren zu können, hat Dr. Tillmann Loch, Chefarzt der Urologie in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt in Flensburg (DIAKO) ein neues Diagnoseverfahren entwickelt. Dieses neue Verfahren ist eine Weiterentwicklung der konventionellen, transrektalen Ultraschalluntersuchung (TRUS). Der Nachteil des herkömmlichen Ultraschalls ist, dass die visu-

elle Beurteilung der Grautöne des Bildes spezifische Aussagen nicht wirklich zulassen.

Das neue Verfahren ermöglicht es, mithilfe des Computers (C-TRUS) zusätzliche Informationen aus den Aufnahmen herauszufiltern und auszuwerten, die mit bloßem Auge nicht zu erkennen sind. Basis dafür ist die „artifizielle neuronale Netzwerkanalyse“ (ANNA). C-TRUS/ANNA heißt das neue Verfahren mit vollem Namen, dass in Flensburg schon bei rund 1.600 Patienten aus ganz Deutschland und dem Ausland angewendet wurde. Dabei wurden etwa 430 Tumore entdeckt, die auch nach im Mittel zwölf negativen vorhergehenden Biopsien nicht erkannt worden waren.

ANNA wurde für ihre Aufgabe regelrecht trainiert. Die Bildpunkte der Ultraschallaufnahmen wurden mit Auswertungen von später operativ entferntem Prostatagewebe genau verglichen und verrechnet. Die Prostatapräparate, Großflächenschnitte,



wurden hierzu eingescannt und mittels Computertechnik exakt über die Ultraschallaufnahme gelegt. Mit diesen komplexen Daten wurde ANNA gefüttert; das System hat die Informationen erlernt und erkennt nun bei anderen Ultraschallbildern Formationen wieder, kann sie korrekt klassifizieren und projiziert seine Auswertung mit roten Markierungen auf die Aufnahme. ANNAs diagnostische Treffsicherheit ist in Studien bereits belegt: Sie erhöht die Treffsicherheit der Ultraschallauswertung signifikant.

Das Computersystem kann exakter als bisher gut- und bösartige Veränderungen des Gewebes erkennen und spürt dabei Stellen in der Prostata auf, die am verdächtigsten sind. Eine gezieltere Biopsie ist dadurch möglich. Mit ANNA können Tumore auch zuverlässiger in Stadien eingeteilt werden. Dabei können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch mehr Informationen erhalten, ob der Krebs noch auf die Prostata begrenzt oder schon darüber hinaus gewachsen ist. Bislang wird oft erst nach der Operation festgestellt, ob der Krebs die Prostatakapsel schon verlassen hat. Mit diesem Wissen wäre die Therapieentscheidung vielleicht anders ausgefallen.

Für den Präventionsmuffel Mann und für betroffene Patienten ist das neue Verfahren eine echte Verbesserung: Die Anzahl der erforderlichen Biopsien wird radikal reduziert und die Sicherheit des Befunds ist deutlich höher. Der Krebs wird früher entdeckt und kann so auch früher behandelt werden.

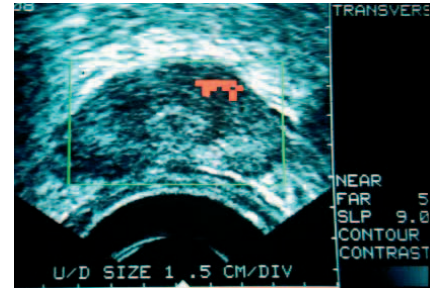
Dr. Loch wurde für seine Veröffentlichungen über ANNA schon mit folgenden Preisen ausgezeichnet:

- 1988: Peter-Bischoff-Preis der Vereinigung Norddeutscher Urologen e. V.
- 1996: Best Poster Award der American Urological Association
- 1996: Bard-Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.
- 1999: Best Poster Presentation European Association of Urology
- 2003: Werner-Staehler-Gedächtnispreis der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie
- 2004: Maximilian-Nitze-Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen der experimentellen oder klinischen Urologie (höchster Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

Leitprojekt

C-TRUS/ANNA ist die Basis für das Leitprojekt der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein „Netzwerk Innovative Urologische Tumordiagnostik Flensburg“. Mit diesem Leitprojekt fördert die Gesundheitsinitiative Spitzenmedizin und Spitzentechnologie made in Schleswig-Holstein – für eine verbesserte Gesundheitsversorgung und den Abbau der Präventionsscheu bei Männern.

Konkret wird der Aufbau eines klinischen Referenzzentrums (Center of Excellence) an der DIAKO in Flensburg mit Chefarzt Dr. Tillmann Loch als medizinischem und wissenschaftlichem Leiter gefördert. Mit dem Referenzzentrum im Mittelpunkt soll ein Netzwerk entstehen, das Aus- und Fortbildung zu den neuen Diagnoseverfahren sowie Wissenstransfer zwischen den beteiligten Urologinnen und Urologen ermöglicht.



Diagnostik mit C-TRUS/ANNA

Langfristiges Ziel ist es, auf der Basis ultraschallgestützter Bildgebung nicht nur die Diagnostik sondern auch die Therapiesteuerung nach neuesten Standards zu ermöglichen – auch wenn die Anwenderinnen und Anwender über ganz Deutschland verteilt sind. Das Verfahren soll über das Netzwerk intensiv weiterentwickelt werden. Perspektivisch könnte ANNA auch für die Diagnostik und Therapie anderer Organsysteme entwickelt werden.

Zukunft

Dieses Diagnoseverfahren ist weltweit noch einmalig. Bislang gab es nur das eine Gerät, das Dr. Tillmann Loch in Forschungsaufenthalten in den USA entwickelt hat. Das Ziel war immer die Verbreitung und Weiterentwicklung des Verfahrens. Neue Patienten ergeben neue Daten – Futter für ANNA und die Tumordiagnostik. ANNAs Verbreitung kommt also auch den Patienten zugute. Ein namhafter Industriepartner wird ANNA jetzt sukzessive in Deutschland und darüber hinaus multiplizieren. Das Center of Excellence und der wissenschaftliche Leiter bleiben in Flensburg – die DIAKO und PD Dr. Tillmann Loch.

Randy Lehmann, Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, www.gesundheit.schleswig-holstein.de

Ein Teamplayer der besonderen Art

Es gibt Menschen, die sind vielseitig talentiert. Im Falle Tillmann Lochs ist es ein Glücksfall, dass der 48-Jährige nicht nur seine Handballkarriere verfolgt hat. Der ehemalige Spieler des THW Kiel und der SG Weiche-Handewitt ist nach seiner Laufbahn auf dem Hallenparkett zu einem führenden Spezialisten für die Früherkennung von Prostatakrebs geworden und ein echter Teamplayer geblieben.



Tillmann Loch in seiner Zeit als Profihandballer

Zu den vielen Talenten Tillmann Lochs passt es, dass er erst mit 18 Jahren zum Handball fand, nachdem er zuvor Basketball, Fußball und während eines Austauschjahres in den USA sogar American Football gespielt hatte. Seine sportliche Bilanz nach über zehn Jahren Profidasein: zwei Vizemeisterschaften mit dem THW Kiel (1983 und 1985) und 147 Tore in 199 Bundesliga-Einsätzen. Ein verlässlicher, unermüdlicher Kreisläufer – ein Spielertyp, der sehr wichtig für den Erfolg eines Teams ist. Seine handballerische Selbsteinschätzung: „Ich war nie das Supertalent, aber ich habe meine Arbeit mannschaftsdienlich verrichtet.“ So seien Teamfähigkeit und Kreativität die Eigenschaften, die ihm sowohl beim Handball als auch später als Arzt am meisten geholfen hätten.

Nach sieben Jahren bei den „Zebras“ wechselte Loch zum Nordrivalen SG Weiche-Handewitt, später zum VfL Bad Schwartau. 1992 machte Loch dann Schluss mit dem Profisport und verfolgte nur noch seine medizinische Laufbahn – zunächst in Kiel, dann nach einer Zwischenstation im Saarland wieder in Schleswig-Holstein, dieses Mal in

Flensburg. Was er an den Norddeutschen schätzt? „Die Menschen hier sind auf den ersten Blick nicht immer die wärmsten. Wenn man sich jedoch erst einmal vertraut gemacht hat, dann sind sie die verlässlichsten Freunde.“



Ein Teamplayer auch in der Klinik

Ziele fest im Blick behalten

Für Loch gab es nie nur den Sport – das Berufsziel Arzt stand stets im Vordergrund. Die Doppelbelastung aus Fulltime-Studium und Profisport war nicht immer einfach zu bewältigen. Man darf ein Spiel halt nie verloren geben, ist Lochs Maxime. Mittlerweile ist er Chefarzt der Urologie in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg (Diako) und einer der führenden Urologen des Landes mit dem Spezialgebiet der Früherkennung von Prostatakrebs. Seine Ehefrau Annemie steht ihm dabei auch beruflich zur Seite – sie ist Oberärztin an der Diako. Man ergänze sich in fachlicher Hinsicht sehr gut, meint Loch. „Im Privatleben stehen urologische Themen weniger im Vordergrund. Aber über schwierige Fälle können wir eben auch zu Hause reden.“

Als gefragter Spezialist hat er zahlreiche Artikel in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. Und ein

weiteres Talent an den Tag gelegt: Erfindungsgeist. Denn er hat C-TRUS ANNA erfunden und dafür den Maximilian-Nitze-Preis, die höchste wissenschaftliche Auszeichnung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, erhalten. Dieses Diagnoseverfahren ist ein weltweit einmaliges, computergestütztes Analyse-System zur Krebsfrüherkennung. Das Vorhaben wird als eines der Leitprojekte von der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein unterstützt (siehe Artikel in diesem Jahrbuch).

Sensibilität für die Patienten

Das Magazin „Focus“ listete ihn kürzlich im Rahmen seiner größten Krebs-Recherche in einem bundesweit geführten Ranking unter den 72 Top-Medizinem für Prostata-, Blasen- und Nierenkrebs. Loch erhielt dabei Bestnoten von seinen Patienten. Nicht ohne Grund, denn „die Diagnose von Krebs erfordert höchste Sensibilität. Für jeden Arzt, der dies anders sieht, fehlt mir das Verständnis“, sagt Loch. Das kann Mitarbeiterin Schwester Hannelene nur bestätigen: „Doktor Loch nimmt sich für jeden Patienten alle Zeit der Welt und bespricht ausführlich die Diagnose. In verständlicher Sprache erklärt er alles, sodass keiner mit offenen Fragen nach Hause geht.“ Seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schätzen Loch wegen seiner kooperativen Art. Schwester Hannelene: „Jeder Mitarbeiter wird mit einbezogen.“ Ihr Chef spielt den Ball zurück, wenn er sagt: „In einem guten Team macht die Arbeit eigentlich immer Spaß.“ Tillmann Loch ist eben ein echter Mannschaftsspieler geblieben.

Christian Bürger und
Gesine Stück, dsn,
www.dsn-projekte.de

Die starke Gemeinschaft für Schleswig-Holstein



Ihre Partner im Klinikverbund

7000 qualifizierte Mitarbeiter bieten Ihnen:

- eine wohnortnahe Versorgung
- ein breites stationäres und ambulantes Leistungsspektrum
- Kompetenz in Medizin, Pflege und Rehabilitation
- modernste technische Ausstattung

www.5k-kliniken.de

Klinikum Itzehoe

www.kh-itzehoe.de
Tel.: 04821 772-0

Stadtklinik Glückstadt

www.kh-itzehoe.de
Tel.: 04124 63-0

Westküstenklinik
Brunsbüttel

www.wkk-online.de
Tel.: 04852 980-0

Westküstenklinikum
Heide

www.wkk-online.de
Tel.: 0481 785-0

Rheumaklinik
Bad Bramstedt

www.rheuma-zentrum.de
Tel.: 04192 90-0

Friedrich-Ebert-Kranken-
haus Neumünster

www.fek.de
Tel.: 04321 405-0

Klinik Dr. Lehmann
Neumünster

www.lehmannklinik.de
Tel.: 04321 9477-0

Kreis Krankenhaus
Rendsburg

www.kkh-rendsburg.de
Tel.: 04331 200-0

Krankenhaus
Eckernförde

www.kkh-eckernfoerde.de
Tel.: 04351 882-0

Patientenpfade – Wege in die Zukunft

Zu allen Zeiten muss mit den vorhandenen Ressourcen sparsam umgegangen werden. Im Zeitalter der Fallpauschalen und gedeckelten Krankenhausbudgets wird jedoch die ganzheitliche Erfassung des Patienten und seiner Erkrankungen zur betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit. Dabei ist eine ganzheitliche Erfassung auch vom medizinischen und pflegerischen Standpunkt aus sinnvoll. Ein Instrument für eine solche Herangehensweise sind Behandlungspfade.

Die Limitierung von Geldern und die Einführung eines neuen Preissystems haben in den Krankenhäusern tief greifende Veränderungen bewirkt. In den klassischen DRG-Ländern USA, Skandinavien und Australien (DRG = Diagnosis Related Group) hat dies dazu geführt, dass die Krankenhäuser die Behandlung von „Standardfällen“ konkret planen und standardisieren. Auch in Deutschland haben Krankenhäuser zum Teil schon den „klinischen Behandlungspfad“ (auf Englisch „clinical pathway“) eingeführt. Leider wird dieser Begriff, der die Planung des Behandlungsablaufes im Krankenhaus beschreibt, häufig mit Sparen und medizinischem Qualitätsverlust assoziiert und löst somit bei Medizinern und Pflegenden verständlicherweise Unbehagen aus. Diese Fehlinterpretation wird dem Sinn und Zweck der Behandlungspfade jedoch in keiner Weise gerecht. Ihr erstrangiges Ziel ist die medizinische Qualitätsverbesserung und die Vermeidung von Kommunikationsproblemen und Komplikationen. So gilt es etwa, organisatorische Mängel wie mangelnde Terminabsprachen zu beseitigen, die im klinischen Alltag einen erheblichen Stressfaktor für das Klinikpersonal darstellen. Diese Qualitätssteigerung trägt zugleich zur Kostensenkung bei. Ein weiterer kostenmindernder Aspekt der Behandlungspfade ist die rationelle Ressourcenplanung. Wie kann medizinische Qualität möglichst effizient nutzbar gemacht werden?

Faktor Planung

Der klinische Behandlungspfad beschreibt die Gesamtbehandlung eines Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes. Es gibt beispielsweise jeweils einen Be-

handlungspfad für Blinddarmentfernungen, für Hüftoperationen, für operative und/oder konservative Krebsbehandlungen. Alle beteiligten Berufsgruppen und Fachabteilungen finden sich auf dem Behandlungspfad in einem modularen System wieder. Hier sind die notwendigen Ressourcen und das Behandlungsziel definiert. Abweichungen von der Norm sollen erkannt und analysiert werden. Der klinische Behandlungspfad sieht eine multiprofessionelle Kooperation vor; es gibt verschiedene Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen, die eine Interaktion der Behandlungspartner erfordern. Die Standards der beteiligten Fachbereiche müssen a) untereinander abgestimmt sein, b) lokale Gegebenheiten berücksichtigen, c) eine allgemeine Akzeptanz besitzen und d) sich an Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften orientieren, die wiederum den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin (EBM) und Pflege standhalten müssen, das heißt den Stand des aktuellen Wissens berücksichtigen. Standards und klinische Behandlungspfade können im DRG-Zeitalter als Instrumente dem Qualitätsmanagement und damit der Qualitätssicherung dienen.

Mit der Einführung von DRGs in deutschen Krankenhäusern wird erstmals die regionale und überregionale Analyse nach DRGs gruppierter Krankheitsbilder und Behandlungsprozesse auf der Basis ökonomischer Rahmendaten möglich. Auf Grundlage der klinischen Behandlungspfade können verschiedene Therapieoptionen verglichen werden. Nachweisbare Vorteile von Behandlungspfaden sind:

- Optimierung von Prozessabläufen,
- Anwendung evidenzbasierter Medizin,

- rationaler Umgang mit Material und Mitteln,
- Verbesserung der Ausbildung,
- vereinfachte Einarbeitung neuer Mitarbeiter (Ärzte und Pflegepersonal),
- Qualitätssicherung,
- Kostentransparenz.

Flensburger Patientenpfade

In der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (DIAKO) wurden gemeinsam mit dem St. Franziskus Hospital klinische Behandlungspfade in multiprofessionellen Arbeitsgruppen erarbeitet und umgesetzt. Eine erste Feststellung: Häufig lähmen kommunikative Probleme den Behandlungsverlauf, da im klinischen Alltag jede Berufsgruppe eine eigene Dokumentation betreibt. Aus diesem Grund wurde die Dokumentation radikal vereinfacht und strukturiert.

Gemeinsame Kurvenblätter vereinen ärztliche, pflegerische und physiotherapeutische Dokumentationen. Diese sind modular angeordnet und farblich unterschieden. Die Farben zeigen an, welche Module ärztlich (rot), pflegerisch (blau) oder physiotherapeutisch (grün) bearbeitet werden müssen. Die erarbeiteten Standards werden handschriftlich abgezeichnet, wenn sie durchgeführt worden sind. Abweichungen oder das Nichterreichen von Zielen werden in Freitextfeldern dokumentiert. Diese explizite Dokumentation lenkt die Aufmerksamkeit aller Beteiligten auf die individuellen Probleme des Patienten.

Patienten einbeziehen

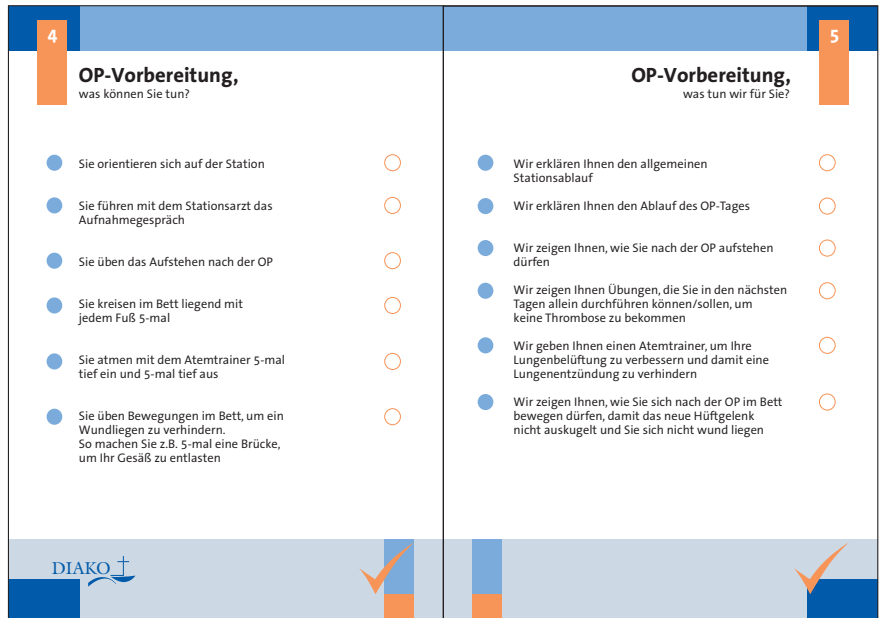
Das Modell der Flensburger Patientenpfade bezieht den Patienten als Behandlungspartner mit ein. Er wird über seine Behandlung informiert, um so Entscheidungen mittragen zu

können. Die Unsicherheit darüber, was ihn erwartet, bewirkt beim Patienten Passivität, Immobilität und Angst. Ein erklärtes Ziel ist daher Transparenz für den Patienten. Schon in der Sprechstunde vor der klinischen Aufnahme wird er nicht nur über den Eingriff aufgeklärt, sondern erhält auch ein Checkheft zum Behandlungspfad (siehe Abbildung).

Außerdem wird eine Patienten-Checkliste erstellt, die zum einen enthält, was der Patient an jedem Behandlungstag selber erledigen und erreichen soll, und zum anderen aufführt, was das Behandlungsteam übernimmt. So kann der Patient sich selbst und die behandelnden Personen kontrollieren und gezielte Fragen stellen. Er wird rechtzeitig über alle Behandlungsschritte informiert und weiß, wann und wie die Nachbehandlung abläuft.

Erste Ergebnisse

Die Patientenpfade wurden in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Flensburg gestaltet und ausgewertet. Exemplarisch wurde der Behandlungspfad zum Hüftgelenkersatz ausgewertet. Eine umfangreiche statistische Kennzahlenanalyse widmete sich der Übergangsphase vor und nach Einführung des Behandlungspfades. Insgesamt wurden 99 Patienten ohne Pfad mit 154 Patienten mit Behandlungspfad verglichen. Die Ergebnisse waren überraschend und eindeutig positiv: Die Patienten mit Behandlungspfad lagen über einen Tag kürzer im Krankenhaus. Die Streuung der Verweildauern im Krankenhaus war in der Behandlungspfadgruppe deutlich kleiner als vor Pfadeinführung. Das zeigt, dass sich auch unterschiedliche Begleitumstände gut in einem Behandlungsprogramm planen lassen. Die Verweildauer wurde, bezogen auf Einzelfaktoren, signifikant durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die nur in geringem Umfang medizinischer und viel häufiger



organisatorischer Natur waren. Behandlungspfade sind im Hinblick auf medizinische Notwendigkeiten variabel zu gestalten – auch wenn bei weit über 80 Prozent der Patienten mit vergleichbaren Grunderkrankungen oder Operationen gleiche Behandlungsverläufe zu beobachten sind. Bei verschiedenen Feinanalysen der Daten zeigte sich, dass die Vermeidung von unangenehmen Symptomen oder Komplikationen wie Übelkeit und Erbrechen nicht nur ein Qualitätsmerkmal darstellt, sondern sich ebenfalls ökonomisch positiv auswirkt.

Weiterentwicklung der Behandlungspfade

Behandlungspfade ermöglichen die transparente Darstellung aller klinischen Module (im OP, auf den Krankenstationen, in den Diagnostikbereichen, in den Sprechstunden). Diese ist wiederum die Grundlage für das Qualitätsmanagement. Nach dem Planen und Umsetzen eines Behandlungspfades folgt die Evaluation der Daten und – als Konsequenz der Ergebnisse – findet die Weiterentwicklung und Festschreibung des optimierten Pfades statt.

Die Auswertung papiergestützter Dokumentationen ist sehr personal- und zeitaufwendig. In der DIAKO wird daher derzeit an der Umsetzung einer elektronischen Behandlungspfadkurve gearbeitet. Diese ermöglicht nicht nur die direkte Verknüpfung der Dokumentation mit klinischen Prozessen (zum Beispiel

der elektronischen Anmeldung von Untersuchungen oder der elektronischen Terminierung), sondern auch die automatische Erfassung und Auswertung von Qualitätsdaten und Kennzahlen.

Parallel zur elektronischen Dokumentation innerhalb des Krankenhauses wird die sektorenübergreifende Entwicklung von Behandlungspfaden vorangetrieben. In einem vom Land Schleswig-Holstein geförderten Projekt wird ein Behandlungspfad über den Klinikaufenthalt hinaus geplant – häusliche Krankenpflege, stationäre Altenpflege, Hausärzte und Heilmittelanbieter werden eingebunden. Eine telematische Vernetzung soll es ermöglichen, medizinische Daten vom Patienten in die Arztpraxis beziehungsweise ins Krankenhaus zu übertragen. Der Patient wird so auch im häuslichen Umfeld durch ein medizinisches und pflegerisches Netzwerk versorgt. Wie im Krankenhaus können die medizinischen Daten in einer telemedizinischen „Visite“ diskutiert und therapeutische Konsequenzen besprochen werden.

Dr. Jan-Peter Braun, Ärztlicher Direktor; Timo Schulz, Projekt Behandlungspfade; Jens Meier, Projekt Behandlungspfade, Pflegedirektion; Julia Jennrich BSc, Leitung Physiotherapie; Dr. Thorsten Lange, Chefarzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, www.diako.de

Modellprojekt ePortal

Anfang 2008 fiel der Startschuss für die erste Modellphase des ePortals. Ziel des Projektes ist es, die ambulanten Hausarztpraxen mit der stationären, teilstationären und ambulanten Geriatrie am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck elektronisch zu vernetzen, um einen Austausch patientenbezogener Daten zu ermöglichen.

Nach Genehmigung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein erfolgte der Aufbau einer Kommunikationsstruktur nach modernstem Muster: Die beteiligten Hausärzte erhalten Zugang zu den Daten ihrer Patienten, die sich in einem der drei Systeme der Lübecker Geriatrie (stationärer Bereich, Tagesklinik oder ambulante geriatrische Versorgung) befinden. Seit dem Jahreswechsel 2007/2008 stehen die ersten vollständigen Vernetzungsbausteine zur Verfügung. Im ersten Quartal 2008 wurden bereits die ersten Patientendaten ausgetauscht. Als Oberfläche dient ein leistungsfähiges Internet-Daten-transfersystem, das den Lübecker Hausärztinnen und -ärzten nach der ersten Erprobungsphase zur Verfügung gestellt werden kann.

men wurde das Projekt detailliert vorgestellt und es konnten erste Hausarztpraxen für eine Beteiligung an dem Modellprojekt gewonnen werden. Von Mai bis Dezember 2007 erfolgte der Aufbau der EDV-Strukturen im Krankenhaus und in den ersten fünf beteiligten Praxen.

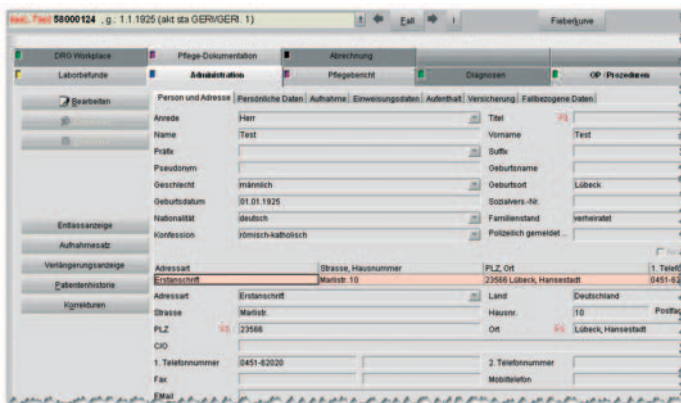
Technische Leistung

Zu den notwendigen technischen Bausteinen des ePortals gehören unter anderem ein leistungsfähiger Datenmassenspeicher und ein für Patientendaten zugelassenes Übertragungssystem mit umfassender Internetbeweglichkeit. Im Wesentlichen wird die Sicherheit durch eine DMZ (Demilitarized Zone: geschützter Rechnerverbund zwischen zwei Netzwerken), das Übertragungsprotokoll https sowie benutzer-spezifische Zugangsberechtigungen gewährleistet. Die DMZ verhindert,

dass eine externe Person über das Internet in den Bereich des Krankenhauses vordringt. Selbst nach einem erfolgreichen Eindringversuch in die DMZ findet der „Angreifer“ dort keine weiteren nützlichen Informationen oder Zugangswege vor, denn in der DMZ werden keine patientenbezogenen Daten gespeichert.

Datenaustausch über das ePortal

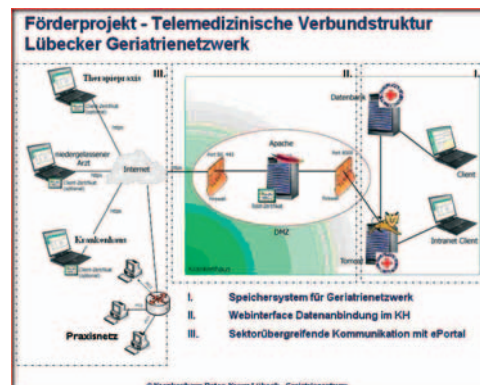
Bis zum Jahresende, wenn die erste Modellphase des Projekts endet, sollen mindestens zehn Arztpraxen am Datenaustausch beteiligt sein. Dabei ist es besonders wichtig, dass zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus nach Möglichkeit strukturierte Daten ausgetauscht werden. Als Kerndaten stehen Labordaten, Arztberichte und ausgewählte Rohdaten von Untersuchungen (EKG, Sonographie, Röntgenbefunde) zur Verfügung. Sie können maschinell weiterverarbeitet werden, beispielsweise als Basis für Entlassbriefe, Arztbriefe zwischen Haus-/Fachärzten sowie für die Prüfung von Spezialbefunden wie Labor- und Radiologiebefunden. Aber auch die elektronische Übermittlung von unstrukturierten Daten (Dokumenten) anstelle der postalischen oder Fax-Übermittlung bringt signifikante Vorteile mit sich und birgt ein großes Kosteneinsparungspotenzial. Darüber hinaus kann die gesamte Oberfläche



Patienten-administration mit Hilfe des ePortals

Voraussetzungen

Das elektronische Portal erfordert ein stufenweises Schulungsprogramm für die beteiligten medizinischen Partner in den Hausarztpraxen und für deren Mitarbeiter. Die Ausgangssituation hierfür ist günstig, da sich ein gut funktionierender Qualitätszirkel Lübecker Ärzte unter Leitung eines niedergelassenen Arztes alle zwei Monate unter dem Dach der Klinik trifft. In diesem Rah-



Die Integration des ePortals in die vorhandene Systemlandschaft

Kumulativbefund Liste test, M, (62 Jahre)				
Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	20090005	5280723
Probenentnahmedat.	16.1.2008	16.1.2008		
Probenentnahmezit.	12:00	12:00		
Hämatologie				
Erythrozyten	4,3 - 5,9	10	5,1	5,1
Hämoglobin		g/dl	+ 13,3	+ 13,3
Hämatokrit	40 - 52	%	40	40
MCV	95 - 95	fL	99,4	99,4
MCH	29 - 33	pg	99,4	99,4
MCHC	32 - 36	g/dl	34	34
Leukozyten	3,8 - 9,8	10	5,47	5,47
Thrombozyten	150 - 350	10	203	203
Gerinnung				
Quick	70 - 120	%	100	100
INR		KA	0,98	0,98

Kumulativbefund

für die krankenhausinterne elektronische Informationsmappe zu den einzelnen Patienten genutzt werden.

Verwaltungsaufwand reduzieren

Um den Verwaltungsaufwand für das ePortal möglichst gering zu halten, wurde darauf geachtet, dass Daten nicht redundant vorhanden sind, dass das Benutzermanagement integriert in KISS (Überwachungssystem für Infektionen im Krankenhaus) durchgeführt werden kann und dass eine nahtlose Integration in die Standardprozesse des Krankenhauses möglich ist.

Das elektronische Portal zum Austausch von patientenbezogenen Daten im Rahmen einer gemeinschaftlichen sektorübergreifenden Behandlung beschleunigt die Informationsübertragungszeiten für die behandelnden Hausärzte und die Klinik insbesondere innerhalb der ambulanten Behandlung deutlich. Beispielsweise können Teambesprechungen unter Beteiligung der Hausärzte in Zukunft auch virtuell durchgeführt werden. Der Hausarzt ist über eine Webcam mit dem Behandlungsteam online verbunden und kann seine Kommentare und Anregungen direkt über das elektronische Portal übermitteln. In der Kommunikation zwischen Klinik und Hausarztpraxis sind somit die Daten in der originalen krankenhausinternen elektronischen Patientenakte sofort einsehbar. Der Hausarzt hat hier über speziell zugeordnete Mappen Zugang zu einer Vielfalt an Daten, Formularen, Befunden, Berichten und anderen Dokumenten.

Erkenntnisse aus diesem Projekt fließen in ein anderes laufendes Modellprojekt – der jüngste Baustein der geriatrischen Versorgungskette: die Ambulante Geriatrische Versorgung (AGV) (siehe auch Jahrbuch 2007/2008). Diese wird seit Anfang 2007 an vier Kliniken in Schleswig-Holstein erprobt.

Vorteile in der Kommunikation

Im Einzelnen bringt das ePortal folgende Verbesserungen mit sich:

- Alle medizinischen Befunde sind umfassend, aktuell und permanent verfügbar.
- Das Versorgungsmanagement wird durch die Vernetzung von Hausarzt, Facharzt und Klinik erheblich verbessert.
- Die Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient bleibt gewahrt.
- Unnötige Doppeluntersuchungen und gefährliche Wechselwirkungen werden vermieden. Es entsteht ein nahtloser Versorgungsprozess, der koordiniert und kontinuierlich beim jeweiligen Spezialisten angesiedelt ist.

- Die Informationssituation und Vorbereitungsmöglichkeiten für die einliefernden Fach- und Hausärzte bei der Klinikeinweisung sowie bei der ambulanten Nachsorge unmittelbar nach der Klinikentlassung werden verbessert.
- Wertvolle Zeit und unnötige Wege werden gespart, weil die Befunde nicht mühsam bei verschiedenen Fachärzten eingeholt werden müssen.

Die Vorteile des elektronischen Portals liegen auf der Hand: verbesserte Versorgungsqualität, mehr Transparenz, Erhöhung der Wirtschaftlichkeit sowie erste Schritte zu einem Datenarchiv. Mit diesen Vorteilen leistet das Modellprojekt ePortal einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Vernetzung zwischen Hausarzt und Klinik. Es unterstützt nachhaltig aktuelle Bestrebungen im Gesundheitssystem, diese Schnittstelle zu verbessern und eine schwellenfreie Kommunikation zwischen den beiden Versorgungssystemen zu erreichen.

Michael Finndorf, Technische Projektleitung,
Dr. Martin Willkomm, Medizinische Projektleitung,
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum,
www.geriatrie-luebeck.de



**GESUNDHEIT
VORSORGE
VERSICHERUNG
ERNÄHRUNG
WELLNESS
BEAUTY
REISEN
LIFESTYLE
KULTUR
KUNST
BILDUNGSPORT
FITNESS
FAMILIE**

HOME & GARDEN event GmbH
Spenglerstraße 43 | 23556 Lübeck

INFOS UNTER: Telefon: 04 51-8 99 06-0 oder
www.gesundheitsmesse-sh.de

Gesundheitskarte Westküste

Maria H. geht es in den letzten Tagen immer schlechter. Leider ist der Hausarzt wegen einer Fortbildung nicht zu erreichen und der Vertreter kennt die Vorbefunde und den Krankheitsverlauf der herzkranken Patientin nicht. Aber das ist kein Hindernis für eine erfolgreiche Behandlung. Denn der Kollege bekommt von Maria H. die Gesundheitskarte Westküste gereicht und kann sich damit auf einer speziell gesicherten und verschlüsselten Datenbank die bisherigen Untersuchungen ansehen und in seine Behandlung einbeziehen.

Die Gesundheitskarte Westküste ermöglicht sowohl den niedergelassenen Ärzten als auch den Kollegen in der Klinik den gesicherten Zugriff auf eine Datenbank, die auf einem speziellen Server errichtet wurde. Dort finden sich Diagnosen, Medikationspläne, Briefe von Fachärzten und Kliniken sowie technische Befunde und Verfügungen der Patienten. Diese Informationen werden gebraucht,

- wenn zum Beispiel vor einer Operation ein Vergleichs-EKG aus den Vormonaten benötigt wird,
- wenn nicht bekannt ist, ob ein Verunfallter ein gerinnungshemmendes Medikament eingenommen hat,
- wenn der Patient von einer Medikamentenallergie weiß, aber nicht genau, auf welches Antibiotikum er allergisch reagiert.

Die Gesundheitskarte Westküste kann durch das Zusammenführen der Daten aus den unterschiedlichen Gesundheitssektoren schnelle Antworten geben, belastende und zeitraubende Doppeluntersuchungen vermeiden sowie Einsparungen bei Medikamenten und Hilfsmitteln erzielen.

Idee und Entwicklung

Seit Anfang 2007 haben sich die im Medizinischen Qualitätsnetz Westküste (MQW) zusammengeschlossenen Ärzte bemüht, eine gemeinsame Patientenakte aufzubauen, in die auch die Befunde aus den Westküstenkliniken Heide und Brunsbüttel einfließen. Ziel war es, die Vorteile eines eng kooperierenden Gesundheitszentrums auf den ländlichen Raum mit verstreut liegenden Hausarzt- und Facharztpraxen zu übertragen.



Gesundheitskarte Westküste

Auf Basis der von einer Arbeitsgruppe formulierten Vorstellungen wählte das MQW eine kommerzielle Serverinfrastruktur zum Austausch medizinischer Daten aus. Diese Patientenakte ist unabhängig von der eingesetzten Praxissoftware verwendbar und gewährleistet ein Höchstmaß an Datensicherheit durch hoch entwickelte Verschlüsselungstechniken. Auf der Karte selbst sind keine Daten gespeichert, die verloren gehen oder missbraucht werden könnten. Sie enthält lediglich einen Teil eines langen Verschlüsselungs-codes. Nur der Arzt, bei dem der Patient seine Karte einlesen lässt, hat die Möglichkeit, die Akte einzusehen, und das auch nur 90 Tage lang – dann wird wieder neu nach einer Berechtigung gefragt. Ein protokollierter Notfallzugriff ist in dringenden Ausnahmefällen aber möglich.

Der Datenschutzbeauftragte von Schleswig-Holstein hat nach Vorlage des Sicherheitskonzeptes keine Bedenken gegen den Gebrauch dieser Technik geäußert. Wichtig war den beteiligten Ärzten, dass sie die Struktur der Akte gemäß den medizinischen Anforderungen selbst bestimmen konnten.

Probleme in der Testphase lösen

In der Aufbauphase zeigte sich schnell, welche technischen und inhaltlichen Probleme das Vorankommen behinderten: fehlende DSL-Anschlüsse, mangelhafte Datenübertragungsprotokolle, Fehler in der Software und ein nicht ausgereifter struktureller Aufbau der Akte. Weitere Projektsitzungen mit Entwicklern, Technikern und Ärzten folgten. Schließlich wurde in dieser engen Zusammenarbeit eine anwenderfreundliche elektronische Patientenakte realisiert. Die Technik war bereit für den harten Praxisalltag.

Die Patienten haben dieses zurzeit kostenlose Angebot gerne angenommen. Bedenken wegen der Datensicherheit werden nur selten geäußert. Vielmehr überwiegt der Wunsch der Patienten, dass die beteiligten Ärzte in Praxis und Klinik zügig alle Befund- und Medikationsinformationen erhalten können. Viele Menschen wünschen sich eine Umsetzung der hier vorgestellten Lösung im gesamten Bundesgebiet.

Und dieser Wunsch ist realisierbar. Es gibt bereits zwei weitere Arztnetze, die sich für diese Technik interessieren. Eine Verbindung zwischen den Servern ist über dieselbe Technik möglich. So könnte aus einem Kerngebiet in Schleswig-Holstein eine Lösung für ganz Deutschland werden.

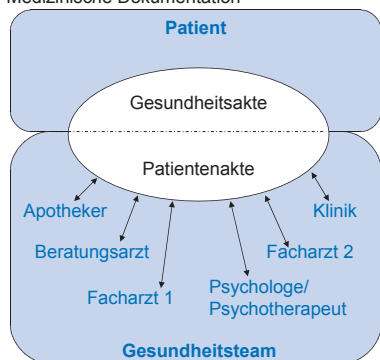
Dr. Stefan Krüger,
Vorstandssprecher des MQW,
Medizinisches Qualitätsnetz
Westküste, www.mqw.de

Patientenakte in Flensburg

Über 40 Gesellschafter, Allgemein- und Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten, haben FLUG, das Flensburger Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG gegründet. Kooperationspartner sind das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital und die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Flensburg. Gemeinsam verfolgen alle das Ziel, die Qualität der Patientenversorgung in einer regionalen sektorenübergreifenden integrierten Gesundheitsvollversorgung nachhaltig zu verbessern.

Dazu haben die Gesellschafter ein Konzept für eine zielgerichtete Kommunikation, Koordination und Kooperation der Patienten und aller Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich entwickelt: Alle Akteure werden mit einer elektronischen Patientenakte (für die Behandler) und mit einer lebensbegleitenden elektronischen Gesundheitsakte (für die Patienten) in die Versorgung von der Prävention über die Früherkennung und die akute Behandlung bis zur aktiven Vermeidung von Spätfolgeschäden einbezogen. Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein gefördert.

Medizinische Dokumentation



(Grafik: dsn)

Gesundheitsnetz

Jeder Bürger in der Region kann sich als Mitglied im Flensburger Unternehmen Gesundheit (FLUG) akkreditieren und ein individuelles Gesundheitsnetz aus einem Betreuungsarzt, je nach Bedarf Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und einer Klinik auswählen. Als Betreuungsarzt wählt der Netzpatient typischerweise den Arzt, mit dem er den intensivsten Kontakt hat. Je nach Art und Stadium seiner Beschwerden (akut, chronisch, Spätfol-

geschäden) kann das ein Hausarzt, Facharzt oder auch Klinikarzt sein. Sein persönliches Gesundheitsteam ist untereinander und mit ihm elektronisch vernetzt.

Gesundheitsakte

Die elektronische Patientenakte kommuniziert alle medizinisch relevanten Einträge automatisch und ausschließlich innerhalb des Gesundheitsteams und mit der „Lebensbegleitenden Gesundheitsakte“ des Netzpatienten. In die Gesundheitsakte kann der Patient selbst seine Daten wie Gewicht und Blutdruck eintragen, die dann automatisch in die Patientenakte seines Gesundheitsteams übertragen werden.

Der Netzpatient kann so unmittelbar erkennen, ob vereinbarte Behandlungsziele erreicht werden (erläuterte Laborwerte, Gewicht, Blutdruck, Blutzucker und andere Werte), und als aufgeklärter Patient aktiv an seinem Gesundungsprozess mitwirken und direkt sehen, wie sich seine Therapietreue („Compliance“) gemäß den Behandlungshinweisen seiner Ärzte auswirkt.

Vorteile für den Patienten

Aufgrund der automatischen Übertragung der medizinischen Dokumentation innerhalb des vom Patienten ausgewählten Gesundheitsteams wird eine Doppelmedikation vermieden. Dank einer elektronischen Spiegelung seiner Verordnungsdaten an eine Datenbank, die sämtliche existierende Arzneimittel enthält, werden unerwünschte Wechselwirkungen und Kontraindikationen in der medikamentösen Behandlung ausgeschlossen. Die enge Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten

verhindert Doppelbefunde und -diagnosen.

Rahmenbedingungen

Die Gesellschafter von FLUG haben sieben Rahmenbedingungen formuliert, die für den Erfolg ihres Konzepts wesentlich sind:

1. Wenn die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden soll, muss Qualität über Indikatoren definiert und messbar gemacht werden.
2. Der Stand von Wissenschaft und Forschung muss verfügbar gemacht werden, um Therapieziele und Qualitätsindikatoren qualifiziert zu beschreiben. Dazu sind Behandlungspfade auf der Basis der jeweils aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften zu entwickeln und in den Praxen und Kliniken einzuführen (siehe Artikel in diesem Jahrbuch).
3. „Gesundheitsteams“ und ihre Aufgaben beschreiben.
4. Kommunikation, Koordination und Kooperation im Team leicht machen. Dazu muss die oben dargestellte elektronische Infrastruktur aufgebaut werden.
5. Alle Teilnehmer motivieren – auch den Patienten. Erreichbare Ziele müssen vereinbart und das Erreichte honoriert werden (Patienten mit günstigen Wahlтарifen, Ärzte und Kliniken mit einer Beteiligung an nachgewiesenen Einsparungen).
6. Vertragliche Rahmenbedingungen schaffen mit den wesentlichen Krankenkassen.
7. Öffentlichkeit herstellen – im Rahmen von regionalen Gesundheitstagen und Massenmedien.

Hanswerner Voss, Geschäftsführer der FLUG GmbH & Co. KG

Kostenlos, vertraulich, menschlich

Armut macht krank und Krankheit macht arm. Wer nicht krankenversichert ist, sich den Besuch beim Hausarzt nicht leisten kann oder Schwellenängste hat, kann in Lübeck ein besonderes Angebot nutzen: Das Gesundheitsmobil, ein zum Behandlungsraum ausgebauten Fahrzeug, bietet jedem kostenlos medizinische Grundversorgung und Beratung. Besetzt ist es mit Sozialpädagogen, ehrenamtlichen Ärzten sowie Pflegefachkräften; es steht fahrplanmäßig an sozialen Brennpunkten.

Während die Lübecker Tafel im Gemeindehaus Lebensmittel an Bedürftige verteilt, steht das Gesundheitsmobil, ein weißer Mercedes Sprinter mit der Aufschrift „kostenlos, vertraulich, menschlich“, vor der Tür. Die 59-jährige Weronika Jablonska hatte ihr klappriges Rad schon für den Heimweg gegriffen, als sie noch mal zurückkommt. „Kann ich mich hier auch informieren, wie ich vom Rauchen loskomme“, ruft sie in den offenen Wagen. „Klar, kommen Sie nur.“ Dr. Bernd Jaekel, Arzt in Ruhestand, ist jeden Freitag an Bord. Es wird geredet und geredet und Weronika Jablonska fühlt sich sichtlich wohl. Mit Mitte 40 hatte sie Krebs bekommen und bald ihren Job verloren. Später fand sie nichts Neues. „Ich war ja auch lange draußen. Irgendwann gehörte ich zum alten Eisen“, erzählt die alleinstehende Harz-IV-Empfängerin. Zum Arzt geht sie nur, wenn es unbedingt sein muss – „wegen der Praxisgebühr“. Sie lässt sich von Dr. Jaekel noch



den Blutdruck messen, weil sie manchmal mit Schwindel kämpft.

Mehr als dreißig Jahre behandelte der Allgemeinmediziner meist Beamte und höhere Angestellte, jetzt sieht er in seinem Ehrenamt eine „wichtige und soziale Herausforderung“. Konkurrenz zum niedergelassenen Arzt? „Das ist das Gesundheitsmobil auf keinen Fall“, sagt er. „Ich weiß doch selber, wie es ist: In der Praxis hat man gar nicht die Möglichkeit, sich so lange die Probleme anzuhören. Aber genau das brauchen diese Menschen.“ Zeit und Zuwendung. Da schmerzt die Seele auch mal mehr als die aufgekratzte Wunde am Bein, die

sich durch einen alkoholbedingten Leberschaden gebildet und inzwischen eitrig entzündet hat. Der Arzt hat schon viele solcher Fälle im Gesundheitsmobil behandelt. „Die Patienten trauen sich höchstens zu uns, aber nicht ins Wartezimmer eines Arztes.“ Sie schämen sich. Weil man ihnen ihre Armut ansieht, weil sie psychisch angegriffen oder sogar verwirrt sind. Meist durch Schicksale, die sie irgendwann dorthin gebracht haben, wo sie jetzt stehen: an den Rand der Gesellschaft.

Vom Problem zum Projekt

Laut Armuts- und Sozialbericht ist fast jeder siebte Lübecker arm. In einigen Stadtteilen benötigen mehr als 20 Prozent der Bürger finanzielle Unterstützung. Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit und Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. Menschen mit niedrigem Einkommen sterben bis zu zehn Jahre früher. Sie erleiden zwei bis drei mal häufiger Herzinfarkte oder Schlaganfälle oder erkranken an Krebs.



Einfach nur reden hilft manchmal auch schon

Die Gemeindediakonie Lübeck und die Johanniter-Unfall-Hilfe in Lübeck haben das Gesundheitsmobil unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten Peter-Harry Carstensen als kostenloses Beratungs- und Versorgungsangebot ins Leben gerufen und tragen den Hauptteil der Kosten. Die Idee begründete sich ursprünglich in der Frage: „Was machen wir eigentlich mit Menschen, die nicht krankenversichert sind?“ Inzwischen besteht in Deutschland zwar eine Versicherungspflicht (siehe Infokasten), aber immer noch gibt es leider genügend Bedarf für das mobile Angebot. Der Leiter der Gemeindediakonie und ehrenamtliche

Standortpfarrer der Johanniter-Unfall-Hilfe in Lübeck Pastor Kai Gusek kannte Projekte wie die Mobile Hilfe in Hamburg oder Mobilix in Berlin. Nach der Zusage der Glücksspirale, eine Anschubfinanzierung für die Personalkosten zu leisten, konnte das Gesundheitsmobil Lübeck am 6. September 2007 im Rahmen eines Gottesdienstes in St. Aegidien eingeweiht werden.

Die Arbeit im Gesundheitsmobil

Jeden Monat lassen sich etwa 15 Menschen überwiegend im Alter zwischen 40 und 70 Jahren im Gesundheitsmobil medizinisch versorgen. Einige kommen bis zu fünf Mal. 15 Prozent der Klienten sind nicht krankenversichert. Die medizinische Versorgung und Beratung durch den Arzt und das Pflegepersonal bilden den Arbeitsschwerpunkt. Das Team erhebt die Vitalzeichen, versorgt Wunden und verabreicht Medika-

mente wie leichte Schmerzmittel, Erkältungsmittel, Antibiotika, medizinische und pflegende Salben. Häufig stellt das Gesundheitsmobil den Kontakt zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Beratungsstellen oder Pflegediensten her.

Mit 15 bis 45 Minuten je Fall sind die durchschnittlich acht Beratungen bei psychosozialen Problemen im Monat besonders zeitaufwändig. Die Sozialpädagogin erkennt ein großes Bedürfnis, über biografische, zum Teil traumatische Ereignisse wie Verlust der Arbeit, Scheidung, Trauer, Gewalt, Missbrauch, Isolation oder Sucht zu berichten. Die Zusammenhänge zwischen Armut, individuellen Problemen und Gesundheit werden in vielen Fällen deutlich. In durchschnittlich vier Fällen monatlich kann die Sozialpädagogin in Fragen der Grundsicherung, Arbeitsförderung, Kranken- und Rentenversicherung



und zur Teilhabe Behinderter sowie Kinder- und Jugendhilfe weiterhelfen. Das Gesundheitsmobil versteht sich daher auch als Teil eines sozialen Netzwerkes.

Spendenkonto des Gesundheitsmobils Lübeck

Volksbank Lübeck
Konto 16 17 20 19
BLZ 230 901 42

Peter Kupper, Fachbereichsleiter Soziale Dienste, Jugend, Ehrenamt und Kommunikation, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., www.gesundheitsmobil.org

► KRANKENVERSICHERUNG FÜR ALLE

Schnell konnte man bisher in die missliche Lage kommen, seinen Versicherungsschutz zu verlieren und im Krankheitsfall ohne entsprechende Absicherung dazustehen. Selbstständigen, die beispielsweise in Zeiten wirtschaftlicher Flaute ihre Beiträge nicht zahlen konnten, wurde von ihrer Krankenversicherung gekündigt. Aber auch nach Scheidung oder Rückkehr aus dem Ausland standen viele vor dem Problem, von keiner Kasse aufgenommen zu werden. Gemäß einer Pressemitteilung vom 7. Februar 2008 vom Statistischen Bundesamt waren im ersten Quartal 2007 bundesweit noch über 200.000 Personen ohne Krankenversicherung (regionalisierte Zahlen liegen nicht vor).

Seit dem 1. April 2007 sind die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verpflichtet, ehemalige Versicherungsnehmerinnen und -nehmer ohne Versicherungsschutz wieder aufzunehmen. Auch Rückkehrerinnen und Rückkehrer aus dem Ausland haben Anspruch auf eine Wiederaufnahme in ihre alte Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger. Dasselbe gilt seit dem 1. Juli 2007 für die privaten Versicherungen. Diese dürfen niemanden mehr aufgrund von Vorerkrankungen oder Alter ablehnen und müssen einen Standardtarif oder ab 2009 einen Basistarif anbieten. Der Basistarif darf nicht höher als der durchschnittliche Höchstbetrag in der GKV sein – persönliche Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse

soll es dabei nicht geben. Kann der Versicherte die Beiträge nachweislich nicht aufbringen, werden diese halbiert. In besonderen Fällen gibt es einen Zuschuss vom Sozialamt.

Ob eine private oder gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist, hängt davon ab, wo man zuletzt versichert war. Wer bisher weder gesetzlich noch privat versichert war, wird in dem System versichert, dem er oder sie aufgrund der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen ist.

Ziel der Gesundheitsreform ist, dass ab 1. Januar 2009 jede Einwohnerin und jeder Einwohner in Deutschland krankenversichert ist.

GesundheitsTreff im MarktTreff

Der Landarzt schließt seine Praxis – doch Gemeinde und Bürger des Orts Beidenfleth (Kreis Steinburg) stecken den Kopf nicht in den Sand. Mit Unterstützung des Landes Schleswig-Holstein erweitern sie ihren bestehenden MarktTreff um einen GesundheitsTreff und entwickeln so das schleswig-holsteinische Erfolgsmodell weiter.

„Mit dem neuen Angebot, das DRK-Sozialstation, Physiotherapiepraxis und Allgemeinarztpraxis-Dependance unter einem Dach bündelt, sorgen wir für ein gutes Stück Lebensqualität in unserem Dorf“, sagt Peter Krey, Bürgermeister der 930-Einwohner-Gemeinde. In lediglich neun Monaten schafften es engagierte Bürgerinnen und Bürger, die Gemeinde, das Amt Wilstermarsch, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), das landesweite MarktTreff-Projektmanagement sowie die beteiligten Gesundheitsdienstleister in Beidenfleth aus der Not eine Tugend zu machen – und erhalten so die Gesundheitsversorgung im Ort aufrecht. Zugleich wurde der MarktTreff insgesamt als lebendiger Dreh- und Angelpunkt im Dorf gestärkt.

Wirtschaftliche Lösung

Jeder Anbieter hat im GesundheitsTreff seinen eigenen räumlichen Arbeitsbereich, während Flur, Empfang und Sanitäranlagen gemeinsam genutzt werden können. Durch die Bündelung unterschiedlicher Dienstleistungen hat die Gemeinde kleinräumige und damit für die Mieter wirtschaftliche Lösungen geschaffen. Mit dem GesundheitsTreff wird das Modell MarktTreff um das wichtige Feld der Gesundheitsversorgung erweitert. Die Bündelung von Beratung, Prävention, Betreuung, Diagnose und Therapie in den GesundheitsTreffs leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum.

In Beidenfleth war der landesweite MarktTreff-Partner KVSH eng in die Entwicklung des GesundheitsTreffs eingebunden. So ließ sich in dem Dorf an der Stör das Modell einer Praxis-Zweigniederlassung realisieren. Das ist eine Möglichkeit, die in der Gesetzgebung ausdrücklich vor-



Betreiben den GesundheitsTreff Beidenfleth: Allgemeinarzt Ulrich Fiedler, Ulrike Janssen-Komoß (DRK-Sozialstation) und Physiotherapeut Stefan Bader (v. l. n. r.)

gesehen ist und die die KVSH dort etablieren möchte, wo es Probleme gibt, die medizinische Grundversorgung sicherzustellen.

An anderen MarktTreff-Standorten gibt es bereits entsprechende einzelne Angebote. So zum Beispiel Physiotherapiepraxen in Ladelund und Schwabstedt (Kreis Nordfriesland), eine Zahnarztpraxis in Kirchbarkau (Kreis Plön), Rückengymnastik und Coronarsport in Munkbrarup (Kreis Schleswig-Flensburg).

Im Alt Duvenstedter MarktTreff (Kreis Rendsburg-Eckernförde) wird der GesundheitsTreff-Gedanke bereits seit 2006 gelebt. So liegt am neuen Dorfplatz mit MarktTreff und Feuerwehr auch die Arztpraxis, in der zwei Mediziner praktizieren. In den MarktTreff-Räumlichkeiten gibt es regelmäßig Untersuchungen und medizinische Weiterbildungsveranstaltungen. Zudem ist der Verein „Gesundheit – Natur – Umwelt GNU e. V.“ sehr aktiv: Er konzentriert sich auf Gesundheitsprävention (Kurse, Laufen, Nordic Walking). Eine ambulante Herzgruppe wird betreut, die sich unter sportärztlicher Aufsicht fit hält.

Bundesweit Maßstäbe gesetzt

Schleswig-Holstein hat schon 1999 die Initiative ergriffen, um die Grundversorgung mit Dienstleistungen im ländlichen Raum zu erhalten. Mit Partnern aus den Regionen, aus Wirtschaft, Verbänden und Gesellschaft hat die Landesregierung seitdem das Modell MarktTreff mit Erfolg entwickelt. MarktTreffs bündeln vielfältige Angebote, stärken die Dorfgemeinschaft und schaffen Arbeitsplätze – maßgeschneidert für die jeweilige Gemeinde. Heute sichern bereits 25 MarktTreffs die Grundversorgung auf dem Land. Weitere 25 MarktTreffs sind geplant. Dabei sollen verstärkt GesundheitsTreffs integriert werden. Das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume von Schleswig-Holstein fördert die Entwicklungs- und Investitionskosten bei MarktTreffs mit EU-, Bundes- und Landesmitteln. Neue MarktTreffs werden über die AktivRegionen initiiert.

Ingwer Seelhoff, MarktTreff Projektmanagement und Kommunikation, Geschäftsführer der ewg group gmbh, www.markttreff-sh.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit Familie, Jugend und Senioren

DAK Unternehmen Leben

BARMER Deutschlands größte Krankenkasse

Techniker Krankenkasse

AOK Die Gesundheitskasse. AOK Schleswig - Holstein

GEK Gmünder ErsatzKasse

UK SH

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

IKK

KGSH

Hamburg Münchener Krankenkasse

HZK HZK - DIE PROFIKRANKKASSE

BKK

Großhansdorf Waldgemeinde

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Akademisches Lehrkrankenhaus

Bundesministerium für Bildung und Forschung

PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg KVH

VPK SH Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.

BUNDES GESCHÄFTS STELLE QUALITÄTS SICHERUNG GMBH

PBeaKK GESUND versichert.

hkk Erste Gesundheit.

KVSH Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Für die Menschen im Land.

Landwirtschaftliche Sozialversicherung Schleswig-Holstein und Hamburg

HEK HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HYGIEIA Hygieneberatung im Dienste der Gesundheit

KKH Die Kaufmännische Gesundheit intelligent versichern

BDPK Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

ZVK

147 Physiotherapie-Praxen

1.386 Allgemein- und Facharztpraxen

Zusammenarbeit in integrierter Patienten-Versorgung

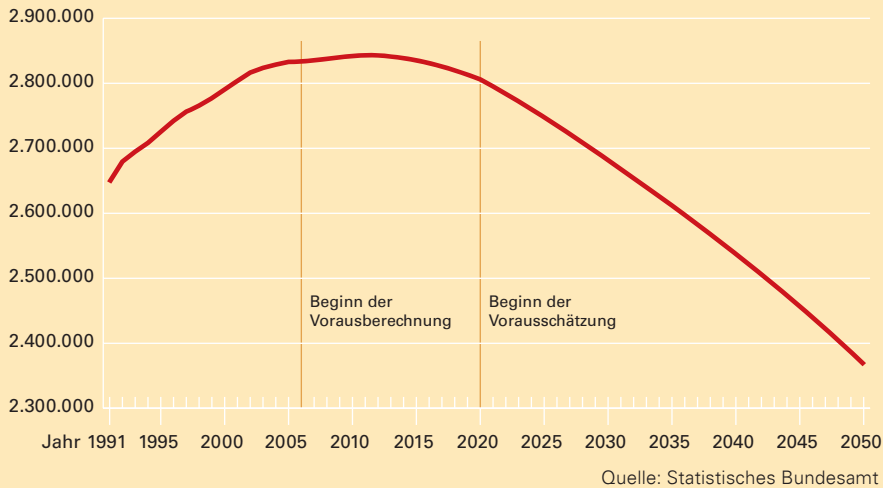
Die **Park-Klinik Manhagen** dankt ihren jährlich 16.000 Krankenhaus- und 2.500 ambulanten Patienten sowie ihren Partnern für das Vertrauen!

www.manhagen.de



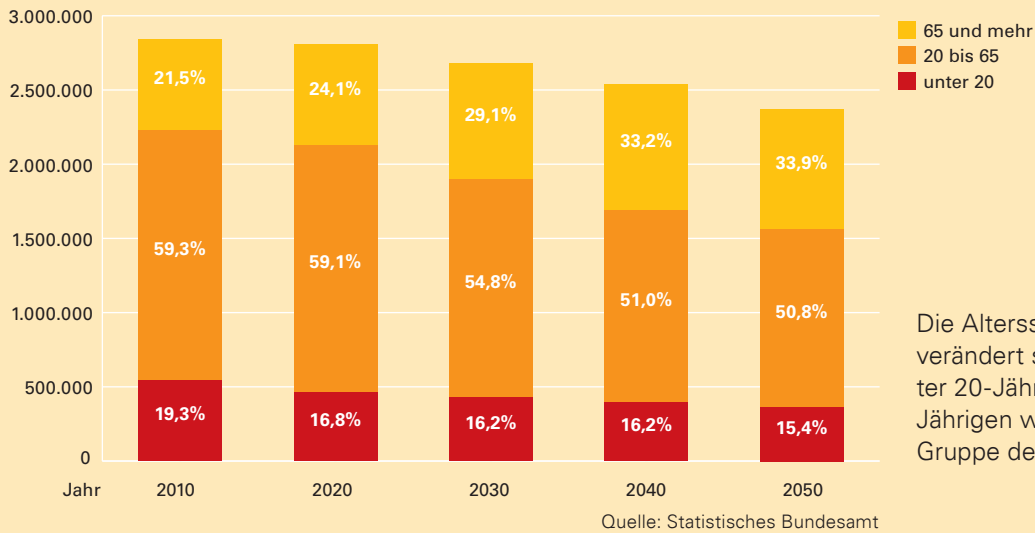
► GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bevölkerungsentwicklung für Schleswig-Holstein 1991 bis 2050



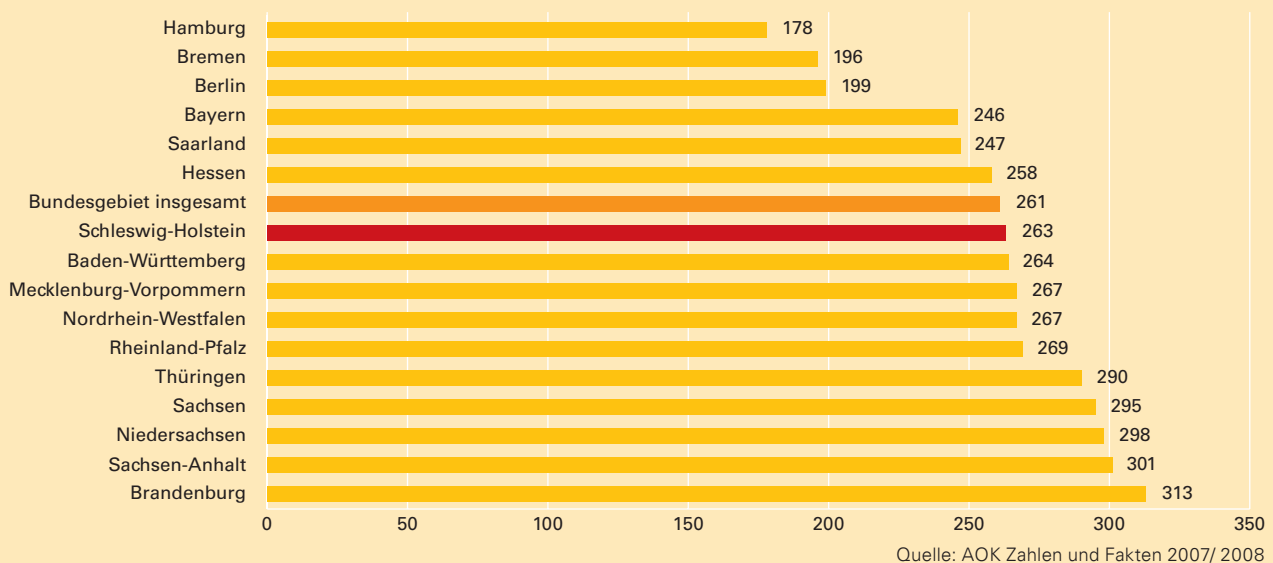
Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland und die Länder zeigt die Bevölkerungsentwicklung von 1991 bis 2050. Die Prognosen sagen für Schleswig-Holstein einen Bevölkerungsrückgang um etwa 16 Prozent bis 2050 gegenüber 2005 voraus.

Bevölkerungsveränderung in Schleswig-Holstein bis 2050 nach Altersgruppen



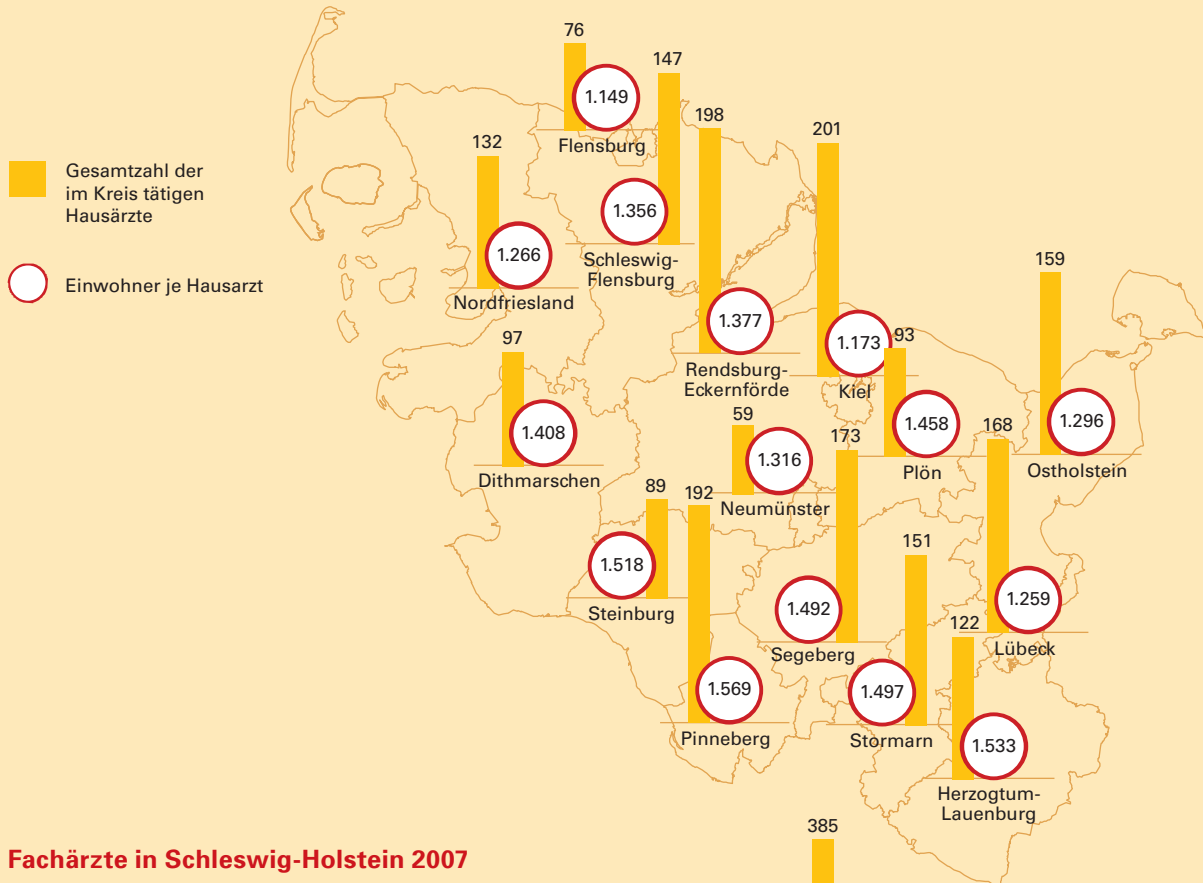
Die Altersstruktur der Bevölkerung verändert sich. Die Gruppen der unter 20-Jährigen und der 20- bis 65-Jährigen werden im Vergleich zu der Gruppe der über 65-Jährigen sinken.

Einwohner je Arzt in den Bundesländern

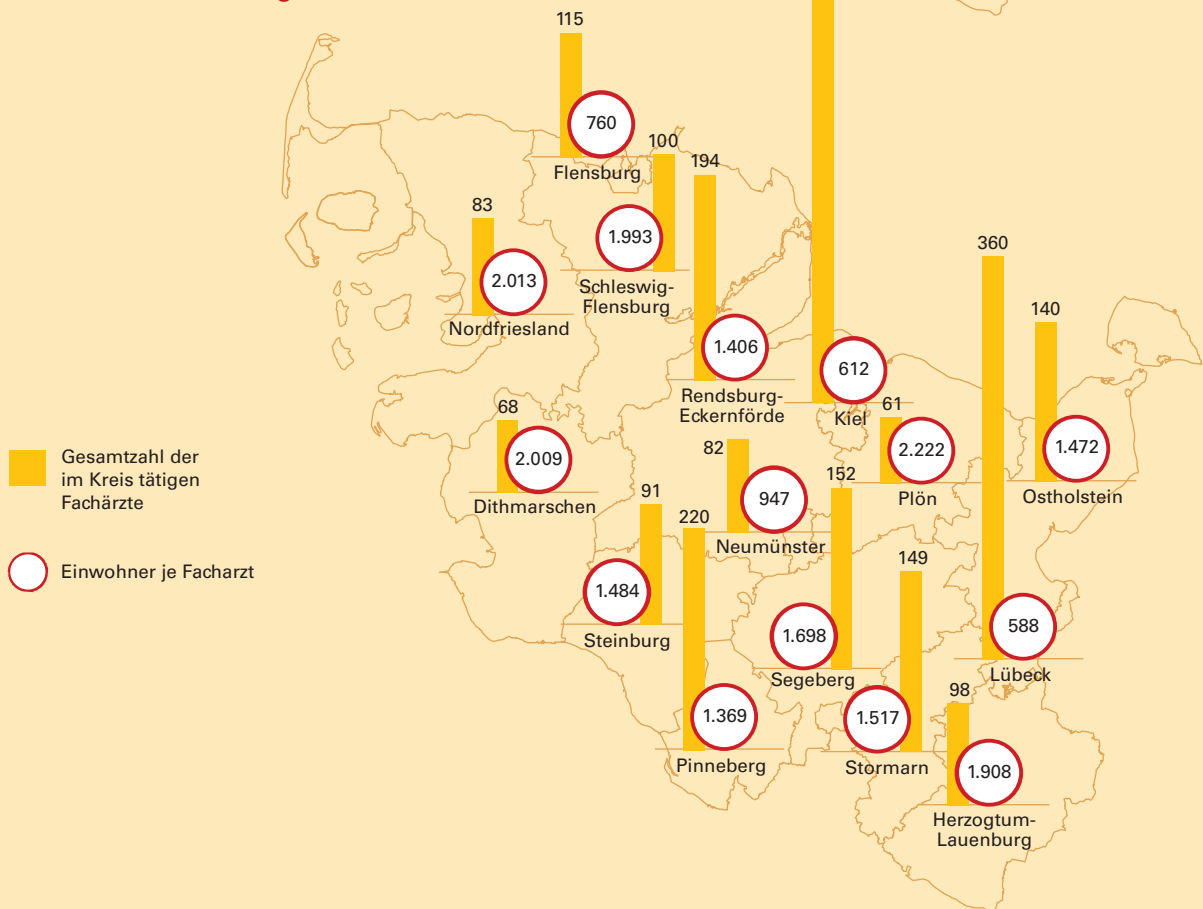


Im Bundesländervergleich liegt Schleswig-Holstein bei der Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten etwa im Bundesdurchschnitt. Eine höhere Arztdichte gibt es in den Stadtstaaten sowie in Bayern, Hessen und im Saarland. Tendenziell haben die neuen Bundesländer weniger Ärzte je Einwohner.

Hausärzte in Schleswig-Holstein 2007



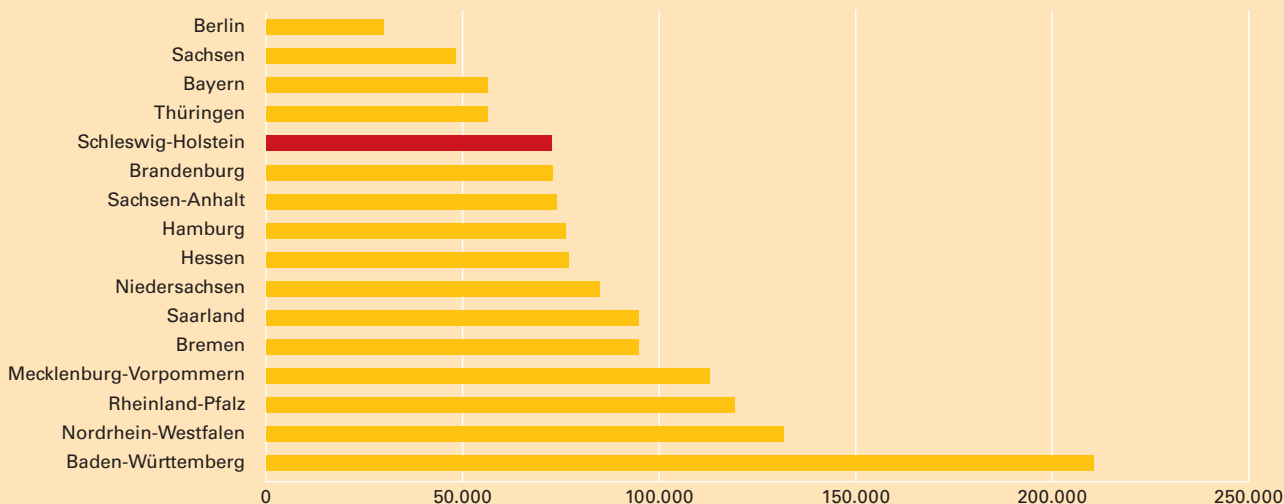
Fachärzte in Schleswig-Holstein 2007



Quelle: KVSH 2007, Statistisches Landesamt Nord 2007

► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Einwohner pro medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) in den Bundesländern



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2007, Statistisches Bundesamt 2007

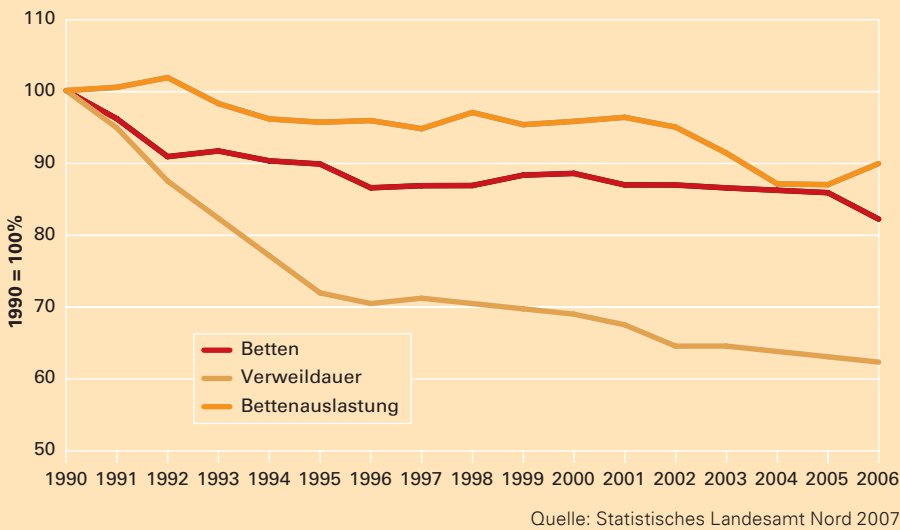
Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in der im Arztregister eingetragene Ärztinnen und Ärzte als Inhaber (Vertragsärzte) oder als Angestellte tätig sind. Auch Krankenhäuser können Träger eines MVZ sein. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist ein MVZ mit einer Gemeinschaftspraxis vergleichbar. In einem MVZ sind jedoch unterschiedliche Fachrichtungen unter einem Dach vertreten.

Medizinische Versorgungszentren – Standorte in Schleswig-Holstein



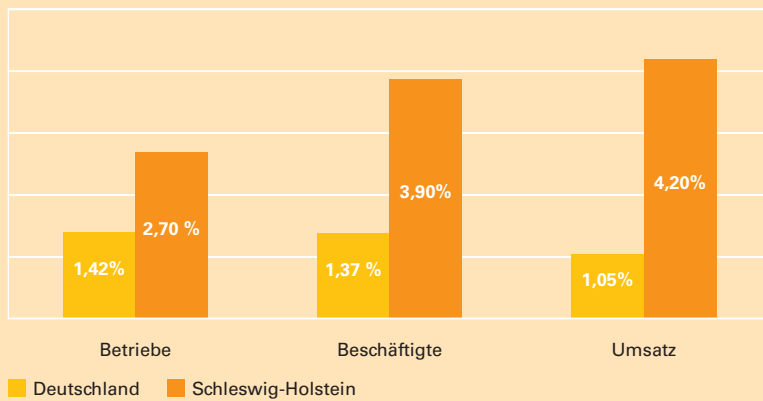
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2007

Entwicklung ausgewählter Krankenhausdaten in Schleswig-Holstein 1990 bis 2006



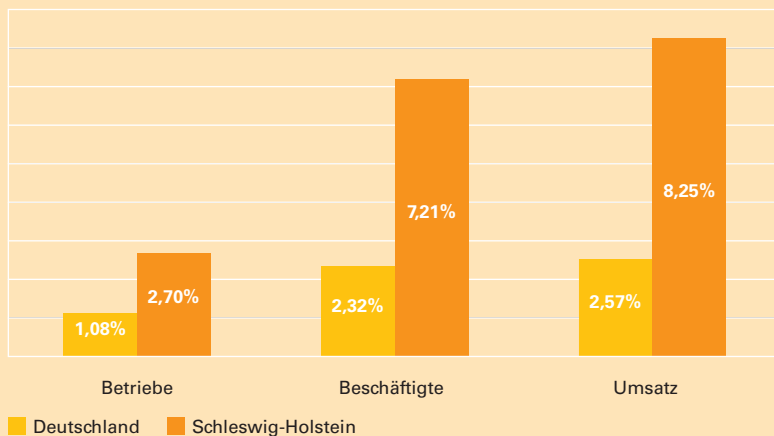
In Schleswig-Holstein gibt es 15.547 Krankenhausbetten (Stand 2006) in 96 Krankenhäusern, davon sind 78 Häuser im Krankenhausplan mit 98 Betriebsstätten ausgewiesen.

Medizinische Geräte und orthopädische Erzeugnisse 2007 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Im verarbeitenden Gewerbe Schleswig-Holsteins stellen die Bereiche Pharmazeutische Erzeugnisse und Medizintechnik einen wichtigen Schwerpunkt dar. Ihr Anteil an Arbeitsplätzen und Umsatz ist deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Pharmazeutische Erzeugnisse 2007 in Prozent des verarbeitenden Gewerbes



Beispiel Onkologie

Die Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung verlangt viele Behandlungsschritte und die Einbindung unterschiedlichster medizinischer Fachdisziplinen. Patienten müssen meist zwischen ambulanter und stationärer Versorgung pendeln, lange Wege und häufige Arztwechsel in Kauf nehmen. Mit der Öffnung von Kliniken für die ambulante Versorgung nach Paragraph 116b im Sozialgesetzbuch V können die Behandlungsschritte besser vernetzt und die Versorgungsqualität gesteigert werden.

Im Fokus des Paragraphen 116b stehen hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und solche mit besonderen Verläufen wie HIV und AIDS, schwere Herzinsuffizienz und Krebserkrankungen. Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken sollen gesenkt und aus Einzelschritten abgestimmte Behandlungsprozesse entwickelt werden.

Frühzeitige Umsetzung

Diese Chance wurde in Schleswig-Holstein genutzt. Auf Initiative des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren wurden schon Ende 2007 in enger Abstimmung mit Krankenhäusern, Kostenträgern, Kassenärztlicher Vereinigung und regionalen Praxisnetzen die bundesweit ersten Zulassungen von Krankenhäusern erteilt – wobei das Ministerium zur Bedingung gemacht hat, dass die Antrag stellenden Krankenhäuser mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor Ort Vereinbarungen treffen.

Der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität kommt im Rahmen der gesetzlichen Regelungen besondere Bedeutung zu. Formuliert vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung bereits für viele der Indikationsbereiche des Paragraphen 116b festgelegt. Diese sogenannten „Konkretisierungen“ bestimmen bundesweit die Rahmenbedin-

gungen zur Leistungserbringung, beispielsweise Diagnosen, obligate und fakultative Einbindung von medizinischen Fachdisziplinen, sächliche und personelle Anforderungen. Es sind gerade die Anforderungen für die Zusammensetzung von Behandlungsteams, die die Rolle der Qualität in der ambulanten Versorgung gemäß Paragraph 116b veranschaulichen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Für die Umsetzung in die Praxis bedeutet dies, dass beispielsweise bei der Versorgung eines Patienten mit Lungenkrebs ein interdisziplinäres Behandlungsteam tätig wird, zu dem mindestens ein internistischer Hämatologe oder Onkologe, ein Radiologe, ein Strahlentherapeut, ein Pneumologe und ein Thoraxchirurg gehören. Die Leitung und Koordination des Teams muss dabei eindeutig festgelegt sein. Weitere Fachdisziplinen kommen bei medizinischer Notwendigkeit hinzu, teilweise auch mit 24-h-Rufbereitschaft. Idealerweise sollen alle Bereiche unter einem Dach arbeiten. Verpflichtender Bestandteil der onkologischen Konkretisierung ist auch die Einbindung der Physiotherapie, des Sozialdienstes und von Selbsthilfeorganisationen. Darüber hinaus muss jeder Fall von einer interdisziplinären Tumorkonferenz, wie sie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H) bereits seit Langem etabliert ist, begutachtet und dokumentiert werden. Am Campus Kiel sind beispielsweise die ansässigen und mitbehandelnden niedergelassenen Kollegen direkt an der Konferenz beteiligt, für die übrigen assoziierten Kliniken und Praxen besteht seit Kurzem die Möglichkeit der Einbindung über ein Video-Konferenzsystem.

Gemeinsames Handeln

Mit der Entscheidung der Landesregierung, das Zulassungsverfahren nach Paragraph 116b anzustoßen und die konkrete Umsetzung zu fördern, und mit der Bereitschaft der Kostenträger, Vertragsärzte, Verbände und Krankenhäuser, konstruktiv und zielgerichtet Lösungen zu schaffen, zeigt Schleswig-Holstein, wie die onkologische Versorgung in einem gemeinsamen Vorgehen weiter verbessert werden kann. Alle Beteiligten – und damit die Versorgungslandschaft als solche – rücken zusammen. Und dabei ist der Paragraph 116b nur ein Baustein von vielen, um die Vorteile einer Zentrumsversorgung mit den Vorteilen einer wohnortnahen Versorgung, die in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein notwendig ist, zu einem abgestimmten Behandlungskonzept zu verknüpfen. Der Patient kann nur profitieren.

Prof. Dr. Frank Gieseler,
Leiter der interdisziplinären onkologischen Ambulanz und Tagesklinik des UK S-H und Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e. V.,
Thomas van Landeghem,
Dezernat Strategisches Controlling,
UK S-H, www.uk-sh.de



Zentrum für Gesundheit und Diakonie



In guten Händen

Die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt steht seit mehr als 130 Jahren im Dienst des Nächsten. Heute ist die DIAKO das Flaggschiff für Gesundheit und Diakonie im Norden – mit dem akademischen Lehrkrankenhaus im Zentrum.

Schwerpunkte mit überregionaler Bedeutung sind unter anderem das Kompetenzzentrum für Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, das Urologische Zentrum, das Brust- und das Wirbelsäulenzentrum, das Mamma-Screening, die Schlaganfallereinheit («stroke unit») sowie das Perinatalzentrum. Die Zentrale Notaufnahme ist Anlaufstelle für Notfälle aus der gesamten Region. Beteiligt ist die DIAKO zudem an weiteren Kliniken und psychiatrischen Einrichtungen u.a. in Kappeln, Bredstedt, Breklum, Husum und Kiel. Mit der Telemedizin und den Behandlungspfaden verfolgt die DIAKO zukunftsweisende Konzepte, die zu optimalen Behandlungsabläufen führen.

Dass moderne Medizin und menschliche Wärme gleichermaßen zur Gesundheit beitragen, ist dabei unsere feste Überzeugung. Der DIAKO-Verbund mit seinen mehr als 2500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bildet eine Einheit im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung. Jeder einzelne Mensch gilt uns als einmalig und unverwechselbar. Wir begegnen ihm mit Aufmerksamkeit, Zuwendung und Respekt. Er ist bei uns in guten Händen.

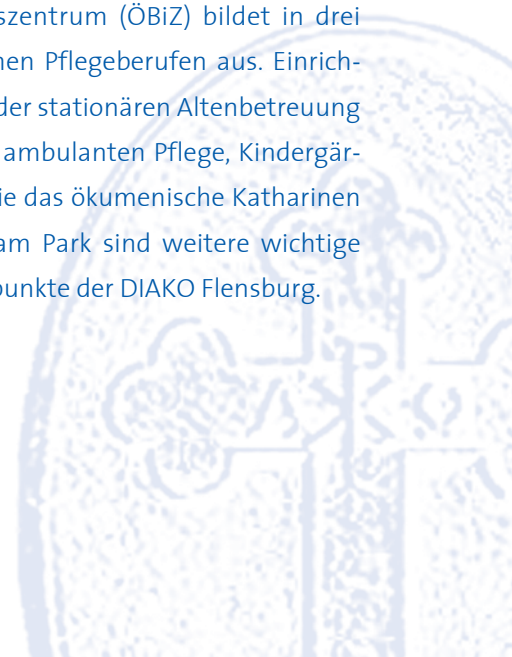
Zukunftsorientiert engagiert sich die DIAKO zudem im Bereich der Ausbildung und Erziehung: Das Ökumenische Bildungszentrum (ÖBiZ) bildet in drei klassischen Pflegeberufen aus. Einrichtungen der stationären Altenbetreuung und der ambulanten Pflege, Kindergärten sowie das ökumenische Katharinen Hospiz am Park sind weitere wichtige Schwerpunkte der DIAKO Flensburg.

DIAKO Flensburg

Knuthstraße 1
24939 Flensburg

Telefon: 0461 - 812-0
Telefax: 0461 - 812-1009

servicecenter@diako.de
www.diako.de



Kinder- und Jugendmedizin

Eine Öffnung der Krankenhäuser mit ihrem hoch spezialisierten Leistungsvermögen für alle Patienten mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen – das war die Idee des Gesetzgebers bei der Einführung des neuen Paragraphen 116b in das Sozialgesetzbuch V im Oktober 2005. Schwer und chronisch kranken Menschen soll zukünftig nicht nur stationär, sondern auch ambulant die ganze Vielfalt der Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten einer modernen Klinik geboten werden.

Die im kommunalen Krankenhausverbund 5K zusammengeschlossenen Kliniken nahmen die Verwirklichung dieses Teils der Gesundheitsreform in die Hand – in enger Abstimmung mit den Krankenkassen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Mit Erfolg: Inzwischen ist Schleswig-Holstein das erste Bundesland, das diese Gesetzgebung umsetzt und für die Bevölkerung neue und erweiterte Gesundheitsleistungen anbietet. Im Dezember 2007 wurden 13 Krankenhäuser vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren ermächtigt, auch ambulante Behandlungen anzubieten für:

- hoch spezialisierte Leistungen mit speziellen Großgeräten, zum Beispiel Röntgenuntersuchungen, Computer- und Magnettomographien, Bestrahlungen,
- seltene angeborene Erkrankungen, zum Beispiel der Lunge, der Leber, des Stoffwechsels und des blutbildenden Systems,
- Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie zum Beispiel schwere Erkrankungen des Immunsystems, des Herzens, des Nervensystems, besonders gravierende chronische Infektionskrankheiten und Entwicklungsstörungen zu früh geborener Kinder.

Als eine der Ersten öffnete die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Westküstenklinikum Heide und am Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster ihre Tore für die ambulante Behandlung spezieller Patientengruppen. Fachkompetenz und medizinische Möglichkeiten zum Wohle der jungen Patienten zur Verfügung zu stellen – dieser Zielsetzung einer bisher einmaligen Zusammenarbeit der beiden Krankenhäuser in der Kin-



Kooperation zum Wohle der Kinder

der- und Jugendmedizin entspricht auch die wohnortnahe ambulante Versorgung seltener und schwerer Erkrankungen. Die Chefärztin und die Oberärzte an den beiden Standorten in Heide und Neumünster haben als Spezialisten für besondere Schwerpunkte in der Kinder- und Jugendmedizin Sprechstunden eingerichtet für:

- Kinder mit schwerwiegenden Erkrankungen des Abwehrsystems,
 - Kinder mit angeborenen Fehlbildungen der Nieren, des Magen-Darm-Traktes, des Gehirns, des Rückenmarks und Erkrankungen der Muskulatur,
 - Kinder mit Funktionsstörungen des Nervensystems, Krampfanfällen und Epilepsie,
 - Folgeerkrankungen nach einer Frühgeburt.
- Und am Westküstenklinikum in Heide darüber hinaus für:
- Kinder mit Erkrankungen des Herzens (Kinderkardiologie).

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen in den Praxen ist für die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin eine wichtige Voraussetzung, um das neue Leistungsangebot sinnvoll zu positionieren. Die Patientenversorgung in den Praxen soll zum Wohle des Patienten ergänzt werden durch die hoch spezialisierten Leistungen

in den Krankenhäusern. Kooperation statt Konkurrenz ist das Leitbild der beteiligten Klinik-Ärzte. In Neumünster wurde zur Absicherung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Klinik und Praxis im ambulanten Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin ein Vertrag geschlossen. Darin verpflichtet sich das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Patienten nur nach Zuweisung durch die betreuenden Ärzte zu untersuchen und zu behandeln. Die ambulanten Leistungsangebote wurden einvernehmlich abgestimmt und die niedergelassenen Kollegen versicherten im Gegenzug, das Krankenhaus im stationären Versorgungsbereich zu stärken. Ein Beispiel, das sicherlich auch in anderen Teilen Schleswig-Holsteins eine gute Grundlage für die gemeinsame Betreuung der betroffenen Patienten darstellen könnte.

Die jugendlichen Patienten in Heide und ihre Eltern nehmen das neue Behandlungsangebot gerne an. In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Westküstenklinikum wurden im ersten Halbjahr 2008 bereits über 340 Kinder ambulant behandelt, vor allem Kinder mit Krampfanfällen, angeborenen Fehlbildungen und schweren Erkrankungen des Abwehrsystems. Für diese Patienten werden durch die Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den behandelnden Ärzten im ambulanten Sektor Versorgungslücken geschlossen, sodass stationäre Behandlungen oft vermieden werden können.

PD Dr. R.-Christiane Seitz,
Chefärztin der Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin
Westküstenklinikum Heide und
Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster, www.wkk-hei.de

OP durchs Schlüsselloch

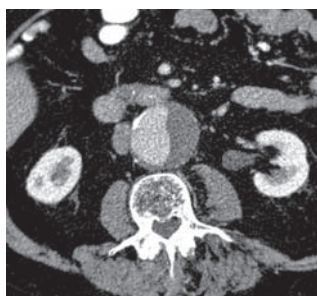
Mehr als drei Prozent der Männer bis zum 65. Lebensjahr und mehr als neun Prozent ab dem 75. Lebensjahr sind von einer ballonartigen Ausweitung der Bauchschlagader (Aorta) betroffen. Mit Zunahme der Lebenserwartung stieg in den letzten Jahrzehnten auch das Auftreten des sogenannten Infrarenalen Bauchaortenaneurysmas.

Rund 80 Prozent der meist männlichen Betroffenen sind beschwerdefrei, sodass sie die Veränderung zunächst gar nicht wahrnehmen. Oft wird die Diagnose eher zufällig bei der Abklärung anderer Erkrankungen oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen mittels Ultraschall festgestellt. Unbehandelt kann die Erweiterung zu einem Reißen des größten Gefäßes im menschlichen Körper, der Aorta, und zu einem inneren Verbluten führen.

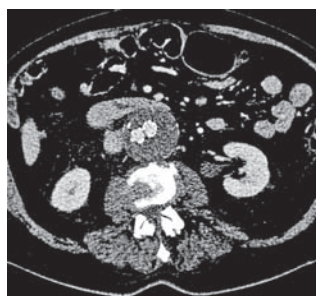
Auch bei dem 81-jährigen Werner B. wurde ein solches Bauchaortenaneurysma festgestellt. Nach dieser Diagnose stehen in der Regel zwei Behandlungsverfahren zur Verfügung: Das eine ist die offene Operation, bei der die Bauchhöhle aufgeschnitten, die Aorta freigelegt und abgeklemmt wird, was zu einer hohen Belastung des Herzens führen kann.

Minimal-invasive Versorgung

Das andere Verfahren ist die minimal-invasive Versorgung – gerade für ältere Patienten eine schonende Alternative. Dabei wird der Aortenstent, ein Kunststoffschlauch, der die Gefäßwand künftig ringsum abstützen soll, durch zwei kleine Leistenschnitte unter Röntgenkontrolle zielgenau in die Bauchschlagader und in die Beckenschlagader platziert. Um einen solchen Eingriff abzustimmen, sind viele Fachleute notwendig: Vertreter der Inneren Medizin, der Gefäßchirurgie und der Radiologie diskutieren und entscheiden dann, welche Methode für den Patienten die beste ist.



Querschnitt durch das Aortenaneurysma vor der Versorgung: links im Gefäß das helle durchströmte Lumen, rechts im Gefäß ein wandständiger Thrombus



Querschnitt nach endovaskulärer Aortenstentplatzierung: Das Aneurysma ist vollständig thrombosiert und ausgeschaltet, nur die Prothesenbeinchen werden noch von Blut durchströmt

Im vorliegenden Fall des Herrn B. hat man sich für die minimal-invasive Therapie entschieden. Das Bauchaortenaneurysma mit 5,7 cm Querdurchmesser wurde per Ultraschall gesichert und im modernen Mehrzeilen-Computertomographiegerät (MS CT) genau ausgemessen. Anschließend wurde der Aortenstent erfolgreich platziert und die Erweiterung der Aorta damit ausgeschaltet. Herr B. konnte nach wenigen Tagen das Krankenhaus wieder verlassen. Kontrolluntersuchungen nach drei, sechs und zwölf Monaten werden seinen Gesundheitszustand überwachen.

Dr. Andreas Leichert, Chefarzt der Radiologie in der Asklepios Klinik Bad Oldesloe, www.asklepios.com/BadOldesloe

AOK Schleswig-Holstein

Wussten Sie schon...

AOK Schleswig-Holstein

Kundenzufriedenheit „gut“

- Schnelligkeit
- Kompetenz
- Zuverlässigkeit
- Freundlichkeit

getestet 01/2008 Befragte: 2.106 Privatkunden

Über 95% zufriedene Privatkunden

...dass wir erneut ausgezeichnet wurden?

Schnell – z.B. E-Mail-Antworten werktags innerhalb von 24 Stunden

Kompetent – mit fast 2.000 qualifizierten Mitarbeitern vor Ort

Zuverlässig – überzeugen Sie sich davon am besten selbst:

0180 32 32 32 6*
365 Tage, rund um die Uhr

www.aok.de/sh

AOK. Wir tun mehr.

AOK
Die Gesundheitskasse.

*9 Ct/Min. aus dem Festnetz der D1 Telekom, ggf. abweichende Preise aus dem Mobilfunk

Praxisklinik Travemünde

Das Gesundheitswesen ist im Umbruch! Mit dieser Aussage müssen sich Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, aber auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen befassen. Mit der Praxisklinik Travemünde konnte durch eine effektive und effiziente Verbindung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen ein Weg gefunden werden, der beispielhaft ist.

Mit der Schließung des Priwall-Krankenhauses, einer Einrichtung aus den 50er-Jahren, war die stationäre Versorgung des Lübecker Stadtteils Travemünde neu zu organisieren. Verfügte die alte Klinik noch über alle Merkmale eines Krankenhauses, mit allen Versorgungsstrukturen, so konnte mit der Kürzung der Verweildauer und Spezialisierung der Medizin keine ausreichende Nutzung gewährleistet werden. Die geographische Lage auf der Halbinsel Priwall, die nur mit der Fähre zu erreichen ist, erschwerte die Situation zusätzlich. Bei einer Neuordnung waren nicht nur die Belange einer wohnortnahen Versorgung zu berücksichtigen, sondern auch die Besonderheiten und Bedürfnisse eines am Tourismus und dem Fährverkehr mit Skandinavien orientierten Gemeinwesens. Insgesamt also eine Themenstellung, die typisch für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein ist und deren Lösung als Zukunftsaufgabe für die Sicherung einer qualifizierten Versorgung anzusehen ist.

Praxis + Klinik

Die Praxisklinik Travemünde verbindet eine vollstationäre Einrichtung mit 40 Betten und die Praxen von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Internisten, Gastroenterologen und Psychotherapeuten. Neben diesen Disziplinen stehen Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie eine Dialysepraxis zur Verfügung. In den vier Praxen sind zurzeit mehr als acht Ärzte tätig. Außerdem gibt es eine Apotheke, ein Sanitätshaus und eine Praxis für Physikalische Therapie.

In diesem Konstrukt ergänzen sich die Leistungsbereiche, ohne ihre Eigenständigkeit in medizinischer und ökonomischer Hinsicht zu verlieren.

Der gastroenterologisch versierte Internist untersucht in seinen Räumen die Patienten der Klinik ebenso wie die chirurgischen Notfallpatienten, die durch Mitarbeiter der Klinik in den Räumen der Chirurgen versorgt werden. Die Praxisärzte können sich in den Räumen der Klinik auch um „ihre“ Patienten kümmern und damit eine besondere Arzt-Patientenbindung aufbauen.

Die niedergelassenen Ärzte und die Klinikärzte versorgen die Patienten nach einheitlichen Standards eines KTQ-zertifizierten Krankenhauses. Die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ bietet Qualitätsmanagement für Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen an.

Röntgen in der Nacht

Das Röntgengerät wird von einer radiologischen Praxis gestellt. Während der täglichen Sprechstunden der chirurgischen Praxis, in der auch die Notfallversorgung für den Einzugsbereich der Praxisklinik stattfindet, fertigen die Praxismitarbeiter die notwendigen Röntgenaufnahmen an. Nächtliche Röntgenaufnahmen für die Klinik oder für Notfälle werden von den jeweils diensthabenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik erledigt. Die dafür notwendige Zusatzqualifizierung gehörte zum Gesamtkonzept der Praxisklinik Travemünde.

Im Anschluss an die Sprechstundenzeiten der Praxis übernimmt die Klinik die Notfallversorgung in den Räumen der chirurgischen Praxis. Diese erhält dafür ein Nutzungsentgelt. Damit erspart sich die Klinik die Vorkaufhaltung von Räumen, die tagsüber kaum genutzt würden. Notfallpatienten werden in der im Erdgeschoss liegenden Praxis versorgt, sodass

die stationären Patienten im ersten Obergeschoss ihre Ruhe haben. Die Klinik betreibt einen eigenen, hochmodernen Operationstrakt, in dem auch bestimmte Operationen des Stammhauses der Sana Kliniken Lübeck GmbH (Krankenhaus Süd) ausgeführt werden, um die Kapazitäten besser nutzen zu können. Die dafür notwendigen Sprechstunden und präoperativen Termine mit den Patientinnen und Patienten finden in eigenen Räumen statt, sodass den Patienten Fahrzeiten erspart werden können.

Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum der Praxisklinik Travemünde ist eingeschränkt. Verfahrensweisungen, welche Krankheitsbilder in der Praxisklinik Travemünde zu versorgen sind, werden festgelegt. Werden diese nicht eingehalten, erfolgt die Verlegung. Das ist in jedem Fall bei intensivmedizinischen Indikationen der Fall. Bestimmte Behandlungen und Verfahren werden im Krankenhaus Süd in der Lübecker Innenstadt oder – soweit medizinisch begründet – auch in anderen Kliniken durchgeführt. Dadurch kann eine wirtschaftliche und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Medizin gewährleistet werden.

Seit September 2005 bewährt sich die Praxisklinik Travemünde. Sie ist aus der stationären Versorgung in Lübeck nicht mehr wegzudenken. Ihre ungewöhnliche Lage in einem Gewerbegebiet – eingebettet in einer wunderschönen Landschaft – gewährleistet schnelle Erreichbarkeit und die zur Heilung notwendige Ruhe.

Hans-Peter Beuthien, Geschäftsführer der Sana Kliniken Lübeck GmbH,
www.praxisklinik-travemuende.de

DRK-Praxisklinik Mölln

Die Entscheidung, ein Krankenhaus zu schließen, fällt nicht leicht. Mit dem Umbau zu einer Praxisklinik hat das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg eine gute und tragfähige Lösung für alle Beteiligten realisiert. Der Großteil der Fläche ist bereits vermietet. Die Bevölkerung nimmt die neuen Angebote gut an. Es war die richtige Entscheidung, da ist sich die Geschäftsführung sicher.

Wenn Hans-Martin Kuhlmann Besucher durch das farbenfrohe 4-stöckige Rotklinkergebäude mitten im Zentrum von Mölln führt, beschleicht ihn mitunter ein Gefühl der Zufriedenheit. Der Geschäftsführer des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg im Kreis Herzogtum Lauenburg war der eigentliche Initiator einer Idee, der zunächst nur wenige folgen mochten: Schließung eines Krankenhauses – und anschließende Umwandlung in eine Praxisklinik. Heute, zweieinhalb Jahre nach dem Kraftakt, blickt Hans-Martin Kuhlmann auch ein bisschen mit Stolz zurück: „Wir haben einen solchen Zuspruch erfahren, wie wir ihn nicht erwartet hatten. Die Entscheidung, ganz bewusst auf verschiedene Kooperationen zu setzen, mit denen wir die kommunale Gesundheitswirtschaft stärken können, war genau die richtige.“

Vorher aber gab es harte, zum Teil erbitterte Diskussionen um den Krankenhaus-Standort Mölln, den Bürger, Patienten und Politiker nicht aufgeben wollten. In den Nachbarstädten Ratzeburg und Mölln, nur 10 Kilometer voneinander entfernt, in denen zwei Krankenhäuser über Jahrzehnte um die Vorherrschaft gerungen hatten, sollte plötzlich ein gemeinsamer Weg beschritten werden? Eine städtische Einrichtung und eine gemeinnütziger Verband unter einem Dach? War die Fusion im Jahr 2000 schon ein Kraftakt, so fühlten sich bei dem Aus des Möllner Krankenhauses 2006 viele als Verlierer.

Dabei sorgten die Vorgaben der Landesregierung für die wirtschaftlich richtige Entscheidung. Im Jahr 2006 mussten die Verantwortlichen des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratze-



Die DRK-Praxisklinik verbindet ambulante und stationäre Versorgung.

burg 72 ihrer insgesamt 302 Betten an den beiden Standorten Mölln und Ratzeburg reduzieren.

Die beste Lösung

„Es ist zwar schade, dass Mölln sein eigenes Krankenhaus verloren hat, aber die Errichtung der Praxisklinik und die Kooperation ist wirtschaftlich und für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung die beste Lösung“, unterstreicht Möllns Bürgermeister Wolfgang Engelmann, Aufsichtsratsvorsitzender der Krankenhausgesellschaft. Zwei Jahre lang wurde das ehemalige Möllner Krankenhaus nach und nach umgebaut, sodass 4.500 der insgesamt 5.500 Quadratmeter schon vermietet werden konnten. Neben der chirurgischen Notfallversorgung des DRK-Krankenhauses fanden hier auch viele Ärzte (Allgemeinarzt, Kinderarzt, HNO-Arzt) eine neue Praxis. Sie nutzen nicht nur ein vom Krankenhaus zur Verfügung gestelltes

Röntgengerät jederzeit – die ortsübliche Miete ist bezahlbar und die Praxen und Räume werden individuell zugeschnitten.

Es ist auch die zentrale Lage, die die Verantwortlichen einer Physiotherapie, eines Sanitätshauses, einer Logopädiepraxis, der psychiatrischen Tagesklinik des Johanniter Krankenhauses in Geesthacht sowie eines ambulanten Pflegedienstes und des Pflegeberatungsbüros Herzogtum Lauenburg zum Umzug bewogen hat. Auch das Büro Netzwerk Palliative Care Herzogtum Lauenburg ist neuer Mieter. Und seitdem das DRK-Bildungszentrum für Gesundheitsberufe eingezogen ist, ist alles auch noch ein wenig lebendiger.

Dirk Andresen, DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg,
www.drk-krankenhaus.de

Fragen an den Unternehmer

Alfred von Dollen ist Geschäftsführer der Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH (FEK). Damit ist er verantwortlich für rund 1.400 Mitarbeiter, die jährlich 20.000 voll- oder teilstationär sowie 20.000 ambulant behandelte Patienten versorgen. Das FEK ist ein Akutkrankenhaus mit 620 Betten und dem Auftrag der überörtlichen Schwerpunktversorgung. Das Einzugsgebiet erstreckt sich auf die kreisfreie Stadt Neumünster und weite Teile der angrenzenden Kreise.

Herr von Dollen, Sie sind jetzt seit zwölf Jahren Geschäftsführer des FEK. Erinnern Sie sich noch an Ihre erste Entscheidung?

An meine erste Entscheidung kann ich mich nicht erinnern. Meine erste wichtige Aufgabe war die Entwicklung eines Maßnahmenpakets zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Dieses hat von Anbeginn einen sehr großen Teil meiner Zeit in Anspruch genommen.

Und welches war Ihre wichtigste Entscheidung?

Die wohl wichtigste Entscheidung habe ich gemeinsam mit den für das Krankenhaus zuständigen Gremien mit der geplanten Realisierung eines Krankenhausneubaus mit einer Gesamtinvestitionssumme von rund 97 Millionen Euro getroffen. Einer-

seits wird damit in naher Zukunft die Infrastruktur für optimale Prozesse und eine bessere Unterbringung von Patienten gewährleistet, andererseits gibt es aber bis zur Realisierung in rund sieben Jahren Risiken, die trotz guter vorausschauender Planung möglicherweise in finanzieller Hinsicht eintreten könnten.

Wie unterscheiden sich die Führungsaufgaben eines Krankenhauses vor 20 Jahren von denen heute?

Da ich seit fast 30 Jahren Führungsaufgaben im Krankenhausbereich wahrnehme, kann ich den Unterschied zu den 80er-Jahren ganz gut beurteilen. In früheren Jahren wurden Krankenhäuser eher verwaltet, wirtschaftliche Fragestellungen wurden teilweise nachrangig bewertet.

Insbesondere war dieses Ausdruck des geltenden Selbstkostendeckungsprinzips. Heute erleben wir einen zunehmenden Wettbewerb unter den Krankenhäusern und bei kaum wachsenden finanziellen Ressourcen ist das wirtschaftliche Überleben Thema Nr. 1 in der Führung. Trotz aller finanziellen Engpässe darf die gute Qualität der Krankenversorgung nicht vernachlässigt werden, da damit einhergehende Patientenverluste ebenfalls die Existenz des Krankenhauses gefährden.

Unternehmen müssen Gewinne machen, um überleben zu können. Wie verträgt sich diese Aussage mit der realen Situation von Kliniken wie dem FEK?

Das FEK ist es gewohnt, deutliche schwarze Zahlen zu schreiben.



Das Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster, ein mittelständiges Unternehmen mit 1.400 Mitarbeitern



Alfred von Dollen

Aufgrund der sich im Vergleich zu den Vorjahren kräftig entwickelnden Kosten (Tarifsteigerung, Lebensmittel, Energie) ist eine wirtschaftliche Führung des Krankenhauses bei eingefrorenen Erlösen nicht möglich. Sollten keine gesetzlichen Weichenstellungen zur Verbesserung der

Krankenhausfinanzierung erfolgen, so wird es ab dem Jahr 2009 mit den schwarzen Zahlen auch für unser Krankenhaus vorbei sein.

Im Gesundheitswesen lautet das Motto „Nach der Reform ist vor der Reform“. Können Sie uns verraten, welches zentrale Element einer Reform dem FEK guttun würde?

Es gibt viele Wünsche an die Politik im Zuge der Reformierung der Gesetzgebung für das Gesundheitswesen. Zentraler Punkt ist, wie schon vorstehend gesagt, die „Öffnung des Deckels“ für die Gegenfinanzierung von Tarifsteigerungen und sonstigen überproportionalen Kostensteigerungen, auf die das Krankenhaus keinen Einfluss hat.

Welche Projekte planen Sie zur Zukunftssicherung Ihrer Klinik?

Das wichtigste Projekt ist die Realisierung des Neubaus mit dem die bauliche Infrastruktur für eine moderne Medizin sichergestellt wird. Daneben entwickeln sich nahezu in

jeder unserer klinischen Abteilungen neue diagnostische und therapeutische Methoden, die einerseits das Behandlungsspektrum für die Patienten unseres Einzugsgebietes auf dem neuesten Stand halten und andererseits die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen Einrichtungen sichert. In den nächsten Jahren werden auch die ambulanten Behandlungsangebote in einem Schwerpunkt Krankenhaus zunehmen. Dieses versuchen wir, in Kooperation mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten umzusetzen. Unausweichlich für alles Vorgenannte ist die Gewinnung von motivierten und qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Alles ist nichts, wenn wir diese nicht an unser Krankenhaus binden können.

Die Fragen stellte Gesine Stück, dsn, an Alfred von Dollen, Geschäftsführer, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, www.fek.de



**Ihre Ersatzkassen:
Die innovative und mitgliederstärkste Gemeinschaft
von Krankenversicherungen in Schleswig-Holstein**



Kleine Gesten mit großer Wirkung

Fast jeder Dritte in Deutschland ist ehrenamtlich aktiv, insgesamt über 23 Millionen Menschen. Rund 11.000 davon sind in 700 bundesdeutschen Krankenhäusern freiwillig und unentgeltlich tätig. Ehrenamtliche Helfer können in vielen Bereichen zusätzliche Service-Leistungen für die Patienten erbringen.

Soziales Ehrenamt im Krankenhaus ist nicht neu. Bereits in den 60er-Jahren gab es zum Beispiel in einigen Kliniken den „freiwilligen Sonntagsdienst“. 1969 wurden die aufgrund ihrer grünen Kleidung so bezeichneten „Grünen Damen“ in Düsseldorf gegründet, die christlich inspirierte, deutschlandweit bekannteste Organisation im Rahmen von ehrenamtlicher Hilfe im Krankenhaus. Bei sozialem Ehrenamt im Krankenhaus geht es immer darum, die Patienten auf den Stationen zu besuchen, ihnen zuzuhören, vorzulesen und kleine Besorgungen zu erledigen.



Das Team der ehrenamtlichen Helferinnen am Campus Lübeck

Am Campus Kiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H) hat man vor fast zehn Jahren mit 25 ehrenamtlichen Helfern angefangen, heute sind es rund 70 Ehrenamtliche.

Am Campus Lübeck startete im März 2005 ein Projekt mit dem Ziel, ein Konzept für den Einsatz von Ehrenamtlichen im stationären Pati-

entenbereich zu erarbeiten und umzusetzen. Der Vorstand des UK S-H hat das Projekt unter anderem aufgrund folgender Probleme initiiert:

- Patienten mit mangelnden sozialen Bindungen fehlt ein Ansprechpartner für private Belange.
- Besondere Wünsche der Patienten können nicht immer optimal erfüllt werden.

Zu diesem Zeitpunkt wurden ehrenamtliche Helfer nur innerhalb der Krankenhauseelsorge, im Ronald McDonald Haus sowie vereinzelt im Haus für Spiel- und Beschäftigungstherapie der Kinderklinik eingesetzt.

Brombeerfarbener Einsatz

Die Projektleitungen aus den Bereichen Sozialdienst und Pflegemanagement waren für die gesamte Konzeption, Umsetzung und Betreuung verantwortlich.

Das Projekt, Ehrenamtliche im UK S-H einzusetzen, fand bei den Medien in Lübeck große Beachtung. Dadurch wurde die Projektinitiative einer breiten Bevölkerungsschicht bekannt gemacht und viele interessierte Menschen meldeten sich, um mitzuwirken.

In einem vierwöchigen Schulungsprogramm wurden die ehrenamtlichen Helfer auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Sie erhielten als Einsatzkleidung brombeerfarbene Kasacks, dunkelblaue Halstücher, einen Anstecker mit dem Projektlogo sowie einen Mitarbeiterausweis mit Bild. Bei der Farbe der Dienstkleidung hatte sich die Projektleitung ent-



Patienteninformationszentrum: Anlaufstelle für Patienten

► DAS PATIENTENINFORMATIONSZENTRUM – EIN MODELLPROJEKT

Der Bedarf an Informationen und Entscheidungshilfen für Patienten und ihre Angehörigen steigt, da die Behandlungen und Therapien komplexer werden und die Verweildauer im Krankenhaus sich verkürzt. Gleichzeitig steigt auch das Interesse des Einzelnen, sich mehr mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen. Um diesem Bedarf an Information, Schulung und Beratung gerecht zu werden, startete am 1. April 2006 das Patienteninformationszentrum (PIZ) am Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Das PIZ läuft im Rahmen eines Modellprojektes zunächst bis ins Jahr 2011. Hier stehen speziell

geschulte Pflegekräfte für Fragen rund um die Themen Gesundheit und Krankheit zur Verfügung.

Zu den Kunden des PIZ gehören **Patienten**, die mit einer Diagnose konfrontiert sind, die ihr Leben verändert – dazu brauchen sie dringend Informationen und Unterstützung, um die Fachausdrücke zu verstehen. **Angehörige**, die oft große Angst um die Betroffenen haben, wollen wissen, wie sie helfen können. Auch sie müssen sich in die neue Thematik einfinden und brauchen dazu Hintergrundwissen. Das PIZ hilft auch dabei, eine Patientenverfügung zu erstellen. Schließlich



kommen auch **Mitarbeiter**, die einfach mal schnell etwas nachlesen oder im Internet recherchieren wollen.

Patienteninformationszentrum PIZ
am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck,
E-Mail: piz@uk-sh.de,
www.piz-luebeck.uk-sh.de
Für Fragen stehen Sylke Köhler und Beke Jacobs gerne zur Verfügung.

schieden, von der herkömmlichen grünen Farbe abzuweichen, um keine konfessionelle Einschränkung zu signalisieren. Im Nachhinein hat sich bestätigt, dass die Ehrenamtlichen auch durch ihre Kleidung sehr positiv in der Klinik wahrgenommen werden.

Um mit der Gruppe der Ehrenamtlichen in Kontakt zu bleiben, fanden alle sechs bis acht Wochen Treffen mit den Projektleiterinnen statt. In diesen Treffen wurden die auftretenden Fragen aus den Einsatzbereichen angesprochen und bearbeitet. In einem gemeinsamen Treffen der Ehrenamtlichen beider Campi konnten Erfahrungen und neue Sichtweisen miteinander ausgetauscht werden.

Im Rahmen einer Evaluation wurden insgesamt rund 30 Gespräche geführt, die in strukturierten Fragebögen dokumentiert wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass besonders die „Zeit für ein Gespräch“ als einer der

Schwerpunkte der ehrenamtlichen Tätigkeit von allen Beteiligten erlebt wird.

Projektziel erreicht

Am Ende des Projektes waren am Campus Lübeck 19 Ehrenamtliche in zehn Kliniken tätig, die im Rahmen des Projektes gewonnen, geschult und eingeführt werden konnten. Damit wurde das Projektziel erreicht. Im Juni 2008 sind im „Ehrenamtlichen Patientenservice“ insgesamt 25 Freiwillige zwischen 50 und 71 Jahren tätig. Die nächsten Interessenten sind bereits für die ab Mitte Juni 2008 stattfindende Schulung angemeldet.

Aufgrund der guten Resonanz in der Klinik und in der Bevölkerung wird

der ehrenamtliche Dienst weiter ausgebaut und dauerhaft integriert. Der beschrittene Weg, für die Patienten an einem Großklinikum einen ehrenamtlichen Patientenservice einzurichten, lässt sich mit einem strukturierten Konzept, Organisationsgeschichte sowie dem Einsatz von vorhandenen Ressourcen sehr gut realisieren. Der Einsatz von Ehrenamtlichen hat sich zur Unterstützung der Patientenzufriedenheit und der Servicekultur nachhaltig bewährt. Die Größe der Klinik spielt dabei keine große Rolle. Das Wichtigste zum Gelingen solch eines Projektes, sind die Menschen, die sich engagieren.

Gabriele Schulz-Salveter,
BBA, Grundsatzangelegenheiten
in der Pflege, Universitätsklinikum

Wir sortieren Ihre Medikamente.

Patientenindividuell verpackte
Medikamente erhöhen die Sicherheit
und verbessern den Behandlungserfolg
Ihrer Ärzte. Nachweislich.

Qualität und Sicherheit aus der Kreuz-Apotheke
durch maschinelle Verblisterung Ihrer Arzneimittel
- gemäß ärztlicher Verordnung -
(zugelassen nach AMG, ApoG und Heimg)

Speziell für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste entwickelt.

Kreuz-Apotheke
Taruper Hauptstrasse 55
24943 Flensburg
Telefon 04 61 - 90 91 675
Fax 04 61 - 90 91 676

Gut verpackt ist halb genommen

Apotheken, die eine patientenindividuelle Arzneimittel-Versorgung für ihre Patienten und Partner anbieten, können ihre Stellung im Versorgungsprozess stärken. Sie bieten damit hoch kompetente Leistungen an, die nicht von Discountern oder Internetanbietern imitierbar sind. Diese Strategie ist geeignet, die Wettbewerbsposition zu verbessern. Zudem können die Servicequalität gesteigert und gleichzeitig die Kosten gesenkt werden.

Dieses neue Aufgabenfeld für Apotheken ist die Versorgung von Patienten mit individuellen Arzneimittel-Verpackungen oder auch Blistern (blister [englisch] = Blase). Die Basis für die Entwicklung dieser Dienstleistung wird unter anderem durch folgende Daten verdeutlicht:

1. Der Rücklauf von Arzneimitteln in Apotheken zeigt, dass rund 31 Prozent nicht angebrochen und rund 34 Prozent nur zur Hälfte verbraucht waren, bevor sie vernichtet wurden.
2. Selbst bei stationärer Betreuung treten in bis zu 17 Prozent der Fälle unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf. Im privaten Bereich ist diese Quote vermutlich noch höher.

Apotheken können es übernehmen, den täglichen Arzneimittelbedarf ihrer Patienten – entsprechend der ärztlichen Verordnung – zu verwalten, einnahmebereit zu verpacken, zu kennzeichnen und auszuliefern. Die Medikamente werden zu diesem Zweck durch einen Verblisterungsautomaten in Portionen eingeteilt und einzeln in Schlauchblistern verschweißt. Neben der reinen Verpackungslieferung werden die Arzneimittelbestände inventarisiert, verwaltet und in der Apotheke eingelagert. Die Dauer- und Bedarfsmedikationen der Patienten werden dokumentiert und die Rezepte automatisch bei den betreuenden Ärzten angefordert.

Das Ziel ist, die Versorgungsqualität der betreuten Patienten zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten der Arzneimittelversorgung zu senken. Diese Dienstleistung kann natürlich auch in Zusammenarbeit mit ambu-

lantens sowie stationären Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen angeboten werden.

Die Versorgung mit patientenindividuellen Arzneimittel-Blistern ist geeignet, die Fehlerquote im Abgabeprozess auf nahezu null Prozent zu senken und den vermeidbaren Arzneimittel Müll um rund 25 Prozent zu reduzieren. Dadurch lässt sich diese Leistung refinanzieren, ohne dass die Patienten noch extra zur Kasse gebeten werden.

Verblisterungskonzepte

Unter dem Schlagwort „Verblisterung“ werden unterschiedlichste Darreichungsformen (wie zum Beispiel Schlauchblisters, Wochenkarten, Medi7-Boxen) gefasst, die sich in ihrer Leistungsfähigkeit teilweise erheblich voneinander unterscheiden. Aufgrund der Maßgaben, insbesondere des Apotheken-, Arzneimittel- sowie des Heimgesetzes, sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

1. pharmazeutisches Vollsortiment berücksichtigen,
2. geteilte Tabletten abgeben,
3. Dokumentations- und Kennzeichnungspflichten erfüllen,
4. freie Wahl der Einnahmezeitpunkte,
5. maschinelle Verpackung,
6. Ordnungsänderungen zum nächsten relevanten Einnahmezeitpunkt umsetzen,
7. regionale Zustellung (kein Versand),
8. Bereitschaftsdienst rund um die Uhr, sieben Tage die Woche.

Höhere Versorgungsqualität ...

Die patientenindividuelle Versorgung mit Arzneimittel-Blistern kann die Versorgungsqualität für die Patienten



Verblisterungsautomat
(Foto: Dijkstra GmbH)

erhöhen. Durch die Automatisierung von Tätigkeiten, die vereinfachte Einnahme-Handhabung können Fehlerquellen und Verwechslungen ausgeschlossen werden. Die Medikationssicherheit nimmt nachweislich zu. Die zwischen Arzt und Patient vereinbarten Therapieziele werden besser eingehalten. Zudem haben Arzt und Apotheker einen besseren Einblick in die Umsetzung der ärztlichen Verordnung und können gegebenenfalls schnell eingreifen.

... zu niedrigeren Kosten

Die patientenindividuelle Versorgung mit Medikamenten durch Apotheken ist geeignet, die Kosten der Arzneimittel-Versorgung zu senken, weil Arzneimittel bedarfsbezogen abgegeben werden. Der Bedarf ergibt sich einzig aus dem ärztlichen Einnahmeplan. Es landen keine halbleeren Packungen mehr im Müll. Vorstellbar ist außerdem eine darauf aufbauende verbrauchsbezogene Abrechnung, die geeignet ist, die Krankenkasse zu entlasten und die Zuzahlungslast der Patienten zu mindern.

Schließlich wird das Pflegepersonal von Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen bei der Portionierung der Arzneimittel entlastet. Studien zeigen, dass dies rund 0,95 Stunden pro Patient im Monat ausmacht. Die gewonnene Zeit kann dem direkten Kontakt mit dem Patienten zugutekommen.

Dr. rer. pol. Dipl.-Volkswirt
Martin Spey, Pharmalogis GmbH
& Co. KG, Flensburg,
www.pharmalogis.de

Exportschlager aus Schleswig-Holstein

Eines der größten Probleme unseres Gesundheitssystems ist, dass viele Akteure an der Krankheit verdienen – nicht an der Gesundheit. Das regionale Psychriatriebudget ändert diese grundsätzliche Schiefelage.

Es ist kein Zufall, dass diese Idee aus Schleswig-Holstein kommt: Nicht nur, dass das nördlichste Bundesland für innovative Ideen in der Gesundheitsversorgung bekannt ist. Ein Grund für Veränderungsbedarf liegt auch im Versorgungsindex, also dem Verhältnis von psychiatrischen Betten zur Einwohnerzahl, der in Schleswig-Holstein höher als der Bundesdurchschnitt ist.

Der Bedarf steigt

Hatten die gesetzlichen Krankenkassen 1990 noch rund 80 Millionen Euro in die stationäre Psychiatrie investiert, waren es 2006 bereits 210 Millionen. Im gleichen Zeitraum verdreifachte sich die Anzahl der Fälle von 10.000 auf fast 32.000. Ursachen sind unter anderem die steigende Akzeptanz psychiatrischer Behandlung, die Ausweitung der wohnortnahen tagesklinischen Einrichtungen sowie die Mitversorgung von Patienten aus Hamburg.

Insgesamt stehen im Land 27 Einrichtungen zur Verfügung, davon 22 in der Erwachsenenpsychiatrie, fünf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 13 in der Psychosomatik. 2006 wurden in diesen Einrichtungen

- 32.444 erwachsene psychiatrische Patienten in 1.845 Planbetten,
- 2.121 kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in 229 Planbetten und
- 3.227 psychosomatische Patienten in 341 Planbetten behandelt.

Wie kann bei einer solchen Ausgangsposition der Anspruch einer qualitativ hochwertigen Versorgung und der gleichzeitigen Befolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt werden? Die Akteure in Schleswig-Holstein – Kassen, Kran-

kenhausträger und das Gesundheitsministerium – haben eine Lösung gesucht, die Behandlungsmöglichkeiten flexibilisiert, das Prinzip „ambulant vor stationär“ berücksichtigt, die Prävention stärkt, die Kosten begrenzt und den „Drehtür-Effekt“ reduziert.

Not macht erfinderisch

Entwickelt wurde das innovative Finanzierungsmodell „Regionales Psychriatriebudget Kreis Steinburg“, das die Versorgung im gesamten Behandlungsspektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik abdeckt. Eine definierte Region übernimmt die Versorgungsverpflichtung und erhält dafür ein festgelegtes Budget über einen begrenzten Zeitraum. In Steinburg stellt die gesetzliche Krankenversicherung fünf Jahre lang rund sieben Millionen Euro jährlich bereit. Alle Kassen bezahlen für die komplette Behandlung eines Patienten und nicht für einzelne Leistungen. Die Kliniken vermeiden jetzt unnötige Kosten und können sich ganz auf den tatsächlichen Bedarf des Patienten konzentrieren.

Gleichzeitig sorgt die neue Vereinbarung für eine höhere Qualität in der medizinischen Versorgung, weil Patienten zielgerichteter behandelt und professionell durch die einzelnen Versorgungsbereiche geleitet werden können. Krankenhausärzte können ihre Patienten stationär, teilstationär und auch ambulant behandeln. Im Fokus stehen das frühzeitige Eingreifen bei ersten Symptomen und die Abstimmung medizinischer Leistungen. Damit werden Krankheitsverläufe gemildert und Rückfälle vermieden. Der Patient kann meist im gewohnten Umfeld bleiben und ist trotzdem bestens versorgt – das spart auch die erhöhten Kosten eines stationären Aufenthalts. Mit dem Gesamtbudget rückt der

Mensch mit seinem Gesundheitsziel in den Vordergrund und nicht der Fall mit seinen diversen Abrechnungsoptionen.

Beeindruckendes Ergebnis

Im Kreis Steinburg wurde der klinische Verwaltungsaufwand durch Straffung der internen Organisationsstruktur erheblich verringert. Ohne zusätzliche Budgetmittel wurde eine weitere Tagesklinik erbaut und so die infrastrukturelle Versorgung ausgeweitet (bei gleichzeitigem Abbau von 15 Planbetten). Für die Krankenkassen und Ärzte ist das neue Finanzierungssystem vor allem aufgrund der eindeutigen Budgetierung vorteilhaft – sie erlaubt ein hohes Maß an Planbarkeit. Die aufwendigen Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entfallen, weil aus der Sicht der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger kein Anreiz zur Vergütung überflüssiger Leistung mehr besteht. Und die gesetzlichen Krankenkassen konnten aufgrund der flexibleren Versorgung eine halbe Million Euro einsparen. Nach dem Kreis Steinburg haben sich die Kreise Rendsburg-Eckernförde und Dithmarschen zur Etablierung eines Regionalbudgets entschlossen. Das Modell taugt zum Exportschlager „made in Schleswig-Holstein“.

Oliver Grieve, Referatsleiter für Grundsatz, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
VdAK/AEV Schleswig-Holstein,
www.vdak-aev.de

Schmerz lass nach

Das neue koordinierte Versorgungskonzept der Schmerzklinik Kiel bedeutet für Schmerzpatienten einen Meilenstein. Es ermöglicht eine bundesweite sektorenübergreifende Vernetzung der ambulanten und stationären Therapie. Die Versorgung Hand in Hand, ein Mehr an Wissen, ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit mittels klar definierter Behandlungspfade sind die Basis für zeitgemäße und effiziente Behandlungsergebnisse.

Die Schmerzklinik Kiel wurde als wissenschaftliches Modellprojekt 1997 gegründet und beschritt mit dem Beginn der Patientenversorgung neue Wege in der Schmerztherapie. Der Behandlungsschwerpunkt zielt auf chronische neurologische Schmerzerkrankungen, insbesondere Migräne- und Kopfschmerzerkrankungen, Schmerzerkrankungen der Muskulatur und des Bewegungsapparates, Schmerzen bei Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems und Schmerzen bei Unfallschäden und bei Nervenverletzungen.

Eine mehrjährige unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung der AOK-Schleswig-Holstein und der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen hat bestätigt, dass mit dem Behandlungskonzept der Schmerzklinik Kiel Schmerzen nachhaltig gelindert werden. Dadurch können die Patienten soziale und berufliche Tätigkeiten wieder aufnehmen. Zugleich werden die direkten und indirekten Kosten chronischer Schmerzerkrankungen deutlich gesenkt. In den vergangenen zehn Jahren hat das Team der Schmerzklinik Kiel mehr als 10.000 stationäre und über 50.000 ambulante Behandlungen vorgenommen. Mehr als 70 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten kamen aus dem gesamten Bundesgebiet und dem Ausland.

Integrierte Versorgung

Das Konzept der Schmerzklinik Kiel hat moderne Entwicklungen in der Medizin vorweggenommen, insbesondere die integrierte Versorgung. Integrierte Versorgung bedeutet, dass die Behandlung nicht von Fachgrenzen eingeschränkt wird. Auch die Abgrenzung von ambulanten



Fachübergreifende Therapieverfahren bei chronischen Kopfschmerzen

und stationären Versorgungsbereichen wird aufgehoben. Experten der verschiedenen medizinischen Fachgebiete wirken zusammen, um die Patienten mit zeitgemäßen wissenschaftlichen Methoden Hand in Hand zu behandeln. Die ambulante und stationäre Behandlung ist eng aufeinander abgestimmt.

Das im Jahre 2007 mit der Techniker Krankenkasse initiierte Behandlungnetzwerk greift diese Erfahrungen auf und nutzt sie bundesweit. Dazu wurde erstmals für das gesamte Bundesgebiet ein flächendeckendes koordiniertes Versorgungsnetzwerk geschaffen, um die Behandlungsqualität überregional zu verbessern. Die Schmerzklinik Kiel übernimmt dabei die bundesweite Koordination des Netzwerkes, die umfassende Information der Patienten, die Fortbildung und den Erfahrungsaustausch der Therapeuten. Mit der AOK Schleswig-Holstein wird die koordinierte Versorgung landesweit umgesetzt. Zahlreiche weitere regionale und überregionale Krankenkassen nutzen diese innovativen Versorgungskonzepte für ihre Versicherten.

Mit der Umsetzung des Konzeptes bietet die Schmerzklinik Kiel – in ihrer Form einzigartig in Deutschland – eine speziell auf Patienten mit chronischen Schmerzen ausgerichtete koordinierte ambulante und stationäre neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schmerzklinik Kiel sind Spezialisten verschiedener medizinischer und psychologischer Fachgruppen. Sie sorgen sich ausschließlich um die Belange von Patienten mit chronischen Schmerzen und machen die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Anwendung unmittelbar verfügbar.

Chronische Kopfschmerzen

Kopfschmerzen sind eine Volkskrankheit. Millionen Menschen leiden unter quälenden chronischen Schmerzen. Viele haben jahrelang unterschiedliche Therapien durchlaufen ohne langfristigen Erfolg. Mit 280 niedergelassenen Schmerztherapeuten wurde daher ein bundesweites Netzwerk aufgebaut, das in der Therapie neue Wege geht.

Das Konzept in drei Schritten

- Im ersten Schritt wird die Schmerzerkrankung wohnortnah durch einen spezialisierten Schmerztherapeuten diagnostiziert und in Schweregrade eingestuft.
- Im zweiten Schritt erfolgt bei schweren Schmerzerkrankungen eine vollstationäre neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung.
- Im dritten Schritt wird der Patient ein Jahr lang weiter begleitet. In regelmäßigen Abständen erfolgt eine Verlaufs- und Erfolgskontrolle, nach der die Therapie individuell angepasst wird.

Das Netzwerk von Schmerzexperten ist spezialisiert auf eine fachübergreifende Versorgung des Patienten mit schweren chronischen Schmerzen. Dazu gehören zum Beispiel schwere und häufige Migräne, chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Kopfschmerzen bei Medikamentenüberempfindlichkeit.

In der stationären Phase werden fachübergreifende Therapieverfahren angewandt. Das Konzept verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der medikamentöse und nicht-medikamentöse Strategien verbindet. Dazu gehören auch einzel- und gruppentherapeutische verhaltensmedizinische Behandlungen.

Die Teilnehmer an diesem Angebot erhalten eine etwa ein Jahr dauernde Langzeittherapie, bei der die Ärzte am Wohnort und die Spezialisten in der Schmerzlinik Kiel Hand in Hand zusammenarbeiten. Die Koordination der fachübergreifenden neurologisch-verhaltensmedizinischen Behandlung übernimmt die Schmerzlinik Kiel. Diese übernimmt auch die Verlaufs- und Erfolgskontrolle sowie die Fortbildung und Beratung der Netzwerkpartner.

Fazit: Leistung und mehr

Die Patienten nehmen die zentrale Stelle im Versorgungsprozess ein. Aus der integrierten Versorgung ergeben sich für die Patienten folgende Vorteile:

- optimierte Behandlung auf aktuellem wissenschaftlichen Stand,
- sektorenübergreifende spezialisierte Behandlungspfade,
- integrierte Screening- und Nachsorgeuntersuchung,
- organisierte Behandlungskette,
- koordinierter und integrierter Übergang ambulant, stationär, rehabilitativ,
- fortlaufende Evaluation.

Für den Kostenträger steht die effizientere Versorgung und Erhöhung der Zufriedenheit des Patienten durch innovative Zusatzleistungen im Vordergrund. Die Versicherungsgemeinschaft profitiert zudem von der Kostenreduktion. Daraus ergeben sich folgende Vorteile:

- evaluierte Therapie mit hoher Wirksamkeit und effizientere Versorgung,
- Erhöhung der Zufriedenheit der Versicherten,
- Verringerung der Wartezeiten, Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit,
- Kostenreduktion,
- Angebot über die Regelversorgung hinaus.

Für die beteiligten Vertragsärzte stehen die sektorenübergreifende Kooperation mit Reduktion organisatorischer Defizite und die Optimierung der Professionalität im Vordergrund. Administrative Aufgaben werden reduziert und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse durch hohe Spezialisierung erreicht. Die Vorteile:

- sektorenübergreifende Kooperation,
- Reduktion organisatorischer Defizite,
- Optimierung der Professionalität,
- erhöhte Effizienz durch kontinuierliche Fortbildung, evaluierte Behandlungspfade und Spezialisierung,
- Wettbewerbsvorteil durch höhere Spezialisierung,
- zusätzliche Vergütung der speziellen Leistungen zur Regelversorgung.

Das koordinierte Versorgungskonzept eröffnet den kooperierenden Netzpartnern, die sektorenübergreifende Behandlung in ihr Behandlungsspektrum über die Regelversorgung hinaus mit aufzunehmen. Diese Inanspruchnahme kann sich auf die Vermittlung von Behandlungspfaden, sektorenübergreifende Therapieplanerstellung bis hin zur multimodalen neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzbehandlung erstrecken.

Prof. Dr. Hartmut Göbel,
Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik
Kiel, www.schmerzlinik.de



Professionelles Management regionaler und internationaler Kooperationsprojekte und Netzwerke von Partnern aus Wirtschaft, Wissenschaft und Verwaltung ist unser tägliches Geschäft.

Unsere Kunden konzentrieren sich auf die Inhalte ihres Projektes – wir schaffen die Rahmenbedingungen.

- Konzeption und Management von Kooperations- und Netzwerkprojekten
- Antrag auf Fördermittel
- Verwaltung der Projektfinanzen
- Kommunikation der Projekte

dsn

Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft

Case Management

Bei schweren Erkrankungen in komplizierten Lebenssituationen sind Betroffene und Beteiligte häufig überfordert. Das ganzheitliche Modell Case Management stellt den Menschen in den Mittelpunkt und unterstützt ihn darin, passende, individuell zugeschnittene Hilfeleistungen zu finden.

Schwere Erkrankungen erfordern nicht nur medizinische Versorgung, sondern bringen häufig auch die gesamte Lebenssituation ins Wanken. Das wird gerade beim Schlaganfall drastisch deutlich: Von jetzt auf gleich gerät der gewohnte Alltag durcheinander, alles wird anders. Auch der Oberschenkelhalsbruch allein lebender alter Menschen, der schwere Unfall oder die plötzliche Krebserkrankung junger Mütter versetzen die Betroffenen in schwierige Situationen nicht nur körperlicher Hilfebedürftigkeit. Sie benötigen Hilfestellungen beim Übergang zwischen Krankenhaus und dem eigenen Zuhause, bei der Gestaltung ihres Lebens während, nach oder mit der Krankheit. Vor allem brauchen sie Beistand beim Finden der passenden Hilfeleistungen für genau ihre Situation.

Unser Sozial- und Gesundheitssystem bietet eine Vielfalt von Hilfen und Unterstützungen. Wo welches Angebot vor Ort und in der Region angesiedelt ist, bleibt jedoch oft verborgen und unübersichtlich. Hinzu kommt, dass Betroffene und Angehörige in einer solchen Situation häufig emotional und zeitlich damit überfordert sind, sich ausreichend zu informieren, alle Angebote zu überblicken, sämtliche Finanzierungsmöglichkeiten zu erkunden, „das Richtige“ aus der Vielzahl der Möglichkeiten herauszufiltern und auszuwählen.

Was leistet Case Management?

Im Gesundheitswesen ist Case Management dann angebracht, wenn eine komplexe, zeitlich andauernde Problembewältigung erforderlich ist, die auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein soll. Mit anderen Worten: Jede häusliche Situation ist anders, jeder Mensch hat unterschiedliche emotionale,

soziale und finanzielle Ressourcen. In solch komplexen Problemlagen übernimmt Case Management die Lotsen- und Steuerfunktion. Case Management findet genau diese individuellen Möglichkeiten der Problemlösung und arbeitet alltagsbezogen. Case Management bezieht die individuelle Bewältigungsweise der Betroffenen und deren Angehörigen aktiv mit ein und lotet alle Möglichkeiten der Unterstützung aus – auch informelle Alternativen wie Nachbarschaft und Ehrenamt.

Dabei werden persönlicher Bedarf und öffentliche Leistungen passgenau miteinander verbunden. Gleichzeitig koordiniert Case Management die Vielzahl und Vielfalt der beteiligten Dienste und baut Netzwerke der Hilfeleistenden auf. Case Manager fungieren also als wichtige Schnittstelle: Sie sind sowohl Ansprechpartner der betroffenen Menschen als auch der am Hilfeprozess beteiligten Personen und Institutionen.

Ziele von Case Management sind:

- optimale und passende Hilfeleistungen finden,
- Über- und Unterversorgungssituationen vermeiden,
- Reibungsverluste an Schnittstellen wie zum Beispiel zwischen Krankenhaus und Häuslichkeit reduzieren.

Case Management kann in unterschiedlichen Einrichtungen angesiedelt sein wie im Krankenhaus oder in der Reha-Klinik, in der stationären Kurzzeitpflege, bei ambulanten Diensten, Pflegestützpunkten oder Pflegeberatungsstellen sowie bei regionalen Lotsendiensten oder bei ärztlichen Praxisnetzen. Aus diesen Bereichen liegen mittlerweile sehr positive bundesweite Ergebnisse vor. Sie zeigen, dass Case Management sowohl die Ver-

sorgungsqualität von Patienten in Multiproblemlagen steigert als auch gesamtwirtschaftlich effizient und effektiv wirkt.

Case Management arbeitet nach einem durchdachten, bewährten und transparenten Verfahren in der Fallführung. Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität sind jederzeit überprüfbar. Transparenz, Partizipation und Ressourcenorientiertheit sind wichtige Grundpfeiler. Das heißt: Klienten, Patienten, Nutzer sind bei allen Schritten – von der Erhebung des Hilfebedarfs über die Hilfeplanung bis hin zur Kontrolle des gesetzten Ziels – aktiv beteiligt. Dabei werden folgende Fragen mit dem Klienten bearbeitet:

- Was ist nötig?
- Was ist machbar? Welche Hilfeleistungen sind möglich und passgenau?
- Welches ist das derzeitige Hauptproblem?
- Welche Unterstützung jenseits des bereits Bekannten ist denkbar?

Vorteile von Case Management

Die Vorteile für die Patienten liegen auf der Hand: Ein professioneller Ansprechpartner steht ihnen in dieser schwierigen Lebenslage zur Verfügung, Übergänge werden erleichtert, Zugänge gesichert und individuell passende Lösungen gemeinsam entwickelt. Hiervon profitieren wiederum Lebensqualität, persönliches Würdegefühl und Selbstheilungskräfte.

Für Dienste und Institutionen bringt Case Management den Vorteil, dass sie sich auf ihre professionellen Kernkompetenzen konzentrieren können und dabei von Koordinationsaufgaben, Terminkollisionen und Zeitdruck entlastet werden. Sie haben einen verlässlichen Ansprech-

partner, der die Kommunikation der Dienstleister koordiniert, die Hilfen vernetzt und den Gesamtüberblick über den Hilfeprozess hat.

Weiterbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) unterstützt die Einführung von Case Management wissenschaftlich und praktisch (www.dgcc.de). Vor bereits mehreren Jahren wurde eine zertifizierte Weiterbildung in Care und Case Management von der DGCC entwickelt. Diese Weiterbildung wird derzeit flächendeckend im gesamten Bundesgebiet angeboten. Die Weiterbildung stellt hohe, kontinuierlich zu gewährleistende Qualitätsansprüche an die Ausbildungsinstitute. So müssen die beteiligten Dozentinnen und Dozenten sowohl fundierte theoretische Kenntnisse als auch praktische Erfahrungen im Case Management nachweisen und sich regelmäßig fortbilden. Voraussetzung ist, dass die zertifizierten Institute über erwachsenenpädagogisches Know-how und eine entsprechende Infrastruktur verfügen.

Als Fort- und Weiterbildungsinstitut des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein ist das IBAF eine zertifizierte Ausbildungsstätte der DGCC und hat diese zertifizierte Weiterbildung 2004 in Schleswig-Holstein als erster Anbieter eingeführt.

Im Kompetenzzentrum für Case Management bündeln sich fundierte fachliche und praktische Kenntnisse sowie Erfahrungen sowohl in der Vermittlung als auch in der Umsetzung von Case Management in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Im Mittelpunkt steht der Transfer zwischen Theorie und Praxis. Hier werden neueste Entwicklungen diskutiert und praktisch fortentwickelt.

In den Weiterbildungskursen werden alle wesentlichen Aspekte von Case Management auf Seite der Fallführung und auf Systemebene vermittelt. Zugangsvoraussetzung ist eine Grundausbildung im Sozial- oder Gesundheitswesen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfassen zum Abschluss eine schriftliche Hausarbeit, die anschließend in einem Kolloquium zur fachlichen Diskussion gestellt wird. Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung sind qualifiziert, Case Management aktiv und professionell in die Praxis umzusetzen.

Erfahrungen liegen bereits aus Krankenhäusern, Lotsendiensten und ambulanten Pflegediensten vor. Auch Apotheken und Sanitätshäuser nutzen die Kenntnisse von professionellem Case Management, um ihre Leistungsqualität zu verbessern und die Zufriedenheit der Kunden zu steigern.

Einführung in der Praxis

Mittlerweile haben sich Ansätze von Case Management in der bundesdeutschen Gesundheitslandschaft etabliert. So arbeiten bereits Krankenhäuser in Schleswig-Holstein nach diesem Handlungsmodell, ebenso finden sich Elemente der Herangehensweise bei Lotsendiensten und Pflegeberatungsstellen.

Die Einführung von Case Management erfordert organisationsentwicklerische Überlegungen. An welcher Stelle im System soll Case Management in die Organisation eingebunden werden? Für welche Personengruppen mit welchen Problemlagen soll Case Management zuständig sein? Wie wird das Handeln nach Case Management im Betrieb kommuniziert und multipliziert? Welche Finanzierungsform bietet sich an? Diese Fragen müssen beantwortet werden, bevor Case Management in die Organisation eingeführt werden und damit zur Effizienz und Schnittstellenoptimierung beitragen kann. So werden Gesundheitsdienstleistern Schlüsselpositionen im regionalen Umfeld ermöglicht.

Vor allem wird mit dem handlungsorientierten Ansatz ein weiterer Schritt auf dem Weg in Richtung Qualitätssteigerung, Kundenorientierung und Effizienz zum Wohl erkrankter Menschen in schwierigen Lebenslagen gegangen.

Annette Höcker, Leiterin des IBAF Qualifizierungszentrums für Führung und Management, www.ibaf.de



Sie kennen das Ziel.
Und wir den Weg in die Zukunft.

Wirtschaft | Immobilien | Kommunen | Zuschüsse

Große Pläne brauchen großes Engagement. Setzen Sie auf die Unterstützung eines starken Partners! Die Investitionsbank Schleswig-Holstein steht Ihnen mit fundiertem Fachwissen und maßgeschneiderter Finanzierung zur Seite.

Egal, ob Sie den Bau eines privaten Einfamilienhauses, die Expansion eines Unternehmens oder ein **kommunales oder privatwirtschaftliches Krankenhausprojekt** verwirklichen möchten. Als zentrales Förderinstitut des Landes Schleswig-Holstein sind wir an vielen Standorten in ganz Schleswig-Holstein für Sie da.

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf – wir freuen uns auf Sie.

Fleethörn 29–31
24103 Kiel
Tel. 0431 / 99 05 - 0
Fax 0431 / 99 05 - 33 83
info@ib-sh.de



IBF
Investitionsbank
Schleswig-Holstein

www.ib-sh.de Ziele erkennen... **Zukunft gestalten**

Pflegefall – was nun?

Was tun, wenn ein Angehöriger aus dem Krankenhaus entlassen wird und zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung Hilfsmittel zur Rehabilitation oder Pflege braucht? Sanitätshäuser sind – häufig noch unterschätzte – Partner in allen Fragen zur Gesundheit. Die Gesundheitsreform und der demographische Wandel fordern Beweglichkeit und Kreativität bei den Akteuren heraus. Schleswig-Holsteins Sanitätshäuser setzen Zeichen und schaffen Netzwerke, um den neuen Anforderungen standzuhalten. Und nicht zuletzt, um die Achtung und Würde des Menschen zu schützen. Denn das ist tägliche Aufgabe.

Die Diagnose einer Krankheit, die hilfebedürftig macht, kommt häufig überraschend. Zusätzlich zu der emotional belastenden Situation ist der Patient unvorbereitet und weiß nicht, was er für Hilfsmittel braucht und woher er sie bekommt. Welches Hilfsmittel ist das richtige? Welche werden von der Krankenkasse erstattet? Wie werden diese beantragt? Und wo? Was kommen für Kosten auf mich zu? Speziell ausgebildetes Personal der Sanitätshäuser nimmt sich dieser Fragen an.

Konzept für die Überleitung

Wenn der Patient mit der neuen Situation konfrontiert wird, liegt er meistens noch in der Klinik. Bei der Weiterversorgung des Patienten in den poststationären Bereich müssen viele verschiedene Personen eingebunden werden. Angehörige, Arzt und Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenkasse, Pflegedienst, Sanitätshaus. Dies ist für alle Beteiligten eine schwierige Aufgabe. Um die Reibungsverluste an dieser Schnittstelle so gering wie möglich zu halten, können sich die Kliniken mit dem Sanitätshaus zusammenschließen. Das Konzept zur Lösung dieses Problems heißt: Überleitungsmanagement. Es beinhaltet im Wesentlichen, dass es nur einen Ansprechpartner für den Patienten gibt. In der Praxis bedeutet das Folgendes: Der sogenannte „Versorgungskordinator“ aus dem Sanitätshaus bekommt aus der Klinik die Information, dass eine Entlassung ansteht, und geht dann direkt zum Patienten, um ihn und seine Angehörigen zu beraten, wie es weitergeht. So kann alles Nötige rechtzeitig veranlasst werden. Die Pflegestufe wird beantragt und die Wahl der Hilfsmittel getroffen.

Auch die Abwicklung mit der Krankenkasse kann mit Hilfe des Versorgungskordinators erledigt werden. Läuft alles optimal, ist die Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich nicht mehr schwer. Sei es in ein Pflegeheim oder in die eigene Wohnung. Die Versorgung mit Hilfsmitteln, wie beispielsweise dem Rollator, Pflegebett oder Beatmungsgerät, ist eingeleitet oder gar erledigt. Wenn es optimal läuft, können behindertengerechte Umbauten in Bad oder Küche bereits stattgefunden haben. Sogar für notwendige Umbauten am Fahrzeug gibt es in den meisten Sanitätshäusern eine Fachabteilung.

Eine starke Gemeinschaft

Sanitätshäuser leisten heute bereits viel mehr, als auf den ersten Blick ersichtlich. Doch diese Leistungen müssen erst einmal entwickelt werden und sind personalintensiv. Das ist für ein Haus allein kaum zu bewältigen. In der Gemeinschaft ist es zu schaffen. Daher haben sich sieben marktbedeutende Sanitätshäuser in Schleswig-Holstein und Hamburg zur Reha Konzept Nord GmbH zusammengeschlossen. Aus Konkurrenten sind Partner geworden. Eine große Rolle spielt natürlich auch die Tatsache, dass der Verbund bessere Konditionen und größere Rabatte bei den Großhändlern ermöglicht. Somit wird nicht nur der Patient, sondern auch die



Krankenkasse und letztendlich der Gesundheitssektor entlastet.

Der Zusammenschluss zur Reha Konzept Nord GmbH ist ein Weg, um im Wettbewerb zu bestehen, um sich mehr Gewicht zu verschaffen. Das Beispiel vom Versorgungskordinator ist nur eines von vielen für die Innovationskraft der Branche. In der Zukunft werden folgende Themen im Vordergrund stehen: barrierefreie Wohnlösungen, innovative Hilfsmittel-Versorgung, Verhandlungen mit Kostenträgern, Krankenhausüberleitung und Netzwerke sowie integrierte Versorgung. Dafür werden die Sanitätshäuser Lösungsmodelle entwickeln und können damit einen wertvollen Beitrag für die Gesundheitsversorgung der Zukunft leisten.

Jörg Kowsky, Geschäftsführer der Sanitätshaus Kowsky GmbH, www.kowsky.com



Schön Kliniken

LEBEN IST VIELFALT



Das Behandlungsspektrum der Schön Kliniken auch. Denn die Spezialisten der Schön Kliniken setzen sich tagtäglich für eine erstklassige medizinische Versorgung der Patienten ein. Mit nachweisbarem Erfolg und einer überdurchschnittlich hohen Patientenzufriedenheit. Erfahrene und renommierte Ärzte, modernste medizinisch-technische Ausstattung, ein wirtschaftliches Klinikmanagement und die Kooperation mit namhaften Universitäten sind dabei wesentliche Garanten für das hohe Qualitätsniveau der Schön Kliniken.

Klinikum Neustadt

Am Kiebitzberg 10, 23730 Neustadt in Holstein, Telefon 04561 54-0

KlinikumNeustadt@schoen-kliniken.de

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck

Orthopädie | Chirurgie und Unfallchirurgie | Wirbelsäulenchirurgie mit Skoliosezentrum und Zentrum für Thoraxwanddeformitäten | Hand-, Brust- und Plastische Chirurgie | Innere Medizin | Neurologie und Klinische Neurophysiologie | Diagnostische und Interventionelle Radiologie | Anästhesie und Intensivmedizin | Orthopädische Rehabilitation

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, Telefon 04192 504-0

KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de

Kompetenzzentrum für die Behandlung von Angststörungen, Essstörungen, Burnout, depressive Erkrankungen und Schmerztherapie

Weiter Informationen finden Sie unter www.schoen-kliniken.de

Schön Kliniken. Die Spezialisten

Gesunde Kinder – gesunde Zukunft

Svea ist acht Jahre alt. Alle in der Familie sind übergewichtig. Svea frühstückt in der Woche nie – bekommt aber ein Schulbrot nach Wunsch. Während die Mutter das Brot schmiert, läuft der Fernseher. Svea isst mittags im Hort. Wenn sie nach Hause kommt, nimmt sie sich oft etwas Süßes, macht den Fernseher in ihrem Zimmer an oder spielt am Computer. Draußen ist Svea selten. Sport treibt sie nur in der Schule ...

So wie Svea geht es vielen Kindern. Mit gravierenden Folgen: In Schleswig-Holstein ist etwa jeder neunte Erstklässler übergewichtig oder adipös. Bei den 17-Jährigen ist es bereits jeder fünfte. 17 Prozent der Schulanfänger haben motorische Schwierigkeiten und Probleme mit der Koordination.

Die gesundheitlichen Perspektiven für das Erwachsenenalter sind vorgezeichnet: Diabetes mellitus, Haltungsschäden, Herz-Kreislauf- und psychische Erkrankungen – mit hohen Folgekosten für die Gesellschaft.

Viele unserer Zivilisationskrankheiten sind auf mangelhaftes Gesundheits-

bewusstsein zurückzuführen. Dabei stellen die im Kindesalter erlernten Verhaltensweisen bereits entscheidende Weichen für den Umgang mit der eigenen Gesundheit. Vor diesem Hintergrund ist die Gesundheitsförderung von Kindern eine wichtige Investition in die Zukunft.

Neue Wege in der Prävention

Den einen sind die Probleme nicht mal bewusst, die anderen wissen nicht, wie sie gesundes Verhalten dauerhaft in den Familienalltag integrieren können. Die Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ geht deshalb einen neuen Weg in der Prävention. Grundlage für die Initiative bildet die „Untersuchung zur Gesundheit der Kinder und

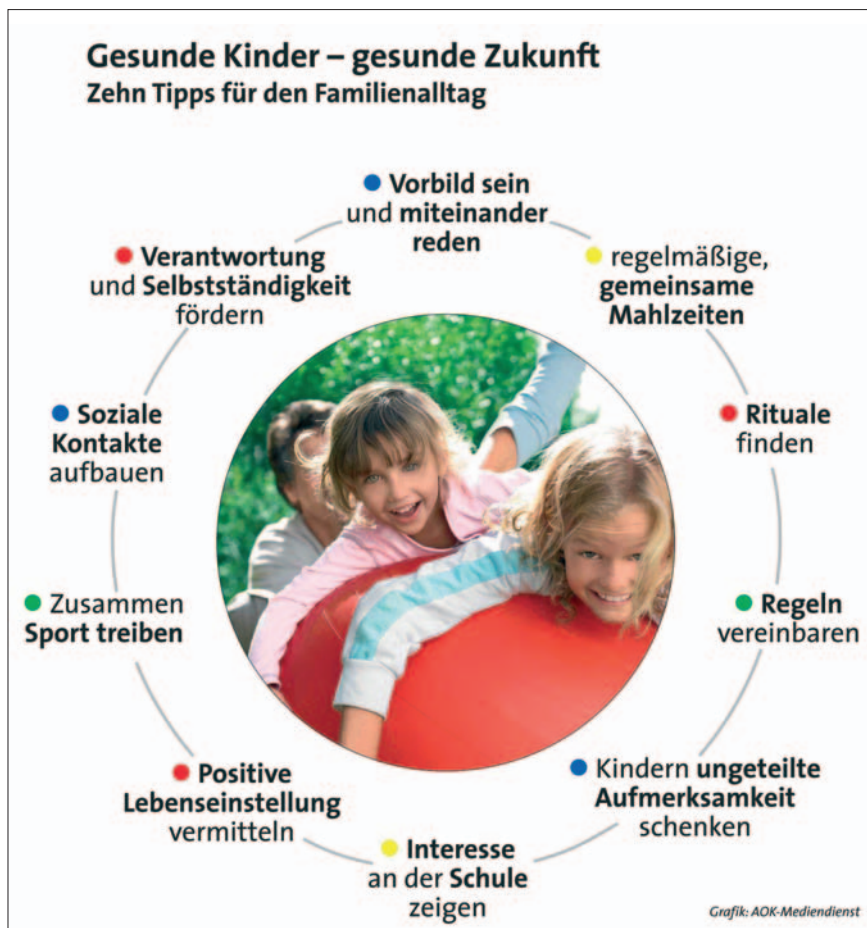
Jugendlichen in der Familie“ von der Universität Bielefeld, in Auftrag gegeben von AOK und einer großen Wochenzeitschrift. Die daraus entwickelten Empfehlungen orientieren sich eng am Familienalltag und sind einfach umzusetzen. Dabei wirken sie zumeist auf mehreren Ebenen: Gemeinsame Mahlzeiten fördern zum Beispiel die Entwicklung gesunder Essgewohnheiten und übernehmen zugleich eine wichtige kommunikative Funktion im Familienleben. Das ist gesund für Körper und Seele.

Gesundes Essen im Alltag

Kindergärten und Schulen spielen bei der Gesundheitsförderung bzw. -erziehung eine zentrale Rolle. Hier können alle Kinder und Jugendlichen weitgehend unabhängig von ihrer Herkunft und ihrem sozioökonomischen Status erreicht werden.

Seit 2007 begleitet das Projekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“ in Schleswig-Holstein Kindertagesstätten und Familien mit Kindergartenkindern. Erzieher, Eltern und Kinder ziehen mit der Leitfigur, dem Tiger, gemeinsam an einem Strang. Ziel ist es, den Drei- bis Sechsjährigen spielerisch gesundes Essen und Trinken sowie viel Spaß und Freude an der Bewegung nahezubringen.

Kontinuität und damit Nachhaltigkeit werden vor allem dadurch sichergestellt, dass die Erzieher umfassend geschult werden, praxisnahe Materialien zur Verfügung stehen und die Eltern aktiv beteiligt werden. Die ersten Ergebnisse aus einem Pilotversuch in Bayern machen Mut: Die wissenschaftliche Auswertung hat ergeben, dass TigerKids nach einem Jahr deutlich mehr Obst und Gemüse essen und seltener zu kalorienreichen Getränken greifen als die Kinder in den Kontrollgruppen. Er-





freulich: Die positiven Effekte lassen sich besonders stark bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien nachweisen.

Erzieher und Lehrer als Lotsen

Eine erfolgreiche Prävention lebensstilbedingter Erkrankungen setzt voraus, dass sie langfristig und kontinuierlich erfolgt und so früh

wie möglich beginnt. Ein gesundes Aufwachsen darf sich nicht nur auf die Themenfelder Bewegung und gesundes Essen beschränken. Gesundheitsvorsorge muss in alle Lebensbereiche integriert werden. Sie beginnt im Elternhaus und setzt sich in Kindergarten, Schule und Ausbildung fort.

Gesundheitsförderung und -erziehung sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Eltern

brauchen dabei aktive Unterstützung und positive Verstärkung. Erzieher und Lehrer müssen für Vermittlung gesundheitsfördernder Lebenskompetenzen qualifiziert sein. TigerKids ist eines von vielen Beispielen dafür, dass wir in Schleswig-Holstein auf dem richtigen Weg sind.

Dr. Dieter Paffrath,
Vorstandsvorsitzender der AOK
Schleswig-Holstein,
www.tigerkids.de

► INITIATIVE „KEIN KIND OHNE MAHLZEIT“

Es ist wichtig, dass Kinder von klein auf lernen, was gesundes Essen bedeutet. Die erlernten Verhaltensweisen haben einen großen Einfluss auf die gesunde Entwicklung des Kindes. Um bedürftigen Kindern den Zugang zu einer warmen Mahlzeit zu ermöglichen, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein die Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“ gestartet. „Ziel der Initiative ist es, gemeinsam mit Kommunen und Verbänden kurzfristig allen Kindern die Teilhabe an einer gesunden Entwicklung zu ermöglichen und für Bedürftige die Kosten für das Mittagessen zu übernehmen, soweit sie dies aus eigener Kraft nicht können“, sagt Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht.

Sozial schwache Familien können bei der Stiftung „Familie in Not“ finanzielle Beihilfen beantragen, sodass bedürftige Kinder eine warme Mahlzeit in der Schule und im Kindergarten kaufen können. „Die warme Mahlzeit ist nicht nur für die Gesundheit der Kinder wichtig, sie bedeutet auch soziale Teilhabe“, sagt Trauernicht. Bei Fragen können Eltern sich direkt an die Erzieherinnen und Erzieher im Kindergarten, Lehrerinnen und Lehrer in der Schule oder an die zuständigen Wohlfahrtsverbände wenden.

Die Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“ ist das erste von fünf Projekten, das im Rahmen der Offensive gegen Kinderarmut des Landes Schleswig-Holstein umgesetzt und von den freien Wohlfahrtsverbänden unterstützt wird. Im Zuge der derzeitigen Einführung von Ganztagsbetreuungsangeboten in Kindergärten und Schulen liegt bei den Bildungsträgern die Verantwortung, mittags für eine ausgewogene und gesunde Mahlzeit zu sorgen.

Spendenkonto der Stiftung Familie in Not Evangelische Darlehns- genossenschaft e. G.

Spende für die Stiftung
„Familie in Not“
Konto: 4049999, BLZ: 21060237

■ Caritasverband für Schleswig-Holstein

Ansprechpartner:
Herr Georg Falterbaum
Tel.: 0431 5902-22
E-Mail: falterbaum@caritas-sh.de

■ Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

Ansprechpartner:
Herr Norbert Kröger
Tel.: 04331 593-109
E-Mail: kroeger@diakonie-sh.de



Verteilung der regionalen Zuständigkeit nach Kreisen und kreisfreien Städten

■ DER PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein

Ansprechpartner:
Herr Kai Sachs
Tel.: 0431 5602-20
E-Mail: sachs@paritaet-sh.org

■ Deutsches Rotes Kreuz

Ansprechpartner:
Herr Dieter Ambronn
Tel.: 0431 5707-125
E-Mail: dieter.ambronn@drk-sh.de

■ Arbeiterwohlfahrt LV Schleswig-Holstein

Ansprechpartner:
Herr Ulrich Klinke
Tel. 0431 5114-127
E-Mail: ulrich.klinke@awo-sh.de

Zucker muss man messen

Idealerweise sollten alle an Diabetes erkrankten Kinder in einem spezialisierten Diabeteszentrum behandelt werden. Diese Forderung ist in Großstädten, aber kaum in Flächenstaaten umsetzbar. In Schleswig-Holstein gibt es daher die Mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH). Sie ermöglicht seit 1999 eine wohnortnahe Behandlung und Schulung betroffener Kinder.

Diabetes Typ 1 (auch Zuckerkrankheit) ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter. Sie ist nicht heilbar und tritt völlig unverschuldet auf. Die insulinbildenden Zellen der Bauchspeicheldrüse sind vom eigenen Abwehrsystem des Körpers zerstört worden. Die Erkrankung erfordert den lebenslangen Ersatz des fehlenden Insulins durch täglich mehrfach auf den Blutzucker abgestimmte Insulingaben. Trotz großer Fortschritte in der Therapie erfordert Diabetes ein Höchstmaß an Disziplin, um die 2.000 Blutzuckermessungen und etwa ebenso vielen Insulininjektionen pro Jahr durchzuführen. Die Sorgen vor akut schwankenden Blutzuckerwerten wie auch den gefürchteten Folgeerkrankungen bei Diabetes belasten Eltern und Kinder stark.

Behandlung und Schulung

Die Diabetestherapie erfordert ein hohes Maß an Wissen rund um die Krankheit, insbesondere um die Wirkung von Insulin. Eltern und Kinder müssen rasch zum Spezialisten ihrer eigenen Erkrankung werden, um zu Hause ein optimales Blutzuckermanagement durchführen zu können. Dafür benötigen sie eine gute Schulung zu Beginn der Erkrankung, Folgeschulungen alle zwei bis drei Jahre und eine spezialisierte Langzeitbetreuung durch ein kinderdiabetologisches Team.

Etwa 700 Kinder in Schleswig-Holstein sind betroffen, jährlich erkranken rund 100 Kinder neu an Diabetes. Die meisten davon werden heutzutage in spezialisierten Ambulanzen der Kinderkliniken behandelt. Früher gab es aber nur ein Behandlungszentrum für betroffene Kinder an der Universitätskinderklinik Lübeck. Da diese Klinik für die meisten Eltern nicht unter vertretbarem Aufwand erreichbar



Mal ist der Blutzucker zu hoch, mal zu niedrig – Insulintherapie ist keine einfache Gleichung

war, wurde 1999 als deutschlandweit einmaliges Modellprojekt die mobile Diabetesschulung Schleswig-Holstein (MDSH) entwickelt: Ein mobiles Behandlungsteam (bestehend aus einer Kinderdiabetologin und einer Diabetesberaterin) aus Lübeck reist in die anderen Kinderkliniken Schleswig-Holsteins und ist dort vor Ort tätig. Zentrale Aufgabe sind Schulungen für Kinder aller Altersgruppen und ihre Eltern. Die MDSH bietet in acht Kinderkliniken insgesamt 24-mal jährlich fünftägige Gruppenfortbildungen für betroffene Kinder an, um das notwendige theoretische und praktische Krankheitswissen zu vermitteln. Neben den Schulungen und Behandlungen werden Ärzte und Pflegepersonal gezielt ausgebildet, einheitliches Schulungsmaterial wird bereitgestellt.

Mobile Versorgung

Die MDSH ist eine Versorgungsform, um Familien und ihre diabeteserkrankten Kinder, die nicht in der Nähe eines großen Diabeteszentrums wohnen, wohnortnah zu behandeln. Mit Beginn des Projektes konnten erstmals ausreichende Schulungsangebote gemacht werden. Auch der Effekt auf

die Qualifikation des Personals in den Kliniken ist insofern spürbar, als weitere Behandlungszentren gegründet wurden. Die mobile Patientenversorgung und Ausbildung von Klinikpersonal durch externe Spezialisten ist von der Idee her in Deutschland neu und kann zeitlich befristet oder als Regelversorgung durchgeführt werden. Diese Versorgungsform bietet sich für Flächenstaaten an, in denen es für ein spezielles Krankheitsbild unterversorgte Regionen gibt und das nächste Behandlungszentrum unzumutbar weit entfernt ist. Für die Kinderdiabetologie gilt, dass nur eine optimale Therapie auf lange Sicht Folgeschäden vermeiden kann – dafür müssen zuweilen auch neue Wege der Versorgung gegangen werden. Die MDSH hat sich bewährt und zu einer deutlichen Verbesserung der Behandlung und damit der Lebensqualität in Schleswig-Holstein beigetragen.

Dr. Simone von Sengbusch (MPH), Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, www.uk-sh.de

Mut zum Miteinander

Die Ziele und die Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen, Familien, Erwachsenen und alten Menschen mit seelischen Problemen, mit psychischen Erkrankungen, mit Behinderungen sowie mit Suchterkrankungen stehen im Mittelpunkt der Arbeit bei der Brücke SH.

Wenn Hilfe gebraucht wird, für sich selbst oder für andere, braucht es guten Rat ohne Hürden und lange Wege. Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, kurz Brücke SH, arbeitet seit fast einem Vierteljahrhundert in diesem Sinne – mit fortlaufend qualifizierten Fachkräften aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Diese bieten in kleinen dezentralen Einrichtungen in sieben Kreisen und zwei Städten Schleswig-Holsteins gemeindepsychiatrische Angebote der gesundheitlichen Stabilisierung und der gesellschaftlichen Teilhabe an. Seit der Gründung 1984 ist das Angebot der Brücke SH kontinuierlich gewachsen. Dazu gehören

Beratungs- und Informationsstellen, Beratung von Betroffenen für Betroffene, Online-Beratung im Internet, psychiatrische Tageskliniken und Ambulanzen, Werkstätten zur beruflichen Förderung und Rehabilitation, Dienste zur Integration in das Arbeitsleben, Wohnhäuser, Wohngruppen, häusliche Betreuung und Tagesstätten. 2006 wurden bereits mehr als 3000 Menschen von rund 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut.

Weil unter ungünstigen Lebensbedingungen schon sehr junge Menschen psychisch erkranken oder in Not geraten können, sind präventive Hilfen für Kinder und Jugendliche und ihre Familien ein zentrales Anliegen. Im Netzwerk mit anderen Beteiligten der Jugend- und Familienhilfe entwickelte die Brücke SH die sozialpädagogische Familienhilfe, therapeutische Gruppenangebote und Elternkurse. Familienhebammen können schon die Schwangerschaft begleiten und nach der Geburt gezielt unterstützen.

Ein weiterer Eckpfeiler der Arbeit der Brücke SH ist die sozialpsychiatrische Krankenpflege. In sechs Kreisen und zwei Städten Schleswig-Holsteins sind die Brücke SH und ihr Tochterunternehmen mit sozialpsychiatrischen Pflegediensten vertreten. Menschen mit psychischer

Erkrankung werden zu Hause von den Fachkräften versorgt, das Angebot besteht teilweise seit 15 Jahren.

Auch für ältere Menschen macht sich die Brücke SH stark. In Kiel entstand 2006 die erste ambulant betreute Hausgemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen. Nach Expertenmeinung sind Kleinseinrichtungen mit häuslichem Charakter oder Wohngruppen die naheliegende Versorgungsform bei Altersdemenz. In Deutschland gibt es ca. 250 solcher Wohn- und Hausgemeinschaften, davon fünf in Schleswig-Holstein! Vor diesem Hintergrund plant die Brücke SH weitere Hausgemeinschaften in Kiel und in Schleswig-Holstein.

Die Hilfen der Brücke SH Prävention – Behandlung – Rehabilitation – Integration – Selbsthilfe

Wohnortnah und leicht erreichbar werden persönlich gestaltete Angebote und Leistungen für betroffene Menschen und ihre Angehörigen entwickelt. Wir unterstützen

- bei der Lebensplanung
- im Umgang mit seelischen Problemen, psychischer Beeinträchtigung, Benachteiligung, Behinderung sowie Suchterkrankung
- beim Wiedergewinnen gesundheitlicher Stabilität
- in einer Krisensituation
- im Alltag und Wohnumfeld
- im Arbeitsleben.

Bestnoten als Arbeitgeber

2006 erhielt die Brücke SH als zweites Unternehmen in Schleswig-Holstein das Zertifikat der berufundfamilie gGmbH, einer Initiative der gemeinnützigen Hertie Stiftung – bescheinigt wurde das Engagement für familiengerechte Arbeitsbedingungen. Vom Great Place to Work® Institute ist die Brücke SH als Top-Arbeitgeber ausgezeichnet und zählt damit zu den 25 besten Arbeitgebern im Gesundheitswesen 2008 in Deutschland. In der Kategorie 501 bis 2000 Angestellte nimmt das Unternehmen den ersten Platz ein. Die Preisverleihung ist das Ergebnis einer Mitarbeiterbefragung. Auf freiwillig Engagierte (Ehrenamt) warten tätigkeitsorientierte Fortbildungen und die Einbindung in Brücke SH-Teams.



Brücke SH



Brücke SH vor Ort:

Elmshorn, Geesthacht, Hasselberg, Heide, Husum, Itzehoe, Kiel, Mölln, Neumünster, Plön, Preetz, Ratzeburg, Schleswig, Schwarzenbek ...

... und unter www.bruecke-sh.de

Job
4000



ZUKUNFTSprogramm
Arbeit

Investition in Ihre Zukunft

**Gern senden wir
Ihnen unser
Adressverzeichnis zu.**

Brücke Schleswig-Holstein
gGmbH
Landesgeschäftsstelle, Kiel
Ruf (04 31) 9 82 05-0



DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

Fragen an den Professor

Professor Raspe ist Direktor am Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck. Derzeit sind dort 22 Mitarbeiter tätig. Das Institut widmet sich vor allem der sozialmedizinischen und epidemiologischen Forschung.

Die Versorgungsforschung ist eine relativ junge Disziplin. Was kann man sich darunter vorstellen und warum hat sich diese Forschungsrichtung entwickelt?

„Relativ jung“ oder – im Vergleich zur Molekulargenetik – schon recht alt?

Versorgungsforschung (international: „Health Services Research“) lässt sich in der Bundesrepublik bis in die 1960er-Jahre zurückverfolgen. Nur sprach man in Deutschland bisher unter anderem von medizinsoziologischer Krankenhausforschung, von Rehabilitationsforschung und noch nicht von Versorgungsforschung allgemein.

Gemeinsam war diesen nur beispielhaft erwähnten Forschungsaktivitäten ihr/e

- multidisziplinärer Charakter (neben Medizinern und Pflegenden vor allem Soziologen, Psychologen, Politologen, Ökonomen, Managementwissenschaftler, Juristen, Ethiker),
- Konzentration auf die aktuelle Versorgung aller an einer bestimmten Krankheit leidenden Bürgerinnen und Bürger,
- Ziel, diese Versorgung im Einklang mit ausdrücklich formulierten Werten (wie Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit) zu verbessern,
- Adressat in Gestalt von Personen, Organisationen oder Institutionen, die eine Verantwortung für die Strukturen unseres Gesundheitswesens haben und Systementscheidungen treffen.

Versorgungsforschung untersucht, anders gesagt, die Determinanten und Konsequenzen von Systementscheidungen. Solche werden bei uns von Parlamenten, Ministerien, der Selbstverwaltung, Krankenversi-

cherungen, ärztlichen Institutionen und zunehmend auch großen Klinikketten getroffen.

Kann die Versorgungsforschung konkrete Beispiele für die Versorgung von Kranken entwickeln?

Die Antwort ist ein eindeutiges „Ja“. Dafür zwei Beispiele:

1. Seit Mitte der 1980er-Jahre wurde in Deutschland das Modell der kooperativen regionalen Rheumazentren (von Hannover aus) entwickelt, unter Anleitung und Begleitung der Versorgungsforschung. Heute existieren 30 solcher Zentren flächendeckend in Deutschland. Sie sind die zentrale Säule der wohnortnahen Versorgung von Rheumakranken und Vorbild für vergleichbare Entwicklungen in anderen Spezialgebieten der Medizin (Onkologie, Gastroenterologie).
2. In mehreren Ländern wurde seit den 1970er-Jahren das Modell eines bevölkerungsweiten Brustkrebs-Screenings mit Hilfe der Mammographie entwickelt. Nach Auswertung zahlreicher Studien wurde es 2004 für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren auch in Deutschland und jetzt auch in Schleswig-Holstein eingeführt.

Sie sind häufig regional beratend tätig. Können Sie mit diesen Beratungsleistungen Veränderungen bewirken und wenn ja, welche?

Weniger als anfangs gewohnt. Wissenschaft und Politik leben in unterschiedlichen Sphären, folgen unterschiedlichen Triebfedern und Zeitgebern, verfolgen unterschiedliche Ziele. Speziell bei einem (allerdings selbst gewählten) Thema hätte ich mir eine raschere Wirkung gewünscht: Als Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) war ich im Jahr 2000 an einer Stellungnahme zur Prioritätensetzung im Gesundheits-

wesen beteiligt. Die Resonanz war gleich null. Das Thema war (und ist) zwischen Parteien und Fachleuten umstritten, seine Behandlung konnte in einer Enquetekommission des Bundestages auf Grund der vorzeitigen Wahl 2005 nicht abgeschlossen werden. 2007 nahm die ZEKO einen zweiten Anlauf; und jetzt – langsam – beginnen Verbände, Politik, Öffentlichkeit und Forschungsförderer, sich dem Thema zu öffnen.

Das Institut für Sozialmedizin ist Teil des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und der Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck. Wie verbinden Sie Ihre Forschungsergebnisse mit der universitären Ausbildung Ihrer Studierenden?

Die Sozialmedizin bietet Lehrveranstaltungen im vorklinischen und im klinischen Studienabschnitt an. Zentral ist für uns ein (Pflicht-) Blockkurs „Evidenzbasierte und soziale Medizin“ für Studierende des vierten Studienjahrs. Sie geben ihm überdurchschnittlich gute Noten. In diesem zweiwöchigen Kurs geht es uns auch um die gesundheits- und versorgungspolitische Urteilsbildung. Wir beschäftigen uns eingehend mit dem Für und Wider des Mammographie-Screenings und mit der Frage der Prioritätensetzung. Im Hintergrund unserer Themen stehen in der Regel wissenschaftliche Projekte der Sozialmedizin und des mit uns verbundenen Instituts für Krebsepidemiologie e.V. So bemühen wir uns um eine enge Beziehung zwischen Forschung und Lehre.

Die Fragen stellte Gesine Stück, dsn.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Kiel, Campus Lübeck, www.sozmed.uni-luebeck.de



Gemeinsam für Gesundheit im Norden



Asklepios Klinik Bad Oldesloe

Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung
Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe
Tel.: (0 45 31) 68-0 · Fax: (0 45 31) 68-15 89
E-Mail: badoldesloe@asklepios.com
www.asklepios.com/badoldesloe



Asklepios Klinik Am Kurpark Bad Schwartau

Fachklinik für Orthopädie und Gynäkologie

Holstein Therme Bad Schwartau

Asklepios Medical Fitness

Am Kurpark 3 · 23611 Bad Schwartau
Tel.: (0 45 1) 2004-0 · Fax: (0 45 1) 2004-286
E-Mail: badschwartau@asklepios.com
www.asklepios.com/badschwartau



Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt

Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung
Rehabilitationsklinik für Tumornachsorge, Atemwegs-, Haut-, und allergologischen Erkrankungen sowie Orthopädie

Norderstrasse 81 · 25980 Westerland/Sylt
Tel.: (0 46 51) 84-0 · Fax: (0 46 51) 84-1009
E-Mail: sylt@asklepios.com
www.asklepios.com/sylt



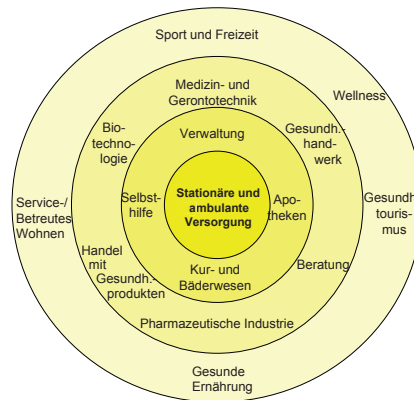
Aktiv, klare Schwerpunkte, gut zu tun!

Der Autor dieses Artikels hat in den letzten Jahren die Aktivitäten in vielen deutschen Gesundheitsregionen studiert und zum Teil auch begleitet. Zurzeit arbeitet er an einer Expertise zur Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Dieser Hintergrund erlaubt Antworten auf die Frage, wo die Besonderheiten Schleswig-Holsteins im Konzert der deutschen Gesundheitsregionen liegen.

In Sachen Gesundheit findet in Deutschland derzeit ein spannender Perspektivenwechsel statt. Noch vor wenigen Jahren wurde das Gesundheitswesen von vielen Wirtschaftsakteuren skeptisch beäugt. Hohe Ausgaben für Gesundheit und Soziales galten vielen als Klotz am Bein einer ehrgeizigen Wirtschaft. Mittlerweile steht bei vielen Unternehmern und Verbandsvertretern eine ganz andere Perspektive im Mittelpunkt: Gesundheit gilt weltweit als wichtige Zukunftsbranche, sogar als Innovationstreiber – und Deutschland zählt zu den Ländern, denen zugetraut wird, in dem wachsenden Weltmarkt für Gesundheit eine führende Rolle zu spielen. Kräftige Umsatzsteigerungen und möglicherweise eine Million zusätzliche Arbeitsplätze werden erwartet. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn Deutschland selbst in der Lage ist, eine anspruchsvolle und effiziente Gesundheitsversorgung zukunftsfähig zu machen: Wer Medizintechnik exportieren will, wer Systemlösungen für die Versorgung der Zukunft anbietet oder wer um Gastpatienten wirbt, kann damit nur Erfolg haben, wenn gleichzeitig die Versorgung im eigenen Land wegweisend gestaltet wird.

Gesundheitsregionen im Profil

Einige deutsche Regionen und Bundesländer greifen die Chancen der Gesundheitswirtschaft auf und profilieren sich schon jetzt als Gesundheitsregionen als Regionen, die besondere Kompetenzen in einem oder mehreren Gestaltungsfeldern der Gesundheitswirtschaft haben. Beispielsweise wird im Unterallgäu mit Bad Wörishofen an die alten Traditionen des Sebastian Kneipp angeknüpft, München und große Teile Baden-Württembergs entwickeln sich zu Top-Standorten der Life Sci-



Struktur der Gesundheitswirtschaft (Konzeption und Darstellung: IAT)

ences, das Ruhrgebiet kümmert sich stark um die Zukunft des Krankenhauses, Berlin setzt Akzente bei der Qualitätstransparenz und in Mecklenburg-Vorpommern dreht sich vieles um Medical Wellness. Die Erkenntnis, dass Gesundheit eine Zukunftsbranche ist, ist in Deutschland angekommen. Wichtige Innovationen kommen „von unten“, aus den Regionen. So will auch der im Februar 2008 gegründete Verein „Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.“, dessen Vorsitzender der Autor ist, projektorientierte Kooperation zwischen den Regionen fördern. Die Gründung fand übrigens in der Berliner Vertretung des Landes Schleswig-Holstein statt.

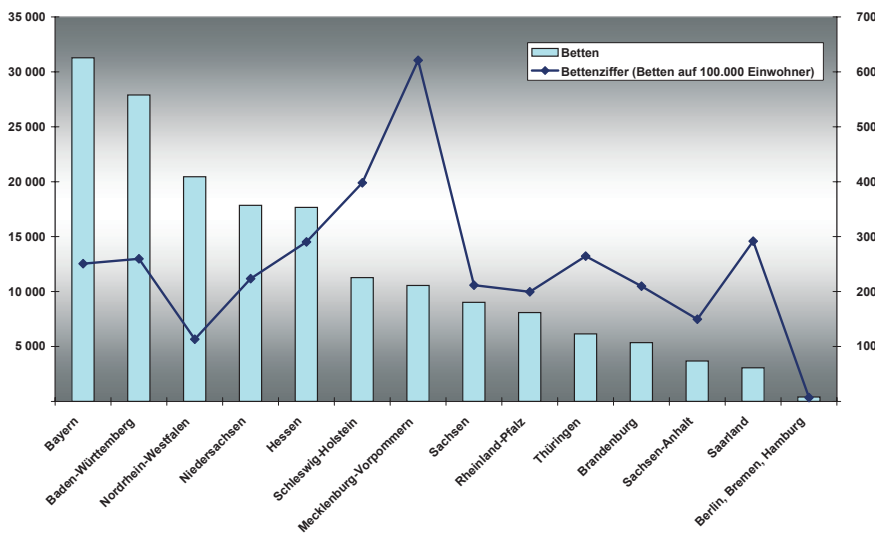
Eine der ersten Regionen, die sich in Sachen Gesundheitswirtschaft erfolgreich auf den Weg gemacht hat, war Schleswig-Holstein. Deutlich wurde dies beim Hauptstadtkongress für Gesundheit im Juni 2008, als die Bundesministerin für Bildung und Forschung Anette Schavan das Zwischenergebnis des zweistufigen Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ verkündete. Unter den Siegern der ersten Runde waren zwei Regionen aus Schleswig-Holstein: die Gesundheitsregion NORD

mit ihrem Vorhaben „Zukunftsorientierte regionale Vernetzungsstrukturen für chronisch kranke Menschen“ und die Region zwischen Hamburg und Lübeck mit der „Trauma-Tangente A1“. Dieses überdurchschnittlich gute Abschneiden zeigt, dass Schleswig-Holstein nicht nur sehr früh auf Gesundheitswirtschaft gesetzt hat, sondern auch mit viel Substanz daran weiterarbeitet.

Pluspunkte im Norden

Beim informierten Blick von außen auf das Gesundheitsland fällt insbesondere Folgendes auf:

- Schleswig-Holstein ist das Bundesland, das am stärksten durch Gesundheit geprägt ist. Im Bundesdurchschnitt arbeiteten im Jahre 2006 15 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft; in Schleswig-Holstein waren es 18,4 Prozent; mit deutlichem Abstand folgt dann Berlin mit 16,7 Prozent. Dieser Schwerpunkt hat vielfältige Ursachen, insbesondere ist Schleswig-Holstein in einigen Bereichen dieses Wirtschaftszweiges besonders gut aufgestellt. Überdurchschnittliche Kompetenzen und Angebote, die sich in der Beschäftigung niederschlagen, liegen in der Reha, Altenhilfe, Pharmaindustrie und Medizintechnik.
- In Schleswig-Holstein spielt die Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgung eine hervorgehobene Rolle. Bei etlichen deutschen Gesundheitsregionen stehen oft Spezialthemen wie etwa die Bio-Medizin, die Medizintechnik oder auch der Gesundheitstourismus im Mittelpunkt. Im nördlichsten Bundesland war immer unstrittig, dass Gesundheitswirtschaft nur dann vernünftig vorankommen kann, wenn die



Rehabilitation in Deutschland nach Bundesländern

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2007. Darstellung: IAT)

Gesundheitsversorgung im Kern stimmt, wenn leistungsfähige Krankenhäuser, kompetente niedergelassene Ärzte und qualitätsgesicherte Angebote in der Rehabilitation und in der Altenhilfe den Kurs bestimmen. Ein Beleg für diese Orientierung ist auch die Schwerpunktsetzung des vorliegenden Jahrbuchs.

- Schleswig-Holstein steht in der stationären Rehabilitation sehr gut da. Natürlich haben die großen Bundesländer jeweils mehr Betten in Vorsorge- und Rehakliniken. Wenn wir jedoch schauen, wie viele Betten pro 100.000 Einwohner vorhanden sind, liegt Schleswig-Holstein ganz weit vorn, übertroffen nur von Mecklenburg-Vorpommern. Viele Patienten aus anderen Bundesländern finden in Schleswig-Holstein ganz offensichtlich die Rehabilitationskompetenzen, die sie brauchen, um nach schweren Krankheiten und Unfällen wieder fit zu werden. Und etliche Akteure aus Schleswig-Holstein zeigen, dass sie entschlossen sind, die notwendigen Erneuerungen engagiert anzugehen. Der Ansatz der Damp-Gruppe, Reha so zu organisieren, dass sie Teil integrierter Versorgungs- und Unternehmensstruktur wird, ist hier genauso ein wegweisendes Beispiel wie der Mut der Ostseeklinik Schönberg-Holm, Rehabilitation von HIV-Infizierten in ihr Programm aufzunehmen.
- Bei der Entwicklung seiner Gesundheitswirtschaft setzt Schleswig-Holstein auf eine integrierte Strategie. Dieser Kurs wird auch

dann durchgehalten, wenn es um die Entwicklung von gesundheitswirtschaftlichen Aktivitäten jenseits des engeren Versorgungsbereichs geht. In der Medizintechnik drückt sich dies etwa darin aus, dass bei der Forschung und Entwicklung immer der enge Brückenschlag zur Versorgung gesucht wird. Die Aktivitäten für die Zukunft der OP-Technik in einem Projekt zu bündeln, sind hierfür ein Beispiel, sowie das geplante Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel für neue medizintechnische Lösungen und Therapieverfahren zu nutzen.

- Schleswig-Holstein erarbeitet sich in Fragen des Gesundheits-tourismus' ein eigenständiges und wegweisendes Qualitätsprofil. Mit dem neu gegründeten Kompetenzzentrum Gesundheits-tourismus macht Schleswig-Holstein ernst damit, seinen gesundheitstouristischen Angeboten ein hochwertiges, präventionsorientiertes Gesicht zu geben. In vielen Gesundheitsregionen wird von Gesundheitstourismus geredet, häufig fehlt es jedoch an fachlich anspruchsvollen und qualitätsgesicherten Angeboten. Produkt- und Qualitätsentwicklung, Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Unterstützung bei Zertifizierungsverfahren und beim Marketing und Vertrieb stehen deshalb auf der Aufgabenliste des Kompetenzzentrums. Diese bundesweit einmalige Konstruktion wird den gesundheitstouristischen Angeboten des Landes einen kräftigen Schub geben.

Themen für die Zukunft

Schleswig-Holstein war ein Pionier für das Thema Gesundheitsregionen und zeichnet sich durch wegweisende Besonderheiten und innovativen Ehrgeiz aus. Gleichwohl besteht kein Grund, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Wichtige Baustellen für die Zukunft gibt es viele. Oberste Priorität hat, dass bei den begonnenen Innovationsaktivitäten in der Gesundheitsversorgung und beim Gesundheitstourismus Kurs gehalten wird. Des Weiteren gibt es zwei Spezialthemen, denen in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Das in den Hochschulen und anderen wissenschaftlichen Einrichtungen erarbeitete Wissen sollte besser und schneller für Neugründungen, für Start-ups in der Welt der Wirtschaft fruchtbar gemacht werden. Das Ruhrgebiet hat diesbezüglich mit einem Businessplan-Wettbewerb für den Bereich Gesundheitswirtschaft gute Erfahrungen gemacht, die auch für Schleswig-Holstein genutzt werden könnten. Ein zweites Thema wird immer mehr an Bedeutung gewinnen: Die Wirkungen von Reha und stationären Anschlussheilbehandlungen (AHB) können nachhaltiger gestaltet werden. Dafür muss die Zusammenarbeit mit denjenigen Gesundheitsakteuren ausgebaut werden, die die Patienten nach der Reha oder AHB weiterbetreuen. Das heißt für ein Land wie Schleswig-Holstein, das viele Rehapatienten aus anderen Bundesländern hat, dass neue fachliche Brücken zu Akteuren in „Entsenderegionen“ geschlagen werden müssen.

Dr. Josef Hilbert, Direktor des Schwerpunkts Gesundheitswirtschaft am Institut Arbeit und Technik (IAT), www.iat.eu

Fragen an die Vorsitzende

Die Hausärztin aus Flensburg nimmt seit April 2008 kommissarisch die Funktion der Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein (KVSH) war. Damit vertritt sie gemeinsam mit Dr. Ralph Ennenbach rund 4.500 Vertragsärzte und Psychotherapeuten.

Was ist Ihre Triebfeder für diesen Job? Welches sind die wichtigsten Ziele, die Sie erreichen wollen?

Mein Job macht mir zunächst einmal sehr viel Spaß. Er ist aber auch eine große Herausforderung, denn vor allem durch die letzte sogenannte Gesundheitsreform hat sich das Gesundheitssystem stark verändert mit zum Teil negativen Auswirkungen für Ärzte und Patienten. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ist das wichtigste Organ der Selbstverwaltung zur Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten im Land. Das allein spornt mich täglich aufs Neue an. Gleichzeitig bin ich mir der Verantwortung, die sich daraus ergibt, durchaus bewusst. Ich werde alles daran setzen, damit die KVSH auch in Zukunft das wichtigste Organ bleibt.

Zu unseren Aufgaben gehört es, einerseits dafür zu sorgen, dass die Menschen auch künftig zu einem Arzt in der Nähe ihres Wohnortes gehen können und nicht erst kilometerweit fahren müssen. Andererseits werden wir alles dafür tun, dass unsere Mitglieder angemessen für ihre Arbeit – und das ist und bleibt zuallererst die Behandlung von Patienten – bezahlt werden. Die Qualität der ärztlichen Versorgung wird dabei von der KVSH überprüft. Als Vorstand der KVSH sehe ich es daher als wichtigste Aufgabe an, die berechtigten Interessen unserer Mitglieder sowohl auf der politischen Ebene als auch in den Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern optimal zu vertreten. Wir wollen für unsere Mitglieder Rahmenbedingungen schaffen, die es ihnen ermöglichen, mit Freude und Zufriedenheit ihren Beruf auszuüben. Immer weniger Ärzte sind wegen schlechter Honorierung und

zunehmender Bürokratie bereit, den Weg in die eigene Praxis zu wählen. Gemeinsam mit meinen Kollegen und den Mitarbeitern der KVSH will ich hier gegensteuern, damit der Beruf des niedergelassenen Arztes wieder attraktiver wird.

Wie ist es um die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein jetzt und in Zukunft bestellt und warum sieht die KVSH das anders als die Krankenkassen im Land?

Zurzeit gibt es in Schleswig-Holstein noch keine größeren Versorgungsprobleme, aber die Zahlen liegen auf dem Tisch. In den kommenden Jahren werden sehr viele Ärzte in den Ruhestand gehen, das wird zu Problemen führen. 64 Prozent aller Hausärzte sind schon jetzt über 50 Jahre alt. Es ist also leicht auszurechnen, welcher Bedarf an neuen Ärzten sich ergibt – und es ist klar, dass nicht jeder frei werdende Arztstuhl wieder besetzt werden kann. Es fehlt einfach der Nachwuchs. Selbst die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden rechnet damit, dass im Jahr 2020 rund 15.000 Hausärzte in Deutschland fehlen werden.

Ein weiteres Problem: Die geltende Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung, die sich auf Kreisebene am Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern orientiert, liefert ein Zerrbild. Rein statistisch scheint es in manchen Kreisen eine Überversorgung zu geben. Doch, wenn man sich die Zahlen einmal genauer ansieht, stellt man fest, dass die ärztliche Versorgung manchmal ungleichmäßig verteilt ist. Viele Ärzte arbeiten in der Stadt, nur wenige siedeln sich in den ländlichen Regionen an. Daher tritt die KVSH für eine kleinräumige Versorgungsplanung ein.

Der Anteil der über 60-Jährigen in Schleswig-Holstein wird sich von rund 744.000 auf knapp 978.000 im Jahr 2025 erhöhen – gleichzeitig geht die Einwohnerzahl zurück. Entsprechend steigt der Anteil der über 60-Jährigen von heute 26 auf etwa 35 Prozent im Jahr 2025. In den Kreisen an der Westküste verschiebt sich die Altersstruktur noch deutlicher. Das sind Zahlen des Statistischen Landesamtes, keine Erfindung der KVSH.

Zurzeit gibt es bei uns im Land noch keine größeren Versorgungsprobleme. Aber gerade darum ist es wichtig, sich heute Gedanken über die Versorgung von morgen zu machen. Das hat nichts mit Panikmache zu tun, denn jetzt haben wir noch Zeit, den Wandel zu gestalten – warten wir weitere fünf oder sogar mehr Jahre, werden wir nur noch kurzatmig auf immer neue Versorgungslücken reagieren können, ohne dann das Problem insgesamt noch lösen zu können.

Was tut die KVSH zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung – schöpft sie die gesetzlichen Möglichkeiten schon aus? Und was hält sie in diesem Zusammenhang von den Versorgungspilotprojekten an der Westküste?

Anfang 2007 haben wir den Notdienst umfassend neu organisiert, um die Arbeitsbelastung der beteiligten Ärzte zu reduzieren. Gleichzeitig konnten wir dadurch die Landarzt-tätigkeit wieder attraktiver machen, da gerade die niedergelassenen Mediziner in ländlichen Gebieten in der Vergangenheit überdurchschnittlich viele Notdienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten mussten.

Daneben setzen wir auf Information. Die KVSH hat ein umfangreiches Service- und Beratungspaket ge-



Dr. Ingeborg Kreuz

schnürt, sowohl für Ärzte, die sich niederlassen wollen, als auch für Mediziner, die schon in ihrer eigenen Praxis arbeiten.

Die KVSH macht sich außerdem mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen für einen eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein stark. Eine entsprechende Professur bietet die Chance, mehr angehende Mediziner mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut zu machen und beim ärztlichen Nachwuchs das Interesse zu wecken, sich als Allgemeinmediziner in Schleswig-Holstein niederzulassen und nicht ans Krankenhaus, in die Industrie oder ins Ausland zu gehen.

Ein ganz zentraler Punkt: Die KVSH beteiligt sich aktiv an neuen Modellen zur Versorgung auf dem Land. Wir helfen zum Beispiel dabei, Arztpraxen in die vom Landwirtschaftsministerium geförderten MarktTreffe zu integrieren.

Die KVSH denkt aber auch über den Tag hinaus und arbeitet an einem Versorgungskonzept als Antwort auf die neuen Herausforderungen, die sich durch den demographischen

Wandel ergeben. Wir werden in unserem Konzept beschreiben, wie wir uns die Versorgung in zehn oder 15 Jahren vorstellen – und was wir heute schon tun können.

Wir sind mitten in der Planungsphase, um in Gebieten, in denen die Versorgung gefährdet wird, mit Ärztlichen Versorgungszentren (ÄVZ) einen neuen Weg zu gehen. Dies kann auch ein Angebot sein, um jungen Mediziner, die das Risiko der Niederlassung scheuen, mit einer Anstellung in einem ÄVZ – aus der später eine Teilhabe werden kann – den Berufseinstieg in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen und so Nachwuchs für die Tätigkeit abseits der Ballungszentren zu gewinnen.

Die KVSH unterstützt also neue Wege in der Versorgung – auch an der Westküste. Wir müssen Modelle entwickeln, die den Patienten und den Ärzten nutzen. Auch eine Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, eine stärkere Kooperation im Interesse einer bestmöglichen Versorgung der Patienten, sehen wir positiv. In Flensburg und Neumünster haben wir Kooperationsabkommen mit den örtlichen Krankenhäusern geschlossen, die beispielhaft sind.

Wie sehen Sie die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung im Gesundheitswesen?

Derzeit ist es Mode, im Gesundheitswesen auf Einzelverträge zu setzen. Diese müssen nicht mehr zwangsläufig zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt werden, sondern die Kassen können an den KV vorbei auch mit anderen ärztlichen Verbänden Verträge abschließen. Das Ganze nennt sich dann Wettbewerb zum Vorteil der Patienten.

Letztendlich wird aber nur die Macht der Kassen gestärkt.

Ich sehe diese Entwicklung sehr skeptisch. Die Sicherstellung ist für uns mehr als ein gesetzlicher Auftrag, sie ist auch ein ärztliches Anliegen. Ein bunter Flickenteppich von Selektivverträgen wird, davon bin ich überzeugt, nicht in gleicher Weise dafür sorgen können, dass auch weiterhin überall in Schleswig-Holstein die haus- und fachärztliche Versorgung sichergestellt sein wird. Ohne die Kassenärztliche Vereinigung wäre die Versorgung in Schleswig-Holstein lückenhaft – und die Position der Ärzte gegenüber den Kassen schwächer.

Wir brauchen darum eine Grundversorgung, die im Kollektivvertrag abgesichert ist. All das im Interesse der Menschen im Land und auch im Interesse der niedergelassenen Ärzte. Im Übrigen ist Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ein hohes Gut und hat sich bewährt. Freiberufliche Ärzte und die ärztliche Selbstverwaltung sind wesentliche Voraussetzungen für die hohe Qualität und die Staatsferne der Gesundheitsversorgung. Eine Mischung aus verzerrtem Wettbewerb und Staatsmedizin ist die deutlich schlechtere Antwort auf die vor uns liegenden Probleme.

Die KVSH stellt sich dem Wandel im Gesundheitswesen, den wir derzeit beobachten und der vom Gesetzgeber forciert wird. Wir wollen für unsere Mitglieder ein moderner Dienstleister sein und uns aktiv an der Gestaltung der medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein beteiligen.

Die Fragen stellte Randy Lehmann, Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein.

Wissen schaffen für die Praxis

Was beinhaltet eine gute pflegerische Versorgung von Demenzkranken und ihren Angehörigen? Wie können Diabetiker mit ihrer Erkrankung angemessen leben? Wie lassen sich Druckgeschwüre verhindern? Welche Unterstützung brauchen Eltern schwer kranker Kinder und Kinder schwer kranker Eltern?

Diese und ähnliche Fragen sind schon heute eine immense Herausforderung für die Gesundheitsversorgung – und sie gewinnen immer mehr an Brisanz.

Denn im Jahr 2025 werden allein in Schleswig-Holstein 25 Prozent, also ein Viertel der Menschen, 65 Jahre und älter sein; der Anteil der Hochbetagten, das heißt der über 80-Jährigen, wird sich bis 2025 in Schleswig-Holstein verdoppeln. Zusätzlich muss die Gesundheitsversorgung verstärkt auf die besonderen Bedürfnisse von chronisch erkrankten Menschen reagieren, deren Heilung gar nicht oder nur langfristig möglich ist.

Antworten auf die eingangs gestellten Fragen zu finden ist Aufgabe der Pflegeforschung. Diese gelangt dank systematischer Untersuchungen zu Ergebnissen, die Pflegenden helfen, Patienten, Pflegebedürftige und ihre Familien bestmöglich in ambulanten wie in stationären und rehabilitativen Gesundheitseinrichtungen zu versorgen. Die Pflegewissenschaft bildet dabei den theoretischen Rahmen für die pflegerische Praxis.

Pflegeforschung in Deutschland

International ist die Pflegewissenschaft schon länger eine etablierte wissenschaftliche Disziplin. Seit den 1990er-Jahren wurden auch in Deutschland Hochschulinstitutionen für die Forschung in der Pflege und für die wissenschaftliche Ausbildung von Pflegenden gegründet. 2002 hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung einen Förderschwerpunkt für Pflegeforschung eingerichtet. Auf Grundlage dieser Initiative sind vier Pflegeforschungsverbände in der Bundesrepublik Deutschland entstanden. 2005 hat der Vorstand des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein beschlossen, eine Abteilung für Pflegeforschung

aufzubauen. Aus dieser Abteilung entstand 2007 die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin. Hier arbeiten Krankenschwestern, die ein pflegewissenschaftliches Hochschulstudium absolviert haben. Sie werden in ihrer Arbeit von Wissenschaftlern des Instituts für Sozialmedizin unterstützt.

Forschung, Praxis, Lehre

Die Arbeit der Sektion Forschung und Lehre in der Pflege konzentriert sich auf drei Schwerpunkte: Forschung, Wissenstransfer sowie auf den Aufbau eines Instituts für Lehre und Forschung.

Die durchgeführten Forschungsprojekte haben zum Ziel, insbesondere die pflegerische Versorgung von chronisch kranken Menschen zu verbessern, eine kontinuierliche Versorgung speziell an den Schnittstellen zwischen ambulanten, stationären und rehabilitativen Gesundheitseinrichtungen zu sichern und den Kompetenzbereich von Pflegenden zu erweitern.

So hat sich ein Projekt der Pflegeforschung beispielsweise damit beschäftigt, wie Eltern onkologisch erkrankter Kinder die pflegerische Versorgung wahrnehmen. Das Ergebnis war, dass gerade die Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus für die Familien eine dramatische Situation darstellt. In eben jenem Moment, also zu Beginn der stationären Versorgung, wird der Grundstein für eine vertrauensvolle und sichere Beziehung zwischen Pflegenden und der Familie gelegt. Offensichtlich sehen die betroffenen Familien, die sie in dieser Situation begleitende Pflegekraft als feste Bezugs- und Vertrauensperson während der gesamten medizinischen Versorgung an. Demnach muss die Pflege so

organisiert werden, dass die jeweilige Pflegekraft die Familie über den ganzen Versorgungsprozess begleiten kann. Besonders günstig wäre es, wenn diese Bezugsperson die Familie auch zu Hause, also nach einer akuten stationären Behandlungsphase, pflegerisch versorgen könnte.

Pflegeforschung bedeutet aber nicht nur, neues Wissen zu schaffen, sondern auch dafür zu sorgen, dass dieses Wissen in der pflegerischen Praxis umgesetzt wird. In der Fachsprache wird dies als Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege bezeichnet – ein weiterer Schwerpunkt der Pflegeforschung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Jährlich werden von der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege und dem Institut für Sozialmedizin Kurse in evidenzbasierter Pflege durchgeführt – parallel zu Kursen in evidenzbasierter Medizin. Hier lernen Pflegenden, wie sich Probleme der pflegerischen Praxis mithilfe wissenschaftlicher Methoden und Erkenntnisse lösen lassen. Sie erlangen Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen die für das jeweilige Problem relevante wissenschaftliche Literatur sowie Forschungsberichte zu recherchieren, zu verstehen, kritisch zu reflektieren und auf den individuellen Patienten zu beziehen.

Um jedoch mittel- und langfristigen zu Beginn genannten Herausforderungen an die pflegerische Versorgung in Schleswig-Holstein mithilfe einer Pflege, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützt, adäquat zu begegnen, ist ein universitäres Institut für Forschung und Lehre in der Pflege unabdingbar. Dieses ist das dritte Kernstück der Arbeit der Pflegeforschung. Das Land Schleswig-Holstein unterstützt mit Mitteln der Gesundheitsinitiative den Aufbau eines solchen

Instituts. Auch erkannte ein privater Stifter die Notwendigkeit eines wissenschaftlichen Instituts und hat ebenfalls Mittel dafür zur Verfügung gestellt. So hat die Universität Lübeck beschlossen, das Institut für Forschung und Lehre in der Pflege in das neu zu gründende Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung zu integrieren. Neben der Forschung wird das Institut die Aufgabe haben, einen pflegerischen Studiengang zu entwickeln.

Advanced nursing practice

Forschungsergebnissen zufolge besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Qualifikation von Pflegenden und der Mortalitätsrate, also der Sterberate, im Krankenhaus. Eine groß angelegte internationale Studie zeigt, dass das Risiko, innerhalb von 30 Tagen im Krankenhaus zu sterben, um fünf Prozent gesenkt wird, wenn zehn Prozent des Pflegepersonals einen Hochschulabschluss haben.

In Deutschland gibt es außer in Schleswig-Holstein in allen Bundes-

ländern Studiengänge für Pflegenden. Diese bereiten die Absolventen jedoch überwiegend auf Aufgaben im Pflegemanagement und in der grundständigen Pflegeausbildung vor. Am Institut für Forschung und Lehre in Schleswig-Holstein sollen deshalb Pflegenden für die direkte Pflege „am Bett“ ausgebildet werden. Die Patienten werden also unmittelbar von den Fähigkeiten der wissenschaftlich ausgebildeten Krankenschwestern und Krankenpfleger profitieren können. Ziel des klinisch ausgerichteten Studiengangs ist es, die Studierenden zu einer „advanced nursing practice“ zu befähigen. „Advanced nursing practice“ steht für eine erweiterte oder auch hoch entwickelte pflegerische Praxis. Absolventen des Studiengangs werden in der Lage sein, eine eigenständige Versorgung sowohl in der gemeindenahen Pflege als auch in einer hoch spezialisierten stationären Behandlung zu gewährleisten. Erfolgreiche internationale Modelle dieser Pflegepraxis zeigen, dass besonders chronisch erkrankte Menschen, wie beispielsweise Diabetiker, von sol-

chermaßen ausgebildeten und spezialisierten Pflegenden profitieren.

Fazit und Perspektiven

Eine bedarfsgerechte und effektive Pflege wird in Zukunft von herausragender Bedeutung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein sein. Pflegenden benötigen hierfür wissenschaftliche Erkenntnisse sowie Kompetenzen für den Transfer dieser Erkenntnisse in ihre pflegerische Praxis. Voraussetzung für die Entwicklung entsprechenden Wissens und Könnens ist ein wissenschaftliches Institut für Forschung und Lehre in der Pflege in Schleswig-Holstein, das derzeit mit Mitteln der Gesundheitsinitiative, eines privaten Stifters sowie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein aufgebaut wird.

Dr. Uta Gaidys, Leiterin der Sektion Forschung und Lehre in der Pflege am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Katrin Balzer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, www.uk-sh.de



Ihr verlässlicher Partner in der ambulanten Versorgung

- ▶ Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein gestaltet und sichert die ambulante medizinische Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein.
- ▶ Sie vertritt rund 4.500 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und sorgt dafür, dass ohne lange Wege überall im Land qualifizierte Ärzte und Psychotherapeuten für Ihre Behandlung vorhanden sind.
- ▶ In sprechstundenfreien Zeiten organisiert die KVSH auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst.
- ▶ Die KVSH garantiert ein hohes Maß an Qualität der ambulanten Versorgung. Dabei unterliegen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten einer ständigen und immer umfassenderen Qualitätsprüfung. Ziel ist eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau.
- ▶ Das Patiententelefon der KVSH informiert Sie über Ärzte und Psychotherapeuten ganz in Ihrer Nähe. Außerdem erhalten Sie dort eine Übersicht der Selbsthilfegruppen im Land.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 01805 – 11 92 92
(14 Cent/Minute, Handykosten können abweichen)

Patiententelefon 04551 – 803 308

**Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein 04551 – 883-0**

Internet www.kvsh.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.**

Einsatz für Menschen mit Demenz

Die Zahl der Demenzerkrankungen in unserer alternden Gesellschaft steigt. An Demenz Erkrankte brauchen intensive Betreuung, die im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen häufig nur unzureichend geleistet werden kann. Mehrere Projekte in Schleswig-Holstein haben sich daher die Verbesserung der Betreuungsangebote zum Ziel gesetzt.

In Schleswig-Holstein leben derzeit etwa 40.000 Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Die Zahl der Demenzerkrankungen nimmt rasant zu – diese Tatsache ist vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland zu sehen: Es leben immer mehr ältere Menschen in unserer Gesellschaft und Demenz ist eine typische Alterserkrankung. Demenzkranke brauchen eine besonders intensive Betreuung und Pflege sowie vielerlei Hilfestellungen. Die bereits bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sind dabei in vielen Teilen unseres Landes weder quantitativ noch qualitativ ausreichend. Folglich steht auch Schleswig-Holstein beim Thema Demenz vor einer großen gesellschaftlichen Herausforderung.

Die regionalen Alzheimergesellschaften in Schleswig-Holstein haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Weiterentwicklung angemessener Versorgungsstrukturen zu betreiben und die Hilfsangebote für betroffene Menschen zu fördern und auszubauen. Die Aufgaben in diesem Zusammenhang bestehen in Beratungs-, Vernetzungs- und Vermittlungstätigkeiten sowie in der Verstärkung bereits vorhandener Angebote im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit, Verlässlichkeit und Qualitätssicherung.

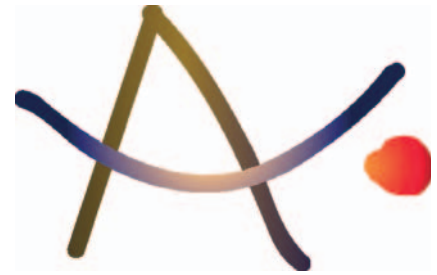
Landesagentur Demenz

Als eines der wenigen Bundesländer in Deutschland verfügt Schleswig-Holstein mit dem Modellprojekt „Landesagentur Demenz“ über eine Koordinierungsstelle für niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz. Finanziert wird dieses Projekt vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie,

Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein und den Spitzenverbänden der Pflegekassen. Träger ist die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V. Ziel der „Landesagentur Demenz“ ist es, im Land die Versorgungsstrukturen im Bereich niedrigschwelliger Betreuungsangebote auszuweiten, zu verbessern und qualitätsgesichert zu erhalten. Darüber hinaus soll die Vernetzung der in ganz Schleswig-Holstein beteiligten Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände, ambulanten Dienste, Vereine und Verbände, der professionellen und ehrenamtlichen Helfer, der Betroffenen und pflegenden Angehörigen sowie anderer an der Versorgung Beteiligten vorangebracht und ausgebaut werden. Beratungs- und Hilfsangebote für die genannten Gruppierungen sollen gefördert und unterstützt werden. Dabei richtet sich der Fokus besonders auf die Verbesserung der Situation in bislang strukturell benachteiligten und ländlichen Regionen.

Es ist ein ausdrückliches Ziel der „Landesagentur Demenz“, mit ihren Aktivitäten das gesamte Land Schleswig-Holstein abzudecken. Langfristig sollen landesweite Strukturen geschaffen werden, die es ermöglichen, Betroffenen und Beteiligten schnell, qualitätsgesichert und zuverlässig entsprechende Hilfe zukommen zu lassen. Zu diesem Zweck erhalten Anbieter von niedrigschwelligem Betreuungsdiensten Unterstützung beispielsweise bei der Öffentlichkeitsarbeit und Krisenintervention. Anbieter, die sich neu gründen wollen, wird in der Konzeptions- und Anfangsphase eine intensive Starthilfe gegeben.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind ein wichtiger Baustein



für die Versorgung von Menschen mit Demenz. Es handelt sich hierbei zum Beispiel um Betreuungsgruppen oder Helferkreise, die jeweils stundenweise die Betreuung von Menschen mit Demenz in deren häuslicher Umgebung oder an zentralen Orten übernehmen. Das entlastet die pflegenden Angehörigen, wenn sie Zeit für eigene Erledigungen brauchen oder um Kraft zu tanken für ihren weiteren Einsatz. Für die Erkrankten bieten diese Angebote eine adäquate Betreuung, die auf ihre individuellen Bedürfnisse zu geschritten ist.

Schulprojekt „Demenzkoffer“

Die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V. hat es sich im vergangenen Jahr mit der Initiative „Vergissmeinnicht – Alltag leben mit Demenz“ zur Aufgabe gemacht, in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für die Situation und Probleme der von Demenz Betroffenen und ihrer Angehörigen zu schaffen. Das Krankheitsbild Demenz soll in der Gesellschaft verstärkt ins Blickfeld gerückt werden. Die Initiative wurde finanziell vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein unterstützt. Daraus entstand das Schulprojekt „Demenzkoffer für Schleswig-Holstein“. Seit dem Start im Juni 2008 setzten sich Kinder und Jugendliche mit dem Thema Demenz auseinander. Der „Demenzkoffer“ stellt Lehrkräften und Schülern in Schleswig-Holstein diverse Unterrichtsunterlagen sowie Bild- und Anschauungsmaterialien zur Verfügung. Er bildet die Grundlage, um Projektwochen an allgemeinbildenden Schulen in Schleswig-Holstein zum

Thema Demenz zu initiieren und diese zu begleiten. Interessierte Lehrkräfte erhalten eine Einführung in die Materialien. In den darauf folgenden Projektwochen sollen Basisinformationen über die Alzheimerkrankheit und andere Formen der Demenz vermittelt und eine aktive Auseinandersetzung der Jugendlichen mit der Thematik gefördert werden. Das Projekt hat unter anderem das Ziel, durch Wissensvermittlung die Angst gegenüber Demenzkranken zu nehmen. Für den Fall, dass sie verwirrten Menschen auf der Straße begegnen, sollen die Jugendlichen u. a. wissen, wie sie reagieren können.

Über die Einbindung regionaler Fachkräfte können Netzwerke entstehen, bei Schulleitern und Lehrern wird das Thema nachhaltig verankert. Finanziert wird dieses auf ein Jahr angelegte Projekt mit Zuwendungen vom Bundesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V./Selbsthilfe Demenz und verschiedenen Sponsoren sowie mit Eigenmitteln des Landesverbandes. Das Land Schleswig-Holstein wird hierbei modellhaft für andere Bundesländer dieses Konzept erproben mit der Perspektive, den „Demenzkoffer“ nach Auswertung der Projektphase bundesweit zum Einsatz zu bringen.

Projekt „Betreuter Urlaub“

Das Projekt „Betreuter Urlaub mit Demenzkranken und ihren Angehörigen“ bietet Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Betroffenen Regeneration, Erholung und Entspannung zu erfahren. Der betreute Urlaub lässt für alle Beteiligten ein hohes Maß an individueller Gestaltung zu und gibt ihnen gleichzeitig ein Stück Sicherheit im Hinblick auf die Betreuung. Die Angehörigen können sich auf Wunsch zurückziehen und die Betreuung der Kranken erfahrenen Fachkräften überlassen. Der Austausch und die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen und den Betreuern bringen neue Erfahrungen mit sich. Ein Rahmenprogramm mit verschiedenen Aktivitäten, Ausflügen und anderen Angeboten kann von den Angehörigen, auch gemeinsam mit den Erkrankten, individuell genutzt werden. Für die Erkrankten findet regelmäßig nachmittags eine fördernde Tagesbetreuung unter fachlicher Anleitung statt, deren Kosten von den Krankenkassen erstattet werden. Die restlichen Kosten müssen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selber bezahlt werden. Organisation und Reiseleitung sind Aufgabe einer Honorarkraft, die entsprechend geschult und mit den



Hilfe auch für pflegende Angehörige

Problemen von Angehörigen und Erkrankten vertraut ist; Ansprechpartner ist der Landesverband der Alzheimer Gesellschaft. Die Reisen werden viermal im Jahr veranstaltet. In diesem Jahr sind Büsum, Grömitz und Bad Bevensen die Reiseziele.

Swen Staack,
Geschäftsführer der Alzheimer
Gesellschaft Schleswig-Holstein
e. V., www.alzheimer-sh.de

► ALZHEIMER GESELLSCHAFTEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V. / Landesverband

Ohechausee 100,
22848 Norderstedt,
Tel.: 040 30857987

Alzheimer Gesellschaft Kiel e. V.

Gneisenastr. 2, 24105 Kiel,
Tel.: 0431 7055191

Alzheimer Gesellschaft Herzogtum Lauenburg

Schüttberg 12a, 21502 Geesthacht,
Tel.: 04152 3492

Alzheimer Gesellschaft Ratzeburg e. V.

Schmilauer Str. 108,
23909 Ratzeburg,
Tel.: 04542 835312

Alzheimer Gesellschaft Lübeck e. V.

Hansering 3, 23558 Lübeck,
Tel.: 0451 38949311

Alzheimer Gesellschaft Pinneberg e. V.

Dingstätte 49, 25421 Pinneberg,
Tel.: 04101 555464

Alzheimer Gesellschaft Norderstedt-Segeberg e. V.

Heidbergstr. 28, 22846 Norderstedt,
Tel.: 040 52883830

Alzheimer Gesellschaft Stormarn e. V.

Woldenhorn 3, 22926 Ahrensburg,
Tel.: 04102 822222

Alzheimer Gesellschaft Region Schleswig e. V.

Königsstr. 1a, 24837 Schleswig,
Tel.: 04621 290595

Alzheimer Gesellschaft Flensburg u. Umgebung e. V.

Wrangelstr. 18, 24937 Flensburg,
Tel.: 0461 503260

Alzheimer Gesellschaft Nordfriesland e. V.

Brachfeld 2, 24819 Nienborstel,
Tel.: 04821 958812

Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e. V.

Postfach 1152, 23677 Scharbeutz,
Tel.: 04524 706949

Alzheimer Gesellschaft Steinburg e. V.

Feldschmiedekamp 4,
25524 Itzehoe,
Tel.: 04821 9578371

Alt werden in einer Wohngemeinschaft

An der Nahtstelle zwischen Häuslichkeit und Pflegeheim entstehen in Schleswig-Holstein vermehrt Projekte, die Wohnen und Pflegen im Alter auf neue, ungewöhnliche Weise verbinden. Der Bedarf an innovativen Wohnformen, die in ihrer Größe überschaubar bleiben und Wert auf Alltagskultur, Privatsphäre und Gemeinschaft legen, wächst – vor allem für Menschen mit Demenz. Die Entwicklung ist politisch gewollt, die Umsetzung allerdings kein Selbstläufer.



In der Wohngemeinschaft zusammen alt werden

(Foto: Rüdiger Waßmuth)

An dem Grundbedürfnis, im Alter in den „eigenen vier Wänden“ zu bleiben, wird sich sicher auch in Zukunft nichts ändern. Die „eigenen vier Wände“ stehen für vertraute Umgebung, gewachsene Beziehungen und Kontinuität der Lebensmuster. Sie sind ein Synonym für die Freiheit, wählen zu können, wie und wo man (im Alter) leben will. Doch was geschieht, wenn Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit nur eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden sind? Was passiert zum Beispiel bei Demenz, von der etwa sechs bis sieben Prozent der über 65-Jährigen in unserer Gesellschaft betroffen sind? Die Mehrzahl von ihnen wird gegenwärtig von Angehörigen – meistens Frauen – mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste zu Hause betreut. Doch familiäre Hilfen sind nicht unerschöpflich, soziale Netze selten über Jahre belastbar und ambulante Pflege in Einzelhaushalten rund um die Uhr sehr

kostenintensiv. „Demenz“ ist nach wie vor einer der Hauptindikatoren für den Umzug in ein Pflegeheim. Aber welche Alternativen gibt es, wenn es zu Hause nicht mehr geht? Und wie lassen sich angemessene Lebens- und Wohnbedingungen für Menschen mit einem intensiven Betreuungsbedarf gestalten, wenn der Umzug in ein Heim nicht in Betracht kommt? Diese Fragen machen den wachsenden Bedarf an innovativen Wohnformen deutlich.

Ambulant betreute Wohnformen

Mit Blick auf die demographischen Veränderungen geht es in Zukunft darum, das vorhandene Wohn- und Pflegespektrum, zugeschnitten auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen im Alter, zu erweitern. Erste Antworten sind ambulant betreute Wohngemeinschaften: eigene Häuslichkeit, eigener Mietvertrag, eigene Möbel, Teilhabe an gewohnten Alltags- und Haushaltsabläufen, soziale Nähe und

Platz für Individualität. Anders als im stationären Kontext gibt es keinen Betreiber, keinen Heimvertrag mit Vollversorgung. Das ambulante Konzept basiert auf voneinander unabhängigen Miet- und Pflegeverträgen und einem partnerschaftlichen „Verantwortungsdreieck“ zwischen Mieterschaft (beziehungsweise deren Interessenvertretern), Vermieter und Dienstleistungsanbieter.

Erste Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz entstanden – angeregt durch Beispiele aus den europäischen Nachbarländern – in der Bundesrepublik vor gut zehn Jahren, allen voran die Berliner „Alzheimer-WGs“. Sie erfuhren in den 90er-Jahren eine enorme überregionale Aufmerksamkeit durch die Medien und haben sich seitdem im gesamten Bundesgebiet verbreitet. Auch wenn Schleswig-Holstein im Vergleich zu einigen anderen Bundesländern noch am Anfang dieser Entwicklung steht, gibt es auch im Norden Projekte und Planungsvorhaben, beispielsweise in Kiel, Lübeck, Rendsburg und Neumünster.

Ob eine ambulant betreute Wohnbeziehungsweise Hausgemeinschaft ordnungsrechtlichen Bestimmungen unterliegt, regelt in Schleswig-Holstein zukünftig das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz, das seit Mai 2008 im Entwurf vorliegt. Laut § 10 soll in „selbstverantwortlich geführten ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ keine staatliche Kontrolle stattfinden. Voraussetzung: Die Entscheidungshoheit liegt konsequent in den Händen der Mieterschaft (beziehungsweise von deren Interessenvertretern), die Wahlfreiheit der ambulanten Dienstleistungen ist gewährleistet und die Einzelmietverträge werden unabhän-



Die anfallende Arbeit wird gemeinsam erledigt
(Foto: Rüdiger Waßmuth)

gig von den bedarfsgerechten individuellen Pflege- und Betreuungsverträgen abgeschlossen.

Angehörige, die bereits familiäre Pflege leisten oder diese Verantwortung auf sich zukommen sehen, sind zugleich Nutzer und Bündnispartner ambulanter Wohnformen. Sie können, befreit von Pflege, Hauswirtschaft und der Rund-um-die-Uhr-Sorge, ihren Ehepartner beziehungsweise Verwandten in einer Wohngemeinschaft (weiter) begleiten. Sie sind vor Ort wichtig und verantwortlich. Wichtig, da sie die Brücke zu Biographie und Lebensgewohnheiten der pflegebedürftigen Menschen bilden und mit ihrem Wissen die Pflegekräfte unterstützen. Verantwortlich, da sie – anders als in einem Heim – über die Alltagsorganisation in der Wohngemeinschaft entscheiden. Sie übernehmen im eigenen Interesse Verantwortung für das Projekt als Ganzes, sind Bindeglied zum Vermieter und Auftraggebergemeinschaft gegenüber dem Pflege- und Betreuungsdienst, den sie nach gemeinsamer Absprache auswählen.

Pflege zu Gast

Unabhängig davon, ob es sich um Hausgemeinschaften mit abgeschlossenen Apartments oder Wohngemeinschaften mit Einzelzimmern handelt, gefragt sind gruppenorientierte, in das Umfeld eingebundene Wohnformen. Die privaten Räume und Gemeinschaftsbereiche sind barrierefrei gestaltet und strahlen Gemütlichkeit aus. In der Mitte des Wohnkomplexes liegen eine großzügig gestaltete Küche und ein Wohnzimmer. Innen

wie außen gibt es Platz für Bewegung und Rückzug. Begleitet wird die Mietergemeinschaft, der etwa acht bis zwölf Menschen angehören, von Pflege- und Betreuungskräften. Sie sind „Gast im Hause“ und – insbesondere wenn es sich um Menschen mit Demenz handelt – meist rund um die Uhr anwesend.

Dieser neue Ansatz ambulanter Pflege erfordert von den Pflegekräften und Alltagsbegleitern ein Umdenken. Nach dem Prinzip „Haltung vor Handlung“ sind das Wissen um Demenz und die Wertschätzung der von ihr betroffenen Menschen von elementarer Bedeutung. Nicht minder wichtig sind organisatorische Talente, Teamfähigkeit, ein gerüttelt Maß an Geduld, Ideenreichtum und die Bereitschaft zur offenen Kommunikation mit allen Beteiligten. In festen Teams gilt es, verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen zu den Mietern und Angehörigen aufzubauen, an Gewohntes und Bekanntes anzuknüpfen und den Alltag samt seinen hauswirtschaftlichen Aufgaben in den Mittelpunkt zu rücken.

Wie zu Hause trägt jeder die Miete selbst und bringt seinen Anteil an den Lebenshaltungskosten in die gemeinsame Haushaltskasse ein. Die Kosten für die ambulante Pflege werden je nach Pflegestufe von der Pflegeversicherung übernommen. Sie orientieren sich am tatsächlichen Bedarf, werden individuell und in der Regel als Sachleistung berechnet. Seit Inkrafttreten der Pflegereform im Juli 2008 besteht die Möglichkeit, Ansprüche mehrerer pflegebedürftiger Menschen in einer Wohngemeinschaft zu bündeln, auf Neudeutsch zu „poolen“. Das bedeutet, dass Pflegeleistungen aus einem gemeinsamen „Topf“ finanziert werden. Übersteigt der tatsächliche Bedarf die Kassenleistungen beziehungsweise werden Betreuungssegmente, zum Beispiel die Nachtbetreuung, nicht refinan-

ziert, sind Eigenmittel, also Rente und Vermögen, einzusetzen. Reichen die privaten Mittel hierfür nicht aus, kann je nach Berechtigung und Vereinbarung mit dem örtlichen beziehungsweise überörtlichen Kostenträger ergänzend Sozialhilfe (SBG XII/Hilfe zur Pflege) beantragt werden.

Öffentlicher Auftrag

Dass die Zahl der neuen Projekte in Schleswig-Holstein (noch) überschaubar ist, hat seine Gründe: Sie passen nicht eins zu eins in vorhandene Strukturen. Vor allem die Bereitstellung geeigneten Wohnraums, die komplexen Abstimmungen mit Kommunen, Kostenträgern und Förderstellen und die Konstituierung einer wirksamen Selbstorganisation von Angehörigen sind keine Routinearbeit. Parallel zur eigentlichen Projektentwicklung sind spezielle Konzepte für bürgerschaftliches Engagement in Form von Ombudsmännern, Patenschaften oder Beiräten gefragt. Ohne Aufbau- und Alltagsunterstützung, ohne Bezug und Beziehungen zum Umfeld geraten Wohngemeinschaften und die dort lebenden Menschen mit Demenz ins Abseits, besonders dann, wenn Angehörige aus gesundheitlichen oder beruflichen Gründen nicht selbst am Projektgeschehen mitwirken können.

Fazit: Das Konzept der ambulanten Wohngemeinschaften (für Menschen mit Demenz) ist in Schleswig-Holstein in der fachpolitischen Diskussion angekommen. Um ihre Zahl, Vielfalt und Akzeptanz zu fördern, stehen zurzeit Öffentlichkeitsarbeit, Qualitäts- und Planungsgrundlagen sowie Verfahren für ein wirksames koordiniertes Zusammenspiel aller Akteure an erster Stelle auf der Agenda. Ein Anfang ist gemacht.

Ulrike Petersen,
KIWA – Koordinationsstelle
für innovative Wohn- und
Pflegeformen im Alter in
Schleswig-Holstein,
Hamburger Koordinations-
stelle für Wohn-Pflege-Gemein-
schaften, www.kiwa-sh.de

Ein Netz, das auffängt

Das Palliative Care Netz Nordfriesland ist ein Modellprojekt unter Förderung der Landesregierung, das zum Ziel hat, den Aufbau der Versorgung Schwerkranker und sterbender Menschen in Nordfriesland zu implementieren.

Das Palliative Care Netz Nordfriesland (PCN-NF) ist ein Zusammenschluss der Palliative Care Teams Eiderstedt, Husum und Südtondern zu einem Netzwerk. Zielsetzung des Projektes ist, die spezialisierte, ambulante palliative Versorgung in Nordfriesland zu fördern. Das Handeln des PCN-NF richtet sich an der Definition der Welthilfsorganisation von 2002 aus: „Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hoch qualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

Die Begleitung von Angehörigen in ihrer Zuwendung zum Patienten, der eigenen Trauer und Hilflosigkeit im Umgang mit Tod und Sterben ist ein großer Baustein der Arbeit.

Das PCN-NF tritt nicht in Konkurrenz mit bestehenden Strukturen, es ergänzt das vorhandene Angebot vor Ort. Die zusätzlichen Versorgungsmöglichkeiten für sterbende Menschen und deren Umfeld greifen insbesondere dort, wo es Versorgungsengpässe gibt und der Bedarf an palliativer Beratung und Behandlung nicht abgedeckt ist. Ein ländlich strukturierter Flächenkreis wie Nordfriesland stellt eine besondere Herausforderung an die Umsetzung eines solchen Vorhabens. Die in Nordfriesland bestehenden Hospizvereine mit ihren ehrenamtlichen Mitarbeitern werden intensiv in das Projekt einbezogen. Das Projekt wird vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes

Schleswig-Holstein gefördert. Auf Landesebene gehört es zu dem Zusammenschluss von 13, von der Landesregierung geförderten Projekten, die gemeinschaftlich an den drängenden Finanzierungsproblemen und einheitlichen Dokumentationssystemen arbeiten.

Projektaktivitäten

Mit seinen Aktivitäten will das PCN-NF die häusliche Betreuung von PatientInnen in der letzten Phase einer nicht mehr heilbaren Erkrankung fördern – um Klinikaufenthalte in dieser letzten Lebensphase zu verkürzen oder sogar zu vermeiden. Konzepte zur telefonischen Beratung von ÄrztInnen und Pflegediensten sollen professionellen BegleiterInnen von Sterbenden die Möglichkeit geben, sich in schwierigen Situationen mit FachkollegInnen auszutauschen.

Zur Sicherung der Qualität nehmen die MitarbeiterInnen des PCN-NF am interdisziplinären Qualitätszirkel für Palliative Care (mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin) in Nordfriesland teil. Voraussetzung für die Mitarbeit ist eine entsprechende Berufsausbildung in einem Gesundheitsberuf und eine Weiterbildung in Palliative Care. Schulungskonzepte für MitarbeiterInnen in Alten- und Pflege- und ähnlichen Einrichtungen sind außerdem in Vorbereitung.

Um das menschenwürdige Sterben, das sich ganz bewusst, aber ohne Bewertung von der aktiven Sterbehilfe abgrenzt, entwickeln sich häufig konfliktbehaftete Fragen über Sinn- und Wertvorstellungen. Durch ethische Fallbesprechungen unter Moderation des PCN-FC können Konsensentscheidungen getroffen werden, die beispielsweise einen Konflikt zwischen Angehörigen und dem betreuenden Pflegeteam für alle Beteiligten tragbar machen.

International und interdisziplinär

Um das Projekt mit anderen vergleichen und die Erfolge messen zu können, haben sich die Projektpartner an einschlägigen wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema der ambulanten palliativen Versorgung orientiert. Eine quantitative Erfassung der Projektaktivitäten und eine qualitative Evaluation werden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Palliative Care und Organisations-Ethik der Alpen-Adria Universität Klagenfurt in Wien durchgeführt. Über diese internationale Anbindung entsteht ein Bezug zur aktuellen europäischen Forschung auf dem Gebiet von Palliative Care. So können die Erkenntnisse aus dem Projekt an der Entwicklung von internationalen Standards mitwirken.

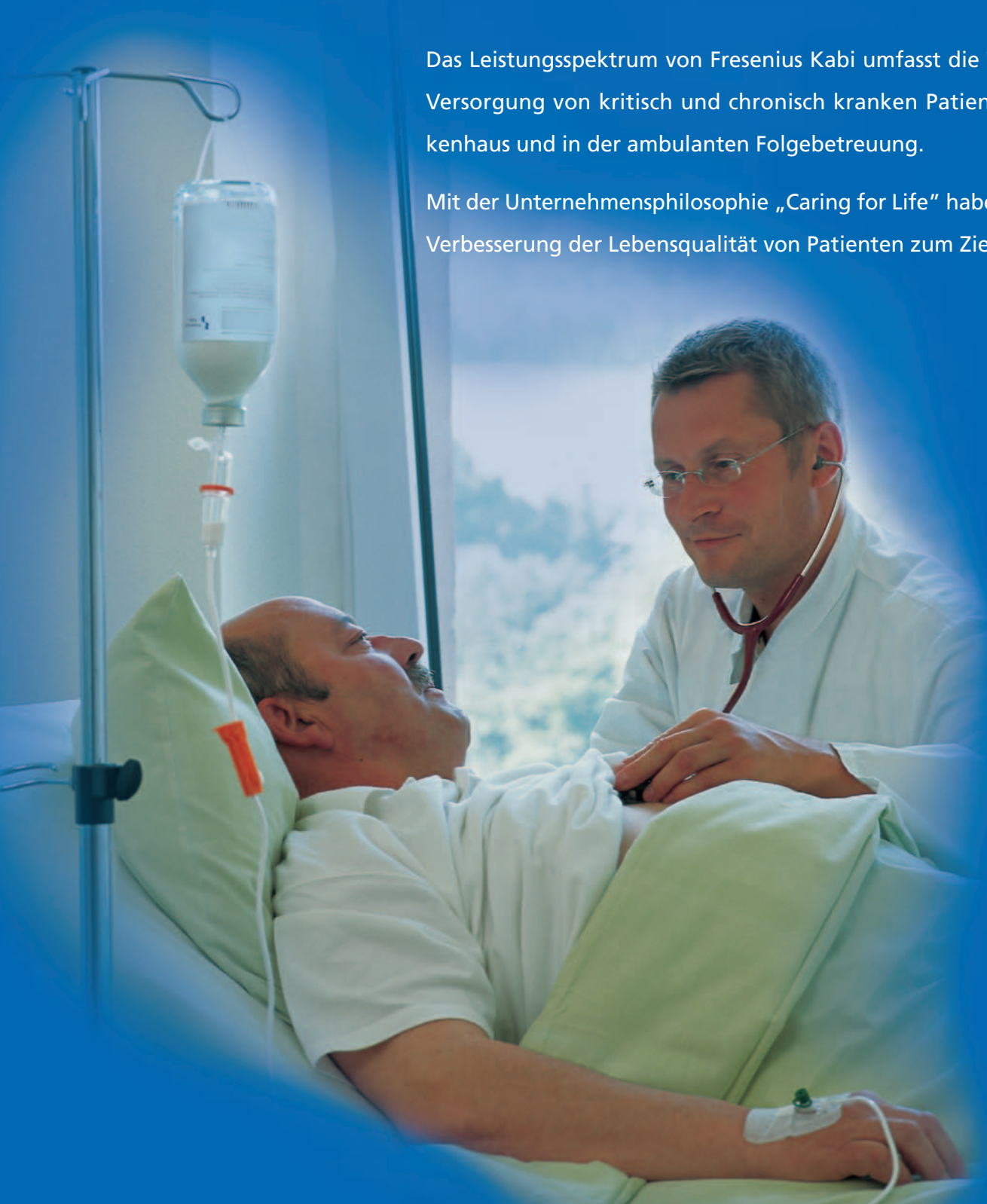
Bei dem PCN-NF hat man sich für ein interdisziplinäres Team entschieden. In einzelnen Fällen kann auch die Versorgung von PatientInnen übernommen werden. Die TeilnehmerInnen setzen sich aus Krankenpflegepersonen, ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, ÄrztInnen sowie SozialarbeiterInnen und SeelsorgerInnen, zusammen. Dies entspricht der vom Gesetzgeber geforderten, spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit findet auf gleichberechtigter Ebene der Beteiligten statt. Sie löst sich von klassischen Hierarchien im Gesundheitswesen, um dem Ideal der „radikal patientenorientierten Versorgung“ zu entsprechen.

Dr. Christoph Schmidt, Facharzt
Allgemeinmedizin, Palliativ-
medizin, Stud.MAS Palliative
Care,
Ansprechpartnerin:
andrea.schacht
@diakonie-eiderstedt.de

Fresenius Kabi – Ihr Spezialist für klinische Ernährung und Infusionstherapie

Das Leistungsspektrum von Fresenius Kabi umfasst die Therapie und Versorgung von kritisch und chronisch kranken Patienten im Krankenhaus und in der ambulanten Folgebetreuung.

Mit der Unternehmensphilosophie „Caring for Life“ haben wir uns die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten zum Ziel gesetzt.



Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg v.d.H.
Tel.: +49 (0) 61 72 / 6 86 82 00
www.fresenius-kabi.de



**Fresenius
Kabi**

Caring for Life

Besser leben mit der Infektion

Menschen, die an einer HIV-Infektion erkrankt sind, werden in der Gesellschaft nach wie vor stigmatisiert. Umso wichtiger sind Rehabilitationsmaßnahmen, in denen die betroffenen Patienten Beratung und Hilfeleistung für das Leben mit der Infektion und später vielleicht mit der Krankheit AIDS erhalten. Doch derartige Angebote sind dünn gesät. Die Ostseeklinik Schönberg-Holm bietet seit nunmehr 20 Jahren Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit HIV-Infektion oder AIDS an.



Gymnastik am Schönberger Strand
(Foto: ide stampe)

bedingten neurologischen Beeinträchtigungen und auch die Folgen der medikamentösen Therapie gemindert werden können. Weitere Ziele sind die Steigerung der Belastbarkeit von Herz und Kreislauf, die Steigerung der allgemeinen Beweglichkeit und die Förderung der Koordination sowie die Verminderung von bewegungsabhängigen Risikofaktoren. Dazu werden Funktionsgymnastik, Bewegungsspiele, Entspannungsübungen, Übungen zur Körperwahrnehmung und Koordinationsförderung mit entsprechenden Pulskontrollen mit den Patienten durchgeführt. Unterstützt werden die Übungen durch eine medizinische Trainingstherapie im Kraftraum, bei der der entsprechende Muskelaufbau gefördert und die Beweglichkeit gesteigert wird.

.... und gesunde Ernährung

Bei der Ernährungsberatung von HIV-Patienten müssen einige Besonderheiten wie spezielle Hygieneregeln zwingend beachtet werden. Beispielsweise geht eine Infektionsgefahr von bestimmten Lebensmitteln aus, die häufig roh verzehrt werden, wie Hackfleisch, Eier und Milchprodukte. Auch die Gefährdung durch Pilze in Käsesorten wie Brie und Gorgonzola wird besprochen. Die häufig untergewichtigen Patienten erfahren in der Beratung, wie sie ihre Nahrung durch hochwertige pflanzliche Fette oder Maltodextrin anreichern können. Sie lernen eine energie- und nährstoffreiche Zusatznahrung kennen (Astronautenkost) sowie Snacks und Mixgetränke als Zwischenmahlzeiten. Einige der verwendeten Medikamente führen zu einer Erhöhung der Blutfettwerte und des Blutzuckers.

Unter Rehabilitation versteht man eine umfassende Betreuung von Patienten mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung mit dem Ziel, sie körperlich und geistig-seelisch zu stabilisieren und beruflich sowie sozial wieder einzugliedern. Auch die HIV-Infektion ist eine chronische Krankheit, die trotz der Erfolge der medikamentösen Therapie der letzten Jahre weiterhin nicht heilbar ist. Deshalb ist gerade bei dieser Patientengruppe eine Rehabilitationsbehandlung wichtig.

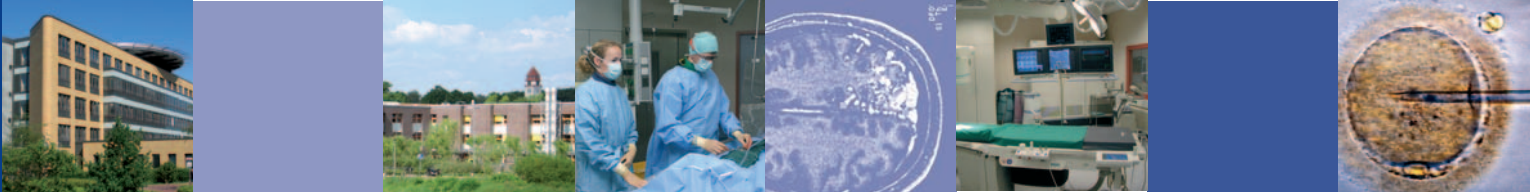
Nach anfänglichen Schwierigkeiten haben wir mit der Rehabilitation HIV-Erkrankter sehr viele positive Erfahrungen gemacht. Dabei wollen wir die Patienten in den normalen Ablauf der Rehabilitation integrieren und sie nicht von den übrigen Patienten absondern. Dennoch sind es besondere Patienten mit besonderen Anforderungen und Problemen.

Mit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapien, die der erste deutliche Fortschritt in der medi-

kamentösen Behandlung war, ist es seit 1996/97 zu einem dramatischen Rückgang von Aids-definierenden Erkrankungen und Todesfällen gekommen. So hat die große EuroSIDA-Studie gezeigt, dass zwischen 1994 und 2002 sowohl die Zahl der Erkrankungen als auch die Sterblichkeitsrate auf weniger als ein Zehntel gefallen sind. Da eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme ein wesentlicher, wahrscheinlich sogar der wichtigste Faktor für die Resistenzentwicklung und damit das Versagen einer antiretroviralen Therapie ist, bemühen wir uns ganz besonders um eine Compliance-Förderung, das heißt die eigenverantwortliche Kontrolle über die konsequente und regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente.

Gezielte Bewegung ist wichtig ...

Es hat sich gezeigt, dass eine gesunde Lebensweise den Verlauf gerade bei der HIV-Erkrankung positiv beeinflusst. Deshalb werden die Patienten zu einer regelmäßigen moderaten Bewegungstherapie motiviert, mit der die krankheits-



→ Gemeinsam zu neuen Horizonten Universitäre Medizin in Schleswig-Holstein

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H) ist eine junge Institution mit langer Tradition. Hervorgegangen aus der Fusion der beiden Universitätskliniken in Kiel und Lübeck im Jahr 2003, profitieren die Menschen in Schleswig-Holstein und darüber hinaus von der Zusammenarbeit der beiden medizinischen Fakultäten, die gemeinsam mit Wissen, Innovationen und Engagement zum Wohle der Patienten wirken.

Seit der Gründung der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel im Jahr 1665 hat sich die universitäre Medizin Schleswig-Holsteins zu einer national wie international renommierten Größe entwickelt. Mit 51 Kliniken und 26 Instituten in Kiel und Lübeck zählt das UK S-H heute zu den größten Krankenhäusern in Europa. Mehr als 1.500 Ärzte und über 3.600 Pflegekräfte betreuen 280.000 ambulante und 90.000 stationäre Patienten pro Jahr.

Als einziges Krankenhaus der Maximalversorgung in Schleswig-Holstein deckt das UK S-H das gesamte Spektrum der modernen Medizin ab. Was für Patienten häufig unüberschaubar wirkt – die Vielfalt von Fachabteilungen, Forschung und Hochleistungsmedizin – ermöglicht gerade erst die individuelle Versorgung jedes Einzelnen, abgestimmt auf persönliche Bedürfnisse.

Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unserer Fachrichtungen ist dabei ein Schlüssel zur Behandlungsqualität. Schon jetzt bilden Kompetenzzentren an den Standorten Kiel und Lübeck disziplinübergreifende Versorgungsschwerpunkte wie beispielsweise Brust-, Tumor- und Schlaganfallzentren. Zukunftsweisende Projekte wie die Etablierung des Comprehensive Cancer Centers „Krebszentrum Nord“ und der Bau des Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrums Kiel werden die Position des UK S-H als Ort herausragender medizinischer Versorgung und Forschung nachhaltig unterstreichen und die Bedeutung Schleswig-Holsteins als Gesundheitsland stärken.

Das UK S-H ist nicht nur der größte Arbeitgeber im nördlichsten Bundesland, sondern bietet jungen Menschen jedes Jahr unterschiedlichste Ausbildungsmöglichkeiten an. Das Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe (BIZ), Tochterunternehmen des UK S-H, ist die umfassendste Einrichtung ihrer Art in Schleswig-Holstein neben den Universitäten.

Haben Sie weitere Fragen an uns?

Rufen Sie uns an:

Kiel **0431 597-0** / Lübeck **0451 500-0**

E-Mail: info@uk-sh.de

→ Weitere Infos: www.uk-sh.de





Diese lassen sich durch eine entsprechende Ernährungsumstellung günstig beeinflussen. Zusätzlich bestehen Wechselwirkungen zwischen einzelnen Lebensmitteln oder Zusatzstoffen und den Medikamenten. So ist zum Beispiel die Einnahme von Echinacin oder Johanniskraut nicht zu empfehlen. Die häufig auftretenden Diarrhöen können mit einer stuhlgulierenden Ernährungsumstellung gelindert werden. Bewährt hat sich eine leicht verdauliche Kost mit einem hohen Anteil an wasserlöslichen Ballaststoffen, die in Beerenfrüchten und Haferflocken enthalten sind.

Psychologische Betreuung

Eine weitere wichtige Aufgabe in der Rehabilitation von Menschen mit HIV und AIDS ist die psychologische Betreuung. Viele Patienten haben erhebliche Schwierigkeiten damit, ihre Krankheit zu verarbeiten. Deshalb bieten wir diesen Menschen eine von Psychologen geleitete Gesprächsgruppe an. Im Austausch mit anderen Betroffenen werden häufig die psychosozialen Aspekte angesprochen. Wie wird mit der HIV-Erkrankung im privaten und öffentlichen Bereich umgegangen? Wie reagiert man auf die Verunsicherung, die Stigmatisierung und Diskriminierung? Wegen negativer Erfahrungen verheimlichen viele HIV-Patienten ihre Erkrankung in der Öffentlichkeit, im Beruf, bei Freunden oder gar auch bei den eigenen Eltern. In psychologischen Beratungsgesprächen erhalten diese Patienten individuelle Hilfestellung, auch um die erforderlichen Verän-

derungen ihres Lebensstils vorzunehmen. Zusätzlich sind Entspannungsverfahren dabei hilfreich wie autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobson und Tai Chi. Ein anderes wichtiges Angebot ist das psychologisch geleitete Nichtrauchertraining. Zur Unterstützung der Patienten, die sich das Rauchen abgewöhnen wollen, gibt es auch medikamentöse Hilfen. Weitere „Therapiesäulen“ der Rehabilitation sind die pflegerische Betreuung, die Ergotherapie, die Sozialberatung sowie die Patientenschulung.

Berufliche Perspektiven

In der Zeit vor der effektiven antiretroviralen Therapie wurden HIV-positive Patienten in der Regel berentet. Heute ist der Maßstab, dass die Patienten arbeitsfähig entlassen werden. Falls berufliche Einschränkungen bestehen, können von der Rehabilitationsklinik berufsfördernde Maßnahmen eingeleitet werden wie Umschulungen oder sonstige Hilfen, die einer Fortsetzung der Erwerbstätigkeit dienen. Nur wenige sind nach der Rehabilitation auf eine Erwerbsminderungsrente angewiesen.

Am Ende hat man mehr drauf

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme werden meistens die angestrebten Ziele erreicht: Viele Patienten haben große Fortschritte bei der Krankheitsverarbeitung gemacht und sind psychisch stabilisiert. Sie haben wieder Lebensmut gefasst und entwickeln neue Zukunftspläne. Krankheitsbedingte Symptome und die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie wurden gelin-

dert. Insbesondere die körperliche Schwäche und Müdigkeit sowie die Verdauungsbeschwerden können gemindert werden, sodass es zu einer Steigerung des Wohlbefindens kommt. Sogar die häufigen medikamentös bedingten Gefühlsstörungen in den Beinen lassen sich oftmals günstig beeinflussen. Bei untergewichtigen und geschwächten Patienten wird meistens eine Gewichtszunahme von mindestens zwei Kilogramm und ein deutlicher Muskelaufbau erreicht. Viele Patienten sind motiviert, das gelernte Wissen über eine gesunde Lebensweise zu Hause fortzusetzen. Von zentraler Bedeutung ist für die vielen Patienten, dass sie dank der eingeleiteten Maßnahmen wieder arbeitsfähig wurden und ihre Berufstätigkeit fortsetzen konnten.

Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre haben gezeigt, dass gerade bei Menschen mit HIV oder Aids eine Rehabilitationsbehandlung sehr sinnvoll ist. Bisher ist diese Behandlung jedoch hauptsächlich nur in zwei Kliniken bundesweit möglich. In unserer Klinik gehen wir offen damit um, dass wir auch HIV-infizierte Patienten betreuen. Durch entsprechende Informationen wissen die übrigen Patienten, dass keine Infektionsgefahr besteht. Dies ist möglicherweise ein kleiner Beitrag, um die Stigmatisierung der HIV-Erkrankungen zu verringern.

Dr. Karsten Johnsen, Chefarzt,
Ostseeklinik Schönberg-Holm,
www.ostseeklinik-schoenberg-holm.de

Reha abends um acht

Statistisch leiden zwei Drittel der deutschen Bevölkerung an dauerhaften Rückenschmerzen. Fehlhaltungen oder einseitige berufliche Belastung führen zu muskulären Reizungen, Vorfälle von Bandscheibengewebe zu Nervenwurzelirritationen. Die Muskulatur reagiert mit schmerzhaften Verspannungen. Was tun?



Anleitung und Training der Übungen für zu Hause

In der traditionellen Rehabilitation wird die körperliche Verfassung durch aktives Training der Rückenmuskulatur unter fachlicher Anleitung verbessert. Studien zeigen jedoch den nur kurzfristigen Erfolg einer solchen Reha-Maßnahme: 80 Prozent aller Patienten führen sechs Wochen nach Beendigung der Maßnahme die erlernten Muskelaufbauübungen nur noch unregelmäßig durch und laufen damit Gefahr, chronisch an Rückenschmerzen zu leiden.

Ziel einer erfolgreichen Maßnahme muss es daher sein, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken und ein Trainingsprogramm fest in seinen Alltag zu integrieren. In der modernen Schmerztherapie werden bei andauernden Rückenschmerzen heute auch psychologische und soziale Aspekte in der Rehabilitation bearbeitet. Deshalb werden Risikofaktoren und auftretende Probleme im Umgang mit der Rückenerkrankung mit Ärzten, Psychologen und dem Sozialdienst bearbeitet.

Ein weiteres wichtiges Element der Therapie sind Entspannungsverfahren zum Abbau von Stress. Vorträge, Seminare und Beratungen zum Erlernen einer gesundheitsfördernden Lebensweise und zur Schmerzbewältigung sollten das Therapieprogramm ergänzen.

Um diese umfassenden Anforderungen zu realisieren, hat die Asklepios Klinik Am Kurpark Bad Schwartau

das Modellprojekt „FAIR plus“ gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord entwickelt: Es umfasst eine intensive ambulante Reha-Phase über zwei Wochen mit einer anschließenden berufsbegleitenden Therapie über sechs Monate. In der Nachsorge werden bekannte Übungselemente wiederholt und andere neu vermittelt. Nach der anfänglichen intensiven Anleitung wird dabei die Therapie zunehmend selbstständiger durchgeführt. Wenn die Integration des Trainingsprogramms in den Alltag über sechs Monate gelungen ist, wird der Patient im Anschluss eigenverantwortlich trainieren und die Chronifizierung seiner Beschwerden vermeiden können.

Dr. Ingo Meßer, Chefarzt an der Asklepios Klinik
Am Kurpark Bad Schwartau,
www.asklepios.com/badschwartau

Stärken Sie Ihre Vitalfunktionen!



Gesunde **Marketingstrategien**.
Belebende **Innovationskonzepte**.
Wohltuende **Kommunikationsideen**.

Oder ganz einfach: echte **Inspiration**.

marktrausch

Gesellschaft für Unternehmens-
und Marketingentwicklung mbH

Kiel | Hamburg www.marktrausch.com

Das Gegenteil des Zufalls

Vor acht Jahren hoben die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) und der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein (VPKSH) das Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ aus der Taufe. Ein Erfolgsmodell, das sich durchgesetzt hat.



Praktiker aus verschiedenen Leistungsbereichen bewerten die Qualität: Katja Kraus und Annette Nedderhoff, Curtius-Klinik Bad Malente-Gremsmühlen, Holger Klemstein, Reha-Klinik Damp, Eija Jürs, Sozialstation Eutin-Malente in Bad Malente-Gremsmühlen, Jörg Wohlers und Ulrike Petersen, KGSH, Rainer Simeit, Röpersbergklinik Ratzeburg (v.l.n.r.)

Der demographische Wandel einerseits und die wachsende Zahl chronischer Erkrankungen andererseits führen zu einer steigenden Nachfrage medizinischer Rehabilitation. Gleichzeitig ist es für den Einzelnen kaum noch möglich, die Angebote der verschiedenen Einrichtungen zu überblicken und deren Qualität einzuschätzen. Diesem Problem begegnet das Gütesiegel.

Qualitätskriterien

Um das Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ zu erhalten, müssen 20 praxisorientierte Kriterien erfüllt sein. Geprüft werden sämtliche Bereiche, die zum Gelingen der Rehabilitation beitragen. Das beginnt bei der Auf-

nahme, geht weiter zu Behandlung und Gesundheitstraining sowie Betreuung der Patienten. Die Schulung des Personals, die Entwicklung der Führungskräfte und das Entlassungsmanagement sind ebenso Kriterien wie das Freizeitangebot und die Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben während der Rehabilitation. Natürlich fließt auch die Ergebnisqualität am Ende der Rehabilitationsmaßnahme in die Bewertung ein.

Der Weg zum Gütesiegel

Die Teilnahme ist freiwillig. Reha-Kliniken, die sich für das Gütesiegel akkreditieren wollen, beantragen es bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein. Eine Checkliste hilft bei der Zusammenstellung der

erforderlichen Unterlagen. Nach Absprache besucht ein so genanntes Begehungsteam für zwei Tage die Klinik. Dieses Team besteht aus Mitarbeitern verschiedener anderer Reha-Kliniken. Vertreter aus der Verwaltung, dem ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie dem therapeutischen Bereich decken das gesamte Berufsspektrum ab. Nach einem festgelegten Punkteschlüssel bewertet jedes einzelne Mitglied des Teams, ob die Klinik die Standards erreicht. Mindestens 70 von den maximal möglichen 100 Punkten müssen erreicht werden. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, wird die Klinik akkreditiert. Sie wird in das Verzeichnis akkreditierter Rehabilitationskliniken aufgenommen und erhält das Gütesiegel „Medi-

zinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“. Die Akkreditierung ist drei Jahre gültig. Für die Verlängerung ist eine erneute Prüfung notwendig.

Die Prüfung stellt sicher, dass die definierten Standards erfüllt werden. Die gemischte Zusammensetzung des Begehungsteams hat sich dabei bewährt: Praktiker mit Fachverstand aus allen Leistungsbereichen nehmen die Bewertung vor. Sie kennen die Zweckmäßigkeit der verschiedenen Aspekte einer Rehabilitation aus ihrer eigenen täglichen Arbeit und langjährigen Erfahrung.

Vorteile für alle Beteiligten

Patienten und Ärzte erkennen dank des Siegels auf einen Blick, dass festgelegte Standards erfüllt werden. Sie können auf die Qualität des Rehabilitationsangebotes vertrauen. Auch den Kliniken selber hilft das Gütesiegel: Ihre Anstrengungen um hochwertige Angebote werden anerkannt. Sie können sich mit der Auszeichnung von anderen Anbietern abheben und dies gegenüber den Patienten einprägsam darstellen.

Nicht zu unterschätzen ist der intensive fachliche Austausch mit den Teammitgliedern während der Begehung, der mit einem Wissenszuwachs auf beiden Seiten verbunden ist. Dem Land Schleswig-Holstein nützt das Gütesiegel ebenfalls. Seine Bedeutung als Reha-Standort wird gestärkt. Somit ist die „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ für alle Beteiligten eine vorteilhafte Einrichtung.

Beteiligte Einrichtungen

Bisher haben 14 der 27 in den beiden Verbänden organisierten schleswig-holsteinischen Reha-Einrichtungen das Siegel erhalten:

- Asklepios Klinik Am Kurpark in Bad Schwartau
- Asklepios Nordseeklinik Westerland auf Sylt.
- Curtius-Klinik in Bad Malente-Gremsmühlen
- DRK-Nordsee-Reha-Klinik Goldene Schlüssel in St. Peter-Ording
- Fachklinik Aukrug in Aukrug-Tönshöhe

- Klinikum Neustadt in Neustadt i. H.
- Mühlenbergklinik in Bad Malente-Gremsmühlen
- Nordsee-Reha-Klinik Klinik I und Klinik II in St. Peter-Ording
- Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt in Bad Bramstedt
- Rehabilitationsklinik Nordfriesland in St. Peter-Ording
- Reha-Klinik Damp in Damp
- Rheumaklinik Bad Bramstedt in Bad Bramstedt
- Röpersbergklinik Ratzeburg in Ratzeburg
- Vitalklinik Buchenholm in Bad Malente-Gremsmühlen

Dass von den 14 Kliniken elf zum zweiten und sieben zum dritten Mal akkreditiert wurden, ist eine stolze Leistung und zeigt auf diese Weise, wie gut das Siegel angenommen wird.

Bernd Krämer, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V., www.reha-im-norden.de

► SELBSTBESTIMMUNG UND SCHUTZ FÜR MENSCHEN MIT PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT ODER BEHINDERUNG STÄRKEN (PFLEGESETZBUCH SCHLESWIG-HOLSTEIN – ZWEITES BUCH – (PGBII))

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung werden die in Artikel 5a der Verfassung des Landes Schleswig-Holstein formulierten Leitvorstellungen aufgegriffen und entsprechend dieses Verfassungsauftrags Regelungen zum Schutz der Rechte und Interessen von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung getroffen. Das Gesetz zielt auf

- die Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,
- die Stärkung des Verbraucherschutzes,
- den Anspruch auf umfassende Pflegeberatung,
- die Schutzfunktion je nach dem Grad der Abhängigkeit,
- die Lösung vom überkommenden Heimbegriff,

- die Entbürokratisierung der ordnungsrechtlichen Bestimmungen.

Grundsätzlich geht es um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung einerseits und ihrem Schutz andererseits. Deshalb richten sich Umfang des Schutzes und Intensität staatlicher Kontrolle nach der Abhängigkeit des pflegebedürftigen oder behinderten Menschen von einem Leistungsanbieter. Je mehr Wahl- und Entscheidungsfreiheit des Einzelnen besteht, je mehr Mitwirkung und Öffnung Abhängigkeit reduziert, desto weniger staatliche Aufsicht ist nötig.

Einrichtungen sollen sich zukünftig verstärkt aktiv um die Mitwirkung von Angehörigen und bürgerschaftlich Engagierten kümmern, um die

Bewohnerinnen und Bewohner ins gesellschaftliche Umfeld einzubinden.

Der Zugang zu Informationen über die verschiedenen Angebote, Leistungen und Entgelte soll für Pflegebedürftige verbessert, Beratungsangebote und Beschwerdemöglichkeiten transparent gemacht werden. Damit verbunden ist eine Stärkung der persönlichen Kompetenz und damit der Selbstbestimmung.

Transparenz herstellen heißt auch, dass künftig die Prüfberichte der Aufsichtsbehörden allgemein verständlich veröffentlicht werden. Die Regelungen dienen nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie nützen gerade auch Einrichtungen, die sich um hohe Pflegequalität und ein aktives Gemeinschaftsleben bemühen.

► AUTORINNEN UND AUTOREN

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein dankt den Autorinnen und Autoren.

Dirk Andresen

DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, www.drk-krankenhaus.de



Katrin Balzer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Forschung und Lehre in der Pflege am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, www.uk-sh.de

Hans-Peter Beuthien

Geschäftsführer der Sana Kliniken Lübeck GmbH, www.praxisklinik-travemuende.de



Dr. Jan-Peter Braun

Ärztlicher Direktor, Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, www.diako.de

Christian Bürger

dsn – Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft, Kiel, www.dsn-projekte.de



Alfred von Dollen

Geschäftsführer, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, www.fek.de



Michael Finndorf

Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, www.geriatrie-luebeck.de



Dr. Uta Gaidys

Leiterin in der Sektion Forschung und Lehre in der Pflege am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, www.uk-sh.de

Prof. Dr. Frank Gieseler

Leiter der interdisziplinären onkologischen Ambulanz und Tagesklinik des UK S-H und Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e. V.,



Prof. Dr. Hartmut Göbel

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzklinik Kiel, www.schmerzklinik.de



Oliver Grieve

Referatsleiter für Grundsatz, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, VdAK/AEV-Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel, www.vdak.de



Dieter Harrsen

Landrat, Kreis Nordfriesland, www.nordfriesland.de



Dr. Josef Hilbert

Direktor des Schwerpunkts Gesundheitswirtschaft am Institut Arbeit und Technik (IAT), www.iat.eu

Annette Höcker

Leiterin des IBAF Qualifizierungszentrums für Führung und Management, Rendsburg, www.ibaf.de



Julia Jennrich BSc

Leitung Physiotherapie, Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, www.diako.de



Dr. Karsten Johnsen
Chefarzt, Ostseeklinik
Schönberg-Holm, www.ostseeklinik-schoenberg-holm.de



Jörg Kowsky
Geschäftsführer der Sani-
tätshaus Kowsky GmbH,
www.kowsky.com



Dr. Stefan Krüger
Vorstandssprecher des
MQW, Medizinisches
Qualitätsnetz Westküste,
www.mqw.de



Dr. Thorsten Lange
Chefarzt für Unfallchirurgie
und Orthopädie, Ev. Luth.
Diakonissenanstalt zu
Flensburg, www.diako.de



Ralf Kampf
Stabstelle Arbeits- und
Gesundheitsschutz, Strah-
lenschutzbevollmächtigter,
UK S-H, Campus Kiel,
www.uk-sh.de



Bernd Krämer,
Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft
Schleswig-Holstein e.V.,
www.kgsh.de



Peter Küpper
Fachbereichsleiter Soziale
Dienste, Jugend, Ehren-
amt und Kommunikation,
Johanniter-Unfall-Hilfe
e.V., Lübeck,
www.gesundheitsmobil.org



Dr. Andreas Leichert
Chefarzt der Abteilung für
Radiologie, Asklepios Kli-
nik Bad Oldesloe,
www.asklepios.com/BadOldesloe



Dr. Jörn Klimant
Landrat Kreis
Dithmarschen,
www.dithmarschen.de



Dr. Ingeborg Kreuz
Kommisarische Vorstands-
vorsitzende, KVSH,
www.kvsh.de

Thomas van Landeghem
Dezernat Strategisches
Controlling, Universitätskli-
nikum Schleswig-Holstein,
www.uk-sh.de



Jens Meier
Projekt Behandlungs-
pfade, Pflegedirektion,
Ev. Luth. Diakonissen-
anstalt zu Flensburg,
www.diako.de

Christoph Meyer
Vorstandmitglied der
Ärztegenossenschaft
Schleswig-Holstein,
www.aegsh.de



Dr. Ingo Meßer
Chefarzt an der Asklepios
Klinik Am Kurpark Bad
Schwartau,
[www.asklepios.com/
badschwartau](http://www.asklepios.com/badschwartau)



Dr. Dieter Paffrath
Vorstandsvorsitzender der
AOK Schleswig-Holstein,
Kiel, [www.aok.de/
schleswig-holstein](http://www.aok.de/schleswig-holstein)



Ulrike Petersen
KIWA – Koordinationsstel-
le für innovative Wohn-
und Pflegeformen im Alter
in Schleswig-Holstein,
Hamburger Koordinations-
stelle für Wohn-Pflege-
Gemeinschaften,
www.kiwa-sh.de



Frank Pietrowski
Geschäftsführer der
Klinikum Nordfriesland
gGmbH, Husum,
www.klinikum-nf.de



**Prof. Dr. Dr.
Heiner Raspe**
Institut für Sozialmedi-
zin, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Cam-
pus Lübeck,
[www.sozmed.uni-
luebeck.de](http://www.sozmed.uni-luebeck.de)



Dr. Christian Rotering
Park-Klinik Manhagen
GmbH & Co. KG, Groß-
hansdorf bei Hamburg,
www.manhagen.de



Dr. Andrea Roth (MPH)
Gesellschaft für System-
beratung im Gesundheits-
wesen GSbG mbH, Kam-
pen auf Sylt,
www.gsbg.de



**Prof. Dr. Hans-Heinrich
Rüschmann**
Gesellschaft für System-
beratung im Gesund-
heitswesen GSbG mbH,
Kampen auf Sylt, [www.
gsbg.de](http://www.gsbg.de)



Christoph Schmidt
Facharzt Allgemeinmedi-
zin, Palliativmedizin, Stud.
MAS Palliative Care



Timo Schulz
Projekt Behandlungs-
pfade, Ev. Luth. Diakonis-
senanstalt zu Flensburg,
www.diako.de



Gabriele Schulz-Salveter
Grundsatzangelegen-
heiten in der Pflege, UK S-
H, Campus Lübeck, [www.
uk-sh.de](http://www.uk-sh.de)



Ingwer Seelhoff
MarktTreff Projektmanage-
ment und Kommunikation,
Geschäftsführer der ewa
group gmbh,
www.markttreff-sh.de



PD Dr. R.-Christiane Seitz
 Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Westküstenklinikum Heide und Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, www.wkk-hei.de



Swen Staack
 Geschäftsführer der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e.V., www.alzheimer-sh.de



Prof. Dr. Roland Trill
 Fachgebiet Krankenhausmanagement & eHealth, Fachhochschule Flensburg, www.fh-flensburg.de

Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein

www.gesundheit.schleswig-holstein.de



Randy Lehmann



Dr. Simone von Sengbusch (MPH)
 UK S-H, Campus Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, www.uk-sh.de

Gesine Stück
 dsn – Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft, Kiel, www.dsn-projekte.de



Dr. Gitta Trauernicht
 Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein, www.landesregierung.schleswig-holstein.de



Dr. Martin Willkomm
 Chefarzt, Geriatriezentrum, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, www.geriatrie-luebeck.de



Martin Tretbar-Endres



Dr. Martin Spey
 Steigerung der Adhärenz, Individualität und Effizienz in der Arzneimittelversorgung, Pharmalogis GmbH & Co. KG, Flensburg, www.pharmalogis.de



Jan Zabel
 Park-Klinik Manhagen GmbH & Co. KG, www.manhagen.de

► INSERENTENVERZEICHNIS

Wir danken den Inserenten für ihre Unterstützung.

5K-Verbund (Friedrich-Ebert-Krankenhaus GmbH Neumünster, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Klinikum Itzehoe, Rheumaklinik Bad Bramstedt, Kreiskrankenhäuser Rendsburg-Eckernförde GmbH)

AOK Schleswig-Holstein, Kiel

Asklepios Kliniken Gauting GmbH, Lübeck und Bad Oldesloe

Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Kiel

dsm – Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft, Kiel

Ersatzkassenverband VDAK/AEV, Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.

HSH Nordbank AG, Kiel, Hamburg

HOME & GARDEN event GmbH, Lübeck

Investitionsbank Schleswig-Holstein, Kiel

Kreuz-Apotheke, Flensburg

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg

marktrausch Gesellschaft für Unternehmens- und Marketingentwicklung mbH, Kiel und Hamburg

Park-Klinik Manhagen, Großhansdorf

Röpersbergklinik, Ratzeburg

Schön Kliniken, Neustadt in Holstein

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel und Lübeck

► GESUNDHEIT IM NETZ – ADRESSEN AUS SCHLESWIG-HOLSTEIN

Allgemeines

www.gesundheit.schleswig-holstein.de

Gesundheitsportal für Schleswig-Holstein

www.gesundheitsinitiative.schleswig-holstein.de

Gesundheitsinitiative der Landesregierung

Schleswig-Holstein

www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Landesregierung Schleswig-Holstein

www.datenschutzzentrum.de

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz (ULD)

Finanzielle Förderung

www.buergschaftsbank-sh.de

Bürgerschaftsbank Schleswig-Holstein GmbH

www.ib-sh.de

Investitionsbank Schleswig-Holstein (IB)

www.mbg-sh.de

Mittelständische Beteiligungsgesellschaft

Schleswig-Holstein GmbH (MBG)

Wissenschaft und Forschung

www.uni-kiel.de

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU).

www.mu-luebeck.de

Medizinischen Fakultät der Universität Lübeck

www.uk-sh.de

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H)

www.fh-flensburg.de

Fachhochschule Flensburg

www.fh-kiel.de

Fachhochschule Kiel

www.fh-luebeck.de

Fachhochschule Lübeck

www.fh-westkueste.de

Fachhochschule Westküste

www.fz-borstel.de

Forschungszentrum Borstel

www.mll.mu-luebeck.de

Medizinisches Laserzentrum Lübeck GmbH (MLL)

www.aha-luebeck.de

Akademie für Hörgeräte-Akustik, Lübeck

www.pva-sh.de

Patent- und Verwertungsagentur Schleswig-Holstein

(PVA SH GmbH)

Gesundheitswesen

www.aeksh.de

Ärztammer Schleswig-Holstein (AEKSH)

www.arztfindex.de

Online-Arztsuche der Ärztekammer Schleswig-Holstein

www.apotheke-sh.de

Apothekerverband und Apothekerkammer

Schleswig-Holstein

www.gesundheitskarte-sh.de

Gesundheitskarte Schleswig-Holstein

www.gesundheitsregionsegeberg.de

Gesundheitsregion Segeberg

www.kgsh.de

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

(KGSH)

www.krebsregister-sh.de

Krebsregister Schleswig-Holstein

www.LSSH.de

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

(LSSH)

www.lv-gesundheit-sh.lernnetz.de

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung

www.reha-im-norden.de

Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein

www.zaek-sh.de

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Tourismus und Wellness

www.sh-wellness.de

Wellness-Portal der Tourismus-Agentur

Schleswig-Holstein

www.heilbaederverband-sh.de

Heilbäderverband Schleswig-Holstein

www.balance-best-of-spa.de

Wellnessangebote der Seebäder Büsum, Damp,

St. Peter-Ording und Westerland auf Sylt

Wirtschaft

www.agmt.de

Arbeitsgemeinschaft Medizintechnik

in Schleswig-Holstein e. V. (AGMT)

www.baytobio.de

BAY TO BIO Förderkreis Life Science e. V.

www.norgenta.de

Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH

www.medregio.de

Kompetenzzentrum „E-Health“

www.innovationsstiftung-sh.de

Innovationsstiftung des Landes Schleswig-Holstein

www.wtsh.de

Wirtschaftsförderung und Technologietransfer

Schleswig-Holstein GmbH (WTSH)