



Gesundheitsland Schleswig-Holstein Jahrbuch 2009/2010

Vernetzte Gesundheit

Mehr Gesundheit
Mehr Gesundheit

Herausgeber:
Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

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

Konzeption und Redaktion:
dsn Analysen & Strategien | Kooperations-
management, Kiel
www.dsn-online.de
Randy Lehmann,
Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein

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

Druck:
Druckzentrum A.C.Ehlers, Kiel

Auflage: 5.000 Exemplare

ISSN 0935-4379
November 2009

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 2009/2010

Vernetzte Gesundheit

Inhalt

Interview mit Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein Fragen an den Minister	7
Albert Riffert Entspannter Datenaustausch zwischen Praxis und Klinik in der Geriatrie ePortal macht's möglich	10
Humayaun Kabir Dokumentation und Verwaltung von elektronischen Patientendaten Wie vernetze ich 5 Kliniken?	11
Dr. Herbert Nägele Fernüberwachung von Patienten mit implantierten Herzschrittmachern Schlägst du noch?	14
Dipl.-Ing. Heino Prüß Neue Therapiemethode für die Volkskrankheit Nr. 1: Diabetes Blutzucker unter permanenter Kontrolle	15
Jürgen Heiko Borwieck Medizintechnische Lösungen optimieren die Zusammenarbeit Mehr als nur Geräte	16
Jörn Korsch E-Health hilft jungen Epileptikern Kurze Wege mit E-Kalender	18
Markus Habetha-Eisenbarth Effiziente OP-Auslastung durch interdisziplinäre Terminkoordination Im Netz geplant	19
Dr. Ingeborg Kreuz Moderne Kommunikationswege zwischen Arzt und KVSH KV-SafeNet	20
Interview mit Dr. Thilo Weichert, Landesdatenschutzbeauftragter Fragen an den Datenschützer	22
Dr. Josef Hilbert Baustellen und Chancen in Schleswig-Holstein Gesundheit als Zukunftstreiber	24
Interview mit Torben Freund, Vorstandsvorsitzender der Damp Holding AG Fragen an den Unternehmer	28
Prof. Tillmann Loch Früherkennung von Prostatakrebs im Netzwerk effizienter ANNA geht ans Netz	29
Prof. Bernd Kremer Krebszentrum Nord – CCC (Comprehensive Cancer Center) Kompetent kooperieren gegen Krebs	32
Dr. Wolfgang Keil Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken Betten anders belegt	34
Dr. Carl-Christian Büll Orthopädisches Netzwerk an fünf Standorten Überörtlich Vorort	36
Dr. Achim Niesel Umfassende Behandlung der Beckenbodenschwäche Das Trampolin neu spannen	37

Prof. Dr. Detlef Uthoff und Karla Frieben-Wischer Vernetzung in der Augenmedizin sichert Qualität Den Blick schärfen	38
Ludger Buitmann Integrierte Versorgung Gelebte Vernetzung in der Praxis	40
Christoph Meyer Q-Pharm AG Wenn Ärzte auf den Markt gehen	41
Katharina Silies und Dr.-Ing. Klaus Westphal Regionalmanagement MedComm stärkt Gesundheitsstandort Südholstein Durch geöffnete Türen gehen	42
Prof. Dr. Jens Scholz Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Ein Netzwerk für das Land	44
Annette Rexrodt von Fircks Neues Rehakonzept für Brustkrebspatientinnen und ihre Kinder Gemeinsam gesund	46
Netze LymphNetz Kiel, Wundnetz Kiel e. V.	47
Redaktion Gesundheitsportal Information und Vernetzung im Gesundheitsportal Schleswig-Holstein Auf einen Klick	48
Elektronische Bibliothek zu medizinischen Forschungsergebnissen Cochrane Library	49
Daten zum Gesundheitsland Schleswig-Holstein	50
Prof. Ulrich Hirsch Masterstudiengang „Medical Design“ Design trifft Demographie	56
Dr. Florian Krug Masterstudiengang „Medical Design“ Lässt Medizinerherzen höher schlagen	57
Projektarbeiten von Studierenden der Muthesius Kunsthochschule In der Praxis	58
Prof. Dr. Thorsten M. Buzug Medizinische Ingenieurwissenschaft an der Universität zu Lübeck Beruf der Zukunft	60
Interview mit Prof. Dr. André Schulz, Professur für Gesundheitstourismus, Fachhochschule Westküste Fragen an den Professor	62
Dr. Angela Schürmann Gemeindenaher Psychiatrie in Lübeck Nähe tut gut	64
Christian Wehr Ein Baustein zur besseren Notfallversorgung auf den Inseln Die Hallig-Retter	66

Elke Sommer	
Sicherheit und Unabhängigkeit durch Hausnotrufsysteme	
Allein zu Hause? Aber sicher!	67
Prof. Günther Jansen	
Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.	
Helfen und schlichten	68
Andre Vogel, Nicole Adamczewski, Stephanie Hennes	
Unabhängige Patientenberatung Deutschland	
Lotse durch das Gesundheitswesen	69
Hitzewarnsystem per Mail	
Einen kühlen Kopf bewahren	70
Dr. Dieter Paffrath	
DELIGHT „Gesund leben – Diabetes vermeiden“	
Eine Frage der Taille	71
Jutta Korte	
Präventionsstrategien bei MRSA	
Vernetzt den Keimen zu Leibe	72
Dr. Franz-Joseph Bartmann	
Elektronische Medien in der ärztlichen Fortbildung	
Am Bildschirm lernen	74
Was macht eigentlich	75
Glossar	80
Gesundheit im Netz – Adressen aus Schleswig-Holstein	81
Autorinnen und Autoren	83
Inserentenverzeichnis	87

Fragen an den Minister

Das Gesundheitsland Schleswig-Holstein soll ein unverwechselbares Profil bekommen, mit dem es sich gegen die zahlreichen Gesundheitsinitiativen anderer Bundesländer abgrenzt. Dabei sollen die Stärken des Gesundheitsstandortes Schleswig-Holstein weiter gestärkt werden. Notwendig dafür ist deshalb, dass alle Akteure im Gesundheitswesen miteinander zusammenarbeiten. Mehr dazu im Interview mit dem Gesundheitsminister Schleswig-Holsteins, Dr. Heiner Garg.



Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein

Herr Minister, die FDP kann mehr als Wirtschaft – haben Sie nach Ihrer Ernennung zum Minister angekündigt. Was heißt für Sie „Gesundheit können“?

Das heißt für mich, auf eine Gesundheitspolitik des Dialogs, der Chancen und des Aufbruchs zu setzen. Natürlich gemeinsam mit den Akteuren, im Land und – wo angebracht – über die Landesgrenzen hinaus. „Gesundheit können“ heißt für mich auch, ein offenes Ohr zu haben für die Belange aller Akteure – dazu gehören ausdrücklich auch die Bürgerinnen und Bürger dieses Landes.

Schleswig-Holstein ist mit dem bundesweit höchsten Anteil der in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten DAS Gesundheits-

land in Deutschland. Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wachstumsmotor – genau das ist die Chance für neue Ausbildungs- und Arbeitsplätze, für mehr Wachstum und für die Sicherung unseres Wohlstandes.

Und die Gesundheitsversorgung der Menschen, Herr Minister?

Die größte Herausforderung im Gesundheitsland ist und bleibt es für die Zukunft, eine wohnortnahe und dezentrale Versorgung der Menschen mit ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu ermöglichen, brauchen wir aus meiner Sicht weniger Regulierung: Wir brauchen mehr Freiheiten, um auch kreative und für einzelne Regionen passgenaue Lösungen zu ermöglichen. Weg mit den Scheren im Kopf! Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinem Versorgungsbedarf. Um den geht es und nicht ums bloße Verwalten.

Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein sichern und weiterentwickeln bedeutet für uns alle vor allem eine Menge Arbeit. Wir müssen den Versorgungsbedarf der Menschen analysieren. Wir brauchen neue und andere Strukturen – schließlich werden wir alle immer älter und häufiger einen Arzt und/oder

einen Pflegedienst in Anspruch nehmen müssen. Die Krankheitsbilder werden sich verändern. Dafür müssen wir mit Ärzten und Krankenhäusern, aber auch mit der Wirtschaft gemeinsam Lösungen entwickeln. Zum Beispiel mit der Wohnungswirtschaft, denn wir wollen alle so lange wie möglich in unseren eigenen vier Wänden bleiben. Dabei müssen wir die begrenzten Mittel gezielt investieren – in den bevorstehenden Strukturwandel der Versorgung. Vor allem aber wollen wir ihn gestalten – und das macht man nicht am grünen Tisch.

Welche Rolle spielen E-Health sowie neue Versorgungs- und Delegationsmodelle bei der Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein?

Telemedizin und E-Health bieten ein großes Weiterentwicklungspotenzial. Sie sind für die künftige Versorgung eine sinnvolle Ergänzung, von der die Patienten und die Leistungserbringer profitieren können. Hierzu haben wir in Schleswig-Holstein beispielsweise mit dem „ePortal“ oder der „Fernüberwachung von Patienten mit implantierten Herzschrittmachern“ einige herausragende Anwendungen.

Allein die demographische Entwicklung wird dazu führen, dass künftig die Berufsgruppen im Gesundheitswesen in unterschied-

licher Weise außergewöhnlich gefordert werden. Notwendig ist deshalb, dass gemeinsam mit allen Beteiligten über neue Versorgungsmodelle, den Einsatz technischer Hilfsmittel sowie über sinnvolle Möglichkeiten zur Ergänzung der Arbeit von Ärztinnen und Ärzten nachgedacht wird.

Dabei muss sichergestellt sein, dass es sich um keine neue Konkurrenz der Ärzte auf dem medizinischen Gebiet handelt, sondern um eine sinnvolle Ergänzung ihrer Arbeit. Wenn es Möglichkeiten gibt, Ärzte so zu entlasten, dass sie für ihre Tätigkeit die Freiräume erhalten, die sie benötigen, dann profitieren beide – Ärzte, aber vor allem auch Patientinnen und Patienten. Das kann nur dann funktionieren, wenn beide Seiten darin Vorteile sehen. Davon profitiert dann letztlich auch der Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein.

Sie wollen die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte stärken. Haben Sie die stationäre Versorgung auch im Blick?

Natürlich. Der ambulante und der stationäre Bereich sind für mich Partner in einer optimalen Versorgungslandschaft. Eine Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors ist für die Zukunft absolut notwendig und soll beiden Partnern auch gleichermaßen zugute kommen. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in Schleswig-Holstein ist nicht immer ganz reibungslos, steht aber auf einem guten Fundament. Sie hat sich bewährt und soll weiter ausgebaut werden. Deshalb darf im Mittelpunkt dieser Zusammenarbeit nicht die Konkurrenz oder die einseitige Benachteiligung

eines Sektors stehen. Das gemeinsame Ziel dieser Partner ist die Versorgung der Menschen mit medizinischen Leistungen in Schleswig-Holstein. Dieses Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn die Partner im ambulanten und stationären Sektor miteinander arbeiten – und nicht gegeneinander. Dafür gibt es bereits viele gute Beispiele im Land.

Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein haben sich frühzeitig auf veränderte Rahmenbedingungen eingestellt. Sie waren Vorreiter bei der Umstellung auf Fallpauschalen. Sie sind bundesweit als Innovator und als Impulsgeber für bessere Krankenhausablaufprozesse, in der medizinischen Versorgung und bei der Erbringung hoch spezialisierter medizinischer Leistungen anerkannt. Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein haben Standards in der Qualität der medizinischen Versorgung gesetzt, die wesentlich zu dem guten Ruf beigetragen haben, den Schleswig-Holstein als Gesundheitsland auch im Ausland genießt. Der neue Krankenhausplan plant nicht nur einfach „Betten“ oder Fallzahlen, sondern er gestaltet aktiv die Gesundheitslandschaft in Schleswig-Holstein. Im Mittelpunkt stehen dabei Vernetzung, Neustrukturierung der regionalen Versorgung, Verbesserung der medizinischen Qualität und die Unterstützung von telemedizinischen Verbundstrukturen.

Ich setze mich dafür ein, dass gute medizinische Leistung auch entsprechend bezahlt wird. Das gilt für den ambulanten genauso wie für den stationären Bereich. Dabei muss die Bezahlung nachvollziehbar sein und auf die regionalen Besonderheiten eingehen. Wir sind nun einmal ein Flächenland – und da ist manches anders als in einer Großstadt.



Foto: Michael August

Zur Person Dr. Heiner Garg

- Geboren am 9. Februar 1966 in Freiburg im Breisgau
- 1985 – 1991 Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- 1991 – 1994 Doktorand am Institut für monetäre Ökonomie und Finanzwissenschaft II der Universität Freiburg
- 1994 Promotion zum Thema „Pflegerbedürftigkeit als Gegenstand ökonomischer Sicherungspolitik – finanz- und ordnungspolitische Aspekte einer gesetzlichen Absicherung des Pflegerisikos“
- 1995 – 2000 Wissenschaftlicher Assistent in der FDP-Landtagsfraktion
- Seit 2000 Mitglied des Schleswig-Holsteinischen Landtages
- Gesundheitspolitischer Sprecher und stellvertretender Vorsitzender der FDP-Landtagsfraktion
- Seit dem 27. Oktober 2009 Stellvertretender Ministerpräsident und Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Der Gesundheitsminister ist Vorbild und lässt sich gegen die Neue Grippe impfen.



Was können die Vertragsärzte von Ihnen erwarten?

Zunächst können sie von mir einen konstruktiven und respektvollen Umgang erwarten. Und immer ein offenes Ohr – ebenso wie auch alle anderen Akteure im Gesundheitsbereich. Notwendig für die flächendeckende Versorgung ist eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Zurzeit zeigt sie ein Zerrbild des tatsächlichen Versorgungsbedarfs. Anstatt der sich abzeichnenden Unterversorgung in einigen ländlichen Regionen entgegenzuwirken, schreibt sie tendenziell bestehende gute ärztliche Versorgung in den Städten fort. Sie können außerdem von mir erwarten, dass ich mich für den Erhalt und die Stärkung der Freiberuflichkeit einsetzen werde. Freiberuflichkeit ist der Garant für eine engagierte, ambulante Versorgung mit hochqualitativen medizinischen Leistungen. Das ist für eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung unerlässlich. Grundvoraussetzung dafür ist außerdem, dass Ärztinnen und Ärzte mit Freude und Engagement ihren alles andere als leichten Beruf ausüben.

Das schließt eine angemessene Vergütung der erbrachten Leistungen ein.

Kann Berlin Gesundheit für Schleswig-Holstein?

Die Kompetenzen in der Gesundheitspolitik sind klar verteilt: Die Rahmenbedingungen werden maßgeblich in Berlin gestaltet. Aber auch da kann man sich einmischen – und genau das werde ich tun! Politik schafft zum Beispiel die Rahmenbedingungen dafür, dass die Menschen sich unabhängig von ihrem Einkommen gegen Krankheitsrisiken und deren Folgen absichern können. Das ist ganz klar unsere Verantwortung, aber auch nicht mehr. Wir dürfen dieses Sicherungssystem nicht überstrapazieren. Längst herrscht die oft und gerne beschworene „Solidarität“ nur noch als politisches Lippenbekenntnis. Echte Solidarität setzt voraus, dass auch Aspekte intergenerativer Gerechtigkeit bei der Neuordnung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus will ich mich für möglichst große regionale Hand-

lungsspielräume einsetzen. Die künftigen Herausforderungen für die regionale Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein können nur sehr begrenzt von Berlin aus gelöst werden. Da ist es nur folgerichtig, wenn die Entscheidungskompetenzen dort gestärkt werden, wo sie unmittelbar und notwendig sind. Das heißt also vor Ort, in der Arztpraxis, im Krankenhaus, bei den regionalen Verbänden und Organisationen – und last but not least in einem Landesgesundheitsministerium. Oder in einer landesunmittelbaren Krankenkasse. Die Entwicklung bei den Kassen läuft darauf hinaus, dass die meisten bald nur noch bundesunmittelbar arbeiten. Welche von ihnen hat dann wohl noch ein Ohr – von Geld ganz zu schweigen – für Innovationen und Ideen in den einzelnen Bundesländern? Gesundheitsversorgung muss konsequent dezentral, regional und wohnortnah ausgerichtet sein. Ich lade alle Akteure in Schleswig-Holstein ein, daran mitzuarbeiten.

*Die Fragen stellte
Randy Lehmann.*

ePortal macht's möglich

Das Projekt „ePortal“ vernetzt Hausärzte, Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen mit geriatrischem Schwerpunkt in der Region Lübeck. Dadurch sind die Daten eines Patienten während der gesamten Behandlungsdauer für alle Beteiligten verfügbar (siehe auch Jahrbuch 2008/2009). Albert Riffert, Allgemeinarzt in Lübeck, hat seine Praxis an das ePortal angeschlossen und berichtet über seine persönlichen Erfahrungen.

Das ePortal besteht aus einer Datenbank für die Verwaltung von Patientendaten. Diese wird über eine gesicherte Internetverbindung sowohl von den niedergelassenen Hausärzten als auch von den Fachärzten in den Kliniken gemeinsam gepflegt.

Unkomplizierter Anschluss

Im März 2009 hat die Klinik einen Techniker in die Praxis geschickt, der als kostenlose Serviceleistung die technische Anbindung an das ePortal eingerichtet hat. Dazu wurden ein Programm zur Pflege der Datenbank installiert und alle relevanten Sicherheitseinstellungen vorgenommen. Nach etwa einer Stunde konnte der Techniker bereits alle Mitarbeiter in das Programm einweisen. Anschaffungs- oder Investitionskosten entstanden mit dem Anschluss nicht. Die bereits vorhandene Internetverbindung und Computerausstattung reichte aus.

Seitdem hat sich die Zusammenarbeit mit der geriatrischen Klinik vereinfacht. Zu Anfang fiel es insbesondere den Praxismitarbeiterinnen, die im Umgang mit dem Computer nicht so versiert sind, schwer, das Programm zu bedienen. Nach einer Eingewöhnungsphase funktioniert die Arbeit mit dem Programm nun reibungslos. Damit gelingt auch die Zusammenarbeit mit der Klinik besser, die Kommunikation ist direkter und einfacher.

Entspannter kommunizieren

Die Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen in der Klinik ist im Ton angenehmer geworden. Alle eingebundenen Ärzte haben den gleichen Wissensstand und können so auf Augenhöhe miteinander sprechen. Ein weiterer Faktor ist sicherlich auch, dass Absprachen



ePortal erleichtert die Kommunikation

(Quelle: Panthermedia)

zu Untersuchungen und Therapien nicht mehr „zwischendurch“ getroffen werden und dadurch andere Arbeitsabläufe in der Praxis nicht mehr gestört werden. Wenn Gesprächsbedarf besteht, kann im ePortal eine Nachricht hinterlassen werden. Kommuniziert wird, wenn beide die Zeit haben, sich mit dem Fall zu beschäftigen.

Vorteile für die Patienten

Alle Daten eines Patienten zur Anamnese, Diagnostik und Therapie können jederzeit eingesehen und aktualisiert werden. Auf dieser Basis können qualifizierte Absprachen zwischen Haus- und Klinikärzten sowie Reha-therapeuten getroffen werden. Das hat viele Vorteile für den Patienten. Ein Hausarzt betreut die meisten seiner Patienten sehr lange und kennt deren Krankengeschichte gut. Die Patientenakte in der Praxis ist um ein Vielfaches detaillierter als die Datenlage im Krankenhaus. Diese Informationen und persönlichen Kenntnisse kann der Hausarzt dem Klinikpersonal via ePortal zur Verfügung stellen. So können Fehlinformationen und unnötige Untersuchungen verhindert werden. Das ePortal steigert die Qualität der Behandlung und kann gleichzeitig Kosten sparen.

Verbesserungen möglich

Trotzdem gibt es noch Verbesserungspotenzial. Längst nicht alle Daten aus dem Praxissystem sind auch im ePortal verfügbar. Der typische geriatrische Patient ist ein multimorbider Patient, über den viele fachärztliche Befunde in der Hausarztpraxis vorliegen. Ziel sollte sein, diese Informationen der geriatrischen Klinik in vollem Umfang zugänglich zu machen, damit sie in der Therapieplanung berücksichtigt werden können.

Außerdem lässt sich derzeit eine Krankenakte von der Praxis aus nicht bearbeiten, solange sie in der Klinik geöffnet ist. So kann es schon mal zu Verzögerungen kommen.

Positives Fazit

Das ePortal insgesamt gesehen ist ein gutes und sinnvolles Projekt. Eine Hausarztpraxis profitiert vor allem von den verbesserten Kommunikationsabläufen und der schnelleren Einsicht in Untersuchungs- und Therapieergebnisse. Die Patienten profitieren von einer besser auf sie abgestimmten Behandlung sowohl beim Hausarzt als auch in der Klinik und in der anschließenden Reha.

Albert Riffert, Facharzt für
Allgemeinmedizin, Geriatrie,
Lübeck

Wie vernetze ich 5 Kliniken?

Die 5-K-Kliniken haben mit ihren sieben Standorten (Heide, Brunsbüttel, Rendsburg, Eckernförde, Bad Bramstedt, Itzehoe und Neumünster) insgesamt über 3.500 Betten und behandeln im Jahr mehr als 200.000 Patienten stationär und ambulant. Im Jahr 2003 hatte sich der kommunale Klinikverbund entschlossen, alle Standorte mit einem Hochgeschwindigkeits-IT-Netz zu verbinden, um die Patientenversorgung und die internen Prozesse optimieren zu können.

Die Anforderungen sind hoch: Die Vernetzung soll als Kommunikationsplattform dienen und unter Berücksichtigung der Datenschutzrichtlinien alle behandlungsrelevanten Patientendaten standortübergreifend zur Verfügung stellen. Die Ärzte müssen bei Bedarf komplexe Krankheitsbilder gemeinsam mit anderen Experten behandeln können. Die Chefärzte, die in mehreren Häusern arbeiten, brauchen die technische Unterstützung, um ihre Arbeit besser koordinieren zu können. Neben telemedizinischer Funktionalität soll das Netzwerk die IT-Infrastruktur der einzelnen Kliniken zusammenfassen.

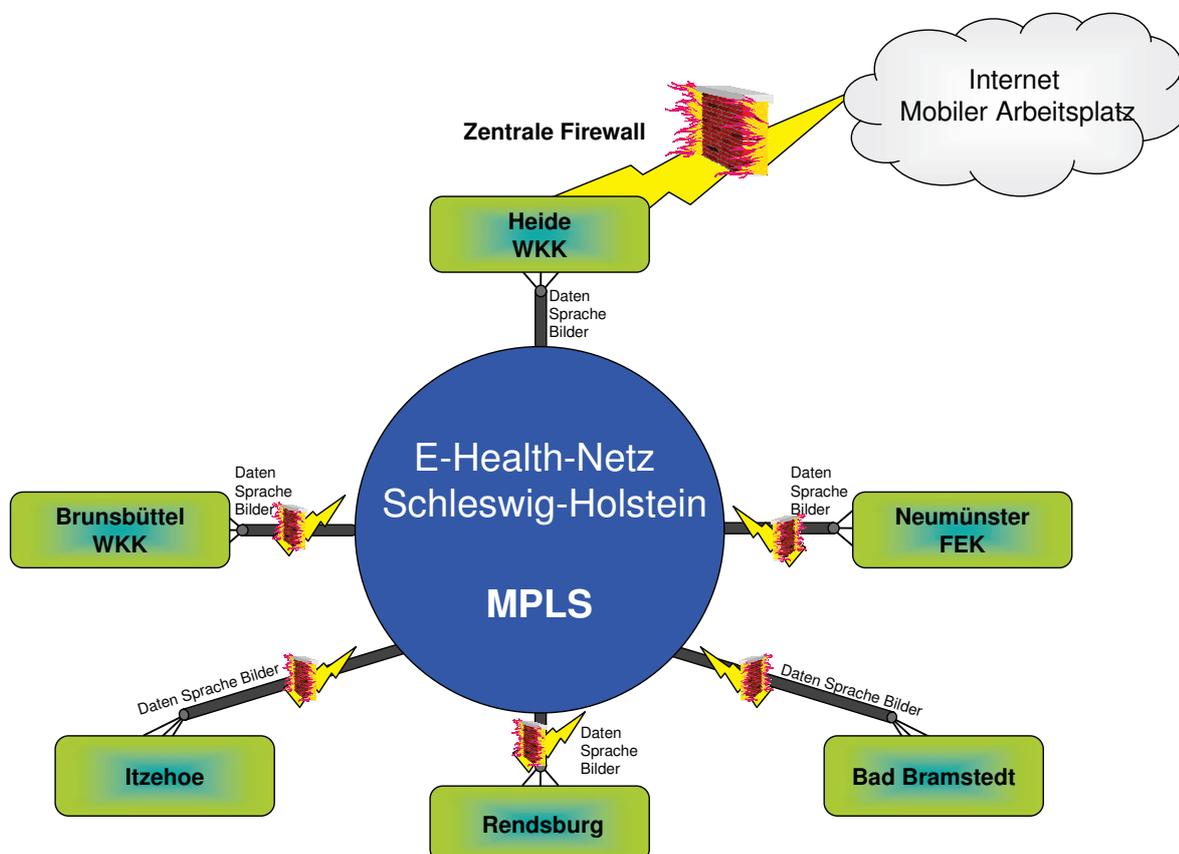
Ziel des Projekts ist es demzufolge, neben einer höheren Effizienz durch bessere Auslastung auch die Kosten langfristig zu senken und die Datenverfügbarkeit zu verbessern. Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein gefördert, weil es ein Baustein dafür ist, die Versorgung der Patienten im ländlichen Raum weiter zu verbessern.

Die Anforderungen

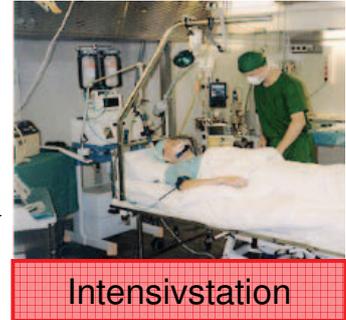
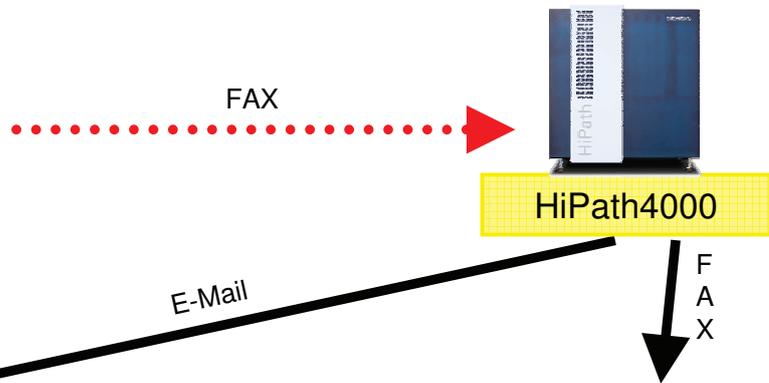
Die Erwartungen, die an ein solches Netz gestellt werden, sind hoch, die Vorgaben vielfältig. Was muss eine solche technische Vernetzung alles leisten?

Datensicherheit: Neben aller Praktikabilität steht natürlich die Sicherheit der personengebundenen und medizinischen Daten an erster Stelle. Die einzelnen Standorte (Netzknoten) sollen in einem logisch komplett getrennten und in sich geschlossenen Netzwerk verbunden werden. Dazu war es notwendig, das Netz in unterschiedliche lokale Segmente (VLAN) aufzuteilen. Die Patientendaten müssen verschlüsselt werden können, um den Anforderungen des Datenschutzes zu genügen.

Multiprotokollfähigkeit: Manchmal reichen nackte Zahlen und Tabellen nicht aus, Meinungen und Beurteilungen müssen die Informationen



Vernetzungsstruktur im 5-K-Verbund



Elektronische Datenübermittlung im kardiologischen Notfall

ergänzen. Daher soll das Netz neben den Daten auch Sprache und Videosignale übertragen können. So können die Beteiligten direkt miteinander kommunizieren, Nachfragen stellen, Gedanken austauschen. Eine entsprechend konstante Netzübertragungsgeschwindigkeit ist für Videokommunikation Voraussetzung – sonst gibt es Pausen und Brüche. Dafür müssen die Datenpakete unterschieden und priorisiert werden. Je nachdem, ob sie Daten, Sprache oder Video enthalten.

Verfügbarkeit: Das Netz sollte die höchstmögliche Verfügbarkeit mithilfe von heterogenem Backup (Datensicherungen) und Ausfalleitungen gewährleisten. Nur dann ist ein ständig verfügbarer telemedizinischer Dienst für die Patientenversorgung einsetzbar.

Künftige Erweiterbarkeit: Schließlich sollte die ausgewählte Netztechnologie auch auf zukünftige Anforderungen und bei wachsender Datenmenge reagieren können. Natürlich kann angesichts der rasanten technologischen Entwicklung kein System für die Ewigkeit gebaut werden. Aber innerhalb der nächsten

Jahre sollte es schon erweiterbar und ausbaufähig sein.

Die Lösung

Im Zeitalter des Internets, in dem die große Welt zu einem kleinen Dorf schrumpft, sollte die Vernetzung von sieben Standorten mit den oben genannten Anforderungen eine leichte Aufgabe sein. Dies ist leider nicht so. Es gibt wenige Netztechnologien, die all diese Anforderungen kostengünstig abbilden können. Außerdem stellt kaum ein Netzanbieter solche kostenintensiven Netztechnologien an der industriearmen Westküste bereit.

Das Projektteam entschied sich für ein MPLS-Netzwerk (Multiprotokoll-Label-Switching). Diese Netzwerktechnologie ist in der Lage, alle genannten Netzanforderungen in einem wirtschaftlichen Rahmen abzubilden. Die Deutsche Telekom, der einzige Anbieter, der alle 5-K-Standorte mit dieser Technologie vernetzen kann, bekam den Auftrag.

Zunächst wurden alle Standorte mit einer 2-Megabyte-Leitung verknüpft, einen Monat später stand die erste Videokonferenzplattform.

Diese Plattform dient telemedizinischen Sitzungen und ist darüber hinaus eines der wichtigsten Kommunikationswerkzeuge zwischen Geschäftsführung und Abteilungsleitung an allen Standorten.

Die Details

Das MPLS-Netzwerk stellt nur die physikalische Verbindung mit den einzelnen Standorten dar. Um die produktiven Patientendaten pro Standort miteinander zu vernetzen, muss die IT-Infrastruktur der einzelnen Standorte im Netzwerk angebunden werden.

Zu berücksichtigen war, dass die IT-Landschaften der Kliniken des 5-K-Verbundes sehr heterogen sind. Alle Kernkomponenten, KIS (Krankenhausinformationssystem), LIS (Laborinformationssystem), RIS (Radiologieinformationssystem) und PACS (Bildgebendes System) sind unterschiedlich und haben keine genormten Schnittstellen, das heißt standardisierte Verbindungen.

Der einzige gemeinsame Nenner ist ein Kommunikationsserver, ein Vermittler, der die Datenübertragungen der einzelnen Komponenten

mit Health Level 7-Protokoll gewährleistet. HL7 ist ein internationaler Standard für den Austausch von Daten. Für die Übertragung von Bilddaten wurde als Standard DICOM 3 festgelegt.

Es ist üblich, jedem Patienten für seine Behandlung in der Klinik eine Fallnummer pro Aufenthalt zu geben. Diese Fallnummer ist in jedem Standort individuell. Bei standortübergreifenden Fällen ist natürlich eine zentrale Fallsteuerung nötig. Daher wird auch eine zentrale Fallnummer MPI (Master-Passions-Index) vergeben. Mithilfe der MPI werden dann alle Patientendaten standortübergreifend zusammengefügt. Zu diesem Zweck wurde eine neue Software angeschafft, die diese MPI-Daten verwaltet und unter Berücksichtigung der Datenschutzrichtlinien für die Betrachtung und Befundung zur Verfügung stellt.

Ein Patient wird im Standort Heide stationär behandelt und für eine Spezialbehandlung, zum Beispiel für eine Thoraxuntersuchung, ins Krankenhaus Neumünster verlegt. Nach dem stationären Aufenthalt in Neumünster wird er im Krankenhaus Brunsbüttel ambulant weiterbehandelt und später für die RehaMaßnahme nach Bad Bramstedt geschickt. Durch die zentrale Fallnummer (MPI) haben die behandelnden Ärzte die Möglichkeit, die Daten, die an jedem Standort produziert wurden, auf einer Bildschirmeinstellung im Zusammenhang zu betrachten. Die gesamte Entwicklung in die Beurteilung einbeziehen zu können, bedeutet eine neue Qualität der Patientenversorgung.

Um sicherzustellen, dass die Datenschutzrichtlinien in allen Projektphasen berücksichtigt werden, wurde ein Team mit vier Datenschutzbeauftragten gebildet, die das Projekt von Anfang bis Ende begleitet haben. Bei aller Vernetzung muss gewährleistet werden, dass nur die Daten den Standort verlassen, für die der Patient seine Zustimmung gegeben hat und für die ein standortübergreifender Behandlungskontext vorhanden ist.

Verschiedene Systeme

Obwohl die inhaltlichen Anforderungen eindeutig und verständlich waren, waren die technologischen Anforderungen höchst komplex. Um den MPI abzubilden, muss die Software nämlich in der Lage sein, die vier KIS-Systeme zu integrieren, die Daten vom Laborsystem abzuholen und die Bilddaten von vier PACS-Systemen miteinander zu vernetzen.

Auch wenn die IT-Leiter für die Kommunikationsschnittstelle einheitliche Standards festgelegt hatten, so wurde diese Software aber von unterschiedlichen Herstellern und mit der jeweiligen internen Spezifikation programmiert. Daher war ein sehr hoher Koordinierungsaufwand nötig, um die Vernetzung mit der Anwendungssoftware zu realisieren.

Anschluss aller Standorte

Nach sechsmonatiger Implementierung wurde Mitte 2006 erfolgreich die technische Testphase abgeschlossen und die Verbindung zwischen den Standorten Heide, Brunsbüttel und Neumünster realisiert. Vor dem An-

schluss weiterer Standorte wurden die Datenschutzkriterien analysiert und die Software erneut angepasst. 2008 wurde Bad Bramstedt angebunden, 2009 die Standorte Itzehoe und Rendsburg.

Daten im Notfall

Lebensrettende Daten müssen nicht nur von Standort zu Standort ausgetauscht werden, sondern mitunter auch vom Rettungswagen aus. Alle Rettungswagen in Dithmarschen sind so ausgerüstet, dass sie Online-EKGs direkt an die Intensivstation des Westküstenklinikums Heide senden können. Dieses EKG wird im klinikinternen Kommunikationssystem in eine PDF-Datei umgewandelt und per Mail dem diensthabenden Kardiologen auf seinen (mobilen) BlackBerry® zugeschickt. Der Kardiologe kann sich ein Bild vom Zustand des Patienten machen und bereits vor dessen Eintreffen mögliche Sofortmaßnahmen vorbereiten. Dieses technische Verfahren kann die Überlebenschance des Patienten und Behandlungsqualität wesentlich erhöhen. Denn bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall zählt jede Minute.

Humayaun Kabir, IT-Leiter des Westküstenklinikums,
www.wkk-online.de

Fighting Multiple Sclerosis  Providing Hope

Science For A Better Life

More than 2.5 million people worldwide have multiple sclerosis – mainly women. For those affected, the diagnosis has a major impact on their lives: they have to learn how to live with an incurable disease, the cause of which is not fully known.

In the fight against multiple sclerosis, Bayer Schering Pharma brought to market the first therapy with long-term efficacy in significantly reducing the frequency of periods of exacerbation. We also continue to investigate new therapies in this area to give patients the most precious gift possible: a life full of hope for the future. www.bayer.com

 Bayer: CropScience MaterialScience HealthCare

Schlägst du noch?

Immer mehr Patienten bekommen einen implantierten Herzschrittmacher oder Defibrillator. Das liegt zum einen an der Verschiebung der Alterspyramide nach oben und zum anderen an der deutlichen Erweiterung des Indikationsspektrums. Die medizinischen Implantate werden inzwischen auch zur Behandlung einer Herzschwäche oder bei zu schnellem Puls und drohendem plötzlichem Herztod (Defibrillator) eingesetzt.

Der erste Herzschrittmacher von 1958 besaß noch recht simple elektrische Schaltkreise. Er konnte nur außerhalb des Körpers betrieben werden und fiel nach wenigen Stunden Laufzeit aus. Die heutigen Herzschrittmacher und Defibrillatoren sind elektronische Wunderwerke, können individuell programmiert werden und laufen in der Regel über acht Jahren. Sie dienen schon längst nicht mehr nur der rhythmischen Abgabe von Stromimpulsen, um das Herz am Schlagen zu halten. Zusätzliche Funktionen sind unter anderem eine Rhythmusüberwachung (ähnlich einem dauerhaften Langzeit-EKG), ein Bewegungssensor, der die Körperaktivität misst. Weitere besonders sicherheitsrelevante Daten wie Batterieladestatus, Widerstandswerte der Elektroden, Signalhöhen und Reizschwellen werden kontinuierlich erhoben, da trotz ausgefeilter Technik Störungen vorkommen können (Elektrodenbruch, vorzeitige Batterieermüdung).

Problemstellung

Die zunehmenden Patientenzahlen sowie die Menge und Komplexität der anfallenden Daten dieser Geräte stellen die nachsorgenden Ärzte vor erhebliche Kapazitätsprobleme. Viele schwerkranke Patienten haben große Mühe, regelmäßig zur Nachsorge in die entsprechenden Zentren zu gelangen. Transportkosten werden von den Kassen oft nicht übernommen. Die üblichen Nachsorgeintervalle von drei bis sechs Monaten sind zu lang, um Fehlfunktionen oder relevante Befundänderungen der Patienten zeitnah zu entdecken. Eine internetbasierte kontinuierliche Datenübertragung von Warnmeldungen bei Überschreitung bestimmter Grenzwerte bietet sich zur

vereinfachten und kostengünstigen Überwachung solcher Patienten an. Solche Überwachungssysteme wurden seit Beginn des Jahrtausends entwickelt und haben jetzt ihre klinische Reife erreicht.

Erfahrung im Herzzentrum Reinbek

Im Herzzentrum Reinbek werden derzeit rund 200 Patienten mit der elektronischen Fernüberwachung zusätzlich nachgesorgt. Eingehende Warnmeldungen via Fax, E-Mail und SMS werden mittels intrakardialer Elektrogramme oder klinischer Daten geprüft und die Konsequenzen dem Patienten telefonisch mitgeteilt. Im Zeitraum von 2004 bis 2008 gingen über 1.000 Warnmeldungen ein. Bei 25 Patienten wurde Kammerflimmern gemeldet – davon sechsmal vom Patienten völlig un bemerkt – und mit einem Schock behandelt. Andere Konsequenzen aus Warnmeldungen waren: vorgezogener Batteriewechsel, Defibrillator-Elektrodenwechsel wegen Störsignalen, Elektrodenneuerlegung bei Verschiebung, Umprogrammierung bei Überempfindlichkeit. In 14 Fällen war sogar eine sofortige Änderung der Medikamentenbehandlung notwendig. Darüber hinaus gab es viele Meldungen bei geringfügigen Störungen, die einer Intervention bedurften – wenn auch nicht sofort. Fazit: Eine internetbasierte Fernüberwachung von Herzschrittmacher- und Defibrillator-Patienten eignet sich zur frühzeitigen Erkennung von Komplikationen und verbessert die Nachsorge und Patientenführung. Dadurch können Komplikationen vermieden werden, die Lebensqualität der Patienten steigt an. Ferner können Kosten deutlich reduziert werden, vor allem Transportkosten.

Probleme und Zukunftsausblick

Bislang ist noch nicht hundertprozentig klar, welche der vielen erhobenen Daten entbehrlich sind und wie genau auf die Änderung einzelner Parameter zu reagieren ist. Viele erhobene Messwerte haben noch eine zu geringe Sensitivität und Spezifität, das heißt ihre Aussagekraft ist zu gering. Wahrscheinlich müssen verschiedene Messergebnisse zusammengefasst werden.

Die Finanzierung der Fernüberwachung ist außerdem noch nicht hinreichend geklärt. Bislang wird sie als Serviceleistung („Hobby“) der implantierenden Kliniken sozusagen kostenlos mitgeliefert. Dies wird in absehbarer Zeit so nicht mehr zu leisten sein. Entsprechende Anfragen an die Beteiligten im Gesundheitswesen laufen.

Die Einbindung der Daten in die Ärztenetzwerke und die Kommunikation mit den Hausärzten ist noch ungenügend beziehungsweise fehlt ganz. Es gibt gemeinsame Fortbildungen, aber kein gemeinsames Konzept. Die Auswertung und Interpretation der Daten ist bislang nur wenigen spezialisierten Zentren vorbehalten. Denkbar ist eine Entwicklung, in der die Routineüberwachung von Servicezentren erledigt wird, die im Bedarfsfall den behandelnden Arzt informieren. Damit könnten auch derzeit noch existierende rechtliche Probleme wie die Verpflichtung, eine Reaktion auf Störmeldungen jeden Tag rund um die Uhr zu gewährleisten, gelöst werden.

Dr. Herbert Nägele, Leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik St. Adolfstift,
www.krankenhaus-reinbek.de

Blutzucker unter permanenter Kontrolle

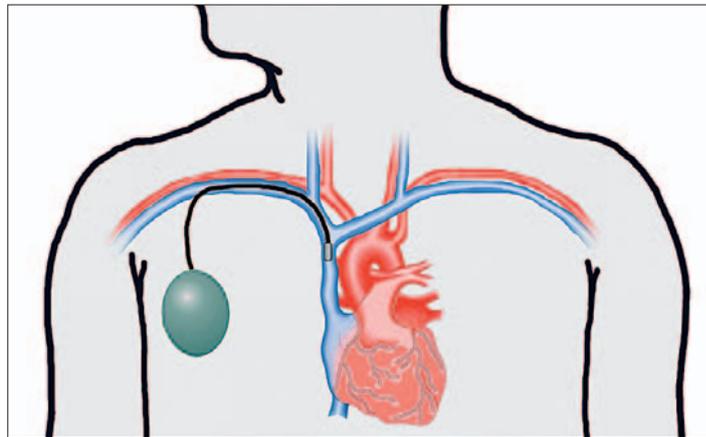
Die Entwicklung einer implantierbaren Insulinpumpe, die die Funktion der Pankreas übernehmen könnte, käme einer Revolution gleich. Drei mittelständische Unternehmen in Schleswig-Holstein machen sich auf den Weg, das bislang Unmögliche zur Marktreife zu treiben.

Ein Leben ohne zerstoche Fingerkuppe oder unangenehme Bauchspritzen wäre für Diabetiker ein echter Segen. Mehr als 180 Millionen Menschen weltweit leiden laut Weltgesundheitsorganisation WHO an der Volkskrankheit Nr. 1. Sechs Millionen alleine in Deutschland, Tendenz steigend. Was sich als nüchterne Zahl liest, heißt für die Betroffenen tagtäglich: disziplinierter Lebensstil, Broteinheiten zählen, Blutzucker messen und Insulin spritzen. Stimmt die Dosierung nicht oder setzt der Patient mit der Insulintherapie aus, drohen möglicherweise Überzuckerung, Gefäßerkrankungen oder lebensbedrohliche Stoffwechsellage durch Unterzuckerung.

Starker Entwicklungsverbund

Was schon lange in den Köpfen medizintechnischer Vordenker herumwirrt und wofür es bereits gute Ansätze gibt, wollen die schleswig-holsteinischen Unternehmen *tecura GmbH*, *tricumed Medizintechnik GmbH* und *m-u-t AG* in ein voll funktionsfähiges Gerät verwandeln. Das nötige wissenschaftliche Know-how steuert das Max-Rubner-Institut in beratender Funktion bei. Eine künstliche Pankreas wäre eine kleine Sensation und würde unzähligen Diabetikern zu einem fast normalen Leben verhelfen.

Das implantierbare System besteht aus Insulinpumpe, einem Sensor für die Blutzuckermessung und einer externen Steuerungseinheit für die Insulinmengenregelung. Ähnlich einem Herzschrittmacher wird es unter dem Rippenbogen eingepflanzt und etwa die Größe eines Eies haben. Die Neuentwicklung von Pumpe und Steuerungseinheit sparen sich die Verbundmitglieder, da es bereits bewährte und erprobte Geräte für die Applikation von Schmerzmitteln am Markt gibt.



Schematische Darstellung des Messsystems zur Ermittlung des Blutzuckergehalts

Erkennt der Sensor einen Insulinmangel, signalisiert er das an die externe Steuereinheit, die der Patient mit sich trägt. Per Funk informiert sie die Pumpe, die die benötigte Dosis aus dem angekoppelten Insulintank in den Körper schickt. Ist das Reservoir leer, wird es über die Bauchdecke mithilfe einer Spritze gefüllt.

Die eigentliche Herausforderung steckt jedoch im Herzstück der nicht-invasiven Methode – die Blutzuckermesstechnik. Ein Mikrophotometer, ein komplexes Sensor- und Elektroniksystem, durchleuchtet mit Naher Infrarotstrahlung (760 bis 2.500 Nanometer) die Blutgefäße, misst den Zuckergehalt im Blut und vergleicht die Daten mit eingespeicherten Referenzwerten. Weichen sie voneinander ab, treten Steuereinheit und Pumpe in Aktion.

Mehr vom Leben

Im Gegensatz zum Patientenalltag, wo der Blutzuckergehalt ein bis drei Mal am Tag gemessen wird, wiederholt sich dieses Wechselspiel von Messen, Abgleichen und Nachregulieren permanent. Der Blutzuckerspiegel kann dadurch sehr engmaschig überprüft und wesent-

lich feiner eingestellt werden. Diese sensible Justierung verhindert einen Blutzuckerüberschuss und wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden des Patienten aus. Außerdem nimmt das Insulin spendende Implantat ihnen die latente Angst vor Infektionen und Abwehrreaktionen, die auftreten können, wenn minimal-invasiv wie beim Finger-Piksen kontrolliert wird. Stellt man sich dann noch vor, dass auch das lästige Zählen der Broteinheiten und Insulinspritzen wegfallen, erwartet den Patienten ein neues, unbeschwerteres Leben.

Die prinzipielle Machbarkeit der Methode wurde nachgewiesen, in „Schuhkartongröße“ ist die Technik vorhanden. Jetzt müssen die Geräte für die konkrete Anwendung entwickelt werden.

Mit der finanziellen Unterstützung der Landesregierung Schleswig-Holstein konnte das Entwicklerteam das zukunftsreiche Vorhaben vorantreiben. Damit trägt das Land einmal mehr dazu bei, die Region als Hightechschmiede zu etablieren.

Dipl.-Ing. (FH) Heino Prüß,
Vorstandssprecher m-u-t AG
Wedel, www.mut-group.com

Mehr als nur Geräte

Schleswig-Holstein, das Land der Horizonte, ist die Heimat von Dräger, einem international führenden Konzern der Medizin- und Sicherheitstechnik. 1889 in Lübeck gegründet, steuert das Unternehmen auch heute noch seine weltweiten Aktivitäten von der Hansestadt aus. In der Entwicklung von Medizinprodukten und Lösungen setzt Dräger auf eine enge Kooperation mit Krankenhäusern.



Patientendaten immer im Blick: Monitoring-Lösungen

Die Akteure des Kliniksektors erwarten heute nicht nur medizinische Geräte, sondern umfassende Lösungen, die das Krankenhaus und seine Arbeitsabläufe als Ganzes im Blick haben. Bereits in der Forschung arbeitet Dräger daher mit Gesundheitseinrichtungen zusammen. Das Ergebnis dieses Austauschs: intelligente, Lösungen, die krankenhausesweit eingesetzt werden können. Ein Beispiel hierfür ist ein System zur Patientenüberwachung, das an jedem Ort zu jeder Zeit Vitaldaten wie Blutdruck, EKG und Sauerstoffsättigungswerte zur Verfügung stellen kann. Davon profitieren Patienten, Ärzte und Pflegekräfte gleichermaßen – beispielsweise durch kürzere Reaktions-

zeiten. Doch beim Angebotsportfolio geht der Hersteller noch weiter: Neben Produkten stellt Dräger auf Wunsch komplette System- und Dienstleistungspakete zur Verfügung, die helfen, die abteilungsübergreifende Zusammenarbeit im Krankenhaus zu optimieren.

Auch Beratungsleistungen sind gefordert

Gab es auf dem Gesundheitsmarkt bislang in erster Linie einen Bedarf nach medizintechnischen Produkten, erwarten Krankenhäuser seit einigen Jahren deutlich stärker auch Beraterfähigkeiten. Im Kern geht es um die Verminderung unternehmerischer Risiken und Kosten in Planungs- und Bauphasen sowie beim Betrieb hoch

technisierter Krankenhausbereiche. Kliniken wollen darüber hinaus spezielles betriebswirtschaftliches Know-how erwerben, die Komplexität ihres Managements vereinfachen und ihre Technik, Strukturen und Prozesse permanent verbessern. Es leuchtet ein, dass rein technologische und ausschließlich produktbezogene Innovationen für diese unternehmerischen Anforderungen nicht ausreichen. Die hohen Maßstäbe in puncto Qualität und Innovation, die Dräger seit jeher an seine Geräteentwicklung stellt, gelten mittlerweile auch für die Beratungsleistungen des Unternehmens. Bei der Verbesserung krankenhausesweiter Prozesse sind unterschiedliche Bereiche wie Technologie, Service

und Materiallogistik miteinander zu verknüpfen. Ziele der Prozessoptimierung können eine bessere Verfügbarkeit von Ressourcen, Kostensenkungen oder das raschere Erschließen neuer Tätigkeitsfelder sein.

Lösungen für Prozessabläufe

Statt in Krankenhäusern und anderen gesundheitlichen Einrichtungen ausschließlich Arbeitsplätze mit Medizingeräten auszustatten, steigt Dräger heute viel tiefer in die Wertschöpfungskette der Einrichtungen ein. Mit diesem Verständnis passt das Unternehmen seine Lösungen so an, dass sie den individuellen Prozessablauf unterstützen. Dabei sind sowohl der Patientendurchlauf durch ein Krankenhaus als auch die unterschiedlichen Bedürfnisse der am Prozess beteiligten Abteilungen zu analysieren. Neben rein medizinischen Fragestellungen müssen beispielsweise auch Umbauten, notwendige technische Ausrüstung, IT-Infrastruktur sowie die Logistik einer Klinik in Betracht gezogen werden. Eine anspruchsvolle Aufgabe, denn alle Veränderungen werden heute strengen betriebswirtschaftlichen Vorgaben unterworfen. Um diese Herausforderung zu bewältigen, ist ein enger Austausch zwischen dem Krankenhaus und Dräger unerlässlich. Weitere Modelle für eine noch effektivere Unterstützung von Kliniken könnten „Pay per Use“, Pooling von Geräten und die Bewirtschaftung vollständiger medizinischer Geräteparks durch das Unternehmen sein.

Damit kein Herzschlag verloren geht

Ähnlich übergreifend wie beim Angebot von Beratungsleistungen und Kooperationsmöglichkeiten agiert Dräger auch bei der Entwicklung von Medizingeräten, zum Beispiel zur Überwachung kritischer Patientendaten. Auf Grundlage des engen (Erfahrungs-)Austauschs mit den Akteuren des Gesundheitssektors hat der Hersteller ein modernes Patienten-Monitoring entwickelt, das genau auf die Bedürfnisse moderner Krankenhäuser abgestimmt wurde. Die Anforderung: Bereitstellung einer kostensenkenden und sicheren Lösung, die gleichzeitig patientenfreundlich ist. In der Umsetzung bedeutet das beispielsweise die Bündelung bisher getrennter IT-Netzwerkstrukturen in ausgewählten Bereichen auf nur noch ein Netzwerk, in dem gleichermaßen administrative Funktionen und Patientendaten transportiert werden. Der Verwaltungsaufwand kann so deutlich verringert werden. An die gemeinsame Datenautobahn, die für die Patientenpflege wichtige Daten priorisiert, sind alle für den Pflegeprozess wichtigen Überwachungsgeräte angeschlossen. Innerhalb des Netzwerks kann ein Monitor an einer Docking-Station in Bettnähe alle Vitaldaten anzeigen und – wenn notwendig – für den Transport mitgenommen werden. Da die Daten per lokales Funknetz permanent verfügbar sind, wird die Übertragung nicht gestört. Der Monitor erkennt beim Abdocken automatisch den Wechsel vom drahtgebundenen auf den draht-

losen Betrieb. Der Vorteil: Alle Daten werden in Echtzeit überwacht, sodass sich der Arzt jederzeit über den aktuellen Stand des Patienten informieren kann. Patienten können darüber hinaus mithilfe von Mini-Monitoren nahtlos überwacht werden, um beispielsweise früher wieder mobil zu sein: Die digitalen Begleiter können beim Gang über den Flur oder in die Cafeteria des Krankenhauses um den Hals getragen werden.

Wirtschaftliches Handeln im Gesundheitssektor bedeutet für Dräger heute intensive Zusammenarbeit mit Kliniken und anderen Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, egal ob bei der Entwicklung von Produkten oder bei neuen Beratungs- und Service-Dienstleistungen. Eine enge Vernetzung – auch über die Hersteller-Kundenbeziehung hinaus – ist dafür die Voraussetzung.

Jürgen Heiko Borwieck
Geschäftsführer Dräger Medical Deutschland GmbH,
www.draeger.com

**Landes
Gesundheitsmesse
Schleswig-Holstein**

Gesundheit
Vorsorge
Versicherung
Ernährung
Wellness
Reisen
Fitness
Sport
Familie

Konzeption und inhaltliche Gestaltung
**Messebeirat der
Landesgesundheitsmesse e.V.**
1. Vorsitzende Jutta Schümann

Veranstalter
Home & Garden event GmbH
Spenglerstraße 43 · 23556 Lübeck
Telefon 0451/89906-0
www.gesundheitsmesse-sh.de

Kurze Wege mit E-Kalender

Das Computerprogramm Epivista® ist ein elektronischer Behandlungskalender, der alle behandlungsrelevanten Daten von Epilepsie-Kranken erfasst und übersichtlich darstellt. Anfälle, Tagesdosierungen der Medikamente und Blutspiegel erscheinen synoptisch in einem Diagramm.

Das Norddeutsche Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche (NEZ) in Ralsdorf ist auf die Behandlung therapieschwieriger Epilepsien von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren spezialisiert. Im Jahr 2007 entschied sich die Klinikleitung, schrittweise das Programm Epivista® einzuführen, um die vielfältigen Vorteile des elektronischen Behandlungskalenders zu nutzen: Patient und Arzt können den gesamten Krankheitsverlauf besser und genauer beurteilen. Die Ergebnisse der stationären Behandlung können in der Nachsorge sehr viel frühzeitiger beurteilt und in die weitere Therapie eingebaut werden. Außerdem verbessert er die Therapietreue der Patienten und ihrer Angehörigen deutlich und stabilisiert die Arzt-Patienten-Bindung. Bis Ende 2008 wurden für alle Patientinnen und Patienten mit aktiver Epilepsie entsprechende Akten angelegt. Von den insgesamt 244 Patienten dokumentieren 84 Prozent regelmäßig selber in ihrer eigenen Akte den Erkrankungsverlauf.

Plattform zur Kommunikation

Im Verlauf der Implementierung wurde das Programm gemeinsam mit dem Hersteller für den Einsatz bei allen ambulanten und stationären Patienten des Epilepsiezenters laufend optimiert. Das Programm hat inzwischen Funktionen, welche die Kommunikation zwischen Ärzten und den übrigen Berufsgruppen innerhalb der Klinik sowie zwischen Patienten, Klinik- und Hausärzten im Rahmen der Nachsorge ermöglichen. Mit dem zeitnahen, elektronisch gestützten Informationsaustausch zwischen Patienten und behandelnden Ärzten werden stationäre Liegezeiten sowie ambulante Vorstellungen verringert oder sogar ganz vermieden. Dies war

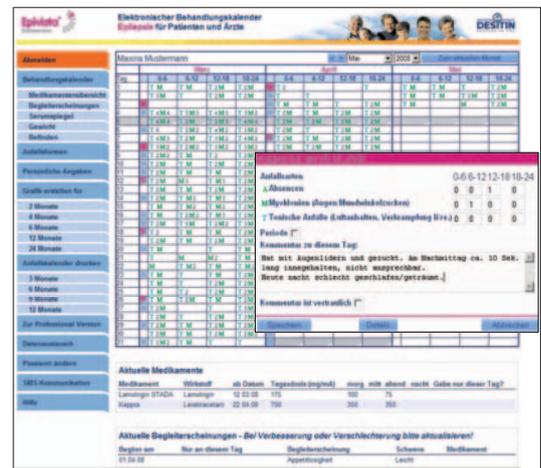
von Beginn an eines der wesentlichen Ziele, da der Einzugsbereich der Klinik alle fünf norddeutschen Bundesländer umfasst. Für Patienten und ihre Angehörigen sind die zum Teil erheblichen Anfahrtswege und -zeiten ein zusätzlicher Belastungsfaktor.

Zugang zur Online-dokumentation

Voraussetzung ist ein internetfähiger Computer. Wenn die Eltern einverstanden sind, wird gleichzeitig eine Akte des Patienten auf einem zentralen Server angelegt. Dieser Server steht in der Universität Greifswald, die an der Entwicklung des Programms wesentlich beteiligt war und nun auch in der Lage ist, die sehr komplexen Datenmengen zu verarbeiten. Danach erhalten sie eine klinikinterne Einweisung in das Programm. Nach der Entlassung aus der Klinik können sie Häufigkeit und Stärke der Anfälle, Medikamentengabe und falls nötig Nebenwirkungen sowie das Befinden des Patienten online dokumentieren. Für die sieben Prozent der Patienten, die nicht über einen eigenen Computer verfügen, steht in der Klinik ein Laptop zur Verfügung. Ansonsten dokumentieren die Eltern ohne Computer zu Hause mithilfe eines Papierkalenders. Diese Daten werden entweder beim nächsten Aufenthalt in der Klinik oder im Ausnahmefall per Post zugeschickt und vom Klinikpersonal eingegeben.

Maßnahmen zum Datenschutz

Das Programm wurde hinsichtlich der Anforderungen einer medizinischen Einrichtung an Datenschutz und -sicherung angepasst. Sämtliche Kommunikation zwischen dem Rechner beziehungsweise dem



Bildschirmoberfläche des Anfallskalenders

Internet-Browser des Benutzers und dem Server wird verschlüsselt – wie bei der Internetkommunikation mit Geldinstituten. Außerdem hat jeder Benutzer einen persönlichen Schlüssel, der nur dann anwendbar ist, wenn sich der Benutzer am System angemeldet hat. Schließlich melden sich die Nutzer unter einem Pseudonym an.

Feedback zum Programm

Nach der vollständigen Implementierung des Programms in die Behandlung wurde im Herbst 2009 eine Befragung aller dokumentierenden Patienten beziehungsweise Sorgeberechtigten durchgeführt, um mehr über die Akzeptanz und Effektivität aus Sicht der Patienten und ihrer Familien zu erfahren. Die Befragung erfolgte schriftlich und anonymisiert während eines Aufenthaltes in der Klinik. Die Ergebnisse liegen im Frühjahr 2010 vor und dienen dazu, den Einsatz des Behandlungskalenders noch weiter zu verbessern.

Jörn Korsch, Norddeutsches Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche, DRK Landesverband Schleswig-Holstein, www.drk-epilepsiezentrum.de

Im Netz geplant

Um die Nacht nach der Operation wieder im eigenen Bett verbringen zu können, entscheiden sich immer mehr Patientinnen und Patienten, geplante Eingriffe ambulant vornehmen zu lassen. Ambulante Operationszentren (AOZ) setzen spezielle Softwarelösungen ein, um die Terminkoordination effizient zu gestalten.

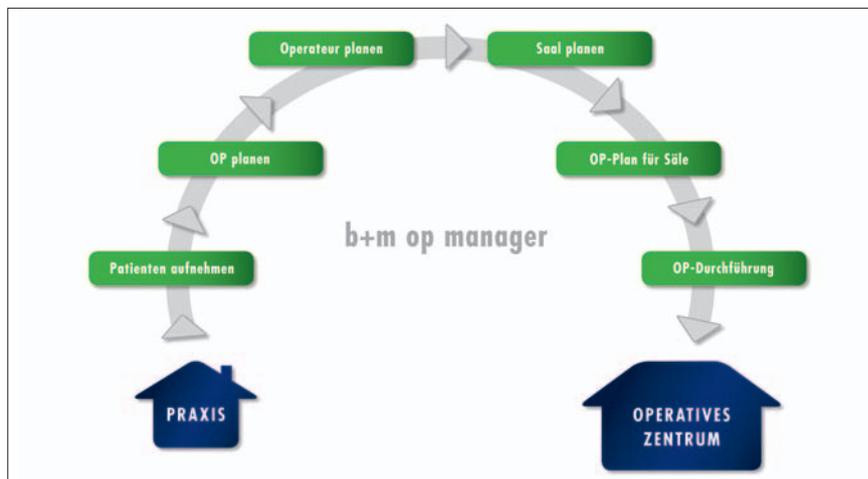
Elvira P., Inhaberin einer Werbeagentur, wird sich in drei Wochen einer geplanten Operation am linken Fuß unterziehen. Da sie im Anschluss an die Operation für einige Wochen nicht reisen kann, hat sie dieses Ereignis bereits seit geraumer Zeit in ihrer beruflichen Terminplanung berücksichtigt. Der behandelnde Orthopäde ist auf Fußchirurgie spezialisiert und operiert an zwei Tagen pro Woche in einem örtlichen Ambulanten Operationszentrum, das einer kommunalen Klinik angegliedert ist. Wie so oft kommt es auch bei Elvira P. anders als geplant. Ein wichtiger Kunde muss ausgerechnet am Tag des lange geplanten OP-Termins besucht werden. Kurzfristig gelingt es, einen Ersatztermin zwei Tage später zu finden. Dank der elektronischen Vernetzung von Praxis und AOZ ist dies kein Problem.

Pilotprojekt in Kiel

Im Jahr 2007 initiierte die ärztliche Leitung eines AOZ in Kiel ein Pilotprojekt, das die Praxen der niedergelassenen Operateure und Belegärzte mit dem Zentrum über eine spezielle Softwarelösung vernetzen konnte. Seither erfolgt die Anmeldung und Planung sämtlicher ambulanter Operationen online, für alle Beteiligten einsehbar und stets aktuell. In Zusammenarbeit mit der b+m Informatik AG wurde die Lösung zu einem marktreifen Produkt entwickelt und der Vertrieb auch über Schleswig-Holstein hinaus sichergestellt. Die Vernetzung spielt hier eine wesentliche Rolle und ist vor allem aus der interdisziplinären Patientenversorgung nicht mehr wegzudenken.

Vernetzung der Akteure

Ambulante Operationen werden heute in zahlreichen Einrichtungen durchgeführt. Der Betrieb ist dabei sehr unterschiedlich organisiert, bei-



Vernetzung stellt die Kommunikation im Verbund sicher

spielsweise als Medizinisches Versorgungszentrum, als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, in eigenständiger Trägerschaft oder innerhalb einer Klinik.

Allen gemeinsam ist, dass für die Terminplanung die Koordination von Patient, Operateur, Narkosearzt und Kapazitäten des OP-Zentrums erfolgen muss. Der zunehmenden Forderung nach Kosteneffizienz wird mit ausgefeilter Planung und Optimierung der Kapazitätsauslastung begegnet. Hier leisten entsprechende Softwareprodukte, die die beteiligten Akteure vernetzen, zunehmend gewinnbringende Dienste. Die Terminplanung kann damit einheitlich in einem gemeinsamen Kalender der Software erfolgen, der die Anforderungen aller beteiligten Akteure berücksichtigt. Erforderliche Ressourcen wie Personal, OP-Säle, Ausstattung, Sterilgut und anderes werden sofort gebucht. Der Effizienzgewinn wird umso deutlicher, je größer die Anzahl der angebotenen Praxen und Operateure ist. Die langfristige Planung ermöglicht es, temporäre Über- oder Unterkapazitäten sichtbar zu machen und entsprechend auszugleichen.

Einbindung ins System

Der Einsatz von Software bringt nicht automatisch eine Arbeitserleichterung mit sich. Für die Akteure ist es wichtig, dass ihre Arbeitsprozesse vollständig und durchgängig unterstützt werden. Insellösungen und Medienbrüche (Papier/Computer) oder Systembrüche (Praxis-EDV/Klinik-EDV) erschweren die Handhabung und erhöhen den Arbeitsaufwand. Gründliche Analysen der Arbeitsabläufe und Anforderungen sind zur Systemauswahl unerlässlich, um in vernetzten Strukturen nachhaltige Prozessverbesserung zu erreichen.

Datenschutz und Datensicherheit

Datenschutz und Sicherheit der Patientendaten genießen in der Medizin traditionell einen hohen Stellenwert. Deshalb erfolgt die Übertragung von Daten bei der Vernetzung von medizinischen Einrichtungen ausschließlich verschlüsselt und innerhalb von geschützten Netzwerken, die beispielsweise als VPN (virtual private networks) realisiert sind.

Markus Habetha-Eisenbarth,
Projektleiter bei der b+m
Informatik AG, www.bmiag.de

KV-SafeNet

Die Zukunft der Kommunikation ist elektronisch. E-Mails haben längst einen Großteil der Briefe abgelöst. Wer mit der Zeit geht, ist online. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) hat schon früh damit begonnen, moderne und innovative Kommunikationswege zu beschreiten. Im Jahr 2003 entstanden die ersten Vorläufer der jetzigen Onlineplattform, die einen schnellen und sicheren Datenaustausch zwischen KV und niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten über das Internet ermöglicht. Mittlerweile nutzen zum Beispiel rund 900 der insgesamt 3.200 Praxen eKVSH, um DMP- und Abrechnungsdaten an unsere Zentrale in Bad Segeberg zu übermitteln.

In diesem Jahr hat die KVSH den Onlinebereich weiter ausgebaut und das KV-SafeNet eingeführt. Hinter diesem Begriff versteckt sich ein geschütztes, vom Internet getrenntes Netzwerk nur für Vertragsärzte und -psychotherapeuten und medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser. Das KV-SafeNet vernetzt die Teilnehmer untereinander und mit der KVSH. Der Zugang zum Netzwerk ist einfach, sicher und ermöglicht den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen auch über die KV-Grenze hinaus. Das KV-SafeNet bietet einen direkten Zugriff auf Informationen, die den Praxisalltag maßgeblich erleichtern. Arbeitsprozesse und -abläufe werden optimal unterstützt. Das spart Zeit und Geld.

Abrechnung online verschicken

Zum Beispiel bei der Onlineabrechnung: Anstatt wie bisher die Daten auf Disketten verschlüsselt zu speichern und dann an die KVSH zu schicken, können Ärzte und Psychotherapeuten dies nun online erledigen.

Außerdem soll es künftig möglich sein, vorher eine Testabrechnung zu erstellen, die sie auf Fehler oder Probleme aufmerksam macht. Die Teilnehmer könnten sofort reagieren und die Fehler beheben, ohne auf eine entsprechende Mitteilung der KVSH warten zu müssen. Ab dem Jahr 2010 wird die Onlineabrechnung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend sein. Die Nutzer des KV-SafeNet sind schon jetzt darauf eingestellt.

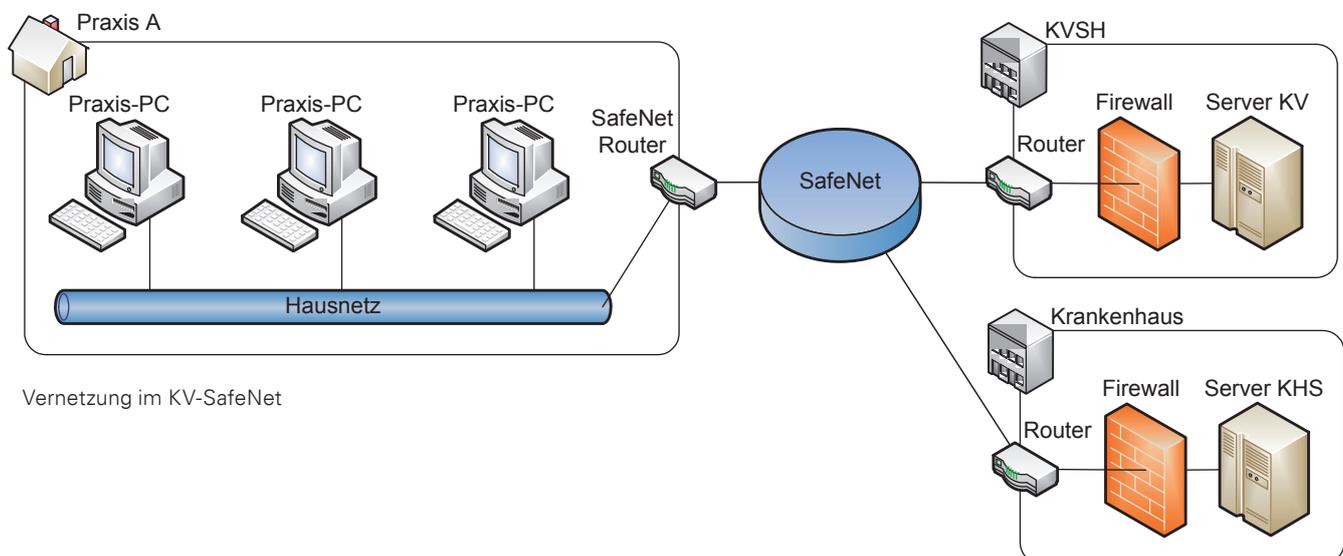
Das KV-SafeNet bietet noch eine weitere Chance in der automatisierten Dokumentenverarbeitung: Die meisten Ärzte und Psychotherapeuten erhalten Dokumente in der Dateiform PDF. Mit dem KV-SafeNet importieren sie solche Dokumente automatisch in ihr Abrechnungssystem und müssen diese nicht mehr, wie in der Vergangenheit, umständlich per Hand übertragen.

Neben der Onlineabrechnung können die Teilnehmer über das KV-SafeNet weitere Dienste nutzen wie zum Beispiel:

- DMP-Dokumentation
- Früherkennungskoloskopie
- Labordatenübertragungen.

Bürokratieabbau

Da viele Berichts- und Abrechnungsvorgänge heute noch in Papierform erfolgen, bedeutet der elektronische Weg weniger Verwaltungsaufwand und weniger Kosten. Dazu ein weiteres Beispiel: Das KV-SafeNet ermöglicht die sichere elektronische Übermittlung von Arztbriefen zwischen Ärzten im niedergelassenen Bereich, aber auch sektorenübergreifend zum Beispiel an ein Krankenhaus. Direkt aus dem Praxissystem heraus kann der behandelnde Arzt Patienten-Stammdaten, Befunde, Diagnosen und Angaben zur Medikation an Kollegen übermitteln – ohne sie ausdrucken, kuvertieren, frankieren und wegschicken zu



müssen. Diese Daten können die Teilnehmer auch selbst empfangen, direkt in ihre EDV einspeisen und in die Patienten-Datei aufnehmen. Lästiges und zeitaufwendiges Einscannen oder Ablegen in Papierformat hat damit ausgedient.

Darüber hinaus ist die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein bemüht, ihr Angebot ständig zu erweitern. So ist geplant, dass Ärzte und Psychotherapeuten die für ihren Praxisalltag wichtigen Formulare online bestellen. Weitere mögliche Dienste können auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt werden. Die Anzahl der möglichen Anwendungen wird in den nächsten Jahren steigen – zum Vorteil für Schleswig-Holsteins Praxen.

Sicherheit in der Praxis

Das KV-SafeNet entspricht allen Datensicherheits- und Datenschutzbestimmungen, die der Ausübung

des ärztlichen Berufs zugrunde liegen. Alle Internetprovider haben sich dazu verpflichtet, Hardware anzubieten, die einen Schutz vor Angriffen von außen gewährleistet. Diese Sicherheit ist mit Kosten verbunden. Einen Teil dieser Ausgaben tragen Ärzte und Psychotherapeuten schon jetzt, wenn sie einen ISDN- oder DSL-Anschluss in der Praxis nutzen. Durch das KV-SafeNet kommen weitere Kosten auf die Teilnehmer zu – dafür erhalten sie ein hohes Maß an Sicherheit, Komfort und viele Nutzungsvarianten zum Bürokratieabbau in der Praxis.

Um den Einstieg in die neue IT-Welt zu erleichtern, bietet die KVSH ihren Mitgliedern eine finanzielle Förderung an. Seit Juli dieses Jahres bekommt jede Praxis für die Teilnahme am KV-SafeNet bis zu 300 Euro. Inzwischen sind etwa 100 Praxen an das Netz angeschlossen – Tendenz steigend.

Vorteile durch Vernetzung

Schnell, sicher und weniger Bürokratie. Das Onlineportal KV-SafeNet bietet den 5.100 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein viele Vorteile im Praxisalltag. Die Zeitersparnis, die sich für den Arzt durch die Anwendung dieses Onlineportals ergibt, kommt auch den Patienten zugute. Anstatt Papiere zu bearbeiten, können unsere Mitglieder ihrem Beruf nachgehen und das ist und bleibt eine qualitativ hochwertige Versorgung der Menschen im Land. Die Zukunft ist online – auf dem Weg dorthin wird die KVSH ihre Mitglieder tatkräftig unterstützen.

Dr. Ingeborg Kreuz, kommissarische Vorstandsvorsitzende der KVSH, www.kvsh.de



HABEN SIE DIE POTENTIALE IHRER PRAXIS SCHON ENTDECKT?



MMP

MEDICAL MANAGEMENT PARTNER

www.m-mp.de

Ackermann & Bernert Partnerschaft . Kiel - Wissenschaftszentrum . Fraunhoferstraße 13 . 24118 Kiel
Tel.: 0431.982 60 70 . Fax: 0431.982 60 7 17 . E-Mail: kiel@m-mp.de . www.m-mp.de

Fragen an den Datenschützer

Als Landesdatenschutzbeauftragter sind Sie für datenschutzrechtliche Fragestellungen in allen Lebensbereichen zuständig. Welches sind aus Ihrer Sicht die zentralen Handlungsfelder im Gesundheitsbereich?

Es gibt leider keinen Bereich im Gesundheitswesen, der uns keine Sorge bereitet. Es beginnt mit dem Datenschutz in der ambulanten Arztpraxis, wo wir trotz unserer gemeinsam mit der Ärztekammer durchgeführten Aktion „Datenschutz in meiner Arztpraxis“ immer wieder hanebüchene Verhältnisse vorfinden. Da finden sich beispielsweise Patientenakten im Hausmüll. Eine unendliche Geschichte scheinen auch unsichere Praxissysteme zu sein, auf die Nichtberechtigte Zugriff haben. In Krankenhäusern erweisen sich die dortigen Informationssysteme oft als hochproblematisch, weil die nötigen Differenzierungen der Nutzungsrechte fehlen. Zwischen Patienten, Ärzten und Kassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es viele Datenschutzkonflikte. Nicht zuletzt in Bezug auf Dienstleister und Apotheken sowie zum Pflege- und Heimbereich erreichen uns immer wieder begründete Beschwerden.

Weniger aufregend, aber mindestens so relevant wie unsere Feuerwehrfunktion sind unsere präventiven Aufgaben, denen wir lieber nachkommen, als Datenschutzbrände zu löschen. Eine prominente Rolle spielt dabei die erwähnte Aktion „Datenschutz in meiner Arztpraxis“, wo wir die Ärzteschaft ganz praktisch darüber informieren, wie das Patientengeheimnis gewahrt werden kann. Dann sind wir in der Fortbildung aktiv – von der Schulung von Arzthelferinnen über die Ärzteausbildung bis hin zur Fortbildung von Medizininformatikern. Im Rahmen unserer Beratungsaufgaben haben wir von Anfang an die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte, der eGK, begleitet. Ein beson-



Dr. Thilo Weichert

ders spannendes Betätigungsfeld ist die Datenschutzzertifizierung, in der das ULD führend ist und die insbesondere bei Medizinanwendungen auf großes Interesse stößt.

Gegenüber tagesschau.de haben Sie im letzten Jahr gesagt, dass die Funktionen der Gesundheitskarte aus Datenschutzsicht „völlig in Ordnung“ seien. Hat sich seitdem Ihre Position geändert?

Das Zitat ist verkürzt. Die bisherige Konzeption ist unseres Erachtens in Ordnung. Da sie aber immer weiter fortgeschrieben wird, kann sich unsere Bewertung im Laufe der Zeit wandeln. Dies gilt erst recht für die Implementierungs- und Betriebsphase. Wir sehen schon heute, dass es zu Konflikten zwischen Funktionalität und Datenschutzerfordernissen kommt, was zum Beispiel die Autorisierung durch die Patienten mit einer Persönlichen Identifikationsnummer (PIN) betrifft. Bei aller Bereitschaft zu pragmatischem Vorgehen – die Datensicherheit und die medizinische Vertraulichkeit dürfen nicht vernachlässigt werden. Wichtig ist, dass Datenschützer wie wir im Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) den gesamten Einführungsprozess begleiten und im Bedarfsfall gegensteuern können.

Die Verfechter der Telemedizin werfen Datenschützern mitunter vor, sie würden die Entwicklung bremsen. So bliebe Deutschland hinter seinen Möglichkeiten zurück. Ist an dem Vorwurf etwas dran?

Dieser Vorwurf ist absoluter Unsinn. Würde man jetzt nicht auf uns Datenschützer hören, so würde es garantiert am Ende an der Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten und in der Ärzteschaft fehlen, was nicht nur eine Verzögerung zur Folge haben könnte, sondern das totale Scheitern. Deutschland muss nicht unbedingt bei informationstechnischen Investitionen beziehungsweise Ausgaben im Gesundheitsbereich führend sein, wohl aber bei der Sicherung des Patientengeheimnisses. Die Sicherung des Patientengeheimnisses ist nach meiner Überzeugung konstituierend für ein freiheitliches Gesundheitswesen.

Können Sie denn die Entwicklung in der Telemedizin unterstützen? Wenn ja, mit welchen Instrumenten oder Aktivitäten?

Wir tun derzeit schon alles, was wir mit unseren begrenzten Möglichkeiten können: Wir begleiten die Konzepterstellung und die Pilotprojekte, etwa die Erprobung der Gesundheitskarte in der Region Flensburg. Das ULD engagiert sich intensiv bei der Öffentlichkeitsarbeit. Wir beraten die Politik, die Ärzteschaft und unterstützen Patienteninitiativen. Hinzu kommt unsere Tätigkeit in der Grundlagenforschung, beispielsweise zur Datensicherheit, zum Biometrie-Einsatz, zum Identitätsmanagement oder zu sicheren Infrastrukturen. Hier arbeiten wir mit weltweit führenden Unternehmen zusammen wie auch mit wissenschaftlichen Einrichtungen. Ein Beitrag zur Förderung der Telemedizin ist zudem unsere Auditierung von datenschutzfreundlichen Konzepten, Produkten und Angeboten.

Ihre Aufgabe ist es unter anderem, die Patientenrechte wie

das der Selbstbestimmung, der Information und Auskunft zu wahren. Um diese Rechte ausüben zu können, muss jedoch ein gewisses Maß an Kompetenzen vorhanden sein. Verfügen alle Patienten über dieses Mindestmaß? Und wenn nicht, was ist zu tun?

Natürlich bedarf es in einer hoch technisierten Informationsgesellschaft größtmöglicher Medienkompetenz der Menschen. Aber: Diejenigen, die, aus welchen Gründen auch immer, diese Medienkompetenz nicht erlangen können, dürfen von uns nicht links liegen gelassen werden. Deshalb benötigen wir unabhängige Interessenvertretungen und im Zweifel Treuhänderschaften für die Patienten. Am Anfang müssen größtmögliche Transparenz und Verständlichkeit sowie anwendungsfreundliche „Oberflächen“ mit nachvollziehbaren, sinnvollen Wahlmöglichkeiten stehen. Aber bei Bedarf und erst recht im Notfall müssen Hilfen bereitgestellt werden, nicht zuletzt durch uns Datenschutzbeauftragte. Derzeit haben wir das Problem, dass die Menschen, die krank und hilfsbedürftig sind, zumeist wenig Erfahrungen mit Informationstechnik haben. Ich gehe davon aus, dass sich dies in 20 Jahren grundlegend geändert haben wird. Dann wird diese Technik massiv als Hilfe für Kranke genutzt werden.

Viele Bürgerinnen und Bürger legen eine gewisse Gleichgültigkeit an den Tag, in ihren Augen hat der Datenschutz keine oder nur geringe praktische Bedeutung. Können und wollen Sie dagegen etwas unternehmen?

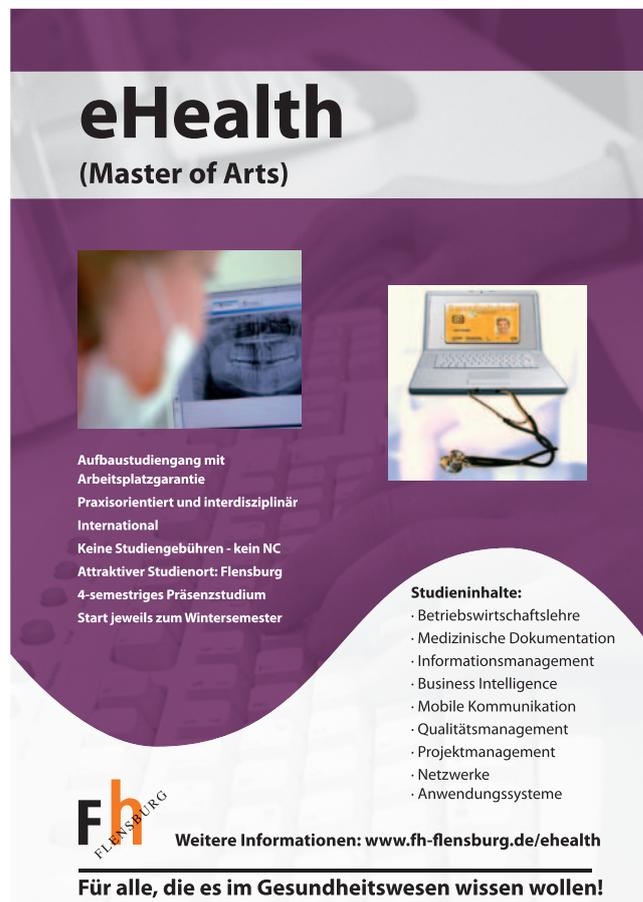
Wir Datenschützer wollen niemand zum Schutz der Privatsphäre zwingen. Wer sich bewusst sinnbildlich öffentlich bloßstellt, ist selbst schuld. Nur müssen die Menschen wissen, was sie tun. Daher müssen wir ihnen die nötigen Informationen bereitstellen, wie etwa über die Chancen, Risiken und Schutzmöglichkeiten bei der Internetnutzung oder eben auch bei der Verwendung der Gesundheitskarte. Wir machen Veranstaltungen, geben Merkblätter und Infomaterial heraus und wir bieten sehr viele Hilfen im Internet an unter www.datenschutzzentrum.de und www.datenschutz.de. Im internationalen Vergleich ist die deutsche Bevölkerung äußerst bewusst im Umgang mit den eigenen Daten und bei der Verteidigung der Privatsphäre. Aber dies kann und muss noch besser werden.

Mit der technologischen Entwicklung könnten die Möglichkeiten und damit Fälle von Datenschutzverstößen weiter zunehmen. Oder die Sicherheitstechnik zieht nach und findet Wege für den gesicherten Austausch von Daten – einfach zu handhaben, einfach zu kontrollieren. Wie beurteilen Sie persönlich die Perspektiven für den Schutz von elektronischen Daten im Gesundheitsbereich?

Es wird immer ein Hase-und-Igel-Rennen zwischen Schutzmöglichkeiten und Datenschutzgefahren geben. Bei

diesem Rennen müssen wir auf der Seite der betroffenen Bürgerinnen und Bürger stehen. Der Datenschutz kann nicht dem Markt überlassen werden, sondern der Staat ist gefordert. Das Bundesverfassungsgericht hat dies griffig die „Gewährleistung der Integrität und Vertraulichkeit informationstechnischer Systeme“ genannt. Gerade insofern habe ich in die geplante Telematik-Infrastruktur und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte große Hoffnungen. Würden wir unsere Gesundheitsdaten, wie in den USA weitverbreitet, kommerziellen Privatfirmen wie Microsoft oder Google anvertrauen, dann wären wir den Profiterwägungen dieser Unternehmen ausgeliefert. Das deutsche Konzept einer demokratisch kontrollierten Gesundheitsdatenverarbeitung ist manchmal etwas schwerfällig, aber definitiv vertrauenswürdiger. Ich habe die Vision und auch den Eindruck, dass das Datenschutzbewusstsein bei den Menschen angesichts der immer weiter steigenden Auswertungsmöglichkeiten und Risiken steigt. Ähnlich wie dies in der Umwelttechnik war, kann sich dann Deutschland weltweit als Marktführer bei den Privacy-Enhancing-Technologies – also bei Datenschutztechniken – profilieren und letztlich mit einer guten Sache auch noch Geld verdienen.

Die Fragen stellte Gesine Stück, dsn



eHealth

(Master of Arts)



Aufbaustudiengang mit Arbeitsplatzgarantie
Praxisorientiert und interdisziplinär
International
Keine Studiengebühren - kein NC
Attraktiver Studienort: Flensburg
4-semestriges Präsenzstudium
Start jeweils zum Wintersemester

Studieninhalte:

- Betriebswirtschaftslehre
- Medizinische Dokumentation
- Informationsmanagement
- Business Intelligence
- Mobile Kommunikation
- Qualitätsmanagement
- Projektmanagement
- Netzwerke
- Anwendungssysteme

Fh FLensburg
Weitere Informationen: www.fh-flensburg.de/ehealth
Für alle, die es im Gesundheitswesen wissen wollen!

Gesundheit als Zukunftstreiber

Die Gesundheit ist in Deutschland zur wahrscheinlich wichtigsten Zukunftsbranche geworden. In den letzten Jahren sind von Zukunftsforschern, Wissenschaftlern und Unternehmensberatern zahlreiche Expertisen vorgelegt worden, die für Zweifel keinen Platz mehr lassen: Die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen wird in den kommenden Jahren – in Deutschland sowie weltweit – kontinuierlich steigen. Und wenn sich die deutsche Gesundheitswirtschaft richtig aufstellt, hat sie gute Chancen, zu einer weltweit führenden Adresse in Sachen Gesundheit zu werden – mit großen Vorteilen für Lebensqualität, Arbeit und Wachstum. Allerdings können diese Chancen nur genutzt werden, wenn Wirtschaft und Politik auf Innovation setzen und Deutschland gemeinsam als Gesundheitsstandort profilieren.

Der Koalitionsvertrag 2009 der christlich-liberalen Bundesregierung gewährt den wirtschaftlichen und sozialen Chancen einer starken Gesundheitswirtschaft einen großen Raum. Er knüpft damit an Aktivitäten an, die bislang vorwiegend auf der regionalen Ebene stattfinden: Hier arbeiten Gesundheitswirtschaftsinitiativen, hier entstehen Masterpläne oder Entwicklungskonzepte und häufig gelingt es sogar, neue Förderprogramme aufzulegen.

Gründe dafür, dass das Interesse der Gesundheitswirtschaft ausgerechnet an der regionalen Ebene so groß ist, gibt es viele. Ganz besonders hervorzuheben sind drei Überlegungen:

- Eine anspruchsvolle Gesundheitsversorgung hat in den Augen der Bürgerinnen und Bürger eine große und zudem wachsende Bedeutung. Dementsprechend tun Kommunal- und Landespolitiker gut daran, sich auf diesem Gebiet stark zu engagieren.
- In den Gesundheitsbranchen sind in den letzten Jahren viele Arbeitsplätze entstanden und einiges spricht dafür, dass die Jobmaschine Gesundheit auch in den kommenden Jahren weiterlaufen wird, vor allem in der Altenhilfe und bei ambulanten Angeboten.
- Unternehmen und Einrichtungen aus der Gesundheitsbranche erkennen, dass sie sich mittel- und langfristig nur dann behaupten können, wenn Leistungsprozesse für Patienten qualitativ besser, integrierter und effizienter gestaltet werden – dafür ist Zusammenarbeit „vor Ort“ eine unerlässliche Voraussetzung.

Regionen, die sich als Top-Standorte der Gesundheitswirtschaft, als Gesundheitsregionen der Zukunft aufstellen, untermauern diesen Anspruch mit Innovationen, das heißt mit der Forschung, Entwicklung, Erprobung und Umsetzung neuer Produkte und Verfahren. Als Sprecher des Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e. V.) hat der Autor dieses Artikels einen Überblick über Aktivitäten, Schwerpunkte und Akzente, die in verschiedenen Gesundheitsregionen gesetzt werden. Das folgende Schaubild versucht diese Erfahrungen überblicksartig zusammenzufassen; es unterscheidet dabei zwischen den Aktivitäten, die in der Gesundheitswirtschaft selbst stattfinden, und solchen, in denen Akteure aus anderen Branchen, in der Nachbarschaft zu Gesundheitssektoren, Gesundheit als Zukunftsimpuls für die

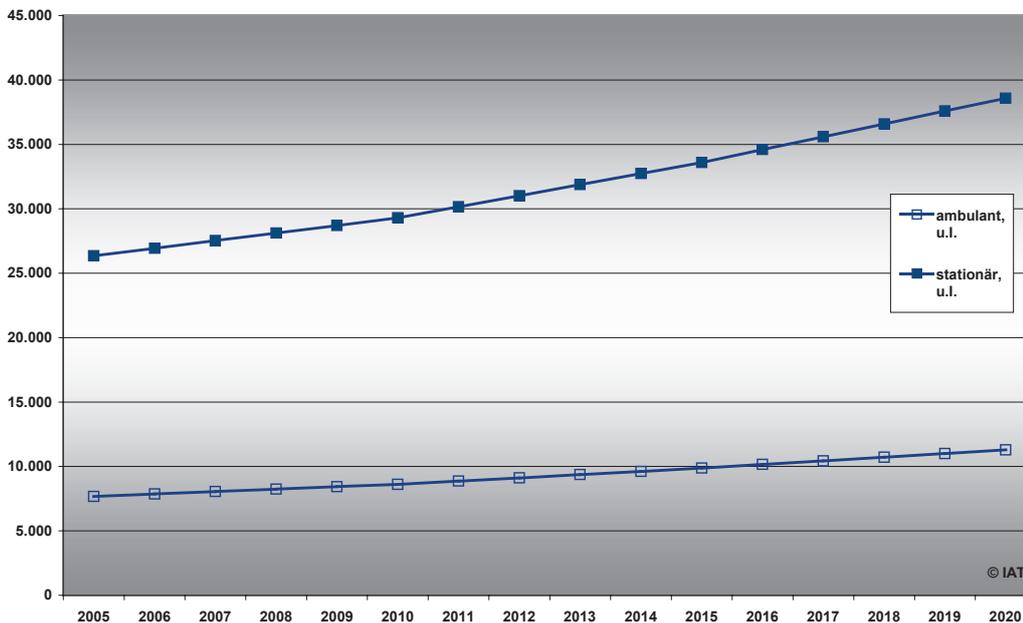
Verbesserung ihres ursprünglichen Angebotskanons aufgreifen.

Schleswig-Holstein gehört zu den Regionen, die sich bereits frühzeitig auf den Weg gemacht haben, die Zukunftschancen der Gesundheitswirtschaft aufzugreifen. Eine detaillierte Übersicht über die bislang gelaufenen Aktivitäten, über aktuelle Entwicklungsfelder sowie über Handlungsempfehlungen liefert eine Expertise, die in 2009 vom Institut Arbeit und Technik (IAT) im Auftrag des Gesundheitsministeriums vorgelegt wurde. Im Ergebnis ist besonders hervorzuheben, dass Schleswig-Holstein

- auf einem guten Weg ist, der Sicherung, Weiterentwicklung und Integration der Versorgung (gerade auch in der Fläche) weiterhin eine hohe Priorität einzuräumen.

Gesundheitswirtschaft im engeren Sinne	Gesundheitsbranchen im weiteren Sinnen
Design von integrierten Versorgungslösungen	Tourismus/Gesundheitstourismus
Qualität und Qualitätstransparenz	Ernährung/Gesunde Ernährung
Vernetzung, Profilbildung und Innovation in Krankenhäusern	Wohnen/Betreutes Wohnen, neue Wohnformen im Alter
Prävention und personalisierte Medizin	luK/Ambient Assisted Living (Barrierefreie und Gesundheitsfördernde Wohnungsgestaltung mit Hilfe von luK)
Ausbau der Medizintechnik und Lebenswissenschaften	Freizeit/Medical Wellness
Auf- und Ausbau von internationaler Zusammenarbeit	Sport/Fitness
Erneuerung der Versorgung durch Nutzung der Gesundheitstelematik	Bildung/Gesundheitsbildung
Berufliche Aus- und Weiterbildung	Mobilität/Altersgerechte Mobilität

Gestaltungsfelder und Baustellen für die Zukunft der Gesundheit



Prognose der Beschäftigung in der Altenpflege (Status-Quo-Fortschreibung), Schleswig-Holstein bis 2020, Quelle: IAT-Studie 2009

- systematisch darangeht, seine gesundheitstouristischen Potenziale besser zu profilieren und zu vermarkten,
- eine der führenden Reha-Regionen Deutschlands ist und in diesem Gestaltungsfeld von innovativen Ansätzen der Reha-Anbieter profitiert.

Die Analyse identifiziert darüber hinaus zwei weitere Handlungsempfehlungen: aus der engeren Gesundheitswirtschaft den Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung, aus den Nachbarschaftsbranchen das Handlungsfeld Seniorenwirtschaft, also alles, was mit dem Thema Produkte und Dienstleistungen für Lebensqualität im Alter zu tun hat. Beide Gestaltungsfelder wurden ausgewählt, weil hier in Schleswig-Holstein große Kompetenzen und Zukunftschancen gesehen werden.

Neue Pflegeberufe entstehen

In ganz Deutschland geht die Sorge um, dass es in Zukunft zu Personalengpässen kommen könnte. Insbesondere in den ländlichen Gebieten könnte sich die Personalfrage zur „Achillesferse“ der Zukunftsbranche Gesundheit entwickeln. Schleswig-

Holstein versucht dem unter anderem dadurch entgegenzuwirken, indem es innovative und anspruchsvolle neue Pflegeberufe ausbildet. In dem Akademischen Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung an der Universität in Lübeck wird im Bereich Pflege geforscht. Außerdem entsteht ein Studiengang, der zu einer „advanced nursing practise“ führt. Damit soll die Qualität der Pflege insgesamt maßgeblich gesteigert werden. Die Absolventen sollen auch in der Lage sein, hochwertige Pflegeaufgaben kompetent und eigenständig zu übernehmen.

Arbeitsorganisation optimieren

Um die Gesundheitsberufe für Beschäftigte attraktiver zu machen, wird in der IAT-Studie eine Arbeitsgestaltungsinitiative vorgeschlagen. Diese soll helfen, die Arbeitsbedingungen weniger belastend zu gestalten. Neben besseren Löhnen und Gehältern – über die ja die organisierten Sozialparteien entscheiden – sind neue Impulse für eine optimierte Organisation der Arbeit unerlässlich. Dazu wird nicht nur die (informations-)technische Unterstützung der Arbeit nötig sein,

sondern gefordert sind auch neue Wege der Arbeitsorganisation und -teilung zwischen den Berufen und Unternehmen. Erste unkoordinierte, häufig sehr kontrovers diskutierte Schritte in diese Richtung werden derzeit an vielen Stellen in Deutschland gemacht. Das Gesundheitsland Schleswig-Holstein könnte davon profitieren, dass es das Thema „neue Arbeitsorganisation, neue Arbeitsteilung“ transparent und wissenschaftlich begleitet angeht. Bei Verbänden und Gewerkschaften, aber auch etwa in der Ärztekammer, ist die Bereitschaft vorhanden, entsprechende Gestaltungsaktivitäten voranzubringen. Bei Akteuren in der Praxis – etwa an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Klinikums in Itzehoe – sind für neue Wege der Arbeitsgestaltung bereits erste konzeptionelle Vorarbeiten geleistet worden.

Angebote für ältere Menschen

Beim Thema „Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter“ empfiehlt die IAT-Studie, die bereits an etlichen Stellen im Land gestarteten Aktivitäten auszubauen. Des Weiteren sollte die Auf-

	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Altenpflege (Status-Quo-Modell)	+15.800	+15.800
Stationäre Versorgung	-120	+950
Ambulante Versorgung	+4.600	+8.100
Vorleistungs- und Zulieferbereiche	+1.225	+2.500
Gesundheitsrelevante Randbereiche	+500	+1.000
Gesundheitswirtschaft Insgesamt	+22.005	+28.350

Übersicht Beschäftigungsprognose Gesundheitswirtschaft, Schleswig-Holstein 2020, Quelle IAT-Studie 2009.

merksamkeit für entsprechende Angebote aus Schleswig-Holstein auch außerhalb des Landes gesteigert werden – sei es, um ältere Urlauber anzusprechen, oder sei es, um Seniorinnen und Senioren verstärkt dazu zu gewinnen, ihre Lebens- und Wohnstandort nach Schleswig-Holstein zu verlegen. Mit Blick auf die genannten touristischen Ziele kann etwa eine „barrierearme Küste“ die Attraktivität der Urlaubsregionen für ältere Menschen steigern. Zwar gibt es schon eine Reihe von Hotels und 45 Ferienbauernhöfe, die barrierefreie Unterkünfte anbieten, und auch 13 barrierefreie Strandzugänge. Diese Ansätze sind aber noch ausbaufähig. Die Fachhochschule Westküste hat einen Leitfaden zur Gestaltung von Beherbergungsangeboten für ältere Reisende entwickelt, der diese Entwicklung unterstützt.

Mehr Arbeitsplätze

Die IAT-Studie enthält neben Entwicklungsfeldern und Handlungsempfehlungen auch eine Skizze davon, was Schleswig-Holstein mit einer engagierten Gesundheitswirtschaftspolitik gewinnen kann. An erster Stelle stehen dabei natürlich die Gewinne für die Gesundheit und Lebensqualität im Lande selbst.

Darüber hinaus wird aber auch deutlich, dass Gesundheitswirtschaft in ganz entscheidendem Maße positive Akzente für den Arbeitsmarkt setzen kann. Heute arbeiten bereits gut 170.000 Menschen für die Gesundheit in Schleswig-Holstein, im Jahr 2020 könnten es bei einer gelungenen Modernisierung und Entwicklung des Gesundheitslandes 28.000 mehr sein! Gewinner werden Altenpflege und ambulante Versorgungsformen sein, aber auch in den Zulieferbranchen (etwa Medizintechnik) und im Gesundheitstourismus rechnen wir mit positiven Beschäftigungseffekten.

Die IAT-Studie „Gesundheit ist Zukunft: Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein – Entwicklungsfelder und Handlungsempfehlungen“ kann unter www.gesundheit.schleswig-holstein.de kostenlos heruntergeladen oder im Gesundheitsministerium bestellt werden.

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



Schön Kliniken

LEBEN IST VIELFALT



Vielfältig ist auch das Behandlungsspektrum der Schön Kliniken. Unsere Spezialisten setzen sich tagtäglich für eine erstklassige medizinische Versorgung der Patienten ein, aber blicken auch darüber hinaus. Interdisziplinäre Vernetzung von Fachbereichen und Kooperation mit namhaften Universitäten, niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sind uns wichtig. Dabei tragen wir auch Sorge für die Zeit danach: In welcher Selbsthilfegruppe bekommt unser Patient zukünftig Unterstützung? So definieren wir Qualitätsmedizin. Medizin, die den Patienten und sein Umfeld im Blick hat. Dass Vernetzung sinnvoll ist, zeigen unsere nachweisbaren Behandlungserfolge und eine überdurchschnittliche Patientenzufriedenheit.

Klinikum Neustadt

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

KlinikumNeustadt@schoen-kliniken.de

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck

Klinik für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie, Hand-, Brust-, Plastische Chirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Innere Medizin; Neurologie, Radiologie, Anästhesie und Intensivmedizin, Orthopädische Rehabilitation – direkt an der Ostsee

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

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

Schön Kliniken. Die Spezialisten

Fragen an den Unternehmer

Herr Freund, Sie sind Betriebswirt und Philosoph. Ist das für Ihr Tun eine gute Kombination?

Ja, denn die Philosophie trainiert darin, komplexe Sachverhalte zu strukturieren und Fehler zu entdecken. Unternehmen sind sehr reale, aber auch komplexe Gebilde und auch dort ist Teil des Erfolges die ständige Suche nach Fehlern und Schwächen, um morgen besser zu sein. Daneben hilft mir die Beschäftigung mit der Philosophie, manchmal den notwendigen Abstand zu bekommen.

Die Financial Times hat Sie unter der Überschrift „Lust auf mehr“ porträtiert. In der schleswig-holsteinischen Gesundheitsbranche wird der eine oder andere darin sein (Vor)Urteil bestätigt sehen. Damp expandiert in Schleswig-Holstein, in andere Bundesländer, ins Ausland. Was ist der Plan? Und wie sieht das die Branche?

Wir haben unsere Präsenz in den letzten zehn Jahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verstärkt und sind momentan mit elf Kliniken in Norddeutschland und Dänemark präsent. Ob und wann wir weiter expandieren, ist eine Frage der Möglichkeiten. Die Branche beobachtet sicherlich sehr genau, was wir tun. Aber das ist normal. Wir haben unsere Wettbewerber schließlich auch immer im Blick.

Sie sind dabei, neue Versorgungsmodelle zu entwickeln und sie im Franchising anzubieten. Steckt dahinter eine Versorgungsphilosophie?

Ja, durchaus. Schon seit vielen Jahren ist unser Anspruch, den Menschen in der Region Gesundheit aus einer Hand zu bieten. Dies gelingt uns bereits sehr erfolgreich in der Orthopädie und Onkologie. Hier können wir unsere Patienten durchgehend betreuen – von der Versorgung in der Akutklinik bis zur Nachsorge in einer unserer stationären Rehakliniken oder



Torben Freund mit seinem Vorstandskollegen Professor Michael Almeling im Gespräch

einem der ambulanten Rehazentren. Unser Ziel ist, unser Know-how auch verstärkt in die ärztliche Versorgung einzubringen. Dies ist jedoch kein Franchising im klassischen Sinne. Wir sehen uns eher als Kooperationspartner, der seinen Partnern – in diesem Fall den niedergelassenen Ärzten – im Tagesgeschäft den Rücken freihält, damit diese sich auf die Erbringung ihrer Kernleistungen konzentrieren können.

Und wie überzeugen Sie potenzielle Partner vom Damp-Modell?

Der administrative Aufwand hat in den letzten Jahren in den niedergelassenen Arztpraxen erheblich zugenommen. Wir bieten den Niedergelassenen daher beispielsweise an, die Verwaltung und die Organisation in ihrer Praxis zu übernehmen. Unser Service reicht von der Beschaffung von Verbrauchsgütern und anderen Materialien bis zur Bereitstellung von Medizintechnik und zum gemeinsamen Aufbau von medizinischen Versorgungszentren.

Im Gegensatz zu unseren Wettbewerbern verfolgen wir allerdings eine andere Strategie: Wir suchen in erster Linie unternehmerisch denkende Ärzte, die Mehrheitsgesellschafter eines solchen Gesundheitszentrums sein wollen. Denn auch Ärzte können gute Unternehmer sein.

Ist das gesundheitspolitische Klima im Land eines, das die Umsetzung Ihrer Pläne befördert

oder eher behindert? Wenn Sie sich das Ideale wünschen dürften, wie sähe das aus?

Die Gesundheitsbranche und allen voran die Krankenhäuser stehen seit Jahren unter einem enormen wirtschaftlichen Druck. Während die Kosten durch die allgemeine Preissteigerung, Tarifierhöhungen und politische Auflagen stetig gestiegen sind, stagnierten die Preise für unsere Leistungen und damit unsere Einnahmen. Die Politik hat zwar erkannt, dass die Gesundheitsbranche ein wichtiger Arbeitgeber im Land ist. Schleswig-Holstein könnte die knappen Ressourcen jedoch noch stärker auf die Zukunftsthemen Gesundheit und Gesundheitstourismus fokussieren.

Ihr Leitspruch ist „Man muss die Dinge auch anpacken und sie tun“. Was packen Sie noch für die Versorgung der Menschen in Schleswig-Holstein an?

Wir arbeiten gemeinsam mit dem Land und dem Kreis Schleswig-Flensburg an einem großen Paket zur Entwicklung des Gesundheitsstandortes Schleswig, das alleine Investitionen von über 100 Millionen Euro beinhaltet. Damit sollen die Versorgung weiterentwickelt und 2.000 Arbeitsplätze gesichert werden. Daneben wollen wir unsere Antwort auf die entstehenden Versorgungslücken auf dem Lande geben, damit jeder Bürger des Landes morgen noch seinen Arzt erreichen kann.

Die Fragen stellte Randy Lehmann.

ANNA geht ans Netz

Der Prostatakrebs ist weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Prof. Dr. Tillmann Loch, Klinik für Urologie Flensburg, hat das C-TRUS/ANNA Verfahren entwickelt und damit die Diagnostik zur Früherkennung qualitativ verbessert. Das Netzwerk Innovative Urologische Tumordiagnostik Flensburg zielt darauf ab, diese neue Technik mit kontinuierlicher Weiterbildung bundesweit, künftig auch weltweit, für die Ärzte vor Ort anwendbar zu machen.

Die wenigsten Männer nutzen die Möglichkeiten zur Früherkennungsuntersuchung – in Schleswig-Holstein nicht mal jeder siebte Mann. Die Gründe sind Angst, Gleichgültigkeit und zum Teil einfach Unwissenheit. Dabei hat eine europäische Studie gezeigt, dass mit der Früherkennung eine Verringerung der tumorbedingten Todesrate beim Prostatakrebs um 20 Prozent erreicht werden kann. Und werden sie rechtzeitig erkannt, sind über 85 Prozent aller Prostatakarzinome heilbar.

Keine gezielte Entnahme möglich

Die gängige Früherkennungspraxis verläuft folgendermaßen: Mit einem Blutwert, dem prostataspezifischen Antigen und dem tastenden Finger werden Risikogruppen definiert, deren Krebsverdacht über weitere differenzierte Diagnostik abgeklärt wird. Der Testbefund und die Blutwerte allein geben keine eindeutige Aussage über die Diagnose. Dafür wird eine Gewebeprobe benötigt. Bisher wurden diese Gewebeprobeentnahmen nach dem Stand der aktuellen Leitlinien über sogenannte systematische Zufallsbiopsien entnommen. Bei diesem Verfahren war es nötig, zwischen sechs und 24 Gewebeprobeentnahmen in einer Sitzung zu entnehmen. Mitunter konnten es aber auch bis zu 140 Entnahmen werden. Dieses Vorgehen war notwendig, solange es keine geeigneten Möglichkeiten einer gezielten Gewebeprobeentnahme gab.

Das sogenannte C-TRUS/ANNA-Verfahren kann im Ultraschall Areale mit Verdacht auf Prostatakrebs anzeigen. Das System lernt aus bekannten und operierten Beispielen Muster zu erkennen, die ein bösartiges Wachstum beschreiben.

Mittels neuester Computertechnologie findet ANNA, ähnlich wie in einer Rasterfahndung, solche krebsverdächtigen Areale auch in unbekanntem Daten wieder und markiert sie dann als auffällig im konventionellen Ultraschallbild. In einer prospektiv angelegten Studie hat das C-TRUS/ANNA-Verfahren bei Patienten mit zwölf unauffälligen Vorgebeentnahmen bei 50 Prozent von ihnen Prostatakrebs diagnostiziert.

ANNA lernt

Bisher bestand das C-TRUS/ANNA-System aus einem Einzelsystem, das nur in Flensburg zur Nutzung bereitstand. Patienten, die mittels C-TRUS/ANNA untersucht werden sollten, mussten dafür nach Flensburg reisen. Hier wurde dann auch die Gewebeprobe entnommen und der Befund an den behandelnden Urologen zurückgeschickt. Mittlerweile ist das „Stand-alone“-Gerät mithilfe von Industriepartnern zu einem netzwerkfähigen Modul (Server Client) weiterentwickelt worden. Jetzt ist es möglich, von jeder internetfähigen Plattform Bilder an das Analysereferenzzentrum zu senden. Die ausgewerteten Bilder mit den markierten, krebsverdächtigen Arealen werden nach Auswertung an den Einsender zurückgesandt, der sie dann vor Ort zur weiteren gezielten Diagnosesicherung nutzt.

Mit diesem Wissen kann der im Netzwerk eingebundene Arzt vor Ort gezielte Gewebeprobeentnahmen aus dem verdächtigen und daher markierten Areal entnehmen. In einem aufwändigen, im Rahmen des Netzwerkes Innovative Urologische Tumordiagnostik Flensburg definierten Qualitätsprozess werden die Ergebnisse in das Netzwerksystem eingespeist. Künftig wird das Sys-

tem mithilfe der neuen Daten immer weiter verbessert. ANNA lernt.

ANNA geht ans Netz

Im Rahmen des Netzwerkes wurden „beta site“-Partner – ausgewählte Zweitanwender – definiert, die an der Beurteilung teilnahmen und an der Weiterentwicklung des Netzes beteiligt wurden. In der ersten Phase waren über 20 Urologen aus Schleswig-Holstein und anderen Bundesländern in die Beurteilung und Überprüfung des netzwerkfähigen C-TRUS/ANNA-Konzepts eingebunden. Sämtliche Vorgänge und Vorgehensweisen wurden multizentrisch diskutiert und eine Arbeitsanleitung gemeinsam erarbeitet. Urologen aus der ganzen Bundesrepublik haben in Flensburg hospitiert, um die Grundlagen von C-TRUS/ANNA, das die Basis für die differenzierte Diagnostik ist, zu lernen. Schon jetzt verfügen etwa 90 Prozent der Urologen bundesweit über das notwendige Ultraschallgerät, mit dem man transrektal untersuchen kann. Somit wären sie schon jetzt von der gerätetechnischen Ausstattung in der Lage, mit ANNA zu arbeiten.

ANNAs Referenzen in Flensburg

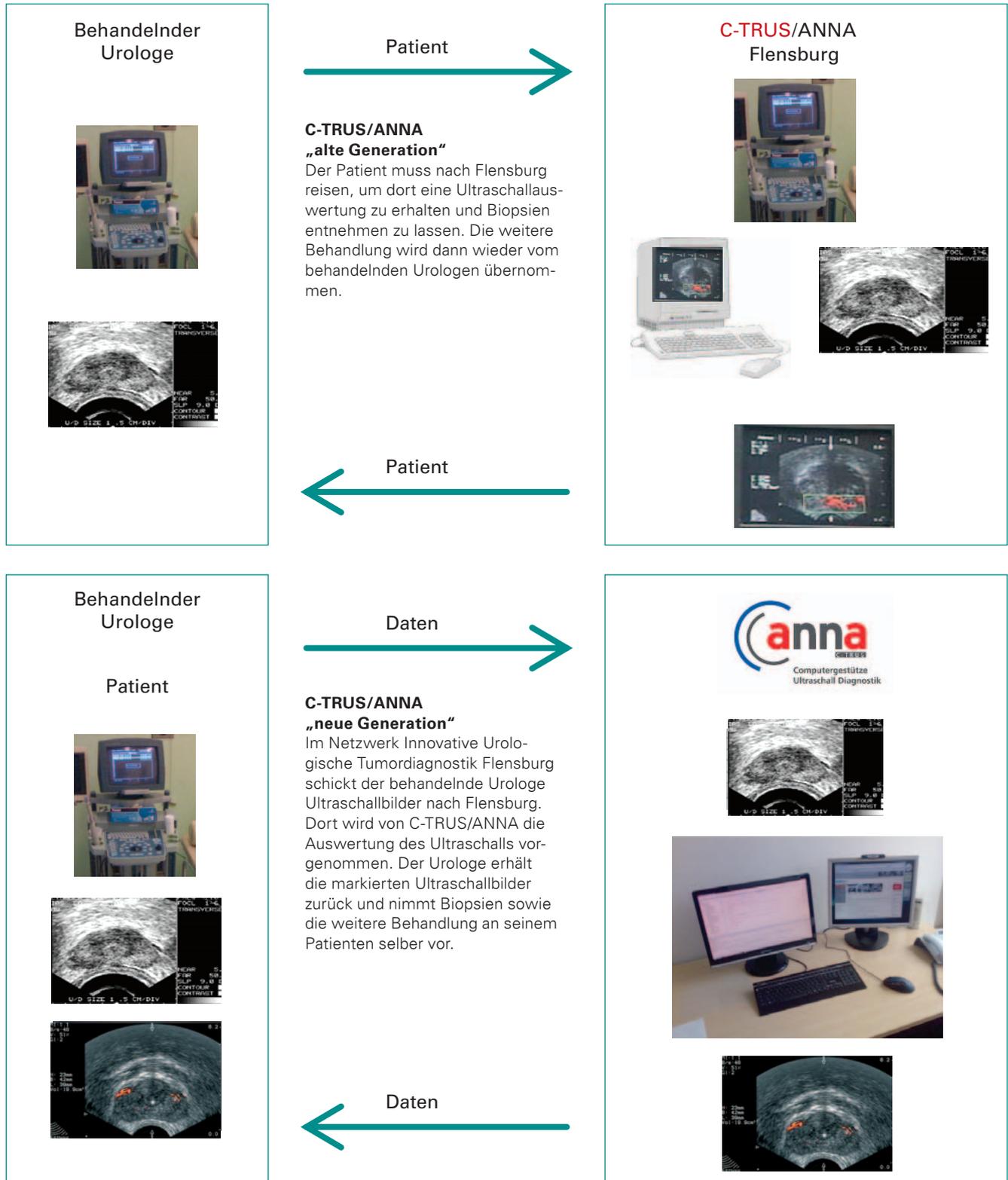
An der Klinik für Urologie des Diakonissenkrankenhauses in Flensburg wird sukzessive ein klinisches Referenzzentrum aufgebaut. Dafür wurden im Netzwerk Standard Operating Procedures („SOPs“) definiert, in der klinischen Praxis getestet und an das neue System angepasst. Des Weiteren wurde über Hospitationen und Einbindungen weiterer Untersucher das System in einem multizentrischen Ansatz getestet und erprobt. Im Rahmen dieser Erprobung konnte bei 64 Patienten im Zeitraum von August 2008 bis 2009 zusätzlich ein Prostatakrebs nachgewiesen wer-

den. Sämtliche der hier gefundenen Tumoren waren nach klinischen Kriterien behandlungsbedürftig. Die mit C-TRUS/ ANNA gewonnenen Informationen werden auch für eine stadiengerechtere Therapie genutzt.

Das Netzwerk Innovativer Urologische Tumordiagnostik Flensburg wurde als Leitprojekt von der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein über drei Jahre mit insgesamt 460.000 Euro gefördert.

Prof. Tillmann Loch, Chefarzt der Urologischen Klinik am Ev.-Luth. Diakonissenkrankenhaus Flensburg, www.diako.de

Die Daten bewegen – nicht den Patienten



Wir achten auf das Wesentliche. Das Leben.

Wo immer Dräger-Produkte zum Einsatz kommen, geht es um das Wichtigste: das Leben. Ob im Krankenhaus, in der Intensivmedizin oder im Rettungswesen – bei jedem dieser Einsätze vertrauen Anwender und Patienten auf unsere Technik. Und das seit nahezu 120 Jahren.

ERFAHREN SIE MEHR UNTER: WWW.DRAEGER.COM

Dräger. Technik für das Leben®

Kompetent kooperieren gegen Krebs

Fortschritte in der Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen haben Überlebenschancen und die Lebensqualität krebserkrankter Menschen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Um die Behandlung von Krebspatienten weiter zu optimieren und auf höchstem Niveau zu vereinheitlichen, um Aufklärung zu leisten und Forschung schnellstmöglich für Patienten nutzbar zu machen, wurde 2008 das Krebszentrum Nord in Schleswig-Holstein gegründet. Nun steht der Ausbau zum Comprehensive Cancer Center an.

Das Krebszentrum Nord besteht derzeit aus

- den medizinischen Fakultäten des Universitätsklinikums in Kiel und Lübeck (UK S-H)
- der Mehrzahl der onkologisch tätigen Kliniken Schleswig-Holsteins
- dem epidemiologischen Krebsregister mit Sitz in Lübeck
- dem Nordeuropäischen Radioonkologischen Centrum Kiel (NRoCK).

Innerhalb dieses Verbundes kooperieren alle an der Versorgung onkologischer Patienten beteiligten Fachdisziplinen des UK S-H mit den onkologisch tätigen Kliniken und Einrichtungen des Landes, um Krebspatienten in Schleswig-Holstein auf einem standardisierten, einheitlich hohen Niveau zu behandeln. Schon

heute können rund 70 Prozent aller stationären Patienten unseres Landes nach den Diagnose- und Therapiestandards eines Comprehensive Cancer Centers betreut werden.

Besonderes Merkmal von Comprehensive Cancer Centern ist die verstärkte Einbindung der Krebsforschung und die Übertragung der Ergebnisse vom Labor in die Klinik. Ziel ist es, neue wissenschaftliche Entwicklungen und Erkenntnisse zeitnah als effektivere und nebenwirkungsärmere Therapien anzubieten. Neben der Patientenversorgung und der wissenschaftlichen Arbeit bietet das Krebszentrum Nord außerdem Fort- und Weiterbildungen für medizinisches Personal und Patienten.

Qualitätssicherung im Krebszentrum Nord

Die Mitglieder des Krebszentrums sind sich einig, ein Klinisches Krebsregister in Schleswig-Holstein (KKR-SH) einzurichten. Das KKR-SH erfasst alle Krebserkrankungen, deren Verlauf und Therapie. Es wird die Basisdokumentation für jede Form der klinisch-onkologischen Forschung in Schleswig-Holstein repräsentieren. Als gemeinsamer Datensatz pro Patient wurde der sogenannte ADT-Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren implementiert.

Das KKR-SH ist notwendig, um den Umsetzungsgrad der Ziele eines Comprehensive Cancer Centers im Sinne einer dokumentierten Qualitätssicherung erfassen zu können. Es ist vor allem aber auch ein medizinischer Gewinn für Ärzte und Patienten gleichermaßen. Ein KKR-SH ermöglicht, eine leitliniengerechte

und hoch qualitative Behandlung von Krebserkrankten transparent und planbar zu machen. Daher wird das Vorhaben sowohl vom Wirtschafts- und Wissenschaftsministerium als auch vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein sowie vom Landesdatenschutz gefördert, unterstützt und begleitet.

Komplexe Antworten für komplexe Fragestellungen

Seit 1998 melden alle Krankenhäuser, Institute und niedergelassenen Ärzte per Meldepflicht ihre onkologischen Patienten über eine bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein angesiedelte Vertrauensstelle an das Epidemiologische Krebsregister Schleswig-Holstein. Die rechtliche Grundlage der Erfassung und Registrierung der Krebserkrankungen in Schleswig-Holstein ist das vom Landtag einstimmig verabschiedete Landeskrebsregistergesetz (LKRGG). Die Krebsregistrierung ist damit eine gesetzlich geregelte Verpflichtung. Das Gesetz regelt die Organisation des Krebsregisters sowie Art und Umfang der Erhebung, Speicherung, Auswertung und wissenschaftliche Verwendung der erhobenen Daten. Ein zentraler Punkt des Gesetzes widmet sich dem Datenschutz, der durch sehr strenge Vorgaben sicherstellt, dass ein Missbrauch der erhobenen Daten ausgeschlossen werden kann.

Das bereits bestehende Epidemiologische Krebsregister hat klassischerweise Krebsneuerkrankungen und Gesundheitsberichterstattung im Fokus und kann Fragen zu postulierten ungewöhnlichen Krebshäufigkeiten, beispielsweise im Bereich eines Kernkraftwerkes beantworten. Das EKR-SH ist per Gesetz autorisiert, registrierte Patientendaten auf An-

Ziele des Krebszentrums Nord

- Zentrale Anlaufstellen für Krebspatienten
- Höchste Qualität in Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- Flächendeckende Versorgung
- Schnellerer Zugang für Patienten zu klinischen Studien
- Vorstellung möglichst vieler Patienten in Tumorboards zur interdisziplinären Festlegung von Therapieansätzen
- Vernetzung und Kooperation mit umliegenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten
- Tumorrisikoberatung, Prävention und Früherkennung
- Psychoonkologische Betreuung
- Aufbau eines klinischen Krebsregisters und moderne Qualitätssicherung

Übergeordnetes Ziel bei der Etablierung eines Klinischen Krebsregisters ist die evidenz- bzw. leitlinienbasierte Verbesserung der Behandlung der rund 100.000 Krebspatienten, davon etwa 18.000 Neuerkrankten im Jahr, in Schleswig-Holstein (Jahresbericht des Krebsregisters 2006). Voraussetzung hierfür ist ein valides, belastbares und realistisches Qualitätssicherungssystem. Als Basis einer flächendeckenden Verbesserung der Qualitätssicherung in der Behandlung von Krebspatienten in Schleswig-Holstein soll neben dem bestehenden Epidemiologischen Krebsregister Schleswig-Holstein (EKR-SH) ein Klinisches Krebsregister (KKR-SH) etabliert werden.

Frage einer meldenden Institution, wie dem Krebszentrum Nord, hinsichtlich des Überlebensstatus mit den Einwohnermeldeämtern abzugleichen. Auf diese Weise können schon jetzt die für die Qualitätssicherung entscheidenden Überlebenskurven für Patientenkollektive einzelner Institutionen erstellt werden. Das EKR-SH erfasst und speichert aber keine Verlaufsdaten, wie etwa das Auftreten von Rezidiven und Metastasen und auch keine ausführlichen Angaben zu durchgeführten Therapien. Gerade diese Angaben sind aber erforderlich, um eine leitliniengerechte und hoch qualitative Behandlung von Krebserkrankten transparent zu machen.

Auf bestehenden Strukturen aufbauen

Für den klinischen Gebrauch und als Basisdokumentation für eine regional übergreifende Qualitätssicherung, aber auch als Grundlage für praktisch jede Form einer vernetzten klinischen Forschung ergibt sich daraus die Notwendigkeit, ein Klinisches Krebsregister Schleswig-Holstein aufzubauen.

Es liegt auf der Hand, dabei sowohl das seit Jahren am Campus Kiel etablierte Tumorzentrum als auch die für den Betrieb des EKR-SH aufgebauten Strukturen zu nutzen. Dass sie dabei erweitert werden müssen, ergibt sich zwangsläufig aus dem im Vergleich zum EKR-SH erheblich umfangreicheren Aufwand für das KKR-SH.

Der erhebliche zusätzliche Bedarf insbesondere im Rahmen der Nachsorge und im Bereich der Auswertung der Daten muss von qualifizierten Institutionen gedeckt werden. Dafür steht in Schleswig-Holstein das Institut für Krebsepidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck, Mitglied im CCC, als anerkannter Partner zur Verfügung. Die hier im Rahmen der Betreuung von Brustkrebspatientinnen gemachten Erfahrungen fließen in das neue Projekt ein.

Die Finanzierung des Klinischen Krebsregisters ist noch nicht abschließend geklärt. In Bundesländern mit funktionierenden klinischen Krebsregistern wie Brandenburg, wird die klinische Krebsregistrierung von den Krankenkassen getragen.

Neue Erkenntnisse zum Nutzen des Patienten

Notwendige Vorarbeiten wurden geleistet: Das schleswig-holsteinische Landesamt für Datenschutz hat in Zusammenarbeit mit dem Krebszentrum die Sicherheit

der zu erhebenden Daten eingehend geprüft. Außerdem wurden die Patientenaufklärungsbögen aktualisiert und die nötige Infrastruktur entwickelt. Als Nächstes steht die Einbindung erster Pilotkliniken an. Es ist erklärtes Ziel des Krebszentrums Nord, auf Basis der neu gewonnenen Daten baldmöglichst neue Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie onkologische Patienten in Schleswig-Holstein noch besser versorgt werden können, und so einen weiteren Beitrag zu einem gesunden Leben in Schleswig-Holstein zu leisten.

Prof. Bernd Kremer, Krebszentrum Nord – CCC,
www.krebszentrum-nord.de
Prof. Alexander Katalinic,
Institut für Krebsepidemiologie e. V.,
www.krebsregister-sh.de

AUGENKLINIK  BELLEVUE
Prof. Dr. med. Detlef Uthoff



**Das Qualitätsnetz Bellevue...
Neue Wege zu mehr Qualität, Sicherheit und
Transparenz in der Augenheilkunde**

Mit dem Qualitätsnetz Bellevue, kurz QNB genannt, wurde Anfang 2006 ein vollkommen neuer Ansatz geschaffen.

Unser Ziel ist es, **die Zusammenarbeit zwischen der Augenklinik Bellevue und den niedergelassenen Augenärzten in Schleswig-Holstein wesentlich zu verbessern** und mit dem Zusammenwirken in einer starken Gemeinschaft **die medizinische Qualität zu steigern**.

Derzeit sind 44 kooperierende Augenärzte Mitglied im Qualitätsnetz Bellevue. Davon profitieren alle Beteiligten - Mitgliedspraxen, Klinik, Gesundheitswesen – **aber vor allem die Patienten**. Informieren Sie sich.

Besser informiert.

AUGENKLINIK BELLEVUE | Lindenallee 21 | 24105 Kiel
Tel.: 04 31/30 10 8-0 | Fax: 04 31/30 10 8-40
E-Mail: info@qualitaetsnetz-bellevue.de
www.augenklinik-bellevue.de | www.qnb.de



Betten anders belegt

Das Prinzip der Belegärzte unterstützt in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein, insbesondere in den Regionen, in denen nur kleine Krankenhäuser der Grundversorgung mit wenigen Fachbereichen vorhanden sind, eine wohnortnahe Versorgung mit einem breit gefächerten ambulanten und stationären Angebot.

Ein Belegarzt ist ein niedergelassener oder ein anderer nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, dem von einem Krankenhaus Träger Betten zur Verfügung gestellt werden. Somit hat der Belegarzt die Möglichkeit, seine oder die ihm zugewiesenen Patienten dort auch stationär zu behandeln, wenn dies medizinisch erforderlich ist.

Die Vergabe der sogenannten Belegbetten wird vertraglich zwischen den Partnern geregelt. Mit dem Vertragsabschluss bindet sich der Belegarzt an ein Krankenhaus und zahlt für die Inanspruchnahme der Leistungen ein Nutzungsentgelt. Seine Leistung rechnet er direkt mit den Sozialleistungsträgern ab. Zusammen mit dem in der Regel günstigeren Abrechnungssatz des Belegkrankenhauses führt dies zu einem niedrigeren Satz gegenüber einem Krankenhaus mit fest angestellten Ärzten.

Wohnung und Praxis des Belegarztes müssen so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Patienten gewährleistet ist. Denn der Belegarzt ist verpflichtet, die medizinische Versorgung seiner stationären Patienten rund um die Uhr sicherzustellen.

Von den fast 2.400 Fachärzten Schleswig-Holsteins sind knapp 16 Prozent als Belegärzte zugelassen.

Nutzen für alle

Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken unterstützt in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein eine wohnortnahe Versorgung. Insbesondere in den Regionen, in denen nur kleinere Krankenhäuser der Grundversor-

gung mit wenigen Fachbereichen vorhanden sind, kann eine größere Bandbreite an medizinischen Leistungen angeboten werden. Gegebenenfalls können die Krankenhäuser auch eher die gesetzlich geregelten Mindestmengen an Operationen nachweisen, um auch weiterhin diese Eingriffe vornehmen zu können. Der Belegarzt trägt mit der Nutzung bestehender medizinischer Einrichtungen und moderner Geräte für Diagnose und Therapie zu deren stärkeren wirtschaftlichen Auslastung bei.

Auf der anderen Seite kann das Belegarztwesen ein wichtiges finanzielles Standbein für Fachärzte sein, die in den weniger dicht besiedelten Regionen praktizieren. Mit der Versorgung der Patienten aus einer Hand können Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungskosten reduziert werden.

Beispiel für Zusammenarbeit

Ein Patient leidet zunehmend an Störungen beim Wasserlassen (Miktionsstörung). Der Hausarzt überweist ihn an einen Urologen, der die Diagnostik durchführt, dem Patienten die Diagnose auseinandersetzt, eine Behandlung vorschlägt und den Hausarzt schriftlich informiert. Häufigste Ursache für Störungen der Blasenentleerung ist das gutartige Wachstum der Prostata (Vorsteherdrüse). Bis zu einem gewissen Störungsgrad gibt es eine große Bandbreite von gut verträglichen und hochwirksamen Präparaten, die über lange Zeit die Beschwerden lindern können. In Absprache mit dem Hausarzt gelingt es sogar oft, sich auf ein Präparat zu einigen, das in der Lage ist, zugleich die Miktionsstörung und einen Bluthochdruck zu therapieren. Dieses Vorgehen reduziert die medikamentöse Belastung des Patienten und die finanzielle der Krankenkasse. Im Regelfall reicht eine regelmäßige

Vorstellung beim Facharzt, je nach Schweregrad der Erkrankung, alle drei bis zwölf Monate.

Sollten jedoch alle konservativen Maßnahmen versagen, stellt der Urologe die Indikation zur Blasenauflastungsanierung (Operation der Prostata). Als Belegarzt kann er dem Patienten ein Formblatt für den Hausarzt mitgeben, der daraufhin die Operation vorbereitet (Blutwerte, EKG, gegebenenfalls Röntgenbild der Lunge). Später im Belegkrankenhaus versorgt der Urologe „seinen“ Patienten. Alle wesentlichen Daten wie Diagnosen, Medikamente und Vorgeschichte sind bekannt. Viele Belegärzte kommunizieren im modernen, datensicheren Onlinezugriff zwischen dem Praxisserver und dem „Heim Arbeitsplatz“ im OP. So sind Datenverluste deutlich reduziert und die sonst oft langwierigen Aufnahmeprozessschritte entfallen. Auch die postoperative Versorgung verteilt sich auf maximal zwei Ärzte, nämlich den Haus- und den Facharzt. Die meisten der Patienten bleiben ihrem Urologen treu und erscheinen einmal im Jahr zur Vorsorge, von deren Ergebnis der Hausarzt unterrichtet wird.

Dr. Wolfgang Keil, Urologe mit Praxis und Belegarzt im St. Elisabeth-Krankenhaus Kiel, www.urologie-keil.de



Ihr Gesundheits- partner im Norden

Die **Damp Gruppe** ist der drittgrößte Arbeitgeber in Schleswig-Holstein. In führenden Kliniken der Akut- und Rehabilitationsmedizin, ärztlich-therapeutischen Bildungsinstituten sowie am attraktiven Urlaubsziel Ostseebad Damp beschäftigt die Damp Gruppe über 7.700 Mitarbeiter. Ob in Schleswig-Holstein, Hamburg oder Mecklenburg-Vorpommern – die Damp Gruppe ist **Ihr Gesundheitspartner im Norden**.



Überörtlich Vorort

In der Klinik sich kennen- und als Kollegen schätzen gelernt. Und zwar so gut, dass die sieben Orthopäden und Unfallchirurgen sich zu MedBaltic – einer ungewöhnlich großen überörtlichen Gemeinschaftspraxis an fünf Standorten – zusammengeschlossen haben.

Die fachlichen Vorteile dieses Zusammenschlusses für Ärzte, die alle neben der Tätigkeit in ihrer Praxis auch ambulant und stationär in der Klinik operieren, liegen auf der Hand:

- Eine stärkere Schwerpunktbildung ist möglich
- Der fachliche Austausch ist rege
- Problemfälle werden gemeinsam erörtert
- Visiten kann man sich teilen
- Behandlungskonzepte und -standards werden gemeinsam entwickelt, was für den Einzelkämpfer oft ziemlich mühsam ist

Zurzeit entwickelt MedBaltic ein online-basiertes Qualitätsmanagement, das von jedem Standort und von jedem Arbeitsplatz aus aufgerufen und gepflegt werden kann. So arbeiten die insgesamt über 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach gleichen Standards.

Unkomplizierte Vertretung

Die Kooperation hat auch organisatorische Vorzüge: An allen Computerarbeitsplätzen der fünf Standorte wird mit gleicher Software und gleichen Druckern gearbeitet. So können die Helferinnen bei Bedarf, in Krankheitsfällen oder bei Urlaubsvertretung, an den Standorten Altenholz, Bornhöved, Kiel, Krons- hagen oder Neumünster eingesetzt werden.

Sie finden sich ohne verzögernde Einarbeitungszeit zurecht. Aus dem gleichen Grund verwenden alle Praxen dieselben Verbandstoffe. Die Aufgaben der Praxisverwaltung haben die Chefs untereinander verteilt: Einer kümmert sich um Personalführung, ein anderer um die Zusammenarbeit mit den Kliniken, ein dritter koordiniert das Engagement in den Gremien von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer.



Bilden eine überörtliche Gemeinschaftspraxis: MedBaltic

Die Größe der Gemeinschaftspraxis machte es möglich, eine Praxismanagerin zur Erledigung von Verwaltungsaufgaben einzustellen, eine eigene Buchhalterin wird folgen. Auch das systematische Controlling können sich vor allem größere Einheiten leisten. Es gibt vier Auszubildende.

Vorteile für die Patienten

Nicht nur die Mitarbeiterinnen, auch die Ärzte können rotieren. Regelmäßige Spezialsprechstunden beispielsweise für Gelenk- und Fußchirurgie oder Wirbelsäule werden an Standorten abhalten, an denen es dieses Angebot sonst nicht gäbe. Wenn ein Arzt Urlaub macht oder zur Fortbildung fährt, werden die Patienten immer vom gleichen Vertreter behandelt: Die Gemeinschaftspraxis beschäftigt einen eigenen Arzt, der mit den Vertretungseinsätzen ausgelastet ist.

Da die Ärzte weiterhin als Operateure an Kliniken tätig sind, können sie nach der Operation auch die Nachsorge ihrer Patienten übernehmen oder einer der kooperierenden Kollegen, der das gleiche Behandlungskonzept verfolgt.

Weitere ausdrücklich beabsichtigte Vorteile: Erst die Gemeinschaftspraxis macht es möglich, fachärztliche Versorgung auch in kleineren Orten wie Bornhöved auf Dauer zu sichern.

Ältere Kollegen können schrittweise ihre Arbeitszeit reduzieren. Sie werden nicht ihre Praxis eines Tages schließen oder zu unerfreulichen Konditionen abgeben müssen.

Kollegiales Miteinander

Das kollegiale Miteinander spiegelt sich auch in der Konstruktion des Gesellschaftsvertrages wider. Grundlage ist die Verteilung von Lasten und Aufgaben auf mehrere Schultern. Die Gemeinschaft wird wichtiger als der eigene Vorteil. Das festigt die Zusammenarbeit viel stärker als etwa Vertragsstrafen – von denen ist im Vertrag nur wenig die Rede. Gleichwohl gibt es zwei unterschiedliche Formen der Beteiligung: Einige Partner wirtschaften komplett gemeinsam, andere für sich selbst mit Beteiligung an den Allgemerkosten.

Langfristig, so die Philosophie der Gemeinschaftspraxis, soll der Wert des Gesellschafteranteils größer sein als die Alternative einer Einzelpraxis. Größere Einheiten haben auch eine stärkere Verhandlungsposition, zum Beispiel bei den Krankenkassen: MedBaltic erbringt zusammen über 3.000 Operationen.

Dr. Carl-Christian Büll, Orthopäde und Unfallchirurg,
www.medbaltic.de

Das Trampolin neu spannen

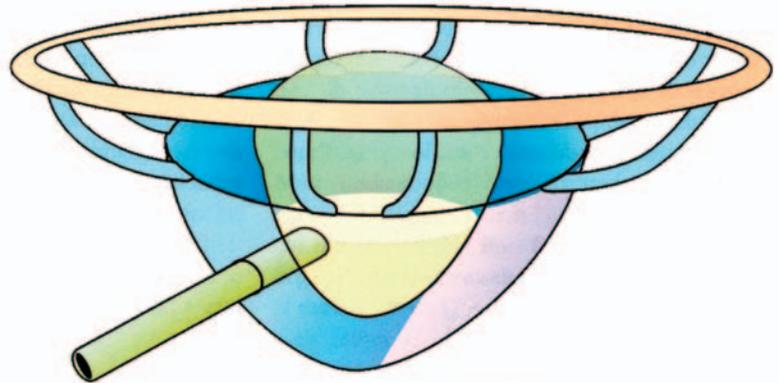
Angesichts der demographischen Entwicklung erhält auch das Problem der Beckenbodenschwäche eine zunehmende Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Eng verbunden damit ist das Tabuthema der Harninkontinenz, von dem in Deutschland rund sechs Millionen Menschen, in Schleswig-Holstein etwa 200.000, meistens Frauen, betroffen sind.

Zur Behandlung dieser Erkrankungen sind in den letzten Jahren erhebliche Bemühungen unternommen worden. In der Diagnostik und Therapie engagierte urogynäkologische Kliniken entwickelten sich inzwischen zu „Beckenbodenzentren“. Mit der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Urologen, Proktologen und bei Bedarf auch Neurologen entstanden Kompetenzzentren. Diese Zentren entstanden durchaus an kleineren Kliniken, wie zum Beispiel an der Frauenklinik mit urogynäkologischem Schwerpunkt im Preetzer Krankenhaus. Dort werden inzwischen etwa 200 Senkungs- und 80 bis 100 Harninkontinenzoperationen pro Jahr durchgeführt. Ein- bis zweimal im Monat finden operative Workshops in der Klinik statt, an denen Fachärzte aus Schleswig-Holstein, aber auch aus dem ganzen Bundesgebiet und dem Ausland teilnehmen. Die spezifischen OP-Techniken werden interessierten Ärztinnen und Ärzten auch in auswärtigen Workshops demonstriert. Mittlerweile sind 155 Ärztinnen und Ärzte in dieser speziellen OP-Technik aus Preetz geschult worden.

Differenzierte Therapie

Zu den Aufgaben eines Beckenbodenzentrums gehört, dass zunächst konservative Therapiemaßnahmen ausgeschöpft werden, bevor es zu einer Operation kommt. Die gezielte Ansprache der Muskulatur des Beckens kann durch medizinisch angeleitetes Training erlernt werden (Beckenbodentraining, Bio-Feedback). Hier setzen Vorbeugung und Therapie an.

Ergänzt werden die therapeutischen Möglichkeiten durch eine Fülle von operativen Maßnahmen. Dabei



Der Beckenboden arbeitet wie ein Trampolin. Die Membran (Scheide und Beckenboden) wird durch die dunkelblaue Matte dargestellt, die über Sprungfedern (hellblaue Bänder) vorne, mittig und hinten am Beckenknochen (brauner Rahmen) befestigt ist. Auf der Membran liegt die Harnblase, die bei Füllung Membran und Federn nach unten drückt. Wenn die Bänder oder die Membran überdehnt sind, ist das Trampolin nicht mehr funktionsfähig.

muss die Indikation sorgfältig gestellt werden. Ziel der Maßnahmen ist es, die Unterstützung und Beweglichkeit der Scheide wiederherzustellen. Nach der sogenannten Integraltheorie, die die Gesamtheit aller Strukturen des Beckenbodens in den Vordergrund stellt, wird die Ausspannung der Scheide – wie ein gespanntes Trampolin – durch eine elastische Aufhängung im Bereich des Beckens erreicht (Abb. 1). Dabei sollen die einzelnen Elemente des Beckens nicht fest verankert, sondern elastisch unterstützt werden. Teilweise geschieht das unter Verwendung von synthetischen oder biologischen Bändern und Netzen, die wie „Flicken auf einem löchrigen Strumpf“ größere Defekte des Bindegewebes abdecken. Diese Therapie setzt allerdings eine aufwendige Vordiagnostik voraus. Von den Implantaten profitieren gerade ältere Frauen, die sich oft schon jahrelang mit Blasen- und Senkungsbeschwerden auseinandersetzen mussten. Dank schonender Narkoseverfahren können sie auch im hohen Alter operiert werden.

Forschung im Verbund

Auch wissenschaftlich wird in der Preetzer Frauenklinik zu diesem Thema gearbeitet. So wurde in Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken Heidelberg und Freiburg eine Studie zur Frage der Implantateigenschaften bei vaginalen Senkungsoperationen gestartet. Dabei zeigten sich weniger Wundheilungsstörungen bei verbesserten Eigenschaften des Netzes.

In Zusammenarbeit mit dem Forschungslabor der Universitätsfrauenklinik Rostock wurden Ergebnisse zur Einsprossung von Bindegewebszellen (Fibroblasten) in die synthetischen Netze publiziert. Auch hier zeigten sich unterschiedliche mechanische und biologische Eigenschaften der Implantate. Zukünftige Ziele sind die Konstruktion eines möglichst perfekten Netzes, sichere Fixierungen, minimalinvasive OP-Techniken und der Erhalt der vaginalen Verschiebeschicht. Weitere Studien sollen dazu Erkenntnisse bringen.

Dr. Achim Niesel, Frauenklinik Preetz, www.kh-preetz.de

Den Blick schärfen

Wer einmal einen Menschen erlebt hat, der wegen einer Linsentrübung fast blind war und der nach der Operation wieder sehen konnte – der weiß, wie groß die Verantwortung ist und wie entscheidend die Qualität in der Augenmedizin. Die Augenklinik Bellevue in Kiel hat deshalb neue Wege in der Qualitätssicherung beschritten und das „Qualitätsnetz Bellevue“ (QNB) begründet.



Das Qualitätsnetz ist ein Netzwerk von 44 Augenärzten aus ganz Schleswig-Holstein und zugleich eine Software für Ärzte, die eine für jede augenärztliche Indikation optimale Behandlung sicherstellen und den Erfolg kontrollieren soll. Das Konzept beruht auf einer freiwilligen Qualitätskontrolle, der sich jeder einzelne Arzt stellt.

Das Qualitätsnetz verbindet das medizinische Know-how der beteiligten Augenärzte mit der Kieler Augenklinik Bellevue, die mehr als 10.000 Operationen und Behandlungen im Jahr durchführt. Es ist die Antwort auf einen immer härter werdenden Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem. Die Leistungserbringer müssen umdenken: Informierte Pa-

tienten erwarten mehr Aufklärung, mehr Service und mehr Kompetenz. Und nicht zuletzt verlangt die angespannte Finanzlage nach konkreten Maßnahmen.

Wichtiges in die Datenbank

Die Partner im QNB setzen auf ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Dazu gehört das Gespräch – aber auch die Technik. Das Qualitätsnetz basiert auf elektronisch erfassten Daten der Untersuchungen und Behandlungen. Es schafft ohne großen Verwaltungsaufwand und Papierberge mehr Transparenz, Qualitäts- und Kostenbewusstsein für alle Beteiligten. Stellt sich zum Beispiel während oder nach der Operation heraus, dass ein Patient ein bestimmtes Me-

dikament nicht verträgt, erscheint eine entsprechende Notiz in der Datenbank.

Die QNB-Datenbank sorgt für

- mehr Qualität durch optimierte Arbeitsabläufe, zum Beispiel werden Doppeluntersuchungen vermieden,
- mehr Transparenz durch Vergleichsanalysen der Praxen,
- mehr Sicherheit durch umfassende Datenauswertungen.

Zugleich werden durch effizientere Arbeit Kosten gespart: Diagnostische Fotos und Daten stehen zunächst einigen Praxen in einer Testphase und später allen Beteiligten über das QNB-Netz zur Verfügung. Medikamentenunverträglichkeiten

werden dokumentiert. Eine optimale Nachsorge reduziert Komplikationen und sichert den Behandlungserfolg. Austausch und Verwaltung dieser Daten erfolgen nach den Richtlinien des Datenschutzes. Die Daten stehen ausschließlich den Partnern des Netzes in zunächst anonymisierter Form zur Verfügung. Die Software des QNB ist speziell für das Kieler Qualitätsnetz entwickelt worden. Wichtig ist es dabei, alle anfallenden Daten zu erfassen und zu standardisieren. Die Behandlung der Patienten wird bei Bedarf den neuen Erkenntnissen angepasst.

Integrierte Versorgung

Die Augenklinik Bellevue und die Techniker Krankenkasse (TK), Landesvertretung Schleswig-Holstein, haben vor vier Jahren einen bundesweit einmaligen Vertrag zur Integrierten Versorgung geschlossen. Ein Baustein dieses Vertrages ist das Qualitätsnetz Bellevue, das die Qualität der Versorgung der Patienten langfristig sicherstellen soll.

Dieser Vertrag umfasst das gesamte Spektrum in der Augenmedizin – auch Netzhautchirurgie und onkologische Indikationen. Die Patienten bekommen innerhalb von zwei Wochen einen Termin sowie eine zeitnahe Nachuntersuchung nach dem Eingriff. Darüber hinaus ist jede medizinische Kunstlinse modernster Generation in der Leistung enthalten.

Bundesweit einmalig ist, dass der Vertrag auch sehr seltene und schwere Augenerkrankungen mit einschließt und sogar bei schwersten Verletzungen etwa nach Arbeits- oder Autounfällen gilt. Das Gros der Patienten, die nach diesem Versorgungsmodell behandelt werden, leidet an unterschiedlichen Hornhauterkrankungen und benötigt eine neue Linse.

Dieses Kieler Modell ist ein Beispiel dafür, wie effizientere Arbeitsabläufe, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und ein kundenorientiertes Praxismanagement nicht nur die Qualität steigern, sondern zugleich auch die Kosten senken.

Prof. Dr. med. Detlef Uthoff, Ärztlicher Direktor der Augenklinik Bellevue, www.augenklinik-bellevue.de und Karla Frieben-Wischer, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein, www.tk-online.de/lv-schleswig-holstein

Auf dem Weg zum Gesundheitsland Nr. 1 Gehen Sie mit!

Schleswig-Holstein vereint alle Vorteile für eine erfolgreiche Gesundheitswirtschaft. Ideale geographische Bedingungen treffen auf visionäre Ideen, hochqualifizierte Spezialisten und eine effiziente Vernetzung von Kompetenzen. Werden auch Sie Teil dieses Netzwerkes und überzeugen Sie sich vom Potenzial des nördlichsten Bundeslandes.



Unabhängig davon, ob Sie Ihr Unternehmen nach Schleswig-Holstein verlagern, hier gründen oder eine neue Niederlassung aufbauen wollen – wir bieten Ihnen die passende Unterstützung:

- bei der Suche nach geeigneten Industrie- und Gewerbeimmobilien
- bei der Einwerbung von Fördermitteln
- bei der Entwicklung neuer innovativer Produkte, Verfahren und Dienstleistungen
- bei Kooperationsvermittlungen und im Rahmen der Kompetenznetzwerke
- bei der Erschließung in- und ausländischer Märkte

Für weitere Informationen sprechen Sie uns einfach an oder bestellen Sie unsere kostenlose Broschüre „Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein“ per Mail an gesundheit@wtsh.de.

WTSH – Wirtschaftsförderung und
Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH
Lorentzendamms 24 | 24103 Kiel
www.wtsh.de

Team Gesundheitswirtschaft
Tel.: +49 (0) 431 – 66 66 6 – 871
gesundheit@wtsh.de

Jetzt
Broschüre
anfordern!

Gelebte Vernetzung in der Praxis

Die Integrierte Versorgung ist für die Krankenkassen eine Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt, um den Ausbau der Integrierten Versorgung zu fördern. So stand bis zum Ende 2008 jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung zur Verfügung. Inzwischen ist die staatliche Finanzierung ausgelaufen, aber die Verträge zur sektorenübergreifenden Behandlung bringen weiterhin Gewinn für alle Beteiligten.

Gute Vernetzung

Die Vernetzung der einzelnen Versorgungssegmente verbessert die Versorgungsqualität, vermeidet Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und für den Patienten weite Wege. Für die Krankenkassen führt die Integrierte Versorgung zu einer höheren Versorgungsqualität mit Garantieleistungen auf die Behandlung sowie zu nicht unerheblichen Kosteneinsparungen. Die Integrierte Versorgung ist insbesondere dann erfolgreich, wenn die Verträge mit einzelnen Krankenkassen oder ihren Verbänden eine identische und vergleichbare Versorgungs- und Behandlungsstruktur enthalten und somit von vielen Leistungserbringern im ganzen Land umgesetzt werden können.

Verträge geschlossen

Die ersten Verträge zur Integrierten Versorgung in Schleswig-Holstein hat die vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein für ihre Mitgliedskassen mit der Parkklinik Manhagen und dem Lubinus-Clinicum abgeschlossen. Damals noch Neuland haben sie sich bis heute bewährt. Die Verträge mit der Park-

linik Manhagen in Großhansdorf und mit dem Lubinus-Clinicum in Kiel beinhalten eine kooperative Vernetzung der Kliniken mit den medizinischen Leistungserbringern entlang des gesamten Krankheitsverlaufs eines Patienten.

Patientenzahl steigt

So arbeitet beispielsweise die Parkklinik Manhagen im Rahmen des Vertrages zur Integrierten Versorgung mit insgesamt 1.386 niedergelassenen Arztpraxen sowie 147 niedergelassenen Physiotherapie-Praxen beziehungsweise ambulanten Rehabilitationszentren zusammen. Mit diesen Verträgen haben sich die jährlichen Patientenzahlen in der Parkklinik Manhagen insgesamt von rund 8.000 Patienten im Jahr 2003 auf fast 16.000 Patienten im Jahr 2008 verdoppelt. Im Lubinus-Clinicum stiegen die Patientenzahlen durch Integrationsverträge mit den Krankenkassen 2004 von 115 Patienten, 2008 auf fast 1.200 Patienten.

In der Parkklinik Manhagen umfasst das Leistungsspektrum der Integrationsverträge neben endoprothetischen Hüft- und Knieoperationen, im Wesentlichen noch minimal-invasive Knie- und Schulter-Operationen, Kreuzband-Transplantationen und Operationen am Auge. Im Lubinus-Clinicum beinhalten die Verträge zu Integrativen Versorgung endoprothetische Hüft- und Knieoperationen, handchirurgische Operationen, Kreuzband-Transplantationen sowie Operationen an der Schulter.

Alles schon geplant

Für den Patienten wird von der prä- und postoperativen Vertragsarztbehandlung über die Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung und der Rehabilitation – ob am-

bulant oder stationär – neben der eigentlichen Operation der gesamte Behandlungsverlauf geplant und vernetzt. Die beiden Kliniken Parkklinik Manhagen und auch das Lubinus-Clinicum übernehmen die Organisation und Verantwortung für den gesamten Behandlungsverlauf. Die Versorgung wird am Patienten ausgerichtet, wie beispielsweise bei den endoprothetischen Operationen. Hier wird in den Verträgen bereits die präoperative Versorgung beim Hausarzt und beim Facharzt definiert. Die Abgabe von Arzneimitteln und von Hilfsmitteln wie Gehhilfen ist ebenso detailliert geplant wie die krankengymnastischen Behandlungen. Für die anschließende Rehabilitation sind ambulante wie auch stationäre Behandlungsmöglichkeiten vorgesehen. Auch die abschließende Behandlung durch den Haus- oder Facharzt ist in den Verträgen vorgesehen und somit im Behandlungsplan ein fester Bestandteil. Ergänzt wird die anschließende Behandlung durch eine fachärztliche Abschlussuntersuchung. Mit beiden Kliniken ist in den Verträgen eine Garantie beziehungsweise Gewährleistung als Ausdruck höchster Qualität vereinbart.

Ludger Buitmann, Referatsleiter Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Schleswig-Holstein, www.vdek.com

Wenn Ärzte auf den Markt gehen

Die traditionellen Systeme im Gesundheitswesen waren ausgerichtet auf die Erkennung und Behandlung von Krankheiten, die vorwiegend kurzfristig zu behandeln waren. Heute zählen aber Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen und Demenz zu den entscheidenden und damit auch teuren Herausforderungen. In der Behandlung dieser als chronisch und damit langwierig und nicht zu heilenden Krankheiten bedarf es entsprechender Strukturen im Gesundheitswesen.

Die Verantwortung für die Kosten dieser Strukturen liegt zu einem großen Teil bei der behandelnden Ärzteschaft. Die Ärzte müssen sich neu zusammenfinden, organisieren, Behandlungspfade vereinbaren und diese Behandlungssystematiken für chronische Krankheiten den Krankenkassen als Leistungspakete anbieten. So verstehen sich die Ärzte in Schleswig-Holstein, die sich in der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG zusammengeschlossen haben, inzwischen nicht mehr als bloße Leistungserbringer, sondern als Leistungsanbieter. Der Leistungsanbieter ist in einem hohen Maß gestaltend tätig und übernimmt definierte Verantwortungsbereiche, was in unserer heutigen Gesellschaft automatisch auch finanzielle Verantwortung bedeutet.

Eingriff in den Arzneimittelmarkt

In diesem Zusammenhang war es zwingend und logisch, sich aktiv um den Bereich der kostenintensiven Medikamente zu kümmern. Es gibt Festbetragsregelungen. Darüber hinaus setzen Hersteller oder Anbieter den Preis fest. Darauf wurden und werden nach unterschiedlichen Mechanismen die entsprechenden Großhandels- und Apothekenaufschläge hinzugerechnet. Mit 19 Prozent Mehrwertsteuer ergibt sich dann der Endverkaufspreis. Für die daraus resultierenden Arzneimittelkosten stehen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen wieder die verordnenden Ärzte in der Budgetverantwortung. Diesem Zwang haben sich die genossenschaftlich organisierten Ärzte ein Stück weit entzogen und haben die Q-Pharm AG gegründet. Als Vertriebsunternehmen generischer Arzneimittel



... eine Leistung
der Ärztegenossenschaften

kann die Q-Pharm AG so dem Markt unter Ausschöpfung aller Rationalisierungsmöglichkeiten die wesentlichen Präparate für die wichtigsten Krankheiten zu günstigen Preisen anbieten. Als integraler Bestandteil eines aktiven, rationalen und rationellen Arzneimittelmanagements in der Behandlung chronischer Krankheiten ermöglicht die Q-Pharm AG den Ärztegenossenschaften in ganz Deutschland die Entwicklung von Behandlungspfaden.

Verlässlichkeit im Netz

Für die Patienten bedeutet dies ein erkennbar strukturiertes Behandlungskonzept mit einer durchgehenden Arzneimittelversorgung. Die zwischen Arzt und Patienten vereinbarte Behandlung inklusive der verordneten Arzneimittel soll auch im Fall einer Krankenhausbehandlung für Kontinuität bei Therapiemethoden und Arzneimitteln sorgen. Und wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, kann die Therapie ohne große Änderungen fortgesetzt werden.

In der hier beschriebenen Vernetzung ist auch das Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten koordiniert, was für die Patienten einen schnelleren und effektiveren Weg in der Behandlung bedeutet. Die entscheidenden organisatorischen und technischen Voraussetzungen werden derzeit geschaffen.

Netze aktiv knüpfen

Darüber hinaus hat sich die Q-Pharm AG als wichtiger Partner in der Vernetzung unterschiedlichster Leistungsanbietergruppen etablieren können. Das praxisnahe Wissen aller Mitarbeiter der Q-Pharm AG hat sie Ansprechpartner bei den unterschiedlichsten Vernetzungsprojekten in Schleswig-Holstein werden lassen wie zum Beispiel bei der Gesundheitsregion Nord.

Qualifiziert im Dialog

Einen entscheidenden Meilenstein konnte die Q-Pharm AG mit der beruflichen Weiterbildung der medizinischen Fachangestellten – früher Arzhelferin – zur Dialogpartnerin setzen. Mit der Entwicklung neuer Strukturen im Rahmen von Arztnetzen und ärztlichen Leistungszentren werden die Teams in den Arztpraxen vor neue Herausforderungen gestellt. Engagierte Mitarbeiterinnen können sich somit berufsbegleitend weiterqualifizieren und Aufgaben von Praxis-, Vertrags- und Qualitätsmanagement übernehmen.

Christoph Meyer, Arzt für Allgemeinmedizin, Vorstandssprecher der Q-Pharm-AG,
www.q-pharm.de

Durch geöffnete Türen gehen

Seit 2008 wird das Regionalmanagement Gesundheit Südholstein, kurz MedComm, von der Landesregierung gefördert. MedComm greift Aktivitäten des Kreises Segeberg auf, der bereits seit 2001 mit der Initiative „Gesundheitsregion Segeberg“ Leistungsträger der Gesundheitswirtschaft, gesundheitsfördernde Einrichtungen und regionale Akteure an einen Tisch bringt. Diese bereits vorhandene regionale Stärke soll unterstützt und weiter ausgebaut werden.



Partner bei der Potenzialanalyse eHealth (v. l.): Sven Kloth, Prof. Dr. Walter Teichman (beide FH Lübeck), Katharina Silies, Prof. Dr. Roland Trill (FH Flensburg), Hans Runge (Wirtschaftsministerium SH), Prof. Dr. Uwe Koch (FH Lübeck), Dr. Klaus Westphal

Projekte rund um das Thema Gesundheit gemeinsam vermarktet werden. Die Markenbildung dient dabei auch als Mittel zum Zweck, eine gemeinsame Identität zu schaffen. Die Klammer bietet der räumliche Bezugsrahmen des Sees – die Verbindung von Natur und Gesundheit ist ein Trend, der auf Landesebene bereits mit der Entwicklung des Kompetenzzentrums Gesundheitstourismus (ebenfalls Partner von MedComm) aufgegriffen wurde. Der Bedarf und die Potenziale für Gesundheitswirtschaft und -förderung in Bad Segeberg und Umgebung sollen untersucht werden. Der Gesundheitspark geht in die Umsetzung: Ein Etappensieg ist die Förderung der Anschubphase durch das Zukunftsprogramm Ländlicher Raum. Bis Anfang 2010 werden in dieser Phase die Projektbausteine des Gesundheitsparks zur Umsetzungsreife gebracht. MedComm begleitet diesen Prozess in der Antragsstellung, Koordination der Lenkungsgruppe und weiteren Umsetzung.

„Heißt das also Klinken putzen?“, fragte eine Journalistin auf der ersten Pressekonferenz von MedComm bei der Übergabe des Zuwendungsbescheids im Oktober 2008. Antwort: „Nein. Wir werden durch die Türen gehen, die bereits geöffnet sind.“

Aufgabe von MedComm ist es, das bestehende Netzwerk zu organisieren und mit Leben zu füllen, Projekte zu initiieren, Austausch zu ermöglichen und das Profil des Kreises Bad Segeberg als Gesundheitsstandort zu schärfen. MedComm will neutraler Knotenpunkt für das Netzwerk sein – ein wichtiger Aspekt angesichts der Heterogenität der Akteure in Gesundheitswesen und -wirtschaft.

Schwerpunkt eHealth

Telemedizin in der Region Südholstein weiter zu stärken, zählt zu den Schwerpunkten des Regionalmanagements. Dafür arbeitet MedComm mit den Fachhochschulen Lübeck und Flensburg zusammen an einer Potenzialanalyse der Telemedizin im Raum Südholstein. Auf einem ersten Treffen mit Unternehmen aus der Region bekräftigten die Teilnehmer die Ausgangsthe-

se: „Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den ländlichen Räumen wird zukünftig ohne Telemedizin nicht zu machen sein.“ Sie entwickelten drei Modelle zur Umsetzung telemedizinischer Anwendungen. Diese Modelle werden jetzt weiter konkretisiert und ihr wirtschaftliches Potenzial von den Fachhochschulen ermittelt. MedComm unterstützt die Umsetzung in die Praxis, ist Plattform für neue Kontakte und fügt das manchmal fehlende Puzzleteilchen ein: die zusätzliche organisatorische Arbeit, die neue Kooperationen erfordern.

Ein Netzwerk lebt vom persönlichen Kontakt – in Projekten und Veranstaltungen. Ein Beispiel: die Veranstaltungsreihe „Telemedizin und Medizintechnik in der Zukunft“. Die Verknüpfung von Wirtschaft und Medizin steht im Zentrum. Die Veranstalter arbeiten über Monate intensiv zusammen, um ein hochkarätiges Programm anbieten zu können.

Ein besonderes Projekt ist die Entwicklung eines Gesundheitsparks am Großen Segeberger See. Die Idee: Unter einer Dachmarke sollen die verschiedenen Angebote und

Der zum Start des Regionalmanagements geäußerte Optimismus, man würde auf geöffnete Türen treffen, war berechtigt: Die regionalen Akteure im Gesundheitssektor zeigen großes Interesse, sich in Projekten und Kooperationen einzubringen. Diese grundsätzliche Haltung ist umso wichtiger, als die Heterogenität der handelnden Personen und Organisationen groß ist und weiterhin finanzielle und oft auch bürokratische Hemmnisse bestehen.

Katharina Silies, Projektmanagerin von MedComm und Dr.-Ing. Klaus Westphal, Kreis Segeberg, Projektleiter, www.medcomm-sh.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

Klinikum
Bad Bramstedt

www.klinikumbadbramstedt.de
Tel.: 04192 90-0

RehaCentrum
Hamburg

www.rehahamburg.de
Tel.: 040 253063-0

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-rendsbuerg.de
Tel.: 04331 200-0

Krankenhaus
Eckernförde

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

Ein Netzwerk für das Land wirken

Vernetzung, Interaktion, Transparenz – diese Begriffe prägen die neue Strategie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H). Als Maximalversorger ist das UK S-H in erheblichem Maße mitverantwortlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Land und bietet Versorgung auch über dessen Grenzen hinaus an. Bei der Versorgung Schwerstkranker ist das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Ansprechpartner für rund 100 Krankenhäuser und 4.500 Arztpraxen im Land. Diese Stellung verpflichtet zu einer offenen und transparenten Haltung gegenüber den medizinischen Partnern und Patienten. Gleichzeitig ist das UK S-H durch exzellente Forschung und medizinische Kooperationen in weltweite Netzwerke eingebunden. Immer besser verläuft auch die Fusion der ehemaligen Konkurrenten, der Universitätskliniken Lübeck und Kiel zum Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Die mehr als 70 Kliniken und Institute in Kiel und Lübeck behandeln jährlich mehr als 350.000 Patienten. Die Größe des UK S-H mag auf den ersten Blick verunsichern. Tatsächlich ist sie aber die Voraussetzung für hoch spezialisierte und interdisziplinäre – und vor allem hoch individuelle – Diagnostik und Therapie. Sicherzustellen ist, dass eine einheitliche Struktur die Steuerung eines Unternehmens dieser Dimension, mit 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der größte öffentliche Arbeitgeber im Land, ermöglicht. Daher hat der Aufsichtsrat des UK S-H im August 2009 ein detailliertes Konzept zur Neustrukturierung verabschiedet. Darin positioniert sich das UK S-H als ein Klinikum mit zwei Standorten. An die Stelle der bisherigen 15 medizinischen Leistungszentren treten drei Managementzentren: die Campuszentren Kiel und Lübeck sowie ein standortübergreifendes Diagnostikzentrum. In den drei Zentren werden alle Kliniken und Fachabteilungen organisatorisch zusammengeführt und garantieren reibungslose Abläufe. Um eine effiziente Versorgung der Patienten zu gewährleisten, wurden außerdem in einer ersten Welle zehn medizinische Kompetenzzentren aus der Taufe gehoben: Krebszentrum, Lungenzentrum, Schlaganfallzentrum, Transplantationszentrum, Traumazentrum sowie Zentren für Endokrinologie, Entzündungserkrankungen, Herz- und Gefäßmedizin sowie Partikeltherapie und Familienmedizin. Diese führen alle Kompetenzen für die interdisziplinäre Behandlung einer Erkrankung beziehungsweise eines Indikati-

onsspektrums zusammen. Schnittstellenprobleme werden reduziert, Abläufe beschleunigt.

Auch die Fusion der beiden Standorte Kiel und Lübeck wird durch die Umstrukturierung unterstützt. Und manchmal bringen die zwei Campus auch Vorteile: Als im Juli 2009 rund 30 Ärzte und Krankenschwestern in Lübeck wegen Erstkontaktes mit H1N1-Infizierten nach Hause geschickt werden mussten, stand am Campus Kiel ausreichend Personal für den Einsatz auf dem Campus Lübeck bereit. Innerhalb weniger Stunden lief die Versorgung der dortigen Frauenklinik wieder rund.

Neuer Ansatz zur Kooperation

Das neue, klare Strukturkonzept hat nicht nur für die Patienten in der Versorgung Vorteile. Auch den Kollegen und Partnern im Land soll ein positives Signal gesendet werden. Das Leistungsspektrum wird transparent kommuniziert. Denn die Idee der medizinischen Kompetenzzentren stoppt nicht an der Campusgrenze. Das UK S-H lädt die Gemeinschaft aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zur Bildung eines fachübergreifenden Netzwerkes ein – als eine im eigentlichen Sinne „universitäre“ Klinik der Zukunft. Dort arbeitet das UK S-H mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren, ambulanten und stationären Pflege, Therapeuten, Hospizen sowie Heil- und Hilfsmittelanbietern zusammen. Ein Beispiel für diese Zusammenarbeit ist die gegenseitige Einbindung in die Versorgung mit hoch spezialisierten Leistungen in der Fläche – wie

es die Strahlentherapie des UK S-H Campus Kiel an der Westküste – vor Ort erbringt. Andersherum holt das Universitätsklinikum niedergelassene Pädiater in die Notfallambulanz der Kassenärztlichen Vereinigung auf den Campus Lübeck.

In Netzwerken werden wissenschaftliche Erkenntnisse zum Nutzen der Patienten in die regionale Versorgung vor Ort integriert. Zum einen mit der Beteiligung von niedergelassenen Kollegen und anderen Krankenhäusern an Forschungsprojekten und Studien. Zum anderen mit der landesweiten Einbindung von niedergelassenen Onkologen und 15 Krankenhäusern im Krebszentrum Nord.

Austausch mit den Praxen verbessern

Seit einem Jahr läuft ein Projekt zur Verbesserung der Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten. Austausch und Zusammenarbeit sollen intensiviert werden. Verantwortliche Klinikärzte besuchen die einweisenden Praxen in der Fläche, um vor Ort Rückmeldungen über die eigene Prozessqualität einzuholen. Parallel werden die Daten und qualitative Aussagen über Fragebögen ausgewertet. Erste Ergebnisse zeigen eine positive Bewertung der medizinischen und pflegerischen Zufriedenheit. Verbessert werden muss allerdings die schnelle Ansprechbarkeit verantwortlicher Ärzte beim UK S-H, Wartezeiten müssen abgebaut werden.

So erhalten die Ärzte an den Campus über die Rückkopplung mit den niedergelassenen Kollegen

→ Zehn Medizinische Kompetenzzentren unter der Dachmarke UK S-H



Im Rahmen der Neustrukturierung entstehen zunächst zehn medizinische Kompetenzzentren.

Informationen zum Korrekturbedarf. Patienten profitieren direkt von dieser engen Kommunikation zwischen externen Ärzten und UK S-H durch fachübergreifende Fallbesprechungen. Vorgesehen ist eine gemeinsame Kommunikationsplattform, um behandlungsrelevante Daten für alle Beteiligten archivieren zu können. Parallel werden Werkzeuge zur Terminierung und Bettenplanung geschaffen, auf die alle Einweiser Zugriff haben sollen. Die Partner

des UK S-H werden vom Professionalitätssprung in der Ablauforganisation durch Ersparnis von Zeit- und Verwaltungsaufwand erheblich profitieren. Sie erhalten notwendige Informationen aus einer Hand und können die Prozesse mitgestalten.

Das UK S-H ist ein zentraler Teil der Gesundheitsversorgung Schleswig-Holsteins. Wir wollen ein gemeinsames Denken und Handeln fördern, indem wir unsere Partner in die

Prozessoptimierung einbinden. Klare Aufgaben- und Kompetenzbeschreibungen, wie wir sie im Netzwerk der Zukunft haben, werden eine Vertrauensbasis bereiten, auf der Abstimmungsprozesse leichter ablaufen und Netzwerke sich festigen.

Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
www.uk-sh.de

Creating value through cooperation

www.dsn-online.de

dsn
ANALYSEN & STRATEGIEN
KOOPERATIONSMANAGEMENT

Gemeinsam gesund

In Deutschland erkranken jedes Jahr rund 60.000 Frauen an Brustkrebs, 30 Prozent davon haben versorgungsbedürftige Kinder. Laut einer Erhebung des Robert Koch-Instituts sind bundesweit insgesamt 150.000 Kinder durch eine schwere Erkrankung eines Elternteils betroffen. Viele Eltern können angesichts der damit verbundenen eigenen Probleme nicht offen mit ihren Kindern sprechen. Ungefähr die Hälfte der Kinder lebt im Schatten der Ereignisse, entwickelt Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Symptome, zeigt schulischen Leistungsabfall oder gerät in soziale Isolation.



Auch die Kinder erkrankter Mütter brauchen Unterstützung (Foto: Rexrodt von Fircks Stiftung)

Das Modellprojekt „gemeinsam gesund werden“ enthält als erstes stationäres Rehaprogramm im deutschen Sprachraum auch Therapiebausteine für die Kinder und Partner der an Brustkrebs erkrankten Frauen, und die Kinder werden von Anfang an in das Behandlungskonzept integriert. Ziel ist es, die Familien bei medizinischen und psychologischen Fragen zu unterstützen und so kurz- und langfristig die Lebensqualität der an Mammakarzinom erkrankten Mütter und ihrer Kinder zu verbessern. Daher erhalten die Familien auch nach der Rehamaßnahme Verhaltensempfehlungen, die sie gemeinsam mit den Ärzten am Heimatort umsetzen können; die Kinder haben die Möglichkeit, von zu Hause aus mit den Psychologen der Klinik im Kontakt zu bleiben.

Seit Oktober 2006 setzt die Rexrodt von Fircks Stiftung dieses Projekt mit Unterstützung der gesetzlichen und privaten Kostenträger in der Klinik Ostsee-deich in Grömitz um. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg evalu-

iert das Projekt und sichert so seine wissenschaftliche Qualität.

Jährlich kommen 450 Mütter und ihre Kinder in die jeweils dreiwöchige Rehamaßnahme nach Grömitz. Der Bedarf ist jedoch weitaus größer. Das Behandlungskonzept richtet sich zurzeit ausschließlich an Mütter, die erstmalig an Brustkrebs erkrankt sind. Die

Stiftung verfolgt das Ziel, dieses Konzept für weitere Krankheitsbilder zur Anwendung zu bringen.

Ganzheitlicher Ansatz

Stiftungsgründerin Annette Rexrodt von Fircks hat mit „gemeinsam gesund werden“ eine ganzheitliche Rehamaßnahme entwickelt, die auf der Verbindung unterschiedlicher Disziplinen und der Zusammenarbeit mehrerer medizinischer Fachbereiche basiert. In der Grömitzter Klinik wird das Projekt von einem interdisziplinären Team aus Internisten, Gynäkologen, Sportmedizinern, Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ernährungsexperten, Sozialpädagogen, Erziehern sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten betreut. Beteiligt sind unter anderem die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, das psychoonkologische und psychotherapeutische Team der Klinik Ostsee-deich und andere Einrichtungen wie etwa die Sporthochschule Köln.

Positive Zwischenergebnisse

Die bisher evaluierten Zahlen der wissenschaftlichen Begleitstudie zur Qualitätssicherung von „gemeinsam gesund werden“ zeigen eine klare Verbesserung der Gesamtbe-

findlichkeit der Teilnehmerinnen, ihrer Kinder und Partner. Studienleiter Prof. Fritz Mattejat beschreibt die erfreulichen Ergebnisse: „Die überwiegende Zahl der Frauen, die am Modellprojekt teilgenommen hat, bewertet das Projekt als sehr gut. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch bei der Befragung der Kinder und Partner: 91 Prozent der Kinder und 98 Prozent der Väter bestätigen, dass sie mit der Rehamaßnahme und der Arbeit des interdisziplinären Teams der Klinik Ostsee-deich zufrieden waren.“ Insgesamt wird das Projekt über fünf Jahre wissenschaftlich begleitet und bewertet, abschließende Ergebnisse werden für 2011 erwartet.

Aus eigener Erfahrung

Annette Rexrodt von Fircks erhielt im Alter von fünfunddreißig Jahren die Diagnose Brustkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Aus medizinischer Sicht hatte sie nur noch kurze Zeit zu leben. Heute, zehn Jahre nach der Diagnose, geht es ihr gut. 2005 gründete sie die Rexrodt von Fircks Stiftung und entwickelte das Projekt „gemeinsam gesund werden“. Aus eigener Erfahrung erwuchs ihr Wunsch, krebserkrankten Menschen und deren Angehörigen den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern, ihnen Mut zu machen und Hoffnung zu geben.

Kontaktadresse für interessierte Mütter und Ärzte: Vera Barsuhn, Tel.: 04562/253-405, E-Mail: barsuhn@mutter-kind-hilfswerk.de

Annette Rexrodt von Fircks, Rexrodt von Fircks Stiftung, www.rvfs.de, Kontakt: www.wecare-communications.com

► NETZE

LymphNetz Kiel

Viele Frauen mit Brustkrebs leiden zusätzlich an chronischen Lymphödemen. Entweder der Tumor selber oder Operationen und Bestrahlungen zur Behandlung unterbrechen die Lymphgefäße, besonders in der Region um die Achselhöhle. Es kommt zu einem Stau, Lymphflüssigkeit sammelt sich an, produziert Schwellungen und Bewegungsprobleme.

Untersuchungen haben ergeben, dass 72 Prozent der Brustkrebspatientinnen mit solchen Lymphödemen nicht optimal therapiert werden. Notwendig dafür ist eine Entstauungstherapie mit anschließender Kompressionsbehandlung. Das LymphNetz Kiel will mit gezielten Informationsstrategien, individuellen Behandlungsangeboten und der Nutzung von vorhandenen Strukturen helfen. Die Gründungsmitglieder des LymphNetz Kiel haben sich als Kooperationspartner zusammengeschlossen, um Lymphödempatientinnen eine gezielte und langfristig erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. In jeder Phase der Behandlung sollen sie einen kompetenten Ansprechpartner an der Seite haben. Einheitliche Qualitätsstandards, Behandlungskonzepte und Dokumentationsformen wurden festgelegt und zeichnen die Netzwerkarbeit aus. Um einen entsprechenden Therapieerfolg zu gewährleisten, verfolgen Arzt, Therapeut und Sanitätshaus bei der Behandlung einen strukturierten Ablaufplan.

Erstuntersuchung Arzt

Phase 1: Lymphtherapeut, manuelle Lymphdrainage, lymphologische Kompressionsbandagierung, Dauer: ca. 3–6 Wochen

Phase 2: Sanitätshaus, maßgefertigte, flach gestrickte Kompressionsstrümpfe

Therapieplan gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie

Die Netzwerkmitglieder haben ihre grundsätzlichen Anforderungen an ihre Zusammenarbeit definiert:

- **Vertrauen:** Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Arzt, Therapeut und Sanitätshaus ist gegenseitiges Verständnis und Vertrauen. Nur so kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erreicht werden.
- **Qualität:** Alle Beteiligten müssen eine qualitative Leistung gegenüber dem Patienten erbringen. Nur so können ein fachübergreifendes Qualitätsniveau und eine optimale Versorgungskette erreicht werden.
- **Transparenz:** Die involvierten Fachkreise wollen obige Qualität dokumentieren und gegenüber Dritten belegen. Nur so kann die erbrachte Leistung anerkannt und honoriert werden.

Ansprechpartner ist Andreas Kurda,
www.lymphnetz-kiel.de

Wundnetz Kiel e. V.

Chronische Wunden sind Wunden, die trotz sachgerechter Behandlung innerhalb von acht Wochen keine Anzeichen von Heilung zeigen. Die Zunahme der Zivilisationskrankheiten Adipositas, Diabetes und arterielle Verschlusskrankheiten sowie der demographische Wandel führten in den letzten Jahren zu einem raschen Anstieg der Patientenzahlen und somit der Behandlungskosten. Parallel dazu wurden innovative Behandlungsalternativen entwickelt.

Anfang 2009 haben Ärzte und Pflegekräfte in Kiel das „Wundnetz Kiel e. V.“ gegründet. Der Verein ist gemeinnützig und stellt eine Koordinationshilfe zu einer gezielteren Wundversorgung dar.

Der Verein will die Vernetzung der Beteiligten (Kliniken, Ärzte, Wundtherapeuten, Pflegedienste und -einrichtungen, Podologen, Orthopädietechniker, Homecareunternehmen, Sanitätsfachhandel, Apotheken und Industrie sowie der Kostenträger, Ärztekammer und KV) fördern, eine qualifizierte Fortbildung für Wundbehandler anbieten und als verlässlicher Verhandlungspartner gegenüber anderen Organisationen auftreten. Insbesondere die Interessensvertretung der Wundbehandler gegenüber den Kostenträgern sehen die Mitglieder als ihre Aufgabe.

www.wundnetz-kiel.de

Entscheiden Sie sich für die Beste.



Wir freuen uns auf Ihren Anruf!

Tel. **0800 - 422 55 85**
(gebührenfrei, 24 Stunden
an 365 Tagen im Jahr)
www.jetzt-zur-ik.de



Auf einen Klick

Im Internet findet man wirklich alles – bloß wo? Das Gesundheitsportal Schleswig-Holstein ermöglicht den Bürgerinnen und Bürgern einen übersichtlichen Zugang zu vorhandenen Gesundheitsangeboten in Schleswig-Holstein und vermittelt Informationen über Projekte und Initiativen im eigenen Land.



Zum einen stellt das Gesundheitsportal Informationen zur Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein für die Bürgerinnen und Bürger zusammen. Es gibt alles, von den Adressen der Brustkrebszentren über Pflegeberatungsstellen bis zur Zahnarzt-Onlinesuche.

Zum anderen will das Portal mit der Darstellung von Projekten und Akteuren die Vernetzung im schleswig-holsteinischen Gesundheitsbereich unterstützen. Menschen, die bereits aktiv sind oder es werden wollen, informieren sich über innovative Konzepte und können neue Kontakte knüpfen. Ansprechpartner und Links zu anderen Internetauftritten sind genauso zu finden wie neue Köpfe in der regionalen Gesundheitsbranche.

Betreiber ist die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein.

Der Inhalt

Im Fokus: Das monatlich wechselnde Schwerpunktthema „Im Fokus“ informiert darüber, wie Gesundheitsakteure aus Schleswig-Holstein innovative Wege beschreiten und mit den aktuellen Herausforderungen umgehen.

Gesundheitsinitiative und ihre Leitprojekte: Die Gesundheitsinitiative vernetzt die Akteure in der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins. Sie fördert und unterstützt Projekte und Netzwerke, die die Gesundheitswirtschaft im Land voranbringen.

Projekte und Netzwerke: ausgezeichnete Projekte und Netzwerke in Schleswig-Holstein, die sich

dauerhaft etabliert haben und die regionale Gesundheitsversorgung verbessern.

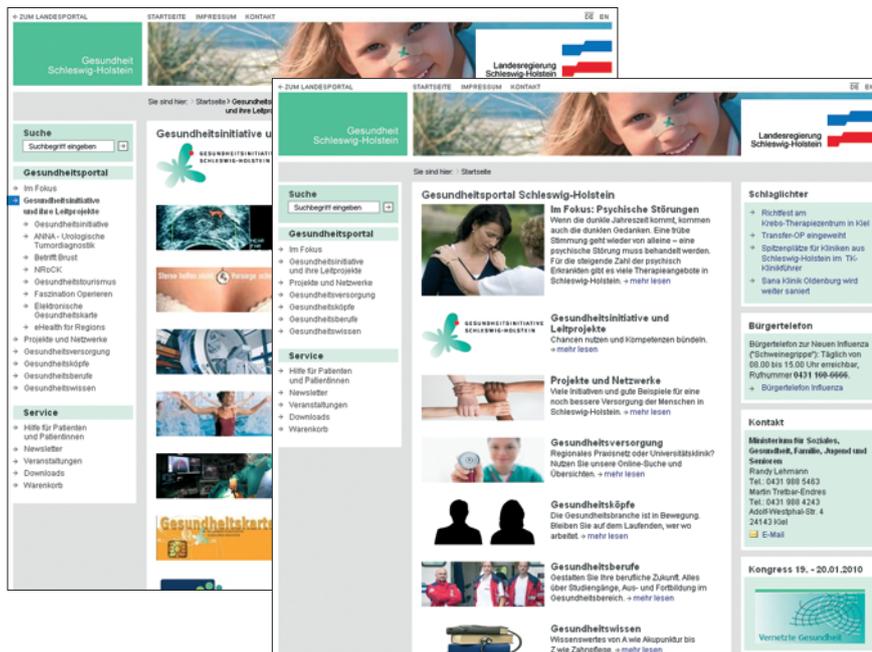
Gesundheitsversorgung: alle Angebote, die die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein sicherstellen – Onlinesuchen nach Ärzten, Kliniken und Beratungsstellen.

Gesundheitsköpfe: Überblick über die aktuellen Wechsel in den gesundheitsrelevanten Unternehmen und Einrichtungen in Schleswig-Holstein.

Gesundheitsberufe: Wissenswertes zu Ausbildung, Studium, Fort- und Weiterbildung.

Gesundheitswissen: nützliche Tipps und weiterführende Hinweise zu Themen wie Bewegung, Ernährung und Vorsorge.

Zusätzlich gibt es einen Kalender mit Veranstaltungen in Schleswig-Holstein zum Thema Gesundheit.



Weitere Entwicklung

Wie der Gesundheitsbereich in Praxis und Forschung entwickelt sich auch das Gesundheitsportal stetig weiter. So werden künftig die Entwicklungen in Medizintechnik, Pharmazie und Biotechnologie in Schleswig-Holstein einen Fokus bilden. Gerne nimmt die Redaktion des Gesundheitsportals Hinweise zu weiteren Projekten und Netzwerken auf.

Redaktion Gesundheitsportal,
www.gesundheit.schleswig-holstein.de

Cochrane Library

Die Cochrane Library ist eine medizinische Bibliothek im Internet. Sie bietet systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) über die Wirksamkeit medizinischer Behandlungsverfahren, um den aktuellen Stand der klinischen Forschung mit möglichst wenig Zeitaufwand objektivieren zu können. Die Übersichtsarbeiten fassen alle zu einer therapeutischen Fragestellung relevanten Studien und Forschungsergebnisse zusammen. Multidisziplinäre Teams, die Cochrane-Review-Gruppen, wählen die Inhalte aus und bewerten sie. Diese wissenschaftlich fundierte Informationsgrundlage soll die Entscheidungsfindung von Arzt und Patient unterstützen. Sie gibt keine Handlungsempfehlungen.

Die Übersichtsarbeiten werden nur in englischer Sprache veröffentlicht. Um den deutschen Nutzern diese

Hürde zu nehmen, hat das Deutsche Cochrane Zentrum begonnen, kurze, laienverständliche Zusammenfassungen ins Deutsche zu übertragen. Die Cochrane Collaboration ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten. Ziel des Netzwerkes ist es, Informationen über die Wirkung evidenzbasierter Medizin für alle zugänglich zu machen.

Neben den Übersichtsarbeiten der „Cochrane Database of Systematic Reviews“ enthält die Cochrane Library noch weitere Datenbanken wie

- The Cochrane Database of Methodology Reviews (CDMR)
- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)
- The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)
- The Cochrane Methodology Register (Methodology Register)
- NHS Economic Evaluation Database

- Health Technology Assessment Database

Englischsprachige Abstracts sowie die laienverständlichen Kurzfassungen in Deutsch sind kostenlos einsehbar. Für den Zugriff auf die Volltexte muss eine kostenpflichtige Lizenz erworben werden. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein bietet ihren Mitgliedern seit Herbst 2008 in einem Pilotprojekt einen kostenlosen Zugang zur Cochrane Library an. Hierfür hat die Ärztekammer eine befristete Kooperation mit Wiley Interscience, dem Herausgeber der Cochrane Library, getroffen. Die Mitglieder erhielten ein persönliches Passwort, mit dem sie ohne weitere Formalien Zugang zur Datenbank haben.

Internetadressen:
www.cochrane.de und
www.cochrane.org



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 5.100 in der ambulanten Versorgung tätige Ärzte und Psychotherapeuten und sorgt dafür, dass überall im Land qualifizierte Ärzte und Psychotherapeuten für Ihre Behandlung vorhanden sind.
- ▶ In sprechstundenfreien Zeiten organisiert die KVSH den ärztlichen Bereitschaftsdienst.
- ▶ Die KVSH garantiert eine hochwertige ambulante Versorgung. Dabei unterliegen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten einer ständigen und umfassenden Qualitätsprüfung.
- ▶ 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

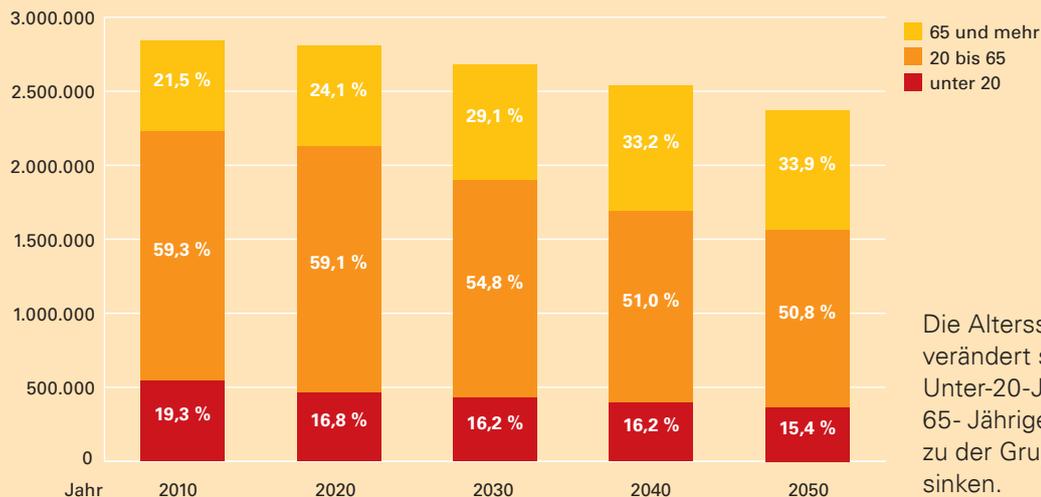
Internet www.kvsh.de



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.

► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

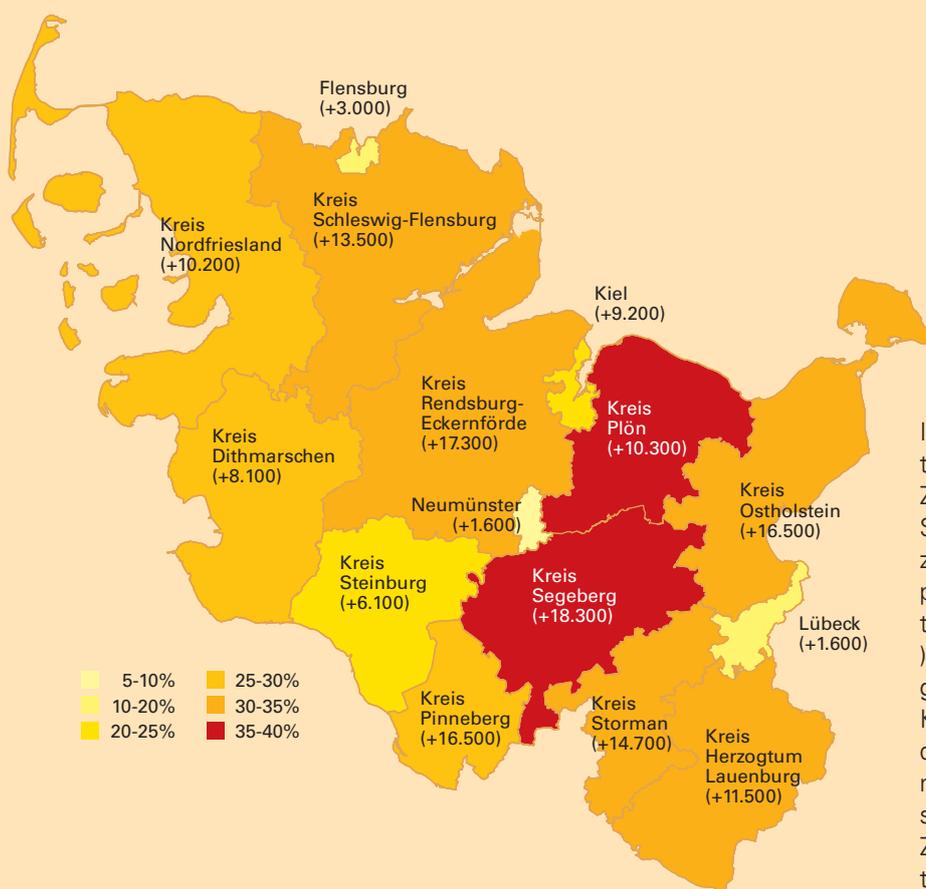
Bevölkerungsveränderung in Schleswig-Holstein bis 2050 nach Altersgruppen



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.

Quelle: Statistisches Bundesamt

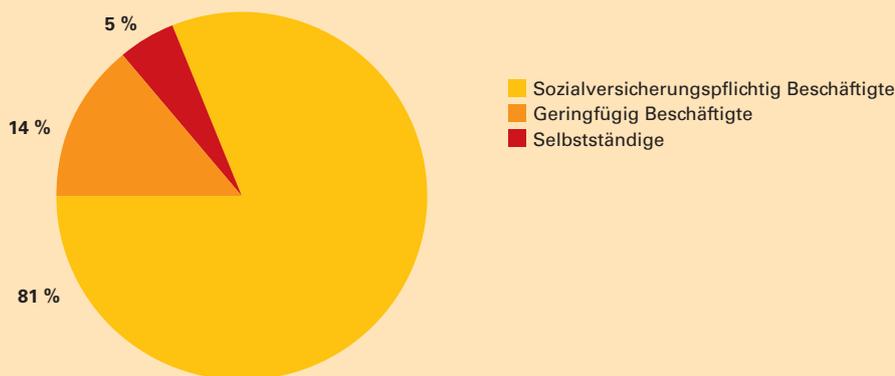
Zuwachs älterer Menschen (65 plus) in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins (2006 – 2025)



In der Prognose des Statistisches Nord (2007) weisen für den Zeitraum 2006 bis 2025 die Kreise Segeberg und Plön mit 38,4 % beziehungsweise 36,4 % die höchsten prozentualen Zuwachsraten von älteren Menschen auf. Die eher (groß-)städtisch und teilweise studentisch geprägten Standorte Flensburg, Kiel, Neumünster und Lübeck werden demgegenüber nur von einer moderaten Alterung charakterisiert sein. Die landesdurchschnittlichen Zuwächse liegen bei 28 % in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Quelle: Statistisches Nord (2007), Berechnung: IAT

Gesamtbeschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Art der Beschäftigung in Schleswig-Holstein 2006



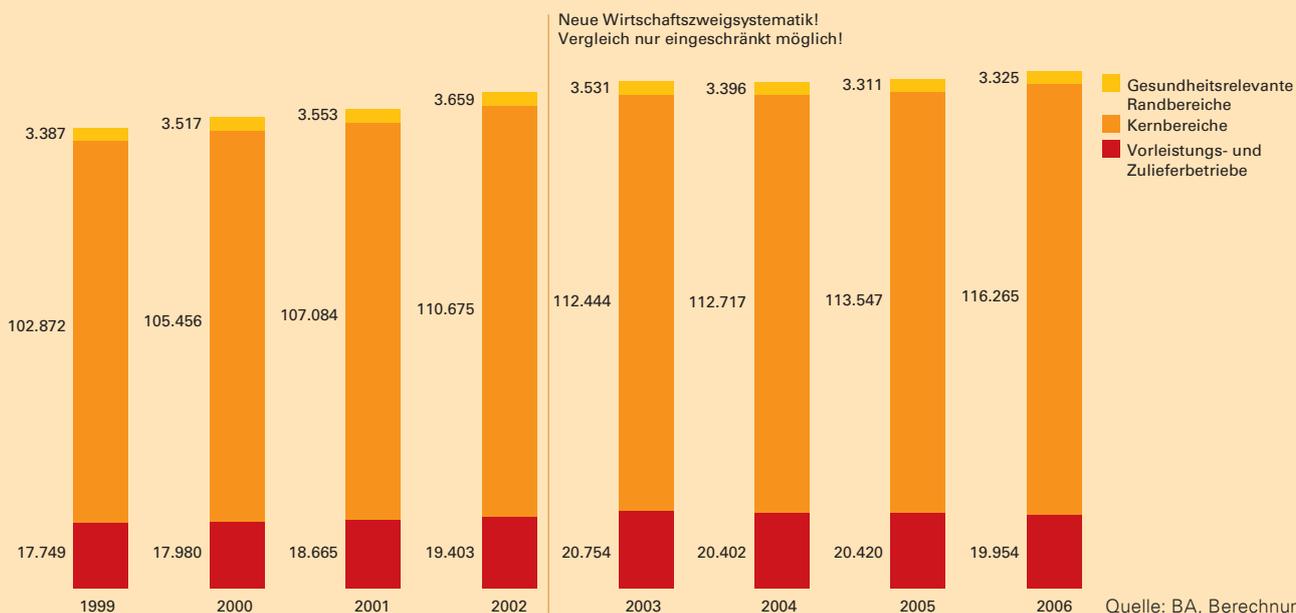
Quelle: IAT-Studie, 2009

Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach Bereichen in Schleswig-Holstein 2006



Quelle: BA, Berechnung: IAT

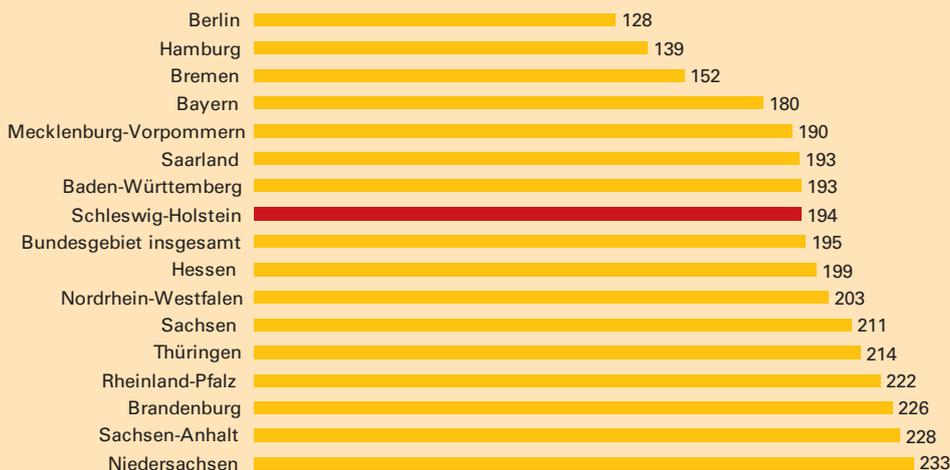
Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein 1999-2006



Quelle: BA, Berechnung: IAT

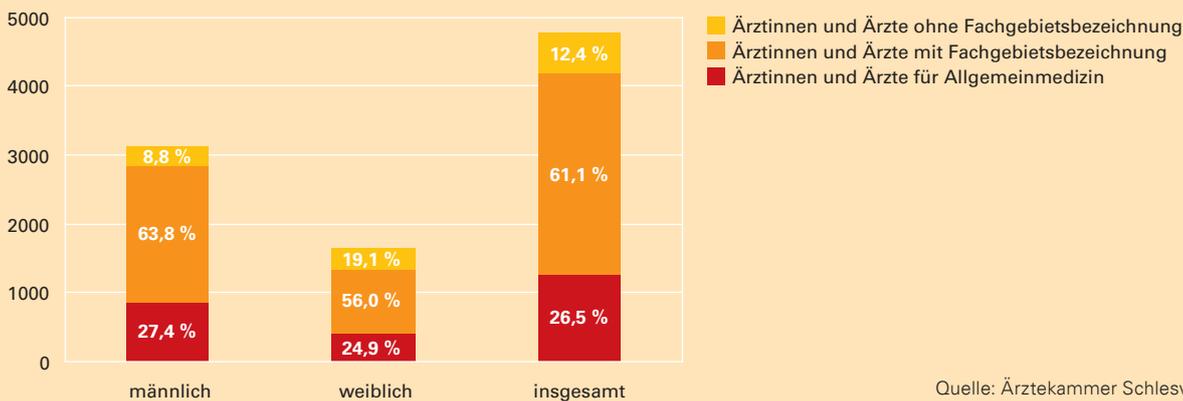
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Einwohner je Arzt in den Bundesländern



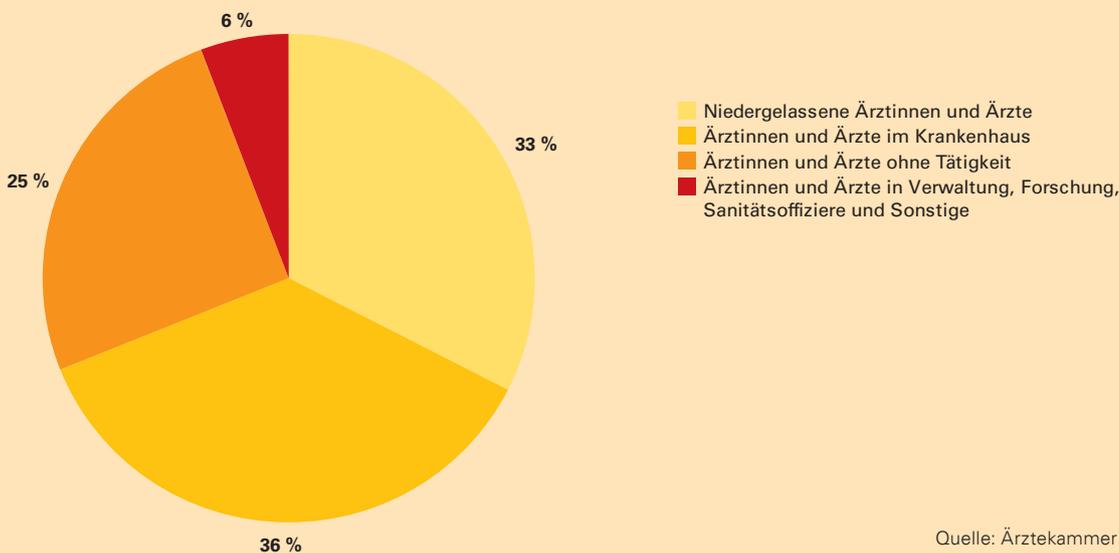
Quelle: Bundesärztekammer 2008, Statistisches Bundesamt 2008

Hauptberuflich in freier Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein 2008



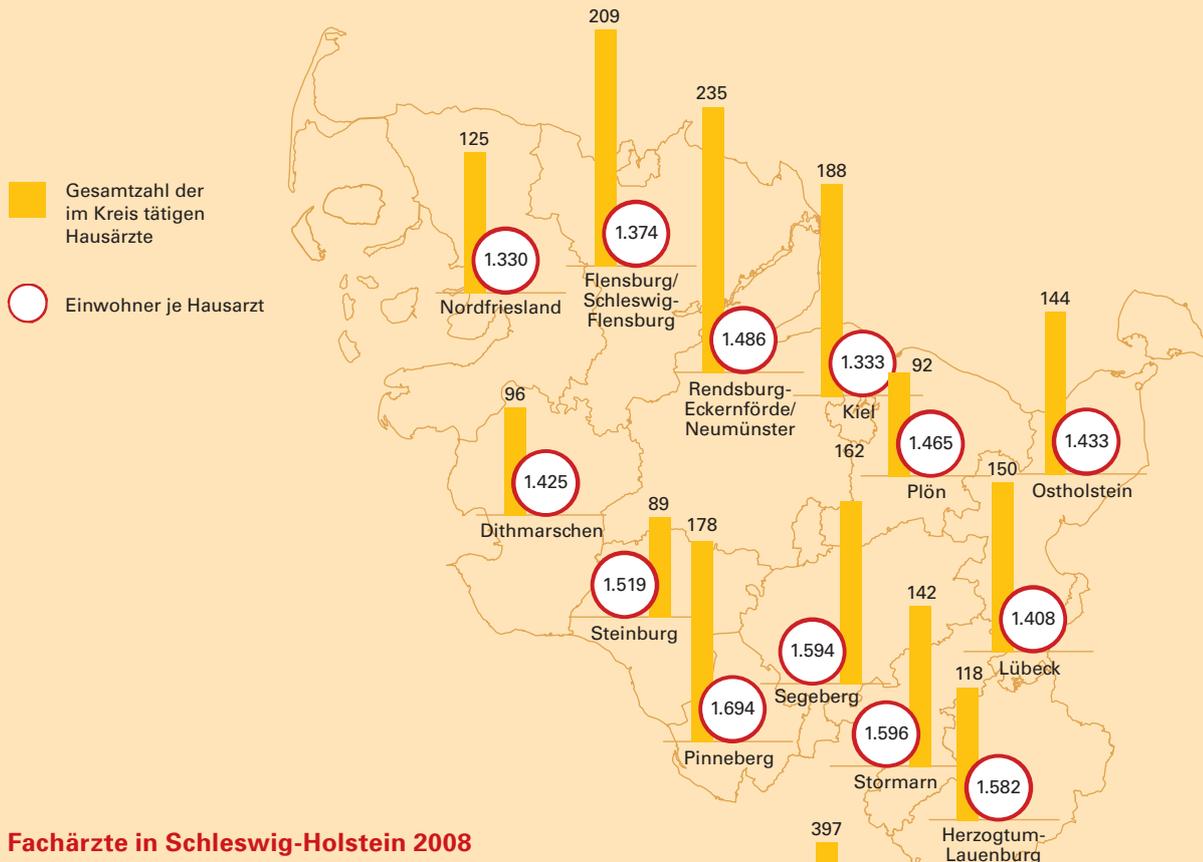
Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein 2008

Anteil der Arztgruppen in Schleswig-Holstein 2008

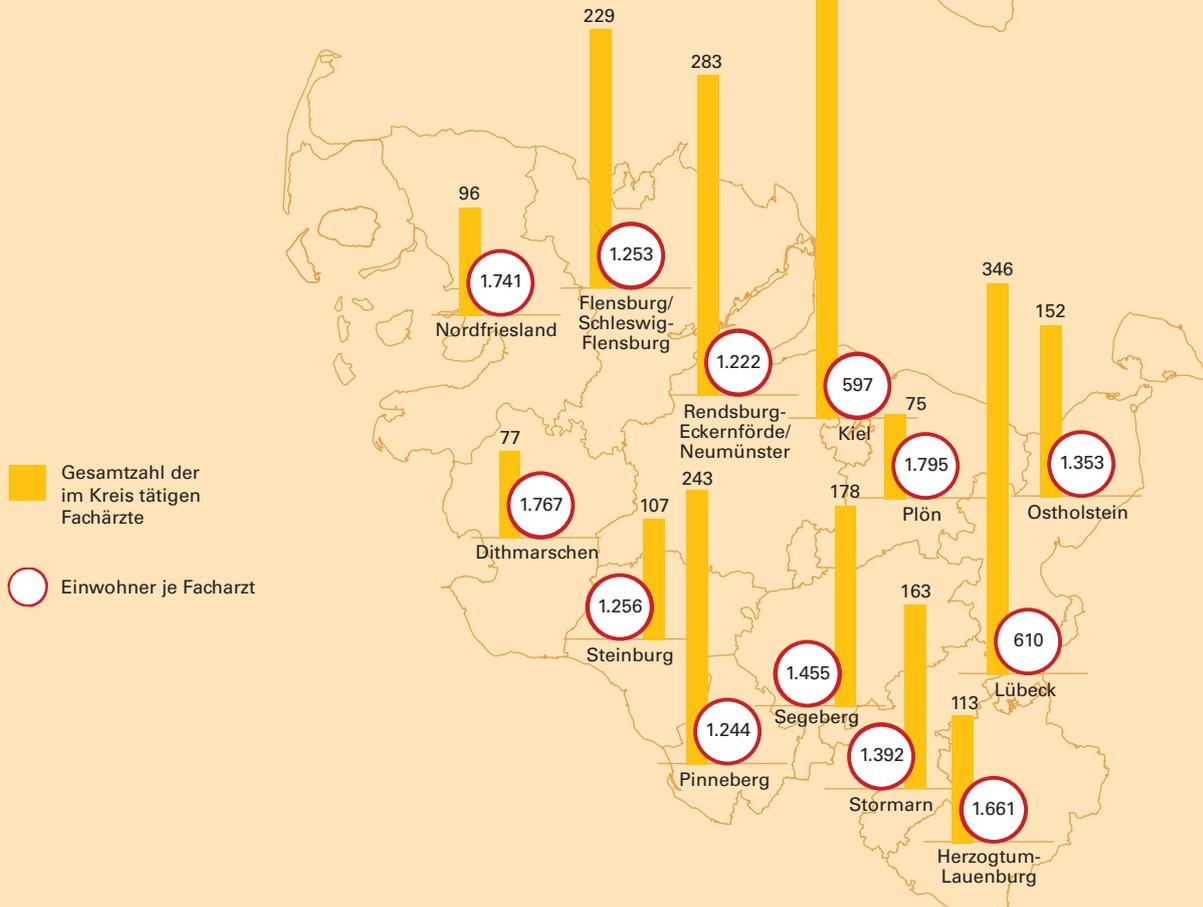


Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein 2008

Hausärzte in Schleswig-Holstein 2008



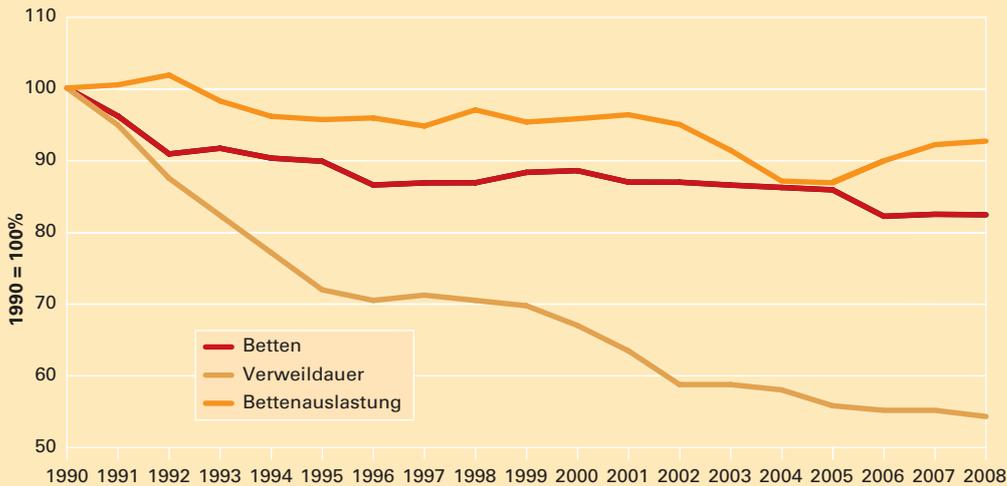
Fachärzte in Schleswig-Holstein 2008



Quelle: KVSH 2008

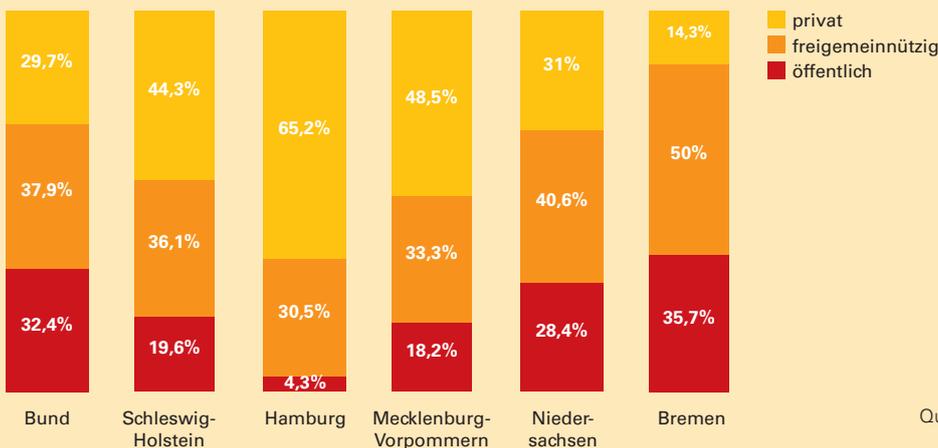
► DATEN ZUM GESUNDHEITSLAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

Entwicklung ausgewählter Krankenhausdaten in Schleswig-Holstein 1990 bis 2008



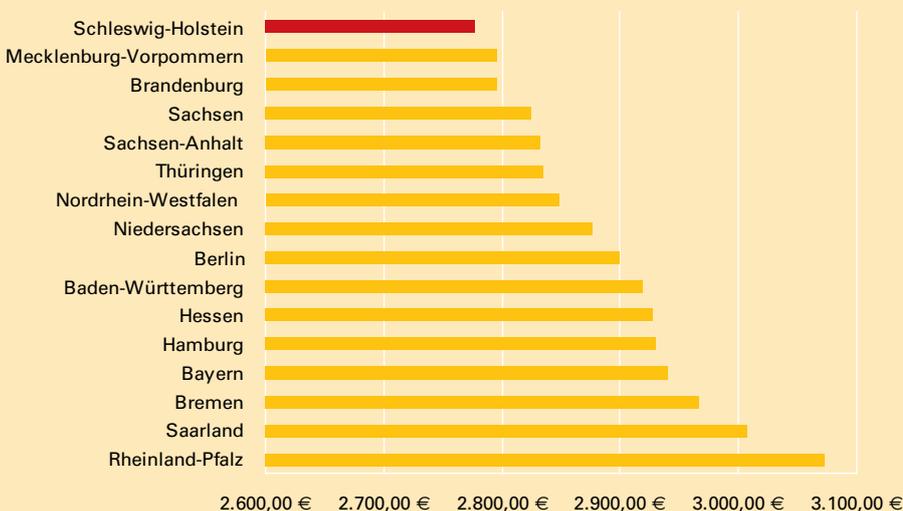
Quelle: Krankenhausgesellschaft SH 2009

Trägerstruktur der Krankenhäuser nach Bundesländern 2007



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2009

Landesbasisfallwerte 2009



Der Landesbasisfallwert gibt den Betrag an, den ein Krankenhaus zur Behandlung eines Patienten erhält. Dieser Betrag wird mit einem Faktor multipliziert, der sich nach der Schwere der Krankheit richtet. Die Landesregierung Schleswig-Holstein setzt sich dafür ein, dass die Basisfallwerte bundesweit angeglichen werden.

Quelle: Krankenhausgesellschaft SH 2009



— → Nähe und Vertrauen

Für die Menschen im Norden stellt das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau sicher und bietet das gesamte Spektrum der modernen Medizin an. Mit mehr als 70 Kliniken und Instituten in Kiel und Lübeck sind wir das zweitgrößte Universitätsklinikum Deutschlands.

Das UK S-H steht für herausragende Kompetenz: Diagnostik und Therapien stimmen wir individuell für Sie ab, orientiert am aktuellen Stand der Wissenschaft. Dazu gehört ein enger fachlicher und persönlicher Austausch. Deshalb sind wir im Gespräch mit den niedergelassenen Kollegen, mit den Krankenhäusern im Land und natürlich mit unseren Patienten. Ihr Vertrauen ist uns wichtig.

Wir wollen die Medizin in Schleswig-Holstein umfassend vernetzen, um allen Menschen in der Region eine optimale gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen. Dafür bauen wir unsere Kooperationen mit Partnern aus Medizin, Forschung und Wirtschaft aus. Gemeinsam wollen wir mehr erreichen. Für das Wohlergehen unserer Patienten.

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

Medizin ▪ Kompetenz ▪ Im Norden



Design trifft Demographie

Wir werden immer älter und benötigen innovative medizintechnische Hilfsmittel, um auch mit chronischen Krankheiten und Behinderungen zu Hause zurechtzukommen. Die elektronischen Geräte müssen einfach zu bedienen sein und sich optisch an die Umgebung anpassen. Für diese Aufgabe qualifiziert der bundesweit einzigartige Studiengang „Industriedesign – Medical Design“ an der Muthesius Kunsthochschule in Kiel.



„Medical Design“-Studierende mit hautnahe Praxisbezug
(Quelle: Muthesius Kunsthochschule)

Lehre. Immer sollen verschiedene Lösungen, bezogen auf eine Problemstellung, erarbeitet werden. Diese verstehen sich dann als Optionen und Anregungen für weiterführende Diskussionen und mögliche Umsetzungen.

Synergieeffekte ergeben sich mit dem ebenfalls zum Wintersemester 2008/09 gestarteten Masterstudiengang „Industriedesign – Interface Design“, dessen Studienziel ist, Hard- und Software von Produkten und Produktsystemen intuitiv nutzbar zu gestalten.

Geräte, die kranke Menschen für ihr Leben in den eigenen vier Wänden brauchen, müssen so gestaltet sein, dass sie neben den anderen Dingen des täglichen Lebens nicht schon allein durch ihr Äußeres auffallen. Rehabilitationsmittel müssen entstigmatisiert werden, um eine hohe Akzeptanz zu erhalten – auch vom Umfeld der Benutzerinnen und Benutzer. Die Studienarbeiten beschäftigen sich deshalb mit den Anforderungen, die die verschiedenen Nutzergruppen Patienten, Pflegepersonal und Ärzte stellen. Bei den Patienten sollen Ängste gegenüber medizintechnischen Geräten vermindert werden, zum Beispiel indem sie leicht in der Bedienung sind. Neben der unkomplizierten Nutzung für Nichtmediziner müssen Pflegekräfte und Ärzte alle Einstellungen vornehmen können.

Der Masterstudiengang im Schwerpunkt „Medical Design“ qualifiziert innerhalb von zwei Jahren Gestal-

terinnen und Gestalter für dieses anspruchsvolle Arbeitsfeld und verleiht ihnen den Master of Art (M. A.). Das Studium ist praxisorientiert, Kooperationen mit Industrie und medizinischer Forschung sind selbstverständlich. Der nahe Praxisbezug äußert sich unter anderem auch darin, dass ein Mediziner als Honorarprofessor gewonnen wurde. Der Studiengang an der Muthesius Kunsthochschule profitiert davon, dass hinsichtlich (Universitäts-) Kliniken, Unternehmensgründungen und Forschungsmitteln überdurchschnittlich viele Aktivitäten im Bereich Medizintechnik in Schleswig-Holstein konzentriert sind.

Die Struktur der aufeinander aufbauenden Semester sieht jeweils ein Haupt- und ein Kurzprojekt vor. Die Hauptprojekte mit Partnern aus Forschung, Wirtschaft und Medizintechnik weisen ein hohes Maß an Praxisbezug auf. Zugleich behalten sie den Charakter von Studien – mit allen Freiheiten von Forschung und

Der Vorteil der Studierenden ist ihre Unvoreingenommenheit (also das Gegenteil von Betriebsblindheit). Sie üben außerdem eine hohe Form von Verknüpfungen und Ableitungen aus vorangegangenen Projekten im technischen Design. Die Dokumentation „Medical Design“, herausgegeben als Kieler Konzepte 30/31, belegt dies eindrucksvoll. Jedes der Projekte im Masterstudiengang erhält eine eigene Dokumentation. Unter dem Titel „Muthesius Medical“ werden sie fortlaufend ergänzt. Aufgrund früherer Erfahrungen ist es inzwischen zu einer dreisprachigen Ausgabe gekommen: Deutsch als Studiumssprache, Englisch und Chinesisch! Diese Mehrsprachigkeit ist mit Blick auf den globalen Anspruch des Studiengangs „Medical Design“ folgerichtig.

Prof. Ulrich Hirsch, em. Professor für Technisches Design, Muthesius Kunsthochschule, www.muthesius-kunsthochschule.de

Lässt Medizinerherzen höher schlagen

Die Begriffskombination aus „Medizin“ und „Design“ lässt mitunter die Assoziation an durchgestylte Privatpraxen oder gut aussehende Jungärzte im Porsche aufkommen. Medical Design ist etwas anderes: Es vermittelt zwischen der Technik, den Anwendern und Patienten. Und gerade das ist in der Medizin bitter notwendig.

In kaum einem Bereich des Lebens trifft kalte Technik und menschliche Emotion so hart aufeinander wie in der Medizin. Dabei sind die Gefühle gegenüber der Technik äußerst ambivalent: Sie vermittelt sowohl Angst vor Schmerz und Behinderung als auch Hoffnung auf Heilung. Die Konfrontation mit Medizintechnik ist für betroffene Patienten oder hilfebedürftige Personen meist mit Funktionseinbußen oder Einschränkungen der Selbstständigkeit assoziiert. Die emotionale Akzeptanz der medizinischen Hilfsmittel ist daher oft nur gering. Technisch-kalte Funktionalität, desinifizierbare Oberflächen oder kaschierende Farbgebung verstärken diesen Effekt: Die Abhängigkeit von medizintechnischen Hilfsmitteln erfordert ein hohes Maß an Selbstbewusstsein, um trotzdem die Teilhabe an der immer jungen und strahlenden Erfolgsgesellschaft einzufordern. Für die Betroffenen spielen daher die ästhetisch-emotionalen Aspekte des Geräte- oder Hilfsmitteldesigns eine überdurchschnittlich wichtige Rolle.

Probleme mit der Technik

In keinem anderen Arbeitsumfeld sind die Anwender technisch derart schlecht ausgebildet und gleichzeitig permanent auf die Nutzung hoch technisierter Geräte angewiesen wie in der Medizin. Die technische Unterstützung der Anwender ist gering: Standardisierungen in der Kommunikation zwischen Mensch und Maschine wie zum Beispiel in der Luftfahrt existieren in der Medizintechnik nicht. Die Möglichkeit, unterschiedliche Geräte zu einem übersichtlichen System zusammenzufassen, ist nahezu nicht vorhanden. Es fehlt an standardisierten Schnittstellendefinitionen und Softwareprotokollen.

Der hohe Kostendruck im Gesundheitssystem führt über zunehmende Arbeitsverdichtung zu einer Potenzierung dieser Probleme in doppelter Hinsicht: Sie erfordert vermehrten Einsatz von Technik und verhindert gleichzeitig ausreichende Schulungen. Es resultiert ein hohes Maß an Überforderungsgefühl bei dem medizinischen Personal, Fehleranfälligkeit und geringe Effizienz der Arbeitsabläufe.

Design hilft den Anwendern

Hier kommt das Medical Design ins Spiel: Als Anwalt der Anwender hat es die Aufgabe, die Geräteleistungen in einer ergonomisch angepassten und kognitiv zu bewältigenden Form zur Verfügung zu stellen. Insbesondere durch die Integration komplizierter Technik in einen ergonomischen Arbeitsablauf übernimmt es eine vermittelnde Funktion, für die sich bisher nur selten Protagonisten gefunden haben: Während sich die meisten medizintechnischen Unternehmen ausschließlich auf die Optimierung ihrer Geräteleistungen konzentrieren, haben sich die Anwender schon lange damit abgefunden, in einem suboptimalen Arbeitsumfeld zu improvisieren. Effizient ist das aber nicht.

Gründe für den Studiengang

Die Gründung des Masterstudiengangs „Medical Design“ an der Muthesius Kunsthochschule ist daher aus sehr unterschiedlichen Gründen eine kluge Entscheidung:

Die Gestaltung eines medizintechnischen Produkts ist aufgrund hygienischer und medico-legaler Auflagen deutlich anspruchsvoller als in anderen technischen Bereichen. Die Studenten lernen, sich neben ihrer gestalterischen Tätigkeit mit

diesen Anforderungen auseinanderzusetzen. Um optimale Ergonomie und ungestörten Arbeitsablauf zu realisieren, ist es essenziell, dass sie profunde Kenntnisse der Abläufe im Medizingeschäft erlangen und mit dem medizinischen Personal auf Augenhöhe kommunizieren lernen.

Die Medizintechnik-Branche ist in Schleswig-Holstein dank einer jahrelangen erfolgreichen Ansiedlungspolitik der Landesregierung überproportional stark vertreten. Medizintechnik ist weltweit eine der am stärksten wachsenden Branchen. Um im globalen Konkurrenzkampf insbesondere mit Niedriglohnländern diese Position behaupten zu können, müssen deutsche Medizintechnikprodukte einen klaren Innovationsvorsprung halten. Dies allein durch technische Innovationen zu leisten, wird schwierig und kostenintensiv sein. Viel effizienter erscheint es da, die Attraktivität der Produkte durch verbesserte Ergonomie, intuitive Interfacegestaltung und die Integrationsfähigkeit in komplexe Abläufe zu erhöhen. Genau diesen Beitrag erwarte ich als Medizintechnik-Anwender vom Medical Design.

Dr. Florian Krug, Honorarprofessor am Studiengang „Medical Design“,
Chefarzt Unfallchirurgie,
Schön-Kliniken Hamburg,
www.schoen-kliniken.de

In der Praxis

Studienprojekte im Bereich „Medical Design“ verhelfen medizinischen Geräten nicht nur zu einem „hübschen“ Äußeren. Studierende der Muthesius Kunsthochschule erweitern mit ihren Ideen die Nutzungsmöglichkeiten und tragen somit zum medizinischen Fortschritt bei. Die medizinisch-technischen Projektarbeiten, die hier präsentiert werden, stammen aus dem Grundstudium, Hauptstudium und aus Diplomarbeiten des Studiengangs „Technisches Design“. Ähnlichen Entwicklungen werden aus dem Masterstudiengang „Medical Design“ hervorgehen, der seit einem Jahr existiert.



Arbeitsplattform „aeos“

Lennart Wenzel hat mit „aeos“ eine kompakte robotergestützte Arbeitsplattform für minimal-invasive Teleoperationen entworfen, die dem Chirurgen eine ergonomische Arbeitshaltung ermöglicht. Die hohe Flexibilität und die realitätsnahe Simulation des Patientenkontakts steigert die Konzentrationsfähigkeit des Chirurgen und erhöht insgesamt die Qualität der Arbeit (Diplomarbeit 2007).

Blutzuckermessgerät „Ninos GL“

„Ninos“ ist eine Serie speziell für Diabetiker, die Sascha Morawetz entwickelt hat. Das Blutzuckermessgerät Ninos GL kann mithilfe von Infrarotsensoren den Blutzuckerwert ermitteln – ohne das sonst notwendige, schmerzhafte Stechen. Zusätzlich dokumentiert das Gerät die einzelnen Messungen und schafft damit die Datengrundlage für anschauliche Statistiken. In seiner Eleganz deutet nichts auf das medizinische Hilfsmittel hin (Diplomarbeit 2007).



Heimbeatmungsgerät

Anna Beelte, Janina Jahnelt und Jan Kipperts haben in Zusammenarbeit mit der Weinmann GmbH ein Zukunftsmodell für den gängigen Rollator mit integriertem Beatmungsgerät entworfen, um den Patienten gleich doppelt zu mobilisieren. Die weichen Formen und passgenaue Zusatzkomponenten wie das im Rucksack integrierte Beatmungsgerät oder Messgeräte, die im gleichen Design wie der Rollator gestaltet sind, bestimmen das Äußere dieses Modells (Semesterarbeit 2005 im Hauptstudium technisches Design).

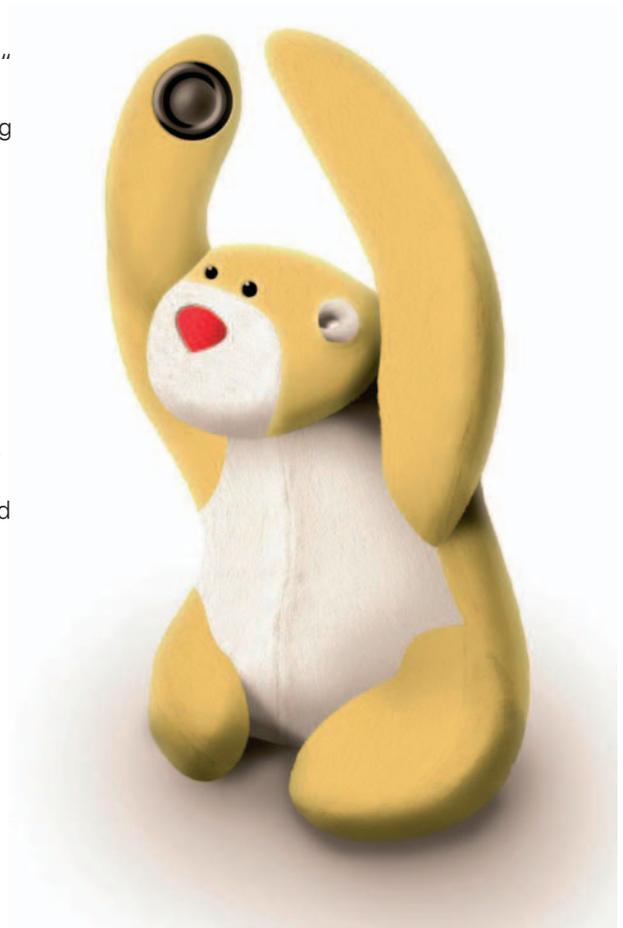


Rollstuhl „P’GASUS“

Steffen Ganz eröffnet Rollstuhlfahrern vollkommen neue Perspektiven: Rollstuhlfahrer sind nicht mehr an die sitzende Position gefesselt, sondern können ihre Position bis zum fast aufrechten Stand variieren. Der alternative Rollstuhl „P’GASUS“ entstand in Zusammenarbeit mit dem Porsche Design Studio und erhielt schon mehrere Preise. Nun soll er mit Unterstützung eines privaten Unternehmens auf den Markt gebracht werden (Diplomarbeit 2006).

„LEIF – der Freund fürs MRT“

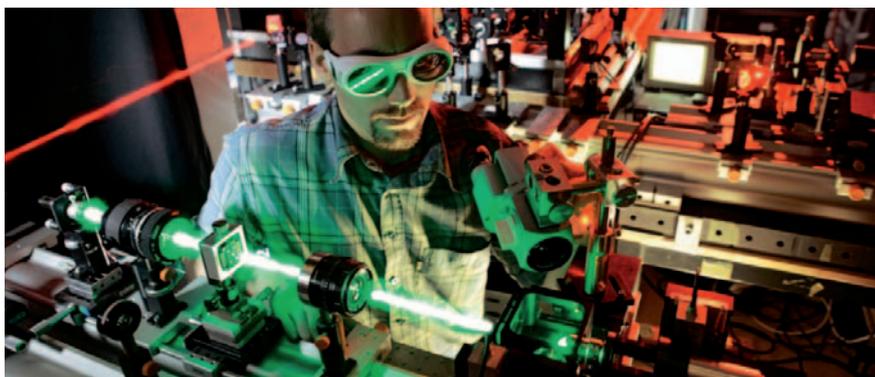
Mit LEIF unterstützt Olaf Thiele Ärzte bei magnetresonanztomographischen (MRT) Untersuchungen bei Kindern, denen es oft besonders schwerfällt, die notwendigen 15 Minuten stillzuhalten. Sie liegen zusammen mit dem Kuscheltier in der Röhre und lassen sich von Musik oder Hörspielen ablenken, die aus dem Kopfhörer kommen, der geschickt in LEIFs Weichschaumkern integriert ist (Projekt im 4. Semester, BA 2007).



Weitere Informationen bekommen Sie bei der:
 Muthesius Kunsthochschule
www.muthesius-kunsthochschule.de
 Lorentzendam 6-8, 24103 Kiel
 Tel.: 0431/51 98 400 (Studierendensekretariat)
 Ansprechpartner für den Masterstudiengang
 „Medical Design“ ist Professor Detlef Rhein.

Beruf der Zukunft

Firmen der Medizintechnik haben schon heute einen großen Bedarf an qualifizierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die in Entwicklungs- und Forschungslaboren neue Technologien erforschen, um damit die nächste und übernächste Generation medizinischer Diagnose- und Therapiegeräte zu entwickeln. Darüber hinaus wird die Nachfrage nach exzellent ausgebildeten Absolventen in diesem Bereich aufgrund der Änderung der Altersstruktur in unserer Gesellschaft weiter steigen.



Optische Technologien für den Menschen: Bildgebung auf der Zellebene ist Ergebnis der Lasertechnik. Physik und Medizin gehen hier Hand in Hand.

Auf diesen Bedarf hat sich die Universität zu Lübeck eingestellt. Der neue konsekutive Bachelor-Master-Studiengang der Medizinischen Ingenieurwissenschaft richtet sich an Abiturientinnen und Abiturienten, die Spaß an interdisziplinären Aufgaben im Forschungsfeld zwischen Physik, Mathematik, Informatik und Medizin haben. Ein mathematischer oder naturwissenschaftlicher Leistungskurs erleichtert den Abiturientinnen und Abiturienten den Einstieg in das Studium. Aber die darin erworbenen Kenntnisse sind nicht entscheidend für den Erfolg. Vielmehr sind es Fähigkeiten wie Ausdauer beim Entwickeln neuer Lösungen, vor allem aber Kreativität, Intuition und vernetztes Denken, denn dadurch entstehen Innovationen, die den deutschen Unternehmen im globalen Wettbewerb den entscheidenden Vorteil bringen. Zahlreiche Firmen der Medizintechnikbranche hatten die Universität zu Lübeck bei der Planung und Gestaltung des Studiengangs unterstützt.

Brücke zwischen den Disziplinen

Die Besonderheit der Medizinischen Ingenieurwissenschaft an der Universität zu Lübeck ist die

umfangreiche Unterstützung durch die Medizinische Fakultät. Von Beginn des Studiums an werden Medizinkompetenzen parallel zu den technisch-naturwissenschaftlichen Säulen vermittelt. Damit ist der Studiengang deutlich attraktiver gegenüber Medizintechnikstudiengängen an anderen Hochschulen, die medizinische Kompetenzen mitunter nur mit Mühe vermitteln können.

Der Studiengang schafft eine Brücke auch zu anderen Disziplinen am Lübecker Campus: Neben der Kooperation mit der Medizin trägt das Institut für Mathematik die mathematische Grundausbildung im Studiengang bei. Eine etablierte Informatik, die einen Spitzenplatz im bundesweiten Ranking des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) besetzt, sichert die erforderliche IT-Ausbildung. Hinzu kommt, dass die Universität eine starke Physikkompetenz besitzt: Neben der eigenen physikalischen Ausrichtung des Instituts für Medizintechnik tragen die Institute für Physik und für Biomedizinische Optik das notwendige naturwissenschaftlich-technische Fachwissen bei.

Allgemeine Themen der angewandten Medizintechnik werden zum

Beispiel in einer Ringvorlesung der Industrie vermittelt. Darüber hinaus geben die vier Pflichtmodule Einführung in die Biomedizinische Technik, Einführung in die Biophysik, Medizinische Bildgebung und Medizinische Bildverarbeitung einen ersten Einblick in die universitären Forschungsthemen. Dabei handelt es sich um die Medizinische Photonik in den ersten beiden und um Medical Vision in den letzten beiden Modulen.

Ziele des Studiengangs

Das Ziel der Ausbildung besteht darin, Studierenden Kenntnisse zu vermitteln und mit ihnen Fertigkeiten einzuüben, die sie in die Lage versetzen, komplexe Forschungs- und Entwicklungsaufgaben mit physikalischem und/oder informationsverarbeitendem Bezug durchzuführen. Einen Schwerpunkt der Ausbildung bildet daher die Befähigung der Absolventen zur Entwicklung und Anwendung optisch-biophysikalischer und mathematisch-informatischer Methoden. Des Weiteren ist es für die Tätigkeit in biophysikalisch-technischen und informationsverarbeitenden Berufen unerlässlich, sich in wechselnde Aufgabengebiete einarbeiten zu können.

Große Nachfrage

Aufgrund der großen Nachfrage musste der Studiengang ab dem Wintersemester 2009/2010 auf 80 Studienplätze beschränkt werden. Etwa 300 Abiturientinnen und Abiturienten hatten sich für dieses Wintersemester beworben. Die Bewerbungsfrist für den Studiengang endet regelmäßig am 15. Juli des jeweiligen Jahres.

Prof. Dr. Thorsten M. Buzug,
Direktor des Instituts für Medizintechnik, www.miw.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.: (04 51) 2004-0 · Fax: (04 51) 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



Fragen an den Professor

Im Herbst 2009 haben Sie Ihre Professur für Gesundheitstourismus an der Fachhochschule Westküste angetreten. Welche Aufgaben stehen seitdem für Sie im Vordergrund?

Die Arbeit konzentriert sich derzeit vor allem auf drei zentrale Aspekte: erstens auf den Aufbau einer systematischen und an den wissenschaftlichen und professionsbezogenen Erfordernissen ausgerichteten Lehre, zweitens auf die Integration der Professur in die (gesundheits-)touristische Struktur des Landes und drittens auf die Exponierung zukunftsfähiger Forschungsthemen.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, den gesundheitstouristischen Leistungsträgern transparent zu machen, welche Potenziale die Absolventen eines gesundheitstouristischen Studienschwerpunktes aufweisen und welchen Nutzen sie für potenzielle Arbeitgeber haben. Angesichts der – im Vergleich zu anderen Branchen – ausgesprochen niedrigen Akademisierungsquote einerseits und den komplexen Anforderungen mit Blick auf Vermarktung, Personal- und Finanzmanagement und der technischen Entwicklung andererseits, ist hier sicher noch viel Pionierarbeit zu leisten. Gesundheitstouristische Studiengänge und -schwerpunkte sind noch nicht weit verbreitet und insofern auch noch wenig bekannt. Ich würde mir wünschen, dass Absolventinnen und Absolventen mit ihren Bewerbungen auf reges Interesse stoßen.

Sie hatten vorher am Baltic College in Güstrow/Schwerin den Lehrstuhl für Dienstleistungsmanagement und Tourismus. Mit welchen zentralen Feldern des Gesundheitstourismus beschäftigen die Studierenden und Sie sich in Heide?

Der Gesundheitstourismus ist – obgleich alles andere als eine Erfindung der Moderne – ein noch junges und zukunftsfähiges Touris-



Prof. Dr. André Schulz

mussegment und Forschungsfeld. Wir beschäftigen uns derzeit und auch in Zukunft beispielsweise mit Fragen der Preisbereitschaft von Gästen im Gesundheitstourismus: Da es nicht den Gesundheitstouristen gibt, stellt sich die Frage, welchen Preis die jeweiligen Gäste für unterschiedliche gesundheitstouristische Leistungen zu zahlen bereit sind. Für die Leistungsträger ist die Beantwortung der Frage besonders wichtig, geht es doch darum, einen marktadäquaten Preis für die verschiedenen Produkte zu bestimmen. Wir beschäftigen uns weiterhin mit Fragen des Qualitätsmanagements, denn eines liegt auf der Hand: gesundheitstouristische Leistungen werden sich nur über die Qualität am Markt durchsetzen können. Ferner befassen wir uns mit der Markenbildung gesundheitstouristischer Leistungsträger: Angesichts der Vielzahl von Angeboten werden diejenigen Akteure Wettbewerbsvorteile haben, die es verstehen, sich als Marke am Markt zu positionieren und zu profilieren. Schließlich wird ein weiteres Forschungsfeld die Bildung und Steuerung gesundheitstouristischer Netzwerke sein. Wie kooperieren die verschiedenen

Akteure im gesundheitstouristischen Markt und nach welchen Modi werden die Netzwerke gesteuert, das sind hier die forschungsleitenden Fragestellungen.

Herr Professor, was ist eigentlich genau „Gesundheitstourismus“ und „Wellness“?

Unter Gesundheitstourismus verstehen wir den Aufenthalt in einem alltagsabgewandten Fremdraum zur Wiederherstellung oder Erhaltung der persönlichen Gesundheit. Dies schließt geistige Aktivität, sozialen Austausch, körperliche Fitness und kulturelle Teilhabe mit ein.

Wellness ist eine Untergruppe des Gesundheitstourismus und kann als ganzheitliches Bemühen um körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden verstanden werden.

Die Akteure aus Gesundheit und Touristik sprechen nicht immer dieselbe Sprache ...

Ich sehe zunächst weniger Trennendes, sondern vielmehr eine große Schnittmenge beider Branchen und Arbeitsbereiche. Gesundheit auf der einen Seite und Freizeit und Tourismus auf der anderen Seite avancieren

zu den Leitökonomien und Zukunftsmärkten des 21. Jahrhunderts. In beiden Märkten wird zudem realisiert, was die moderne Soziologie mit dem Projekt der persönlichen Glückssuche emotional aufgeladen hat.

In Schleswig-Holstein hat man das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus gegründet, um die beiden Bereiche zusammenzubringen. Wie beurteilen Sie diese Strategie?

Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus kann sicherlich zur Verbesserung der regionalen Entwicklung beitragen, indem es die Synergiepotenziale, die die Gesundheits- und Tourismusmärkte bieten, nutzt. Hierzu bedarf es einer initiiierenden, koordinierenden und beratenden Institution, die die beteiligten Akteure zielorientiert zusammenführt; die Partner aus Politik, Medizin und Tourismus also vernetzt und Impulse für die weitere Entwicklung gibt. Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus übernimmt vor diesem Hintergrund eine äußerst wichtige Aufgabe.

Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus

Das bundesweit einmalige Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus Schleswig-Holstein besteht seit 2008; ihm gehören sowohl Tourismusorte und -organisationen als auch medizinische Einrichtungen an. Das Zentrum ist zentrale Ansprech- und Koordinationsstelle für den Gesundheitstourismus im Land. Ziel ist es, die Kräfte der Gesundheitstourismusbranche zu bündeln und die Akteure bei der Markterschließung zu unterstützen. In einem ersten Schritt wurden gemeinsame Qualitätskriterien für gesundheitstouristische Angebote im Bereich der Prävention erarbeitet.

Konkret lassen sich gemeinsame Themen und Kooperationsfelder in der touristischen Vermarktung ortsgebundener Heilmittel, der Entwicklung gesundheitstouristischer Netzwerke und Cluster sowie der (Re-)Positionierung traditioneller Kur- und Heilbäder identifizieren.

Sie sind in Schleswig-Holstein in einer stark vom Tourismus geprägten Region tätig, die zahlreiche Einrichtungen in der Gesundheitswirtschaft hat. Schleswig-Holstein hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Gesundheitstourismus zu stärken. Welche Schritte sind von wem notwendig, um den Gesundheitstourismus hier zum Erfolg zu führen?

Die Akteure nehmen jeweils unterschiedliche Funktionen und Aufgaben innerhalb des touristischen Systems wahr. So können beispielsweise die Politik und die Verbände initiiierend und koordinierend tätig werden, um die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen; die Leistungsträger werden darauf zu achten haben, qualitativ hochwertige Produkte anzubieten, und Wissenschaft und Forschung können über angewandte Forschungsprojekte und Transferleistungen wie auch über Schulungsmaßnahmen Impulse für die weitere zukunftsorientierte und nachhaltige Entwicklung dieses wichtigen Wachstumsmarktes geben. Die Professur Gesundheitstourismus will sich hierzu gerne engagieren. Dies bitte ich als Angebot an die gesundheitstouristischen Institutionen und Akteure zu verstehen.

Welche Faktoren machen den Bereich des Gesundheitstourismus eigentlich zu einem „Wachstumsmarkt“?

Hierzu sind angebots- und nachfrageseitige Faktoren zu unterscheiden. Nachfrageseitig ist die Dynamik der Entwicklung ohne Zweifel im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen: Der demogra-

phische Wandel, ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung (auch zur Förderung der Leistungsfähigkeit im Beruf), steigende Gesundheitskosten und die damit korrespondierende Eigenverantwortung wie aber auch die politische und wirtschaftliche Transformation in den Ländern Mittel- und Osteuropas sind wesentliche Faktoren. Gesundheitstouristen wollen abseits ihres Alltags körperliches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden erfahren und sind bestrebt, Mängel und Defizite in den genannten Bereichen durch Erlebnisse am Urlaubsort zu kompensieren. Angebotsseitig unterliegen touristische Destinationen oder Leistungsträger grundsätzlich einem Wandlungsdruck: Sie müssen sich den jeweiligen Marktverhältnissen anpassen und versuchen, durch die Erschließung wirtschaftlich interessanter Geschäftsfelder Marktpotenziale zu realisieren. Hinzu kommt ein grundlegender Wandel in der Angebotsstruktur. Infolge der Gesundheitsreformgesetze konzentrieren sich die Kurorte und Heilbäder zunehmend auf selbstzahlende Gäste; das schließt auch die Produktgestaltung mit ein. Gleichzeitig drängen aber auch weitere Akteure wie zum Beispiel Hotels mit ähnlichen Angeboten auf den gesundheitstouristischen Markt, sodass der Wettbewerb schon deutlich intensiver geworden ist und vermutlich auch noch an Intensität zunehmen wird. Auch lassen sich interessante neue Geschäftsmodelle ausmachen wie beispielsweise Patientenhôtels.

Insgesamt ist der gesundheitstouristische Markt hoch dynamisch und verspricht künftig weiterhin interessante Entwicklungen.

Die Fragen stellte Gesine Stück, dsn.

Nähe tut gut

Im Psychiatrieplan Schleswig-Holstein von 1990 legte die Landesregierung fest, dass jede Versorgungsregion eine psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus oder ein psychiatrisches Krankenhaus erhalten sollte. Während in den meisten Kreisen der Versorgungsauftrag von den vormals zuständigen drei Landeskrankenhäusern an andere Träger übergang, wurde in der Hansestadt Lübeck ein anderer Weg beschritten.

Im letzten Jahrtausend wurde noch mit anderen Maßen gemessen. Die damalige Fachklinik Neustadt war 1997 für die Stadt Lübeck und den Südteil des Kreises Ostholstein zuständig. Die Entfernung von 35 km zwischen Neustadt und Lübeck wurde als hinreichend „gemeindenah“ angesehen. Eine psychiatrische Abteilung am städtischen Krankenhaus Lübeck war nicht vorgesehen.

Diese Auffassung änderte sich zum Glück: Im Jahr 2000 begann man, eine Verlegung von Bettenkapazität aus der Fachklinik Neustadt an den Standort Lübeck zu planen. Unter Moderation des Sozialministeriums und des Sozialsenators der Stadt Lübeck schlossen Fach- und Universitätsklinik eine Kooperationsvereinbarung, die unter anderem die Abstimmung des therapeutischen Angebotes an den drei Klinikstandorten vorsah. Der neue Träger, die AMEOS Gruppe, die 2005 die Landeskrankenhäuser in Neustadt und Heiligenhafen übernahm, setzte diese Bemühungen fort. Anfang 2007 konnten die Betten aus Neustadt verlegt werden, das AMEOS Klinikum Lübeck wurde eröffnet. Das Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst heute 66 Planbetten auf drei Stationen, 14 Tagesklinikplätze in Gerontopsychiatrie und eine Institutsambulanz. Seit 2008 sind das AMEOS Klinikum Lübeck und die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holsten (UK S-H), Campus Lübeck, gemeinsam zuständig für die wohnortnahe Versorgung von psychisch kranken Patienten.

Vorteile der Nähe

Das Angebot der akutpsychiatrischen stationären Versorgung vor

Ort verbessert die Versorgung der Betroffenen erheblich. Dabei steht die direkte Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld der Patienten im Vordergrund. Sowohl die Familien als auch die versorgenden psychosozialen Einrichtungen werden direkt erreicht. Es kommt zu weniger Kontaktabbrüchen, ein direkter Einbezug der häuslichen Situation ist niederschwelliger möglich. Die Vorbereitung des Übergangs aus dem Klinikum in ambulante oder teilstationäre Behandlung und Betreuung kann in direktem Kontakt mit den behandelnden Therapeuten erfolgen.

Nicht nur die Nähe von Wohnung, Familie und Freunden ist für die Patienten bedeutsam, sondern auch die Möglichkeit, Behördenangelegenheiten, Einkäufe und andere alltägliche Dinge zu erledigen. Außerdem können bei somatischen Problemen die vertrauten Fachärzte, beispielsweise der Gynäkologe konsultiert werden.

Wie eine Abteilung am Allgemeinkrankenhaus

Ohne die Vorteile der engen Verbindung mit seinem „Mutterklinikum“ Neustadt aufzugeben, bietet das AMEOS Klinikum Lübeck alle Vorteile einer psychiatrischen Allgemeinkrankenhausabteilung: So kann bei akut auftretenden körperlichen Erkrankungen eine schnelle Verlegung in die benachbarte Somatik erfolgen. Andererseits steht für die Patienten des Allgemeinkrankenhauses rund um die Uhr ein psychiatrischer Konsiliardienst zur Verfügung. Die zahlreichen Patienten mit psychischen Störungen, die sich in Behandlung der somatischen Klinik befinden, können dadurch direkt fachärztlich mitbehandelt werden oder eine erforderliche stationäre



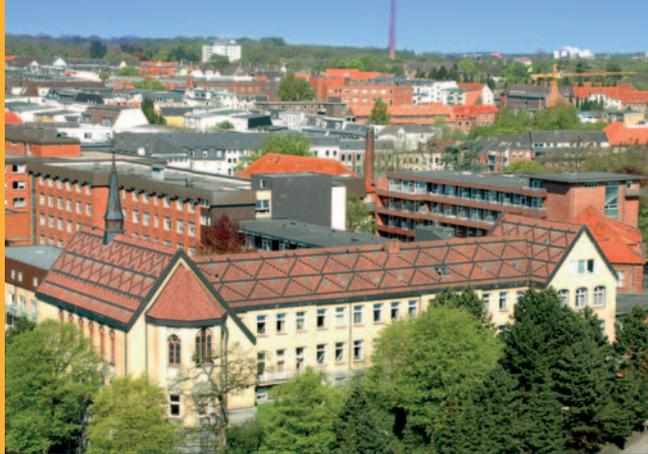
Die räumliche Integration in die Stadt gewährleistet die gemeindenahe psychiatrische Versorgung der Bürger.

beziehungsweise ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung wird angebahnt. Das Risiko der Stigmatisierung psychiatrischer Behandlung wird somit deutlich verringert.

Vernetzung mit Entwicklungspotenzial

Die Patientensteuerung mit Zuweisung zu den passenden Therapieangeboten ist zwischen den psychiatrischen Klinikstandorten, der Sana-Klinik Lübeck sowie dem UK S-H gut etabliert. Der ärztliche Bereitschaftsdienst, der gemeinsam mit der sich ebenfalls auf dem Gelände befindenden Suchtklinik betrieben wird, hat sich bewährt. Eine intensivere beratende Tätigkeit an der geriatrischen Klinik der Stadt soll aufgebaut werden. Verbindliche Kooperationsstrukturen mit den Anbietern der psychosozialen Versorgung und dem Gesundheitsamt werden entwickelt.

Dr. Angela Schürmann, Leitende Ärztin im AMEOS Klinikum Lübeck, www.ameos.eu



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 2700 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



Die Hallig-Retter

Die zehn Halligen vor der nordfriesischen Küste sind weltweit einzigartig. „Schwimmende Träume“ nannte einst Theodor Storm die kleinen, eingedeichten, im Wattenmeer gelegenen Inseln. Jedes Jahr locken sie Tausende von Touristen an. Die Bewohner haben sich darauf eingestellt, dass an ihrem einzigartigen Wohnort einiges anders ist als auf dem Festland.

Beispielsweise steht bei medizinischen Notfällen auf den Inseln weder ein Arzt noch ein organisierter Rettungsdienst zur Verfügung. Der Festländer wählt im Bedarfsfall den Notruf „112“ und innerhalb von zwölf Minuten ist der Rettungswagen vor Ort. Wählt der Halligbewohner den Notruf „112“, kommt die Hilfe aus der Luft oder zu Wasser. Die Rettungshubschrauber Christoph Europa 5 in Niebüll und Christoph 42 in Rendsburg sowie die SAR-Maschine der Bundeswehr fliegen die Halligen an. Bei Tage und gutem Wetter sind sie meistens fast genauso schnell bei ihrem Patienten wie ein Rettungswagen auf dem Festland. In der Nacht und bei schlechtem Wetter jedoch sind die Möglichkeiten der Luftrettung eingeschränkt. Schlechte Sicht- und Windverhältnisse können den Einsatz der Hubschrauber sogar ganz unmöglich machen. In diesen Fällen kommt die Hilfe über das Wasser – mit dem Seenotkreuzer der DGzRS, der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger. Aber gerade bei schlechtem Wetter kann die Anfahrt lange dauern. Unter Umständen muss auch noch eine zusätzliche medizinische Crew (meistens eine Notarztwagenbesatzung des Festlandes oder der Insel Amrum) aufgenommen werden. Doch in manchen Fällen bringt selbst die schnellste Hilfe der Profi-Retter nichts, wenn nicht vor Ort gute Erste Hilfe stattfindet. Doch nicht auf allen Halligen leben dazu ausgebildete Gemeindepfleger.

Ersthelfer auf jeder Insel

Auf diese Situation reagierte der Kreis-Rettungsdienst Nordfriesland mit seiner Idee der „Hallig-Retter“. Ziel dabei ist es, auf allen Halligen jeweils einige Bewohner für eine kompetente medizinische Sofort-

hilfe auszubilden. Diese Ersthelfer sollen die Wartezeit des Patienten auf den Hubschrauber oder den Seenotkreuzer mit Hilfsmaßnahmen überbrücken. Die Idee wurde von den Halligbewohnern begeistert aufgenommen und bald fanden sich die angehenden Ersthelfer zu ihrer Ausbildung ein.

Konzipiert und durchgeführt wurden die Trainings vom Team des nordfriesischen Rettungsdienstes. Freitags bis sonntags wurden Erst-



„Hallig-Retter“ in der Ausbildung auf Langeness
(Quelle: Ausbildungsabteilung des Rettungsdienstes NF)

behandlungen von internistischen Notfallsituationen, Vergiftungen, Unfällen und vielem mehr gelehrt und geübt. Gleichzeitig stellte der Kreis Nordfriesland den Halligen eine erweiterte Notfallausrüstung für die Erstbehandlung zur Verfügung wie beispielsweise Sauerstoff- und Beatmungsgeräte, Defibrillatoren, Vakuum-Matratzen, Schaufeltragen und spezielle Notfall-Medikamente. Auf den Halligen Langeneß/Oland und Nordstrandischmoor, die über eine Lorenbahn mit dem Festland verbunden sind, wurde eine gepolsterte und gesicherte Schleifkorbtrage installiert. Hiermit ist ein liegender Nottransport zum Festland möglich. An der Deichkante erfolgt

dann direkt die Übergabe an den Notarztwagen. Auch dieses System ist schon zum Einsatz gekommen und hat zusammen mit den „Hallig-Retter“ dazu beigetragen, Patienten schnell zu helfen.

Projekt hat sich bewährt

Inzwischen haben 45 „Hallig-Retter“ ihre Ausbildung erfolgreich absolviert, in über 18 Notfällen aller Art sind sie tätig geworden. Alle sind sich einig, dass das Projekt „Hallig-Retter“ sich bewährt hat. Deshalb

werden das Ausbildungsteam des Rettungsdienstes des Kreises Nordfriesland und die Hallig-Retter weiter zusammenarbeiten – in Auffrischkursen und mit der Ausbildung weiterer Hallig-Retter. Der Kreis Nordfriesland beteiligt sich an den Projektkosten mit Personalgestaltung, Ausbildung und Notfallausstattungen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesund-

heit des Landes Schleswig-Holstein gibt eine finanzielle Unterstützung.

Trotz des Erfolges ist allen klar: Das Projekt kann nur ein Baustein innerhalb eines Gesamtprozesses sein. Letztlich kann bei allem Engagement der „Hallig-Retter“ nur mit Rettungshubschraubern eine schnelle und professionelle medizinische Notfallversorgung gesichert werden. Dafür setzen sich Kreis und Land ein – zum Wohle der Hallig-Bewohner und ihrer Gäste.

Christian Wehr, Leiter des Rettungsdienstes Kreis Nordfriesland, www.nordfriesland.de

Allein zu Hause? Aber sicher!

Einen mobilen Feuermelder hatte sich die alte Dame angeschafft, den gibt es inzwischen für ein paar Euro überall zu kaufen und sicher ist sicher. Als das Gerät angeschlossen wurde, hörte sie es nicht. Altersschwerhörigkeit. Gerettet wurde sie trotzdem, denn das Gerät war über ein Hausnotrufsystem mit der Hausnotrufzentrale des Deutschen Roten Kreuzes in Heide, Dithmarschen, verbunden. Von dort aus wurden nicht nur die Feuerwehr, sondern auch der Nachbar und der um die Ecke wohnende Sohn alarmiert.



Die Bedienung des Hausnotrufes ist einfach zu erlernen.

Ein spektakuläres Beispiel und ein Beleg für ein neues Anwendungsgebiet des Hausnotrufdienstes. Hausnotruf kann aber viel mehr leisten. Nicht nur in akuten, lebensbedrohenden Notfallsituationen ist er in der Lage, zur Lösung von Problemen beizutragen. Er ist eine wirksame Hilfe bei der Bewältigung des Alltages, nicht nur dann, wenn der Notarzt kommen muss oder es brennt. Er ist der Knotenpunkt zwischen verschiedenen familiären, privaten, professionellen, staatlichen und nicht staatlichen Betreuungs- und Hilfsangeboten und verknüpft sie zu einem Netz der Hilfe und Sicherheit.

Vernetzung und Kommunikation sind in einem Atemzug zu nennen, wenn es darum geht, Menschen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, im eigenen Zuhause wirksam abzusichern. Das ist heute auf effektive, preisgünstige und einfache Weise möglich. Der Hausnotrufdienst mit seiner Zentrale in Heide, den das Deutsche Rote Kreuz (DRK) in Schleswig-Holstein flächendeckend

anbietet, verbindet über eine 24 Stunden am Tag besetzte Zentrale alleinlebende, vorwiegend ältere Menschen mit dem Pflegedienst, dem Arzt, Freunden und Bekannten oder notfalls auch dem Rettungsdienst.

Hausnotruf, bekannt und unbekannt zugleich

Hausnotruf, die Bezeichnung suggeriert Richtiges und Falsches zugleich. Richtig ist, dass im Notfall über das System Hilfe gerufen werden kann. Die Kommunikation über den Hausnotruf setzt aber nicht in jedem Fall einen akuten Notfall voraus. Das ist ein Missverständnis, das manchmal dazu führt, den Auslöser nicht zu drücken. Viele denken, es ist wie beim Feuermelder, Missbrauch wird bestraft. Eine falsche Vorstellung und geradezu kontraproduktiv. Denn beim DRK-Hausnotruf geht es vielmehr um die ständige Kommunikation mit den an das System angeschlossenen Teilnehmern. Vereinbart werden kann beispielsweise, dass diese einmal täglich eine bestimmte Taste ihres Hausnotrufgerätes drücken, um zu signalisieren: Mir geht es gut. Bleibt der Tastendruck aus, wird die Kontaktaufnahme von der Heider Hausnotrufzentrale aus versucht. Klappt das nicht, werden Verwandte oder der Pflegedienst verständigt. Meist stellt sich dann heraus, dass gar kein Notfall vorliegt, aber sicher ist sicher.

Notrufhandys für unterwegs

Hausnotruf sichert nicht nur zu Hause ab, sondern auch unterwegs. Die Prinzipien sind die gleichen. Sich nach draußen trauen, Mut haben, unterwegs zu sein trotz körperlicher Gebrechen, das ist gerade für alte Menschen wichtig. Ein Notrufhandy in der Tasche gibt mehr Sicherheit. Und wieder gilt: Nicht nur im akuten, wo-

möglich lebensbedrohenden Notfall sollen diese Technik und der dahinterstehende Service genutzt werden.

Ein verlorener Haustürschlüssel, Probleme bei der Orientierung auf einem Wanderweg oder ein kleiner Schwächeanfall unterwegs und niemand ist in der Nähe. Der Notrufservice ist für solche Fälle da.

Qualitätsmerkmale

Am Kommunikationsnetz des Hausnotrufdienstes hängt viel und es hängt für den Nutzer viel von ihm ab. Daher: Erst informieren, sich beraten lassen, das Für und Wider prüfen und dann entscheiden. Nicht die Technik allein ist ausschlaggebend. Die Dienstleistung insgesamt muss stimmen. Eine Checkliste für Qualitätsmerkmale könnte so aussehen:

- Individuelle, unverbindliche, persönliche Beratung vor der Entscheidung
- 24-Stunden-Bereitschaftsdienst an ortsnahen Standorten
- Schnelle Installation innerhalb von 24 Stunden
- Unverbindliches kostenloses Testangebot
- Kurze Kündigungsfrist – spätestens zum Monatsende
- Große Auswahl an verschiedenen Serviceleistungen, nicht nur Notruffunktion im engeren Sinne
- Mobile Lösungen für unterwegs, nicht nur Wohnraumabsicherung

Das Hausnotrufsystem gibt Sicherheit und kann älteren und auch kranken Menschen ermöglichen, in der gewohnten, privaten Wohnumgebung zu bleiben.

Elke Sommer, Kreisverband
DRK-Dithmarschen,
www.drk-dithmarschen.de

Helfen und schlichten

Der Patientenombudsverein Schleswig-Holstein ist eine gemeinnützige Institution und in dieser Form einzigartig in Deutschland. Seine derzeit sechs ehrenamtlichen Ombudsleute werden tätig, um bei Problemen von Patienten mit Ärzten, Krankenkassen, in der Pflege und anderen Institutionen unseres Gesundheitswesens zu vermitteln, Streit zu schlichten und berechnete Ansprüche der Patienten durchzusetzen.

Verbände, Krankenkassen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften und Einzelpersonen sind Mitglied des Vereins und tragen die Kosten über Mitgliedsbeiträge. Die Regularien legen fest, dass die Ombudsleute bei ihrer Arbeit unabhängig sind und keinen Weisungen des Vorstandes oder der Mitglieder unterliegen.

Da die Ombudsleute meistens erste Ansprechpartner bei bestehenden oder empfundenen sozialen Ungerechtigkeiten sind, sind sie ein sensibler Seismograph für Veränderungen im Gesundheitswesen. Sie werden eingeschaltet, wenn zum Beispiel Ärzte ihre Berufs- und vertragsrechtlichen Pflichten nicht einhalten, wenn es Behandlungs- oder Pflegefehler gibt, aber auch dann, wenn die Ansprüche der Beschwerdeführer überhöht sind.

In seinen Tätigkeitsberichten beschreibt der Verein Patientenombudsman/-frau Schleswig-Holstein e. V., kurz Ombudsverein, daher regelmäßig Problemfelder, die sich aus der Umsetzung neuer Rechtsgrundlagen ergeben. Beispiele sind die Sorge, ein aus Sicht des Patienten notwendiges Hilfsmittel oder Medikament verordnet zu bekommen, die zum Teil zunehmende Zeitdauer bei der Vergabe von Facharztterminen sowie der Umgang mit Patientendaten.

Wohnortnahe Versorgung

Festgestellt haben die Ombudsleute auch, dass die ganz große Mehrheit der Versicherten sich eine wohnortnahe ärztliche Versorgung wünscht, damit ein auf Dauer angelegtes Arzt-Patienten-Verhältnis entstehen kann. Damit hängt auch zusammen, dass bei Aufsuchen eines Facharztes und überhaupt einem Arztwechsel die bisherige Dokumentation unverzüg-

lich zur Verfügung steht. Nur so kann der Patient darauf vertrauen, dass er umfassend und effektiv weiterbehandelt wird.



Die rund 25 Zusammenschlüsse von Ärzten in Schleswig-Holstein in sogenannten Qualitätsnetzwerken sind ein wichtiger Schritt, da diese technische und organisatorische Möglichkeiten schaffen, um die notwendigen Informationen zügig an weiterbehandelnde Ärzte geben zu können.

Selbstverständlich ist aus Sicht des Ombudsvereins dabei das Einsichtsrecht des Patienten zu gewährleisten. Dies kann die Entscheidung, in welche Einrichtung oder zu welchem Facharzt er sich begibt, erleichtern. Auch bei möglichen Behandlungsfehlern ist es eine Hilfe.

In EDV-verwalteten Praxen lässt sich insbesondere der Ausdruck der Patientenakte einfacher realisieren, sodass hier eine Verbesserung der Patientensituation eingetreten ist beziehungsweise erwartet werden kann. Selbstverständlich ist dabei der Datenschutz zu beachten.

Nachvollziehbar ist für den Ombudsverein die in diesem Zusammenhang von Ärzten geäußerte Kritik, dass damit und mit anderen rechtlichen Vorgaben der Verwaltungsaufwand in Praxen ständig zunimmt. Der Ombudsverein fordert seit Langem, bestehende Doppelstrukturen zu beseitigen und keine neuen zu schaf-



fen. So ist bei der Neuschaffung von Beratungsstellen kritisch zu prüfen, ob bereits bestehende Einrichtungen den Bedarf abdecken oder durch Umorganisation entsprechend effektiv gestaltet werden können. Der Patientenombudsverein bemüht sich, diese Überlegungen im eigenen Bereich umzusetzen. So haben die Patientenombudsleute das Land Schleswig-Holstein in vier Bezirke aufgeteilt, um möglichst wohnortnah präsent zu sein. Denn es kommt vor, dass im Rahmen der Vermittlung ein persönlicher Kontakt mit den Beschwerdeführern erforderlich ist. Patienten rufen die zentrale Nummer des Ombudsvereins an und werden automatisch an den für sie zuständigen Patientenombudsman weitergeleitet.

Der Patientenombudsverein arbeitet seit fast 14 Jahren erfolgreich für die Patienten. Gleichwohl ist er bei der Schlichtung von strittigen Themen auch gerecht gegenüber Ärzten, Krankenkassen und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Denn es ist völlig klar: Die gesetzlich Krankenversicherten können nur das erwarten, was ihnen in der solidarischen Krankenversicherung zusteht – nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Prof. Günther Jansen,
Vorstandsvorsitzender des
Patientenombudsman/-frau
Schleswig-Holstein e. V.,
www.patientenombudsman.de

Lotse durch das Gesundheitswesen

Erreicht das Gesundheitssystem noch seine Adressaten? Viele Menschen mit gesundheitlichen Anliegen wissen kaum, welche Möglichkeiten ihnen das Gesundheitswesen bietet und wie sie diese für sich nutzen können. Dabei haben sie auf viele Leistungen einen Anspruch. Andere würden gerne gesundheitsbewusster leben oder Angebote wahrnehmen. Um sich im Angebotsdschungel zurechtzufinden, ist oftmals Hilfe notwendig.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist ein Serviceangebot für alle Bürgerinnen und Bürger. Bundesweit gibt es 22 unabhängige Beratungsstellen, die schleswig-holsteinische hat ihren Sitz in Kiel. Das Angebot ist für alle Ratsuchenden kostenfrei, denn die UPD wird von der Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten über deren Spitzenverband finanziert.

Neutrale Beratung

Die UPD ist eine neutrale Anlaufstelle für alle Anliegen rund um die Gesundheit in Schleswig-Holstein. Das Angebot ist eine professionelle Beratung, die strikt neutral ist, niemanden ausschließt und Hemmschwellen für Ratsuchende gezielt vermeidet. Indem sie das Interesse der Patienten in den Mittelpunkt stellt, setzt die UPD seit 2007 einen Akzent in der Beratungslandschaft des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein – als Ergänzung zu den vorhandenen Angeboten.

Die Beratung erstreckt sich auf drei Themenfelder: Medizinische, psychosoziale und rechtliche Fragen. Es werden Fragen geklärt wie: Wo gibt es alternative Behandlungsmethoden? Zahlt meine Kasse? In Kiel stehen als Ansprechpartner ein Jurist, eine Medizinerin und eine Sozialpädagogin zur Verfügung – im persönlichen Gespräch, schriftlich und telefonisch. Neu ist die Möglichkeit, anonym per Online-Anfrage die Beratungsstelle zu kontaktieren.

Die Trägerschaft der UPD in Schleswig-Holstein liegt bei der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein.

Beispiel aus der Praxis

Frau S. erhält einen Ablehnungsbescheid für den beantragten Elektro-Rollstuhl ihrer behinderten Tochter. Sie kommt in die Beratungsstelle der UPD und möchte wissen, was sie dagegen tun kann. Dort erfährt sie, dass sie sich durch einen Widerspruch gegen die Entscheidung der Kasse wehren kann. Die Berater von der UPD leisten ihr bei der Widerspruchsbegründung Hilfestellung: Warum hätte eine andere Entscheidung getroffen werden müssen? Welche Beurteilungen der Kasse treffen nicht zu? Welche Umstände wurden vergessen und mussten berücksichtigt werden? Auch die Suche nach einschlägigen gerichtlichen Entscheidungen und die Anregung, einen unterstützenden Bericht des Hausarztes der Tochter anzufordern, gehören zur Beratungsleistung. Frau S. hat Erfolg. Die gesetzliche Kasse zieht den negativen Bescheid zurück und übernimmt die Kosten für den Elektro-Rollstuhl.

Neues Selbstverständnis

Früher war dem Patienten die eher passive Rolle desjenigen zugeschrieben, der sich behandeln lässt. Doch schon seit Längerem ist ein Bewusstseinswandel in Gang – nicht zuletzt auch aufgrund der zunehmenden Selbst- und Eigenbeteiligungen der Patienten an den Behandlungskosten. Immer mehr Menschen sehen in erster Linie sich selbst als verantwortlich für ihre Gesundheit. Sie sind nicht mehr bereit, ihr Wohlergehen unkritisch den Experten zu überantworten; sie wollen und müssen informiert sein, mitreden und selbst entscheiden.

Andre Vogel, Nicole Adamczewski, Stephanie Hennes, Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH, Beratungsstelle Kiel, www.upd-online.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

IB
Investitionsbank
Schleswig-Holstein

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

Einen kühlen Kopf bewahren

Sommerhitze ist leider kein ungetrübtes Vergnügen. Sie kann auch die Gesundheit belasten. Dann stellen sich Fragen: Wie muss ich mich bei Hitze verhalten? Wo erfahre ich die aktuellen Temperaturen und den Trend für die kommenden Tage? Wie kann ich Freunden und Verwandten helfen, gut durch die Hitzeperiode zu kommen? Antworten gibt es hier.

Manchen kann es im Sommer gar nicht warm genug sein. Andere, gerade ältere Menschen, haben Angst vor zu viel Hitze. Denn eine länger anhaltende Hitzeperiode kann eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit bedeuten. Dies wurde im Sommer 2003 besonders deutlich: Bei mehreren Hitzewellen in Deutschland, Frankreich und anderen europäischen Ländern gab es Todesopfer, darunter insbesondere ältere Menschen.

Folgen und Empfehlungen

Jeder weiß aus eigener Erfahrung, dass man bei großer Hitze besonders viel schwitzt und dadurch Flüssigkeit verliert. Doch neben dem Flüssigkeitsmangel können auch andere Folgen wie Hautprobleme, Hitzemüdigkeit, Hitzekrämpfe, Hitzeohnmacht, Hitzschlag und Sonnenstich auftreten. Damit es gar nicht erst zu solchen gesundheitlichen, hitzebedingten Problemen kommt, sollte man sein Verhalten und seinen Tagesablauf den Temperaturen anpassen. Dazu gehört, immer ausreichend zu trinken, dafür zu sorgen, dass die Raumtemperatur im erträglichen Bereich bleibt, körperlich anstrengende Tätigkeiten wie Jogging in die kühleren Morgen- und Abendstunden zu verlegen und sich möglichst wenig in der direkten Sonne aufzuhalten.

Risikogruppen

Von möglichen Gesundheitsbeeinträchtigungen bei zu großer Hitze sind hauptsächlich alte und pflegebedürftige Personen sowie Personen mit eingeschränkter physischer Anpassungsfähigkeit (zum Beispiel Kleinkinder, chronisch Kranke) betroffen. Bei diesen Personengruppen ist besonders darauf zu achten, dass sie ausreichend trinken und sich nicht zu lange in der



Anhaltende Hitze kann auf die Gesundheit schlagen. (Quelle: Fotolia.de)

Hitze aufhalten, sondern rechtzeitig wieder kühlere Bereiche aufsuchen. Ohne Hilfe von Pflegepersonal beziehungsweise Familienangehörigen und Freunden ist es ihnen jedoch häufig nicht möglich, sich mit entsprechenden Verhaltensmaßnahmen vor den gesundheitlichen Folgen großer Hitze zu schützen. Damit jeder sich über die Wetterlage sowie über Verhaltensempfehlungen informieren kann, hat das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein mehrere Bausteine entwickelt.

Hitzewarnungen im Internet

2005 hat der Deutsche Wetterdienst in enger Abstimmung mit den zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder flächendeckend ein Hitzewarnsystem eingeführt, um die Bevölkerung über extreme Wärmebelastung zu informieren.

Schleswig-Holstein war eines der ersten Bundesländer, das eine entsprechende Verwaltungsvereinbarung mit dem Deutschen Wetterdienst (DWD) geschlossen hat. In dieser Vereinbarung verpflichtet sich der DWD, bei extrem warmer Wetterlage eine Hitzewarnung in den Medien bekannt zu geben. Auch im Internet können Bürgerinnen und Bürger erfahren, ob die eigene Region von der Hitzewarnung betroffen ist. Der besondere Service: Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und pflegende Personen können sich

Warnmeldungen direkt per E-Mail oder Fax zuschicken lassen. Einfach auf der Internetadresse www.dwd.de („Amtliche Warnungen“ > „Newsletter / Faxabruf“) anmelden.

Informationsmaterial

Das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein hat in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. Informationsmaterial mit Verhaltensempfehlungen herausgegeben. Darin sind speziell Tipps für pflegendes und medizinisches Fachpersonal in Heimen und Pflegeeinrichtungen und für sonstige pflegende Personen enthalten. Erläutert wird, was bei der Betreuung alter und pflegebedürftiger Personen besonders zu beachten ist. Da die Einnahme von bestimmten Arzneimitteln die Anpassung des Körpers an die Hitze beeinträchtigen kann, erhalten Ärzte und pflegendes Fachpersonal auf einem eigenen Blatt eine Zusammenstellung der in diesem Zusammenhang wichtigsten Medikamente.

Zu bestellen sind diese kostenfrei unter www.sozialministerium.schleswig-holstein.de, Suchwort „Hitzewarnung“ oder unter 0431/988-5593.

Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Eine Frage der Taille

Jenseits des 55. Lebensjahres leidet jeder zweite Mann und jede dritte Frau unter einem gestörten Zuckerstoffwechsel. Wie leicht man das feststellen und was man dagegen unternehmen kann, beweist das bundesweit einmalig vernetzte Forschungsprojekt DELIGHT „Gesund leben – Diabetes vermeiden“. Projektpartner sind die AOK Schleswig-Holstein, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und fünf schleswig-holsteinische Betriebe.

Noch nie gab es in Deutschland so viele Diabetiker wie jetzt – über sechs Millionen. Das sind in etwa sechsmal so viel wie vor 30 Jahren. Der Trend setzt sich fort: Im Jahr 2010 wird die Zahl der Diabetiker auf fast 10 Millionen und die Behandlungskosten auf 37 Milliarden angestiegen sein.

Dabei ließen sich die meisten Fälle durch einen gesunden Lebensstil vermeiden. Vor allem Übergewicht und zu wenig Bewegung erhöhen das Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Das Tückische daran ist, dass die Betroffenen häufig erst spät von ihrer Krankheit erfahren. Denn „Zucker“ bereitet keine Schmerzen.

Wie leicht man einen gestörten Zuckerstoffwechsel feststellen und beheben kann, zeigt das Modellprojekt DELIGHT „Gesund leben – Diabetes vermeiden“. DELIGHT ist die Abkürzung von Delay of Impaired Glucose Tolerance by a Healthy Lifestyle Trial. Auf Deutsch heißt das „Verhinderung einer gestörten Glucosetoleranz durch gesunden Lebensstil“. Ausgangspunkt ist eine Präventionsstudie der AOK Schleswig-Holstein und des UKE. Dabei wurde das betriebliche Umfeld gewählt, um einen Zugang zu allen sozialen Schichten zu finden und gezielt jüngere, noch gesunde Arbeitnehmer mit einem möglichen Diabetes-Risiko anzusprechen.

An der Studie beteiligten sich über 300 Mitarbeiter aus fünf schleswig-holsteinischen Betrieben: die Schiffsbau-Gesellschaft Flensburg, der Medizingerätehersteller Ethicon in Norderstedt, Hobby Wohnwagenwerk in Fockbek/Rendsburg, der Nahrungsmittelhersteller Campbell's



Ein einfacher Test: Mithilfe eines Maßbandes kann man dem drohenden Diabetes auf die Spur kommen.

in Lübeck und die AOK Schleswig-Holstein selbst.

Die Mitarbeiter testeten ihr persönliches Diabetes-Risiko – freiwillig und anonym. Da ein Zusammenhang zwischen dem Taillenumfang und dem Auftreten von Diabetes Typ 2 beziehungsweise einer Vorstufe davon, der sogenannten „Insulinresistenz“, besteht, wurde die einfache Selbstmessung des Taillenumfangs als Methode gewählt. Dazu wurden im ersten Schritt Maßbänder an die Beschäftigten in den Betrieben ausgegeben.

Lag der Taillenumfang bei Frauen über 80 cm und bei Männern über 94 cm, wurde anschließend ein Bluttest empfohlen, um eine gestörte Glukosetoleranz zu ermitteln. Erstaunlich: Durch die Messung des Nüchtern-Blutzuckers wurden 95 Prozent der Ergebnisse aus der Taillenselbstmessung bestätigt. Das

zeigt, dass es manchmal gar nicht eines großen technischen Aufwandes bedarf: Mit dem guten, alten Maßband kann man einer Insulinresistenz schon mal auf die erste Spur kommen. Weiteres Ergebnis: Mehr als ein Drittel der Betriebsangehörigen mit erhöhtem Taillenumfang hatten bereits einen erhöhten Blutzucker, ohne es zu wissen.

Allen betroffenen Mitarbeitern wurden über einen Zeitraum von drei

Jahren einfache Empfehlungen zur Ernährung und Bewegung sowie jährliche Nachuntersuchungen angeboten. Die Zwischenergebnisse zeigen, dass Lebensstiländerungen die Entwicklung eines Diabetes effizient verhindern können. Selbst ein bisher nicht diagnostizierter Diabetes kann mit einfachen Mitteln korrigiert oder das individuelle Risikoprofil verbessert werden. Der Hinweis auf eine bestehende Insulinresistenz reichte bei vielen Teilnehmern aus, sich selbstständig um eine Lebensstiländerung zu kümmern.

DELIGHT zeigt, wie sinnvoll zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung sein kann. Das Erfolgsrezept ist die langfristige Vernetzung mit externen Partnern in einer abgestimmten Unternehmensleitlinie zum Nutzen des Betriebes und seiner Mitarbeiter.

Dr. Dieter Paffrath, Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein,
www.aok.de/schleswig-holstein

Vernetzt den Keimen zu Leibe

Die Ausbreitung von multiresistenten Erregern (MRSA) einzudämmen, ist Ziel eines Modellprojekts im Kreis Schleswig-Flensburg. Die Arbeit im Netzwerk soll den Wissenstransfer erhöhen und den Informationsaustausch aller beteiligten Akteure verbessern.

Die vier Buchstaben MRSA breiten sich in aller Munde aus, aber was genau ist das? Methicillin-resistente Staphylococcus aureus sind Bakterien, die gegen bestimmte Antibiotika resistent sind. In der Regel besteht bei MRSA eine Multiresistenz. Das heißt, die Bakterien sind gegen viele Antibiotika unempfindlich und werden von diesen nicht mehr abgetötet. Diese Erreger stellen insbesondere für ältere, chronisch kranke Menschen, pflegebedürftige und immunschwache Menschen ein lebensbedrohliches Risiko dar. Manche Menschen sind mit MRSA besiedelt, ohne zu erkranken. Bei einer Übertragung des Erregers besteht die Gefahr, dass schwer behandelbare Infektionen ausgelöst werden.

Brüche vermeiden

Multiresistente Erreger sind im ambulanten und stationären Versorgungsbereich ein zunehmendes Problem. Das Projekt will zur Problembewältigung die regionale Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure verbessern. Das Netzwerk besteht derzeit aus 35 bis 40 aktiven Mitgliedern. Darin vertreten sind Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste und Rettungsdienste. Ziel des Projekts ist die Überwindung von Organisations- und Kommunikationsbrüchen:

- in der Versorgung MRSA-besiedelter oder -infizierter Patienten,
- bei der Verlegung oder Entlassung aus dem Krankenhaus,
- bei der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung,
- beim Transport mit dem Rettungsdienst,
- bei ambulanter pflegerischer Versorgung,
- beim Wundmanagement,
- bei der Vergabe von Antibiotika,
- beim Informationsaustausch der Einrichtungen untereinander.

Personen Labore Wirkstoffe Krankenkassen Befunde FAX Importieren Einrichtungen

Identifikationsnummer	Geburtsdatum	Geschlecht	Krankenkasse	Aktion
08155	2009-02-01	maennlich	KKH	  
IDENTPersonXY	2009-11-03	maennlich	KKH	  
123456789	1959-06-19	weiblich	KKH	  
dds_f308282	1980-12-31	maennlich	AOK	  

[Neuen Eintrag erstellen](#)

Datenbank für einen verbesserten Informationsfluss

Gefördert wird das Modellprojekt aus dem Schleswig-Holstein-Fonds mit rund 88.000 Euro.

Drei Säulen

Das Projekt besteht aus drei Kernelementen:

1. Durchführung von Prävalenzuntersuchungen und deren Auswertung. Darin wird untersucht, wie häufig und bei wem MRSA vorkommt,
2. Schulung von Beschäftigten im Gesundheitswesen
3. EDV-Vernetzung mit dem Ziel eines zeitnahen und unproblematischen Informationsaustausches

Mit den Ergebnissen der Prävalenzuntersuchung kann Präventionsarbeit gezielt ansetzen, sodass mittelfristig eine Verringerung von MRSA-Infektionen und -besiedlungen zu erwarten ist. Diese Prävalenzuntersuchungen sind abgeschlossen. Die MRSA-Prävalenz hat sowohl mit dem Hygieneverhalten zu tun und korreliert außerdem mit der Einnahme von Antibiotika in den letzten sechs Monaten vor der Untersuchung. Daher wurden die niedergelassenen Ärzte im Kreis Schleswig-Flensburg auch zu ihrem Vergabeverhalten für Antibiotika anonym befragt.

Intensive Schulung

Eine verbesserte Umsetzung vorhandener Präventionsstrategien, insbesondere der gezielte Einsatz von Hygienemaßnahmen, soll mit einer intensivierten Schulung von

Beschäftigten im Gesundheitswesen erreicht werden. Schulungsmodulare in Alten- und Pflegeheimen und Rettungsdiensten sind bereits etabliert. Für die Kranken-

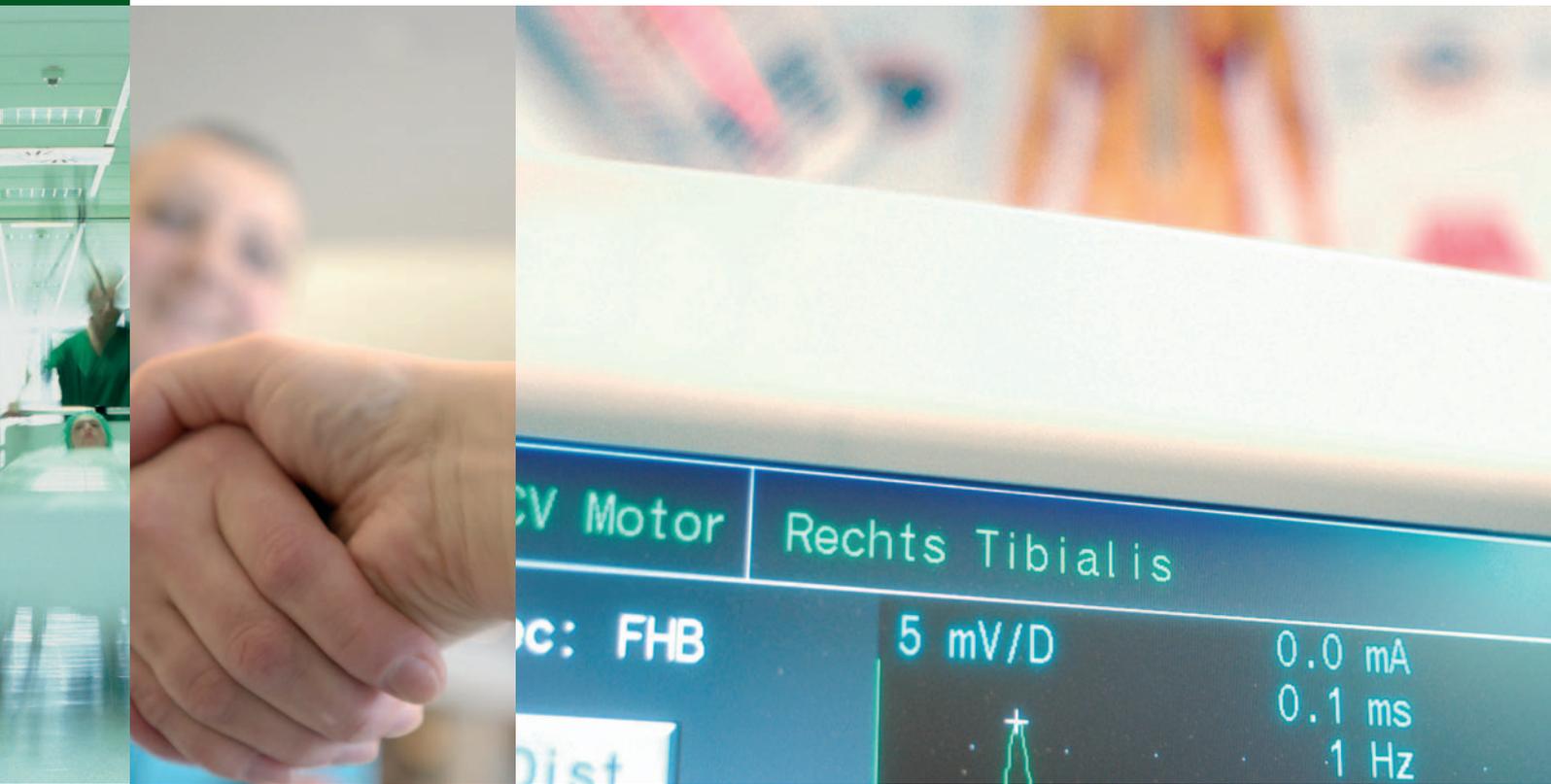
häuser liegt ein Schulungskonzept vor. Die Schulung der Wundmanager ist geplant.

Die Schulungsmodelle sind berufsübergreifend, also vernetzend konzipiert. In einer Alten- und Pflegeeinrichtung werden gemeinsam mit den Pflegekräften auch Fußpfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Zahnärzte und Friseure mitgeschult.

Eine zentrale Informationsbörse für die Einrichtungen des Gesundheitswesens wird ein wesentlicher Baustein zur Vermeidung von Kommunikationsbrüchen sein. Der Aufbau einer solchen Onlinedatenbank stellt datenschutzrechtlich hohe Anforderungen, die zurzeit in einem Sicherheitskonzept niedergelegt werden. Zum Beispiel werden keine personenbezogenen Daten, sondern nur die Krankenversicherungsnummer zur Identifikation eingestellt. Die Datenbank ist aufgebaut, wird aber bisher lediglich mit fiktiven Daten betrieben. Wenn die Anforderungen des Datenschutzzentrums erfüllt sind, können zukünftig aus dieser Onlinedatenbank registrierte Nutzer aus medizinischen Einrichtungen aktuelle MRSA-Befunde per Faxabfrage anfordern. Damit ist eine zeitnahe Information der aufnehmenden Einrichtung zum Beispiel auch am Wochenende gewährleistet.

Jutta Korte, Gesundheitsamt Schleswig-Holstein, www.schleswig-flensburg.de

Qualität im Krankenhaus hat einen Namen



PARACELSUS

Paracelsus-Kliniken Deutschland – das heißt mehr als drei Jahrzehnte Erfahrung im Gesundheitswesen und in der ambulanten und stationären Behandlung kranker Menschen. Als einer der großen und stetig wachsenden privaten Klinikträger in Deutschland betreibt der Konzern Akut-Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und mehrere ambulante Einrichtungen.

Der Name des Unternehmens erinnert an Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1494 – 1541), der sich als Arzt, Philosoph und Reformier verdient gemacht hat.

Einzelprospekte unserer Kliniken senden wir Ihnen gerne zu. Oder besuchen Sie unsere Homepage:

www.paracelsus-kliniken.de



PARACELSUS
KLINIKEN
DEUTSCHLAND

Paracelsus-Kliniken Deutschland

Sedanstraße 109 • 49076 Osnabrück

fon 0541 . 66 92 0 • fax 0541 . 66 92 189 • info@pk-mx.de

Am Bildschirm lernen

Elektronische Medien in der ärztlichen Fortbildung spielen zunehmend eine Rolle. Besonders die Lernform Blended Learning berücksichtigt die spezifischen beruflichen Bedingungen im medizinischen Bereich. Neben dem reinen Fachwissen werden auch Themen wie Patientenorientierung, Kommunikation und Management vermittelt.

Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten ist allein mit dem zeit- und kostenintensiven Besuch von Präsenzveranstaltungen und Frontalpräsentation nicht mehr zu gewährleisten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Vermittlung und das Erlernen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem Ende der Weiterbildungszeit und dem Ablegen der Facharztprüfung nur noch berufsbegleitend und nicht mehr, wie es für die Weiterbildung vorgeschrieben ist, in hauptamtlicher und ganztägiger Arbeitsplatzpräsenz stattfinden kann.

Blended Learning

Besondere Bedeutung hat das sogenannte Blended Learning – eine Kombination aus Präsenzveranstaltung und Erarbeitung von Grundlagenwissen mithilfe elektronischer Medien. Das Ziel von Blended Learning ist die Integration von zeit- und ortsunabhängigem Selbststudium und Aspekten des problemorientierten Lernens und der Gruppeninteraktion. Während des Präsenzteiles können manuelle Fähigkeiten vermittelt und erarbeitet werden.

Es ist mittlerweile wissenschaftlich unstrittig, dass eine Kombination der beiden – oder dreier – Lernszenarien zu hoher Akzeptanz und guten Lernerfolgen führen kann. Bei der Wahrnehmung dieser Angebote treten neben dem reinen Fachwissen Patientenorientierung, ethische Einstellungen, Qualitätssicherung, Management und kommunikative Kompetenzen zunehmend in den Vordergrund.

Die Entwicklung von internetbasierten Kursmodulen ist zeitaufwändig und kostspielig. Erst die bundesland- und einrichtungsübergreifende Erstellung und Nutzung von Inhalten

ist effizient. Bei der Erstellung und Zertifizierung derartiger Fortbildungsangebote ist die Bundesärztekammer unterstützend tätig. Experten aus Schleswig-Holstein sind an diesen Prozessen maßgeblich beteiligt.

Der Vorteil in der elektronischen Wissensvermittlung liegt auch darin, in kurzer Zeit Informationen flächendeckend und zielgruppenspezifisch zu verbreiten.

Vorträge auch als Podcast

Elektronische Medien können die Verbreitung von Wissen unterstützen, das in klassischen Präsenzveranstaltungen vermittelt wird. Immer noch findet die große Mehrzahl aller registrierten Fortbildungsangebote in Form von Präsenzveranstaltungen statt. Zunehmend dokumentieren die Veranstalter hochkarätige und kostenintensive Vorträge und Vortragsveranstaltungen in Form von sogenannten Podcasts. Zur Erstellung des Podcast wird die Stimme des Referenten während des Vortrages synchron zu den präsentierten Powerpoint-Folien aufgezeichnet. Diese Mediendatei kann anschließend ohne zusätzliche Software über einen Internetlink angesehen und angehört werden. Die reine Wissensvermittlung gelingt dabei fast in identischer Form wie bei einer Präsenzveranstaltung.

Ein weiterer unbestreitbarer Vorteil liegt darin, dass mithilfe von Links und Vernetzungen wichtige Veranstaltungen und Informationen in Datenbanken zusammengeführt und dort themen- und zielgruppenspezifisch abgerufen werden können.

Beurteilungskriterien entwickeln

Letztendlich muss es gelingen, Fortbildung aus der derzeit notgedrungen quantitativen Betrachtungsweise mit der Skalierung in

Zeiteinheiten in inhaltlich qualitative Grundkriterien zu überführen. Denn die zentrale Frage zur Beurteilung des Fortbildungserfolges lässt sich nicht annähernd am Zeitaufwand festmachen. Die Fragen lauten eher: Was kann Fortbildung bewirken? Wie erkennt der Arzt seinen Fortbildungsbedarf? Wie wirkt sich Fortbildung auf die Patientenversorgung aus? Welche Fortbildungsmethode ist effektiv? Und nicht zuletzt: Wie kann Kompetenz im ärztlichen Berufsalltag erhalten bleiben?

Höhere Akzeptanz von E-Health

Vermutlich wird der erfolgreiche Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie in diesem eher unproblematischen Bereich eine Schrittmacherfunktion an anderer Stelle haben: Er wird die Akzeptanz von Telematik und Telemedizin in der medizinischen Grundversorgung erhöhen. Denn die Medizin wird sich nicht ausklammern können von allgemeinen technologischen Entwicklungen, die vor wenigen Jahren in anderen gesellschaftlichen Kontexten noch undenkbar schienen und dort zu grundsätzlichen Änderungen gewachsener personeller Interaktivität geführt haben. An der Betrachtungsweise des Patienten als einzigartigem und nicht normierbarem Individuum und der vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung im Einzelfall soll – und wird – dies nichts ändern.

Dr. Franz-Joseph Bartmann,
Präsident der Ärztekammer
Schleswig-Holstein und
Vorsitzender des Deutschen
Senats für ärztliche Fortbildung
der Bundesärztekammer,
www.aeksh.de

► Was macht eigentlich ...

In den Jahrbüchern der letzten Jahre haben wir über Projekte und Initiativen berichtet, die zu dem diesjährigen Fokusthema „vernetzte Gesundheit“ gehören. Daher stellen wir sie hier in knapper Form dar und fragen nach, was sich inzwischen getan hat.

Gesundheitskarte Westküste

Seit 2007 wurde die Gesundheitskarte Westküste als eine servergestützte elektronische Patientenakte aufgebaut. Auf der Karte selbst sind keine Daten gespeichert. Sie enthält lediglich einen Teil eines langen Verschlüsselungscodes. Treibende Kraft ist das Medizinische Qualitätsnetz Westküste (MQW). Darin sind zurzeit 15 Praxen und die beiden Krankenhäuser des Kreises, Westküstenklinikum Heide und Brunsbüttel, vernetzt.

- Ein Update vereinfacht die Benutzung wesentlich und macht eine breite Anwendung möglich.
- Der Therapiepfad Diabetes mellitus wurde entwickelt und in die Akte integriert. So können die beteiligten Hausärzte, Fachärzte und Kliniken die Akte entlang des gemeinsamen Therapiepfades pflegen.

- Die Akte beinhaltet mittlerweile einen gemeinsamen Netzterminkalender und soll als Instrument bei der Schaffung von Praxisverbänden genutzt werden.

Über 40 Gesellschafter, Allgemein- und Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten hatten 2008 die Flensburger Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG, kurz FLUG, gegründet. Die Projektpartner sind inzwischen mit der Entwicklung einer strukturierten medizinischen elektronischen Dokumentation einen großen Schritt weitergekommen. Sie haben eine graphische Bildschirmoberfläche für ihre Patientenakte entwickelt, ein „Graphiktablett“, auf dem die relevanten Daten eingegeben werden. Die Vorteile sind:

- Die Daten müssen nur einmal erfasst werden und können dann

per Mausklick in unterschiedlichen Standardformularen wie Disease Management Programme oder für klinische Studien formatiert dargestellt erscheinen.

- Die graphische Oberfläche kann auf die vorhandene Praxisverwaltungssoftware aufgesetzt werden. So können die teilnehmenden Ärzte ihre bewährten Systeme behalten und beispielsweise weiterhin die Abrechnung damit erstellen.

Im Herbst 2009 wurde mit einem Pilotlauf die Praxistauglichkeit getestet. Danach wird bei allen Gesellschaftern von FLUG das Graphiktablett eingeführt.

Das Projekt wird vom Gesundheitsministerium des Landes Schleswig-Holstein gefördert.



Unsere Krankenhäuser, Pflege- und Eingliederungseinrichtungen verbinden hochwertige medizinische und pflegerische Leistungen mit Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit.

Sie bieten der breiten Bevölkerung in regionalen Netzwerken eine umfassende Versorgung. In Schleswig Holstein sind wir 15 mal vor Ort.

Ausführliche Informationen zu den Einrichtungen und deren Angebote auf www.ameos.eu



Leben und Gesundheit in guten Händen

► Was macht eigentlich ...

Elektronische Gesundheitskarte

Seit Ende 2006 wird in Flensburg, einer der sieben bundesweiten Testregionen, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) erprobt. An dem Feldtest sind 25 Arzt- und Notdienstpraxen, beide Flensburger Kliniken, 15 Apotheken sowie rund 7.000 Versicherte verschiedener Krankenkassen beteiligt. Nach einer erfolgreichen ersten Teststufe (Lesen der Vertragsdaten) riefen die Inhalte der zweiten (Speicherung der eRezepte und der medizinischen Notfalldaten auf der eGK) viel Kritik der Ärzte und Apotheker hervor. Mitte 2008 setzten die Flensburger Testärzte aus Protest gegen die schleppende Reaktion auf ihre Kritikpunkte sogar den operativen Testbetrieb aus. Sie fühlten sich von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) nicht ernst genommen.

Seit dem Frühjahr 2009 geht es weiter: In drei Flensburger Praxen wird die nächste Teststufe, der Onlineabgleich der Vertragsdaten, erprobt.

Dabei werden die Praxen erstmals online an die zentralen Systeme der Telematikinfrastruktur angeschlossen und darüber mit den Verwaltungssystemen der Krankenkassen verbunden. Damit kann bei jedem Arztbesuch überprüft werden, ob die Anschrift des Patienten, das Versicherungsverhältnis oder die Zuzahlungsnotwendigkeit für Arzneimittel noch bestehen. Sollte sich etwas geändert haben, werden diese Angaben automatisch aktualisiert.

Der Beginn dieser Onlineteststufe verlief erfolgreich. In der gesamten dritten Teststufe wird neben dem Onlinevertragsdatenabgleich in den kommenden Monaten auch der Austausch elektronischer Arztbriefe in



Die Gesundheitskarte (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit/ © Kartengrafik: gematik GmbH)

der Telematikinfrastruktur erprobt. Die Beteiligten in der Flensburger Testregion setzen darauf, dass die Kritikpunkte aus der zweiten Teststufe auch in den Onlinelösungen Berücksichtigung gefunden haben.

Nordeuropäisches Radioonkologisches Centrum Kiel (NRoCK)



Das „Nordeuropäische Radioonkologische Centrum Kiel“ (NRoCK) wird als Kompetenzzentrum für Tumorerkrankungen am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ab 2012 neue Behandlungschancen in der Krebs-

therapie eröffnen. Das Zentrum umfasst das gesamte Spektrum der Strahlentherapie inklusive Partikeltherapie. In Zusammenarbeit mit Partnerinstitutionen aus Norddeutschland und dem Ostseeraum werden Patienten

spezialisierte und schonende Therapien erhalten. Gleichzeitig werden die Experten am NRoCK Forschung auf dem Gebiet der Partikeltherapie betreiben und radioonkologisches Fachpersonal ausbilden.

Das Studienangebot: Master eHealth (MA)

Die Fachhochschule Flensburg ist die erste Hochschule in Deutschland, die E-Health als Masterstudiengang anbietet. Seit 2007 kommen Studierende aus ganz Deutschland, um in vier Semestern Präsenzstudium ihren Master of Arts zu machen.

Das Curriculum des Masterstudiengangs eHealth orientiert sich an den in der Abbildung genannten Kompetenzfeldern. Er wurde anhand intensiver Befragungen der Praxis und unter Mithilfe eines wissenschaftlichen Beirats entwickelt.

Die Teilnehmer bauen auf ganz unterschiedlichen Studiengängen auf:

- Pflegewissenschaften
- Gesundheitskommunikation
- Public Health
- Wirtschaftsinformatik
- Betriebswirtschaftslehre
- Gesundheitswissenschaften

- Physiotherapie
- Medieninformatik

Während die beiden ersten Semester der Wissensvermittlung dienen, wird im dritten Fachsemester ein Projekt (in einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft) bearbeitet, dem eine intensive Schulung im Bereich des Projektmanagements (in Zusammenarbeit mit einer Projektmanagementagentur) vorausgeht. Im vierten Fachsemester schreiben die Studierenden ihre Master-Thesis.

Die Praxisnähe drückt sich auch in Lehrveranstaltungsprojekten und Themen der Masterarbeiten aus. So wurden beispielsweise in der Lehrveranstaltung „Informationsmanagement“ in den vergangenen zwei Semestern die Schwerpunktthemen „Regionale Patientenakte“ und „Gesundheitsportal“ bearbeitet. Die gegenwärtig ersten Abschlussarbeiten beschäftigen sich unter anderem mit folgenden Themen:

- Anwendung von AAL-Applikationen im Behindertenbereich
- Entwicklung eines MPI als Basis für eine regionale Patientenakte
- Vernetzung im niedergelassenen Bereich
- Entwicklung eines Business Intelligence Systems für einen Krankenhauskonzern
- Internetgestütztes Employer Branding für die Personalrekrutierung von Ärzten

Die Zukunftsfähigkeit dieses Studiengangs zeigt sich auch darin, dass alle Absolventen bereits vor dem Abschluss des Studiums attraktive Arbeitsverträge unterzeichnen konnten. Sie arbeiten nun in den folgenden Bereichen:

- Hochschulen und Forschungseinrichtungen
- Anbieter von Praxisverwaltungssystemen
- Pflegenetzwerk
- IT-Komplettanbieter und IT-Netzwerkanbieter
- Krankenhauskonzern

Gesundheit in besten Händen.

DAS AOK BLEIB-GESUND-PAKET

- Leistung: umfassend & garantiert
- Service: schnell & kompetent
- Sicherheit: stark & beständig

Überzeugen Sie sich selbst: www.aok.de/sh

Jetzt zur AOK wechseln!

AOK
Die Gesundheitskasse.

► Was macht eigentlich ...

eHealth for Regions network

„eHealth for Regions network“ setzt nach dem Ende des Interreg IIIB-Projektes „eHealth for Regions“ (2004 bis 2007) die erfolgreiche Zusammenarbeit fort. Dazu haben sich 17 Partner aus fünf Ländern zusammengeschlossen. Die Netzwerkpartner wollen E-Health-Strukturen in der Ostseeregion weiterentwickeln. Aus dem Netzwerk sind inzwischen weitere Aktivitäten entstanden:



Integrated Structures in the Baltic Sea Area

Management Secretariat von
eHealth for Regions network,
www.ehealthforregions.net

Interreg IVA-Projekt „Cross-Border Breast Health“

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist es, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit für die Brustgesundheit in Süddänemark und Schleswig-Holstein zu fördern. Regelmäßig grenzüberschreitende medizinische Dienstleistungen sollen bereitgestellt und ausgetauscht werden. Die 16 Partnerorganisationen etablieren dazu ein deutsch-dänisches Netzwerk von Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich, Patientenorganisationen und weiteren Stakeholdern. Sie vergleichen die Brustkrebsprogramme in den beiden Regionen und erarbeiten ein Konzept für ein „grenzüberschreitendes Brustkrebszentrum“.



Von Januar 2009 bis Juni 2010 steht für diese Aktivitäten insgesamt ein Budget von 1,3 Mio Euro zur Verfügung. Gefördert wird das Projekt im Rahmen des Interreg IVA-Programms Syddanmark/Schleswig/K.E.R.N.

Mehr unter
www.crossborderbreasthealth.net

Interreg IVB-Projekt „ICT for Health“

Studien im Ostseeraum haben ergeben, dass nur ein Teil der Bevölkerung von den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der Telemedizin weiß oder aber dem Einsatz kritisch gegenübersteht. Außerdem bestehen fachliche Wissensdefizite bei der Anwendung von E-Health-Technologien.

Auf Basis dieser Erkenntnisse entstanden die Projektziele, bei Patienten die Akzeptanz für E-Health und bei Ärzten das Fachwissen darüber zu steigern. Die Umsetzung bezieht sich auf Prävention und Behandlung von Patienten mit chronischem Herzleiden.

Während der Projektlaufzeit von Januar 2010 bis Dezember 2013 sollen vier zentrale Maßnahmen umgesetzt werden:

- Vergleichbare Daten zu den Auswirkungen einer alternden Bevölkerung auf das nationale Gesundheitssystem im gesamten Ostseeraum sammeln und auswerten
- Patienten, die an chronischen Herzerkrankungen leiden, mit E-Health-Anwendungen zum Selbst-Monitoring vertraut machen
- Selbstlernkurse zum Thema E-Health für Mediziner und Patienten erstellen
- Ein mehrsprachiges Internetportal erstellen, in dem chronisch Kranke, die viel unterwegs sind, ihre Krankendaten hinterlegen können

Anschließend wird überprüft, wie sich die Ergebnisse auf weitere chronische Krankheiten wie Asthma und Diabetes übertragen lassen. Das Projekt wird mit 3,65 Millionen Euro im Rahmen des Interreg IVB Baltic Sea Region-Programms gefördert. Das Projektteam besteht aus Fachleuten aus Krankenhäusern, Universitäten, regionalen Behörden des Gesundheitswesens sowie Telemedizinexperten aus dem gesamten Ostseeraum.

In beiden Projekten ist die Fachhochschule Flensburg Leadpartner.

Faszination Operieren

Ziel des Leitprojektes der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein ist der Aufbau eines Operationsaals (OP-Forum) bestehend aus „Transfer-OP“ und „Ausbildungs-OP“, in dem die Zusammenarbeit der Beteiligten aus der Wirtschaft, der medizinischen Versorgung, der Forschung und Lehre verbessert werden soll.

Im September 2009 wurde der Transfer-OP in Lübeck offiziell eröffnet. Der Transfer-OP wurde in Kooperation der Klinik für Chirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, des Instituts für Biomedizinische Optik der Universität zu Lübeck und der UniTransfer-Klinik GmbH realisiert. Operative und interventionelle Geräte und Systeme können jetzt von Partnern aus der Industrie, Wissenschaftlern der medizinischen und der technisch-naturwissenschaftlichen Fakultäten und klinischen Anwendern entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Der Transfer-OP schafft ein Netzwerk für den Wissenstransfer zwischen den verschiedenen Akteuren der Wertschöpfungskette und bietet unabhängig von den Terminrestriktionen des klinischen Alltags den Raum für Versuchsaufbauten mit Funktionsmustern und Prototypen unter realen OP-Bedingungen. Darüber hinaus steht der Transfer-OP auch für Weiterbildungen zur Verfügung.

Weitere Informationen unter
www.transfer-op.de.

Gesundheitsregionen im Wettbewerb

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat 2008 den Startschuss für den Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ gegeben. Ziel des Wettbewerbes ist es, Verantwortliche aus medizinischer Forschung, Entwicklung und Gesundheitsversorgung einer Region zusammenzubringen und so Innovationen für das Gesundheitssystem zu entwickeln.

Zwei Projekte aus Schleswig-Holstein wurden in der ersten Phase

aus 85 Teilnehmern mit ausgewählt, um in einer zweiten Runde ihre Konzepte weiter zu konkretisieren. Im Mai 2009 läutete das BMBF eine dritte Runde ein, an deren erfolgreichem Ende eine attraktive Projektförderung steht. Die jeweiligen Gesundheitsregionen garantieren eine 50-prozentige Kofinanzierung der Forschungs- und Entwicklungsprojekte aus Eigenmitteln der Region.

Gesundheitsregion Nord

Die Gesundheitsregion Nord (GRN) wird an der dritten Phase des BMBF-Wettbewerbs teilnehmen und dabei



einen Schwerpunkt auf „Gesundheitstourismus“ in Verbindung mit E-Health-Anwendungen legen. Dieses Thema wurde ausgewählt, weil es

Leuchtturmcharakter hat und von der Jury ausdrücklich befürwortet wurde.

Am 1. Dezember 2008 hat sich der Verein Gesundheitsregion NORD e. V. mit 20 Mitgliedern gegründet. In kürzester Zeit ist der Verein stark gewachsen und zählt nun 57 Mitglieder, die sich aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft zusammensetzen. Im Mittelpunkt der Vereinsarbeit steht die Umsetzung von Netzwerkprojekten, die dem Leitbild der Region dienen, einen Mehrwert für die Projektpartner bieten und ein hohes Übertragungspotenzial für ländliche Regionen schaffen. Dafür will der Verein einzelne Teilprojekte aus dem BMBF-Wettbewerb herauslösen und auf anderen Wegen realisieren.

Mehr unter www.gesundheitsregionnord.de

Trauma-Tangente A1

Das Projekt Trauma-Tangente A1 wird die Unfall- und Verletztenver-

sorgung zwischen Hamburg und Lübeck im Kooperationsverbund unabhängig vom BMBF-Wettbewerb verbessern und so die

grundsätzliche Konzeption der Gesundheitsregionen für die Patienten umsetzen. Lediglich Teile der wissenschaftlichen Begleitung können ohne die Finanzierung nicht durchgeführt werden. Eine weitere Bewerbung als „Gesundheitsregion der Zukunft“ wird nicht angestrebt, da das Projekt auf das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein fokussiert ist und den nationalen Kriterien im Sinne der BMBF-Gesundheitsregionen nicht mehr entsprechen kann.

Mehr unter www.trauma-tangente.de



BARMER
diegesundexperten

TK
Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

DAK
Unternehmen Leber



vdek
Die Ersatzkassen

KKH | Allianz

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

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

**Hamburg
Münchener**
meine Krankenkasse

hkk
Erste Gesundheit.

Hier sind Fachausdrücke aus den Bereichen E-Health und Gesundheit erläutert.

DMP (Disease-Management-Programm): Ein Disease-Management-Programm ist ein systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen.

EGA (Elektronische Gesundheitsakte): Internetbasierte Gesundheitsakte des Patienten, in der er seine gesundheitsrelevanten Daten speichern und einsehen kann

EGK (Elektronische Gesundheitskarte): Soll in Zukunft die bisherige Krankenversicherungskarte ablösen und den Datentransfer zwischen den Beteiligten beschleunigen

E-Health (Electronic Health): Im weitesten Sinne die Bandbreite der Anwendungen von IuK-Technologien im Gesundheitsbereich.

EKG (Elektrokardiogramm): Ein Elektrokardiogramm misst die elektrische Aktivität des Herzens.

E-Learning: Internetbasierte Fort- und Weiterbildung (von Ärzten und medizinischem Fachpersonal)

EPA (Elektronische Patientenakte): Elektronische Sammlung relevanter Gesundheitsdaten eines Patienten beim Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus)

E-Rezept: Elektronische Übermittlung und Weiterleitung von ärztlichen Verordnungen (Rezepten)

Health Professional Card (HPC): Der elektronische Arztausweis ermöglicht datenschutzrechtlich sicheren Zugang zu elektronisch vorliegenden Patientendaten (siehe EGA).

IuK-Technologie: Informations- und Kommunikationstechnologie

KIS (Krankenhausinformationssystem): Zentrales EDV-System eines Krankenhauses

Koloskopie: Darmspiegelung

MRT (Magnetresonanztomographie): Eine MRT ist ein bildgebendes Verfahren, das vor allem in der medizinischen Diagnostik zur Darstellung von Struktur und Funktion der Gewebe und Organe im Körper eingesetzt wird.

Multimorbid: Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer einzelnen Person

Nicht-invasiv/minimal-invasiv: Eindringen in den Körper ohne Verwendung von Geräten oder Kathetern (nicht-invasiv) oder unter geringer Zuhilfenahme (minimal-invasiv)

Pankreas: Bauchspeicheldrüse

Pay per Use: Bezahlung richtet sich nach Nutzung
Persönliche Identifikationsnummer (PIN): Eine PIN ist eine individuelle Zahl, mit der man sich gegenüber einer Maschine authentifiziert.

Pooling von Geräten: Mehrere Geräte werden in einem Netzwerk zusammengeschlossen.

Rezidiv: Rückfall, Wiederauftreten einer Krankheit

Telediagnostik: Ferndiagnose des Arztes mittels IuK-Technologie

Telehealth: Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen; Schwerpunkt liegt bei der Gesundheitsversorgung und gesundheitsfördernden Angeboten (zum Beispiel Internetportale zu Krankheitsbildern etc.)

Telekardiologie: Fernübertragung und -überwachung der Herzdaten von Patienten durch den Arzt

Telematik: Oberbegriff für die Mittel zur Verknüpfung der Technologiebereiche von Telekommunikation und Informatik; Mittel zur Verknüpfung von mindestens zwei EDV-Systemen mithilfe eines Telekommunikationssystems und einer speziellen Datenverarbeitung

Telemedizin: Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen; Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen und zeitlichen Distanz zwischen Arzt und Patient oder zwischen zwei konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation; Schwerpunkt liegt bei der Gewährleistung von medizinischen Dienstleistungen und medizinischer Versorgung

Telemonitoring: Fernuntersuchung und -diagnose des Patienten durch den Arzt

Teleportale: Internetbasierte Portale mit medizinischen Informationen

Teleradiologie: Bildübertragung von radiologischem Material via IuK-Technologie

Virtual private network (VPN): Ein VPN ist eine Kommunikationsschnittstelle in einem Computernetzwerk und dient dazu, Geräte aus ihrem ursprünglichen Netz heraus an ein benachbartes Netzwerk zu binden, ohne dass die Netzwerke kompatibel sein müssen.

► GESUNDHEIT IM NETZ – ADRESSEN AUS SCHLESWIG-HOLSTEIN

Allgemeines

www.datenschutzzentrum.de

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz (ULD)

www.gesundheit.schleswig-holstein.de

Gesundheitsportal für Schleswig-Holstein

www.gesundheitsinitiative.schleswig-holstein.de

Gesundheitsinitiative der Landesregierung

Schleswig-Holstein

www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Portal der Landesregierung Schleswig-Holstein

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.i-sh.de

Innovationsstiftung des Landes Schleswig-Holstein

www.wtsh.de

Wirtschaftsförderung und Technologietransfer

Schleswig-Holstein GmbH (WTSH)

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

Medizinische 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-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

Ärzttekammer Schleswig-Holstein (AEKSH)

www.arztfindex.de

Online-Arztsuche der Ärztekammer Schleswig-Holstein

www.apotheke-sh.de

Apothekerverband, Apothekenwirtschaftsdienst 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

www.krebsgesellschaft-sh.de

Versorgungsprogramme und verschiedene Aspekte

der Krebstherapie

www.fdh-sh.de

Fachverband der deutschen Heilpraktiker,

Landesverband S.-H.

www.pksh.de

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

www.kvsh.de

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Patienteninformationen

www.betrifft-brust.de

Netzwerk zur Vorsorge und Versorgung von

Brustkrebspatienten

www.medfindex.de

Suchmöglichkeit für Selbsthilfegruppen im medizi-

nischen Bereich

www.patientenombudsmann.de

Ansprechpartner für Patientenbelange, Verein

Patienten-Ombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V.

► GESUNDHEIT IM NETZ – ADRESSEN AUS SCHLESWIG-HOLSTEIN

Tourismus und Wellness

www.sh-wellness.de

Wellness-Portal der Tourismusagentur
Schleswig-Holstein

www.heilbaederverband-sh.de

Heilbäderverband Schleswig-Holstein

www.sh-gesundheit.de

Kompetenzzentrum zum Thema Gesundheitstourismus

www.sh-tourismus.de

Tourismusagentur des Landes Schleswig-Holstein

www.tvsh.de

Tourismusverband Schleswig-Holstein

www.ostsee-schleswig-holstein.de

Ostseebäder und die Ostseeküste werden vorgestellt

www.nordseetourismus.de

Erholung an der Nordsee

Pflege

www.kiwa-sh.de

Koordinationsstelle für innovative Wohn- und
Pflegeformen in Schleswig-Holstein.

www.alzheimer-sh.de

Die Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein stellt
sich und ihre Arbeit vor

www.vergissmeinnicht-sh.de

Präsentation verschiedener Projekte zum Thema
Demenz in Zusammenarbeit mit der Alzheimer
Gesellschaft Schleswig-Holstein

Gesundheitsregionen

www.deutsche-gesundheitsregionen.de

Netzwerk der deutschen Gesundheitsregionen

www.Medcomm-sh.de

Leistungsanbieter des regionalen Gesundheitsportals
Südholstein

www.gesundheitsregionnord.de

Zusammenschluss partnerschaftlicher Organisationen
aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft im Norden
Schleswig-Holsteins an der Grenze zu Dänemark

www.trauma-tangente.de

Informationen über die Gesundheitsregionen der Zukunft

► AUTORINNEN UND AUTOREN

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



Dr. Franz-Joseph Bartmann
Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, S. 74



Ludger Buitmann
Referatsleiter Stationäre Versorgung, vdek, Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 40



Karla Frieben-Wischer
Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein, S. 38



Dr. Josef Hilbert
Direktor des Schwerpunkts Gesundheitswirtschaft am Institut Arbeit und Technik in Gelsenkirchen (IAT), S. 24



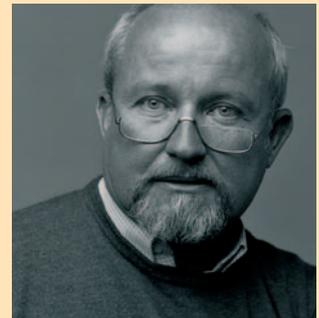
Jürgen Heiko Borwieck
Geschäftsführer Dräger Medical Deutschland GmbH, S. 16



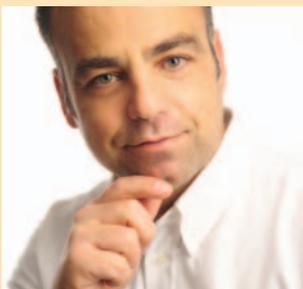
Prof. Dr. Thorsten M. Buzug
Direktor des Instituts für Medizintechnik der Universität zu Lübeck, S. 60



Dr. Heiner Garg
Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein, S. 7



Prof. Ulrich Hirsch
Emeritierter Professor für Technisches Design an der Muthesius Kunsthochschule, S. 56



Dr. Carl-Christian Büll
Orthopäde und Unfallchirurg, MedBaltic, S. 36



Torben Freund
Vorstandsvorsitzender der Damp Holding AG, S. 28

Maitreya Gipser
we care communications, S. 46



Markus Habetha-Eisenbarth
Projektleiter bei der b+m Informatik AG, S. 19



Prof. Günther Jansen
Vorstandsvorsitzender des Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e. V., S. 68

► AUTORINNEN UND AUTOREN



Humayaun Kabir
EDV-Leiter des Westküstenklinikums Heide, S. 11



Jörn Korsch
Geschäftsführer des Norddeutschen Epilepsiezentrums für Kinder und Jugendliche, S. 18



Dr. Ingeborg Kreuz
Kommissarische Vorstandsvorsitzende der KVSH, S. 20



Prof. Tilmann Loch
Chefarzt der Klinik für Urologie am Diakonissenkrankenhaus zu Flensburg, S. 29



Prof. Alexander Katalinic
Direktor des Instituts für Krebs Epidemiologie e. V. an der Universität zu Lübeck, S. 32



Jutta Korte
Gesundheitsamt Schleswig-Holstein, S. 72



Dr. Florian Krug
Honorarprofessor für Medical Design an der Muthesius Kunsthochschule, Chefarzt der Unfallchirurgie der Schön-Kliniken Hamburg, S. 57



Christoph Meyer
Arzt für Allgemeinmedizin, Vorstandssprecher der Q-Pharm AG, S. 41



Dr. Wolfgang Keil
Urologe mit Praxis im Lubinus Clinicum und Belegarzt im St. Elisabeth-Krankenhaus Kiel, S. 34



Prof. Bernd Kremer
Klinischer Direktor des Krebszentrums Nord – CCC, S. 32



Randy Lehmann
Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, S. 7, 28



Dr. Herbert Nägele
Leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik St. Adolfstift, S. 14



Dr. Achim Niesel
Chefarzt der Frauenklinik
Preetz, S. 37



**Annette Rexrodt
von Fircks**
Rexrodt von Fircks
Stiftung, S. 46



Dr. Angela Schürmann
Leitende Ärztin im
AMEOS Klinikum Lübeck,
S. 64



Elke Sommer
Kreisverband DRK-
Dithmarschen, S. 67



Dr. Dieter Paffrath
Vorstandsvorsitzender der
AOK Schleswig-Holstein,
S. 71



Albert Riffert
Facharzt für Allgemein-
medizin mit Schwerpunkt
Geriatric, S. 10



Prof. Dr. André Schulz
Professur für Gesundheit-
stourismus, Fachhoch-
schule Westküste, S. 62



**Prof. Dr. med.
Detlef Uthoff**
Ärztlicher Direktor der Au-
genklinik Bellevue, S. 38



**Dipl.-Ing. (FH)
Heino Prüß**
Vorstandssprecher m-u-t
AG Wedel, S. 15



Prof. Dr. Jens Scholz
Vorstandsvorsitzender
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, S. 44



Katharina Silies
Projektmanagerin von
MedComm, S. 42



Andre Vogel
Unabhängige Patientenbe-
ratung Deutschland – UPD
gGmbH, Beratungsstelle
Kiel, S. 69

► AUTORINNEN UND AUTOREN



Christian Wehr
Leiter des Rettungsdienstes Kreis Nordfriesland,
S. 66



Dr. Thilo Weichert
Landesdatenschutz-
beauftragter Schleswig-
Holstein, S. 22



Dr.-Ing. Klaus Westphal
Kreis Segeberg, Projektlei-
ter von MedComm, S. 42

► 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)	43
AMEOS AG, Zürich	75
AOK Schleswig-Holstein, Kiel	77
Asklepios Klinik, Bad Schwartau	61
Augenklinik Bellevue, Kiel	33
Bayer Vital GmbH, Essen	13
Damp Holding AG, Hamburg	35
Dräger Medical Deutschland GmbH, Lübeck	31
dsn Analysen & Strategien Kooperationmanagement, Kiel	45
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt, Flensburg	65
Fachhochschule Flensburg, Flensburg	23
HOME & GARDEN event GmbH, Lübeck	17
Investitionsbank Schleswig-Holstein, Kiel	69
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg	49
MMP Ackermann & Bernert Partnerschaft, Kiel	21
Paracelsus-Kliniken, Osnabrück	73
Schön Kliniken, Bad Bramstedt	27
Techniker Krankenkasse, Kiel	47
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck	55
Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel	79
Wirtschaftsförderung und Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH, Kiel	39